



---

# **Universidad de Valladolid**

FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y EMPRESARIALES

**MASTER EN INVESTIGACIÓN EN ECONOMÍA**

TRABAJO FIN DE MASTER

## **LA SOSTENIBILIDAD DEL GASTO SANITARIO EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS ESPAÑOLAS: VIEJOS PROBLEMAS Y NUEVOS RETOS**

Directora: Olga Ogando Canabal

Autora: Sara Pinillos Franco

En Valladolid, a 19 de Diciembre de 2013

# ÍNDICE GENERAL

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	1
---------------------------	---

## **CAPÍTULO 1: MARCO TEÓRICO**

<b>1.1.</b> Introducción.....	4
<b>1.2.</b> Los modelos sanitarios europeos con financiación basada en impuestos .....	7
<b>1.3.</b> El fenómeno de la descentralización: concepto y definiciones .....	12
<b>1.4.</b> Propuestas de descentralización .....	16
1.4.1. Óptica clásica del federalismo fiscal .....	17
1.4.2. El federalismo de segunda generación .....	19
<b>1.5.</b> Ventajas y desventajas de descentralizar.....	20
<b>1.6.</b> Proceso descentralizador en España.....	24

## **CAPÍTULO 2: LA EVOLUCIÓN DEL GASTO PÚBLICO Y AUTONÓMICO**

<b>2.1.</b> Introducción.....	27
<b>2.2.</b> La evolución del gasto público.....	30
2.2.1. Análisis económico del gasto público .....	31
2.2.2. Análisis funcional del gasto público.....	34
<b>2.3.</b> La evolución del gasto autonómico.....	35
2.3.1. Análisis económico del gasto autonómico .....	40
2.3.2. Análisis funcional del gasto autonómico .....	48

## **CAPÍTULO 3: EL GASTO SANITARIO AUTONÓMICO**

<b>3.1.</b> Introducción.....	63
<b>3.2.</b> Análisis económico del gasto sanitario autonómico .....	66
<b>3.3.</b> Análisis funcional del gasto sanitario autonómico.....	68
<b>3.4.</b> Análisis del gasto sanitario autonómico por CCAA .....	80
3.4.1. Análisis económico del gasto sanitario autonómico por CCAA.....	84
3.4.2. Análisis funcional del gasto sanitario autonómico por CCAA.....	89
<b>3.5.</b> Causas principales de la insostenibilidad y aumento del gasto sanitario .....	95
3.5.1. Factores demográficos .....	97
3.5.2. Factores sociales .....	101
3.5.3. La crisis económica .....	106
3.5.4. Turismo sanitario .....	107

## **CAPÍTULO 4: LAS REFORMAS ADOPTADAS EN ESPAÑA EN MATERIA SANITARIA: APROXIMACIÓN A UNA PERSPECTIVA COMPARADA**

4.1. Cambios en las condiciones de asegurado .....	109
4.2. La nueva cartera de servicios .....	112
4.3. Reforma del copago sanitario.....	115
4.4. El mecanismo de precios de referencia .....	119
4.5. Creación de un comité asesor .....	120
<b>CONCLUSIONES Y RETOS PENDIENTES .....</b>	<b>123</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>131</b>

### **ÍNDICE DE GRÁFICOS**

Gráfico 2.1. Distribución funcional del gasto por administraciones en 2011 .....	29
Gráfico 2.2. Evolución del gasto público total. 2007-2012.....	30
Gráfico 2.3. Gasto público presupuestado y liquidado .....	35
Gráfico 2.4. Desglose de la producción de bienes de carácter preferente por Comunidades Autónomas en 2002.....	61
Gráfico 3.1. Evolución del gasto sanitario autonómico y el PIB .....	64
Gráfico 3.2. Gasto sanitario autonómico presupuestado y liquidado .....	65
Gráfico 3.3. Análisis económico del gasto sanitario autonómico .....	67
Gráfico 3.4. Análisis funcional del gasto sanitario desde la óptica de la Cuenta Satélite del Gasto Sanitario Público .....	70
Gráfico 3.5. Análisis funcional del gasto sanitario según la función de atención a la salud .....	71
Gráfico 3.6. Análisis funcional del gasto sanitario según el proveedor de salud .....	72
Gráfico 3.7. Proyecciones de la pirámide de población .....	99
Gráfico 3.8. Pirámide de población teniendo en cuenta la inmigración.....	100
Gráfico 3.9. Evolución del consumo de tabaco en España 2002-2010 .....	101
Gráfico 3.10. Población fumadora habitual en el periodo 2011-2012 .....	102
Gráfico 3.11. Porcentaje de población con alguna enfermedad o problema de salud crónicos por grupos de edad en el periodo 2011-2012.....	105

## ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1.1: Análisis comparado entre los modelos sanitarios europeos .....	7
Cuadro 1.2. Principales características de los Sistemas Sanitarios Europeos con un modelo Beveridge .....	8
Cuadro 1.3. Argumentos a favor y en contra de la descentralización sanitaria.....	23
Cuadro 1.4. Transferencia de competencias sanitarias a las Comunidades Autónomas españolas .....	25
Cuadro 2.1. Contribución de los niveles territoriales al gasto total público.....	28
Cuadro 2.2. Distribución económica del gasto público y su variación en el periodo 2007-2012.....	33
Cuadro 2.3. Distribución funcional del gasto público y su variación en el periodo 2007-2011 .....	35
Cuadro 2.4. Diferencia entre el gasto autonómico presupuestado y liquidado .....	37
Cuadro 2.5. Contribución de las Comunidades y Ciudades Autónomas al total del gasto autonómico .....	38
Cuadro 2.6. Gasto per cápita de las Comunidades Autónomas .....	39
Cuadro 2.7. Evolución de la clasificación económica del gasto autonómico.....	40
Cuadro 2.8. Contribución de las partidas económicas al total del gasto autonómico y por Comunidades Autónomas en 2007 .....	42
Cuadro 2.9. Contribución de las partidas económicas al total del gasto autonómico y por Comunidades Autónomas en 2013.....	44
Cuadro 2.10. Variación porcentual del gasto autonómico desde una óptica económica	47
Cuadro 2.11. Evolución de la clasificación funcional del gasto autonómico.....	48
Cuadro 2.12. Contribución de las partidas funcionales al total del gasto autonómico por Comunidades Autónomas en 2007.....	49
Cuadro 2.13. Contribución de las partidas funcionales al total del gasto autonómico por Comunidades Autónomas en 2013.....	50
Cuadro 2.14. Variación porcentual del gasto autonómico desde una óptica funcional...	52
Cuadro 2.15. Distribución económica del gasto en servicios públicos básicos .....	53
Cuadro 2.16. Distribución económica del gasto en actuaciones de protección y promoción social .....	54

Cuadro 2.17. Distribución económica del gasto en la producción de bienes públicos de carácter preferente .....	55
Cuadro 2.18. Distribución económica del gasto en actuaciones de carácter económico	55
Cuadro 2.19. Distribución económica del gasto en actuaciones de carácter general .....	59
Cuadro 2.20. Desglose de la producción de bienes de carácter preferente por Comunidades Autónomas en 2007.....	57
Cuadro 2.21. Desglose de la producción de bienes de carácter preferente por Comunidades Autónomas en 2013.....	58
Cuadro 2.22. Variación porcentual de los bienes de carácter preferente por Comunidades Autónomas en el periodo 2007-2013 .....	59
Cuadro 2.23. Contribución de los bienes de carácter preferente por periodos .....	60
Cuadro 3.1. Porcentaje de contribución de las distintas administraciones al gasto sanitario público total .....	63
Cuadro 3.2. Variación porcentual del gasto sanitario autonómico .....	65
Cuadro 3.3. Variación porcentual del gasto sanitario desde una óptica económica.....	67
Cuadro 3.4. Variación porcentual del gasto sanitario desde la óptica funcional de la Cuenta Satélite del Gasto Sanitario Público.....	73
Cuadro 3.5. Variación porcentual del gasto sanitario según la función de atención a la salud .....	74
Cuadro 3.6. Variación porcentual del gasto sanitario según el proveedor de atención a la salud .....	75
Cuadro 3.7. Porcentaje de contribución de las subpartidas de gasto sanitario según la función de atención a la salud .....	78
Cuadro 3.8. Porcentaje de contribución de las subpartidas de gasto sanitario según el proveedor de atención a la salud .....	79
Cuadro 3.9. Diferencia entre el gasto sanitario autonómico presupuestado y liquidado por CCAA .....	80
Cuadro 3.10. Gasto sanitario por persona protegida por Comunidades Autónomas.....	82
Cuadro 3.11. Variación porcentual del gasto sanitario autonómico por CCAA .....	83
Cuadro 3.12. Análisis económico del gasto sanitario por CCAA en 2007 .....	85
Cuadro 3.13. Análisis económico del gasto sanitario autonómico por CCAA en 2011 ..	85
Cuadro 3.14. Distribución funcional del gasto sanitario por CCAA en 2007 .....	89
Cuadro 3.15. Distribución funcional del gasto sanitario por Comunidades Autónomas en 2011 .....	90

Cuadro 3.16. Contribución de las distintas Comunidades Autónomas por funciones sanitarias.....	93
Cuadro 3.17. Gasto sanitario funcional por persona protegida .....	95
Cuadro 3.18. Proyección número de hijos por mujer y edad media a la maternidad .....	98
Cuadro 3.19. Proyecciones esperanza de vida al nacimiento y a los 65.....	99
Cuadro 3.20. Número de hijos por mujer española y extranjera .....	100
Cuadro 3.21. Proyecciones del saldo migratorio en España.....	101
Cuadro 3.22. Evolución del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas .....	102
Cuadro 3.23. Riesgo de pobreza en España por grupos de edad .....	103
Cuadro 3.24. Contribución de cada enfermedad al total de casos registrados en 2011.	104
Cuadro 4.1. Personas cubiertas en los sistemas sanitarios Beveridge.....	111
Cuadro 4.2. Servicios cubiertos en los sistemas sanitarios Beveridge .....	114
Cuadro 4.3. Niveles de copago y excepciones en los países europeos con un modelo sanitario Beveridge.....	117
Cuadro 4.4. Principales características del NICE británico.....	121

## **INTRODUCCIÓN**

El trabajo de investigación tiene como objetivo identificar las causas explicativas del crecimiento del gasto sanitario en las Comunidades Autónomas españolas y plantear las distintas reformas aprobadas por el gobierno español en esta materia desde una perspectiva comparada con nueve países europeos que poseen un modelo sanitario similar.

La aprobación de la Constitución Española en el año 1978 supuso un gran cambio en el Sector Público Español. La nueva distribución autonómica dio lugar a un traspaso de competencias desde el nivel central del Estado hacia las Comunidades Autónomas. En la primera mitad de la década de los ochenta, el proceso de traspasos avanzó con celeridad, habiendo recibido todas las Comunidades el traspaso de las competencias comunes. En la segunda mitad, se completó el proceso de traspasos de la Educación y la Sanidad a las Comunidades del artículo 151. Es en la segunda mitad de los noventa, cuando el proceso recibió un nuevo avance, dado que la educación se traspasó al resto de Comunidades (las del 143). Finalmente, en 2002 finalizan los traspasos de la sanidad a todas las Comunidades Autónomas, quedando configurado el Estado Autonómico en el que el gobierno central es el responsable, sobre todo, de la Seguridad Social y las prestaciones por desempleo, siendo el autonómico el competente en Sanidad, Educación, Cultura y Servicios Sociales.

La sostenibilidad del gasto sanitario es un viejo problema en nuestro país, aunque la crisis económica evidencia la imposibilidad de mantener los servicios públicos que constituyen los pilares del Estado de Bienestar. La educación, la sanidad y los servicios sociales están seriamente amenazados por la caída del PIB y, como consecuencia, por el descenso de los ingresos públicos, a lo que hay que sumar un dramático incremento del número de personas en desempleo y la notable caída del número de empleados que

cotizan a la seguridad social. Este problema no es particular de la economía española, sucede lo mismo en todos los países de la OCDE en los que el gasto sanitario ha experimentado un crecimiento superior al PIB hasta alcanzar una situación que pone en cuestión la sostenibilidad económica de unos sistemas sanitarios creados y desarrollados, en su mayor parte, en épocas de prosperidad.

Este trabajo estará estructurado en cuatro capítulos, dedicándose un último epígrafe a las conclusiones y retos pendientes, así como las correspondientes referencias bibliográficas revisadas. En el capítulo 1, se presenta el marco teórico en el que se contextualiza el tema de la investigación. Se aludirá a la tipología de modelos sanitarios existentes, haciendo especial hincapié en los modelos sanitarios financiados principalmente mediante impuestos, y se profundizará sobre el concepto y teorías del fenómeno de la descentralización competencial, incidiendo en el caso español.

El capítulo 2 estudia la evolución del gasto público en las Comunidades Autónomas españolas desde el año 2007, dado que se corresponde con el inicio de la crisis económica en España, lo que otorga información acerca del comportamiento de la Administración Pública en un entorno de turbulencia social. En este ámbito son objeto de estudio, entre otras cuestiones, las siguientes: a) niveles de gasto de las distintas administraciones que componen el Sector Público español; b) análisis de la clasificación económica del gasto público total de las Administraciones Públicas y el gasto autonómico y; c) análisis de la clasificación funcional del gasto público total y autonómico.

El capítulo 3 analiza el gasto sanitario autonómico en España, al ser en esta administración donde se efectúa más del 90% del gasto. Para ello, se profundizará sobre las clasificaciones económica y funcional que ofrece el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad teniendo en cuenta el total del gasto efectuado por las Comunidades Autónomas y el realizado por cada una de ellas. De esta manera se puede comprobar que no todas siguen un mismo patrón y han priorizado la financiación de unas partidas frente a otras en función de sus intereses. Además, al final de este mismo capítulo se expondrán diversos determinantes que también explican el crecimiento del gasto sanitario.

El capítulo 4 aborda las principales reformas aprobadas por el gobierno español en el año 2012 en materia sanitaria comparándolo con otros países de la Unión Europea que cuentan con sistemas sanitarios universalistas.

Finalmente, se dedicará un último apartado a las principales conclusiones extraídas tras la elaboración de la presente investigación, así como la exposición de los retos pendientes sobre esta materia.

Para la elaboración del análisis empírico, se utilizarán los datos presupuestarios y liquidados oficiales que ofrecen el Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas y el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. En algunos casos se emplearán otras fuentes oficiales, como la del Instituto Nacional de Estadística y la OCDE.

Hay que señalar la problemática generada por las fuentes de datos, al incluirse, en el caso del gasto autonómico, partidas que son competencia exclusiva de la administración central, y al faltar la información metodológica pertinente. En este sentido, los resultados obtenidos han de interpretarse con cierta cautela, debido a la falta de información fidedigna y unánime sobre el tema tratado en este trabajo de investigación.

# CAPÍTULO 1: MARCO TEÓRICO

## 1.1. Introducción

España financia más de tres cuartas partes de su sistema sanitario con recursos públicos (Oliva, J. 2012). Por tanto, se hace necesario determinar cuáles son las características principales del modelo sanitario español, qué países implantan un modelo similar al nuestro para poder compararnos con ellos, y qué otros modelos existen en Europa, puesto que es nuestro entorno más directo.

Para contextualizar los modelos sanitarios europeos en la economía mundial, mencionaremos la tipología de modelos sanitarios que existen, de manera muy breve, para posteriormente profundizar sobre los modelos sanitarios de la Europa Occidental:

- 1°. **Modelo sanitario liberal:** considera la sanidad un “bien de consumo” por lo que su prestación se basa en la ley de oferta y demanda. Los individuos contratan un seguro privado o acuden directamente al proveedor sanitario, es decir, no hay intermediarios entre el usuario y el servicio sanitario. Este modelo es el que emplea Estados Unidos.
- 2°. **Modelo socialista o estadista:** se basa en que la prestación de los servicios sanitarios sea universal, gratuita y en condiciones de equidad. El Estado será el encargado de prestarlos y financiarlos, es decir, en este tipo de modelos, el sector privado brilla por su ausencia. Países que aplican estos modelos: Asia Central (modelo Semashko<sup>1</sup>), Cuba y Corea del Norte (modelo público unificado).
- 3°. **Modelo mixto:** se basa en la combinación entre el sector público y privado para gestionar el sistema sanitario. En esta tipología es donde se van a ubicar los modelos europeos.

---

<sup>1</sup> Este modelo comenzó a aplicarse en 1918 en la antigua URSS y en los países que conformaban el bloque soviético. A partir de 1990, Rusia y el resto de países comunistas europeos abandonaron el modelo. Actualmente, lo aplican países del Asia Central.

Los modelos europeos se van a dividir en dos: el Modelo Bismarck y el Modelo Beveridge.

El **Modelo Bismarck** o también denominado “modelo de aseguramiento”, se puso en funcionamiento en el año 1883 en Alemania y actualmente también lo aplican países como Francia y Austria. Se basa en la prestación de los servicios sanitarios a través de seguros sociales, es decir, que solo recibirán asistencia sanitaria aquellas personas que pagan un seguro mediante unas cuotas obligatorias. En este tipo de modelos, los hospitales tienen un presupuesto global con el que se tienen que organizar y los profesionales sanitarios son retribuidos en función de sus “actuaciones médicas”. Además, el Estado es el que se encarga de gestionar toda la red sanitaria, es decir, es una especie de “autoridad sanitaria”.

El otro modelo sanitario europeo, el **Modelo Beveridge**, comenzó a aplicarse tras la aparición del informe Beveridge en el año 1942 en Reino Unido. Este informe perseguía un doble objetivo: crear un sistema sanitario accesible universalmente y financiar públicamente el sistema. Esto dio lugar a la aparición de los Sistemas Nacionales de Salud (SNS) en los países nórdicos y España, y a la aparición del National Health Service (NHS) en Reino Unido.

A diferencia del anterior modelo, éste se financia vía impuestos y a través de los presupuestos estatales. El Estado, junto con las Comunidades Autónomas y Locales, se encarga de gestionar el sistema. No obstante, una parte de la producción sanitaria la realiza el sector privado que los usuarios deben pagar. Otra diferencia es que los hospitales tienen un presupuesto global limitado.

En el cuadro 1.1 se puede observar un análisis comparado entre ambos modelos. A partir del mismo, podríamos extraer las siguientes conclusiones:

- ▲ En los modelos tipo Beveridge el personal sanitario que presta el servicio cobra una retribución fijada en el Estatuto de los empleados públicos, por lo que hagan lo que hagan, siempre van a cobrar lo mismo. Sin embargo, en los modelos inspirados por la legislación social alemana, los profesionales sanitarios cobran

en función de sus “actos médicos” lo que incentiva a “trabajar mejor” aunque presionados por las posibles represalias en caso de que no actúen debidamente.

- ▲ Otra diferencia importante es la satisfacción que perciben los individuos inmersos en un modelo u otro. La satisfacción es mayor entre los ciudadanos que reciben un servicio sanitario basado en el modelo Bismarck. Concretamente, los últimos datos del Barómetro Sanitario<sup>2</sup> establecen que los austriacos son los más satisfechos (6,3 sobre 10) seguidos de los británicos con una calificación de (5,2) los franceses (5,1), los alemanes (5,0) y los españoles y suecos (4,8). Esto se puede deber principalmente a la no existencia de listas de espera y al funcionamiento más rápido a la hora de acudir a un especialista (no es necesario acudir antes al médico de cabecera). Aunque como podemos observar, existen divergencias en materia de satisfacción entre los países nórdicos y los países que conforman el sur europeo y que aplican el modelo Beveridge. Un ejemplo es el caso italiano, que se sitúa con un 3,2 sobre 10 en cuanto a satisfacción (Barómetro Sanitario, 2013).
  
- ▲ El coste de cada uno de los modelos también es bastante relevante, el modelo Bismarck es más caro que el Beveridge, por lo que se podría afirmar que “más contenta la población, más caro el sistema” (López Casasnovas, 2010)

---

<sup>2</sup> Los grupos Europ Assistance y Cercle Santé Sociétés llevan elaborando el barómetro sanitario desde 2006. El último lo realizaron en 2013 a una muestra de 500 individuos por país europeo y de 1.000 en Estados Unidos. Los países europeos fueron nueve: Alemania, Francia, Reino Unido, Italia, Suecia, Polonia, Austria y España.

**Cuadro 1.1: Análisis comparado entre los modelos sanitarios europeos.**

<b>Modelo Bismarck</b> (Alemania, Francia, Austria)	<b>Modelo Beveridge</b> (Reino Unido, Países Nórdicos, España)
Contrato entre los sistemas de Seguridad Social y Proveedores sanitarios, públicos (hospitales públicos Francia) o privados.	Sistemas integrados con carácter general: los servicios son de patrimonio y gestión del financiador (gobiernos).
El personal sanitario pertenece a una gran variedad de entidades diferentes	El personal sanitario es empleado público (excepciones en Atención Primaria)
El sistema no favorece la planificación organizativa ni la coordinación entre los niveles asistenciales.	Organización basada en la planificación poblacional y territorial de los servicios sanitarios. Coordinación entre niveles asistenciales y servicios sociales.
No existe formalmente Atención Primaria (aunque las reformas de Alemania y Francia favorecen el modelo de medico general-de familia).	La atención está basada en la medicina de Atención Primaria (médico general-de familia, responsable de una lista de población y puerta de entrada a los especialistas – gatekeeping).
En la medicina no-hospitalaria trabajan tanto generalistas como especialistas, profesionales autónomos, que cobran por acto médico (en algunos casos también los médicos de los hospitales)	Los médicos generales-de familia pueden ser empleados públicos (España, Finlandia) o también profesionales autónomos (Reino Unido, Italia) pero no cobran por acto médico (capitación).
Las características del sistema y de los proveedores determinan una gran libertad de elección para los pacientes (tipo de médicos, frecuentación, etc.)	Los pacientes deben acudir a su médico general en primer lugar, y si es el caso, éste les remite al especialista correspondiente.
Listas de espera prácticamente inexistentes (mercado de servicios médicos muy abierto)	Existencia de importantes listas de espera, cuya importancia varía mucho según países.
Satisfacción: un alto nivel de satisfacción de la población con el sistema sanitario, sin variaciones significativas entre países.	Satisfacción: grandes variaciones entre países. Muy alta (la mejor) en los países nórdicos (más ejemplares), muy baja en los países de funcionamiento peor (Italia, Portugal) e intermedia en España y Reino Unido.
Gasto sanitario más alto (mayor influencia de la demanda).	Gasto sanitario menor (alto grado de control por los gobiernos)

Fuente: Freire, J. M (2012)

A la vista del cuadro 1.1 y las conclusiones extraídas, se podría pensar que el modelo Bismarck, a pesar de ser más caro, es mejor que el modelo Beveridge al contar con mayores niveles de satisfacción entre los usuarios. No obstante, con la crisis actual y los recortes que están aplicando cada uno de los países europeos, los que poseen el modelo bismarckiano están experimentando una serie de efectos negativos generando *dualismo* entre personas que pueden permitirse pagar un seguro privado en condiciones y aquellos que cuentan con trabajos precarios y acceden con dificultades a los servicios sanitarios.

## **1.2. Los modelos sanitarios europeos con financiación basada en impuestos**

Como hemos visto en el epígrafe anterior, nuestro país se enmarca en el denominado modelo sanitario Beveridge o financiado vía impuestos, por lo que es menester hacer hincapié sobre el mismo realizando un breve análisis de cada uno de los países europeos que lo conforman.

Los países europeos que aplican este modelo son los países nórdicos (Suecia, Dinamarca, Finlandia, Noruega e Islandia), Irlanda, Reino Unido, y tres países del sur de Europa: Italia, España y Portugal.

A continuación vamos a tratar de responder a cómo funciona su sistema sanitario, es decir, cuál es el papel del Estado y las regiones en cada uno de ellos, y qué modalidad de financiación emplean, que aunque ya sabemos que la mayor parte de sus fondos provienen de los impuestos públicos, no todos hacen uso de ellos en la misma proporción y optan por otras alternativas (cuadro 1.2).

**Cuadro 1.2: Principales características de los Sistemas Sanitarios Europeos con un modelo Beveridge**

<b>NORUEGA</b>	Papel del Estado	Desde la reforma de 2002 el Gobierno Central se encarga de fijar el presupuesto y un documento anual en el que determina que deben priorizar, lograr y notificar las cuatro Autoridades Regionales de Salud (RHAs) en cuanto a atención especializada.  Además, el Estado, los condados y los municipios son los que se encargan de recaudar los impuestos. El presupuesto se establece a nivel central y posteriormente se distribuye entre los distintos municipios en función del tamaño de su población, características y densidad.
	Papel de las Regiones	Existen 429 municipios que se encargan de financiar, determinar el presupuesto y suministrar la atención primaria, esto incluye la promoción de la salud, la medicina preventiva, los servicios de rehabilitación y de urgencia, y los cuidados de larga duración.  A pesar de su autonomía, deben cumplir la legislación marcada por el Ministerio de Administración Económica de la Salud y gastar conforme al presupuesto previamente fijado por éste siguiendo las prioridades y estándares de calidad marcados.
	Modalidades de financiación	En 2012, el 81.8% del gasto sanitario se financió a través de fondos públicos, y un 14,3% tuvo su origen de la financiación privada (OCDE Health Data, 2013). Los seguros privados voluntarios juegan un papel suplementario como el de acortar las listas de espera o elegir al especialista.
<b>SUECIA</b>	Papel del Estado	El Ministerio de Salud y Servicios Sociales de Suecia es responsable de llevar a cabo la política de salud. Existen 8 agencias nacionales de gobierno involucradas directamente con la salud, el cuidado y la salud pública.
	Papel de las Regiones	Existen 17 condados responsables de financiar y suministrar los servicios de salud a los ciudadanos y 290 municipios responsables de llevar a cabo tareas relacionadas directamente con el entorno de los ciudadanos, como el cuidado de personas mayores y discapacitadas.
	Modalidades de financiación	El 81% del gasto sanitario en 2012 fue financiado con fondos públicos (OCDE, 2012). Los ingresos provienen principalmente de los impuestos municipales y de las subvenciones estatales. Éstas se fijan mediante un sistema de capitalización que distribuye los recursos entre los municipios y los condados con el objeto de financiar iniciativas como reducir los tiempos de espera.  El 17,4% del gasto en sanidad en el año 2011 se financió a través de los seguros privados (OCDE Health Data, 2013). Los ciudadanos los adquieren principalmente para acceder más rápidamente a los servicios y tratamientos de los especialistas.

<b>FINLANDIA</b>	Papel del Estado	<p>El Ministerio de Asuntos Sociales y Salud junto con las agencias de gobierno que lo conforman se encargan de determinar la legislación y política de salud, así como investigar y desarrollar en el sector con el objeto de establecer un protocolo de actuación, supervisar y extraer estadísticas.</p> <p>También es el encargado de elaborar las reformas y asegurar de que se cumplen.</p>
	Papel de las Regiones	<p>Con la reforma actual, a principios de 2017, los municipios de entre 20.000 y 50.000 habitantes se encargarán de suministrar la atención primaria, mientras que las regiones SOTE (social welfare and health care regions) son las que se encargarán de la atención especializada. En los municipios de menos de 20.000 habitantes será la región SOTE la que se encargue de suministrar ambas modalidades de servicio.</p> <p>Los municipios también se encargan de su propia financiación y los costes de las áreas de atención primaria y las áreas SOTE se repartirán entre los distintos municipios siguiendo criterios como el tamaño de la población del municipio, la estructura de la edad, la morbilidad, etc.</p>
	Modalidades de financiación	<p>La mayor parte de la financiación proviene de fondos públicos, concretamente un 71,8% sobre el total del gasto sanitario en 2012. Los seguros privados juegan un papel determinante en la financiación del sistema. El 23,6% del gasto en sanidad se financió a través de este mecanismo en 2012. (OCDE Health Data, 2013)</p>
<b>DINAMARCA</b>	Papel del Estado	<p>Proporciona un marco y plan generales de actuación, además de supervisar el sistema sanitario.</p>
	Papel de las Regiones	<p>Con la reforma estructural de 2007, los 14 condados daneses pasaron a ser 5 y los 275 municipios pasaron a ser 98. Estos actualmente están reorganizando sus sistemas hospitalarios, para crear una nueva red de hospitales coordinada y distribuida desde el nivel central de la administración. Los municipios comparten el coste de la prestación de los servicios hospitalarios y se encargan de la distribución de los servicios como las residencias de ancianos, asistencia en los hogares, dentista (solo para niños y personas discapacitadas física o mentalmente), servicios de salud en los colegios, ayuda a domicilio y tratamientos para personas con problemas de adicción a las drogas y el alcohol.</p>
	Modalidades de financiación	<p>El 81,6% del gasto sanitario se financió con fondos públicos en 2011, mientras que los seguros privados lo hicieron en un 14,7% ese mismo año (OCDE Health Data, 2013)</p> <p>La financiación privada, como vemos, no es tan importante como la pública, aunque existen seguros complementarios que cubren el dentista y la mayoría de los productos farmacéuticos. Este modalidad se nutre principalmente de las prescripciones de servicios de urgencia, gafas para regular la vista, audífonos y dentista.</p>
<b>ISLANDIA</b>	Papel del Estado	<p>Provee de una guía política en la que establece la legislación y determina el presupuesto nacional. Está formado por cinco agencias de gobierno con tareas bien definidas que tienen que informar de sus actividades al Ministerio de Bienestar.</p>
	Papel de las Regiones	<p>La provisión de servicios de salud se lleva tan solo desde el nivel central de gobierno. No existe ninguna división política del territorio.</p>
	Modalidades de financiación	<p>En el año 2012, el 80,4% del gasto sanitario tuvo origen público y un 19,6% privado. (OCDE Health Data, 2013)</p>
<b>PORTUGAL</b>	Papel del Estado	<p>Lleva a cabo la planificación y regulación del sistema. Se encarga de determinar el presupuesto de los hospitales y los objetivos del sistema sanitario.</p>
	Papel de las Regiones	<p>Las cinco regiones en las que está dividido el sistema portugués se encargan de la gestión de la salud y poseen una Administración Regional de Salud desde la que se controlan y supervisan los hospitales, los centros de asistencia primaria y la implantación de los objetivos nacionales.</p>
	Modalidades	<p>En Portugal coexisten tres sistemas diferentes: el sistema nacional de salud (NHS)</p>

	de financiación	<p>financiado con impuestos y de acceso universal, la modalidad de seguro público y privado para ciertas profesiones (“subsistema sanitario”) y el seguro privado voluntario.</p> <p>El 61,9% del total del gasto sanitario provino de recursos públicos en 2011. Los seguros privados juegan un papel bastante relevante, concretamente, un 32,6% del gasto se financió a través de esta vía.</p>
ITALIA	Papel del Estado	<p>Controla la distribución de los impuestos y define el paquete mínimo de prestaciones que puede recibir un residente en cada región.</p> <p>También actúa como referente a la hora de imponer tasas y en los servicios de salud mental</p>
	Papel de las Regiones	Las 19 regiones y 2 provincias autónomas italianas son responsables de organizar y distribuir los servicios sanitarios a través de unidades locales de salud.
	Modalidades de financiación	<p>Pública: en 2012 el 76,3% del gasto se financio a través de esta vía (OCDE Health Data, 2013). El Gobierno Central distribuye las tasas a las regiones para que provean los servicios y están pueden también poner sus propias tasas. Cada año el Gobierno Central y las regiones se ponen de acuerdo en los niveles de financiación teniendo en cuenta el tamaño y edad de la población.</p> <p>Privada: en 2012 supuso un 18,8% sobre el total del gasto en salud (OCDE Health Data, 2013). Los ciudadanos suelen adquirir seguros privados para reducir el tiempo de espera, tener mejores comodidades y la posibilidad de elegir al especialista que quieren.</p>
IRLANDA	Papel del Estado	Se encarga de suministrar, regular y aplicar estándares para todo el sistema sanitario. Desde 2005 existe un Servicio Ejecutivo de Salud (HSE) que es el responsable del presupuesto y la gestión del sistema sanitario, es decir, actúa como una entidad nacional y rinde cuentas directamente al Ministerio de Sanidad.
	Papel de las Regiones	Siete regiones se encargan de proveer los servicios de salud, y alrededor de 32 oficinas de atención primaria y cuidado comunitario gestionan, planifican y distribuyen el servicio sanitario.
	Modalidades de financiación	El sistema irlandés está financiado principalmente con impuestos, un 65,2% sobre el total del gasto sanitario en 2011, aunque alrededor de la mitad de la población posee seguro voluntario de salud, concretamente, la financiación privada aportó el 30% al sistema ese mismo año (OCDE Health Data, 2013). Este permite elegir al médico de cabecera y al especialista que deseen, así como saltarse las listas de espera.
REINO UNIDO	Papel del Estado	<p>Se encarga de determinar el presupuesto del sistema nacional de salud (NHS), establecer los objetivos de los CCGs (Clinical Comissioning Group) y que estos sean conocidos en todos los niveles de gobierno.</p> <p>Además, se encarga de establecer la legislación y la política sanitaria en general, y llevar a cabo ciertos programas públicos como el de vacunación.</p>
	Papel de las Regiones	Se encargan de gestionar los servicios del médico de cabecera y otras clínicas a nivel local. Además, el Estado les ha cedido la gestión de los presupuestos para la salud pública para que mejoren la coordinación de los servicios locales y se reduzcan las desigualdades.
	Modalidades de financiación	<p>El 76% de la financiación sanitaria procede de impuestos públicos, de los cuales un 18% corresponde a los “payroll taxes”, es decir, a los impuestos sobre la renta de las personas físicas. (Thomson, Osborn, Squires y Jun, 2012)</p> <p>El resto de la financiación procede de los copagos, los seguros privados (en 2010 un 11% de la población poseía un seguro privado voluntario) y de otras fuentes menores. (Thomson, Osborn, Squires y Jun, 2012)</p>

<b>ESPAÑA</b>	Papel del Estado	<p>En la Ley 14/1986 de 25 de Abril, General de Sanidad se le atribuyeron al Estado Central una serie de competencias en los artículos 38, 39 y 40 de esa misma ley. Entre esas competencias está la de ejecutar y controlar la sanidad exterior; controlar y determinar todos los requerimientos y análisis que requieran los alimentos, el medio ambiente, las instalaciones donde se ejecute la actividad sanitaria; llevar el registro y homologación de todos los centros e instalaciones sanitarias, medicamentos, títulos académicos y puestos de trabajo; elaboración de estadísticas y recogida de información que sirva para mejorar la comunicación recíproca, etc.</p> <p>Además, el Real decreto-ley 16/2012, de 20 de abril asigna otras tareas a la administración central como la de evaluar anualmente los costes que supone aplicar la cartera común de servicios.</p>
	Papel de las Regiones	<p>Las Comunidades Autónomas se encargaran de llevar a cabo todas aquellas competencias que no hayan quedado expresamente asignadas al Estado Central y todas aquellas que este les delegue.</p> <p>En cuanto a las Corporaciones Locales, se encargaran de proveer de la asistencia sanitaria en las provincias, municipios y demás administraciones territoriales intercomunitarias. Además podrán participar en los órganos de dirección de salud y llevar a cabo una serie de funciones independientemente de las competencias que se hayan asignado al resto de administraciones públicas como el control sanitario del medio ambiente, de las industrias, de los servicios de transporte, de la vivienda, de los edificios y demás lugares de convivencia humana, del suministro de alimentos y bebidas, etc.</p>
	Modalidades de financiación	Más de la mitad de los recursos proceden de administraciones públicas, concretamente un 71,5% en 2011, y un 26,5% del sector privado (pagos directos de los hogares, seguros privados, etc.). (OCDE Health Data, 2013)

Fuente: Elaboración propia

Una vez analizados los sistemas sanitarios, podemos extraer una serie de conclusiones:

1. El Estado es el encargado de fijar las líneas principales de actuación, así como la legislación y política en materia de salud.
2. En los países nórdicos, el Estado es más que un ente fijador de objetivos nacionales, también se encarga de fijar los presupuestos regionales, así como velar por su cumplimiento. El resto de países, sobre todo los que conforman el sur europeo (España, Italia y Portugal), otorgan a sus regiones libertad en la gestión de sus presupuestos, sin ningún tipo de restricción clara.
3. Países como Finlandia o Dinamarca han iniciado, en sus últimas reformas, la fusión de regiones y municipios para eliminar niveles territoriales, e incluso hay países como Islandia donde sólo existe el nivel central de gobierno. La antítesis se ubica en países como Italia o España, donde el número de regiones y municipios sigue inalterado.

4. Más de la mitad de los recursos que financian el sistema sanitario provienen de los impuestos. Los países donde la alternativa pública es más notoria son los nórdicos e Italia, donde han llegado a alcanzarse porcentajes superiores al 80%. Por el contrario, los que eligen esta opción, en menor medida, serían Portugal e Irlanda.
5. Los seguros privados juegan un papel bastante relevante en países como Portugal e Irlanda, donde superan el 30%, sobre el total del gasto en sanidad, a continuación se ubicaría España, con un 26,5%, y finalmente estarían algunos países nórdicos como Finlandia, Islandia y Suecia cercanos al 20%, o incluso superándolo ligeramente como el caso finés.

Como vemos, las competencias en materia sanitaria no las planifican, ejecutan y controlan un mismo ente o nivel territorial, por lo que el Sistema Sanitario, así como el modelo de financiación elegido, se verán condicionados por el organismo que lo lleve a cabo. El Estado y las regiones tienen distintos papeles, con mayor o menor nivel de autonomía en función del país de que se trate, pero con cierto grado de importancia. Por lo tanto, en este sentido, se hace necesario profundizar en este concepto conocido bajo el nombre de “descentralización”.

### **1.3. El fenómeno de la descentralización: Concepto y definiciones**

Dar una definición clara y convincente sobre este término no es tarea fácil. A lo largo de los años muchos autores (Tiebout, 1956; Oates, 1972; Gil-Ruiz e Iglesias, 2007; Braña, 2006; Costa i Font, 2012; Saltman, 2007; Vrangback, 2007; Atkinson, 2007; Moreno Fuentes, 2013; Magnussen, Tediosi y Mihályi, 2007; Rondenilli, 1983; Collins y Green, 1994; Mills, 1994; Fesler, 1968; Sherwood, 1969; Wasem, 1997; etc.) han tratado de imponer su definición, pero siempre han surgido opiniones en torno a la misma que muestran sus deficiencias. Nunca se ha considerado una definición única y universal, a fecha de hoy siguen surgiendo nuevos conceptos que incluyen aspectos más actuales, ya que este término está en constante cambio y adaptación.

Cuando se habla de descentralización, cada país tiene su propia aproximación, cada cual divide su territorio en un número diferente de niveles territoriales y los designan con

nombres distintos<sup>3</sup>. Por ejemplo, a los niveles de gobierno situados por debajo del nivel central en los Países Bajos se les denomina “Provincies” o “Provinces”, en Suecia “Landsting”, en Suiza “Kantone”, en Reino Unido “Countries”, en España “Comunidades Autónomas”, en Dinamarca “Regioner”, en Francia “Régions”, en Grecia “Periferies”, en Italia “Regioni”, en Alemania “Länder”, en Polonia “Województwa”, etc. Además, la responsabilidad otorgada a cada uno de esos niveles territoriales no es la misma, e incluso existen niveles administrativos en algunos países sin funciones asignadas.

Por tanto, la descentralización es una “medida que incorpora diferentes significados para gente diferente en términos de lo que es y para qué es” (Atkinson, 2007, p.87), es decir, el concepto de descentralización es diferente en función del país de que se trate y de su experiencia en el mismo. Para armonizar este concepto entre países Saltman (2007, p.14) designa *Gobierno Central* a las regiones o distritos y *Gobierno no Central* al Gobierno Local, no obstante, realizar comparaciones en este aspecto se vuelve arduo y peligroso.

A continuación, se irán presentando distintas definiciones recopiladas de la bibliografía revisada consideradas como más relevantes, por lo que éstas no son las únicas, existe una gran variedad de acepciones y aproximaciones sobre este término en la literatura económica.

La descentralización se puede definir como la transferencia de competencias de poder y autoridad desde los altos niveles de Gobierno (nivel nacional) a los más bajos (nivel subnacional) (Saltman, 2007, p.10). También se podría designar como “la transferencia de poderes financieros y/o políticos desde una autoridad central a otra menos central” (Magnussen, Tediosi y Mihályi, 2007, p.106)

Este concepto tiene diversas acepciones, varios autores (Rondenilli, 1983; Collins y Green, 1994; y Mills, 1994) consideraron que la descentralización abarcaba cuatro conceptos: delegación, desconcentración, devolución y privatización. Sin embargo,

---

<sup>3</sup> En Europa existe la Nomenclatura común de las unidades territoriales estadísticas (NUTS) en la que se puede ver los distintos niveles territoriales de cada uno de los países europeos. Se subdivide en tres niveles siendo NUTS 1 el nivel central de gobierno, NUTS 2 el siguiente nivel territorial (en España serían las CCAA) y NUTS 3 sería la subdivisión del NUTS 2 (que en el caso español serían las provincias)

surgieron varias críticas por parte de Fesler (1968), Sherwood (1969), Wasem (1997), etc. que desvinculaban cada uno de ellos de la descentralización.

Sherwood (1969, p.10) consideró que los conceptos de descentralización y devolución no eran sinónimos, puesto que el primero hace referencia a un patrón intraorganizacional de relaciones de poder, mientras que “devolución” implica un modelo interorganizacional.

Collins y Green (1994, p.10) definieron la descentralización como una “transferencia de poder, funciones y/o recursos desde el centro a la periferia” para argumentar que no es lo mismo que privatización, al considerarla como una transferencia desde el sector público al privado.

También existen definiciones que abarcan esas cuatro dimensiones e incluso otras, como la que nos ofrece Vrangback (2007, p.46), que define la descentralización como “la transferencia de responsabilidad formal y poder para tomar decisiones”, considerando que dicha transferencia puede ser de diversos tipos:

- ▲ Devolución: entre niveles políticos
- ▲ Desconcentración: entre niveles administrativos
- ▲ Burocratización: del nivel político al administrativo
- ▲ Delegación o autonomización: hacia niveles institucionales independientes
- ▲ Privatización: hacia el sector privado

Existen otras más actuales como la que nos ofrece Costa i Font (2012), que la define como “la capacidad de los gobiernos subnacionales para ejercer control sobre la regulación, el empleo, y también en el ejercicio de funciones impositivas y de gasto. Es decir, es la capacidad de ejercer decisiones políticas y modificar el tipo impositivo y la base imponible de los impuestos que se encuentran en su ámbito de transferencia.”

Cuando hablamos de descentralización sanitaria, también existen dificultades a la hora de determinar qué es o no descentralización, por ejemplo, puede considerarse una forma de descentralización el paso de recibir un servicio en el hospital a recibirlo en casa.

Por tanto, el concepto de descentralización no se puede abarcar como un todo, existen diversas perspectivas desde donde enfocarlo. Saltman (2007, p.11) considera que la descentralización es un estado y un proceso. Como estado habría que observar qué nivel y grado<sup>4</sup> de descentralización existe, ya que se pueden dar distintas combinaciones de los diferentes grados de descentralización en los niveles de la organización o sistema.

Además, puede abarcar varias dimensiones, las más destacadas serían la política y la económica. En cuanto a la perspectiva política, la descentralización se ve inmersa en un contexto determinado en función del país dónde se aplique, ya que las instituciones gubernamentales no son homogéneas en todos los países, al igual que su marco legal, sus reglamentos e incluso las formas de negociar en el ámbito interno. Esta dimensión no puede ser ignorada, ya que la descentralización será de una forma u otra en función del contexto político en el que se desarrolle.

