



CONSEJO ECONOMICO Y SOCIAL
DE LA REGION DE MURCIA



FINANCIACIÓN Y EFICIENCIA DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE LA REGIÓN DE MURCIA

FINANCIACIÓN Y EFICIENCIA DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE LA REGIÓN DE MURCIA

José María Abellán Perpiñán
(Universidad de Murcia)

Jorge Eduardo Martínez Pérez
(Universidad de Murcia)

Ildefonso Méndez Martínez
(Universidad de Murcia)

Fernando Ignacio Sánchez Martínez
(Universidad de Murcia)

Silvia Garrido García
(Universidad de Murcia)



Colección Estudios • Número 32

La responsabilidad de las opiniones expresadas en las publicaciones editadas por el C.E.S. incumbe exclusivamente a sus autores y su publicación no significa que el Consejo se identifique con las mismas.

Se autoriza la reproducción total o parcial de obra, citando su procedencia.

© Copyright. 2011. Consejo Económico y Social de la Región de Murcia.
Edita y distribuye: Consejo Económico y Social de la Región de Murcia.
C/. Alcalde Gaspar de La Peña, 1 - 30004 Murcia.
www.cesmurcia.es

I.S.B.N.: 978-84-695-3973-6
Depósito Legal: MU 666-2012

Edición a cargo de: Compobell, S.L. Murcia

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	7
PRÓLOGO	9
RESUMEN EJECUTIVO	11
1. EL GASTO SANITARIO PÚBLICO EN ESPAÑA Y EN MURCIA	39
1.1. Evolución reciente del gasto sanitario público	39
1.1.1. El gasto sanitario en España y en el contexto internacional ...	39
1.1.2. Evolución comparada del gasto sanitario público de la Región de Murcia	63
1.2. Factores determinantes de la evolución del gasto sanitario público en España y en la Región de Murcia	92
1.2.1. El «enfoque del residual»: antecedentes y metodología	92
1.2.2. Descomposición del crecimiento del gasto sanitario de las CC.AA. según el «enfoque del residual»	96
1.2.3. Un intento de explicar el «factor residual» mediante el análisis de regresión	108
1.3. Escenarios de evolución futura de las necesidades de gasto sanitario público	120
1.3.1. Introducción	120
1.3.2. Material y Métodos	122
1.3.3. Resultados de las proyecciones de gasto	127
2. LA FINANCIACIÓN SANITARIA EN LA REGIÓN DE MURCIA	135
2.1. Evolución comparada de los recursos financieros proporcionados por el sistema de financiación autonómico de la Ley 21/2001	135
2.1.1. Introducción	135
2.1.2. El modelo de financiación del periodo 2002-2008	137
2.1.3. La financiación de la CARM y de las CC.AA. de Régimen Común en el periodo 2002-2008	141

2.2. La garantía de la financiación de la sanidad en el modelo de 2001 .	149
2.3. El marco financiero del nuevo sistema de financiación autonómico de la Ley 22/2009 (modelo 2009)	153
2.3.1. El modelo de financiación a partir de 2009	153
2.3.2. Financiación de la CARM y de las CC.AA. de Régimen común en el año 2009	156
2.3.3. Estimaciones de los recursos de la CARM en el periodo 2010-2012	162
3. BALANCE ACERCA DE LA SOSTENIBILIDAD FINANCIERA DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE LA REGIÓN DE MURCIA	169
3.1. Análisis retrospectivo de la sostenibilidad financiera del gasto sanitario en la Región de Murcia	169
3.2. Perspectivas futuras sobre la sostenibilidad del sistema sanitario regional	172
4. ANÁLISIS DE LA EFICIENCIA DEL SISTEMA REGIONAL DE SALUD	177
4.1. Evolución del stock de salud en la Región de Murcia en el periodo 2004-2009	177
4.1.1. Introducción	177
4.1.2. Antecedentes	179
4.1.3. Datos	182
4.1.4. Metodología	190
4.1.5. Resultados	195
4.2. Efectividad y rendimiento de la inversión sanitaria en la Región de Murcia	210
4.2.1. Metodología	210
4.2.2. Resultados	211
5. DIAGNÓSTICO Y PROPUESTAS DE MEJORA	215
5.1. Fundamentos teóricos y evidencia empírica	215
5.1.1. Marco conceptual para abordar el análisis del sistema regional de salud	215
5.1.2. Decisiones de cobertura y copago	216
5.1.3. Cambios en la gestión y en las formas organizativas	247
5.1.4. La evaluación económica como herramienta de priorización de la cartera de servicios	264
5.1.5. Sistemas de compras y pagos a proveedores	272
5.2. Problemas detectados por los actores del sistema regional de salud	296
5.2.1. Metodología: cuestionario sobre sostenibilidad del sistema regional de salud	296
5.2.2. Análisis de las respuestas	301
5.3. Propuestas de mejora del sistema regional de salud	313
5.3.1. Propuestas en el ámbito de la financiación de la Hacienda Regional	313

5.3.2. Decisiones de cobertura y copago	314
5.3.3. Cambios en la gestión y las formas organizativas	315
5.3.4. Sistemas de compras y pago a proveedores	317
5.3.5. Otras propuestas: política retributiva	317
 Apéndice 1. Medidas sobre gasto sanitario contenidas en el Plan Económico Financiero de Reequilibrio de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia	 319
 Apéndice 2. Principales líneas del plan «Estrategias 2015 para la Atención a la Salud»	 323
 BIBLIOGRAFÍA	 325

PRESENTACIÓN

Pocos servicios públicos en nuestro país son tan bien valorados por la ciudadanía como la asistencia sanitaria. De hecho, tal y como acredita el Barómetro Sanitario, cada año aproximadamente 7 de cada 10 ciudadanos españoles juzga favorablemente el funcionamiento del sistema sanitario público. Dicho sistema sale asimismo bien parado de las comparativas realizadas con otros países de la OCDE, de tal suerte que es capaz de ofrecer una cobertura sanitaria prácticamente universal a un coste inferior al de otros países con igual o mayor renta por habitante.

El agraciado retrato anterior no es, sin embargo, una descripción completamente fiel de la realidad del Sistema Nacional de Salud. En algo menos de un decenio, el transcurrido desde 2002 hasta la fecha, el gasto sanitario público realizado por el conjunto de las diecisiete comunidades autónomas prácticamente se ha duplicado, lo cual ha provocado que el volumen de recursos autonómicos absorbidos por los sistemas regionales de salud no haya dejado de crecer, representando en la actualidad entre un 40% y un 50% de los presupuestos autonómicos. Conviene aclarar que dicho crecimiento no se ha distribuido de una forma homogénea, siendo aquellas comunidades relativamente menos prósperas las que más han visto incrementarse su gasto sanitario público. Ello ha servido para que, en el caso concreto de la Región de Murcia, ese gasto llegue a representar el 8% del PIB regional. El dictamen positivo de los ciudadanos es así compatible con unas necesidades de financiación crecientes, que llevan ya varios años generando evidentes tensiones presupuestarias. Dichas tensiones afloran ahora, no obstante, exacerbadas, con ocasión de la delicada coyuntura económica que arrastra el país, y también la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

Ante un panorama de nulo crecimiento de la actividad económica como el actual, con un descenso notabilísimo de los ingresos tributarios y una magnitud de gasto sanitario público como la descrita, el Consejo Económico y Social de la Región de Murcia ha considerado oportuno promover la realización de un diagnóstico, lo más objetivo posible, acerca de la sostenibilidad financiera del sistema sanitario público regional. Ha querido, además, apartarse de enfoques centrados en la actividad sanitaria, como las comparativas internacionales mencionadas en el arranque de

esta presentación, e indagar acerca de la contribución del gasto sanitario público regional a la mejora de la salud de los habitantes de la Región de Murcia, el que debiera ser principal objetivo de la sanidad pública murciana. Este análisis de la financiación y de la eficiencia del sistema sanitario público de la Región de Murcia se aborda con la intención añadida de aportar ideas, propuestas si se quiere, para perfeccionar dicho sistema; de sugerir “buenas” prácticas que contribuyan a mejorar los resultados de salud del servicio público, garantizando su supervivencia.

El estudio que aquí se presenta aborda todos los objetivos enunciados. Revisa cómo ha variado el gasto sanitario regional, con diferentes niveles de desagregación, para acabar identificando los factores causales que promueven su evolución temporal, la más dinámica de todas las comunidades españolas. Merced a este análisis se identifica cuáles son los factores determinantes de la progresión del gasto sanitario público en la Región de Murcia. Se efectúan asimismo proyecciones acerca del comportamiento anticipado de dicho gasto para los próximos años, y se comparan las predicciones con la evolución prevista de los recursos financieros de la Región. La conclusión de tal ejercicio comparativo es que, al menos en el corto plazo, el sistema no será sostenible salvo que se ejecuten reformas que lo apuntalen. Las propuestas de mejora vertidas en este monográfico no cuestionan la esencia del modelo sanitario público vigente, pero sí sugieren cambios de mayor o menor calado en aspectos clave de su configuración, tales como el copago, las formas organizativas y de gestión de la provisión de recursos sanitarios, la utilización de la evaluación económica como criterio para establecer prioridades en la cartera de servicios y la aplicación de nuevos sistemas de compras y pago a proveedores.

Este trabajo ha sido realizado por el excelente equipo de investigadores que integran el *Grupo de Trabajo en Economía de la Salud* de la Universidad de Murcia, con amplia experiencia en este campo y reconocimiento internacional, encabezado por un gran investigador como D. José María Abellán Perpiñán, coordinador y coautor del estudio, y secundado por un brillante elenco de universitarios formado por D. Fernando I. Sánchez Martínez, D. Jorge Eduardo Martínez Pérez, D. Ildefonso Méndez Martínez y Dña. Silvia Garrido García. Un estudio que expresa las conclusiones, valoraciones y propuestas del equipo investigador, y, sin duda, enriquecerá el controvertido debate actual sobre el sistema regional de salud. A todos ellos quisiera agradecer muy sinceramente el notable esfuerzo realizado, así como la objetividad que a toda costa han preservado en sus análisis, siempre cimentados en la más actualizada evidencia teórica y empírica disponible.

Antonio Reverte Navarro
Presidente del Consejo Económico y
Social de la Región de Murcia

PRÓLOGO

Cuando unos colegas te contactan para prologar una obra, ello siempre es un honor. Cuando estos compañeros pertenecen a uno de los grupos de economía de la salud con mayor prestigio y reconocimiento a nivel nacional y con trabajos científicos de primer orden citados en la esfera internacional, el prólogo se convierte en una responsabilidad.

Más allá del conocimiento profesional del grupo, al revisar esta obra el lector rápidamente será consciente de dos hechos. El primero es que estamos ante un trabajo de madurez de un grupo sólido, capaz de compendiar experiencias de interés en muy diversos ámbitos dentro del campo de la organización y financiación sanitaria, pero también de generar nuevo conocimiento aplicado a su ámbito de interés: el sistema sanitario de la Región de Murcia. El segundo hecho reside en que, tanto por la temática que compone la obra como por la rigurosidad del trabajo presentado, esta obra debe ir inmediatamente a la mesa de los responsables del diseño y aplicación de las políticas sanitarias y de su gestión por su indudable utilidad.

La obra se articula en cinco grandes bloques: (i) el gasto sanitario público en España y en Murcia; (ii) la financiación sanitaria en la Región de Murcia; (iii) balance acerca de la sostenibilidad financiera del sistema sanitario público de la Región de Murcia; (iv) análisis de la eficiencia del sistema regional de salud; (y v) diagnóstico y propuestas de mejora. A lo largo de sus más de 300 páginas encontrarán tratados de manera seria, pero al tiempo accesible para personas no expertas en economía, temas tan complejos como son la evolución reciente del gasto sanitario público en un contexto internacional, nacional y regional, cuáles son los principales determinantes de la evolución de dicho gasto y la elaboración de escenarios futuros de comportamiento del mismo, la evolución comparada de los recursos financieros proporcionados por el sistema de financiación autonómico y la estimación de los recursos con los que cuenta la Región de Murcia para el sostenimiento de su sistema sanitario o la evolución de la salud (esperanza y calidad de vida) en la Región de Murcia en los últimos años.

Dejo para el final el bloque dedicado a diagnóstico y propuestas de mejora. En este apartado los autores desmontan el mito de que las personas que trabajan en la universidad se hayan instalados en una torre de marfil sin contacto con los problemas reales de la sociedad. Temas tan delicados como las decisiones de cobertura o el copago, los cambios en la gestión y en las formas organizativas de centros sanitarios, el papel que debe jugar la evaluación económica como herramienta de priorización de la cartera de servicios, las diferentes opciones de de compras, pago a proveedores o de políticas retributivas son abordados de manera abierta y comprometida.

El Sistema Nacional de Salud ha sido en nuestro país uno de los estabilizadores sociales clave para que la crisis económica no derivara en crisis social. El que los ciudadanos tengan acceso universal a la sanidad es un logro del que disfrutamos en todo tiempo, pero es un elemento de cohesión social y de protección de la salud que muestra todo su valor en momentos de crisis económica. En un contexto de ingresos públicos menguados parece un imperativo del que será difícil escapar el que nuestro sistema sanitario deberá hacer mejor con lo mismo (o con menos). Expresado en términos más concretos, la solvencia de nuestro Sistema Nacional de Salud y la posibilidad de desarrollar políticas que mitiguen los efectos de la crisis sobre la salud de los ciudadanos pasarán necesariamente por conjugar la gestión de los recursos con criterios de eficiencia, con un especial énfasis en la equidad de las políticas implementadas. Para ello, condiciones necesarias, aunque no suficientes, serán apoyarnos en las fortalezas de nuestro sistema, pero también identificar bolsas de ineficiencia para corregirlas, aprender de experiencias ajenas pero aplicarlas con inteligencia en nuestro medio, tomar decisiones informadas y cultivar la evaluación de nuestras políticas no como una herramienta relativamente útil, sino como el cambio cultural necesario para que nuestro sistema sanitario continúe manteniendo y mejorando el bienestar de nuestros ciudadanos, tal y como lo ha venido haciendo en las décadas que nos anteceden.

En este contexto tan complejo, una idea repetida una y otra vez es que hay que tomar decisiones valientes. Sin duda. Pero las decisiones deben ser sobre todo inteligentes y estar bien informadas. La obra que tienen ante sí es una herramienta de indudable valor para dar soporte al diseño de políticas de salud basadas en pruebas (“Evidence Based Policies”).

Mis enhorabuenas a los autores del trabajo, al Consejo Económico y Social de la Región de Murcia por su encargo, y mis mayores deseos de que los responsables sanitarios de la Región de Murcia utilicen esta herramienta de conocimiento en la toma de decisiones para el beneficio de sus ciudadanos.

Juan Oliva
Presidente de la Asociación de Economía de la Salud

RESUMEN EJECUTIVO

1. EL GASTO SANITARIO PÚBLICO EN ESPAÑA Y EN MURCIA

Evolución del gasto sanitario 2003-2009 en los países de la OCDE

- Documentamos una correlación positiva entre el gasto sanitario total, público y privado, en porcentaje del PIB y el nivel de desarrollo de los países de la OCDE, aproximado a través de la renta por habitante.
- De los 29 países OCDE analizados, España ocupa el puesto séptimo en el ranking de gasto sanitario en términos absolutos. Cuando la cifra de gasto sanitario se pone en relación al tamaño de la economía, España es un país cercano al promedio OCDE. No obstante, se mantiene por debajo de dicho promedio en la estadística de gasto sanitario por habitante.
- El gasto sanitario español representó el 9,5% del PIB en 2009. En términos capitativos superó ligeramente los 3.000 dólares por habitante, muy por debajo de los 3.600 dólares del promedio OCDE.
- Si discernimos entre gasto sanitario público y privado encontramos que España supera al promedio OCDE en gasto capitativo público.
- Independientemente de cómo relativicemos las cifras de gasto sanitario, encontramos que éste ha crecido más en España entre 2003 y 2006 que en la mayoría de países OCDE analizados. No obstante, el gasto sanitario público representa, en España, una fracción inferior a la de la mayoría de países de la Unión Europea analizados.
- Como norma general, el gasto sanitario público es el que explica la mayor parte del crecimiento registrado en el gasto sanitario total en los países OCDE. En España, cerca de cuatro quintas partes del crecimiento registrado en el gasto sanitario total se deben al dinamismo de su componente público. Este porcentaje excede al correspondiente al promedio OCDE.

Gasto sanitario corriente según función de atención de la salud

- En el conjunto de la OCDE, las funciones servicios curativos y de rehabilitación absorben más de la mitad del gasto sanitario total. España se mantiene por encima de la media, situándose el peso de las citadas funciones en el año 2009 cerca del 60%.
- Estas dos funciones han incrementado su peso relativo en el total de gasto a costa de una reducción en la importancia relativa de los medicamentos de prescripción.
- En el caso de España, esta evolución es congruente con la intensificación de la regulación sobre el reembolso público de los medicamentos dispensados en oficinas de farmacia desde el año 2003, fecha en la que se introduce un nuevo sistema de precios de referencia, al que siguen reducciones lineales en los precios industriales de los medicamentos y en los márgenes comerciales, y una nueva modificación del sistema de precios de referencia en el año 2007.

Gasto sanitario corriente según proveedor de atención de la salud

- Como norma general, en los países OCDE hay tres proveedores que destacan sobre el resto (por orden de importancia): proveedores de servicios sanitarios ambulatorios, hospitales y proveedores minoristas de bienes médicos.
- España se sitúa por encima de la media de la OCDE en relación al peso que reciben los hospitales y los proveedores de servicios sanitarios ambulatorios, mientras que las residencias de larga estancia y enfermería, así como los proveedores minoristas de bienes médicos, concentran un menor volumen de gasto sanitario corriente que el promedio.

Gasto sanitario corriente según financiador de atención de la salud

- En el promedio de la OCDE el gasto de las administraciones de Seguridad Social ha ganado peso a expensas de la reducción del gasto del resto de las AA.PP.
- En España encontramos la evolución opuesta. El peso del gasto del conjunto de las AA.PP. aumenta al tiempo que se reduce el correspondiente al gasto de las administraciones de Seguridad Social.
- Las diferencias entre países ponen de manifiesto la existencia de distintos modelos de financiación de la sanidad pública. Mientras que Canadá, España, Finlandia, Islandia y Suecia tienen un sistema basado en financiación vía ingresos generales, otros países como Alemania, Bélgica, Francia y la

totalidad de los países del este de Europa disponen de un sistema de financiación basado en cotizaciones sociales.

Evolución del gasto sanitario por comunidades autónomas: 2002-2009

- Entre 2002 y 2009 el gasto sanitario de las CC.AA. españolas prácticamente se duplicó en términos nominales. Murcia fue la CC.AA. que registró el mayor incremento en la cifra de gasto sanitario.
- El gasto sanitario autonómico supuso en 2009 un 6% del PIB en términos agregados. La Región de Murcia se sitúa entre las comunidades con un mayor índice relativo de gasto sanitario sobre el PIB, con un 8,31%, siendo solo superada por Extremadura y Castilla-La Mancha (8,37%).
- A diferencia de la correlación documentada en el ámbito internacional para el gasto sanitario total, encontramos una clara relación inversa entre el nivel relativo de gasto sanitario público expresado como porcentaje del PIB y el nivel de desarrollo regional medido a través de la renta per cápita.

Estructura del gasto sanitario según su naturaleza económica

- En 2009, casi la mitad del total de gasto sanitario de las CC.AA. se destinó a remuneraciones del personal. Los consumos intermedios y las transferencias corrientes absorbieron cada uno de ellos una quinta parte del gasto total. Los recursos destinados a conciertos con proveedores privados representaron un 9% del total. La estructura económica del gasto sanitario no ha registrado grandes modificaciones en el periodo analizado.
- En la Región de Murcia la composición del gasto en 2009 es muy similar a la del conjunto de comunidades, con un peso ligeramente superior de los gastos de personal (47%) y una menor importancia relativa de los conciertos (7%).
- Las estadísticas analizadas evidencian la existencia de varios «modelos» de provisión de la asistencia sanitaria en España. El caso más singular es el de Cataluña, con un elevado número de proveedores privados que elevan el peso relativo del gasto en conciertos y reducen el del resto de capítulos, en particular el de gastos de personal.
- La Región de Murcia dedica casi un 4% del PIB regional a remunerar al personal del sistema sanitario. Esta cifra equivale a 741 euros por habitante, esto es, un 18% más que la media nacional. A lo largo del periodo, los gastos de personal han crecido en Murcia a una tasa significativamente superior a la del conjunto de las CC.AA.

- Más de la mitad del crecimiento del gasto sanitario público en la Región de Murcia se explica por el dinamismo de la remuneración del personal sanitario.

Clasificación funcional del gasto sanitario público

- Más de la mitad del gasto en sanidad de las CC.AA. españolas se destina a la asistencia hospitalaria y especializada. La segunda función en orden de importancia no es, de hecho, la atención primaria, sino el gasto en Farmacia que absorbe una quinta parte del gasto en salud.
- La composición por funciones del gasto sanitario en la Región de Murcia apenas difiere de la comentada para el total nacional.
- Más del 60% del crecimiento total del gasto sanitario de las CC.AA. se debe a la contribución de la función servicios hospitalarios y especializados. En el caso de la Región de Murcia la contribución alcanza el 65%.

Factores determinantes de la evolución del gasto sanitario público en España y en la Región de Murcia

- En este trabajo presentamos una innovación metodológica que permite superar la reducida capacidad del método tradicionalmente utilizado para explicar el crecimiento del gasto sanitario para guiar la toma de decisiones.
- Como en el enfoque tradicional, descomponemos el crecimiento del gasto sanitario público en tres factores explicativos: factor demográfico, factor inflación y factor residual. A diferencia del enfoque tradicional, identificamos, por medio del análisis econométrico, los determinantes de los factores inflación y residual.
- Encontramos que el enfoque tradicional subestima la parte del crecimiento del gasto sanitario atribuible al incremento en los precios implícitos en la prestación del servicio sanitario, sobrestimando la importancia relativa del factor residual.
- El principal determinante del crecimiento del gasto sanitario público, tanto en la Región de Murcia como en la práctica totalidad de comunidades autónomas españolas, es el factor inflación. Como promedio del periodo 2002-2009, el 61,5% del crecimiento anual del gasto sanitario público en la Región de Murcia se explica por el factor inflación.
- Asimismo, nuestras estimaciones indican que el principal determinante del factor inflación es el incremento en la remuneración de asalariados unitaria o salario medio en los hospitales públicos y, en menor medida, en los centros de atención primaria. Estos dos factores explican, por sí solos y como promedio

para el periodo analizado, el 38% del crecimiento anual del gasto sanitario público en la Región de Murcia.

- El factor demográfico mide el efecto del incremento de población sobre el gasto sanitario público, así como el efecto del cambio en la distribución de la población por sexo y grupos de edad para unos niveles de consumo de recursos sanitarios dados.
- El factor demográfico explica, como promedio del periodo 2002-2009, el 24% del crecimiento anual del gasto sanitario público de la Región de Murcia. Seis comunidades autónomas superan a la Región de Murcia en importancia relativa del factor demográfico.
- El factor residual recoge el efecto de las variaciones producidas tanto en la cantidad como en la calidad de los servicios sanitarios consumidos por la población. Aproximadamente el 15% del crecimiento medio anual del gasto sanitario público de la Región de Murcia se debe al factor residual.
- Las estimaciones realizadas señalan a los consumos intermedios hospitalarios, a los incrementos en la plantilla del servicio autonómico de salud y a la inversión pública en el sector como los principales determinantes de la evolución del factor residual. Las elasticidades del crecimiento del factor residual respecto a estos tres factores son de 0.8, 0.7 y 0.3, respectivamente.

Evolución futura de las necesidades de gasto sanitario: proyecciones 2011-2016

- La realización de estimaciones de la evolución futura de cualquier variable a medio plazo resulta siempre una labor ardua y compleja, cuyo valor radica, básicamente, más allá de su capacidad predictiva real, en el proceso de reflexión previo sobre lo que efectivamente ha ocurrido.
- En este informe se presentan dos previsiones de gasto sanitario público a cinco años vista, con la finalidad última de identificar tendencias más que de, realmente, anticipar la senda futura. La primera de ellas teniendo en cuenta únicamente el comportamiento esperado de la población, y la segunda, completando dicho análisis con el comportamiento esperado de los precios y las tecnologías sanitarias.
- La primera de las estimaciones se basa en analizar básicamente el comportamiento esperado de la población y de su estructura por edades, ya que cada uno de esos grupos de edad se comporta de forma diferente en términos de gasto sanitario. Las predicciones sobre población a medio plazo responden a variables sociodemográficas que suele comportarse de forma relativamente estable. En nuestro caso, tomamos las previsiones realizadas por el propio INE. En lo relativo a los perfiles de edad en términos de gasto, se han tomado en consideración los datos proporcionados por el Ministerio

de Sanidad y Consumo (2005-2007) para el conjunto nacional, por ser los únicos disponibles.

- Los resultados de esta primera proyección muestran una clara desaceleración del crecimiento del gasto sanitario público por motivo poblacional. En efecto, mientras que el ritmo medio de crecimiento anual en el periodo 2002 a 2009 superaba el 12,2%, para el periodo 2011-2016 se proyecta un ritmo medio de crecimiento anual de alrededor del 1,2%. Huelga señalar que el parón previsto en el proceso inmigratorio juega un papel significativo para explicar este fenómeno.
- La segunda de las proyecciones de gasto sanitario público para el periodo 2011-2016 va más allá del componente poblacional e incorpora la dinámica del comportamiento de los precios y del factor tecnológico. Fruto de ese análisis, y para la totalidad del periodo, el ritmo media anual de crecimiento del gasto sanitario público 2011-2016 sería del 7,1%.
- Por todo ello, queda patente que el uso de predicciones que atiendan exclusivamente al componente demográfico pueden infravalorar de forma notable el escenario futuro de gasto sanitario público en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

2. LA FINANCIACIÓN SANITARIA EN LA REGIÓN DE MURCIA

Recursos financieros de la CARM en el periodo 2002-2008

- El modelo de financiación aprobado en 2001, vigente desde 2002 hasta 2008, incrementó la autonomía financiera y la corresponsabilidad fiscal de las CC.AA. Sin embargo, la garantía de mantenimiento del *statu quo* y las reglas de modulación aplicadas sobre los resultados del modelo impidieron que las importantes diferencias en financiación por habitante existentes entre comunidades fuesen corregidas o, al menos, paliadas de manera significativa.
- Aunque el peso relativo de los ingresos tributarios sobre los recursos de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia en el periodo 2002-2008 se situó en el intervalo del 50%-60%, la participación de los ingresos tributarios cuya recaudación podía ser objeto de modulación por la administración regional (impuestos propios, impuestos cedidos no sujetos a liquidación, tasas transferidas e IRPF) alcanzó un valor máximo del 37,5% en 2006, siendo el promedio en el periodo del 33%.
- Los recursos de la CARM, según liquidaciones del sistema de financiación, crecieron a una tasa media del 12% en el quinquenio 2002-2007, siendo especialmente dinámico el comportamiento de los tributos cedidos no sujetos a liquidación (transmisiones patrimoniales y actos jurídicos documentados, sucesiones y donaciones, tributos sobre el juego), cuyo ritmo de crecimiento anual acumulado superó el 22%.

- En 2008, por el contrario, la financiación de la comunidad se contrajo entre un 14% y un 16% (según se consideren todos los recursos o solo los proporcionados por el sistema de financiación). La mayor caída correspondió también a los tributos cedidos no sujetos a liquidación, cuya aportación se redujo en un 36%.
- Las diferencias en financiación por habitante (o por habitante «ajustado») entre CC.AA. se ampliaron a lo largo del periodo 2002-2008, como consecuencia de la distinta dinámica poblacional y del comportamiento dispar de la recaudación tributaria. La comunidad murciana presenta índices de financiación per cápita inferiores a la media en todos los años del periodo (entre el 88 y el 92 por ciento de la media). Los índices relativos se aproximan más a la media si se utiliza como denominador la población «ajustada», si bien el promedio del periodo es de los más bajos entre las 15 comunidades de Régimen Común, superando únicamente a Baleares y a la Comunidad Valenciana.
- El déficit relativo de financiación por habitante en la Región de Murcia ha sido una constante desde hace tres décadas. Entre 2002 y 2008, la posición relativa de la CARM no se deterioró más gracias al muy positivo comportamiento de las fuentes tributarias regionales (la tasa de variación de los recursos tributarios fue entre 2002 y 2007 la más alta de todas las comunidades). Cuando se analiza el indicador de financiación por habitante «ajustado», si bien la Región se sitúa en torno a la media nacional, se encuentra muy lejos de comunidades de similar tamaño poblacional y/o que comparten con Murcia su carácter uniprovincial.

Recursos de la CARM en 2009: impacto del nuevo modelo de financiación

- El sistema de financiación aprobado en 2009 supone un avance en términos de autonomía financiera (cuantitativa y, algo menos, cualitativamente), así como en lo referido a la asunción de un criterio explícito de equidad: igual financiación por unidad de necesidad (población ajustada), a través del mecanismo de nivelación que implica el Fondo de Garantía de Servicios Públicos Fundamentales. Además, los recursos adicionales que el Estado aporta para mejorar el *statu quo* garantizado permiten corregir algunos de los efectos del modelo anterior en lo que atañe a las diferencias en financiación relativa entre comunidades, objetivo al que también contribuye el nuevo Fondo de competitividad.
- Los ingresos tributarios pasan a representar con el nuevo modelo un 65% del total de recursos de la CARM, aunque la parte de tales ingresos que conlleva auténtica autonomía fiscal (por llevar aparejada la posibilidad de ejercitar la capacidad normativa sobre los impuestos) solo alcanza el 37,7%. Dicho de otro modo, más del 62% de los recursos que la CARM recibe gracias al sistema de financiación escapan a la capacidad de influencia directa de la hacienda regional.

- Murcia se encuentra entre las seis comunidades que ven mejorada su financiación relativa como consecuencia de la distribución de los recursos adicionales aportados por el Estado en 2009 para mejorar el *statu quo*. Sus ingresos por habitante aumentan un 9% a resultas de este reparto, lo que le permite recortar 2 puntos sus distancia respecto de la media. También la Región se ve favorecida por la introducción de los Fondos de convergencia (en particular, por el Fondo de competitividad), que incrementan su financiación por habitante ajustado un 6%, contribuyendo a reducir 1 punto más el *gap* respecto al índice nacional.
- Las estimaciones de los recursos de la CARM para el periodo 2010-2012, asumiendo, entre otros supuestos, que la recaudación crece en Murcia al mismo ritmo que en el resto del Estado y que su posición relativa en las variables relevantes se mantiene inalterada, prevén un aumento de los recursos per cápita liquidados por el sistema de financiación en 2010 cercano al 10% (en términos nominales), una caída del 2% en 2011 y un estancamiento en 2012.

3. BALANCE ACERCA DE LA SOSTENIBILIDAD FINANCIERA DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE LA REGIÓN DE MURCIA

La sostenibilidad financiera del sistema regional de salud: visión retrospectiva

- El análisis retrospectivo del periodo 2002-2009 permite comprobar cómo el gasto público en sanidad en la Región de Murcia, que en 2002 absorbía aproximadamente un 40% de los recursos de la CARM, mantuvo su peso relativo más o menos estable (entre un 37,7% y un 42,3%) durante el primer quinquenio del periodo, esto es, mientras duró la fase alcista del ciclo económico. A partir de 2008, el porcentaje de recursos financieros que ha de dedicarse a sufragar el coste del sistema regional de salud crece, en el mejor de los casos, esto es, cuando medimos los recursos a través de los datos de la Contabilidad Regional, más de 6 puntos; si comparamos la evolución del gasto con la de los recursos liquidados por el sistema de financiación, la proporción de los recursos absorbida por el gasto sanitario público pasa del 42% al 73%.
- Los ingresos de la hacienda regional fueron, pues, capaces de crecer en paralelo a los gastos del sistema sanitario durante la fase alcista, pero la ratio de sostenibilidad presupuestaria se deteriora de manera alarmante con la llegada de la crisis económica y su impacto brutal sobre los recursos tributarios de la CARM. Probablemente pase mucho tiempo hasta que volvamos a ver caídas tan bruscas de la recaudación fiscal como las observadas desde 2008, pero igual de probable es que no vuelvan a registrarse en décadas los espectaculares incrementos de los ingresos públicos asociados a la burbuja inmobiliaria y al auge del sector de la construcción residencial.

Perspectivas futuras sobre la sostenibilidad del sistema sanitario regional

- A partir de los datos del periodo 2002-2009 se ha estimado una elasticidad de los ingresos de la CARM respecto de la tasa de crecimiento económico nacional de 3,98. Esto significa que los recursos de la comunidad aumentan aproximadamente un 4% por cada 1% de crecimiento en volumen (real) del PIB nacional. Combinando este dato con las proyecciones de evolución del gasto sanitario se deduce que la economía nacional debería crecer a partir de 2012 a una tasa mínima cercana al 2% en términos reales para que la sostenibilidad del sistema sanitario público de la Región de Murcia esté garantizada.
- Dadas las previsiones de crecimiento para la economía española de los principales servicios de estudios e instituciones internacionales (que pronostican una tasa de variación negativa para 2012 y cercana a 0 para 2013), los niveles de crecimiento requeridos para garantizar la sostenibilidad se antojan inverosímiles, a menos en el corto plazo.
- Teniendo en cuenta que la elasticidad de los ingresos públicos autonómicos se ha estimado con datos de un periodo eminentemente expansivo, es probable que las cifras de crecimiento necesarias para garantizar la sostenibilidad del gasto público regional sean mayores. Limitando el periodo de estimación al bienio 2007-2009 se obtiene una nueva elasticidad de 1,24 y, en consecuencia, la tasa de crecimiento que garantizaría la sostenibilidad aumentaría hasta el entorno del 4% o 5%; cifras absolutamente quiméricas para la economía española a medio plazo.

4. ANÁLISIS DE LA EFICIENCIA DEL SISTEMA REGIONAL DE SALUD

Antecedentes sobre el cálculo del stock de capital salud

- El gasto sanitario no es sólo consumo de recursos, sino que en realidad es una inversión; así se concibe en el marco del modelo de demanda sanitaria de Grossman (1971) en el que se asienta la estimación efectuada por el equipo investigador.
- El principal retorno agregado de la inversión sanitaria es el incremento de la salud del conjunto de la población. La unidad en la que se expresa el stock de salud es el Año de Vida Ajustado por la Calidad (AVAC), indicador que resume en un único número el bienestar (o utilidad) derivado de una determinada combinación de cantidad y calidad de vida. Si se aplica un precio unitario al AVAC resulta el valor monetario del AVAC que, por agregación para el total poblacional, permite obtener el valor monetario del stock de capital salud del conjunto de una sociedad.

- En el ámbito internacional destacan los estudios pioneros realizados por Cutler y Richardson para Estados Unidos a lo largo del decenio de 1990, así como la estimación efectuada por Børstom et al. (2003) para Suecia.
- Hay varios antecedentes para el escenario español, si bien aquellos que ofrecen propiamente una estimación del stock de capital salud son sólo tres, referidos además a territorios autonómicos específicos: Zozaya et al. (2005) se centran en Cataluña, Oliva y Zozaya (2007) calculan el stock canario y, por último, Martínez et al. (2008) hacen lo propio para la comunidad andaluza.

Estimación del stock de capital salud en la Región de Murcia

- La estimación del stock de capital salud requiere de tres tipos de datos: información sobre la calidad de vida de los ciudadanos, datos sobre la esperanza de vida por sexos y grupos de edad, así como el valor monetario del AVAC.
- Los datos sobre la calidad de vida de la población murciana provienen de dos encuestas realizadas por el propio equipo investigador en los años 2004 y 2009. La medida de calidad de vida utilizada fue el cuestionario EuroQol-5D (EQ-5D). Este instrumento permite describir la calidad de vida relacionada con la salud como una combinación de 5 dimensiones y 3 niveles de gravedad. Para obtener las utilidades o índices de bienestar correspondientes a los estados descritos mediante el sistema EQ-5D se recurre a las utilidades previamente estimadas para España por Badía et al. (2001).
- La información sobre esperanza de vida se extrae de los datos sobre población y defunciones por edad y sexo del Instituto Nacional de Estadística, mientras que el valor monetario o precio sombra del AVAC se selecciona de entre los identificados tras efectuar una revisión de los valores sugeridos en la literatura científica.
- La metodología seguida requiere primeramente de la estimación de la Esperanza de Vida Ajustada por la Calidad (EVAC) o flujo actualizado de AVAC de los distintos grupos poblacionales de edad y sexo. Para calcular la EVAC se construyen sendas tablas de vida para los años 2004 y 2009, obteniendo así la esperanza de vida para cada grupo etario. Cuando esta esperanza de vida se ajusta por las utilidades o pesos de calidad de vida para los estados de salud EQ-5D de nuestras muestras resulta la EVAC.
- Para actualizar la corriente futura de AVAC debe emplearse una tasa de descuento representativa de la preferencia temporal. En nuestro caso se opta por un rango de tasas, a fin de ofrecer un escenario o caso «base» representado por una tasa del 3%. Idéntico procedimiento se aplica al valor monetario del AVAC, empujando un rango comprendido entre los 5.000 y

los 100.000 euros por AVAC, correspondiendo al caso base la cantidad de 30.000 euros por AVAC.

Evolución del stock de salud en la Región de Murcia en el periodo 2004-2009

- La EVAC al nacer para los hombres en 2004 en Murcia asciende a 70,25 años, y para el caso de las mujeres se sitúa sobre los 72,65 años. En 2009, la EVAC para los hombres supone 72,15 AVAC, mientras que para las mujeres este indicador supera ligeramente el umbral de 74,65 años.
- Existe una brecha por sexos en la EVAC, que se estrecha cuando se considera una tasa de preferencia temporal; pero que en cualquier caso es menor que la observada para la esperanza de vida.
- La EVAC obtenida, con independencia del año, es similar a las obtenidas en otras comunidades autónomas empleando una metodología similar (Cataluña o Canarias).
- Para el escenario central (valor del AVAC de 30.000 euros y tasa de descuento del 3%), el stock de capital salud del año 2004 se eleva a 25,5 millones de AVAC, superando su valor monetario los 763.000 millones de euros. En el año 2009, el stock alcanza los 29,5 millones de AVAC, con un valor en euros de algo más de 887.000 millones.
- Alrededor del 90% del incremento total experimentado por el stock de capital salud entre los años 2004 y 2009 (cifrado en algo más de 4 millones de AVAC) se debe al crecimiento de la población en la Región de Murcia durante ese periodo. El análisis por sexos ofrece un mayor aportación del factor poblacional al aumento del stock en el caso de la población masculina (casi el 95%) que entre la población femenina (el 85%).
- Alrededor de tres cuartas partes del incremento del stock debido al crecimiento demográfico se concentra entre la población menor de 45 años, mientras que esa proporción, para el mismo colectivo de edad, se reduce a dos tercios cuando el análisis se ciñe a la parte de variación del stock consecuencia de la mejora de la calidad de vida.

Efectividad y rendimiento de la inversión sanitaria en la Región de Murcia

- Para aproximar la efectividad y el rendimiento de la inversión sanitaria realizada por la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia se ha utilizado un doble enfoque. En el primero se ha computado una medida de elasticidad del stock de salud ante incrementos del gasto sanitario empleando distintas tasas de descuento. Este análisis se ha realizado, tanto teniendo en cuenta el total del incremento del stock, como sólo la parte atribuible a la mejora

de la salud de la población (obviando, por tanto, el incremento poblacional). Además, se ha considerado el incremento del gasto en el periodo, y también la posibilidad de que existiera un desfase temporal de dos años.

- El segundo enfoque pasa por comparar el cambio en el stock de capital salud, en términos absolutos, con el experimentado en el gasto per cápita en salud, empleando una tasa de descuento del 3%. La comparación entre ambas magnitudes se realiza a través de una «ratio de efectividad», que indica el porcentaje del incremento en el stock que es necesario atribuir al gasto sanitario para que la rentabilidad de dicho gasto no sea negativa. Así, para un valor del Año de Vida Ajustado por la Calidad de 30.000 euros, y con una tasa de descuento del 3%, el porcentaje mínimo que hay que atribuir al gasto sanitario para garantizar una rentabilidad no negativa, rondaría el 2,5%.

5. DIAGNÓSTICO Y PROPUESTAS DE MEJORA

Marco para el análisis del sistema regional de salud

- Las características institucionales de los sistemas sanitarios pueden agruparse en tres categorías: cobertura y financiación de la asistencia sanitaria, organización de la prestación de la asistencia sanitaria, y gobernanza y asignación de recursos sanitarios.
- Empleamos esta división para enmarcar el análisis del sistema regional de salud, analizando, sucesivamente, el alcance de la cobertura sanitaria (en términos de población, cartera de servicios y cofinanciación —«copago»), los aspectos relativos a la organización y gestión (a través del estudio de las nuevas formas organizativas de gestión, directa e indirecta) y los métodos de priorización en el uso de los recursos (tratando la cuestión del uso de la evaluación económica para la toma de decisiones, así como de los sistemas de compra y pago a proveedores).

Cobertura poblacional

- La Ley General de Sanidad (LGS) de 1986 creó el Sistema Nacional de Salud como un sistema universal, público y gratuito. No obstante, esta afirmación nunca fue completamente cierta, no habiéndose alcanzado nunca plenamente la garantía efectiva del derecho a la asistencia sanitaria para todos los españoles y extranjeros residentes en el territorio nacional.
- Desde la instauración en 1942 del Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE), el ámbito de cobertura del derecho a la asistencia sanitaria se fue ampliando de manera progresiva, algo que continuó ocurriendo incluso después del

punto de inflexión que marcó la LGS, cuya declaración de universalización se ha de entender como un principio rector, antes que como una realidad. El proceso culminó con la Ley General de Salud Pública de 2011, que limitó los colectivos excluidos de la asistencia del SNS a las personas con recursos económicos que no hubieran trabajado antes y a los trabajadores por cuenta propia no adscritos a al Seguridad Social.

- La reciente reforma legislativa materializada en el Real Decreto-Ley 16/2012 surge, en lo que atañe a la cobertura sanitaria, como respuesta a los problemas puestos de manifiesto por el Tribunal de Cuentas en relación con la gestión de las prestaciones a extranjeros, en particular, por los posibles abusos en el recurso a la condición de «persona sin recursos económicos suficientes». Tras el citado Real Decreto, la titularidad del derecho a la asistencia sanitaria pasa a garantizarse a quienes ostenten la condición de asegurado, hecho que rompe con la universalidad de derecho iniciada con la LGS y culminada (en teoría) con la Ley General de Salud Pública.
- El objetivo de eliminar cualquier posibilidad de abusar indebidamente de la figura de «persona sin recursos económicos suficientes» podría, tal vez, haberse logrado con una mejora en el control, siguiendo las indicaciones del Tribunal de Cuentas. Así mismo podría haberse puesto el énfasis en la corrección de las deficiencias en los sistemas de facturación de los servicios regionales de salud (y del INGESA) a terceros países.

Cobertura de prestaciones: catálogo de prestaciones y cartera de servicios.

- Es necesario alcanzar un equilibrio entre la protección subjetiva del derecho a la asistencia sanitaria y los límites inherentes al contenido objetivo de dicha asistencia. El derecho a la protección de la salud no equivale al acceso a todo tipo de prestaciones y tecnologías sanitarias, sino solo a las recogidas en el catálogo de prestaciones y la cartera de servicios vigentes en cada momento.
- El conjunto de prestaciones sanitarias reconocidas y financiadas por el SNS se concretó por vez primera en 1995 y fue objeto de revisión y ampliación en 2003, mediante la Ley de Cohesión y Calidad del SNS. Todas las prestaciones son responsabilidad financiera de las CC.AA. y se hacen efectivas a través de la cartera de servicios del SNS, acordada en el seno del Consejo Interterritorial. Las CC.AA. pueden aprobar sus respectivas carteras de servicios que, cuando menos, incluirán la cartera común del SNS, establecida mediante Real Decreto de 2006.
- Algunas CC.AA. han aprobado, incluso antes de culminarse el traspaso competencial en 2002, prestaciones complementarias, aflorando así desigualdades objetivas entre territorios autonómicos. En la práctica existen

diferencias entre CC.AA. en prestaciones tales como la prestación ortopro-tésica, la atención a pacientes crónicos, la cirugía de cambio de sexo, la salud bucodental, etc. La Región de Murcia no regula un catálogo propio, aunque sí el procedimiento para el reconocimiento del derecho a la prestación.

- Por lo que se refiere a la prestación farmacéutica, la ley de garantías y uso racional de los medicamentos de 2006 establece el procedimiento a seguir para la inclusión de un fármaco en la prestación farmacéutica del SNS. En 2011 se modificó la citada ley adjudicando un papel potencialmente relevante a la evaluación económica en la ordenación de la prestación farmacéutica. En lo que respecta a la farmacia hospitalaria, la Ley de Ordenación farmacéutica de la Región de Murcia atribuye a los servicios de farmacia de los hospitales la función de participar en el proceso de selección de medicamentos bajo criterios de eficacia, seguridad, calidad y coste.
- Las CC.AA. han regulado catálogos de prestaciones farmacéuticas de carácter complementario (para pacientes oncológicos, transplantados, lesionados medulares, así como para la adicción al tabaco o determinadas discapacidades), y también procedimientos e instituciones para ordenar la incorporación y utilización de los medicamentos en sus respectivos sistemas regionales de salud.
- El Real Decreto-ley 16/2012 ha introducido importantes novedades en el ámbito de la cartera común de servicios del SNS que queda segmentada en tres: una cartera común básica, una cartera común suplementaria –que incluye prestaciones de dispensación ambulatoria (farmacéutica, ortoprotésica y productos dietéticos, y transporte sanitario no urgente) sujetas a aportación de los usuarios–, y una cartera común de servicios accesorios –servicios no esenciales sujetos también a aportación y/o reembolso–. En la determinación de los servicios que integran esta cartera común se prevé la participación de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud, cuya virtualidad dependerá del peso que se atribuya a la evaluación económica sobre los demás criterios y del grado de vinculación que se atribuya a las recomendaciones de la Red.

Copago

- El objetivo del «auténtico» copago es disuadir o evitar un consumo excesivo de asistencia sanitaria (entendiendo por consumo excesivo un consumo que genera un beneficio marginal positivo, pero inferior al coste marginal que acarrea), no obtener ingresos públicos. De ahí, la expresión de copago como «ticket moderador». El copago que en ocasiones se denomina «recaudatorio», como su propio nombre indica, persigue generar ingresos a la administración pública de forma análoga a como lo haría una tasa o un impuesto especial,

no promover una mayor eficiencia en el uso de la asistencia sanitaria, lo cual puede ser una decisión política legítima, pero no una decisión justificada desde el punto de vista del análisis económico.

- Desde el punto de vista teórico el copago tiene tanto más sentido cuanto mayor es la incertidumbre que experimentan financiador (SNS) y médicos al respecto de si el gasto sanitario está justificado o no, dado el estado de salud del paciente y la relación coste-efectividad de los tratamientos. Esto convierte a los servicios de atención primaria y de urgencias en ámbitos susceptibles de aplicación del copago, ya que los médicos no pueden juzgar la idoneidad del gasto hasta que atienden al paciente en la consulta. Otro escenario adecuado es el del consumo farmacéutico, en particular de medicamentos «no esenciales» o de eficacia limitada. Por el contrario, no parecería oportuno extender el copago a los programas preventivos, dado que sus beneficios sólo se perciben a largo plazo. Otros ámbitos donde la justificación teórica del copago es más débil (aunque no nula) es la atención especializada y los procedimientos diagnósticos.
- La mayor parte de la evidencia empírica disponible sobre el copago se ha centrado en el análisis del impacto de éste sobre la demanda de asistencia sanitaria. En este sentido, parece concluirse que el copago logra reducir el número de visitas a atención primaria y urgencias, así como también logra disminuir el consumo de fármacos. Se ha encontrado alguna evidencia sugiriendo que el copago, de no establecerse con carácter global puede originar efectos sustitución entre distintos tipos de asistencia sanitaria. Aunque la evidencia es más escasa, también se ha constatado que el impacto del copago es mayor entre los colectivos económicamente más vulnerables, razón por la cual, a fin de no cometer inequidades, el copago debe vincularse de algún modo al nivel de renta.
- En España hay un copago sobre los medicamentos desde 1966. Inicialmente consistió en una suma fija, reemplazada en 1978 por un copago porcentual, que tras sucesivas reformas se ha mantenido hasta nuestros días: 40% del PVP del medicamento para la población general, 30% para los mutualistas públicos y 0% para los pensionistas (que no sean beneficiarios de mutualistas públicos) y mayores de 65 años sin recursos. En el caso de los medicamentos para procesos crónicos el copago es del 10%, con un límite máximo de 2,64 euros.
- El anterior esquema ha sufrido un sensible cambio a raíz de la aprobación del Real Decreto 16/2012, en el que se plantea un nuevo esquema de aportaciones de los beneficiarios en la «prestación farmacéutica ambulatoria». La nueva estructura sigue diferenciando entre pensionistas y no pensionistas, estableciendo límites máximos de desembolso mensual para los primeros. Se distinguen tres tramos de renta (sobre la base de la declaración del IRPF) para cifrar la aportación correspondiente: menos de 18.000 €, entre

18.000 € y menos de 100.000 €, y de esa suma en adelante. Las aportaciones previstas en el caso de los activos —40%, 50% y 60%— no están limitadas. En el caso de los pensionistas y sus beneficiarios, se paga el 10% en los dos primeros tramos, ascendiendo al 60% para rentas iguales o superiores a 100.000 €. Se mantiene, aunque actualizada por el IPC, la aportación reducida para los medicamentos para enfermos crónicos, excluyéndose del copago a determinados colectivos.

- El nuevo copago tiene varios aspectos criticables, entre ellos mantener la diferencia entre activos y pensionistas, en lugar de diferenciar, como sería relevante, entre rentas altas y bajas; su cuestionable progresividad, por cuanto sólo introduce tres grandes tramos de renta; la forma en que se plantea su aplicación, con un plazo de hasta 6 meses para que las CC.AA. reembolsen a los pensionistas y sus beneficiarios las cantidades abonadas que excedan el límite máximo mensual establecido; la actualización abordada de la aportación reducida máxima para los enfermos crónicos o el incierto impacto que pueda tener la estructura del copago farmacéutico sobre los copagos sobre los productos ortoprotésicos y dietéticos.

Nuevas formas de organización y gestión

- La Ley 15/1997 de habilitación de nuevas formas de gestión abrió las puertas a la separación material de las funciones de financiación, compra y provisión de los servicios sanitarios. Dentro de las formas de organización de los servicios sanitarios cabe distinguir entre la gestión directa y la gestión indirecta, según que el servicio público sanitario sea gestionado por una entidad de naturaleza pública o por una entidad privada.
- La gestión directa puede llevarse a cabo de manera «tradicional» (mediante los servicios centrales, organismos autónomos o agencias administrativas, sometida a derecho público), o bien a través de entidades con personalidad jurídica diferenciada (sometidas total o parcialmente a derecho privado, como los entes públicos, los consorcios, las fundaciones, las sociedades mercantiles públicas o las entidades públicas empresariales). La razón de ser del recurso a esta modalidad de gestión directa es doble: por un lado, razones coyunturales de índole presupuestaria; por otro lado la búsqueda de una mayor flexibilidad en la gestión («huida del derecho administrativo»).
- La gestión directa «tradicional», esto es, la sometida íntegramente a derecho público realizada por los servicios centrales o a través de organismos autónomos y agencias administrativas, no ha sido ajena a experiencias de innovación en el ámbito de la gestión, ligadas al desarrollo del enfoque gerencialista. Los casos más habituales han sido los institutos clínicos y las unidades clínicas, teniendo ambas estrategias como raíz el concepto de «gestión clínica».

- En los servicios de salud de las CC.AA. es posible encontrar ejemplos de casi todas las fórmulas jurídicas en que se materializa la gestión directa. La Región de Murcia presenta a este respecto la singularidad de que su servicio de salud, el SMS, se creó bajo la forma jurídica de entidad pública empresarial, siendo el único caso en todo el territorio nacional. También en el sistema regional de salud se ha recurrido a otras formas jurídicas como las fundaciones públicas (el Hospital de Cieza hasta su reciente reconversión a gerencia dentro del SMS) o las sociedades mercantiles públicas, como es el caso de Giscarinsa, cuyo objeto es la construcción y gestión de infraestructuras sanitarias y cuya privatización parcial (un 49%) se prevé en los próximos meses.
- No existen evaluaciones concluyentes al respecto del desempeño de las diferentes formas de gestión directa. Algunas evaluaciones han valorado positivamente los institutos y unidades clínicas en términos de eficiencia, sobre la base de su impacto positivo en aspectos como la delegación de funciones, la incentivación, la continuidad asistencial y el liderazgo, entre otros. Otros estudios concluyen que la calidad asistencial no difiere apreciablemente en función de cuál sea la forma jurídica adoptada por el centro sanitario, si bien se han identificado algunos ámbitos en los que la disponibilidad de personalidad jurídica propia conlleva ciertas ventajas, como es el caso de la gestión de las listas de espera o la mayor eficiencia derivada de una mayor dotación tecnológica y disponibilidad horaria.
- La gestión indirecta de los servicios sanitarios a través de proveedores privados admite, así mismo, diversas modalidades que van desde la contratación de personal sanitario como trabajadores autónomos, hasta la externalización de los servicios a sociedades mercantiles con ánimo de lucro, pasando por el recurso a sociedades constituidas por profesionales, como es el caso de las Entidades de Base Asociativa (EBA), presentes en el sistema de salud catalán.
- Hasta fechas recientes, la contratación de empresas privadas para la gestión y provisión de servicios asistenciales adoptó la forma de conciertos y convenios singulares, generalmente como un mecanismo subsidiario para suplir insuficiencias de la oferta pública. En los últimos años han adquirido una presencia creciente en los sistemas públicos de salud las denominadas «colaboraciones público-privadas» (CPP), que incluyen los modelos de «concesión de obra pública» (PFI – *Private Finance Initiative*) y los de concesión administrativa para la gestión integral del servicio público de salud (el conocido como «modelo Alzira»).
- Las fórmulas PFI se fundamentan en el supuesto de que la mayor experiencia del sector privado en el desarrollo y gestión de infraestructuras y servicios, la transmisión de riesgo de construcción y disponibilidad al sector privado y la mayor rapidez en el proceso de dotación de nuevas infraestructuras,

mejoran el rendimiento de los recursos públicos por la vía de incrementar la eficiencia. Similares argumentos están detrás del impulso a los modelos de concesión administrativa.

- Si bien existe abundante evidencia que confirma los resultados positivos de la implantación de Entidades de Base Asociativa (limitada al territorio de Cataluña), el resto de fórmulas de gestión indirecta resultan de utilidad desconocida, por no existir mecanismos de evaluación independientes, ni exigirse rendición de cuentas con el rigor requerido. La evidencia empírica existente en el Reino Unido al respecto de las fórmulas PFI parece sugerir mayores costes de puesta en marcha de las infraestructuras que han derivado con frecuencia en la aparición de problemas financieros para los *trusts* hospitalarios británicos.
- La evaluación de los modelos de concesión administrativa para la gestión integral de los servicios sanitarios («modelo Alzira») resulta aún más difícil, por cuanto las cifras que se ponen de manifiesto a lo largo de la vida del proyecto que ha dado nombre a esta estrategia en el sistema de salud español (la construcción del Hospital de La Ribera y adjudicación de la asistencia especializada a la UTE *Ribera Salud*, y la posterior renegociación del contrato de concesión con la inclusión de la asistencia primaria del área de salud de Alzira), están lejos de confirmar la historia de éxito que se narra por parte de los concesionarios del servicio y por la propia administración pública impulsora del proyecto, esto es, la Generalitat Valenciana.

La evaluación económica como herramienta de priorización de la cartera de servicios

- La evaluación económica no se ha empleado hasta la fecha de manera explícita en la toma de decisiones del SNS, esto es, sus métodos y criterios no han sido aplicados para informar las decisiones sobre financiación pública de tecnologías ni para ayudar al establecimiento de su precio.
- Los sistemas sanitarios que incorporan la evaluación económica como herramienta para la toma de decisiones se conocen como sistemas de «cuarta barrera» o «cuarta garantía». La idea que subyace a este concepto es la de determinar si las tecnologías sanitarias que aspiran a formar parte de la cartera de servicios aportan algún valor adicional en términos de efectividad (ganancias de salud) respecto de las ya financiadas, poniendo en relación dicho valor incremental con el coste adicional que conlleva su incorporación y uso, de manera que se maximicen las ganancias de salud para un determinado presupuesto. Se trata, en definitiva, de dilucidar si una nueva tecnología «vale lo que cuesta».

- Existen diversas técnicas de evaluación económica, destacando entre ellas el denominado análisis coste-utilidad, que utiliza como unidad de medida de resultados el Año de Vida Ajustado por la Calidad (AVAC), atribuyendo a cada tecnología una ratio coste/AVAC que se compara con el precio máximo que el sistema de salud está dispuesto a pagar por tal ganancia de salud (umbral de eficiencia). Los resultados de la evaluación económica sirven para varios fines: determinar qué tecnologías deben ser incluidas en la cartera de servicios, fijar el nivel de reembolso o precio máximo financiable por el sistema, y orientar los hábitos de prescripción y utilización de los profesionales.
- El primer país en asumir el enfoque de la «cuarta garantía» fue Australia y el primero en Europa fue Finlandia. También cuentan en la actualidad con sistemas obligatorios de cuarta garantía (con características diferentes en cada caso) Canadá, Países Bajos, Suecia y Reino Unido. El sistema instrumentado por el NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) en este último país es un referente mundial por el gran impacto que sus recomendaciones tienen sobre la práctica clínica, por la minuciosidad y transparencia de sus procedimientos y por el hecho de asumir en no pocas ocasiones la propia tarea de realizar evaluaciones económicas con medios propios.
- Aunque en España no se ha utilizado de modo explícito la evaluación económica para la toma de decisiones relativa a la cartera de servicios, en los últimos 20 años se han sucedido iniciativas de institucionalización de la evaluación de tecnologías sanitarias que, en lo que representa un caso inédito en el panorama europeo, han sido protagonizadas por las comunidades autónomas. Existen numerosas agencias de evaluación de ámbito autonómico (en Cataluña, País Vasco, Canarias, Andalucía, Galicia, Madrid y Aragón), además de una de ámbito nacional (la del Instituto de Salud Carlos III) que, a raíz del acuerdo suscrito en el Consejo Interterritorial del SNS, se constituyen en un modelo organizativo en red: la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS.
- Las agencias y órganos evaluadores existentes en España tienen una fructífera producción en forma de informes técnicos, fichas de evaluación, guías de práctica clínica y documentos metodológicos. Sin embargo, su trascendencia en la toma de decisiones no ha sido significativa. El Real Decreto 16/2012 subsana este déficit al hacer preceptiva la evaluación previa por parte de la Red de las nuevas tecnologías que aspiren a la financiación pública.
- En este contexto tiene pleno sentido la creación de un Comité Regional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias en el seno del Servicio Murciano de Salud que impulse la aplicación de la cuarta garantía con varias finalidades: informar las decisiones de definición y actualización de la cartera

complementaria de servicios del Sistema Murciano de Salud (SMS), informar las decisiones de compra y utilización de medicamentos en los hospitales públicos, y orientar la prescripción y uso de tecnologías sanitarias en el sistema regional de salud. A la vista de las enseñanzas que se derivan de la experiencia acumulada por le NICE en el Reino Unido, el programa de evaluación del Comité Regional debería reunir las cualidades siguientes: independencia en las decisiones, transparencia en los procesos, rigor metodológico, rapidez en las evaluaciones y carácter vinculante de sus dictámenes.

Sistemas de compra y pago a proveedores

- Una de las medidas de racionalización del gasto sanitario más extendidas en los últimos años es la creación de centrales de compras de material sanitario. De hecho, actualmente todas las CC.AA. han creado su propia central de compras o tienen previsto hacerlo de forma inminente. A ello se debe unir la puesta en marcha de la central de compras del SNS en 2011 y la intención del Ministerio de ampliar las compras centralizadas a todo tipo de material sanitario.
- Algunas CC.AA. (entre ellas, la Región de Murcia) han ido más allá de la creación de una central de compras y también han constituido centrales (o plataformas) logísticas, con el fin de coordinar de manera integral y centralizada las distintas fases del proceso logístico (pedidos, compras, almacenamiento, facturación y contabilidad, distribución).
- En la Región de Murcia se implantó en septiembre de 2010 la denominada Unidad de aprovisionamiento integral (UAI), que comprende la central de compras y la plataforma logística del SMS. A lo largo de 2012 el nuevo sistema estará completamente implantado en las nueve áreas sanitarias que componen el SMS. A lo largo de 2011, la UAI gestionó contratos por valor de unos 58 millones de euros anuales, con un ahorro estimado de 1,7 millones de euros (el 37% del objetivo marcado para finales de 2012).
- Los acuerdos de riesgo compartido (ARC) tienen como objetivo reducir la incertidumbre (en relación a su impacto presupuestario, efectividad y fiabilidad de los estudios de evaluación económica) asociada a la introducción de nuevas tecnologías sanitarias. Existe un amplio espectro de ARC, pudiendo agruparse éstos en dos grandes categorías: acuerdos basados en resultados financieros (acuerdos precio-volumen, descuentos, ...) y acuerdos basados en resultados en salud (por ejemplo, pago por resultado). La tendencia en los últimos años se enfoca hacia los acuerdos basados en resultados en salud.

- En España, de momento sólo se han formalizado dos acuerdos basados en resultados en salud: uno en un hospital andaluz y otro en el Servicio Catalán de Salud. Otras CC.AA., entre ellas, la Región de Murcia, han manifestado su interés en este tipo de contratos que ligan el reembolso de medicamentos a las compañías farmacéuticas en función de los resultados que los fármacos tengan en la salud de los pacientes. En principio, la Consejería de Sanidad tiene previsto aplicar este tipo de esquema para la financiación de medicamentos oncológicos y para la hepatitis C, por su elevado coste.
- Los ARC basados en resultados en salud tienen una serie de ventajas para los financiadores sanitarios (p.ej. permiten reducir la incertidumbre que plantea la introducción de nuevas tecnologías sanitarias), la industria farmacéutica (p.ej. facilitan y agilizan el acceso al mercado de tecnologías innovadoras) y los propios pacientes (p.ej. pueden acceder a tratamientos que de otra forma no serían asequibles, debido a su elevado coste).
- Sin embargo, los ARC basados en resultados en salud no están exentos de problemas, destacando la elevada carga burocrática a la que dan lugar, las largas y complejas negociaciones entre las partes contratantes (financiador e industria farmacéutica), o la necesidad de contar con potentes sistemas de información que permitan realizar un seguimiento de la efectividad del tratamiento a lo largo del tiempo.

Problemas detectados por los actores del sistema regional de salud

- Una muestra de encuestados en la que están representadas prácticamente todas las instituciones involucradas en el sistema regional de salud, calificaron globalmente al SMS con nota media de 6,8 sobre 10. Por término medio, la atención primaria fue valorada de forma más favorable que la atención especializada, concretamente en lo que respecta a la facilidad en el acceso y al tiempo medio de espera, aunque la calidad de la atención merece la misma nota en los dos ámbitos asistenciales. En ambos casos, el aspecto peor valorado es el tiempo medio de espera (3,4 y 2,6 sobre 5 en la atención primaria y especializada, respectivamente). Por el contrario, en la atención primaria la facilidad de acceso obtiene la mejor nota media (4,1 sobre 5), mientras que en la atención especializada la nota media más alta recae sobre la calidad de la atención (3,6 sobre 5).
- La mayoría de los encuestados consideraron como amenazas para la viabilidad financiera del SMS la ausencia de análisis coste-efectividad, la infrautilización de la capacidad instalada en los centros sanitarios, la falta de coordinación entre la atención primaria y la especializada y la descoordinación en las compras a proveedores. En el otro extremo, las amenazas menos señaladas fueron el aumento de la inmigración, los salarios elevados y el turismo sanitario.

- En cuanto a las medidas propuestas para asegurar la sostenibilidad financiera del SMS, como punto de partida un 90% de los entrevistados juzgó que el sistema no es viable a menos que se emprendan reformas. Las propuestas de reforma más apoyadas fueron intensificar el control del gasto farmacéutico, abordar análisis coste-efectividad de forma previa a la introducción de nuevas tecnologías sanitarias, acrecentar la integración asistencial primaria-especializada y centralizar las compras de material sanitario. Por el contrario, medidas como el fomento de la gestión privada en los servicios sanitarios, la subida de impuestos para que la CARM obtenga más recursos para la atención sanitaria o la moderación salarial, gozaron de escaso respaldo. Cuando los encuestados ordenan estas medidas de mayor a menor importancia, destacan en primer término aquellas que tienen que ver con el aumento de ingresos públicos (por parte de la administración central) y el control de gastos sanitarios (por parte de la CARM), seguidas por la necesidad de practicar análisis coste-efectividad de forma previa a la introducción de las tecnologías sanitarias.
- Finalmente, los principales impedimentos detectados para la puesta en marcha de las propuestas anteriores fueron, en el capítulo organizativo y de gestión, el carácter endogámico del sistema de selección de los gestores sanitarios así como la falta de voluntad política para emprender las reformas; en el terreno de las medidas para aumentar los ingresos del sistema, el modelo de financiación autonómico de la sanidad pública y el rechazo por parte de partidos políticos y sociedad a ciertas medidas impopulares como el copago; y en el área de la reducción del gasto farmacéutico, se cita el temor social a que la sanidad deje de ser universal y gratuita, así como la falta de concienciación de los profesionales sanitarios sobre la importancia de controlar el gasto.

Propuestas de mejora del sistema sanitario público en la Región de Murcia

- La CARM debería estudiar cualquier posibilidad de mejorar sus niveles de recaudación explotando el margen de que dispone en el ejercicio de la capacidad normativa sobre determinados impuestos. El Plan de Reequilibrio de la CARM para 2012-2014 prevé algunas medidas que, conjuntamente, aportarán unos 70 millones de euros adicionales en 2012 y 45 millones más en 2013. Sin embargo, el margen de actuación sigue siendo amplio. Murcia es una de las dos CC.AA. (la otra es la Comunidad Valenciana) que no ha modificado la tarifa del IRPF respecto de la general del Estado. Algunas comunidades han fijado tipos de gravamen inferiores a los de la tarifa estatal, pero hay comunidades como Cataluña, Andalucía o Asturias que han aprobado escalas que incluyen más tramos que la del Estado y cuyos tipos de gravamen son más elevados para los tramos de mayor renta. Sin salirnos del IRPF, la Región de Murcia mantiene algunas

deducciones autonómicas sobre la cuota, como la que favorece la inversión en vivienda habitual para jóvenes (limitada a partir de 2012). Algunas de estas deducciones podrían ser objeto de revisión, a la vista de su efectividad e incidencia distributiva.

- En relación con el Impuesto sobre el Patrimonio, aunque la CARM ha «reactivado» dicho impuesto (como el resto de CC.AA.) no ha ejercido su capacidad para incrementar su progresividad elevando los tipos de gravamen, como sí han hecho, por ejemplo, Andalucía o Baleares. En el Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones, aunque se va a limitar la exención actual del 99% en el caso de transmisiones a cónyuge, ascendientes y descendientes a bases imponibles inferiores a 300.000 euros, podría revisarse más aún el actual esquema de exenciones a la luz del principio de equidad vertical y habida cuenta del contexto de escasez de ingresos por el que atraviesa la Hacienda Regional.
- Sobre la base de estos mismos argumentos debería abordarse un replanteamiento global de la fiscalidad autonómica, evaluando las posibilidades reales de incrementar la recaudación a través de los impuestos que puedan afectar menos a la competitividad de la economía regional y sean más respetuosos con el principio de progresividad impositiva.
- En otro ámbito completamente diferente, y habida cuenta del déficit crónico de financiación que la CARM ha sufrido en términos relativos, desde que se inició el proceso de traspaso de competencias, y que las sucesivas reformas del sistema de financiación autonómica no han conseguido eliminar (si bien el modelo de 2009 supone un cambio cualitativo al respecto), los responsables del Gobierno Regional deberían hacer todos los esfuerzos para, una vez superada la actual fase de aguda restricción presupuestaria, reclamar al Gobierno Central una adecuada compensación por los déficit de financiación acumulados a lo largo de las pasadas décadas (la denominada «deuda histórica» cuyo reconocimiento han logrado antes algunas otras comunidades con menos argumentos objetivos para apoyar su reclamación).
- En el ámbito de la cobertura poblacional, si bien la valoración global de la actuación de los servicios de salud de la CARM no es mala, hay no obstante posibilidades de mejora en aspectos tales como, por ejemplo, la grabación de los datos de facturación de la asistencia sanitaria prestada a nacionales de otros países y la coordinación con los servicios centrales del INSS. En el primer caso, los centros de atención primaria de los servicios de salud de la comunidad deberían introducir directamente los datos en el módulo informático de facturación establecido al efecto. En el segundo caso, debería establecerse un sistema de coordinación con los servicios centrales del INSS que evitase que personas extranjeras sin recursos económicos suficientes pudieran disfrutar de la tarjeta sanitaria europea. En cualquier caso, los cambios introducidos por el Real Decreto 16/2012 en materia

de reconocimiento del derecho subjetivo a la atención sanitaria alteran significativamente el tratamiento de este tipo de casos.

- En relación a la constitución y actualización de la cartera de servicios complementaria de la CARM, resulta imprescindible introducir procedimientos reglados de evaluación económica que, con carácter preceptivo y previo a la incorporación de cualquier nueva tecnología sanitaria, determine si es coste-efectiva. Dichos procedimientos deberían abarcar todo el espectro de tecnologías sanitarias, esto es, el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, mediante los cuales se hacen efectivas las prestaciones de los servicios de salud, incluyendo medicamentos, productos sanitarios, técnicas diagnósticas, procedimientos quirúrgicos, actividades de salud pública y cualesquiera otras tecnologías empleadas en la atención sanitaria. Esta labor debería ser desarrollada por una unidad especializada de la Consejería de Sanidad y Política Social, un Comité Regional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (cuya creación está prevista en el marco de las «Estrategias 2015»; ver Apéndice 2) integrado por profesionales de la propia Consejería, SMS y expertos externos que, con la mayor independencia y rigor metodológico posibles, formularan recomendaciones basadas en la evaluación económica acerca de la idoneidad de tecnologías sanitarias nuevas y existentes. Para el éxito de una empresa de estas características resultaría muy recomendable que las recomendaciones del Comité fuesen vinculantes.
- El mencionado Comité debería centrar una parte sustancial de su actividad en la evaluación económica de tecnologías de alto impacto, ya sea por su coste o impacto presupuestario sobre el conjunto del sistema, ya sea por su utilidad terapéutica o por la idiosincrasia específica del grupo de pacientes al que va destinado. Asimismo, el Comité debería sentar las bases metodológicas con que otros órganos (comités de farmacia y terapéutica de los hospitales) abordan sus análisis y contribuir a la incorporación de la evidencia sobre coste-efectividad de las tecnologías en las guías de práctica clínica utilizadas por los profesionales sanitarios de la Región de Murcia.
- Respecto de la participación de los usuarios de la Región de Murcia en el coste de los servicios sanitarios, el Real Decreto-ley 16/2012 introduce un nuevo esquema de copago farmacéutico. En este sentido la CARM, en principio, no puede sino, tal y como expresa dicha norma en su disposición final segunda, adoptar en el ámbito de sus competencias, las medidas necesarias para asegurar la efectividad de la nueva medida. No obstante, una vez se pongan en práctica los nuevos copagos, la CARM debería efectuar un seguimiento de su impacto en la Región, a fin de intentar verificar su impacto sobre el consumo de medicamentos en general y sobre la equidad en particular. De observarse riesgos para la equidad en términos de empobrecimiento o deterioro en la salud, la CARM en el ejercicio sus competencias, debería disponer medidas compensatorias que paliasen dichas situaciones.

- La evidencia empírica no es robusta en relación con las ventajas que suponen las innovaciones en el ámbito de la gestión y la organización de los servicios sanitarios en términos de eficiencia en el uso de los recursos y, por ende, en forma de menores costes de prestación. Es posible que la implantación de instrumentos basados en la gestión clínica, como los institutos o las unidades de gestión clínica, permita mejoras en la eficacia y la eficiencia de los servicios. La CARM parece decidida a impulsar la creación de unidades de gestión clínica en el marco de las «Estrategias 2015». Sería bueno que se atendiese a la experiencia de otras comunidades que han desarrollado este modelo con anterioridad, como Asturias y Andalucía, con el fin de aprovechar las iniciativas de éxito y evitar repetir errores.
- No está claro que el recurso a nuevas formas jurídicas (consorcios, fundaciones, entes públicos) en el ámbito de la gestión directa de los servicios aporte ventajas significativas, pese a la mayor flexibilidad que en principio conlleva la no sujeción (o sujeción parcial) al derecho administrativo. La experiencia frustrada del Hospital de Cieza, inicialmente configurado como fundación sanitaria, en la Región de Murcia, parece confirmar esta hipótesis. El modelo de «contrato *in house*» seguido en la Región con la empresa pública GISCARMSA, más allá de la ventaja «contable» que pueda suponer la no consolidación de las operaciones de financiación de infraestructuras de la empresa en el déficit autonómico, también ha presentado algunos problemas, en particular en lo referido a los costes de la prestación de los servicios complementarios (no asistenciales) gestionados por la citada entidad. En consecuencia, más allá de la prevista privatización parcial de la empresa mediante la venta del 49% de su accionariado, debería someterse a revisión este modelo de provisión de infraestructuras.
- Por lo que respecta a la gestión indirecta, sería conveniente revisar en profundidad los conciertos sanitarios actualmente vigentes (más allá de la renegociación de los precios que se ha realizado en 2011 y que ha permitido reducir los costes un 5%). La razón de esta propuesta es que estos acuerdos adolecen de una casi absoluta falta de supervisión en lo que se refiere a las condiciones reales de prestación del servicio, la calidad de la atención y la satisfacción de los pacientes. Aunque los costes por acto o por proceso pagados por el financiador público en el marco de estos conciertos resultasen inferiores a los registrados en los centros sanitarios de titularidad pública, la ausencia de tales medidas efectivas de supervisión hacen imposible su evaluación en términos comparativos.
- Una iniciativa interesante, por haber alcanzado unos resultados más que razonables allí donde se ha implantado, la comunidad autónoma de Cataluña, es la constituida por las Entidades de Base Asociativa (EBA). Algunas evaluaciones muestran que estas agrupaciones de profesionales destacan por sus indicadores clínicos y su menor utilización de pruebas diagnósticas

y de farmacia, así como por una mayor implicación y satisfacción de los profesionales que las integran y de los pacientes.

- Las estrategias de colaboración público privada, contrariamente a lo que publicitan sus defensores, no han demostrado en la práctica ventajas que aconsejen su adopción. De un lado, las fórmulas PFI de concesión de obra pública han dado lugar a notables problemas financieros derivados de los mayores costes de financiación (Reino Unido) o a disfunciones asociadas a restricciones en la competencia en el mercado (Italia). Por otra parte, los modelos de concesión administrativa sanitaria («modelo Alzira») presentan más sombras que luces. Nuestra propuesta al respecto es la de actuar con cautela y esperar a que existan evaluaciones rigurosas a medio plazo de las experiencias de este tipo impulsadas en otros servicios de salud regionales (particularmente en la Comunidad Valenciana y en Madrid), antes de asumir el riesgo de apostar por esta fórmula de gestión indirecta.
- El Proyecto de Modelo Centralizado de Compras, Aprovisionamiento y Logística desarrollado en el sistema regional de salud es una excelente iniciativa que ya está dando frutos en forma de una mayor homogeneidad en las adquisiciones, un menor coste de aprovisionamiento y una mejor gestión de los stocks. Nuestra propuesta al respecto consiste en extender lo máximo posible el ámbito de actuación de este modelo, sin perjuicio de someter a consideración la posibilidad de actuar conjuntamente con otros servicios regionales de salud, a través de la Central de Compras del SNS, en los casos en los que, por el volumen de los consumos o por razones de logística, sea preferible la compra centralizada a escala nacional.
- Los Acuerdos de Riesgo Compartido, bien gestionados, pueden tener importantes ventajas para todos los agentes implicados (financiador sanitario, fabricante, pacientes, profesionales sanitarios), especialmente en aquellos acuerdos orientados hacia la consecución de resultados en salud. No obstante, también llevan aparejados riesgos importantes, de ahí que la utilización de estos mecanismos deba limitarse a situaciones concretas y excepcionales, como las que se dan cita en el caso de tratamientos innovadores (medicamentos biotecnológicos), de elevado coste (tratamientos oncológicos) o dirigidos a pacientes que no disponen de un tratamiento eficaz (medicamentos huérfanos). Nuestra propuesta es que se inicie la introducción de este tipo de acuerdos en el sistema a modo de experiencias «piloto» y que su uso no se extienda hasta tanto no se disponga de una evaluación de los resultados.
- Las remuneraciones del personal al servicio del sistema público de salud desempeñan un importante papel a la hora de explicar el incremento habido en el gasto sanitario público regional. Por esta razón, consideramos que la moderación del crecimiento del gasto público en sanidad pasa por revisar la política retributiva, tratando de ligar las retribuciones a la productividad

y a la consecución de objetivos y evitando los procesos de alza salarial «en cascada» habituales dentro del sistema (mejoras retributivas logradas mediante negociación de ciertos estamentos del sistema –generalmente, facultativos– que se van extendiendo hacia las escalas inferiores de manera más o menos automática). A este respecto, la iniciativa anunciada por la Consejería de Sanidad en el marco del programa de «Estrategias 2015» (ver Apéndice 2), orientada a implantar unidades de gestión clínica en los servicios hospitalarios y los equipos de atención primaria, podría servir, en caso de ser aplicada con éxito, para integrar la política retributiva en un contexto de evaluación de resultados, mediante un sistema adecuado de incentivos ligados al cumplimiento de objetivos.

1. EL GASTO SANITARIO PÚBLICO EN ESPAÑA Y EN MURCIA

1.1. EVOLUCIÓN RECIENTE DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO

1.1.1. El gasto sanitario en España y en el contexto internacional

Para analizar la evolución reciente del gasto sanitario en España puede recurrirse a dos estadísticas diferentes, si bien ambas guardan una estrecha relación. La más antigua, elaborada por el Ministerio de Sanidad y Consumo (actualmente Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad) se remonta a mediados de los años noventa, y se denomina Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP); operación incluida en el Plan Estadístico Nacional que permite efectuar el seguimiento del gasto sanitario del Sistema Nacional de Salud (SNS). La EGSP se desarrolla y estructura de acuerdo con el concepto de cuenta satélite coherente con el Sistema de Cuentas Nacionales 1993 (SCN-93) de Naciones Unidas¹. Esta fuente estadística únicamente considera el gasto realizado o financiado por las instituciones públicas españolas, centrales y subcentrales, de modo que es la estadística idónea para comparar entre sí, de modo plenamente coherente, el gasto sanitario público de las diferentes comunidades autónomas. Con este fin se empleará en el epígrafe 1.1.2.

En cambio, si el objetivo pretendido es comparar el gasto sanitario total español, público y privado, con el de otras naciones, la estadística más adecuada es la elaborada conjuntamente por la OCDE, la Oficina Estadística de la Unión Europea (EUROSTAT) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), según la metodología armonizada del manual de Sistema de Cuentas de Salud (SCS) editado por la OCDE en el año 2000. Los datos del SCS son la base para las cifras de gasto y financiación sanitaria de la publicación anual Eco-Salud de OCDE (*OECD Health Data*). Ésta es

¹ Según se indica en el capítulo XXI del SCN-93 «las cuentas o sistemas satélite subrayan generalmente la necesidad de ampliar la capacidad analítica de la contabilidad nacional a determinadas áreas de interés social de una manera flexible y sin sobrecargar o distorsionar el sistema central». Se configuran, por tanto, como cuentas referidas a temas específicos (p.ej. cultura, sanidad, medio ambiente, etc.) integradas con el marco central de las cuentas nacionales.

la base de datos empleada en el presente epígrafe para estudiar el gasto sanitario español en comparación al de otros países de la OCDE².

Hay tres diferencias metodológicas fundamentales entre el SCS y la EGSP. En primer lugar, la serie de gasto sanitario del SCS refleja no sólo el gasto del SNS, sino también el gasto privado. En España, los datos de gasto sanitario público suministrados a la base de datos Eco-Salud de la OCDE proceden de la EGSP, mientras que las de gasto sanitario privado son estimaciones realizadas por el Ministerio de Sanidad a partir de la Contabilidad Nacional de España. La segunda divergencia radica en los diferentes criterios de agregación del gasto sanitario utilizados. El SCS estructura los datos de acuerdo a una triple clasificación de funciones, proveedores y financiadores, mientras que la EGSP no identifica quiénes son los proveedores ni, como hemos visto, diferencia entre financiación pública y privada de los servicios sanitarios. La última gran diferencia proviene de las funciones asistenciales sanitarias incluidas en una y otra clasificación. Mientras que la EGSP sólo incluye los cuidados de larga duración prestados por instituciones estrictamente sanitarias, el SCS incorpora también los cuidados de larga duración domiciliarios. A la postre, esta diferencia es la que explica en mayor medida la discrepancia entre las cifras de gasto sanitario público obtenidas por las dos fuentes. En consecuencia, no debe pretenderse la coincidencia entre los valores de gasto sanitario público español ofrecidos en este epígrafe y el siguiente³.

La serie de gasto sanitario de SCS que vamos a analizar corresponde al periodo 2003-2009, la cual refleja los últimos datos recopilados para la mayoría de los países de la OCDE⁴. El número concreto de países para los que se ofrecen datos depende del nivel de agregación de la información suministrada. Así, para las cifras agregadas de gasto sanitario, abarcamos una muestra de 29 países de la OCDE, entre ellos España. La descomposición por funciones, proveedores y financiadores se ofrecerá en cambio para un número inferior de naciones, estando España incluida en cualquier caso.

1.1.1.1. Evolución del gasto sanitario 2003-2009 en los países de la OCDE

El gasto sanitario total agregado para los 29 países de la OCDE considerados en la tabla 1.1 (OCDE TOTAL) ascendió en el año 2009 a una suma de más de 4 billones de dólares de PPA; un incremento en términos nominales de aproximadamente el 27% con respecto al montante del año 2003. La cifra de 2009 correspondiente a

2 El Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad ofrece en su página web la serie completa de gasto sanitario español 2003-2009 del SCS, si bien las cifras que empleamos en este informe provienen directamente de la base de datos Eco-Salud de la OCDE, las cuales, al estar ajustadas por índices de paridad de poder adquisitivo (PPA) son comparables con las del resto de países de la OCDE.

3 A su vez, hay determinadas funciones de gasto (p.ej. Formación del personal sanitario) que forman parte del gasto sanitario de la EGSP, pero no del cómputo de gasto sanitario que efectúa el SCS.

4 La serie de gasto 2003-2009 proviene del sexto cuestionario conjunto OCDE-Eurostat-OMS realizado en 2011. Desde 2005 estas tres instituciones recogen la información del SCS mediante un cuestionario conjunto.

España representa el 3,2% del conjunto de la OCDE, lo cual sitúa a España en el séptimo país de los 29 con un mayor gasto sanitario en términos absolutos. Dicho gasto ha experimentado una variación porcentual del 66% en relación al año 2003, un incremento superior al de la mayoría de los países de la muestra. Si ceñimos la comparación a los 19 países de la Unión Europea (UE) recogidos en nuestros datos, tal aumento sólo fue superado por el registrado por Eslovaquia, Estonia, Polonia e Irlanda.

Tabla 1.1
Gasto sanitario total países OCDE. 2003-2009

a) Millones de dólares de paridad de poder adquisitivo (PPA)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Alemania	255.608	261.577	277.427	293.672	306.360	325.402	345.464
Austria	25.970	27.694	28.558	30.004	31.477	34.413	35.869
Bélgica	31.481	32.972	33.856	34.587	36.521	39.777	42.603
Canadá	96.659	102.370	110.988	119.391	126.582	134.064	147.121
Chile	12.433	12.843	13.713	14.181	15.918	18.306	20.078
Corea	50.061	54.573	62.146	70.949	80.001	84.381	91.595
Dinamarca	15.596	16.884	17.575	19.439	20.574	22.242	23.999
Eslovaquia	4.255	5.689	6.136	7.278	8.739	10.052	11.292
Eslovenia	3.526	3.709	3.950	4.223	4.280	4.939	5.210
ESPAÑA	84.975	90.976	98.470	111.757	122.729	135.458	140.866
Estados Unidos	1.737.389	1.856.043	1.980.644	2.110.808	2.241.464	2.348.250	2.440.984
Estonia	906	1.024	1.119	1.290	1.493	1.784	1.867
Finlandia	11.734	12.819	13.582	14.556	15.390	16.780	17.223
Francia	180.368	189.613	202.266	215.160	227.969	237.317	249.168
Hungría	12.996	13.190	14.233	14.966	14.402	15.007	15.144
Irlanda	10.149	11.234	12.232	13.567	15.160	16.733	16.861
Islandia	924	975	978	972	1.034	1.140	1.129
Israel	11.707	12.495	12.675	13.381	14.446	15.655	16.206
Italia	130.475	138.050	147.455	160.616	164.529	183.027	188.824
Luxemburgo	1.640	1.886	1.931	2.176	2.157	2.153	2.373
México	64.158	70.865	75.985	81.382	89.076	95.161	98.732
Noruega	17.506	18.726	19.885	21.006	23.004	24.938	25.843
Nueva Zelanda	7.450	8.355	9.082	10.323	10.676	11.885	12.875
Países Bajos	50.250	53.876	56.304	59.058	64.609	69.746	81.230
Polonia	28.570	30.811	32.704	35.616	41.089	48.217	53.186
Reino Unido	137.994	152.009	162.464	179.590	183.438	198.566	212.463
República Checa	13.650	14.157	15.095	15.975	17.146	19.180	22.116
Suecia	25.370	26.567	26.755	28.994	31.396	33.598	34.611
Suiza	27.719	29.086	29.860	31.058	33.746	37.703	39.835
OCDE TOTAL (29)	3.051.519	3.251.069	3.468.070	3.715.977	3.945.408	4.185.873	4.394.766

Tabla 1.1 (continuación)**b) % del PIB**

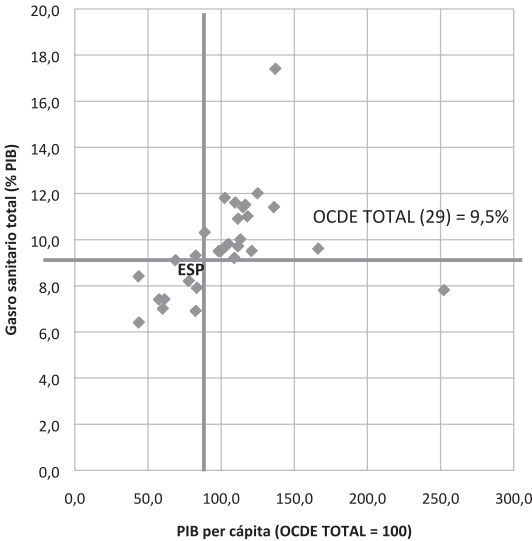
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Alemania	10,8	10,6	10,7	10,6	10,5	10,7	11,6
Austria	10,3	10,4	10,4	10,3	10,3	10,4	11,0
Bélgica	10,0	10,2	10,1	9,6	9,7	10,1	10,9
Canadá	9,8	9,8	9,8	10,0	10,0	10,3	11,4
Chile	7,5	7,1	6,9	6,6	6,9	7,5	8,4
Corea	5,2	5,3	5,7	6,0	6,3	6,5	6,9
Dinamarca	9,5	9,7	9,8	9,9	10,0	10,3	11,5
Eslovaquia	5,8	7,2	7,0	7,3	7,7	8,0	9,1
Eslovenia	8,6	8,4	8,4	8,3	7,8	8,4	9,3
ESPAÑA	8,2	8,2	8,3	8,4	8,5	9,0	9,5
Estados Unidos	15,7	15,7	15,7	15,8	16,0	16,4	17,4
Estonia	5,0	5,1	5,0	5,0	5,2	6,1	7,0
Finlandia	8,2	8,2	8,4	8,4	8,1	8,4	9,2
Francia	10,9	11,0	11,1	11,0	11,0	11,1	11,8
Hungría	8,3	8,0	8,3	8,1	7,5	7,2	7,4
Irlanda	7,4	7,6	7,6	7,5	7,7	8,8	9,5
Islandia	10,4	9,9	9,4	9,1	9,1	9,1	9,7
Israel	7,9	7,8	7,8	7,6	7,6	7,7	7,9
Italia	8,3	8,7	8,9	9,0	8,7	9,0	9,5
Luxemburgo	7,7	8,2	7,9	7,7	7,1	6,8	7,8
México	5,8	6,0	5,9	5,7	5,8	5,8	6,4
Noruega	10,0	9,7	9,1	8,6	8,9	8,6	9,6
Nueva Zelanda	7,9	8,3	8,7	9,1	8,8	9,6	10,3
Países Bajos	9,8	10,0	9,8	9,7	9,7	9,9	12,0
Polonia	6,2	6,2	6,2	6,2	6,4	7,0	7,4
Reino Unido	7,8	8,0	8,2	8,5	8,4	8,8	9,8
República Checa	7,4	7,2	7,2	7,0	6,8	7,1	8,2
Suecia	9,3	9,1	9,1	8,9	8,9	9,2	10,0
Suiza	11,3	11,3	11,2	10,8	10,6	10,7	11,4
OCDE PROMEDIO (29)	8,7	8,7	8,7	8,6	8,6	8,9	9,7
OCDE TOTAL (29)	8,4	8,5	8,5	8,5	8,6	8,8	9,5

Tabla 1.1 (continuación)**c) Dólares (paridad de poder adquisitivo) por habitante**

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Alemania	3.097	3.170	3.364	3.565	3.724	3.963	4.218
Austria	3.199	3.390	3.472	3.629	3.792	4.128	4.289
Bélgica	3.034	3.164	3.231	3.279	3.437	3.714	3.946
Canadá	3.055	3.205	3.442	3.665	3.844	4.024	4.363
Chile	781	798	843	863	959	1.092	1.186
Corea	1.046	1.136	1.291	1.469	1.651	1.736	1.879
Dinamarca	2.895	3.126	3.245	3.577	3.770	4.052	4.348
Eslovaquia	791	1.057	1.139	1.350	1.619	1.859	2.084
Eslovenia	1.768	1.857	1.974	2.106	2.129	2.451	2.579
ESPAÑA	2.023	2.131	2.269	2.536	2.735	2.971	3.067
Estados Unidos	5.986	6.336	6.700	7.073	7.437	7.720	7.960
Estonia	669	759	831	960	1.113	1.331	1.393
Finlandia	2.251	2.452	2.589	2.764	2.910	3.158	3.226
Francia	2.991	3.122	3.306	3.493	3.679	3.809	3.978
Hungría	1.283	1.305	1.411	1.486	1.433	1.495	1.511
Irlanda	2.550	2.777	2.959	3.200	3.494	3.784	3.781
Islandia	3.194	3.334	3.304	3.193	3.320	3.571	3.538
Israel	1.750	1.835	1.829	1.897	2.012	2.142	2.165
Italia	2.265	2.373	2.516	2.725	2.771	3.059	3.137
Luxemburgo	3.632	4.118	4.152	4.603	4.494	4.451	4.808
México	629	688	731	776	842	892	918
Noruega	3.835	4.078	4.301	4.507	4.885	5.230	5.352
Nueva Zelanda	1.850	2.044	2.197	2.467	2.525	2.784	2.983
Países Bajos	3.097	3.309	3.450	3.613	3.944	4.241	4.914
Polonia	748	807	857	934	1.078	1.265	1.394
Reino Unido	2.317	2.540	2.735	3.006	3.051	3.281	3.487
República Checa	1.338	1.387	1.475	1.556	1.661	1.839	2.108
Suecia	2.832	2.954	2.963	3.193	3.432	3.644	3.722
Suiza	3.777	3.936	4.015	4.150	4.469	4.930	5.144
OCDE PROMEDIO (29)	2.368	2.524	2.641	2.815	2.973	3.194	3.361
OCDE TOTAL (29)	2.598	2.749	2.915	3.103	3.272	3.448	3.598

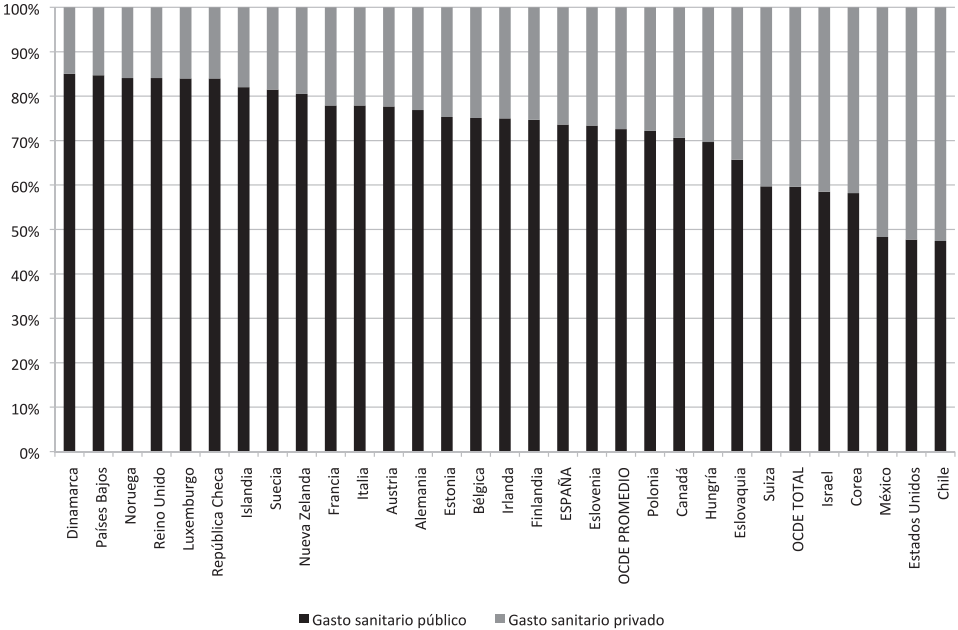
Fuente: OCDE. StatExtracts.

Gráfico 1.1
PIB per cápita y Gasto sanitario total en % del PIB. Año 2009



Fuente: OCDE. StatExtracts.

Gráfico 1.2
Proporción (en %) del gasto sanitario público y privado sobre el total. Año 2009



Fuente: OCDE. StatExtracts.

En relación al PIB agregado, el gasto sanitario del conjunto de la OCDE supuso el 9,5%, cifra ligeramente inferior al promedio (OCDE PROMEDIO) de la distribución de valores de los 29 países considerados (9,7%). El rango de variabilidad de dichos valores es notable, teniendo a México en el extremo inferior con un gasto sanitario en términos del PIB del 6,4%; casi un tercio del registrado en Estados Unidos que, con el 17,4% del PIB, presenta el indicador más elevado. El índice relativo de gasto sanitario sobre el PIB español se equipara al del conjunto de la OCDE (9,5%), situándose en el entorno de otros países europeos como Reino Unido, Noruega, Islandia, Irlanda e Italia. Cuando dicho índice se compara con el nivel de PIB per cápita (gráfico 1.1) se vislumbra una relación directa entre ambos indicadores, habitual por lo demás en este tipo de comparativas internacionales. Esta asociación positiva es congruente con la observación acreditada en numerosos estudios empíricos que, desde la aportación pionera de Newhouse (1977), señalan a la renta per cápita como la variable que explica en mayor medida las diferencias de gasto sanitario entre países. No obstante, el mismo gráfico pone de manifiesto una considerable dispersión en los niveles de gasto sanitario, lo cual sugiere que el PIB per cápita no es el único factor explicativo de su evolución. Así, para un mismo nivel de renta por habitante pueden observarse diferencias apreciables en los cocientes de gasto sanitario/PIB. Éste es el caso, por ejemplo, de Alemania y Finlandia, países ambos con rentas que rondan los 36.000 dólares PPA por habitante, pero con un gasto sanitario en términos del PIB en el caso de Alemania un 26% superior al finlandés. España, por su parte, con un PIB per cápita semejante al del conjunto de la OCDE-29 posee asimismo un gasto sanitario sobre el PIB similar, lo cual indica que el nivel de gasto sanitario español es coherente con su nivel de desarrollo económico medido a través del PIB per cápita.

Nótese que para poder efectuar una lectura de la anterior relación en términos del «esfuerzo» solidario que debe acometer una sociedad para proveer asistencia sanitaria a sus ciudadanos, es preciso atender a la separación entre fuentes de financiación del gasto sanitario. De esta forma, puede apreciarse en el gráfico 1.2 cómo la fracción que representa el gasto sanitario público en España respecto del total (algo menos del 74%) es, con la excepción de Eslovenia y Polonia, la menor de todos los países de la UE ahí mostrados, a gran distancia del peso que alcanza en los países nórdicos (en el entorno del 85%), pero también de otras naciones más próximas como Francia e Italia (con valores cercanos al 80%). En el extremo opuesto destacan México, Estados Unidos y Chile, los únicos países que exhiben un porcentaje de gasto sanitario público inferior al 50% del gasto sanitario total.

El peso del gasto sanitario total en la renta nacional aumentó, entre 2003 y 2009, para el conjunto de la OCDE, en 1,1 puntos del PIB (del 8,4% al 9,5%). Este indicador registró una variación positiva en todos los países de la OCDE-29, a excepción de Hungría, Islandia y Noruega. El crecimiento experimentado en España fue de 1,3 puntos del PIB, superior al promedio OCDE, y de los mayores de la UE, sólo superado por Dinamarca, Países Bajos, Reino Unido, Irlanda, Eslovaquia y Estonia.

Tabla 1.2
Gasto sanitario público países OCDE. 2003-2009

a) Millones de dólares de paridad de poder adquisitivo

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Alemania	200.397	200.629	212.509	224.365	234.059	249.258	265.662
Austria	19.608	20.965	21.733	22.803	24.049	26.567	27.870
Bélgica	23.548	25.059	25.697	25.560	26.843	29.833	31.995
Canadá	67.855	71.864	77.914	83.335	88.860	94.515	103.868
Chile	4.824	5.124	5.485	5.970	6.876	8.055	9.517
Corea	26.232	28.705	32.875	39.235	44.641	47.169	53.308
Dinamarca	13.179	14.233	14.851	16.446	17.365	18.839	20.399
Eslovaquia	3.757	4.199	4.565	4.971	5.838	6.815	7.419
Eslovenia	2.535	2.711	2.848	3.054	3.094	3.625	3.824
ESPAÑA	59.738	64.047	69.520	79.683	87.751	98.342	103.677
Estados Unidos	757.501	816.659	873.464	947.753	1.010.900	1.080.195	1.164.349
Estonia	697	773	858	945	1.129	1.388	1.406
Finlandia	8.754	9.615	10.241	10.888	11.450	12.484	12.866
Francia	142.310	149.415	159.386	169.331	178.500	184.395	194.102
Hungría	9.461	9.549	10.290	10.850	10.125	10.655	10.556
Irlanda	7.764	8.695	9.419	10.420	11.658	12.834	12.645
Islandia	755	792	796	797	853	942	926
Israel	7.223	7.609	7.516	7.895	8.422	9.143	9.481
Italia	97.204	104.918	112.361	123.032	126.029	141.846	147.094
Luxemburgo	1.381	1.600	1.640	1.851	1.814	1.811	1.993
México	28.358	32.031	34.193	36.785	40.440	44.630	47.687
Noruega	14.653	15.655	16.604	17.603	19.347	21.023	21.734
Nueva Zelanda	5.834	6.425	7.002	8.001	8.520	9.544	10.364
Países Bajos	33.436	35.351	37.059	48.639	53.004	57.238	68.809
Polonia	19.970	21.137	22.664	24.895	29.091	34.812	38.400
Reino Unido	110.395	123.583	133.058	146.007	149.135	163.618	178.681
República Checa	12.258	12.628	13.178	13.850	14.608	15.824	18.577
Suecia	20.803	21.625	21.725	23.514	25.557	27.382	28.208
Suiza	16.160	16.986	17.767	18.355	19.944	22.433	23.782
OCDE TOTAL (29)	1.716.589	1.832.582	1.957.219	2.126.833	2.259.903	2.435.215	2.619.200

Tabla 1.2 (continuación)**b) % del PIB**

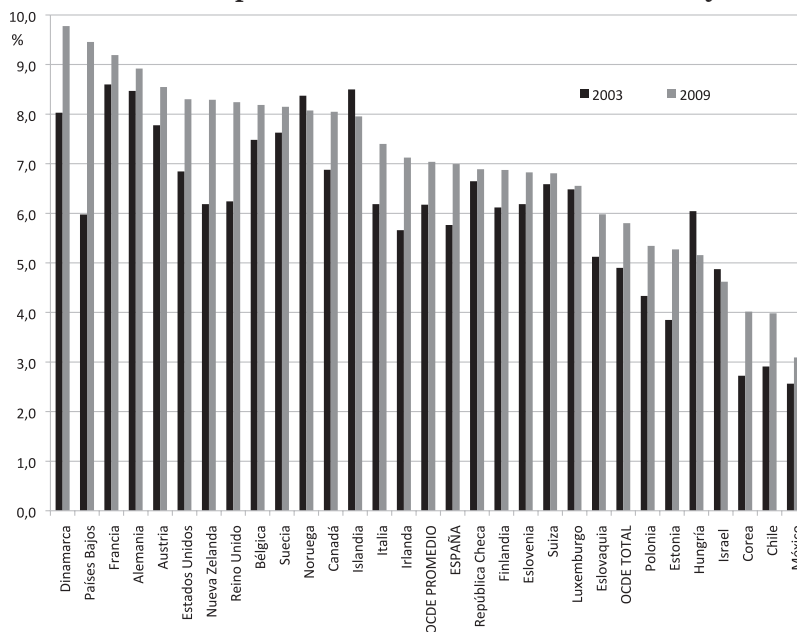
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Alemania	8,5	8,1	8,2	8,1	8,0	8,2	8,9
Austria	7,8	7,9	7,9	7,8	7,9	8,0	8,5
Bélgica	7,5	7,8	7,7	7,1	7,1	7,6	8,2
Canadá	6,9	6,9	6,9	7,0	7,0	7,3	8,0
Chile	2,9	2,8	2,8	2,8	3,0	3,3	4,0
Corea	2,7	2,8	3,0	3,3	3,5	3,6	4,0
Dinamarca	8,0	8,2	8,3	8,4	8,4	8,7	9,8
Eslovaquia	5,1	5,3	5,2	5,0	5,1	5,4	6,0
Eslovenia	6,2	6,1	6,1	6,0	5,6	6,2	6,8
ESPAÑA	5,8	5,8	5,9	6,0	6,1	6,5	7,0
Estados Unidos	6,8	6,9	6,9	7,1	7,2	7,5	8,3
Estonia	3,9	3,9	3,8	3,7	3,9	4,7	5,3
Finlandia	6,1	6,2	6,3	6,3	6,0	6,2	6,9
Francia	8,6	8,7	8,7	8,7	8,6	8,6	9,2
Hungría	6,0	5,8	6,0	5,9	5,3	5,1	5,2
Irlanda	5,7	5,9	5,9	5,8	5,9	6,7	7,1
Islandia	8,5	8,0	7,7	7,5	7,5	7,5	8,0
Israel	4,9	4,8	4,6	4,5	4,4	4,5	4,6
Italia	6,2	6,6	6,8	6,9	6,7	7,0	7,4
Luxemburgo	6,5	7,0	6,7	6,6	6,0	5,7	6,6
México	2,6	2,7	2,7	2,6	2,6	2,7	3,1
Noruega	8,4	8,1	7,6	7,2	7,5	7,2	8,1
Nueva Zelanda	6,2	6,4	6,7	7,1	7,0	7,7	8,3
Países Bajos	6,0	6,0	5,9	7,2	7,3	7,4	9,5
Polonia	4,3	4,3	4,3	4,3	4,5	5,1	5,3
Reino Unido	6,2	6,5	6,7	6,9	6,8	7,3	8,2
República Checa	6,6	6,4	6,3	6,1	5,8	5,9	6,9
Suecia	7,6	7,4	7,4	7,2	7,2	7,5	8,2
Suiza	6,6	6,6	6,7	6,4	6,3	6,4	6,8
OCDE PROMEDIO (29)	6,2	6,2	6,2	6,2	6,2	6,4	7,0
OCDE TOTAL (29)	4,9	4,9	5,0	5,0	5,0	5,3	5,8

Tabla 1.2 (continuación)**c) Dólares (paridad de poder adquisitivo) por habitante**

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Alemania	2.429	2.432	2.577	2.725	2.846	3.034	3.242
Austria	2.416	2.566	2.644	2.758	2.897	3.186	3.331
Bélgica	2.269	2.405	2.454	2.422	2.526	2.784	2.964
Canadá	2.144	2.251	2.417	2.557	2.700	2.837	3.081
Chile	303	318	337	364	414	481	562
Corea	548	597	683	812	921	971	1.093
Dinamarca	2.448	2.634	2.741	3.027	3.182	3.431	3.698
Eslovaquia	699	780	848	922	1.082	1.260	1.369
Eslovenia	1.271	1.358	1.424	1.522	1.538	1.800	1.893
ESPAÑA	1.421	1.500	1.601	1.808	1.955	2.157	2.259
Estados Unidos	2.610	2.788	2.954	3.174	3.356	3.554	3.795
Estonia	515	573	637	703	842	1.036	1.049
Finlandia	1.678	1.839	1.951	2.069	2.164	2.351	2.410
Francia	2.361	2.460	2.606	2.751	2.882	2.960	3.100
Hungría	935	945	1.020	1.078	1.007	1.061	1.053
Irlanda	1.951	2.149	2.277	2.457	2.686	2.902	2.836
Islandia	2.609	2.707	2.688	2.616	2.740	2.949	2.901
Israel	1.080	1.118	1.085	1.120	1.173	1.251	1.266
Italia	1.687	1.802	1.917	2.087	2.121	2.371	2.443
Luxemburgo	3.059	3.493	3.526	3.919	3.780	3.741	4.040
México	278	311	329	351	382	418	443
Noruega	3.210	3.407	3.593	3.776	4.108	4.408	4.501
Nueva Zelanda	1.449	1.572	1.693	1.911	2.014	2.235	2.400
Países Bajos	1.895	1.980	2.087	2.732	2.966	3.193	3.884
Polonia	523	554	594	653	764	914	1.006
Reino Unido	1.855	2.066	2.239	2.443	2.481	2.702	2.935
República Checa	1.202	1.236	1.288	1.350	1.415	1.518	1.770
Suecia	2.322	2.404	2.405	2.590	2.792	2.970	3.033
Suiza	2.204	2.298	2.388	2.454	2.640	2.933	3.072
OCDE PROMEDIO (29)	1.702	1.812	1.897	2.040	2.151	2.324	2.463
OCDE TOTAL (29)	1.459	1.547	1.642	1.773	1.871	2.002	2.140

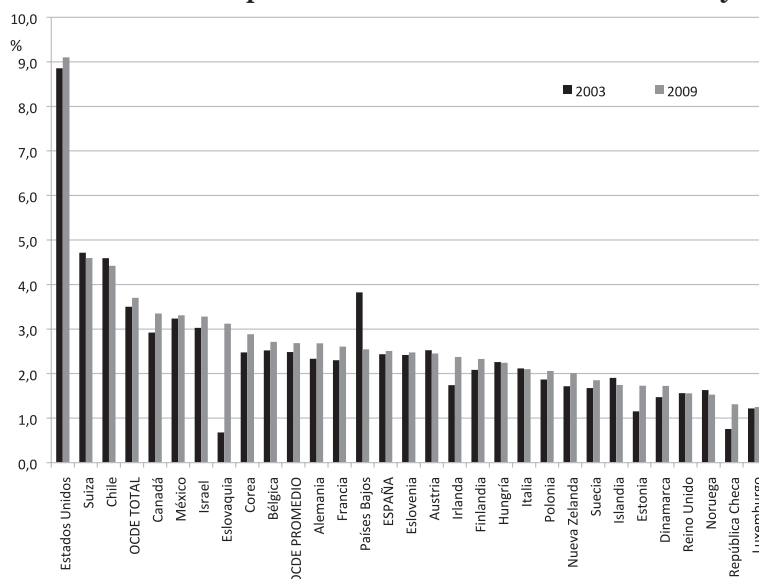
Fuente: OCDE. StatExtracts.

Gráfico 1.3
Gasto sanitario público en % sobre el PIB. Años 2003 y 2009



Fuente: OCDE. StatExtracts.

Gráfico 1.4
Gasto sanitario privado en % sobre el PIB. Años 2003 y 2009

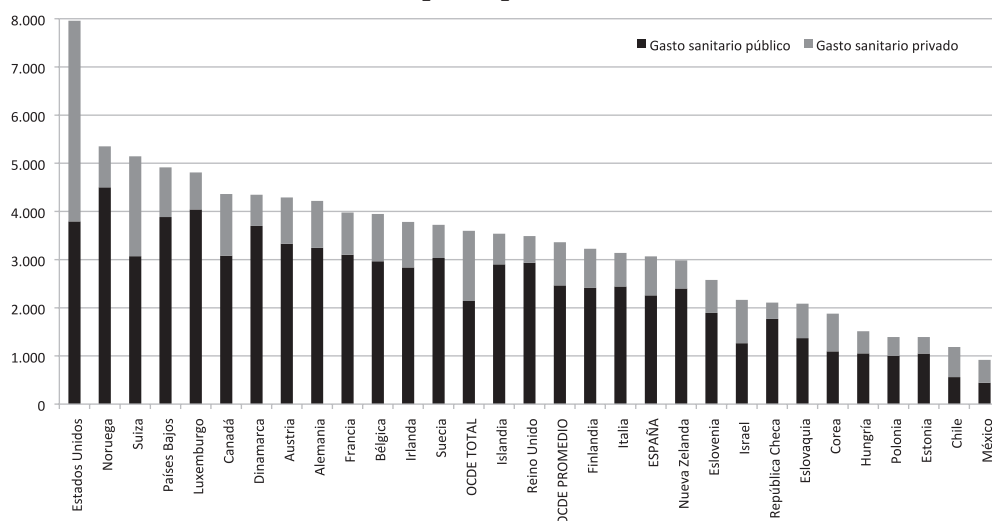


Fuente: OCDE. StatExtracts.

Como puede observarse en los gráficos 1.3 y 1.4, con carácter general, el gasto sanitario público fue el que registró un mayor aumento en el ámbito de la OCDE, si bien en los únicos tres países en los que el porcentaje del PIB destinado a sanidad disminuyó, el descenso del gasto público fue mayor que el experimentado por el gasto privado. En España, el gasto sanitario público creció 1,2 puntos del PIB, aumentando por tanto el gasto privado alrededor de una décima del PIB. El crecimiento del gasto sanitario público sobre el PIB fue mayor en España que en la OCDE (0,9 puntos), siendo rebasado por 8 países, 5 de ellos europeos.

Durante el periodo 2003-2009 el gasto sanitario total per cápita de la OCDE-29 aumentó en torno a 1.000 dólares de PPA, situándose en el nivel de los 3.600 dólares aproximadamente. El gasto español se encuentra por debajo de la media con un valor ligeramente superior a los 3.000 dólares, muy distanciado de los valores acreditados por los países más desarrollados de la muestra, tal y como se aprecia en el gráfico 1.5 donde se ordenan los países según la magnitud de su gasto sanitario total per cápita.

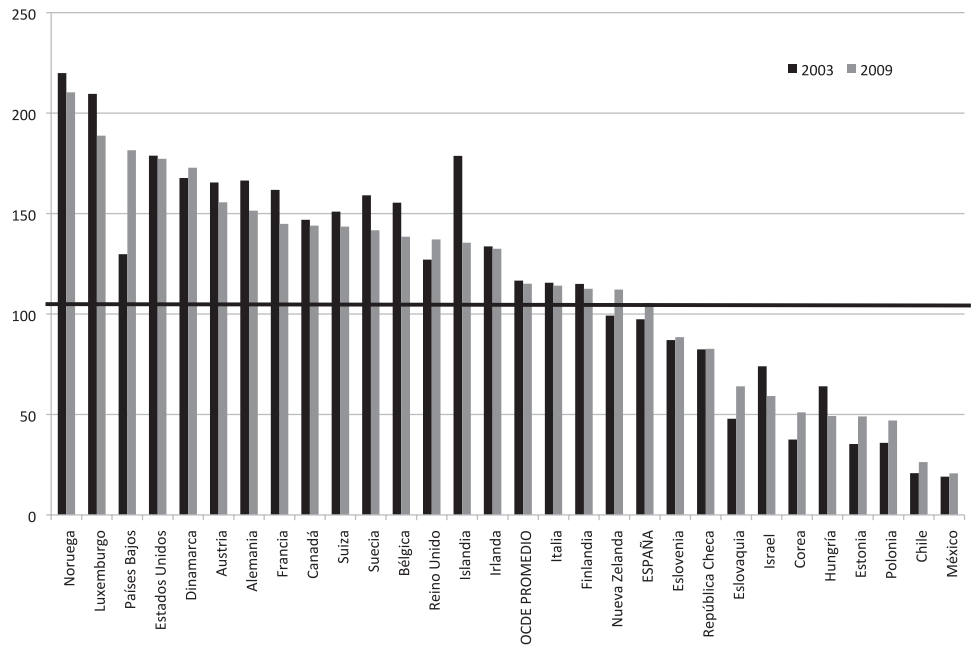
Gráfico 1.5
Gasto sanitario total per cápita (en \$ de PPA). Año 2009



Fuente: OCDE. StatExtracts.

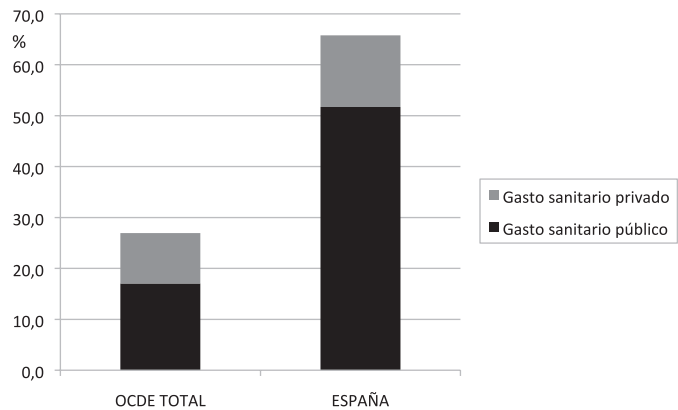
La comparación varía algo, sin embargo, si la efectuamos en clave de gasto sanitario público. En efecto, como se muestra en el gráfico 1.6, el gasto sanitario público per cápita español excede en el año 2009 al del conjunto de la OCDE-29 aproximadamente en un 6%, aunque la posición que ocupa España en relación al resto de países incluso empeora respecto de la que ostenta en términos de gasto sanitario total per cápita (décimo noveno puesto atendiendo al gasto sanitario público per cápita, décimo octavo en términos de gasto sanitario total per cápita). La variación

Gráfico 1.6
Gasto sanitario público per cápita (en \$ de PPA). Años 2003 y 2009



Fuente: OCDE. StatExtracts.

Gráfico 1.7
Contribuciones del gasto público y privado al crecimiento del gasto sanitario total en el periodo 2003-2009



Fuente: OCDE. StatExtracts.

experimentada por el indicador de gasto sanitario público per cápita en España ha sido, no obstante, considerable, registrando un incremento en términos nominales del 59%, claramente superior al de la OCDE-29 (47%), y sólo superado por 7 países.

El aparente protagonismo del gasto sanitario público como impulsor del gasto sanitario total se ve corroborado cuando se estima la contribución del primero al crecimiento del segundo (ver gráfico 1.7). Así, tomando las magnitudes absolutas, se verifica que casi un 79% de la variación experimentada por el gasto sanitario total español a lo largo de los seis años analizados se debe a la aportación de la financiación pública (52 puntos porcentuales del 66% que creció el gasto sanitario total). Esta aportación es notablemente superior a la registrada para el conjunto de la OCDE-29, que explicó el 63% de la variación del gasto total agregado.

1.1.1.2. Gasto sanitario corriente según función de atención de la salud

Como se señaló con anterioridad, el SCS registra los datos de gasto sanitario siguiendo la clasificación tripartita establecida en la Clasificación Internacional de Cuentas de Salud (*International Classification for Health Accounts*), que permite desglosar la información según:

- Clasificación funcional de atención de la salud (ICHA-HC).
- Clasificación de los proveedores de la atención de la salud (ICHA-HP)
- Clasificación de la financiación de la atención de la salud (ICHA-HF).

La primera de estas clasificaciones pretende reflejar el tipo de servicios asistenciales que se prestan, distinguiendo dos tipos de funciones de gasto: funciones centrales y funciones relacionadas con la salud. Son las primeras (funciones centrales) las que se mostrarán aquí, omitiendo las funciones relacionadas, las cuales, a excepción de la «Formación de capital de instituciones proveedoras de atención de salud» no se contabilizan dentro de la cifra de gasto sanitario total. Dado que el peso que representa la formación de capital fijo sobre el total de gasto sanitario es muy pequeño (en el caso de España inferior al 2%) y que no se dispone de su valor para varios países, se opta por omitirlo, de modo que el gasto sanitario total cuya composición va a ser objeto de análisis (por las tres clasificaciones) es gasto corriente.

Las funciones centrales de atención a la salud englobadas dentro del gasto sanitario corriente son las siguientes:

- *HC1 Servicios curativos*
- *HC2 Servicios de rehabilitación*
- *HC3 Servicios de larga duración*

Tabla 1.3
Gasto sanitario según función de atención de la salud (estructura porcentual)

a) Año 2003

	HC1 – HC2 Servicios curativos y rehabilitación	HC3 Servi- cios larga duración	HC4 Servicios auxiliares	HC5 Bienes médicos pacientes ambulato- rios	HC6 Servicios preven- ción salud pública	HC7 Admi- nistración asegura- miento sanitario	HC8 Servicios no asig- nados por función
Alemania	53,5	12,2	4,6	20,6	3,4	5,9	0,0
Australia	68,9	0,5	6,1	19,5	1,7	3,3	0,0
Austria	60,6	13,0	2,8	18,1	1,9	3,6	0,0
Bélgica	54,5	16,4	2,1	19,5	2,3	5,3	0,0
Canadá	46,6	14,9	6,2	20,5	7,0	4,2	0,5
Corea	63,1	1,0	0,7	28,9	1,8	4,4	0,0
Dinamarca	54,6	23,5	4,9	13,5	2,4	1,2	0,0
Eslovaquia	0,0	0,0	4,2	45,6	1,7	0,5	48,0
Eslovenia	56,3	7,7	2,7	24,9	3,6	4,8	0,0
ESPAÑA	56,8	8,2	4,9	24,4	2,3	3,4	0,0
Estados Unidos	68,5	6,0	0,0	14,4	3,5	7,6	0,0
Estonia	55,4	2,2	9,2	26,8	2,5	3,9	0,0
Finlandia	57,6	12,6	2,7	19,4	5,1	2,7	0,0
Francia	54,7	9,3	5,1	21,3	2,1	7,5	0,0
Hungría	51,8	3,6	4,4	32,4	4,9	1,3	1,6
Islandia	58,6	18,2	2,3	17,2	1,4	2,2	0,0
Japón	65,2	9,1	0,8	21,0	2,2	1,8	0,0
Luxemburgo	57,6	19,6	5,9	13,3	1,9	1,6	0,0
Noruega	50,7	25,3	6,4	14,7	2,1	0,8	0,0
Países Bajos	53,1	14,2	4,0	17,7	5,3	5,6	0,0
Polonia	53,0	5,1	3,1	33,8	3,4	1,4	0,0
Portugal	61,3	1,0	8,3	26,1	2,1	1,3	0,0
República Checa	57,4	3,7	5,4	28,5	1,7	2,6	0,7
Suecia	65,8	7,9	4,3	17,2	3,2	1,2	0,4
Suiza	57,8	19,1	3,1	12,8	2,3	4,9	0,0
OCDE PROMEDIO (25)	55,3	10,2	4,2	22,1	2,9	3,3	2,1

Tabla 1.3 (continuación)**b) Año 2009**

	HC1 – HC2 Servicios curativos y rehabilitación	HC3 Servi- cios larga duración	HC4 Servicios auxiliares	HC5 Bienes médicos pacientes ambulatorios	HC6 Servicios preven- ción salud pública	HC7 Admi- nistración asegura- miento sanitario	HC8 Servicios no asig- nados por función
Alemania	53,3	12,3	4,7	20,5	3,7	5,4	0,0
Australia	69,2	0,4	6,1	18,5	2,1	3,6	0,0
Austria	60,2	14,0	2,8	17,5	1,8	3,6	0,0
Bélgica	52,7	19,7	2,4	17,5	2,7	4,9	0,0
Canadá	46,8	14,6	6,3	20,8	7,3	3,7	0,5
Corea	57,0	10,0	0,9	25,2	3,3	3,6	0,0
Dinamarca	55,8	24,5	4,7	11,5	2,2	1,2	0,0
Eslovaquia	46,7	0,3	7,7	37,0	4,9	3,4	0,0
Eslovenia	56,5	8,7	3,0	23,7	3,8	4,3	0,0
ESPAÑA	58,2	9,0	5,3	21,7	2,7	3,1	0,0
Estados Unidos	69,5	5,9	0,0	14,1	3,6	7,0	0,0
Estonia	54,0	4,3	10,0	26,9	2,3	2,4	0,0
Finlandia	58,9	12,3	3,2	18,0	5,6	2,1	0,0
Francia	53,1	11,5	5,2	21,0	2,2	7,0	0,0
Hungría	47,4	3,9	4,4	37,7	4,4	1,3	1,0
Islandia	58,5	18,0	2,3	17,9	1,4	1,9	0,0
Japón	65,4	8,9	0,7	20,8	2,4	1,9	0,0
Luxemburgo	58,3	19,9	5,8	12,5	1,9	1,7	0,0
Noruega	51,8	27,1	6,2	11,8	2,2	0,8	0,0
Países Bajos	51,7	22,6	1,9	14,5	4,3	4,0	0,8
Polonia	58,2	5,4	6,2	26,4	2,3	1,4	0,0
Portugal	60,2	1,0	9,3	25,8	1,9	1,7	0,0
República Checa	60,0	3,5	5,8	23,1	2,7	3,4	1,5
Suecia	66,0	7,7	4,5	16,0	3,8	1,4	0,6
Suiza	57,7	19,3	3,3	12,2	2,5	4,9	0,0
OCDE PROMEDIO (25)	57,1	11,4	4,5	20,5	3,1	3,2	0,2

Fuente: OCDE. StatExtracts.

- *HC4 Servicios auxiliares*
- *HC5 Bienes médicos dispensados a pacientes ambulatorios*
- *HC6 Servicios de prevención y salud pública*
- *HC7 Administración y aseguramiento sanitario*

Las cinco primeras funciones conciernen a la provisión de bienes y servicios sanitarios individuales, mientras que las dos últimas recogen servicios sanitarios colectivos (indivisibles). Cada uno de estos grupos funcionales puede desagregarse a su vez en otras funciones y subfunciones, si bien nuestro análisis no descenderá a ese nivel de detalle. A las siete funciones referidas añadimos una octava (*HC8 Servicios no asignados por función*) a la que se asigna, cuando procede, el resto de gasto no imputado a las funciones anteriores.

La tabla 1.3 recoge la distribución porcentual por funciones, para 25 países de la OCDE, del gasto sanitario corriente total en los años 2003 y 2009. Comenzando por el primero de estos dos años, puede observarse cómo las dos primeras funciones (servicios curativos y de rehabilitación) absorben una media aproximada del 55% del gasto total, porcentaje que llega a ser mayor incluso en el año 2009 (57,1%). España se mantiene por encima de la media en ambos años, situándose el peso de las citadas funciones en el año 2009 por encima del 58%.

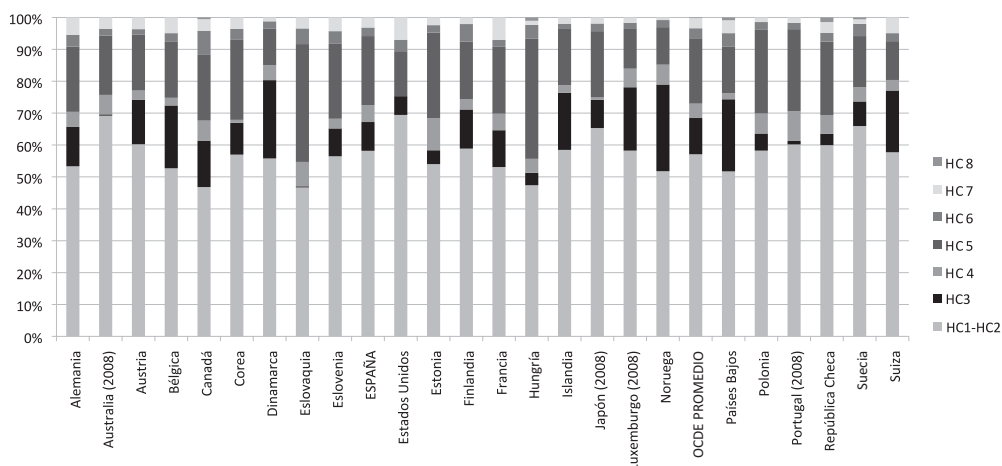
El incremento experimentado en términos relativos por las dos primeras funciones, tanto para el promedio OCDE como para España, se consigue merced fundamentalmente al descenso registrado en la participación de la función *HC5 Bienes médicos dispensados a pacientes ambulatorios*. Esta función integra dos tipos de productos: *HC.5.1 Productos farmacéuticos y otros productos médicos perecederos* y *HC.5.2 Dispositivos terapéuticos y otros productos médicos no perecederos*. Mientras la primera categoría está formada fundamentalmente por medicamentos (de prescripción y de venta libre), la segunda abarca todo tipo de prótesis y dispositivos médicos técnicos, como las sillas de ruedas. Pues bien, la disminución comentada es impulsada concretamente por la reducción del peso de los medicamentos de prescripción, que alcanza alrededor de 2 puntos porcentuales en el caso de España. Esta evolución es congruente con la intensificación de la regulación que pesa en España sobre el reembolso público de los medicamentos dispensados en oficinas de farmacia desde el año 2003, fecha en la que se introduce un nuevo sistema de precios de referencia, al que siguen reducciones lineales en los precios industriales de los medicamentos y en los márgenes comerciales, y una nueva modificación del sistema de precios de referencia en el año 2007.

El gráfico 1.8 permite tener una idea más intuitiva de las diferencias existentes entre los diferentes países objeto de comparación en el año 2009. Así, pese a la ya comentada preponderancia del gasto en servicios curativos y de rehabilitación, observamos notables diferencias entre los distintos países, que abarcan desde el mínimo de Canadá (47%) hasta el máximo de Estados Unidos (69,5%). Esta

disparidad se traslada a otras funciones, de modo que, por ejemplo, se aprecia cómo en Dinamarca, Noruega y Países Bajos el gasto en cuidados de larga duración rebasa el 20% del total, mientras que en Australia, Eslovaquia y Portugal no supera el 1%. En España el gasto en servicios de esa naturaleza representa el 9%. Otra categoría en la que se manifiestan importantes divergencias es la referida función de productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios. Si nos fijamos en los países nórdicos hallamos un peso para este tipo de gasto establecido entre el 11,5% de Dinamarca y el 18% de Finlandia. En cambio, en países del centro y sur de Europa, como Alemania, Francia y España, el peso de esta función se sitúa en torno al 21%, incrementándose notablemente en el caso de Portugal y la totalidad de los países de la Europa del Este, con cifras en el caso de Eslovaquia y Hungría próximas al 37%.

Gráfico 1.8

Gasto sanitario según función de atención de la salud (% sobre el total). 2009



Fuente: OCDE. StatExtracts.

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

La clasificación de proveedores de atención de la salud comprende productores tanto primarios como secundarios de servicios de salud. La principal actividad de los productores primarios son los servicios de atención de la salud, como es el caso de, por ejemplo, hospitales y consultorios médicos. Los productores secundarios proporcionan dicha atención como servicio secundario que complementa su actividad principal; por ejemplo, instituciones de atención residencial que proporcionan principalmente servicios sociales, como las residencias, pero en combinación con atención de la salud, como sería la atención de larga duración o la atención psiquiátrica. Se incluye además a los hogares, que se consideran proveedores de servicios de atención de la salud en caso de que presten servicios individuales

a miembros de la familia y que correspondan a pagos de transferencias sociales concedidas con ese propósito.

Por último, conviene señalar que la clasificación de proveedores no distingue ente propiedad o control público o privado de las instituciones, el tamaño o el estatuto legal de los establecimientos o los aspectos regionales.

Hechas estas precisiones, la tabla 1.4 presenta la estructura porcentual del gasto sanitario corriente por proveedor de atención de salud, en 2003 y 2009, para 25 países de la OCDE⁵. Como puede apreciarse, con carácter general, hay tres tipos de proveedores que destacan sobre el resto (por orden de importancia): proveedores de servicios sanitarios ambulatorios, hospitales y proveedores minoristas de bienes médicos. En la primera categoría se integran los consultorios médicos y odontológicos, así como los centros ambulatorios y proveedores de muy diversa especie como los servicios de ambulancia, centros de diálisis, bancos de sangre, etc. La categoría *HP1 Hospitales* aglutina todo tipo de centros hospitalarios, ya sean generales o especializados, así como de salud mental y adicciones. Finalmente, entre los *proveedores minoristas de bienes médicos* se encuadran las oficinas de farmacia, ópticas, ortopedias y proveedores de ayudas auditivas. Los datos ofrecen pocas variaciones entre los dos años considerados, situándose España por encima de la media de la OCDE-25 en relación al peso que reciben los hospitales y los proveedores de servicios sanitarios ambulatorios, mientras que las residencias de larga estancia y enfermería, así como los proveedores minoristas de bienes médicos, concentran un menor volumen de gasto sanitario corriente que el promedio.

Si intentamos profundizar en las diferencias y similitudes que se manifiestan entre los diferentes países, podemos observar en el gráfico 1.9 cómo en las cuatro primeras categorías se registra una considerable dispersión. Así, mientras México y Eslovaquia presentan un gasto hospitalario que no pasa del 26%, hay una serie de países (de diferentes latitudes) con un peso superior al 40%. Es el caso de países nórdicos como Dinamarca y Suecia, del este de Europa como Eslovenia, Estonia y la República Checa, de Eurasia y Oceanía como Turquía, Japón, Corea y Australia, así como un país mediterráneo como es España. El resto de naciones ocupa un estrato intermedio, siendo difícil identificar un patrón geográfico claro. La dispersión es también considerable en lo que respecta al peso que reciben los establecimientos de atención residencial, aspecto este en el que España se localiza por debajo del porcentaje promedio, muy distanciado de países como Dinamarca, Países Bajos o Bélgica, todos ellos con pesos que exceden el 10%. Las divergencias son por lo general menores en las categorías *HP3* y *HP4*, si bien el rango de variación sigue siendo importante. El resto de categorías desempeñan un papel marginal dentro de la estructura porcentual del gasto sanitario corriente.

5 La muestra coincide con la del epígrafe 1.1.2 excepto porque ahora no se ofrecen datos para Austria, proporcionándose en su lugar para Turquía.

Tabla 1.4
Gasto sanitario según proveedor de atención de salud (estructura porcentual)

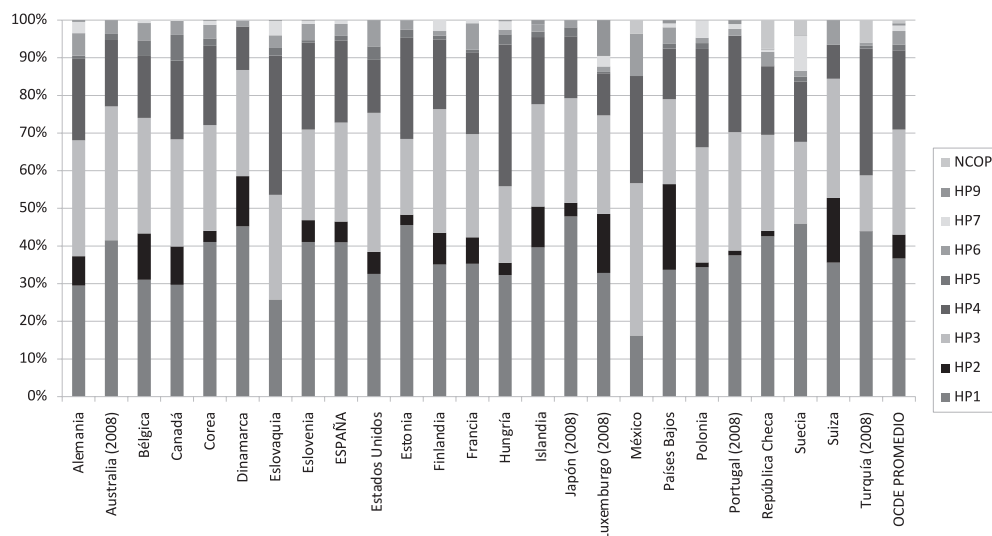
a) Año 2003

	HP1: Hospi- tales	HP2: Resi- dencias de larga estancia y enfermería	HP3: Pro- veedores de servicios sanitarios ambulatorios	HP4: Pro- veedores minoristas de bienes mé- dicos	HP5: Provi- sión y admi- nistración de programas de salud pública	HP6: Admi- nistración sanitaria y asegura- miento	HP7: Otras industrias (resto de la economía)	HP9: Resto del mundo	No clasifica- do en otra parte
Alemania	29,5	7,5	29,8	22,2	0,9	6,4	3,3	0,3	0,0
Australia	40,1	0,0	36,6	18,5	1,7	3,3	0,0	0,0	0,0
Bélgica	34,9	10,4	26,8	18,6	3,4	5,3	0,7	0,0	0,0
Canadá	30,0	11,1	27,0	20,5	6,6	4,2	0,2	0,0	0,0
Corea	34,4	0,4	35,2	23,0	1,4	4,4	1,0	0,2	0,0
Dinamarca	44,5	12,3	28,0	13,5	0,1	1,3	0,1	0,1	0,0
Eslovaquia	31,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	68,2
Eslovenia	38,0	4,8	25,5	24,4	0,5	4,9	1,5	0,4	0,0
ESPAÑA	37,1	5,3	27,8	24,4	0,9	3,4	1,0	0,0	0,0
Estados Unidos	31,7	6,0	36,8	14,4	3,5	7,6	0,0	0,0	0,0
Estonia	44,0	1,2	22,3	26,8	1,8	3,9	0,0	0,0	0,0
Finlandia	37,3	9,1	28,3	19,9	1,3	1,5	2,6	0,0	0,0
Francia	35,6	5,8	27,6	22,1	0,5	7,5	0,9	0,0	0,0
Hungría	37,0	2,6	22,3	32,4	2,5	1,2	1,9	0,0	0,0
Islandia	42,2	10,2	26,2	17,2	1,4	2,2	0,0	0,6	0,0
Japón	50,2	3,4	28,1	14,3	2,2	1,8	0,0	0,0	0,0
Luxemburgo	29,7	15,1	26,3	11,5	0,2	1,4	3,0	12,7	0,0
México	36,8	0,0	25,1	25,7	0,0	9,2	0,0	0,0	3,1
Países Bajos	36,2	12,3	23,3	16,9	1,8	5,5	2,9	1,0	0,0
Polonia	28,6	1,3	27,4	33,7	3,0	1,4	4,5	0,1	0,0
Portugal	38,3	1,0	31,5	25,7	0,1	1,3	1,2	0,9	0,0
República Checa	45,9	1,3	24,2	25,0	0,2	2,9	0,6	0,0	0,0
Suecia	46,2	0,0	20,8	17,0	0,8	1,3	9,5	0,0	4,4
Suiza	36,0	17,0	31,1	9,6	0,0	6,3	0,0	0,0	0,0
Turquía (2008)	36,2	0,3	18,6	37,0	0,8	2,1	0,0	0,0	4,9
OCDE PROMEDIO (25)	37,3	5,5	26,3	20,6	1,4	3,6	1,4	0,7	3,2

Tabla 1.4 (continuación)
b) Año 2009.

	HP1: Hospi- tales	HP2: Resi- dencias de larga estancia y enfermería	HP3: Pro- veedores de servicios sanitarios ambulatorios	HP4: Pro- veedores minoristas de bienes mé- dicos	HP5: Provi- sión y admini- stración de programas de salud pública	HP6: Admi- nistración sanitaria y asegura- miento	HP7: Otras industrias (resto de la economía)	HP9: Resto del mundo	No clasifica- do en otra parte
Alemania	29,5	7,8	30,8	21,8	0,7	5,9	3,0	0,5	0,0
Australia	41,5	0,0	35,5	17,7	1,6	3,7	0,0	0,0	0,0
Bélgica	31,0	12,4	30,6	16,5	4,1	4,6	0,8	0,0	0,0
Canadá	29,6	10,2	28,3	20,8	6,8	3,7	0,2	0,0	0,0
Corea	41,1	3,0	28,1	21,0	2,0	3,6	1,0	0,2	0,0
Dinamarca	45,2	13,4	28,2	11,5	0,1	1,5	0,1	0,1	0,0
Eslovaquia	25,8	0,0	27,8	37,0	2,0	3,4	3,8	0,2	0,0
Eslovenia	41,1	5,8	24,0	23,1	0,7	4,3	0,9	0,1	0,0
ESPAÑA	41,0	5,5	26,3	21,7	1,3	3,2	1,0	0,0	0,0
Estados Unidos	32,6	5,9	36,9	14,1	3,6	7,0	0,0	0,0	0,0
Estonia	45,6	2,7	20,2	26,9	2,1	2,4	0,0	0,1	0,0
Finlandia	35,1	8,5	32,9	18,5	1,1	1,2	2,9	0,0	0,0
Francia	35,3	7,0	27,4	21,7	0,7	7,0	0,8	0,0	0,0
Hungría	32,3	3,3	20,3	37,7	2,7	1,2	2,3	0,3	0,0
Islandia	39,6	10,9	27,2	17,9	1,4	1,9	0,0	1,1	0,0
Japón	47,8	3,6	27,8	16,5	2,4	1,9	0,0	0,0	0,0
Luxemburgo	32,9	15,7	26,2	11,2	0,4	1,4	2,8	9,5	0,0
México	16,3	0,0	40,5	28,4	0,0	11,3	0,0	0,0	3,6
Países Bajos	33,7	22,8	22,5	13,5	1,2	4,4	1,0	0,9	0,0
Polonia	34,3	1,3	30,6	26,1	1,6	1,4	4,6	0,1	0,0
Portugal	37,5	1,3	31,5	25,6	0,1	1,7	1,3	1,0	0,0
República Checa	42,6	1,5	25,5	18,2	0,2	3,6	0,6	0,2	7,6
Suecia	46,0	0,0	21,7	16,0	1,3	1,6	9,2	0,2	4,0
Suiza	35,6	17,2	31,6	9,0	0,0	6,6	0,0	0,0	0,0
Turquía (2008)	43,9	0,0	14,8	33,7	0,8	0,9	0,0	0,0	5,9
OCDE PROMEDIO (25)	36,7	6,4	27,9	21,0	1,6	3,6	1,5	0,6	0,8

Fuente: OCDE. StatExtracts.

Gráfico 1.9**Gasto sanitario según proveedor de atención de la salud (% sobre el total). 2009**

Fuente: OCDE. StatExtracts.

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

Esta clasificación proporciona un desglose completo entre entidades públicas y privadas del gasto en salud. Se incluyen todas las formas usuales de financiación pública y privada, distinguiéndose entre la Seguridad Social (tanto la institucional como los seguros sociales privados), la prestación pública directa de servicios de salud financiados con los impuestos, así como diversos mecanismos privados (seguros privados más deducciones fiscales; instituciones sin fines de lucro). Los pagos directos de los hogares incluyen una serie de elementos de costes compartidos, que corresponden a las diversas formas de pago por terceros; a su vez los empleadores proporcionan prestaciones de medicina del trabajo y otros servicios directos de atención de la salud y, por último, el Sistema Nacional de Salud recibe una contribución financiera neta del resto del mundo, principalmente a través de la cooperación y la ayuda internacional.

La muestra analizada se reduce en esta ocasión a 23 países, para los que la tabla 1.5 muestra la distribución de su gasto sanitario según agentes de financiación en los años 2003 y 2009. Puede apreciarse que para el promedio de la OCDE, a lo largo de los años considerados el gasto de las administraciones de Seguridad Social ha ganado peso a expensas de la reducción del gasto del resto de las AA.PP. Lo contrario sucede parcialmente en España, donde el peso del gasto del conjunto de las AA.PP. excluidas las administraciones de Seguridad Social aumenta en unos 4 puntos porcentuales, mientras que el gasto de las administraciones de Seguridad

Tabla 1.5
Gasto sanitario según financiador de atención de salud (estructura porcentual)

a) Año 2003

	HF11: AA.PP. (Excluida Seguridad Social)	HF12: Administraciones de la Seguridad Social	HF21-HF22: Seguros privados	HF23: Pagos directos de los hogares	HF24: Instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares	HF25: Sociedades (excepto seguros médicos)	HF3: Resto del mundo
Alemania	9,9	68,5	8,7	12,0	0,4	0,4	0,0
Bélgica	15,3	59,5	5,2	19,8	0,2	0,1	0,0
Canadá	68,7	1,4	12,7	14,5	0,0	2,6	0,0
Chile	34,0	4,8	22,3	38,9	0,0	0,0	0,0
Corea	11,1	41,3	4,1	38,0	0,7	4,8	0,0
Eslovaquia	5,7	82,6	0,0	11,7	0,0	0,0	0,0
Eslovenia	5,1	66,8	12,9	11,9	0,0	3,3	0,0
ESPAÑA	65,0	5,2	5,5	23,0	0,7	0,5	0,0
Estados Unidos	6,7	36,9	35,2	13,6	3,7	3,8	0,0
Estonia	11,6	65,4	0,0	20,3	0,0	2,7	0,1
Finlandia	60,0	14,6	2,3	19,1	1,5	2,5	0,0
Francia	4,9	74,0	12,8	6,7	0,1	1,5	0,0
Hungría	13,1	59,8	0,6	23,7	1,4	1,4	0,0
Islandia	55,2	26,5	0,0	17,0	1,4	0,0	0,0
Luxemburgo (2008)	15,7	68,5	2,5	12,2	1,0	0,0	0,0
Polonia	9,8	60,1	0,6	26,4	0,7	2,3	0,0
República Checa	10,8	79,0	0,2	10,0	0,0	0,0	0,0
Suecia	82,0	0,0	0,1	15,9	0,2	1,8	0,0
Suiza	17,8	40,5	9,1	31,6	0,9	0,0	0,0
OCDE PROMEDIO (19)	29,5	42,2	6,7	19,2	0,6	1,8	0,0

Tabla 1.5 (continuación)

b) Año 2009

	HF11: AA.PP. (Excluida Seguridad Social)	HF12: Administraciones de la Seguridad Social	HF21-HF22: Seguros privados	HF23: Pagos directos de los hogares	HF24: Instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares	HF25: Sociedades (excepto seguros médicos)	HF3: Resto del mundo
Alemania	8,7	68,1	9,3	13,1	0,4	0,3	0,0
Bélgica	11,3	63,8	4,8	20,0	0,1	0,1	0,0
Canadá	69,3	1,3	12,7	14,6	0,0	2,1	0,0
Chile	40,6	6,8	18,6	34,0	0,0	0,0	0,0
Corea	13,5	44,7	5,2	32,4	0,7	3,5	0,0
Eslovaquia	6,7	59,0	0,0	25,6	1,2	7,6	0,0
Eslovenia	7,2	66,2	12,5	12,9	0,0	1,1	0,0
ESPAÑA	69,1	4,6	5,4	20,1	0,6	0,3	0,0
Estados Unidos	6,5	41,2	32,8	12,3	3,4	3,8	0,0
Estonia	10,3	65,0	0,2	20,3	0,0	0,3	3,9
Finlandia	59,8	14,9	2,1	19,0	1,4	2,8	0,0
Francia	5,5	72,5	13,3	7,3	0,1	1,4	0,0
Hungría	10,9	58,8	2,7	23,7	2,2	1,7	0,0
Islandia	52,7	29,3	0,0	16,6	1,4	0,0	0,0
Luxemburgo (2008)	16,0	68,0	3,1	11,6	1,2	0,0	0,0
Polonia	11,8	60,4	0,6	22,2	1,0	3,8	0,2
República Checa	7,9	76,1	0,2	14,4	1,1	0,3	0,0
Suecia	81,5	0,0	0,2	16,7	0,2	1,4	0,0
Suiza	18,9	40,8	8,8	30,5	1,0	0,0	0,0
OCDE PROMEDIO (19)	26,7	44,3	7,0	19,3	0,8	1,6	0,2

Fuente: OCDE. StatExtracts.

Social disminuye en medio punto aproximadamente sobre el total. El resto del descenso proviene de los pagos directos de los hogares, que pasan del 23% al 20%.

El gráfico 1.10 muestra claramente los diferentes modelos de financiación de la sanidad pública vigentes en los diferentes países. Mientras que el porcentaje de gasto absorbido por las AA.PP. diferentes de las administraciones de Seguridad Social en Canadá, España, Finlandia, Islandia y Suecia sugiere una financiación vía ingresos generales (Sistema Nacional de Salud), el escaso peso recibido en Alemania, Bélgica, Francia y la totalidad de los países del este de Europa apunta a un sistema de financiación basado en cotizaciones sociales (Sistema de Seguridad Social). Un caso especial es el protagonizado por Estados Unidos, país en el que el peso de los seguros privados casi multiplica por cinco el promedio de la OCDE-19. Otra significativa diferencia entre los diferentes países comparados radica en el que tienen los pagos directos de los hogares, incluyéndose aquí todos los esquemas de financiación compartida de las prestaciones sanitarias públicas, así como los pagos directos en contraprestación de servicios sanitarios netamente privados. En este aspecto, España es el séptimo país de la muestra con un mayor peso de los pagos directos, por encima de países del entorno europeo como Alemania, Francia, Luxemburgo o Suecia. Los agentes de financiación restantes desempeñan un papel insignificante en la explicación del gasto sanitario corriente.

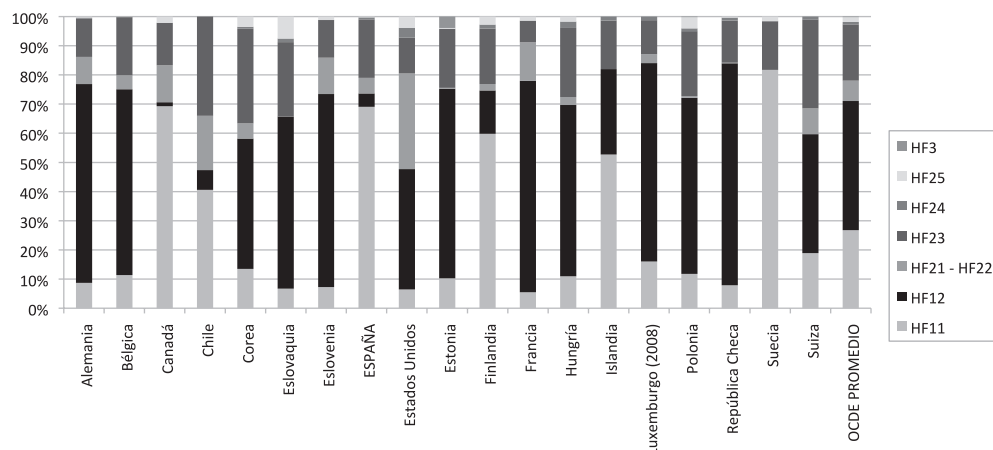
1.1.2. Evolución comparada del gasto sanitario público de la Región de Murcia

Para analizar la evolución reciente del gasto sanitario en la Región de Murcia y su comparación con el resto de comunidades autónomas recurrimos a la *Estadística de Gasto Sanitario Público* (EGSP), contenida en la *Cuenta satélite del gasto sanitario*.⁶ Esta estadística es elaborada por el Ministerio de Sanidad siguiendo el principio del devengo y ofrece un amplio desglose por categorías y funciones de gasto. Para cada comunidad identificaremos como cifra total de gasto sanitario público el agregado «Aportación al gasto sanitario público total consolidado».

Limitaremos el análisis a las diecisiete comunidades autónomas, esto es, no incluiremos en él los datos de Ceuta y Melilla, debido a que en ambas ciudades autónomas las competencias de prestación de servicios de asistencia sanitaria están en poder del Instituto de Gestión Sanitaria (INGESA), entidad gestora de la Seguridad Social. En consecuencia, el agregado nacional corresponde a la suma de los gastos de las comunidades autónomas y representa entre un 90% y un 91%, según los años, del gasto sanitario público total en España. Para alcanzar la cifra total de gasto público sería necesario añadir, no solo los gastos del INGESA, sino también los gastos en asistencia sanitaria realizados por el ministerio de sanidad y otros departamentos ministeriales –como el Ministerio de Defensa– así como los ejecutados por las administraciones locales: ayuntamientos y diputaciones. Hemos

⁶ Disponible en <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/gastoSanitario2005/home.htm>

Gráfico 1.10
Gasto sanitario según financiador de atención de la salud (% sobre el total).
Año 2009



Fuente: OCDE. StatExtracts.

escogido el periodo 2002-2009 porque, desde el primer año de dicho periodo, la Cuenta satélite imputa contablemente los gastos en asistencia sanitaria a todas las comunidades, con independencia de la fecha concreta en la que se firmasen los acuerdos de transferencias en esta materia.

1.1.2.1. Evolución del gasto sanitario por comunidades autónomas: 2002-2009

En 2009, las comunidades autónomas destinaron casi 64.000 millones de euros (ver tabla 1.6) a proporcionar servicios de asistencia sanitaria a sus ciudadanos. Entre 2002 y 2009 el gasto sanitario de las CC.AA. prácticamente se duplicó en términos nominales (la tasa de variación en el periodo fue del 85%). La aportación de la Región de Murcia al gasto sanitario total superó los 2.200 millones de euros, frente a los 1.000 millones de 2002, lo que representa un incremento nominal del 124%; el máximo de todas las comunidades en el periodo de análisis.

El gasto sanitario autonómico supuso en 2009 un 6% del PIB en términos agregados, si bien dicho indicador relativo presenta gran dispersión entre comunidades. La cifra más elevada de gasto en porcentaje del PIB regional correspondió en 2009 a Extremadura, con un 9,76%, mientras que el indicador más bajo es el de la Comunidad de Madrid: un 4,16%. La Región de Murcia se sitúa entre las comunidades

Tabla 1.6
Gasto sanitario público por Comunidades Autónomas. 2002-2009

a) Miles de euros

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Andalucía	5.872.658	6.450.192	7.025.753	7.539.191	8.339.228	8.867.511	10.307.068	10.288.319
Aragón	1.083.021	1.230.313	1.368.430	1.441.258	1.589.130	1.738.781	1.897.573	2.051.556
Asturias	981.442	1.102.532	1.178.919	1.253.681	1.339.114	1.423.253	1.550.407	1.748.185
Illes Balears	689.941	799.363	874.479	1.064.151	1.077.552	1.209.518	1.312.111	1.379.365
Canarias	1.585.628	1.793.534	1.896.751	2.148.011	2.317.723	2.509.037	2.854.531	2.993.846
Cantabria	526.275	611.281	660.908	718.122	766.157	825.218	773.223	799.691
Castilla y León	2.062.155	2.369.489	2.532.688	2.752.846	3.164.216	3.073.042	3.621.070	3.540.557
Castilla - La Mancha	1.471.894	1.607.100	1.614.193	2.073.055	2.354.915	2.425.780	2.540.583	2.993.471
Cataluña	5.519.616	6.260.653	6.555.858	7.140.233	8.070.644	8.966.701	9.872.154	10.527.040
C. Valenciana	3.435.592	3.930.856	4.242.076	4.718.251	5.119.756	5.589.768	6.136.590	6.649.981
Extremadura	946.483	1.059.068	1.133.799	1.223.321	1.348.811	1.526.277	1.659.212	1.749.328
Galicia	2.331.420	2.547.871	2.827.233	2.930.798	3.231.003	3.452.597	3.805.445	3.995.456
C. de Madrid	4.228.002	4.601.404	5.265.938	5.686.537	6.140.493	6.777.571	7.283.054	7.903.884
Región de Murcia	1.007.853	1.153.836	1.284.084	1.425.846	1.566.505	1.755.530	2.132.190	2.258.270
C. Foral de Navarra	559.147	610.205	661.838	694.066	753.309	826.706	916.413	1.005.880
País Vasco	2.007.086	2.160.636	2.308.590	2.529.603	2.702.510	3.021.762	3.341.272	3.606.720
La Rioja	244.129	272.795	311.161	353.875	455.874	556.373	470.302	467.888
Total CCAA	34.552.342	38.561.129	41.742.699	45.692.842	50.336.942	54.545.424	60.473.199	63.959.438

b) % del PIB

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Andalucía	6,01	6,05	6,08	6,00	6,14	6,12	6,92	7,19
Aragón	4,77	5,06	5,27	5,16	5,25	5,28	5,57	6,31
Asturias	6,18	6,54	6,55	6,41	6,27	6,21	6,53	7,69
Illes Balears	3,71	4,08	4,16	4,70	4,40	4,63	4,82	5,22
Canarias	5,32	5,59	5,55	5,86	5,90	6,01	6,65	7,26
Cantabria	5,75	6,28	6,30	6,29	6,20	6,18	5,57	5,99
Castilla y León	5,19	5,57	5,55	5,62	6,01	5,43	6,23	6,28
Castilla - La Mancha	5,99	6,05	5,70	6,76	7,11	6,79	6,89	8,37
Cataluña	4,02	4,25	4,14	4,20	4,38	4,55	4,87	5,38
C. Valenciana	4,82	5,16	5,18	5,33	5,33	5,45	5,80	6,53
Extremadura	7,83	8,15	8,12	8,04	8,30	8,72	9,13	9,76
Galicia	6,26	6,39	6,59	6,31	6,42	6,38	6,77	7,28
C. de Madrid	3,27	3,32	3,54	3,54	3,52	3,63	3,77	4,16
Región de Murcia	5,58	5,86	6,06	6,13	6,21	6,48	7,57	8,31
C. Foral de Navarra	4,49	4,59	4,64	4,51	4,54	4,66	4,96	5,53
País Vasco	4,44	4,49	4,47	4,52	4,45	4,64	4,92	5,51
La Rioja	4,51	4,65	5,00	5,29	6,29	7,17	5,85	5,97
Total CCAA	4,76	4,94	4,98	5,05	5,13	5,20	5,58	6,09

c) Euros por habitante

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Andalucía	785	848	914	960	1.046	1.100	1.257	1.239
Aragón	890	1.000	1.095	1.136	1.244	1.341	1.430	1.525
Asturias	914	1.025	1.098	1.164	1.243	1.324	1.435	1.611
Illes Balears	752	844	916	1.082	1.076	1.174	1.223	1.259
Canarias	860	947	990	1.091	1.161	1.238	1.375	1.423
Cantabria	970	1.112	1.191	1.277	1.349	1.441	1.328	1.357
Castilla y León	831	953	1.016	1.096	1.254	1.215	1.416	1.381
Castilla - La Mancha	826	885	873	1.094	1.219	1.227	1.243	1.438
Cataluña	848	934	962	1.021	1.131	1.244	1.341	1.408
C. Valenciana	794	879	934	1.005	1.065	1.144	1.220	1.305
Extremadura	882	986	1.054	1.129	1.242	1.400	1.511	1.587
Galicia	852	926	1.028	1.061	1.167	1.245	1.367	1.429
C. de Madrid	765	805	907	953	1.022	1.114	1.161	1.238
Región de Murcia	821	909	992	1.067	1.143	1.261	1.495	1.561
C. Foral de Navarra	982	1.055	1.132	1.170	1.252	1.364	1.477	1.595
País Vasco	952	1.023	1.091	1.190	1.267	1.411	1.549	1.660
La Rioja	867	949	1.060	1.175	1.488	1.801	1.481	1.454
Total CCAA	829	906	970	1.039	1.129	1.211	1.314	1.373

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad: Cuenta Satélite del Gasto Sanitario. Instituto Nacional de Estadística: Padrón municipal de habitantes y Contabilidad Regional. Base 2000.

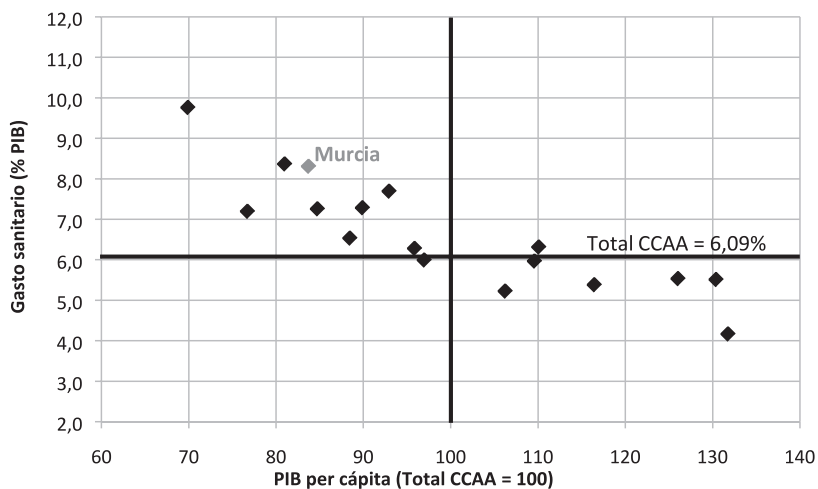
con un mayor índice relativo de gasto sanitario sobre el PIB, con un 8,31%, siendo solo superada por Extremadura y Castilla-La Mancha (8,37%).

Existe una clara relación inversa (ver gráfico 1.11) entre el nivel relativo de gasto sanitario público expresado como porcentaje del PIB y el nivel de desarrollo regional medido a través de la renta per cápita. Así, en los primeros lugares de ranking de gasto sanitario sobre el PIB en 2009 encontramos a las comunidades con menor PIB por habitante que son, además de las tres citadas, Canarias, Andalucía y Galicia. En el otro extremo aparecen, junto a Madrid, las comunidades forales y Cataluña.

Entre 2002 y 2009, el peso del gasto sanitario en la actividad económica creció, en términos agregados, 1,3 puntos del PIB (desde el 4,76% hasta el 6,09%). Si bien el indicador experimentó un incremento en todas las CC.AA. lo hizo de manera especialmente intensa en la Región de Murcia (+2,7 puntos) y en Castilla-La Mancha (+2,4 puntos), como puede constatar en el gráfico 1.12.

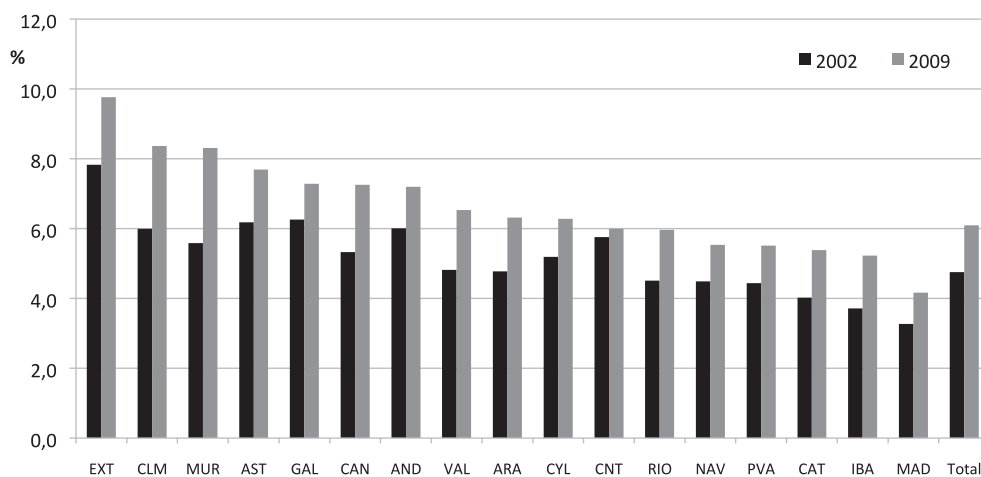
El gasto sanitario público per cápita de las CC.AA. ascendió a 1.373 euros por habitante, para el conjunto nacional en 2009; oscilando el indicador entre los 1.238 euros de la Comunidad de Madrid y los 1.660 euros del País Vasco.

Gráfico 1.11
PIB per cápita y Gasto sanitario público en % del PIB. Año 2009



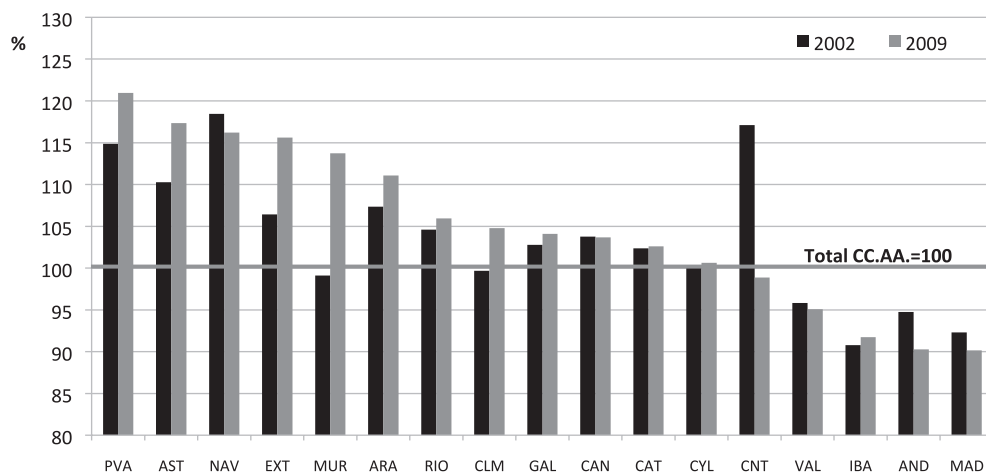
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Instituto Nacional de Estadística.

Gráfico 1.12
Gasto sanitario público en % sobre el PIB regional. Años 2002 y 2009



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Instituto Nacional de Estadística.

Gráfico 1.13
Gasto sanitario público por habitante. Años 2002 y 2009. Total CC.AA.=100



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Instituto Nacional de Estadística.

La Región de Murcia registra en 2009 un nivel de gasto sanitario per cápita de 1.561 euros por habitante, lo que representa un 14% más que la media de las 17 comunidades. El indicador de gasto sanitario público per cápita también ha experimentado un notable incremento en el período analizado. Este crecimiento ha sido del 66% en términos nominales para el conjunto de CC.AA. y alcanza su máximo precisamente en la Región de Murcia, donde el gasto per cápita en el periodo 2002-2009 creció un 90% en términos nominales.

La diferente evolución del indicador per cápita entre comunidades ha incrementado ligeramente la dispersión territorial de dicho indicador, habiendo pasado la diferencia entre los valores relativos máximos y mínimos de 26 puntos en 2002 a 31 puntos en 2009. También resulta significativo a este respecto el hecho de que algunas comunidades que ya en 2002 estaban por encima de la media, como País Vasco, Asturias, Extremadura o Aragón, se hayan alejado aún más del nivel correspondiente al agregado (ver gráfico 1.13); mientras que buena parte de las que se situaban siete años atrás por debajo de la media han visto aumentar su distancia respecto a ella (es el caso de Comunidad Valenciana, Andalucía y Madrid).

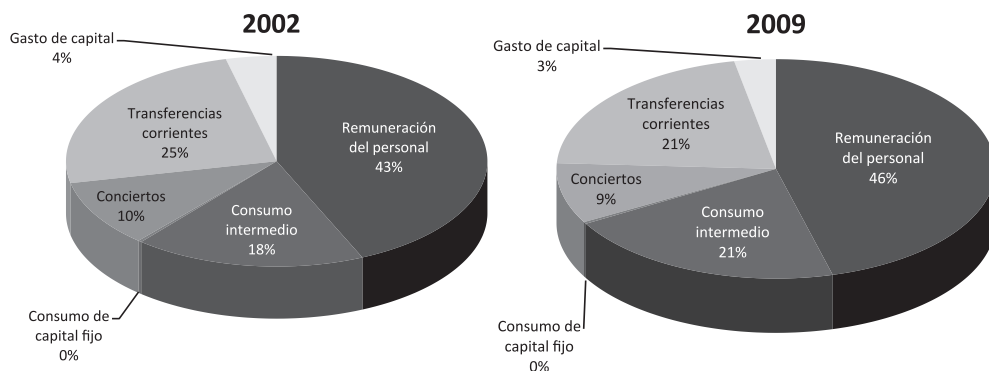
1.1.2.2. Estructura del gasto sanitario según su naturaleza económica

Con el fin de conocer con un cierto detalle la composición del gasto sanitario público en las CC.AA. recurriremos, en primer lugar, a la que la EGSP denomina «clasificación económico-presupuestaria», y que distingue los siguientes capítulos

o categorías de gasto: Remuneración del personal; Consumo intermedio; Consumo de capital fijo; Conciertos; Transferencias corrientes; y Gasto de capital. La suma de estas seis categorías proporciona el «Gasto consolidado del subsector», al que habría que restar las Transferencias intersectoriales para obtener la cifra de «Aportación al gasto público total consolidado», objeto de análisis en el apartado precedente.