La dimensión económica o financiera es la que trata de dar respuesta a cómo se deben financiar los distintos niveles territoriales. En algunos países como Suecia o Dinamarca, los niveles subcentrales de gobierno tienen libertad para subir o bajar impuestos, es decir, pueden tratar de incrementar sus ingresos, mientras que en países como Reino Unido o España, los niveles de gobierno no central reciben subvenciones desde el Gobierno Central, por lo que no se molestan en buscar formas de incrementar sus ingresos. En este aspecto entra en juego la falta de “corresponsabilidad fiscal” y la existencia de una “restricción presupuestaria blanda” por parte del Gobierno Central, conceptos que trataremos a lo largo de este trabajo de investigación.

En sanidad, la dimensión económica estaría relacionada con la consecución de objetivos de índole económica como son el conseguir un control total sobre los costes, y una eficiencia técnica y económica. Para alcanzar dichos objetivos, existen diversas herramientas que los “policy-makers” pueden emplear de diferente grado, forma, etc., es decir, en función de si se trata de un sistema descentralizado o “recentralizado”.<sup>5</sup>

---

<sup>4</sup> Existen diversas propuestas para determinar el grado de descentralización, como la que nos ofrece Vrangbaek (2007, p.52-53), quien determina una serie de variables de diversa índole que podrían ser relevantes: variables geográficas y sociodemográficas, la estructura de decisión política, funciones e importancia económica, fuerza y composición del Gobierno y control.

<sup>5</sup> Como veremos más adelante, los países nórdicos están volviendo a centralizar muchas de las competencias que transfirieron a sus respectivas unidades territoriales, por ello se habla de “recentralización”, es decir, devolver competencias que un día pertenecieron al Gobierno Central.

En definitiva, tras esta oleada de definiciones y perspectivas del concepto de descentralización, lo que sí queda claro es que ésta concede una autonomía a los niveles subnacionales, ya sea de carácter fiscal o administrativo. Si la descentralización es fiscal, implica que los distintos niveles territoriales en los que se han delegado las competencias son los encargados de recaudar los impuestos y decidir en qué gastarlos. Sin embargo, si se trata de una descentralización administrativa, significa que es papel del Gobierno Central recaudar los impuestos y decidir a qué partidas de gasto se va a destinar.

#### **1.4. Propuestas de descentralización.**

Han sido numerosas las propuestas atribuidas a este concepto, que como se ha tratado previamente, es complicado de definir de manera precisa. Por tanto, se podría abordar desde una doble óptica: institucional y teórica.

La óptica institucional de la descentralización se basa en que “los Estados-nación pierden eficacia relativa con respecto a organismos subnacionales” (Braña, 2006) además del control y puesta en funcionamiento de muchas políticas. No obstante, puede considerarse al proceso descentralizador no como una desaparición de los Estados-nación, sino como una simple asignación de competencias entre niveles territoriales sobre temas de decisión pública.

Desde la óptica teórica, se trata de buscar el nivel óptimo de descentralización. En esta perspectiva es donde surge la teoría tradicional del federalismo fiscal o también denominada “federalismo fiscal de primera generación”.

### 1.4.1. Óptica clásica del federalismo fiscal.

La teoría clásica del federalismo fiscal arranca de la teoría que ofreció el economista Musgrave (1983) y se ha centrado básicamente en el supuesto de una mayor eficiencia<sup>6</sup> en la provisión de bienes públicos cuando son los niveles sub-centrales los que la realizan. Este autor otorgaba tres funciones al Estado: *asignación, distribución y estabilización*<sup>7</sup>.

Consideraba que todas ellas, menos las funciones de estabilización y distribución, correspondían a los niveles sub-centrales.

En cuanto a la *función de asignación*, la razón por la que deben llevarla a cabo los niveles sub-centrales radica en tres problemas fundamentales:

1. La dimensión espacial: existe un gran número de bienes públicos que no son consumidos por todos.
2. Existencia de economías de escala y efectos externos: el coste de los bienes públicos no depende sólo de la cantidad producida sino también del número de consumidores.
3. Congestión de demanda: la utilidad de los bienes públicos no depende solamente de la cantidad consumida sino también del número de usuarios.

Por tanto, autores como (Oates, 1972) encontraron una serie de ventajas en descentralizar esta función:

---

<sup>6</sup> Este argumento se reforzó con la propuesta de (Tiebout, 1956) en la que consideraba que los ciudadanos “votaban con los pies”, es decir, que podían desplazarse a otra jurisdicción diferente de la suya si consideraban que ésta no prestaba servicios correlacionados con lo que estaban pagando por ellos vía impuestos.

<sup>7</sup> Dentro de esta función se podría incluir el “crecimiento”. Algunos autores (Breuss y Eller, 2003) trataron de relacionar los conceptos de descentralización y crecimiento, aunque los resultados fueron contradictorios:

- ▲ La descentralización implica una mayor eficiencia económica en el gasto público, lo que se traduce en un aumento del crecimiento.
- ▲ La descentralización puede implicar inestabilidad macroeconómica, lo que veta el crecimiento económico.
- ▲ Los países en desarrollo no tienen por qué obtener beneficios del proceso descentralizador al contar con entornos e instituciones diferentes, por lo que la teoría del federalismo fiscal no es algo extrapolable al resto de economías mundiales.

- ▲ Se produce una ganancia de bienestar al pasar de una provisión de bienes públicos centralizada a una descentralizada.<sup>8</sup>
- ▲ Las variaciones geográficas se acomodan a los gustos.
- ▲ Existe un mayor conocimiento por parte de los políticos y los administradores acerca de las preferencias de los usuarios.
- ▲ Los funcionarios públicos pueden realizar un “mayor control democrático”
- ▲ Las autoridades locales pueden cooperar entre sí.
- ▲ Permite conocer mejor los costes de los servicios.
- ▲ Aumenta la productividad, ya que se innova y se experimenta más.

Si atendemos a la *función de redistribución*, los autores a favor del federalismo fiscal de primera generación consideraban que ésta era tarea del Gobierno Central y sólo sería efectiva si se realizaba sin motivos de “dimensión espacial”, es decir, sin que el Estado beneficiara a unos territorios frente a otros.

Otra de las funciones musgravianas atribuidas al Estado Central es la *función de estabilización*. El objetivo de éste último debe ser conseguir un presupuesto equilibrado y contener los déficits.

Por lo tanto, el federalismo fiscal considera que la provisión de bienes públicos por parte del Gobierno Central es negativa, no sólo por las pérdidas de bienestar y eficiencia que implica, sino también por problemas de información y restricciones políticas. Estas dos últimas razones no fueron respaldadas con ningún argumento.

Frente a esta teoría tradicional, aparecen muchas críticas que ponen de manifiesto su inconsistencia. Por ejemplo, el caso de atribuir la función de asignación a los niveles territoriales sub-nacionales puede acarrear efectos negativos sobre la equidad y la estabilidad. Sobre la equidad dado que “la gente pobre es pobre en todas partes, se le debe ayudar viva donde viva” (Prud’homme, 1995). Este autor demostró que al disminuir la función de distribución del Gobierno Central, aumentan las disparidades inter-jurisdiccionales. Y sobre la estabilidad, ya que “la restricción presupuestaria de los niveles inferiores de Gobierno es suave y se financia con transferencias del Gobierno

---

<sup>8</sup> Esta conclusión la demostró en su “teorema de la descentralización” a través de un gráfico que muestra un ejemplo muy sencillo de una comunidad compuesta por dos jurisdicciones. No obstante, Casahuga hace una crítica a este teorema demostrando con otro ejemplo que el suministro descentralizado no es más eficiente que el centralizado.

Central” (Rodden, 2005). Además, algunos estudios empíricos<sup>9</sup> (Rodríguez Pose y Bwire, 2005) demuestran que no existe ninguna relación positiva entre el mayor grado de autonomía de las regiones y su crecimiento económico. Es decir, que las ganancias de eficiencia así como el posible “dividendo económico” que genera el proceso descentralizador (Morgan, 2002) no quedan claros desde un punto de vista empírico. Quizás los beneficios que este proceso genera sean de índole político y social.

#### **1.4.2. El federalismo de segunda generación.**

Antes de que el federalismo fiscal entrara en esta nueva etapa, la escuela del “Public Choice” en la década de los 80 se replanteó diversas cuestiones que afectaban a la teoría clásica del federalismo fiscal.

Esta escuela cuestionó, entre otras cosas, la persecución del interés general por parte de los políticos y los funcionarios públicos y que la competencia entre los distintos niveles territoriales fuese beneficiosa. Consideraron que ambos problemas venían originados por la descentralización y, por tanto, propusieron una posible reducción del tamaño del sector público.

Más adelante, surgió el “federalismo de segunda generación” basado en prestar atención a cómo se financian, endeudan y gestionan el presupuesto los Gobiernos subcentrales, a fin de evitar “comportamientos inapropiados” por su parte. Es decir, se pasó de especificar solamente las competencias correspondientes a cada administración territorial, a determinar qué hacían con el presupuesto cada una de ellas.

Ese “miedo” a que los niveles inferiores de gobierno pudieran comportarse de esa manera, estriba en la asignación de una restricción presupuestaria “blanda”<sup>10</sup> por parte del Gobierno Central. Los niveles subcentrales, al contar con tal libertad presupuestaria,

---

<sup>9</sup> Este análisis se llevó a cabo en seis países (Alemania, India, Estados Unidos, Italia, México y España) con sistemas autonómicos totalmente diferentes (unos federales consolidados y otros recientemente inmersos en este proceso) a través de una regresión múltiple nacional para tratar de ver la relación entre los modelos de crecimiento y el grado de descentralización.

<sup>10</sup> Jon Magnussen, Fabrizio Tediosi y Péter Mihályi (2007) consideran que la “culpa” de que se lleve a cabo esta restricción presupuestaria blanda es difícil de determinar, ya que podría ser el resultado de la descentralización al incrementar la distancia con el Gobierno Central, es decir, las pequeñas autonomías podrían estar menos restringidas por el presupuesto, o podría ser culpa del Gobierno Central, quien podría ejecutar presupuestos duros y “lavarse las manos” respecto a lo que ocurra en las autonomías locales.

pueden tender a endeudarse en exceso y además, como el Estado tiene la función de evitar los déficits, los rescatará siempre que así lo requieran.

Por lo tanto, el federalismo fiscal de segunda generación sugiere el cumplimiento de una restricción presupuestaria o “hard budget constraint” por parte de las autoridades locales, y la competencia entre las mismas para incentivar el crecimiento económico local. Éstas, al tener mayores ingresos tributarios<sup>11</sup>, podrán financiar todas aquellas políticas que consideren más adecuadas para su región y “verán más aliviadas sus restricciones presupuestarias”. (Santaló, 2011)

### **1.5. Ventajas y desventajas de descentralizar.**

Las dos etapas por las que atravesó el federalismo fiscal, hicieron que surgieran numerosos argumentos a favor y en contra de la descentralización. A continuación se expondrán las principales ventajas y desventajas de descentralizar en general recopiladas de la literatura revisada, y finalmente, cuáles serían en materia sanitaria.

#### **Principales ventajas de la descentralización**

1. Permite una mayor eficiencia en la prestación de los bienes públicos: los niveles inferiores de Gobierno están en contacto más directo con la población a la que se dirigen, por lo que poseen un mayor conocimiento de sus preferencias (es decir, poseen una mayor capacidad para satisfacer las necesidades y deseos de los usuarios) y de los costes que implica el suministro. Además, al estar en constante competencia con otros niveles subcentrales, les estimula a ser más eficientes e incluso coordinarse con otras administraciones.
2. Las decisiones gubernamentales están “nearer to the people” (más cercanas a la gente) y permiten “encourage community involvement” (fomentar la participación de la comunidad) (Bankauskaite, Dubois and Saltman, 2007, p.29)

---

<sup>11</sup> El crecimiento económico local permite a los gobiernos subcentrales beneficiarse de mayores niveles de recaudación, por lo que tratarán de promoverlo. Si realizan actuaciones contrarias a dicho desarrollo, las personas se irán a otras regiones donde puedan gozar de mayores oportunidades. (Santaló, 2011)

3. Tiebout (1956) consideraba que los Gobiernos Locales tienen más oportunidades e incentivos más fuertes para acomodar las preferencias locales y conocer mejor los cambios demográficos y socioeconómicos.
4. La responsabilidad de los políticos aumenta. El hecho de que los Gobiernos estén más próximos a la ciudadanía les exige ser más transparentes y proporcionar más información acerca de sus actuaciones.
5. La provisión de bienes públicos es de mayor calidad. Es complicado verificar esta ventaja al no existir indicadores de calidad fiables, pero sí que es cierto que la innovación es mayor a nivel descentralizado.

### **Principales desventajas de la descentralización**

1. La eficacia en la provisión de los bienes públicos puede verse deteriorada, al no darse una coordinación entre las administraciones locales.
2. Pueden darse duplicidades, costes potenciales y externalidades.
3. Pérdida de economías de escala.
4. Disparidades entre los ciudadanos en función del lugar en el que viven. Frente a esta situación, los países nórdicos han iniciado un “proceso de recentralización” en algunas competencias.
5. Aumento del gasto público. Se introducen nuevos niveles de Gobierno, lo que aumenta el tamaño del sector público. Además, los niveles subcentrales tienden a aumentar dicho gasto continuamente, lo que se denomina el “*fly paper effect*”.
6. La posibilidad de moverse entre jurisdicciones de la que hablaba Tiebout, no tenía en cuenta los “costes de movilidad”, que en ocasiones son muy elevados para los ciudadanos.

7. Aparición de problemas cuando algunas regiones cuentan con recursos naturales que otras no tienen o tienen escasez de ellos. Un ejemplo es el problema del agua en España.
8. La corrupción a nivel descentralizado es mayor que a nivel centralizado.
9. Falta de “corresponsabilidad fiscal” entre las Comunidades Autónomas y el Estado Central. Las administraciones territoriales no tienen ninguna limitación en sus decisiones tributarias, es decir, el coste de financiación de muchos servicios que ofrecen no los asumen ellas. Una solución podría ser “establecer un gravamen autonómico sobre las mismas bases que las que grava el impuesto estatal –al modo en que funciona en EEUU lo que resolvería, en parte, este problema” (Gómez-Pomar, J. 2010, p.44)

Como podemos observar, existe un mayor número de críticas al federalismo fiscal que argumentos a favor. Éstos se han centrado principalmente en la mayor eficiencia, calidad, transparencia e información que ofrece la descentralización. Sin embargo, muchas de esas ventajas no han sido efectivamente verificadas.

En materia sanitaria, también aparecen una serie de argumentos a favor y en contra de este proceso (cuadro 1.3). Podemos observar que los argumentos en contra no son tan cuantiosos que en el caso del proceso de descentralización en general, lo que puede deberse al importante peso que tiene la opinión pública al respecto.

La satisfacción de los ciudadanos es vital a la hora de determinar qué es mejor, descentralizar o no en este ámbito. Sin embargo, el que los usuarios prefieran una provisión descentralizada puede estar motivado, no sólo por lo que defienden los pensadores del federalismo fiscal, sino también por temor a que se les quite el derecho constitucional de tener una sanidad gratuita, equitativa y accesible para todos.

**Cuadro 1.3: Argumentos a favor y en contra de la descentralización sanitaria**

<b>ARGUMENTOS A FAVOR</b>	<b>ARGUMENTOS EN CONTRA</b>
El Gobierno Central impide la innovación y la diversidad en el sistema sanitario al intentar contener el gasto.	Aumenta el gasto sanitario de manera descontrolada. Existencia de una restricción presupuestaria blanda y una falta de ingresos por parte de los niveles subcentrales.
Permite una gestión y capacidad experimental a bajo coste. Un ejemplo de esto lo encontramos en la salud mental española.	Existencia de externalidades o “efectos contagio”, motivados por el aumento de la competencia entre jurisdicciones.
Aumenta la satisfacción del sistema sanitario.	Expectativas de rescate por parte de las Comunidades Autónomas.
Mayores niveles de innovación sanitaria.	No hay evidencias de que la gestión descentralizada incremente la eficiencia.

Fuente: Elaboración propia.

Decidir si descentralizar o no en materia sanitaria es complejo; Saltman (2007) considera que lo mejor sería un “two-tier system”, es decir, un sistema de dos niveles en el que, por un lado, estuvieran las Autoridades Locales, al permitir la participación del ciudadano, y por otro, la Autoridad Central, al conseguir mayores niveles de eficiencia.

Además, el tamaño de las distintas unidades territoriales, de la población y del país, así como la homogeneidad entre sus habitantes, influyen significativamente en los sistemas sanitarios.

El debate actual está entre descentralizar o recentralizar, qué nos conviene, una cosa u otra, o ambas. Los países nórdicos han tendido a recentralizar debido principalmente a los denominados “mergers”, es decir, fusiones entre niveles territoriales, que fueron el resultado de iniciativas “bottom-up” (de abajo a arriba). Por ejemplo, Finlandia en el año 2005 pasó de 444 gobiernos locales a 432, Dinamarca, con su reforma de 2007 pasó de tener 14 condados a 5, y de 275 municipios a tan sólo 98 (cuadro 1.2.), en Francia se obligó a los Gobiernos Locales a agruparse al igual que en Portugal en 2003, donde se aprobó una ley donde se imponía la obligación de este cometido.

Los países del norte europeo ven el “proceso recentralizador” como una vía de conseguir eficiencia en la provisión de cuidado al paciente al incrementarse la calidad del cuidado en salud y mejora de las posibilidades para analizar resultados e incrementar la excelencia médica. (Saltman, 2007)

Se ha demostrado que cuando se descentraliza, los gastos en sanidad aumentan debido principalmente a la existencia de una restricción presupuestaria blanda por parte de los Gobiernos Centrales. Esto hace que en muchos países como Noruega se devuelvan algunas competencias a los niveles centrales para tratar de controlar el gasto y una vez mejorada la situación, se vuelve a descentralizar otra vez. Es decir, que es como “la pescadilla que se muerde la cola”, cuando el gasto se mueve acorde a lo que queremos, la descentralización impera ante la centralización, en cambio, cuando los niveles de gasto alcanzado son desorbitados, se tiende a la recentralización.

Lo ideal, en mi opinión, sería encontrar un nivel óptimo de descentralización que permita que el gasto sanitario no se incremente de manera tan brutal hasta el punto de volver a centralizar, es decir, tratar de lograr un equilibrio armónico que permita gozar de las ventajas de ambas sin alterar la sostenibilidad del sistema sanitario.

### **1.6. Proceso descentralizador en España.**

La Constitución Española del año 1978 en su articulado ya otorgaba las competencias exclusivas al Estado en materia de Sanidad y las competencias que se atribuyen a las Comunidades Autónomas (CCAA). Así, el artículo 148.1.21<sup>a</sup> establece que “las Comunidades Autónomas podrán asumir competencias en las siguientes materias: Sanidad e Higiene” y en el apartado 2 de este mismo artículo dispone que “transcurridos cinco años, y mediante la reforma de sus Estatutos, las Comunidades Autónomas podrán ampliar sucesivamente sus competencias dentro del marco establecido en el artículo 149”.

En cuanto a las competencias en materia sanitaria exclusivas para el Estado, se establece en el artículo 149.1.16<sup>a</sup> que “el Estado tiene competencia exclusiva sobre las siguientes materias: Sanidad exterior. Bases y coordinación general de la sanidad. Legislación sobre productos farmacéuticos.” Además, el último apartado de este mismo artículo determina que todas aquellas competencias que no le hayan sido atribuidas al Estado, serán otorgadas a las CCAA siempre y cuando lo tengan reflejado en sus respectivos Estatutos de Autonomía.

Con la Constitución de 1978 se inició una nueva organización territorial que concedía a las Comunidades Autónomas un poder en materia sanitaria. Sin embargo, no se concedió tales poderes a todas las CCAA al mismo tiempo, sino que a lo largo de 20 años se fue otorgando a cada una de las 17 que conforman el territorio español.

En el cuadro 1.4 se exponen las transferencias de competencias en esta materia a cada una de las Comunidades Autónomas, el real decreto en el que se aprobaron y la fecha.

***Cuadro 1.4: Transferencia de competencias sanitarias a las Comunidades Autónomas españolas***

<b>Comunidad Autónoma</b>	<b>Real Decreto</b>	<b>Fecha aprobación</b>
Cataluña	1517/1981	08/07/1981
Andalucía	400/1984	22/02/1984
País Vasco	1536/1984	03/11/1984
Valencia	1612/1987	27/11/1987
Galicia	1679/1990	28/12/1990
Navarra	1680/1990	28/12/1990
Canarias	446/1994	11/03/1994
Asturias	1471/2001	27/12/2001
Cantabria	1472/2001	27/12/2001
La Rioja	1473/2001	27/12/2001
Murcia	1474/2001	27/12/2001
Aragón	1475/2001	27/12/2001
Castilla La Mancha	1476/2001	27/12/2001
Extremadura	1477/2001	27/12/2001
Baleares	1478/2001	27/12/2001
Madrid	1479/2001	27/12/2001
Castilla y León	1480/2001	27/12/2001

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

Podemos observar que en el periodo 1981-1994 hubo un traspaso de competencias en materia sanitaria a siete Comunidades Autónomas: Cataluña, Andalucía, País Vasco, Valencia, Galicia, Navarra y Canarias. Aunque no fue hasta siete años más tarde, en el año 2001, cuando se concedieron dichos poderes al resto de Comunidades Autónomas.

Por tanto, en el año 2001 el Gobierno Central terminó de ceder todas sus competencias en materia sanitaria, momento a partir del cual se produjo un importante aumento del gasto sanitario e importantes diferencias entre el gasto presupuestado y el efectivamente

liquidado, cuestión que será objeto de análisis en otros capítulos de este trabajo de investigación.

## CAPÍTULO 2: LA EVOLUCIÓN DEL GASTO PÚBLICO Y AUTONÓMICO

### 2.1. Introducción

Como hemos visto en el capítulo anterior, la Constitución organiza territorialmente el Estado [Art. 137. C.E.] quedando la Administración Pública española dividida en tres niveles (de mayor a menor tamaño territorial):

- ▲ **Administración General del Estado:** ejecutada por el Presidente, Vicepresidente, Ministros, y demás personalidades que designe la ley. Se encarga de llevar a cabo las políticas interior y exterior, la administración civil y militar, así como la defensa del Estado. Además, tiene la función ejecutiva y potestad reglamentaria acorde con la Constitución y las leyes. [Art. 97 y 98 C.E.]
  
- ▲ **Administración Autonómica:** el artículo 143 de la Constitución Española determina que “[...] las provincias limítrofes con características históricas, culturales, y económicas comunes, los territorios insulares y las provincias con entidad regional histórica podrán acceder a su autogobierno y constituirse en Comunidades Autónomas [...]”. Además, dicho artículo continúa en su segundo apartado: “la iniciativa del proceso autonómico corresponde a todas las Diputaciones interesadas o al órgano interinsular correspondiente y a las dos terceras partes de los municipios cuya población represente, al menos, la mayoría del censo electoral de cada provincia o isla [...]”
  
- ▲ **Administración Local:** [Art. 140 y 141 C.E.] abarca la autonomía de los municipios, islas, y la configuración de las provincias<sup>12</sup>. Su gobierno y administración lo ejecutan los ayuntamientos, integrados por los Alcaldes y Concejales. Las islas tienen su propia administración, denominadas Cabildos o Concejos. En este nivel se encuentran las Haciendas Locales [Art. 142 C.E.] que

---

<sup>12</sup> Definidas en la Constitución como una entidad local con personalidad jurídica propia formada por la agrupación de municipios, y bajo el gobierno y administración de las Diputaciones.

se surtirán de tributos propios y de participación en los del Estado y de las CCAA.

Sin embargo, el artículo 2 del Real Decreto-Ley 2/2007, de 28 de diciembre, determina que el Sector Público queda dividido no sólo por las tres administraciones presentadas anteriormente, sino también por todas las entidades que integran el *sistema de la Seguridad Social*.

Como se puede apreciar, cada nivel territorial tiene asignadas unas competencias específicas, concretadas en [Art. 148 y 149 C.E.]. Esto implica que el gasto efectuado por cada una de ellas sea distinto a lo largo del tiempo.

Si observamos el cuadro 2.1 podemos corroborar lo anteriormente mencionado. Los niveles de gasto son diferentes para cada una de ellas, siendo la administración general y autonómica las que más gasto efectúan, seguidas muy de cerca por la Seguridad Social, que ha superado el 25% de contribución desde 2010. La primera de ellas ha sido superior en todos los años analizados<sup>13</sup>, excepto en 2008 y en el último año disponible. Por el contrario, la Administración Local es la que menos gasto ha realizado, aunque no ha parado de crecer hasta el último año disponible, donde ha decrecido ligeramente.

**Cuadro 2.1: Contribución de los niveles territoriales al gasto total público**

	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
<b>Administración Central</b>	31,36%	31,16%	33,91%	32,59%	30,14%
<b>Administración Autonómica</b>	30,97%	31,60%	29,58%	29,58%	31,38%
<b>Administración Local</b>	13,75%	13,05%	12,31%	12,38%	12,11%
<b>Seguridad Social</b>	23,91%	24,19%	24,19%	25,45%	26,37%
<b>Total Administraciones Públicas</b>	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

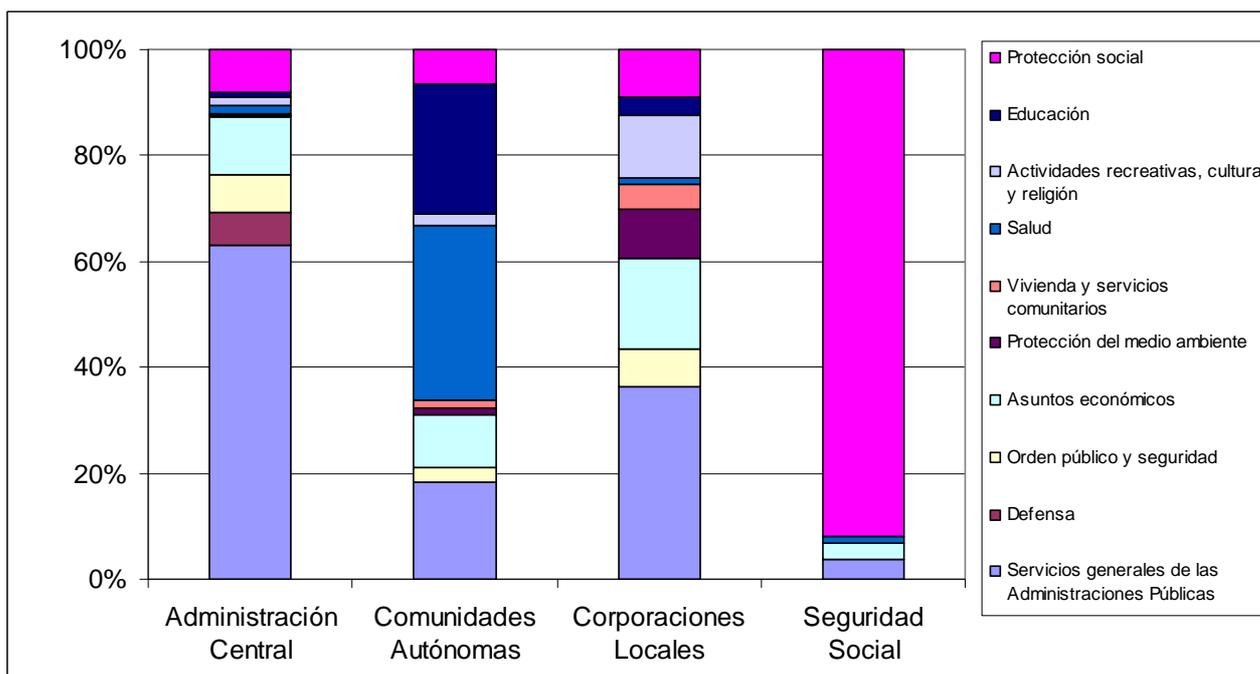
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Ministerio de Hacienda y Administraciones públicas. IGAE. Contabilidad Nacional.

<sup>13</sup> El periodo de estudio elegido para este análisis será desde 2007 hasta la actualidad o los últimos datos disponibles. La razón de dicha elección estriba en que precisamente ese año fue el comienzo de la crisis económico-financiera en nuestro país. Esto nos proporcionará información acerca de cómo se ha comportado la Administración Pública española desde el estallido de la crisis, e información relevante sobre las políticas llevadas a cabo desde entonces han sido las idóneas.

Si nos centramos en el último año disponible, el gasto de cada una de las administraciones no se ha destinado a los mismos fines, sino que su distribución ha sido diferente en función de las características de sus políticas y competencias.

La Administración Central destina más de la mitad de sus recursos (63,18%) a “servicios generales de las administraciones públicas”. Las administraciones autonómicas dividen sus recursos principalmente entre las partidas de “educación” y “sanidad”, la Seguridad Social destina el 92,07% de sus recursos a financiar la “protección social” y menos del 10% hacia las partidas de “servicios generales de las AAPP”, los “asuntos económicos” y la “salud”. Finalmente, las Administraciones Locales destinan fundamentalmente sus recursos hacia los “servicios generales de las administraciones públicas” y “asuntos económicos” (gráfico 2.1).

**Gráfico 2.1: Distribución funcional del gasto por administraciones en 2011**



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas. IGAE. Contabilidad Nacional.

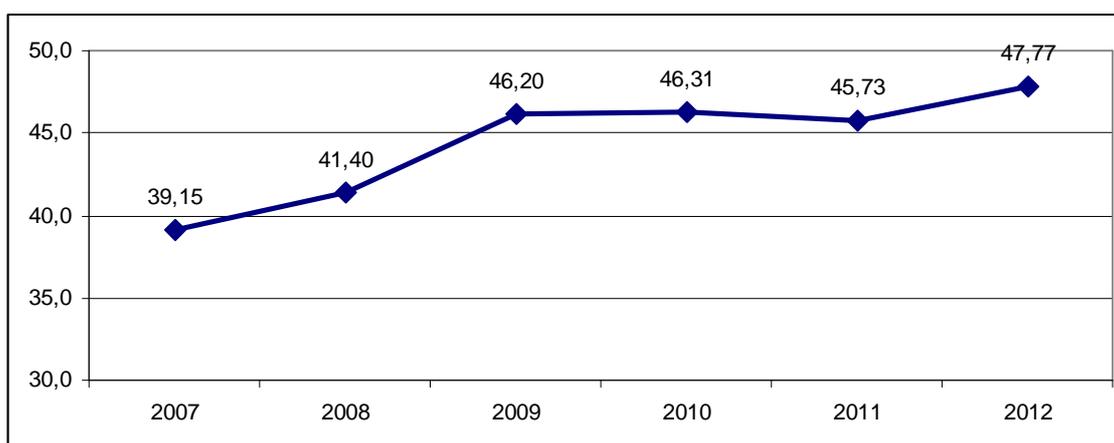
Una vez aclarada la participación de los distintos niveles de la Administración en el gasto público, pasaremos a analizar la evolución del gasto público y del gasto autonómico. El motivo principal por el que este trabajo analiza una de las tres Administraciones Públicas en concreto, es porque es donde se han producido mayores niveles de gasto en los últimos años, sobre todo en el ámbito sanitario.

## 2.2. La evolución del gasto público total

Para la elaboración de este epígrafe, se tomará la Contabilidad Nacional que ofrece la Intervención General de la Administración del Estado (IGAE), al ser un método estadístico que permite determinar la actividad económica de las Administraciones Públicas, tras la aplicación de los criterios del Sistema Europeo de Cuentas (SEC) 95.

Si tomamos en consideración el gráfico 2.2, el gasto público total ha ido incrementándose desde el año 2007, con etapas de crecimiento más acelerado (2008-2009) y otras de pequeño descenso (2010-2011).

**Gráfico 2.2: Evolución del gasto público total. 2007-2012**  
(En porcentaje del PIB)



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas. IGAE. Contabilidad Nacional.

A continuación se analizará el gasto público total desde una perspectiva económica y funcional. Esto otorgará mayor información acerca del destino que, el total de Administraciones Públicas (AAPP), concede a los recursos.

### **2.2.1. Análisis económico del gasto público total**

Los datos ofrecidos por el IGAE incluyen las operaciones no financieras, es decir, los recursos, empleos y capacidades o necesidades de financiación. Éstas se dividen en once partidas:

- 1º. *Consumos intermedios*:** incluye los bienes y servicios que se han consumido durante el proceso de producción. Quedan excluidos los activos fijos, ya que se ubican dentro del consumo de capital fijo.
- 2º. *La remuneración de asalariados*:** se incluyen los sueldos y salarios en efectivo y en especie, así como las cotizaciones sociales a cargo de la Administración Pública.
- 3º. *Impuestos sobre la producción y las importaciones*:** las AAPP deben hacerles frente independientemente de la cantidad y valor de los bienes y servicios producidos. Éstos pueden gravar la tierra, la mano de obra empleada en el proceso productivo, los activos fijos, etc.
- 4º. *Subvenciones pagadas*:** se trata de pagos de índole corriente que las AAPP o las instituciones europeas realizan a sus productores residentes, con el fin de ayudarles con la cantidad, precio, o remuneración de sus factores de producción.
- 5º. *Intereses (PDE)*:** son los generados por los instrumentos que las AAPP emplean para financiar sus actividades. Éstos están calculados teniendo en cuenta el Procedimiento de Déficit Excesivo (PDE).
- 6º. *Prestaciones sociales distintas de las transferencias sociales en especie*:** recopila las transferencias que las AAPP efectúan a los hogares con el fin de ayudarles a financiar determinadas necesidades (enfermedad, invalidez, vejez, etc.). Por ejemplo, se ubican dentro de esta partida, las prestaciones por desempleo, las prestaciones por incapacidad temporal o, los recursos destinados al Fondo de Garantía Salarial.

- 7°. *Transferencias sociales en especie de bienes y servicios de mercado:*** se incluye la compra de bienes y servicios que las AAPP realizan a proveedores de mercado, para transferirlas en especie a las familias incluidas en el marco de la protección social. Se incluyen por tanto, costes de la sanidad, la educación concertada, programas de drogodependencia o cualquier otro ofrecido por entidades privadas, determinados bienes como las sillas de inválidos, etc.
- 8°. *Otras transferencias corrientes:*** en esta partida se incluyen las subpartidas de “*cooperación internacional corriente*”, que incluye todo tipo de transferencias efectuadas entre las AAPP nacionales e internacionales; “*las transferencias corrientes diversas*”, donde se ubican las transferencias realizadas a entidades sin ánimo de lucro, los pagos compensatorios y la correspondiente aportación a la UE en función de la renta nacional bruta (RNB); y las “*primas netas de seguro*” de todas las AAPP.
- 9°. *Formación bruta de capital:*** incluye las adquisiciones realizadas a productores residentes menos las disposiciones de activos materiales o inmateriales utilizados de manera repetida en el proceso productivo durante más de un año. También se incluye la variación de existencias y la diferencia entre adquisiciones y cesiones de objetos de gran valor.
- 10°. *Ayudas a la inversión y otras transferencias de capital:*** se trata de transferencias realizadas desde la AAPP hacia unidades institucionales con el fin de financiar total o parcialmente la adquisición de sus activos fijos.
- 11°. *Adquisiciones menos cesiones de activos no financieros no producidos.***

El análisis del cuadro 2.2 refleja que la mayor parte de los recursos de la Administración Pública se han canalizado hacia las “prestaciones sociales distintas de las transferencias sociales en especie” y hacia la “remuneración de asalariados”. Sin embargo, ésta última ha visto mermada sus recursos a partir de 2008. Otras partidas de importancia relevante son los “consumos intermedios”, aunque su aportación se ha reducido paulatinamente desde 2007, y la “formación bruta de capital” que en 2007 superaba el 10% de contribución, sin embargo, en el último año disponible, absorbe menos recursos que las

“ayudas a la inversión y otras transferencias de capital”, los “intereses (PDE)” y las “transferencias sociales en especie de productores de mercado”.

Si atendemos a la última columna del cuadro objeto de estudio, podemos comprobar que a lo largo de los cinco periodos analizados, la Administración Pública ha llevado a cabo principalmente políticas de expansión en la mayoría de las partidas económicas, sobre todo, en las “ayudas a la inversión y otras transferencias de capital” y en las “adquisiciones netas de activos no financieros no producidos”. Por el contrario, otras partidas como la “formación bruta de capital”, las “subvenciones”, y “otras transferencias corrientes” han reducido sus recursos a lo largo del periodo de análisis.

**Cuadro 2.2: Distribución económica del gasto público y su variación en el periodo 2007-2012**

	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2007-2012</b>
<b>Remuneración de asalariados</b>	26,15%	26,31%	25,99%	25,95%	25,84%	23,44%	1,33%
<b>Consumos intermedios</b>	13,42%	13,36%	12,78%	12,82%	13,04%	11,95%	1,19%
<b>Impuestos sobre la producción y las importaciones</b>	0,04%	0,05%	0,05%	0,06%	0,07%	0,06%	12,13%
<b>Subvenciones</b>	2,74%	2,64%	2,45%	2,45%	2,44%	2,07%	-2,05%
<b>Intereses (PDE)</b>	4,11%	3,87%	3,83%	4,21%	5,50%	6,35%	12,96%
<b>Prestaciones sociales distintas de las transferencias sociales en especie</b>	29,75%	30,27%	31,77%	33,39%	34,10%	34,11%	6,45%
<b>Transferencias sociales en especie de productores de mercado</b>	6,32%	6,40%	6,54%	6,51%	6,36%	5,76%	1,67%
<b>Otras transferencias corrientes</b>	3,73%	3,99%	3,99%	3,64%	3,59%	3,12%	-0,10%
<b>Formación bruta de capital</b>	10,33%	9,69%	9,67%	8,61%	6,46%	3,58%	-16,20%
<b>Adquisiciones netas de activos no financieros no producidos</b>	0,10%	0,34%	0,29%	0,28%	-0,21%	0,18%	18,12%
<b>Ayudas a la inversión y otras transferencias de capital</b>	3,30%	3,06%	2,63%	2,10%	2,81%	9,35%	27,57%
<b>TOTAL</b>	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	3,72%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas. IGAE. Contabilidad Nacional.

### **2.2.2. Análisis funcional del gasto público total**

La clasificación funcional de los gastos no financieros que ofrece el IGAE divide al gasto público total en diez partidas. Sin embargo, no existe ninguna nota metodológica que defina cada una de ellas, por lo que su análisis puede resultar ser menos preciso que el anterior. Además, como en el análisis económico realizado previamente, las últimas estadísticas disponibles expresan los datos con base en 2008, cumpliendo los criterios del SEC 95.

Si atendemos al cuadro 2.3, más del 30% de los recursos de las AAPP se canalizan hacia la “protección social”, desde el año 2007. En segundo lugar se encontraría la “salud”, aunque ha ido perdiendo peso desde 2011, seguida de los “asuntos económicos”, que han ido reduciendo también su aportación, pero desde el año 2007. Las siguientes partidas de mayor relevancia serían los “servicios generales de las AAPP” y la “educación”. En la primera de ellas, se han ido incrementando los recursos desde 2007, superando en el último año disponible a otras partidas como los “asuntos económicos”. En último término, se ubicarían el resto de partidas, con un porcentaje de contribución inferior al 5% en todo el periodo analizado.

En la última columna del cuadro que se está analizando, podemos ver más claramente cómo la mayoría de las partidas funcionales no han sufrido el efecto de los recortes presupuestarios, sobre todo, las partidas de “protección social” y “servicios generales de las AAPP”, en ese orden. Por el contrario, en las partida de “vivienda y servicios comunitarios” y las “actividades recreativas, cultura y religión” la política que se ha aplicado desde 2007 ha sido de carácter restrictivo.

**Cuadro 2.3: Distribución funcional del gasto público y su variación en el periodo  
2007-2011(\*)**

	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2007-2011</b>
<b>Servicios generales de las AAPP</b>	11,72%	11,48%	11,42%	11,41%	12,52%	5,56%
<b>Defensa</b>	2,63%	2,51%	2,27%	2,37%	2,33%	0,78%
<b>Orden público y seguridad</b>	4,91%	4,88%	4,60%	4,89%	4,84%	3,47%
<b>Asuntos económicos</b>	12,91%	12,68%	12,10%	12,35%	11,63%	1,16%
<b>Protección del medio ambiente</b>	2,38%	2,20%	2,15%	2,14%	2,06%	0,22%
<b>Vivienda y servicios comunitarios</b>	2,36%	2,58%	2,85%	1,54%	1,34%	-9,98%
<b>Salud</b>	14,55%	14,64%	14,74%	14,31%	14,06%	2,95%
<b>Actividades recreativas, cultura y religión</b>	4,08%	4,00%	3,62%	3,66%	3,34%	-1,24%
<b>Educación</b>	11,17%	11,12%	10,92%	10,64%	10,51%	2,27%
<b>Protección social</b>	33,29%	33,91%	35,33%	36,70%	37,37%	6,88%
<b>TOTAL</b>	100%	100%	100%	100%	100%	3,84%

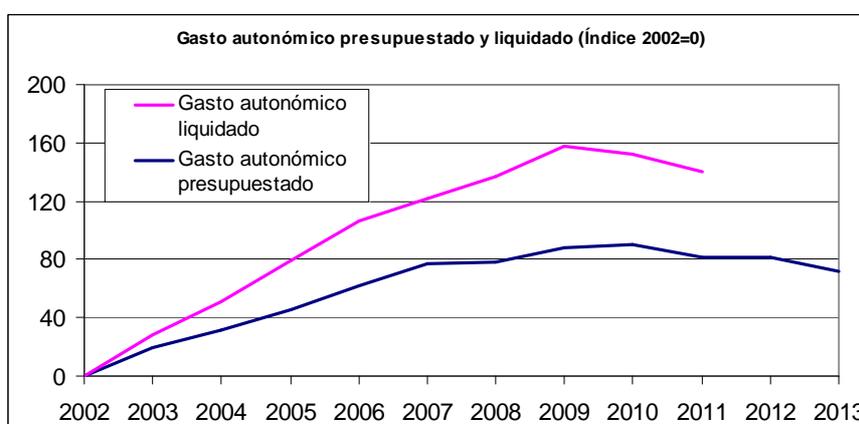
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas. IGAE. Contabilidad Nacional.

(\*)Nota: Para la clasificación funcional del gasto público la disponibilidad de los datos se limita hasta 2011, siendo éstos una previsión realizada por el IGAE.

### 2.3. La evolución del gasto autonómico

Desde el traspaso competencial en materia sanitaria en el año 2002, el gasto autonómico no ha parado de crecer. No obstante, a partir de 2009, esta tendencia alcista ha tomado la senda del decrecimiento. A estas consideraciones es importante añadir que los gastos que se proyectaban a principios de cada año (presupuestado) fueron mucho menores a los realmente efectuados (liquidado) (gráfico 2.3).

**Gráfico 2.3: Gasto autonómico presupuestado y liquidado (\*)**



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas.

(\*) Nota: Sólo existen datos hasta 2011 para el gasto público liquidado. Los datos presupuestados para el año 2013 han sido recopilados del avance de los presupuestos.

¿Podría este comportamiento ser una de las consecuencias del proceso descentralizador que mencionábamos en el capítulo anterior? A la vista de los datos se podría decir que existe una “falta de corresponsabilidad fiscal” y el establecimiento de una “restricción presupuestaria blanda” por parte del Gobierno Central. (Prud’homme, 1995; Rodden, 2005; Gómez Pomar, 2010; etc.).