En el gráfico 1.14 se observa cómo, en 2009, un 46% del total de gasto sanitario de las CC.AA. se destinó a remuneraciones del personal. Los consumos intermedios y las transferencias corrientes absorbieron idéntica proporción del gasto total: un 21%. Los recursos destinados a conciertos con proveedores privados representaron un 9% del gasto público en sanidad y un 3% del total fue gasto de capital, mientras que el peso del consumo de capital fijo resultó ser marginal. La estructura económica del gasto sanitario no ha registrado grandes modificaciones en el periodo analizado, siendo lo más significativo el incremento habido en las participaciones de la remuneración del personal y del consumo intermedio; ambas categorías han ganado unos tres puntos porcentuales en la distribución del gasto según su naturaleza económica, a costa del resto de capítulos (en especial, las transferencias corrientes, que pierden 3,5 puntos).

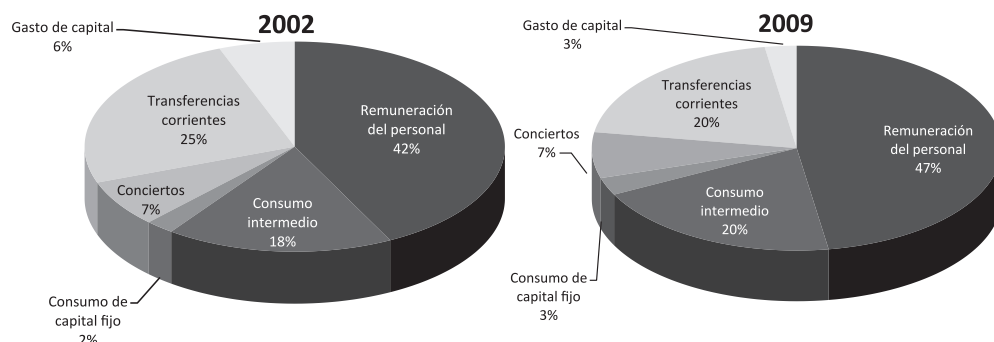
Gráfico 1.14
Composición del gasto sanitario público según su naturaleza económica.
Años 2002 y 2009. Total CC.AA.



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Instituto Nacional de Estadística.

En la Región de Murcia (ver gráfico 1.15) la composición del gasto en 2009 es muy similar a la observada para el conjunto de comunidades, con un peso ligeramente superior de los gastos de personal (47%) y una menor importancia relativa de los conciertos (7%). Tampoco en el caso de la comunidad murciana se observan cambios de relevancia entre 2002 y 2009, aunque los habidos van en el mismo sentido que lo comentado para el conjunto del Estado, esto es, un incremento en las cuotas correspondientes a remuneraciones al personal (que, en el caso de Murcia, ganan 5 puntos) y a consumo intermedio.

Gráfico 1.15
Composición del gasto sanitario público según su naturaleza económica.
Años 2002 y 2009. Región de Murcia



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Instituto Nacional de Estadística.

La principal categoría de gasto, esto es, la remuneración al personal, alcanza un montante superior a los 29.000 millones de euros para el conjunto de las CC.AA. lo que representa un valor relativo del 2,8% del PIB frente al 2,1% que este capítulo representaba al inicio del periodo. Por término medio, las administraciones autonómicas destinan a gastos de personal en el sector sanitario unos 629 euros por habitante en 2009, una cifra sujeta, no obstante, a gran variabilidad entre comunidades (ver gráfico 1.16) debido, en parte, a los diferentes «modelos» de provisión de la asistencia sanitaria que coexisten en el estado español, siendo el más singular el caso de Cataluña, donde la presencia de gran número de proveedores privados eleva el peso relativo del gasto en conciertos y reduce el del resto de capítulos, en particular el de gastos de personal.

La Región de Murcia dedica casi un 4% del PIB regional a remunerar al personal del sistema sanitario. Esta cifra se traduce en 741 euros por habitante, lo que representa un 18% más que la media nacional. A lo largo del periodo, los gastos de personal han crecido en Murcia a una tasa significativamente superior a la registrada para el conjunto de las CC.AA. Entre 2002 y 2009 las remuneraciones al personal han aumentado 1,6 puntos su peso sobre el PIB (variación solo superada por la de Castilla-La Mancha). En términos nominales, los gastos de personal en Murcia han crecido a un ritmo anual del 14% acumulado y, en euros por habitante, se han multiplicado por 2,1 (solo la comunidad castellano-manchega iguala esta cifra y únicamente Cataluña, que partía de un nivel muy bajo, supera el crecimiento habido en Murcia).

Tabla 1.7
Gasto sanitario público: Remuneración de personal. 2002-2009

a) Miles de euros

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Andalucía	2.803.560	3.045.593	3.246.571	3.502.624	3.841.588	4.321.707	4.775.553	4.999.608
Aragón	549.484	624.215	661.785	722.674	786.869	863.362	977.891	1.064.996
Asturias	461.088	514.687	558.091	568.302	616.109	696.021	774.399	832.661
Illes Balears	326.299	397.682	447.576	488.239	528.062	610.640	684.353	732.544
Canarias	710.400	768.893	831.147	912.807	1.002.338	1.135.169	1.326.940	1.415.907
Cantabria	239.687	270.913	306.952	333.614	363.619	406.046	417.903	422.428
Castilla y León	1.044.132	1.142.457	1.228.482	1.377.614	1.475.258	1.638.343	1.787.567	1.889.405
Castilla - La Mancha	650.048	723.266	804.644	911.390	1.049.936	1.192.037	1.286.885	1.595.518
Cataluña	1.333.370	1.562.962	1.711.040	1.847.070	2.371.731	2.801.925	3.179.269	3.637.826
C. Valenciana	1.443.968	1.573.720	1.721.525	1.824.616	1.949.703	2.167.276	2.365.347	2.537.950
Extremadura	427.430	503.632	535.400	577.698	633.426	726.216	807.698	863.652
Galicia	1.022.056	1.074.967	1.151.556	1.240.406	1.364.485	1.511.429	1.675.373	1.823.424
C. de Madrid	2.090.028	2.225.159	2.491.879	2.769.220	2.965.330	3.387.355	3.690.413	3.900.788
Región de Murcia	428.326	489.201	532.991	601.300	664.778	771.655	961.326	1.072.238
C. Foral de Navarra	291.532	319.026	341.222	364.349	381.382	406.748	464.732	502.195
País Vasco	1.007.132	1.059.749	1.123.520	1.213.995	1.308.416	1.467.604	1.655.894	1.806.453
La Rioja	122.491	136.921	148.818	155.810	173.752	207.794	231.670	231.571
Total CCAA	14.951.029	16.433.045	17.843.198	19.411.729	21.476.782	24.311.329	27.063.213	29.329.165

b) % del PIB

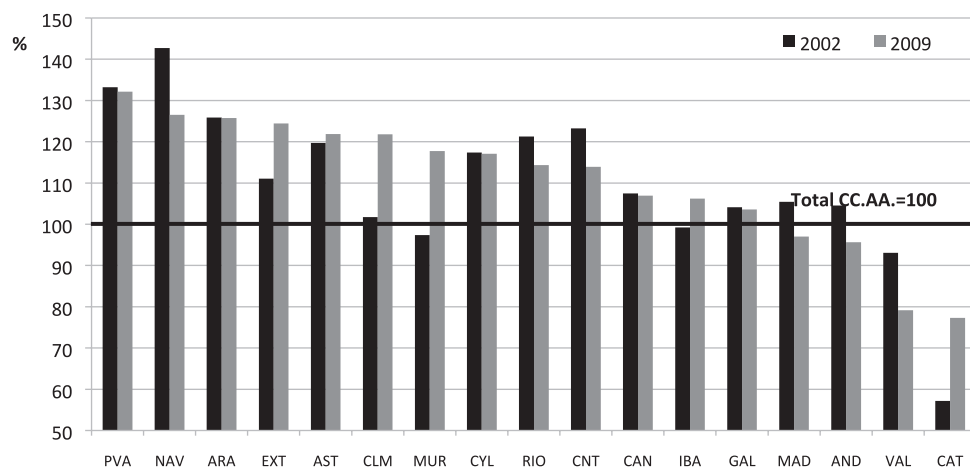
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Andalucía	2,87	2,86	2,81	2,79	2,83	2,98	3,21	3,50
Aragón	2,42	2,57	2,55	2,59	2,60	2,62	2,87	3,28
Asturias	2,90	3,05	3,10	2,90	2,88	3,03	3,26	3,66
Illes Balears	1,76	2,03	2,13	2,15	2,16	2,34	2,52	2,77
Canarias	2,38	2,39	2,43	2,49	2,55	2,72	3,09	3,43
Cantabria	2,62	2,78	2,93	2,92	2,94	3,04	3,01	3,17
Castilla y León	2,63	2,68	2,69	2,81	2,80	2,89	3,08	3,35
Castilla - La Mancha	2,65	2,72	2,84	2,97	3,17	3,34	3,49	4,46
Cataluña	0,97	1,06	1,08	1,09	1,29	1,42	1,57	1,86
C. Valenciana	2,03	2,06	2,10	2,06	2,03	2,11	2,23	2,49
Extremadura	3,54	3,87	3,84	3,80	3,90	4,15	4,44	4,82
Galicia	2,74	2,70	2,68	2,67	2,71	2,79	2,98	3,32
C. de Madrid	1,62	1,61	1,67	1,72	1,70	1,82	1,91	2,06
Región de Murcia	2,37	2,48	2,51	2,58	2,64	2,85	3,41	3,94
C. Foral de Navarra	2,34	2,40	2,39	2,37	2,30	2,29	2,51	2,76
País Vasco	2,23	2,20	2,18	2,17	2,15	2,25	2,44	2,76
La Rioja	2,26	2,33	2,39	2,33	2,40	2,68	2,88	2,95
Total CCAA	2,06	2,11	2,13	2,14	2,19	2,32	2,50	2,79

Tabla 1.7 (continuación)**c) Euros por habitante**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Andalucía	375	400	422	446	482	536	582	602
Aragón	451	507	530	569	616	666	737	792
Asturias	429	479	520	528	572	648	717	767
Illes Balears	356	420	469	497	528	592	638	669
Canarias	385	406	434	464	502	560	639	673
Cantabria	442	493	553	593	640	709	718	717
Castilla y León	421	459	493	549	585	648	699	737
Castilla - La Mancha	365	398	435	481	543	603	630	767
Cataluña	205	233	251	264	332	389	432	487
C. Valenciana	334	352	379	389	406	444	470	498
Extremadura	398	469	498	533	583	666	736	783
Galicia	373	391	419	449	493	545	602	652
C. de Madrid	378	389	429	464	494	557	588	611
Región de Murcia	349	385	412	450	485	554	674	741
C. Foral de Navarra	512	552	584	614	634	671	749	796
País Vasco	478	502	531	571	613	685	768	832
La Rioja	435	476	507	517	567	673	730	720
Total CCAA	359	386	414	441	482	540	588	629

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Instituto Nacional de Estadística.

Gráfico 1.16
Remuneraciones de personal por habitante. Años 2002 y 2009.
Total CC.AA.=100



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Instituto Nacional de Estadística.

Tabla 1.8
Gasto sanitario público: Consumo intermedio. 2002-2009

a) Miles de euros

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Andalucía	1.113.893	1.214.452	1.454.934	1.613.693	1.951.029	1.829.981	2.552.919	2.116.792
Aragón	187.832	246.886	295.496	278.203	301.369	346.526	374.847	419.543
Asturias	182.684	216.542	205.037	253.247	274.510	257.274	271.414	403.858
Illes Balears	139.212	161.175	172.217	196.534	217.165	241.568	285.885	293.242
Canarias	312.374	383.311	392.199	420.414	482.652	550.012	562.456	642.638
Cantabria	100.416	119.800	121.664	139.444	145.791	146.768	141.777	150.850
Castilla y León	315.967	392.228	405.960	494.170	731.908	433.703	677.074	577.035
Castilla - La Mancha	218.225	241.637	201.400	360.903	478.953	398.349	396.875	481.166
Cataluña	690.254	815.916	825.051	956.307	1.208.130	1.388.327	1.500.305	1.873.607
C. Valenciana	707.982	865.646	908.790	1.115.739	1.208.562	1.440.890	1.574.221	1.795.763
Extremadura	156.788	207.302	210.161	217.148	236.094	306.710	328.555	347.881
Galicia	457.444	494.370	547.144	595.645	635.631	693.374	759.087	731.603
C. de Madrid	889.174	988.350	1.238.858	1.316.160	1.423.038	1.565.078	1.847.995	2.034.151
Región de Murcia	176.301	191.303	247.799	278.641	314.073	357.372	459.460	457.738
C. Foral de Navarra	101.089	113.684	125.113	133.003	147.992	164.035	184.063	209.145
País Vasco	363.141	402.161	443.121	485.461	524.998	581.739	634.105	707.848
La Rioja	43.076	51.293	56.496	59.959	71.179	83.953	99.880	100.339
Total CCAA	6.155.852	7.106.056	7.851.441	8.914.672	10.353.073	10.785.659	12.650.917	13.343.199

b) % del PIB

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Andalucía	1,14	1,14	1,26	1,28	1,44	1,26	1,71	1,48
Aragón	0,83	1,02	1,14	1,00	0,99	1,05	1,10	1,29
Asturias	1,15	1,29	1,14	1,29	1,28	1,12	1,14	1,78
Illes Balears	0,75	0,82	0,82	0,87	0,89	0,92	1,05	1,11
Canarias	1,05	1,19	1,15	1,15	1,23	1,32	1,31	1,56
Cantabria	1,10	1,23	1,16	1,22	1,18	1,10	1,02	1,13
Castilla y León	0,79	0,92	0,89	1,01	1,39	0,77	1,16	1,02
Castilla - La Mancha	0,89	0,91	0,71	1,18	1,45	1,11	1,08	1,34
Cataluña	0,50	0,55	0,52	0,56	0,66	0,70	0,74	0,96
C. Valenciana	0,99	1,14	1,11	1,26	1,26	1,41	1,49	1,76
Extremadura	1,30	1,59	1,51	1,43	1,45	1,75	1,81	1,94
Galicia	1,23	1,24	1,28	1,28	1,26	1,28	1,35	1,33
C. de Madrid	0,69	0,71	0,83	0,82	0,81	0,84	0,96	1,07
Región de Murcia	0,98	0,97	1,17	1,20	1,25	1,32	1,63	1,68
C. Foral de Navarra	0,81	0,85	0,88	0,86	0,89	0,93	1,00	1,15
País Vasco	0,80	0,84	0,86	0,87	0,86	0,89	0,93	1,08
La Rioja	0,80	0,87	0,91	0,90	0,98	1,08	1,24	1,28
Total CCAA	0,85	0,91	0,94	0,98	1,06	1,03	1,17	1,27

Tabla 1.8 (continuación)**c) Euros por habitante**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Andalucía	149	160	189	206	245	227	311	255
Aragón	154	201	236	219	236	267	282	312
Asturias	170	201	191	235	255	239	251	372
Illes Balears	152	170	180	200	217	234	266	268
Canarias	169	202	205	214	242	271	271	305
Cantabria	185	218	219	248	257	256	244	256
Castilla y León	127	158	163	197	290	172	265	225
Castilla - La Mancha	122	133	109	190	248	201	194	231
Cataluña	106	122	121	137	169	193	204	251
C. Valenciana	164	194	200	238	251	295	313	352
Extremadura	146	193	195	200	217	281	299	316
Galicia	167	180	199	216	230	250	273	262
C. de Madrid	161	173	213	221	237	257	295	318
Región de Murcia	144	151	191	209	229	257	322	316
C. Foral de Navarra	177	197	214	224	246	271	297	332
País Vasco	172	190	209	228	246	272	294	326
La Rioja	153	178	192	199	232	272	315	312
Total CCAA	148	167	182	203	232	239	275	286

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Instituto Nacional de Estadística.

El gasto en consumo intermedio (material, suministros, etc.) representa algo menos de la mitad del coste de personal en el sistema de salud. En 2009 alcanzó un 1,3% del PIB para el conjunto de CC.AA. y algo menos de 290 euros por habitante (tabla 1.8). De nuevo las disparidades regionales son significativas, oscilando el gasto en consumo intermedio per cápita entre los 225 euros por habitante de Castilla y León y los más de 370 euros de Asturias (en porcentaje del PIB el primer lugar lo ocupa Extremadura, con un 2%).

La Región de Murcia se encuentra por encima de la media en los indicadores de gasto sanitario en consumo intermedio, tanto en porcentaje del PIB (1,7%) como en valores per cápita (316 euros). Además, entre 2002 y 2009, Murcia fue, junto a Valencia, la comunidad donde más aumentó el gasto en consumo intermedio en términos del PIB y la segunda, tras Cataluña, en la que más creció dicho gasto en euros por habitante.

Del resto de categorías de gasto, destaca por su importancia cuantitativa el capítulo de Transferencias corrientes (tabla 1.9). No obstante, dado que en su mayor parte este capítulo recoge los gastos destinados a la prestación farmacéutica, comentaremos con más detalle su distribución territorial y su evolución en el apartado siguiente, dedicado al análisis de la composición del gasto sanitario por funciones, cuando analicemos la función de gasto en Farmacia.

Tabla 1.9
Gasto sanitario público: Transferencias corrientes. 2002-2009

a) Miles de euros

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Andalucía	1.549.029	1.747.744	1.842.421	1.900.560	1.952.289	2.077.799	2.209.356	2.338.624
Aragón	265.036	289.446	315.346	336.344	357.819	369.611	397.299	417.459
Asturias	239.566	267.391	287.792	300.601	315.715	335.880	357.343	374.066
Illes Balears	140.454	159.581	170.086	195.343	197.679	209.806	216.478	228.236
Canarias	333.207	384.185	419.482	454.188	489.855	519.276	569.095	605.983
Cantabria	114.413	122.632	123.128	136.441	141.916	152.321	160.681	171.132
Castilla y León	491.430	596.656	631.819	615.944	654.546	688.499	733.684	775.811
Castilla - La Mancha	391.923	458.386	440.415	538.568	541.652	568.064	607.839	652.427
Cataluña	1.391.830	1.560.954	1.624.130	1.687.043	1.784.917	1.848.195	1.956.891	2.010.478
C. Valenciana	1.065.244	1.208.686	1.308.209	1.411.689	1.446.230	1.519.439	1.669.656	1.757.835
Extremadura	232.621	263.962	278.280	297.819	313.530	330.099	346.605	374.601
Galicia	633.557	714.568	759.452	856.463	871.066	908.811	978.980	1.041.830
C. de Madrid	863.547	940.955	1.027.342	1.079.945	1.169.402	1.254.334	1.298.022	1.373.873
Región de Murcia	249.414	282.057	310.041	348.750	373.973	408.715	445.972	457.405
C. Foral de Navarra	118.188	132.474	141.834	150.387	161.422	169.898	181.061	203.390
País Vasco	406.696	454.569	483.052	539.834	563.261	586.675	615.032	641.795
La Rioja	56.533	62.275	67.457	71.851	74.874	79.370	85.745	91.635
Total CCAA	8.453.104	9.542.861	10.125.229	10.787.396	11.332.473	11.943.076	12.723.601	13.459.013

b) % del PIB

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Andalucía	1,58	1,64	1,60	1,51	1,44	1,43	1,48	1,64
Aragón	1,17	1,19	1,21	1,20	1,18	1,12	1,17	1,28
Asturias	1,51	1,59	1,60	1,54	1,48	1,46	1,51	1,65
Illes Balears	0,76	0,81	0,81	0,86	0,81	0,80	0,80	0,86
Canarias	1,12	1,20	1,23	1,24	1,25	1,24	1,33	1,47
Cantabria	1,25	1,26	1,17	1,19	1,15	1,14	1,16	1,28
Castilla y León	1,24	1,40	1,38	1,26	1,24	1,22	1,26	1,38
Castilla - La Mancha	1,59	1,72	1,56	1,76	1,64	1,59	1,65	1,82
Cataluña	1,01	1,06	1,03	0,99	0,97	0,94	0,97	1,03
C. Valenciana	1,49	1,59	1,60	1,60	1,51	1,48	1,58	1,73
Extremadura	1,92	2,03	1,99	1,96	1,93	1,89	1,91	2,09
Galicia	1,70	1,79	1,77	1,84	1,73	1,68	1,74	1,90
C. de Madrid	0,67	0,68	0,69	0,67	0,67	0,67	0,67	0,72
Región de Murcia	1,38	1,43	1,46	1,50	1,48	1,51	1,58	1,68
C. Foral de Navarra	0,95	1,00	0,99	0,98	0,97	0,96	0,98	1,12
País Vasco	0,90	0,94	0,94	0,96	0,93	0,90	0,91	0,98
La Rioja	1,04	1,06	1,08	1,07	1,03	1,02	1,07	1,17
Total CCAA	1,16	1,22	1,21	1,19	1,16	1,14	1,17	1,28

Tabla 1.9 (continuación)**c) Euros por habitante**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Andalucía	207	230	240	242	245	258	269	282
Aragón	218	235	252	265	280	285	299	310
Asturias	223	249	268	279	293	312	331	345
Illes Balears	153	168	178	199	197	204	202	208
Canarias	181	203	219	231	245	256	274	288
Cantabria	211	223	222	243	250	266	276	290
Castilla y León	198	240	253	245	259	272	287	303
Castilla - La Mancha	220	252	238	284	280	287	298	313
Cataluña	214	233	238	241	250	256	266	269
C. Valenciana	246	270	288	301	301	311	332	345
Extremadura	217	246	259	275	289	303	316	340
Galicia	231	260	276	310	315	328	352	373
C. de Madrid	156	165	177	181	195	206	207	215
Región de Murcia	203	222	239	261	273	294	313	316
C. Foral de Navarra	207	229	243	253	268	280	292	323
País Vasco	193	215	228	254	264	274	285	295
La Rioja	201	217	230	239	244	257	270	285
Total CCAA	203	224	235	245	254	265	277	289

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Instituto Nacional de Estadística.

El gasto en Conciertos (tabla 1.10) adquiere especial relevancia solo en el caso de Cataluña, debido al modelo catalán de provisión de servicios sanitarios antes mencionado. Murcia es de las comunidades en las que más ha aumentado el gasto en conciertos en porcentaje sobre el PIB.

Por último, los gastos de capital se caracterizan por su enorme dispersión entre comunidades y lo errático de su evolución. Los indicadores de gasto sanitario en operaciones de capital son en Murcia similares a la media nacional (algo inferiores en euros per cápita en 2009).

Para concluir con el análisis de la estructura del gasto sanitario según su naturaleza económica y de su evolución reciente, y con independencia del análisis más completo y detallado que sobre los factores explicativos del crecimiento del gasto se abordará en el epígrafe 1.2, resulta de interés conocer en qué medida los diferentes capítulos de la clasificación económica han contribuido al aumento de los gastos sanitarios de las comunidades autónomas.

Tabla 1.10
Gasto sanitario público: Conciertos. 2002-2009

a) Miles de euros

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Andalucía	302.083	315.068	333.581	370.142	347.852	411.940	442.483	485.994
Aragón	40.756	43.295	52.510	52.682	63.458	66.989	79.787	79.784
Asturias	60.260	58.010	83.841	87.410	93.661	94.853	108.618	116.886
Illes Balears	29.299	30.497	44.316	49.520	53.704	55.683	61.021	65.564
Canarias	153.868	183.208	166.489	207.668	229.966	245.723	271.296	287.424
Cantabria	19.179	34.389	36.435	46.134	54.357	65.363	17.880	30.302
Castilla y León	97.673	114.520	127.108	127.941	137.573	137.765	161.042	139.937
Castilla - La Mancha	85.387	97.677	78.633	157.585	147.407	129.906	133.098	109.816
Cataluña	2.038.289	2.216.731	2.327.932	2.565.005	2.522.128	2.711.896	2.937.779	2.679.565
C. Valenciana	173.611	192.887	220.292	288.744	341.935	336.486	390.301	388.395
Extremadura	59.422	49.901	48.323	53.393	54.442	57.778	62.093	69.386
Galicia	129.905	138.287	222.889	84.948	194.877	206.202	221.253	225.299
C. de Madrid	224.965	272.954	327.540	345.133	354.858	407.354	462.207	608.961
Región de Murcia	73.109	85.210	96.983	110.160	122.022	125.906	169.488	159.785
C. Foral de Navarra	27.434	29.053	31.251	33.070	41.125	45.349	53.638	65.071
País Vasco	129.486	137.105	149.389	172.280	185.111	215.089	242.405	257.089
La Rioja	6.436	7.292	12.089	16.995	22.978	24.744	28.288	32.728
Total CCAA	3.548.081	3.910.244	4.245.686	4.656.299	4.853.842	5.216.118	5.729.535	5.687.291

b) % del PIB

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Andalucía	0,31	0,30	0,29	0,29	0,26	0,28	0,30	0,34
Aragón	0,18	0,18	0,20	0,19	0,21	0,20	0,23	0,25
Asturias	0,38	0,34	0,47	0,45	0,44	0,41	0,46	0,51
Illes Balears	0,16	0,16	0,21	0,22	0,22	0,21	0,22	0,25
Canarias	0,52	0,57	0,49	0,57	0,59	0,59	0,63	0,70
Cantabria	0,21	0,35	0,35	0,40	0,44	0,49	0,13	0,23
Castilla y León	0,25	0,27	0,28	0,26	0,26	0,24	0,28	0,25
Castilla - La Mancha	0,35	0,37	0,28	0,51	0,45	0,36	0,36	0,31
Cataluña	1,48	1,51	1,47	1,51	1,37	1,38	1,45	1,37
C. Valenciana	0,24	0,25	0,27	0,33	0,36	0,33	0,37	0,38
Extremadura	0,49	0,38	0,35	0,35	0,34	0,33	0,34	0,39
Galicia	0,35	0,35	0,52	0,18	0,39	0,38	0,39	0,41
C. de Madrid	0,17	0,20	0,22	0,21	0,20	0,22	0,24	0,32
Región de Murcia	0,40	0,43	0,46	0,47	0,48	0,46	0,60	0,59
C. Foral de Navarra	0,22	0,22	0,22	0,21	0,25	0,26	0,29	0,36
País Vasco	0,29	0,28	0,29	0,31	0,30	0,33	0,36	0,39
La Rioja	0,12	0,12	0,19	0,25	0,32	0,32	0,35	0,42
Total CCAA	0,49	0,50	0,51	0,51	0,49	0,50	0,53	0,54

Tabla 1.10 (continuación)**c) Euros por habitante**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Andalucía	40	41	43	47	44	51	54	59
Aragón	33	35	42	42	50	52	60	59
Asturias	56	54	78	81	87	88	101	108
Illes Balears	32	32	46	50	54	54	57	60
Canarias	83	97	87	106	115	121	131	137
Cantabria	35	63	66	82	96	114	31	51
Castilla y León	39	46	51	51	55	54	63	55
Castilla - La Mancha	48	54	43	83	76	66	65	53
Cataluña	313	331	342	367	354	376	399	358
C. Valenciana	40	43	48	62	71	69	78	76
Extremadura	55	46	45	49	50	53	57	63
Galicia	47	50	81	31	70	74	79	81
C. de Madrid	41	48	56	58	59	67	74	95
Región de Murcia	60	67	75	82	89	90	119	110
C. Foral de Navarra	48	50	53	56	68	75	86	103
País Vasco	61	65	71	81	87	100	112	118
La Rioja	23	25	41	56	75	80	89	102
Total CCAA	85	92	99	106	109	116	125	122

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Instituto Nacional de Estadística.

Tabla 1.11
Gasto sanitario público: Gastos de capital. 2002-2009

a) Miles de euros

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Andalucía	123.603	151.509	170.489	170.143	270.465	232.390	327.453	334.004
Aragón	43.653	27.965	44.675	52.851	81.073	93.486	68.792	70.768
Asturias	38.634	46.658	45.275	45.119	40.454	40.738	40.398	22.644
Illes Balears	55.627	48.468	37.746	130.631	75.228	85.766	57.584	53.133
Canarias	87.904	86.035	99.010	162.741	132.120	90.305	146.935	69.029
Cantabria	53.636	64.885	73.228	62.561	60.475	54.720	34.981	24.980
Castilla y León	122.978	138.221	145.893	142.125	170.911	180.024	268.704	164.140
Castilla - La Mancha	138.553	90.524	93.736	114.742	154.916	147.085	126.667	151.207
Cataluña	118.828	163.418	150.668	163.044	240.153	262.675	322.447	329.442
C. Valenciana	111.363	160.186	151.855	163.981	206.431	167.339	183.057	177.319
Extremadura	95.059	37.627	54.425	68.709	104.075	93.749	102.775	79.844
Galicia	88.801	127.571	147.676	155.416	168.612	145.763	184.601	188.680
C. de Madrid	164.926	179.536	190.098	191.267	243.863	185.189	169.977	148.982
Región de Murcia	60.172	83.657	71.647	63.903	66.629	57.439	63.735	54.768
C. Foral de Navarra	22.717	17.870	24.591	15.531	23.870	43.285	35.484	28.867
País Vasco	62.076	64.526	63.652	72.087	73.211	124.286	145.150	139.567
La Rioja	15.351	14.257	26.214	48.303	111.701	156.790	22.491	6.471
Total CCAA	1.355.569	1.460.577	1.559.193	1.785.899	2.158.453	2.104.838	2.257.263	2.004.684

Tabla 1.11 (continuación)**b) % del PIB**

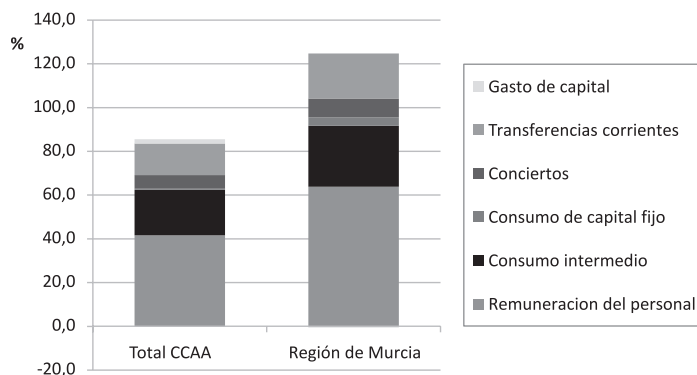
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Andalucía	0,13	0,14	0,15	0,14	0,20	0,16	0,22	0,23
Aragón	0,19	0,12	0,17	0,19	0,27	0,28	0,20	0,22
Asturias	0,24	0,28	0,25	0,23	0,19	0,18	0,17	0,10
Illes Balears	0,30	0,25	0,18	0,58	0,31	0,33	0,21	0,20
Canarias	0,30	0,27	0,29	0,44	0,34	0,22	0,34	0,17
Cantabria	0,59	0,67	0,70	0,55	0,49	0,41	0,25	0,19
Castilla y León	0,31	0,32	0,32	0,29	0,32	0,32	0,46	0,29
Castilla - La Mancha	0,56	0,34	0,33	0,37	0,47	0,41	0,34	0,42
Cataluña	0,09	0,11	0,10	0,10	0,13	0,13	0,16	0,17
C. Valenciana	0,16	0,21	0,19	0,19	0,21	0,16	0,17	0,17
Extremadura	0,79	0,29	0,39	0,45	0,64	0,54	0,57	0,45
Galicia	0,24	0,32	0,34	0,33	0,33	0,27	0,33	0,34
C. de Madrid	0,13	0,13	0,13	0,12	0,14	0,10	0,09	0,08
Región de Murcia	0,33	0,42	0,34	0,27	0,26	0,21	0,23	0,20
C. Foral de Navarra	0,18	0,13	0,17	0,10	0,14	0,24	0,19	0,16
País Vasco	0,14	0,13	0,12	0,13	0,12	0,19	0,21	0,21
La Rioja	0,28	0,24	0,42	0,72	1,54	2,02	0,28	0,08
Total CCAA	0,19	0,19	0,19	0,20	0,22	0,20	0,21	0,19

c) Euros por habitante

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Andalucía	17	20	22	22	34	29	40	40
Aragón	36	23	36	42	63	72	52	53
Asturias	36	43	42	42	38	38	37	21
Illes Balears	61	51	40	133	75	83	54	49
Canarias	48	45	52	83	66	45	71	33
Cantabria	99	118	132	111	106	96	60	42
Castilla y León	50	56	58	57	68	71	105	64
Castilla - La Mancha	78	50	51	61	80	74	62	73
Cataluña	18	24	22	23	34	36	44	44
C. Valenciana	26	36	33	35	43	34	36	35
Extremadura	89	35	51	63	96	86	94	72
Galicia	32	46	54	56	61	53	66	67
C. de Madrid	30	31	33	32	41	30	27	23
Región de Murcia	49	66	55	48	49	41	45	38
C. Foral de Navarra	40	31	42	26	40	71	57	46
País Vasco	29	31	30	34	34	58	67	64
La Rioja	55	50	89	160	365	507	71	20
Total CCAA	33	34	36	41	48	47	49	43

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Instituto Nacional de Estadística.

Gráfico 1.17
Contribuciones de las distintas categorías al crecimiento del gasto sanitario de las Comunidades Autónomas en el periodo 2002-2009



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad.

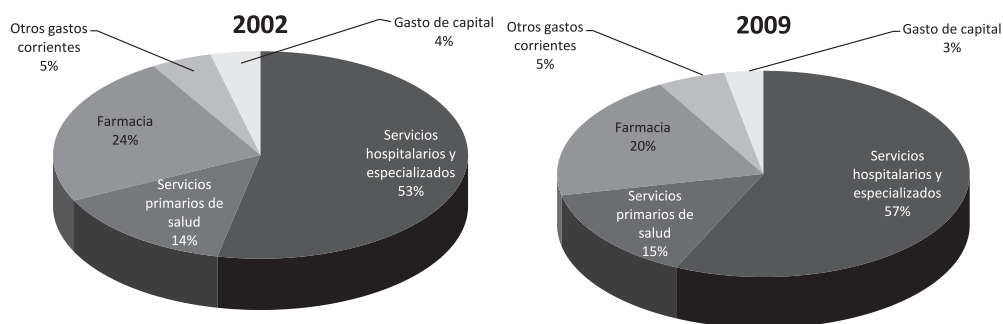
Como se puede observar en el gráfico 1.17 y se señaló más arriba, el gasto sanitario total creció en la Región de Murcia un 124% en términos nominales, frente al 85% correspondiente al conjunto de comunidades autónomas. Más de la mitad del crecimiento total (casi 65 puntos porcentuales) se debe a la contribución de las remuneraciones del personal. Aunque esta categoría también es la que explica una mayor parte del crecimiento del gasto a nivel agregado (41,6 puntos), su contribución relativa es algo menor para el conjunto de las CC.AA. (un 48,7% del crecimiento total) de lo que lo es en el caso de Murcia (un 51,4%). El protagonismo de los gastos de personal en la dinámica del gasto sanitario autonómico se debe, por un lado, a su importancia relativa en la estructura de los gastos según naturaleza económica (más del 40% del total), y, por otro, a su crecimiento en el periodo, que superó el incremento del gasto total tanto en el agregado nacional como en la Región de Murcia. Así, las remuneraciones de personal crecieron en Murcia a un ritmo anual del 14% (frente al 12,2% de crecimiento nominal del total de gasto sanitario), y lo hicieron en el conjunto de CC.AA. a una media acumulada del 10,1% (frente al 9,2% de tasa media del gasto sanitario consolidado).

Del resto de categorías, destaca la contribución al crecimiento de los consumos intermedios, debido al hecho de que esta categoría es la que experimentó un mayor incremento en el periodo (si excluimos el consumo de capital fijo, cuya magnitud es poco significativa). El comportamiento del gasto en consumo intermedio explica casi una cuarta parte del incremento del gasto sanitario de las comunidades autónomas entre 2002 y 2009 (algo menos en el caso de la Región de Murcia). Por su parte, las transferencias corrientes, aun representando en 2002 un porcentaje mayor que los gastos en consumo intermedio, explican una parte menor del crecimiento agregado (en torno al 17%) como consecuencia de que su crecimiento en el periodo ha sido inferior al experimentado por el total de gasto sanitario.

1.1.2.3. Clasificación funcional del gasto sanitario público

La composición del gasto sanitario público por funciones permite conocer el destino final del gasto; información ésta que complementa la que se deriva de la clasificación económica analizada en el epígrafe anterior. La mayor o menor presencia en los gastos sanitarios de la asistencia primaria, la hospitalaria/especializada y la prestación farmacéutica, así como los cambios habidos a lo largo del tiempo en las participaciones relativas de cada una de las funciones de gasto, sirven para hacerse una idea aproximada de la orientación estratégica de la política sanitaria y sus diferencias entre comunidades autónomas.

Gráfico 1.18
Composición del gasto sanitario público por funciones.
Años 2002 y 2009. Total CC.AA.

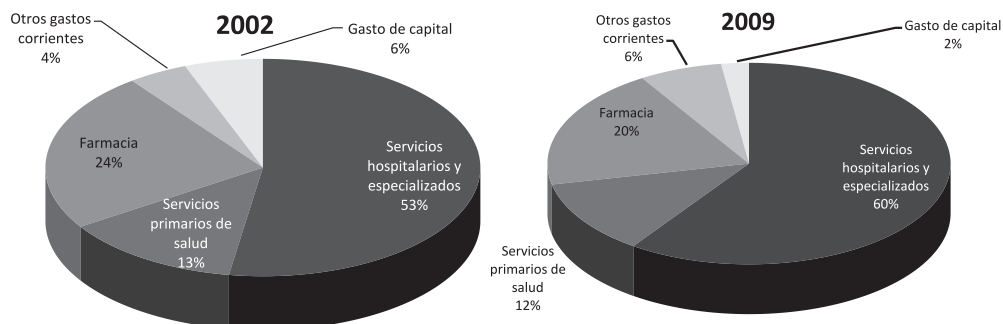


«Otros gastos corrientes» incluye Servicios de salud pública, Servicios colectivos de salud y Traslados, prótesis y aparatos terapéuticos. Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad.

Como puede observarse en el gráfico 1.18, más de la mitad de los gastos en sanidad de las CC.AA. se destinan a la asistencia hospitalaria y especializada. En el año 2009 el porcentaje que representa dicha función sobre el total supera el 57%, frente al 15% que suponen los recursos dedicados a servicios primarios de salud. Es decir, para el conjunto de comunidades, por cada euro gastado en atención primaria se gastan 3,9 euros en asistencia especializada. Esta brecha, además, se ha ampliado ligeramente en el periodo de análisis, pues en 2002 la relación era de 3,7 a 1. La segunda función en orden de importancia no es, de hecho, la atención primaria, sino el gasto en Farmacia que, pese a la disminución registrada en su participación sobre el total desde 2002 (año en que alcanzó el 25% del gasto sanitario), aún absorbe una quinta parte del gasto en salud.

La composición por funciones del gasto sanitario en la Región de Murcia (gráfico 1.19) apenas difiere de la observada para el total nacional. Siendo las participaciones de la función Farmacia y de las minoritarias (los gastos de capital y las englobadas en el agregado «Otros gastos corrientes») prácticamente idénticas a las del conjunto de CC.AA., la única diferencia digna de mención reside en el hecho

Gráfico 1.19
Composición del gasto sanitario público por funciones.
Años 2002 y 2009. Región de Murcia



«Otros gastos corrientes» incluye Servicios de salud pública, Servicios colectivos de salud y Traslados, prótesis y aparatos terapéuticos. Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad.

de que en la comunidad murciana es aún mayor la brecha existente entre las dos grandes funciones asistenciales. El gasto en servicios hospitalarios y especializados, tras ganar cuota en el periodo 2002-2009, roza el 60% del total en este último año, prácticamente quintuplicando el montante de gasto destinado a atención primaria.

La principal función de gasto, es decir, la de servicios hospitalarios y especializados, alcanza un importe superior a los 36.500 millones de euros para el total de CC.AA. (ver tabla 1.12) lo que representa un 3,5% del PIB frente al 2,5% registrado al inicio del periodo. Por término medio, las administraciones autonómicas destinaron a asistencia especializada 785 euros por habitante en 2009, aunque esta cifra presenta cierta variabilidad entre comunidades, oscilando entre los 685 euros per cápita de Andalucía y los casi 1.000 euros de Asturias.

La Región de Murcia dedica prácticamente un 5% del PIB regional a atender los gastos asociados a los servicios hospitalarios y especializados. Esta cifra se traduce en 932 euros por habitante, lo que representa un 19% más que la media nacional.

A lo largo del periodo, los gastos de personal han crecido en Murcia a una tasa significativamente superior a la registrada para el conjunto de las CC.AA. Entre 2002 y 2009 los gastos en atención especializada han aumentado 2 puntos su peso sobre el PIB en la Región de Murcia (le sigue, de lejos, Castilla-La Mancha con una variación de 1,6 puntos porcentuales). En términos nominales, los gastos en servicios hospitalarios en Murcia han crecido a un ritmo anual del 14,3% acumulado y, en euros por habitante, se han multiplicado por 2,16 lo que supone el mayor incremento en el indicador per cápita de todo el territorio nacional; sólo la Rioja, con un aumento del 114% se aproxima a esta cifra (ver gráfico 1.20).

Tabla 1.12
Gasto sanitario público: Servicios hospitalarios y especializados. 2002-2009

a) Miles de euros

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Andalucía	3.085.928	3.351.368	3.755.911	4.067.614	4.598.051	4.814.706	5.805.518	5.691.539
Aragón	568.288	675.549	752.814	792.554	870.585	953.280	1.048.918	1.142.360
Asturias	548.213	615.346	658.545	723.709	780.216	813.485	903.705	1.083.659
Illes Balears	381.516	448.786	507.141	562.974	613.563	708.478	799.933	834.006
Canarias	890.209	1.019.872	1.058.099	1.179.364	1.308.646	1.465.308	1.635.711	1.790.331
Cantabria	286.158	345.912	335.917	370.487	399.512	443.723	427.813	451.052
Castilla y León	1.008.921	1.142.840	1.203.917	1.410.619	1.708.167	1.494.283	1.854.349	1.764.220
Castilla - La Mancha	662.560	763.319	767.434	1.037.552	1.214.874	1.155.836	1.239.641	1.544.235
Cataluña	2.902.484	3.272.947	3.525.154	3.899.128	4.448.004	5.055.819	5.602.778	6.013.216
C. Valenciana	1.748.677	1.990.254	2.163.127	2.458.904	2.673.327	2.929.227	3.253.923	3.587.573
Extremadura	425.213	531.771	561.016	605.963	635.948	756.476	831.832	904.838
Galicia	1.269.402	1.342.618	1.538.549	1.528.783	1.754.148	1.916.362	2.110.000	2.183.305
C. de Madrid	2.566.871	2.776.777	3.242.978	3.552.148	3.768.025	4.235.160	4.837.435	5.303.229
Región de Murcia	529.837	593.390	677.854	776.576	866.310	1.012.607	1.282.801	1.348.146
C. Foral de Navarra	310.530	340.089	372.982	400.459	435.541	468.966	534.083	590.720
País Vasco	1.136.961	1.212.255	1.306.523	1.431.839	1.541.322	1.703.539	1.896.928	2.076.576
La Rioja	115.064	143.696	157.501	170.982	201.414	242.239	279.672	281.729
Total CCAA	18.425.433	20.516.274	22.610.358	24.977.515	27.817.653	30.169.494	34.345.041	36.584.548

b) % del PIB

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Andalucía	3,16	3,15	3,25	3,24	3,39	3,32	3,90	3,98
Aragón	2,50	2,78	2,90	2,83	2,87	2,90	3,08	3,52
Asturias	3,45	3,65	3,66	3,70	3,65	3,55	3,81	4,77
Illes Balears	2,05	2,29	2,41	2,48	2,51	2,71	2,94	3,16
Canarias	2,99	3,18	3,10	3,22	3,33	3,51	3,81	4,34
Cantabria	3,13	3,55	3,20	3,24	3,23	3,32	3,08	3,38
Castilla y León	2,54	2,68	2,64	2,88	3,24	2,64	3,19	3,13
Castilla - La Mancha	2,70	2,87	2,71	3,39	3,67	3,23	3,36	4,32
Cataluña	2,11	2,22	2,23	2,29	2,41	2,56	2,76	3,07
C. Valenciana	2,45	2,61	2,64	2,78	2,78	2,86	3,07	3,52
Extremadura	3,52	4,09	4,02	3,98	3,92	4,32	4,58	5,05
Galicia	3,41	3,37	3,59	3,29	3,48	3,54	3,75	3,98
C. de Madrid	1,98	2,00	2,18	2,21	2,16	2,27	2,51	2,79
Región de Murcia	2,93	3,01	3,20	3,34	3,44	3,74	4,55	4,96
C. Foral de Navarra	2,49	2,56	2,61	2,60	2,63	2,64	2,89	3,25
País Vasco	2,51	2,52	2,53	2,56	2,54	2,61	2,79	3,17
La Rioja	2,12	2,45	2,53	2,55	2,78	3,12	3,48	3,59
Total CCAA	2,54	2,63	2,70	2,76	2,84	2,87	3,17	3,48

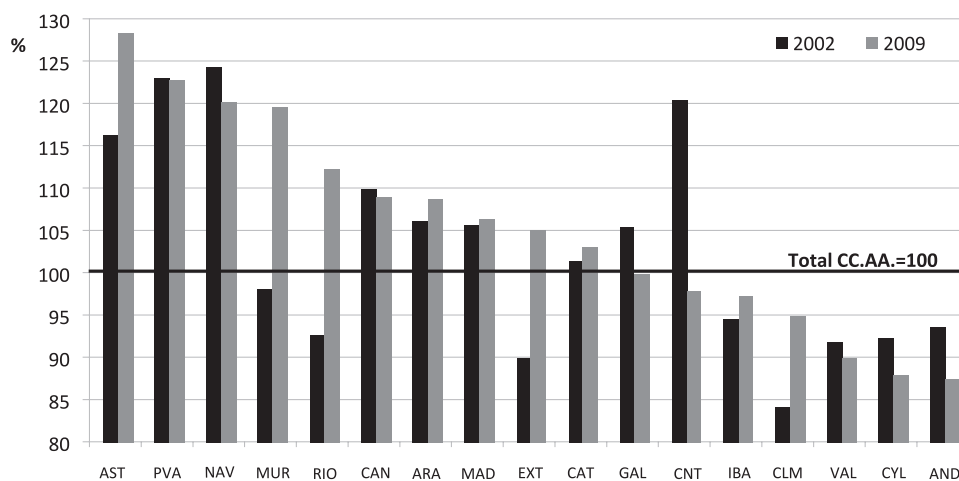
Tabla 1.12 (continuación)**c) Euros por habitante**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Andalucía	413	441	489	518	577	597	708	685
Aragón	467	549	602	625	681	735	790	849
Asturias	510	572	613	672	725	757	837	998
Illes Balears	416	474	531	573	613	687	746	761
Canarias	483	538	552	599	656	723	788	851
Cantabria	528	629	605	659	703	775	735	765
Castilla y León	407	459	483	562	677	591	725	688
Castilla - La Mancha	372	420	415	548	629	585	607	742
Cataluña	446	488	517	557	623	701	761	804
C. Valenciana	404	445	476	524	556	600	647	704
Extremadura	396	495	522	559	585	694	758	821
Galicia	464	488	559	553	634	691	758	781
C. de Madrid	464	486	559	596	627	696	771	830
Región de Murcia	432	468	524	581	632	727	900	932
C. Foral de Navarra	545	588	638	675	724	774	861	937
País Vasco	539	574	618	674	722	795	879	956
La Rioja	409	500	537	568	657	784	881	876
Total CCAA	442	482	525	568	624	670	746	785

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Instituto Nacional de Estadística.

Gráfico 1.20

**Gasto en servicios hospitalarios y especializados por habitante.
Años 2002 y 2009. Total CC.AA.=100**



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Instituto Nacional de Estadística.

El gasto en atención primaria (tabla 1.13) representa algo menos de una cuarta parte del gasto en asistencia especializada. En 2009 alcanzó un 0,9% del PIB para el conjunto de CC.AA. lo que se tradujo en 200 euros por habitante. Las disparidades regionales son algo mayores en esta función que en la comentada en primer lugar, oscilando el gasto en atención primaria per cápita entre los 151 euros por habitante de la Comunidad de Madrid y los 253 euros de Extremadura (que ocupa también el primer lugar en porcentaje del PIB, con un 1,6%).

La Región de Murcia se encuentra ligeramente por encima de la media en el porcentaje sobre el PIB regional destinado a atención primaria (1% frente al 0,9% del agregado) pero no alcanza la media de gasto per cápita en esta función (187 euros frente a los 200 euros del conjunto de comunidades). Entre 2002 y 2009, el gasto en servicios primarios de salud en la Región de Murcia aumentó en cuantía similar a la media, tanto en términos del PIB como en valores per cápita.

Tabla 1.13
Gasto sanitario público: Servicios primarios de salud. 2002-2009

a) Miles de euros

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Andalucía	987.902	1.084.586	1.153.994	1.286.894	1.402.744	1.600.876	1.812.084	1.751.900
Aragón	158.270	178.603	190.648	194.541	195.013	234.707	280.390	307.116
Asturias	127.363	135.128	150.590	146.911	160.259	186.584	201.904	216.025
Illes Balears	87.005	106.567	118.962	126.191	136.999	148.553	178.728	193.960
Canarias	199.864	220.788	230.886	254.669	278.217	321.396	373.063	397.509
Cantabria	62.809	64.812	74.604	85.311	95.337	107.719	115.174	117.333
Castilla y León	340.192	369.781	399.003	430.689	459.724	520.293	562.112	632.457
Castilla - La Mancha	237.030	218.711	237.565	281.792	338.646	407.729	435.533	503.088
Cataluña	844.319	983.050	1.047.589	1.164.208	1.220.664	1.384.074	1.511.189	1.581.057
C. Valenciana	450.996	521.366	553.966	608.277	643.055	720.708	796.241	860.782
Extremadura	152.621	197.405	207.021	218.825	220.763	246.331	269.713	279.063
Galicia	280.072	300.397	316.663	328.557	373.794	409.299	456.305	503.328
C. de Madrid	504.256	541.876	620.727	680.889	745.577	870.028	920.553	964.434
Región de Murcia	134.267	149.384	158.464	172.688	192.705	185.662	246.811	270.089
C. Foral de Navarra	93.976	101.899	101.509	105.188	109.381	118.586	138.286	149.402
País Vasco	294.659	314.199	333.871	364.549	393.519	448.146	501.800	541.840
La Rioja	31.740	37.529	42.753	43.633	47.272	58.184	63.473	64.923
Total CCAA	4.996.777	5.573.443	5.912.165	6.485.673	7.013.671	7.968.873	8.863.358	9.340.492

Tabla 1.13 (continuación)**b) % del PIB**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Andalucía	1,01	1,02	1,00	1,02	1,03	1,10	1,22	1,23
Aragón	0,70	0,74	0,73	0,70	0,64	0,71	0,82	0,95
Asturias	0,80	0,80	0,84	0,75	0,75	0,81	0,85	0,95
Illes Balears	0,47	0,54	0,57	0,56	0,56	0,57	0,66	0,73
Canarias	0,67	0,69	0,68	0,70	0,71	0,77	0,87	0,96
Cantabria	0,69	0,67	0,71	0,75	0,77	0,81	0,83	0,88
Castilla y León	0,86	0,87	0,87	0,88	0,87	0,92	0,97	1,12
Castilla - La Mancha	0,96	0,82	0,84	0,92	1,02	1,14	1,18	1,41
Cataluña	0,61	0,67	0,66	0,68	0,66	0,70	0,75	0,81
C. Valenciana	0,63	0,68	0,68	0,69	0,67	0,70	0,75	0,85
Extremadura	1,26	1,52	1,48	1,44	1,36	1,41	1,48	1,56
Galicia	0,75	0,75	0,74	0,71	0,74	0,76	0,81	0,92
C. de Madrid	0,39	0,39	0,42	0,42	0,43	0,47	0,48	0,51
Región de Murcia	0,74	0,76	0,75	0,74	0,76	0,69	0,88	0,99
C. Foral de Navarra	0,75	0,77	0,71	0,68	0,66	0,67	0,75	0,82
País Vasco	0,65	0,65	0,65	0,65	0,65	0,69	0,74	0,83
La Rioja	0,59	0,64	0,69	0,65	0,65	0,75	0,79	0,83
Total CCAA	0,69	0,71	0,71	0,72	0,72	0,76	0,82	0,89

c) Euros por habitante

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Andalucía	132	143	150	164	176	199	221	211
Aragón	130	145	153	153	153	181	211	228
Asturias	119	126	140	136	149	174	187	199
Illes Balears	95	112	125	128	137	144	167	177
Canarias	108	117	121	129	139	159	180	189
Cantabria	116	118	134	152	168	188	198	199
Castilla y León	137	149	160	172	182	206	220	247
Castilla - La Mancha	133	120	128	149	175	206	213	242
Cataluña	130	147	154	166	171	192	205	212
C. Valenciana	104	117	122	130	134	148	158	169
Extremadura	142	184	193	202	203	226	246	253
Galicia	102	109	115	119	135	148	164	180
C. de Madrid	91	95	107	114	124	143	147	151
Región de Murcia	109	118	122	129	141	133	173	187
C. Foral de Navarra	165	176	174	177	182	196	223	237
País Vasco	140	149	158	172	184	209	233	249
La Rioja	113	131	146	145	154	188	200	202
Total CCAA	120	131	137	148	157	177	193	200

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Instituto Nacional de Estadística.

Por lo que respecta a la tercera gran función de gasto sanitario, el gasto en farmacia, para el conjunto de comunidades autónomas se acercó en 2009 a los 13.000 millones de euros (1,2% del PIB), lo que supone que los servicios regionales de salud destinaron a la prestación farmacéutica 276 euros por habitante (ver tabla 1.14).

Tabla 1.14
Gasto sanitario público: Farmacia. 2002-2009

a) Miles de euros

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Andalucía	1.467.876	1.647.158	1.697.854	1.744.973	1.794.391	1.891.018	2.009.909	2.132.946
Aragón	258.677	279.638	304.416	323.895	340.626	361.219	387.102	408.473
Asturias	232.011	259.804	272.007	281.888	297.212	317.520	336.153	351.842
Illes Balears	137.307	156.670	165.976	188.974	191.224	202.386	205.651	218.882
Canarias	318.151	368.659	399.653	433.156	462.527	486.421	531.576	569.603
Cantabria	102.115	115.267	114.243	130.502	137.337	146.327	157.456	168.227
Castilla y León	475.732	579.411	613.060	598.519	635.534	669.177	712.894	752.888
Castilla - La Mancha	375.289	438.822	424.925	499.991	503.194	536.156	578.693	613.107
Cataluña	1.344.928	1.505.606	1.580.636	1.639.589	1.737.399	1.780.104	1.876.542	1.933.831
C. Valenciana	976.887	1.105.667	1.189.966	1.269.625	1.354.714	1.434.433	1.568.949	1.691.176
Extremadura	221.733	250.325	264.584	277.993	294.556	309.755	327.041	355.392
Galicia	611.105	691.081	731.423	821.111	839.031	876.375	943.545	1.006.158
C. de Madrid	791.597	890.669	970.590	1.022.049	1.107.456	1.182.767	1.242.660	1.314.318
Región de Murcia	239.992	275.186	304.258	330.627	358.423	383.839	421.523	442.205
C. Foral de Navarra	105.972	119.555	127.378	135.846	145.197	152.171	161.890	183.045
País Vasco	397.558	444.876	473.483	516.535	540.992	564.332	599.393	624.907
La Rioja	53.886	60.863	65.403	69.430	72.692	77.088	83.235	89.312
Total CCAA	8.110.817	9.189.258	9.699.855	10.284.704	10.812.504	11.371.089	12.144.213	12.856.312

b) % del PIB

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Andalucía	1,50	1,55	1,47	1,39	1,32	1,30	1,35	1,49
Aragón	1,14	1,15	1,17	1,16	1,12	1,10	1,14	1,26
Asturias	1,46	1,54	1,51	1,44	1,39	1,38	1,42	1,55
Illes Balears	0,74	0,80	0,79	0,83	0,78	0,77	0,76	0,83
Canarias	1,07	1,15	1,17	1,18	1,18	1,17	1,24	1,38
Cantabria	1,12	1,18	1,09	1,14	1,11	1,10	1,13	1,26
Castilla y León	1,20	1,36	1,34	1,22	1,21	1,18	1,23	1,34
Castilla - La Mancha	1,53	1,65	1,50	1,63	1,52	1,50	1,57	1,71
Cataluña	0,98	1,02	1,00	0,96	0,94	0,90	0,93	0,99
C. Valenciana	1,37	1,45	1,45	1,44	1,41	1,40	1,48	1,66
Extremadura	1,83	1,93	1,90	1,83	1,81	1,77	1,80	1,98
Galicia	1,64	1,73	1,71	1,77	1,67	1,62	1,68	1,83
C. de Madrid	0,61	0,64	0,65	0,64	0,63	0,63	0,64	0,69
Región de Murcia	1,33	1,40	1,43	1,42	1,42	1,42	1,50	1,63
C. Foral de Navarra	0,85	0,90	0,89	0,88	0,88	0,86	0,88	1,01
País Vasco	0,88	0,92	0,92	0,92	0,89	0,87	0,88	0,95
La Rioja	0,99	1,04	1,05	1,04	1,00	0,99	1,04	1,14
Total CCAA	1,12	1,18	1,16	1,14	1,10	1,08	1,12	1,22

Tabla 1.14 (continuación)**c) Euros por habitante**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Andalucía	196	217	221	222	225	235	245	257
Aragón	212	227	244	255	267	279	292	304
Asturias	216	242	253	262	276	295	311	324
Illes Balears	150	165	174	192	191	196	192	200
Canarias	173	195	209	220	232	240	256	271
Cantabria	188	210	206	232	242	255	270	286
Castilla y León	192	233	246	238	252	265	279	294
Castilla - La Mancha	211	242	230	264	260	271	283	295
Cataluña	207	225	232	234	244	247	255	259
C. Valenciana	226	247	262	271	282	294	312	332
Extremadura	207	233	246	256	271	284	298	322
Galicia	223	251	266	297	303	316	339	360
C. de Madrid	143	156	167	171	184	194	198	206
Región de Murcia	196	217	235	248	262	276	296	306
C. Foral de Navarra	186	207	218	229	241	251	261	290
País Vasco	189	211	224	243	254	263	278	288
La Rioja	191	212	223	231	237	250	262	278
Total CCAA	195	216	225	234	243	252	264	276

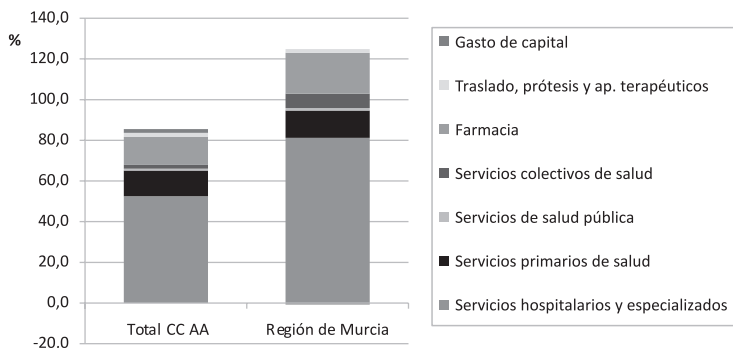
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Instituto Nacional de Estadística.

El gasto en farmacia alcanza un máximo del 2% del PIB en Extremadura y un mínimo del 0,8% en Madrid. En euros per cápita el valor más alto corresponde a Galicia (360 euros/habitante) y el más reducido a Islas Baleares (200 euros). La Región de Murcia destinó a la prestación farmacéutica 442 millones de euros en 2009 (casi un 20% del gasto sanitario total), lo cual equivale a un 1,6% del PIB regional y a 306 euros por habitante. Ambos valores relativos se encuentran por encima de la media nacional, de la que se han alejado además a lo largo del periodo 2002-2009.

Los recursos destinados a farmacia crecieron en términos nominales en la Región de Murcia a una tasa media anual acumulada del 9,1%; más que en ninguna otra comunidad autónoma. Esto se ha traducido en una ganancia de 3 décimas sobre el PIB (solo igualada por Canarias) y en un incremento del gasto per cápita del 56% en el periodo (solo comparable a los de Extremadura, Navarra y Canarias).

Al igual que hicimos en el apartado precedente con la evolución del gasto sanitario atendiendo a su composición según naturaleza económica, analizamos a continuación en qué medida las diferentes funciones de gasto han contribuido al

Gráfico 1.21
Contribuciones de las distintas funciones al crecimiento del gasto sanitario de las Comunidades Autónomas en el periodo 2002-2009



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad.

aumento de los gastos sanitarios de las comunidades autónomas, en general, y de la comunidad murciana, en particular.

Más del 60% del crecimiento total del gasto sanitario de las CC.AA. (52,6 puntos de 85) se debe a la contribución de la función servicios hospitalarios y especializados. En el caso de la Región de Murcia la contribución de dicha función es significativamente mayor, cifrándose en 81,2 puntos porcentuales de los 124 que creció el gasto en el periodo, esto es, un 65,4% del crecimiento total. Dado que se trata de la función de mayor relevancia cuantitativa dentro del gasto sanitario, no ha de extrañar que sea la que explica un mayor porcentaje del crecimiento registrado en el total de gasto. Sin embargo, a este resultado contribuye de manera decisiva el enorme incremento experimentado por los gastos destinados a esta función en el periodo analizado. Los recursos destinados a servicios especializados crecieron a una media anual dos puntos superior a la registrada para el conjunto de gastos en salud, lo que se ha traducido en una intensificación del protagonismo de dicha función en el gasto sanitario en Murcia, en cuya estructura han ganado 7 puntos porcentuales de cuota. Aunque en el conjunto del Estado se observa una tendencia similar, ni el crecimiento diferencial de esta función ni su expansión en la estructura del gasto sanitario son comparables en magnitud a lo observado en la Región de Murcia.

Destaca entre las restantes funciones de gasto la contribución del gasto en farmacia (20 puntos porcentuales en el caso de la Región de Murcia, esto es, un 16% del crecimiento total), que se explica, no tanto por su particular dinamismo (su tasa de variación es inferior a la de las funciones de servicios especializados y servicios primarios) cuanto por su peso relativo en el agregado. De hecho, a lo largo del periodo, la participación de la función farmacia en el gasto sanitario total se reduce más de 4 puntos en Murcia (3,5 puntos en el conjunto de CC.AA.).

1.1.2.4. Avance de cifras de gasto sanitario según presupuestos para 2010 y 2011

El periodo de análisis abarcado en este capítulo finaliza en el año 2009 por ser este el ejercicio en el que concluye la serie disponible de gasto sanitario publicada por el Ministerio. Sin embargo, habida cuenta de los cambios que están teniendo lugar en el ámbito del sector público, en general, y del sistema sanitario en particular, como consecuencia de la necesidad de acomodar la evolución de los gastos públicos a la senda de consolidación presupuestaria en la que se encuentra inmerso nuestro país, conviene ofrecer alguna información relativa a las previsiones de gasto sanitario para los ejercicios más recientes.

En la tabla 1.15 se ofrecen los presupuestos iniciales de gasto no financiero en sanidad de las CC.AA. para el trienio 2009-2011. Según dichas cifras, en 2010 se preveía un mínimo incremento del 1% agregado, si bien siete comunidades presupuestaron un total de gasto sanitario inferior al del ejercicio inmediato anterior. En 2011 el presupuesto se contrae en todas las comunidades, excepto en Murcia (donde crece un 1,9%) y Baleares (donde se mantiene inalterado), previéndose una reducción del 5% para el gasto sanitario de las CC.AA. en términos agregados.

Tabla 1.15
Presupuesto sanitario inicial de las CC.AA. Gastos no financieros. 2009-2011

	Millones de euros			Variación (%)	
	2009	2010	2011	2010/09	2011/10
Andalucía	9.826,54	9.771,95	9.340,70	-0,56	-4,41
Aragón	1.879,31	1.907,56	1.849,08	1,50	-3,07
Asturias	1.557,04	1.637,96	1.549,79	5,20	-5,38
Illes Balears	1.257,53	1.174,47	1.174,47	-6,60	0,00
Canarias	2.926,53	2.849,36	2.536,52	-2,64	-10,98
Cantabria	792,96	795,40	729,38	0,31	-8,30
Castilla y León	3.407,79	3.508,85	3.452,50	2,97	-1,61
Castilla - La Mancha	2.850,21	2.866,89	2.764,83	0,59	-3,56
Cataluña	9.360,10	9.754,28	9.087,82	4,21	-6,83
C. Valenciana	5.659,71	5.710,03	5.508,80	0,89	-3,52
Extremadura	1.717,68	1.659,80	1.567,84	-3,37	-5,54
Galicia	3.766,47	3.726,87	3.546,15	-1,05	-4,85
C. de Madrid	7.118,80	7.074,56	6.383,10	-0,62	-9,77
Región de Murcia	1.848,19	1.978,86	2.016,49	7,07	1,90
C. Foral de Navarra	906,94	986,76	971,93	8,80	-1,50
País Vasco	3.544,33	3.627,47	3.505,92	2,35	-3,35
La Rioja	452,57	407,97	431,07	-9,86	5,66
Total CCAA	58.872,68	59.439,04	56.416,39	0,96	-5,09

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad.

Tabla 1.16
Gasto sanitario público por CC.AA. 2002-2011. Euros por habitante

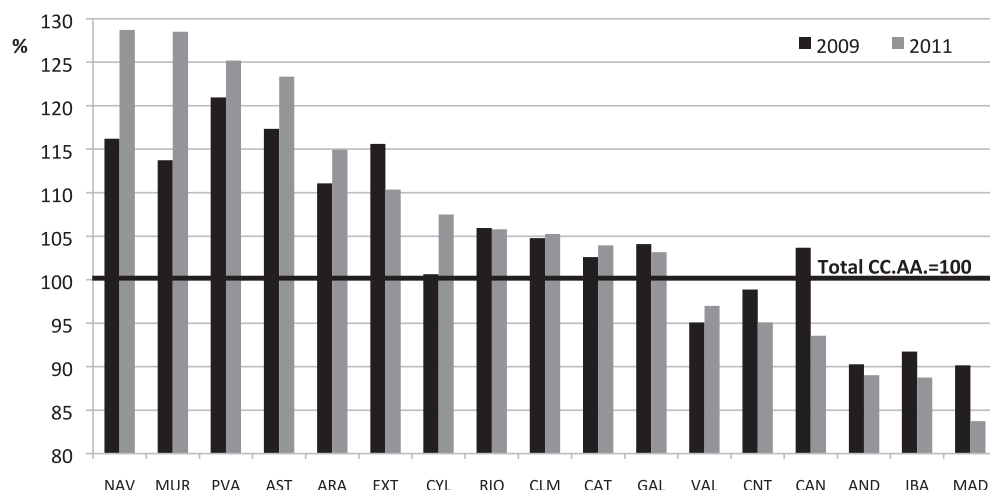
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010 *	2011 *
Andalucía	785	848	914	960	1.046	1.100	1.257	1.239	1.222	1.161
Aragón	890	1.000	1.095	1.136	1.244	1.341	1.430	1.525	1.546	1.499
Asturias	914	1.025	1.098	1.164	1.243	1.324	1.435	1.611	1.696	1.609
Illes Balears	752	844	916	1.082	1.076	1.174	1.223	1.259	1.165	1.157
Canarias	860	947	990	1.091	1.161	1.238	1.375	1.423	1.376	1.220
Cantabria	970	1.112	1.191	1.277	1.349	1.441	1.328	1.357	1.354	1.240
Castilla y León	831	953	1.016	1.096	1.254	1.215	1.416	1.381	1.424	1.402
Castilla - La Mancha	826	885	873	1.094	1.219	1.227	1.243	1.438	1.435	1.373
Cataluña	848	934	962	1.021	1.131	1.244	1.341	1.408	1.460	1.356
C. Valenciana	794	879	934	1.005	1.065	1.144	1.220	1.305	1.312	1.265
Extremadura	882	986	1.054	1.129	1.242	1.400	1.511	1.587	1.527	1.439
Galicia	852	926	1.028	1.061	1.167	1.245	1.367	1.429	1.413	1.346
C. de Madrid	765	805	907	953	1.022	1.114	1.161	1.238	1.216	1.092
Región de Murcia	821	909	992	1.067	1.143	1.261	1.495	1.561	1.654	1.676
C. Foral de Navarra	982	1.055	1.132	1.170	1.252	1.364	1.477	1.595	1.718	1.679
País Vasco	952	1.023	1.091	1.190	1.267	1.411	1.549	1.660	1.695	1.633
La Rioja	867	949	1.060	1.175	1.488	1.801	1.481	1.454	1.308	1.380
Total CCAA	829	906	970	1.039	1.129	1.211	1.314	1.373	1.379	1.304

* Proyecciones a partir de los presupuestos iniciales. Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Instituto Nacional de Estadística.

Si asumimos las variaciones relativas en el gasto sanitario entre 2009 y 2010-2011 que se reflejan en los presupuestos iniciales, y proyectamos el gasto efectivamente realizado en 2009 a los dos ejercicios siguientes utilizando las tasas de variación de la tabla 1.15, podemos prolongar la serie de gasto de las CC.AA. analizada en epígrafes anteriores en términos homogéneos hasta el año 2011. Este procedimiento es equivalente a asumir que el grado de ejecución presupuestaria (entendido como la relación entre el gasto liquidado y el presupuesto inicial) se mantiene en su nivel de 2009 para cada comunidad autónoma, tanto en 2010 como en 2011. Las proyecciones así obtenidas podrían considerarse como un límite inferior del gasto efectivo en estos dos años, habida cuenta de que ejercicios anteriores el crecimiento del gasto liquidado ha excedido sistemáticamente de los incrementos presupuestados.⁷

⁷ Por ejemplo, en el periodo 2007-2009, el gasto sanitario de las CC.AA. aumentó un 17,26% en términos acumulados, mientras que los créditos inicialmente presupuestados preveían una tasa de variación en el periodo casi cinco puntos inferior (4,68%). En el caso de la Región de Murcia, la diferencia entre la evolución del gasto liquidado y la del presupuestado superó los 10 puntos en el citado bienio.

El resultado se muestra en la tabla 1.16 expresado en euros por habitante⁸. Los valores máximos de gasto sanitario per cápita en 2011 corresponden a la Comunidad Foral de Navarra y a la Región de Murcia (casi un 30% más que la media nacional). De cumplirse las previsiones de aumento del gasto reflejadas en los presupuestos iniciales, Murcia pasaría del quinto lugar en 2009 al segundo lugar en 2011 del ranking de gasto sanitario por habitante, superando a País Vasco, Asturias y Extremadura (ver gráfico 1.22). En la parte baja de la clasificación se mantienen las comunidades de Madrid, Islas Baleares y Andalucía (todas ellas por debajo del 90% de la media de gasto per cápita), a las que se suma Cantabria, una de las comunidades donde los presupuestos iniciales prevén una mayor contracción del gasto en sanidad.

Gráfico 1.22**Gasto sanitario público por habitante. Años 2009 y 2011*. Total CC.AA.=100**

* Proyecciones a partir de los presupuestos iniciales. Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Instituto Nacional de Estadística.

1.2. FACTORES DETERMINANTES DE LA EVOLUCIÓN DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO EN ESPAÑA Y EN LA REGIÓN DE MURCIA

1.2.1. El «enfoque del residual»: antecedentes y metodología

El objetivo de este apartado es identificar los factores determinantes del crecimiento experimentado por el gasto sanitario público en la Región de Murcia y en el conjunto de las 17 comunidades autónomas españolas y analizar, por comparación

⁸ Advertimos de que las estimaciones que aquí se presentan no serán tenidas en cuenta a la hora de realizar las proyecciones de gasto sanitario para el periodo 2011-2016 que se presentan en el epígrafe 1.3 y que, pese a tomar como punto de partida también las cifras de gasto real de 2009, se basan en un metodología diferente de la utilizada para calcular las cifras de la Tabla 1.16.

con los resultados obtenidos para el agregado nacional, las características específicas de la evolución del gasto sanitario público en la Región de Murcia. Para ello, utilizamos el enfoque de la descomposición o «enfoque del residual», el más utilizado en el ámbito internacional para explicar la evolución del gasto sanitario público. Este método, propuesto por la OCDE en 1987, descompone el crecimiento registrado por el gasto sanitario público en cuatro factores explicativos: factor demográfico, factor cobertura, factor inflación y un último factor cuya aportación al crecimiento del gasto sanitario público se determina de forma residual y que se denomina «prestación sanitaria real media por persona».

Antes de presentar el desarrollo analítico que justifica el enfoque del residual, vamos a explicar brevemente el significado de los tres componentes directamente medibles en los que descomponemos el crecimiento del gasto sanitario.

En primer lugar, el factor demográfico mide el efecto del incremento de población sobre el gasto sanitario público y, adicionalmente, el efecto del cambio en la distribución de la población por sexo y grupos de edad para unos niveles de consumo de recursos sanitarios dados. Los trabajos de Urbanos (2002) y Puig-Junoy et al. (2004) imputan factores de consumo de recursos sanitarios públicos a los distintos grupos quinquenales de edad y de sexo en los que se clasifica habitualmente a la población de un país. Teniendo en cuenta la evidencia disponible sobre el consumo de cada uno de los grupos de población de los servicios hospitalarios y extra hospitalarios, farmacia, traslado, prótesis y aparatos terapéuticos y otros gastos, estos autores calculan coeficientes de gasto relativo de recursos sanitarios y los normalizan tomando como referencia al colectivo de varones de entre 45 y 49 años de edad. En este trabajo utilizamos los coeficientes calculados en Puig-Junoy et al. (2004), por ser los más actuales de cuantos hay disponibles. Estos coeficientes, que más adelante se presentan en la tabla 1.17, son los que, combinados con las cifras de población de cada grupo de edad y sexo, permiten determinar el efecto de los cambios en el volumen y distribución de la población sobre el gasto sanitario público.

El segundo factor en el que se descompone el crecimiento del gasto sanitario público es el factor cobertura, que mide las variaciones en la tasa de cobertura de la asistencia sanitaria pública definida como el porcentaje de población que recibe asistencia sanitaria pública. Habida cuenta del periodo temporal analizado (2002-2009), suponemos en el análisis posterior que la tasa de cobertura de la asistencia sanitaria pública en la Región de Murcia y en las demás comunidades autónomas es del 100% en cada año y que, por tanto, este factor no ha incrementado el gasto sanitario público en ninguno de los dos territorios analizados.

El factor inflación mide el efecto que el incremento de precios implícitos en la prestación sanitaria pública tiene sobre el aumento del gasto sanitario. Para obtener un índice de precios de la prestación sanitaria pública en la Región de Murcia y en el conjunto de las 17 comunidades autónomas seguimos la metodología propuesta en Blanco y Bustos (1996), que consiste en calcular un índice de precios de *Paasche* utilizando la clasificación económico-presupuestaria del gasto sanitario público y, en

concreto, la importancia relativa de consumos intermedios y conciertos, remuneración de personal y consumo de capital fijo, transferencias corrientes y del gasto de capital para ponderar, respectivamente, el índice de precios del Gasto en Consumo Final de las Administraciones Públicas, el índice de precios del Valor Añadido Bruto regional, el índice de precios del componente «Medicina» del Índice de Precios al Consumo regional y, finalmente, el índice de precios de la Formación Bruta de Capital nacional.

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

Los estudios realizados sobre los determinantes del crecimiento del gasto sanitario público en España y en otros países desarrollados señalan al factor residual como el principal responsable del crecimiento del gasto sanitario público. Así, por ejemplo, Newhouse (1992) afirma que alrededor de la mitad del crecimiento del gasto sanitario público en Estados Unidos es atribuible al factor residual. En este sentido, Puig-Junoy (1994) encuentra que 2,5 de los 2,8 puntos porcentuales de crecimiento medio anual del gasto sanitario total en la Unión Europea en la década de los ochenta se deben al factor residual. Este mismo estudio concluye que el factor residual explica el 81% y el 78% del crecimiento real del gasto sanitario público español en las décadas de los setenta y de los ochenta, respectivamente. Similares conclusiones sobre la relevancia del factor residual en el crecimiento del gasto sanitario público español se obtienen en Pellisé et al. (2001) para el periodo 1986-1995. En concreto, este estudio encuentra que el factor residual es el principal responsable del crecimiento real del gasto sanitario público en España y también que el factor residual ha crecido más que el factor inflación en ese mismo periodo temporal. Finalmente, Puig-Junoy y otros (2004) encuentran que el factor residual explica dos terceras partes del crecimiento real en el gasto sanitario público en España entre 1991 y 2001.

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

$$G_t = g_t \cdot p_t$$

donde G representa el gasto sanitario público, g el gasto sanitario por habitante, p la población y t es el momento temporal en el que observamos las tres variables. Si clasificamos a la población en dieciocho grupos quinquenales de edad, como

hace el Instituto Nacional de Estadística en la Explotación Estadística del Padrón que utilizamos en este trabajo, y distinguimos entre hombre y mujeres, podemos reescribir la expresión anterior como

$$G_t = g_{0,t} \sum_{j=0}^{35} c_{j,t} p_{j,t}$$

donde g_0 es el nivel de gasto sanitario por persona en la categoría poblacional utilizada como referencia para medir el consumo de recursos sanitarios de los demás grupos de población, en nuestro caso los varones de 45 a 49 años, y los coeficientes c_j miden el nivel de gasto o consumo relativo de recursos sanitarios de los demás grupos de población respecto al grupo de referencia. Estos son los coeficientes presentados en la tabla 1.17.

La normalización realizada implica que c_0 es igual a la unidad. El factor demográfico se corresponde con el sumatorio de la expresión anterior, ya que mide el efecto de las variaciones en la cifra total de población y en la distribución de la

Tabla 1.17
Coeficientes de gasto relativo por grupos de edad y sexo. Año 2003.
Grupo de referencia: hombres de 45 a 49 años

Edad	Varones	Mujeres
0-4	1,772	1,695
05-09	0,832	0,792
10-14	0,671	0,652
15-19	0,644	0,685
20-24	0,723	0,896
25-29	0,561	0,947
30-34	0,654	1,143
35-39	0,818	1,055
40-44	0,806	1,108
45-49	1,000	1,281
50-54	1,251	1,726
55-59	1,921	2,047
60-64	2,425	2,465
65-69	3,119	2,928
70-74	3,539	3,457
75-79	3,976	3,645
80-84	4,335	3,695
85 y más	4,490	4,144

Fuentes: Puig-Junoy et al. (2004).

población por grupos de edad y sexo para un nivel dado de consumo de recursos sanitarios por cada grupo de población. Por tanto, podemos escribir que

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

donde FD es el factor demográfico, esto es:

$$FD_t = \sum_{j=0}^{35} c_{j,t} p_{j,t}$$

Por su parte, el gasto sanitario por persona en el grupo de población de referencia se puede descomponer en el producto de la prestación sanitaria real media por persona (cantidad) y el precio implícito asociado a la prestación sanitaria. De esta forma, la expresión anterior puede escribirse como sigue:

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

donde PSM y PS representan la prestación sanitaria media por persona y el precio implícito en la prestación de los servicios sanitarios públicos. Calculando la expresión anterior en dos periodos t y $t-1$ y dividiendo las expresiones resultantes encontramos que

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

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

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

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

La última expresión muestra claramente cómo el crecimiento en el gasto sanitario público se descompone en sus tres factores determinantes: el crecimiento ocasionado por el factor demográfico, el que se produce como consecuencia del encarecimiento en los medios necesarios para prestar el servicio de asistencia sanitaria y el que se determina de forma residual y se asocia a la tecnología y a la eficiencia en el uso de los recursos disponibles.

1.2.2. Descomposición del crecimiento del gasto sanitario de las CC.AA. según el «enfoque del residual»

Antes de presentar y comentar los resultados obtenidos al aplicar el enfoque del residual, conviene explicitar las fuentes estadísticas utilizadas. En primer lugar, las cifras de gasto sanitario público corresponden a la aportación al gasto público

en sanidad total consolidado de las distintas comunidades autónomas, contenida en la EGSP; la misma fuente empleada en el epígrafe precedente. Al igual que en el apartado anterior, el agregado nacional se hace corresponder con la suma de las 17 comunidades autónomas. Las estadísticas poblacionales proceden de la Explotación Estadística del Padrón Municipal de Habitantes, disponible en la página Web del Instituto Nacional de Estadística (INE).⁹

Para calcular el índice de precios de servicios sanitarios, combinamos, en la forma indicada en párrafos precedentes, la información de la clasificación económico-presupuestaria de la Estadística de Gasto Sanitario Público según principio de devengo, con las estadísticas del INE que permiten calcular los índices de precios del componente «Medicina» del IPC, del Gasto en Consumo Final de las Administraciones Públicas, de la Formación Bruta de Capital nacional y del Valor Añadido Bruto regional.¹⁰

Pasando a los resultados obtenidos, la tabla 1.18 presenta las tasas de crecimiento del gasto sanitario público y de sus tres componentes en la Región de Murcia y en el agregado resumen de las 17 comunidades autónomas en el periodo 2002-2009. Presentamos las tasas anuales de variación y dos medidas sintéticas de crecimiento para los periodos 2002-2009 y 2002-2007. La inclusión de este último sub-periodo se justifica en los párrafos posteriores.

Tabla 1.18
Crecimiento porcentual del gasto sanitario público y de sus factores
determinantes. 2002-2009

	Total 17 CC.AA.				Murcia			
	IGSP	IPSM	IFD	IPS	IGSP	IPSM	IFD	IPS
2003	11,61	5,45	2,22	3,54	14,48	6,43	3,30	4,12
2004	8,25	3,40	1,42	3,23	11,29	5,29	2,29	3,33
2005	9,46	3,47	2,26	3,46	11,04	3,71	3,06	3,89
2006	10,16	4,60	1,78	3,48	9,87	3,49	2,77	3,30
2007	8,36	4,36	1,43	2,36	12,07	7,53	2,05	2,13
2008	10,87	5,97	2,23	2,34	21,46	15,90	2,65	2,09
2009	5,76	3,39	1,72	0,56	5,91	3,92	1,96	-0,05
TMAA 2002-2009	9,20	4,37	1,87	2,70	12,22	6,54	2,58	2,68
TMAA 2002-2007	9,56	4,25	1,82	3,21	11,74	5,28	2,69	3,35

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad, INE y elaboración propia.