Sin embargo, ¿la ganancia de bienestar que supone la provisión descentralizada (Oates, 1972) es superior al gasto efectivamente liquidado? En este aspecto entra en juego si sólo el hecho de gastar más mejora el bienestar social, o hay que gastar con “raciocinio” los recursos disponibles. Es decir, aparecen los criterios eficientistas, basados en el actual debate descentralización-centralización, cuál de los dos es más eficiente, frente a los garantistas, centrados en los conceptos de equidad y justicia que proporcionaba la provisión centralizada. (López Casanovas, 2003)

Si consideramos cada una de las Comunidades Autónomas que componen el gasto total autonómico, hay que tener en cuenta que no todas gastan la misma cantidad de recursos y por supuesto, no la dedican a los mismos fines en la misma proporción.

Al igual que ocurría con el gasto total autonómico, donde lo previamente presupuestado ha sido siempre menor a lo efectivamente liquidado, algunas CCAA también presentan este comportamiento (cuadro 2.4). Si consideramos el total de CCAA (última fila del cuadro) los años de mayor descontrol presupuestario corresponden a 2008 y 2009.

Desde el comienzo de la crisis económica, las Comunidades Autónomas que gastaron más de lo previsto fueron Baleares y Navarra. Un año después, Andalucía, Asturias, Castilla la Mancha, Cataluña y Murcia se adhirieron a este comportamiento. En 2009, Comunidades como Aragón, Valencia, Canarias, Castilla y León y Madrid que no habían efectuado mayor gasto al proyectado, desde 2007, lo hicieron. A partir de 2010 son menos las regiones que pierden el control de sus recursos, aunque el País Vasco se incorpora a dicha tendencia. Finalmente, los últimos datos que ofrece el Ministerio sobre gasto liquidado reflejan que tan sólo cuatro regiones efectúan mayores niveles de gasto al inicialmente previsto.

Sin embargo, lo ideal sería que las diferencias entre ambos tipos de gasto mostradas en el cuadro 2.4 fuesen igual o cercanas a cero, por lo que cabe preguntarse a qué puede deberse esta falta de control de los recursos públicos. Un factor predominante es la descentralización del gasto público (Gil-Ruiz e Iglesias Quintana, 2007). Sin embargo, tal y como vimos en el primer capítulo, hay quienes a pesar de la falta de control presupuestario, ven en este proceso ventajas como la acomodación de las variaciones geográficas a los gustos (Oates, 1972) o incluso resultados ambiguos si se compara con el crecimiento. Es decir, el traspaso competencial incrementa la eficiencia del gasto público, lo que se traduce en crecimiento, por el contrario, genera inestabilidad macroeconómica, inhibiendo el mismo. (Braña, 2006)

**Cuadro 2.4: Diferencia entre el gasto autonómico presupuestado y liquidado (\*)**

	2007	2008	2009	2010	2011
ANDALUCÍA	3.839.962,88	-815.020,44	487.529,22	2.448.234,81	2.223.790,19
ARAGÓN	800.131,45	214.189,40	-51.768,99	174.795,93	-50.078,49
ASTURIAS	43.874,75	-230.393,42	10.554,57	325.704,51	203.059,00
C.VALENCIANA	282.544,16	196.728,82	-848.036,59	-273.493,63	-716.601,67
CANARIAS	276.862,37	526.898,43	-20.037,72	524.623,61	252.203,16
CANTABRIA	37.611,70	31.414,65	44.866,37	107.927,90	188.082,40
CASTILLA Y LEÓN	1.102.823,94	261.715,35	-100.473,53	101.370,79	971.520,50
CASTILLA LA MANCHA	1.791.365,33	-44.404,66	-389.771,58	260.205,53	-1.393.283,87
CATALUÑA	2.048.352,95	-1.601.253,68	-4.536.542,09	842.669,55	-1.986.464,04
EXTREMADURA	822.622,30	358.144,69	436.908,29	585.108,16	173.345,55
GALICIA	868.735,84	39.318,81	202.579,47	659.038,98	335.412,24
BALEARES	-437.480,74	-312.089,28	-178.580,77	-288.113,02	53.880,11
MADRID	873.423,11	596.369,97	-72.648,27	1.197.020,88	670.770,98
MURCIA	105.730,56	-223.173,55	311.769,02	179.461,25	330.761,33
NAVARRA	-392.131,00	-115.364,01	-70.981,56	108.017,94	219.428,17
P. VASCO	237.986,16	640.635,66	204.591,83	-53,28	392.774,53
RIOJA	53.732,59	64.990,12	74.782,12	114.030,89	84.752,95
<b>TOTAL CCAA</b>	<b>12.356.148,35</b>	<b>-411.293,14</b>	<b>-4.495.260,21</b>	<b>7.066.550,80</b>	<b>1.953.353,04</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas.

(\*) Nota: Las casillas sombreadas en color rojo significan que el gasto liquidado ha sido superior al previamente presupuestado.

Otro factor a tener en cuenta antes de analizar el gasto autonómico por CCAA desde la doble óptica que nos ofrece el Ministerio, es que el peso de cada una de ellas en el conjunto del gasto no ha sido uniforme. Hay Comunidades que han contribuido, en mayor o menor medida, a dicho aumento. Si nos fijamos en el cuadro 2.5, la Comunidad

Autónoma que más ha influido en el incremento del gasto total ha sido y es Andalucía, seguida muy de cerca por Cataluña (que en 2013 la supera ligeramente), Madrid y Valencia. Las Comunidades que menos contribuyeron y contribuyen son las dos ciudades autónomas: Ceuta y Melilla, y las Comunidades Autónomas de la Rioja y Cantabria.

**Cuadro 2.5: Contribución de las Comunidades y Ciudades Autónomas al total del gasto autonómico (\*)**  
(Porcentaje sobre el gasto total)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<b>ANDALUCÍA</b>	18,18	17,38	17,56	17,27	16,84	17,00	17,12
<b>ARAGÓN</b>	3,22	3,15	3,16	3,05	2,94	2,96	2,99
<b>ASTURIAS</b>	2,48	2,39	2,62	2,64	2,63	2,63	2,42
<b>C.VALENCIANA</b>	8,28	8,72	8,60	8,55	8,57	8,47	8,28
<b>CANARIAS</b>	4,31	4,83	4,66	4,75	4,26	4,51	4,36
<b>CANTABRIA</b>	1,37	1,49	1,47	1,42	1,46	1,48	1,47
<b>CASTILLA Y LEÓN</b>	6,01	5,77	5,60	5,51	5,46	5,26	5,41
<b>CASTILLA LA MANCHA</b>	5,08	4,57	4,68	4,78	4,78	4,55	4,25
<b>CATALUÑA</b>	16,88	15,88	15,95	17,63	18,34	16,58	17,52
<b>CEUTA</b>	0,14	0,16	0,16	0,15	0,15	0,15	-
<b>EXTREMADURA</b>	3,11	3,07	3,06	2,94	2,82	2,65	2,70
<b>GALICIA</b>	6,72	6,58	6,41	6,26	5,86	5,95	6,05
<b>BALEARES</b>	1,81	2,05	2,09	1,96	2,06	2,24	2,31
<b>MADRID</b>	11,32	11,71	11,74	11,11	11,39	13,37	12,31
<b>MELILLA</b>	0,12	0,13	0,14	0,14	0,14	0,14	-
<b>MURCIA</b>	2,60	2,85	2,95	2,86	2,91	2,93	2,87
<b>NAVARRA</b>	2,43	2,65	2,53	2,55	2,54	2,33	2,46
<b>P. VASCO</b>	5,45	6,11	6,14	5,95	6,39	6,33	6,69
<b>RIOJA</b>	0,77	0,80	0,78	0,78	0,76	0,76	0,78
<b>TOTAL CCAA</b>	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas.

(\*) Los datos están expresados en términos porcentuales sobre el total del gasto autonómico de cada año. En el año 2013 no se dispone de datos de las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla.

Sin embargo, este análisis otorga diferentes resultados si se tiene en cuenta el número de habitantes y por tanto, el gasto por habitante (cuadro 2.6). En este sentido, podemos comprobar que las regiones que más contribuyen al gasto total autonómico, no son las que más gastan en términos per cápita. Esto no significa que las Comunidades con mayores niveles de población (Andalucía, Cataluña y Madrid) ofrezcan servicios de peor calidad a sus habitantes, sino que pueden producirse economías de escala (Alonso y Ferrero, 2012)

Las regiones que superaron la media autonómica, en términos per cápita, en todos los años de estudio fueron Cantabria, Extremadura, Navarra, País Vasco y La Rioja. Por el contrario, Comunidades como Andalucía, Valencia, Canarias, Baleares, Madrid y Murcia, gastaron menos de la media desde el estallido de la crisis.

Además, se puede observar que los años de mayor gasto per cápita en el total de Comunidades se produce desde 2008, que coincide con la “entrada oficial” en la recesión de la economía española. Por otro lado, a partir de 2010, los gastos por habitante comienzan a reducirse, llegando a los niveles más bajos en todo el periodo analizado.

*Cuadro 2.6: Gasto per cápita de las Comunidades Autónomas (\*)*

<b>GASTO AUTONÓMICO PER CÁPITA (miles de euros)</b>							
	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
<b>ANDALUCÍA</b>	3,62	3,43	3,60	3,57	3,29	3,32	3,18
<b>ARAGÓN</b>	3,98	3,84	3,99	3,91	3,60	3,62	3,49
<b>ASTURIAS</b>	3,70	3,58	4,11	4,21	4,00	4,02	3,53
<b>C.VALENCIANA</b>	2,72	2,81	2,87	2,89	2,76	2,72	2,59
<b>CANARIAS</b>	3,41	3,77	3,77	3,88	3,30	3,51	3,23
<b>CANTABRIA</b>	3,84	4,14	4,23	4,15	4,04	4,11	3,89
<b>CASTILLA Y LEÓN</b>	3,82	3,65	3,72	3,72	3,52	3,40	3,35
<b>CASTILLA LA MANCHA</b>	4,13	3,63	3,83	3,94	3,73	3,54	3,17
<b>CATALUÑA</b>	3,76	3,49	3,63	4,06	4,01	3,61	3,66
<b>EXTREMADURA</b>	4,58	4,53	4,72	4,59	4,19	3,94	3,83
<b>GALICIA</b>	3,89	3,83	3,90	3,87	3,45	3,53	3,41
<b>BALEARES</b>	2,81	3,10	3,25	3,07	3,05	3,30	3,24
<b>MADRID</b>	2,99	3,03	3,13	2,97	2,89	3,39	2,99
<b>MURCIA</b>	3,00	3,24	3,47	3,38	3,27	3,28	3,07
<b>NAVARRA</b>	6,44	6,91	6,82	6,92	6,52	5,95	6,01
<b>P. VASCO</b>	4,08	4,59	4,81	4,72	4,82	4,76	4,80
<b>RIOJA</b>	3,99	4,10	4,13	4,18	3,90	3,90	3,82
<b>TOTAL CCAA</b>	3,81	3,86	4,00	4,00	3,78	3,76	3,60

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas y el Instituto Nacional de Estadística.

(\*) Los datos sombreados en naranja significan que superan la media autonómica. El número de habitantes utilizado en este cálculo está referido a 1 de enero de cada año.

Para analizar con mayor énfasis el gasto autonómico total y por Comunidades Autónomas, debemos tener en cuenta a qué partidas presupuestarias se destinan los recursos públicos desde la óptica económica y funcional que nos ofrece el Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas.

Para la elaboración de los gráficos que se presentarán en los siguientes epígrafes, se han tomado los datos que ofrece el Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas depurados, después de descontar la Intermediación Financiera Local (IFL) y la Política Agraria Común (PAC), ya que algunas Comunidades Autónomas (CCAA) actúan únicamente como intermediarias de estos fondos, lo que no afecta a su cuenta de resultados.

### 2.3.1. Análisis económico del gasto autonómico

La clasificación económica o por capítulos desglosa el gasto autonómico en nueve partidas distintas. No obstante, han variado ligeramente desde el año 2002 hasta la actualidad. Si atendemos al cuadro 2.7 la clasificación por capítulos es idéntica en ambos periodos excepto en la partida número 5, que ha pasado de denominarse “dotación a la amortización” a “fondo de contingencia”.<sup>14</sup>

**Cuadro 2.7: Evolución de la clasificación económica del gasto autonómico**

<b>2002-2007</b>	<b>Desde 2008</b>
1. Gastos de Personal	1. Gastos de Personal
2. Gastos Corrientes en Bienes y Servicios	2. Gastos Corrientes en Bienes y Servicios
3. Gastos Financieros	3. Gastos Financieros
4. Transferencias Corrientes	4. Transferencias Corrientes
5. Dotación a la amortización	5. Fondo de contingencia
<b>Operaciones Corrientes</b>	<b>Operaciones Corrientes</b>
6. Inversiones Reales	6. Inversiones Reales
7. Transferencias de Capital	7. Transferencias de Capital
<b>Operaciones de Capital</b>	<b>Operaciones de Capital</b>
<b>Operaciones no financieras</b>	<b>Operaciones no financieras</b>
8. Activos Financieros	8. Activos Financieros
9. Pasivos Financieros	9. Pasivos Financieros
<b>Operaciones financieras</b>	<b>Operaciones financieras</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas.

<sup>14</sup> El artículo 31 de la Ley Orgánica de Estabilidad Presupuestaria y Sostenibilidad Financiera regula este concepto como sigue: “el Estado, las Comunidades Autónomas y las Corporaciones Locales incluidas en el ámbito subjetivo de los artículos 111 y 135 del Texto Refundido de la Ley Reguladora de las Haciendas Locales incluirán en sus Presupuestos una dotación diferenciada de créditos presupuestarios que se destinará, cuando proceda, a atender necesidades de carácter no discrecional y no previstas en el Presupuesto inicialmente aprobado, que pueden presentarse a lo largo del ejercicio. La cuantía y las condiciones de aplicación de dicha dotación será determinada por cada Administración Pública en el ámbito de sus respectivas competencias”

¿Hacia dónde destinan los recursos públicos las regiones españolas? Si nos fijamos en el primer año de estudio, 2007 (cuadro 2.8), más de la mitad del gasto autonómico se reparte entre las partidas de “gastos de personal” y “transferencias corrientes”. Por Comunidades Autónomas, existen algunas regiones que no siguen el patrón autonómico, como son el País Vasco, al no llegar al 30% de contribución en los “gastos de personal” y destinar más recursos hacia la partida de “gastos corrientes en bienes y servicios”, y la región catalana, que financia casi en la misma proporción los “gastos de personal” y los “gastos corrientes en bienes y servicios”.

La siguiente partida de mayor aportación serían los “gastos corrientes en bienes y servicios”, que como podemos observar, para el total de regiones supone un 15,61%, seguido de las “inversiones reales” (9,58%) y las “transferencias de capital” (8,85%). No obstante, este patrón no es común para todas las Comunidades. Por ejemplo Murcia no llega a aportar ni un 5% de sus recursos a la partida de “gastos corrientes en bienes y servicios” mientras que si lo hace en más del doble en las partidas de “inversiones reales” y “transferencias de capital”.

El resto de partidas (gastos, activos y pasivos financieros, y fondo de contingencia) no llegan a suponer ni el 2% del gasto autonómico, excepto los pasivos financieros, que superan ligeramente dicho porcentaje. Sin embargo, si nos fijamos región por región, existen algunas que superan la media autonómica, como es el caso de Valencia y Cataluña en los gastos y activos financieros y, Andalucía, Canarias, Cataluña y Galicia en la partida de pasivos financieros.

*Cuadro 2.8: Contribución de las partidas económicas al total del gasto autonómico por CCAA en 2007*

2007	Gastos de personal	Gastos corrientes en bienes y servicios	Gastos financieros	Transferencias corrientes	Fondo de contingencia	Inversiones reales	Transferencias de capital	Activos financieros	Pasivos financieros	TOTAL
ANDALUCIA	30,20%	10,53%	1,54%	32,47%	0,00%	8,99%	13,54%	0,09%	2,64%	100%
ARAGÓN	33,49%	11,73%	1,30%	27,60%	0,00%	11,41%	11,82%	1,04%	1,60%	100%
ASTURIAS	34,09%	14,18%	1,26%	21,14%	0,00%	15,00%	10,80%	1,29%	2,24%	100%
C. VALENCIANA	34,79%	16,65%	2,56%	30,07%	0,00%	7,22%	5,58%	2,18%	0,95%	100%
CANARIAS	35,33%	15,45%	0,65%	24,16%	0,00%	12,36%	8,03%	0,06%	3,97%	100%
CANTABRIA	34,35%	13,47%	0,96%	23,85%	0,00%	15,02%	9,68%	0,87%	1,80%	100%
CASTILLA Y LEÓN	33,22%	10,13%	0,72%	26,55%	0,00%	15,52%	12,40%	0,21%	1,25%	100%
CASTILLA LA MANCHA	30,52%	10,61%	0,77%	36,69%	0,00%	10,25%	10,75%	0,15%	0,27%	100%
CATALUÑA	24,02%	23,78%	2,10%	33,63%	0,35%	6,04%	3,07%	2,99%	4,02%	100%
EXTREMADURA	33,40%	9,41%	1,11%	30,80%	0,00%	15,62%	7,96%	0,55%	1,15%	100%
GALICIA	29,44%	11,52%	1,36%	26,86%	0,57%	12,36%	12,56%	1,10%	4,24%	100%
ISLAS BALEARES	32,88%	16,76%	2,53%	26,66%	0,00%	10,58%	9,15%	0,00%	1,45%	100%
MADRID	33,45%	18,91%	1,39%	29,50%	0,00%	7,82%	4,95%	1,38%	2,59%	100%
MURCIA	22,69%	4,27%	0,79%	52,25%	0,00%	9,94%	9,32%	0,06%	0,69%	100%
NAVARRA	25,28%	9,77%	0,78%	39,55%	0,00%	7,05%	17,04%	0,54%	0,00%	100%
PAIS VASCO	19,75%	29,55%	1,11%	30,13%	0,00%	8,02%	7,95%	1,35%	2,15%	100%
LA RIOJA	30,54%	14,46%	1,36%	23,49%	0,00%	17,80%	11,21%	0,24%	0,90%	100%
TOTAL CCAA	29,80%	15,61%	1,48%	31,03%	0,10%	9,58%	8,85%	1,14%	2,41%	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas

Seis años más tarde, el destino de los recursos sigue siendo principalmente el mismo si consideramos el total de Comunidades (cuadro 2.9). Sin embargo, las “inversiones reales” y las “transferencias de capital” se han reducido para destinar mayor parte de los recursos hacia los gastos y pasivos financieros.

Podemos apreciar cómo en 2013 los “gastos de personal” se han incrementado en todas las regiones, ninguna se sitúa por debajo del 20% de contribución, y algunas (Asturias, Castilla y León, Castilla la Mancha y Extremadura) han llegado a superar el 40%. La siguiente partida son las “transferencias corrientes”, que, en este año, están por debajo de la anterior, y suponen más de un 20% de contribución para las Comunidades, excepto en el caso de Aragón y Castilla y León, que se sitúan ligeramente por debajo de dicha cifra. El tercer puesto lo siguen ocupando los “gastos corrientes en bienes y servicios” aunque con un porcentaje mayor que en 2007, concretamente, un 18,07%. Murcia sigue siendo una excepción al comportamiento autonómico al destinar más recursos a financiar los pasivos financieros, al igual que las Islas Baleares.

**Cuadro 2.9: Contribución de las partidas económicas al total del gasto autonómico por CCAA en 2013**

<b>2013</b>	<b>Gastos de personal</b>	<b>Gastos corrientes en bienes y servicios</b>	<b>Gastos financieros</b>	<b>Transferencias corrientes</b>	<b>Fondo de contingencia</b>	<b>Inversiones reales</b>	<b>Transferencias de capital</b>	<b>Activos financieros</b>	<b>Pasivos financieros</b>	<b>TOTAL</b>
<b>ANDALUCÍA</b>	33,84%	10,62%	3,97%	27,53%	0,07%	3,93%	10,30%	0,08%	9,66%	100%
<b>ARAGÓN</b>	38,96%	13,68%	5,38%	18,94%	0,39%	3,88%	7,63%	0,14%	11,01%	100%
<b>ASTURIAS</b>	40,24%	17,90%	4,43%	21,38%	0,00%	4,62%	5,04%	0,42%	5,96%	100%
<b>C. VALENCIANA</b>	38,21%	20,28%	8,99%	21,12%	0,00%	2,58%	6,26%	1,42%	1,14%	100%
<b>CANARIAS</b>	38,19%	15,13%	3,83%	28,64%	0,00%	6,16%	2,68%	0,59%	4,78%	100%
<b>CANTABRIA</b>	35,49%	17,59%	5,14%	23,71%	0,06%	7,26%	2,86%	0,35%	7,54%	100%
<b>CASTILLA Y LEÓN</b>	40,93%	15,22%	5,12%	17,10%	0,00%	5,03%	7,65%	3,60%	5,36%	100%
<b>CASTILLA LA MANCHA</b>	40,37%	15,25%	7,44%	21,64%	0,08%	2,48%	5,73%	0,05%	6,96%	100%
<b>CATALUÑA</b>	26,53%	26,57%	7,30%	23,62%	0,91%	3,53%	2,35%	3,05%	6,13%	100%
<b>EXTREMADURA</b>	41,55%	12,17%	2,89%	23,06%	0,22%	7,95%	7,64%	0,19%	4,34%	100%
<b>GALICIA</b>	35,87%	14,54%	3,17%	21,00%	0,90%	7,42%	6,49%	1,76%	8,84%	100%
<b>ISLAS BALEARES</b>	32,19%	12,33%	8,47%	22,37%	0,06%	3,50%	6,99%	0,00%	14,08%	100%
<b>MADRID</b>	31,76%	19,68%	4,87%	24,34%	0,00%	2,84%	0,72%	4,77%	11,03%	100%
<b>MURCIA</b>	22,71%	5,49%	5,92%	46,19%	0,00%	3,46%	3,36%	0,14%	12,73%	100%
<b>NAVARRA</b>	27,80%	13,50%	2,64%	35,48%	6,27%	4,10%	4,66%	0,50%	5,04%	100%
<b>PAIS VASCO</b>	20,00%	31,80%	2,46%	28,99%	0,00%	6,00%	7,55%	1,58%	1,62%	100%
<b>LA RIOJA</b>	34,46%	19,72%	3,86%	22,59%	0,41%	4,37%	7,34%	0,55%	6,70%	100%
<b>TOTAL CCAA</b>	32,75%	18,07%	5,30%	24,85%	0,41%	4,22%	5,48%	1,73%	7,19%	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas.

Tras el análisis contributivo de las distintas partidas económicas al total del gasto autonómico y por regiones, cabe analizar la variación que han experimentado, cada una de ellas, desde el comienzo de la crisis económica hasta la actualidad. Hay que tener en cuenta que a pesar de que algunos gastos han supuesto mayor peso de un año, respecto a otro, no implica que se hayan aumentado los recursos, sino que ha podido haber partidas con mayores ajustes haciendo que éstos supongan un mayor porcentaje respecto del total. Si nos fijamos en el cuadro 2.10 podemos observar que para el total de Comunidades todas las partidas económicas se han visto incrementadas excepto las “inversiones reales” (-13,20%), las “transferencias de capital” (-8,12%) y las “transferencias corrientes” (-4,10%).

A pesar del resultado del total de Comunidades, no todas han ajustado en aquellas partidas donde el resultado autonómico resultó ser negativo, al igual que no todas incrementaron sus recursos en aquellas partidas donde el total autonómico fue positivo. Por lo tanto, vamos a analizar, partida por partida, para determinar el comportamiento de las distintas regiones.

- ▲ ***Gastos de personal:*** todas las regiones incrementaron sus recursos hacia esta partida, sobre todo Baleares (3,3%) y el País Vasco (3,20%)
  
- ▲ ***Gastos corrientes en bienes y servicios:*** sobre todo la región murciana (5,46%) y Navarra (5,23%) destinaron mayor cantidad de recursos a financiar este tipo de gastos. Sin embargo, Baleares, Andalucía y Canarias en ese orden optaron por tomar la senda opuesta.
  
- ▲ ***Gastos financieros:*** en esta partida el efecto de los ajustes presupuestarios no estuvo latente. Todas las regiones incrementaron sus recursos en esta partida, sobre todo Murcia (41,58%), Castilla la Mancha (41,10%) y Castilla y León (35,57%)
  
- ▲ ***Transferencias corrientes:*** todas las regiones redujeron los recursos de esta partida económica excepto las islas Canarias (2,60%), el País Vasco (2,32%), Baleares (0,68%) y Cantabria (0,58%).

- ▲ **Fondo de contingencia:** no todas las regiones destinan recursos hacia esta partida, por lo que los únicos resultados que se pueden apreciar son el incremento de recursos que Cataluña, sobre todo, y Galicia han efectuado hacia esta partida.
  
- ▲ **Inversiones reales:** Todas las regiones han reducido sus recursos, fundamentalmente Castilla la Mancha (-23,74%), la Rioja (-21,00%) y Castilla y León (-18,97%).
  
- ▲ **Transferencias de capital:** tan sólo el País Vasco (2,11%) y Valencia (1,43%) decidieron incrementar esta partida.
  
- ▲ **Activos financieros:** en esta partida el comportamiento es más anómalo entre Comunidades. Se podría destacar el fuerte incremento de la comunidad de Castilla y León (56,63%%), y el gran ajuste de Baleares (-75,82%).
  
- ▲ **Pasivos financieros:** excepto el País Vasco que redujo sus recursos en un 1,73%, el resto de Comunidades lo aumentó, sobre todo la comunidad Navarra en un 449,74%.

Finalmente, desde una perspectiva global, si nos fijamos en la última columna del cuadro objeto de análisis, las regiones que disfrutaron de mayor libertad presupuestaria fueron, en este orden, Baleares, País Vasco, Murcia, Madrid, Cantabria y Cataluña. El resto de regiones sufrió el efecto de los recortes, sobre todo Extremadura, Castilla y León y Galicia.

*Cuadro 2.10: Variación porcentual del gasto autonómico por CCAA desde una óptica económica*

2007-2013	Gastos de personal	Gastos corrientes en bienes y servicios	Gastos financieros	Transferencias corrientes	Fondo de contingencia	Inversiones reales	Transferencias de capital	Activos financieros	Pasivos financieros	Total
<b>ANDALUCIA</b>	0,41%	-1,33%	15,41%	-4,15%	-	-14,16%	-5,87%	-4,88%	22,33%	-1,47%
<b>ARAGÓN</b>	0,84%	0,87%	24,56%	-7,65%	-	-17,87%	-8,59%	-29,99%	35,57%	-1,67%
<b>ASTURIAS</b>	1,90%	3,05%	22,22%	-0,69%	-	-18,54%	-12,70%	-17,82%	16,71%	-0,88%
<b>C. VALENCIANA</b>	1,09%	2,85%	22,71%	-6,17%	-	-16,16%	1,43%	-7,32%	2,56%	-0,48%
<b>CANARIAS</b>	1,03%	-0,61%	34,13%	2,60%	-	-11,20%	-16,93%	47,61%	2,87%	-0,27%
<b>CANTABRIA</b>	1,23%	5,26%	33,19%	0,58%	-	-10,82%	-17,82%	-13,47%	27,79%	0,68%
<b>CASTILLA Y LEÓN</b>	1,23%	4,63%	35,57%	-9,14%	-	-18,97%	-9,78%	56,63%	24,67%	-2,23%
<b>CASTILLA LA MANCHA</b>	1,22%	2,63%	41,10%	-11,53%	-	-23,74%	-13,02%	-17,91%	66,25%	-3,39%
<b>CATALUÑA</b>	1,82%	2,01%	23,24%	-5,58%	17,50%	-8,43%	-4,24%	0,51%	7,43%	0,14%
<b>EXTREMADURA</b>	0,83%	1,48%	14,02%	-7,35%	-	-13,12%	-3,45%	-18,49%	21,36%	-2,77%
<b>GALICIA</b>	1,06%	1,66%	12,58%	-6,14%	5,49%	-10,19%	-12,41%	5,85%	10,54%	-2,21%
<b>ISLAS BALEARES</b>	3,30%	-1,50%	26,81%	0,68%	-	-13,80%	-0,88%	-75,82%	51,40%	3,66%
<b>MADRID</b>	0,05%	1,59%	24,31%	-2,27%	-	-14,76%	-26,87%	24,06%	28,50%	0,92%
<b>MURCIA</b>	1,16%	5,46%	41,58%	-0,92%	-	-15,16%	-14,66%	15,23%	64,51%	1,14%
<b>NAVARRA</b>	1,32%	5,23%	22,17%	-2,06%	-	-8,86%	-19,64%	-1,25%	449,74%	-0,28%
<b>PAIS VASCO</b>	3,20%	4,25%	17,59%	2,32%	-	-1,90%	2,11%	5,73%	-1,73%	2,98%
<b>LA RIOJA</b>	1,86%	5,13%	18,83%	-0,82%	-	-21,00%	-6,97%	14,82%	39,61%	-0,17%
<b>TOTAL CCAA</b>	1,10%	1,97%	23,07%	-4,10%	26,34%	-13,20%	-8,12%	6,73%	19,40%	-0,48%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas

### 2.3.2. Análisis funcional del gasto autonómico por CCAA

En cuanto a la clasificación funcional (cuadro 2.11), el gasto autonómico queda dividido en nueve apartados durante el periodo 2002-2007, y en cinco apartados desde el año 2008. Cada apartado está subdividido en otros, ubicando la sanidad en la partida número 4 “producción de bienes públicos de carácter social” durante el primer periodo, y en la partida número 3 “producción de bienes públicos de carácter preferente” durante el segundo.

**Cuadro 2.11: Evolución de la clasificación funcional del gasto autonómico**

<b>2002-2007</b>	<b>Desde 2008</b>
0 Deuda Pública	1 Servicios Públicos Básicos
01 Deuda Pública	11 Justicia
1 Servicios de Carácter General	12 Defensa
11 Alta Dirección de la Comunidad y del Gobierno	13 Seguridad Ciudadana e Instituciones Penitenciarias
12 Administración General	14 Política Exterior
13 Relaciones exteriores	2 Actuaciones de Protección y Promoción Social
14 Justicia	22 Otras Prestaciones Económicas
2 Protección Civil y Seguridad Ciudadana	23 Servicios Sociales y Promoción Social
22 Seguridad y Protección Civil	24 Fomento del Empleo
3 Seguridad, Protección y Promoción Social	25 Desempleo
31 Seguridad y Protección Social	26 Acceso a la Vivienda y Fomento de la Edificación
32 Promoción social	29 Gestión y Administración de la Seguridad Social
4 Producción de Bienes Públicos de Carácter Social	3 Producción de Bienes Públicos de Carácter Preferente
41 Sanidad	31 Sanidad
42 Educación	32 Educación
43 Vivienda y Urbanismo	33 Cultura
44 Bienestar Comunitario	4 Actuaciones de Carácter Económico
45 Cultura	41 Agricultura, Pesca y Alimentación
46 Otros Servicios Comunitarios y Sociales	42 Industria y Energía
5 Producción de Bienes de Carácter Económico	43 Comercio, Turismo y PYMES
51 Infraestructuras Básicas y Transportes	44 Subvenciones al Transporte
52 Comunicaciones	45 Infraestructuras
53 Infraestructura Agraria	46 Investigación, Desarrollo e Innovación
54 Investigación Científica, Técnica y Aplicada	49 Otras Actuaciones de Carácter Económico
55 Información Básica y Estadística	9 Actuaciones de Carácter General
6 Regulación económica de carácter general	91 Alta Dirección
61 Regulación Económica	92 Servicios de Carácter General
62 Regulación Comercial	93 Administración Financiera y Tributaria
63 Regulación Financiera	94 Transferencias a otras Administraciones Públicas
7 Regulación Económica de Sectores Productivos	95 Deuda Pública
71 Agricultura, ganadería y pesca	
72 Industria	
73 Energía	
74 Minería	
75 Turismo	
9 Transferencias a Administraciones Públicas	
91 Transferencias a Administraciones Públicas	

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas.

En el *año 2007* (cuadro 2.12), el 56,15% del gasto autonómico se destinó hacia este tipo de bienes, sin embargo, no todas las Comunidades siguen este comportamiento. Las regiones de Navarra (37,47%) y Extremadura (49,13%) no destinaron la mitad de su presupuesto hacia esta partida, aunque es la que más recursos absorbió. El siguiente destino más importante de los recursos, en este año, fueron las “actuaciones de carácter económico”, seguidas de las “actuaciones de carácter general” y las “actuaciones de protección y promoción social”. Las diferencias entre Comunidades siguen persistiendo, dado que no todas siguen el patrón del conjunto. Un ejemplo puede verse en la región catalana, donde la financiación de las “actuaciones de carácter general” fue el doble de las de carácter económico, a pesar que esta partida se sitúa en el segundo puesto considerando el total de regiones.

**Cuadro 2.12: Contribución de las partidas funcionales al total del gasto autonómico y por Comunidades Autónomas en 2007**

<b>2007</b>	<b>Servicios Públicos Básicos</b>	<b>Actuaciones de Protección y Promoción Social</b>	<b>Producción de Bienes Públicos de Carácter Preferente</b>	<b>Actuaciones de Carácter Económico</b>	<b>Actuaciones de Carácter General</b>	<b>Total</b>
<b>ANDALUCÍA</b>	2,10%	10,39%	52,21%	20,45%	14,86%	100%
<b>ARAGON</b>	0,51%	8,66%	52,68%	24,83%	13,32%	100%
<b>ASTURIAS</b>	1,70%	12,48%	55,95%	19,64%	10,22%	100%
<b>BALEARES</b>	1,41%	7,11%	62,03%	14,28%	15,17%	100%
<b>CANARIAS</b>	2,98%	10,14%	60,60%	14,83%	11,45%	100%
<b>CANTABRIA</b>	0,86%	10,77%	56,55%	26,13%	5,70%	100%
<b>CATALUÑA</b>	6,65%	8,62%	53,42%	10,07%	21,23%	100%
<b>CASTILLA LA MANCHA</b>	0,66%	12,41%	50,62%	25,36%	10,95%	100%
<b>CASTILLA Y LEÓN</b>	0,15%	12,22%	53,57%	28,89%	5,17%	100%
<b>C. VALENCIANA</b>	2,63%	9,01%	69,75%	12,13%	6,48%	100%
<b>EXTREMADURA</b>	0,12%	14,34%	49,13%	31,02%	5,39%	100%
<b>GALICIA</b>	1,23%	9,01%	53,34%	18,87%	17,55%	100%
<b>MADRID</b>	3,48%	12,78%	62,36%	12,39%	9,00%	100%
<b>MURCIA</b>	1,04%	8,79%	65,72%	17,06%	7,39%	100%
<b>NAVARRA</b>	3,35%	16,24%	37,47%	19,18%	23,75%	100%
<b>PAIS VASCO</b>	8,82%	6,98%	59,67%	14,77%	9,76%	100%
<b>LA RIOJA</b>	1,27%	14,42%	58,91%	17,09%	8,30%	100%
<b>TOTAL CCAA</b>	3,07%	10,37%	56,15%	17,47%	12,94%	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas

Los últimos datos disponibles, **2013** reflejan que el destino de los recursos sigue siendo similar al del comienzo de la crisis económica (cuadro 2.13). Se destina más de la mitad de los mismos a la “producción de bienes públicos de carácter preferente”, aunque en este caso los porcentajes están cercanos al 60%, incluso superando el 70% como el caso

valenciano. La única excepción la marca Navarra, que no llega a destinar la mitad del presupuesto hacia esta partida. La diferencia respecto al año, anteriormente analizado, es que el siguiente destino presupuestario ahora son las “actuaciones de carácter general” que ocupaban un tercer puesto seis años atrás, seguidos de las “actuaciones de carácter económico”, las “actuaciones de protección y promoción social” y finalmente, con un porcentaje que pasa desapercibido, los “servicios públicos básicos”.

**Cuadro 2.13: Contribución de las partidas funcionales al total del gasto autonómico y por Comunidades Autónomas en 2013**

<b>2013</b>	<b>Servicios Públicos Básicos</b>	<b>Actuaciones de Protección y Promoción Social</b>	<b>Producción de Bienes Públicos de Carácter Preferente</b>	<b>Actuaciones de Carácter Económico</b>	<b>Actuaciones de Carácter General</b>	<b>Total</b>
<b>ANDALUCIA</b>	2,43%	10,47%	56,84%	12,66%	17,59%	100%
<b>ARAGON</b>	1,94%	9,33%	53,94%	11,85%	22,94%	100%
<b>ASTURIAS</b>	2,20%	12,04%	59,26%	11,74%	14,76%	100%
<b>BALEARES</b>	0,77%	4,69%	53,60%	9,67%	31,26%	100%
<b>CANARIAS</b>	2,61%	6,79%	59,54%	9,41%	21,65%	100%
<b>CANTABRIA</b>	1,78%	13,12%	55,62%	14,93%	14,55%	100%
<b>CATALUÑA</b>	7,71%	11,75%	53,34%	9,22%	17,98%	100%
<b>CASTILLA LA MANCHA</b>	0,15%	12,57%	58,24%	12,43%	16,61%	100%
<b>CASTILLA Y LEÓN</b>	0,14%	11,06%	60,25%	15,57%	12,98%	100%
<b>C. VALENCIANA</b>	2,52%	7,71%	70,17%	6,58%	13,02%	100%
<b>EXTREMADURA</b>	0,41%	14,83%	54,56%	19,57%	10,63%	100%
<b>GALICIA</b>	1,41%	8,58%	58,95%	14,98%	16,08%	100%
<b>MADRID</b>	3,04%	9,07%	59,10%	8,05%	20,74%	100%
<b>MURCIA</b>	0,97%	8,72%	62,07%	7,29%	20,95%	100%
<b>NAVARRA</b>	2,90%	11,55%	38,31%	11,02%	29,96%	100%
<b>PAIS VASCO</b>	8,40%	10,46%	59,07%	13,13%	8,94%	100%
<b>LA RIOJA</b>	2,89%	11,02%	52,63%	19,23%	14,23%	100%
<b>TOTAL CCAA</b>	3,41%	10,15%	57,73%	11,13%	17,43%	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas

Al igual que en el análisis económico realizado anteriormente, es importante ver la variación que han experimentado las distintas partidas funcionales a lo largo de los seis años analizados (cuadro 2.14). A grandes rasgos, considerando el total de regiones, podemos apreciar que las únicas partidas que no se han ajustado, a lo largo del periodo, han sido las “actuaciones de carácter general” y los “servicios públicos básicos”. Aunque no suponían una parte sustancial del presupuesto, van adquiriendo importancia a medida que pasa el tiempo. Los mayores recortes se han producido, en este orden, en las “actuaciones de carácter económico”, las “actuaciones de protección y promoción

social” y la “producción de bienes públicos de carácter preferente”. Ésta última, a pesar de suponer una mayor contribución actualmente, ha experimentado ajustes. Esta afirmación puede parecer contradictoria, pero al haberse ajustado en mayor medida otras partidas, su porcentaje de contribución resulta ser más alto.

Si consideramos partida por partida, podemos constatar que no todas las regiones han llevado a cabo políticas de consolidación presupuestaria de la misma forma, hay incluso algunas que han incrementado sus niveles de gasto desde la crisis económica.

- ▲ ***Servicios públicos básicos***: aunque el total autonómico resultó ser positivo, hubo regiones que redujeron los recursos destinados a esta partida. Castilla la Mancha (-24,41%), Baleares (-6,25%), Navarra (-2,66%) y Canarias (-2,45%) fueron las que han realizado más ajustes. Por el contrario, Aragón (22,79%), Extremadura (18,85%) y Cantabria (13,73%) optaron por actuaciones opuestas.
- ▲ ***Actuaciones de protección y promoción social***: las Comunidades que han acometido mayores recortes fueron Canarias (-6,72%), Navarra (-5,79%) y Madrid (-4,68%). Sin embargo, País Vasco (10,17%), Cataluña (5,44%) y Cantabria (4,04%) incrementaron esta partida.
- ▲ ***Producción de bienes públicos de carácter preferente***: los recortes en esta función presupuestaria, no han sido tan acusados como en las demás, no alcanzando el 2%, excepto en La Rioja que lo supera ligeramente. De las regiones que no aplicaron ajustes en este tipo de bienes, el País Vasco ha sido la Comunidad que más incrementó sus recursos, concretamente en un 2,80%.
- ▲ ***Actuaciones de carácter económico***: todas las regiones excepto el País Vasco y La Rioja se ajustaron. Las que lo hicieron en mayor proporción fueron Castilla la Mancha (-14,22%), Aragón (-13,08%), y Murcia (-12,23%).
- ▲ ***Actuaciones de carácter general***: todas las Comunidades menos Cataluña y Galicia incrementaron los recursos destinados a esta función del presupuesto a lo largo del periodo de estudio. Las que lo hicieron en mayor medida fueron Murcia (20,33%), Cantabria (17,71%) y Baleares (16,95%).

**Cuadro 2.14: Variación porcentual del gasto autonómico desde una óptica funcional**

2007-2013	Servicios Públicos Básicos	Actuaciones de Protección y Promoción Social	Producción de Bienes Públicos de Carácter Preferente	Actuaciones de Carácter Económico	Actuaciones de Carácter General	Total
ANDALUCIA	0,99%	-1,36%	-0,07%	-9,03%	1,34%	-1,47%
ARAGON	22,79%	-0,44%	-1,28%	-13,08%	7,66%	-1,67%
ASTURIAS	3,46%	-1,47%	0,07%	-9,03%	5,38%	-0,88%
C. VALENCIANA	-1,21%	-3,03%	-0,38%	-10,12%	11,80%	-0,48%
CANARIAS	-2,45%	-6,72%	-0,56%	-7,54%	10,91%	-0,27%
CANTABRIA	13,73%	4,04%	0,40%	-8,29%	17,71%	0,68%
CASTILLA Y LEÓN	-2,98%	-3,84%	-0,30%	-11,80%	13,97%	-2,23%
CASTILLA LA MANCHA	-24,41%	-3,18%	-1,11%	-14,22%	3,55%	-3,39%
CATALUÑA	2,63%	5,44%	0,11%	-1,33%	-2,60%	0,14%
EXTREMADURA	18,85%	-2,23%	-1,06%	-9,96%	8,88%	-2,77%
GALICIA	0,11%	-3,02%	-0,57%	-5,91%	-3,63%	-2,21%
BALEARES	-6,25%	-3,28%	1,17%	-2,86%	16,95%	3,66%
MADRID	-1,33%	-4,68%	0,02%	-6,08%	15,98%	0,92%
MURCIA	-0,02%	1,00%	0,18%	-12,23%	20,33%	1,14%
NAVARRA	-2,66%	-5,79%	0,09%	-9,08%	3,66%	-0,28%
PAIS VASCO	2,15%	10,17%	2,80%	0,98%	1,49%	2,98%
LA RIOJA	14,52%	-4,55%	-2,03%	1,81%	9,20%	-0,17%
TOTAL CCAA	1,31%	-0,84%	-0,02%	-7,69%	4,58%	-0,48%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas

Si se combinan las dos clasificaciones que proporciona el Ministerio, podemos determinar qué capítulos de gasto han contribuido más o menos a las distintas funciones vistas anteriormente.