⁹ Disponible en <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft20%2Fe245&file=inebase&L=0>

¹⁰ Medias anuales del IPC y componentes: <http://www.ine.es/jaxiBD/tabla.do?per=12&type=db&divi=IPC&idtab=99>. Las estadísticas que permiten calcular el índice de precios del Gasto en Consumo Final de las Administraciones Públicas y de la Formación Bruta de Capital nacional se encuentran en http://www.ine.es/daco/daco42/cne00/dacocne_b10.htm. La Contabilidad Regional de España proporciona las estadísticas para calcular el índice de precios del VAB regional.

Destacamos, en primer lugar, que el crecimiento registrado por el gasto sanitario público de la Región de Murcia ha excedido al correspondiente crecimiento nacional en todos los años del periodo 2002-2009 salvo en el año 2006. El crecimiento medio anual del gasto sanitario público de la Región de Murcia se situó en un 12,2%, tres puntos porcentuales por encima del crecimiento medio registrado en el conjunto de las 17 comunidades autónomas.

Especial mención merece el año 2008 por el más que destacado crecimiento del gasto sanitario público de la Región de Murcia en dicho año. Los cálculos realizados informan de un crecimiento superior al 20% en el montante global destinado a sanidad pública en la Región de Murcia en 2008. Este crecimiento dobla al registrado en el conjunto de las 17 comunidades autónomas. De hecho, la Región de Murcia fue la comunidad autónoma en la que más se incrementó el gasto sanitario público en 2008. Sólo encontramos dos comunidades en las que el crecimiento registrado excediese el umbral del 15%: Andalucía y Castilla y León. En cualquier caso, ninguna de las dos supera el 18% de crecimiento en 2008. Un análisis detallado indica que el 37,5% y el 10,6% del incremento registrado en el gasto sanitario público de la Región de Murcia en 2008 se debe al incremento en la remuneración de asalariados en servicios hospitalarios y especializados y en servicios primarios de salud, respectivamente. Esto es, casi la mitad del destacable crecimiento registrado en el gasto sanitario público de la Región de Murcia en 2008 se explica por el comportamiento de la remuneración de asalariados. Los consumos intermedios en servicios hospitalarios y especializados y el gasto en farmacia explican el 23,4% y el 10% del crecimiento en la cifra de gasto sanitario público en 2008, respectivamente.

La singularidad del año 2008 nos lleva a presentar dos filas de estadísticos resumen del periodo analizado: 2002-2009 y 2002-2007. Este último periodo no incluye los años 2008 y 2009, lo que hace que goce de una mayor homogeneidad en la fase del ciclo económico imperante. Pues bien, encontramos que el gasto sanitario público regional ha crecido más que el correspondiente gasto nacional independientemente del periodo analizado. En concreto, el crecimiento medio anual del gasto sanitario público de la Región de Murcia entre 2002 y 2007 fue del 11,7%, superior en 2,2 puntos porcentuales al correspondiente crecimiento medio nacional. Como destacamos previamente, el crecimiento medio anual del gasto sanitario regional fue 3 puntos porcentuales superior al nacional en el periodo 2002-2009.

Respecto a los factores determinantes, encontramos que tanto en la Región de Murcia como en el conjunto de las comunidades autónomas, y en línea con los resultados previamente obtenidos en la literatura, el factor residual es el principal motor de crecimiento del gasto sanitario público, seguido por el incremento de precios y, en último término, el factor demográfico. En los gráficos 1.23 y 1.24 se muestra la contribución de cada factor al crecimiento del gasto sanitario en España y en la Región de Murcia para el periodo 2002-2009 y para el quinquenio 2002-2007, respectivamente.

La tabla 1.19 expresa la información de la tabla 1.18 en términos de contribuciones porcentuales de cada componente al crecimiento del gasto sanitario público, lo que facilita su interpretación. Más de la mitad del crecimiento registrado por el gasto sanitario público de la Región de Murcia entre 2002 y 2009 se explica por el incremento en la prestación sanitaria real media por habitante o, en términos equivalentes, no se puede explicar por el factor demográfico ni por el encarecimiento de la prestación sanitaria pública. El porcentaje de la variación total media anual explicado por el factor residual en la Región de Murcia (53,5%) es tan sólo ligeramente superior al obtenido para el conjunto de las 17 comunidades autónomas (49,3%). Los dos porcentajes se sitúan en torno al 46% si consideramos el periodo 2002-2007.

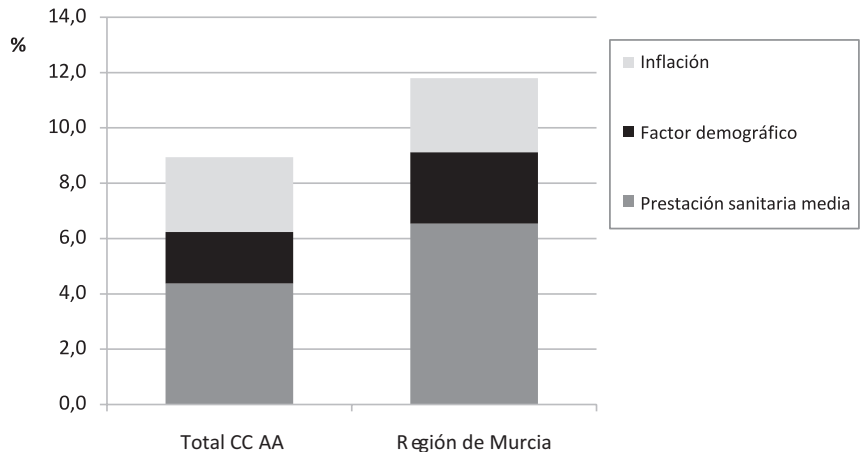
Tabla 1.19
Contribuciones (en %) de los tres factores determinantes al crecimiento del
gasto sanitario público. 2002-2009

	Total 17 CC.AA.				Murcia			
	IGSP	IPSM	IFD	IPS	IGSP	IPSM	IFD	IPS
2003	100,00	48,67	19,78	31,55	100,00	46,42	23,82	29,76
2004	100,00	42,21	17,67	40,12	100,00	48,49	20,99	30,52
2005	100,00	37,75	24,61	37,64	100,00	34,79	28,73	36,48
2006	100,00	46,67	18,03	35,30	100,00	36,55	28,96	34,49
2007	100,00	53,49	17,57	28,94	100,00	64,34	17,48	18,18
2008	100,00	56,62	21,20	22,18	100,00	77,03	12,83	10,14
2009	100,00	59,73	30,33	9,94	100,00	67,16	33,61	-0,78
TMAA 2002-2009	-	49,31	21,31	29,38	-	53,54	23,78	22,68
TMAA 2002-2007	-	45,76	19,53	34,71	-	46,12	24,00	29,88

Nota: * Las contribuciones en % se calculan tomando como referencia la suma de las contribuciones de los tres factores en puntos porcentuales. Fuente: Ministerio de Sanidad, INE y elaboración propia.

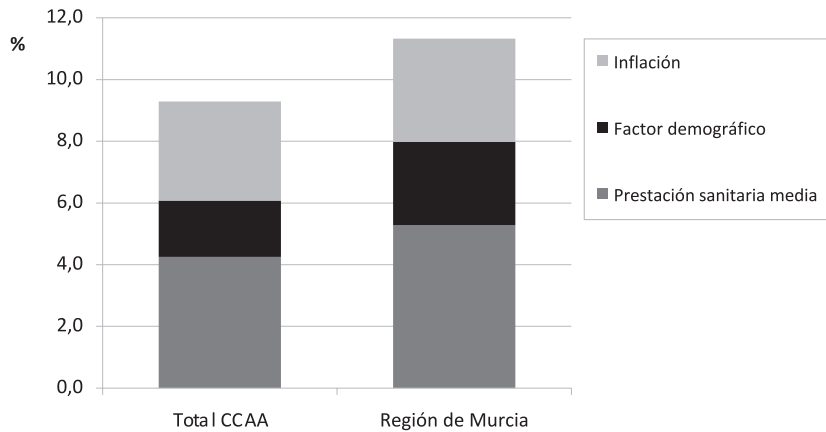
El incremento en los precios implícitos en la prestación de servicios sanitarios por parte del sector público explica el 22,7% y el 29,4% del crecimiento porcentual registrado en el gasto sanitario público de la Región de Murcia y del conjunto de comunidades autónomas entre 2002 y 2009, respectivamente. Esto es, el factor inflación tiene una dinámica muy parecida en la Región de Murcia y en el conjunto de las comunidades autónomas. Estos porcentajes se incrementan de forma notable si eliminamos del cómputo los años 2008 y 2009, indicando que la importancia relativa de la inflación en el crecimiento del gasto sanitario público se ha reducido con el cambio de fase del ciclo económico. Finalmente, el porcentaje del crecimiento porcentual del gasto sanitario público debido al factor demográfico se sitúa, tanto en la Región de Murcia como en el total de comunidades autónomas en el periodo 2002-2009, entre el 21% y el 24%. Al igual que en la mayoría de los estudios previamente reseñados, encontramos que el factor demográfico es el menos relevante a la hora de explicar el crecimiento nominal del gasto sanitario público.

Gráfico 1.23
Contribuciones de los distintos factores al crecimiento del gasto sanitario de las Comunidades Autónomas en el periodo 2002-2009



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad, INE y elaboración propia.

Gráfico 1.24
Contribuciones de los distintos factores al crecimiento del gasto sanitario de las Comunidades Autónomas en el periodo 2002-2007



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad, INE y elaboración propia.

La tabla 1.20 muestra el crecimiento real del gasto sanitario público en la Región de Murcia y en las 17 comunidades autónomas y la contribución porcentual de los dos componentes restantes al crecimiento de dicho agregado. Encontramos que dos terceras partes del crecimiento real del gasto sanitario público de la Región de Murcia se deben al factor residual, esto es, a la incorporación de tecnología más costosa, a la utilización menos eficiente de los recursos y, en definitiva, a la mayor cantidad y calidad de recursos sanitarios consumidos por la población de la Región de Murcia. El porcentaje que obtenemos para el conjunto de las 17 comunidades autónomas es ligeramente superior, el 70%.

Tabla 1.20
Crecimiento porcentual real del gasto sanitario público y contribuciones
(en %) de sus dos factores determinantes. 2002-2009

	Total 17 CC.AA.			Murcia		
	IGSP	IPSM	IFD	IGSP	IPSM	IFD
2003	7,79	71,11	28,89	9,95	66,08	33,92
2004	4,87	70,49	29,51	7,70	69,78	30,22
2005	5,81	60,54	39,46	6,88	54,77	45,23
2006	6,46	72,14	27,86	6,36	55,79	44,21
2007	5,86	75,28	24,72	9,73	78,64	21,36
2008	8,33	72,76	27,24	18,97	85,72	14,28
2009	5,17	66,32	33,68	5,96	66,65	33,35
TMAA 2002-2009	6,32	69,80	30,20	9,29	68,20	31,80
TMAA 2002-2007	-	69,91	30,09	-	65,01	34,99

Nota: * Las contribuciones en % se calculan tomando como referencia la suma de las contribuciones de los tres factores en puntos porcentuales. Fuente: Ministerio de Sanidad, INE y elaboración propia.

Volviendo a la tabla 1.19, y comparando la dinámica de los tres factores en la Región de Murcia y en el agregado de las 17 comunidades autónomas, encontramos que sólo un tercio del mayor crecimiento medio anual registrado por el gasto sanitario público de la Región de Murcia en el periodo 2002-2009 se explica por los factores no residuales, destacando el diferencial acumulado por la Región de Murcia en el factor demográfico (0,72 puntos). El crecimiento medio anual del gasto sanitario público de la Región de Murcia no sería 3 puntos porcentuales superior al crecimiento nacional sino sólo 0,69 puntos si los únicos factores determinantes fuesen el demográfico y la inflación. En el periodo 2002-2007, el diferencial de crecimiento medio anual del gasto sanitario público favorable a la Región se reduciría de 2,2 puntos porcentuales a un solo punto si excluyésemos del cálculo al factor residual.

Llegados a este punto resulta pertinente realizar una aclaración sobre el factor inflación y su limitado poder explicativo del crecimiento del gasto sanitario. Podría, a priori, resultar llamativo que el destacado crecimiento registrado por la remuneración de asalariados en particular en la Región de Murcia no se vea reflejado en una

mayor contribución del factor inflación al crecimiento del gasto sanitario. En este sentido, cabe recordar que el índice de precios sanitarios utiliza la información de la remuneración de asalariados pero sólo como factor de ponderación del crecimiento de precios recogido en el deflactor del valor añadido bruto regional. En otras palabras, no es en absoluto incoherente que coexista un destacado crecimiento de la remuneración de asalariados y un limitado crecimiento de los precios implícitos en la prestación de servicios sanitarios. Sobre esto volveremos en el epígrafe siguiente, en el que trataremos de profundizar en la explicación del factor residual.

Una cuestión a la que no responden los cálculos precedentes es en qué medida el patrón de crecimiento del gasto sanitario público de la Región de Murcia es único o, por el contrario, viene determinado por rasgos comunes a otras comunidades autónomas como, por ejemplo, el nivel inicial del gasto sanitario público y/o su dinámica en el periodo analizado. En el epígrafe 1.1.2 constatamos que la Región de Murcia ha pasado de registrar un nivel de gasto sanitario público per cápita o en porcentaje del PIB igual o ligeramente superior al del conjunto de las 17 comunidades autónomas en 2002 a superar holgadamente al nivel promedio en los dos indicadores en el año 2009. Este patrón de comportamiento no es exclusivo de la Región de Murcia. La Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha parte de unos niveles muy parecidos a los de Murcia en los dos indicadores de dimensión del gasto sanitario público en 2002 y experimenta variaciones porcentuales tan sólo ligeramente inferiores a las de Murcia. Resulta, por tanto, interesante analizar si Castilla-La Mancha ha seguido el mismo patrón de crecimiento del gasto sanitario público que la Región de Murcia y, en concreto, si el factor residual ha tenido el mismo papel protagonista.

Incluimos una tercera comunidad autónoma en este ejercicio comparativo: la Comunidad de Madrid. El interés de esta inclusión es que Madrid es una comunidad autónoma opuesta a la Región de Murcia tanto en valores iniciales como en dinámica de la dimensión relativa del gasto sanitario público en el periodo analizado. Madrid registraba en 2002 niveles de gasto sanitario público per cápita o en porcentaje del PIB inferiores a la media de las 17 comunidades autónomas e inferiores, por tanto, a los de la Región de Murcia. Asimismo, entre los años 2002 y 2009, el crecimiento de estos dos indicadores en la Comunidad de Madrid ha sido de los más reducidos de los registrados en las 17 comunidades autónomas. La consideración de la Comunidad de Madrid en el análisis permite contrastar si el papel relativo del factor residual en la dinámica del gasto sanitario público está correlacionado con la dimensión relativa inicial del gasto sanitario público y/o con la magnitud del crecimiento experimentado por el mismo.

La tabla 1.21 resume los cálculos realizados. Encontramos que el factor residual es el principal determinante del crecimiento del gasto sanitario público en todos los territorios considerados, esto es, su protagonismo es independientemente de la dimensión inicial del gasto sanitario público y de la dinámica del mismo. En este sentido, cabe destacar que las magnitudes del crecimiento del factor residual y de la cifra de gasto sanitario público están positivamente correlacionadas. Esto es,

Tabla 1.21
Crecimiento porcentual del gasto sanitario público y de sus factores
determinantes. 2002-2009

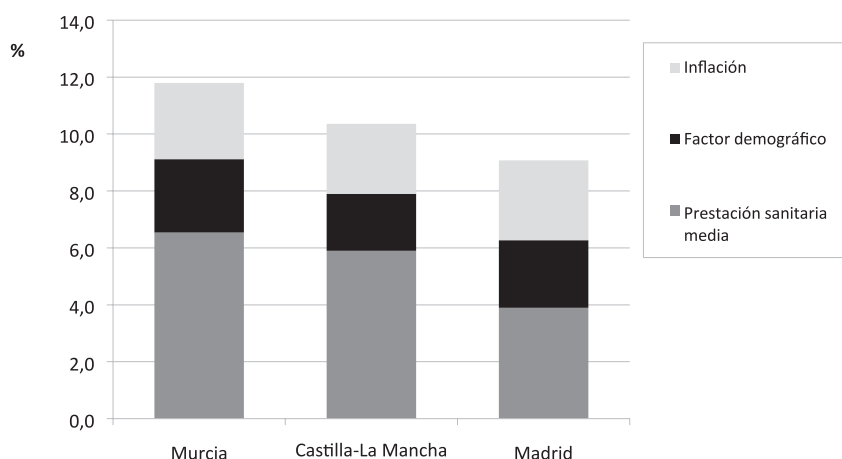
	Murcia				Castilla-La Mancha				Madrid			
	IGSP	IPSM	IFD	IPS	IGSP	IPSM	IFD	IPS	IGSP	IPSM	IFD	IPS
2003	14,48	6,43	3,30	4,12	9,19	3,58	1,70	3,66	8,83	1,79	3,28	3,52
2004	11,29	5,29	2,29	3,33	0,44	-3,85	1,75	2,67	14,44	8,91	1,93	3,09
2005	11,04	3,71	3,06	3,89	28,43	21,14	2,11	3,83	7,99	1,65	3,06	3,08
2006	9,87	3,49	2,77	3,30	13,60	8,08	1,95	3,09	7,98	2,69	1,47	3,62
2007	12,07	7,53	2,05	2,13	3,01	-1,08	1,93	2,16	10,38	6,17	1,43	2,50
2008	21,46	15,90	2,65	2,09	4,73	0,28	2,73	1,66	7,46	1,58	3,13	2,57
2009	5,91	3,92	1,96	-0,05	17,83	15,46	1,87	0,17	8,52	4,72	2,32	1,28
TMAA 2002-09	12,22	6,54	2,58	2,68	10,67	5,90	2,01	2,45	9,35	3,90	2,37	2,81
TMAA 2002-07	11,74	5,28	2,69	3,35	10,51	5,22	1,89	3,08	9,90	4,20	2,23	3,16

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad, INE y elaboración propia.

en comunidades autónomas de elevado crecimiento tanto de la dimensión relativa (al PIB o a la población) del gasto sanitario público como del nivel de gasto en términos nominales, como es el caso de Murcia y de Castilla-La Mancha, el factor residual también muestra un crecimiento medio anual elevado, en torno al 6% para el periodo 2002-2009. Por su parte, en Madrid y en el conjunto de las 17 comunidades autónomas, donde el crecimiento del gasto sanitario público absoluto o relativo al PIB o a la población fue notablemente más moderado, el crecimiento medio acumulado por el factor residual es substancialmente inferior al comentado para Murcia y Castilla-La Mancha, oscilando entre el 4% y el 4,5% en media anual acumulada.

Este último resultado se produce porque las diferencias entre comunidades autónomas en el crecimiento del factor demográfico y, sobre todo, en el crecimiento de los precios implícitos en la prestación sanitaria pública son reducidas y, por tanto, no explican las diferencias observadas en la dinámica del gasto sanitario público. Para el periodo 2002-2009, el diferencial acumulado en el crecimiento medio anual de estos dos factores entre la Región de Murcia y la Comunidad de Madrid es de 0,08 puntos porcentuales, muy alejado de los 2,9 puntos de diferencia en el crecimiento medio anual del gasto sanitario público que, evidentemente, vienen explicados casi totalmente por el mayor crecimiento del factor residual en la Región de Murcia (ver gráfico 1.25). Una implicación de este resultado es que la clave para entender por qué el gasto sanitario público crece más en unas comunidades que en otras está en la evolución diferencial de la prestación real media por persona y de sus factores determinantes. En concreto, tanto en Madrid como en Castilla-La Mancha, y en consonancia con las cifras previamente comentadas para la Región de

Gráfico 1.25
Contribuciones de los distintos factores al crecimiento del gasto sanitario de las Comunidades Autónomas en el periodo 2002-2009



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad, INE y elaboración propia.

Murcia (65%) y para el conjunto de las 17 comunidades autónomas (70%), el factor residual explica aproximadamente el 60% del crecimiento real del gasto sanitario público entre 2002 y 2009.

La comparativa de la Región de Murcia con Castilla-La Mancha, dos comunidades de intenso crecimiento en el gasto sanitario público en el contexto nacional, nos informa de que el mayor ritmo de crecimiento del gasto sanitario público murciano en el periodo 2002-2009 se sustenta, por orden de importancia relativa, en un mayor incremento de la prestación real media por habitante, en un cambio en la distribución de la población particularmente favorable a los grupos de población de mayor consumo de recursos sanitarios públicos y en una mayor inflación en la producción de los servicios sanitarios. Si excluimos los años 2008 y 2009 del análisis encontramos que el diferencial de crecimiento del gasto sanitario público viene determinado, exclusivamente, por el factor demográfico y el factor inflación. Este resultado sugiere que el papel de los dos factores no residuales es mayor en un análisis condicionado a territorios de similar dinámica del gasto sanitario público.

Las conclusiones obtenidas en las comparativas anteriores se refuerzan al extender el análisis al conjunto de las 17 comunidades autónomas españolas. Las tablas 1.22, 1.23 y 1.24 informan del crecimiento del factor residual en las distintas comunidades autónomas entre 2002 y 2009 y del porcentaje que este crecimiento representa en el crecimiento nominal y real del gasto sanitario total, respectivamente. Para facilitar la interpretación de estos resultados, la tabla 1.25 presenta el crecimiento del gasto sanitario público en las distintas comunidades autónomas españolas.

Tabla 1.22**Tasa anual de variación (%) del factor prestación sanitaria media o «residual»**

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Andalucía	4,74	4,95	2,23	6,07	3,65	12,48	-1,55
Aragón	9,84	6,90	1,14	6,58	5,67	5,24	6,72
Asturias	9,32	3,93	2,48	3,50	4,10	6,57	11,81
Illes Balears	9,43	5,68	15,14	-3,86	7,21	2,56	2,11
Canarias	7,09	2,30	7,42	3,34	5,03	8,96	2,57
Cantabria	11,03	4,17	3,86	2,66	4,35	-9,67	2,28
Castilla y León	11,51	3,74	5,03	11,44	-5,32	15,16	-3,06
Castilla - La Mancha	3,58	-3,85	21,14	8,08	-1,08	0,28	15,46
Cataluña	9,52	1,38	4,95	8,81	7,82	6,16	4,32
C. Valenciana	9,00	4,42	6,44	3,99	6,58	6,38	6,51
Extremadura	5,61	3,50	1,52	5,59	9,47	4,35	3,24
Galicia	6,31	8,14	0,08	6,99	4,76	7,98	3,80
C. de Madrid	1,79	8,91	1,65	2,69	6,17	1,58	4,72
Región de Murcia	6,43	5,29	3,71	3,49	7,53	15,90	3,92
C. Foral de Navarra	5,30	5,43	1,15	5,14	6,98	8,32	8,13
País Vasco	1,91	2,51	3,71	2,48	8,24	5,53	5,50
La Rioja	5,18	9,82	7,90	22,33	17,82	-18,71	-2,96

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad, INE y elaboración propia.

Comenzando por la tabla 1.22, cabe destacar que la comunidad autónoma en la que más se ha incrementado el factor residual en tasa media anual acumulada en el periodo 2002-2009 es la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Le siguen de cerca otras dos comunidades del litoral mediterráneo: la Comunidad Valenciana y Cataluña. El este de la península Ibérica está bien representado en estas primeras posiciones del ranking de dinamismo del factor residual, ya que Aragón la siguiente comunidad en orden de crecimiento del factor residual. En todas estas comunidades, el crecimiento medio anual acumulado en la cifra de gasto sanitario total es de aproximadamente un 1,50%, claramente superior al registrado para el conjunto de las 17 comunidades autónomas, que se situó en un 1,35%.

En el extremo opuesto se encuentra Cantabria, con un crecimiento medio anual del factor residual inferior al 1,20%, la cifra más reducida con diferencia de las presentadas en la tabla 1.22. De hecho, Cantabria puede considerarse como un punto atípico en la distribución del crecimiento del factor residual autonómico, ya que en las demás comunidades en las que el dinamismo de esta partida ha sido inferior al del promedio nacional se registran crecimientos nunca inferiores al 1,30%. Cabe destacar que una diferencia de 0,1 puntos porcentuales en un crecimiento medio anual acumulado durante siete años se traduce, aplicado a la cifra de gasto sanitario del conjunto de las 17 CC.AA. españolas, en algo más de 207 millones de

euros adicionales de gasto sanitario público. Esto es, pequeñas diferencias en tasa media anual de crecimiento, acumuladas en un periodo de siete años, dan lugar a grandes diferencias en las cifras de gasto sanitario público autonómico.

Otro aspecto a destacar a partir de la información contenida en la tabla 1.22 es el notable incremento que se ha registrado en la dispersión en el ritmo anual de crecimiento del factor residual durante el periodo analizado. En concreto, la desviación típica en la distribución del crecimiento del factor residual se multiplica por más de dos entre 2002 y 2008. Este incremento en la dispersión está claramente explicado por los extremos de la distribución, esto es, por las CC.AA. del litoral mediterráneo y por Cantabria.

Las tablas 1.23 y 1.24 informan del porcentaje del crecimiento en el gasto sanitario autonómico nominal y real, respectivamente, que es explicado por el factor residual. Tal y como destacamos previamente, la Región de Murcia es, en este sentido, un fiel reflejo del promedio de las 17 CC.AA. españolas. En la práctica totalidad de comunidades autónomas en las que no se han obtenido crecimientos negativos del factor residual que puedan distorsionar los cálculos contenidos en estos cuadros, el dinamismo de la prestación sanitaria real media por persona explica entre un 60% y un 90% del crecimiento registrado en el gasto sanitario autonómico.

Tabla 1.23
Porcentaje del crecimiento anual del gasto sanitario público en términos nominales explicado por el factor residual

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Andalucía	49,62	56,88	31,19	58,91	58,57	79,02	1017,51
Aragón	74,34	63,28	21,80	65,71	61,73	58,87	83,65
Asturias	77,25	57,80	39,78	52,36	66,18	74,82	93,27
Illes Balears	61,96	61,88	72,96	-276,69	60,78	31,02	41,72
Canarias	56,06	40,79	58,04	43,32	62,28	67,20	53,35
Cantabria	70,73	52,61	45,78	40,69	57,70	161,86	66,96
Castilla y León	79,15	55,32	59,25	78,58	193,02	86,81	139,28
Castilla - La Mancha	40,06	-679,50	78,08	61,56	-35,72	6,09	88,33
Cataluña	72,90	29,70	56,96	69,61	72,10	62,61	66,07
C. Valenciana	64,71	57,04	59,12	48,15	73,05	66,81	78,84
Extremadura	48,88	50,68	19,67	56,07	73,95	51,16	60,53
Galicia	69,33	75,77	2,34	69,81	70,41	79,42	76,77
C. de Madrid	20,83	63,96	21,20	34,58	61,12	21,75	56,67
Región de Murcia	46,42	48,49	34,79	36,55	64,34	77,03	67,16
C. Foral de Navarra	59,45	65,55	24,03	61,51	73,13	78,13	84,33
País Vasco	25,58	37,48	39,90	37,11	71,59	53,86	70,37
La Rioja	45,74	71,95	59,70	80,99	83,37	126,78	657,37

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad, INE y elaboración propia.

Tabla 1.24
Porcentaje del crecimiento real anual del gasto sanitario público explicado por el factor residual

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Andalucía	69,75	77,25	49,07	75,16	70,80	85,30	-512,73
Aragón	90,85	81,86	45,61	88,48	80,64	74,03	82,80
Asturias	92,67	87,61	74,81	83,29	90,18	88,31	92,69
Illes Balears	74,37	86,76	82,78	268,41	70,53	38,68	45,39
Canarias	67,50	60,55	68,76	59,19	69,73	73,28	52,71
Cantabria	85,80	74,90	69,29	64,15	77,51	124,00	60,16
Castilla y León	94,72	83,74	84,04	92,73	112,05	93,08	129,60
Castilla - La Mancha	67,82	183,13	90,94	80,54	-125,75	9,43	89,20
Cataluña	85,39	45,03	70,92	82,21	80,66	70,26	69,45
C. Valenciana	76,54	71,51	72,30	65,64	82,43	75,15	78,87
Extremadura	61,83	70,33	30,80	65,88	82,32	57,98	62,19
Galicia	93,73	93,91	7,23	91,08	88,21	89,36	80,01
C. de Madrid	35,30	82,21	35,04	64,67	81,22	33,58	67,00
Región de Murcia	66,08	69,78	54,77	55,79	78,64	85,72	66,65
C. Foral de Navarra	83,30	88,34	52,91	84,66	89,68	89,99	89,21
País Vasco	36,81	56,57	54,76	62,78	85,25	63,81	70,31
La Rioja	61,07	81,09	72,06	88,97	89,70	116,48	297,54

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad, INE y elaboración propia.

Tabla 1.25
Tasa anual de variación (%) del gasto sanitario público

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Andalucía	9,83	8,92	7,31	10,61	6,33	16,23	-0,18
Aragón	13,60	11,23	5,32	10,26	9,42	9,13	8,11
Asturias	12,34	6,93	6,34	6,81	6,28	8,93	12,76
Illes Balears	15,86	9,40	21,69	1,26	12,25	8,48	5,13
Canarias	13,11	5,75	13,25	7,90	8,25	13,77	4,88
Cantabria	16,15	8,12	8,66	6,69	7,71	-6,30	3,42
Castilla y León	14,90	6,89	8,69	14,94	-2,88	17,83	-2,22
Castilla - La Mancha	9,19	0,44	28,43	13,60	3,01	4,73	17,83
Cataluña	13,43	4,72	8,91	13,03	11,10	10,10	6,63
C. Valenciana	14,42	7,92	11,23	8,51	9,18	9,78	8,37
Extremadura	11,90	7,06	7,90	10,26	13,16	8,71	5,43
Galicia	9,28	10,96	3,66	10,24	6,86	10,22	4,99
C. de Madrid	8,83	14,44	7,99	7,98	10,38	7,46	8,52
Región de Murcia	14,48	11,29	11,04	9,87	12,07	21,46	5,91
C. Foral de Navarra	9,13	8,46	4,87	8,54	9,74	10,85	9,76
País Vasco	7,65	6,85	9,57	6,84	11,81	10,57	7,94
La Rioja	11,74	14,06	13,73	28,82	22,05	-15,47	-0,51

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad y elaboración propia.

En otras palabras, el factor residual es el principal motor de crecimiento del gasto sanitario público real en la práctica totalidad de CC.AA. españolas, llegando en la mayoría de ellas a explicar más de dos terceras partes del crecimiento en la cifra de gasto sanitario público autonómico.

1.2.3. Un intento de explicar el «factor residual» mediante el análisis de regresión

La principal limitación del resultado anterior, a saber, que la mayor parte del crecimiento del gasto sanitario de las CC.AA. en términos reales se debe al denominado «factor residual», es su escasa o nula aplicabilidad, ya que dicho factor no se obtiene por agregación de una o varias partidas de gasto concretas y, por tanto, no se pueden realizar recomendaciones de actuación sobre partida alguna que permitiese contener el crecimiento del factor residual y, por ende, del gasto sanitario público. De acuerdo con las interpretaciones habitualmente utilizadas en la literatura, el crecimiento del factor residual responde a variaciones en la cantidad y/o la calidad de los servicios sanitarios consumidos por la población. En otras palabras, se debe a una combinación de los siguientes factores: cambios en la tecnología aplicable en el sistema sanitario público, menor eficiencia en el uso de los recursos disponibles y mayor intensidad de recursos por paciente. Este resultado es demasiado genérico para ser de utilidad a la toma de decisiones conducentes a garantizar la sostenibilidad de la sanidad pública.

Tal limitación no es exclusiva de nuestro estudio. Más bien al contrario, tal y como documentamos en la introducción de esta sección del trabajo, la inmensa mayoría de las aplicaciones del enfoque del residual que hemos revisado llegan al mismo resultado que hemos obtenido nosotros, esto es, que el factor residual es el motor de crecimiento real del gasto sanitario público.

Los autores del presente documento consideramos que es preciso llevar el enfoque del residual un paso más allá. En concreto, creemos necesario identificar aquellas partidas del presupuesto sanitario de las distintas comunidades autónomas que explican el crecimiento del factor residual, con el fin de dotar de contenido económico y operatividad a dicho factor. Asimismo, es preciso contrastar si, tal y como sugiere la interpretación tradicional, el crecimiento en el factor residual está determinado por el cambio en variables que informan del nivel de dotación tecnológica de los hospitales y centros de salud públicos, así como de aquellas que miden el grado de utilización de los servicios sanitarios públicos por parte de la población de cada comunidad autónoma.

Para realizar este ejercicio, inédito en la literatura sobre el tema, utilizamos una amplia batería de bases de datos para obtener información potencialmente útil con la que explicar la desigual variabilidad del factor residual en las distintas comunidades autónomas. Así, por un lado, calculamos las tasas anuales de variación de cada partida o componente de las clasificaciones económico-presupuestaria y

funcional del gasto sanitario público de las CC.AA. españolas en el periodo 2002-2009. El análisis estadístico multivariante posterior permitirá identificar qué partidas están significativas correlacionadas con la evolución del factor residual y, por tanto, lo determinan, y separarlas de aquellas que no guardan relación alguna con el crecimiento en el factor residual.

La información contenida en los microdatos del Catálogo Nacional de Hospitales del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, permite calcular el número de trabajadores de la sanidad pública hospitalaria de cada comunidad, así como caracterizar la dotación en medios y tecnología de dichos hospitales. La información sobre efectivos en centros de atención primaria procede del Catálogo Nacional de centros de Atención Primaria del Servicio Nacional de Salud, disponible en la web del mismo Ministerio.¹¹ En ambos casos, calculamos tasas anuales de variación de cada una de las variables seleccionadas y las incorporamos como variables explicativas adicionales en el análisis estadístico multivariante. Combinando la tasa de variación de los efectivos hospitalarios y de asistencia primaria de cada comunidad autónoma con las correspondientes tasas de variación de la remuneración de asalariados hospitalaria y de atención primaria procedentes de la clasificación funcional del gasto sanitario público, calculamos la tasa de variación de la remuneración de asalariados unitaria o salario medio en hospitales y en centros de atención primaria en cada comunidad autónoma. De esta forma podemos distinguir entre cambios en el número de trabajadores y cambios en la remuneración media como determinantes del crecimiento en el factor residual.

Asimismo, utilizamos las Encuestas Nacionales de Salud de los años 2001, 2003 y 2006 y los datos de España de la Encuesta Europea de Salud de 2009 para calcular indicadores de utilización de servicios sanitarios públicos. En concreto, los microdatos de libre disposición en el portal estadístico del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, permiten calcular tres indicadores de utilización de servicios sanitarios públicos en cada año. Dos de esos indicadores son los porcentajes de habitantes de cada comunidad autónoma que han asistido a consultas con un médico en el mes previo a la entrevista y el de aquellos que han sido hospitalizados en el año previo a la misma. El tercer indicador es la estancia media hospitalaria en días de aquellos que han sido hospitalizados en el año previo a la entrevista. Condicionamos estos indicadores a que el médico y el hospital pertenezcan al servicio público de salud. A partir de los indicadores, calculados en los años 2001, 2003, 2006 y 2009, calculamos tasas medias anuales acumuladas de crecimiento de cada indicador e imputamos dicha tasa de crecimiento como la tasa anual de variación de los años comprendidos entre cada dos Encuestas consecutivas. Las tasas de variación de los indicadores de utilización se incluyen como variables explicativas adicionales en el análisis estadístico multivariante.

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

Tabla 1.26
Estimación, por Mínimos Cuadrados Ordinarios, de los factores determinantes
de la tasa anual de variación del factor residual

	Clasificación del gasto sanitario	
	Económico-presupuestaria	Funcional
Constante	-1,035	-4,545***
	(2,019)	(1,682)
Formación bruta de capital	0,076***	0,070***
	(0,008)	(0,006)
Conciertos	0,039***	-
	(0,015)	
Consumos intermedios	0,120***	-
	(0,025)	
Consumos intermedios. Hospitales	-	0,125***
		(0,018)
Consumos intermedios. Atención Primaria	-	0,031**
		(0,012)
Total personal	0,514***	0,235***
	(0,116)	(0,065)
Salario por trabajador	0,339***	
	(0,071)	
Salario por trabajador. Hospitales	-	0,338***
		(0,053)
Salario por trabajador. Atención Primaria.	-	0,096***
		(0,024)
Consumo colectivo	-	0,039***
		(0,012)
Producción de mercado. Servicios Especializados	-	0,012***
		(0,003)
Producción de mercado. Prótesis	-	0,004**
		(0,002)
Utilización Servicios Médicos	-	-0,102**
		(0,045)
Ingresos hospitalarios	-	0,110**
		(0,046)
Resonancia magnética. Hospitales	-	0,016**
		(0,007)
Angiografía digital	-	-0,033***
		(0,009)
Gammacámara	-	0,053***
		(0,012)
Acelerador lineal	-	0,018**
		(0,008)
Salas Rayos X. Hospitales	0,113***	0,092***
	(0,031)	(0,021)
Salas Rayos X. Centros de especialización	-0,044*	-0,034**
	(0,023)	(0,017)
TAC cuerpo y cráneo en Hospitales	-0,013***	-0,010***
	(0,004)	(0,003)

Tabla 1.26 (continuación)

	Clasificación del gasto sanitario	
	Económico-presupuestaria	Funcional
Año 2004	-1,046	1,923**
	(1,195)	(0,942)
Año 2005	-1,541	-0,369
	(1,220)	(0,957)
Año 2006	-1,826	1,325
	(1,205)	(0,964)
Año 2007	-0,952	-0,087
	(1,244)	(0,967)
Año 2008	-0,720	0,088
	(1,177)	(1,032)
Año 2009	1,093	2,142**
	(1,258)	(1,054)
Andalucía	-0,437	0,866
	(1,937)	(1,361)
Aragón	0,409	1,499
	(1,853)	(1,279)
Asturias	2,436	3,381***
	(1,874)	(1,310)
Illes Balears	-1,619	-1,294
	(1,831)	(1,258)
Canarias	0,789	0,599
	(1,860)	(1,260)
Cantabria	-0,162	3,254**
	(1,869)	(1,349)
Castilla y León	-1,135	1,946
	(1,833)	(1,337)
Castilla - La Mancha	-0,881	-0,007
	(1,802)	(1,354)
Cataluña	-0,245	-2,598**
	(1,866)	(1,311)
C. Valenciana	1,544	2,018
	(1,901)	(1,312)
Extremadura	0,486	0,778
	(1,881)	(1,282)
Galicia	0,677	4,580***
	(1,893)	(1,397)
Madrid	-0,741	1,747
	(1,852)	(1,321)
Navarra	0,579	2,924**
	(1,952)	(1,379)
País Vasco	-2,116	0,575
	(1,833)	(1,326)
La Rioja	-0,686	-1,382
	(1,927)	(1,342)
R2	0,687	0,878
Observaciones	119	119

Notas: Errores estándar entre paréntesis. Los símbolos ***, ** y * informan de que el coeficiente asociado a la variable es significativo al 1%, al 5% o al 10%, respectivamente.

La tabla 1.26 presenta los resultados obtenidos al regresar, por Mínimos Cuadrados Ordinarios, la tasa anual de variación el factor residual de las distintas comunidades autónomas en el periodo 2002-2009 sobre la tasa de variación del conjunto de variables explicativas descrito en los párrafos precedentes. Presentamos dos columnas. En la primera de ellas combinamos los indicadores de dotación, personal y utilización de los servicios sanitarios públicos con la información sobre desagregación del gasto sanitario público procedente de la clasificación económico-presupuestaria. En la segunda columna reemplazamos esta clasificación por la funcional. La especificación elegida en cada caso es aquella que proporciona una mayor bondad de ajuste, esto es, aquella que maximiza la proporción de la variabilidad de la variable dependiente que consigue explicar el modelo. Sólo aquellas variables explicativas cuyos coeficientes estimados son significativamente distintos de cero a un nivel de significatividad igual o superior al 10% se mantienen en el análisis. Este argumento no se aplica a las variables indicadoras de año y de comunidad autónoma. Para facilitar la interpretación y comparación de los coeficientes estimados, la tabla presenta las elasticidades calculadas para cada una de las variables explicativas que no son indicadoras de año o de territorio.

El primer aspecto a destacar es que hay un amplio conjunto de componentes o partidas del gasto sanitario público autonómico que no están correlacionados con el crecimiento del factor residual. Las transferencias corrientes, de cualquier tipo, esto es, tanto entre Administraciones Públicas como a entes privados, el consumo de capital fijo y otros componentes de la producción no de mercado, según la clasificación funcional, como son la docencia M.I.R. o los servicios de salud pública, no guardan relación estadísticamente significativa con la evolución del principal determinante del crecimiento del factor residual. Asimismo, los únicos componentes de la producción de mercado de la sanidad pública –esto es, de los pagos que ésta realiza a proveedores privados de servicios sanitarios– significativamente correlacionados con la evolución del factor residual son los servicios médicos especializados y las prótesis. Es decir, los pagos públicos por prestación privada de servicios hospitalarios, de atención primaria, de farmacia no hospitalaria y de traslado de enfermos no están correlacionados con el crecimiento del factor residual y, por tanto, no son factores determinantes de las dos terceras partes del crecimiento real del gasto sanitario público.

Centrándonos en los determinantes que sí están significativamente correlacionados con la evolución del factor residual, es decir, aquellos que están incluidos en la tabla 1.26, cabe destacar que la clasificación funcional del gasto, por su mayor desagregación, permite estimar un modelo con mayor capacidad explicativa que el que se obtiene a partir de los componentes de la clasificación económica-presupuestaria. La invariabilidad de los coeficientes estimados para las variables que son comunes a las dos estimaciones sugiere que la inclusión de nueva información a partir de la clasificación funcional no introduce multicolinealidad o correlación entre las variables explicativas, permitiendo que los errores estándar así estimados sean válidos para realizar inferencia.

Tabla 1.27
Elasticidad de la tasa anual de variación del factor residual respecto de sus determinantes

	Clasificación del gasto sanitario	
	Económico-presupuestaria	Funcional
Formación bruta de capital	0,133	0,124
Conciertos	0,089	-
Consumos intermedios	0,273	-
Consumos intermedios. Hospitales	-	0,290
Consumos intermedios. Atención Primaria	-	0,070
Total personal	0,511	0,233
Salario por trabajador	0,334	-
Salario por trabajador. Hospitales	-	0,452
Salario por trabajador. Atención Primaria.	-	0,165
Consumo colectivo	-	0,106
Producción de mercado. Servicios Especializados	-	0,050
Producción de mercado. Prótesis	-	-0,001
Utilización Servicios Médicos	-	-0,088
Ingresos hospitalarios	-	0,028
Resonancia magnética. Hospitales	-	0,044
Angiografía digital	-	-0,037
Gammacámara	-	0,031
Acelerador lineal	-	0,045
Salas Rayos X. Hospitales	0,012	0,010
Salas Rayos X. Centros de especialización	0,012	0,010
TAC cuerpo y cráneo en Hospitales	-0,026	-0,021

La interpretación tradicional del factor residual, como aquél que capta variaciones en la cantidad y/o calidad de los servicios sanitarios consumidos por la población se ve parcialmente refrendada por la estimación realizada. Así, centrando el análisis en la estimación con mayor capacidad explicativa medida a través del R^2 , esto es, en la que se obtiene utilizando la clasificación funcional del gasto, encontramos que efectivamente los cambios en la tecnología aplicable en el sistema sanitario público están significativamente relacionados con la evolución del factor residual. En concreto, las variaciones en el número de máquinas de rayos X en funcionamiento en hospitales y en centros especializados, y en otras máquinas con un componente tecnológico elevado como resonancias magnéticas, aceleradores lineales, gammacámaras, etc., están positivamente correlacionados con el crecimiento del factor residual.

En otras palabras, el factor residual crece más en aquellas comunidades donde la sanidad pública incrementa la tecnología instalada. Sólo en el caso de los TAC

de cuerpo y cráneo en funcionamiento en hospitales y de las angiografías digitales, encontramos que, a mayor número de máquinas instaladas, menor crecimiento del factor residual. Las elasticidades contenidas en la tabla 1.27 indican que, aun siendo significativas las correlaciones estimadas entre estas variables de dotación de medios de la sanidad pública y el crecimiento en el factor residual, sus efectos son muy reducidos. En concreto, un incremento de un 1% en el número de máquinas de cualquier tipo no logra variar el factor residual en más de 0,044 puntos.

Asimismo, la interpretación tradicional del factor residual como aquel que mide variaciones en la intensidad de recursos por paciente también se ve validada con la estimación que utiliza la clasificación funcional. Encontramos que las variables de utilización de servicios sanitarios públicos obtenidas a partir de las Encuestas Nacionales de Salud están significativamente correlacionadas con el crecimiento del factor residual. En concreto, las variables explicativas que hemos considerado miden el cambio que un habitante de cada comunidad autónoma experimenta en la probabilidad de acudir al médico o de ser ingresado en un hospital público de dicha comunidad; esto es, los cambios en las tasas de utilización de los servicios sanitarios públicos han sido corregidas por el crecimiento demográfico de cada comunidad autónoma. Los coeficientes que acompañan a estas variables sugieren que, a mayor incremento en la utilización de servicios médicos, menor crecimiento del factor residual y, por tanto, del gasto sanitario público por la vía del factor residual. Por el contrario, el incremento en los ingresos en hospitales públicos incrementa el factor residual y, por ende, el gasto sanitario público. Este resultado sugiere que la asistencia primaria realiza una función de prevención que se traduce en una minoración del crecimiento del gasto sanitario público, probablemente por la menor probabilidad de asistir a urgencias hospitalarias.

Las elasticidades estimadas para valores medios de las variables explicativas sugieren que un incremento en la utilización de servicios de asistencia primaria de un 1% reduce el factor residual en un 0,088%. Esta elasticidad es notablemente superior al 0,028 estimado para el incremento en el factor residual como resultado de un incremento de un 1% en los ingresos hospitalarios. En cualquier caso, las dos elasticidades son de magnitud reducida.

Otra variable que informa de cambios en la cantidad de recursos consumidos por paciente es el crecimiento en el total de personal ocupado en los servicios de atención primaria y hospitalarios públicos de cada comunidad autónoma. Esta es la primera de las variables analizadas que presenta una elasticidad destacada. Por cada 1% de incremento del personal contratado en los sistemas de asistencia primaria y hospitalarios públicos de una comunidad autónoma, el gasto sanitario público se incrementa en un 0,23% según la especificación preferida por bondad de ajuste, esto es, la que utiliza la información de la clasificación funcional. La elasticidad del crecimiento en el factor residual respecto a este variable es más del doble en la primera columna de estimaciones, esto es, al considerar las categorías que surgen de la clasificación económico-presupuestaria.

La explicación a esta notable reducción en poder explicativo del crecimiento del personal empleado en el servicio público de salud se encuentra en que, al descomponer la evolución del salario por trabajador del conjunto del sistema sanitario público en las componentes hospitalaria y de asistencia primaria, gracias a la mayor riqueza informativa de la clasificación funcional, se incrementa de forma notable la bondad de ajuste del modelo. Cada variable obtiene el poder explicativo que realmente le corresponde y no el que la inadecuada especificación del modelo por la omisión de variables relevantes le otorgaba. Así, la pérdida de poder explicativo de la evolución del empleo en el sector sanitario público autonómico tiene su contrapartida en la notable relevancia de la evolución de la remuneración de asalariados unitaria en los centros hospitalarios públicos. Esta es la variable que determina en mayor medida el crecimiento del factor residual.

Las elasticidades presentadas en la tabla 1.27 indican que el factor residual se incrementa en un 0,45% por cada 1% de incremento en el salario por ocupado en el conjunto de hospitales públicos autonómicos. Mucha menos influencia en la evolución del factor residual tiene la evolución de la remuneración de asalariados unitaria en los servicios de asistencia primaria públicos. No obstante, la elasticidad es también destacada, la cuarta de mayor valor de las que hemos estimado. El factor residual se incrementa en un 0,17% por cada 1% de incremento del salario medio en los servicios de asistencia primaria.

Este resultado es particularmente llamativo por cuanto la evolución de la remuneración de asalariados unitario no debería formar parte del residuo, ya que se trata de un componente inflacionista que tendría que estar integrado en el factor inflación. Así, este resultado demuestra que el enfoque del residual sobrestima la parte del crecimiento en el gasto sanitario público que se debe al factor residual porque subestima el componente inflación del mismo, al no ser capaz de medir adecuadamente el crecimiento en el salario medio por trabajador. Los resultados obtenidos permiten calcular la parte del crecimiento en el factor residual que se debe al crecimiento en la remuneración de asalariados unitaria, restar dicha componente del factor residual y añadirla posteriormente al factor inflación, que es donde por naturaleza debería de estar. De esta forma obtenemos un nuevo factor inflación que definimos como «factor inflación aumentado». Esta forma de proceder es más adecuada y, como veremos en breve, resulta de mayor utilidad a la toma de decisiones.

La segunda elasticidad más elevada se obtiene para los consumos intermedios hospitalarios. Cabe destacar que una de las partidas más relevantes del consumo intermedio hospitalario es el gasto en farmacia hospitalaria. Pues bien, las estimaciones realizadas indican que el factor residual se incrementa en un 0,29% por cada 1% de incremento de los correspondientes consumos intermedios. El siguiente componente en importancia relativa es el total de trabajadores ocupados en el sector público sanitario. Le siguen la evolución del salario medio en servicios de asistencia primaria (elasticidad 0,17), la inversión pública (0,12), el consumo colectivo (0,11) y la producción vía mercado de servicios médicos especializados (0,05).

A continuación, utilizamos estos resultados para calcular la parte del crecimiento del factor residual que se debe a la mejora en los salarios medios en asistencia primaria y servicios hospitalarios. Una vez determinada dicha cantidad anual, la eliminamos del factor residual y la reubicamos en el factor al que realmente pertenece, el factor inflación.

Los resultados obtenidos se presentan en las tablas 1.28 y 1.29, que informan del porcentaje del crecimiento del gasto sanitario público autonómico debido a los factores inflación aumentado y al nuevo factor residual, respectivamente. Las tablas 1.30 y 1.31 presentan las tasas de variación de estos dos componentes, respectivamente.

Los resultados contenidos en la tabla 1.29 difieren claramente de los contenidos en la tabla 1.23, obtenidos al aplicar el enfoque del residual convencional. El porcentaje del crecimiento del gasto sanitario público debido al factor residual pasa, como promedio del periodo analizado y para la Región de Murcia, del 53,5% al 14,7% utilizando la versión estilizada de este procedimiento que hemos introducido en este trabajo. Este cambio tan destacado se debe a que el crecimiento en el salario medio de hospitales y servicios de atención primaria representa, en promedio para el conjunto del periodo 2002-2009, más del 37% del crecimiento en el gasto sanitario nominal de la Región de Murcia. La situación es similar para las restantes comunidades autónomas españolas, con una reducción promedio para las 17

Tabla 1.28
Porcentaje del crecimiento anual del gasto sanitario público debido al factor inflación aumentado

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Andalucía	59,99	43,89	76,63	44,65	89,55	32,33	-1282,76
Aragón	57,62	44,94	130,13	26,67	57,35	64,51	28,61
Asturias	50,13	49,37	53,61	70,41	95,66	58,97	14,57
Illes Balears	58,66	61,47	18,60	301,62	25,53	81,02	72,80
Canarias	27,05	81,84	28,67	76,98	41,62	46,32	59,84
Cantabria	33,93	22,55	54,98	98,82	67,99	-86,32	15,95
Castilla y León	42,31	59,33	93,73	25,48	-186,90	26,88	-43,20
Castilla - La Mancha	65,84	1482,11	24,03	53,11	131,12	63,43	58,50
Cataluña	79,33	84,49	36,11	131,85	60,40	58,65	99,06
C. Valenciana	35,29	63,54	38,47	37,79	53,72	44,21	30,26
Extremadura	97,73	58,80	76,11	24,03	52,08	44,85	79,40
Galicia	49,69	37,67	175,18	51,96	47,04	36,03	67,66
C. de Madrid	74,69	45,77	91,12	66,87	70,69	49,10	38,30
Región de Murcia	63,17	53,79	76,81	53,93	40,45	47,75	77,56
C. Foral de Navarra	61,52	51,07	119,27	34,06	29,73	60,73	149,85
País Vasco	34,17	47,71	46,31	82,12	49,92	52,12	2,82
La Rioja	109,71	34,16	40,20	15,40	40,41	-41,19	-342,21

Tabla 1.29
Porcentaje del crecimiento anual del gasto sanitario público debido al nuevo factor residual

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Andalucía	16,20	37,30	-10,59	33,57	-15,03	51,70	2382,80
Aragón	32,43	38,61	-57,31	62,55	25,75	12,86	53,13
Asturias	41,70	40,78	31,39	17,38	-4,25	29,54	77,34
Illes Balears	16,83	26,94	62,55	-383,24	46,71	-31,48	-23,71
Canarias	43,33	-9,76	42,35	-8,58	29,82	26,81	-8,30
Cantabria	51,31	57,88	22,64	-23,19	13,50	210,84	39,39
Castilla y León	50,93	28,24	-7,01	65,98	302,40	64,76	173,51
Castilla - La Mancha	12,90	-1749,67	63,80	29,05	-95,22	-22,41	29,20
Cataluña	5,78	-21,73	38,63	-49,39	20,37	12,98	-29,21
C. Valenciana	42,07	12,03	36,54	35,08	29,09	31,90	47,55
Extremadura	-30,36	18,16	-21,65	44,92	29,83	16,53	-17,03
Galicia	43,75	55,48	-105,73	39,13	42,18	52,96	12,43
C. de Madrid	-14,53	37,34	-31,93	12,29	12,86	6,57	32,08
Región de Murcia	9,73	22,57	-8,00	14,90	39,60	36,09	-12,00
C. Foral de Navarra	24,45	38,43	-41,77	52,84	60,03	28,83	-61,22
País Vasco	20,58	21,95	18,71	-5,79	35,48	15,27	66,33
La Rioja	-41,39	46,60	33,88	70,65	47,27	153,70	812,05

Tabla 1.30
Tasa anual de variación (%) del factor inflación aumentado

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Andalucía	5,90	3,92	5,60	4,74	5,67	5,25	2,33
Aragón	7,84	5,04	6,93	2,74	5,40	5,89	2,32
Asturias	6,18	3,42	3,40	4,80	6,01	5,27	1,86
Illes Balears	9,30	5,78	4,03	3,80	3,13	6,87	3,73
Canarias	3,55	4,71	3,80	6,08	3,44	6,38	2,92
Cantabria	5,48	1,83	4,76	6,61	5,24	5,44	0,55
Castilla y León	6,31	4,09	8,15	3,81	5,39	4,79	0,96
Castilla - La Mancha	6,05	6,54	6,83	7,22	3,95	3,00	10,43
Cataluña	10,65	3,98	3,22	17,18	6,71	5,92	6,57
C. Valenciana	5,09	5,03	4,32	3,22	4,93	4,32	2,53
Extremadura	11,63	4,15	6,01	2,47	6,85	3,91	4,31
Galicia	4,61	4,13	6,42	5,32	3,23	3,68	3,38
C. de Madrid	6,60	6,61	7,28	5,34	7,33	3,66	3,26
Región de Murcia	9,15	6,07	8,48	5,32	4,88	10,25	4,59
C. Foral de Navarra	5,62	4,32	5,81	2,91	2,90	6,59	14,63
País Vasco	2,61	3,27	4,43	5,61	5,90	5,51	0,22
La Rioja	12,88	4,80	5,52	4,44	8,91	6,37	1,76

Tabla 1.31
Tasa anual de variación (%) del nuevo factor residual

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Andalucía	1,59	3,33	-0,77	3,56	-0,95	8,39	-4,33
Aragón	4,41	4,33	-3,05	6,42	2,42	1,17	4,31
Asturias	5,14	2,83	1,99	1,18	-0,27	2,64	9,87
Illes Balears	2,67	2,53	13,57	-4,83	5,72	-2,67	-1,22
Canarias	5,68	-0,56	5,61	-0,68	2,46	3,69	-0,41
Cantabria	8,29	4,70	1,96	-1,55	1,04	-13,28	1,35
Castilla y León	7,59	1,95	-0,61	9,86	-8,71	11,55	-3,86
Castilla - La Mancha	1,18	-7,72	18,14	3,95	-2,87	-1,06	5,21
Cataluña	0,78	-1,02	3,44	-6,44	2,26	1,31	-1,94
C. Valenciana	6,06	0,95	4,10	2,98	2,67	3,12	3,98
Extremadura	-3,61	1,28	-1,71	4,61	3,92	1,44	-0,92
Galicia	4,06	6,08	-3,87	4,01	2,89	5,41	0,62
C. de Madrid	-1,28	5,39	-2,55	0,98	1,33	0,49	2,73
Región de Murcia	1,41	2,55	-0,88	1,47	4,78	7,74	-0,71
C. Foral de Navarra	2,23	3,25	-2,03	4,51	5,85	3,13	-5,98
País Vasco	1,57	1,50	1,79	-0,40	4,19	1,61	5,27
La Rioja	-4,86	6,55	4,65	20,36	10,42	-23,78	-4,17

comunidades en el conjunto del periodo analizado de 25 puntos porcentuales en la importancia relativa del factor residual. La pérdida de importancia relativa del factor residual es tanto más elevada en aquellas comunidades en las que el factor residual explicaba un mayor porcentaje del crecimiento en el gasto sanitario público. Así, por ejemplo, Castilla-La Mancha o Cataluña superan los 60 puntos porcentuales de pérdida de importancia relativa del factor residual. Esta es precisamente la importancia relativa que gana el factor inflación aumentado como resultado de la conveniente reubicación de los componentes del factor residual identificados en el análisis econométrico.

Al igual que sucedía en el enfoque tradicional, encontramos casos, los mismos, en los que el porcentaje del crecimiento del gasto sanitario público atribuido al (nuevo) factor residual o al (nuevo) factor inflación es una cifra llamativa por su elevado valor absoluto. Este resultado es tanto más probable cuanto menor es la cifra de crecimiento del gasto sanitario público a descomponer y, en concreto, cuando ésta es muy próxima a cero. Es el caso, por ejemplo, de Andalucía y de La Rioja en el año 2009 o de Castilla-La Mancha en 2004 en la tabla 1.29.

El nuevo factor inflación resulta ser mucho más estable en su evolución que el total de gasto sanitario público. En concreto, la desviación típica en los crecimientos anuales del gasto sanitario público supera a la correspondiente dispersión en el crecimiento del nuevo factor inflación en la práctica totalidad de CC.AA. siendo, en

la mayoría de los casos, entre dos y cuatro veces superior la primera de las dos medidas de dispersión calculadas. Esta característica explica las cifras aparentemente desorbitadas que, para algunas comunidades y algunos años, encontramos en las tablas 1.28 y 1.29. Tomemos como ejemplo el porcentaje del crecimiento del gasto sanitario público explicado por el factor inflación aumentado en Castilla-La Mancha en el año 2004. Esa cifra, carente de significado económico, tan sólo indica que la estabilidad en el crecimiento del factor inflación aumentado (tabla 1.28) no puede explicar crecimientos atípicos del gasto sanitario público como el que tuvo lugar en 2004 en Castilla-La Mancha, cuando el crecimiento quedó en un exiguo 0,4%, siendo de más del 12% la tasa media anual acumulada de crecimiento del gasto sanitario público en Castilla-La Mancha entre 2002 y 2009.

La estilización del enfoque del residual que presentamos en este trabajo tiene dos ventajas frente al enfoque convencional. Por un lado, permite descomponer el crecimiento del factor residual en sus factores determinantes y reubicar, si fuera preciso, componentes inflacionistas. Por otro lado, el nuevo enfoque, al identificar los factores determinantes del factor residual, resulta de utilidad en la toma de decisiones. Una vez descontado del antiguo factor residual la parte que es debida al crecimiento en el salario medio en hospitales y centros de atención primaria, realizamos una nueva estimación que ha de servir para calcular las elasticidades del nuevo factor residual respecto de sus factores determinantes. La tabla 1.32 presenta las elasticidades calculadas en los valores promedio de las variables explicativas que resultan ser estadísticamente significativas.

Tabla 1.32
Elasticidad del nuevo factor residual respecto de sus determinantes

	Clasificación funcional
Formación bruta de capital	0,343
Consumos intermedios. Hospitales	0,797
Consumos intermedios. Atención Primaria	0,189
Total personal	0,669
Consumo colectivo	0,297
Producción de mercado. Servicios Especializados	0,141
Producción de mercado. Prótesis	-0,004
Utilización Servicios Médicos	-0,237
Ingresos hospitalarios	0,076
Resonancia magnética. Hospitales	0,125
Angiografía digital	-0,106
Gammacámara	0,086
Acelerador lineal	0,129
Salas Rayos X. Hospitales	0,028
Salas Rayos X. Centros de especialización	0,027
TAC cuerpo y cráneo en Hospitales	-0,059

De acuerdo con estos números, el gestor preocupado por controlar el crecimiento del nuevo factor residual, que representa, en promedio, un 15% del crecimiento del gasto sanitario público de la Región de Murcia, debe prestar especial atención al crecimiento en los consumos intermedios hospitalarios, a la política de personal y a la inversión pública en el sector. Las elasticidades del nuevo factor residual respecto a estas tres partidas de gasto son de 0,80 0,69 y 0,34 respectivamente. Los demás componentes identificados como significativamente asociados a la evolución del factor residual tienen una influencia notablemente más reducida.

1.3. ESCENARIOS DE EVOLUCIÓN FUTURA DE LAS NECESIDADES DE GASTO SANITARIO PÚBLICO

1.3.1. Introducción

La realización de estimaciones de la evolución futura de cualquier variable de índole económica siempre resulta una tarea ardua, compleja y escasamente reconocida puesto que en el mejor de los escenarios, esto es, cuando la previsión es acertada, se le despojará de todo mérito, mientras que si, por los motivos que fuere, la previsión distase de ser certera, será objeto de multitud de críticas, algunas de ellas, descarnadas. Con todo, los economistas tenemos la necesidad casi innata de hacer todo tipo de estimaciones o extrapolaciones, lo mejor fundadas posibles, sobre la evolución futura de nuestra realidad. El motivo no es otro que pensar que siempre es mejor tener una mala previsión, que no disponer de ninguna, ya que, el mero hecho de realizar la previsión lleva a quien la hace a realizar un proceso elaborado de reflexión sobre lo que ya, efectivamente, ha acontecido.

Resulta relevante preguntarse cuál será la senda futura del gasto sanitario en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Como ocurre siempre, será tanto más sencillo realizar una previsión certera, cuanto menor sea el plazo de tiempo sobre el que se realiza la predicción. Es por ello, que realizar previsiones a 10 años vista, sirve básicamente para señalar tendencias, puesto que pretender anticipar de forma precisa la totalidad de la senda futura no sería más que una quimera.

En este epígrafe se tratará de determinar el comportamiento esperado del gasto sanitario a lo largo del próximo lustro. Para ello, de entre las diversas aproximaciones metodológicas posibles, se optará por realizar la previsión en dos niveles. En primer lugar, atendiendo al comportamiento esperado de la población teniendo en cuenta el diferente uso de los recursos sanitarios que realizan los individuos a lo largo de su trayectoria vital. En segundo lugar, recogiendo la tendencia derivada tanto de la evolución de los precios, como de la tecnología.

Existe amplia evidencia empírica que muestra que el gasto sanitario que acometen los individuos no es independiente de su edad. Sirva como muestra el estudio que realizaron para la economía norteamericana Alemayehu y Warner (2004). Estos autores, a fin de examinar la relación entre gasto y edad, utilizan la

metodología de la *tabla de vida de un periodo*, esto es, la extrapolación del gasto observado en un momento del tiempo para cada grupo de edad y sexo a lo largo de toda la trayectoria vital de los individuos, suponiendo que tanto la tecnología, como el precio, como la prevalencia de las enfermedades no varía a lo largo del tiempo. En un modelo de estas características, cabe diferenciar a un sujeto promedio, para cada una de las cohortes o grupos de edad, y al sujeto promedio de entre los que sobreviven para alcanzar el último grupo de edad considerado.

En la siguiente tabla, queda recogido el porcentaje de gasto sobre el total realizado que es atribuible a cada uno de los grupos edad considerados por los citados autores. Así, se puede observar cómo la mayor parte del gasto se concentra entre los 40 y 84 años, ya que los grupos contemplados suponen algo más de dos terceras partes del gasto total. Si en lugar de la aproximación por cohortes, únicamente nos fijamos en el gasto realizado para cada edad en los sujetos que efectivamente sobreviven hasta alcanzar el último límite, queda todavía más claro cómo la mayor parte del gasto sanitario que ocasionan los individuos se concentran en las edades más avanzadas, de tal forma, que algo más de una tercera parte del gasto se origina entre quienes sobreviven a los 85 años.

Tabla 1.33
Gasto relativo per cápita en porcentaje por grupos de edad, por cohorte de
tabla de vida y supervivientes (a partir de \$ 2000)

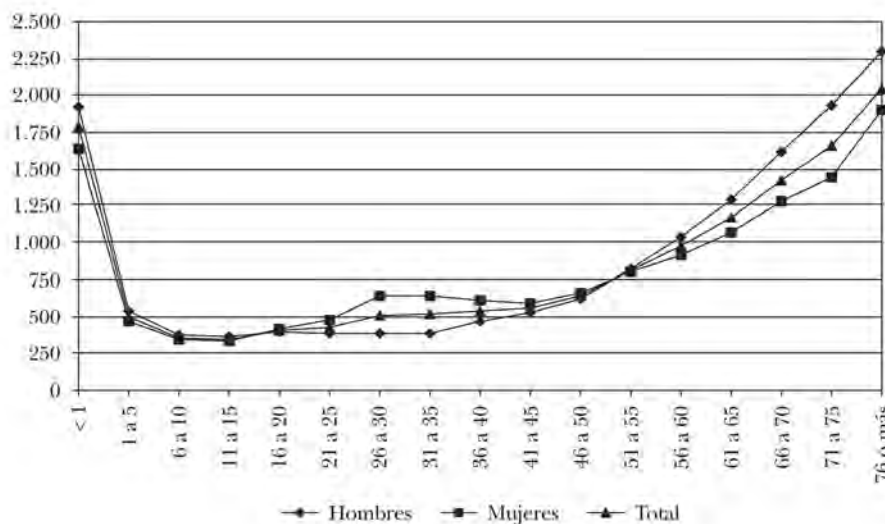
	Cohorte	Supervivientes
Niñez (0 a 19 años)	7,8	6,4
Adultos Jóvenes (20 a 39 años)	12,5	10,8
Adultos de mediana edad (40 a 64 años)	31,0	23,2
Tercera Edad (65 a 84 años)	36,5	23,7
Cuarta edad (85 y más años)	12,1	35,9

Fuente: Alemayehu y Warner (2004).

Evidencia en este mismo sentido, ya sea considerando el gasto sanitario total o gastos sanitarios específicos, también se encuentra disponible en España, p.ej. en el trabajo realizado por Ahn, Meseguer y Herce (2003), como queda de manifiesto en el siguiente gráfico.

Para llevar a cabo una aproximación semejante a la expuesta, resulta preciso tener una estimación del comportamiento futuro de la población por grupos de edad, y tener, además, datos sobre el gasto sanitario para cada uno de dichos grupos. La principal virtud de este enfoque reside en que, en principio, las predicciones sobre el comportamiento futuro de la población en el corto plazo responden a un conjunto de variables sociodemográficas que tienden a comportarse de forma relativamente estable, y además, resulta relativamente sencillo de aplicar, siempre y cuando se considere un patrón de utilización de los servicios estable a lo largo del periodo de estudio.

Gráfico 1.26
Gasto sanitario total medio en euros por grupos de edad y sexo (1999)



Fuente: Ahn, Meseguer y Herce (2003).

Una vez que se cuente con la evolución esperada del gasto ocasionado por la variable demográfica de la forma descrita, habrá que completarla con las tendencias extraídas en cuanto al comportamiento de los precios y la tecnología. De esta forma, se podrá dar lugar a una estimación ampliada del comportamiento del gasto sanitario público para el próximo lustro.

En el siguiente epígrafe se describirá la aproximación metodológica en mayor profundidad y las fuentes de datos que se emplearán. A continuación, se presentarán los principales resultados en cuanto a la senda del gasto sanitario esperado a lo largo del lustro venidero. Y finalmente, se discutirán brevemente los principales hallazgos y limitaciones del estudio realizado.

1.3.2. Material y Métodos

El método elegido para anticipar el comportamiento futuro del gasto sanitario en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, descansa, en su primera etapa, básicamente sobre el comportamiento de la población y su estructura de edades, y el diferente gasto que realiza cada uno de esos grupos de edad. Precisamente, si nos centramos en este segundo argumento, podemos desarrollar un modelo analítico sencillo que permite recoger este hecho. Denominemos al Gasto Sanitario en cada momento del tiempo como G_t y realicemos una sencilla transformación algebraica, multiplicando y dividiendo por la población en ese momento del tiempo (P_t), de donde resulta que podemos expresar el gasto en cada momento del tiempo como el

producto del gasto medio por persona (m_t) en ese momento del tiempo y el número total de personas que habita en la comunidad autónoma en ese mismo instante:

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

Si no supiéramos, como hemos visto anteriormente, que las personas hacen un gasto sanitario muy diferente en función de su edad, ésta podría ser una aproximación válida. Ahora bien, dado que conocemos ese desigual comportamiento por edades debemos incorporar este fenómeno a nuestra expresión. Para incorporarlo basta considerar que ese coste medio puede ser distinto para cada grupo de edad (representado por el subíndice j). Esto es, el gasto total no deja de ser una media ponderada del gasto medio por grupo edad en cada momento del tiempo (m_{jt}), teniendo en cuenta el diferente peso poblacional de cada grupo (P_{jt})

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

Ahora bien, es posible considerar que el gasto se puede descomponer en una clasificación, p.ej. la funcional, en la que cada grupo de edad puede tener una repercusión diferente; precisamente esa intuición es la que se pretende captar con la siguiente expresión, donde c se refiere a cada uno de los grupos de gasto considerados en la clasificación:

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

Una vez establecido la forma analítica en la que nos vamos a aproximar al problema, resulta necesario señalar cuáles serán los inputs que utilizaremos para poder realizar las proyecciones de gasto. En este sentido, tenemos dos tipos fundamentales de inputs, por un lado, los perfiles de gasto por grupos de edad para cada uno de los grupos de gasto considerados, de otro, las proyecciones de población y los grupos de edad. Para cubrir la primera de nuestras lagunas emplearemos como núcleo fundamental los datos facilitados por el Ministerio de Sanidad y Consumo (2005, 2007)¹² que han sido empleados en otros estudios previos, tanto académicos (Sánchez y Sánchez, 2011), como por instituciones europeas (European Commission, 2006).

En la tabla 1.34 se muestran los coeficientes para cada grupo de edad por funciones de gasto, donde para cada una de ellas se ha calculado la importancia relativa que representa cada grupo etario. Los coeficientes para los cuatro primeros grupos considerados son lo que fueron computados por el ministerio, de tal forma

¹² Todos los datos de base para el cómputo de los pesos por grupos de edad realizados por el ministerio se refieren al año 2001.

que para el gasto hospitalario los coeficientes provienen de los datos recogidos en el Conjunto Mínimo Básico de Datos del Sistema Nacional de Salud y de las altas hospitalarias atendiendo a su coste según el Grupo Relacionado de Diagnóstico, recogiendo, por ello, tanto la diferente frecuentación por grupos de edad, como las diferencias que afloran en términos de coste para cada una de esas visitas. Para el gasto ambulatorio y de atención primaria, las cifras se obtienen a partir de la frecuentación diferencial por edades recogida en la Encuesta Nacional de Salud, sin que sea posible delimitar diferencias en gasto por visita. En lo que concierne al gasto farmacéutico, los coeficientes se obtuvieron a partir de la base de datos *Digitalis* que recoge información sobre el gasto y consumo de recetas en el territorio Insalud, introduciendo por ello consideraciones tanto de diferencias de uso como de coste. Estas tres funciones de gasto recogen la parte del león del gasto sanitario, p.ej. algo más del 90% del total del gasto sanitario en la Región de Murcia en 2009. Para el resto de gasto, lamentablemente, no existe información disponible que permita obtener unos coeficientes similares, de ahí que lo habitual sea ponderar cada grupo por su peso poblacional. En nuestro caso, se ha ponderado a cada grupo atendiendo a su peso sobre población en el año 2009 en la Región de Murcia.

Tabla 1.34
Gasto relativo por grupos de edad en tanto por uno para distintos tipos de
gasto sanitario

	Hospitalaria	Farmacia	Ambulatoria y Primaria	Prótesis y Traslados	Administración y Salud Pública
0 a 4 años	0,050	0,010	0,060	0,040	0,064
5 a 14 años	0,030	0,020	0,080	0,100	0,109
15 a 44 años	0,240	0,110	0,340	0,470	0,476
45 a 54 años	0,100	0,080	0,140	0,120	0,127
55 a 64 años	0,130	0,140	0,120	0,100	0,090
65 a 74 años	0,220	0,320	0,150	0,100	0,069
75 y más	0,230	0,320	0,110	0,070	0,066

Fuente: Sánchez y Sánchez (2011) y elaboración propia.

En lo que concierne al segundo de los inputs básicos para nuestro modelo analítico, esto es, las proyecciones de población, se ha empleado la información disponible en el INE al respecto. En particular las *Proyecciones de Población a Corto a Plazo*. Este estudio realiza una simulación sobre el tamaño y la estructura de la población española, y sus diferentes provincias, para un periodo de diez años, suponiendo que las tendencias y comportamientos demográficos observados se mantienen de forma inalterada. En concreto, actualmente, se dispone de la proyección 2011-2021, que es la que ha servido de base para nuestro estudio. La población de partida es la estimada por la Estimación de Población Actual del INE a fecha 1 de Enero de 2011, y desde ahí, se realizan las proyecciones sobre los principales comportamientos demográficos: fecundidad, mortalidad y migraciones.

Así, por ejemplo, en lo que tiene que ver con la fecundidad, Murcia presenta una tasa más elevada que la media nacional, y se espera que se siga comportando de la misma forma. Siendo además una de las provincias más dinámicas en este sentido, tanto si se atiende a lo observado hasta 2009, como a la proyección. Ese mismo dinamismo se observa, de nuevo, en el hecho de ser una de las provincias que tiene una menor edad media de accesos a la maternidad. Por el contrario, en lo que se refiere a Esperanza de Vida, y con independencia del sexo considerado, sigue existiendo un diferencial claramente negativo entre la población murciana y la media nacional, si bien es cierto que dicha brecha parece que tenderá a reducirse a lo largo de la próxima década, casi un 50% en el caso de los varones y algo más de un tercio para las féminas.

Tabla 1.35
Indicadores demográficos según las Proyecciones del INE para Murcia y España 2010 y 2020

	2010		2020	
	España	Murcia	España	Murcia
Fecundidad ^(a)	1,382	1,608	1,504	1,715
Edad media de maternidad	31,20	30,26	31,11	30,33
Esperanza de vida al nacer varones	78,94	78,16	80,9	80,50
Esperanza de vida al nacer mujeres	84,91	83,88	86,3	85,64

(a) Indicador coyuntural de fecundidad. Fuente: INE.

En la siguiente tabla queda recogida la estimación de población total para España y para la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, así como su composición por grupos de edad, para el año 2016. Como puede observarse, a lo largo del periodo de estudio mientras que se espera que la población española en su conjunto crezca algo menos de un 0,25%, para el caso de Murcia el crecimiento esperado casi alcanza el 3,2%. En lo que se refiere a la composición por grupos de edad, el comportamiento resulta bastante similar, si bien, el mayor envejecimiento observado de la media nacional tiende a exacerbarse a lo largo del periodo de estudio. Así, si se computa la ratio que supone la población de 65 o más años, sobre la población que tiene 15 o menos años, resulta que ese indicador tomaba en 2009 un valor de 1,13 para España y de 0,78 para Murcia, mientras que en 2016 las diferencias entre ambas ratios se habrán incrementado ligeramente, ascendiendo a 1,20 para España y a 0,81 en el caso de Murcia.

Por último, es preciso referirse a cuál es el escenario en términos migratorios que establecen las proyecciones de población a corto plazo. Este hecho es especialmente importante en regiones como Murcia que a lo largo de la última década han recibido un importante flujo inmigratorio. El INE realiza estimaciones tanto de inmigraciones interiores como exteriores. Para realizar la simulación el INE ha considerado los flujos migratorios que se han producido entre 2007 y 2010, y para ello ha tenido en cuenta

Tabla 1.36
Población estimada y composición por grupos de edad en España y Murcia
2009 y 2016

	España		Murcia	
	2009	2016	2009	2016
0 a 4 años	5,28	5,09	6,38	5,99
5 a 14 años	9,47	10,44	10,94	12,23
15 a 44 años	44,10	38,50	47,59	41,36
45 a 54 años	13,73	15,24	12,67	14,95
55 a 64 años	10,77	12,09	8,98	10,62
65 a 74 años	8,25	9,37	6,89	7,58
75 y más	8,39	9,26	6,55	7,27
Población Total	45.828.172	45.940.210	1.443.383	1.489.401

Fuente: INE.

las variaciones observadas en el padrón municipal y la estimación retrospectiva de los mismos, realizada en las Estimaciones de Población Actual del 2º trimestre de 2011. Si nos centramos en los flujos migratorios con el resto del mundo, y dejamos de lado los movimientos interiores, para el escenario 2011-2020, que es para el que se dispone de proyecciones, se puede afirmar que el saldo migratorio será negativo, tanto para España como para la región de Murcia, como se puede observar en la siguiente tabla.

Tabla 1.37
Inmigración y Emigración exterior e interior para España y la Región de Murcia proyectada para el periodo 2011-2020

	España			Murcia exterior			Murcia interior		
	Inmigración	Emigración	Saldo	Inmigración	Emigración	Saldo	Inmigración	Emigración	Saldo
2011	450.000	580.850	-130.850	13.484	18.048	-4.564	21.725	20.309	1.416
2012	450.000	571.993	-121.993	13.484	17.870	-4.386	21.411	20.070	1.341
2013	450.000	563.355	-113.355	13.484	17.682	-4.198	21.100	19.829	1.271
2014	450.000	554.991	-104.991	13.484	17.488	-4.004	20.792	19.590	1.202
2015	450.000	546.946	-96.946	13.484	17.291	-3.807	20.491	19.356	1.135
2016	450.000	539.258	-89.258	13.484	17.096	-3.612	20.200	19.131	1.069
2017	450.000	531.958	-81.958	13.484	16.904	-3.420	19.923	18.917	1.006
2018	450.000	525.073	-75.073	13.484	16.720	-3.236	19.660	18.717	9.43
2019	450.000	518.622	-68.622	13.484	16.545	-3.061	19.413	18.533	8.80
2020	450.000	512.618	-62.618	13.484	16.381	-2.897	19.184	18.366	8.18
Total	4.500.000	5.445.664	-945.664	134.840	172.025	-37.185	21.725	20.309	1.416

Fuente: INE.

Para la segunda de las etapas del análisis de predicción, esto es, para la que procura extraer la tendencia en cuanto al comportamiento de precios y uso de la tecnología recurrimos a las cifras de crecimiento anual de los factores inflación aumentado y residual obtenidos en el apartado anterior (epígrafe 1.2.) del presente manuscrito para el periodo 2002-2009. En concreto, el crecimiento previsto para cada uno de estos dos factores en la Región de Murcia entre 2010 y 2016 se obtiene por medio de un procedimiento bietápico. En una primera etapa, regresamos las cifras de crecimiento del factor en cuestión en el periodo 2002-2009 para las 17 CC.AA. sobre un conjunto de variables indicadoras de año, de comunidad autónoma y de interacción entre año y comunidad autónoma. Esta forma de proceder permite ajustar tendencias de evolución del factor a predecir específicas de cada comunidad autónoma, lo que incrementa la bondad de ajuste del modelo. El modelo así estimado se utiliza, en la segunda etapa, para calcular el crecimiento del factor en cuestión en la Región de Murcia entre 2010 y 2016. De este modo, añadiendo al crecimiento del gasto sanitario público debido a factores demográficos, los incrementos porcentuales debidos a la evolución de los precios implícitos en la prestación de servicios sanitarios públicos y del factor residual, obtenemos una previsión ajustada y completa de evolución de la cifra total de gasto sanitario público en la Región de Murcia.

1.3.3. Resultados de las proyecciones de gasto

El primer paso para poder proceder a la proyección del gasto es conocer cuál es la situación de partida en términos de la clasificación funcional empleada, esto es, el estado de la cuestión en el año 2009, el último para el que se cuenta de información disponible, y que servirá de base para el cómputo en el periodo 2011-2016.

Tabla 1.38
Gasto sanitario consolidado por funciones de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia en 2009

	miles de euros	%	euros/habitante
Servicios hospitalarios y especializados	1.348.146	59,7	931,99
Servicios primarios de salud	270.089	12,0	186,72
Servicios de salud pública	27.976	1,2	19,34
Servicios colectivos de salud	87.679	3,9	60,61
Farmacia	442.205	19,6	305,70
Traslado, prótesis y aparatos terapéuticos	31.160	1,4	21,54
Gasto de capital.	51.015	2,3	35,27
Total	2.258.270	100	1561,17

Fuente: Ministerio de Sanidad e INE.

Una vez que se cuenta con ese input básico es inmediato utilizar los coeficientes presentados en el epígrafe anterior para asignar un gasto por grupos de edad en las

distintas funciones consideradas para el año 2009. Los resultados de ese análisis, que se muestran en la tabla 1.39, serán los que se imputarán a cada grupo de edad en el ejercicio de proyección del gasto sanitario.

Como se puede observar, la función Servicios hospitalarios y especializados es la que da lugar a un mayor gasto per cápita para el conjunto de la población, y para todos y cada uno de los grupos de edad considerados. Además, el comportamiento del gasto per cápita por grupos de edad es marcadamente ascendente, si se exceptúa el grupo de 0 a 4 años que presenta un coste similar al del grupo de mediana edad (45 a 54 años). Para el caso de la función de Farmacia, la segunda en importancia en términos de gasto per cápita total, se observa, todavía con mayor nitidez, el incremento del gasto que se produce conforme avanzamos por grupos de edad. Si bien, hemos de señalar, que el crecimiento se convierte en exponencial cuando alcanzamos los dos últimos estratos. En lo relativo al gasto en atención primaria, también se observa cierta tendencia a que el gasto se incremente con la edad, si bien, en este caso, la senda de incrementos no es monótona ya que existen altibajos según se avanza por grupos de edad. Sea como fuere, los dos últimos estratos de población son los que dan lugar a un mayor gasto por paciente. En lo concerniente al último de los grupos de gasto para los que se tiene una estimación diferente por grupos de edad, esto es, traslados y prótesis, se puede afirmar que los tres grupos de mayor edad son los que incorporan un mayor gasto per cápita, si bien, las diferencias por grupos de edad son especialmente poco importantes. En los otros tres grupos de gasto, dado que no se tienen datos de consumo por grupos de edad, hay que suponer que el gasto per cápita es el mismo para todos los estratos con la finalidad de que el gasto agregado por estrato se corresponda con su peso poblacional.