Dentro de los “*servicios públicos básicos*” (cuadro 2.15) la partida económica que más influye son los “gastos de personal”, que han incrementado paulatinamente su aportación desde 2007. La siguiente partida con mayor peso serían los “gastos corrientes en bienes y servicios”, que como podemos ver, ha estado en torno al 21% en todo el periodo analizado. A continuación se encontrarían las “transferencias corrientes” que han contribuido en más de un 10% al total del gasto público en servicios públicos básicos, excepto en 2013, que se encuentra por debajo de dicho porcentaje. Las “inversiones reales” aportaron un porcentaje cercano al 10% al principio de la crisis económica, mientras que en la actualidad no llega al 5%, lo que supone una reducción de casi la mitad de sus recursos. Las “transferencias de capital” experimentaron una

situación similar a la anterior, al pasar de una aportación de casi el 5% en el año 2007 a no llegar al 2% en 2013.

**Cuadro 2.15: Distribución económica del gasto en servicios públicos básicos**

<b>Servicios públicos básicos</b>							
	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
<b>Gastos de personal</b>	52,64%	51,65%	54,56%	55,91%	57,60%	61,09%	63,47%
<b>Gastos corrientes en bienes y servicios</b>	20,52%	21,02%	20,69%	21,54%	21,90%	20,17%	20,77%
<b>Gastos financieros</b>	0,07%	0,07%	0,08%	0,09%	0,15%	0,17%	0,13%
<b>Transferencias corrientes</b>	12,99%	13,24%	12,01%	11,44%	11,13%	10,33%	9,72%
<b>Fondo de Contingencia</b>	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
<b>Inversiones reales</b>	9,01%	8,55%	7,81%	6,57%	4,73%	4,88%	4,26%
<b>Transferencias de capital</b>	4,62%	5,00%	4,64%	4,21%	3,96%	2,75%	1,56%
<b>Activos financieros</b>	0,15%	0,46%	0,20%	0,25%	0,53%	0,62%	0,10%
<b>Pasivos Financieros</b>	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas.

En cambio, si nos fijamos en las “*actuaciones de promoción y protección social*” (cuadro 2.16), la partida económica que más influye no son los gastos de personal, sino las transferencias corrientes, que han pasado de alcanzar casi el 40% en el año 2007, a suponer más de la mitad del presupuesto en la actualidad. Luego estarían los “gastos corrientes en bienes y servicios”, que también han visto incrementada su contribución sobrepasando en 2013 el 20%. Los “gastos de personal” también tienen una importancia relevante (cerca al 16%) en todos los años de estudio, y las “transferencias de capital”, aunque éstas han visto reducida su aportación en más de la mitad desde el primer año analizado.

Los gastos, activos y pasivos financieros no son relevantes para este tipo de actuaciones así como para los servicios públicos básicos. Lo mismo sucede con el “fondo de contingencia”, que en todos los años ha sido igual a cero.

**Cuadro 2.16: Distribución económica del gasto en actuaciones de protección y promoción social**

<b>Actuaciones de protección y promoción social</b>							
	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
<b>Gastos de personal</b>	15,34%	15,34%	14,92%	14,33%	14,51%	15,26%	15,89%
<b>Gastos corrientes en bienes y servicios</b>	16,70%	17,99%	18,51%	18,72%	19,79%	19,28%	21,58%
<b>Gastos financieros</b>	0,05%	0,03%	0,02%	0,04%	0,04%	0,04%	0,04%
<b>Transferencias corrientes</b>	38,93%	38,77%	40,39%	44,24%	47,76%	50,58%	51,27%
<b>Fondo de Contingencia</b>	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
<b>Inversiones reales</b>	9,71%	8,88%	7,72%	5,88%	4,22%	3,50%	2,86%
<b>Transferencias de capital</b>	18,91%	18,56%	17,30%	15,98%	13,18%	10,82%	7,92%
<b>Activos financieros</b>	0,28%	0,43%	1,14%	0,81%	0,50%	0,52%	0,43%
<b>Pasivos Financieros</b>	0,07%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas.

Al igual que ocurría con los “servicios públicos básicos” donde los “gastos de personal” seguidos de los “gastos corrientes en bienes y servicios” eran de las partidas de mayor contribución, en la “*producción de bienes públicos de carácter preferente*” podemos comprobar el mismo comportamiento (cuadro 2.17). Sin embargo, los “gastos de personal” no llegan a absorber la mitad del presupuesto en ningún año, los “gastos corrientes en bienes y servicios” rebasan siempre el 20%, y las “transferencias corrientes” contribuyen más que los “gastos corrientes en bienes y servicios” con porcentajes superiores al 25%, aunque su aportación se ha reducido en más de tres puntos porcentuales desde 2007. El resto de partidas económicas no tienen mayor importancia al no llegar en ningún caso al 5% del gasto.

**Cuadro 2.17: Distribución económica del gasto en la producción de bienes públicos de carácter preferente**

<b>Producción de bienes públicos de carácter preferente</b>							
	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
<b>Gastos de personal</b>	42,62%	43,17%	43,95%	44,47%	44,28%	45,29%	45,90%
<b>Gastos corrientes en bienes y servicios</b>	21,25%	21,54%	21,55%	21,62%	21,80%	22,81%	24,18%
<b>Gastos financieros</b>	0,01%	0,04%	0,02%	0,02%	0,04%	0,06%	0,04%
<b>Transferencias corrientes</b>	28,42%	27,97%	27,70%	27,18%	27,02%	26,06%	25,36%
<b>Fondo de Contingencia</b>	0,07%	0,07%	0,08%	0,04%	0,08%	0,08%	0,09%
<b>Inversiones reales</b>	4,96%	4,45%	4,10%	3,67%	2,98%	2,09%	1,52%
<b>Transferencias de capital</b>	2,27%	2,42%	2,20%	2,59%	2,63%	2,41%	1,90%
<b>Activos financieros</b>	0,39%	0,35%	0,41%	0,41%	1,16%	1,20%	1,01%
<b>Pasivos Financieros</b>	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,01%	0,01%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas.

Finalmente, dentro de las otras dos funciones que quedan, la distribución económica del gasto público es diferente a lo visto anteriormente. Las “*actuaciones de carácter económico*” (cuadro 2.18) destinan la mayor parte de sus recursos a financiar las “transferencias de capital”, las “transferencias corrientes” y las “inversiones reales” con porcentajes cercanos o superiores al 20%, mientras que los “gastos de personal” pasan a un segundo plano con aportaciones inferiores al 15% e incluso al 10% en algunos años.

**Cuadro 2.18: Distribución económica del gasto en actuaciones de carácter económico**

<b>Actuaciones de carácter económico</b>							
	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
<b>Gastos de personal</b>	8,55%	9,90%	9,64%	10,61%	12,10%	12,44%	13,49%
<b>Gastos corrientes en bienes y servicios</b>	3,68%	4,73%	4,45%	4,52%	4,89%	4,95%	5,61%
<b>Gastos financieros</b>	0,09%	0,07%	0,06%	0,06%	0,09%	0,18%	0,28%
<b>Transferencias corrientes</b>	29,55%	16,90%	17,25%	18,12%	19,94%	22,01%	23,21%
<b>Fondo de Contingencia</b>	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
<b>Inversiones reales</b>	27,97%	34,09%	32,45%	28,12%	25,41%	25,14%	23,67%
<b>Transferencias de capital</b>	26,76%	31,34%	30,49%	32,39%	31,18%	28,54%	27,27%
<b>Activos financieros</b>	3,32%	2,96%	5,65%	6,17%	6,32%	6,43%	6,03%
<b>Pasivos Financieros</b>	0,09%	0,01%	0,01%	0,01%	0,06%	0,31%	0,43%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas

En cuanto a las “*actuaciones de carácter general*” (cuadro 2.19) son los “pasivos financieros”, los “gastos financieros” y las “transferencias corrientes” las que absorben la mayor parte del gasto. Seguidas de los “gastos de personal” y los “gastos corrientes en bienes y servicios”. Además es importante destacar que, junto a la producción de bienes de carácter preferente, posee una aportación distinta de cero al “fondo de contingencia”, y los “activos financieros” tienen una importancia relevante, sobre todo en el año 2012. Esta partida en las “actuaciones de carácter económico” tampoco pasa desapercibida con una aportación superior al 5% desde el año 2009.

**Cuadro 2.19: Distribución económica del gasto en actuaciones de carácter general**

<b>Actuaciones de carácter general</b>							
	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
<b>Gastos de personal</b>	9,01%	12,88%	12,50%	9,94%	7,59%	6,08%	5,60%
<b>Gastos corrientes en bienes y servicios</b>	5,22%	7,66%	6,57%	5,34%	4,28%	3,44%	3,39%
<b>Gastos financieros</b>	11,23%	16,06%	16,68%	19,72%	21,03%	24,47%	30,06%
<b>Transferencias corrientes</b>	42,31%	20,51%	20,91%	18,30%	15,61%	12,84%	12,02%
<b>Fondo de Contingencia</b>	0,46%	0,73%	0,80%	1,06%	0,18%	1,13%	1,18%
<b>Inversiones reales</b>	4,81%	6,77%	5,69%	4,39%	2,86%	1,58%	1,55%
<b>Transferencias de capital</b>	6,18%	9,71%	9,21%	7,06%	4,96%	3,23%	2,84%
<b>Activos financieros</b>	2,35%	3,09%	3,89%	3,54%	3,77%	12,85%	2,47%
<b>Pasivos Financieros</b>	18,43%	22,59%	23,74%	30,65%	39,72%	34,37%	40,91%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas

Finalmente, dada la importancia que tiene la producción de bienes de carácter social o preferente, cabe analizar su desglose, es decir, hacia qué tipo de bienes se destinan los recursos, si el reparto es equitativo o existen ámbitos que adquieren más importancia que otros.

En el **año 2007** (cuadro 2.20), el bien social al que la mayor parte de las Comunidades destinaron sus recursos fue la Sanidad (53,42%), aunque sus porcentajes de contribución varíen, se mueven en torno a la media autonómica. Las Comunidades que destinan más recursos a Sanidad son Valencia, Baleares, La Rioja y Aragón en ese orden, con porcentajes cercanos al 60%. El segundo bien social de mayor destino de

recursos fue la educación (34,94%), sobre todo en la comunidad vasca (41,61%) y Murcia (38,61%). Los servicios sociales (8,69%) también adquieren un peso importante en el conjunto de Comunidades Autónomas, sobre todo en Castilla la Mancha, Navarra, La Rioja, Castilla y León, y Madrid con contribuciones por encima del 10%. La cultura<sup>15</sup> (2,96%) es el último destino de los recursos, donde Navarra (5,84%) es la única que supera el 5%.

**Cuadro 2.20: Desglose de la producción de bienes de carácter preferente por Comunidades Autónomas en 2007(\*)**

<b>2007</b>	<b>Sanidad</b>	<b>Educación</b>	<b>Cultura</b>	<b>Servicios Sociales y Promoción Social</b>	<b>TOTAL</b>
<b>ANDALUCIA</b>	51,59%	36,71%	2,60%	9,10%	100,00%
<b>ARAGON</b>	55,51%	32,52%	4,30%	7,67%	100,00%
<b>ASTURIAS</b>	53,74%	31,63%	4,82%	9,82%	100,00%
<b>BALEARES</b>	58,05%	36,31%	1,71%	3,92%	100,00%
<b>CANARIAS</b>	55,61%	35,73%	1,74%	6,92%	100,00%
<b>CANTABRIA</b>	52,36%	33,67%	4,00%	9,96%	100,00%
<b>CATALUÑA</b>	54,15%	33,75%	2,65%	9,45%	100,00%
<b>CASTILLA LA MANCHA</b>	49,49%	34,58%	2,62%	13,31%	100,00%
<b>CASTILLA Y LEÓN</b>	52,18%	34,06%	3,14%	10,62%	100,00%
<b>C. VALENCIANA</b>	59,32%	30,64%	4,66%	5,38%	100,00%
<b>EXTREMADURA</b>	53,61%	32,93%	3,55%	9,91%	100,00%
<b>GALICIA</b>	55,04%	35,11%	3,29%	6,56%	100,00%
<b>MADRID</b>	51,52%	35,97%	2,51%	10,00%	100,00%
<b>MURCIA</b>	51,66%	38,61%	2,48%	7,25%	100,00%
<b>NAVARRA</b>	48,54%	33,55%	5,84%	12,08%	100,00%
<b>PAIS VASCO</b>	51,03%	41,61%	1,34%	6,02%	100,00%
<b>LA RIOJA</b>	56,94%	28,43%	3,32%	11,31%	100,00%
<b>TOTAL CCAA</b>	53,42%	34,94%	2,96%	8,69%	100,00%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas

(\*)Nota: Se ha incluido la partida de “servicios sociales y promoción social” dentro de la producción de bienes de carácter preferente al ser relevante en este tipo de producción. Para ello, se ha sumado directamente al total y recalculado los porcentajes de contribución de las cuatro partidas que la conforman.

**En la actualidad**, si atendemos al cuadro 2.21 la Sanidad sigue primando frente al resto de bienes sociales, aunque en menor medida. Ahora son Canarias, Baleares, Asturias y Aragón las que destinan una mayor proporción de sus presupuestos a financiar los servicios sanitarios. En educación, la media autonómica es superior a la de seis años

<sup>15</sup> Desde el año 2008, la clasificación funcional del presupuesto incluye la subpartida “cultura” en la partida de “producción de bienes públicos de carácter preferente”, trasladando los “servicios sociales y promoción social” a la partida de “actuaciones de protección y promoción social”. Sin embargo, ésta última se adaptaría mejor dentro de este tipo de bienes.

atrás (35,02%), y el País Vasco sigue siendo la región que más destina hacia esta partida, seguida de Murcia, la Comunidad Valenciana, y Andalucía.

Los servicios sociales se han incrementado en casi dos puntos porcentuales si consideramos el conjunto de Comunidades. Las regiones que más recursos destinaron hacia esta partida fueron, en este orden, Cantabria, Castilla la Mancha y la Rioja con porcentajes en torno al 14%. Finalmente estaría de nuevo la cultura, aunque en este periodo todas las regiones destinan menos del 3% de sus recursos a esta partida, excepto Navarra, que supera dicho porcentaje en casi un punto porcentual.

**Cuadro 2.21: Desglose de la producción de bienes de carácter preferente por Comunidades Autónomas en 2013**

<b>2013</b>	<b>Sanidad</b>	<b>Educación</b>	<b>Cultura</b>	<b>Servicios Sociales y Promoción Social</b>	<b>TOTAL</b>
<b>ANDALUCIA</b>	48,78%	38,24%	1,28%	11,70%	100,00%
<b>ARAGON</b>	56,97%	31,46%	0,90%	10,68%	100,00%
<b>ASTURIAS</b>	57,36%	27,82%	1,66%	13,16%	100,00%
<b>BALEARES</b>	58,00%	35,80%	1,48%	4,72%	100,00%
<b>CANARIAS</b>	59,65%	33,99%	0,51%	5,84%	100,00%
<b>CANTABRIA</b>	51,98%	32,11%	1,66%	14,25%	100,00%
<b>CATALUÑA</b>	52,15%	32,55%	2,29%	13,01%	100,00%
<b>CASTILLA LA MANCHA</b>	52,80%	32,18%	0,84%	14,18%	100,00%
<b>CASTILLA Y LEÓN</b>	55,87%	30,59%	1,57%	11,98%	100,00%
<b>C. VALENCIANA</b>	50,68%	39,62%	2,40%	7,30%	100,00%
<b>EXTREMADURA</b>	48,38%	36,01%	2,27%	13,34%	100,00%
<b>GALICIA</b>	55,41%	34,46%	1,45%	8,68%	100,00%
<b>MADRID</b>	55,91%	32,74%	1,03%	10,32%	100,00%
<b>MURCIA</b>	49,95%	39,69%	1,47%	8,89%	100,00%
<b>NAVARRA</b>	50,24%	32,90%	3,22%	13,65%	100,00%
<b>PAIS VASCO</b>	51,29%	40,58%	1,23%	6,90%	100,00%
<b>LA RIOJA</b>	52,63%	30,77%	2,55%	14,05%	100,00%
<b>TOTAL CCAA</b>	52,80%	35,02%	1,58%	10,61%	100,00%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas

Al igual que en los análisis anteriores, si consideramos la variación que se ha producido en cada una de estas partidas, *desde 2007 hasta la actualidad* (cuadro 2.22), podemos ver que para el conjunto de Comunidades el único bien que se ha visto afectado por los ajustes presupuestarios fue la cultura, donde todas las regiones siguieron el mismo patrón excepto el País Vasco, que experimentó un crecimiento del 1,58%.

Siguiendo con el análisis del cuadro citado en líneas precedentes, las otras tres partidas (sanidad, educación y servicios sociales), a pesar de haberse visto incrementadas en relación al conjunto de las CCAA, no todas las regiones lo hicieron, algunas aplicaron recortes. Concretamente, en sanidad, La Rioja, Valencia, Extremadura, Andalucía, Aragón y Murcia. En el ámbito educativo ocurre lo mismo, Castilla la Mancha, Castilla y León, Canarias, Madrid, Asturias, Aragón, Galicia y La Rioja redujeron sus recursos hacia esta partida, a lo largo de los seis años de estudio. Finalmente hay que destacar el incremento de los servicios sociales a lo largo del periodo analizado entre todas las regiones, excepto en Canarias.

**Cuadro 2.22: Variación porcentual de los bienes de carácter preferente por Comunidades Autónomas en el periodo 2007-2013**

<b>2007-2013</b>	<b>Sanidad</b>	<b>Educación</b>	<b>Cultura</b>	<b>Servicios sociales y promoción social</b>
<b>ANDALUCIA</b>	-0,52%	1,11%	-10,80%	4,70%
<b>ARAGON</b>	-0,30%	-1,29%	-23,59%	4,91%
<b>ASTURIAS</b>	1,81%	-1,43%	-15,65%	5,75%
<b>BALEARES</b>	1,30%	1,07%	-1,12%	4,50%
<b>CANARIAS</b>	0,42%	-1,57%	-19,05%	-3,51%
<b>CANTABRIA</b>	1,10%	0,43%	-12,60%	7,44%
<b>CATALUÑA</b>	0,15%	0,18%	-1,62%	6,29%
<b>CASTILLA LA MANCHA</b>	0,13%	-2,12%	-18,05%	0,11%
<b>CASTILLA Y LEÓN</b>	1,10%	-1,81%	-10,98%	1,98%
<b>C. VALENCIANA</b>	-2,62%	4,34%	-10,48%	5,17%
<b>EXTREMADURA</b>	-2,11%	1,08%	-7,56%	4,65%
<b>GALICIA</b>	-0,08%	-0,50%	-12,95%	4,59%
<b>MADRID</b>	1,46%	-1,48%	-13,76%	0,61%
<b>MURCIA</b>	-0,08%	0,94%	-7,88%	3,96%
<b>NAVARRA</b>	0,97%	0,07%	-9,10%	2,46%
<b>PAIS VASCO</b>	3,05%	2,54%	1,58%	5,33%
<b>LA RIOJA</b>	-2,80%	-0,21%	-5,76%	2,11%
<b>TOTAL CCAA</b>	0,14%	0,37%	-9,64%	3,73%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas

¿Por qué todas las Comunidades Autónomas priorizan la Sanidad frente al resto de partidas presupuestarias? Si retomamos el primer capítulo, concretamente al epígrafe 1.6., el traspaso competencial en esta materia culminó en el año 2002. Precisamente en ese año, el bien preferente que absorbía más recursos era la educación, seguido de la sanidad, la cultura y los servicios sociales y de promoción social (cuadro 2.23).

**Cuadro 2.23: Contribución de los bienes de carácter preferente por periodos (\*)**

	2002	2007	2013
Sanidad	42,40%	58,48%	59,06%
Educación	46,31%	38,25%	39,17%
Servicios Sociales y Promoción Social	7,25%	8,69%	10,61%
Cultura	4,04%	3,27%	1,77%

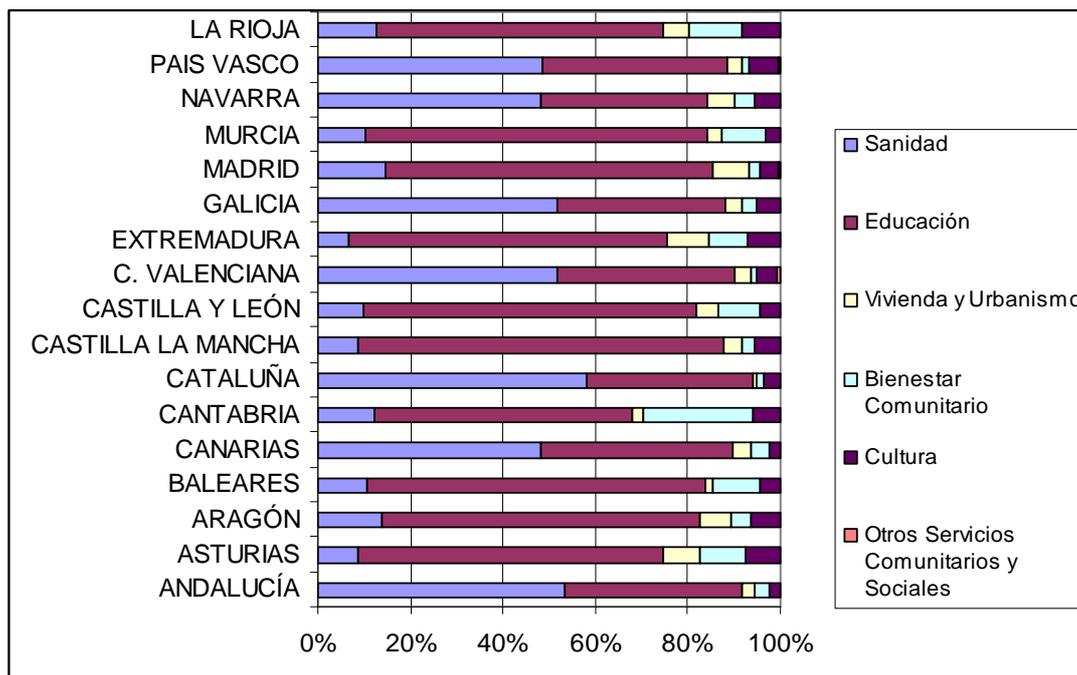
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas.

(\*) Nota: Los datos presentados suponen la media aritmética del total de Comunidades Autónomas. En el año 2002 se han tomado los datos del Ministerio para el total de CCAA y calculado los porcentajes de contribución de cada una de las partidas dentro de la producción de bienes de carácter social. En el caso de los servicios sociales y promoción social se incluyen para este año, vivienda y urbanismo, el bienestar comunitario y otros servicios comunitarios y sociales.

¿Se debe ese desvío de recursos hacia Sanidad al proceso descentralizador? Si analizamos más exhaustivamente la situación del presupuesto en 2002, (gráfico 2.4) podemos observar que existen distintos comportamientos presupuestarios por parte de las regiones en función del año que recibieron las competencias en materia sanitaria. Dichos comportamientos los podríamos dividir en tres:

1. En 2002 priorizaron la Educación frente a la Sanidad, mientras que en 2012 fue al revés: Aragón, Asturias, Cantabria, Castilla y León, Castilla La Mancha, Extremadura, Islas Baleares, Madrid y Murcia.
2. Siempre han priorizado el gasto en Sanidad desde 2002: Andalucía, Comunidad Valenciana, Canarias, Cataluña, Galicia y Navarra.
3. Comportamiento atípico: País Vasco.

**Gráfico 2.4: Desglose de la producción de bienes de carácter preferente por Comunidades Autónomas en 2002**



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas.

Por lo tanto, las Comunidades que recibieron las competencias sanitarias antes del año 2001 son aquellas que han gastado más en Sanidad desde 2002, mientras que las que no recibieron dicho poder hasta 2001 gastaban más en educación. La única región que tuvo un comportamiento anómalo ha sido el País Vasco.

En definitiva, se podría concluir que el traspaso de competencias en materia sanitaria desde el Estado Central a las Comunidades Autónomas, en nuestro país, les ha otorgado libertad de gasto en este ámbito, lo que se ha traducido en una falta de control por su parte. En 2001, cuando el proceso descentralizador culminó, nuestro país atravesaba por una etapa de bonanza económica, por lo que la balanza se inclinó a favor de las CCAA. No obstante, “en un contexto de dificultades económicas la carga de financiación de un sistema sanitario con un gran potencial inflacionario amenaza la sostenibilidad financiera de las CCAA” (Moreno Fuentes, 2009)

Para concluir con este capítulo, cabe dejar claras las principales ideas que se han extraído, tras el análisis del gasto público y autonómico de nuestro país. Desde el principio del mismo, ya veíamos el fuerte carácter social que tiene el gasto, así como la

falta de control entre lo inicialmente proyectado y lo finalmente ejecutado. Este hecho lo hemos relacionado directamente con el traspaso competencial en materia sanitaria, lo que tiene sentido, al ser bien social.

Posteriormente, hemos desglosado ambos tipos de gasto en las clasificaciones que nos proporciona el Ministerio. Los resultados apuntan a una fuerte contribución de los gastos de personal desde una óptica económica, dado que estos no han parado de crecer a lo largo del periodo de análisis, en todas las regiones, excepto en los últimos años, donde se han reducido ligeramente. El punto de vista funcional del gasto refuerza una vez más lo visto al principio del capítulo, los bienes de carácter preferente (sanidad y educación) son los que más contribuyen al total del gasto, con alguna excepción entre Comunidades, pero la mayoría siguen el mismo modelo de gasto. Además, vimos cómo combinando ambas clasificaciones los gastos de personal tienen una fuerte presencia en los servicios públicos básicos y en los bienes de carácter preferente. Este hecho influye en que sea una de las funciones que menos recortes ha experimentado dentro de las que sí lo hicieron, como vimos, ninguna de las Comunidades redujo los bienes de carácter social en más de un 2% excepto La Rioja.

Por lo tanto, el fuerte componente del personal hace que sea más complicado reducir en este tipo de bienes, además, su ajuste se explica principalmente por los recortes en cultura, más que en sanidad, en educación, o en los servicios sociales donde la mano de obra es esencial. A pesar de este hecho, en el siguiente capítulo veremos cómo los últimos datos reflejan uno de los mayores ajustes presupuestarios de la historia de la sanidad, y la existencia de otros factores que afectan al incremento del gasto sanitario, además de la mayor libertad presupuestaria de las regiones. Es decir, nuestro sistema de salud no sólo tiene un problema de índole administrativo y económico, sino que también está motivado por la naturaleza de su población.

## CAPÍTULO 3: EL GASTO SANITARIO AUTONÓMICO

### 3.1. Introducción

Como se ha tratado en el anterior capítulo, los distintos niveles territoriales que conforman la Administración Pública efectúan niveles de gasto distintos. Sin embargo, en materia sanitaria se incluyen otras dos entidades: el sistema de Seguridad Social<sup>16</sup> y las mutualidades de funcionarios. Más del 90% del gasto sanitario público lo ejecuta la Administración Autonómica en todos los años analizados (cuadro 3.1). No obstante, tal y como vimos en el capítulo anterior, este comportamiento no es fruto de la crisis económica por la que atraviesa nuestro país, sino que se remonta a 2002, precisamente cuando el proceso de traspaso competencial en esta materia culminó.

*Cuadro 3.1: Porcentaje de contribución de las distintas administraciones al gasto sanitario público total (\*)*

	2007	2008	2009	2010	2011
<b>ADMINISTRACIÓN CENTRAL</b>	1,49%	1,39%	1,73%	1,31%	1,23%
<b>SISTEMA SEGURIDAD SOCIAL</b>	3,04%	2,87%	2,36%	2,37%	2,38%
<b>MUTUALIDADES FUNCIONARIOS</b>	3,07%	2,95%	2,91%	3,00%	3,08%
<b>ADMINISTRACIÓN AUTONÓMICA</b>	90,61%	91,08%	91,18%	91,86%	91,87%
<b>ADMINISTRACIÓN LOCAL</b>	1,79%	1,72%	1,81%	1,46%	1,44%
<b>TOTAL</b>	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Cuenta Satélite del Gasto Sanitario Público.

(\*) Nota: El total del gasto sanitario público se ha calculado como la suma de todas las administraciones, el sistema de seguridad social y las mutualidades de funcionarios.

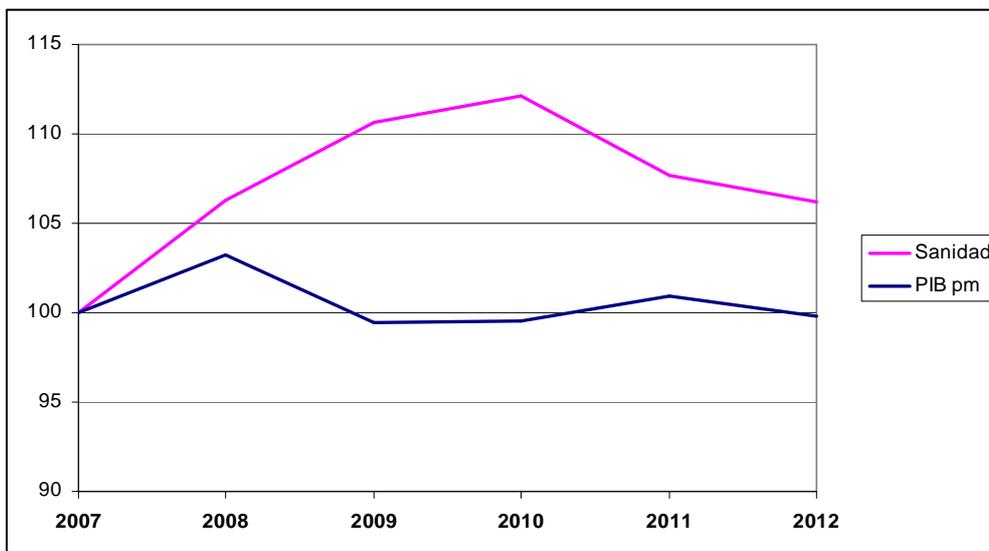
<sup>16</sup> El sistema de la Seguridad Social integra los siguientes organismos:

- Insalud (Instituto Nacional de la Salud) que se encarga de gestionar la Seguridad Social y depende directamente del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Desde que terminó el traspaso competencial en el año 2002, este organismo ha pasado a denominarse INGESA (Instituto Nacional de Gestión Sanitaria)
- ISM (Instituto Social de la Marina) encargado de gestionar los trabajos del mar.
- Mutuas Patronales
- Fundaciones públicas

A continuación nos centraremos en el gasto sanitario que efectúan el total de Comunidades y Ciudades Autónomas españolas, puesto que es donde se ejecuta prácticamente la totalidad del mismo.

El gasto sanitario autonómico no es sólo el más elevado en el total del gasto sanitario público, sino que ha evolucionado más que proporcionalmente respecto al PIB desde el estallido de la crisis económica<sup>17</sup> en nuestro país (Gráfico 3.1). Además, al descentralizar tan sólo esta materia por parte del Gobierno Central, y no la responsabilidad en materia de impuestos, las CCAA no buscan la forma de generar ingresos, lo que implica una falta de “corresponsabilidad fiscal” por parte de las mismas (Costa i Font, 2012). Esto se ha traducido en un crecimiento del gasto liquidado por encima del presupuestado en todos los años analizados (Gráfico 3.2). Lo que evidencia la insostenibilidad del sistema y la necesidad de actuar en consecuencia.

**Gráfico 3.1: Evolución del gasto sanitario autonómico y el PIB (\*)**  
(Índice 2007=100)

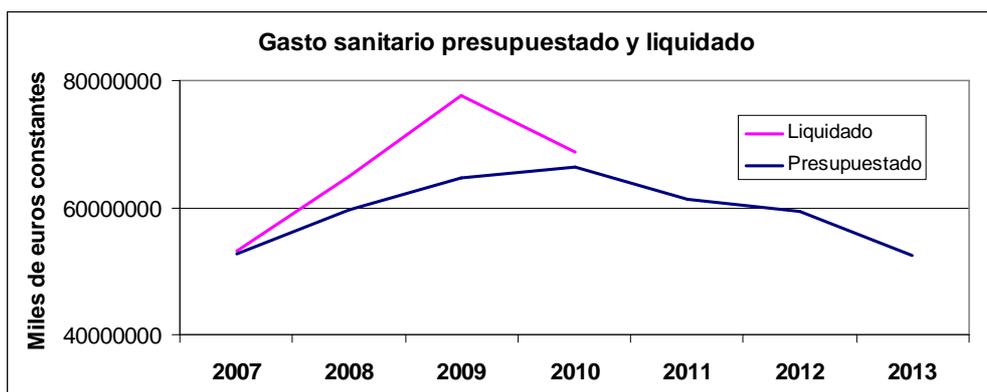


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas y el INE

(\*) Nota: para la elaboración de este gráfico se han tomado los datos presupuestados en Sanidad y el PIB a precios corrientes.

<sup>17</sup> Como se justificó en el anterior capítulo, el periodo de estudio que se ha decidido analizar abarca desde el año 2007, que coincide con el inicio de la crisis económica de nuestro país, hasta la actualidad o últimos datos disponibles. Esto nos servirá para valorar si las actuaciones llevadas a cabo en un contexto de alarma económica y social han sido las más acertadas.

**Gráfico 3.2: Gasto sanitario autonómico presupuestado y liquidado (\*)**



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas.

(\*) Nota: los datos han sido deflactados tomando como año base 2007. Los datos presupuestados referentes a 2013 se basan en una estimación realizada a partir del cálculo de los presupuestos de Cataluña en materia sanitaria, puesto que es la única región que aún no ha presentado su avance. Para ello, se ha calculado la media aritmética de los ajustes presupuestarios de las otras 16 regiones y aplicado a la comunidad catalana presumiendo que ésta tendrá un comportamiento similar.

Sin embargo el gasto sanitario en los últimos años ha sufrido el efecto de los recortes presupuestarios. Como se ha comentado previamente, los gastos sanitarios presupuestados no han parado de decrecer desde 2010, año en el que alcanzaron su máximo, teniendo en cuenta los últimos datos disponibles. Concretamente, en el periodo 2007-2008, los recursos destinados a Sanidad experimentaron un crecimiento del 6,29% si consideramos el total del gasto sanitario autonómico, crecimiento que se ha registrado de un modo continuado hasta 2010, fecha en la que los presupuestos destinados a Sanidad se reducen en casi un 4%. Sin embargo, el mayor ajuste presupuestario se ha producido en el último año disponible, donde los recursos han caído en un 6,13%.<sup>18</sup> (Ver cuadro 3.2)

**Cuadro 3.2: Variación porcentual del gasto sanitario autonómico (\*)**

2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013
6,29%	4,13%	1,32%	-3,94%	-1,45%	-6,13%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas.

(\*) Nota: la variación respecto a 2013 se ha calculado teniendo en cuenta que los presupuestos de Cataluña se han ajustado acorde a la media autonómica.

<sup>18</sup> Esta cifra se trata de una estimación al no contar todavía con el avance de los presupuestos definitivos de 2013 de Cataluña, por lo que podría ser aún mayor teniendo en cuenta el ajuste exigido a esta región por parte del Gobierno Central.

Para estudiar más a fondo la evolución del gasto en Sanidad, así como el actual debate sobre los recortes, tendremos en cuenta la doble óptica (económica y funcional) que nos ofrece el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

### 3.2. Análisis económico del gasto sanitario autonómico

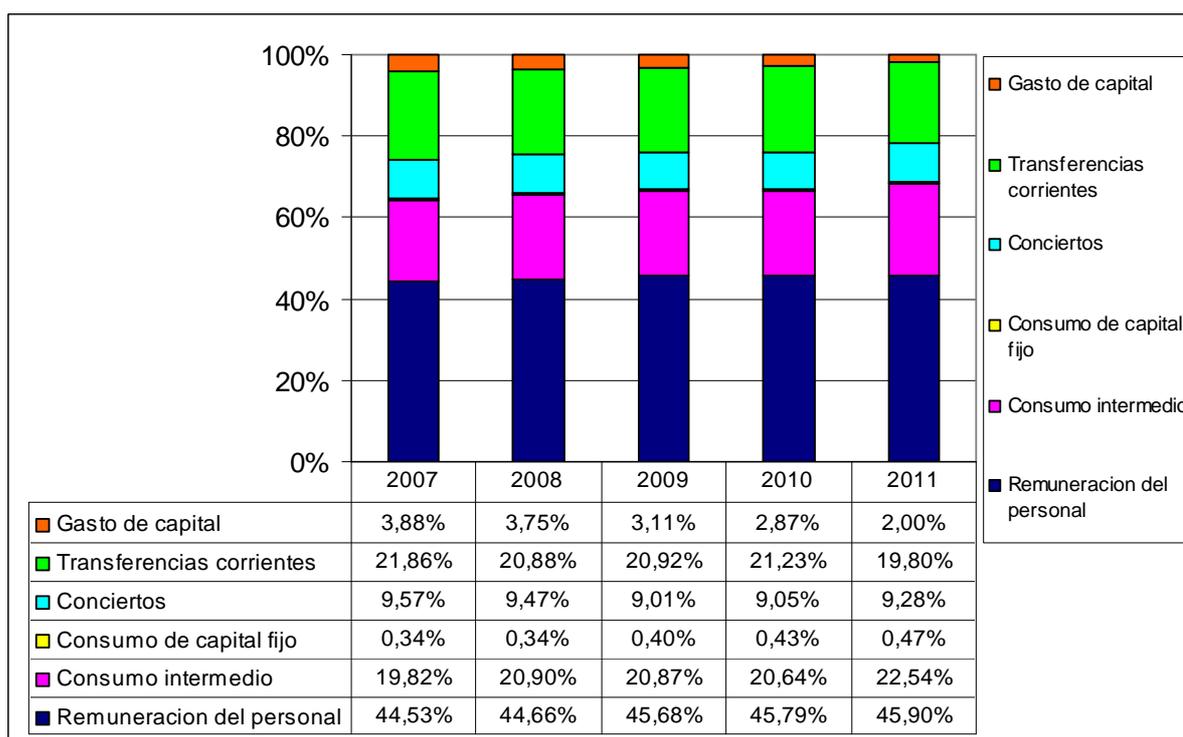
Desde un punto de vista económico, el gasto sanitario autonómico queda dividido en seis partidas presupuestarias (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2011):

- ▲ **Remuneración del personal:** abarca las remuneraciones en dinero o en especie y las cotizaciones a la Seguridad Social de todo el personal sanitario, desde directivos hasta personal eventual.
- ▲ **Consumo intermedio e impuestos:** incluye todos los gastos corrientes en bienes y servicios necesarios para que las instituciones sanitarias puedan desarrollar sus actividades. Se incluyen además los intereses de deuda, depósitos, finanzas, servicios a otras empresas, etc.
- ▲ **Consumo de capital fijo:** recoge las dotaciones a la amortización del inmovilizado.
- ▲ **Conciertos:** se trata de acuerdos efectuados entre un establecimiento sanitario, ya sea público o privado, y un organismo que se encargue de suministrar el servicio sanitario.
- ▲ **Transferencias corrientes:** se compone principalmente por el gasto en recetas médicas, aunque incluye otro tipo de transferencias, como los reintegros para prótesis y aparatos terapéuticos.
- ▲ **Gastos de capital:** son aquellos que se destinan a la producción de bienes de inversión, es decir, contribuyen a la formación de capital fijo nuevo o ya existente.

La estructura del gasto sanitario desde un punto de vista económico (Gráfico 3.3) refleja que la “remuneración del personal” absorbe la mayor parte de los recursos desde el estallido de la crisis económica en nuestro país, seguido de las “transferencias corrientes” y el “consumo intermedio”. En último término se encontrarían la financiación de los “conciertos” y los “gastos de capital”.

No obstante, (cuadro 3.3) la “remuneración del personal” ha sufrido el efecto de los recortes en los dos últimos años analizados, no llegando en ningún caso al 2%. Las partidas que más ajuste presupuestario experimentaron fueron los “gastos de capital” desde 2008, las “transferencias corrientes” en el último año disponible, y el “consumo intermedio” entre 2009-2010.

**Gráfico 3.3: Análisis económico del gasto sanitario autonómico**



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Cuenta Satélite del Gasto Sanitario Público.

**Cuadro 3.3: Variación porcentual del gasto sanitario desde una óptica económica**

	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011
Remuneración del personal	11,87%	7,85%	-0,98%	-1,84%
Consumo intermedio	17,65%	5,28%	-2,31%	6,92%
Consumo de capital fijo	13,90%	23,64%	4,21%	8,46%
Conciertos	10,31%	0,30%	-0,76%	0,47%
Transferencias corrientes	6,56%	5,62%	0,23%	-8,66%
Gasto de capital	7,75%	-12,49%	-9,10%	-31,56%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Cuenta Satélite del Gasto Sanitario Público.

### 3.3. Análisis funcional del gasto sanitario autonómico

La óptica funcional podemos extraerla del “Sistema de Cuentas de Salud” que nos ofrece el Ministerio de Salud, Servicios Sociales e Igualdad desde el año 2003, y de la “Cuenta Satélite del Gasto Sanitario Público”. Ésta última divide al gasto sanitario en siete partidas presupuestarias:

1. ***Servicios hospitalarios y especializados***: recogen los servicios prestados por médicos especialistas, enfermeras y demás personal sanitario o no sanitario, que se realiza en hospitales o centros especializados. Incluye la hospitalización, el diagnóstico, la cirugía sin hospitalización, consultas y urgencias. Además, se recogen los servicios especializados, que son aquellos prestados por instituciones públicas o privadas encaminados a cubrir la asistencia especializada.
2. ***Servicios primarios de salud***: son los llevados a cabo por los médicos de familia, pediatras, enfermeras y demás personal sanitario o no sanitario que se desarrollan en los centros de salud, consultorios rurales o urbanos y a domicilio. Éstos incluyen varios ámbitos como:
  - a. La atención continuada o de urgencia fuera del hospital, transporte de muestras clínicas o salud bucodental.
  - b. Planificación familiar, salud mental, fisioterapia, rehabilitación, trabajo sociosanitario y actividades preventivas como las vacunas, información y exámenes de salud, etc.
  - c. Administración de tratamientos, curas y cirugía menor.
3. ***Servicios de Salud Pública***: incluye todas las actividades encaminadas al fomento y defensa de la salud como la vigilancia de epidemias, campañas de sensibilización, prevención de enfermedades, etc.
4. ***Servicios colectivos de salud***: incluye la I+D en el campo sanitario y demás servicios no comprendidos en otras partidas de gasto.

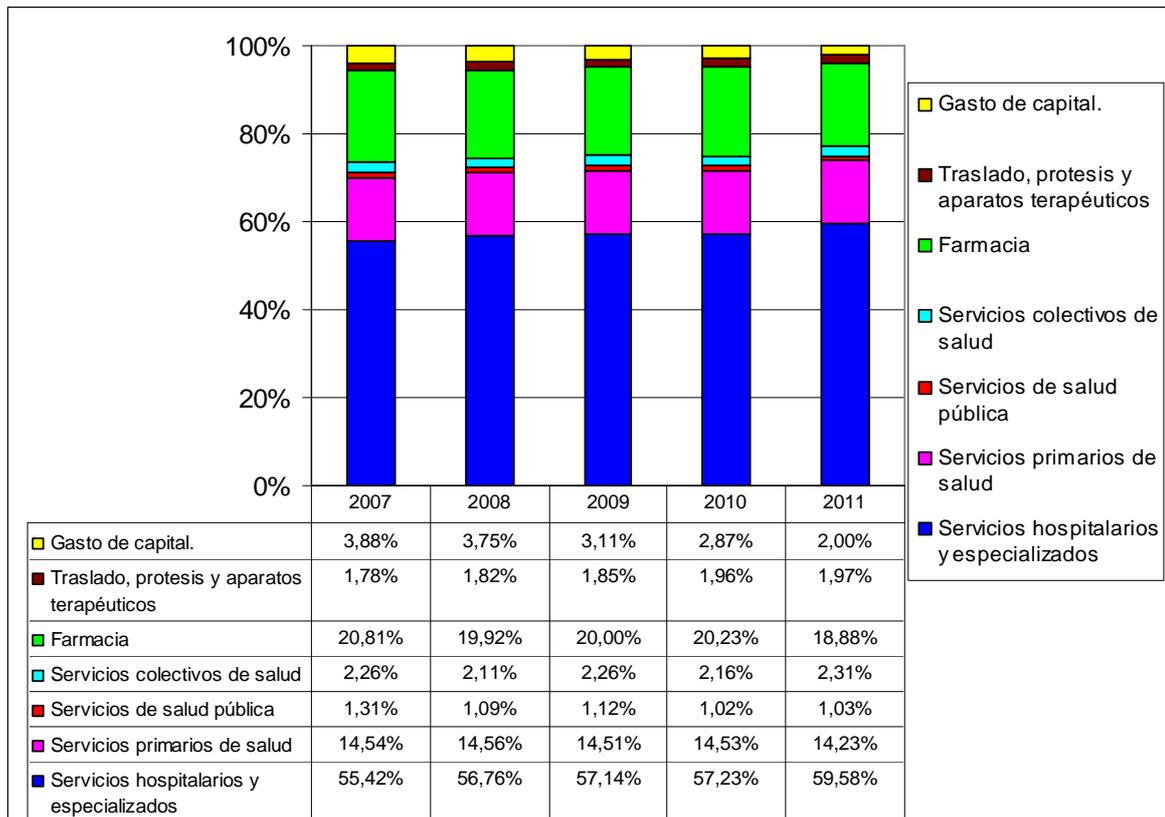
5. **Farmacia:** incluye los gastos de expedición de recetas médicas, el reintegro de los gastos farmacéuticos y el suministro directo a los hogares. No incluye los medicamentos expedidos en los hospitales.
6. **Traslado, prótesis y aparatos terapéuticos:** se incluyen las transferencias corrientes realizadas por la entrega de prótesis, ya sean, de carácter permanente o temporal, dentales o quirúrgicas; e incluso por la ayuda a la deambulación. Además, en esta partida estaría el traslado de enfermos.
7. **Gasto de capital:** son aquellos que se destinan a la producción de bienes de inversión, es decir, contribuyen a la formación de capital fijo nuevo o ya existente.

En cuanto al “Sistema de Cuentas de Salud”, el gasto sanitario desde una óptica funcional se divide en dos grupos, subdivididos éstos a su vez en distintas partidas:

- ▲ Según la **función de atención a la salud:** en esta clasificación, se distribuye en gasto sanitario en seis grupos.
  - Servicios de asistencia curativa y de rehabilitación
  - Servicios de atención de larga duración
  - Servicios auxiliares de atención a la salud: incluyen el laboratorio clínico, el diagnóstico por imagen, transporte de pacientes y rescate de emergencia, y otros servicios auxiliares.
  - Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios
  - Servicios de prevención y de salud pública
  - Administración de la salud y los seguros médicos
- ▲ Según el **proveedor de atención a la salud:** dentro de esta clasificación hay siete subcategorías: hospitales, establecimientos de atención medicalizada y residencial, proveedores de atención ambulatoria, minoristas y otros proveedores de productos médicos, suministro y administración de programas de salud pública, administración general de la salud y los seguros médicos; y otras ramas de actividad.

Si tomamos como referencia la *Cuenta Satélite del Gasto Sanitario Público* (gráfico 3.4), más de la mitad de los recursos se canalizan hacia los “servicios hospitalarios y especializados” a lo largo de todo el periodo de análisis, seguidos de “farmacia”, cuya contribución roza o supera ligeramente el 20% en todos los años disponibles, y los “servicios primarios de salud”, con una contribución cercana al 15%. Por el contrario, las funciones que menos aportan al gasto sanitario autonómico, desde la óptica funcional de la Cuenta Satélite del Gasto Público, son, en este orden, los “servicios de salud pública”, el “traslado, prótesis y aparatos terapéuticos”, los “servicios colectivos de salud”, aunque en 2011, superan, tímidamente, a los “gastos de capital”.

**Gráfico 3.4: Análisis funcional del gasto sanitario desde la óptica de la Cuenta Satélite del Gasto Sanitario Público**

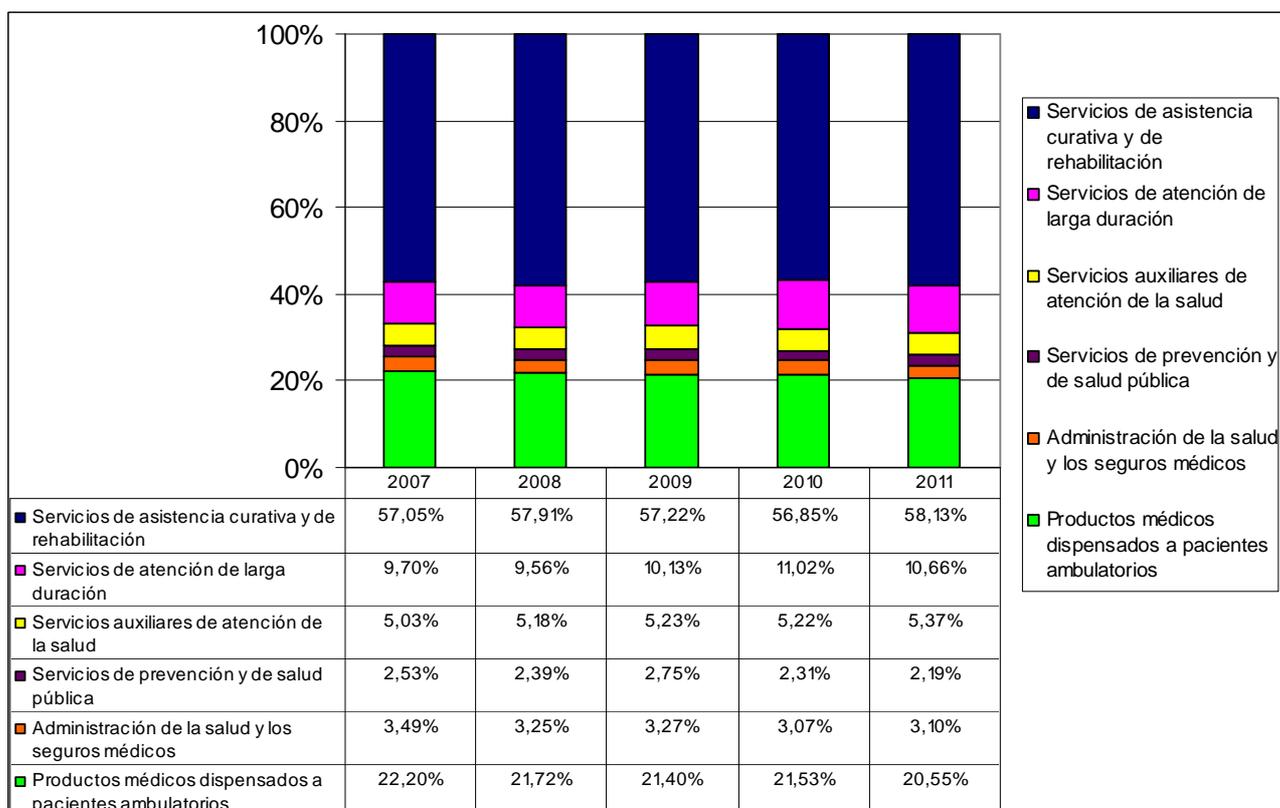


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Cuenta Satélite del Gasto Sanitario Público.

Estos resultados están en la misma línea que los que recoge el *Sistema de Cuentas de Salud*:

- Según la función de atención a la salud (gráfico 3.5), la mayor parte de los recursos son los aglutinados por los “servicios de asistencia curativa y rehabilitación”, seguidos de los “productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios” y los “servicios de atención de larga duración”. La antítesis de esta dinámica se ubica en los “servicios de prevención y salud pública” y la “administración de la salud y los seguros médicos”.

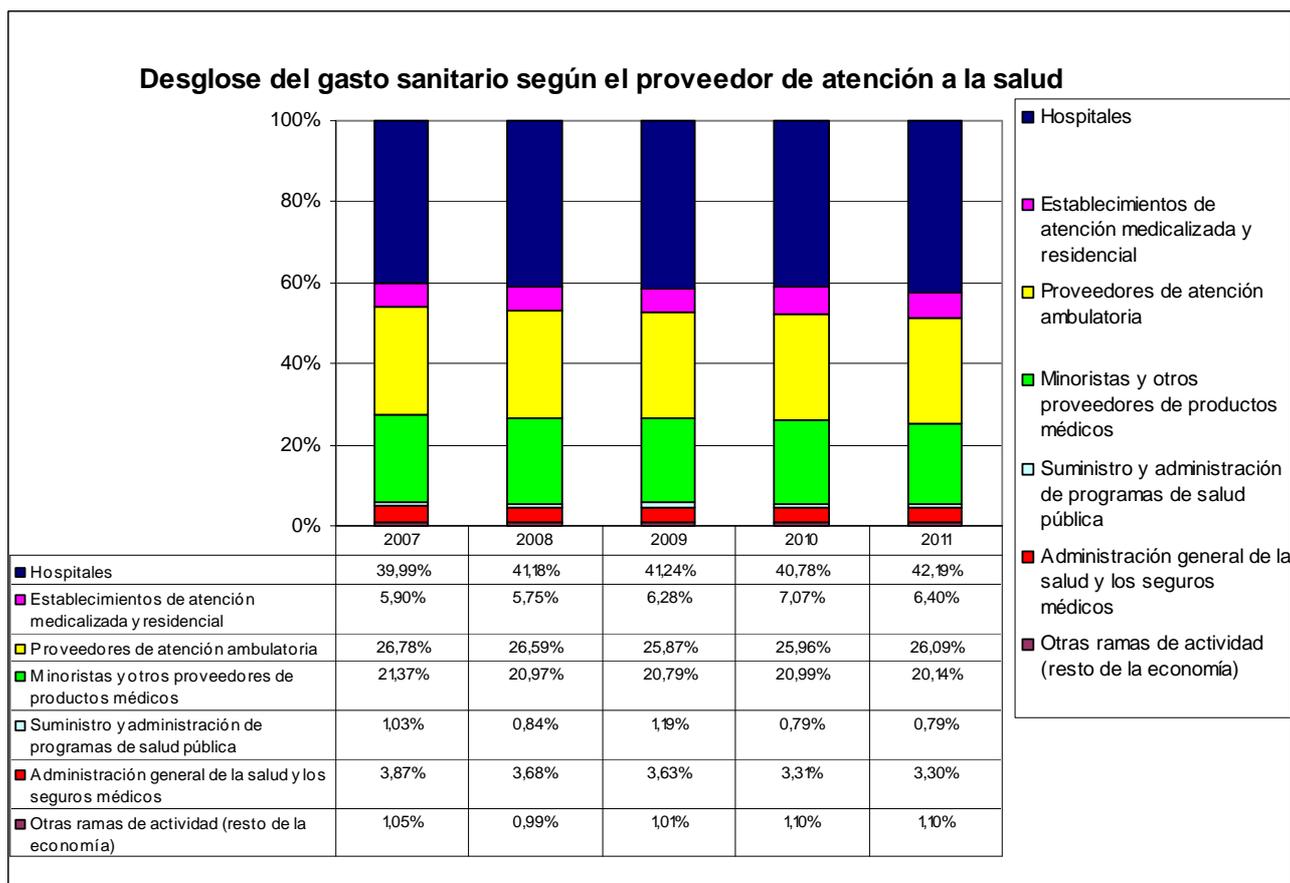
**Gráfico 3.5: Análisis funcional del gasto sanitario según la función de atención a la salud**



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Cuentas de Salud.

- Según el proveedor de salud (gráfico 3.6.), a los “hospitales” se canalizan la mayor parte de los recursos sanitarios, seguidos de los “proveedores de atención ambulatoria” y los “minoristas y otros proveedores de productos médicos”. Las partidas que menos recursos absorben son el cajón de sastre que aparece bajo la denominación “otras ramas de actividad (resto de la economía)”, el “suministro y administración de programas de salud pública”, y la “administración general de salud y los seguros médicos”

**Gráfico 3.6: Análisis funcional del gasto sanitario según el proveedor de salud (\*)**



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Cuentas de Salud.

(\*) Nota: En esta clasificación existe otra partida denominada “resto del mundo” que no se ha incluido ya que no aporta información significativa y su exclusión no hace variar el resultado final.

En definitiva, sea cual sea la óptica funcional tomada:

- ⇒ Los servicios de atención hospitalaria y especializada, que englobarían a los hospitales, los servicios de asistencia curativa y rehabilitación, y los servicios de larga duración, consultas médicas, urgencias, etc. son los que absorben la mayor parte de los recursos, en todo el periodo analizado.
- ⇒ En segundo término, estarían los medicamentos dispensados en farmacia y a pacientes ambulatorios.
- ⇒ Es menester mencionar que las partidas que han atraído menos recursos, a lo largo del periodo objeto de análisis, han sido todas aquellas relacionadas con los

programas de salud pública, centrados en la prevención de enfermedades, campañas de vacunación, la educación sanitaria de la población, etc.

Al igual que en el análisis económico, desde un punto de vista funcional también se puede analizar los ajustes presupuestarios aplicados a las distintas partidas de gasto en todo el periodo analizado.

Si consideramos la *Cuenta Satélite del Gasto Sanitario Público* (cuadro 3.4), los periodos que más ajuste experimentaron fueron los dos últimos disponibles (2009-2010 y 2010-2011), consideración extensible al total de partidas. Si analizamos una a una, la que más recorte sufrió fue el “gasto de capital” durante los tres últimos periodos analizados, aunque con mayor intensidad entre los años 2010-2011. A continuación estarían los “servicios de salud pública” con un ajuste al comienzo de la crisis económica, y sucesivos recortes desde 2009. Luego estarían los “servicios primarios de salud” que ajustaron su presupuesto en los dos últimos periodos de estudio, los “servicios colectivos de salud”, el “traslado, prótesis y aparatos terapéuticos”, y los “servicios hospitalarios y especializados” que tan sólo se ajustaron en el período 2009-2010. Tomando en consideración el total del periodo analizado, los “servicios de salud pública” y, sobre todo, los “gastos de capital” serían las partidas que experimentaron mayores ajustes.

**Cuadro 3.4: Variación porcentual del gasto sanitario desde la óptica funcional de la Cuenta Satélite del Gasto Sanitario Público.**

	<b>2007-2008</b>	<b>2008-2009</b>	<b>2009-2010</b>	<b>2010-2011</b>	<b>2007-2011</b>
<b>Servicios hospitalarios y especializados</b>	14,25%	6,14%	-1,06%	1,93%	5,16%
<b>Servicios primarios de salud</b>	11,72%	5,05%	-1,04%	-4,12%	2,72%
<b>Servicios de salud pública</b>	-7,12%	8,66%	-10,17%	-1,22%	-2,72%
<b>Servicios colectivos de salud</b>	3,79%	13,28%	-5,99%	4,95%	3,78%
<b>Farmacia</b>	6,80%	5,86%	-0,08%	-8,62%	0,80%
<b>Traslado, prótesis y aparatos terapéuticos</b>	13,94%	7,20%	4,79%	-1,53%	5,96%
<b>Gasto de capital.</b>	7,75%	-12,49%	-9,10%	-31,56%	-12,48%
<b>Total</b>	11,56%	5,42%	-1,22%	-2,08%	3,28%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Cuenta Satélite del Gasto Sanitario Público.

Si tomamos el *Sistema de Cuentas de Salud* que nos ofrece el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, podemos corroborar que el periodo de mayor ajuste presupuestario considerando el total de partidas es el 2010-2011.

- Según la función de atención a la salud, (cuadro 3.5) los “servicios de prevención y salud pública”<sup>19</sup> son los que han sido objeto de un mayor ajuste presupuestario, sobre todo entre los años 2009-2010, seguidos de la “administración de la salud y los seguros médicos” que experimentaron el mismo comportamiento. Luego estarían los “productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios” y los “servicios de asistencia curativa y de rehabilitación” que tan sólo se ajustaron un periodo, y finalmente los “servicios auxiliares de atención a la salud” que experimentaron crecimiento en todos los años de análisis. A grandes rasgos (última columna) los “servicios de prevención y salud pública”, seguidos de la “administración de la salud y los seguros médicos”, fueron las partidas dónde las políticas de consolidación tomaron mayor énfasis a lo largo del periodo de estudio.

**Cuadro 3.5: Variación porcentual del gasto sanitario según la función de atención a la salud**

	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2007-2011
<b>Servicios de asistencia curativa y de rehabilitación</b>	10,67%	3,12%	-0,35%	0,79%	14,59%
<b>Servicios de atención de larga duración</b>	7,39%	10,65%	9,05%	-4,63%	23,53%
<b>Servicios auxiliares de atención de la salud</b>	12,30%	5,27%	0,10%	1,42%	19,98%
<b>Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios</b>	6,70%	2,83%	0,87%	-5,89%	4,15%
<b>Servicios de prevención y de salud pública</b>	3,18%	19,95%	-15,58%	-6,45%	-2,26%
<b>Administración de la salud y los seguros médicos</b>	1,30%	5,16%	-5,81%	-0,34%	-0,01%
<b>Total</b>	9,04%	4,35%	0,29%	-1,41%	12,48%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Cuentas de Salud.

<sup>19</sup> Este hecho puede deberse a la compra centralizada de medicamentos que algunas Comunidades han acordado con el Gobierno Central y otros organismos como el INGESA. Concretamente, Andalucía desde el año 2009 se unió a esta iniciativa al considerar que es una vía para conseguir “economías de escala”, ya que los centros sanitarios actúan a nivel local, mientras que el gobierno y sus organismos lo hacen a nivel nacional o multinacional evitando la aparición de mercados fragmentados y la proliferación de centrales de compra (Sánchez, 2007). Los acuerdos más recientes en esta materia son: (El País, 18/10/2013)

- ⇒ En abril de 2013 se acordó la compra centralizada de las vacunas de la gripe y el factor VIII con 13 CCAA, lo que supuso un ahorro de más de 5 millones de euros.
- ⇒ En septiembre de 2013 se ha establecido un acuerdo con 10 CCAA para comprar de manera conjunta el factor VIII de coagulación, que sirve para tratar la hemofilia. Según el Ministerio de Sanidad, con este programa se estima ahorrar 4,5 millones de euros.

- Finalmente, y no menos importante, según el proveedor de atención a la salud, (cuadro 3.6) el “suministro y administración de programas de salud pública” fue la partida con mayor ajuste del presupuesto desde el comienzo de la crisis, aunque experimentó un fuerte crecimiento en el periodo 2008-2009. A continuación estaría la “administración general de la salud y los seguros médicos” con recortes en los dos últimos periodos analizados, los “establecimientos de atención medicalizada y residencial”, los “minoristas y proveedores de otros productos médicos”, “otras ramas de actividad”, los “proveedores de atención ambulatoria”, y los “hospitales” en ese orden, se ajustaron un único periodo, que en todos los casos menos en el último, fue en el comprendido entre los años 2010-2011. Si tomamos como referencia la última columna del cuadro 3.6, podemos comprobar que a lo largo de todo el periodo analizado, las partidas funcionales que experimentaron mayores recortes fueron el “suministro y administración de programas de salud pública”, seguido de la “administración general de la salud y los seguros médicos”.

**Cuadro 3.6: Variación porcentual del gasto sanitario según el proveedor de atención a la salud**

	<b>2007-2008</b>	<b>2008-2009</b>	<b>2009-2010</b>	<b>2010-2011</b>	<b>2007-2011</b>
Hospitales	11,99%	3,87%	-1,20%	1,48%	3,92%
Establecimientos de atención medicalizada y residencial	5,92%	13,33%	12,47%	-11,24%	4,63%
Proveedores de atención ambulatoria	7,98%	0,93%	0,23%	-1,40%	1,87%
Minoristas y otros proveedores de productos médicos	6,71%	2,83%	0,87%	-5,89%	1,02%
Suministro y administración de programas de salud pública	-11,35%	45,99%	-33,56%	-2,04%	-4,20%
Administración general de la salud y los seguros médicos	3,34%	2,24%	-8,80%	-2,19%	-1,47%
Otras ramas de actividad (resto de la economía)	2,64%	5,55%	8,73%	-1,47%	3,80%
Total	8,75%	3,72%	-0,10%	-1,90%	2,54%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Cuentas de Salud.

Para realizar un análisis más exhaustivo de las distintas partidas que componen el gasto sanitario autonómico desde un punto de vista funcional, el Sistema de Cuentas de Salud ofrece un desglose para cada una de ellas.

Según la *función de atención a la salud* (cuadro 3.7), las partidas que más recursos absorbieron fueron, en este orden:

- Los “servicios de asistencia curativa y de rehabilitación”, y dentro de éstos, la “asistencia curativa y de rehabilitación ambulatoria” seguidos muy de cerca de la “asistencia curativa y de rehabilitación hospitalaria”.
- Dentro de los “servicios de atención de larga duración”, la subpartida que se lleva más de la mitad del presupuesto es la “atención de larga duración hospitalaria”, seguida de la “atención de larga duración domiciliaria” y la “atención de larga duración en hospitalización de día”, en todos los años de estudio.
- El reparto de los recursos dentro de los “servicios auxiliares de atención a la salud” es más equitativo entre las subpartidas que lo componen, aunque destacarían, ligeramente, el “laboratorio clínico” y el “diagnóstico por imagen” sobre las demás.
- Otra de las partidas que más influía en el total del gasto sanitario desde esta óptica era la de los “productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios”. Así, dentro de los mismos, más del 80% de los recursos desde 2007 corresponden a los “productos farmacéuticos y otros productos médicos perecederos”.
- En cuanto a los “servicios de prevención y salud pública”, que como hemos comentado previamente, sufrieron, en mayor medida, los ajustes presupuestarios, destinan la mayor parte de los recursos hacia “otros servicios de salud pública” seguidos de la “prevención de enfermedades no transmisibles” y la “salud materno-infantil”.
- Finalmente, dentro de la última partida de esta clasificación la “administración de la salud y los seguros médicos privados” son los que gestionan más de la mitad del presupuesto.

Del cuadro 3.8 se pueden extraer, entre otras, las siguientes conclusiones:

- ◆ La partida “hospitales”, como se ha comentado en apartados anteriores, era la que gestionaba más de la mitad del presupuesto en todo el periodo de análisis. Dentro de

ésta, son los “hospitales generales” los que gestionan más de la mitad de los recursos.

- ◆ Otra partida de importante aportación son los “establecimientos de atención medicalizada y residencial”, dentro de éstos, casi el 100% del presupuesto lo absorben los “establecimientos de atención medicalizada”.
- ◆ En cuanto a los “proveedores de atención ambulatoria” no existen subpartidas que destaquen tanto como en los anteriores casos, aunque serían los “centros de atención ambulatoria” y los “consultorios médicos” los que ejecutan la mitad del presupuesto.
- ◆ Dentro de los “minoristas y otros proveedores de productos médicos” destaca claramente la “farmacia”, al llevarse casi el 90% de los recursos destinados a esta partida.
- ◆ Al igual que sucedía en el análisis anterior, dentro de la “administración general de la salud y los seguros médicos” son los seguros de carácter privado los que se llevan más de la mitad de los recursos, seguidos de la “administración de la salud por las administraciones públicas”.
- ◆ Finalmente, en la última partida nos encontramos que los “hogares como proveedores de atención domiciliaria” son los que absorben más del 60% del presupuesto.

**Cuadro 3.7: Porcentaje de contribución de las subpartidas de gasto sanitario según la función de atención a la salud (\*)**

	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
<b>Servicios de asistencia curativa y de rehabilitación</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>
Asistencia curativa y de rehabilitación hospitalaria	39,28%	40,00%	40,66%	40,44%	41,08%
Asistencia curativa y de rehabilitación en hospitalización de día	3,42%	3,46%	3,50%	3,46%	3,49%
Asistencia curativa y de rehabilitación ambulatoria	55,87%	55,10%	54,40%	54,66%	54,04%
Servicios de asistencia curativa y de rehabilitación domiciliaria	1,43%	1,44%	1,44%	1,44%	1,39%
<b>Servicios de atención de larga duración</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>
Atención de larga duración hospitalaria	69,66%	68,16%	68,20%	68,72%	64,96%
Atención de larga duración en hospitalización de día	9,66%	10,61%	10,75%	10,99%	11,05%
Atención de larga duración domiciliaria	20,68%	21,23%	21,05%	20,30%	23,99%
<b>Servicios auxiliares de atención de la salud</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>
Laboratorio clínico	39,93%	39,89%	40,17%	39,55%	39,91%
Diagnóstico por imagen	37,05%	36,37%	35,99%	35,67%	35,42%
Transporte de pacientes y rescate de emergencia	22,34%	23,10%	23,20%	24,12%	24,00%
Otros servicios auxiliares	0,68%	0,64%	0,64%	0,66%	0,67%
<b>Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>
Productos farmacéuticos y otros productos médicos perecederos	87,13%	87,05%	87,38%	87,33%	86,60%
Dispositivos terapéuticos y otros productos médicos no perecederos	12,87%	12,95%	12,62%	12,67%	13,40%
<b>Servicios de prevención y de salud pública</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>
Salud materno-infantil, servicios de planificación familiar y consultas	16,92%	18,33%	16,05%	18,65%	19,19%
Servicios de medicina escolar	4,81%	5,21%	4,55%	5,30%	5,45%
Prevención de enfermedades transmisibles	0,20%	0,19%	0,15%	0,20%	0,22%
Prevención de enfermedades no transmisibles	32,20%	34,90%	30,56%	35,52%	36,55%
Medicina del trabajo	0,72%	0,82%	0,43%	0,41%	0,34%
Otros servicios de salud pública	45,16%	40,55%	48,26%	39,92%	38,24%
<b>Administración de la salud y los seguros médicos</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>
Administración de la salud por las administraciones públicas	44,25%	44,67%	46,17%	45,99%	44,90%
Administración de la salud y los seguros médicos: organismos privados	55,75%	55,33%	53,83%	54,01%	55,10%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Cuentas de Salud.

(\*) Nota: Las casillas sombreadas en color azul reflejan las partidas principales del gasto sanitario, y suponen el 100% de las subpartidas que las componen.

**Cuadro 3.8: Porcentaje de contribución de las subpartidas de gasto sanitario según el proveedor de atención a la salud (\*)**

	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
<b>Hospitales</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>
Hospitales generales	92,43%	92,54%	92,98%	92,90%	92,99%
Hospitales de salud mental y adicciones	1,90%	1,84%	1,83%	1,94%	1,88%
Hospitales de especialidades (excepto salud mental y adicciones)	5,67%	5,62%	5,19%	5,17%	5,13%
<b>Establecimientos de atención medicalizada y residencial</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>
Establecimientos de atención medicalizada	98,08%	97,39%	97,51%	97,60%	96,87%
Establecimientos de atención residencial para retraso mental, salud mental y adicciones	1,92%	2,61%	2,49%	2,40%	3,13%
Establecimientos de atención residencial a la tercera edad	-	-	-	-	-
Otros establecimientos de atención residencial	-	-	-	-	-
<b>Proveedores de atención ambulatoria</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>
Consultorios médicos	28,62%	26,91%	24,98%	24,45%	23,89%
Consultorios odontológicos	19,07%	19,22%	19,05%	19,49%	20,27%
Consultorios de otros profesionales sanitarios	6,33%	6,31%	6,41%	7,04%	7,22%
Centros de atención ambulatoria	34,27%	35,41%	36,63%	35,60%	34,35%
Laboratorios médicos y de diagnóstico	3,28%	3,09%	3,07%	3,05%	3,06%
Proveedores de atención domiciliaria	4,82%	4,99%	5,50%	5,86%	6,89%
Otros proveedores de atención ambulatoria	3,62%	4,07%	4,36%	4,51%	4,32%
<b>Minoristas y otros proveedores de productos médicos</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>
Farmacias	87,13%	87,05%	87,38%	87,33%	86,60%
Minoristas y otros proveedores de lentes y otros productos ópticos	7,74%	8,17%	7,94%	7,91%	8,46%
Minoristas y otros proveedores de ayudas auditivas	2,70%	2,54%	2,51%	2,54%	2,73%
Minoristas y otros proveedores de accesorios médicos (excepto ayudas visuales y auditivas). Otras formas de venta y proveedores de productos farmacéuticos y médicos	2,42%	2,24%	2,16%	2,22%	2,20%
<b>Suministro y administración de programas de salud pública</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>
<b>Administración general de la salud y los seguros médicos</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>
Administración de la salud por las administraciones públicas	45,57%	46,79%	47,36%	45,14%	43,42%
Administraciones de seguridad social	6,01%	6,10%	5,50%	6,01%	5,80%
Otros seguros sociales	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Otros seguros (privados)	48,42%	47,11%	47,14%	48,85%	50,78%
Otros proveedores de administración de la salud	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
<b>Otras ramas de actividad (resto de la economía)</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>
Entidades proveedoras de servicios de medicina del trabajo	1,67%	1,91%	1,14%	0,84%	0,67%
Hogares como proveedores de atención domiciliaria	69,42%	72,46%	71,75%	67,95%	71,68%
Otras ramas de actividad como productores secundarios de atención de la salud	28,91%	25,63%	27,11%	31,21%	27,64%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Cuentas de Salud.

(\*) Nota: Las casillas sombreadas en color azul reflejan las partidas principales del gasto sanitario, y suponen el 100% de las subpartidas que las componen.

### 3.4. Análisis del gasto sanitario autonómico por CCAA

La falta de control en el gasto sanitario autonómico se aprecia, igualmente, si tenemos en cuenta las 17 regiones y 2 ciudades autónomas que componen la nación española (cuadro 3.9) El mayor desequilibrio entre el gasto presupuestado y el liquidado en materia sanitaria se produjo en el año 2009; aunque, todos los años analizados presentan cifras negativas, lo que implica que el gasto sanitario autonómico liquidado ha sido siempre mayor al presupuestado. Las regiones que experimentaron desequilibrios superiores al 10%, en al menos un año analizado, son varias, entre las que están Aragón (2009), Asturias (2008), la Comunidad Valenciana (2009), Castilla la Mancha (2009), Cataluña (2009), Ceuta (2007-2010), Baleares (2010) y Madrid (2009).

**Cuadro 3.9: Diferencia entre el gasto sanitario autonómico presupuestado y liquidado por CCAA**

	2007	2008	2009	2010
<b>ANDALUCIA</b>	-2,22%	-7,13%	-1,10%	1,19%
<b>ARAGÓN</b>	-1,67%	-4,22%	-13,15%	-0,16%
<b>ASTURIAS</b>	-6,24%	-12,08%	-5,89%	6,23%
<b>C.VALENCIANA</b>	6,48%	-7,83%	-11,30%	-9,68%
<b>CANARIAS</b>	1,62%	-2,66%	-1,18%	1,56%
<b>CANTABRIA</b>	-1,81%	-2,87%	-1,16%	-8,08%
<b>CASTILLA Y LEÓN</b>	-0,51%	-1,02%	-3,65%	-2,50%
<b>CASTILLA LA MANCHA</b>	-4,19%	-9,32%	-13,09%	-7,59%
<b>CATALUÑA</b>	0,08%	-0,30%	-22,74%	2,77%
<b>CEUTA</b>	-18,78%	40,74%	52,32%	27,89%
<b>EXTREMADURA</b>	-3,12%	-3,16%	0,79%	0,25%
<b>GALICIA</b>	-1,81%	-4,01%	-5,56%	-2,00%
<b>BALEARES</b>	-7,30%	-5,40%	-5,35%	-17,05%
<b>MADRID</b>	-1,70%	-4,13%	-11,71%	-7,13%
<b>MELILLA</b>	-2,51%	-2,51%	-1,30%	8,64%
<b>MURCIA</b>	-3,05%	-7,51%	-0,23%	0,57%
<b>NAVARRA</b>	-3,23%	-3,82%	-6,41%	-5,26%
<b>P. VASCO</b>	-3,32%	-1,80%	-2,55%	-0,37%
<b>RIOJA</b>	-4,10%	-4,98%	-0,67%	1,63%
<b>TOTAL CCAA</b>	-1,02%	-4,60%	-9,22%	-2,29%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas. Liquidación de los presupuestos de las Comunidades Autónomas.

Tal como se ha comentado previamente, el fenómeno descentralizador iniciado en nuestro país, en materia sanitaria, ha sido uno de los desencadenantes de este

desequilibrio y falta de control presupuestario. Para algunos autores (Saltman, 2007) la descentralización y la existencia de una restricción presupuestaria blanda donde los niveles subcentrales tienen autonomía en materia de gasto y no son responsables de incrementar los fondos para financiar la sanidad, explica el crecimiento del gasto sanitario.

Otro elemento a considerar en la elaboración de este análisis es la contribución que cada una de las Comunidades Autónomas aporta al total del gasto sanitario. Para ello, se debe tener en cuenta la población protegida por los servicios de salud en cada región, para posteriormente determinar qué cantidad de recursos se destina a cada individuo dependiendo de donde viva. Si observamos la información que se recoge en el cuadro 3.10. las regiones que menos recursos destinan per cápita son Andalucía, Baleares y Madrid, que en todos los años analizados, están por debajo de la media autonómica. La Comunidad Valenciana tan sólo superó la media autonómica en 2007, en el resto de años se situó por debajo de ésta. Si nos fijamos en la última columna, en 2013, las regiones que menos gasto presupuestaron en esta materia fueron, en este orden: Comunidad Valenciana, Andalucía, Baleares, Cataluña y Madrid.

Por el contrario, el resto de regiones destinaron más recursos en materia sanitaria que la media autonómica, sobre todo La Rioja, País Vasco, Navarra, Asturias y Cantabria. Concretamente, en el último año disponible, las regiones que más recursos destinaron a sanidad fueron, en este orden: País Vasco, Asturias, Navarra y Cantabria.

Precisamente, las regiones más pobladas (excepto Baleares) son las que menos recursos destinan a Sanidad, por el contrario, las regiones más pequeñas y con una población dispersa son las que más. Tal como se ha comentado en capítulos anteriores, “en las Comunidades más pobladas se producen economías de escala, de manera que cifras per cápita bajas no implican necesariamente peor calidad de los servicios públicos”. Además, “la población dispersa de algunas CCAA hace que el rendimiento por euro invertido tenga menor rentabilidad en la prestación de los servicios”. (Alonso y Ferrero, 2012).

**Cuadro 3.10: Gasto sanitario por persona protegida por Comunidades Autónomas**

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013(*)
ANDALUCÍA	1073,09	1155,19	1172,68	1163,46	1107,83	1104,15	998,86
ARAGÓN	1260,91	1315,43	1395,73	1404,22	1363,11	1366,41	1199,32
ASTURIAS	1233,39	1256,22	1426,80	1502,49	1425,72	1431,19	1382,85
BALEARES	1054,37	1116,01	1147,98	1063,56	1056,81	1092,00	1035,77
CANARIAS	1235,27	1342,49	1385,40	1342,27	1188,28	1224,16	1217,38
CANTABRIA	1264,20	1292,30	1339,75	1340,62	1230,35	1269,15	1311,21
CASTILLA Y LEÓN	1193,94	1286,67	1317,06	1362,80	1341,27	1337,14	1280,74
CASTILLA LA MANCHA	1192,30	1257,69	1312,66	1335,58	1272,78	1195,12	1134,43
CATALUÑA	1200,77	1240,97	1257,18	1308,76	1215,94	1154,24	1099,58
C.VALENCIANA	1189,18	1081,38	1107,92	1116,03	1074,93	1068,36	992,76
EXTREMADURA	1339,25	1457,46	1558,11	1503,16	1387,86	1336,24	1166,59
GALICIA	1221,99	1291,00	1330,36	1315,35	1251,47	1251,88	1237,55
MADRID	1066,36	1096,62	1103,41	1085,38	1089,30	1094,32	1109,58
MURCIA	1099,36	1210,16	1252,69	1320,15	1339,49	1185,44	1043,58
NAVARRA	1331,85	1412,93	1429,67	1527,03	1500,24	1412,12	1339,47
P. VASCO	1323,11	1473,85	1587,22	1617,57	1559,26	1547,60	1497,96
RIOJA	1508,19	1415,78	1388,22	1422,29	1328,55	1290,47	1232,07
<b>TOTAL CCAA</b>	<b>1166,72</b>	<b>1214,41</b>	<b>1248,64</b>	<b>1257,75</b>	<b>1203,85</b>	<b>1184,55</b>	<b>1125,33</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas y el Padrón Municipal del INE.

(\*) Nota: para el año 2013 se han tomado los datos del avance del presupuesto de las CCAA. Para calcular el presupuesto de la comunidad catalana, se ha aplicado el porcentaje de variación de la media autonómica. Los datos sombreados en color canela significan que están por encima de la media autonómica.

Los ajustes presupuestarios en materia sanitaria, como vimos al principio de este capítulo, comenzaron en el año 2010, alcanzando su mayor apogeo en el último periodo disponible. No obstante, no todas las regiones españolas recortaron en esta materia en la misma proporción, sino que existen grandes diferencias entre las mismas.

Si atendemos al cuadro 3.11. las primeras Comunidades que comenzaron a reducir los recursos destinados a Sanidad fueron la Comunidad Valenciana y La Rioja en el periodo 2007-2008. Un año más tarde, tan sólo La Rioja siguió recortando, aunque en menor medida que en el periodo anterior. Ya en el periodo 2009-2010 cuatro de las diecisiete Comunidades optaron por el ajuste en materia sanitaria. El siguiente periodo se caracterizó por la austeridad sanitaria, todas las regiones decidieron reducir sus recursos destinados hacia este ámbito, excepto Baleares, Madrid y Murcia. Entre los años 2011-2012 la senda de los ajustes sanitarios siguió primando entre las decisiones de las regiones, aunque se detectan que a diferencia del periodo anterior, optaron por destinar

los recursos hacia esta partida del presupuesto, concretamente, Aragón, Asturias, Baleares, Canarias, Cantabria y Madrid. Finalmente, los últimos datos disponibles reflejan el mayor ajuste presupuestario, en materia sanitaria, desde el estallido de la crisis económica en nuestro país. Todas las regiones menos Cantabria y Madrid ajustaron sus presupuestos de manera más acusada que en periodos anteriores, excepto Galicia, Cataluña, Canarias y La Rioja que recortaron más en 2010-2011, y Baleares, que se ajustó más en el periodo 2009-2010.

Si nos fijamos en la última columna del cuadro objeto de análisis, podemos ver que a lo largo de los seis años analizados, las regiones que más han ajustado el gasto sanitario desde el inicio de la crisis económica, han sido La Rioja, la Comunidad Valenciana y Extremadura. Por el contrario, las regiones que han visto más aliviadas sus restricciones presupuestarias fueron el País Vasco, Asturias y Madrid.

**Cuadro 3.11: Variación porcentual del gasto sanitario autonómico por CCAA (\*)**

	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2007-2013
ANDALUCÍA	9,56%	2,76%	0,03%	-4,18%	-0,03%	-10,13%	-0,52%
ARAGÓN	6,76%	7,59%	0,73%	-2,99%	0,48%	-12,94%	-0,30%
ASTURIAS	2,35%	14,12%	5,21%	-5,36%	0,00%	-4,27%	1,81%
BALEARES	10,18%	5,03%	-6,46%	0,00%	3,92%	-5,92%	0,95%
CANARIAS	11,36%	4,59%	-2,44%	-11,13%	2,61%	-1,14%	0,40%
CANTABRIA	3,88%	4,94%	0,58%	-8,09%	3,28%	2,58%	1,10%
CASTILLA Y LEÓN	9,00%	2,61%	3,31%	-1,62%	-0,79%	-5,31%	1,10%
CASTILLA LA MANCHA	8,99%	6,32%	2,58%	-3,93%	-5,81%	-6,28%	0,13%
CATALUÑA	5,55%	2,84%	4,62%	-6,76%	-4,68%	-6,06%	-0,88%
C.VALENCIANA	-6,37%	3,78%	1,07%	-3,58%	-0,38%	-9,63%	-2,62%
EXTREMADURA	9,60%	7,36%	-3,11%	-7,49%	-3,83%	-13,23%	-2,11%
GALICIA	6,09%	3,49%	-1,07%	-4,93%	-0,47%	-1,85%	0,15%
MADRID	6,05%	2,47%	-0,53%	0,84%	0,60%	0,00%	1,55%
MURCIA	12,77%	5,00%	6,51%	2,03%	-11,24%	-12,85%	-0,08%
NAVARRA	8,63%	2,85%	7,89%	-0,96%	-5,50%	-6,05%	0,97%
P. VASCO	12,19%	8,44%	2,20%	-3,33%	-0,36%	-4,03%	2,35%
RIOJA	-3,53%	-0,65%	2,68%	-6,43%	-2,67%	-5,88%	-2,80%
<b>TOTAL CCAA</b>	<b>6,65%</b>	<b>4,91%</b>	<b>1,40%</b>	<b>-3,99%</b>	<b>-1,46%</b>	<b>-6,06%</b>	<b>0,07%</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas. Estadísticas territoriales de las Comunidades Autónomas.

(\*) Nota: Los datos del año 2013 han sido extraídos del avance de los presupuestos definitivos. La única región que aún no los ha presentado fue Cataluña, por lo que el dato referente a la misma coincide con la media autonómica.

La reducción de recursos destinados a Sanidad es necesaria, puesto que el incremento del gasto sanitario no es sostenible. No obstante, dichos recortes y ajustes han de hacerse con cabeza, y no de una manera “uniforme y lineal” sin tener en cuenta ningún tipo de criterio<sup>20</sup>. (Asociación de Economía de la Salud, 2011).

En definitiva, se deben implantar políticas que “garanticen la sostenibilidad del sistema dejando claro, previamente, cuáles son los pilares del Sistema Nacional de Salud”, es decir, la equidad en el acceso al mismo (Urbanos, 2007). Sin embargo, “lo importante no es sólo la magnitud de la inequidad y si ésta es estadísticamente significativa, sino también si es políticamente relevante” (Doorslaer et al., 2006)

### 3.4.1. Análisis económico del gasto sanitario autonómico por CCAA

Para este análisis se seguirá la misma metodología que para el gasto sanitario autonómico total objeto de análisis en epígrafes anteriores. En dicho contexto, la principal partida a la que iban destinados los recursos sanitarios, desde una óptica económica, era la “remuneración del personal”, aunque, un análisis más detallado por regiones muestra que no todas siguen ese comportamiento.

En el *año 2007*, (cuadro 3.12) todas las regiones destinaban más del 40% de sus recursos a financiar la “remuneración del personal”, excepto Cataluña y La Rioja. En la primera de ellas, los recursos se repartieron principalmente junto a la partida de “conciertos”, y en el segundo, junto al “gasto de capital”. *Cuatro años más tarde* (cuadro 3.13), la situación sigue siendo similar, la mayor parte de los recursos los absorbe la “remuneración del personal”, seguido del “consumo intermedio” y las “transferencias corrientes”, excepto en Cataluña, de nuevo, que sigue aportando alrededor del 30% de su presupuesto a financiar los “conciertos”, y la Comunidad Valenciana, que, en el último año disponible, ha optado por reducir la partida de personal y dedicar más recursos al “consumo intermedio” y a las “transferencias corrientes”.