Tabla 1.39

Gasto sanitario per cápita por funciones y grupos de edad para la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia en 2009

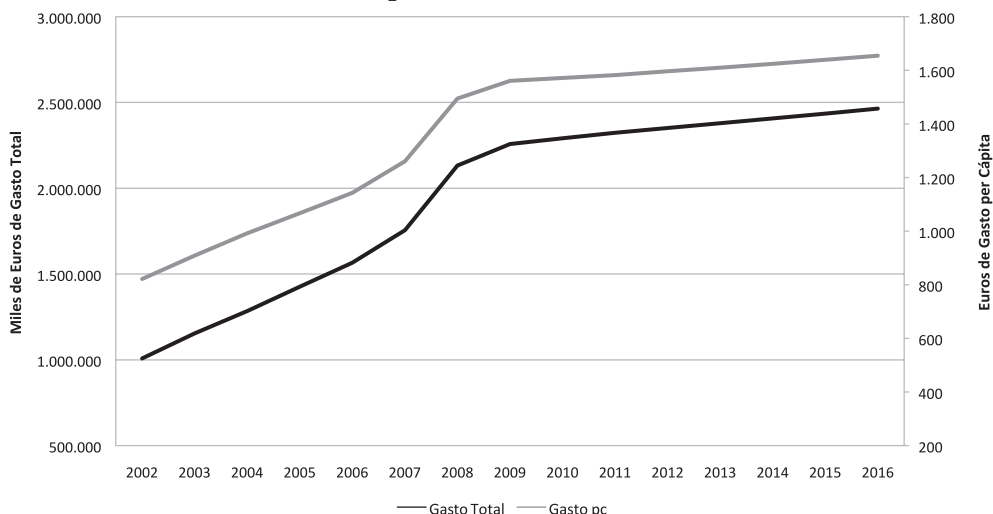
	0 a 4	5 a 14	15 a 44	45 a 54	55 a 64	65 a 74	75 y más
Servicios hospitalarios y especializados	729,89	255,65	470,00	735,63	1349,87	2974,84	3272,18
Servicios primarios de salud	175,47	136,58	133,40	206,33	249,63	406,35	313,53
Servicios de salud pública	19,34	19,34	19,34	19,34	19,34	19,34	19,34
Servicios colectivos de salud	60,61	60,61	60,61	60,61	60,61	60,61	60,61
Farmacia	47,88	55,90	70,66	193,04	476,83	1419,31	1493,30
Traslado, prótesis y aparatos terapéuticos	13,50	19,70	21,27	20,40	24,00	31,25	23,02
Gasto de capital.	35,27	35,27	35,27	35,27	35,27	35,27	35,27

Fuente: Ministerio de Sanidad e INE.

En el gráfico 1.27 se presenta la evolución del gasto sanitario total y del gasto sanitario per cápita para la Región de Murcia en el periodo 2002-2016. Huelga señalar que los valores referidos al periodo 2002-2009 responden fielmente al comportamiento real descrito por ambos gastos en el periodo. Por el contrario, a partir de 2010 los

valores que se representan son los obtenidos a partir de la simulación sobre el comportamiento de la población empleando los coeficiente de gasto observados para el año 2009¹³. Así, se observa como se produce una clara desaceleración del crecimiento del gasto sanitario, según los supuestos adoptados. En efecto, mientras que para el periodo comprendido entre el año 2002 y el 2009 el gasto sanitario total creció a un ritmo medio del 12,22%, pasando de poco más de mil millones de euros a algo más de dos mil doscientos cincuenta, para el periodo comprendido entre 2011 y 2016 se espera un crecimiento medio anual ligeramente superior al 1,19%. Así, el gasto sanitario total pasaría de suponer algo más de dos mil trescientos veinte millones en 2011 a algo más de dos mil cuatrocientos sesenta en 2021.

Gráfico 1.27
Gasto sanitario total y gasto sanitario per cápita real y proyectado para el periodo 2002-2016



Fuente: Ministerio de Sanidad e INE.

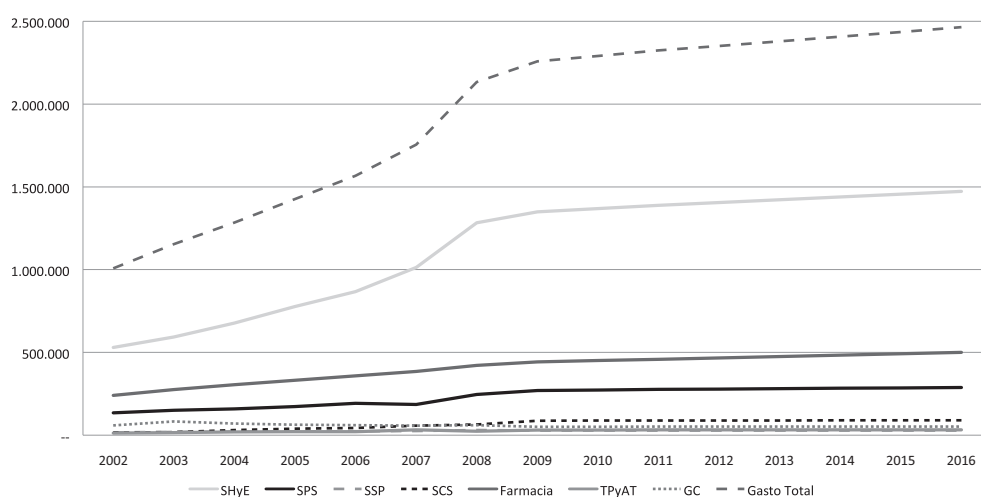
El comportamiento seguido por el gasto per cápita es muy similar, ya que las pequeñas desviaciones se explican por el comportamiento de la población a lo largo del periodo. De hecho, mientras que para la etapa 2002-2009 la tasa de crecimiento medio anual de la población casi alcanzó el 2,4%, para el lustro objeto de estudio, 2011-2016, el dinamismo esperado es sustancialmente menor, registrando un crecimiento medio anual escasamente inferior al 0,29%. Es por ello que el dinamismo anualizado estimado para el gasto per cápita se encuentra ligeramente por debajo del 0,9% para el periodo 2011-2016. En este sentido, se espera que el gasto sanitario per

¹³ No se han empleado para este análisis los datos referidos al avance de gasto sanitario según los presupuestos incluidos en el epígrafe 1.1.2.4 para los ejercicios 2010 y 2011 por motivos de homogeneidad. Por tanto, el último dato observado se refiere a 2009, siendo el primer dato predicho el referido a 2011. Al no disponer de dato para 2010 se ha considerado una interpolación entre el último dato disponible, 2009, y el primero predicho, 2011.

cápita, pase de representar 1.561 euros por habitante en 2009 a algo más de 1.655 en el año 2016, todo ello a precios corrientes. En suma, el crecimiento esperado del gasto sanitario total, como del gasto sanitario per cápita, para el periodo 2011-2016 bajo el supuesto de que los coeficientes de gasto permanecen anclados en los de 2009, arroja un crecimiento muy modesto de ambos gasto, que en términos anuales deberíamos situar en el entorno del 1%.

El comportamiento descrito de forma agregada es resultado del comportamiento seguido y esperado por las distintas funciones de gasto sanitario consideradas. Precisamente esa información es la que se incorpora en el gráfico 1.28. Como puede observarse, las funciones para las cuales se ha supuesto un comportamiento en términos de coeficiente de gasto idéntico a su peso poblacional, tienen un peso reducido sobre el total, y además, registran un crecimiento muy liviano, que equivale al que se espera que se registre en términos poblacionales. En relación con las funciones para las que se cuenta con un coeficiente específico, el comportamiento es diferenciado. Así, hemos de señalar que con respecto a la función que tiene una mayor peso dentro del total, los gastos relativos a hospitalización y especializados, éstos se comportaron de forma más dinámica que el gasto total para el periodo 2002-2009, casi un 14,3% de ritmo medio anual, mientras que en los años siguientes hasta alcanzar el horizonte de 2016, de acuerdo a la proyección realizada, se comportarán de forma idéntica al agregado, con un incremento medio anual del 1,19%. Puesto que el gasto en servicios hospitalizados y especializados ya suponía en 2011 algo más de un 60% del gasto sanitario total, y dado su dinamismo esperado, no resulta de extrañar que dicha función sea capaz de explicar por sí sola alrededor del 60% del crecimiento del gasto sanitario total esperado.

Gráfico 1.28
Gasto sanitario por funciones, real y proyectado, para el periodo 2002-2016



Fuente: Ministerio de Sanidad e INE.

El segundo de los componentes atendiendo a su capacidad explicativa del crecimiento del gasto sanitario total es el gasto en farmacia. Esta función se comportó de forma menos dinámica que el gasto total en el periodo comprendido entre 2002 y 2009, registrando un crecimiento medio anual de poco más de 9,1%, pero cabe esperar que dicho patrón cambie a lo largo del periodo 2011-2016, experimentando un ritmo de crecimiento medio anual por encima del 1,75%, superior al previsible para el gasto total. Este mayor crecimiento esperado explica que el gasto en farmacia sea capaz de determinar hasta casi un 30% del incremento total esperado. En relación al comportamiento del gasto relacionado con atención primaria, debemos señalar que su evolución anualizada ha sido menor que la del agregado en el periodo observado y se espera que lo continúe siendo hasta 2016 (las tasas medias anuales respectivamente en cada uno de los periodos fueron 10,5% y 0,85%). Así, únicamente sería atribuible a este componente un 8,5% del incremento del gasto sanitario total esperado. Finalmente, en relación a los gastos relativos a traslados y prótesis, que suponen un porcentaje muy reducido sobre el total, hemos de señalar que pese a su mayor celeridad en el periodo observado, describiendo un ritmo de crecimiento medio anual del 13,6%, se espera que en los próximos años se comporten de forma menos dinámica que la media, con un ritmo anualizado del 0,4%, y por tanto, únicamente explicarían menos de un 0,46% del crecimiento total del gasto sanitario esperado.

Tabla 1.40

Gasto sanitario per cápita por funciones para la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia en los años extremos del periodo observado y predicho (euros)

	2002	2009	TMAA ₀₂₋₀₉	2011	2016	TMAA ₁₁₋₁₆
Servicios hospitalarios y especializados	431,82	931,99	11,62	945,04	988,29	0,90
Servicios primarios de salud	109,43	186,72	7,93	188,49	193,76	0,55
Servicios de salud pública	13,33	19,34	5,46	19,38	19,38	0,00
Servicios colectivos de salud	12,76	60,61	24,93	60,75	60,75	0,00
Farmacia	195,59	305,70	6,59	311,91	335,33	1,46
Traslado, prótesis y aparatos terapéuticos	10,41	21,54	10,95	21,58	21,71	0,11
Gasto de capital.	48,06	35,27	-4,33	35,34	35,34	0,00
Total	821,40	1.561,17	9,61	1.582,49	1.654,55	0,89

Fuente: Ministerio de Sanidad e INE.

Si en lugar de focalizar nuestra atención sobre el comportamiento agregado, la dirigimos hacia el gasto per cápita por funciones, podemos ilustrar el comportamiento descrito con los guarismos recogidos en la tabla 1.40. Como se puede observar, el gasto per cápita total que durante el periodo 2002-2009 creció a un ritmo medio anual del 9,3% se desacelera rápidamente para crecer en el lustro objeto de predicción a un ritmo inferior al 1%. Por componentes de ese gasto, si nos centramos en las funciones con un coeficiente específico, se puede observar cómo la mayor

desaceleración esperada se registraría en los gastos ocasionados por los servicios hospitalarios y especializados donde el crecimiento medio anual pasaría del 11,3% a poco más del 0,9%. En traslados, prótesis y aparatos terapéuticos la reducción del ritmo de crecimiento resulta muy similar al pasar del 10,6% a poco más del 0,1%. De la misma forma, también se producirían reducciones significativas en las otras dos grandes funciones de gasto, de un lado, en atención primaria el ritmo de crecimiento anual pasaría del 7,6% para los primeros siete años observados a poco más del 0,5% para los cinco predichos. De otro, la desaceleración del crecimiento medio anual del gasto en farmacia sería de casi seis puntos porcentuales al pasar del 6,2% al 1,5%.

Una vez que se han analizado con detalle los resultados que se derivan del ejercicio de predicción realizado atendiendo exclusivamente al componente demográfico, cabe realizar la segunda de las etapas de nuestro análisis. Esto es, hay que preguntarse por cómo se ven ampliados los resultados del gasto predicho, una vez que se tienen en cuenta el resto de componentes de nuestra aproximación. La tabla 1.41 pretende recoger la evolución, en términos anuales y anualizados, para la totalidad del periodo 2012-2016 de cada uno de los distintos componentes considerados (componente demográfico, componente de precios y residuo) y el comportamiento del agregado.

A lo largo del periodo 2012-2016 el incremento esperado del gasto sanitario público sería ligeramente superior al 7,1% en términos anuales, muy superior, por tanto, al esperado atendiendo exclusivamente al componente demográfico que se situaba alrededor del 1,2%. En lo que se refiere a la dinámica año a año se observa una desaceleración para el gasto total, dado que se pasa de una tasa anual superior al 7,6% al inicio del periodo, a un 7,1%, en el año final. Dicha desaceleración se explica por el comportamiento esperado de los precios implícitos, dado que tanto el componente demográfico como el factor residual se espera que permanezcan prácticamente inalterados en todo el periodo considerado.

Tabla 1.41
Crecimientos anuales (TAV) y medios (TMAA) predichos para el gasto sanitario público total y sus componentes en el periodo 2011-2016 (%)

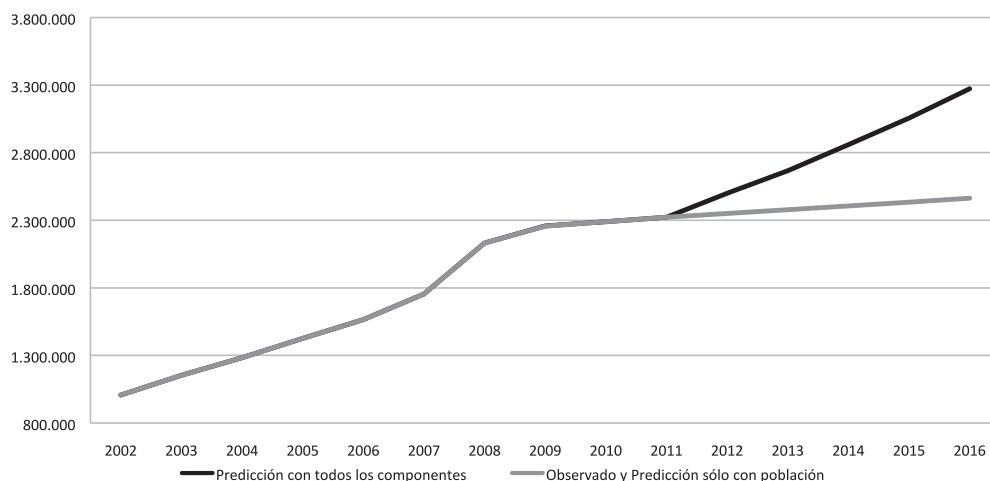
		Población	Precios implícitos	Factor Residual	Total
TAV	2012	1,20	5,50	0,94	7,64
	2013	1,20	4,50	0,93	6,63
	2014	1,18	5,16	0,93	7,27
	2015	1,17	4,73	0,93	6,83
	2016	1,19	5,01	0,93	7,13
TMAA 2011-2016		1,19	4,98	0,93	7,10

Fuente: Ministerio de Sanidad, INE y elaboración propia.

Para cada uno de los años considerados, y para la totalidad del periodo objeto de estudio, más de dos terceras partes del incremento total se cimenta sobre el comportamiento de los precios, siendo el segundo factor en relevancia el demográfico, que en media viene a representar poco menos de un sexto del incremento total registrado, si bien, en algunos de los años llegaría a explicar algo más del 18% del mismo. Por último, en relación con el componente residual, se ha de señalar que presenta un comportamiento prácticamente homogéneo para la totalidad del periodo, explicando algo más de un séptimo del crecimiento esperado.

Queda, por tanto, de manifiesto que realizar predicciones atendiendo exclusivamente al comportamiento demográfico supone infravalorar el comportamiento futuro del gasto total. Es justamente esa idea la que pretende recoger el gráfico 1.29 en el que se representa el comportamiento registrado y el esperado del gasto sanitario público para el periodo contemplado, 2002-2016, distinguiendo la predicción que únicamente incorpora el comportamiento demográfico y la que se fija en la totalidad de los componentes.

Gráfico 1.29
Gasto sanitario público (€) registrado completado por el esperado ya sea teniendo en cuenta sólo el componente demográfico o de forma completa para el periodo 2002/2016



Fuente: Ministerio de Sanidad e INE.

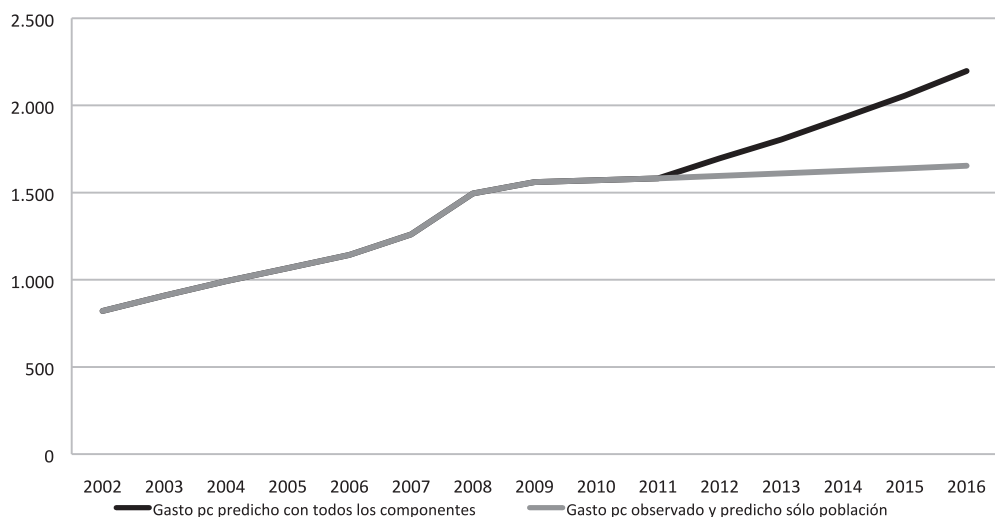
Aunque con anterioridad en la tabla quedaba puesto de manifiesto que la diferencia en términos absolutos de la tasa de crecimiento del factor demográfico y el gasto sanitario total era cada vez menor, en la figura queda gráficamente recogido como ese comportamiento da lugar a una brecha cada vez mayor entre las dos sendas de gasto predichas como consecuencia de la acumulación de las diferencias.

Así, mientras que para el primer año la diferencia no alcanza los ciento cincuenta millones de euros, en el último año la desviación supone algo más de ochocientos nueve millones de euros.

Un comportamiento muy similar al descrito para el gasto total se obtiene cuando se centra la atención en lo que ocurre con la predicción del gasto sanitario público en términos per cápita, información que se muestra en el gráfico 1.30. Nuevamente, el hecho de considerar únicamente la predicción basada en la evolución demográfica da lugar a una infravaloración considerable en la predicción. Dicho error se va acumulando con el paso del tiempo, aunque sabemos, que en cada año es menor en términos relativos. Así, mientras que en el primero de los años la diferencia entre ambas predicciones suponía poco más de ciento dos euros, el siguiente año se añaden otros noventa y tres, dando lugar a que en el último año la diferencia total ascienda a alrededor de quinientos cuarenta y cuatro.

Gráfico 1.30

Gasto sanitario público per cápita (€/habitante) registrado completado por el esperado ya sea teniendo en cuenta sólo el componente demográfico o de forma completa para el periodo 2002/2016



Fuente: Ministerio de Sanidad e INE.

2. LA FINANCIACIÓN SANITARIA EN LA REGIÓN DE MURCIA

El principio de no afectación de los ingresos a los gastos públicos hace que no quepa, en principio, hablar propiamente de la financiación sanitaria, en la medida en que los gastos sanitarios, como el resto de gastos ocasionados por las competencias asumidas por la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, son financiados con los presupuestos generales de la Hacienda regional y no con partidas específicas de financiación. Si bien es cierto que la financiación de las competencias sanitarias transferidas a las CC.AA. discurrió hasta el año 2001 a través de un «subsistema» de financiación, en paralelo al sistema general diseñado en la LOFCA, el traspaso de dichas competencias a la totalidad de comunidades a partir de 2002 conllevó la integración de los flujos financieros destinados a la cobertura del gasto sanitario autonómico en el nuevo sistema de financiación global que entró en vigor justo en el año en que se inicia el periodo que es objeto de análisis en el presente informe.¹⁴

2.1. EVOLUCIÓN COMPARADA DE LOS RECURSOS FINANCIEROS PROPORCIONADOS POR EL SISTEMA DE FINANCIACIÓN AUTONÓMICO DE LA LEY 21/2001

2.1.1. Introducción

Atendiendo al régimen que regula sus fuentes de financiación y el modo en que dichas fuentes son gestionadas, existen en España dos tipos de CC.AA.: las de Régimen Foral (Navarra y País Vasco) y las de Régimen Común (las 15 restantes).¹⁵ La Comunidad Foral de Navarra y los territorios históricos de Vizcaya, Guipúzcoa y Álava, integrados en la Comunidad Autónoma del País Vasco, disponen de un

¹⁴ Este principio general de no afectación debe ser, no obstante, matizado en el caso de la financiación del gasto sanitario de las CC.AA. como más adelante se verá al hacer referencia al mecanismo de «Garantía sanitaria».

¹⁵ Las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla están sujetas en ciertos aspectos a la regulación financiera de las comunidades de Régimen Común, pero no se incluyen en el análisis que aborda este informe.

sistema de financiación singular, cuyo fundamento está en los derechos forales que datan del siglo XIX y cuyo respeto y amparo consagró La Constitución de 1978 en su Disposición Adicional Primera. Los regímenes forales, implican una situación de privilegio en términos de autonomía fiscal y financiera (las haciendas vascas y la navarra gestionan la práctica totalidad de los impuestos del sistema fiscal español en sus respectivos territorios) y, además, se traducen en unos niveles de suficiencia relativa considerablemente superiores a los de las comunidades de Régimen común.¹⁶

Dejando de lado esta peculiar situación de discriminación financiera que representa la pervivencia de dos regímenes de financiación tan dispares, en esta parte del informe limitaremos nuestro análisis al modelo de financiación aplicable a las 15 comunidades autónomas cuyos recursos están regulados por la LOFCA¹⁷, puesto que este ámbito subjetivo permite el estudio comparado de la financiación de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia en términos homogéneos.

El modelo de financiación regulado en la LOFCA ha experimentado desde su origen una notable evolución que, principalmente, ha servido para incrementar el grado de autonomía financiera de las CC.AA. así como su corresponsabilidad fiscal, siendo menor el impacto de esta evolución en la consecución del objetivo de equidad en términos de equilibrio horizontal, esto es, la garantía de un nivel similar de suficiencia relativa a todas las comunidades. Por lo que respecta a la autonomía financiera, el modelo LOFCA original hacía descansar en gran medida la financiación de las CC.AA. en transferencias del Estado de carácter general («Participación en Ingresos del Estado», PIE) y de carácter específico (financiación de la sanidad y los servicios sociales transferidos), mientras que las fuentes impositivas a disposición de las comunidades eran escasas y, además, no permitían a éstas el ejercicio de la capacidad normativa al objeto de modular el volumen de recursos recaudado. Las reformas de 1996, 2001 y la más reciente de 2009 han servido para reducir sustancialmente el grado de dependencia financiera de las CC.AA. respecto de las transferencias del Estado al tiempo que aumentaba la participación de los ingresos impositivos en los presupuestos autonómicos. Esta mayor autonomía financiera se ha logrado extendiendo el alcance de la cesión de impuestos a las comunidades e incrementando la capacidad de éstas para modificar al alza o a la baja la recaudación a través del ejercicio de la capacidad normativa sobre los mismos.

Por lo que atañe al objetivo de equidad, entendido como «igualdad efectiva en el acceso a los servicios públicos» (de la Fuente, 2010), lo cierto es que los sucesivos cambios habidos en el sistema de financiación no han contribuido en exceso a la igualación entre comunidades en términos de financiación por habitante (o por

16 De la Fuente (2010) estima que la financiación per cápita en el País Vasco suponía un 159% de la financiación media de los territorios de régimen común, con datos de 2007.

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

unidad de necesidad). Durante el denominado «periodo transitorio» que se prolongó hasta 1986, el elemento esencial del modelo fue el «coste efectivo» de los servicios traspasados.¹⁸ Los mecanismos de financiación de las haciendas autonómicas estaban al servicio de la garantía de dicho coste efectivo, cuya determinación, por ser el resultado de procesos de negociación bilaterales, dio lugar a la aparición de importantes diferencias entre comunidades que se trasladaron al sistema de financiación.

A partir de 1986¹⁹ se incorporaron criterios de necesidad explícitos en la determinación del volumen de financiación atribuible a cada comunidad. Los recursos globales se repartían entre comunidades atendiendo a variables como la población, la superficie, la insularidad, el número de unidades administrativas, la dispersión, la renta per cápita y el esfuerzo fiscal. No obstante, el modo en que se implementó el mecanismo de reparto y la introducción de una cláusula de garantía del *statu quo* (presente, por lo demás, en cada una de las reformas del sistema acaecidas hasta la fecha), motivó que la incorporación de consideraciones de necesidad en el reparto de la financiación quedase en un artificio formal sin apenas impacto en la igualación de los recursos por habitante. Conclusión similar cabe extraer de las revisiones del sistema de 1992²⁰ y 1996²¹, si bien de esta última conviene subrayar el avance que supuso en términos de autonomía, pues fue a partir de 1996 cuando se atribuyó a las CC.AA. competencias normativas sobre los tributos cedidos hasta ese momento (Impuestos sobre el Patrimonio, sobre Sucesiones y Donaciones, sobre Transmisiones Patrimoniales y Actos Jurídicos Documentados, así como los Tributos sobre el Juego) y se concretó la cesión parcial del IRPF con competencias normativas limitadas.

2.1.2. El modelo de financiación del periodo 2002-2008

Llegados al año 2001, el sistema de financiación se enfrenta a una nueva (y, en principio, definitiva) reforma que, entre otros objetivos, debía integrar en el sistema general la cobertura de los gastos sanitarios, toda vez que en 2002 se produciría la práctica igualación de los niveles competenciales de las CC.AA. de Régimen Común, con la culminación del traspaso de las competencias de gasto en asistencia sanitaria y servicios sociales a todas las comunidades. Resumimos a continuación, sin ánimo de exhaustividad, los aspectos básicos del modelo vigente entre 2002 y

¹⁸ El «coste efectivo» pretendía ser una valoración del coste de prestación de los servicios en el momento de su traspaso desde el Estado a la comunidad autónoma. En él se incluían costes directos e indirectos, así como ciertas necesidades de gasto en inversión, garantizándose a la comunidad una financiación igual al valor de dicho coste efectivo, que era objeto de actualización anual.

¹⁹ Acuerdo 1/86, de 7 de noviembre, por el que se aprueba el Método para la aplicación del Sistema de Financiación de las Comunidades Autónomas en el periodo 1987-1991.

²⁰ Acuerdo 1/92, de 20 de enero, sobre el Sistema de Financiación Autonómica en el periodo 1992-1996.

²¹ Acuerdo 1/96, de 23 de septiembre, por el que se aprueba el Sistema de Financiación de las Comunidades Autónomas para el quinquenio 1997-2001.

2008, así como los principales cambios que el sistema aprobado en 2001²² supuso en relación con la situación preexistente.

Como se ha señalado antes, el traspaso de las competencias sanitarias a las comunidades «de vía lenta» ofrecía una oportunidad inmejorable para integrar en el sistema de financiación general (el que cubría las denominadas «competencias comunes», incluidas las de educación) los flujos destinados a sufragar los gastos ocasionados por la prestación de los servicios de salud y los servicios sociales que, hasta la fecha, habían seguido un cauce paralelo al sistema general. En consecuencia, uno de los cambios principales que conlleva el modelo de 2001 es la integración de los distintos bloques competenciales en un único sistema.

La estimación de las necesidades de financiación de cada comunidad se realizó a partir de la distribución entre las comunidades, atendiendo a criterios objetivos de necesidad relativa, del total de recursos disponibles para las diferentes competencias en el año base utilizado para calcular la restricción inicial, que fue el año 1999. Las variables representativas de las necesidades de gasto fueron distintas según se tratase del bloque de competencias comunes (población, superficie, dispersión e insularidad), el de competencias sanitarias (población protegida por el Sistema Nacional de Salud, población mayor de 65 años e insularidad), y el de competencias en servicios sociales (población mayor de 65 años). En el caso de las competencias sanitarias, el sistema incorporó un principio de «afectación», según el cual las CC.AA. estaban obligadas a destinar a la asistencia sanitaria un determinado volumen de sus recursos (el resultante del reparto de la restricción inicial, incrementado anualmente según el índice de evolución de los ingresos tributario del Estado no cedidos a las CC.AA.: ITE). Además, el Estado se comprometía a garantizar que dicho volumen de gasto sanitario mínimo habría de crecer anualmente según lo hiciera el PIB en términos nominales («garantía de financiación de los servicios de asistencia sanitaria»).

Las necesidades de financiación así calculadas respondían, pues, a la aplicación de criterios de equidad objetivos que deberían haberse traducido en unos niveles de financiación por habitante similares, respondiendo las diferencias a variables de necesidad específicas como las relacionadas con la estructura de la población por edades o factores relacionados con mayores costes per cápita de provisión, como la extensión territorial o la dispersión poblacional. Sin embargo, el sistema incorporó una serie de elementos que redundaron en que su resultado final distase mucho del que el mecanismo de reparto expuesto sugiere. Así, la cláusula habitual de garantía del *statu quo* se reforzó asegurando a todas las comunidades un incremento neto en los recursos (6.600 millones €). Adicionalmente, se establecieron reglas de modulación para evitar que las desviaciones resultantes de aplicar los criterios de

22 Acuerdo 2/2001, de 27 de julio, por el que se aprueba el Sistema de Financiación de las Comunidades Autónomas de Régimen Común. (publicado en el BOE de 31 de diciembre de 2001, como TÍTULO I de la Ley 21/2001 de 27 de diciembre).

reparto respecto de la situación preexistente alcanzaran una magnitud excesiva²³. Por otra parte, se incluyeron dos fondos específicos: uno para incrementar la financiación de las comunidades con menor renta per cápita (dotado con 25.000 millones €) y otro para compensar a las regiones con menor densidad de población (dotado con 8.000 millones €). En el caso de las competencias sanitarias también se aprobó un fondo específico ligado al programa de ahorro en incapacidad temporal. En la tabla siguiente se muestra el efecto que las restricciones y modulaciones introducidas en el sistema tuvieron sobre la deseable convergencia en términos de financiación per cápita.

Tabla 2.1
Resultados del modelo de financiación de 2001

	Índice normalizado por habitante (Régimen Común = 100)			Incremento en los recursos totales (%)	
	Inicial	Modelo (variables)	Final	Según variables	Final
Andalucía	101	96	99	-0,9	1,4
Aragón	112	109	112	0,8	3,5
Asturias	104	106	106	5,3	5,9
Illes Balears	84	103	94	27,1	15,2
Canarias	102	104	104	6,3	5,5
Cantabria	109	105	113	-0,4	7,8
Castilla y León	113	107	112	-1,8	2,5
Castilla-La Mancha	105	108	108	6,1	6,3
Cataluña	98	98	98	2,9	3,0
C. Valenciana	94	97	93	7,1	3,1
Extremadura	113	108	117	-0,9	7,3
Galicia	109	105	108	-0,5	2,0
C. de Madrid	88	94	88	10,1	2,9
Región de Murcia	96	98	95	5,7	2,9
La Rioja	111	111	122	3,5	13,4
Total	100	100	100	3,5	3,5
Coef. Variación	0,09	0,05	0,10		
Coef. Correlación con inicial		0,746**	0,916**		

Fuente: Tabla 1 de Pedraja y Chaparro (2010).

Como se observa en la tabla, el Estado aportó un 3,5% de financiación adicional respecto de la situación previa, si bien la distribución de estos recursos adicionales según las variables de reparto conducía a diferencias muy notables entre comunidades, correspondiendo a las que partían de una peor situación

²³ Por ejemplo, tras el reparto del bloque de competencias comunes, la tasa de crecimiento que resultase para una comunidad autónoma, con respecto a su restricción inicial, no podía superar el 75% de la tasa media de crecimiento del conjunto de comunidades autónomas de régimen común.

relativa, como Baleares o Madrid (índices relativos iniciales por debajo de 90) unas mayores ganancias en financiación (ver penúltima columna de la tabla), en tanto que comunidades con una financiación claramente superior a la media, como Extremadura o Castilla y León veían reducidos sus recursos en términos absolutos. Todo ello daba lugar a una reducción en las diferencias de financiación per cápita entre regiones (el coeficiente de variación se reduce de 0,09 a 0,05 de la primera a la segunda columna de la tabla). Las reglas de modulación condujeron sin embargo a que las ganancias relativas fuesen bien distintas, hasta el punto de que el coeficiente de variación de los índices normalizados por habitante resultó ser incluso superior con el nuevo modelo que con el anterior. En el caso concreto de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, el incremento de los recursos con el nuevo modelo, que podría haber estado cercano al 6% de haberse aplicado estrictamente las variables de reparto, se quedó en menos del 3% tras la observancia de los «suelos» y «techos» arbitrados en el acuerdo. Murcia, cuyo índice de financiación por habitante era según la situación previa a la aplicación del modelo de 96, quedó finalmente con una financiación relativa ligeramente inferior: un 95% de la media de las comunidades de Régimen común, frustrándose así las expectativas de converger con la financiación per cápita media.

Por lo que respecta a los recursos con los que se cubrirían las necesidades de gasto reconocidas en el acuerdo de financiación, éstos quedaron integrados por:

- las tasas transferidas junto con los servicios traspasados,
- la recaudación procedente de los tributos cedidos «tradicionales» (Patrimonio, Sucesiones y Donaciones, Transmisiones Patrimoniales y Actos Jurídicos Documentados y Tributos sobre el Juego), a los que se sumaron el Impuesto sobre Determinados Medios de Transporte (impuesto «de matriculación») y el Impuesto Especial sobre las Ventas Minoristas de Determinados Hidrocarburos;
- la «tarifa autonómica del IRPF» (cesión parcial del 33% del IRPF con capacidad normativa limitada);
- las cesiones parciales de la recaudación líquida del IVA (35%) y los impuestos especiales de fabricación²⁴ (40%), así como la cesión del 100% del Impuesto sobre la Electricidad;
- el «Fondo de Suficiencia» que actuaba como mecanismo de cierre del sistema.

El Fondo de Suficiencia se determinaba en el año base como la diferencia entre las necesidades de financiación reconocidas a la comunidad y su capacidad fiscal, integrada por los recursos procedentes de las fuentes tributarias que componían

²⁴ Sobre la Cerveza, sobre los Productos intermedios, sobre el Alcohol y Bebidas Derivadas, sobre Hidrocarburos y sobre las Labores del Tabaco.

el sistema de ingresos; cada año el Fondo de Suficiencia se actualizaría según el índice de evolución de los ingresos del Estado (ITE).

2.1.3. La financiación de la CARM y de las CC.AA. de Régimen Común en el periodo 2002-2008

2.1.3.1. Recursos no financieros de la CARM en el periodo 2002-2008

En la tabla 2.2 se muestra la evolución de los recursos no financieros de que dispuso la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia durante el periodo 2002-2008, según las liquidaciones del sistema de financiación autonómica publicadas por el Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas. Conviene advertir de que el total que se refleja en la última fila de la tabla no coincide, ni con los ingresos no financieros que reflejan los presupuestos liquidados de la CARM, ni con el total de operaciones no financieras según Contabilidad Nacional documentado en las Cuentas de las Administraciones Públicas. La principal razón de la discrepancia²⁵ estriba en el hecho de que las liquidaciones del sistema de financiación autonómica se realizan con un desfase temporal de dos años (en 2011 se procedió a liquidar el ejercicio 2009), de manera que las cuantías asignadas por el Estado a las CC.AA. en lo que concierne a instrumentos «sujetos a liquidación» (IRPF, IVA, Impuestos Especiales, Fondo de Suficiencia y Garantía sanitaria), tienen la condición de entrega a cuenta y, como tales, constan en las liquidaciones presupuestarias de las comunidades.

En la medida en que la liquidación definitiva del sistema se aleje de las previsiones sobre las que se fundamentan los ingresos a cuenta, existirán discrepancias entre las liquidaciones presupuestarias y la financiación definitivamente atribuida a cada comunidad. Estas desviaciones no fueron muy acusadas entre 2002 y 2007, de manera que las cifras de la última fila de la tabla suponen entre un 99% y un 103%, según los años, del total de ingresos no financieros según presupuestos liquidados; y entre un 95% y un 100% del total de operaciones no financieras que se consigna en las Cuentas de las Administraciones Públicas. Sin embargo, en 2008 (en mayor medida aún en 2009), y como consecuencia del impacto que la crisis económica tuvo sobre la recaudación fiscal, las previsiones de ingresos erraron de modo estrepitoso, las entregas a cuenta excedieron con mucho de las liquidaciones definitivas y la desviación alcanzó una magnitud considerable. Por esta razón, el total de ingresos no financieros según presupuestos liquidados de la CARM supera en un 13% la cifra que ofrece el informe de liquidación del sistema de financiación y que se muestra en la tabla 2.2. En el caso de la información según Contabilidad Nacional, la discrepancia es aún mayor, pues la cifra provisional de recursos no financieros

²⁵ Las diferencias se deben, en parte, al alcance del ámbito subjetivo considerado en cada una de estas fuentes (las entidades cuyos presupuestos/cuentas se consolidan al elaborar la información). Así mismo, las liquidaciones del sistema de financiación no incluyen algunos ingresos presupuestarios de relevancia menor, como los adscritos a los capítulos 4 y 6 de la clasificación económica: ingresos patrimoniales y enajenación de inversiones reales, respectivamente.

de la CARM supera en un 24% el total de recursos estimado por el Ministerio en la liquidación del sistema de financiación autonómica.

Tabla 2.2
Evolución de los recursos no financieros de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. 2002-2008 (millones de euros)

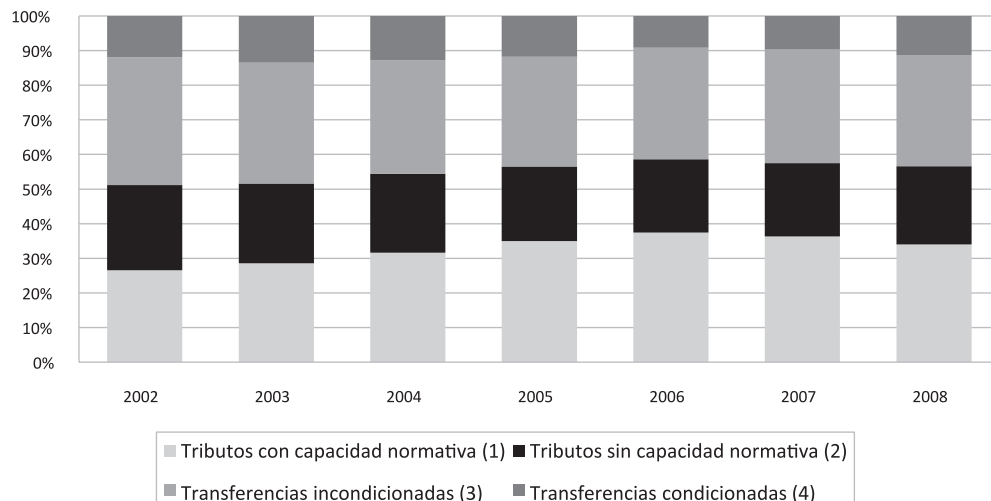
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Tributos cedidos (rec. real)	332,9	425,2	550,8	770,8	889,6	902,2	574,3
Tasas (rec. normativa)	12,2	13,0	13,4	15,1	17,1	18,3	15,2
Total no sujetos a liquidación (1)	345,1	438,3	564,2	785,9	906,7	920,5	589,5
IRPF (con capac. normativa)	298,9	330,4	379,0	437,5	545,5	562,7	591,0
IVA	357,8	389,8	437,0	494,1	543,2	563,0	493,8
Impuestos Especiales	243,5	254,6	267,9	283,7	300,3	328,6	323,6
Total sujetos a liquidación (2)	900,2	974,9	1.083,8	1.215,3	1.388,9	1.454,2	1.408,5
TOTAL TRIBUTARIOS (1 + 2)	1.245,3	1.413,1	1.648,0	2.001,3	2.295,6	2.374,7	1.998,0
FODO DE SUFICIENCIA (3) (*)	774,0	837,3	867,3	979,3	1.102,2	1.183,7	990,9
TOTAL SISTEMA (1 + 2 + 3)	2.019,3	2.250,4	2.515,2	2.980,6	3.397,8	3.558,4	2.988,9
Tributos propios y recargos	4,2	31,2	34,1	37,3	42,8	46,9	49,7
Fondo de Compensación Intert.	38,6	39,9	41,8	42,6	47,3	54,7	61,1
Part. provincial en tributos Estado	128,2	140,5	144,6	163,0	183,9	196,5	164,6
Subvenciones, convenios, ...	46,5	71,5	86,5	111,8	143,9	158,3	184,5
Recursos de la Unión Europea	195,4	267,4	269,2	270,6	148,6	166,6	120,0
Otros recursos (**)	10,2	---	---	---	26,2	30,2	46,8
TOTAL RECURSOS	2.442,5	2.800,9	3.091,4	3.605,9	3.990,5	4.211,6	3.615,6

(*) En 2008 incluye 10 millones de euros correspondientes a la *Garantía de financiación de la asistencia sanitaria*. (**) Incluye los recursos adicionales para la financiación de la sanidad y el coste efectivo de los servicios traspasados en el ejercicio.

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

En la tabla se observa cómo más del 80% del total de recursos financieros a disposición de la comunidad, corresponden a recursos proporcionados por el sistema de financiación (*Total sistema*), entre los que se incluyen los recursos tributarios no sujetos a liquidación (entre un 14% y un 23% del total, según los años), los tributos sujetos a liquidación (entre el 34% y el 39% del total) y el Fondo de Suficiencia (entre un 27% y un 32% del total de financiación). Por su parte, los recursos no integrados en el sistema representan menos del 20% del total, destacando entre ellos los procedentes de la UE (cuya participación es más relevante al inicio que al final del periodo), los ingresos del sistema de financiación provincial (por ser la CARM una comunidad uniprovincial) y las transferencias específicas que percibe la comunidad en virtud de subvenciones, convenios y contratos-programa. En el gráfico 2.1 se visualiza la estructura de los recursos no financieros agrupada según las características básicas de las distintas fuentes de ingresos.

Gráfico 2.1
Composición de los recursos no financieros de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. 2002-2008



(1) Tributos cedidos (incluidos los impuestos sobre determinados medios de transporte y sobre ventas minoristas de hidrocarburos), tasas transferidas, IRPF, tributos propios y recargos. (2) IVA e Impuestos especiales. (3) Fondo de suficiencia y Participación provincial en los tributos del Estado. (4) Fondo de Compensación Interterritorial, Subvenciones, convenios y contratos-programa, Fondos de la UE y otros. Fuente: Tabla 2.2.

Según lo mostrado en el gráfico, la autonomía financiera «real» de la CARM, valorada a través del peso que tienen sobre la financiación total los ingresos tributarios cuyo potencial recaudatorio puede ser modulado por la administración regional, es decir, los que permiten el ejercicio de la capacidad normativa (Impuestos propios, impuestos cedidos, tasas transferidas e IRPF), ascendió desde el 26,5% de 2002 hasta el 37,5% de 2006, para después caer hasta el 34% de 2008. Si sumamos los ingresos procedentes de impuestos respecto de los cuales la hacienda regional no dispone de capacidad normativa alguna (participaciones en el IVA y los Impuestos especiales sobre fabricación), obtenemos un grado de autonomía fiscal «aparente» que supera el 50% en todos los años del periodo y alcanza su máximo en 2006, cuando la aportación de los ingresos de naturaleza tributaria llega a rozar el 60% de los recursos financieros totales. Las transferencias generales o incondicionadas (Fondo de suficiencia y financiación como provincia) constituían en 2002 el principal componente de la financiación agregada, representando un 37% del total de recursos, condición que conservaron hasta 2004, pese a que su peso relativo experimentó una considerable caída; desde entonces su aportación se ha estabilizado en torno al 32% de los recursos. Por último, los ingresos procedentes de instrumentos de financiación condicionados (o transferencias específicas) llegaron a superar el 13% de la financiación total en 2003 (debido sobre todo a los fondos procedentes de la UE) y en los últimos años vuelven a recuperar cuota

en el esquema de financiación como consecuencia de la reducción registrada en los recursos de carácter impositivo.

En la tabla 2.3 se presenta la información mostrada en la tabla 2.2 pero expresada, en este caso, en valores per cápita. Se observa claramente en las cifras de las últimas columnas el fuerte impacto negativo que la crisis económica ha tenido sobre la financiación de la CARM, tanto por la vía de la caída en la recaudación de los tributos atribuidos en exclusiva a la hacienda autonómica (los «tributos cedidos») o compartidos con el Estado (IRPF, IVA, Impuestos especiales), como por el efecto que la menor recaudación obtenida por la hacienda central en los tributos no cedidos a las CC.AA. ha tenido sobre la evolución del Fondo de Suficiencia) que, recordemos, se actualiza anualmente según el índice de evolución de los Ingresos Tributarios del Estado, ITE (lo mismo ocurre con la Participación provincial).

Tabla 2.3
Evolución de los recursos no financieros de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. 2002-2008 (euros per cápita)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Tributos cedidos (rec. real)	271,30	335,02	425,39	577,02	649,21	648,06	402,72
Tasas (rec. normativa)	9,95	10,27	10,36	11,34	12,44	13,15	10,64
Total no sujetos a liquidación (1)	281,25	345,30	435,76	588,36	661,65	661,21	413,36
IRPF (con capac. normativa)	243,60	260,31	292,71	327,51	398,06	404,18	414,43
IVA	291,62	307,13	337,50	369,92	396,38	404,39	346,29
Impuestos Especiales	198,47	200,63	206,89	212,40	219,15	236,04	226,94
Total sujetos a liquidación (2)	733,69	768,07	837,11	909,83	1.013,59	1.044,61	987,65
TOTAL TRIBUTARIOS (1 + 2)	1.014,95	1.113,37	1.272,86	1.498,19	1.675,24	1.705,82	1.401,01
FONDO DE SUFICIENCIA (3) (*)	630,79	659,67	669,86	733,10	804,36	850,29	694,85
TOTAL SISTEMA (1 + 2 + 3)	1.645,74	1.773,04	1.942,72	2.231,30	2.479,60	2.556,11	2.095,86
Tributos propios y recargos	3,42	24,58	26,31	27,92	31,23	33,66	34,87
Fondo de Compensación Intert.	31,49	31,45	32,25	31,90	34,48	39,33	42,87
Part. provincial en tributos Estado	104,52	110,66	111,70	122,03	134,24	141,17	115,43
Subvenciones, convenios, ...	37,93	56,37	66,82	83,70	104,98	113,70	129,35
Recursos de la Unión Europea	159,26	210,64	207,91	202,60	108,42	119,64	84,16
Otros recursos (**)	8,28	---	---	---	19,13	21,68	32,79
TOTAL RECURSOS	1.982,36	2.206,74	2.387,72	2.699,46	2.892,96	3.003,61	2.502,53

(*) En 2008 incluye la Garantía de financiación de la asistencia sanitaria.

(**) Incluye los recursos adicionales para la financiación de la sanidad y el coste efectivo de los servicios traspasados en el ejercicio.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Tabla 2.2 y de la población a 1 de enero según el Padrón Municipal (INE).

Será en el capítulo 3 del presente informe cuando abordaremos el análisis retrospectivo y las perspectivas futuras acerca de la sostenibilidad financiera del sistema sanitario público, pero una simple comparación de las cifras de la tabla 2.3

con las de la tabla 1.6 del capítulo 1 permite comprobar cómo el gasto sanitario ha pasado de representar algo más del 40% de la financiación total de la CARM en 2002 a casi el 60% en 2008.

Con el fin de visualizar mejor la dinámica seguida por los diferentes instrumentos de financiación que componen los recursos no financieros de la CARM, se muestran a continuación las tasas de variación porcentuales registradas a lo largo del periodo. Se ofrece también, en las últimas filas de la tabla, el perfil evolutivo de la población residente en la Región de Murcia así como de la actividad económica, sintetizada en la tasa de variación nominal del Producto Interior Bruto regional. Debido al punto de inflexión que representa el ejercicio 2008 como consecuencia del cambio en la tendencia del crecimiento económico y, a resultas de ello, también de los ingresos autonómicos, se ofrece en la última columna el crecimiento medio acumulado de las diferentes magnitudes para el periodo 2002-2007.

Tabla 2.3
Evolución de los recursos no financieros de la Comunidad Autónoma de la
Región de Murcia. 2002-2008 (tasas de variación en %)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	TMAA 2002/2007
Tributos cedidos (rec. real)	27,7	29,5	40,0	15,4	1,4	-36,3	22,1
Tasas (rec. normativa)	6,8	2,9	12,9	12,6	7,4	-17,1	8,4
Total no sujetos a liquidación (1)	27,0	28,7	39,3	15,4	1,5	-36,0	21,7
IRPF (con capac. normativa)	10,5	14,7	15,4	24,7	3,2	5,0	13,5
IVA	8,9	12,1	13,1	9,9	3,6	-12,3	9,5
Impuestos Especiales	4,6	5,2	5,9	5,8	9,4	-1,5	6,2
Total sujetos a liquidación (2)	8,3	11,2	12,1	14,3	4,7	-3,1	10,1
TOTAL TRIBUTARIOS (1 + 2)	13,5	16,6	21,4	14,7	3,4	-15,9	13,8
FONDO DE SUFICIENCIA (3) (*)	8,2	3,6	12,9	12,6	7,4	-16,3	8,9
TOTAL SISTEMA (1 + 2 + 3)	11,4	11,8	18,5	14,0	4,7	-16,0	12,0
Tributos propios y recargos	643,4	9,2	9,5	14,7	9,5	6,1	62,0
Fondo de Compensación Intert.	3,3	4,6	2,1	10,9	15,9	11,7	7,2
Part. provincial en tributos Estado	9,5	3,0	12,7	12,8	6,8	-16,2	8,9
Subvenciones, convenios, ...	53,7	20,9	29,2	28,7	10,0	16,5	27,7
Recursos de la Unión Europea	36,8	0,7	0,5	-45,1	12,1	-27,9	-3,1
Otros recursos (**)	---	---	---	---	15,1	54,9	24,3
TOTAL RECURSOS	14,7	10,4	16,6	10,7	5,5	-14,1	11,5
<i>Pro memoria:</i>							
Población de derecho	3,4	2,0	3,2	2,6	1,6	2,4	2,6
PIB regional (variación nominal)	9,1	7,6	9,7	8,4	7,5	3,9	8,5

(*) En 2008 incluye la Garantía de financiación de la asistencia sanitaria.

(**) Incluye los recursos adicionales para la financiación de la sanidad y el coste efectivo de los servicios traspasados en el ejercicio.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Tabla 2.2 y de la población a 1 de enero según el Padrón Municipal (INE).

2.1.3.2. Evolución comparada de la financiación de la CARM al amparo del modelo de financiación de las CC.AA. de Régimen Común de 2001

Los resultados del modelo aplicable durante el periodo 2002-2008 se muestran en las tablas 2.4 y 2.5. En dichas tablas se ofrece la evolución comparada de la financiación a competencias homogéneas²⁶ expresada, respectivamente, en términos per cápita (según población de derecho) y en términos de recursos por unidad de necesidad (según población «ajustada», tomando en consideración las variables de necesidad utilizadas en el reparto de los diferentes bloques de financiación).

Resulta evidente que, sea cual sea el indicador utilizado para comparar la suficiencia relativa de las comunidades, las diferencias entre éstas son notables. La distancia entre la comunidad con un mayor nivel de financiación por habitante y la «peor» financiada es, aproximadamente, de un 20% a lo largo de todo el periodo. Si atendemos al indicador de financiación por habitante ajustado, las diferencias oscilan entre el 22% y el 33% según los años.

Tabla 2.4
Evolución de los recursos(*) del sistema de financiación de las CC.AA. de Régimen Común. 2002-2008. Índices normalizados per cápita

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Andalucía	101	101	101	101	102	104	100
Aragón	111	115	115	114	116	109	115
Asturias	110	113	113	114	113	112	117
Illes Balears	83	85	85	83	81	77	77
Canarias	100	97	96	95	96	93	94
Cantabria	120	116	116	118	117	118	117
Castilla y León	114	118	118	119	119	113	120
Castilla-La Mancha	106	110	109	110	109	101	106
Cataluña	99	96	96	95	94	95	96
C. Valenciana	90	91	91	91	90	90	87
Extremadura	120	123	123	124	125	120	124
Galicia	111	112	113	114	14	110	115
C. de Madrid	90	87	87	88	89	94	93
Región de Murcia	88	92	91	91	91	92	89
La Rioja	114	119	119	117	117	115	118
Total	100	100	100	100	100	100	100
Desv. estándar	12,32	13,10	13,20	13,62	13,99	12,51	14,82
Ratio máx./mín.	1,20	1,20	1,20	1,21	1,20	1,10	1,19

(*) Financiación a competencias homogéneas. Fuente: Tabla 3 de Bosch (2012).

26 Para comparar la financiación «a competencias homogéneas» se deduce de la financiación total de las comunidades la parte destinada a cubrir los gastos ocasionados por competencias específicas que no son comunes a las 15 regiones (por ejemplo, la policía autonómica o las políticas de normalización lingüística).

Tabla 2.5
Evolución de los recursos(*) del sistema de financiación de las CC.AA. de
Régimen Común. 2002-2008. Índices normalizados por habitante ajustado

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Andalucía	102	104	104	103	104	105	102
Aragón	102	103	101	102	103	103	105
Asturias	99	100	98	97	97	101	105
Illes Balears	89	86	88	91	92	89	85
Canarias	106	104	103	101	100	101	98
Cantabria	110	111	110	113	112	113	113
Castilla y León	104	103	103	102	102	105	107
Castilla-La Mancha	97	97	97	99	100	101	101
Cataluña	100	100	101	101	100	98	98
C. Valenciana	94	94	95	96	95	93	89
Extremadura	107	109	106	106	106	109	112
Galicia	100	100	98	99	98	101	104
C. de Madrid	98	97	97	97	98	97	100
Región de Murcia	96	96	96	100	99	100	97
La Rioja	104	105	105	105	105	106	108
Total	100	100	100	100	100	100	100
Desv. estándar	5,17	5,9	5,21	4,82	4,69	5,82	7,39
Ratio máx./mín.	1,24	1,29	1,25	1,24	1,22	1,27	1,33

(*) Financiación a competencias homogéneas. Fuente: Cuadro 6 en De la Fuente (2011).

La dispersión, medida a través de la desviación estándar, no solo no se ha reducido a lo largo de los años que integran el periodo sino que incluso ha aumentado: desde el 12,3 hasta el 14,8 en los índices de financiación per cápita; y desde el 5,17 hasta el 7,39 en los índices por unidad de necesidad²⁷. La ampliación de las diferencias se debe, principalmente, a la distinta dinámica poblacional, pues las comunidades cuyos índices normalizados per cápita disminuyen en el periodo (Islas Baleares, Canarias, Cataluña y Comunidad Valenciana) están entre las ocho que han registrado un mayor aumento de población en el sexenio (todas ellas por encima del 13%, frente al 11% de media). Por otra parte, el comportamiento dispar de la recaudación tributaria en las distintas comunidades también ha tenido incidencia en los cambios habidos en la suficiencia relativa de éstas compensando en algunos casos el efecto del incremento poblacional. Así, las otras cuatro comunidades, además

²⁷ La mayor desviación estándar de los índices de la tabla 2.4 se debe a que el cálculo de la financiación homogénea en los estudios de los que se ha extraído la información no es exactamente coincidente. A modo de ejemplo, en el trabajo de De la Fuente (2011), del que proceden los datos de la tabla 2.5, a los recursos financieros de Canarias se les ha sumado la financiación procedente del Régimen Especial Fiscal aplicable en las islas; estos recursos no han sido tenidos en cuenta en los datos que han servido a Bosch (2012) para construir la serie de índices normalizados que se reproduce en la tabla 2.4.

de las antes citadas, en las que la población aumentó por encima de la media en el periodo 2002-2008 (Madrid, Murcia, Castilla-La Mancha y La Rioja) están entre las cinco primeras en lo que a incremento de los recursos tributarios del sistema se refiere, lo que les ha permitido mejorar sus índices de financiación normalizados por habitante (en particular en el caso de las dos citadas en último lugar).

Por lo que respecta a la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, los recursos procedentes del sistema de financiación son inferiores a la media durante todos los años del periodo si atendemos al indicador de financiación per cápita (tabla 2.4). Los índices relativos oscilan entre un mínimo de 88 sobre 100 (en 2002) y un máximo de 92 sobre 100 (2003 y 2007). Si tomamos en consideración la ratio de financiación por unidad de necesidad (tabla 2.5) la Región de Murcia se sitúa en la media o algo por debajo de ésta, moviéndose los índices relativos en el intervalo que va desde 96 hasta 100. En todo caso, calculando el promedio de los índices relativos a lo largo del periodo, constatamos que solo Baleares ha dispuesto de una financiación per cápita inferior a la de Murcia entre 2002 y 2008, siendo dicho promedio prácticamente igual al de la comunidad autónoma murciana en Madrid y Valencia. Y únicamente la comunidad balear y la valenciana presentan un peor historial de financiación por habitante ajustado que la Región de Murcia.

El déficit relativo de financiación por habitante no representa una novedad, pues Murcia se ha situado invariablemente en las últimas posiciones del ranking de recursos per cápita desde la década de 1980. De haber recibido la comunidad murciana una financiación por habitante igual a la media a lo largo de este último sexenio, sus recursos habrían sido entre un 10 y un 12% superiores cada uno de los años que integran el periodo 2002-2008.²⁸ No obstante, como se ha señalado más arriba, a pesar de un incremento poblacional significativamente superior al del conjunto de CC.AA. de Régimen Común (16,2% acumulado en el periodo frente al 10,8% de media), la posición relativa de la CARM en términos de financiación por habitante no se deterioró gracias al positivo comportamiento de las bases tributarias regionales. Entre 2002 y 2008 los recursos tributarios liquidados al amparo del sistema de financiación (sin incluir el ejercicio de la capacidad normativa en el IRPF y computando los tributos cedidos según recaudación normativa), crecieron en la Región un 52%, cifra únicamente igualada por La Rioja y ligeramente superada solo por Castilla-La Mancha (54%). Si excluimos el último año, en el que los recursos acusan el impacto sobre la recaudación de la caída en la actividad económica, en general, y del hundimiento del sector inmobiliario, en particular, la tasa de variación de los recursos tributarios garantizados por el sistema es la más alta de todas las comunidades: un 60% acumulado, frente al 53% correspondiente al total del territorio de Régimen común.

28 Dando por buenos los índices estimados por Bosch (2012) que se muestran en la tabla 2.4, aplicando tales desviaciones sobre la media a la financiación proporcionada por el sistema (fila «TOTAL SISTEMA» de la tabla 2.3) y actualizando los valores monetarios resultantes con el deflactor regional del PIB, resulta un déficit de financiación acumulado en el periodo 2002-2008 para la Región de Murcia, tomando como referencia la media de financiación per cápita, de unos 2.000 millones de euros de 2008.

Por otra parte, según las cifras estimadas por De la Fuente (2011), el modelo de 2001 parece haber paliado la situación relativa de la CARM si atendemos a los ingresos por «habitante ajustado». En la medida en que se acepte este constructo (la «población ajustada») como un buen indicador de la necesidad de gasto, cabría concluir que el grado de suficiencia relativa de la CARM ha alcanzado a lo largo del periodo la media de las CC.AA. de Régimen Común. No obstante, esta conclusión requiere ser matizada, debido al hecho de que el valor medio está fuertemente condicionado por el peso de las comunidades más pobladas, cuyos índices normalizados se sitúan por debajo de dicha media o justo en ella (Andalucía=102; Cataluña=98; C. Valenciana=89; Madrid=100). Si comparamos, por el contrario, la situación de Murcia con la de otras comunidades de similar tamaño poblacional (Aragón, Extremadura) y/o que comparten con ella su carácter uniprovincial (Asturias, Cantabria, La Rioja), se constatan las notables diferencias que aún persisten incluso cuando se escoge la población ajustada, en lugar de la población de derecho, como magnitud con la que relativizar las cifras de financiación.

2.2. LA GARANTÍA DE LA FINANCIACIÓN DE LA SANIDAD EN EL MODELO DE 2001

En párrafos anteriores se ha señalado que uno de los cambios sustantivos que el modelo aprobado en 2001 introdujo en el sistema de financiación de las CC.AA. de Régimen común fue la integración de los recursos destinados a cubrir las necesidades de gasto en asistencia sanitaria (y servicios sociales) en un esquema de financiación único, junto con los recursos que daban cobertura al resto de competencias (las denominadas hasta entonces «competencias comunes», que incluían las de educación). Se ponía fin así al subsistema de financiación de las competencias sanitarias que había discurrido hasta entonces en paralelo al sistema general y que se materializaba en transferencias específicas que el Estado (pasando previamente por el presupuesto del Insalud) hacía llegar a las comunidades que habían recibido el traspaso de los servicios de asistencia sanitaria antes de 2002.²⁹

Sin embargo, el acuerdo de 2001 incorporó el principio de afectación a una parte de la financiación; concretamente a la destinada a sufragar el coste de la prestación de los servicios de salud, que se concretó del modo siguiente: una vez calculadas las necesidades de financiación en el año base (1999), éstas evolucionarían según un determinado índice (los Ingresos Tributarios del Estado, ITE), y las Comunidades Autónomas tendrían la obligación de destinar a la gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, como mínimo, una cantidad igual a la resultante de evolucionar las necesidades financieras en la forma señalada. Adicionalmente, y durante los tres primeros años de aplicación del sistema (posteriormente prorrogados al conjunto del periodo), el Estado garantizó a las comunidades que el índice de evolución de los

²⁹ Andalucía, Canarias, Cataluña, Comunidad Valenciana y Galicia, además de las comunidades forales.

recursos asignados a la financiación de los servicios sanitarios sería, como mínimo, igual al crecimiento del PIB nominal a precios de mercado.³⁰

Estas disposiciones específicas relativas a la cobertura de los gastos sanitarios se tradujeron en que, cada ejercicio, la liquidación del sistema de financiación determinó la cifra estimada de necesidades de gasto sanitario y aplicó la correspondiente garantía según el procedimiento siguiente:

1. Se determina el importe de la financiación de los servicios de asistencia sanitaria en el año corriente para cada comunidad multiplicando el porcentaje que representan las necesidades de financiación de los servicios de asistencia sanitaria sobre las necesidades totales de financiación de la Comunidad Autónoma en el año base 1999, por el volumen de recursos que proporciona a cada comunidad en el año corriente el sistema de financiación de las CC.AA.
2. Se determina el índice de crecimiento entre los años 1999 y corriente de la financiación asignada a los servicios de asistencia sanitaria para cada comunidad como el cociente entre la financiación de los servicios de asistencia sanitaria en el ejercicio corriente y las necesidades de financiación de los servicios de asistencia sanitaria en el año base 1999.³¹
3. En el caso en que para alguna Comunidad Autónoma el índice que resulte del cálculo anterior sea inferior al índice de incremento entre 1999 y el año corriente del Producto Interior Bruto estatal nominal a precios de mercado, la Comunidad percibe la cantidad que resulte de aplicar a las necesidades de financiación de los servicios de asistencia sanitaria en el año base 1999 la diferencia entre el índice anterior y el índice de incremento del PIB estatal nominal a precios de mercado.³²

En la tabla 2.6 se muestra la evolución en el periodo de la financiación sanitaria garantizada a cada comunidad con arreglo al procedimiento descrito. Las mismas cifras se presentan en la tabla 2.7 expresadas en valores per cápita.

30 Aunque la garantía inicialmente alcanzaba los tres primeros años de aplicación del nuevo modelo y, en consecuencia, concluía en el año 2004, el Acuerdo del Consejo de Política Fiscal y Financiera de 13 de septiembre de 2005 estableció la prórroga de la citada garantía hasta que se aprobase un nuevo sistema de financiación autonómica, con un límite global de 500 millones de euros que únicamente fue necesario aplicar en 2008.

31 A partir de 2003, estas necesidades se incrementan, en su caso, en el importe de la valoración en el año base 1999 de las revisiones que se hayan aplicado al Fondo de Suficiencia con motivo de cambios en el nivel competencial.

32 En el año 2008 la suma de las cantidades así calculadas superó el límite de 500 millones de euros, por lo que dicha cifra global fue distribuida entre las comunidades de manera proporcional al importe teórico de la garantía que para cada comunidad resultase de aplicar el procedimiento.

Tabla 2.6
Financiación de la sanidad (incluida garantía) de las Comunidades de
Régimen Común en el periodo 2002-2008 (millones de euros)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Andalucía	5.420,98	5.811,06	6.226,43	6.929,66	6.929,66	8.267,60	7.354,19
Aragón	997,07	1.090,12	1.169,41	1.275,52	1.275,52	1.521,48	1.391,61
Asturias	916,06	980,90	1.052,25	1.137,81	1.137,81	1.324,54	1.203,74
Illes Balears	636,35	681,36	730,92	790,36	790,36	917,94	815,06
Canarias	1.274,10	1.363,76	1.462,96	1.585,59	1.585,59	1.920,92	1.701,90
Cantabria	492,41	527,81	565,26	626,21	626,21	742,02	670,20
Castilla y León	1.981,67	2.121,85	2.276,19	2.465,12	2.465,12	2.890,62	2.623,24
Castilla-La Mancha	1.347,21	1.442,46	1.547,38	1.722,52	1.722,52	2.075,55	1.865,23
Cataluña	4.895,41	5.241,81	5.623,10	6.187,44	6.187,44	7.336,45	6.837,24
C. Valenciana	3.047,95	3.277,50	3.501,05	3.933,28	3.933,28	4.659,26	4.202,66
Extremadura	852,10	912,36	978,73	1.058,31	1.058,31	1.254,47	1.117,65
Galicia	2.137,05	2.288,30	2.454,75	2.654,35	2.654,35	3.107,61	2.802,34
C. de Madrid	3.788,04	4.043,99	4.325,71	4.853,67	4.853,67	5.898,12	5.564,12
Región de Murcia	835,60	898,51	962,78	1.084,24	1.084,24	1.301,17	1.169,43
La Rioja	249,74	267,41	286,86	312,69	312,69	374,76	343,23
Total	28.871,74	30.949,20	33.163,78	36.616,78	36.616,78	43.592,52	39.661,85

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

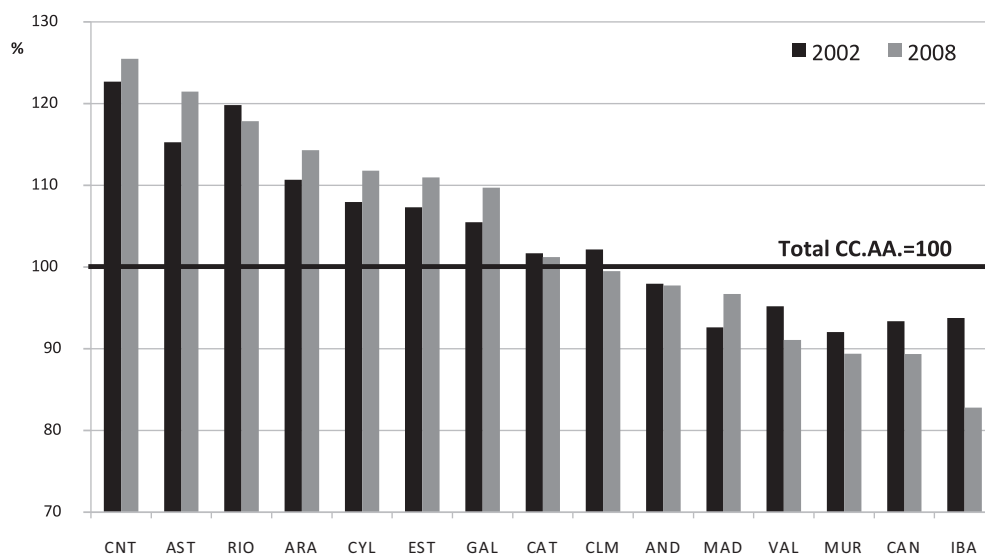
Tabla 2.7
Financiación de la sanidad (incluida garantía) de las Comunidades de
Régimen Común en el periodo 2002-2008 (euros por habitante)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Andalucía	724,88	763,93	809,94	882,78	868,85	1025,83	896,61
Aragón	818,94	886,21	935,84	1005,12	998,48	1173,39	1048,75
Asturias	852,97	912,14	979,96	1056,82	1056,56	1232,29	1114,43
Illes Balears	693,97	719,22	765,33	803,92	789,52	890,64	759,72
Canarias	691,04	719,71	763,73	805,57	794,45	948,16	819,81
Cantabria	908,04	960,20	1018,89	1113,65	1102,31	1295,37	1151,28
Castilla y León	798,94	852,95	912,70	981,79	977,05	1143,25	1025,77
Castilla-La Mancha	755,99	794,40	836,93	909,14	891,46	1049,69	912,94
Cataluña	752,39	781,88	825,31	884,53	867,23	1017,47	928,46
C. Valenciana	704,45	733,08	770,60	838,22	818,26	953,78	835,59
Extremadura	794,09	849,58	910,20	976,41	974,17	1150,90	1018,14
Galicia	780,69	831,78	892,32	960,96	959,11	1120,85	1006,53
C. de Madrid	685,35	707,12	745,19	813,81	807,84	969,82	887,19
Región de Murcia	681,02	707,92	743,63	811,68	791,24	934,67	820,01
La Rioja	886,81	930,48	977,21	1038,56	1020,62	1212,94	1081,03
Total	740,02	775,99	821,80	887,69	875,36	1030,39	917,43

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Tabla 2.5 y de la población a 1 de enero según el Padrón Municipal (INE).

En el gráfico 2.2 se observa cómo, pese a la fijación de un índice de evolución común con carácter general (el crecimiento de los ITE, con el mínimo del incremento nominal del PIB), el mecanismo para determinar el importe de la financiación «afectado» al gasto sanitario ha dado lugar a una paulatina ampliación de las distancias entre CC.AA. en términos per cápita. Así, en el año 2002, la financiación sanitaria de la comunidad con una mayor dotación de recursos por habitante (Cantabria) superaba en un 33% la financiación de la comunidad situada en el extremo inferior de la ordenación (Murcia). Al final del periodo, la financiación sanitaria per cápita «garantizada» de la comunidad cántabra (que continúa a la cabeza en recursos por habitante) resultaba ser un 52% superior a la de las Islas Baleares, que pasa a ocupar el último lugar en el año 2008. De hecho, seis de las nueve comunidades que superaban la media de financiación en 2002 mejoran su índice relativo a lo largo del periodo (las excepciones son La Rioja, Cataluña y Castilla-La Mancha); mientras que cinco de las seis comunidades que a comienzos del sexenio tenían una financiación sanitaria per cápita inferior a la media presentan índices aún más alejados de dicha media en 2008.

Gráfico 2.2
Financiación sanitaria per cápita de las Comunidades Autónomas en el periodo 2002-2008 (Total Régimen Común = 100)



Fuente: Tabla 2.7.

En el caso de la Región de Murcia, las necesidades de financiación estimadas para el año base del sistema (1999) ya situaban a la comunidad en el penúltimo lugar del indicador per cápita (solo por delante de la Comunidad de Madrid), con un índice respecto a la media de 95,5. En 2002 dicho índice fue de 92,0 y en 2008 el

periodo se cerró con una financiación sanitaria per cápita «mínima» del 89,4% de la media de comunidades de Régimen común.

2.3. EL MARCO FINANCIERO DEL NUEVO SISTEMA DE FINANCIACIÓN AUTÓNOMICO DE LA LEY 22/2009 (MODELO 2009)

2.3.1. El modelo de financiación a partir de 2009

El sistema de financiación aprobado en 2009³³ implicó importantes cambios tanto en lo que atañe al grado de autonomía financiera atribuido a las CC.AA. como por lo que respecta a los criterios de equidad presentes en los mecanismos de financiación. En relación con la primera cuestión, el nuevo sistema amplía el alcance de la cesión tributaria en términos cuantitativos, elevando el porcentaje de cesión del IRPF desde el 33% hasta el 50% y las participaciones en la recaudación por IVA e Impuestos especiales de fabricación, desde el 35% al 50% y desde el 40% al 58%, respectivamente.³⁴ En términos cualitativos, los avances en el ámbito de la autonomía financiera son menores, limitándose casi exclusivamente al IRPF, en el que se suprimen algunas restricciones al establecimiento de la tarifa autonómica³⁵, se faculta a las comunidades para que puedan modificar los mínimos personales y familiares y se amplía el margen de actuación en las deducciones de la cuota.

Por lo que atañe a la equidad, el nuevo sistema introduce un sistema de nivelación (limitada) de los servicios públicos fundamentales (que se identifican con los relativos a la sanidad, la educación y los servicios sociales), que pretende garantizar que todas las CC.AA. reciban idénticos recursos por unidad de necesidad en lo que a tales servicios básicos se refiere. Este sistema de nivelación se concreta en el instrumento denominado *Fondo de Garantía de Servicios Públicos Fundamentales*, que se articula como un fondo redistributivo (de suma cero) dotado con el 75% de la capacidad tributaria de las comunidades más una aportación adicional del Estado (algo más de 5.000 millones de euros en 2009), y cuya distribución se realiza en función de la «población ajustada relativa», una unidad de necesidad que resulta de aplicar un conjunto de ponderaciones a una serie de variables relacionadas con las necesidades de gasto de las comunidades. Las variables que sirven para el cálculo de la población ajustada relativa son las siguientes (entre paréntesis su ponderación):

³³ Acuerdo 6/2009, de 15 de julio, para la reforma del sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía. Publicado en el BOE como parte de la Ley 22/2009, de 18 de diciembre, por la que se regula el sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía y se modifican determinadas normas tributarias.

³⁴ En los casos del IVA y los IIEE cabe más hablar de participación territorial en la recaudación que de cesión impositiva, habida cuenta de la total ausencia de capacidad normativa o de gestión por parte de las CC.AA.

³⁵ Se mantiene únicamente la exigencia de que la tarifa sea progresiva, eliminándose la obligación de que el número de tramos de la escala coincida con el de la tarifa estatal.

- Población (30%).
- Superficie (1,8%).
- Dispersión (0,6%).
- Insularidad (0,6%).
- Población protegida equivalente (38%).
- Población mayor de sesenta y cinco años (8,5%).
- Población entre 0 y 16 años (20,5%).

Al ser un fondo redistributivo, algunas comunidades recibirán una transferencia positiva de dicho fondo, mientras que otras serán contribuyentes netas al mismo. Concretamente, la transferencia del fondo será mayor que cero cuando la capacidad tributaria relativa de una comunidad sea inferior a su necesidad relativa y, a la inversa, una comunidad contribuirá al fondo si su capacidad tributaria relativa supera su necesidad relativa.

Además de incorporar un criterio explícito de equidad, el funcionamiento de este fondo de garantía presenta una característica importante en lo que se refiere a su dinámica temporal, y es el hecho de que la cuantía para cada comunidad se determina anualmente actualizando, no solo el importe global del fondo (incrementando la aportación de las CC.AA. según evolucionen sus capacidades tributarias y la aportación del Estado según la evolución del ITE), sino también las variables de reparto que determinan la población ajustada relativa.

Como ha venido ocurriendo cada vez que se ha aprobado un nuevo modelo de financiación, el acuerdo garantiza que en el año inicial (2009) se mantenga el *statu quo*, de manera que las necesidades de financiación globales se determinan ex ante igualándolas a la financiación que hubiera correspondido a cada comunidad en 2009 con arreglo al anterior sistema de financiación.³⁶ Como también sucediera en 2001, esta garantía del *statu quo* es objeto de mejora por parte del Estado, que aporta algo más de 5.200 millones de euros de fondos adicionales. No obstante, a diferencia de lo ocurrido en 2001, cuando este reparto se distribuyó linealmente entre las comunidades, en esta ocasión la mayor parte de estos recursos adicionales (4.900 millones de euros «para el refuerzo del Estado del bienestar») se distribuyen en proporción a la población ajustada de cada comunidad, el incremento de la población ajustada entre 1999 y 2009, la población dependiente potencial y la

36 El *statu quo* del año inicial se obtiene sumando tres bloques de recursos: 1) la recaudación por tributos cedidos no sujetos a liquidación en 2009 con criterios normativos (revisando al alza las estimaciones para los impuestos sobre transmisiones patrimoniales y actos jurídicos documentados y sobre sucesiones y donaciones); 2) la liquidación en 2009, según el sistema de la Ley 21/2001, de los ingresos sujetos a liquidación (IRPF, IVA, Impuestos especiales, Impuesto sobre la electricidad, Fondo de suficiencia y Garantía sanitaria); y 3) un conjunto de necesidades adicionales reconocidas por un importe total superior a los 2.500 millones de euros.

población dependiente reconocida³⁷. Este ajuste de las necesidades de financiación en el año inicial contribuye a reducir, en una magnitud no desdeñable, las diferencias en financiación per cápita en el arranque del nuevo modelo, si bien la dispersión se mantiene, como se mostrará en el epígrafe siguiente.

Una vez determinadas estas necesidades de financiación totales (como suma del *statu quo* y los fondos adicionales aportados por el Estado distribuidos del modo descrito), se garantiza su cobertura a través de los recursos tributarios de las CC.AA. (los cedidos no sujetos a liquidación y los compartidos, sujetos a liquidación), la transferencia (positiva o negativa) del Fondo de Garantía de Servicios Públicos Fundamentales y la transferencia de un *Fondo de Suficiencia Global* por importe igual a la diferencia entre las necesidades totales de financiación reconocidas a la comunidad y la suma del resto de recursos mencionados. Este nuevo fondo de suficiencia actúa, al igual que su antecesor del periodo 2002-2008, como mecanismo de cierre del modelo en el año inicial, pudiendo ser de signo positivo o negativo; su evolución se liga a la de los ingresos del Estado (ITE). También se aplicará el mismo índice de evolución a las aportaciones adicionales del Estado al Fondo de Garantía de Servicios Públicos Fundamentales, cuya evolución en términos globales estará condicionada, así mismo, por la dinámica temporal de la recaudación de los tributos cedidos y compartidos.

Para concluir con la exposición de las principales características del nuevo modelo de financiación, se ha de hacer referencia a la incorporación al sistema de dos instrumentos que ajustan a posteriori los resultados del mismo, los denominados *Fondos de Convergencia*. Estos dos fondos responden a objetivos diferentes, siendo posible adscribir uno de ellos, el *Fondo de Competitividad*, al objetivo global de mejora de la equidad horizontal (en términos de igualación de la financiación per cápita) y el segundo, el *Fondo de Cooperación*, al objetivo de equidad vertical (en términos de equilibrio territorial o convergencia regional)³⁸.

El *Fondo de Competitividad*, dotado con 2.572,5 millones de euros en 2009, aporta recursos adicionales a las CC.AA. cuya financiación por unidad de necesidad sea, bien inferior a la media, o bien inferior a su capacidad tributaria por unidad de necesidad. El *Fondo de Cooperación*, por su parte, está dotado en 2009 con 1.200 millones de euros, y se reparte entre las comunidades cuyo PIB per cápita sea inferior al 90% de la media³⁹ o cuya densidad de población

37 El resto de fondos adicionales, hasta llegar a los 5.237 millones € se distribuyeron entre comunidades con elevada dispersión poblacional (50 millones), regiones con escasa densidad de población (50 millones) y comunidades con lengua propia para el desarrollo de políticas de normalización lingüística (237 millones).

38 Pedraja y Utrilla (2010) identifican el *Fondo de Cooperación* con el objetivo de eficiencia, aunque en nuestra opinión no está claro el vínculo entre la finalidad declarada de dicho fondo (y sus criterios de asignación) y el objetivo de eficiencia. Creemos que el diseño de este instrumento responde más a una meta de equidad vertical, esto es, de aportar una mayor cuantía de recursos financieros a las CC.AA. más pobres, que a una meta de eficiencia asignativa.

39 Media correspondiente a los tres últimos años; en 2009, la del periodo 2007-2009.

sea baja⁴⁰. La cuantía con la que ambos fondos están dotados evolucionará cada año a partir de 2010 según el índice de evolución de los ITE.

Aunque no son pocos los aspectos censurables del nuevo sistema de financiación, así como las cuestiones que éste deja pendientes⁴¹, no siendo éste el lugar para abordar un análisis crítico en profundidad del nuevo modelo, nos limitamos a subrayar los avances que supone en términos de autonomía financiera (desde un punto de vista cuantitativo y cualitativo), así como en lo que se refiere a la incorporación de un mecanismo de nivelación (cierto es que sólo parcial y casi exclusivamente en términos dinámicos), lo que supone la asunción de un criterio explícito de equidad: igualdad en la financiación por unidad de necesidad (población ajustada). En el caso concreto de la Región de Murcia, el nuevo modelo corrige en su arranque ligeramente el déficit de financiación relativa (por la vía del reparto de los fondos adicionales que aporta el Estado) y cabe esperar que, con el tiempo, permita una cierta convergencia de la comunidad con la media de comunidades de Régimen común en lo que a financiación por habitante respecta. En el siguiente epígrafe ilustramos esta conclusión con algunas cifras.

2.3.2. Financiación de la CARM y de las CC.AA. de Régimen común en el año 2009

2.3.2.1. Recursos no financieros de la CARM en 2009

Las necesidades totales de financiación de la CARM en el año base 2009 quedaron fijadas, según los procedimientos de estimación antes descritos en 2.604,17 millones de euros. De este montante total, 2.392,72 millones de euros (un 92%) corresponden a la financiación que habría tenido garantizada la comunidad con arreglo al modelo anterior (el *statu quo*) y 211,45 millones (un 8%) constituyen la participación de Murcia en el reparto de los fondos adicionales aportados por el Estado para el «refuerzo del Estado del bienestar». La financiación definitiva proporcionada por el sistema ascendió a una cifra algo superior, 2.804,92 millones de euros, explicándose en su mayor parte la diferencia entre esta cuantía y las necesidades globales de financiación por los recursos recibidos de los Fondos de convergencia, que ascienden a casi 151 millones de euros (100,60 del fondo de competitividad y 50,37 del fondo de cooperación). Al margen de ello, la financiación percibida excede de las necesidades estimadas debido también a la desviación positiva de la recaudación por tributos cedidos no sujetos a liquidación respecto del

40 Se considera que cumplen este requisito las comunidades cuya densidad de población sea inferior al 50% de la media, así como aquellas cuya densidad de población no supere el 125% de la densidad media en el caso de que su crecimiento poblacional en los tres últimos años haya sido inferior al 90% de la media (todas las medias hacen referencia a las CC.AA. de Régimen común).

41 Para una revisión crítica del nuevo modelo de financiación de las CC.AA. de Régimen común y de sus diferentes elementos, pueden consultarse, entre otros, los trabajos de Bosch (2012), Díaz de Sarralde (2011), Hierro et al. (2010), Herrero et al. (2010), Pedraja y Utrilla (2010), de la Fuente (2010; 2011).

criterio normativo (+58,62 millones de euros), que compensa la desviación negativa en los ingresos por IRPF, derivada del ejercicio por parte de la CARM de la capacidad normativa sobre el 50% del impuesto del que es responsable, y que supone una menor carga fiscal de la que implica la normativa común (-8,85 millones de euros). En la tabla siguiente se muestra el desglose por instrumentos de esta financiación proporcionada por el sistema, a la que se ha añadido la procedente del resto de recursos financieros, de manera similar a lo realizado en el epígrafe 2.1.3 para el periodo 2002-2008 (ver Tabla 2.2). Con el fin de facilitar la comparación con el modelo de financiación anterior, se ofrecen también las cifras que habrían resultado en 2009 de haberse llevado a cabo la liquidación con arreglo al modelo de 2001.

Tabla 2.8
Recursos no financieros de la CARM en 2009 (millones de euros)

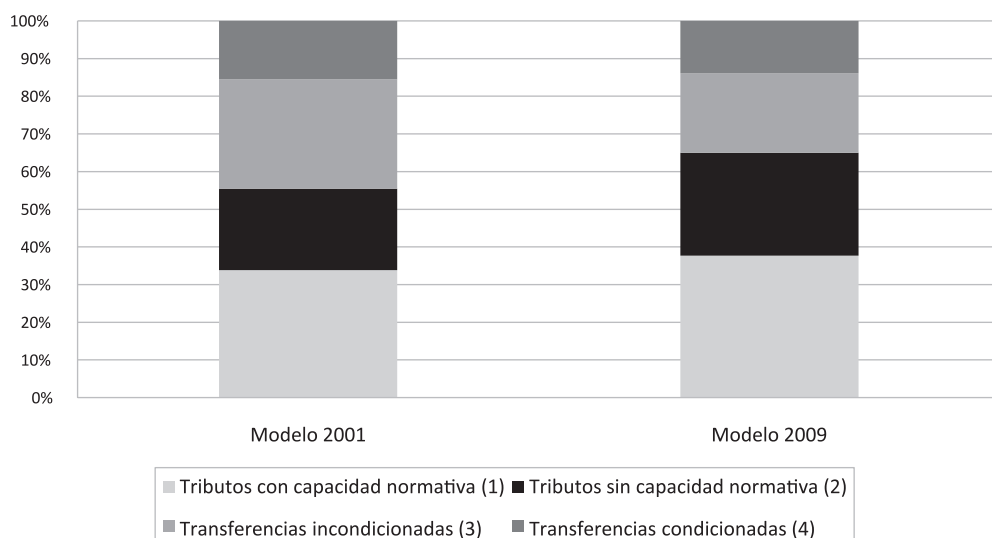
	Financiación según modelo 2001	Liquidación modelo 2009
Tributos cedidos (recaudación real)	412,9	412,9
Tasas (recaudación normativa)	10,7	10,7
Total no sujetos a liquidación (1)	423,7	423,7
IRPF (con capacidad normativa)	574,4	830,1
IVA	351,7	502,5
Impuestos Especiales	316,1	439,6
Total sujetos a liquidación (2)	1.242,3	1.772,2
TOTAL TRIBUTARIOS (1 + 2)	1.666,0	2.195,8
Fondo de Garantía de servicios públicos fundamentales (3)	---	365,4
Fondo de Suficiencia (4) (*)	776,5	92,7
Fondo de Competitividad	---	100,6
Fondo de Cooperación	---	50,4
Fondos de Convergencia (5)	---	151,0
TOTAL NO TRIBUTARIOS (3+4+5)	776,5	609,1
TOTAL SISTEMA (1+2+3+4+5)	2.442,5	2.804,9
Tributos propios y recargos	49,7	47,9
Fondo de Compensación Interterritorial	61,1	61,8
Participación provincial en tributos Estado	164,6	119,9
Subvenciones, convenios y contratos-programa	184,5	247,1
Recursos de la Unión Europea	120,0	170,1
TOTAL RECURSOS	3.089,3	3.451,7

(*) En el caso de la financiación según el modelo de 2001, el Fondo de suficiencia incluye 13,5 millones de *Garantía de financiación de la asistencia sanitaria* y su importe es el que habría resultado necesario para garantizar el *statu quo* antes de añadir los recursos adicionales aportados por el Estado. En el caso de la liquidación según el modelo de 2009, la cuantía corresponde al *Fondo de suficiencia general*. Fuente: Liquidaciones del sistema de financiación autonómica (Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas, 2009).

El total de recursos del sistema de financiación es inferior con el modelo de 2001 porque no incluye las aportaciones estatales para refuerzo del Estado del bienestar ni los fondos de convergencia. Por otra parte, esos 2.442,5 millones de euros, superan los 2.392,72 millones de euros antes citados como el *statu quo* asociado al modelo de 2001 por las mencionadas diferencias entre recaudación real y normativa de los tributos cedidos (con signo positivo) y entre la liquidación del IRPF autonómico con y sin el ejercicio de la capacidad normativa. La comparación entre las dos columnas de la tabla 2.8 reviste interés por cuanto revela los cambios que el nuevo modelo introduce en la composición de los recursos de la comunidad autónoma murciana. Esto se aprecia mejor en el gráfico 2.3.

Gráfico 2.3

Composición de los recursos no financieros de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia en 2009 antes y después del cambio en el modelo de financiación



(1) Tributos cedidos (incluidos los impuestos sobre determinados medios de transporte y sobre ventas minoristas de hidrocarburos), tasas transferidas, IRPF, tributos propios y recargos. (2) IVA e Impuestos especiales. (3) Fondo de suficiencia y Participación provincial en los tributos del Estado (modelo de 2001); Fondo de garantía, Fondo de suficiencia, Fondos de convergencia y Participación provincial (modelo de 2009). (4) Fondo de Compensación Interterritorial, Subvenciones, convenios y contratos-programa, Fondos de la UE y otros.

Fuente: Tabla 2.8.

Como se observa en el gráfico, el cambio en el modelo de financiación ha aumentado el grado de autonomía financiera de que disfruta la CARM en casi 10 puntos porcentuales. La suma de los ingresos tributarios pasa de representar un 55,5% en el modelo anterior a suponer un 65,0% con el nuevo modelo. Los recursos no tributarios de carácter incondicionado (fondo de suficiencia y participación provincial en el modelo anterior; estos dos más los fondos de garantía y de

convergencia en el modelo de 2009) han perdido peso relativo en la financiación debido al incremento en los porcentajes de cesión de los impuestos compartidos (IRPF, IVA e Impuestos especiales). Por otra parte, el aumento en la financiación global derivado de los recursos adicionales aportados por el Estado, todos ellos financiados con instrumentos incondicionados, ha reducido la cuota correspondiente a las transferencias de carácter específico (FCl, Fondos europeos, subvenciones, contratos-programa, etc.). No obstante, conviene subrayar el hecho de que la mayor parte de la ganancia en autonomía fiscal asociada al cambio de modelo es más formal que sustantiva, pues es en los tributos compartidos sin capacidad normativa (IVA e Impuestos especiales) donde se registra un mayor incremento (ganan 5,7 puntos en la estructura de la financiación frente a los 3,8 puntos en los que crece la cuota correspondiente a los tributos con capacidad normativa). En sentido estricto, por tanto, y a pesar de la ampliación del ámbito de cesión de los impuestos del Estado que conlleva el nuevo modelo de financiación, el margen de autonomía de la CARM en lo que respecta a los ingresos, dejando de lado algunas fuentes de importancia menor (tasas, precios públicos, ingresos patrimoniales, etc.) alcanza a algo más de un tercio de sus recursos totales (un 37,7% procedente de los tributos cedidos con capacidad normativa, los tributos propios y recargos y el IRPF autonómico). Un 62,3% de los recursos de la comunidad, por el contrario, tiene su origen en instrumentos de financiación que escapan a la capacidad de influencia directa de la hacienda regional.

2.3.2.2. Efectos del nuevo modelo sobre la suficiencia financiera relativa la CARM respecto al resto de CC.AA. de Régimen Común

Como se ha indicado en el apartado anterior, el acuerdo de financiación garantiza para el año 2009 el respeto del *statu quo* a todas las CC.AA., entendiendo como tal el que ninguna recibirá menos recursos de los que habría recibido en dicho año de haberse mantenido el sistema vigente durante el periodo 2002-2008. En consecuencia, los únicos cambios en la posición relativa de las comunidades vendrán, de un lado, del impacto que el reparto de los fondos adicionales aportados por el Estado pudiera tener sobre las necesidades totales garantizadas de cada región y, de otra parte, del efecto sobre las cifras totales de recursos disponibles que tengan los fondos de convergencia (competitividad y cooperación).

En la tabla siguiente se muestra la financiación per cápita y por habitante «ajustado» (unidad de necesidad) correspondiente al *statu quo* (esto es, los recursos que hubieran recibido las CC.AA. en 2009 de no haberse modificado el modelo de financiación), así como la distribución de los recursos adicionales aportados por el Estado y los fondos de convergencia, y su reflejo en la financiación total definitivamente atribuida a cada comunidad.

Tabla 2.9
Financiación(*) per cápita de las CC.AA. de Régimen común en 2009

a) Según población de derecho a 1 de enero

	<i>Statu quo</i>	Refuerzo Estado del Bienestar	Otros (1)	Fondos de convergencia		TOTAL RECURSOS
				Competitividad	Cooperación	
Andalucía	1.726	94	0	0	37	1.857
Aragón	2.086	102	7	0	24	2.218
Asturias	2.056	43	7	0	84	2.190
Illes Balears	1.512	158	29	127	0	1.998
Canarias	1.579	144	0	0	33	1.756
Cantabria	2.250	92	2	0	27	2.371
Castilla y León	2.108	58	10	0	82	2.258
Castilla-La Mancha	1.882	118	7	0	37	2.044
Cataluña	1.794	127	13	125	0	2.059
C. Valenciana	1.590	141	12	124	0	1.867
Extremadura	2.103	44	7	0	93	2.246
Galicia	1.985	58	29	0	87	2.159
C. de Madrid	1.800	138	0	119	0	2.056
Región de Murcia	1.647	146	0	70	35	1.897
La Rioja	2.089	133	6	0	0	2.229
Total	1.802	112	8	59	27	2.012

b) Según población ajustada

	<i>Statu quo</i>	Refuerzo Estado del Bienestar	Otros (1)	Fondos de convergencia		TOTAL RECURSOS
				Competitividad	Cooperación	
Andalucía	1.754	95	0	38	38	1.888
Aragón	1.983	97	6	23	23	2.109
Asturias	1.983	41	7	81	81	2.112
Illes Balears	1.514	158	29	0	299	2.000
Canarias	1.526	139	0	32	32	1.696
Cantabria	2.255	92	2	28	28	2.376
Castilla y León	1.965	54	9	77	77	2.105
Castilla-La Mancha	1.783	112	6	35	35	1.936
Cataluña	1.815	129	13	0	127	2.084
C. Valenciana	1..620	143	12	0	127	1.903
Extremadura	1.984	42	6	88	88	2.120
Galicia	1.871	55	27	82	82	2.035
C. de Madrid	1.912	146	0	0	127	2.185
Región de Murcia	1.682	149	0	36	107	1.938
La Rioja	2.062	132	6	0	0	2.200
Total	1.802	112	8	59	27	2.012

(*) Financiación a competencias homogéneas. (1) Fondos para CC.AA. con elevada dispersión y/o escasa densidad de población y para políticas de normalización lingüística.

Fuente: Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas (2009) y elaboración propia.

La incidencia del reparto de recursos adicionales, así como de los fondos de convergencia es dispar entre comunidades, como se pone de manifiesto en los índices relativos de financiación por habitante ajustado que se muestran en la tabla 2.10. Se observa en esta tabla cómo seis CC.AA. (Balears, Comunidad Valenciana, Canarias, Murcia, Cataluña y Madrid) ven sensiblemente mejorada su financiación respecto a la media gracias a la distribución de los recursos adicionales aportados por el Estado (columna 2). La comunidad balear es la más beneficiada por este reparto, pues mejora su financiación por habitante ajustado en un 12,4%, lo que le permite acercarse 4,5 puntos a la media de financiación por unidad de necesidad. En el caso de Murcia, la mejora en la financiación roza el 9% y su índice relativo recorta 2 puntos su distancia respecto de la media.

Tabla 2.10
Financiación(*) por habitante ajustado según el nuevo modelo. Año 2009

	Índice normalizado (Total CC.AA. = 100)			Incremento en los recursos por habitante ajustado (%)	
	<i>Statu Quo</i> (1)	Necesidades globales (2)	TOTAL (3)	Necesidades globales	TOTAL
Andalucía	97	96	94	5,4	7,6
Aragón	110	109	105	5,2	6,4
Asturias	110	106	105	2,4	6,5
Illes Balears	84	88	99	12,4	32,1
Canarias	85	87	84	9,1	11,2
Cantabria	125	122	118	4,2	5,4
Castilla y León	109	106	105	3,2	7,1
Castilla-La Mancha	99	99	96	6,6	8,6
Cataluña	101	102	104	7,8	14,8
C. Valenciana	90	92	95	9,6	17,4
Extremadura	110	106	105	2,4	6,8
Galicia	104	102	101	4,4	8,8
C. de Madrid	106	107	109	7,6	14,3
Región de Murcia	93	95	96	8,9	15,2
La Rioja	114	114	109	6,7	6,7
Total	100	100	100	6,6	11,7
Ratio máx./mín.	1,49	1,41	1,40	---	---

(*) Financiación a competencias homogéneas. (2) *Statu Quo* + Recursos adicionales (Refuerzo del Estado de Bienestar y otros). (3) Necesidades globales + Fondos de convergencia (en el caso de Baleares se incluyen los recursos derivados de la aplicación de la Disposición Adicional 3ª de la Ley 22/2009). Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas (2009).

La comparación de las columnas 2 y 3 permite valorar el impacto sobre la financiación por habitante ajustado de los fondos de convergencia. Las comunidades más beneficiadas son las mismas que se acaban de citar con la única excepción de Canarias. La que registra un mayor incremento en términos relativos como consecuencia de la distribución de los fondos de convergencia es, de nuevo, la comunidad de Islas Baleares (un 17,6% más de recursos por unidad de necesidad y una mejora de su índice relativo de 10,9 puntos). No obstante, buena parte del incremento en los recursos de esta comunidad reflejado en la tabla 2.10 se debe, no al efecto de los fondos de competitividad y cooperación, sino a la aplicación de las Disposición Adicional 3ª de la Ley 22/2009⁴²; si excluimos los recursos adicionales derivados de la aplicación de dicha cláusula, el incremento asociado al reparto de los fondos de convergencia sería del 7,5% (del 20,7% en total) y la mejora en el índice relativo sería de 2,3 puntos y no de 10,9 como se deduce de la tabla. La Comunidad Valenciana ve aumentar sus recursos por habitante ajustado un 7,1% a resultas de lo cual su índice relativo mejora más de 2 puntos porcentuales. En el caso de la Región de Murcia, el incremento en financiación por habitante ajustado derivado de los fondos de convergencia es del 5,8% lo que permite que el índice relativo de financiación aumente 1 punto (1,7 puntos lo hace en Cataluña y 1,5 puntos en Madrid).

2.3.3. Estimaciones de los recursos de la CARM en el periodo 2010-2012

Realizar proyecciones de los recursos financieros de las comunidades autónomas en este momento resulta ciertamente un ejercicio arriesgado. La incertidumbre acerca de la evolución de la actividad económica siembra de dudas cualquier intento de predecir el comportamiento a medio plazo de los ingresos tributarios de las administraciones públicas. Únase a esto el hecho de que, tras la entrada en vigor del nuevo modelo de financiación autonómica, solo se ha procedido a la liquidación del primer ejercicio: el 2009, lo que complica sobremanera formular hipótesis acerca del modo en que se desenvolverán en un futuro próximo los instrumentos de nivelación y redistributivos incorporados al sistema de financiación (Fondo de Garantía y Fondos de convergencia).

La dinámica del nuevo sistema de financiación es más compleja que la de su predecesor, debido al hecho mencionado en el apartado 2.3.1 de que el reparto del Fondo de Garantía de Servicios Públicos Fundamentales (que, recordemos, redistribuye entre las CC.AA. un 75% de todos sus recursos tributarios) se lleva a cabo cada ejercicio actualizando las variables que intervienen en su distribución. En consecuencia, la evolución de los recursos de cada comunidad ya no depende

⁴² Dicha disposición adicional prevé que, en el caso de que, para una comunidad, el Fondo de Garantía y el Fondo de Suficiencia tengan signo negativo y, además, la comunidad no alcance la financiación por habitante ajustado media tras la distribución del Fondo de Competitividad, el Estado compensará a la comunidad con una cuantía que no podrá ser superior al importe del Fondo de Suficiencia negativo.

únicamente de cómo evolucionen la recaudación de los impuestos en su territorio (los cedidos y los compartidos, como el IRPF) y la recaudación de los tributos del Estado no cedidos a las CC.AA.; sino también de cómo lo haga la recaudación en el resto de comunidades (puesto que ello determinará el volumen global del fondo), y de la dinámica seguida por la población, su distribución por edades o la dispersión geográfica, en la propia comunidad y en las catorce restantes (dado que ello se reflejará en cambios en la «población ajustada relativa», que es la variable compuesta que sirve de criterio de reparto del citado Fondo de garantía). A esto se añade la dificultad de predecir la evolución de los Fondos de Convergencia (el Fondo de Competitividad y el Fondo de Cooperación), pues tanto la condición de beneficiario de los mismos como la cuantía a recibir dependen de la situación relativa de la comunidad en relación con la media (en términos de financiación, en el caso del primero; en términos de renta per cápita y/o densidad poblacional, en el caso del segundo).

Dejando de lado los Fondos de Convergencia, podemos expresar la financiación «básica» de la comunidad autónoma i en el año t como⁴³:

$$FB_{it} = CTN_{it} + FG_{it} + FS_{it}$$

Donde CTN es la *capacidad tributaria neta* de la comunidad (esto es, el 25% de sus ingresos tributarios cedidos y compartidos que no se integra en el Fondo de garantía); FG su participación en el *Fondo de garantía* (que será mayor o menor que el 75% de sus ingresos tributarios, según sea receptora o contribuyente neta a dicho fondo); y FS la transferencia del *Fondo de Suficiencia Global*.

El primer término, CTN , evolucionará en el tiempo según lo haga la recaudación de los tributos cedidos (por ejemplo, el impuesto de transmisiones patrimoniales) y compartidos (por ejemplo, el IRPF) en cada comunidad autónoma. El tercer término, FS , evolucionará según lo hagan los ingresos tributarios del Estado (ITE), es decir los impuestos no cedidos (el impuesto sobre sociedades) y la parte no cedida de los compartidos (la recaudación estatal por IRPF, IVA e Impuestos especiales de fabricación). Finalmente, la evolución en el tiempo del segundo término de la ecuación de financiación básica, FG , dependerá, por un lado, de la evolución de la recaudación por impuestos cedidos y compartidos de todas las CC.AA. y, por otro, de los cambios que se produzcan en el criterio de reparto del fondo, esto es, la «población ajustada relativa» que, a su vez, depende de los cambios en el tamaño y composición de la población, entre otros factores.

Por tanto, si se deseara estimar la cuantía asociada a cada uno de los «bloques» de financiación, habría que realizar supuestos acerca de la evolución previsible de los elementos que determinan la dinámica de cada uno de ellos: la recaudación tributaria de la comunidad, los ingresos del resto de comunidades, la recaudación del Estado y la población ajustada relativa de la comunidad en cuestión. La singular coyuntura

43 Seguimos la notación utilizada por De la Fuente (2010).

por la que atraviesan las administraciones públicas, en general, y las haciendas autonómicas, en particular, invalidan cualquier intento de predecir la dinámica por venir a partir del análisis retrospectivo (no hay razones para suponer, por ejemplo, que la recaudación tributaria crecerá más/menos en aquellas comunidades que presentaron un diferencial positivo/negativo en términos de incremento de su recaudación en el periodo anterior a la crisis económica). Por esta razón, en las estimaciones que se presentan a continuación para la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia hemos optado por el pragmatismo, siguiendo un criterio de parsimonia.

En consecuencia, únicamente formularemos hipótesis acerca de la evolución de los recursos tributarios de las CC.AA. y del Estado, suponiendo que la recaudación crece en Murcia al mismo ritmo que en las demás comunidades y que la posición relativa de todas éstas se mantiene inalterada (esto es, que los valores de la población ajustada relativa no cambian y, en consecuencia, el Fondo de garantía crece por igual en todas las regiones, según lo hagan los ingresos tributarios de las comunidades). La consecuencia de este supuesto es que uno de los instrumentos que hasta el momento hemos dejado al margen del análisis, el Fondo de Competitividad, evolucionará en cada comunidad beneficiaria del mismo según lo hagan los ingresos del Estado (variable que determina la evolución del montante global del fondo), puesto que la financiación relativa y la capacidad tributaria relativa se suponen constantes. Por lo que respecta al Fondo de Cooperación, también supondremos que su cuantía crece en paralelo al índice de evolución de los ingresos del Estado (ITE).

La proyección de ingresos para la CARM alcanza la «financiación básica» y los Fondos de convergencia, pero también el resto de instrumentos de financiación de carácter incondicionado, esto es, los tributos propios y los ingresos que la comunidad percibe en su condición de provincia (en ausencia de la Diputación como ente local). En el caso de la Participación provincial en los tributos del Estado, supondremos que su evolución es igual a la de los ITE, mientras que en el caso de los tributos propios ligaremos su evolución a la del PIB regional, aplicando una elasticidad basada en datos retrospectivos. Por último no todos los años del periodo 2010-2012 serán objeto del mismo tratamiento. Para los años 2010 y 2011 se dispone de cierta información (en algunos casos provisional) acerca del comportamiento de los ingresos tributarios a escala nacional sobre la que será posible construir las proyecciones. Para el año 2012 se cuenta con las previsiones de ingresos contenidas en el proyecto de Presupuestos Generales del Estado y en el presupuesto de la Comunidad Autónoma. En la tabla 2.11 se muestran las cifras estimadas para el periodo 2010-2012 junto con la financiación de 2009 resultante de la liquidación definitiva del sistema. A continuación se detalla el procedimiento seguido en cada uno de los años del trienio.

La financiación de la CARM en 2010 se ha estimado asumiendo que los ingresos tributarios crecen al mismo ritmo que en el conjunto del Estado y se han utilizado las variaciones respecto del año 2009 de los impuestos recaudados por las Administraciones Públicas, según datos provisionales de la Contabilidad Nacional de España. Los supuestos específicos para cada partida de financiación son los siguientes:

Tabla 2.11
Financiación incondicionada (*) de la CARM en el periodo 2009-2012.
Millones de euros

	2009	2010 (E)	2011 (E)	2012 (E)
Tributos cedidos (recaudación real)	412,9	394,5	371,8	352,8
Tasas (recaudación normativa)	10,7	12,0	11,9	12,3
Total no sujetos a liquidación (1)	423,7	406,5	383,7	365,2
IRPF (con capacidad normativa)	830,1	870,3	888,1	929,8
IVA	502,5	685,0	651,3	629,8
Impuestos Especiales	439,6	448,8	426,7	414,4
Total sujetos a liquidación (2)	1.772,2	2.004,0	1.966,1	1.974,0
TOTAL TRIBUTARIOS (1 + 2)	2.195,8	2.410,5	2.349,8	2.339,1
Fondo de Garantía de servicios públicos fundamentales (3)	365,4	401,1	391,0	389,2
Fondo de Suficiencia (4) (*)	92,7	103,7	102,5	106,6
Fondos de Convergencia (5)	151,0	168,9	166,9	173,6
TOTAL NO TRIBUTARIOS (3+4+5)	609,1	673,7	660,4	669,4
TOTAL SISTEMA (1+2+3+4+5)	2.804,9	3.084,2	3.010,2	3.008,5
Tributos propios y recargos	47,9	48,4	48,9	48,5
Participación provincial en tributos Estado	119,9	134,1	132,5	137,8
TOTAL FINANCIACIÓN INCONDICIONADA	2.972,7	3.266,7	3.191,6	3.194,8

(*) Se excluyen los recursos de carácter condicionado: Fondo de Compensación Interterritorial, Subvenciones, convenios y contratos-programa, y Recursos de la Unión Europea. (E) Estimaciones basadas en la evolución de los recursos tributarios a escala nacional y en cifras presupuestarias. Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas y del INE (CNE-2008).

1. La recaudación por tributos cedidos crece según la tasa de variación ponderada de la recaudación en el conjunto del Estado de los impuestos sobre transmisiones patrimoniales y actos jurídicos documentados, sobre sucesiones y donaciones, sobre determinados medios de transporte («matriculación»), sobre ventas minoristas de determinados hidrocarburos («céntimo sanitario») y de las tasas sobre el juego.
2. Los ingresos por IRPF, IVA e Impuestos especiales aumentan según las respectivas tasas de variación en el conjunto del Estado de la recaudación por dichas figuras tributarias.
3. La financiación derivada del Fondo de suficiencia, de los Fondos de Convergencia y de la Participación provincial en los tributos del Estado, así como los ingresos por tasas transferidas (recaudación normativa), evolucionan según la media ponderada de las tasas de variación del IVA, los Impuestos especiales de fabricación, el IRPF y el Impuesto de Sociedades.

4. La aportación del Fondo de Garantía de servicios públicos fundamentales crece según la variación entre 2009 y 2010 de los recursos tributarios de la comunidad que resulte de las estimaciones anteriores.
5. Los ingresos derivados de tributos propios y recargos se han estimado aplicando a la tasa de variación nominal del PIB regional una elasticidad de 1,3 igual al promedio de la observada en el periodo 2003-2009.⁴⁴

Para el año 2011 no se dispone aún del desglose de los ingresos impositivos de las AAPP por figuras concretas, siendo necesario basar las estimaciones únicamente en la evolución de las tres categorías de impuestos (sobre producción e importaciones, sobre renta y patrimonio y sobre el capital) que se recogen en el avance de las operaciones no financieras de las AAPP para dicho año. Los supuestos que subyacen a las cifras referidas a 2011 son:

1. Los tributos cedidos crecen según la media ponderada de la variación de cada una de sus figuras integrantes suponiendo que los pesos relativos son los observados para el total nacional en 2010 y que cada impuesto crece al mismo ritmo que la categoría a la que se adscribe (sobre producción, sobre renta o sobre el capital).
2. Los ingresos por IRPF crecen según la tasa de variación nacional de los impuestos corrientes sobre la renta y el patrimonio; los ingresos por IVA e Impuestos especiales evolucionan según la variación de los impuestos sobre producción e importaciones.
3. La financiación derivada de la recaudación normativa por tasas, el Fondo de suficiencia, los Fondos de Convergencia y la Participación provincial en los tributos del Estado, evoluciona según la media ponderada de las tasas de variación de los impuestos sobre producción e importaciones y los impuestos corrientes sobre la renta y el patrimonio.
4. El Fondo de Garantía de servicios públicos fundamentales crece según la variación entre 2009 y 2010 de los recursos tributarios de la comunidad que resulte de las estimaciones anteriores.
5. La recaudación por tributos propios y recargos se ha estimado aplicando a la tasa de variación nominal del PIB regional la elasticidad de 1,3 según se ha explicado en el apartado 5 anterior.

Para el año 2012 se ha supuesto que la recaudación por tributos cedidos evoluciona a una tasa que es el promedio de la de los dos años precedentes. Los ingresos por IRPF, IVA e Impuestos especiales se han hecho evolucionar a la tasa prevista en el proyecto de Presupuestos Generales del Estado para 2012. Esta

⁴⁴ Se ha excluido el año 2002 porque entre dicho ejercicio y el 2003 se registró una variación extraordinaria en la recaudación por tributos propios (tasa de variación del 643%) debida a la implantación efectiva del Canon de saneamiento.

misma fuente es la que se ha utilizado para determinar la tasa de variación del total de ingresos tributarios del Estado que se ha utilizado para proyectar los ingresos derivados de la recaudación normativa por tasas, el Fondo de suficiencia, los de convergencia y la financiación provincial. Para el Fondo de garantía y la recaudación por tributos propios se ha seguido el mismo procedimiento antes descrito.

3. BALANCE ACERCA DE LA SOSTENIBILIDAD FINANCIERA DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE LA REGIÓN DE MURCIA

3.1. ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE LA SOSTENIBILIDAD FINANCIERA DEL GASTO SANITARIO EN LA REGIÓN DE MURCIA

En este apartado llevamos a cabo un sencillo ejercicio de comparación, con el fin de poner de manifiesto la dispar evolución del gasto sanitario y de los recursos financieros en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, en el periodo analizado de modo retrospectivo en el presente informe (2002-2009).

En primer lugar, en el gráfico 3.1 se muestra cómo ha evolucionado en el periodo 2002-2009 la relación entre el gasto público sanitario de la CARM y una serie de magnitudes representativas de los ingresos públicos de la comunidad:

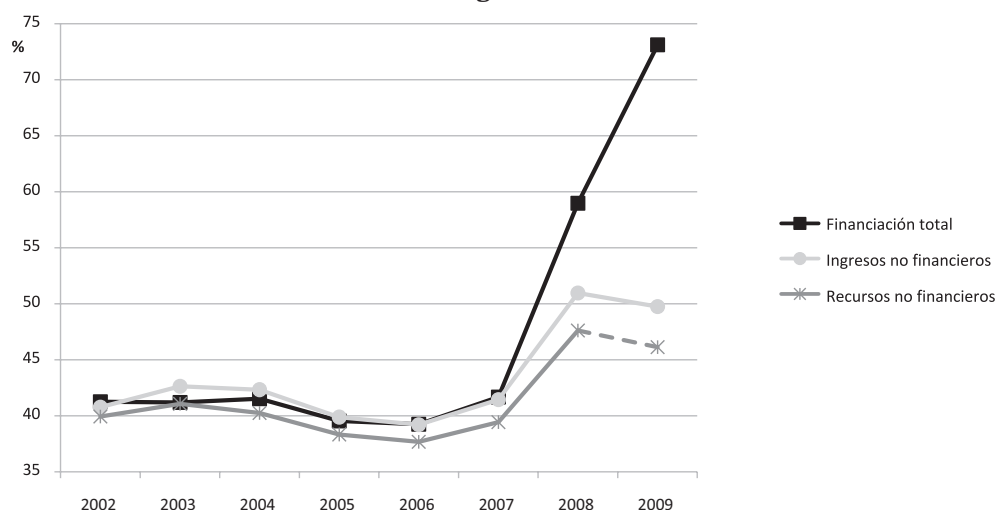
- *Financiación total*: recursos totales consignados en las liquidaciones del sistema de financiación de las Comunidades de Régimen Común, que incluyen: los proporcionados por el sistema, los tributos propios y la financiación de la CARM como provincia, así como los instrumentos de financiación condicionada: subvenciones, contratos-programa, Fondo de compensación interterritorial, Fondos europeos, ...
- *Ingresos no financieros*: derechos reconocidos en las liquidaciones de los presupuestos consolidados de la CARM.
- *Recursos no financieros*: total de recursos no financieros según Contabilidad Regional registrados en las Cuentas Regionales de las AAPP.

Aunque, en principio, las diferencias entre estas magnitudes no deberían ser muy elevadas, ya se advirtió en el apartado 2.1.3 que el retardo de dos años en la liquidación del sistema de financiación autonómica ha dado lugar a la aparición de enormes discrepancias entre los ingresos liquidados (o los recursos consignados en las cuentas regionales) y los fondos definitivamente atribuidos a las CC.AA. por el sistema de financiación en los años 2008 y 2009, debido a la sobreestimación

de los ingresos del Estado implícita en las entregas a cuenta realizadas en dichos años. Esta anomalía se observa muy claramente en el gráfico 3.1 donde, a partir de 2008, los perfiles asociados a las magnitudes presupuestarias y contables se distancian del vinculado con las liquidaciones del sistema de financiación.

En el gráfico se constata cómo el gasto sanitario absorbía en 2002 aproximadamente un 40% de los recursos financieros de la CARM, sea cual fuere la fuente a la que se acuda para computar tales recursos. Durante el primer quinquenio del periodo, el incremento en la financiación asociado a la fase alcista del ciclo económico mantuvo dicha proporción más o menos estable en torno al citado valor, con un mínimo del 37,7% (año 2006, ratio sobre recursos no financieros) y un máximo del 42,6% (año 2003; ratio sobre ingresos liquidados). Sin embargo, a partir de 2008, con la llegada de la crisis económica y financiera, los ingresos públicos caen y la relación gasto sanitario/recursos aumenta.

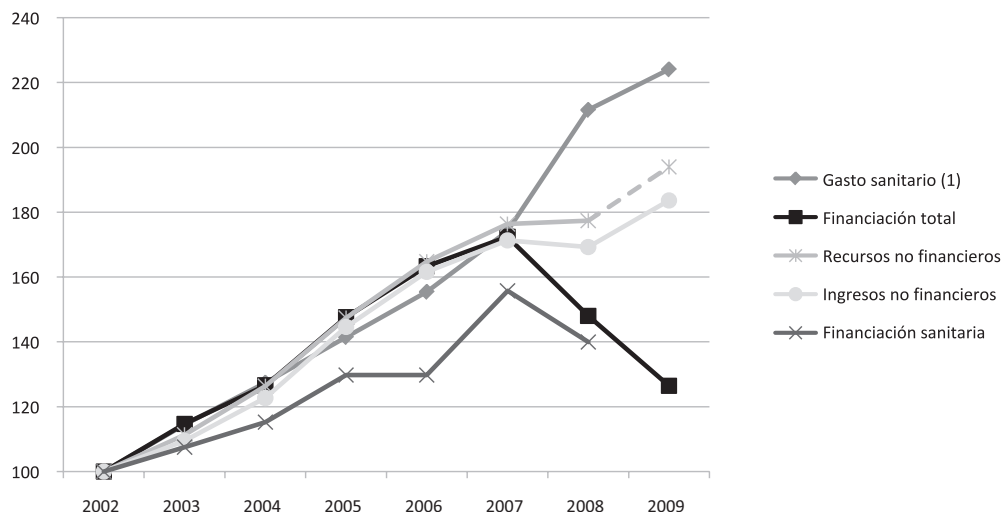
Gráfico 3.1
Relación porcentual entre el gasto sanitario de la CARM y los recursos de la Hacienda regional. 2002-2009



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad: *Estadística de Gasto sanitario público*. Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas: *Liquidaciones del sistema de financiación de las CC.AA. de Régimen Común. Liquidaciones de presupuestos de las CC.AA. Cuentas Regionales de las AAPP*.

En definitiva, el coste de mantenimiento del sistema regional de salud absorbe una porción significativamente mayor de los recursos al final del periodo que al comienzo del mismo. Incluso utilizando el indicador más «favorable» (el que relaciona el gasto en sanidad con los recursos no financieros según Contabilidad Regional), vemos que el porcentaje de recursos de la administración autonómica que ha de dedicarse a sufragar el coste del sistema público de salud crece más de 6 puntos

Gráfico 3.2
Evolución del gasto sanitario de la CARM y de los ingresos de la Hacienda regional. 2002-2009 (Año 2002=100)



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad: *Estadística de Gasto sanitario público*. Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas: *Liquidaciones del sistema de financiación de las CC.AA. de Régimen Común. Liquidaciones de presupuestos de las CC.AA. Cuentas Regionales de las AAPP*.

(desde el 39,9% hasta el 46,1%). En el caso de la ratio cuyo denominador está constituido por los ingresos presupuestarios liquidados, la variación alcanza los 9 puntos porcentuales (pasa del 40,8% al 49,8%). Donde más evidente se hace el incremento de la relación gasto/recursos es en la ratio construida con los datos de la liquidación del sistema de financiación que, partiendo del 41,3%, llega al 59% en 2008 y supera el 73% en 2009. Es decir, que los gastos en asistencia sanitaria absorbieron en 2009 casi las tres cuartas partes de los recursos que el sistema de financiación autonómica puso a disposición de la CARM.

Como ya se ha señalado, la mayor o menor magnitud del cambio observado en este indicador de sostenibilidad depende del criterio de cómputo de los ingresos públicos que se escoja. No obstante, más allá de diferencias de índole cuantitativa, la conclusión que en términos cualitativos cabe extraer del gráfico 3.1 es bastante clara. Los ingresos de la hacienda regional fueron capaces de crecer en paralelo a los gastos del sistema sanitario durante la fase alcista del ciclo, en la que el ritmo de crecimiento de la actividad económica fue inusualmente elevado (tasa media acumulada de crecimiento del PIB en términos reales del 4% en el periodo 2002-2007). Durante estos años, el extraordinario dinamismo del sector de la construcción (tasa media de crecimiento en volumen del VAB del 5,3% en el periodo; del 6,3% entre 2002 y 2006) no solo actuó como motor de la actividad productiva regional,

sino que se convirtió en pieza clave del sistema de financiación de la CARM, a través de su impacto directo sobre la recaudación por IVA y por los impuestos sobre transmisiones patrimoniales y actos jurídicos documentados, además de su impacto indirecto sobre otros ingresos públicos.

Sin embargo, a partir de 2008 la situación cambia radicalmente: en dicho año, la caída en los ingresos tributarios coincide con el máximo valor de la tasa de crecimiento del gasto sanitario en términos nominales (21,5%), con el resultado ya visto. Aunque en 2009 se modera el crecimiento del gasto, la ratio de sostenibilidad apenas se reduce o incluso aumenta (según se tomen los datos de ingresos presupuestarios o de contabilidad regional, o bien se utilicen los datos de liquidación del sistema de financiación). En el gráfico 3.2 se muestra la sincronía en la evolución de los gastos e ingresos hasta 2007 y la evolución divergente que a partir de entonces tiene lugar. Con fines meramente ilustrativos, se ha añadido al gráfico el perfil evolutivo de la financiación sanitaria calculada a los efectos del mecanismo de garantía incluido en el modelo de 2001 (ver epígrafe 2.2). A la vista de la trayectoria divergente de dicho perfil y del correspondiente al gasto sanitario, se concluye que tal mecanismo perdió su virtualidad prácticamente desde el año siguiente al de su aplicación: entre 2002 y 2008 esta «financiación sanitaria» garantizada creció a un ritmo anual acumulado del 9,2% en términos nominales, mientras que el gasto sanitario lo hizo a una tasa media del 13,3%.

Es cierto que la virulencia con que la crisis económica ha golpeado a la economía nacional, y a la economía regional en particular⁴⁵, es tan inusitada como lo fue el aparente vigor que caracterizó la evolución de la actividad económica en los años inmediatamente anteriores al estallido de la crisis. Probablemente pase mucho tiempo hasta que volvamos a asistir a caídas en la recaudación fiscal tan bruscas como las acontecidas desde 2008. Pero igualmente probable es que no vuelvan a registrarse en décadas los espectaculares incrementos en los ingresos públicos asociados a la burbuja inmobiliaria, que sirvieron para llenar las arcas públicas de ayuntamientos y comunidades (también de la Administración central) en los últimos años del siglo XX y los primeros del XXI. En el siguiente apartado abundamos en esta cuestión.

3.2. PERSPECTIVAS FUTURAS SOBRE LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO REGIONAL

Las previsiones de crecimiento del gasto sanitario público en la Región de Murcia a partir de 2012 oscilan entre un 5,4% y un 6,4% de crecimiento anual. En consecuencia, para poder predecir en qué medida la sostenibilidad del sistema puede estar en cuestión a medio y largo plazo, la clave está en determinar si los ingresos destinados a financiar la hacienda regional crecerán a una tasa igual o superior a la que previsiblemente marcará el crecimiento del gasto. De ser así, podremos concluir que el sistema, en su configuración actual, es sostenible. En caso contrario, esto es,

⁴⁵ Murcia es la segunda comunidad, tras Valencia, en la que más ha caído el PIB entre 2008 y 2011 (INE: Contabilidad Regional de España. Base 2008).

si la previsión de crecimiento de los ingresos destinados, entre otros fines, a financiar el gasto sanitario público en la Región de Murcia es inferior al crecimiento previsto en los requerimientos de gasto, la sostenibilidad del sistema no estará garantizada, al menos no en su configuración actual.

Conviene advertir, no obstante, que las reformas encaminadas a mejorar la eficiencia del sistema sanitario público, siendo imprescindibles en el escenario en el que la sostenibilidad no está garantizada, son de vital importancia también en el escenario complementario, esto es, aun cuando la previsión de crecimiento de los ingresos sea superior a la del gasto sanitario público. La verosimilitud asociada a un dictamen de sostenibilidad del sistema se incrementa cuando éste mejora su eficiencia. No olvidemos que ni la realidad observada ni, por tanto, los análisis contenidos en este documento, son determinísticos.

Resulta particularmente complejo predecir el crecimiento de los ingresos autonómicos a partir de 2012 por medio de un ejercicio similar al realizado para el gasto público, esto es, a partir del crecimiento previsto en sus principales partidas o factores determinantes. Esta dificultad se fundamenta en el cambio estructural que representa el nuevo sistema de financiación autonómico que entró en vigor en el año 2009. Este nuevo sistema descompone los ingresos totales de las CC.AA. en un conjunto de partidas que difieren de las que, por agregación, caracterizaban los ingresos en el sistema precedente. Este cambio tiene importantes repercusiones en la utilidad de los datos disponibles, ya que invalida la posibilidad de utilizar las tendencias registradas en las partidas de ingreso en el periodo 2002-2008 para predecir la evolución futura de las nuevas partidas. A esta dificultad hay que añadir que sólo disponemos de una observación anual del nuevo sistema, el año 2009.

Así, a diferencia del gasto sanitario público, la evolución prevista de los ingresos destinados a financiar dichos gastos no se puede determinar por agregación de las previsiones realizadas para sus componentes principales. La alternativa que nosotros contemplamos pasa por determinar la relación de proporcionalidad existente entre el crecimiento de la financiación de la CARM en el periodo 2002-2009 y el crecimiento económico. Esta relación es lógica, por cuanto son numerosas las partidas de ingresos que dependen del crecimiento de la economía nacional, del crecimiento regional o del diferencial entre ambos. Y, lo que es más importante, esta relación de proporcionalidad está presente tanto en el anterior como en el actual sistema de financiación autonómico.

Para determinar la relación de proporcionalidad existente entre el crecimiento de los ingresos autonómicos y el crecimiento económico regresamos, por Mínimos Cuadrados Ordinarios, el crecimiento anual de los ingresos en el periodo 2002-2009 sobre el crecimiento económico nacional, el regional y la diferencia entre ambos. Esta regresión la realizamos para el conjunto de CC.AA. y también restringiendo la muestra a la Región de Murcia. De entre las distintas especificaciones hemos seleccionado aquella que minimiza el error cuadrático medio de predicción en el periodo observado 2002-2009. La especificación seleccionada resulta ser la

restringida a la Región de Murcia. En dicha especificación, el crecimiento en la financiación autonómica depende del crecimiento económico nacional. La tabla 3.1 contiene el resultado de la estimación en la columna (1). El coeficiente estimado para el crecimiento económico nacional es de 3,98.⁴⁶ Este coeficiente informa de que los recursos proporcionados a la CARM por el sistema de financiación autonómica se incrementan en aproximadamente un 4% por cada 1% de incremento en volumen (esto es, en términos reales) del PIB nacional. El error cuadrático medio en la especificación elegida es muy reducido, lo que permite suponer que la elasticidad estimada es certera.

Combinando la elasticidad renta del crecimiento de los ingresos de la CARM, esto es, el 3,98 anteriormente interpretado, con las previsiones de crecimiento del gasto sanitario público en la Región de Murcia presentadas en el cuadro 1.41 podemos determinar el crecimiento económico nacional necesario para garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario público regional.

Tabla 3.1
Estimación, por Mínimos Cuadrados Ordinarios, de los factores determinantes de la tasa anual de variación de los ingresos autonómicos

	(1)	(2)	(3)
TAV PIB nacional	3,982*** (0,395)	3,234*** (0,125)	1,237*** (0,472)
Año 2007	-9,506*** (3,120)	-7,018*** (0,990)	-
Año 2008	-19,428*** (2,802)	-15,782*** (0,889)	-
Año 2009	8,667*** (3,147)	4,297*** (0,999)	-
R²	0,979	0,907	0,132
N	7	105	45

(1): Período 2002-2009 con datos únicamente de la CARM. (2): Período 2002-2009 con datos de las 15 CC.AA. de Régimen Común. (3): Período 2007-2009 para las 15 CC.AA.

Resulta sencillo deducir que la economía nacional ha de crecer a partir de 2012 a una tasa anual mínima de entre el 1,7% y el 1,9% en términos reales, dependiendo del año, para que la sostenibilidad del sistema sanitario público de la Región de Murcia esté garantizada. Las previsiones de crecimiento económico de España de que disponemos actualmente permiten afirmar que la cifra requerida de crecimiento económico no es verosímil en el corto plazo para España. Así, la Fundación de las Cajas de Ahorro (FUNCAS), estima que la economía española se contraerá un 1,7% en 2012 y un 1,5% en 2013. Por su parte, el Fondo Monetario Internacional estimó recientemente que la economía española se contraería un 1,8% en 2012 y que registraría un exiguo crecimiento del 0,1% en 2013. En un intervalo similar

⁴⁶ La elasticidad estimada utilizando la muestra proporcionada por el conjunto de CC.AA. es de 3,23, tal y como puede observarse en la columna (2) de la tabla 3.1.

se sitúan las previsiones de la Comisión Europea y de la mayoría de los servicios de estudios (ver Tabla 3.2). Por tanto, cabe calificar como inverosímil, al menos en el corto plazo, los niveles de crecimiento económico requeridos para garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario público de la Región de Murcia.

Hay una razón adicional por la que, en el corto plazo, o, para ser más precisos, en el contexto recesivo, la sostenibilidad del sistema está lejos de estar garantizada. Este argumento adicional tiene que ver con el hecho de que la elasticidad renta del crecimiento de los ingresos de la hacienda regional se ha estimado utilizando datos de un periodo eminentemente expansivo, como es el periodo 2002-2009. Resulta razonable suponer que el efecto del crecimiento económico en la obtención de fondos para la financiación del presupuesto de la comunidad autónoma no sea el mismo en épocas de intenso crecimiento económico, como es la mayor parte del periodo 2002-2009, que en épocas de intensa recesión, como las que precedimos en este ejercicio. En principio, resulta razonable suponer que la elasticidad renta de un periodo recesivo será inferior a la estimada en el periodo expansivo y, por tanto, el crecimiento económico requerido para garantizar la sostenibilidad del sistema será superior al estimado anteriormente. Así, es probable que las cifras de crecimiento económico nacional requeridas para garantizar la sostenibilidad del sistema no sean sino cotas inferiores de las verdaderas cifras, al menos mientras dure el periodo recesivo.

Tabla 3.2
Previsiones de crecimiento para la economía española (Abril 2012)

	Servicios de estudios				Gobierno	Fondo Monetario Internacional	Comisión Europea (05/12)	Banco de España (01/12)
	FUNCAS	Máximo	Mínimo	Consenso (media)				
2012	-1,7	-1,0	-2,3	-1,7	-1,7	-1,8	-1,8	-1,5
2013	-1,5	0,7	-1,5	-0,2	0,2	0,1	-0,3	0,2

Fuente: FUNCAS. *Panel de previsiones de la economía española. Abril 2012.* (www.funcas.es) Gobierno de España. *Programa de Estabilidad 2012-2015.* Comisión Europea.

Para explorar esta posibilidad y obtener una predicción más afinada a la coyuntura recesiva, repetimos los análisis realizados condicionando el periodo de estimación a los años 2007-2009 y ampliando la muestra al conjunto de CC.AA., para disponer de un número suficiente de observaciones. Los resultados obtenidos se muestran en la columna (3) de la tabla 3.1. Obtenemos una elasticidad renta de 1,24, que difiere de forma notable del 3,23 de elasticidad que presentamos en la columna (2) y que corresponde al conjunto del periodo 2002-2009 y a la totalidad de CC.AA. Utilizando esta cifra, más adecuada para valoraciones a corto plazo, concluimos que el crecimiento económico nacional necesario para garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario público de la CARM oscila entre el 4% y el 5%, cifras de crecimiento impensables para España en los próximos años.

Podemos, por tanto, concluir que la sostenibilidad del sistema sanitario público de la Región de Murcia no está garantizada, sobre todo en el corto plazo, esto es, mientras se mantenga la actual coyuntura recesiva. Resulta, por tanto, necesario, implementar reformas tendentes a incrementar la eficiencia del sistema en una coyuntura como la actual. Cabe, eso sí, realizar dos matizaciones esenciales que no están siendo tenidas en cuenta en la mayoría de las reformas que se plantean en los distintos niveles competenciales de la sanidad pública española. En primer lugar, la sostenibilidad del sistema es dependiente de la coyuntura económica, esto es, las cifras de crecimiento económico que garantizan la sostenibilidad en una coyuntura económica expansiva no son, en absoluto, desorbitadas. Más bien al contrario, todos los años del periodo expansivo 2002-2006 excedieron dicho crecimiento. Asimismo, la previsión del Gobierno de España, recientemente hecha pública en el Programa de Convergencia de 2012, incluyen un crecimiento económico nacional del 1,4% para 2014 y del 1,8% para 2015. De cumplirse, el crecimiento económico del año 2015 garantizaría la sostenibilidad del sistema autonómico murciano de salud en su configuración actual. Resulta, por tanto, necesario implementar reformas que contemplen la dimensión coyuntural del problema de sostenibilidad.

En segundo lugar, es necesario que las reformas se basen en el conocimiento científico acumulado y no en la discrecionalidad política. Sólo mediante el cumplimiento de este segundo requisito podrán hacerse compatibles los objetivos de corto plazo de mantenimiento de la sostenibilidad del sistema y de largo plazo de bienestar social.

4. ANÁLISIS DE LA EFICIENCIA DEL SISTEMA REGIONAL DE SALUD

4.1. EVOLUCIÓN DEL STOCK DE SALUD EN LA REGIÓN DE MURCIA EN EL PERIODO 2004-2009

4.1.1. Introducción

En España, como en el resto de economías desarrolladas, se dedica multitud de recursos al mantenimiento y la mejora de la salud de la población. La Comunidad Autónoma de la Región de Murcia no es ajena a este esfuerzo que se observa a escala nacional. Sabemos, además, que la magnitud del mismo será creciente en el tiempo, tanto por la propia dinámica del gasto en España como por la experiencia de los países de la OCDE –ambos aspectos tratados en el epígrafe 1 del informe–, pero ignoramos en qué medida tales recursos contribuyen a la mejora del estado de salud de la población y, más aún, no somos capaces de responder a la cuestión de si los recursos invertidos están bien empleados o no, esto es, si las ganancias conseguidas en forma de una prolongación de la esperanza de vida y una mejora en la calidad de vida media de los ciudadanos «valen lo que cuestan». Para poder responder a esta pregunta resulta, en primer lugar, necesario indagar acerca de cuál es el valor monetario de la salud de la población. Solamente expresando en dinero el objeto último de la inversión en gasto sanitario, es decir, el stock de salud y su variación en el tiempo, podemos aspirar a responder a la cuestión de si los recursos destinados a su mantenimiento y mejora son o no «rentables».

Con este objetivo, hemos recurrido a la aproximación sugerida por Grossman (1972), quien considera que, para valorar el stock de salud de un individuo, se debe estimar el valor presente descontado de su salud a lo largo de todo su horizonte vital⁴⁷. Por tanto, no se trata sólo de tener en cuenta la cantidad de

⁴⁷ Como es sabido, el valor presente descontado de una inversión es el resultado de actualizar (de remitir al momento presente) el flujo futuro de rendimientos esperados. La operación por la cual se efectúa dicha actualización se denomina descuento, instrumentándose mediante la aplicación de una determinada tasa, a veces denominada tasa de «impaciencia», ya que refleja la preferencia temporal

años que el sujeto va a disfrutar a lo largo de su vida, sino también de tomar en consideración la calidad de vida que el sujeto experimentará en cada uno de dichos años, teniendo presente que ésta no se comportará de forma homogénea en el tiempo. En este contexto, tiene pleno sentido recurrir al concepto de Año de Vida Ajustado por la Calidad (AVAC), medida sintética que permite combinar la cantidad y calidad de vida en un único indicador.⁴⁸ En consecuencia, el procedimiento expuesto se traduce en el cálculo del valor presente de los AVACs que va a disfrutar cada sujeto.

No es verosímil suponer que puede conocerse con certeza cuál será el itinerario o perfil de salud de las personas, ya que no es éste un dato fácilmente obtenible. Además, en muchas ocasiones lo que nos interesa es precisamente evaluar (*ex-ante*) el impacto que la introducción de hábitos saludables en la población o las políticas sanitarias pueden tener sobre la salud de la población. Para tener en cuenta esta perspectiva hay que incorporar la probabilidad esperada de supervivencia, dada la edad y sexo del individuo. Adicionalmente, habrá que considerar la calidad de vida que se disfruta en cada uno de esos años, en caso de estar vivo. Así, cuando Cutler y Richardson (1998, 1999) hacen referencia al concepto de stock de salud en términos individuales consideran que la salud media de una persona a cada edad será igual a la probabilidad de estar vivo a esa edad, multiplicada por la calidad media (esto es, la utilidad media) de los individuos que sobreviven a dicha edad. Cuando este análisis se generaliza a una población y esa salud media se calcula para todas las edades, teniendo como horizonte final la esperanza de vida correspondiente, el output resultante es lo que se denomina *Esperanza de Vida Ajustada por la Calidad* (EVAC). La EVAC, por tanto, no sólo tiene en cuenta el tiempo de vida que se espera que un individuo disfrute, en promedio, a una determinada edad, sino que ajusta dicha expectativa teniendo en cuenta la calidad de vida que probablemente disfrutará a lo largo de ese horizonte.

Una vez que se cuenta con una medición del stock de capital salud en AVAC, el siguiente paso consiste en monetizar tal valor, esto es, calcular una función valor que combine cantidad y precio. Para ello es preciso explicitar un precio unitario del AVAC, o dicho de otra forma, un valor monetario para cada año de vida ajustado

por el presente, según la cual los beneficios más próximos al instante actual reciben un peso mayor que aquellos más distantes (preferencia temporal positiva). El modelo de Grossman aplica esta misma operación de descuento a la corriente esperada de salud de un individuo, de forma tal que los años (en un determinado estado de salud) más cercanos poseen un mayor valor que los años más alejados en el tiempo.

48 Los AVAC incorporan calidad de vida y tiempo de vida en una única medida de la salud. Un AVAC equivale a un año de vida en perfecta salud. Medio año de vida en buena salud equivaldría a 0,5 AVAC, idéntica cifra a la que se asociaría un año de vida en un estado de salud que se estimase equivalente a un 50% de la salud perfecta. La fracción que representa la calidad de vida en un estado de salud inferior a la salud plena con respecto a la disfrutada en esta última situación refleja el bienestar o nivel de satisfacción (lo que más generalmente suele denominarse «utilidad») que le atribuye el individuo. De este modo, una utilidad de 0,5 (en una escala 0-1 donde el 1 representa la utilidad de la salud perfecta) indica una calidad de vida que es el 50% de la establecida para la salud perfecta, lo que es equivalente, tal y como se enunció antes, a 0,5 AVAC.

por la calidad. De este modo será posible determinar el valor monetario del stock de salud de cada uno de los individuos y, por agregación de los valores individuales, el valor del stock de salud para el conjunto de la sociedad.

Si se dispone de varias mediciones del stock de capital salud a lo largo del tiempo se pueden cuantificar incrementos. Dichos incrementos pueden ponerse en relación con la inversión realizada en términos del gasto sanitario con la finalidad de obtener una evaluación del rendimiento de dicha inversión. En particular, es posible tanto computar el reflejo que en términos de incrementos en el stock de capital salud tienen modificaciones en los niveles de gasto, como llevar a cabo comparaciones del tipo Análisis Coste-Beneficio Generalizado, donde se pone en relación el incremento del stock de capital salud con el valor actual del incremento de inversión en servicios sanitarios.

4.1.2. Antecedentes

En la literatura encontramos un número reducido de trabajos que han tratado de estimar empíricamente el valor monetario del stock de capital salud de las poblaciones. Dentro de éstos, destacan los estudios de Cutler y Richardson (1997, 1998, 1999) para EE.UU., por ser los pioneros. En el ámbito europeo, sólo se ha publicado, hasta donde llega nuestro conocimiento, la estimación de Børstom et al. (2003) para Suecia. En lo que concierne a España, existen al menos cinco publicaciones sobre este tema. El primer intento (García-Altés et al., 2006) no llega a cuantificar el stock de capital salud, pero sí realiza una primera aproximación que permite estimar pesos de calidad de vida relacionados con la salud para el conjunto nacional en tres años distintos: 1987, 1993 y 2001. El trabajo de Esnaola et al. (2006) únicamente calcula la EVAC para la Comunidad Autónoma del País Vasco, en dos momentos del tiempo 1994-98 y 1999-2003, a partir del SF-36⁴⁹, pero no da el paso de introducir la monetización de la salud. Las otras tres publicaciones sí que ofrecen el cálculo del stock de capital salud propiamente dicho, pero también circunscribiéndolo a alguna comunidad autónoma: Cataluña (Zozaya et al., 2005); Canarias (Oliva y Zozaya, 2007) y la Comunidad Autónoma Andaluza (Martínez et al., 2008).

Cutler y Richardson (1998, 1999) concibieron la estimación de los pesos de calidad de vida a partir de la conversión de las respuestas ofrecidas en escalas tipo Likert a preguntas sobre salud autopercebida contenidas en grandes encuestas de salud administradas entre 1970 y 1990, mediante la aplicación de un procedimiento

49 El cuestionario SF-36 fue diseñado por Ware y otros en EE.UU. a principios de los años noventa (Ware y Sherbourne, 1992; Ware et al., 1993) para su utilización en el Estudios de los Resultados Médicos (*Medical Outcomes Study*). El cuestionario abarca 8 dimensiones, cada una de ellas con un número variable de ítems. Hay 35 preguntas distribuidas a lo largo de las 8 dimensiones más un último ítem que pregunta por el cambio en el estado de salud general respecto del año anterior suman los 36 ítems que dan nombre al instrumento.

econométrico⁵⁰. Una vez dispusieron de la calidad de vida y las probabilidades de supervivencia, escogieron un valor monetario para el AVAC y una tasa de descuento. Concretamente, estimaron apropiada la cantidad de 100.000 dólares como valor monetario del AVAC y emplearon una tasa de preferencia temporal del 3%. Fruto de estos supuestos y de los análisis posteriores, concluyeron que en EE.UU. se había producido un incremento en el stock de capital salud entre 1970 y 1990 que se podía cifrar monetariamente y de forma individual en el equivalente a 94.000 \$ para un individuo recién nacido y a 169.000 \$ para un americano medio a la edad de 65 años. Si en lugar de expresar dichas cantidades en términos absolutos, se presentan en términos relativos, habría que decir que el stock de salud individual se había visto incrementado en poco más de un 4% para un recién nacido y alrededor de un 29% para una persona de 65 años. También se realizó una evaluación del gasto sanitario utilizando la aproximación del Análisis Coste Beneficio Generalizado⁵¹, de tal forma que se cuantificó el valor actual de los incrementos del gasto sanitario realizados a lo largo de las dos décadas objeto de estudio, y se compararon con el incremento en el valor monetario del stock de capital salud. El resultado obtenido muestra cómo la relación entre ambos incrementos es claramente menor que uno, en concreto de 0,27, valor que debe interpretarse como una ratio de efectividad. Esto es, se requiere que un 27% del incremento en el valor monetario del stock de capital salud sea responsabilidad del gasto sanitario para evitar que la inversión sanitaria realizada no tenga una rentabilidad negativa (o tenga un beneficio neto nulo).

Los trabajos referidos a Suecia (Burström et al., 2001; 2003) suponen una nueva aproximación al problema, ya que, por un lado únicamente toman tres momentos del tiempo (1980/81, 1988/89 y 1996/97) en lugar de una secuencia completa de años, y por otro lado, para los datos relativos a la calidad de vida recurrieron a un procedimiento de «mapeo» (de traslación) de las respuestas otorgadas por los entrevistados respecto de su estado de salud a la estructura de un sistema descriptivo de la salud, el EuroQol-5D (EQ-5D)⁵². A partir de dicha caracterización, y mediante el empleo de un algoritmo que asigna un peso o utilidad a cada uno de los posibles

50 Dicho procedimiento puede consultarse en el trabajo de García-Altés et al. (2006), quienes adaptaron la metodología para España.

51 El enfoque del ACB generalizado intenta proyectar la metodología del ACB, cuyo radio de acción habitual son programas o tecnologías específicas, al conjunto del gasto sanitario. Se trata, por tanto, de evaluar la eficiencia del sistema sanitario en su conjunto.

52 El sistema EQ-5D (se muestra más adelante en la figura 4.2) caracteriza el estado de salud de una persona atendiendo a 5 dimensiones (*movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor y ansiedad/depresión*) y tres posibles niveles para cada una de ellas (*ningún problema, algún problema, muchos problemas*). De la combinación de dimensiones y niveles se deriva un total de 243 estados de salud posibles (desde el 11111, que implica no tener ningún problema en ninguna de las dimensiones, hasta el 33333, que recoge aquel estado de salud en el que todas las dimensiones se encuentran en el peor nivel imaginable). Los supuestos adoptados para efectuar la conversión se explican detalladamente en Burström et al. (2001). Los autores denominan EQ-5D «modificado» al resultado de la traducción de las preguntas de la Encuesta de Condiciones de Vida al sistema EQ-5D, ya que los estados obtenidos no fueron caracterizados de manera directa.

243 estados de salud que es capaz de describir el citado sistema descriptivo⁵³, es posible obtener los índices de calidad de vida (utilidades) medios para las diferentes edades, y con ello y las probabilidades de supervivencia se puede estimar la EVAC. Burström et al. (2003) aplican la «tarifa» de utilidades británica a los estados EQ-5D caracterizados con su muestra. Para llevar a cabo la monetización, al igual que en los estudios pioneros, se considera una tasa de preferencia temporal del 3% y un valor monetario del AVAC de 100.000 dólares. Tras su análisis, estos autores concluyen que para el grupo de menor edad, de 0 a 15 años, existe un claro comportamiento diferencial por sexos, ya que existe una ganancia de 10.700 \$ para los varones, mientras que las mujeres soportan una pérdida de 58.400 \$. La mejora en el stock de salud es muy superior para edades más avanzadas, obteniéndose una ganancia equivalente a 115.000 \$ para los hombres y de poco más de 80.000 \$ para las mujeres. Los autores también computan el equivalente en términos de renta anual de ese incremento del stock en función del horizonte vital esperado atendiendo a su esperanza de vida, y así obtienen, por ejemplo, que para el caso de los recién nacidos ese valor sería de 500 dólares para los varones y de menos tres mil para las mujeres. Sin embargo, no realizan ejercicio de valoración de la efectividad del gasto sanitario.

Zozaya et al. (2005) llevan a cabo una adaptación de la metodología aplicada en el caso Sueco, pues en su caso sí contaban con la caracterización de la salud de los individuos mediante el denominado «autoclasificador» EQ-5D, contenido en la Encuesta Catalana de Salud para los años 1994 y 2002. Además, el estudio utiliza la tarifa española del EQ-5D estimada por Badía et al. (1995, 2001). Nuevamente, para llevar a cabo la monetización se sigue el estándar de utilizar un valor monetario del AVAC de 100.000 \$ y una tasa de descuento del 3%. La principal conclusión que se deriva de su trabajo radica en que a lo largo del periodo de estudio se produce un deterioro de la calidad de vida relacionada con la salud en Cataluña. Así, el valor del stock de capital salud se reduce entre 1994 y 2002 en 186.544 dólares, lo que supone, aproximadamente, una reducción del 1,5% en términos relativos. Este deterioro se explica en su totalidad por las condiciones de salud de la población, ya que la población se incrementó, y de forma notable, durante dicho periodo. Sea como fuere, tampoco indagan acerca del comportamiento del gasto sanitario y su efectividad, como ninguno del resto de trabajos realizados para España.

Dos de los autores del estudio anterior, llevaron a cabo una nueva estimación para la comunidad autónoma de Canarias (Oliva y Zozaya, 2007). Dado que también la Encuesta de Salud Canaria de 2004 incluye el autoclasificador EQ-5D, resulta posible caracterizar la salud de la población y aplicar tarifa española de Badía y otros para obtener los pesos de calidad de vida para cada una de las edades. A diferencia

53 Dicho algoritmo se estima por medio de técnicas de inferencia estadística a partir de las valoraciones directas de un subconjunto de estados de salud EQ-5D por parte de una muestra representativa de la población general. Al resultado final (las 243 utilidades) se le denomina habitualmente con el nombre de «tarifa». La primera tarifa EQ-5D fue estimada para el Reino Unido por Dolan (1997).

del estudio anterior, sin embargo, se adopta como valor monetario de referencia para el AVAC la cifra de 30.000 euros⁵⁴. Dado que no se puede realizar comparación temporal alguna, los autores optan por realizar una comparación transversal poniendo en relación los valores obtenidos en este estudio con los disponibles para Cataluña. Fruto de esta comparación, se pone de manifiesto una EVAC menor en todos los grupos de edad analizados, con las dos únicas excepciones de las mujeres de 65 y 75 años de edad.

Martínez et al. (2008) estimaron el valor monetario del stock de salud para Andalucía. Para ello, los autores utilizan las respuestas relativas al SF-12, versión reducida del SF-36, que se incluye en la Encuesta Andaluza de Salud de 2003. A partir de dichas respuestas, caracterizan el estado de salud a través de un sistema descriptivo denominado SF-6D, similar al EQ-5D, pero con algunas ventajas, como su mayor sensibilidad ante cambios de salud leves⁵⁵. Una vez que se cuenta con dicha caracterización, se utiliza una tarifa (en concreto, la británica, que era la única disponible en el momento de realizar el estudio) con la finalidad de determinar la Esperanza de Vida Ajustada por la Calidad, el número de AVAC y su valor monetario⁵⁶. Para esta última fase de monetización, los autores utilizaron, como haremos nosotros a continuación, un abanico de valores, con la finalidad de asegurar la comparabilidad con el resto de estudios previos.

4.1.3. Datos

En el caso de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia no se dispone de encuesta regional de salud o de una fuente análoga de la que poder extraer, bajo supuestos plausibles, información acerca de la calidad de vida relacionada con la salud de la población. La única fuente estadística que potencialmente podría servir a dicho fin está constituida por la muestra territorializada de la Encuesta Nacional de Salud elaborada por el INE. Sin embargo, debido a las limitaciones de la misma, fundamentalmente derivadas de su exiguo tamaño, recurriremos a datos generados en sucesivas oleadas por los autores de este informe. Concretamente, la información procede de dos encuestas realizadas en 2004 y 2009 a población general residente en la comunidad murciana.

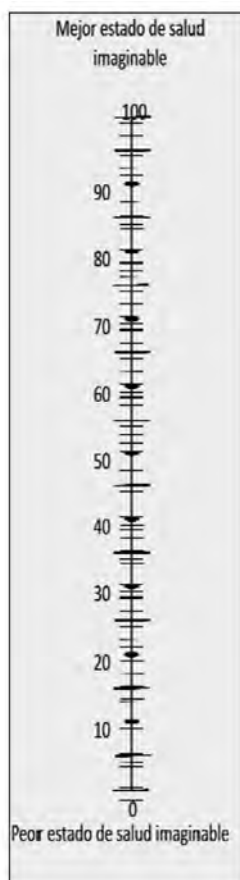
54 Se basan para ello en la revisión bibliográfica efectuada por Sacristán *et al.* (2002). No obstante, la mayoría de los estudios acotados por estos autores en su búsqueda resultaron ser análisis coste-efectividad (no análisis coste-utilidad, que es la variante metodológica que utiliza AVAC como unidad de medida de resultados). En consecuencia, la revisión de Sacristán *et al.* identifica el valor de los 30.000 euros como el umbral de eficiencia en España para una tecnología sanitaria en términos de coste por año de vida ganado, no de AVAC ganado.

55 El instrumento SF-6D fue desarrollado por Brazier *et al.* (1998; 2002) como alternativa al EQ-5D, para intentar aprovechar la riqueza descriptiva que ofrece el SF-36, sistema de clasificación de la salud en la que se basa.

56 La tarifa británica SF-6D utilizada por Martínez *et al.* (2008) fue la estimada por Brazier y Roberts (2004).

La primera de las encuestas, se realizó en dos oleadas a lo largo del año 2004, en las que se encuestó a un total de 1.044 personas. La encuesta se llevó a cabo mediante entrevistas personales asistidas por ordenador y, entre las tareas que los encuestados habían de realizar, se incluían dos encaminadas a proporcionar información acerca de la percepción que los propios sujetos tenían de su estado de salud en el momento de la entrevista. La primera de estas tareas consistía en que el entrevistado ubicase sobre una escala de puntuación habitualmente denominada Escala Visual Analógica (EVA), graduada entre 0 (peor estado de salud imaginable) y 100 (mejor estado de salud imaginable) al modo de un «termómetro» (ver figura 4.1), su estado de salud en el día de la encuesta. Además, con el fin de poder normalizar las respuestas en un rango 0-1 en el que el cero correspondiese a la muerte, también se pedía a los sujetos que valorasen sobre la misma EVA la contingencia de morir, pudiendo situarse ésta por encima del extremo inferior del «termómetro» en la medida que el encuestado concibiese estados de salud peores que la muerte.

Figura 4.1
Escala Visual Analógica



La segunda de las tareas relevantes para este estudio consistió en la «autoclasicación» del propio estado de salud atendiendo al sistema EuroQol-5D tal y como se muestra en la figura 4.2 que aparece más abajo.⁵⁷ En el curso de la encuesta también se recabó información acerca de las características sociodemográficas de los participantes: edad, sexo, estado civil, etc.

Figura 4.2
Autoclasificador EQ-5D

Movilidad

- ☐ No tengo problemas para caminar
- ☐ Tengo algunos problemas para caminar
- ☐ Tengo que estar en cama

Cuidado Personal

- ☐ No tengo problemas para realizar mi cuidado personal
- ☐ Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme
- ☐ Soy incapaz de lavarme o vestirme por mí mismo

Actividades Cotidianas
(ej. trabajar, estudiar, hacer los tareas domésticas, disfrutar del tiempo libre)

- ☐ No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas
- ☐ Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas
- ☐ Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas

Dolor, Molestias

- ☐ No tengo dolor ni malestar
- ☐ Tengo dolor o malestar moderado
- ☐ Tengo mucho dolor o mucho malestar

Ansiedad o Depresión

- ☐ No estoy ansioso ni deprimido
- ☐ Estoy moderadamente ansioso o deprimido
- ☐ Estoy muy ansioso o deprimido

El muestreo se llevó a cabo para lograr que la muestra seleccionada fuese representativa por sexo y cuotas de edad de la población adulta de la Región de Murcia. La distribución de la muestra por grupos de edad y sexo queda recogida en la tabla siguiente.

Tabla 4.1
Número de observaciones y porcentajes por edad y sexo
de la encuesta de 2004

	Hombres		Mujeres		Total	
	obs	%	obs	%	obs	%
Menores de 24 años	74	7,09	68	6,51	142	13,60
Entre 25 y 34 años	130	12,45	115	11,02	245	23,47
Entre 35 y 44 años	109	10,44	102	9,77	211	20,21
Entre 45 y 54 años	74	7,09	73	6,99	147	14,08
Entre 55 y 64 años	55	5,27	58	5,56	113	10,82
Mayores de 65 años	80	7,66	106	10,15	186	17,82
TOTAL	522	50,00	522	50,00	1.044	100,00

A partir de la valoración del propio estado de salud (y la muerte) utilizando la EVA, resulta posible extraer una primera medida de la calidad de vida de los encuestados. Aunque esta medida no resulta en puridad una «utilidad» (tal y como

⁵⁷ Esta forma de administrar el autoclasificador EQ-5D es una adaptación del original, al que se añadió un código de colores similar al empleado en los semáforos. De este modo se establecía una relación única entre los tres niveles posibles para cada dimensión y los colores, rojo, naranja y verde, respectivamente.

se entiende normalmente en economía de la salud⁵⁸), es habitual no obstante su registro en los estudios de medición de la calidad de vida relacionada con la salud, constituyendo una primera aproximación al bienestar asociado a la calidad de vida. En este informe la tomamos, por tanto, como un acercamiento tentativo al nivel de satisfacción que produce un determinado estado de salud, considerando, no obstante, que la «auténtica» utilidad es la que se deriva de la tarifa EQ-5D. Los valores medios obtenidos por grupos de edad y sexo en la presente encuesta (una vez reescalados para asignar el 0 de la escala a la muerte) quedan recogidos en la tabla 4.2. Dichos valores parecen comportarse de acuerdo a lo esperado, ya que tanto para hombres como para mujeres, se constata un deterioro del estado de salud conforme se avanza en la edad. Por otra parte no parecen observarse importantes diferencias por sexos en cuanto al estado de salud, salvo en el último de los grupos de edad, donde si aparecen importantes diferencias. Así, en el caso de las mujeres el estado de salud se deteriora en mayor medida que en el de los hombres para el grupo de mayores de 65 años.

Tabla 4.2
Valoraciones de salud a partir de la Escala Visual Analógica en la encuesta de 2004

	Hombres	Mujeres
Menores de 24 años	0,8939	0,8993
Entre 25 y 34 años	0,8915	0,8948
Entre 35 y 44 años	0,8826	0,8893
Entre 45 y 54 años	0,8213	0,8325
Entre 55 y 64 años	0,8416	0,7910
Mayores de 65 años	0,7328	0,6752

La información sobre el estado de salud autopercebido siguiendo la clasificación del sistema EQ-5D, que nos permitirá derivar una segunda medida de la calidad de vida de la población, se muestra en la tabla 4.3.

Como se puede observar en la tabla 4.3, la variabilidad de los estados de salud observados en los encuestados es relativamente amplia, si bien más de la mitad de los encuestados declararon disfrutar del estado de salud más favorable de los contemplados por el sistema descriptivo (estado 11111).

A partir de la autoclasificación del estado de salud en términos del EQ-5D por parte de los individuos, se obtuvieron las utilidades aplicando la tarifa del EQ-5D

⁵⁸ En concreto, para poder comparar el incremento en AVAC de un individuo con el incremento obtenido por otro deben observarse dos condiciones: primero, que la medida de utilidad sea cardinal (esto es, que pueda agregarse) y no meramente ordinal; segundo, que dicha medida cardinal refleje la intensidad con que se prefiere un estado de salud a otro. La EVA es una escala cardinal, cumpliendo así el primer de los dos requisitos; sin embargo, no está claro que pueda reflejar la mencionada intensidad de preferencias. Éste es el motivo fundamental por el que las utilidades generadas por la EVA no merecen la misma consideración que las obtenidas por otros métodos a los que se les atribuye una mayor validez, y que a la postre son los que fundamentan las «tarifas» de instrumentos como el EQ-5D.

Tabla 4.3
Estados de salud EQ-5D autopercebidos por sexos en la encuesta de 2004

Estado de salud	Hombres	Mujeres	Población	Estado de salud	Hombres	Mujeres	Población
11111	320	256	576	21122	1	5	6
11112	26	39	65	21132	0	1	1
11113	1	2	3	21211	1	0	1
11121	88	84	172	21221	9	9	18
11122	22	35	57	21222	0	7	7
11123	3	3	6	21223	0	1	1
11131	2	0	2	21231	1	2	3
11132	2	5	7	21232	0	3	3
11211	1	1	2	21233	0	1	1
11212	0	1	1	21321	0	1	1
11221	12	7	19	21331	1	0	1
11222	1	5	6	22122	0	2	2
11231	0	1	1	22131	0	1	1
11232	3	0	3	22132	0	1	1
11311	1	0	1	22211	1	0	1
12121	1	1	2	22221	3	5	8
12122	0	1	1	22222	3	8	11
12221	1	2	3	22231	0	3	3
12222	0	3	3	22232	1	4	5
12231	0	1	1	22233	0	2	2
12232	1	1	2	22333	1	0	1
21111	4	7	11	23333	0	1	1
21112	1	0	1	33332	1	0	1
21121	9	10	19	Total	522	522	1,044

existente para España (Badía et al., 2001). Los valores medios así obtenidos quedan recogidos, por grupos de edad y sexo, en la tabla 4.4.

Tabla 4.4
Utilidades obtenidas a partir del autoclasificador EQ-5D y la tarifa española por sexo y grupos de edad en 2004

	Hombres	Mujeres
Menores de 24 años	0,9731	0,9676
Entre 25 y 34 años	0,9647	0,9608
Entre 35 y 44 años	0,9425	0,9400
Entre 45 y 54 años	0,9196	0,8873
Entre 55 y 64 años	0,8976	0,8605
Mayores de 65 años	0,8047	0,7010

Las utilidades se comportan de acuerdo a lo esperado, pues parece registrarse un deterioro del estado de salud conforme se avanza en la edad para ambos sexos. Tampoco en este caso se observan diferencias relevantes por sexo en cuanto al

Tabla 4.5
Valoraciones de salud a partir de la Escala Visual Analógica 2004 y 2009

	<i>Hombres</i>			
	Media 2004	Media 2009	IC _{inf}	IC _{sup}
Menores de 24 años	0,8939	0,8821	0,8582	0,9034
Entre 25 y 34 años	0,8915	0,8378	0,8088	0,8649
Entre 35 y 44 años	0,8826	0,8267	0,7973	0,8543
Entre 45 y 54 años	0,8213	0,8062	0,7772	0,8325
Entre 55 y 64 años	0,8416	0,7721	0,7408	0,8010
Mayores de 65 años	0,7328	0,6948	0,6575	0,7305
	<i>Mujeres</i>			
	Media 2004	Media 2009	IC _{inf}	IC _{sup}
Menores de 24 años	0,8993	0,8762	0,8518	0,8985
Entre 25 y 34 años	0,8948	0,8533	0,8290	0,8752
Entre 35 y 44 años	0,8893	0,8275	0,7979	0,8545
Entre 45 y 54 años	0,8325	0,7910	0,7604	0,8185
Entre 55 y 64 años	0,7910	0,7633	0,7272	0,7969
Mayores de 65 años	0,6752	0,6539	0,6161	0,6896

estado de salud, salvo en el último de los grupos de edad, en el que las mujeres declaran en general un peor estado de salud que los hombres.

La segunda encuesta se realizó en tres oleadas, desde finales de 2008 hasta principios de 2009, y en ella se obtuvo información para un total de 1.950 personas. Este cuestionario, cuya administración también se apoyó en una interfaz informática, contenía, al igual que el anterior, las tareas relativas a la caracterización del propio estado de salud utilizando la EVA y el «autoclasificador» modificado para el EQ-5D.

En esta segunda encuesta, las pautas por edad y sexo de los valores derivados de la EVA son muy similares a las observadas en 2004 (deterioro de la salud conforme aumenta la edad y ausencia de diferencias significativas entre sexos, salvo en el grupo de edad más avanzada). Los valores medios normalizados obtenidos con la EVA para los distintos grupos de edad y por sexo se muestran en la tabla 4.5.

En la tabla se reproducen también las medias de las valoraciones de la encuesta de 2004. Con la finalidad de llevar a cabo una comparación entre los dos periodos que trascienda de la mera confrontación de los valores medios, se han calculado los intervalos de confianza correspondientes a las medias obtenidas a partir de la EVA en 2009. Dichos intervalos de confianza se han calculado mediante *bootstrapping*⁵⁹, realizando cinco mil repeticiones al 95%. Como se puede observar en la tabla, para la mayor parte de los grupos de edad, y con independencia del sexo, existe un deterioro de las medias observadas para las valoraciones de la calidad de vida, especialmente para los grupos de edades intermedias. Este empeoramiento de la

⁵⁹ Son intervalos de confianza calculados a través de la aproximación percentílica y, por tanto, no se hace ningún supuesto acerca del comportamiento distribucional, ni tampoco se corrige la posible existencia de algún sesgo en el valor medio observado.

Tabla 4.6
Estados de salud EQ-5D autopercebidos por sexos en la encuesta de 2009

Estado de salud	Hombres	Mujeres	Total	Estado de salud	Hombres	Mujeres	Total
11111	633	539	1.172	21123	0	1	1
11112	50	54	104	21131	1	3	4
11113	0	3	3	21132	0	1	1
11121	127	150	277	21133	0	1	1
11122	25	46	71	21211	2	0	2
11123	0	6	6	21213	0	1	1
11131	4	6	10	21221	16	22	38
11132	1	2	3	21222	2	14	16
11211	4	3	7	21223	0	4	4
11212	0	1	1	21231	6	3	9
11221	19	20	39	21232	2	5	7
11222	3	4	7	21233	0	1	1
11223	2	4	6	22111	0	2	2
11231	1	1	2	22122	1	0	1
11232	1	2	3	22211	3	1	4
11233	0	2	2	22221	5	12	17
12111	1	2	3	22222	7	3	10
12121	1	0	1	22231	3	4	7
12122	0	2	2	22232	3	6	9
12211	1	0	1	22233	0	4	4
12221	1	1	2	22321	0	1	1
12222	1	0	1	22322	0	1	1
12223	0	1	1	23231	1	0	1
12332	1	0	1	23322	1	0	1
21111	7	1	8	32211	0	1	1
21112	1	1	2	32321	1	0	1
21121	23	23	46	33333	1	0	1
21122	12	11	23				

percepción subjetiva que de su propia salud declara la ciudadanía murciana podría ser una manifestación de un cierto deterioro en las condiciones de vida objetivas de la población murciana a lo largo del periodo de estudio. Recordamos, no obstante, que este primer resultado se deriva de la utilización de las utilidades EVA, prevaleciendo sobre éste el que brinde la aplicación de la tarifa EQ-5D.