---

<sup>20</sup> La AES, en el documento de debate del Sistema Nacional de Salud de 2011, establece una “guía de actuación pública” en la que se especifican cuáles podrían ser esos criterios. Entre ellos están los criterios de coste-efectividad, la desinversión, la reforma de los copagos, la integración asistencial, la remuneración del personal sanitario en función de “objetivos de salud”, etc.

**Cuadro 3.12: Análisis económico del gasto sanitario autonómico por CCAA en 2007**

2007	Remuneración del personal	Consumo intermedio	Consumo de capital fijo	Conciertos	Transferencias corrientes	Gasto de capital	TOTAL
Andalucía	48,58%	20,57%	0,25%	4,63%	23,36%	2,61%	100%
Aragón	49,61%	19,91%	0,02%	3,85%	21,24%	5,37%	100%
Asturias	48,85%	18,06%	0,00%	6,66%	23,57%	2,86%	100%
Baleares	50,39%	19,93%	0,70%	4,59%	17,31%	7,08%	100%
Canarias	44,58%	21,60%	0,23%	9,65%	20,39%	3,55%	100%
Cantabria	49,20%	17,79%	0,00%	7,92%	18,46%	6,63%	100%
Castilla y León	53,41%	13,90%	0,01%	4,48%	22,36%	5,85%	100%
Castilla la Mancha	47,63%	17,69%	0,00%	5,71%	22,48%	6,49%	100%
Cataluña	30,97%	15,35%	0,38%	29,98%	20,43%	2,90%	100%
C. Valenciana	38,49%	25,59%	0,00%	5,98%	26,98%	2,97%	100%
Extremadura	47,33%	19,99%	1,29%	3,77%	21,51%	6,11%	100%
Galicia	43,56%	19,98%	0,12%	5,94%	26,19%	4,20%	100%
Madrid	49,82%	23,02%	0,00%	5,99%	18,45%	2,72%	100%
Murcia	43,96%	20,36%	1,96%	7,17%	23,28%	3,27%	100%
Navarra	49,05%	19,78%	0,00%	5,47%	20,49%	5,22%	100%
País Vasco	48,52%	19,23%	1,64%	7,11%	19,39%	4,11%	100%
La Rioja	37,21%	15,04%	1,03%	4,43%	14,21%	28,08%	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Cuenta Satélite del Gasto Sanitario Público.

**Cuadro 3.13: Análisis económico del gasto sanitario autonómico por CCAA en 2011**

2011	Remuneración del personal	Consumo intermedio	Consumo de capital fijo	Conciertos	Transferencias corrientes	Gasto de capital	TOTAL
Andalucía	50,51%	20,28%	0,29%	4,72%	23,37%	0,82%	100%
Aragón	51,22%	24,07%	1,02%	3,99%	18,20%	1,50%	100%
Asturias	45,24%	26,44%	0,00%	7,19%	20,25%	0,89%	100%
Baleares	54,07%	19,29%	0,95%	8,85%	15,14%	1,71%	100%
Canarias	48,47%	19,40%	0,01%	10,34%	20,49%	1,29%	100%
Cantabria	52,25%	20,11%	0,07%	4,50%	19,96%	3,10%	100%
Castilla y León	56,90%	14,09%	0,01%	5,06%	21,64%	2,30%	100%
Castilla la Mancha	51,88%	18,81%	0,00%	6,74%	19,69%	2,87%	100%
Cataluña	35,58%	18,74%	0,97%	24,06%	17,83%	2,82%	100%
C. Valenciana	36,63%	31,06%	0,00%	6,58%	23,43%	2,31%	100%
Extremadura	49,61%	21,03%	1,50%	4,27%	21,10%	2,49%	100%
Galicia	49,35%	18,58%	0,08%	5,62%	23,83%	2,54%	100%
Madrid	44,20%	30,69%	0,00%	8,46%	15,56%	1,09%	100%
Murcia	47,21%	22,98%	1,68%	7,17%	18,71%	2,25%	100%
Navarra	49,16%	19,65%	0,00%	7,58%	17,66%	5,96%	100%
País Vasco	50,76%	20,34%	1,73%	6,96%	16,76%	3,45%	100%
La Rioja	46,99%	24,36%	0,96%	7,32%	18,19%	2,18%	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Cuenta Satélite del Gasto Sanitario Público.

Por lo tanto, mientras todas las regiones destinan casi la mitad de sus recursos a retribuir el personal, Cataluña, a lo largo del periodo analizado, destina menos a esta partida para

financiar los conciertos, es decir, servicios externos contratados a fundaciones. A pesar de poseer un sistema de retribución basado en el cumplimiento de objetivos<sup>21</sup> para fomentar la gestión, incentivación y motivación (Argente i Giralt, 2007), la comunidad catalana tiene serios problemas para mantener su sistema.

El resto de Comunidades han dirigido paulatinamente la financiación hacia esta partida, a pesar de la falta de evidencia acerca de la eficiencia de estas formas de colaboración público-privadas (CPP). Tan sólo existen algunos estudios puntuales (Peiró y Meneu, 2012) que determinan, en el caso de la Comunidad Valenciana, que el gasto hospitalario total per cápita es un 7,5% mayor aplicando un modelo de concesión integral<sup>22</sup>, que si se gestionara de manera directa por la administración. Además, hay que tener presente que para reducir gastos, la única vía no es sólo la reducción del coste unitario por hospitalización, sino también su cuantía, por lo que cabe la posibilidad de que si los hospitales de gestión privada cubriesen a mayores estratos poblaciones, su gasto sería menor<sup>23</sup>.

Sin embargo, los resultados del estudio presentado anteriormente no son extrapolables al resto de Comunidades Autónomas, para profundizar sobre la eficiencia de los modelos de gestión privada o pública debemos acudir a la literatura internacional. En países como Reino Unido han concluido que la gestión privada no es mejor que la pública ni al contrario, tan sólo han dejado claro que “mayor competencia entre hospitales provoca una mejor calidad de la gestión” (Oliva, 2012, y Ortún, 2013). Hay autores (Sánchez y Abellán, 2013) que consideran que los gobiernos acuden a la “nueva gestión pública”, al quedar “la nueva inversión al margen del cómputo del déficit y la deuda pública a efectos del Sistema Europeo de Cuentas”. Se trataría de la “huída hacia delante” de la que habla González López-Valcárcel (2013).

---

<sup>21</sup> Basados en la calidad, innovación, organización, y reducción de costes. Además, se trata de objetivos encaminados hacia la asistencia, docencia e investigación.

<sup>22</sup> Se basa en que el ente privado no sólo asume la gestión de los servicios no asistenciales, sino también de los que sí lo son. Aquí estaría el conocido “Modelo Alzira” desarrollado en la Comunidad Valenciana. (Sánchez y Abellán, 2013)

<sup>23</sup> Sin embargo, esto no es suficiente para superar a los hospitales de gestión directa en cuanto a gasto hospitalario. En este sentido, la mayor o menor eficiencia de un modelo de gestión u otro no sólo tiene en cuenta los costes, sino también la calidad de la atención recibida por los ciudadanos.

Uno de los principales problemas de esta “huída” es que las entidades privadas españolas que toman las riendas de los hospitales persiguen un fin lucrativo, y no una eficiencia social, que en Sanidad es lo que realmente importa. Tras las aparentes ventajas que un CPP pueda suscitar (la inversión inicial la realiza la empresa, se transfiere el riesgo a ésta, y se trata de un “pago per cápita” o “cantidades fijas anuales” que estimulan el ahorro) aparecen serios problemas, entre los que están: (Lobo, 2013)

1. La selección de riesgos por parte de la empresa privada.
2. No tratar a determinados pacientes, ya que si se les traslada a otro hospital, el hospital privado deberá asumir el 100% del coste.
3. La larga duración de estos contratos, que suele ser de 30 años prorrogables incluso hasta los 50 años.
4. La inclusión de cláusulas desorbitadas como la fórmula de actualización anual de la prima capítativa, que por ejemplo, en el caso del hospital madrileño de Valdemoro es del IPC más dos puntos.

Del segundo problema mencionado anteriormente, Reino Unido tiene la trágica experiencia de los sucesos acontecidos en el hospital de Stafford (Inglaterra) en el periodo 2005-2009. En dicho periodo, era un hospital privado gestionado por “The Mid Staffordshire General Hospital NHS Trust” con el ‘status’ de ‘foundation trust’ (FT). El National Health Service (NHS) británico no comenzó a investigar su funcionamiento hasta que, gracias al gran número de quejas recibidas, por parte de los pacientes, y el personal del hospital, los niveles de mortalidad empezaron a aumentar.

Dicha investigación constató la muerte de casi 1.200 personas debido a la falta de estándares clínicos adecuados, y la búsqueda de fines lucrativos por parte del proveedor privado. “La gestión durante el período de revisión fue dominada por presiones financieras y de logro del status de FT, en detrimento de la calidad de la atención”. (Francis, R., 2013). El líder de la Cámara de Comunes (Lansley, A. H., 2005), entre otros (Johnson y Burnham, 2009), anunció que “no fue sólo un fallo del trust, sino también un fallo nacional en su sistema de regulación y supervisión, quién debió asegurar la calidad y seguridad en el cuidado del paciente”

Frente a todos estos sucesos, el abogado Robert Francis redactó un primer informe en el que recopiló los testimonios de pacientes y personal del hospital, y concluyó que “el paciente debería ser lo que cuenta, y no los números” (Francis, 2010). Un segundo informe, publicado en Febrero de 2013, determinó una falta de responsabilidad y compromiso colectivo, y la exposición de 290 recomendaciones para la sanidad británica. Éstas se centraron en varios aspectos (Francis, 2013):

- Poner al paciente primero.
- Determinar estándares fundamentales de comportamiento.
- Establecer una cultura común real en todo el sistema.
- Responsabilidad y efectividad en los estándares de salud y su puesta en marcha.
- Responsabilidad y efectividad en los sistemas de gobierno en materia sanitaria.
- Mejorar el papel de las agencias de apoyo (NHS Litigation Authority, National Patient Safety Agency, y Health Protection Agency)
- Gestión efectiva de las quejas.
- Gestión del rendimiento y visión estratégica.
- Educación y práctica médica.
- Apertura, transparencia y franqueza.
- Liderazgo y aptitud en la práctica.
- Información.
- Etc.

En definitiva, dada la experiencia internacional y algunos tímidos estudios a nivel nacional, se puede concluir que la gestión privada no es más eficiente que la pública ni al revés, pero sí que es cierto que no persigue un fin social, lo que puede deteriorar nuestro sistema sanitario, llegando incluso a la situación acontecida en Inglaterra.

### 3.4.2. Análisis funcional del gasto sanitario autonómico por CCAA

Para abordar este análisis hemos utilizado los datos que ofrece la Cuenta Satélite del Gasto Sanitario Público, pues es el único documento del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad que desglosa el gasto sanitario funcional por Comunidades Autónomas.

El comportamiento por regiones es similar al total autonómico, dado que la mayor parte del gasto sanitario va destinado a los servicios hospitalarios y especializados en todas las Comunidades Autónomas en 2007 y 2011 (cuadros 3.14 y 3.15), seguido por el gasto en farmacia y por los servicios primarios de salud.

**Cuadro 3.14: Distribución funcional del gasto sanitario por CCAA en 2007 (\*)**

2007	Servicios hospitalarios y especializados	Servicios primarios de salud	Servicios de salud pública	Servicios colectivos de salud	Farmacia	Traslado, prótesis y aparatos terapéuticos	Gasto de capital.	TOTAL
Andalucía	54,30%	18,05%	0,63%	1,34%	21,33%	1,86%	2,49%	100%
Aragón	54,82%	13,50%	1,69%	2,49%	20,77%	1,40%	5,33%	100%
Asturias	57,16%	13,11%	1,35%	2,16%	22,31%	1,06%	2,86%	100%
Baleares	58,58%	12,28%	0,86%	2,48%	16,73%	2,01%	7,07%	100%
Canarias	58,40%	12,81%	1,14%	2,43%	19,39%	2,53%	3,30%	100%
Cantabria	53,77%	13,05%	5,60%	2,06%	17,73%	1,15%	6,63%	100%
Castilla y León	48,63%	16,93%	2,56%	2,32%	21,78%	2,03%	5,75%	100%
Castilla la Mancha	50,31%	15,14%	1,99%	2,89%	21,19%	2,16%	6,31%	100%
Cataluña	56,38%	15,44%	0,49%	2,44%	19,85%	2,55%	2,85%	100%
C. Valenciana	52,40%	12,89%	1,64%	2,88%	25,66%	1,79%	2,73%	100%
Extremadura	49,56%	16,14%	2,76%	3,30%	20,29%	1,99%	5,95%	100%
Galicia	55,50%	11,85%	0,76%	1,40%	25,38%	0,88%	4,22%	100%
Madrid	62,49%	12,84%	1,78%	1,81%	17,45%	0,90%	2,73%	100%
Murcia	57,68%	10,58%	1,47%	3,32%	21,86%	1,81%	3,27%	100%
Navarra	56,73%	14,34%	1,94%	1,98%	18,41%	1,48%	5,13%	100%
País Vasco	56,38%	14,83%	0,77%	3,57%	18,68%	1,69%	4,09%	100%
La Rioja	43,54%	10,46%	1,27%	1,64%	13,86%	1,34%	27,90%	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

(\*) Nota: Las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla no aparecen en el gráfico al no contar con datos suficientes sobre todas las funciones de gasto

**Cuadro 3.15: Distribución funcional del gasto sanitario por Comunidades Autónomas en 2011 (\*)**

2011	Servicios hospitalarios y especializados	Servicios primarios de salud	Servicios de salud pública	Servicios colectivos de salud	Farmacia	Traslado, prótesis y aparatos terapéuticos	Gasto de capital.	TOTAL
Andalucía	57,33%	17,20%	0,26%	1,20%	21,22%	2,04%	0,75%	100%
Aragón	58,66%	14,99%	1,36%	4,34%	17,84%	1,34%	1,46%	100%
Asturias	61,82%	12,99%	0,96%	3,29%	19,02%	1,02%	0,89%	100%
Baleares	62,87%	14,64%	0,76%	3,18%	14,41%	2,42%	1,71%	100%
Canarias	60,30%	13,64%	0,97%	2,15%	19,08%	2,66%	1,21%	100%
Cantabria	56,36%	14,64%	2,51%	2,39%	19,55%	1,45%	3,10%	100%
Castilla y León	52,28%	17,52%	2,47%	2,01%	21,19%	2,36%	2,17%	100%
Castilla la Mancha	54,76%	16,19%	1,63%	2,57%	18,69%	3,30%	2,86%	100%
Cataluña	59,71%	13,57%	0,68%	3,30%	17,18%	2,81%	2,74%	100%
C. Valenciana	56,89%	12,91%	1,39%	1,61%	22,82%	2,13%	2,23%	100%
Extremadura	53,44%	16,54%	2,23%	2,98%	20,10%	2,32%	2,38%	100%
Galicia	58,06%	13,47%	0,86%	1,22%	23,04%	0,81%	2,54%	100%
Madrid	69,83%	10,90%	0,87%	1,62%	14,83%	0,84%	1,10%	100%
Murcia	60,22%	12,81%	1,33%	3,72%	18,24%	1,49%	2,20%	100%
Navarra	59,25%	13,96%	1,76%	1,93%	15,77%	1,48%	5,85%	100%
País Vasco	59,21%	15,01%	0,68%	3,57%	16,18%	1,91%	3,44%	100%
La Rioja	61,31%	12,65%	1,91%	2,41%	17,83%	1,83%	2,06%	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

(\*) Nota: Las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla no aparecen en el gráfico al no contar con datos suficientes sobre todas las funciones de gasto

Sin embargo, ¿qué Comunidades contribuyen más o menos a cada partida del gasto sanitario? Tal y como se ha comentado en páginas anteriores, todas destinan más de la mitad de sus recursos sanitarios hacia los servicios hospitalarios y especializados, aunque no en la misma cuantía.

Si calculamos el porcentaje de contribución de cada Comunidad Autónoma a cada una de las funciones, vemos que existen grandes diferencias (cuadro 3.16).

- ▲ **Servicios hospitalarios y especializados:** Cataluña encabeza el ranking con un 16,69% en 2007, que aunque redujo ligeramente su aportación, cuatro años más tarde, sigue siendo la que lidera dicho ranking. La región catalana está seguida muy de cerca por Andalucía, con una aportación del 15,90%, aunque, en 2011, pasa a situarse en tercer lugar con un 14,62%, después de Madrid. Luego estaría la Comunidad Valenciana con un 9,67%, incrementándose en un 10,32% en el

último año disponible, y a partir de ahí, se situarían el resto de Comunidades que contribuyen, en menos de un 10%, al total del gasto en servicios hospitalarios y especializados en los dos años analizados.

- ▲ ***Servicios primarios de salud:*** Andalucía, Cataluña y Madrid por ese orden son las que más gastan, y las que menos, La Rioja, Cantabria y Navarra que no superan el 2% de contribución en los dos años de estudio. Aunque la región de Baleares en 2007 tampoco supera dicho porcentaje, en 2011 ya lo hace ligeramente.
- ▲ ***Servicios de salud pública:*** son Madrid, la Comunidad Valenciana, y Castilla y León, en ese orden, las que más contribuyen en 2007. Sin embargo, la Comunidad Valenciana y Castilla y León, en 2011, superan a Madrid en más de un punto porcentual. El resto de Comunidades no superan el 10% de contribución, en esta partida, en los dos años de análisis. La única excepción la marca Cataluña en el año 2011 superando levemente dicho porcentaje.
- ▲ ***Servicios colectivos de salud:*** destaca la fuerte contribución de la comunidad catalana<sup>24</sup>, sobre todo en los últimos datos disponibles, 2011, al superar los dos dígitos en los dos años de estudio, y Valencia en 2007, con un 13% de contribución, aunque, en 2011, su contribución es menor que regiones como Madrid, País Vasco o Andalucía.
- ▲ ***Farmacia:*** Andalucía, Cataluña y Valencia lideran los primeros puestos, seguidas muy cerca por Madrid, tanto en 2007 como en 2011. El resto de Comunidades no llegan al 10%, sobre el total del gasto en farmacia. Sin embargo, la mayoría de las Comunidades contribuyen, en mayor medida, en el año 2011 que en el primer año objeto de análisis. Esto puede deberse a la disminución en la contribución de otras partidas como los “servicios colectivos de salud” y los “servicios primarios de salud”.

---

<sup>24</sup> En su último Plan de Salud incorpora la innovación como foco principal para contener el gasto sanitario y conseguir su sostenibilidad. De hecho, ha creado el XISCAT, la primera red de centros hospitalarios, socio y medicosanitarios a nivel regional que refuerza la cobertura sanitaria de la región catalana, y las relaciones a nivel nacional e internacional. Además, fomenta la R+D+i, la protección y la transferencia de los resultados derivados.

- ▲ **Traslado, prótesis y aparatos terapéuticos:** Cataluña encabeza el gasto en esta partida con más de un 20% de contribución respecto del total. A continuación estarían Andalucía y la Comunidad Valenciana, y ya el resto por debajo del 9%. A pesar de la baja participación de esta partida en la mayoría de las regiones, en el último año para el que existe información disponible, 2011, ésta ha disminuido. La razón de este hecho puede deberse a la antítesis de la anterior partida analizada, es decir, al mayor incremento de otras partidas.
  
- ▲ **Gastos de capital:** una vez más resalta la fuerte contribución catalana<sup>25</sup>, incrementándose en el plazo de cuatro años en más de un 10% su contribución. Luego se encontrarían la Comunidad Valenciana en 2011 y Andalucía en 2007, al superar el 10% de contribución, el resto de regiones se encuentra por debajo de dicha cifra en los dos periodos objeto de estudio.

---

<sup>25</sup> El aumento contributivo de Cataluña en esta partida puede deberse a la aprobación, en 2005, del Plan Horizonte 2012 por el que se inició un ambicioso plan de inversiones de más de 3.300 millones de euros en equipamientos sanitarios hasta el año 2012. Un ejemplo reciente lo podemos encontrar en la provincia de Lleida, que en el año 2012 invirtió más de 10 millones en la construcción de hospitales y consultorios médicos. (Europapress, 2012)

**Cuadro 3.16: Contribución de las distintas Comunidades Autónomas por funciones sanitarias**

	Servicios hospitalarios y especializados		Servicios primarios de salud		Servicios de salud pública		Servicios colectivos de salud		Farmacia		Traslado, prótesis y aparatos terapéuticos		Gasto de capital	
	2007	2011	2007	2011	2007	2011	2007	2011	2007	2011	2007	2011	2007	2011
<b>ANDALUCÍA</b>	15,90%	14,62%	20,15%	18,36%	7,84%	3,76%	9,60%	7,87%	16,63%	17,07%	16,99%	15,75%	10,41%	5,70%
<b>ARAGÓN</b>	3,15%	3,25%	2,95%	3,47%	4,10%	4,36%	3,49%	6,19%	3,18%	3,12%	2,51%	2,25%	4,36%	2,41%
<b>ASTURIAS</b>	2,69%	2,87%	2,35%	2,53%	2,69%	2,58%	2,48%	3,94%	2,79%	2,79%	1,55%	1,44%	1,92%	1,23%
<b>BALEARES</b>	2,34%	2,16%	1,87%	2,11%	1,45%	1,51%	2,42%	2,82%	1,78%	1,56%	2,50%	2,52%	4,03%	1,75%
<b>CANARIAS</b>	4,84%	4,45%	4,05%	4,21%	4,00%	4,15%	4,92%	4,08%	4,28%	4,44%	6,54%	5,92%	3,90%	2,66%
<b>CANTABRIA</b>	1,47%	1,17%	1,36%	1,27%	6,45%	3,00%	1,37%	1,28%	1,29%	1,28%	0,98%	0,91%	2,58%	1,91%
<b>CASTILLA Y LEÓN</b>	4,93%	4,70%	6,55%	6,60%	10,99%	12,84%	5,77%	4,67%	5,88%	6,01%	6,42%	6,43%	8,33%	5,80%
<b>CASTILLA LA MANCHA</b>	4,20%	4,53%	4,82%	5,61%	7,04%	7,81%	5,91%	5,48%	4,72%	4,88%	5,63%	8,26%	7,52%	7,06%
<b>CATALUÑA</b>	16,69%	16,32%	17,42%	15,52%	6,14%	10,74%	17,67%	23,23%	15,65%	14,81%	23,52%	23,26%	12,04%	22,30%
<b>COMUNIDAD VALENCIANA</b>	9,67%	10,32%	9,07%	9,81%	12,81%	14,54%	13,00%	7,55%	12,61%	13,06%	10,31%	11,71%	7,19%	12,05%
<b>EXTREMADURA</b>	2,50%	2,44%	3,10%	3,17%	5,88%	5,89%	4,07%	3,51%	2,72%	2,90%	3,13%	3,21%	4,28%	3,24%
<b>GALICIA</b>	6,33%	5,57%	5,15%	5,41%	3,65%	4,79%	3,91%	3,02%	7,71%	6,98%	3,11%	2,34%	6,87%	7,25%
<b>MADRID</b>	13,98%	15,87%	10,95%	10,38%	16,87%	11,46%	9,91%	9,52%	10,40%	10,63%	6,27%	5,79%	8,73%	7,40%
<b>MURCIA</b>	3,34%	3,68%	2,34%	3,28%	3,61%	4,70%	4,71%	5,86%	3,38%	3,52%	3,28%	2,76%	2,71%	3,99%
<b>NAVARRA</b>	1,55%	1,58%	1,49%	1,56%	2,24%	2,70%	1,32%	1,33%	1,34%	1,33%	1,26%	1,19%	2,00%	4,64%
<b>PAÍS VASCO</b>	5,62%	5,70%	5,64%	6,05%	3,26%	3,79%	8,71%	8,86%	4,96%	4,92%	5,25%	5,56%	5,83%	9,85%
<b>LA RIOJA</b>	0,80%	0,76%	0,73%	0,66%	0,99%	1,37%	0,74%	0,77%	0,68%	0,70%	0,77%	0,69%	7,31%	0,76%
<b>TOTAL CCAA</b>	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Sin embargo, como hemos visto en epígrafes anteriores, cuando se trata con datos per cápita el análisis de la información pertinente no conduce a los mismos resultados (cuadro 3.17).

- Las regiones que más gastan en “servicios hospitalarios y especializados” son País Vasco, La Rioja y Navarra, sobre todo en el último año objeto de análisis, 2011. Aunque precisamente en ese año, Asturias es la región que más gasta en esta partida, al acercarse a los 1.000 euros por persona protegida. Por el contrario, las regiones que menos gastan por persona en esta partida son Castilla y León y Andalucía.

- En cuanto a los “servicios primarios de salud” el gasto efectuado por persona protegida no llega a los 200 euros excepto en las regiones de Castilla y León, Extremadura y País Vasco que los superan en el periodo temporal estudiado, y Aragón, Asturias y Navarra en el último año para el que existe información disponible.
- Los “servicios de salud pública” no superan en ningún caso los 30 euros por habitante, excepto en Castilla y León, e incluso en algunas regiones (Andalucía y Cataluña) no alcanzan los 10 euros.
- Los “servicios colectivos de salud” no son una de las partidas de mayor atracción de recursos, aunque absorben más que la anterior partida. En términos per cápita, las regiones que más recursos destinan hacia este tipo de servicios son País Vasco, Murcia y Extremadura, al superar los 40 euros por habitante. Las Comunidades que menos destinan son Andalucía y Galicia, que en ninguno de los años analizados alcanzan los 20 euros.
- En cuanto a “farmacia” todas las regiones están cercanas a los 300 euros por habitante, aunque en algunos casos se supera ligeramente dicha cifra (Asturias en 2011, Extremadura en 2011 y Galicia en 2007). Sin embargo, existen otras regiones que no llegan a los 200 euros como son Baleares y la comunidad de Madrid.
- Referente al “traslado, prótesis y aparatos terapéuticos” la mayoría de las Comunidades destina menos de 30 euros por persona protegida exceptuando las regiones de Canarias y Cataluña en ambos años objeto de análisis, y Castilla y León, Castilla la Mancha, Extremadura y País Vasco en 2011.
- Finalmente, los recursos destinados a “gasto de capital” siguen un comportamiento más anómalo entre regiones. La Rioja presenta un comportamiento bastante “radical” al haber destinado en 2007 más de 500 euros por persona hacia esta partida para cuatro años después, no llegar ni a los 30 euros. El resto de regiones han reducido en el transcurso de cuatro años, en más de la mitad los recursos, exceptuando las Comunidades de Cataluña, Valencia,

Murcia y País Vasco, que igualmente recortaron en esta partida, pero no de manera tan acusada como en el resto de regiones.

**Cuadro 3.17: Gasto sanitario funcional por persona protegida**

	Servicios hospitalarios y especializados		Servicios primarios de salud		Servicios de salud pública		Servicios colectivos de salud		Farmacia		Traslado, prótesis y aparatos terapéuticos		Gasto de capital.	
	2007	2011	2007	2011	2007	2011	2007	2011	2007	2011	2007	2011	2007	2011
<b>Andalucía</b>	597,40	642,57	198,63	192,82	6,97	2,86	14,74	13,42	234,63	237,87	20,47	22,89	27,42	8,42
<b>Aragón</b>	735,18	893,60	181,01	228,28	22,65	20,77	33,34	66,06	278,58	271,78	18,79	20,44	71,42	22,31
<b>Asturias</b>	756,83	983,64	173,59	206,71	17,91	15,32	28,55	52,35	295,40	302,61	13,98	16,28	37,86	14,13
<b>Baleares</b>	687,41	719,19	144,14	167,52	10,06	8,69	29,11	36,35	196,37	164,88	23,53	27,70	82,93	19,57
<b>Canarias</b>	723,27	774,38	158,64	175,11	14,13	12,51	30,04	27,55	240,10	244,99	31,37	34,10	40,90	15,56
<b>Cantabria</b>	774,62	728,93	188,05	189,30	80,71	32,45	29,68	30,93	255,45	252,83	16,58	18,75	95,53	40,10
<b>Castilla y León</b>	591,00	680,85	205,78	228,18	31,13	32,20	28,25	26,23	264,66	275,90	24,65	30,75	69,92	28,20
<b>Castilla la Mancha</b>	643,75	793,95	193,78	234,74	25,50	23,69	37,01	37,20	271,16	270,95	27,64	47,82	80,76	41,54
<b>Cataluña</b>	701,17	801,51	191,95	182,14	6,10	9,14	30,33	44,25	246,88	230,65	31,68	37,77	35,45	36,82
<b>Comunidad Valenciana</b>	599,63	746,85	147,53	169,50	18,78	18,22	32,94	21,19	293,64	299,58	20,51	28,02	31,22	29,32
<b>Extremadura</b>	694,02	815,55	225,99	252,43	38,63	34,07	46,18	45,44	284,18	306,71	27,92	35,45	83,34	36,31
<b>Galicia</b>	691,20	738,58	147,63	171,34	9,44	10,99	17,46	15,52	316,09	293,12	10,90	10,27	52,57	32,31
<b>Madrid</b>	696,38	905,85	143,06	141,42	19,88	11,33	20,17	21,06	194,48	192,35	10,01	10,92	30,45	14,21
<b>Murcia</b>	727,39	927,98	133,37	197,43	18,56	20,51	41,90	57,29	275,72	281,06	22,85	22,99	41,26	33,83
<b>Navarra</b>	774,03	911,34	195,73	214,66	26,43	27,02	27,07	29,72	251,16	242,55	20,13	22,79	69,94	89,98
<b>País Vasco</b>	795,35	966,61	209,23	245,09	10,90	11,12	50,31	58,24	263,48	264,10	23,81	31,14	57,72	56,11
<b>La Rioja</b>	784,03	875,57	188,32	180,73	22,93	27,28	29,45	34,37	249,50	254,58	24,14	26,20	502,37	29,44

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, y el Padrón Municipal del INE.

### 3.5. Causas principales de la insostenibilidad y aumento del gasto sanitario

Existe una amplia literatura que ha identificado las causas del crecimiento del gasto sanitario, mostrando la evidencia empírica disponible para los países de la OCDE que el gasto en salud crece en la medida que los países se desarrollan y se preocupan por mejorar su bienestar, aunque diversos factores contribuyen al crecimiento continuo del gasto sanitario. Entre otros, se pueden citar los siguientes (Peiró, M y Barrubés, J, 2012):

- **La evolución de la tecnología médica.** Para algunos autores la tecnología podría explicar un 33-50% del incremento del gasto sanitario.

- ***El incremento continuo de la demanda y la utilización de servicios.*** Una mayor utilización de los servicios sanitarios incide directamente en un mayor gasto sanitario. España es uno de los países en que los ciudadanos acuden al médico con mayor frecuencia, una media de 7,5 visitas al médico por habitante y año, mientras que en Suecia la frecuencia de visitas es de 2,9 veces al año.
  1. *Envejecimiento de la población.* Se considera el factor más importante en todos los países desarrollados y para algunos puede explicar en torno al 20% del incremento del gasto sanitario. En España se prevé que en 2049 el 31,9% de la población será mayor de 65 años (en 2009 era el 16,8% de la población) y el 11,8% mayor de 80 (en 2009 era el 4,9%)
  2. *Incremento de enfermedades crónicas.* Según la Organización Mundial de la Salud el 60% de todas las muertes se deben a enfermedades crónicas. El modelo asistencial actual está centrado en la atención de enfermedades agudas, pero diversas recomendaciones aconsejan orientarlo también a la atención de enfermedades crónicas. Los modelos de atención a pacientes crónicos fundamentan su evolución en que los pacientes tienen más responsabilidad y capacidad de decisión en el manejo de sus enfermedades.
  3. *Hábitos de vida poco saludables.* Factores de riesgo como la obesidad, el sedentarismo y el tabaquismo contribuyen a un mayor uso de los servicios sanitarios. España se sitúa entre los países europeos con un mayor porcentaje de obesos entre su población y diversos estudios evidencian el mayor gasto sanitario generado por los adultos obesos.
  4. *Mayores expectativas de la población.* Razones como el incremento relativo del concepto de calidad de vida y una menor tolerancia a la enfermedad influyen en dichas expectativas.
- ***La evolución de los precios sanitarios por encima de la inflación general.*** Como principales elementos se incluyen el precio de nuevos fármacos, material sanitario así como las retribuciones de los profesionales sanitarios. En el periodo de crecimiento económico se ha producido un proceso de actualización de las retribuciones a los profesionales que, conjuntamente con la escasez de

profesionales sanitarios en algunas especialidades, ha supuesto un incremento por encima del IPC.

- ***Poca eficiencia del modelo de atención sanitaria.*** La literatura identifica algunas bolsas de ineficiencia, al respecto: a) escasa integración entre niveles asistenciales, lo que implica costes crecientes de administración y coordinación del sistema, b) baja productividad de los profesionales del sector sanitario, c) el cumplimiento de algunos trámites administrativos (renovaciones de recetas, cumplimentación de bajas laborales, certificaciones, etc...) y, por último, d) rigidez y burocratización del sistema sanitario con una gobernanza no profesionalizada.

A continuación vamos a profundizar en algunos de los factores que, en nuestra opinión, son más relevantes.

### **3.5.1. Factores demográficos**

Existen diversos factores de índole demográfica que contribuyen al alza en el gasto en Sanidad. Estos factores son el envejecimiento poblacional, la mayor esperanza de vida al nacer y a partir de los 65 años de edad, las bajas tasas de natalidad y el fenómeno de la inmigración. Algunos estudios (Anh, Mesenguer, y San Miguel, 2003) muestran que el estado de salud se correlaciona negativamente con la edad, aunque este factor no es el único, existen otras variables como el nivel educativo<sup>26</sup>, el nivel de renta familiar y la situación laboral del individuo que también influyen en dicho estado.

En este epígrafe nos centraremos en la estructura poblacional española, por lo tanto, cabe preguntarse en qué medida envejece. Las últimas proyecciones indican que desde el 2018 habrá más defunciones que nacimientos, lo que hará que en 40 años España pierda un 10% de su población actual, y que en 2052 el 37% de la población será mayor de 65 años (INE, 2012)

---

<sup>26</sup> La educación ayuda a que los individuos sean más conscientes de los riesgos que tienen determinados comportamientos, lo que les lleva a evitarlos. Además, son más capaces de comprender los procesos de las enfermedades y cómo curarlas. (Grossman, 1972 y 1982)

Estas estimaciones se basan en las tendencias que sigue actualmente nuestra población:

- ▲ **Las mujeres tienen menos hijos y más tarde:** aunque las proyecciones indican que el número medio de hijos va a incrementarse hasta llegar a 1,56 hijos por mujer, la edad a la maternidad va a incrementarse, lo que afecta a las tasas de fecundidad, es decir, a medida que una mujer es más mayor, es menos fértil. (cuadro 3.18)

**Cuadro 3.18: Proyección número de hijos por mujer y edad media a la maternidad**

Número medio de hijos por mujer	Edad media a la maternidad
1,24	30,76
1,36	31,43
1,47	31,3
1,51	31,4
1,53	31,47
1,56	31,52

Fuente: Adaptado del Instituto Nacional de Estadística, 2012

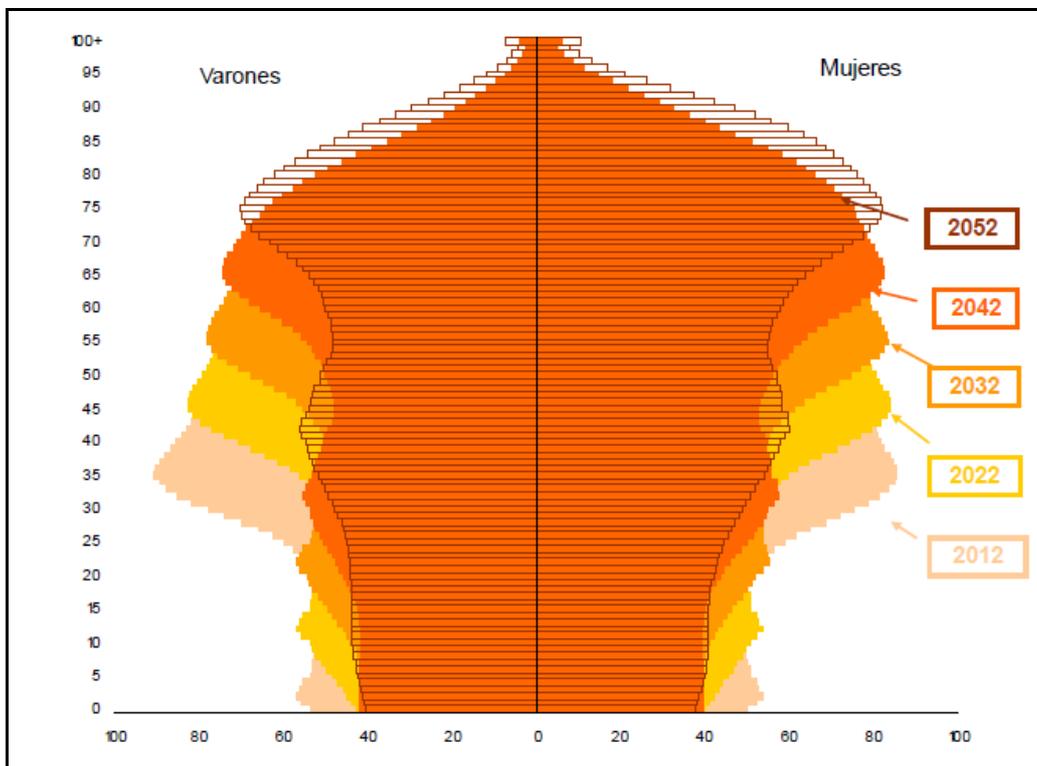
- ▲ **La esperanza de vida al nacer y a partir de los 65 años se ha visto incrementada,** además las estimaciones realizadas indican que continuará aumentándose (INE, 2012). En el cuadro 3.19. se refleja el paso de una esperanza de vida al nacer de 79,08 años entre los hombres y 84,92 años entre las mujeres en 2011, a 86,88 y 90,75 años respectivamente en 2051, lo que implica un incremento del más del 23% entre los hombres y más de un 16% entre las mujeres. Lo mismo sucede con la esperanza de vida a los 65 años, desde 2011 hasta 2051 ésta se incrementará en más de un 66% entre los varones y más de un 49% entre las mujeres. La pirámide de población iría adquiriendo una forma de “cono invertido”, caracterizada por tener una base muy estrecha (población de 0 a 40 años aproximadamente) y una apertura muy ancha (de los 45 años en adelante). (Gráfico 3.7)

**Cuadro 3.19: Proyecciones esperanza de vida al nacimiento y a los 65**

Año	Esperanza de vida al nacimiento		Esperanza de vida a los 65 años	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
2001	76,3	83,07	16,85	20,85
2011	79,08	84,92	18,42	22,36
2021	81,21	86,54	19,83	23,65
2031	83,3	88,1	21,3	24,98
2041	85,18	89,5	22,71	26,18
2051	86,88	90,75	24,03	27,28

Fuente: Adaptado del Instituto Nacional de Estadística, 2012

**Gráfico 3.7: Proyecciones de la pirámide de población**



Fuente: Instituto Nacional de Estadística, 2012

- ▲ **La inmigración**<sup>27</sup> contribuye a que los dos hechos anteriores se intensifiquen. Las tasas de natalidad son más altas gracias a la madre extranjera, que tiene más hijos y más joven (cuadro 3.20) y el envejecimiento poblacional será aún mayor

<sup>27</sup> Actualmente, el “boom del inmigrante” en España se ha acabado. Dado el contexto de crisis en el que se enmarca nuestro país, muchos inmigrantes se encuentran en situación de desempleo y deciden volver a sus respectivos países. En el año 2012, se redujo en un 2,3% el número de extranjeros en España y las previsiones no son muy favorables en este sentido (INE, 2013). Además, cuando acabe la crisis económica, será necesaria otra remesa masiva de inmigrantes debido, principalmente, al envejecimiento inminente de nuestra población. (Expansión, 2013)

debido a que los extranjeros que vinieron en edad activa para trabajar, pasarán a jubilarse (gráfico 3.8).

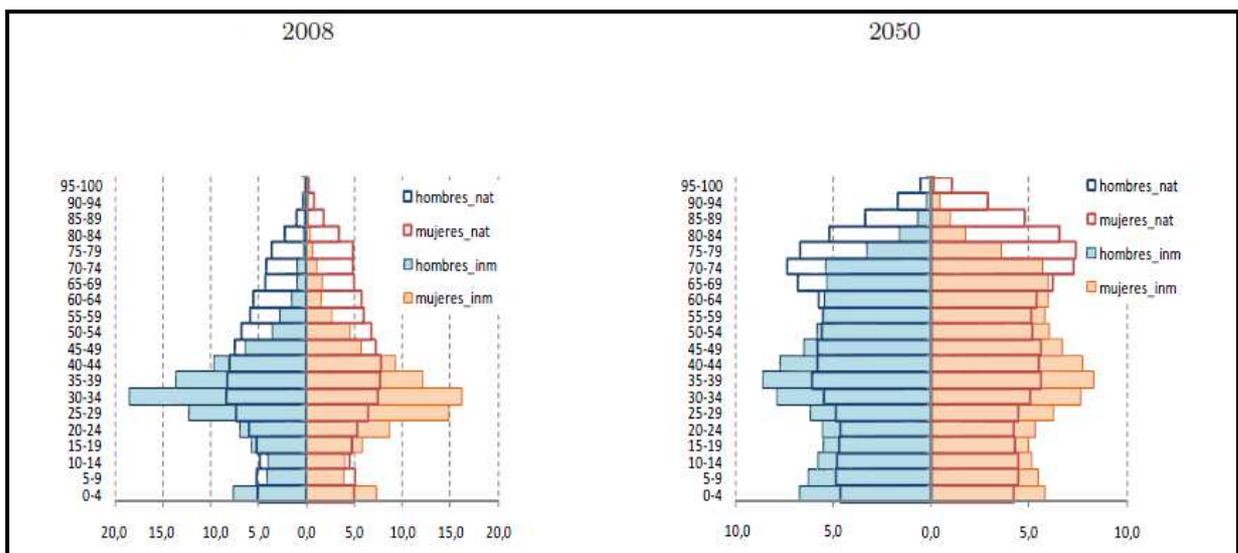
- ▲ **El saldo migratorio:** en los próximos diez años España perderá 2,6 millones de habitantes, y en unos 40 años 18 millones. (INE, 2012) La pérdida poblacional viene motivada por la migración de población joven-adulta en edad de trabajar hacia otros países, lo que supone un saldo migratorio negativo, haciendo que tan solo permanezca la población envejecida (cuadro 3.21).

**Cuadro 3.20: Número de hijos por mujer española y extranjera**

Año	Española	Extranjera	Total
2002	1,21	1,86	1,25
2003	1,25	1,77	1,3
2004	1,27	1,75	1,32
2005	1,28	1,66	1,33
2006	1,31	1,69	1,36
2007	1,31	1,72	1,38
2008	1,36	1,83	1,44
2009	1,31	1,68	1,38
2010	1,3	1,68	1,37
2011	1,29	1,58	1,34
2012	1,28	1,54	1,32

Fuente: Adaptado del Instituto Nacional de Estadística, 2012

**Gráfico 3.8: Pirámide de población teniendo en cuenta la inmigración**



Fuente: Conde-Ruiz, J. y González, C., 2012

**Cuadro 3.21: Proyecciones del saldo migratorio en España**

Año	Inmigrantes	Emigrantes	Saldo Migratorio
2012-2021	3.877.094	5.182.400	-1.305.305
2022-2031	4.093.229	4.591.898	-498.669
2032-2041	4.282.937	4.273.853	9.084
2042-2051	4.444.088	3.996.549	447.539

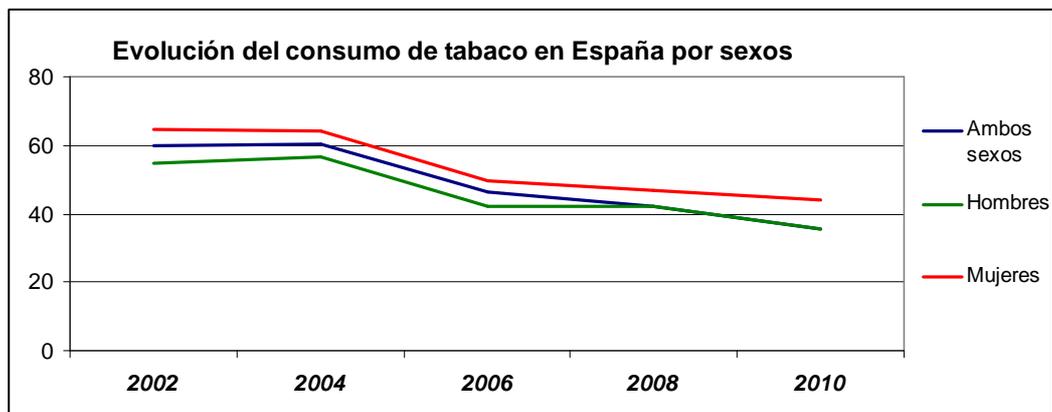
Fuente: Adaptado del Instituto Nacional de Estadística, 2012

### 3.5.2. Factores sociales

El comportamiento social poco saludable (consumo de tabaco, drogas, alcohol, falta de ejercicio, obesidad<sup>28</sup>, etc.) así como las condiciones en las que se desarrolla la vida (existencia de barrios marginales) afectan también al incremento del gasto en sanidad.

Aunque en los últimos años el consumo de drogas como el tabaco ha disminuido, aún sigue existiendo un alto porcentaje de población que sigue teniendo este hábito (gráfico 3.9).

**Gráfico 3.9: Evolución del consumo de tabaco en España 2002-2010 (\*)**



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INE

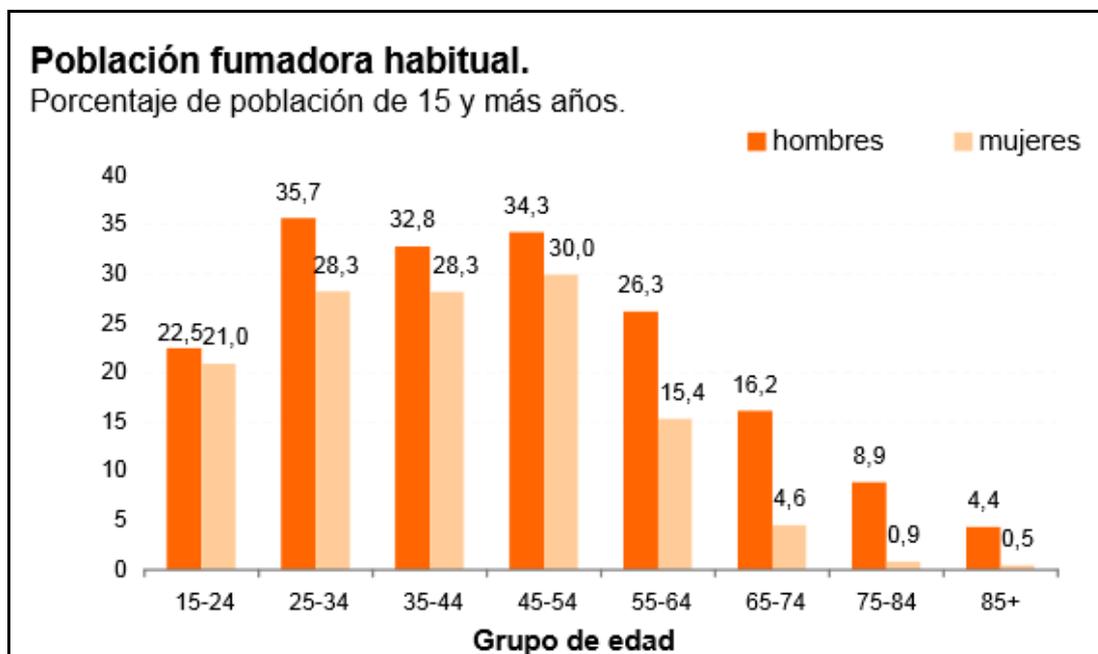
(\*) Nota: Los datos están en términos porcentuales.

Además, los últimos datos disponibles reflejan que el consumo de tabaco ha disminuido en todos los grupos de edad (gráfico 3.10). El consumo de alcohol y otro

<sup>28</sup> Afecta a más del 17% de la población mayor de 18 años en 2012. Este porcentaje ha incrementado mucho desde el año 1987, cuyo valor estaba en el 7,4%. (INE, 2013)

tipo de drogas<sup>29</sup> también se han visto reducidos en el periodo 2002-2010 tal como se aprecia en el cuadro 3.22. Sin embargo, sigue siendo de consumo muy habitual el caso del alcohol, que en 2010 alcanzaba el 75,1% de la población total (INE, 2012)

**Gráfico 3.10: Población fumadora habitual en el periodo 2011-2012**



Fuente: INE, 2013

**Cuadro 3.22: Evolución del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas (\*)**

2002-2010	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
<b>Tabaco</b>	-33,34%	-34,69%	-32,20%
<b>Alcohol</b>	-1,95%	-1,31%	-2,58%
<b>Otras drogas</b>	-17,94%	-18,97%	-17,16%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INE

(\*) Nota: en la sección “otras drogas” se incluyen los hipnosedantes, cannabis, éxtasis, alucinógenos, anfetaminas, cocaína, heroína e inhalables volátiles.

En cuanto a las condiciones de vida, los últimos datos reflejan que el riesgo de pobreza en el año 2012 ha sido de un 18,4 % (INE, 2013) Sin embargo, si se analiza por edades,

<sup>29</sup> Como la cocaína, el éxtasis, los alucinógenos o el cannabis.

la población de más de 65 años es la que menos riesgo de pobreza presenta, mientras que los menores de 16 años son los que más riesgo tienen, concretamente, uno de cada cuatro está en riesgo de pobreza (cuadro 3.23). Este hecho influye directamente en el estado de salud de los individuos, ya que al desarrollar su vida en zonas marginales, se generan desventajas tales como un alto nivel de delincuencia, falta de comodidades y oportunidades de empleo (Larkin, M. 2011), además de una mala alimentación.

**Cuadro 3.23: Riesgo de pobreza en España por grupos de edad**

Porcentajes	2010	2011	2012 <sup>(1)</sup>
TOTAL	17,1	18,1	18,4
Menos de 16 años	24,7	25,7	25,0
De 16 a 64 años	17,1	18,4	19,3
65 y más años	10,1	9,7	8,5

<sup>(1)</sup> Datos provisionales.

Fuente: INE, 2013

Otros factores sociales que afectan al incremento del gasto en sanidad son los distintos tipos de enfermedades que priman en nuestro país. Cada enfermedad requiere un tratamiento distinto que, en unos casos, es más caro que en otros, por lo que es importante tenerlo en consideración. Podemos observar que la enfermedad que más casos ha presentado en el año 2011 fue la gripe, que afectó al 78,30% de las enfermedades registradas, seguido por la varicela y la tuberculosis respiratoria. (Cuadro 3.24)

**Cuadro 3.24: Contribución de cada enfermedad al total de casos registrados en 2011**

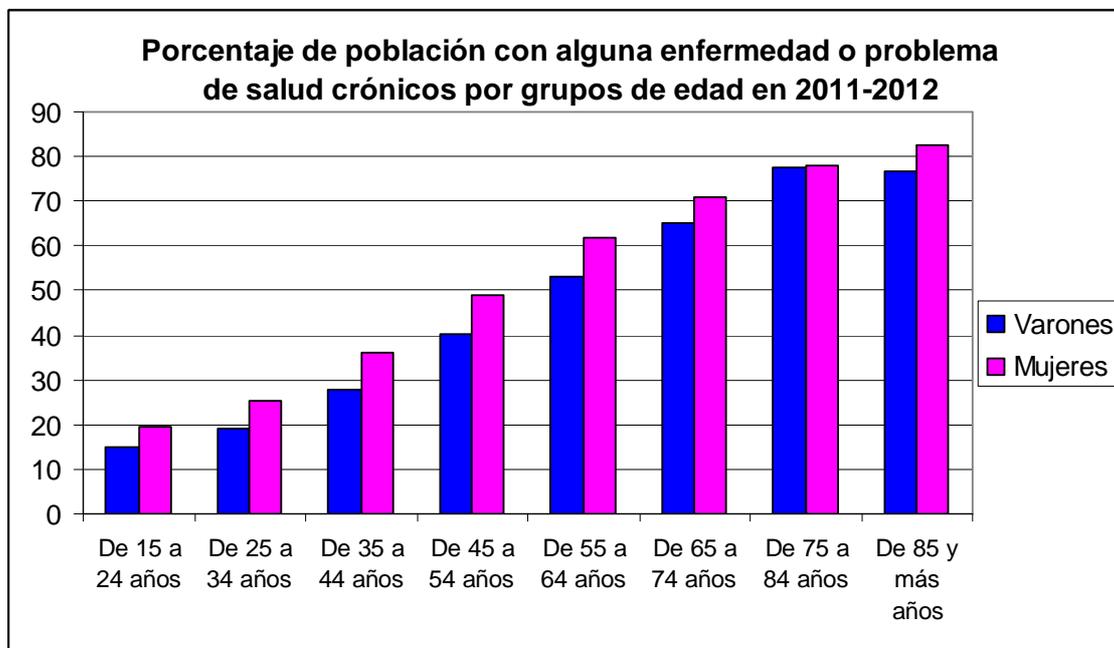
<b>Tipo de enfermedad</b>	<b>Porcentaje</b>
Fiebres tifoidea y paratifoidea	0,0109%
Disentería	0,0164%
Gripe	78,3051%
Tuberculosis respiratoria	0,6827%
Sarampión	0,4825%
Rubeola	0,0025%
Varicela	18,1298%
Brucelosis	0,0136%
Sífilis	0,4166%
Infección gonocócica	0,3085%
Infección meningocócica	0,0759%
Parotiditis	0,6115%
Tos ferina	0,4293%
Difteria	0,0000%
Poliomielitis	0,0000%
Paludismo	0,0669%
Lepra	0,0021%
Rabia	0,0000%
Tétanos	0,0013%
Triquinosis	0,0045%
Cólera	0,0003%
Fiebre amarilla	0,0000%
Peste	0,0000%
Tifus exantemático	0,0000%
Botulismo	0,0016%
Hepatitis A	0,0945%
Hepatitis B	0,1067%
Otras hepatitis víricas	0,0889%
Legionelosis	0,1349%
Meningitis tuberculosa	0,0121%
Rubéola congénita	0,0000%
Sífilis congénita	0,0009%
Tétanos neonatal	0,0000%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INE

No obstante, las enfermedades que más gasto efectúan al sistema son las de carácter crónico, concretamente más del 70%, al ser las que “generan la mayoría de las consultas de atención primaria y más de la mitad de los ingresos hospitalarios” (Junta de Castilla y León, 2013). Las más frecuentes han sido, en el último año, el dolor de espalda lumbar, la hipertensión arterial, la artrosis, artritis o reumatismo, el colesterol elevado, y el dolor cervical crónico. (Encuesta Nacional de Salud, 2013) Además, los casos registrados de enfermedades o problemas de salud crónicos varían según el sexo y la edad de las personas. En el periodo 2011-2012 podemos observar que las mujeres son las que más enfermedades crónicas registran en todos los grupos de edad, y cómo este

tipo de enfermedades es cada vez más frecuente a medida que la población envejece. (Gráfico 3.11)

**Gráfico 3.11: Porcentaje de población con alguna enfermedad o problema de salud crónicos por grupos de edad en el periodo 2011-2012**



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INE

El riesgo de la cronicidad es un tema que muchas Comunidades Autónomas están tratando de abordar con el planteamiento y puesta en marcha de diversas estrategias. Un ejemplo de esta práctica lo encontramos en Castilla y León, con la aprobación de la “Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León”<sup>30</sup> en el año 2013.

Un último factor que tiene que ver con el comportamiento de la sociedad es el uso de los servicios sanitarios. En nuestro país, “la población depende de manera masiva del sistema sanitario; mejor dicho, del complejo médico-hospitalario-farmacéutico.”(Herce y Molina, 2000), además, la “utilización desbocada” de los servicios sanitarios en nuestro país es inminente si lo comparamos con otros países europeos. España registró 9,5 consultas de médico al año por habitante en 2009, lo que implica un 50% más que en Francia, y más del doble que en Reino Unido (Bernal y Ortún, 2009).

<sup>30</sup> Este tipo de estrategias deben ser evaluadas antes, durante y después de su puesta en marcha a fin de comprobar que están cumpliendo los objetivos previamente fijados y así, extraer las buenas prácticas llevadas a cabo para concienciar a la población de su importancia y veracidad.

Si analizamos los datos que nos proporciona la Encuesta Nacional de Salud, desde el año 1987 se produjo un incremento en la utilización de los servicios sanitarios hasta el año 2003, donde las consultas de atención primaria y la hospitalización se vieron ligeramente reducidas. Tres años después, se redujo también el uso del servicio de urgencias, y hasta la actualidad, solamente se ha visto incrementado el uso del hospital de día<sup>31</sup>. Se ha pasado de un 6,3% en 2006 a un 6,9% en 2012. (Encuesta Nacional de Salud, 2013)

### **3.5.3. La crisis económica**

La actual crisis económica por la que atraviesa nuestro país ha supuesto la pérdida de millones de puestos de trabajo, concretamente, el último dato disponible refleja 6.202.700 parados. (INE, 2013).

Este hecho ha provocado el incremento de enfermedades psicosomáticas<sup>32</sup>, depresiones, trastornos de ansiedad o incluso el suicidio. En definitiva, “el desempleo y la inestabilidad laboral se asocian a trastornos de salud y aumento de la mortalidad” (Informe Sespas, 2010)

Sin embargo, a pesar de que las épocas de crisis generan mayores niveles de pobreza y exclusión social que afectan al estado de salud de los individuos, pueden constituir una oportunidad para el cambio. Es decir, “las situaciones de crisis económica reabren el debate sobre la sostenibilidad de las finanzas públicas e intensifican el interés por la eficiencia, alentando así la búsqueda y la puesta en marcha de políticas coste-efectivas, particularmente en las áreas de mayor gasto y de tendencia expansiva (como la sanidad)” (Urbanos, 2010). No obstante, los recortes presupuestarios se llevan a cabo en estas etapas de la economía sin tener en cuenta ningún tipo de criterio, lo que puede desaprovechar dicha oportunidad.

Por lo tanto, el efecto de la crisis en nuestro país no es sólo de índole económico, sino también social, al afectar al nivel de renta, empleo y condiciones de vida de las

---

<sup>31</sup> La razón de que este servicio haya incrementado en los últimos años radica en que un tratamiento que requería días de ingreso en el hospital, actualmente se resuelve de manera ambulatoria.

<sup>32</sup> En este tipo de enfermedades se incluye la dispepsia, los acúfenos, la fatiga y los dolores crónicos.

personas. Todo ello se traduce en un mayor incremento de enfermedades, y por consiguiente, de gasto en sanidad.

#### **3.5.4. Turismo sanitario**

Turistas europeos y no europeos vienen a España para beneficiarse de nuestro sistema sanitario, a pesar de no tener derecho a tarjeta sanitaria. Concretamente, hemos recibido más de 700.000 turistas sin derecho a tarjeta sanitaria en 2012, lo que supuso un incremento del gasto de 917 millones de euros. (Ministerio de Sanidad, 2013)

Además, si tenemos en cuenta cuánto facturó España en concepto de gasto sanitario y cuánto gasto supuso la asistencia sanitaria a españoles fuera de su país de origen, la diferencia es considerable. España facturó 441,1 millones de euros en asistencia sanitaria a extranjeros, mientras que la asistencia a españoles fuera de nuestro país supuso solamente 46,2 millones, lo que nos convierte en receptores netos de turismo sanitario. (Ministerio de Sanidad, 2013)

Sin embargo, el sector turístico español mueve millones de euros al año. El año pasado nuestros ingresos por turismo fueron de 43.521 millones de euros (INE, 2013), de los cuales, 12,1 millones se debieron al gasto efectuado por los 21.868 turistas que vinieron a España a realizarse tratamientos de salud. (Turespaña, 2013). Por tanto, el turismo sanitario puede resultar positivo si se gestiona de manera adecuada.

Actualmente, se acaba de crear un clúster español que une los sectores turístico y sanitario a fin de impulsar el turismo sanitario en las clínicas privadas<sup>33</sup>. Este clúster está formado por cinco entes que abarcan ambos sectores: la Federación Nacional de Clínicas Privadas (FNCP), la Asociación Nacional de Balnearios (ANBAL), la Federación Empresarial de la Dependencia (FED), la Confederación Española de Hoteles y Alojamientos turísticos (CEHAT) y la Confederación Española de Agencias de Viaje (CEAV).

---

<sup>33</sup> La agencia estadounidense Medical Tourism Corporation vende España como un destino no sólo de sol y playa, sino también como un lugar donde realizarse tratamientos sanitarios de alta calidad, por lo que también entra en juego la asistencia privada.

Este nuevo organismo se dirige especialmente hacia turistas que vienen a España a realizarse tratamientos de estética, vendidos a través del denominado “turismo de belleza o bienestar”, y hacia aquellos que vienen a realizarse tratamientos más tradicionales como operaciones del corazón u oncología. Los principales demandantes de este tipo de turismo los encontramos fuera y dentro de la Unión Europea. Dentro de la UE estarían Reino Unido y Holanda, y fuera, Estados Unidos, el Magreb, Oriente Próximo y el este europeo.

Los británicos normalmente vienen a realizarse operaciones de rodilla, cadera, cirugía cardiaca o cataratas; los rusos suelen ser la mayoría mujeres para realizarse operaciones de estética; y los magrebíes suelen ser personas de alto poder adquisitivo que vienen a realizarse operaciones de cirugía cardiaca o traumatología.

Por tanto, vemos que por un lado el turismo sanitario supone un incremento del gasto cuando no está controlado, mientras que por otra parte, podría ser una importante fuente de ingresos si se gestiona adecuadamente y se dirige hacia un público objetivo previamente determinado. Además, poner el punto de mira en este tipo de turismo podría ser interesante ya que:

- ▲ Supone una reducción de la estacionalidad que genera el clásico turismo de “sol y playa” al darse durante todo el año con estancias más largas.
- ▲ El envejecimiento poblacional europeo es un factor determinante que nos permitiría tener cada vez más usuarios.
- ▲ Las previsiones son muy positivas: se espera recaudar 500.000.000 euros en concepto de turismo sanitario, además, se prevé que se incremente en un 90% para el año 2020. (Ministerio de Sanidad, 2013)

Algunos países como Reino Unido ven en este tipo de turismo una amenaza más que una oportunidad. Consideran que “el sistema es una invitación abierta para que el mundo abuse del NHS” (Meirion Thomas, 2013) por lo que han puesto una serie de medidas que impiden a los ciudadanos de países con los que no tienen ningún tipo de acuerdo bilateral, recibir asistencia sanitaria gratuita.

## **CAPÍTULO 4: LAS REFORMAS ADOPTADAS EN ESPAÑA EN MATERIA SANITARIA: APROXIMACIÓN A UNA PERSPECTIVA COMPARADA.**

La última reforma aprobada por el Gobierno español en materia sanitaria ha sido el “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”.

Dicho Decreto-Ley incluye una serie de cambios que abordan diversos aspectos: a) definición de las condiciones que deben tener los individuos para recibir asistencia sanitaria; b) cambios en la cartera de servicios, dividiéndose ésta en prestaciones básicas, suplementarias y accesorias; c) modificaciones en los mecanismos de copago; d) extensión del mecanismo de precios de referencia a los productos sanitarios, no sólo a los medicamentos y; e) creación de un comité asesor para asignar los criterios coste-beneficio a los servicios, así como su inclusión en la cobertura aseguradora.

### **4.1. Cambios en las condiciones de asegurado**

Para ostentar la condición de “asegurado o beneficiario” y poder recibir asistencia sanitaria gratuita en territorio español, con la última modificación, se requiere alguno de los siguientes supuestos: en el caso de asegurado, ser trabajador por cuenta propia o ajena, pensionista, percibir cualquier otra ayuda económica, desempleado (con subsidio o no), o ciudadano de la Unión Europea o Suiza. La condición de beneficiario se obtendría al ser cónyuge o excónyuge del asegurado, así como descendiente menor de 26 años a cargo del mismo.

Esta redefinición de condiciones deja fuera del aseguramiento a mayores de 26 años que no tengan trabajo, a personas que nunca hayan cotizado a la Seguridad Social y a inmigrantes en situación irregular. Para estos últimos, la única vía de entrada al sistema sanitario son las urgencias, exceptuando los casos de embarazo, parto o posparto, o si se trata de inmigrantes menores de 18 años. Este hecho provocaría el colapso y congestión de los servicios de urgencia de los hospitales, así como un mayor coste social que beneficio a medio y largo plazo (Puig-Junoy, 2012).

En el cuadro 4.1 se puede apreciar cómo en el resto de países europeos con un modelo sanitario Beveridge, pueden acceder de manera universal al sistema todas aquellas personas que vivan legalmente en el territorio o provengan de otros países de la UE o con los que el país de origen tenga algún tipo de acuerdo bilateral.

En el caso de inmigrantes en situación irregular, turistas o estudiantes de otros países con los que no se tenga ningún tipo de convenio, etc. la única vía de acceso son las emergencias o, en el caso danés, tan sólo las iniciativas privadas o voluntarias que quieran hacerse cargo. Este último aspecto es el que ha aplicado España desde el año anterior. Sin embargo, las condiciones para poder disfrutar de la universalidad del SNS resultan ser más estrictas, es decir, no es condición suficiente el mero hecho de residir formalmente en el país, sino también hay que cumplir una serie de requisitos plasmados anteriormente.

Por lo tanto, los rasgos comunes que el SNS español tiene actualmente con el resto de países Beveridge en cuanto a la cobertura de personas son los siguientes:

- ✚ Se divide la población entre aquellos que residen legalmente en el país o provienen de países con algún tipo de acuerdo y aquellos que no tienen esta condición.
  
- ✚ En el caso de inmigrantes sin papeles, España hace excepciones para menores de edad y casos de maternidad, es decir, éstos pueden acceder al SNS como cualquier español, europeo o suizo. En el resto de casos, su única vía de entrada son las urgencias, como mencionamos anteriormente. Todos los países europeos analizados aplican éste último recurso excepto Dinamarca e Islandia, que no se hacen cargo de este colectivo. En el caso danés entra en juego el tercer sector, y en el islandés sólo reciben este tipo de asistencia si tienen recursos para hacerle frente.

Por el contrario, existen características que hacen diferente nuestro sistema de alguno de los que se analizan en el cuadro objeto de estudio:

- ✚ Las personas cubiertas totalmente por el SNS no se subdividen, todas tienen el mismo derecho de acceso. En países como Finlandia o Irlanda, éstas se reparten en categorías según el tipo de tratamiento recibido en el primer caso, o en función de las condiciones socioeconómicas de los individuos en el caso irlandés.
- ✚ Las condiciones para recibir asistencia universal y gratuita en España se han endurecido, dejando a determinados colectivos fuera del sistema, aspecto tratado al principio de este epígrafe. En el resto de países basta con ser residente legal del país, como por ejemplo en Islandia, donde tan sólo es necesario acreditar vivir formalmente en el territorio durante seis meses para adquirir este derecho, o en el caso de Irlanda, un año.

**Cuadro 4.1: Personas cubiertas en los sistemas sanitarios Beveridge**

<b>País</b>	<b>Personas cubiertas</b>
<b>Noruega</b>	La cobertura es universal, todos los residentes legales en Noruega tienen acceso al sistema sanitario. Además, los acuerdos con la UE permiten que todos los ciudadanos europeos tengan el mismo acceso que los residentes. En cuanto a los inmigrantes ilegales, tienen un acceso muy limitado a los servicios de urgencia.
<b>Suecia</b>	La cobertura es universal para todos los residentes legales en Suecia, para los ciudadanos de la UE y para los ciudadanos suizos, al tener un acuerdo bilateral con el gobierno sueco.  Los solicitantes de asilo y los niños sin papeles pueden recibir asistencia sanitaria, en el primer caso no de forma prolongada, como es el caso de la maternidad
<b>Finlandia</b>	El seguro obligatorio de salud cubre a toda la población. Este se divide en dos: seguro de asistencia médica y seguro basado en los ingresos ganados. El primero de ellos reembolsa a los pacientes los tratamientos y test llevados a cabo por médicos privados y dentistas, por lo que los pacientes no pagan nada por encima de la tasa de reembolso. El segundo tipo de seguro cubre a los trabajadores por la atención a la salud en el trabajo, es decir, no pagan nada ya que los empleadores o empresarios pagan por ellos.  Los inmigrantes ilegales, turistas no Europeos y estudiantes o trabajadores temporales, no quedan cubiertos por la asistencia sanitaria local o nacional. No obstante, la asistencia sanitaria local ofrece servicios de urgencia gratuitos para todos ellos.
<b>Dinamarca</b>	Todos los registrados como residentes daneses. Los visitantes o inmigrantes sin papeles no están cubiertos, no obstante, iniciativas privadas y voluntarias proveen de servicios de salud a esta población.
<b>Islandia</b>	Existe cobertura universal para aquellas personas que residen legalmente en el territorio. Para adquirir dicha residencia, la persona debe haber estado viviendo en el país durante seis meses, a partir de ese momento, se convierte automáticamente en ciudadano islandés.  El periodo de seis meses no queda cubierto por el sistema exceptuando los casos de emergencia, en los que la persona puede pagar para recibir asistencia.
<b>Portugal</b>	Entre el 20 y 25% de la población está cubierta con el “subsistema sanitario”, un 20% con los seguros privados voluntarios, y el resto con el NHS. (Simões, 2012)
<b>Italia</b>	Todos los ciudadanos y los residentes extranjeros legales
<b>Irlanda</b>	La cobertura es universal para todos los residentes irlandeses. La condición de residente la determina el Ministerio de Salud junto con el HSE, normalmente implica haber estado viviendo en Irlanda al menos un año o tener la intención de vivir ese tiempo en el país. La población de

	<p>residentes se divide en dos categorías:</p> <p>Categoría I: reciben una carta médica y tienen derecho a acceder de manera gratuita a todos los servicios.</p> <p>Categoría II: tienen acceso a los servicios públicos aunque tienen que hacer frente a algunos copagos como las visitas al médico de cabecera o los medicamentos.</p>
<b>Reino Unido</b>	<p>La cobertura es universal para todos los residentes ordinarios de Reino Unido, los ciudadanos europeos y los de aquellos países con los que el país británico tiene acuerdos bilaterales (Australia, Kazajstán y Rusia)</p> <p>Los no residentes (visitantes e inmigrantes ilegales) solo tienen acceso gratuito a los servicios de emergencia y al tratamiento de ciertas enfermedades infecciosas.</p>
<b>España</b>	<p>Todas aquellas personas que tengan la condición de asegurado o beneficiario. Las que no posean ninguna de estas condiciones podrán recibir asistencia sanitaria si previamente pagan la contraprestación o cuota establecida en un convenio especial. Los extranjeros ni residentes en España ni en ningún país de la Unión Europea recibirán asistencia sanitaria en casos de urgencia (enfermedad grave o accidente) y todos los menores de 18 años recibirán la misma asistencia que un ciudadano español. (Real Decreto-ley 16/2012 de 20 de Abril)</p>

Fuente: Elaboración propia

#### 4.2. La nueva cartera de servicios

El SNS español con los últimos cambios aprobados, establece una división de la cartera de servicios, quedándose desglosada en tres categorías (básica, suplementaria y accesoria). En cada una de ellas se tiene en cuenta la necesidad que cada servicio pueda suscitar para la población, y por tanto, la corresponsabilidad que el paciente debe o no asumir para financiar su coste.

En el cuadro 4.2 se refleja la información relativa a los países europeos que se han ido analizando a lo largo de este trabajo de investigación. Se puede comprobar que no existe una clasificación teórica para los servicios de salud, sin embargo, en la práctica sí que se lleva a cabo. El Estado Central es quién determina qué servicios quedan totalmente cubiertos por el Sistema Sanitario y cuáles no, además de las exenciones que se determinan para aquellos servicios sujetos a un mecanismo de participación ciudadana en el coste.

Siguiendo con este análisis, podemos extraer los principales rasgos comunes que el SNS español tiene con el resto de países europeos Beveridge:

- + Los servicios de prevención, urgencia (incluida la ambulancia) y prescripción ambulatoria de medicamentos quedan totalmente cubiertos.

- ✚ La hospitalización, así como los medicamentos suministrados, también.
- ✚ Los servicios de atención primaria y especializada están cubiertos por el sistema de salud, exceptuando en países como Islandia donde quedan sujetos a copago. Sin embargo, como veremos más adelante, más países se han unido a esta tendencia en sus últimas reformas.
- ✚ Los tratamientos de estética, así como los servicios considerados como “no esenciales” no están bajo cobertura pública, es decir, el paciente debe asumir el coste total del tratamiento. En algunos países como Noruega, este tipo de servicios los cubre la Sanidad Pública si previamente un médico los ha considerado como esenciales para la salud del paciente.
- ✚ Los servicios de dentista no están cubiertos por el sistema. En algunos países como Noruega, Suecia, Dinamarca, Reino Unido y España los menores de edad no tienen que asumir el coste.

Por otro lado, existen diferencias entre los distintos sistemas sanitarios, concretamente con el español:

- ✚ En algunos países como Finlandia e Irlanda, la cartera de servicios se divide en función de la persona a la que se dirigen, y no según la necesidad que cubren.
- ✚ Los servicios de oculista no están cubiertos en ningún sistema sanitario, excepto en España e Irlanda para los usuarios de categoría I.
- ✚ La prescripción de medicamentos de urgencia no queda cubierta a diferencia de los sistemas español y británico, aunque en países como Finlandia se reembolsa el coste del mismo según su precio de referencia.

**Cuadro 4.2: Servicios cubiertos en los sistemas sanitarios Beveridge**

País	Servicios cubiertos
<b>Noruega</b>	<p>El Parlamento noruego determina que servicios están cubiertos, cuales sujetos a copago y las excepciones. Por tanto, en teoría no existe un paquete de prestaciones definido pero en la práctica se suele establecer una “lista azul” que incluye la atención primaria, hospitalaria, los servicios de urgencia y la prescripción de medicamentos. El dentista no está cubierto excepto para los niños y otros grupos de personas, y el oculista tampoco.</p> <p>El tratamiento recibido durante el ingreso en un hospital está totalmente cubierto, incluyendo todos los tratamientos y medicamentos que conlleve. La medicina complementaria no está incluida y los tratamientos de estética deben ser valorados por un médico previamente para determinar si están incluidos o no en la cobertura pública.</p>
<b>Suecia</b>	<p>No existe un paquete de prestaciones definido. Los fondos públicos cubren la sanidad pública y los servicios de prevención, la atención primaria y especializada, los servicios de urgencia, la prescripción de medicamentos dentro y fuera de hospitales, cuidado mental, servicios de rehabilitación, apoyo a personas discapacitadas, servicios de transporte para enfermos, cuidados domésticos de larga duración, el dentista para niños y jóvenes (también para adultos pero con ciertas limitaciones).</p>
<b>Finlandia</b>	<p>En función del tipo de seguro que tenga un individuo quedan cubiertos unos servicios u otros. El seguro de asistencia médica cubre las consultas con médicos privados y dentista, y el seguro basado en los ingresos ganados cubre las prestaciones por enfermedad, rehabilitación, maternidad y paternidad.</p> <p>La prescripción de medicamentos en servicios de urgencia se reembolsa en función de un porcentaje establecido en función del precio de referencia de dicho medicamento.</p>
<b>Dinamarca</b>	<p>Todos los servicios de atención primaria y especializada están cubiertos, así como los servicios preventivos, salud mental y cuidados de larga duración. Los servicios dentales están también totalmente cubiertos para la población de menos de 18 años.</p>
<b>Islandia</b>	<p>El paquete de beneficios y la cobertura universal a la que tienen acceso los ciudadanos queda definido en el Acto del Seguro Sanitario de Islandia. La mayoría de los cuidados de larga duración y salud mental quedan cubiertos. Los servicios hospitalarios así como el uso de todos los medicamentos necesarios están cubiertos. Los servicios de atención primaria y especializada, los medicamentos y los servicios de prevención quedan sujetos a un sistema de copago.</p>
<b>Portugal</b>	<p>Todos los servicios ofrecidos en los centros de Salud, hospitales o centros privados. La mayoría de ellos requiere pagar una tasa moderadora.</p>
<b>Italia</b>	<p>Existen listas positivas (fármacos, ambulancia y medicina preventiva) y listas negativas (ortodoncia, cirugía ocular con láser y cataratas)</p> <p>Los dentistas no están cubiertos en su totalidad, existen copagos.</p> <p>La prescripción de medicamentos está dividida en tres niveles, el Estado cubre el primero de ellos y el segundo tan solo en los hospitales. El tercer nivel no queda cubierto.</p>
<b>Irlanda</b>	<p>A los residentes incluidos en la categoría I les quedan cubiertas las visitas al médico de cabecera, el dentista, el oculista, el oftalmólogo, los medicamentos y las consultas y cuidados en las salas de hospital.</p> <p>Los servicios sociales no quedan cubiertos y el cuidado de larga duración a personas mayores queda sujeto a copago.</p>
<b>Reino Unido</b>	<p>Desde un punto de vista teórico, el NHS no tiene determinados los servicios incluidos, sin embargo, en la práctica quedan incluidos los servicios preventivos, los programas de inmunización y vacunación, el cuidado hospitalario y extrahospitalario, los servicios médicos, los medicamentos expedidos en hospitales y fuera de ellos, algunos servicios de dentista y tratamientos oculares, el cuidado mental, los cuidados paliativos y el tratamiento de enfermedades a largo plazo y la rehabilitación.</p>
<b>España</b>	<p>El Sistema Nacional de Salud español agrupa los distintos servicios sanitarios en tres carteras:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>cartera común básica de servicios</i> cubierta en su totalidad con financiación pública e incluye toda asistencia relativa a la prevención, diagnóstico, rehabilitación y transporte urgente.</li> <li>• <i>cartera común suplementaria</i>: incluye todas aquellas prestaciones que se realizan mediante dispensación ambulatoria y en las que el usuario debe asumir parte del coste. En esta cartera estarían incluidas la prestación farmacéutica, la ortoprotésica, aquella realizada con</li> </ul>

	productos dietéticos y el transporte sanitario no urgente. <ul style="list-style-type: none"><li>• <i>cartera común de servicios accesorios</i>: se incluyen todas aquellas prestaciones consideradas como no esenciales, que sirven para mejorar patologías de carácter crónico y que están sujetas a copago</li></ul>
--	---

Fuente: Elaboración propia

### 4.3. Reforma del copago sanitario

Al igual que el análisis realizado, previamente, para las personas y servicios financiados por el SNS en perspectiva comparada, para los niveles de copago aplicados por los diez países objeto de estudio, se seguirá la misma línea. De esta manera, podremos valorar si se trata de un “instrumento de financiación basado en la utilización real del servicio que se haga, más que en el derecho de acceso al mismo” (López Casasnovas, 2003).

En el cuadro 4.3 se puede apreciar que, en el caso español, los niveles de copago se han aplicado a todos los medicamentos y/o servicios que superen el precio máximo fijado por el Estado y a la adquisición de medicamentos en la prestación farmacéutica ambulatoria. Además, los niveles de copago se fijan en función de la renta del individuo, aspecto que, en el resto de países europeos con un modelo sanitario Beveridge no es común. Tan sólo Italia y Reino Unido establecen en el copago de algunos servicios excepciones, teniendo en cuenta el nivel de renta, en el resto de los casos, el copago supone una cantidad fija o un porcentaje sobre el precio del producto y/o servicio. Aunque es cierto que hay que proteger a los más débiles económicamente, así como a los más enfermos (sobre todo a los portadores de enfermedades crónicas), no siempre son las personas con más recursos económicos las que poseen rentas más altas, lo que pone en riesgo el *statu quo*. Habría que tener en cuenta que “la progresividad debe venir del sistema fiscal y no de los precios públicos” (Puig Junoy, 2012).

Si seguimos analizando el cuadro 4.3, la mayoría de los países europeos con un modelo similar al nuestro han aplicado, en sus últimas reformas del sistema de salud, copagos en las visitas al médico de cabecera y al especialista, así como a la prescripción de medicamentos o al dentista. Otros servicios, como la hospitalización o los servicios de urgencia, están igualmente sujetos, aunque existen más países que ofrecen su gratuidad.

Al igual que se establecen formas de participación en el coste de los servicios por parte de los usuarios, también se establecen excepciones. En España, se han aplicado límites máximos para determinados colectivos, así como exenciones del 100% del copago. Dichos colectivos se centran en los niveles de renta, tipos de enfermedad y desempleados. Si nos fijamos en el resto de países analizados, las excepciones van más allá de los criterios españoles. Se establecen, además de límites máximos anuales de copago, según el tipo de servicio, excepciones en función de la edad, principalmente para menores de 18 años, de si se trata de mujeres embarazadas<sup>34</sup>, discapacitados, y mayores de 65 años en el caso italiano.

En este sentido, podemos identificar los temas pendientes del SNS español en materia de copago comparado con el resto de Sistemas Sanitarios financiados principalmente con impuestos:

- ✚ Establecer copagos a través de una cuota fija o porcentaje sobre el precio del producto y /o servicio. Todos los países menos España han establecido cuotas en el acceso al médico de cabecera, además de límites máximos anuales para evitar, en el caso de aquellas personas (enfermos crónicos principalmente) que tengan que acudir de manera más regular a este tipo de servicios, se vean perjudicados por este mecanismo. Es decir, se trata de desincentivar el uso desmesurado<sup>35</sup> de los servicios sin que la demanda necesaria se altere (FEDEA-McKinsey, 2009).
- ✚ Poner límites máximos de copago para todos los grupos de edad y no sólo para los pensionistas. En todos los países analizados, excepto en España y Reino Unido, toda la población soporta el mismo tipo de copago en los productos farmacéuticos. Aunque en la última reforma del SNS español quedan exentos de todo copago los desempleados, se debe profundizar aún más en este sentido.

---

<sup>34</sup> En Noruega, Islandia, Italia y Reino Unido principalmente. En el caso islandés, en todo el proceso maternal, todos los medicamentos, citas y revisiones médicas que se precisen quedan cubiertos al 100%.

<sup>35</sup> Según FEDEA-McKinsey (2009) “una de cada tres visitas al médico de familia podría resultar innecesaria desde el punto de vista de la atención a la salud. Entre un 30% y un 80% de las visitas de urgencia podrían ser no urgentes. En total, más de 80 millones de visitas al año podrían evitarse o redirigirse a canales más eficientes en coste”

✚ La corresponsabilidad debe centrarse también en el lado de la demanda y no sólo de la oferta, siendo la única forma de conseguir la sostenibilidad en Europa (Price Waterhouse Coopers, 2005). Por lo tanto, hay que incentivar la responsabilidad individual y no sólo la social, ya que podría suponer la aparición de “gorriones” o “free-riders”, es decir, individuos que son conscientes de que van a disfrutar de las ventajas de los servicios sanitarios gratuitos sin contribuir a ellos (Puyol González, 2007, p.49). En todos los países estudiados, no aparece en ningún caso, la excepción de que personas que no han contribuido nunca al sistema queden exentas de todo copago, mientras que en España se sigue contemplando dicho aspecto. Este hecho no implica que todos los ciudadanos españoles vayan a aprovecharse del sistema por el mero hecho de ser gratuito, pero el fomento de la responsabilidad por su parte es esencial, y no sólo desde un punto de vista del coste, sino también personal. Es decir, el fomento de programas de prevención que, como tratamos anteriormente en España es relativamente nuevo, es vital para mantener la sostenibilidad del sistema.