Por lo que atañe al estado de salud de los sujetos basado en la caracterización del sistema EQ-5D, la variabilidad de los estados de salud observados en los encuestados es relativamente amplia (ver tabla 4.6), si bien, al igual que ocurría con la encuesta de 2004, más de la mitad de los sujetos declararon disfrutar del estado de salud que el sistema de clasificación identifica con una situación de «perfecta salud» (el estado 11111).

Como se puede observar en la tabla, casi dos de cada tres hombres declararon encontrarse en el estado de salud 11111, mientras que la proporción se reduce a

algo más de una de cada dos en el caso de las mujeres. Este resultado pone de manifiesto uno de los problemas del EQ-5D, a saber, su limitada capacidad para caracterizar estados de salud leves (lo que se ha denominado «efecto techo»), ya que únicamente 4 ó 5 estados de salud, son capaces, por sí solos de caracterizar la salud de más del 80% de la población encuestada.

Como en el caso de los datos de 2004, a partir de esta información se obtuvieron las utilidades aplicando la tarifa estimada para España por Badía et al. (2001). Los valores medios de la utilidad así obtenidos quedan recogidos en la tabla 4.7, según sexo y grupo de edad de los sujetos; en la tabla se reproducen, además, a efectos comparativos, los valores medios obtenidos en 2004. En este caso, a diferencia de lo que ocurría con los valores de la EVA, no se observan diferencias significativas entre los dos periodos. Es más, de existir alguna diferencia, ésta se produciría exclusivamente para el grupo de mujeres de mediana edad, y en sentido contrario a lo observado con la EVA. Como antes dijimos, ésta es la interpretación (la basada en el cálculo de utilidades a partir del autoclasificador EQ-5D y la tarifa española) a la que otorgamos preferencia, y serán dichas utilidades las que emplearemos para calcular el stock de capital salud de la sociedad murciana.

Una vez se dispone de la información sobre calidad de vida de la población murciana, esta información ha de combinarse, del modo en que se explica en la sección siguiente, con la relativa a la esperanza de vida por sexos y para los distintos grupos de edad, con el fin de poder computar la Esperanza de Vida Ajustada por la Calidad (EVAC) y, a partir de ésta, el valor monetario del stock de salud y sus

Tabla 4.7
Utilidades obtenidas a partir del autoclasificador EQ-5D y la tarifa española en 2004 y 2009, y extremos de los intervalos de confianza calculados por bootstrapping en 2009

	<i>Hombres</i>			
	Media 2004	Media 2009	IC _{inf}	IC _{sup}
Menores de 24 años	0,9731	0,9753	0,9541	0,9888
Entre 25 y 34 años	0,9647	0,9684	0,9591	0,9771
Entre 35 y 44 años	0,9425	0,9479	0,9302	0,9632
Entre 45 y 54 años	0,9196	0,9327	0,9179	0,9467
Entre 55 y 64 años	0,8976	0,9096	0,8864	0,9295
Mayores de 65 años	0,8047	0,8017	0,7664	0,8356
	<i>Mujeres</i>			
	Media 2004	Media 2009	IC _{inf}	IC _{sup}
Menores de 24 años	0,9676	0,9776	0,9667	0,9868
Entre 25 y 34 años	0,9608	0,9506	0,9360	0,9634
Entre 35 y 44 años	0,9400	0,9421	0,9270	0,9553
Entre 45 y 54 años	0,8873	0,9247	0,9092	0,9385
Entre 55 y 64 años	0,8605	0,8773	0,8538	0,9000
Mayores de 65 años	0,7010	0,7358	0,7050	0,7664

cambios en el tiempo. La información sobre esperanza de vida se extrajo de los datos sobre población y defunciones por edad y sexo del Instituto Nacional de Estadística.⁶⁰

4.1.4. Metodología

Como se señaló en la Introducción a este epígrafe, la metodología que hemos utilizado descansa sobre las aportaciones del trabajo pionero de Grossman (1972). Por tanto, el enfoque seguido en este trabajo es el mismo que el empleado en el citado estudio, así como en otros realizados previamente en España y que se han glosado en el apartado de revisión de la literatura. De manera resumida, para computar el valor monetario del stock de salud resulta necesario disponer de dos inputs: de una parte, el perfil temporal asociado a cada grupo de población (según sexo y edad) en términos de calidad de vida, esto es, el número de AVAC totales; de otro lado, el valor monetario (o precio unitario) que se imputará a cada AVAC.

El valor monetario del stock de capital salud en el año t de un individuo j de edad x se calcula empleando la siguiente expresión:

$$\text{Valor Monetario Stock}_{jt} = V \times \left[\sum_{i=0}^T \frac{W_{jt}(x+i)}{(1+r)^i} \right]$$

Donde V es el valor monetario del AVAC (p.ej. 100.000 dólares), T recoge el horizonte vital del individuo fruto de su esperanza de vida, W representa la utilidad media del grupo de edad al que pertenece el individuo, y r es la tasa de descuento (p.ej. 3%).

La suma del flujo futuro descontado de AVAC dará como resultado el número total de AVAC de esa persona, o stock de salud medido en unidades físicas para dicho individuo. Si ese número medio de AVAC se multiplica por el total de personas en su mismo grupo de edad (amplitud de la cohorte) obtenemos la suma total de AVAC de los individuos del grupo de edad x . Cuando este cálculo se repite y se agregan los resultados para todos los grupos de edad, obtenemos el stock de capital salud en unidades físicas de la población. A este monto agregado de AVAC es lo que referíamos al comienzo de esta sección como *Esperanza de Vida Ajustada por la Calidad* (EVAC). La monetización, entendida como el producto del stock de salud (número total de AVAC) por el «precio» atribuido a cada AVAC, se puede realizar tanto en términos individuales (antes de la agregación de los stocks de salud de cada sujeto) como a escala agregada (utilizando el stock de salud de toda la población).

El cálculo de la EVAC para cada uno de los grupos de edad y sexo considerados, requiere la construcción de las denominadas *Tablas de Vida* en los dos años objeto de análisis: 2004 y 2009. Para construir dichas tablas se siguió una aproximación

60 Disponibles en <http://www.ine.es>.

similar a la que empleó Sullivan (1971) para calcular otro indicador semejante, la denominada *Esperanza de Vida Libre de Discapacidad*⁶¹. La secuencia seguida se concreta en los siguientes pasos:

1. A partir de los datos de mortalidad específicos por sexo y grupos de edad se estima la probabilidad de morir q_x para cada grupo de edad y sexo.
2. Se calcula el número de personas vivas I_x a la edad de inicio del grupo de edad x .
3. Se cuantifica el número de personas que fallecen d_x en el grupo de edad x .
4. Se halla el número total de años L_x vividos por la cohorte de población perteneciente al grupo de edad x .
5. Por último, se estima la esperanza de vida EV_x para cada uno de los grupos de edades según la fórmula:

$$EV_x = \frac{\sum_{t=x}^s L_t}{I_x}$$

Con la finalidad de poder estimar la EVAC, resulta preciso, como se ha señalado, ajustar el número de años vivido en cada intervalo L_t por la calidad de vida y obtener así el número total de años vividos por la cohorte más allá del intervalo T_t . Para realizar el ajuste por calidad de vida se emplearon las medidas de utilidad disponibles en nuestra encuesta, esto es, las valoraciones derivadas de aplicar la tarifa de Badía et al. (2001) al resultado del «autoclasificador» EQ-5D para cada sujeto, en ambos años.

No obstante, se ha de advertir de que las utilidades medias empleadas para cada año de edad y sexo no fueron, exactamente, las medias observadas. Dado que el número de observaciones disponible para alguno de los grupos de edad/sexo era relativamente bajo y se llegaban a obtener algunos resultados contraintuitivos, se llevó a cabo un suavizado de las series de medias por edad y sexo, mediante un procedimiento conocido como *kernel polinómico*⁶². Dicho proceso se realizó hasta una edad máxima de 75 años y, a partir de ahí, dado el reducido número de observaciones disponibles, se optó por considerar un grupo único. Una ilustración

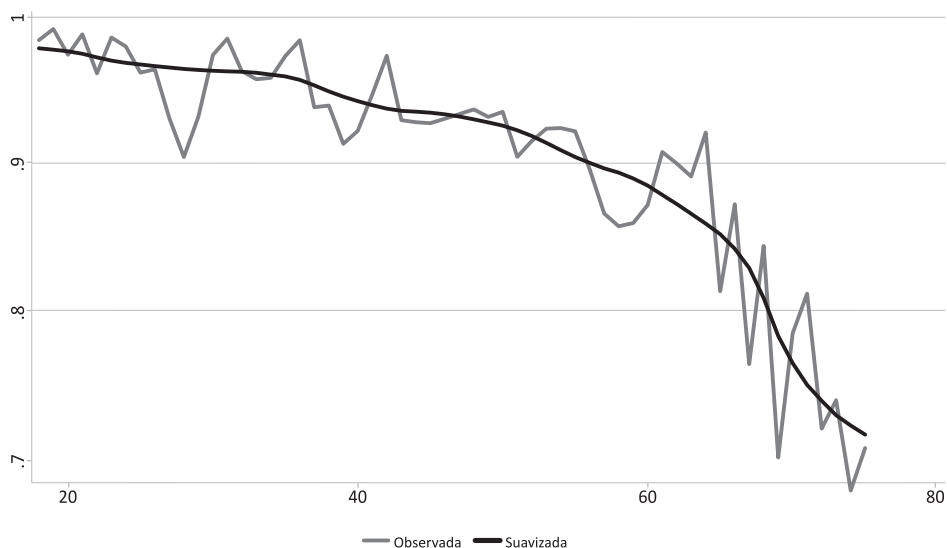
61 La Esperanza de Vida Ajustada por la Discapacidad se construye a partir del cómputo de los Años de Vida Ajustados por la Discapacidad (AVAD), medida que ajusta la esperanza de vida por la erosión previsible de la salud conforme avanza la edad. De este modo los AVAD pueden considerarse una medida complementaria a los AVAC; mientras que estos reflejan la utilidad aparejada a la calidad de vida, los AVAD reflejan la desutilidad aparejada a la merma de calidad de vida respecto de la salud perfecta.

62 El procedimiento consiste básicamente en una regresión local polinomial y constituye una generalización del suavizado local de medias propuesto por Nadaraya (1964) y Watson (1964). Esta forma de actuar es computacionalmente más intensiva, pero goza de mejores propiedades estadísticas. Para una explicación en profundidad, véase Gutiérrez et al. (2003).

de los resultados de este proceso, se muestra en el Gráfico 4.1, para el caso de las utilidades EQ-5D obtenidas en el año 2009.

Gráfico 4.1

Suavizado de las utilidades por edad observadas en 2009 a partir del EQ-5D



Para calcular el error estándar de las esperanzas de vida se ha seguido el método de Chiang (1976), que estima este error de la siguiente forma (usando la terminología de las tablas de vida)⁶³:

$$SE(e^x) = \left(\frac{1}{l_x^2} \sum_{i=1}^w l_i^2 \left[(1 - a_x) n_1 + e_{x+1} \right]^2 \text{Var}(q_x) \right)^{0,5}$$

donde:

$$\text{Var}(q_x) = \frac{q_x^2 \cdot (1 - q_x)}{N_m}$$

En el caso de las estimaciones de la EVAC, para el cálculo de los errores estándar existen varias opciones. La más común es considerar la varianza de la EVAC como la suma de las varianzas de la esperanza de vida y de la medida de utilidad. Bajo el supuesto de independencia entre las probabilidades de supervivencia por edad y la medida de utilidad de cada edad, no existe covarianza entre ambas medidas, por lo que la suma total sería:

⁶³ Donde, amén de lo visto con anterioridad, es preciso aclarar que n es el tamaño del rango etario, en nuestro caso 1 año, y a_x es la porción del año que se supone que ha transcurrido en el momento de la muerte de los individuos dentro del año, por simplicidad se supone el punto medio.

$$SE(e^*) = \left(\left(\frac{1}{l_x^2} \sum_{x=0}^{w-1} l_x^2 \left[(1 - a_x) n_1 + e_{x+1} \right]^2 Var(q_x) \right) + \left(\frac{1}{l_x^2} \sum_{x=0}^{w-1} l_x^2 \cdot Var(Utilidad_x) \right) \right)^{0.5}$$

Con el fin de simplificar el cálculo, algunos autores consideran que la varianza introducida por la probabilidad de morir dentro del intervalo (q_x) es muy pequeña, comparada con la que introduce la medida de utilidad o de salud. Por ello, calculan el error de la esperanza de vida ajustada por la calidad únicamente con la segunda parte de la ecuación anterior, es decir, sin tener en cuenta el error introducido por la mortalidad. En nuestro caso, se consideraron las dos fuentes de variabilidad, tal y como muestra la ecuación.

Por otra parte, para descontar el flujo de AVAC hemos elegido como escenario base una tasa de descuento del 3%, que es la más ampliamente utilizada en la literatura, si bien también se han realizados los cálculos utilizando tasas alternativas del 1,5% y del 5%, con el fin de recorrer el rango de valores para la tasa de descuento más frecuente empleado en la valoración económica de la salud.

El segundo de los inputs necesarios para la determinación del valor monetario del stock de salud es el precio o valor monetario del AVAC. La elección de dicho valor resulta crítica, puesto que los resultados finalmente obtenidos para el valor monetario del stock de salud serán, como cabe esperar, muy sensibles al mismo. Por esta razón, consideramos conveniente llevar a cabo un proceso de revisión del rango de valores propuestos en la literatura. Los resultados se muestran en la Tabla 4.8.

Se pueden agrupar los diversos valores ofrecidos en la literatura atendiendo a su origen o forma de obtención. En efecto, en un primer grupo o tipo se pueden agrupar aquellos valores que podemos denominar como números redondos o «reglas del pulgar», que han sido propuestos por investigadores o instituciones de forma más o menos arbitraria a partir de la generalización de un determinado caso concreto, y que tienen como principal ventaja, para alguno de ellos, el haber gozado de cierto predicamento en la literatura (p.ej. el valor de 100.000 dólares/AVAC).

En segundo lugar, identificamos aquellos que se derivan de preferencias sociales, ya sea obtenidas directamente a través de encuestas (preferencias declaradas), ya sea inferidas a partir de decisiones reales de los agentes económicos (preferencias reveladas). Este grupo de valores es el que responde en mayor medida a la fundamentación misma de la economía del bienestar, y por ello debería ser tenido en cuenta de forma prioritaria. Lamentablemente, el número de estudios que han tratado de obtener un valor para el AVAC de forma directa es reducido, destacando tres aportaciones en el ámbito internacional, Gyrd-Hansen (2003), Byrne et al (2005) y King et al (2005); y dos trabajos en el ámbito español, Pinto y Rodríguez (2001) y Pinto y Martínez (2005)⁶⁴. Una reciente aportación basada también en encuestas

⁶⁴ En este último trabajo se obtiene un rango para el valor del AVAC comprendido entre nueve y treinta y ocho mil euros del año 2005. Dicho valor, actualizado, sería equivalente a considerar poco más de 10.400 euros y 43.800 respectivamente.

Tabla 4.8
Valores monetarios para el Año de Vida Ajustado por la Calidad propuestas en la literatura

Método de obtención de los umrales	Referencia	Valor del umbral, en US\$ por AVAC ganado(a)
Propuestos por individuos o instituciones		
Regla del Pulgar («estándar-diálisis»)	Weinstein (1995), Hirth et al (2000)	93.500
Regla del Pulgar	Laupacis et al (1992)	17.600-87.800
Regla del Pulgar	Kaplan y Busch (1982)	37.600
Decisiones pasadas	NICE (2004)	31.500-47.200
Estimados por DAP(b) o métodos relacionados		
Capital Humano	Hirth et al (2000)	26.900
Preferencias reveladas sin incluir seguridad en el trabajo	Hirth et al (2000)	101.500
Preferencias reveladas en el mercado de trabajo	Hirth et al (2000)	645.000
Preferencias declaradas (DAP)(c)	Hirth et al (2000)	175.300
Preferencias declaradas (DAP)	Gyrd-Hansen (2003)	10.200
Preferencias declaradas (DAP)	Byrne et al (2005)	1.200-5.500
Preferencias declaradas (DAP)	King et al (2005)	12.300-31.700
Preferencias declaradas (DAP)	Pinto y Rodríguez (2001)	8.500-32.700
Preferencias declaradas (DAP)	Pinto y Martínez (2005)	10.900-46.300
Inferidos de decisiones pasadas de organismos reguladores		
Decisiones de reembolso en Nueva Zelanda	Pritchard (2002)	10.900
Decisiones del NICE	Towse y Pritchard (2002)	32.000-48.000
Decisiones del NICE	Devlin y Parkin (2004)	72.000

(a): Todos los valores son resultado de la conversión de los originales a dólares de Estados Unidos del año 2002, redondeando a la centena más próxima. (b): DAP = Disposición a pagar. (c): Valor del AVAC calculado a partir del valor monetario de una vida estadística. Fuente: Abellán et al (2008).

conducidas en España (Pinto et al., 2009) explora la consistencia de los valores monetarios del AVAC obtenidos aplicando diferentes métodos antes que pretender preconizar un único valor. Un tercer grupo de valores está integrado por los que se pueden derivar de las decisiones pasadas llevadas a cabo por organismos reguladores, ya que en ellas se contiene implícitamente un valor monetario por AVAC. Conviene advertir de que, en no pocas ocasiones, estos valores no tienen más fundamento que la restricción presupuestaria con la que operan las instituciones públicas.

Sobre la base de los resultados de esta revisión y con la vista puesta, tanto en la comparabilidad de nuestros resultados con la evidencia previa, como en la elección de los valores propuestos en la literatura mejor fundamentados, optamos por elegir un rango de valores monetarios para el AVAC relativamente amplio. De un lado, se utilizará el valor de 100.000 euros, como equivalente al «número redondo» de 100.000 dólares ampliamente empleado en trabajos previos, de tal suerte que, haciendo abstracción de la unidad de cuenta, se puedan realizar comparaciones

absolutas de forma intuitiva y sencilla. De otro lado, y con la finalidad de poder realizar comparaciones con otras regiones españolas, se recurrirá a un conjunto de valores alternativos: 5.000, 10.000, 20.000, 30.000 y 50.000 euros por AVAC.

4.1.5. Resultados

En el gráfico 4.2 se muestran los resultados de calcular la EVAC empleando las utilidades ajustadas a partir del autoclasificador EQ-5D en 2004, por edades, con intervalos de un año. Obsérvese cómo se produce una claro comportamiento diferencial por sexo, pero menor del que típicamente se observa para el comportamiento de la esperanza de vida. En efecto, como consecuencia de la peor calidad de vida media que disfrutaban las mujeres conforme se avanza en la estructura de edades, las diferencias ajustadas por la calidad por sexos se reducen de forma significativa al avanzar en dicha estructura. La EVAC al nacer para los hombres en 2004 en Murcia ascendía a 70,25 años, y para el caso de las mujeres se situaba sobre los 72,65 años, mientras, a la edad de 100 años, la EVAC para los hombres suponía ligeramente más de 0,30 años y para las murcianas superaba los 0,37 años.

Gráfico 4.2
Esperanza de Vida Ajustada por la Calidad a partir del autoclasificador EQ-5D en 2004 por edad y sexo para la Región de Murcia

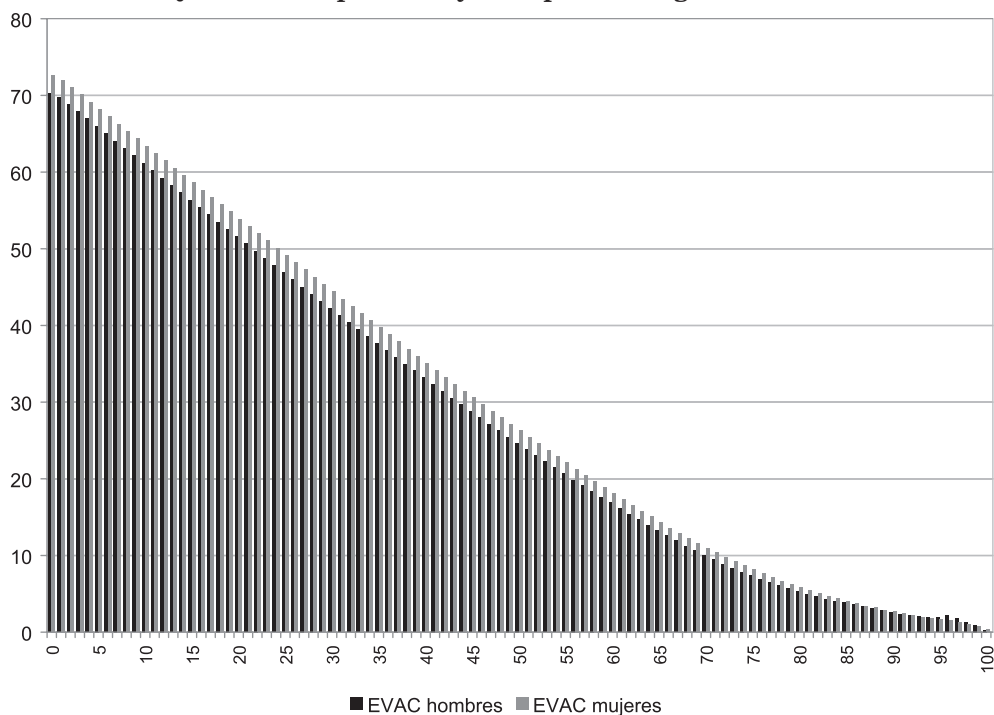


Tabla 4.9

Esperanza de Vida Ajustada por la Calidad a partir del autoclasificado EQ-5D y extremos del intervalo de confianza en 2004 por edad y sexo para la Región de Murcia

	EVAC	IC inferior (95%)	IC Superior (95%)
15 años			
Varones	56,34	56,06	56,61
Mujeres	58,61	58,39	58,83
25 años			
Varones	46,89	46,63	47,16
Mujeres	49,16	48,95	49,37
35 años			
Varones	37,67	37,42	37,93
Mujeres	39,72	39,52	39,93
45 años			
Varones	28,81	28,57	29,05
Mujeres	30,59	30,39	30,79
55 años			
Varones	20,66	20,44	20,88
Mujeres	22,10	21,92	22,28
65 años			
Varones	13,26	13,07	13,45
Mujeres	14,34	14,18	14,50
75 años			
Varones	7,39	7,22	7,55
Mujeres	8,16	8,02	8,31

Esta misma información, pero en términos numéricos y para una serie de edades seleccionadas es la que se muestra en la tabla 4.9. Además de la EVAC se presenta un intervalo de confianza construido alrededor de dicho valor para cada edad. Ello permite ver de forma cuantitativa el estrechamiento de la brecha en términos de EVAC por sexos. Así, se puede observar cómo la brecha por sexos a la edad de 15 años es de poco menos de 2,3 AVAC, a los 45 es de algo menos de 1,8, a los 65 es de poco más de 1,1, y a los 75 años asciende a 0,77. Esto es, el valor observado a los 15 años se reduce a poco más de una tercera parte para la última de las edades consideradas.

Si en lugar de calcular la EVAC suponiendo que los individuos valoran igual cada uno de los años de su horizonte vital, asumimos la existencia de una preferencia temporal positiva, esto es, que se valoran en mayor medida los años más próximos en el tiempo a los más lejanos, las diferencias por sexo en términos de EVAC se estrechan de forma considerable. Sirva como ejemplo el gráfico 4.3, en el que se ha considerado una tasa de descuento del 5%.

Como se puede observar en la tabla 4.10, referida al año 2004, el estrechamiento de la brecha en la EVAC por sexo es tanto mayor cuanto mayor es la tasa de descuento empleada. En efecto, mientras que la brecha máxima para las edades

Gráfico 4.3

Esperanza de Vida Ajustada por la Calidad descontada a una tasa del 5% a partir del autoclasificadorEQ-5D en 2004 por edad y sexo para la Región de Murcia

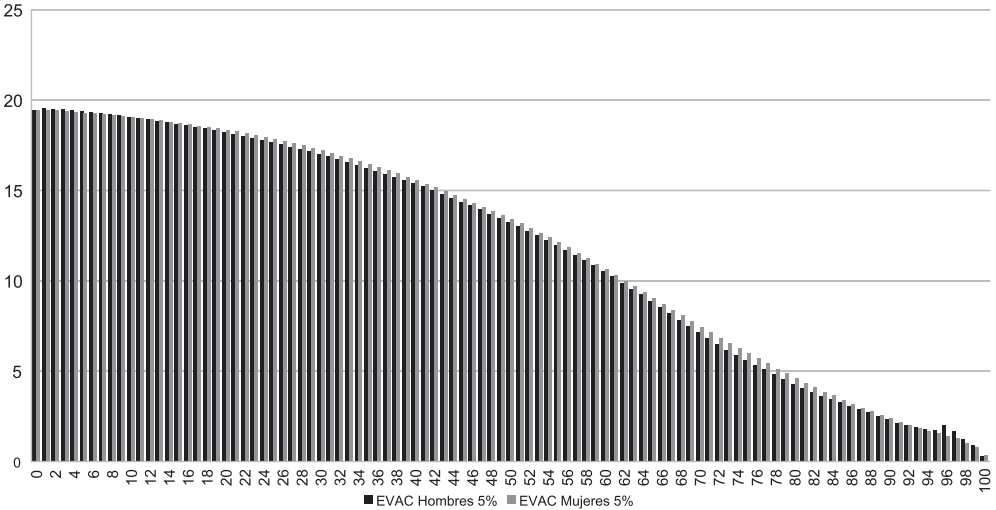


Tabla 4.10

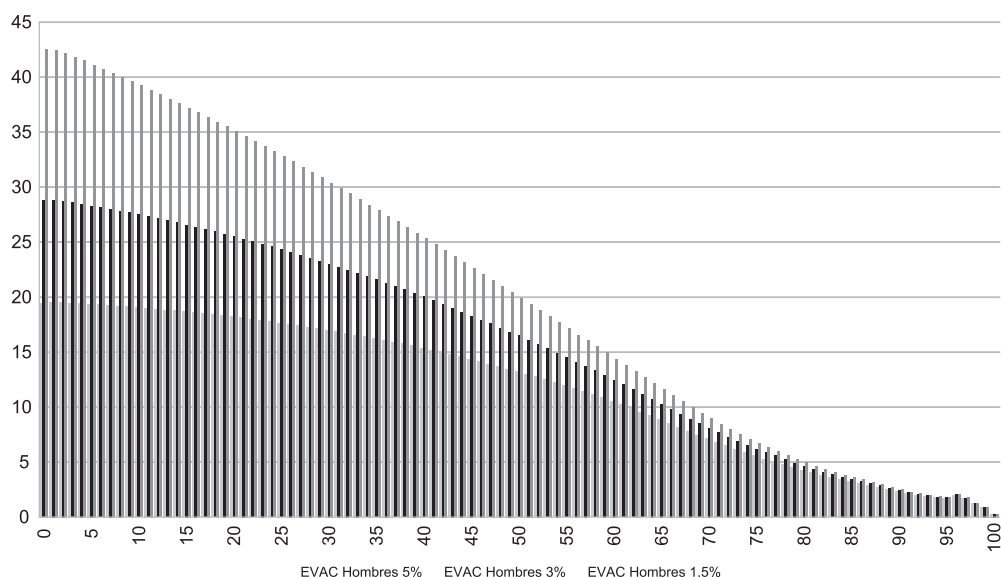
Esperanza de Vida Ajustada por la Calidad descontada a partir del autoclasificador EQ-5D por edad y sexo para la Región de Murcia en 2004 y distintas tasas de descuento

	5%	3%	1,50%
15 años			
Varones	18,69	26,57	37,20
Mujeres	18,73	26,85	38,02
25 años			
Varones	17,68	24,35	32,79
Mujeres	17,84	24,80	33,78
35 años			
Varones	16,26	21,60	27,90
Mujeres	16,45	22,09	28,90
45 años			
Varones	14,37	18,29	22,61
Mujeres	14,54	18,77	23,54
55 años			
Varones	11,96	14,53	17,15
Mujeres	12,12	14,97	17,98
65 años			
Varones	8,87	10,26	11,59
Mujeres	9,04	10,68	12,29
75 años			
Varones	5,61	6,21	6,75
Mujeres	5,98	6,71	7,37

consideradas asciende a 1 año de vida ajustado por la calidad cuando se utiliza una tasa de descuento de 1.5%, ésta se sitúa en un tercio de dicho valor cuando la tasa empleada es del 5%.

Además, como consecuencia de la utilización de una mayor tasa de descuento el impacto sobre la EVAC para cada edad es tanto más importante cuanto más grande es el horizonte vital. Buena prueba de ello la encontramos en el gráfico 4.4, donde se observa la notable reducción experimentada por la EVAC para los hombres murcianos en 2004 según se utilice una u otra tasa de descuento. Así por ejemplo, la EVAC al nacer para los varones en 2004 tomaría los valores de 19,45; 28,78 o 42,54 en función de si la tasa de descuento empleada asciende a un 5, 3 o 1,5%, respectivamente. Esto es, la EVAC calculada al nacer se reduce en más de un 50% si se emplea la tasa máxima considerada en lugar de la mínima.

Gráfico 4.4
Impacto sobre la Esperanza de Vida Ajustada por la Calidad a partir del
autoclasificador EQ-5D en 2004 para hombres de la utilización de distintos
tipos de descuento



En el gráfico 4.5 se muestra el cómputo de la EVAC a partir del EQ-5D en el segundo de los años considerados, diferenciando por edad y sexo. Se puede advertir cómo persiste la brecha por sexos, y cómo los valores son superiores a los observados un lustro antes, tanto para hombres como para mujeres. Así, para el caso de los varones al nacer, la EVAC ascendió a poco menos de 72,15 años ajustados por la calidad, mientras que para las mujeres este indicador superó ligeramente el umbral de 74,65 años. La información cuantitativa referida a los mismos puntos de corte en términos de edades que para el año anterior se muestra en la tabla 4.11.

Gráfico 4.5
Esperanza de Vida Ajustada por la Calidad a partir del autoclasificador EQ-5D en 2009 por edad y sexo para la Región de Murcia

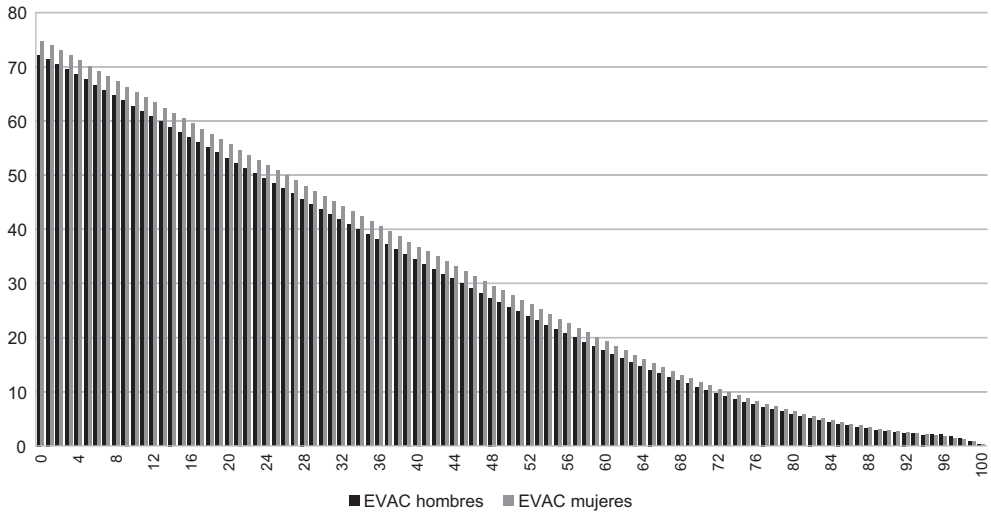


Tabla 4.11
Esperanza de Vida Ajustada por la Calidad a partir del autoclasificador EQ-5D y extremos del intervalo de confianza en 2009 por edad y sexo para la Región de Murcia

	EVAC	IC inferior (95%)	IC Superior (95%)
15 años			
Varones	57,91	57,66	58,16
Mujeres	60,42	60,21	60,63
25 años			
Varones	48,39	48,14	48,63
Mujeres	50,79	50,59	50,99
35 años			
Varones	38,99	38,75	39,23
Mujeres	41,38	41,18	41,57
45 años			
Varones	29,94	29,71	30,18
Mujeres	32,20	32,02	32,39
55 años			
Varones	21,52	21,30	21,73
Mujeres	23,43	23,25	23,60
65 años			
Varones	14,02	13,83	14,21
Mujeres	15,26	15,10	15,42
75 años			
Varones	8,08	7,92	8,25
Mujeres	8,76	8,62	8,90

Se constata cómo la brecha por sexos se ha mantenido prácticamente inalterada, experimentando tan sólo pequeñas oscilaciones. Por ejemplo, mientras que en 2004 dicha brecha ascendía a casi 2,3 años a la edad de 15, ahora supone poco más de 2,5; de igual forma, mientras que a la edad de 75 años la diferencia era en el 2004 de 0,77 años, en el 2009 se sitúa en poco más de 0,68 años.

De nuevo, se presenta la información relativa a la EVAC teniendo en cuenta la preferencia temporal. En la tabla 4.12 se recalcula la misma empleando las tres tasas de descuento anteriormente utilizadas. Como no podía ser de otra manera, la ganancia en términos de EVAC es tanto mayor cuanto menor es la tasa de descuento empleada, puesto que las mayor parte de los incrementos de calidad de vida se centran en momentos posteriores en el tiempo.

Tabla 4.12
Esperanza de Vida Ajustada por la Calidad descontada a partir del
autoclasificador EQ-5D por edad y sexo para la Región de Murcia en 2009 y
distintas tasas de descuento

	5%	3%	1,50%
15 años			
Varones	18,85	26,94	37,94
Mujeres	18,95	27,30	38,88
25 años			
Varones	17,95	24,84	33,61
Mujeres	18,05	25,26	34,63
35 años			
Varones	16,59	22,12	28,70
Mujeres	16,84	22,74	29,91
45 años			
Varones	14,71	18,81	23,36
Mujeres	15,12	19,60	24,68
55 años			
Varones	12,25	14,96	17,75
Mujeres	12,73	15,77	18,99
65 años			
Varones	9,20	10,72	12,18
Mujeres	9,55	11,31	13,04
75 años			
Varones	6,10	6,77	7,37
Mujeres	6,36	7,16	7,89

Con la finalidad de poner en perspectiva los resultados obtenidos, resulta relevante realizar comparaciones con las estimaciones obtenidas para este mismo indicador en otras comunidades autónomas de España. Dado que no todos los estudios han seguido la misma metodología, la comparación solo es posible con algunas de las estimaciones previas y las conclusiones han de ser, además, cautelosas. Los estudios realizados con datos de Canarias y Cataluña recurrieron al EQ-5D como fuente para obtener las medidas de calidad de vida, tal y como se

Tabla 4.13
Esperanza de Vida Ajustada por la Calidad basada en el EQ-5D por edad y sexo para Canarias, Cataluña y Murcia (tasa de descuento nula)

	EQ-5D			
	Canarias 2004	Cataluña 2002	Murcia 2004	Murcia 2009
15 años				
Varones	55,1	55,2	56,34	57,91
Mujeres	55,9	57,6	58,61	60,42
25 años				
Varones	45,8	47,7	46,89	48,39
Mujeres	46,8	48,1	49,16	50,79
35 años				
Varones	36,7	38,5	37,67	38,99
Mujeres	37,8	38,9	39,72	41,38
45 años				
Varones	27,9	29,8	28,81	29,94
Mujeres	29,2	30,0	30,59	32,20
55 años				
Varones	20,3	21,7	20,66	21,52
Mujeres	21,4	21,6	22,10	23,43
65 años				
Varones	13,7	14,6	13,26	14,02
Mujeres	14,3	14,2	14,34	15,26
75 años				
Varones	7,9	8,7	7,39	8,08
Mujeres	7,9	7,4	8,16	8,76

ha hecho en las dos encuestas disponibles para la Región de Murcia. Es con estos dos estudios previos con los que se comparan nuestros resultados en la tabla 4.13.⁶⁵

En primer lugar, se ha de señalar que la comparación elegida es la más homogénea de entre las posibles, ya que se utilizan las utilidades a partir de la misma tarifa disponible para España en lo referente al EQ-5D. En segundo lugar, resulta evidente que, con independencia del año utilizado para la Región de Murcia, existe un diferencial positivo en términos de EVAC respecto a las otras dos regiones españolas para los grupos de población más joven. Dicho diferencial, se va estrechando conforme se avanza por la estructura de edades, reduciéndose a la mínima expresión con respecto a la comunidad canaria, con independencia del año, y tornándose negativo para el caso de la comparación con la comunidad autónoma catalana. Los valores resultan, no obstante, análogos a los observados en estas dos comunidades autónomas, y bastante más alentadores que los recogidos en Gispert et al. (2007) donde se señala que la Región de Murcia se encontraba en la última

⁶⁵ En los estudios que calculan el stock de salud en unidades físicas, resulta frecuente el cómputo de la EVAC utilizando algún tipo de tasa de descuento. Por simplicidad, aquí se recogen resultados sin descontar. En cualquier caso, la utilización de una misma tasa de descuento no debería cambiar sustancialmente las diferencias cualitativas, siempre y cuando no existan diferencias muy significativas en los perfiles de salud por comunidades autónomas.

Tabla 4.14
Stock de salud en unidades físicas y monetarias (millones de €) a partir del
EQ-5D por edades y sexo para la región de Murcia en 2004

	AVACs	100.000 €	50.000 €	30.000 €	20.000 €	10.000 €	5.000 €
Mujeres							
Menores de 24 años	11.790.644	1.179.064	589.532	353.719	235.813	117.906	58.953
Entre 25 y 34 años	4.973.099	497.310	248.655	149.193	99.462	49.731	24.865
Entre 35 y 44 años	3.521.396	352.140	176.070	105.642	70.428	35.214	17.607
Entre 45 y 54 años	1.934.601	193.460	96.730	58.038	38.692	19.346	9.673
Entre 55 y 64 años	1.065.089	106.509	53.254	31.953	21.302	10.651	5.325
Mayores de 65 años	888.121	88.812	44.406	26.644	17.762	8.881	4.441
Total Mujeres	24.172.950	2.417.295	1.208.647	725.188	483.459	241.729	120.865
Hombres							
Menores de 24 años	12.039.478	1.203.948	601.974	361.184	240.790	120.395	60.197
Entre 25 y 34 años	5.212.504	521.250	260.625	156.375	104.250	52.125	26.063
Entre 35 y 44 años	3.490.349	349.035	174.517	104.710	69.807	34.903	17.452
Entre 45 y 54 años	1.812.247	181.225	90.612	54.367	36.245	18.122	9.061
Entre 55 y 64 años	924.837	92.484	46.242	27.745	18.497	9.248	4.624
Mayores de 65 años	654.376	65.438	32.719	19.631	13.088	6.544	3.272
Total Hombres	24.133.790	2.413.379	1.206.690	724.014	482.676	241.338	120.669
Total							
Menores de 24 años	23.830.121,50	2.383.012	1.191.506	714.904	476.602	238.301	119.151
Entre 25 y 34 años	10.185.603,10	1.018.560	509.280	305.568	203.712	101.856	50.928
Entre 35 y 44 años	7.011.744,30	701.174	350.587	210.352	140.235	70.117	35.059
Entre 45 y 54 años	3.746.847,90	374.685	187.342	112.405	74.937	37.468	18.734
Entre 55 y 64 años	1.989.926,67	198.993	99.496	59.698	39.799	19.899	9.950
Mayores de 65 años	1.542.496,61	154.250	77.125	46.275	30.850	15.425	7.712
Total	48.306.740	4.830.674	2.415.337	1.449.202	966.135	483.067	241.534

posición en términos del ranking de Esperanza de Vida Libre de Discapacidad en el año 1999. En todo caso, sería necesario acometer un análisis en más profundidad para indagar acerca de las posibles causas de estas diferencias observadas.

Finalmente, se ha de proceder a la monetización de estos valores en unidades físicas, a través de la aplicación de distintos valores monetarios para el AVAC, asumiendo así mismo diferentes tasas de descuento, tal y como se señaló en la sección metodológica.

En la tabla 4.14 se muestran los resultados del cálculo del valor monetario del stock de capital salud de la Región de Murcia para el año 2004 sin aplicar tasa de descuento alguna. Una vez monetizados los 48,3 millones de AVAC que conforman el stock de salud de la Región de Murcia en 2004, estos se convierten en un valor comprendido entre 4,8 y 0,25 billones de euros, en función de cuál sea el valor unitario que se considere para el año de vida ajustado por la calidad.

En la tabla 4.15 se muestran los efectos que sobre las anteriores magnitudes tiene la incorporación de una tasa que recoja la preferencia temporal. Como cabría

Tabla 4.15

Stock de salud en unidades físicas y monetarias (millones de €) a partir del EQ-5D para distintas tasas de descuento para la región de Murcia en 2004

Tasa de descuento	AVACs	100.000 €	50.000 €	30.000 €	20.000 €	10.000 €	5.000 €
5,0%	18.864.719	1.886.472	943.236	565.942	377.294	188.647	94.324
3,0%	25.461.110	2.546.111	1.273.055	763.833	509.222	254.611	127.306
1,5%	33.865.839	3.386.584	1.693.292	1.015.975	677.317	338.658	169.329

Tabla 4.16.

Stock de salud en unidades físicas y monetarias (millones de €) a partir del EQ-5D por edades y sexo para la región de Murcia en 2009

	AVACs	100.000 €	50.000 €	30.000 €	20.000 €	10.000 €	5.000 €
Mujeres							
Menores de 24 años	12.988.392	1.298.839	649.420	389.652	259.768	129.884	64.942
Entre 25 y 34 años	5.716.392	571.639	285.820	171.492	114.328	57.164	28.582
Entre 35 y 44 años	4.344.704	434.470	217.235	130.341	86.894	43.447	21.724
Entre 45 y 54 años	2.563.503	256.350	128.175	76.905	51.270	25.635	12.818
Entre 55 y 64 años	1.316.207	131.621	65.810	39.486	26.324	13.162	6.581
Mayores de 65 años	988.843	98.884	49.442	29.665	19.777	9.888	4.944
Total Mujeres	27.918.040	2.791.804	1.395.902	837.541	558.361	279.180	139.590
Hombres							
Menores de 24 años	13.385.100	1.338.510	669.255	401.553	267.702	133.851	66.925
Entre 25 y 34 años	6.241.744	624.174	312.087	187.252	124.835	62.417	31.209
Entre 35 y 44 años	4.545.604	454.560	227.280	136.368	90.912	45.456	22.728
Entre 45 y 54 años	2.449.087	244.909	122.454	73.473	48.982	24.491	12.245
Entre 55 y 64 años	1.148.125	114.813	57.406	34.444	22.963	11.481	5.741
Mayores de 65 años	740.112	74.011	37.006	22.203	14.802	7.401	3.701
Total Hombres	28.509.772	2.850.977	1.425.489	855.293	570.195	285.098	142.549
Total							
Menores de 24 años	26.373.491,30	2.637.349	1.318.675	791.205	527.470	263.735	131.867
Entre 25 y 34 años	11.958.136,40	1.195.814	597.907	358.744	239.163	119.581	59.791
Entre 35 y 44 años	8.890.307,70	889.031	444.515	266.709	177.806	88.903	44.452
Entre 45 y 54 años	5.012.589,20	501.259	250.629	150.378	100.252	50.126	25.063
Entre 55 y 64 años	2.464.332,64	246.433	123.217	73.930	49.287	24.643	12.322
Mayores de 65 años	1.728.954,61	172.895	86.448	51.869	34.579	17.290	8.645
Total	56.427.812	5.642.781	2.821.391	1.692.834	1.128.556	564.278	282.139

Tabla 4.17

Stock de salud en unidades físicas y monetarias a partir del EQ-5D para distintas tasas de descuento para la región de Murcia en 2009

Tasa de descuento	AVACs	100.000 €	50.000 €	30.000 €	20.000 €	10.000 €	5.000 €
5,0%	21.878.418	2.187.842	1.093.921	656.353	437.568	218.784	109.392
3,0%	29.584.389	2.958.439	1.479.219	887.532	591.688	295.844	147.922
1,5%	39.433.429	3.943.343	1.971.671	1.183.003	788.669	394.334	197.167

esperar, cuanto mayor es la tasa de descuento, menor resulta ser el número de AVAC obtenidos, y con ello, el valor monetario finalmente asignado.

Así, para el caso de que la tasa de descuento empleada fuera del 5% se obtiene un stock de salud ligeramente inferior a los 19 millones de AVAC, que da lugar a un rango para el valor monetario que va desde casi cien mil millones a algo menos de 1,9 billones de euros. Si por el contrario, se emplea la menor de las tasas, el 1,5%, entonces el número de AVAC estaría próximo a los 34 millones, y con ello el valor monetario del stock se encontraría acotado entre 170 mil millones y 3,4 billones de euros. De todos los valores presentados en la tabla, utilizaremos como «caso base» para la estimación del stock de salud de la Región de Murcia el resultante de considerar un valor monetario por AVAC de 30.000 euros y una tasa de descuento del 3%. Para este escenario central se obtiene un stock de salud ligeramente inferior a los 25,5 millones de AVAC y un valor monetario del mismo cifrado en 763.833 millones de euros.

A continuación se presenta el mismo análisis para el año 2009. Los principales resultados quedan recogidos en la tabla 4.16, donde se pone de manifiesto que el número total de AVAC ronda los 56,4 millones, y que el valor monetizado estaría comprendido entre 280 mil millones y 5,6 billones de euros. Los efectos de emplear una tasa de descuento sobre los valores previamente estimados, quedan reflejados en la tabla 4.17. El caso base arroja un valor monetario del stock de capital salud en la Región de Murcia en el año 2009 de 887.532 millones de euros.

Si comparamos estas cifras con las referidas al año 2004, debemos concluir que a lo largo del periodo 2004-2009 se ha producido un incremento sustancial del stock de capital salud en la Región de Murcia que, asumiendo el «caso base», se puede cifrar en algo más de 4 millones de AVAC si optamos por su medición en unidades físicas, y en casi 125.000 millones de euros cuando lo convertimos a su expresión monetaria. Si no se considera tasa de descuento alguna, la ganancia total de AVAC superaría los 8.1 millones y el valor monetario de dicho incremento (asumiendo un valor por AVAC de 30.000 euros) excedería de los 240 mil millones. Como se puede observar en la tabla 4.18, alrededor del 55% del incremento se explica por el comportamiento del stock de salud masculino. Por grupos de edad, más de la mitad corresponde a los dos grupos de menor edad.

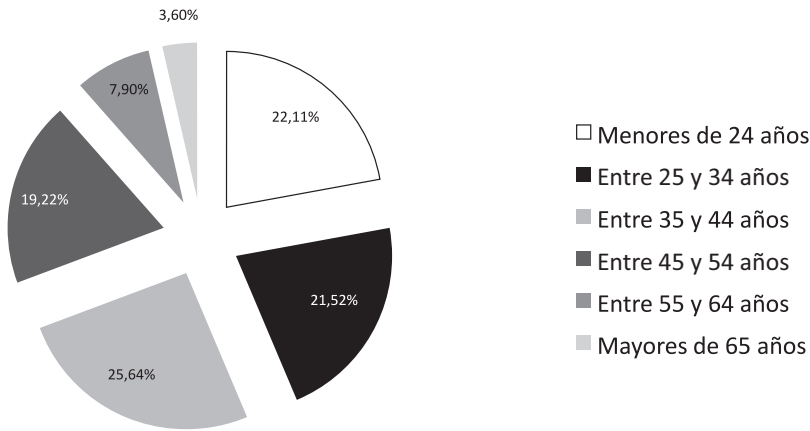
Con la finalidad de visualizar mejor la aportación de los distintos grupos de edad se ha confeccionado el gráfico 4.6, donde se pone de manifiesto cómo algo más de dos terceras partes del incremento del stock acaecido en el último lustro en la Región de Murcia se explican por su avance entre la población menor de 44 años. La parte del incremento achacable a los mayores de 65 años, por su parte, supera escasamente el 3,5% del total.

Cabe preguntarse en este punto qué proporción del mencionado incremento obedece a variaciones estrictamente poblacionales de los diferentes grupos de edad y qué parte se explica por una mejora en la salud de la población de cada uno de

Tabla 4.18
Aumento del Stock de salud en unidades físicas y monetarias (millones de €)
a partir del EQ-5D por edades y sexo para la región de Murcia entre 2004 y
2009, para el escenario base

	AVACs	100.000 €	50.000 €	30.000 €	20.000 €	10.000 €	5.000 €
Mujeres							
Menores de 24 años	418.349	41.835	20.917	12.550	8.367	4.183	2.092
Entre 25 y 34 años	357.161	35.716	17.858	10.715	7.143	3.572	1.786
Entre 35 y 44 años	453.899	45.390	22.695	13.617	9.078	4.539	2.269
Entre 45 y 54 años	389.380	38.938	19.469	11.681	7.788	3.894	1.947
Entre 55 y 64 años	172.356	17.236	8.618	5.171	3.447	1.724	862
Mayores de 65 años	80.076	8.008	4.004	2.402	1.602	801	400
Total Mujeres	1.871.222	187.122	93.561	56.137	37.424	18.712	9.356
Hombres							
Menores de 24 años	493.209	49.321	24.660	14.796	9.864	4.932	2.466
Entre 25 y 34 años	530.353	53.035	26.518	15.911	10.607	5.304	2.652
Entre 35 y 44 años	603.498	60.350	30.175	18.105	12.070	6.035	3.017
Entre 45 y 54 años	403.039	40.304	20.152	12.091	8.061	4.030	2.015
Entre 55 y 64 años	153.482	15.348	7.674	4.604	3.070	1.535	767
Mayores de 65 años	68.476	6.848	3.424	2.054	1.370	685	342
Total Hombres	2.252.057	225.206	112.603	67.562	45.041	22.521	11.260
Total							
Menores de 24 años	911.558	91.156	45.578	27.347	18.231	9.116	4.558
Entre 25 y 34 años	887.514	88.751	44.376	26.625	17.750	8.875	4.438
Entre 35 y 44 años	1.057.397	105.740	52.870	31.722	21.148	10.574	5.287
Entre 45 y 54 años	792.419	79.242	39.621	23.773	15.848	7.924	3.962
Entre 55 y 64 años	325.838	32.584	16.292	9.775	6.517	3.258	1.629
Mayores de 65 años	148.552	14.855	7.428	4.457	2.971	1.486	743
Total	4.123.279	412.328	206.164	123.698	82.466	41.233	20.616

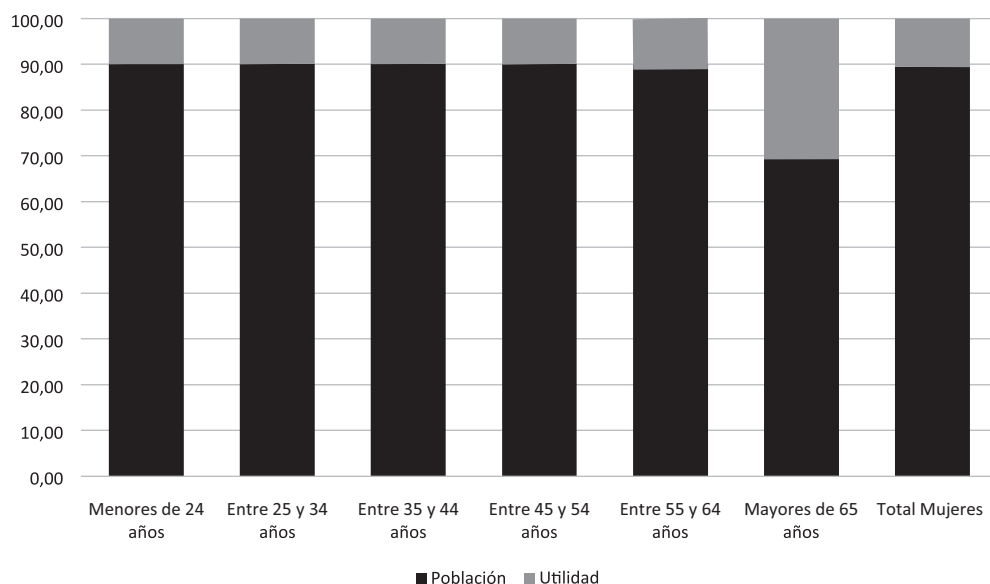
Gráfico 4.6
Porcentaje sobre el incremento del Stock de salud medido a través del EQ-5D
por grupos de edad entre 2004 y 2009 en la Región de Murcia



esos grupos. Una forma sencilla de realizar ese análisis es mediante un ejercicio contrafactual. Esto es, se puede computar el stock de salud que tendría la Región de Murcia en el caso de que la población en el año 2009 hubiera sido la misma que en el 2004. Establecida esta premisa, cualquier incremento del stock de capital salud será, por tanto, totalmente atribuible a una mejora en la salud autopercebida de la población, pudiendo atribuir el resto del incremento realmente observado durante el periodo al crecimiento poblacional.

Esa información se presenta en el gráfico 4.7, donde queda patente cómo casi el 90% del total del incremento del stock de salud observado lo debemos atribuir al factor poblacional. Este porcentaje, permanece prácticamente inalterado para todos los grupos de edad, con la excepción del tramo de los mayores de 65 años donde la mejora en la calidad de vida parece tener una mayor importancia, situándose alrededor del 33% del incremento experimentado.

Gráfico 4.7
Porcentaje sobre el incremento total del Stock de salud medido a través del EQ-5D por grupos de edad entre 2004 y 2009 en la Región de Murcia según su origen, en el escenario base



El mismo análisis se ha ejecutado para hombres y mujeres por separado, y los resultados se muestran en los gráficos 4.8 y 4.9. En el primero se observa que el comportamiento es ligeramente distinto de lo mostrado para el total poblacional. Solo el 85% del incremento del stock de salud femenino a lo largo del quinquenio es atribuible al incremento de la población, y el 15% restante a una mejora de la salud media de la población femenina. Por grupos de edad, de nuevo, se observa cómo

Gráfico 4.8
Porcentaje sobre el incremento total del Stock de salud medido a través del EQ-5D por grupos de edad entre 2004 y 2009 en la Región de Murcia según su origen, para mujeres, en el escenario base

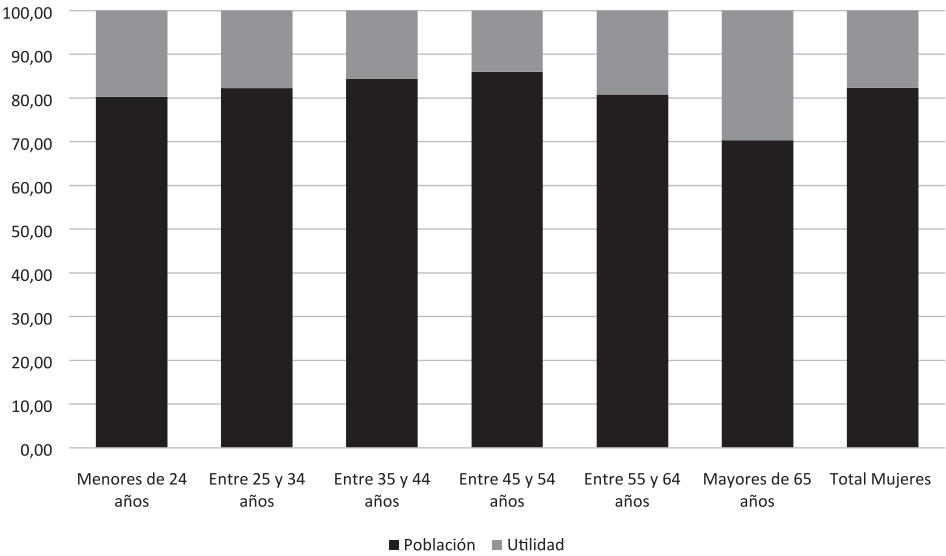
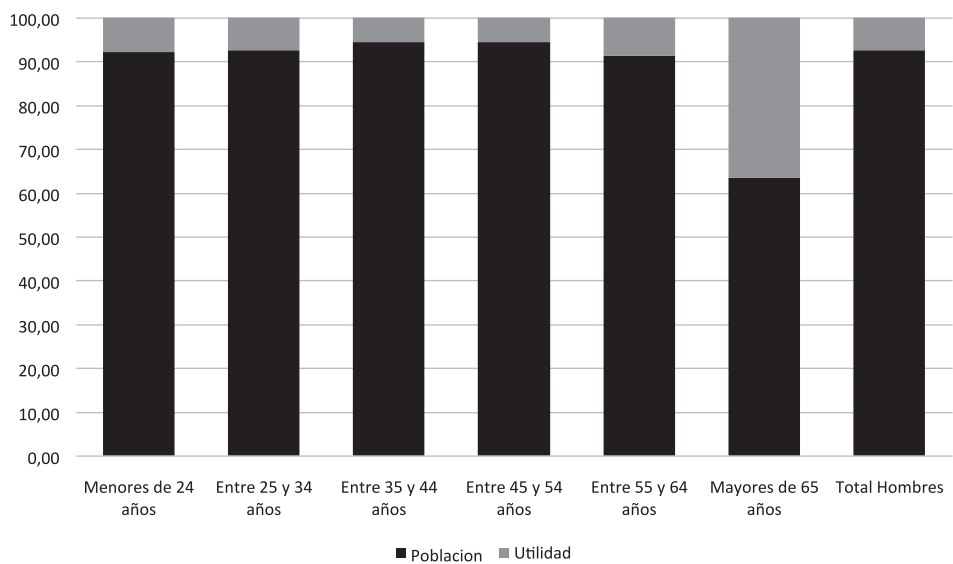


Gráfico 4.9
Porcentaje sobre el incremento total del Stock de salud medido a través del EQ-5D por grupos de edad entre 2004 y 2009 en la Región de Murcia según su origen, para hombres, en el escenario base



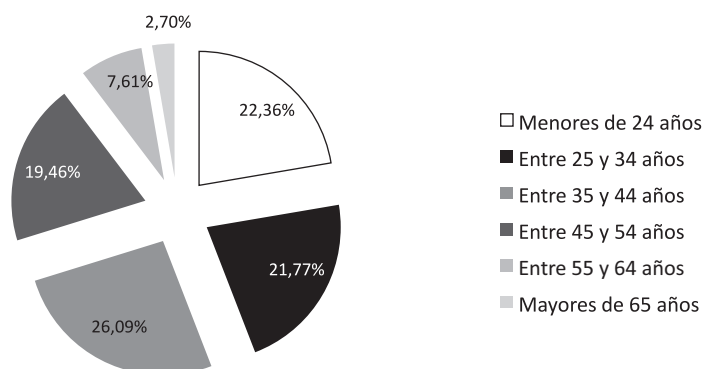
el porcentaje achacable al incremento poblacional se encuentra ligeramente por encima del 80% para todos los grupos de edad, salvo en el caso de los dos últimos.

A la vista del gráfico 4.9 puede afirmarse que casi el 95% del incremento total del stock de salud de los hombres se debe a la dinámica poblacional, y lo mismo sucede para todos los grupos de edad (de forma especialmente intensa para los de mediana edad), a excepción de los mayores de 65 años, donde sólo el 65% es atribuible a dicho fenómeno.

Mostramos a continuación, en el gráfico 4.10, la distribución porcentual del incremento del stock atribuible a la dinámica poblacional, que corresponde a cada uno de los grupos de edad contemplados. Dicho análisis queda expuesto en el siguiente gráfico donde se aprecia cómo algo menos de tres cuartas partes de ese incremento se cimentan en la población menor de 45 años, y algo menos del 45% en los menores de 35. El porcentaje atribuible a los mayores de 55 años supera escasamente el 10%.

Gráfico 4.10

Porcentaje sobre el incremento del Stock debido al incremento de población entre 2004 y 2009 en la Región de Murcia, por grupos de edad, en el escenario base

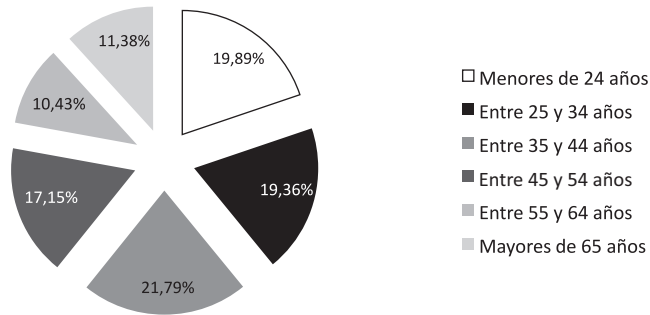


Si ahora nos centramos en el análisis de la contribución al incremento del stock atribuible a la mejora en la calidad de vida de cada uno de los grupos etarios, el gráfico 4.11 pone de manifiesto que algo menos de las dos terceras partes del incremento se concentra en los tres grupos de menor edad, ya que ahora el peso atribuible a los dos mayores de 55 años se encuentra alrededor de una quinta parte del incremento total experimentado.

Otra forma de mostrar la ganancia en términos de salud experimentada por la población a lo largo del lustro objeto de estudio, es expresando la ganancia de capital salud experimentada en forma de una renta de pago anual, a imagen y semejanza de lo que ocurre en el ámbito financiero, y de forma análoga a como se hizo en el estudio sueco previo (Burström et al., 2003). En efecto, dicha renta sería

Gráfico 4.11

Porcentaje sobre el incremento del Stock debido a la mejora en el estado de salud de la población entre 2004 y 2009 en la Región de Murcia, por grupos de edad, en el escenario base



fruto de considerar un valor actual, el de la ganancia de capital salud, una tasa de descuento, por ejemplo del 3% que es la de nuestro caso base, y un periodo de vigencia, que se correspondería con la esperanza de vida del sujeto. Precisamente dicha información es la que se recoge en la tabla siguiente.

Podemos observar cómo para el caso de considerar el valor central para el AVAC de treinta mil euros, la ganancia de capital salud registrada para un varón al nacer sería equivalente a una renta anual de 536 euros, y que para el caso de una niña ascendería a 669. Si por el contrario se centra la atención en una persona con 65 años, entonces, la renta equivalente para un varón ascendería a 1.267 euros y para una fémina a 1.740. Si tenemos en cuenta los distintos valores monetarios considerados para cada AVAC, podemos entender que la ganancia en términos de

Tabla 4.19

Aumento del Stock de salud entre 2004 y 2009 a partir del EQ-5D por edades y sexo para la Región de Murcia, expresado como una renta, para distintos valores monetarios por AVAC

	€/AVAC	Hombres	Mujeres
Al nacer	100.000 €	1.788	2.231
	50.000 €	894	1.115
	30.000 €	536	669
	20.000 €	358	446
	10.000 €	179	223
	5.000 €	89	112
65 años	100.000 €	4.224	5.799
	50.000 €	2.112	2.899
	30.000 €	1.267	1.740
	20.000 €	845	1.160
	10.000 €	422	580
	5.000 €	211	290

salud registrada por un varón que naciera en 2009 frente a uno que nació en 2004 sería el equivalente a una renta comprendida entre 89 y 1.788 euros, y para una mujer el intervalo tendría como límites 112 y 2.231 euros. En el caso de una persona de 65 años, los intervalos serían sensiblemente mayores, dado el menor horizonte vital, y se situarían para hombres y mujeres, respectivamente, entre 211 y 4.224 y entre 290 y 5.799 euros.

4.2. EFECTIVIDAD Y RENDIMIENTO DE LA INVERSIÓN SANITARIA EN LA REGIÓN DE MURCIA

4.2.1. Metodología

Con el objetivo de medir la efectividad del incremento en el gasto sanitario, se ha considerado una doble aproximación. En primer lugar se ha computado una medida de la elasticidad del stock de salud ante incrementos del gasto sanitario. De esta forma, se atribuiría, implícitamente, la totalidad del incremento del stock de salud a las políticas de gasto sanitario. Dado que es asumible pensar que ese supuesto no es realista, esto es, existen otra serie de factores (p.ej. cambios en los estilos de vida, mejoras en las condiciones de vida, etc.) que pueden influir, se puede entender esa estimación como una cota superior de dicha elasticidad. Se ha computado, además, dicha elasticidad teniendo exclusivamente en cuenta los incrementos del stock de salud que son achacables al incremento en la calidad de vida, prescindiendo, por tanto, de los derivados del incremento poblacional. En este contexto más restringido, se contempla no sólo la posibilidad de que el gasto sanitario explique la totalidad del incremento del stock, sino también que su contribución se limite a un determinado porcentaje del aumento total.

Por otra parte, también cabría pensar que existe cierto retraso temporal en percibir los efectos de incrementos en el gasto sanitario. En atención a ello se ha repetido el análisis asumiendo un retardo de 2 años. Esto es, se contempla el incremento del gasto experimentado entre 2002 y 2007, y es éste el que se compara con el incremento del stock de salud observado en el periodo 2004-2009.

La segunda aproximación a la medida de la efectividad del gasto en asistencia sanitaria pasa por comparar el cambio en el capital salud registrado a lo largo del periodo, en términos absolutos, con el experimentado en el gasto per cápita en salud para el mismo lapso de tiempo. En ambos casos se trata de magnitudes descontadas (emplearemos una tasa de descuento del 3%). Una vez que se dispone de dichos valores, se puede establecer una «ratio de efectividad», definida como el cociente entre ambas variaciones. Dicha ratio nos indicará qué porcentaje del incremento en el stock de capital salud es necesario atribuir al gasto sanitario, como mínimo, para que la rentabilidad de dicho gasto no sea negativa o, dicho de otra forma, para que el valor de la inversión sanitaria y el incremento de capital salud sean equivalentes.

4.2.2. Resultados

En la tabla 4.20 se reproducen, para distintos valores de la tasa de descuento, la tasa de variación del stock de capital salud (incremento total), la variación del stock atribuible exclusivamente a la mejora en la calidad de vida (esto es, descontando la parte debida a la dinámica poblacional), así como la tasa de variación del gasto sanitario; esta última tanto la referida al periodo 2004-2009 como la registrada en el quinquenio 2002-2007 (que se utilizará para el cómputo de la elasticidad asumiendo un retardo de dos años en el efecto del gasto sobre el stock de salud).

Tabla 4.20
Tasas de variación (%) del stock de capital salud y del gasto sanitario para distintos valores de la tasa de descuento

Tasa de descuento	Δ Stock capital-salud 2004-2009		Δ Gasto sanitario	
	Total	Excluido incremento poblacional	2004-2009	2002-2007
5,00%	15,98	1,95	37,80	36,48
3,00%	16,19	1,97	51,70	50,25
1,50%	16,44	2,00	63,25	61,69
0,00%	16,81	2,05	1,35	1,02

En la tabla 4.21 se muestran los resultados del cálculo de la elasticidad del stock de salud frente a cambios en el nivel de gasto sanitario asumiendo que no existe retardo alguno en los efectos del incremento del gasto sobre la mejora en la salud de la población.

Tabla 4.21
Elasticidades del stock de capital salud ante cambios en el nivel de gasto sanitario para diversas tasas de descuento. 2004-2009

Tasa de descuento	Total*	Excluido el incremento poblacional, según que el porcentaje del Δ Stock imputado al Δ gasto sanitario sea del ...			
		100%	66%	50%	33%
5,00%	42,27	5,15	3,40	2,58	1,70
3,00%	31,32	3,82	2,52	1,91	1,26
1,50%	25,99	3,17	2,09	1,58	1,05
0,00%	22,16	2,70	1,78	1,35	0,89

*: Elasticidad considerando la variación del stock atribuible no sólo a la mejora en la calidad de vida, sino también al crecimiento poblacional. Se asume que el 100% del aumento del stock se debe al incremento del gasto sanitario.

Se puede observar cómo la elasticidad es mayor cuanto mayor sea la tasa de descuento considerada con independencia del escenario objeto de análisis. Para el caso de nuestro escenario base, esto es, con una tasa de descuento del 3%, dicha elasticidad estaría comprendida entre un 3,8 y 1,3% si tenemos en cuenta, como parece más sensato, únicamente el incremento del stock de salud atribuible a mejoras en la calidad de vida.

En la tabla 4.22 se muestran los resultados de replicar el análisis anterior suponiendo que exista un retardo temporal de dos años en el efecto del gasto sanitario sobre el stock de salud. Como se puede observar, el resultado se muestra robusto y no aparecen diferencias al realizar dicha consideración temporal, nuevamente, para el escenario base la elasticidad estaría comprendida entre 3,9 y 1,3%.

Tabla 4.22

Elasticidades del stock salud ante cambios en el nivel de gasto sanitario, con un retardo de dos años (2002-2007), para diversas tasas de descuento. 2004-2009

Tasa de descuento	Total*	Excluido el incremento poblacional, según que el porcentaje del Δ Stock imputado al Δ gasto sanitario sea del ...			
		100%	66%	50%	33%
5,00%	43,79	5,34	3,52	2,67	1,76
3,00%	32,23	3,93	2,59	1,96	1,30
1,50%	26,65	3,25	2,14	1,62	1,07
0,00%	22,66	2,76	1,82	1,38	0,91

* Elasticidad considerando la variación del stock atribuible no sólo a la mejora en la calidad de vida, sino también al crecimiento poblacional. Se asume que el 100% del aumento del stock se debe al incremento del gasto sanitario.

En la tabla 4.23 se muestra la anteriormente comentada ratio de «efectividad» del gasto sanitario. Puede observarse cómo la contribución requerida de éste al incremento del stock de capital salud es relativamente pequeña, y además se va incrementando conforme reducimos el valor monetario que se asigna a un AVAC. Así por ejemplo, para el caso de los hombres, y contemplando un valor por AVAC de 100.000 euros, el porcentaje que deberíamos atribuir al gasto sanitario ascendería únicamente a uno comprendido dentro del rango 0,8 y 2,7%, en función de la edad considerada. Sin embargo, si se supusiera un valor por AVAC de 5.000 euros,

Tabla 4.23

Efectividad sobre el aumento del Stock de salud para distintos valores monetarios por AVAC, del incremento en el gasto sanitario 2004-2009

	€/AVAC	Δ Stock Capital Salud		Δ gasto per cápita Ambos sexos	Ratio Efectividad	
		Hombres	Mujeres		Hombres	Mujeres
Al nacer	100.000	35.058	43.735	293	0,84	0,67
	50.000	17.529	21.868	293	1,67	1,34
	30.000	10.517	13.121	293	2,79	2,23
	20.000	7.012	8.747	293	4,18	3,35
	10.000	3.506	4.374	293	8,36	6,70
	5.000	1.753	2.187	293	16,72	13,40
65 años	100.000	45.963	63.101	1.228	2,67	1,95
	50.000	22.982	31.551	1.228	5,34	3,89
	30.000	13.789	18.930	1.228	8,91	6,49
	20.000	9.193	12.620	1.228	13,36	9,73
	10.000	4.596	6.310	1.228	26,72	19,46
	5.000	2.298	3.155	1.228	53,43	38,92

entonces el rango estaría situado, para los varones y según la edad considerada, entre 16,7 y el 53,4%. Por otro lado, también se adivinan diferencias por sexo, con independencia del valor del AVAC utilizado, y que podemos cifrar entre un 20 y un 30%, siendo mayores a los 65 años que al nacer. Estas diferencias se explican exclusivamente por las existentes en el stock de salud, ya que en términos de gasto no se dispone de información desagregada por sexo. En cualquier caso, para nuestro escenario base, con un valor por AVAC de 30.000 euros, y empleando una tasa de descuento del 3%, podemos establecer que el porcentaje de incremento del stock sanitario mínimo atribuible al gasto sanitario para garantizar una rentabilidad no negativa es de aproximadamente del 2,5%, siendo por sexos 2,8% y 2,2%, para hombres y mujeres, respectivamente.

5. DIAGNÓSTICO Y PROPUESTAS DE MEJORA

5.1. FUNDAMENTOS TEÓRICOS Y EVIDENCIA EMPÍRICA

5.1.1. Marco conceptual para abordar el análisis del sistema regional de salud

Mucho se ha dicho ya en las páginas previas acerca del gasto público sanitario y de su financiación en el estado español, y en la Región de Murcia en particular. Sin embargo, tanto las decisiones de gasto como las de financiación se ven lógicamente condicionadas por otro género de decisiones previas, que a la postre son las que sirven para caracterizar a un sistema sanitario determinado. Un informe reciente de la OCDE⁶⁶ reúne información relativa a las características institucionales de los sistemas sanitarios de los países desarrollados, agrupando tales características en tres grandes categorías:

- Cobertura y financiación de la asistencia sanitaria.
- Organización de la prestación de la asistencia sanitaria.
- Gobernanza y asignación de recursos sanitarios.

Emplearemos esta división para enmarcar nuestro análisis sobre el sistema regional de salud, con el objetivo último de formular algunas propuestas de mejora. En concreto, y dentro de la primera de las categorías enunciadas, analizaremos (tomando en consideración los más recientes cambios legislativos introducidos al respecto⁶⁷) el alcance de la cobertura sanitaria, lo cual requiere de la definición de tres aspectos: la población cubierta (quiénes son los titulares del derecho a la asistencia sanitaria); la amplitud de la cartera de servicios cubierta y, por último, en qué medida el coste de los servicios prestados son cofinanciados por los usuarios en el momento de su disfrute (copago). Una parte sustancial del análisis de las

⁶⁶ Paris et al. (2010). Health Systems Institutional Characteristics: a Survey of 29 OECD Countries. OECD Health Working Papers, No. 50, OECD Publishing.

⁶⁷ 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.

decisiones de cobertura trasciende el ámbito regional, pero otra parte no, compitiendo directamente a las CC.AA. (p.ej. la gestión financiera de las prestaciones de asistencia sanitaria dispensadas en los servicios regionales de salud).

En cuanto a los aspectos relativos a la organización y gestión de los servicios sanitarios, repasaremos las principales formas organizativas de gestión (tanto directa como indirecta) existentes en España, ponderando sus ventajas e inconvenientes, intentando valorar cuáles de ellas ofrecen mayores ganancias potenciales de eficiencia para el funcionamiento del sistema sanitario regional.

En el último apartado centraremos nuestros esfuerzos en la discusión de qué métodos de priorización deberían emplearse tanto para definir el contenido de la cartera de servicios sanitarios (financiación o reembolso público), como para fijar su precio. En ambos casos haremos referencia a la utilización de la evaluación económica como herramienta para informar este tipo de decisiones, fijándonos en el caso paradigmático del National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) británico. A partir del estudio de este caso, discutiremos cómo podría aplicarse la evaluación económica como garantía de acceso a la financiación pública (lo que se conoce como ‘cuarta garantía’) en el ámbito autonómico; nuevamente teniendo presente el marco normativo actual, recientemente modificado. Concluiremos con el análisis de dos iniciativas relacionadas con la regulación del precio de las tecnologías sanitarias (particularmente medicamentos) y los sistemas de pago a proveedores, como son los denominados contratos o acuerdos de riesgo compartido y la instauración de centrales de compras.

5.1.2. Decisiones de cobertura y copago

La delimitación de la cobertura sanitaria en las tres dimensiones antes referidas (población cubierta, servicios cubiertos, copago), junto con la estructura del sistema de financiación de la asistencia sanitaria pública (básicamente, cuáles son los mecanismos financieros de los que se nutre y cómo se instrumenta, a partir de dichos fondos, la compra de los cuidados de salud) sienta los rasgos definitorios de cualquier sistema sanitario. A este respecto, y en referencia al caso español, es un lugar común proclamar que la Ley General de Sanidad (LGS) del año 1986 creó el Sistema Nacional de Salud (SNS) como un sistema universal, público y gratuito, a semejanza de los principios fundacionales del National Health Service británico en 1948⁶⁸. Esta afirmación, sin embargo, en sentido estricto, nunca ha sido completamente cierta, debido a las peculiares circunstancias que marcaron en nuestro país el origen del sistema público de asistencia sanitaria. La concepción inicial de la asistencia sanitaria como una prestación del sistema de Seguridad Social, financiada con cotizaciones sociales, ha condicionado sobremanera el ulterior desarrollo del SNS, de modo que, pese a que la ordenación actual del sistema sanitario público

68 El NHS se define como un sistema «universal, comprehensivo, y gratuito en el punto de consumo».

se articula en torno al derecho a la protección a la salud (art. 43 de la Constitución Española) y no al derecho a la Seguridad Social (art. 45 CE), y que se financia íntegramente con impuestos y no con cotizaciones sociales, el derecho subjetivo al acceso a la asistencia sanitaria pública se ha ido extendiendo por acumulación de diferentes títulos jurídicos habilitantes, no habiéndose alcanzado nunca plenamente la garantía efectiva de dicho derecho para todos los ciudadanos españoles y extranjeros residentes en el territorio nacional, tal y como proclama el artículo 1.2 de la LGS.

La anterior disfunción, lejos de resolverse definitivamente en el plano jurídico mediante la consagración inequívoca de la asistencia sanitaria como un derecho de ciudadanía, se aborda en el recientemente aprobado 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, mediante la equiparación de los beneficiarios del SNS con la condición de «asegurados». La razón fundamental, esgrimida en la exposición de motivos del citado real decreto, para justificar el cambio en la definición de la titularidad del derecho a la asistencia sanitaria, son los perjuicios económicos causados al SNS por la asunción indebida del coste de la asistencia sanitaria prestada a nacionales de los estados miembros de la Unión Europea (UE), y de otros estados parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo, así como a ciudadanos de otros países con los que España tiene suscritos convenios bilaterales de seguridad social, en los que se prevé la exportación del derecho a recibir asistencia sanitaria. El informe, aprobado por el Pleno del Tribunal de Cuentas el 29 de marzo de 2012, de fiscalización de la gestión de las prestaciones de asistencia sanitaria derivadas de la aplicación de los reglamentos comunitarios y convenios internacionales de la seguridad social, describe diversas deficiencias en la gestión de estas prestaciones por parte del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), así como por parte de los servicios de salud de las CC.AA. y el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA). Las disposiciones introducidas por el Real Decreto-ley 16/2012 pretenden, por tanto, corregir los problemas detectados por el Tribunal de Cuentas, pero lo cierto es que el modo escogido (cambio en la definición de la condición de beneficiario) choca con el paulatino proceso de extensión de la universalidad de derecho de la asistencia sanitaria pública iniciado por la LGS, alterando sustancialmente el statu quo existente, y creando de paso nuevos problemas potenciales.

Dedicaremos los apartados siguientes a explicar someramente la peculiar configuración de la cobertura sanitaria pública con anterioridad a la entrada en vigor del nuevo real decreto, a concretar cuáles son las deficiencias identificadas en la gestión financiera de las prestaciones a ciudadanos extranjeros transeúntes o residentes en España (y en la Región de Murcia) que en palabras del legislador motivan la reforma, y a describir y valorar cómo queda ordenado el ámbito subjetivo de la cobertura sanitaria en el nuevo real decreto y cuáles son sus principales implicaciones.

5.1.2.1. Cobertura de población

a) Evolución de la cobertura de población

Para comprender la peculiar evolución del derecho a la asistencia sanitaria en nuestro país debemos remontarnos a la instauración, en 1942, del Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) gestionado por el Instituto Nacional de Previsión⁶⁹. El SOE tenía por objeto la cobertura sanitaria de los «productores económicamente débiles», es decir, productores cuyas rentas del trabajo no excedieran los límites reglamentariamente fijados⁷⁰. Lo interesante del caso aquí es resaltar que el SOE configura un sistema de cobertura de riesgos sanitarios alcanzado a través de una cuota vinculada al trabajo. Por esta razón los titulares del derecho son los «asegurados», extendiéndose únicamente dicho derecho a aquellas otras personas que dependían económicamente de aquellos por medio de la figura del «beneficiario»⁷¹.

El sistema de seguros sociales se consolida en España con la ley 193/1963, de 25 de diciembre, de Bases de la Seguridad Social, que incluye la asistencia sanitaria entre las prestaciones contributivas del Régimen General de la Seguridad Social. Los beneficiarios de las prestaciones de asistencia sanitaria se concretan en el Decreto 2766/1967, de 16 de noviembre, por el que se dictan normas sobre prestaciones de asistencia sanitaria y ordenación de los servicios médicos en el Régimen General de la Seguridad Social. En esta norma se introduce un límite a la edad con que los descendientes y asimilados pueden tener la condición de beneficiarios, cifrándose en veintiún años.⁷² Este límite será modificado en noviembre de 1970, en virtud de una resolución de la Dirección General de la Seguridad Social, que permitió que los descendientes e hijos adoptivos inscritos en las cartillas de asistencia sanitaria con anterioridad al 1 de enero de 1967 continuaran hasta los veintitrés años, en lugar de los veintiuno anteriores. Esta situación no cambiará hasta la aprobación del Real Decreto 1377/1984, de 4 de julio, que extenderá la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a los descendientes, hijos adoptivos y hermanos de titulares del derecho hasta la edad de veintiséis años.

El acceso al derecho a la asistencia sanitaria permanecerá esencialmente inalterado en el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por Decreto 2065/1974, de 30 de mayo. El requisito general de acceso al citado derecho es la afiliación y alta en el Régimen General o en situación asimilada al alta, al sobrevenir la contingencia. Los beneficiarios de la asistencia sanitaria por enfermedad común, maternidad y accidente no laboral son, aparte de los trabajadores

69 Ley de 14 de diciembre de 1942 por el que se implanta el seguro de enfermedad.

70 El Reglamento de esta ley, aprobado por decreto de 11 de noviembre de 1943, fijaba dichos límites en 9.000 pesetas.

71 Los familiares que vivieran con el asegurado y a sus expensas: cónyuge, ascendientes, descendientes e hijos adoptivos y hermanos menores de 18 años o incapacitados para el trabajo.

72 Asimismo se extiende la pertenencia al sistema a «los pensionistas del Régimen General y los que sin tal carácter estén en el goce de prestaciones periódicas del Régimen General» (art. 2b).

por cuenta ajena que reúnan el requisito anterior, los pensionistas y perceptores de prestaciones periódicas que no tengan el carácter de pensiones, así como los familiares o asimilados a cargo de las anteriores personas. Diferentes decretos y órdenes aprobados a lo largo de los años 70 y 80 asimilarán el derecho a asistencia sanitaria de los afiliados, pensionistas y perceptores de prestaciones periódicas de los diferentes regímenes especiales de la Seguridad Social al de los beneficiarios del Régimen General.