**Cuadro 4.3: Niveles de copago y excepciones en los países europeos con un modelo sanitario Beveridge**

País	Niveles de copago	Excepciones
Noruega	<p>Las visitas al médico de cabecera y al especialista, los servicios de urgencia y alguna cirugía están sujetos a copago. Se requiere entre 136 y 307 coronas noruegas por visita en 2012 (Thomson, Osborn, Squires y Jun, 2012).</p> <p>Las visitas al médico así como los medicamentos que conlleva tienen un copago por encima de las 520 coronas la prescripción. Los servicios de radiología 218 coronas y los test de laboratorio 47 coronas.</p> <p>Los proveedores de servicios sanitarios no pueden cobrar ninguna cantidad por encima de los límites fijados por el Estado.</p>	<p>La mayoría de los servicios están sujetos a copago. No obstante, existe un límite anual de copago de 1.980 coronas anuales y determinados grupos de población exentos de copago: los niños de menos de 16 años reciben gratuitamente los tratamientos del médico y los medicamentos incluidos en la “lista azul”, los menores de 18 años reciben asistencia psicológica y dentista sin coste, las mujeres antes y durante su embarazo reciben toda la asistencia médica y medicamentos de forma gratuita, y los discapacitados o personas con determinadas enfermedades reciben tratamiento y medicación sin ningún coste.</p>
Suecia	<p>Los copagos aplicados por visita y por día de cama se determinan a nivel local y regional. En 2011 las consultas en atención primaria estuvieron entre las 100 y 200 coronas suecas, las visitas al especialista entre 230 y 320 coronas y en torno a 80 coronas por día de hospitalización.</p> <p>Los servicios dentales de menos de 3000 coronas se deben pagar en su totalidad, los tratamientos entre 3000 y 15000 coronas el 50% del coste y el 85% del coste en tratamientos de más de 15000 coronas.</p>	<p>Las personas menores de 20 años quedan exentas del pago de las visitas. Las personas mayores y discapacitadas tienen un límite máximo de copago en los servicios provistos por los municipios (1.712 coronas al mes en 2011)</p> <p>El dentista y los medicamentos se fijan a nivel nacional. Los menores de 20 años están exentos de todo pago, y los mayores de dicha edad pueden recibir una ayuda de entre 150 y 300 coronas dependiendo la edad.</p> <p>Existe un límite máximo de copago: un ciudadano nunca pagará más de 1100 coronas en visitas al médico dentro de un periodo de 12 meses, a excepción de la prescripción de medicamentos que esta en 2200 coronas para los adultos, y los servicios dentales que no tienen límite máximo.</p>

Capítulo 4: Las reformas adoptadas en España en materia sanitaria: Aproximación a una perspectiva comparada

<b>Finlandia</b>	<p>Antes de 1993, todas las visitas al médico eran gratuitas. Sin embargo, a partir de dicho año los niveles de copago no han dejado de incrementarse, excepto en los últimos 5 años, que ha sucedido lo contrario.</p> <p>Los centros de salud pueden cobrar un pago anual o individual por una cita al médico de cabecera. El individual esta en 11€, y si se establece un máximo de 3 citas al año, el pago sería de 33€ anuales. Si la visita al médico es durante los fines de semanas o cualquier día festivo por motivos de urgencia, el coste puede ascender a los 15€ por visita.</p> <p>El dentista tiene un coste de máximo 7€, aunque los tratamientos recibidos pueden variar entre los 5 y los 130 € al día.</p> <p>La hospitalización tiene un coste de 26€ al día. Además, los hospitales pueden cobrar hasta un máximo de 22€ por visita y hasta 72€ si se requiere algún tipo de cirugía.</p>	<p>Desde el año 2000 se ha establecido un límite máximo de copago de 590€ anuales, a partir de dicho límite los servicios sanitarios de urgencia son gratuitos, el resto de servicios (citas con el médico, fisioterapia, tratamientos hospitalarios, etc.) se reducen en 12€. El límite máximo de copago para padres también abarca los gastos de los hijos menores de 18 años.</p> <p>El límite máximo de copago en prescripciones de medicamentos es diferente, en 2007 estaba en 627.47 € anuales.</p>
<b>Dinamarca</b>	<p>Del 35 al 60% del coste en servicios dentales.</p> <p>Los gastos farmacéuticos por persona son reembolsables anualmente en función de unos límites: menos de 865 coronas danesas al año (no reembolsable) entre 865 y 1410 coronas el 50% reembolsable, entre 1410 y 3045 coronas el 75% y más de 3045 coronas, el 85% de reembolso.</p>	<p>Todos los servicios son gratuitos excepto el dentista para mayores de 18 años, las lentes de contacto y las prescripciones de pacientes de urgencias.</p> <p>También existen límites máximos de copago para los niños y los enfermos crónicos. Los enfermos terminales quedan exentos de todo copago.</p>
<b>Islandia</b>	<p>La asistencia primaria, los tratamientos hospitalarios de urgencia, el diagnóstico, los servicios de prevención y escáner, los programas de inmunización y vacunación y el dentista. (En este último se reembolsa una parte del coste a los ancianos, discapacitados y niños)</p>	<p>Los servicios hospitalarios así como el uso de medicamentos que conlleva quedan cubiertos. La prescripción de medicamentos a personas con esquizofrenia o cualquier otra enfermedad mental; los menores de 18 años; el cuidado maternal en casa, su hospitalización, medicamentos, visitas y seguimiento 36 horas después del nacimiento; los servicios suministrados en los colegios, los médicos de cabecera para los jóvenes y la información preventiva queda exenta de todo copago.</p>
<b>Portugal</b>	<p>Los usuarios deben pagar un “ticket moderador” por una consulta en el servicio de salud o en urgencias de 2,5€ y 5€ respectivamente.</p> <p>Los medicamentos quedan sujetos a un copago de entre el 30 y el 60% del coste del medicamento.</p> <p>En otros tratamientos como las prótesis dentales o las gafas los pacientes deben hacer frente al 80% del coste.</p>	<p>La hospitalización es gratuita para los usuarios del Sistema Nacional de Salud.</p> <p>Los medicamentos se reembolsan en un 50, 80 y 100% dependiendo del tipo de medicamento.</p>
<b>Italia</b>	<p>Desde el año 1993 los pacientes deben pagar el total del coste de las visitas hasta un límite máximo establecido por ley. El tope esta el 36.15€ por prescripción, no obstante, si un paciente necesita dos prescripciones, solamente pagara la primera de 36.15€.</p> <p>Desde 2011 el gobierno ha introducido un copago de 10€ por prescripción y desde 2007, los municipios introdujeron un copago de 25€ por el uso “inapropiado” de los servicios de emergencia.</p>	<p>Quedan exentos de todo copago las personas mayores de 65 años y menores de 6 años que vivan en hogares con ingresos menores a los 36000€ anuales aproximadamente. Las personas con discapacidad y los presidiarios quedan exentos al igual que los enfermos crónicos y las mujeres embarazadas en aquellos tratamientos relacionados con su situación.</p>
<b>Irlanda</b>	<p>Las visitas al médico de cabecera oscilan entre los 50 y 80€ por visita. Con seguro privado el copago se queda entre 20 y 30€ por visita.</p> <p>Para los individuos sin tarjeta medica la hospitalización asciende a los 66€ diarios, con un límite máximo anual de 660€. Los servicios de urgencia sin prescripción médica ascienden igualmente a los 66€.</p> <p>Los cuidados de larga duración que requieren asistencia también están sujetos a copago, aunque con un máximo de 120€ semanales o de al menos 35€ si se trata de una persona con algún tipo de minusvalía.</p>	<p>Residentes incluidos en la categoría I y residentes incluidos en la categoría II que tengan la “tarjeta de visita al médico de cabecera”.</p> <p>Los medicamentos tienen un límite máximo de copago de 90€ mensuales.</p>

<b>Reino Unido</b>	<p>Desde abril de 2013, en Inglaterra se ha implantado un copago de £7.85 por prescripción (excepto en los medicamentos prescritos en hospitales del NHS). Existen además los PPC (Prescription prepayment certificates) que permiten al usuario ahorrar dinero en la prescripción de medicamentos: un PPC de tres meses cuesta £29.10 y uno de un año £104.</p> <p>En cambio, en otros países de Reino Unido como Gales, la prescripción de medicamentos es totalmente gratuita.</p> <p>Los servicios de odontología están sujetos igualmente a copago (fijado por el Estado) con un tope máximo de £209 por tratamiento.</p> <p>Los servicios de oftalmología también están sujetos a copago (un cargo por cita) y los “tratamientos opcionales” como la cirugía estética también, a no ser que la región donde se vaya a efectuar la operación considere lo contrario.</p>	<p>Quedan exentos de todo copago farmacéutico los niños con menos de 16 años ; aquellos de entre 16 y 18 que siguen estudiando; las personas de 60 años o más; las personas con bajos ingresos; las mujeres embarazadas y aquellas que tienen un bebe de hasta 12 meses; y aquellas personas con cáncer, ciertas enfermedades a largo plazo y discapacitadas.</p> <p>Además, aquellas personas que requieren medicamentos regularmente, pagarían solamente £2 semanales en Inglaterra. Los jóvenes, estudiantes y personas con bajos ingresos reciben ayuda para poder financiarse el pago de gafas y el dentista.</p> <p>El transporte sanitario también queda libre de todo pago para aquellas personas con pocos ingresos.</p>
<b>España</b>	<p>Todos los medicamentos y/o productos sanitarios que excedan del precio máximo de financiación previamente fijado por el Estado, no entrarán en el plan de financiación pública.</p> <p>Además, está sujeta a copago la prestación farmacéutica ambulatoria, que se realiza por parte del usuario en el momento de su adquisición y será proporcional a su nivel de renta. Con el real decreto-ley 16/2012 de 24 de abril, se han establecido nuevos porcentajes de aportación por parte del usuario:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los usuarios con una renta superior a los 100.000€ anuales pagaran el 60% del precio.</li> <li>• Aquellos con una renta igual o superior a los 18.000€ anuales el 50% del precio de venta.</li> <li>• Un 40% del precio aquellas personas con un nivel de ingresos inferior a los 18.000€ anuales.</li> <li>• Un 10% los pensionistas, exceptuando aquellos que tengan un nivel de ingresos superior a los 100.000€ anuales</li> </ul> <p>Para aquellas personas que se rigen por la Mutuality General de Funcionarios Civiles del Estado, el nivel de copago será siempre del 30% del coste del medicamento.</p>	<p>Se establecen topes máximos de aportación a enfermos crónicos con el fin de garantizar la continuidad de los tratamientos, y a enfermos de larga duración. Estos topes se revisaran anualmente por parte del Estado teniendo en cuenta la variación del IPC.</p> <p>También se establecen límites máximos a los pensionistas en función de su nivel de ingresos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Límite de 8€ mensuales a pensionistas con un nivel de ingresos inferior a los 18.000€ anuales.</li> <li>• 18€ mensuales a pensionistas con un nivel de ingresos entre los 18.000 y 100.000€ anuales.</li> <li>• 60€ a pensionistas con unos ingresos superiores a los 100.000€ anuales.</li> </ul> <p>Existen además personas exentas de todo copago:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personas discapacitadas y aquellas afectadas con algún síndrome toxico.</li> <li>• Personas que reciben rentas para la integración social.</li> <li>• Personas que perciben pensiones no contributivas.</li> <li>• Desempleados que han perdido el derecho a percibir el subsidio de desempleo.</li> <li>• Todos aquellos tratamientos derivados de accidentes o enfermedades laborales.</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia

#### 4.4. El mecanismo de precios de referencia

Otro aspecto fundamental de la última reforma sanitaria de nuestro país es el sistema de precios de referencia, que consiste en la fijación de la máxima cantidad de recursos destinados a financiar las prestaciones de medicamentos. Por lo tanto, en este aspecto entra en juego la denominada “desinversión sanitaria” basada en financiar o no un determinado medicamento teniendo en cuenta “el consumo del conjunto, el impacto presupuestario, la existencia de, al menos, tres medicamentos en el grupo, y que no se

produzca riesgo de desabastecimiento” (Real Decreto-Ley 16/2012). De este modo, los medicamentos para síntomas menores o poco demandados han pasado a la libre venta, sin necesidad de prescripción médica. Sin embargo, en este tipo de criterios habría que considerar que “cuando el medicamento resulta necesario para el paciente, una exclusión supone algo equivalente a un copago del 100% del precio” (Puig Junoy, 2012).

Este hecho, unido a que España posee un mercado sanitario muy regulado, donde la revisión de precios de manera periódica es inexistente y los productos que satisfacen terapias similares siguen los mismos procesos de “cream skinning” (Puig-Junoy y González López Valcárcel, 2012), se sigue financiando con recursos públicos cualquier medicamento sin tener en cuenta los resultados en salud (Puig-Junoy y Trapero-Bertrán, 2013).

#### **4.5. Creación de un comité asesor**

Para tratar de sufragar el problema planteado en el epígrafe anterior, la reforma incluye además la creación de un comité asesor para evaluar la adquisición de nuevos productos y tecnologías médicas. Aunque parece un primer paso para la creación de una especie de *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE<sup>36</sup>) británico, éste no es un organismo independiente, sino que depende directamente del Ministerio.

Aunque algunos autores (Puig-Junoy y Trapero-Bertrán, 2013) apuestan por la creación de una “agencia evaluadora” que asesore y/o regule los aspectos relacionados con el precio y/o financiación de los medicamentos, otros (Oliva, 2013) consideran que a pesar de ser un buen paso, actualmente dada la falta de “buen gobierno” no sería una buena opción.

Lo que sí queda claro es la necesidad de analizar el coste-beneficio de los nuevos productos y tecnologías sanitarias que se van a adquirir, y por tanto, financiar con recursos públicos. Se podría reforzar el papel de las agencias evaluadoras ya existentes

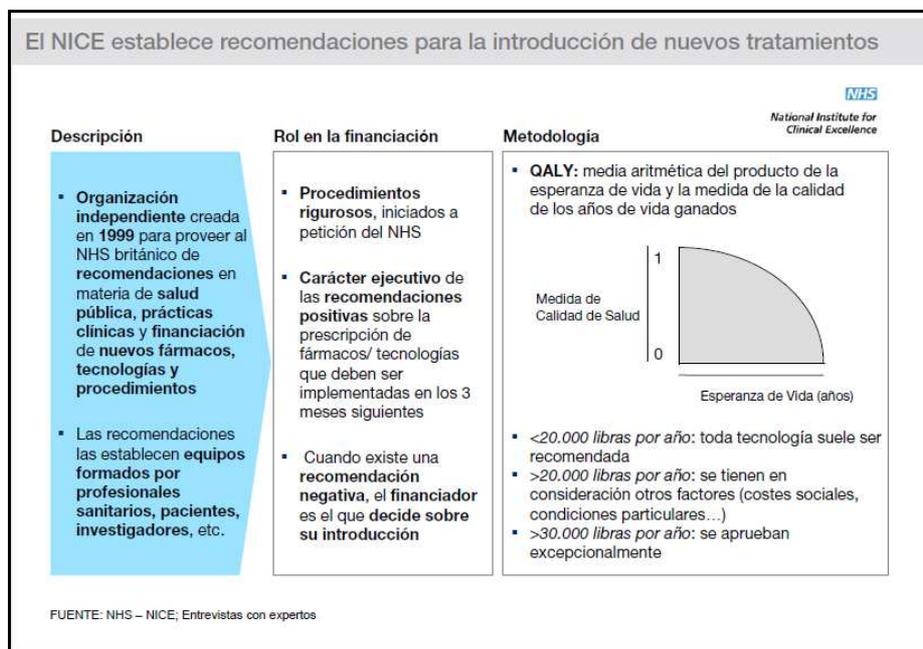
---

<sup>36</sup> Se trata de un organismo independiente creado por el Gobierno británico en el año 1999. El NICE se encarga de decidir qué medicamentos y tratamientos están disponibles para el NHS de Inglaterra y Gales. Escocia y el Norte de Irlanda tienen organizaciones separadas para tomar sus decisiones.

en nuestro país (Agencia del Medicamento a nivel nacional, y otras a nivel regional: Agencia de Evaluación de Tecnologías del Instituto de Salud Carlos III de Madrid, Agencia de Calidad y Evaluación Sanitarias de Cataluña, Agencia de Evaluación de Tecnologías del País Vasco, etc.), aunque sus avances no son uniformes. Para conseguir una integración entre todas ellas, se podría tomar ejemplo del NICE británico, cuyo éxito se basa en: (Cuadro 4.4).

- ✚ La elaboración de todas sus recomendaciones se hace de manera transparente.
- ✚ Todos los integrantes en el sistema sanitario (“stakeholders”) proponen recomendaciones, ya sean positivas o negativas, sobre el NHS.
- ✚ Se emplea un criterio universal para tomar decisiones denominado coste por QALY (coste de ganar un año de vida saludable).
- ✚ Se establecen límites máximos de coste para financiar o no los productos o tecnologías sanitarias con recursos públicos.

**Cuadro 4.4: Principales características del NICE británico**



Fuente: FEDEA-McKinsey (2009, p.22)

Por lo tanto, aunque los últimos cambios no incluyen un “NICE a la española”, eso no es excusa para no realizar una evaluación económica de la política sanitaria. Se podría desincentivar el uso de procedimientos que no aportan valor eliminándolos de la cartera de servicios o manteniéndolos bajo copago evitable, determinar qué proveedores deben suministrar los servicios, o reducir la frecuencia de uso de los tratamientos (García-Armesto, Ridao y Bernal-Delgado, 2013). Además, “sin evaluación económica, la efectividad de algunos aparatos y dispositivos médicos está en juego, amén de la seguridad de algunos pacientes, como la confianza del público y la de los profesionales, y también lo están la solvencia y sostenibilidad del SNS tal como aún los disfrutamos hoy” (Campillo Artero, 2013).

## CONCLUSIONES Y RETOS PENDIENTES

Del análisis elaborado en el presente trabajo de investigación, se pueden extraer, entre otras, las siguientes conclusiones:

1. El Sistema Sanitario Español está financiado, principalmente, con recursos públicos, dado que un 71,5% del gasto sanitario es de origen público. Sin embargo, si se establece una comparación con los países europeos que poseen un modelo sanitario tipo Beveridge, no supone un porcentaje muy elevado, dado que en los países del norte europeo e Italia se alcanzan porcentajes superiores al 80%. A pesar del carácter público que adquieren los SNS, el papel de los seguros privados no pasa desapercibido. En el caso español, éstos financian el 26,5% del Sistema Sanitario, lo que le sitúa en el tercer país, de entre los diez que sustentan un modelo sanitario Beveridge en Europa, que emplea, en mayor medida, esta alternativa de financiación.
2. Cada país divide sus respectivas administraciones en un determinado número de niveles territoriales y les asignan responsabilidades diferentes, lo que dificulta la realización de comparaciones, al respecto. España se divide en 17 CCAA y 2 Ciudades Autónomas, contando a su vez, con 8.116 municipios, lo que implica un sector público de gran tamaño difícil de controlar. Otros países como Finlandia o Dinamarca han iniciado, en sus últimas reformas, fusiones entre niveles territoriales (mergers) para tratar de recentralizar algunas competencias y buscar mayores niveles de eficiencia en la provisión de salud a los ciudadanos.
3. Las administraciones que más gasto efectúan en nuestro país son la central y la autonómica. En ésta última, la Sanidad y la Educación absorben más de la mitad de los recursos. Concretamente, más del 90% del gasto en sanidad, lo efectúa la administración autonómica.
4. El gasto producido por el total de Administraciones Públicas no ha parado de crecer desde el año 2007. El análisis económico determina que la mayor parte de dicho gasto se canaliza hacia la remuneración del personal y a financiar

transferencias tales como las prestaciones por desempleo, las prestaciones por incapacidad temporal, y el Fondo de Garantía Salarial. En cuanto al análisis funcional, más de la mitad del gasto público se destina a financiar los servicios de protección social y salud, además, en el periodo 2007-2011, las políticas principalmente ejecutadas, en estas partidas, han sido de carácter expansivo.

5. Desde el año 2002, cuando la descentralización de competencias en materia sanitaria finalizó, el gasto efectivamente liquidado ha crecido muy por encima del previamente presupuestado, lo que pone el punto de mira sobre la falta de control de los recursos que supone la provisión descentralizada. Las regiones de Cantabria, Extremadura, Galicia y La Rioja experimentaron comportamientos opuestos al total autonómico, en todo el periodo analizado; sin embargo, la diferencia entre ambos tipos de gasto sigue siendo incontrolable.
6. Las regiones con un mayor volumen de gasto total, en términos per cápita, son Cantabria, Extremadura, País Vasco y La Rioja. Por el contrario, las que menos recursos destinan por habitante son Andalucía, Valencia, Canarias, Baleares, Madrid y Murcia. Este hecho se explica por la existencia de economías de escala. Además, cuando analizamos el gasto sanitario el comportamiento entre regiones es similar, gastan más La Rioja, País Vasco, Navarra, Asturias y Cantabria, y destinan menos recursos por habitante Andalucía, Baleares, Madrid, Cataluña y Valencia.
7. Del análisis económico del gasto autonómico efectuado, se pueden realizar las siguientes consideraciones:
  - Los “gastos de personal” son la partida que más recursos absorbe, de hecho, no han parado de crecer desde el estallido de la crisis económica en nuestro país. Aunque esta partida es la que absorbe más recursos, las regiones de País Vasco y Cataluña priorizan otras partidas de gasto, mientras que Asturias, Castilla y León, Castilla la Mancha y Extremadura son las que mayor importancia le otorgan, sobre todo, en 2013.

- El siguiente destino de los recursos son las “transferencias corrientes”, aunque han experimentado ajustes a lo largo del periodo de estudio, 2007-2013. Las regiones que menos recursos destinan hacia esta partida son Aragón y Castilla y León, mientras que Murcia y Navarra lo hacen en porcentajes superiores al 30%, en el año 2013.
  - El tercer puesto lo ocupan los “gastos corrientes en bienes y servicios”. Las regiones donde esta partida adquirió mayor peso fueron Murcia y Navarra. Además, incrementándose en todas las Comunidades, excepto en Andalucía, Baleares y Canarias.
  - El resto de partidas, los pasivos, activos y gastos financieros, las transferencias de capital y las inversiones reales juegan un papel menos significativo en el presupuesto nacional y autonómico. Las dos últimas partidas, en el periodo 2007-2013, han ido perdiendo peso, mientras que el resto de partidas se han incrementado, sobre todo, los gastos financieros.
8. En cuanto al análisis funcional del gasto autonómico se pueden extraer, entre otras, las consideraciones siguientes:
- La “producción de bienes públicos de carácter preferente” absorbe más de la mitad del gasto total presupuestado. Por Comunidades Autónomas, Navarra es la única región que no llega a destinar la mitad del presupuesto hacia esta partida.
  - En segundo término están las “actuaciones de carácter general”, con mayor peso en las regiones de Navarra, Aragón y Canarias. En esta partida destaca la falta de ajustes presupuestarios que otras partidas han experimentado a lo largo del periodo analizado.
  - Las “actuaciones de carácter económico”, las “actuaciones de protección y promoción social” y los “servicios públicos básicos” cuentan con un menor peso en el total autonómico y por Comunidades. Las dos primeras partidas

experimentaron ajustes entre todas las regiones, mientras que los “servicios públicos básicos”, considerando el total regional, se vieron incrementados, aunque con diferencias entre Comunidades.

**9.** La sanidad es la partida que absorbe más de la mitad de los recursos dentro de la “producción de bienes de carácter preferente”, además, su crecimiento ha sido proporcionalmente mayor al del PIB, lo que pone de manifiesto la insostenibilidad del Sistema Sanitario español. Además, la falta de control en los gastos también está presente en esta materia. Las CCAA que experimentaron mayores desajustes desde 2007 fueron Aragón, Asturias, Valencia, Castilla la Mancha, Cataluña, Ceuta, Baleares y Madrid.

**10.** Del análisis económico del gasto sanitario podemos deducir que:

- La “remuneración del personal” es la que absorbe la mayor parte de los recursos, excepto en Cataluña y Valencia, que los desvían hacia otras partidas de gasto.
- El segundo puesto lo ocupa el consumo intermedio. La región valenciana ha priorizado esta partida frente a los gastos de personal en el último año disponible, 2011.
- El resto de partidas, las “transferencias corrientes”, el “consumo de capital fijo”, los “conciertos” y los “gastos de capital” suponen un porcentaje más reducido, aunque algunas de ellas como los “conciertos” no han parado de crecer, sobre todo en Cataluña, donde además supone una parte sustancial del gasto, concretamente, casi un 30%. La financiación de los “conciertos” abre el debate de la privatización sanitaria, dada la falta de evidencia empírica sobre este término y la experiencia británica acontecida en el hospital de Stafford. Es decir, las regiones españolas están acudiendo a esta forma de colaboración público-privada, al permitirles reducir el gasto sanitario frente al Sistema de Cuentas Europeo, sin tener en cuenta la repercusión social que puede tener.

**11.** El análisis funcional del gasto sanitario, desde todas las clasificaciones proporcionadas por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, otorga las siguientes conclusiones:

- Los hospitales y la atención especializada absorben la mayor parte del gasto, sobre todo en Cataluña, Andalucía y Madrid. Aunque, en términos per cápita los resultados apuntan a un mayor gasto por parte del País Vasco, La Rioja y Navarra.
- El segundo puesto lo ocupan los gastos en farmacia. Las regiones que más gastan, en términos absolutos, son Andalucía, Cataluña y Valencia, mientras que si se considera la población protegida de cada comunidad, Asturias, Extremadura y Galicia son las que más recursos destinan.
- En tercer lugar, se ubica la atención primaria, que al igual que, en las partidas anteriores, si se considera el total del gasto, Andalucía, Cataluña y Madrid son las que más gastan, mientras que el gasto por habitante es mayor en las regiones de Castilla y León, Extremadura y País Vasco.
- El resto de partidas, servicios de salud pública, servicios colectivos de salud, traslado, prótesis y aparatos terapéuticos y gastos de capital suponen una parte menor del gasto. En cuanto a los servicios de salud pública, todas las regiones han reducido sus recursos a lo largo del periodo analizado, 2007-2013, motivado principalmente por la compra centralizada de algunos medicamentos como las vacunas.

**12.** Existen más causas que favorecen el incremento del gasto sanitario, más que la descentralización competencial en sí. Éstas son, entre otras:

- La evolución de la tecnología médica.

- El incremento en la utilización de los servicios, motivado principalmente por el envejecimiento poblacional, el aumento de enfermedades crónicas, hábitos de vida poco saludables, falta de concienciación acerca del coste, etc.
  - La evolución de los precios sanitarios por encima de la inflación así como la existencia de un modelo sanitario obsoleto basado en la falta de integración asistencial entre niveles, los bajos niveles de productividad, la rigidez en la adaptación del personal a las nuevas tecnologías, etc.
  - La existencia de factores externos al SNS incide también en el incremento del gasto sanitario. En este sentido, la crisis económica, dado que motiva la aparición de enfermedades de tipo psicosomático, y el turismo sanitario, ya que si no se gestiona debidamente puede implicar una importante corriente de gasto.
- 13.** Los cambios más recientes en el SNS apuntan en la dirección correcta, pero no son suficientes para contener el inminente crecimiento del gasto sanitario. Se debería profundizar en aspectos tales como:
- Establecer condiciones de acceso al sistema más equitativas y justas para los ciudadanos. La última reforma deja fuera del aseguramiento a personas mayores de 26 años que nunca han cotizado a la Seguridad Social, lo que no se corresponde con la actual situación económica del país y las dificultades de encontrar un empleo. Además, este hecho supone una falta de equidad frente a personas que tampoco han cotizado y sí reciben asistencia, por el hecho de pertenecer a determinados estratos poblacionales. El resto de países europeos, analizados en este trabajo de investigación, no tienen en cuenta la edad a la hora de establecer este tipo de criterios, una persona que depende de otra que contribuye al sistema, independientemente de su edad, no queda fuera del sistema.
  - La nueva cartera de servicios es una buena iniciativa para distribuir los servicios en función de su necesidad y establecer mecanismos de

corresponsabilidad ciudadana, en aquellos menos necesarios. No obstante, con el análisis comparado que se ha realizado, se puede comprobar que existen determinados servicios de acceso gratuito en España que en otros están sujetos a copago, o directamente están fuera de la cobertura pública. Este hecho refuerza el fenómeno del turismo sanitario, por ejemplo, los británicos vienen a operarse a nuestro país de rodilla, cadera, cirugía cardíaca o cataratas, servicios que no se encuentran financiados por el NHS. El determinar estándares comunes con el resto de países europeos, en este sentido, sería una buena opción si queremos evitar su uso desmesurado y reducir el gasto sanitario; sin embargo, establecer un copago con excepciones que no reduzca la demanda necesaria de este tipo de servicios y que éste no sea más caro que el establecido en el resto de países, podría ser una forma de convertir un gasto inevitable en un ingreso para el SNS.

- El mecanismo de copago que tiene actualmente implantado España no evita el uso innecesario de servicios así como su abuso. El tener solamente en cuenta la condición de pensionista o una renta baja para poder quedar exento del mismo no reduce la demanda innecesaria, sino que lo único que trata es de recaudar más de aquellas personas que poseen rentas más elevadas. Un buen copago es aquel que evita el uso abusivo de los servicios sanitarios sin alterar el acceso a los mismos, por lo que los criterios que se deberían tener en cuenta a la hora de establecer un mecanismo de esta naturaleza debe ser el estado de salud de las personas. Es decir, los enfermos crónicos, las mujeres embarazadas, las personas discapacitadas, etc. son las que deberían estar también dentro de esas exenciones, independientemente de su situación económica.
- El sistema de precios de referencia establecido con la última reforma sanitaria desinvierte en aquellos medicamentos que cubren síntomas menores, sin embargo, no tiene en cuenta criterios de coste-efectividad o coste por AVAC (año de vida ajustado por calidad) que son más apropiados a la hora de determinar qué productos médicos deberían financiarse con recursos públicos. Además, la creación de un comité asesor que valore las nuevas adquisiciones de productos y/o tecnologías está lejos del NICE británico. La

creación de un organismo similar comienza por la integración de las agencias de este tipo ya existentes en nuestro país y su independencia del Ministerio para evitar prejuicios de carácter político. De esta manera, las inversiones en materia sanitaria generarían un rédito social y se evitaría el despilfarro de recursos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACERETE, B., STAFFORD, A., y STAPLETON, P. (2011):** “Spanish healthcare public private partnerships: The ‘Alzira model’.” *Critical Perspectives on Accounting*, 22(6), 533-549.
- AHN, N., ALONSO MESEGUER, J. y HERCE SAN MIGUEL, J. A. (2003):** “Gasto Sanitario y envejecimiento de la población en España. Documentos de Trabajo 7”. *Fundación BBVA*. Bilbao.
- ARGENTE, M. (2007):** “Una revisión de las medidas de racionalización del gasto sanitario público aplicadas en Catalunya” *Presupuesto y Gasto público* 47/2007. pp. 163-177. Secretaría General de Presupuestos y Gastos. Instituto de Estudios Fiscales.
- ASOCIACIÓN DE ECONOMÍA DE LA SALUD (2011):** “La sanidad pública ante la crisis. Recomendaciones para una actuación pública sensata y responsable”. Documento de Debate.
- ATKINSON, S. (2007):** “Approaches to studying decentralization in health Systems”. Decentralization in health care. European Observatory on Health Systems and Policies Series. pp. 87-104. Open University Press.
- BERNAL-DELGADO, E. y ORTÚN-RUBIO, V. (2009):** “La calidad del Sistema Nacional de Salud: base de su deseabilidad y sostenibilidad”. *Gaceta Sanitaria* 24(3): 254-258.
- BEVAN, A. (2011):** *In Place of Fear*. pp.73-92. Ed. Thomas Press.
- BRAÑA PINO, F. J. (2006):** “Descentralización y eficiencia. Los límites del federalismo económico”. *Colección Mediterráneo Económico: un balance del estado de las Autonomías*. No. 10. pp. 69-108.
- BREUSS, F. y ELLER, M. (2003) :** “Efficiency and Federalism in the European Union The Optimal Assignment of Policy Tasks to Different Levels of Government “. *Research Institute for European Affairs*. University of Economics and Business Administration, Vienna. Working Paper nº 50.
- CASAHUGA, A. (1982):** “La invalidez general del teorema de la descentralización”. *Cuadernos Económicos del ICE*. Nº 20.
- COLLINS, C. y GREEN, A. (1994):** “Decentralization and primary health care: some negative implications in developing countries”. *International Journal of Health Services*. 24: 459-75.
- CAMPILLO, C. (2013):** “La desregulación de los aparatos y dispositivos médicos en Europa” FEDEA
- CONDE-RUIZ, J.I. y GONZÁLEZ, C.I. (2012):** “Reforma de pensiones 2011 en España: una primera valoración”. Colección de Estudios Económicos. FEDEA.
- CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS MÉDICOS DE ESPAÑA (2012):** “Profesión Médica y Reforma sanitaria. Propuestas para una acción inmediata”.

**CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA DE 1978.**

**COSTA I FONT, J. (2012):** “Descentralización de los sistemas sanitarios europeos: ¿entre la innovación y la eficiencia?”. *Ekonomiaz*, No. 8.

**COSTA I FONT, J. (2012):** “Reforma sanitaria de urgencia y con poca luz: ¿oxígeno, me-too o placebo?”. Centro de investigación en economía de la salud. Universidad Pompeu Fabra.

**DEL PINO, E. y RUBIO LARA, M. J. (2013):** Los Estados de Bienestar en la encrucijada. Políticas Sociales en Perspectiva comparada. Ed. Tecnos. Madrid.

**EUROP ASSISTANCE (2013):** Barómetro de Salud y Sociedad Europ Assistance/CSA. 7ª Edición del Barómetro.

**FEDEA (2009):** “Impulsar un cambio posible en el sistema sanitario”. McKinsey and Company.

**FESLER, J.W. (1968):** Centralization and decentralization. In Sills, D.L., ed., *International encyclopedia of the social sciences*, vol. 2. New York, The Macmillan Company and The Free Press.

**FRANCIS, R. (2013):** Report of the Mid Staffoedshire NHS Foundation Trust Public Inquiry. The Stationery Office. London.

**FREIRE, J. M. (2012):** “El Sistema Nacional de Salud español en perspectiva comparada europea: diferencias, similitudes, retos y opciones” Artículo recuperado el 13 de Abril de 2013 de: [http://www.saludinnova.com/communities/economia/docs/download/file.php\\_file=FJos\\_e\\_Manuel\\_Freire%20SNS.pdf](http://www.saludinnova.com/communities/economia/docs/download/file.php_file=FJos_e_Manuel_Freire%20SNS.pdf)

**GARCÍA-ARMESTO, S., RIDAO, M., y BERNAL-DELGADO, E. (2013):** “¿Cartera de servicios sostenible? Desinvertir en bajo valor para mantener la valía del SNS? FEDEA

**GIL-RUIZ, C. L, y IGLESIAS QUINTANA, J. (2007):** “El gasto público en España en un contexto descentralizado”. *Presupuesto y gasto público* 47/2007: 185-206. Secretaría General de Presupuestos y Gastos. Instituto de Estudios Fiscales.

**GÓMEZ-POMAR, J., GARCÉS SAN AGUSTÍN, M. y ELORRIAGA PISARIK, G. (2010):** Por un Estado autonómico racional y viable. FAES. Fundación para el Análisis y los Estudios Sociales.

**GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL, B. (2013):** “La gestión privada de la sanidad pública ¿una huída hacia delante?” FEDEA.

**GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL, B. y PUIG-JUNOY, J. (2012):** “Launching prices for New Pharmaceuticals in Heavily Regulated and Subsidized Markets”. *Barcelona GSE Working Paper Series*. Working Paper nº638.

**GRUPO DE TRABAJO DE ANÁLISIS DEL GASTO SANITARIO (2005):** Informe del grupo de trabajo de análisis del gasto sanitario público.

**HAGIST, C. y LAURENCE, J.K. (2009) :** “Who’s going broke ? Comparing growth in Public Healthcare Expenditure in ten OECD countries.” *Hacienda Pública Española*. 188-(1/2009): 55-72. Instituto de Estudios Fiscales.

- INE (2010):** “Proyección de la población de España a Largo Plazo, 2009-2049”, *Notas de prensa*, pp. 1-8.
- INE (2013):** “Encuesta de Condiciones de vida”, *Notas de prensa*, pp. 1-13.
- INE (2013):** “Encuesta Nacional de Salud 2011-2012”, *Notas de prensa*, pp. 1-12.
- JOUMARD, I., KONGSRUD, P. M, NAM, Y-S. Y PRICE, R. (2004):** “Enhancing the cost effectiveness of public spending: Experience in OECD countries.” *OECD Economic Studies*, No. 37, 2003/2
- LARKIN, M. (2011):** *Social Aspects of Health, Illness and Healthcare*. Ed. Open University Press. England.
- LOBO, F. (2013):** “La Sanidad de Madrid en la encrucijada” FEDEA
- LÓPEZ I CASASNOVAS (2012):** “Repensar el Estado de bienestar: la sostenibilidad del bienestar intergeneracional en España y la OCDE”. *Ekonomiaz*, No. 81.
- LÓPEZ CASASNOVAS, G., PUIG-JUNOY, J., GANUZA, J. J., PLANAS MIRET, I. (2003):** Los nuevos instrumentos de la gestión pública. *Colección de estudios económicos*. No. 31, Servicio de Estudios “La Caixa”. Barcelona.
- LÓPEZ I CASASNOVAS, G (2010):** “Las cifras del gasto sanitario en su comparativa. Errores y omisiones”. *Gestión clínica y sanitaria*. Volumen 12. No. 1. Universitat Pompeu Fabra.
- MAGNUSSEN, J., TEDIOSI, F., MIHÁLYI, P. (2007):** “Effects of decentralization and recentralization on economic dimensions of health systems”. *Decentralization in health care*. European Observatory on Health Systems and Policies Series. pp. 105-119. Open University Press.
- MILLS, A. (1994):** “Decentralization and accountability in the health sector from an International perspective: what are the choices? *Public Administration and Development*, 14: 281-92.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (2005):** Informe del grupo de trabajo de análisis del gasto sanitario. IGAE.
- MINISTERIO DE HACIENDA Y ADMINISTRACIONES PÚBLICAS:** Presupuestos iniciales de las Comunidades Autónomas. Áreas y políticas de gasto. Datos consolidados depurados IFL y PAC.
- MINISTERIO DE HACIENDA Y ADMINISTRACIONES PÚBLICAS:** Liquidación de presupuestos de las Comunidades Autónomas. Grupos de función y funciones. Datos consolidados.
- MINISTERIO DE HACIENDA Y ADMINISTRACIONES PÚBLICAS:** Informes y cuentas económicas del sector público. Contabilidad Nacional. IGAE.
- MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD:** Portal estadístico del Sistema Nacional de Salud. Barómetro sanitario.

- MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD:** Sistema de cuentas de salud. Serie histórica 2003-2011.
- MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD:** Cuenta Satélite del Gasto Sanitario Público. Estadística de Gasto Sanitario Público.
- MINISTRY OF SOCIAL AFFAIRS AND HEALTH (2013):** “Interim report on the reform of social welfare and health care services specifies Government policies”. Finlandia.
- MONTERO, R. Y JIMÉNEZ, J. (2008):** “Evolución de la equidad interterritorial en el acceso a los servicios sanitarios entre las CCAA españolas (1987-2003) y su relación con la evolución del gasto sanitario público”. *Cuadernos Económicos de ICE*. No. 75. pp. 167-189.
- MORENO MILLÁN, E. (2007):** “Ventajas e inconvenientes del copago en la financiación y gestión de la atención sanitaria urgente”. *Punto de vista*. Sevilla.
- MORGAN, K. (2002):** “The English question: regional perspectives on a fractured nation”. *Regional Studies* 36, 797-810.
- MUSGRAVE, R.A. (1983):** Who should tax, where, and what? In McLure, C.E., ed., *Tax assignment in federal countries*. Canberra, Australian National University Press.
- NORWEGIAN MINISTRY OF HEALTH AND CARE SERVICES (2009):** “The Coordination Reform. Proper treatment- at the right place and right time”. Report No. 47 (2008-2009) to the Storting.
- OATES, W.E. (1972):** Fiscal Federalism. New York, Harcourt Brace Jovanovitch.
- OCDE Health Data (2013):** Online database. Health expenditure and financing.
- OLIVA, J. (2012):** “Gestión pública o privada de servicios sanitarios (I): elementos para un debate informado”. FEDEA
- OLIVA, J. (2013):** “Evaluación económica de intervenciones sanitarias en España. Diagnóstico: pendiente” FEDEA
- ORTÚN, V. (2013):** “Los conflictos sanitarios pasan, los daños permanecen. La conveniente mejora del gobierno y de la organización sanitaria.” FEDEA
- PEIRÓ, M. Y BARRUBÉS, J (2012):** “Nuevo contexto y viejos retos en el sistema sanitario”. *Revista española de cardiología*, 65 (7), pp. 651-655
- PEIRÓ, S. Y MENEU, R. (2012):** “Eficiencia en la gestión hospitalaria pública: directa vs privada por concesión”. FEDEA
- PÉREZ, J. A. (2009):** “Introducción sobre la aplicación de los criterios de SEC 95 a las cuentas públicas”. *Presupuesto y gasto público*. 54/2009: 115-126. Secretaría General de Presupuestos y Gastos. Instituto de Estudios Fiscales.
- PRICE WATERHOUSE COOPERS (2005):** “HealthCast 2020: Creating a Sustainable Future”
- PRUD’HOMME, R. (1995):** “The dangers of decentralization”. *The World Bank Research Observer*, 10: 201-20.

- PUIG-JUNOY, J., CASADO MARÍN, D., GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL, B., LÓPEZ-CASASNOVAS, G., PLANAS MIRET, I., PUYOL GONZÁLEZ, A., RODRÍGUEZ MARTÍNEZ, M., Y TUR PRATS, A. (2007):** La corresponsabilidad individual en la financiación pública de la atención sanitaria. *Informes FRC*. No. 1. Fundació Rafael Campalans. Barcelona.
- PUIG-JUNOY, J. y TRAPERO-BERTRÁN, M. (2013):** “La evaluación económica de medicamentos como factor de sostenibilidad de la sanidad pública” FEDEA
- PUIG-JUNOY, J. (2006):** “¿Es la financiación sanitaria suficiente y adecuada?”. *Gaceta Sanitaria*, 20 (Supl 1): 96-102. *Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES)*. Universitat Pompeu Fabra. Barcelona.
- PUIG-JUNOY, J. (2012):** “Reforma sanitaria de urgencia y con poca luz: ¿oxígeno, me too o placebo? Diez notas a propósito del Real-Decreto Ley 16/2012 de medidas urgentes para el Sistema Nacional de Salud”. *Diari ARA*. Universitat Pompeu Fabra. Barcelona.
- PUYOL GONZÁLEZ, A. (2007):** “Ética y racionalidad de la contribución financiera del usuario de la sanidad pública”. *Informes FCR*: Núm.1 pp.39-56.
- 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.
- RODDEN, J.A. (2005):** *Hamilton’s Paradox: The Promise and Peril of Fiscal Federalism*. Cambridge University Press.
- RODRIGUEZ POSE, A. y BWIRE, A. (2005):** “La ineficiencia económica de los procesos de descentralización”. *Ekonomiaz*. Nº 58 pp. 146-175.
- RONDINELLI, D.A. (1983):** *Decentralization in developing countries*, Staff Working Paper 581. Washington, DC, World Bank.
- SALTMAN, R. B., BANKAUSKAITE, V., VRANGBAEK, K. (ed.) (2007):** *Decentralization in Health Care. Strategies and outcomes*. Ed. Mc Graw Hill. Open University Press. USA.
- SÁNCHEZ, F. y ABELLÁN, J. (2013):** “Las concesiones de obra pública en sanidad (PFI): entre decepcionantes e inevitables” FEDEA
- SÁNCHEZ, F. (2007):** “Medidas de racionalización del gasto sanitario y su aplicación: un enfoque alternativo sobre las centrales de compra” *Presupuesto y Gasto público* 47/2007. pp. 179-192. Secretaría General de Presupuestos y Gastos. Instituto de Estudios Fiscales.
- SANTALÓ (2011):** “Descentralización y desarrollo económico ¿tienen las regiones incentivos para promover el crecimiento económico?” FEDEA
- SHERWOOD, F.P. (1969):** *Devolution as a problema of organization strategy*. In Dalan, R.T., ed., *Comparative urban research*. Beverly Hills, CA, Sage.
- SIMÕES, J. (2012):** “The Portuguese Healthcare System: Successes and Challenges” *Medical Solutions*.

- THE ECONOMIST (2013):** “Free for all, NHS tourism” *The Economist*. 32 (US) Infotrac Newsstand.
- THOMAS MEIRION, J. (2013):** “International health service: The NHH’s foreing patient problem is even worse than I thought”. *The spectator*.
- THOMSON, S., OSBORN, R., SQUIRES, D., JUN, M. (2012):** “International Profiles of Health Care Systems, 2012”. *The Commonwealth Fund*. New York.
- TIEBOUT, C.M. (1956):** “A pure theory of local expenditure”. *Journal of Political Economy*, 64: 416-24.
- URBANOS, R. (2007):** “Equidad en el acceso a los servicios sanitarios: una revisión de la evidencia disponible”. *Inguruak*. No.44. pp. 183-192.
- URBANOS, R. (2010):** “La salud en todas las políticas. Tiempo de crisis, ¿tiempo de oportunidades? Informe SESPAS 2010”. *Gaceta Sanitaria*. Vol. 24. No. S1. pp. 7-11.
- VAN DOORSLAER, E. MASSERIA, A. KOOLMAN, X. (2006).** “Inequalities in access to medical care by income in developed countries”. *Canadian Medical Association Journal*, 174(2):177-183.
- WASEM, J. (1997):** “A study on decentralizing from acute care to home care settings in Germany”. *Health Policy*, 41 (suppl.): 109-29.