El punto de inflexión con respecto a la concepción del derecho a la asistencia sanitaria propio del sistema de seguros sociales, considerando a la asistencia sanitaria como una prestación contributiva más de la Seguridad Social, se produce con la promulgación de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Esta ley, en su artículo 1.2 proclama que:

«Son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional.»

De esta forma, los titulares del derecho, no ya a la protección a la salud (art. 43 CE), sino a su materialización en forma del derecho a la asistencia sanitaria, no son los «asegurados», sino los «ciudadanos», nacionales o extranjeros, que residan en España. No obstante, ya en la exposición de motivos de la LGS se interpreta esta declaración de universalización de la cobertura sanitaria más bien como un principio rector de la actuación del Estado que tendrá que ser desarrollado normativamente de forma paulatina, antes que como una realidad, puesto que, reconociendo el derecho establecido en el art. 1.2, la LGS «no generaliza el derecho a obtener gratuitamente dichas prestaciones». De hecho, el artículo 16 de la ley contempla la existencia de «usuarios sin derechos a la asistencia de los Servicios de Salud» que podrán acceder a los servicios sanitarios con la consideración de pacientes privados (universalidad de hecho no gratuita, pero no de derecho). A su vez, en el artículo 80 se anuncia que el Gobierno regulará la financiación de la cobertura de asistencia sanitaria del sistema de la Seguridad Social «para las personas no incluidas en la misma que, de tratarse de personas sin recursos económicos, será en todo caso con cargo a transferencias económicas».

En definitiva, a la fecha de entrada en vigor de la LGS, y pese a la nueva concepción del derecho a la asistencia sanitaria como derecho de ciudadanía, encontramos que todavía hay numerosos colectivos que, como no causan alta en la Seguridad Social, ni son beneficiarios de los afiliados, permanecen excluidos del sistema. Nos referimos en concreto a los siguientes:

- Descendientes, hijos adoptivos y hermanos de 26 y más años.
- Personas sin recursos económicos suficientes.
- Extranjeros transeúntes o residentes en España no amparados por leyes y convenios internacionales.

- Desempleados que hayan agotado la prestación o subsidio de desempleo.
- Personas con recursos económicos suficientes que no han trabajado nunca.
- Profesionales liberales, incluidos en colegios profesionales, no integrados en el régimen de trabajadores autónomos de la Seguridad Social.

A partir de aquí, progresivamente, se van sucediendo nuevas normas que van reduciendo el núcleo de colectivos excluidos del SNS. Así, en 1987 se abole el límite de edad de los 26 años para descendientes, hijos adoptivos y hermanos.⁷³ A su vez, la ley de Presupuestos Generales del Estado para 1989 representa otro paso más hacia la segregación paulatina de la asistencia sanitaria de la acción protectora de la Seguridad Social, al introducir un nuevo régimen de financiación de la misma basado en ingresos generales y no en cotizaciones sociales.⁷⁴ Este sistema se culminaría de facto en 1999, con la desvinculación completa del SNS de la Seguridad Social desde el punto de vista financiero⁷⁵, lo cual sería reflejado con posterioridad en la reforma de la Ley General de la Seguridad Social, en la que pasa a concebirse la asistencia sanitaria como una prestación de naturaleza no contributiva expresamente excluida de la financiación de la Seguridad Social.⁷⁶ Tras esto hay que destacar la extensión de la cobertura sanitaria a las personas sin recursos económicos suficientes en 1989.⁷⁷ El artículo 1 del real decreto que extiende dicha cobertura establece que:

«Se reconoce el derecho a las prestaciones de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a los españoles que tengan establecida su residencia en territorio nacional y carezcan de recursos económicos suficientes.»

El siguiente hito será la aprobación de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que establece en su artículo 3.1:

«Son titulares de los derechos a la protección de la salud y a la atención sanitaria los siguientes:

a) Todos los españoles y los extranjeros en el territorio nacional en los términos previstos en el artículo 12 de la Ley Orgánica 4/2000.

b) Los nacionales de los Estados miembros de la Unión Europea que tienen los derechos que resulten del derecho comunitario europeo y de los tratados y convenios que se suscriban por el Estado español y les sean de aplicación.

⁷³ Real Decreto 1681/1987, de 30 de diciembre, por el que se amplía la acción protectora de la Seguridad Social en materia de asistencia sanitaria.

⁷⁴ Ley 37/1988, de 28 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para 1989.

⁷⁵ Ley 49/1998, de 30 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para 1999.

⁷⁶ Ley 21/2001, de 27 de diciembre, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las comunidades autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía.

⁷⁷ Real Decreto 1088/1989, de 8 de septiembre, por el que se extiende la cobertura de asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las personas sin recursos económicos suficientes.

c) Los nacionales de Estados no pertenecientes a la Unión Europea que tienen los derechos que les reconozcan las leyes, los tratados y convenios suscritos.»

La Ley Orgánica 4/2000 a la que se alude en la ley de cohesión y calidad del SNS, establece en su artículo 12 lo siguiente⁷⁸:

«1. Los extranjeros que se encuentren en España inscritos en el padrón del municipio en el que residan habitualmente, tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.

2. Los extranjeros que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria pública de urgencia ante la contracción de enfermedades graves o accidentes, cualquiera que sea su causa, y a la continuidad de dicha atención hasta la situación de alta médica.

3. Los extranjeros menores de dieciocho años que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.

4. Las extranjeras embarazadas que se encuentren en España tendrán derecho a la asistencia sanitaria durante el embarazo, parto y postparto.»

El apartado primero el artículo 12 de la Ley Orgánica 4/2000 (más conocida como ley de extranjería) implica en la práctica que todos aquellos extranjeros que se empadronen en España podrán tener acceso a la tarjeta sanitaria individual, el documento legal que identifica a cada beneficiario del SNS, a través de cualquiera de los títulos jurídicos habilitantes reconocidos en el ordenamiento jurídico español; entre ellos carecer de «recursos económicos suficientes», como reconoce el artículo 1 del Real Decreto 1088/1989.

El proceso iniciado con la LGS se culmina con la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, que establece en su disposición adicional sexta:

«1. Se extiende el derecho al acceso a la asistencia sanitaria pública, a todos los españoles residentes en territorio nacional, a los que no pudiera serles reconocido en aplicación de otras normas del ordenamiento jurídico.

La extensión prevista en este apartado será efectiva para las personas que hayan agotado la prestación o el subsidio de desempleo a partir del 1 de enero de 2012. Para el resto de colectivos afectados se realizará, atendiendo a la evolución de las cuentas públicas, en los términos previstos en el apartado 3.

⁷⁸ Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social.

3. En el plazo de seis meses, el Gobierno determinará reglamentariamente los términos y condiciones de la extensión del derecho para quienes ejerzan una actividad por cuenta propia.»

Por tanto, con anterioridad a la aprobación del Real Decreto-ley 16/2012, de todos los colectivos antes referidos que permanecían excluidos de la asistencia sanitaria del SNS, tan sólo los dos últimos (personas con recursos económicos suficientes que no han trabajado nunca y trabajadores por cuenta propia que no están adscritos a la Seguridad Social) lo estaban efectivamente.

b) Problemas con la gestión de las prestaciones de asistencia sanitaria derivadas de la aplicación de los reglamentos comunitarios y convenios internacionales

Como ya se señaló, la motivación principal expuesta en el Real Decreto-ley 16/2012 para retornar al concepto de «asegurado», en lugar del «ciudadano», para definir al titular del derecho a la asistencia sanitaria, son los problemas relacionados con la gestión de la asistencia sanitaria prestada a los ciudadanos de los Estados miembros de la UE y de otros Estados parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo (EEE) desplazados en el Estado español. La evidencia más exhaustiva recopilada al efecto es la que se encuentra en el informe de fiscalización del Tribunal de Cuentas de 29 de marzo de 2012. Pasamos a continuación a sintetizar las conclusiones más significativas del mencionado informe, en particular en lo concerniente a la asistencia sanitaria prestada en España a personas extranjeras sin recursos económicos suficientes, pues, como se puede intuir de la exposición de motivos del real decreto, es ésta, en definitiva, la cuestión que preocupa al legislador.

Las prestaciones de asistencia sanitaria derivadas de la aplicación de los Reglamentos comunitarios son aquellas prestaciones en especie que la Seguridad Social de un Estado miembro dispensa a los asegurados de la Seguridad Social de otro Estado miembro desplazados a su territorio, en las mismas condiciones que a sus propios asegurados. Por la asistencia prestada a sus asegurados desplazados temporal o permanentemente en el territorio de otro Estado, el Estado de origen de los desplazados debe reembolsar el importe correspondiente, al que ha efectuado las prestaciones. Esta misma lógica se extiende al caso de Islandia, Liechtenstein y Noruega (países parte en el Acuerdo del EEE), así como a Suiza. Además, España mantiene en la actualidad siete Convenios Bilaterales en los que se prevé la exportación del derecho a recibir asistencia sanitaria, si bien el ámbito de aplicación de estos convenios es mucho más reducido que el de los Reglamentos comunitarios (hay menos situaciones protegidas, el colectivo que puede exportar el derecho es menos numeroso, etc.).

Los reembolsos derivados de las prestaciones sanitarias efectuadas a asegurados en estancia temporal en España se calculan mediante un sistema de justificación de los costes efectivos o gasto real (calculados en función de los precios públicos aprobados por cada comunidad autónoma y por el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria en función del tipo de prestación de asistencia sanitaria). Por su

parte, los reembolsos derivados de la asistencia sanitaria prestada a asegurados que residen habitualmente en España, se calculan mediante un sistema de costes medios o cuota global, devengados por cada mes de residencia efectiva (esta cuota global es elaborada, anualmente, por la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social y aprobada por la Comisión de Cuentas de la Comisión Europea, en función de los gastos sanitarios totales de España, ponderados entre el número de beneficiarios del Sistema Nacional de Salud).

El Tribunal de Cuentas parte de constatar que, a fecha de 15 de junio de 2010, residían en España 453.349 personas cuya nacionalidad pertenecía a alguno de los 37 Estados del EEE, a Suiza y a alguno de los 7 Estados con los que España tenía suscritos Convenios Bilaterales con derecho a la asistencia sanitaria gratuita a cargo del SNS español, por carecer de recursos económicos suficientes. A juicio del Tribunal, el acceso de terceros Estados a las prestaciones sanitarias en España mediante la figura de «persona sin recursos económicos suficientes», condición que conlleva la gratuidad de las prestaciones sanitarias, origina el riesgo de utilización de esta figura por parte de personas que no reúnen los requisitos exigidos legalmente, «bien por tener cubiertas sus prestaciones sanitarias por la Seguridad Social de sus respectivos Estados de origen, o bien por disponer dentro o fuera de España de recursos económicos suficientes.»

En concreto, el Tribunal detecta las siguientes deficiencias:

- 1) Las personas extranjeras solicitantes de la tarjeta sanitaria individual que da acceso a todas las prestaciones sanitarias, no tienen la obligación de presentar un documento expedido por un organismo oficial del Estado de procedencia que acredite que la persona en cuestión carece de cobertura sanitaria en dicho país. Así mismo, los solicitantes extranjeros con carácter general únicamente deben presentar una declaración jurada de ingresos económicos, a diferencia de las personas solicitantes de nacionalidad española, que tienen que acreditar la insuficiencia de ingresos económicos, mediante la declaración del IRPF del último ejercicio o certificado de la Agencia Estatal de Administración Tributaria acreditativo de no tener obligación de presentar dicha declaración.⁷⁹
- 2) Se detectó que al menos 284 personas titulares de una Tarjeta Sanitaria Europea⁸⁰ emitida por otros Estados miembros obtuvieron también la tarjeta sanitaria individual española a través de la figura de «persona sin recursos económicos suficientes». Esto significa que la atención sanitaria prestada a dichas personas no pudo ser facturada a las instituciones de sus países de origen.

⁷⁹ Los requisitos generales se encuentran en la Orden de 13 de noviembre de 1989, de desarrollo del Real Decreto 1088/1989, de 8 de septiembre, por la que se extiende la cobertura de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las personas sin recursos económicos suficientes.

⁸⁰ La Tarjeta Sanitaria Europea es el documento oficial expedido en el ámbito de la UE para estancias temporales en otro Estado por motivos diferentes a los médicos (turismo, estudios, etc.).

- 3) Asimismo, se detectó que 2.586 personas sin recursos económicos suficientes habían obtenido indebidamente la Tarjeta Sanitaria Europea expedida por España.⁸¹
- 4) Existe el riesgo de que las personas extranjeras sin recursos económicos suficientes que son titulares de las tarjetas sanitarias individuales residan habitualmente en sus Estados de origen, limítrofes con España, y sigan manteniendo su tarjeta sanitaria individual para recibir prestaciones en los centros, servicios y establecimientos sanitarios cuando regresen a España.

Las recomendaciones efectuadas por el Tribunal de Cuentas para subsanar estas deficiencias son esencialmente las siguientes:

- 1) El Instituto Nacional de la Seguridad Social y los Servicios de Salud de las CC.AA. deberían exigir a los solicitantes del reconocimiento del derecho de asistencia sanitaria que presentaran las correspondientes certificaciones emitidas por sus Estados de origen, en las que se acredite la insuficiencia de recursos económicos y que no se tiene derecho a la asistencia sanitaria en el país de origen. El Ministerio de Trabajo de Inmigración debería impulsar las medidas legislativas oportunas para subsanar esta situación.
- 2) Asimismo, el Ministerio de Empleo y Seguridad Social debería estudiar si resulta razonable que se reconozca por las entidades españolas la condición de persona sin recursos económicos suficientes, a personas protegidas por la Seguridad Social de los Estados que pertenecen al ámbito de aplicación de los Reglamentos Comunitarios y, en su caso, promover los cambios necesarios tanto en la normativa nacional como en la normativa comunitaria.
- 3) Los Servicios de Salud de las CC.AA. y del INGESA deberían realizar comprobaciones periódicas de residencia efectiva en España, mediante comunicación con el beneficiario, solicitando la Tarjeta de Identidad de Extranjero para verificar su periodo de vigencia o el Certificado de Inscripción en el Registro Central de Extranjeros.
- 4) Los Servicios de Salud de las CC.AA., con anterioridad a expedir las tarjetas sanitarias individuales, deberían consultar la información existente en el Fichero General de Afiliación de la Tesorería General de la Seguridad Social, con el fin de comprobar que los beneficiarios reúnen todos los requisitos legales para su obtención y evitar la indebida utilización de las tarjetas sanitarias individuales.

⁸¹ Indebidamente porque de acuerdo a la legislación española esas personas sólo pueden exportar el derecho de asistencia sanitaria al extranjero mediante el documento denominado Certificado Provisional Sustitutorio y durante un máximo de 90 días al año.

c) Cambios en el derecho subjetivo a la asistencia sanitaria

La respuesta del legislador a los problemas arriba enunciados se sustancia en la reforma de tres normas. En primer lugar, se modifica el artículo 3 de la Ley 16/2003 de cohesión y calidad del SNS. Asimismo, se modifica el artículo 12 de la Ley Orgánica 4/2000, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. Por último, también se modifica el artículo 7 del Real Decreto 240/2007, de 16 de febrero, sobre entrada, libre circulación y residencia en España de ciudadanos de los Estados miembros de la Unión Europea y de otros Estados parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo.

En relación a la primera de las modificaciones señaladas, como ya se ha dicho con anterioridad, la titularidad del derecho a la asistencia sanitaria pasa a garantizarse a aquellas personas que ostenten la condición de asegurado. En concreto, tendrán esa condición:

- a) Los trabajadores por cuenta ajena o por cuenta propia, afiliados a la Seguridad Social y en situación de alta o asimilada a la de alta.
- b) Los pensionistas del sistema de la Seguridad Social.
- c) Los perceptores de cualquier otra prestación periódica de la Seguridad Social, incluidas la prestación y el subsidio por desempleo.
- d) Quienes han agotado la prestación o el subsidio por desempleo y figuren inscritos en la oficina correspondiente como demandante de empleo.
- e) Las personas de nacionalidad española o de algún Estado miembro de la UE, delEEE o de Suiza que residan en España y los extranjeros titulares de una autorización para residir en territorio español, que no se encuentren en ninguno de los casos anteriores, podrán ostentar la condición de asegurado siempre que no superen el límite de ingresos determinado reglamentariamente.
- f) Siempre que residan en España, el cónyuge o persona de análoga relación de afectividad, el ex cónyuge a cargo del asegurado, así como los descendientes y personas asimiladas a cargo del asegurado que sean menores de 26 años o que tengan una discapacidad en grado igual o superior al 65%.

Hay varias cosas que llaman la atención de este artículo. En primer lugar, la más evidente, que se rompe con la universalidad de derecho iniciada con la LGS y culminada (en teoría, aunque no efectivamente) con la Ley General de Salud Pública. Y esto por varios motivos. En primer lugar, porque al remitir a la figura del «asegurado» se deja fuera al resto de españoles residentes en el territorio nacional «a los que no pudiera serles reconocido [el derecho a la asistencia sanitaria] en aplicación de otras normas del ordenamiento jurídico», tal y como reza la disposición adicional sexta de la Ley General de Salud Pública. En dicha ley se preveía que en el plazo de seis meses, el Gobierno determinaría reglamentariamente los términos

y condiciones de la extensión del derecho para quienes ejerzan una actividad por cuenta propia. Quizá se prevea acoger a ese colectivo por medio del punto 5 de este artículo 3, que dice así:

«Aquellas personas que no tengan la condición de asegurado o beneficiario del mismo podrán obtener la prestación de asistencia sanitaria mediante el pago de la correspondiente contraprestación o cuota derivada de la suscripción de un convenio especial.»

En segundo lugar, se proscribe expresamente la posibilidad de que extranjeros residentes en España en situación irregular (no autorizados para residir en el territorio nacional) puedan ser titulares del derecho a la asistencia sanitaria (puedan ostentar la condición de asegurado). Esto queda matizado en el nuevo artículo 3 ter, en el que se reserva para extranjeros en esas circunstancias la asistencia sanitaria en las siguientes modalidades:

- a) De urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta médica.
- b) De asistencia al embarazo, parto y postparto.
- c) En todo caso, los extranjeros menores de 18 años recibirán asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.

Este nuevo tratamiento de la población extranjera residente se hace compatible con la ley de extranjería, modificando su artículo 12, supeditando en el mismo el derecho a la asistencia sanitaria a lo dispuesto en la legislación vigente en materia sanitaria.

En tercer lugar, se recupera el límite de edad de los 26 años para los descendientes a cargo del titular del derecho que se había eliminado en 1987. Esto significa que los descendientes que alcancen o rebasen los 26 años y no estén dados de alta en la Seguridad Social no tendrán derecho a la asistencia sanitaria, a menos que acrediten que no superan el límite de ingresos determinado reglamentariamente (a menos que se declaren como personas con recursos económicos insuficientes)⁸².

El real decreto, en su disposición final quinta, modifica sustancialmente el artículo 7 del ya mencionado Real Decreto 240/2007, de modo que se condiciona el derecho de residencia (por un periodo superior a 3 meses) de los ciudadanos de un Estado miembro de la UE o de otro Estado parte en el Acuerdo sobre el EEE a la posesión de un empleo en España, o bien a la disposición de recursos suficientes para sí y

⁸² En el momento de editarse esta monografía, está pendiente de aprobación un proyecto de real decreto por el que se regula la condición de asegurado y beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del SNS. Dicho proyecto fija un límite de ingresos de 100.000 €, por debajo del cual podrá reconocerse la condición de asegurado a los españoles y nacionales de otros países que residan legalmente en España. Por encima de ese umbral no se tendrá la condición de asegurado o beneficiario del mismo, pero podrá recibirse asistencia sanitaria pública si se suscribe un convenio especial. Los extranjeros no autorizados como residentes en España quedan excluidos de la sanidad pública, con las excepciones ya enunciadas en el artículo 3 ter del RD-Ley 16/2012.

su familia durante su periodo de residencia, así como de un seguro de enfermedad que cubra todos los riesgos en España o, por último, estar matriculado en un centro educativo, contando con un seguro de enfermedad que cubra todos los riesgos en España. Hay que decir que estas cláusulas, de hecho, son idénticas a artículo análogo de la Directiva 2004/38/CE, de 29 de abril, relativa al derecho de los ciudadanos de la Unión y de los miembros de sus familias a circular y residir libremente en el territorio de los Estados miembros, que no fue transpuesto literalmente en su momento. Esta formulación, de hecho, implica que los ciudadanos de otros Estados de la UE (o del EEE) no puedan obtener el derecho (legal) de residencia en España si carecen de trabajo o de medios económicos suficientes, con lo cual resulta difícil de encajar, para estas personas, el supuesto de ostentar la condición de asegurado por no superar el límite de ingresos determinado reglamentariamente.

Si se comparan las recomendaciones formuladas por el Tribunal de Cuentas con las disposiciones contenidas en el real decreto, la transposición literal del artículo 7 de la Directiva 2004/38/CE sería la medida que mejor cuadraría con aquéllas (véase la segunda recomendación del Tribunal que antes enunciamos). Del resto de recomendaciones del Tribunal no se sigue necesariamente ninguna de las reformas acometidas en el real decreto, por cuanto son todas ellas recomendaciones en términos de mejora de la gestión por parte del INSS, los Servicios de Salud de las CC.AA. e INGESA. En cambio, en el real decreto se ha optado, al vincular el derecho de asistencia sanitaria a la condición de asegurado y al suprimir la vía del empadronamiento como medio de acceso al mismo, por eliminar de raíz cualquier posibilidad de abusar indebidamente de la figura de «persona sin recursos económicos suficientes». La pregunta es, no obstante, si no se podría haber logrado una mejora significativa en el control de las irregularidades detectadas por el Tribunal de Cuentas siguiendo sus indicaciones, sin tener que recurrir a un giro de este calibre. Mucho más, si se tiene en cuenta que el Tribunal también señala en su informe numerosas deficiencias en los sistemas de facturación de las CC.AA. y del INSS a terceros países. Por ejemplo, el Tribunal señala que los centros de atención primaria de varias CC.AA., entre ellas la CARM, no disponían del módulo de facturación FISS-WEB «Facturación Internacional de Servicios Públicos de Salud», por lo que la introducción de los datos de facturación en dicho módulo se efectuaba por los centros de grabación designados por los Servicios de Salud de dichas CC.AA., lo cual produjo retrasos en la facturación e incrementó el riesgo de errores. De acuerdo a los datos aportados por el Tribunal, simplemente con mejoras en los procesos de facturación podrían obtenerse reembolsos importantes.

5.1.2.2. Cobertura de prestaciones

a) Catálogo de prestaciones y cartera de servicios

El coste de oportunidad de las prestaciones de asistencia sanitaria no es nulo, sino positivo, y además creciente, conforme el presupuesto sanitario detraiga recursos de otras políticas públicas. Esto significa que cada vez que se amplíe la

cartera de servicios que hace efectiva las diferentes prestaciones sanitarias, dicho coste de oportunidad aumentará, a menos que se excluya de dicha cartera alguna técnica, tecnología o procedimiento menos eficiente. Esta realidad es uno de los condicionantes más relevantes de la viabilidad financiera del sistema, lo cual exige el equilibrio entre la protección subjetiva del derecho a la asistencia sanitaria y los límites inherentes al contenido objetivo de dicha asistencia. En consecuencia, el derecho constitucional a la protección a la salud tiene restricciones y no comprende el acceso a todo tipo de prestaciones y tecnologías sanitarias, sino únicamente a aquellas recogidas en el catálogo de prestaciones y cartera de servicios vigente en cada momento. Dicho de otra forma, la universalidad objetiva del SNS persiste aunque no se financien todo tipo de prestaciones, ya que existen razones objetivas que justifican la exclusión de algunas de ellas.⁸³

La concreción del conjunto de prestaciones sanitarias reconocidas y financiadas por el SNS no se produjo hasta la promulgación del Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud. Este decreto delimita los derechos asistenciales básicos y complementarios de los usuarios al definir, de forma genérica, el catálogo de prestaciones garantizadas, y establece en su disposición adicional segunda la exigencia de que toda nueva prestación sea evaluada de forma previa a su introducción en el catálogo.⁸⁴ El real decreto contempla cinco tipos de prestaciones financiadas con cargo a la Seguridad Social o fondos estatales adscritos a la sanidad⁸⁵: atención primaria, atención especializada, prestación farmacéutica, prestaciones complementarias y servicios de información y documentación sanitaria. La prestación farmacéutica se remite a sus disposiciones propias⁸⁶, mientras que el contenido de las restantes prestaciones se detalla en el anexo I de la citada norma.

La ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del SNS amplía el catálogo de prestaciones con el propósito de homogeneizar las prestaciones sanitarias de las diferentes CC.AA. En concreto, incorpora, además de las contempladas en el Real Decreto 63/1995, las de salud pública y las prestaciones sociosanitarias. Además, detalla más pormenorizadamente las prestaciones de atención primaria y atención domiciliaria, los programas específicos para la infancia y los grupos de riesgo, la atención paliativa a enfermos terminales en el domicilio del paciente, la atención a la salud mental y la atención a la salud buco-dental. Tal y como recoge el artículo 7 de la ley de Cohesión y Calidad, el catálogo de prestaciones básicas y comunes del SNS comprende las siguientes:

⁸³ Lo cual remite a la necesidad de establecer criterios que informen la actualización de la cartera de servicios que hace efectivas las prestaciones sanitarias. Este aspecto será tratado más adelante, en otra sección de este informe.

⁸⁴ Los criterios a tener en cuenta por parte del Consejo Interterritorial del SNS serán la eficacia, eficiencia, seguridad y utilidad terapéuticas, las ventajas y alternativas asistenciales, el cuidado de grupos menos protegidos o de riesgo y las necesidades sociales.

⁸⁵ Téngase en cuenta que la completa separación de las fuentes de financiación entre el SNS y la Seguridad Social no se culminará hasta la aprobación de la Ley 49/1998, de 30 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para 1999.

⁸⁶ En tiempos del real decreto la principal disposición de aplicación a la prestación farmacéutica era la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento.

- Prestaciones de Salud Pública.
- Prestaciones de Atención Primaria.
- Prestaciones de Atención Especializada.
- Prestaciones de Atención Sociosanitaria.
- Prestaciones de Atención de Urgencia.
- Prestación Farmacéutica (mantiene su regulación específica).
- Prestación Ortoprotésica.
- Prestación de Productos Dietéticos.
- Prestación de Transporte Sanitario.

Todas estas prestaciones sanitarias incluidas en el catálogo son responsabilidad financiera de las CC.AA., haciéndose efectivas a través de la cartera de servicios del SNS (art. 8), esto es, el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias. Dicha cartera de servicios será acordada en el seno del Consejo Interterritorial del SNS y aprobada mediante real decreto. Las CC.AA. podrán, en el ámbito de sus competencias, aprobar sus respectivas carteras de servicios, que incluirán cuando menos la cartera de servicios del SNS (art. 20). El procedimiento de actualización de la cartera de servicios del SNS se desarrollará reglamentariamente (art. 21), pero la ley ya deja constancia de que sólo podrán incorporarse a la cartera de servicios para su financiación pública, aquellas técnicas, tecnologías o procedimientos en las que concurran una serie de requisitos que deberán ser verificados por medio de la evaluación que practique el Ministerio de Sanidad y Consumo, a través de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETSA) del Instituto de Salud Carlos III en colaboración con los órganos evaluadores de las CC.AA.⁸⁷

El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, establece la cartera de servicios comunes (en adelante, CSC) del SNS y el procedimiento para su actualización (inclusiones y exclusiones de la cartera). El contenido de la cartera correspondiente a cada tipo de prestación es detallado en los diferentes anexos del decreto, donde se aclara que la prestación farmacéutica se regirá por lo dispuesto en la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios y demás disposiciones aplicables (art. 7.4). Con la entrada en vigor de este real

⁸⁷ La AETSA se crea en 1994 (Real Decreto 1415/1994, de 25 de junio, por el que se modifica parcialmente la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad y Consumo) con el objetivo de la evaluación de tecnologías sanitarias que permita fundamentar técnicamente la selección, incorporación y difusión de aquéllas en el sistema sanitario español. En 2001, la AETSA asume las funciones de evaluación de tecnologías sanitarias en coordinación con la Dirección General de Planificación Sanitaria (Real Decreto 375/2001, de 6 de abril, por el que se aprueba el Estatuto del Instituto de Salud Carlos III).

decreto quedó derogado el Real Decreto 63/1995 que establecía el catálogo de prestaciones sanitarias, a excepción de su disposición adicional cuarta en tanto se desarrolla la cartera de servicios de atención sociosanitaria.

La actualización de la CSC se determina por el Ministerio de Sanidad y Consumo previo acuerdo en el Consejo Interterritorial del SNS (art. 7.1), estableciéndose como prerequisite necesario para la inclusión de una nueva tecnología sanitaria su evaluación por la AETSA en colaboración con otros órganos evaluadores propuestos por las CC.AA. (art. 7.2), tal y como ya recogía la Ley de Cohesión y Calidad del SNS. Los criterios de inclusión son definidos en el artículo 3, entre los que destacamos (por su relación con la potencial utilización de la evaluación económica como herramienta de priorización, como ya se expondrá más adelante) los formulados en el apartado b) de dicho artículo, donde se afirma que las tecnologías sanitarias, para ser incluidas en la cartera deben aportar «una mejora, en términos de seguridad, eficacia, efectividad, eficiencia o utilidad demostrada, respecto a otras alternativas facilitadas actualmente». Además, el art. 7.5 establece que «Para llevar a cabo la actualización se deberá utilizar el procedimiento de evaluación más adecuado en cada caso que permita conocer el coste, la eficacia, la eficiencia, la efectividad, la seguridad y la utilidad sanitaria de una técnica, tecnología o procedimiento, como informes de evaluación, criterios de expertos, registros evaluativos, usos tutelados u otros».

En el art. 11 se establece que las CC.AA. podrán aprobar sus respectivas carteras de servicios, que incluirán, cuando menos, la CSC del SNS, «la cual debe garantizarse a todos los usuarios del mismo». En todo caso, estos servicios complementarios –que deberán reunir los mismos requisitos establecidos para la CSC– no serán incluidos en la financiación general de las prestaciones del SNS. Es decir, las CC.AA. que deseen poseer una cartera de servicios más amplia que la definida en la CSC deberán establecer los recursos adicionales necesarios.

La orden SCO/3422/2007, de 21 de noviembre, desarrolla el procedimiento de actualización de la CSC del SNS. En concreto, los artículos 6 y 7 de dicha orden disponen que las propuestas de actualización serán formuladas por las CC.AA. o por el Ministerio a través del Consejo Interterritorial del SNS. La Comisión de prestaciones, aseguramiento y financiación, dependiente del Consejo Interterritorial, será la institución encargada de juzgar si la propuesta en cuestión es relevante y, por tanto, si precisa ser evaluada, en cuyo caso dicha evaluación será efectuada por la AETSA del Instituto de Salud Carlos III en colaboración con los órganos evaluadores de las CC.AA. La propuesta de resolución será formulada por la Comisión de prestaciones, mientras que la aprobación definitiva corresponderá al Ministerio, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del SNS.

El hecho de que el proceso de transferencia de competencias en materia sanitaria haya sido paulatino, unido a la tardanza con que se dispuso de una regulación estatal de la cartera de servicios comunes del SNS, propició que diferentes CC.AA., antes incluso de culminarse el mencionado traspaso competencial en el año 2002, ya

hubieran previsto en sus Leyes de Salud, así como en el desarrollo reglamentario de algunas de ellas, la posibilidad de establecer prestaciones complementarias. Afloran así desigualdades objetivas, tanto de carácter cuantitativo como cualitativo entre los diferentes territorios autonómicos. Comunidades como Cataluña, Canarias y Región de Murcia⁸⁸, todas con leyes de salud previas a la entrada en vigor de la Ley de Cohesión, no prevén en dichas normas el establecimiento de prestaciones complementarias. La mayor parte de las restantes CC.AA., en cambio, si lo anticipan, estableciéndose en algunas de ellas procedimientos específicos para la incorporación de tecnologías sanitarias a sus carteras de servicios, exigiendo la comprobación y evaluación previa de ciertos condicionantes como la seguridad, eficacia, efectividad e incluso, en el caso singular de Galicia⁸⁹, el coste-efectividad de dichas prestaciones.

En la práctica, pueden encontrarse diferencias entre CC.AA. en el contenido y regulación de diversas prestaciones, como la prestación ortoprotésica, la atención a pacientes crónicos y agudos, cirugía de cambio de sexo, salud bucodental, etc. En el primero de los ejemplos citados, la prestación ortoprotésica, la cual en el Real Decreto 63/1995 estaba considerada como una prestación complementaria, careciendo de un catálogo común hasta la concreción de su cartera común en el Real Decreto 1030/2006, han sido numerosas las CC.AA. que han regulando un catálogo propio así como el procedimiento requerido para acceder al mismo. Éste es el caso de Andalucía⁹⁰, Baleares⁹¹, Canarias⁹², Cataluña⁹³, Comunidad Valenciana⁹⁴, Galicia⁹⁵, Navarra⁹⁶ o el País Vasco⁹⁷. La Región de Murcia no regula un catálogo propio, pero sí el procedimiento para el reconocimiento del derecho a

88 Ley 4/1994, de 26 de julio, de Salud de la Región de Murcia.

89 Orden de 28 de noviembre de 2007 por la que se regula el procedimiento para la incorporación de técnicas, tecnologías o procedimientos de la cartera de servicios del sistema sanitario público de Galicia. (Diario Oficial de Galicia nº 238, de 11 de diciembre de 2007).

90 Decreto 195/1998, de 13 de octubre, que regula la prestación ortoprotésica en el Servicio Andaluz de Salud (BO Junta de Andalucía núm. 125, de 3 noviembre 1998). El Catálogo ha sido modificado en varias ocasiones (2000, 2001, 2004 y 2005).

91 Decreto 41/2009, de 26 de junio, que regula la prestación ortoprotésica en el ámbito del Servicio Balear de Salud (BO Illes Balears núm. 99, de 9 julio 2009).

92 Orden de 9 de febrero de 2004, que regula la prestación de material ortoprotésico y se aprueba el Catálogo General de Material Ortoprotésico en la Comunidad Autónoma de Canarias (BO Canarias núm. 54, de 18 marzo 2004).

93 Decreto 79/1998, de 17 de marzo, sobre prestaciones ortoprotésicas (DO Generalitat de Catalunya núm. 2609, de 30 marzo 1998; Corr. Err., DO Generalitat de Catalunya núm. 2686, de 22 julio 1998). El Catálogo ha sido actualizado posteriormente.

94 Resolución de 26 de noviembre de 1997, que aprueba el Catálogo General de Especialidades de Material Ortoprotésico del Servicio Valenciano de Salud (DO Comunidad Valenciana núm. 3189, de 23 febrero 1998). El Catálogo ha sido actualizado posteriormente.

95 Orden de 21 de noviembre de 2002, que regula la prestación ortoprotésica en Galicia (DO Galicia núm. 24, de 4 febrero 2003; Corr. Err., DO Galicia núm. 194, de 7 octubre 2003). El Catálogo ha sido actualizado posteriormente.

96 Decreto Foral 17/1998, de 26 de enero, que regula la prestación ortoprotésica, relativa a prótesis externas, sillas de ruedas, ortesis y prótesis especiales (BO Navarra núm. 23, de 23 febrero 1998). El Catálogo ha sido actualizado posteriormente.

97 Orden de 29 de marzo de 2007, del Consejero de Sanidad, por la que se aprueban el catálogo general de material ortoprotésico y el baremo de las condiciones socioeconómicas que dan lugar al abono directo de la prestación ortoprotésica (BO País Vaco núm. 145, de 30 julio 2007).

la prestación.⁹⁸ En general, y trascendiendo el ámbito específico de esta prestación, no hay diferencias apreciables entre las prestaciones garantizadas en la Región de Murcia y las recogidas en la CSC del SNS.

b) La prestación farmacéutica

La ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y los productos sanitarios, dedica su título VII a regular la financiación pública de los medicamentos y productos sanitarios. En concreto, el artículo 89 de la citada ley establece el procedimiento a seguir para, una vez autorizado y registrado un medicamento, decidir su inclusión en la prestación farmacéutica del SNS. En concreto, la inclusión de medicamentos en la financiación del SNS se posibilita mediante la financiación selectiva y no indiscriminada teniendo en cuenta, entre otros, los criterios de «utilidad terapéutica y social del medicamento» y la «racionalización del gasto público destinado a prestación farmacéutica». Según este mismo artículo, la decisión sobre la financiación pública de nuevos medicamentos corresponde en exclusiva al Ministerio de Sanidad y Consumo.

El artículo 90 regula asimismo la fijación del precio industrial de los medicamentos y productos sanitarios que vayan a incluirse en la prestación farmacéutica del SNS. Así, corresponde a la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos, adscrita al Ministerio, fijar de forma motivada el precio industrial máximo de los medicamentos y productos sanitarios que vayan a ser incluidos en la prestación farmacéutica. El tercer apartado de este artículo dice que la Comisión tendrá en consideración los informes sobre utilidad terapéutica de los medicamentos que elabore la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Para la elaboración de dichos informes, contará con una red de colaboradores externos constituida por expertos propuestos por las CC.AA., en la forma que se determine reglamentariamente.

Muy recientemente, el Real Decreto-ley 9/2011, de 19 de agosto, de medidas para la mejora de la calidad y cohesión del sistema nacional de salud, de contribución a la consolidación fiscal, y de elevación del importe máximo de los avales del Estado para 2011, modifica los artículos 89 y 90 de la ley 29/2006, adjudicando, en principio, un papel potencial importante a la evaluación económica como criterio ordenador de la prestación farmacéutica. En particular, se modifican los criterios que informan la decisión de incluir nuevos medicamentos y productos sanitarios en la prestación farmacéutica, de modo que en lugar de «utilidad terapéutica y social del medicamento» ahora se establece «valor terapéutico y social del medicamentos y beneficio clínico incremental del mismo teniendo en cuenta su relación coste-efectividad». Asimismo, donde antes se decía únicamente «racionalización del gasto público destinado a prestación farmacéutica» pasa a añadirse «e impacto

⁹⁸ Orden de 3 de febrero de 2006, de la Consejería de Sanidad por la que se regula el procedimiento para las prestaciones ortoprotésicas (BORM núm. 45, de 23 de febrero de 2006).

presupuestario en el Sistema Nacional de Salud». Del mismo modo se modifica el artículo 90.3 que ahora afirma que la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos «tendrá en consideración los informes de evaluación que elabore la AEMPS así como los que pueda elaborar el Comité de Coste-Efectividad de los Medicamentos y Productos Sanitarios. Dicho Comité estará integrado por expertos designados por el Consejo Interterritorial del SNS, a propuesta de las CC.AA., de las Mutualidades de funcionarios y del Ministerio. Las reglas de organización y funcionamiento del citado Comité serán establecidas por el Consejo Interterritorial del SNS».

Un matiz relevante en relación a la composición de la prestación farmacéutica, es la distinción entre la prestación farmacéutica para pacientes no hospitalizados (dispensados mediante receta oficial en las oficinas de farmacia) y la prestación farmacéutica para pacientes hospitalizados, pues en este último caso, como señala el apartado 1.2 del anexo V de la Ley 29/2006, la prestación farmacéutica comprende los productos farmacéuticos que necesiten los pacientes conforme a la CSC de atención especializada. Esto tiene al menos dos implicaciones diferenciadas. Por un lado, que en los centros hospitalarios podrán adquirirse y utilizarse medicamentos y productos sanitarios no incluidos en la prestación farmacéutica del SNS. Así mismo, esto significa que podrán crearse estructuras de soporte para el uso racional de los medicamentos en los hospitales (comisiones de farmacia y terapéutica), aportando sus conocimientos para la selección y evaluación científica de los medicamentos

Tabla 5.1
Regulación autonómica en materia de comisiones regionales de farmacia

Comunidad	Descripción
País Vasco	2007, Red de Comités de Evaluación e Información de medicamentos. 2010, Comisión Corporativa de Farmacia de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.
Cataluña	Resolución 10 noviembre 2008 del Servei Càtala de Salut. PASFTAC Programa de evaluación, seguimiento y financiación de tratamientos de alta complejidad. CAMUH: Comité de Evaluación de Medicamentos de Uso Hospitalario. CATFAC: Consejo Asesor Tratamientos Farmacológicos Alta Complejidad. COPIF: Comité aprovisionamiento y financiación tratamientos alta complejidad. CAEIP: Comisión Evaluación e Impacto presupuestario (2009). PHFMHDA: Programa de Armonizació Farmacoterapèutica Medicació Hospitalària dispensació ambulatoria (2010).
La Rioja	2008, Comisión de Farmacia del Área de Salud de la Rioja, modificación 2010. 2009, Armonización de los criterios de utilización de medicamentos en los centros de SAS.
Aragón	2009, Constitución Comisión de Evaluación del Medicamento de los hospitales.
Madrid	2009, Consejo Asesor de Farmacia.
Valencia	2010, Decreto por el que se ordenan y priorizan actividades de las estructuras de soporte para uso racional de los productos farmacéuticos en la Agencia Valenciana de Salud. Proyecto de Orden del Conseller de Sanitat de ordenación de los procedimientos de evaluación de medicamentos, guías y protocolos farmacoterapéuticos interactivos, medicamentos de alto impacto sanitario o económico y observatorios terapéuticos en la Agencia Valenciana de Salud.
Navarra	2010, Comisión Asesora Técnica para Uso Racional de los Medicamentos.
Galicia	2010, Comisión Autonómica Central de Farmacia y Terapéutica Instrucción inclusión medicamentos alto impacto en la GFT.

Fuente: Fraga (2011).

(art. 82). De forma similar se recoge de hecho en la Ley 3/1997, de 28 de mayo, de Ordenación Farmacéutica de la Región de Murcia, que en su artículo 37 incluye entre las funciones que deben desarrollar los servicios de farmacia de los hospitales públicos la de «participar en el proceso de selección de medicamentos precisos para el centro bajo los criterios de eficacia, seguridad, calidad y costo de los mismos».

Por último, al igual que ocurría con otras tecnologías sanitarias, las CC.AA., en el ejercicio de sus competencias, han regulado tanto catálogos de prestaciones farmacéuticas de carácter complementario a la del SNS, como procedimientos e instituciones para ordenar la incorporación y utilización de los medicamentos en los centros sanitarios de sus respectivos territorios. Una síntesis del panorama autonómico en esta última cuestión (procedimientos e instituciones) puede verse en la tabla 5.1. En cuanto a la prestación farmacéutica complementaria, algunas CC.AA. financian medicamentos y productos sanitarios a pacientes con determinados procesos, como es el caso de oncológicos y trasplantados (antivirales y antifúngicos), lesiones medulares, espina bífida, determinadas discapacidades, adicción al tabaco y tuberculosis, entre otros. También se financian de forma complementaria los productos pediátricos en familias numerosas, enfermos pediátricos crónicos y discapacitados.

c) Cambios recientes introducidos en la cartera común de servicios del SNS

El recientemente aprobado Real Decreto-ley 16/2012 modifica en su capítulo II tres artículos de la Ley 17/2003, de cohesión y calidad del SNS. Las modificaciones introducidas distan de ser cosméticas, por cuanto segmenta la CSC en tres, cuyo contenido tendrá que desarrollarse reglamentariamente, vinculando cada una de ellas a una modalidad de aportación por parte del usuario diferente. Asimismo, se introduce un cambio significativo en el procedimiento de elaboración y actualización de la CSC.

De acuerdo al nuevo real decreto (art. 2.1), la CSC (denominada cartera común de servicios en esta norma) se articulará por medio de tres carteras:

- Cartera común básica (art. 2.2), que comprende todas las actividades asistenciales de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se realicen en centros sanitarios o sociosanitarios, así como el transporte sanitario urgente, cubiertos de forma completa por la financiación pública.
- Cartera común suplementaria (art. 2.3), que incluye todas aquellas prestaciones cuya provisión se realiza mediante dispensación ambulatoria y están sujetas a aportación del usuario; en concreto, esta cartera incluirá las siguientes prestaciones:
 - o Prestación farmacéutica, regulándose la aportación del usuario en el artículo 4.13 del real decreto.

- o Prestación ortoprotésica y prestación con productos dietéticos, con un nivel de aportación del usuario que se regirá por las mismas normas que regulan la prestación farmacéutica, tomando como base de cálculo para ello el precio final del producto y sin que se aplique *el mismo límite*⁹⁹ de cuantía a esa aportación.
- o Transporte sanitario no urgente, sujeto a prescripción facultativa, por razones clínicas y con un nivel de aportación del usuario acorde al determinado para la prestación farmacéutica.
- Cartera común de servicios accesorios (art. 2.4), que incluye todas aquellas actividades, servicios o técnicas, sin carácter de prestación, que no se consideran esenciales y/o son coadyuvantes o de apoyo para la mejora de una patología de carácter crónico, estando sujetas a aportación y/o reembolso por parte del usuario.

El contenido de la cartera común de servicios del SNS se determinará por acuerdo del Consejo Interterritorial del SNS, a propuesta de la Comisión de prestaciones, aseguramiento y financiación (art. 2.6). Los criterios para elaborar dicho contenido son análogos a los que figuraban en el artículo 20.2 de la ley de cohesión y calidad¹⁰⁰, si bien se añade que en la evaluación de dichos criterios «participará la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud.» En el art. 2.7, que modifica el art. 21 de la ley de cohesión y calidad, se precisa que las «nuevas técnicas, tecnologías o procedimientos serán sometidas a evaluación, con carácter preceptivo y previo a su utilización en el Sistema Nacional de Salud, por la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud.» La disposición transitoria segunda del real decreto establece que en tanto no se desarrolle reglamentariamente la cartera común de servicios del SNS, permanecerá en vigor el Real Decreto 1030/2006, en todo lo que no se oponga a esta norma.

Dejando de lado la prestación farmacéutica, a la cual haremos referencia a continuación, y sin detenernos en profundidad en los aspectos relacionados con el copago, que serán abordados en una sección aparte, hay algunas observaciones que realizar sobre las modificaciones introducidas en la cartera común de servicios del SNS:

- 1) Se recupera, en cierto modo, la distinción que antaño efectuaba el real decreto 63/1995 entre unas prestaciones básicas y otras complementarias, con la salvedad de que aquel real decreto consideraba complementarias la prestación

99 La redacción original del real decreto decía «sin que se aplique *ningún límite*», reemplazándose posteriormente en la corrección de errores del real decreto publicada en el BOE núm. 116, de 15 de mayo de 2012, por la expresión que hemos reflejado en el texto («sin que se aplique *el mismo límite*»).

100 Los criterios que se tendrán en cuenta para la elaboración del contenido de la cartera común de servicios serán los siguientes: eficacia, eficiencia, efectividad, seguridad y utilidad terapéuticas, así como las ventajas y alternativas asistenciales, el cuidado de los grupos menos protegidos o de riesgo y las necesidades sociales, así como su impacto económico y organizativo.

ortoprotésica, los tratamientos dietoterápicos complejos, el transporte sanitario y la oxigenoterapia a domicilio. La prestación farmacéutica no tenía esa consideración. Esta calificación como prestaciones complementarias fue superada en el real decreto 1030/2006, todavía en vigor, que las incluía sin más dentro de la CSC.

- 2) No es menos cierto, sin embargo, que el citado real decreto 1030/2006 permite, en el caso de la prestación ortoprotésica y la prestación con productos dietéticos, que los precios pagados por los diferentes servicios autonómicos de salud sean diferentes, de modo que, por ejemplo, una comunidad puede estar pagando una factura diferente a la abonada por otra por el mismo número de envases; y, además, fija copagos para el caso de las ortesis (p.ej. férulas) y ortoprétesis especiales (p.ej. muletas). Esto no significa que en todas las CC.AA. los usuarios abonen dichos importes, la casuística es variada. La nueva regulación, por un lado, pretende unificar el precio final abonado por los servicios autonómicos de salud a los fabricantes de estos productos (art. 2.3)¹⁰¹, generalizando al mismo tiempo el copago a todas las ortoprétesis de dispensación ambulatoria e introduciéndolo en el ámbito de los productos dietéticos. Esto significa que una vez se concreten reglamentariamente los límites máximos de desembolso, los usuarios tendrán que pagar, con el mismo esquema de porcentajes de aportación previsto para la prestación farmacéutica, por las prótesis externas, las sillas de ruedas y la nutrición enteral domiciliaria. Esto, de mantenerse las mismas exenciones y límites contemplados en la prestación farmacéutica, podría entrañar desembolsos considerables para los pacientes.
- 3) La redacción del real decreto es ambigua en determinados aspectos. En concreto, se dice que la cartera común suplementaria del SNS contiene las prestaciones cuya provisión se realiza mediante dispensación *ambulatoria*. Con esta redacción no se excluye por completo la posibilidad de que los usuarios tuvieran que pagar por la administración de medicación, nutrición parenteral o enteral, e incluso por la renovación de ortoprétesis, llevadas a cabo en las consultas de atención especializada, ya que dicha asistencia se presta en régimen ambulatorio. Esta fuente de ambigüedad debería ser subsanada lo antes posible.
- 4) Una novedad a valorar positivamente del real decreto es el papel, en principio relevante, otorgado a la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS (en adelante la Red). Esta Red,

101 El apartado 4 del nuevo artículo 8 ter. introducido por el nuevo real decreto en la ley de cohesión y calidad establece que el titular del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, aprobará, «previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, a propuesta de la Comisión de prestaciones, aseguramiento y financiación, la actualización del catálogo de prestaciones [ortoprotésica y con productos dietéticos], los importes máximos de financiación y los coeficientes de corrección a aplicar para determinar la facturación definitiva a los servicios autonómicos de salud por parte de los proveedores, que tendrá la consideración de precio final.»

compuesta por la AETSA del Instituto de Salud Carlos III y otras siete agencias y unidades de evaluación de tecnologías sanitarias de ámbito autonómico¹⁰², fue formalmente constituida tras la reunión de 1 de marzo de este año del Consejo Interterritorial del SNS. Por el momento, lo único decidido al respecto de dicha Red es que tendrá su sede en el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, la presidencia será rotatoria, y que sus funciones pasarán no sólo por la evaluación previa de nuevas incorporaciones, sino que también revisará las ya existentes, además de redactar informes de seguimiento de las diferentes prestaciones así como guías de práctica clínica. No obstante, el éxito que pueda revestir esta iniciativa dependerá críticamente de al menos dos factores:

- 1) El peso que efectivamente posea la evaluación económica sobre el conjunto de criterios tomados en consideración para informar la toma de decisiones sobre las tecnologías sanitarias que componen la cartera de servicios.
- 2) Cuan vinculantes sean las recomendaciones formuladas por la Red.

d) Cambios introducidos en la prescripción farmacéutica

Abordamos aquí las modificaciones efectuadas por el Real Decreto-ley 16/2012 a la Ley 29/2006 de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, en lo relativo a los criterios de inclusión y exclusión de la prestación farmacéutica de medicamentos y productos sanitarios, así como a la fijación de los precios de dichas tecnologías. Dejamos para la sección correspondiente, el comentario sobre los cambios introducidos en el esquema de copagos farmacéuticos.

El artículo 4.5 del real decreto modifica el artículo 89 de la Ley 29/2006, introduciendo las siguientes novedades relativas a la financiación pública de los medicamentos y productos sanitarios:

- 1) Para la financiación pública de los medicamentos y productos sanitarios será necesaria su inclusión en la prestación farmacéutica mediante la correspondiente resolución expresa de la unidad responsable del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, estableciendo las condiciones de financiación y precio en el ámbito del SNS. Con esta redacción, parece integrarse en un mismo procedimiento (el de inclusión en la prestación farmacéutica) tanto la decisión de reembolso o financiación pública como la del precio máximo al que será reembolsado.
- 2) Se introduce una cláusula para garantizar la igualdad en el acceso a la prestación farmacéutica en todo el SNS, según la cual las CC.AA. no podrán establecer, de forma unilateral, reservas singulares específicas de prescripción, dispensación y financiación de fármacos o productos sanitarios.

¹⁰² Los antecedentes y composición de la Red serán descritos en el apartado dedicado al papel de la evaluación económica como garantía de acceso a la financiación pública de las tecnologías sanitarias.

- 3) Se afirma explícitamente que el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad revisará los grupos, subgrupos y/o clases de medicamentos cuya financiación no se estime necesaria para cubrir las necesidades sanitarias básicas de la población española. Anteriormente, la Ley 29/2006 simplemente señalaba que los medicamentos o productos sanitarios cuya financiación pública no se justifique «podrán no financiarse con fondos públicos»¹⁰³.
- 4) Se añade un nuevo artículo 89 bis en el que expresamente se indica que corresponderá al Gobierno establecer los criterios para la fijación de precios de los medicamentos financiados por el SNS, tanto para los dispensados en oficina de farmacia con receta oficial, como para aquellos de ámbito hospitalario. La mención directa a los medicamentos de uso hospitalario no figuraba en la Ley 29/2006. Asimismo, se establece que para la decisión de financiación de nuevos medicamentos se tendrá en cuenta el análisis coste-efectividad y de impacto presupuestario, así como el componente de innovación para avances terapéuticos indiscutibles, siempre que para un mismo resultado en salud contribuya positivamente al PIB. Además, se señala que la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos (en adelante Comisión Interministerial), órgano encargado de fijar los precios de los medicamentos, «tendrá en consideración los análisis coste-efectividad y de impacto presupuestario».
- 5) Se modifica el artículo 90 de la Ley 92/2006, estableciéndose que corresponderá a la Comisión Interministerial fijar «los precios de financiación del Sistema Nacional de Salud de medicamentos y productos sanitarios». Se añade a continuación que, como regla general, «el precio de financiación por el Sistema Nacional de Salud será inferior al precio industrial del medicamento aplicado cuando sea dispensado fuera del Sistema Nacional de Salud». Se abre así una distinción entre el precio industrial (que tendrá carácter de máximo) de los medicamentos y productos sanitarios a incluir en la prescripción farmacéutica (que era lo que fijaba la Comisión Interministerial en la redacción original de la Ley 92/2006) y el precio de financiación, que parece configurarse como el precio máximo reembolsable por el SNS (y que podrá ser inferior al precio industrial máximo).
- 6) Para la toma de decisiones, la Comisión Interministerial tendrá en consideración los informes que elabore el Comité Asesor para la Financiación de la Prestación Farmacéutica del Sistema Nacional de Salud¹⁰⁴, órgano colegiado, de carácter científico-técnico, adscrito a la unidad ministerial con competencia en materia de prestación farmacéutica, y que se encargará de

103 Tras la reunión del Consejo Interterritorial del SNS celebrada el 27 de junio pasado, la ministra de Sanidad anunció la exclusión de la prestación farmacéutica, a partir del 1 de agosto, de 426 medicamentos, que, según el ministerio, están indicados para síntomas menores.

104 En la redacción inicial del real decreto denominado «Comité Asesor de la Prestación Farmacéutica del Sistema Nacional de Salud»; enmendado posteriormente en la corrección de errores publicada en el BOE núm. 116, el 15 de mayo de 2012.

«proporcionar asesoramiento, evaluación y consulta sobre la pertinencia, mejora y seguimiento de la evaluación económica necesaria para sustentar las decisiones de la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos». El mencionado Comité¹⁰⁵ estará compuesto por un máximo de 7 miembros, designados por el titular del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de entre profesionales de reconocido prestigio y trayectoria acreditada en evaluación farmacoeconómica.

- 7) Se añade un nuevo artículo 85 ter que contempla la actualización de la lista de medicamentos que quedan excluidos de la prestación farmacéutica del SNS, estableciendo como uno de los criterios para motivar dicha exclusión que su financiación no se estime necesaria para cubrir las necesidades sanitarias de la población española.

Tomadas en su conjunto todas estas modificaciones, podría interpretarse, como de hecho se proclama en el apartado V de la exposición de motivos del real decreto, que se pretende con ellas «que las decisiones de financiación estén presididas por los criterios de evidencia científica de coste-efectividad y por la evaluación económica, con consideración del impacto presupuestario, en la que se tenga en cuenta un esquema de precio asociado al valor real que el medicamento o producto sanitario aporta al sistema». El enfoque de precio basado en el valor hace depender el precio de un nuevo medicamento (o producto sanitario) del valor (la efectividad en términos de salud) incremental que aporta con respecto de su coste también incremental. Para ello, como se explicará en la sección dedicada a la utilización de la evaluación económica como criterio de priorización, es preciso que la relación coste-efectividad del producto en cuestión, para el precio propuesto por el fabricante, no rebase el precio máximo por unidad de efectividad que está dispuesto a pagar el SNS. El real decreto contiene los mimbres para llegar a articular un mecanismo de regulación del precio de estas características, pero todo dependerá de la configuración efectiva que se le imprima en el desarrollo reglamentario correspondiente, así como de la voluntad política para tomar las decisiones que se deriven de un sistema de estas características.

5.1.2.3. Copago

a) Concepto y fundamentos teóricos del copago

Se entiende por copago cualquier forma de participación del usuario en el coste de un servicio, en este caso sanitario. Este concepto engloba diversos tipos de participación, tales como el pago de una suma fija por un determinado servicio

¹⁰⁵ En el Real Decreto-ley 9/2011 ya se había modificado la ley 92/2006 en el sentido de incluir un «Comité de Coste-Efectividad de los Medicamentos y Productos Sanitarios» que informaría las decisiones de la Comisión Interministerial, si bien el grado de concreción en cuanto a las funciones y composición de dicho Comité eran mayores que las del recién creado Comité Asesor.

(p.ej. acto médico), de un porcentaje sobre los costes (como es el caso del copago farmacéutico vigente en el SNS español), o bien adquiere la forma de deducible o franquicia, esto es, una cantidad que el usuario ha de pagar hasta poder beneficiarse de la cobertura del seguro sanitario.¹⁰⁶

Hasta aquí en nada se diferencia un copago de, por ejemplo, una tasa o, más generalmente, de un impuesto que grave un consumo específico. Sin embargo, hay que entender que el copago, en un sentido económico, no es un instrumento recaudatorio, ni siquiera una herramienta de control de costes, sino antes bien un mecanismo para ganar eficiencia. Esta precisión es fundamental para poder juzgar adecuadamente el establecimiento o modificación de cualquier aportación del usuario en el momento del consumo de la asistencia sanitaria. El copago, tal y como lo entiende la teoría económica, encuentra su justificación en un problema de (falta de) eficiencia. El seguro sanitario produce un beneficio tangible, que es la minoración del riesgo financiero que tiene que afrontar el paciente a consecuencia de la enfermedad. En contrapartida, en cambio, la cobertura del seguro puede generar un problema conocido como riesgo moral. Este problema se deriva del hecho de que hay ocasiones en que el financiador (el SNS) carece de información suficiente para indicar a cada paciente el tratamiento más coste-efectivo.¹⁰⁷ Esto puede deberse a la incertidumbre que inevitablemente rodea a la práctica clínica, a las dificultades para protocolizar debidamente el tratamiento en grupos de pacientes concretos o a otras razones, pero la consecuencia de tales problemas de información es que, como el precio en el momento de consumir la asistencia sanitaria es cero (ya está cubierta por el seguro), habrá una tendencia a consumir en exceso.¹⁰⁸ Un ejemplo clásico, como señala Pauly (2008), es el uso intensivo de procedimientos diagnósticos que son inocuos para la salud, y que proporcionan información útil desde el punto de vista clínico, pero cuyo coste por hallazgo es muy elevado desde un punto de vista económico. Ante esta situación, el objetivo del copago sería optimizar la intensidad con que deben someterse los pacientes a dichos procedimientos, de modo que el beneficio aportado por cada prueba compense el coste marginal en que se incurre. Es decir, el objetivo del «auténtico» copago es disuadir o evitar un consumo excesivo de asistencia sanitaria, no obtener ingresos públicos. De ahí, la expresión de copago como «ticket moderador».

En consecuencia, desde el punto de vista teórico el copago tiene tanto más sentido cuanto mayor es la incertidumbre que experimentan financiador (SNS) y médicos al respecto de si el gasto sanitario está justificado o no, dado el estado

106 Con frecuencia, en el argot técnico, se denomina propiamente copago a la primera de las modalidades descritas (pago fijo por servicio), mientras que a la aportación del usuario consistente en un porcentaje de los costes se la denomina coseguro (Espín y Rovira, 2007). Sin embargo, como el término copago está sumamente extendido en España, lo emplearemos indistintamente, con independencia de la forma de financiación compartida por el usuario de que se trate.

107 Es decir, el tratamiento que reporta la mayor ganancia marginal de salud en relación a su coste en comparación a la mejor alternativa disponible.

108 Esto es, a consumir tratamientos cuyo beneficio marginal es inferior a su coste marginal (González et al., 2010).

de salud del paciente y la relación coste-efectividad de los tratamientos. Esto convierte a los servicios de atención primaria y de urgencias en ámbitos susceptibles de aplicación del copago, ya que los médicos no pueden juzgar la idoneidad del gasto hasta que atienden al paciente en la consulta. Otro escenario adecuado es el del consumo farmacéutico, en particular de medicamentos «no esenciales» o de eficacia limitada. Por el contrario, no parecería oportuno extender el copago a los programas preventivos (por ejemplo, cribado de cáncer), dado que sus beneficios sólo se perciben a largo plazo, resultando muy difícil para el paciente valorarlos adecuadamente en el momento presente. Otros ámbitos donde la justificación teórica del copago es más débil (aunque no nula) es la atención especializada y los procedimientos diagnósticos.

b) Experiencia en el ámbito de la UE

De los 27 países que componen la UE, todos ellos, a excepción de Malta, poseen algún tipo de copago sobre los medicamentos (copago farmacéutico). Dieciocho de estos países poseen además algún tipo de copago no farmacéutico, ya sea ambulatorio (sobre la atención primaria o la atención especializada ambulatoria), hospitalario o en los servicios de urgencias. La Tabla 5.2 ofrece una comparativa para una selección de Estados miembros de la UE-27.

En general, tal y como subrayan Rodríguez y Puig (2012), podemos convenir que los países dotados de un sistema de seguridad social, esto es, un sistema con seguros obligatorios, cuya cobertura subjetiva está completamente vinculada al trabajo y se financia vía cotizaciones sociales, disfrutan de un grado de cobertura objetiva mayor, con un amplio nivel de elección y muchos copagos. Éste es el caso de países como, por ejemplo, Alemania, Austria, Bélgica, Francia, Grecia o Países Bajos. Por su parte, dentro de los SNS, basados en el principio de cobertura universal y financiación mediante impuestos, habría que establecer una distinción entre los sistemas nórdicos (Dinamarca, Finlandia y Suecia), con cobertura objetiva amplia y bastantes copagos, aunque limitados en cuantía y vinculados al nivel de renta, y los SNS del sur de Europa (Chipre, España, Irlanda, Malta y Portugal), tradicionalmente con menos copagos, pero también con menos prestaciones cubiertas por la financiación pública, lo cual origina un mayor gasto privado, bien mediante pagos directos, bien mediante la compra de seguros privados. En un tercer grupo tendríamos a los países de Europa central y oriental, donde predominan los sistemas de seguridad social, y podemos encontrar a países con numerosos copagos (Bulgaria, Estonia o Letonia) junto a países con pocos copagos o incluso ninguno, con excepción del copago farmacéutico, extendido a la práctica totalidad de ellos.

En relación a la evidencia empírica disponible acerca del impacto de los copagos, ésta proviene fundamentalmente de EE.UU., si bien podemos encontrar algunos estudios realizados en Europa. En conjunto, la evidencia disponible sugiere que el copago reduce significativamente el número de visitas al médico de familia y a urgencias, así como también disminuye el consumo de medicamentos (sobre todo

Tabla 5.2
Copago sanitario en varios países de la UE

País	Copago ambulatorio	Copago hospitalario	Copago farmacéutico	Copago en urgencias
Alemania	10 € en la primera visita al médico al trimestre	10 €/día (máx. 28 días/año)	10% del precio (mín. 5€ - máx. 10 €)	---
Austria	Porcentajes a ciertos colectivos	8,6–17,6 €/día (máx. 28 días/año)	5,1€/medicamento (máx. anual: 2% de la renta)	---
Bélgica	Porcentaje variable (10%-40%) según grupo de reembolso	0,62 €/día (gastos de mantenimiento)	5 categorías de reembolso (desde un 0% hasta un 80%)	---
Finlandia	13,7 € por consulta	27,4€ por consulta especialista	3 categorías de reembolso (42%-100%). Máx. anual: 672,7€	15€ por urgencia nocturna o en fin de semana
Francia	1 € por visita (máx. 50 €/año) 30% coste de la visita	20% más 16 €/día (máx. 30 días/año) 18€ por intervenciones de coste > 91 €	3 niveles de reembolso (15%, 30%, 65%)	---
Grecia	3€/consulta especialista	---	3 niveles de reembolso (75%, 90%, 100%)	---
Irlanda	0%-100% según categoría	75 €/día (máx. 750 €/año)	Deducible hasta un máx. 132€/mes	100€ por urgencia no derivada
Italia	36,15€/consulta especialista	---	1-2€ por receta y/o 0,5-4,5€ por envase, según la región.	25€ por urgencia injustificada
Portugal	2,25€ por visita Distintos copagos por consulta especialista, cirugía ambulatoria y pruebas diagnósticas y terapéuticas	5,2€ los primeros 10 días	5 niveles de reembolso (15-100%) según el tipo de medicamento.	Entre 3,7€ y 9,4€ por urgencia
Reino Unido	----	---	8,6€ por receta	---
Suecia	10-20 € por visita y consulta especializada (máx. 85 €/año).	7 €/día	Deducible hasta un máx. 200€/año. Copago porcentual en función gasto anual.	Entre 9,33 y 28€/visita

Fuente: elaboración propia a partir de González et al. (2010) y Diario Médico (26/05/2012).

el de los menos eficaces). Asimismo, hay alguna evidencia de que el copago debe considerarse desde una perspectiva amplia, abarcando la totalidad del sistema sanitario; en caso contrario, puede haber efectos cruzados, cambiando un tipo de demanda por otra (p.ej. visitas a atención primaria por ingresos hospitalarios), sin reducirla en términos globales. Por otra parte, se ha constatado que el copago tiene un mayor efecto sobre los colectivos más débiles, lo cual parece guardar una estrecha relación con el nivel de renta. Así pues, para evitar inequidades es necesario que los copagos estén relacionados con la renta, lo cual posee al menos una triple implicación: primero, los copagos deberían vincularse de alguna forma con la renta; segundo, debería excluirse a las rentas más bajas (copago nulo); y tercero, debe limitarse el desembolso máximo a realizar.

c) El copago en España

Si bien, como tuvimos ocasión de comprobar, hay algunas prestaciones sanitarias para las que se requiere una aportación por parte del usuario (ortoprótesis), el copago en España ha estado circunscrito al ámbito farmacéutico (excluyendo a la farmacia hospitalaria). Así, hay un copago sobre los medicamentos en España desde 1966; inicialmente de 5 pesetas, fue reemplazado en 1978 por un copago del 20%. Nuevamente fue modificado en 1979, incrementándolo hasta el 30%, hasta que finalmente, en 1980, se fijó en el 40%. Dicho copago del 40% no se aplica a los pensionistas y sus beneficiarios, ni tampoco a ciertos medicamentos para el tratamiento de procesos crónicos para los cuales el copago es del 10%, con un límite máximo de 2,64 euros. Otra excepción a esta regla se aplica a los mutualistas de MUFACE, MUGEJU e ISFAS, para quienes el copago es del 30% con independencia de la edad. La evidencia disponible en España sobre el impacto del copago es concluyente: el cambio de la condición de no pensionista a pensionista supone un aumento significativo en el número de recetas que de otra forma no se habría producido, lo cual es un síntoma evidente de riesgo moral. En concreto, el consumo por sujeto aumenta alrededor del 25% durante el primer año de gratuidad (Puig et al., 2008).

La estructura del copago farmacéutico expuesta ha sufrido un sensible cambio a raíz de la aprobación del Real Decreto 16/2012, que modifica la Ley 29/1996, incluyendo un nuevo artículo 94 bis en el que se plantea un nuevo esquema de aportaciones de los beneficiarios en la «prestación farmacéutica ambulatoria». Por tal prestación, según se establece en el mencionado artículo, se entiende «la que se dispensa al paciente a través de oficina o servicio de farmacia». Dicha prestación estará sujeta a copago, que se abonará en el momento de la dispensación del medicamento o producto sanitario. La nueva estructura de copagos se muestra en la tabla 5.3.

Tabla 5.3
Nuevo copago farmacéutico en España

	Activos	Pensionistas	
Usuarios y sus beneficiarios exentos	0%	0%	
Rentas < 18.000€	40%	10%	Máx. 8€/mes
18.000€ ≤ Rentas < 100.000€	50%	10%	Máx. 18€/mes
Rentas ≥ 100.000€	60%	60%	Máx. 60€/mes

Fuente: Elaboración propia a partir del Real Decreto 16/2012.

Como puede comprobarse, la nueva estructura diferencia, como antaño, entre pensionistas y no pensionistas, estableciendo límites máximos de desembolso mensual para los primeros. En ambos casos, la estructura del copago observa una cierta proporcionalidad con el nivel de renta, distinguiéndose tres tramos de renta para cifrar la aportación correspondiente: renta consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del IRPF menor a 18.000 €, entre

esa cantidad y menos de 100.000 €, y de esa suma en adelante. Las aportaciones previstas en el caso de los activos –40%, 50% y 60% del PVP– no están limitadas. En el caso de los pensionistas y sus beneficiarios, se paga el 10% en los dos primeros tramos, ascendiendo al 60% para rentas iguales o superiores a 100.000 €. Cada tramo tiene fijado un límite máximo mensual.

Se prevé en el real decreto la exención por completo (copago del 0%) de los usuarios y sus beneficiarios que pertenezcan a una de las siguientes categorías:

- a) Afectados de síndrome tóxico y personas con discapacidad en los supuestos contemplados en su normativa específica.
- b) Personas perceptoras de rentas de integración social.
- c) Personas perceptoras de pensiones no contributivas.
- d) Parados que han perdido el derecho a percibir el subsidio de desempleo en tanto subsista su situación.
- e) Los tratamientos derivados de accidente de trabajo y enfermedad profesional.

Asimismo, en lo concerniente a los medicamentos de aportación reducida (para procesos crónicos), se mantiene el copago existente del 10%, con una aportación máxima para el 2012, expresada en euros, resultante de la aplicación de la actualización del IPC a la aportación máxima vigente.

Efectuamos a continuación algunas valoraciones al respecto de este nuevo copago farmacéutico:

- 1) En primer lugar, habría que preguntarse el porqué únicamente se ha reformado el copago farmacéutico y no se ha efectuado ningún intento de introducir copagos asistenciales. Como vimos, el copago, en el sentido sostenido en estas páginas (ticket moderador), es pertinente siempre que exista incertidumbre, y ésta no concierne únicamente al consumo de fármacos, sino en particular a ciertas áreas asistenciales, como pueda ser la atención primaria y de urgencias. Quizá la razón para no haberlo hecho se deba a que el legislador conciba el copago como un instrumento recaudatorio, y haya considerado que la recaudación obtenible de establecer el copago por visita médica, no sería sustancial. Esta forma de concebir el copago es, a nuestro juicio, errónea.
- 2) En segundo término, y centrándonos en el copago farmacéutico, se perpetúa la distinción entre activos y pensionistas que ya existía en el copago anterior. Ateniéndonos a lo que sugiere la evidencia empírica que repasamos anteriormente, esta diferenciación carece de sentido. La distinción relevante es entre población con renta alta y con renta baja, no entre población activa y jubilados. En consecuencia, porcentajes de copago y límites máximos al

desembolso deberían vincularse a la renta, no a la condición (pensionista o no) del beneficiario.

- 3) La aportación del usuario se hace depender del nivel de renta (según lo declarado en la liquidación del IRPF), lo cual en principio contribuiría a mitigar el posible efecto que tenga el copago sobre la equidad. Aclaremos primero que ajustar el copago según renta tiene sentido bajo la concepción del copago como ticket moderador, ya que el objetivo del copago así entendido no es reducir el consumo superfluo o inútil, aquel que no reporta ningún beneficio marginal, sino aquel que produce un beneficio marginal positivo pero a un coste desproporcionado. Por esta razón, como la moderación del consumo excesivo (que no inútil) conlleva una pérdida de salud, es preciso proteger a las personas de renta más baja. Sin embargo, la progresividad introducida es muy reducida, habida cuenta que sólo hay tres grandes tramos de renta, considerablemente distanciados entre sí.
- 4) Dicho lo anterior, los ajustes por renta son problemáticos, sobre todo si se emplea como prueba de medios la declaración del IRPF, un impuesto que merced al fraude fiscal recae básicamente sobre los asalariados. Está además la instrumentación técnica de la verificación de la información fiscal para determinar, en el momento de acceso, la modalidad de aportación correspondiente. De acuerdo al nuevo artículo 94 ter esto se abordaría mediante la incorporación del dato del nivel de aportación que le corresponde al usuario en la tarjeta sanitaria individual. Como cabe sospechar, habrá que preparar las tarjetas sanitarias para tal menester, lo cual será costoso, amén de que la logística tendrá que actualizarse año a año. Por razones como éstas, unida a la estigmatización que podría sufrir la población al ser identificada en el momento de realizar la aportación, López Casasnovas (2007; 2012) propone como alternativa que «el copago se lleve a la renta» y no «la renta al copago». En lugar de modular por renta ex ante, una de las posibilidades que plantea este autor es la de pagar inicialmente por los servicios en el momento de acceso, y después recuperar todo o una parte de esos consumos mediante una deducción fiscal en la cuota del IRPF. Alternativamente, de acuerdo nuevamente al mismo autor, podría optarse por no adelantar la aportación en el momento de acceso, y llevar posteriormente todos los registros de usos afectados por copago a la base imponible del IRPF, como una prestación en especie más. Las propuestas de López son interesantes, pero también tienen sus problemas. En el caso de afrontar el copago en el momento de la dispensación del medicamento, deberían respetarse al menos las exenciones previstas en el real decreto. Además, el coste debería ser único para el resto de usuarios, o si no estaríamos diferenciando (ex ante) por renta nuevamente. Esto podría plantear problemas de equidad para las rentas más bajas (disuasión excesiva del consumo), que no verían compensada su aportación hasta el momento de hacer la declaración anual del IRPF. En el otro caso planteado, gratuidad en el momento del consumo y posterior

inclusión en la base del impuesto, podría darse la circunstancia opuesta (consumo excesivo por miopía de los usuarios). Creemos que la virtualidad del copago como mecanismo incentivador reside en que la aportación sea en el momento de acceso al servicio, pues es precisamente la gratuidad en dicho instante la que, de acuerdo a la teoría tradicional del copago, induce un consumo excesivo.

- 5) El apartado 7 del artículo 94 bis establece que el importe de las aportaciones que excedan de los límites máximos de desembolso mensual articulados para los pensionistas «será objeto de reintegro por la comunidad autónoma correspondiente, con una periodicidad máxima semestral». Este diferimiento del reembolso, sujeto a un límite temporal tan dilatado (y no necesariamente uniforme entre todas las CC.AA.), puede dar lugar a problemas de equidad para las rentas más bajas no contempladas dentro de las exenciones al copago. Nada se dice, además, de cómo se gestionarán tales reembolsos. Un posible mecanismo alternativo al planteamiento que realiza el real decreto, podría ser la habilitación de la tarjeta sanitaria individual como una especie de tarjeta-monedero (López Casasnovas, 2007), que hiciese necesaria su liquidación periódica. Sin embargo, insistimos, para que este sistema obedeciese realmente al propósito del copago como ticket moderador, dicha liquidación debería producirse con mucha frecuencia, no de forma anual. Esto, sin duda, podría generar importantes costes de transacción para la administración pública.
- 6) Al igual que sucedía con la redacción del artículo relativo a la descripción de la cartera común suplementaria del SNS, se introduce aquí una nueva ambigüedad, al definirse la prestación farmacéutica ambulatoria como la que se dispensa a través de la oficina o «servicio de farmacia». A tenor de esta distinción entre oficina y servicio de farmacia, queda la duda de si no se está extendiendo el nuevo copago a los medicamentos dispensados por los servicios de farmacia de los hospitales. Más concretamente, no queda claro si los medicamentos que pudieran administrarse en las consultas de atención especializada de los hospitales (lo cual es asistencia ambulatoria) podrían estar sujetos a copago.
- 7) No hay que olvidar que, como ya se comentó al describir la cartera común suplementaria del SNS, productos ortoprotésicos y dietéticos también están sujetos a copago, cuyo porcentaje «se regirá por las mismas normas que regulan la prestación farmacéutica». Aunque el real decreto especifica que los límites máximos de desembolso serán diferentes a los de la prestación farmacéutica y que, dentro de las exenciones previstas para la prestación farmacéutica ambulatoria, se incluye a las «personas con discapacidad en los supuestos contemplados en su normativa específica», el impacto que pueden tener estos copagos sobre la renta disponible de los pacientes puede llegar a ser considerable, de no modularse atinadamente en el desarrollo reglamentario correspondiente.

- 8) Como hemos visto, el real decreto actualiza por el IPC la aportación reducida máxima vigente para los medicamentos para procesos crónicos. De acuerdo al concepto de copago que hemos venido sosteniendo, en realidad, si la gestión de los tratamientos a pacientes crónicos está suficientemente protocolizada, el copago resulta innecesario. Esto significa que no habría motivo para actualizar la aportación reducida que efectúan los pacientes crónicos; de hecho, de cumplirse satisfactoriamente la premisa anterior, podríamos convenir que el copago para dichos medicamentos carece de sentido (económico). Otra cosa es si la aportación del usuario se contempla como una necesidad para el sostenimiento financiero del sistema (finalidad recaudatoria).
- 9) Por último, hay que insistir en que el copago, como ya hemos manifestado en muchas ocasiones, encuentra su justificación en la falta de información, en la incertidumbre. Si resulta que el SNS está financiando muchos tratamientos de dudoso coste-efectividad, lo más coherente sería eliminar de la cartera de servicios todas esas tecnologías (limitar la cobertura objetiva del seguro). Si estamos seguros de la relación coste-efectividad de las tecnologías, entonces el copago carece de sentido. Éste es un argumento más para valorar la importancia que tiene la evaluación económica de las tecnologías de la cartera común de servicios. En nuestra opinión, sin embargo, siempre quedarán resquicios a la incertidumbre, pues los pacientes son diversos y resulta complicado adaptar perfectamente a cada caso individual la evidencia clínica disponible, de modo que, aun atenuada, habría justificación para el copago.

5.1.3. Cambios en la gestión y en las formas organizativas

En este apartado se pretende estudiar, tanto desde una perspectiva teórica, como desde el punto de vista de la evidencia empírica, algunos de los posibles cambios en las formas organizativas y de gestión del sistema de salud que, presumiblemente, podrían contribuir a mejorar su eficiencia y, con ello, a controlar el crecimiento del gasto sanitario público o incluso reducirlo¹⁰⁹. Comenzaremos este análisis haciendo una revisión de las principales iniciativas emprendidas en los sistemas sanitarios en el ámbito de la innovación organizativa y de gestión, señalando sus pretendidas ventajas. A continuación expondremos las formas de gestión directa e indirecta de los servicios sanitarios que permite el ordenamiento jurídico vigente en el sistema de salud español, identificando algunos ejemplos presentes en los servicios regionales de salud. Por último analizaremos la evidencia empírica disponible, a escala nacional

¹⁰⁹ Las expectativas creadas al respecto por algunos agentes con intereses en el sistema, que abogan por un mayor impulso a estas nuevas formas de gestión, son de una magnitud tan poco plausible como opaco resulta el procedimiento seguido para su estimación: «El informe de la auditoría Russell Bedford asegura que la sanidad pública española podría ahorrar más de 13.000 millones de euros anuales con la puesta en marcha de nuevas fórmulas de gestión público-privada» (Diario ABC. 12/03/2012). «Murcia ahorraría 464 millones con la gestión público-privada de los centros sanitarios» (Diario La Vidad. 06/03/2012).

e internacional, en relación con los resultados que se han obtenido al implantar nuevas formas de gestión y organizativas de la asistencia sanitaria.

5.1.3.1. Estrategias innovadoras en organización y gestión¹¹⁰

Si bien se podría decir que la puesta en práctica de medidas innovadoras en el ámbito de la organización y la gestión de los servicios sanitarios ha estado presente en el Sistema Nacional de Salud desde hace muchos años, no se puede negar que este tipo de iniciativas ha proliferado en los años más recientes, impulsadas por el doble objetivo de mejorar la eficiencia del sistema y contener el incremento del gasto destinado a asistencia sanitaria.

Un principio básico de las reformas sanitarias consiste en la separación de las funciones de financiación, compra y provisión de los servicios que se materializa en la denominada «gestión por contrato» (González y Urbanos, 2002). Aunque ya hace años que se implantó en el SNS lo que podríamos considerar una modalidad «virtual» de esta separación, mediante el uso de los «Contratos-programa» o «Contratos de gestión», no fue hasta la *Ley 15/1997, de 25 de abril, de Habilitación de Nuevas Formas de Gestión del Sistema Nacional de Salud* cuando se abrieron definitivamente las puertas a la separación material de las competencias de financiación y compra de las de gestión y producción.

Las iniciativas emprendidas en el ámbito de las nuevas formas de gestión se enmarcan dentro del concepto de «descentralización organizativa» que cabe insertar, a su vez, en el proceso global de modernización de la gestión pública que se ha basado en tres estrategias, fundamentalmente (Albi et al., 1997):

1. Impulso a los modelos gerenciales que aplican técnicas de gestión empresarial al ámbito de los servicios sanitarios públicos («gerencialismo»).
2. Introducción de mecanismos de «cuasimercado» que simulan el funcionamiento del mercado en el seno de las burocracias públicas encargadas de la producción y prestación de servicios sanitarios.
3. Privatización de los servicios sanitarios, promoviendo la prestación de servicios por parte de entidades privadas con ánimo de lucro.

Los modelos gerenciales estuvieron detrás de las estrategias de cambio del sistema sanitario español en las últimas décadas, que se concretaron en los ya mencionados contratos-programa, así como en el desarrollo de sistemas de información sobre actividad y costes o el desarrollo de la gestión clínica (Martín, 2003). El gerencialismo se caracteriza, además de por la importación de técnicas de

¹¹⁰ En este apartado y en el siguiente nos apoyamos en la excelente revisión de Martín (2003) sobre nuevas fórmulas de gestión en sanidad; trabajo del que son deudoras muchas de las revisiones posteriores presentes en la literatura.

gestión empresarial (marketing, gestión de inventarios, etc.) por, entre otros rasgos, la mayor presencia de elementos competitivos, la gestión profesional, el énfasis en los productos finales y la evaluación ex post, la medida explícita de objetivos y resultados y la atribución de responsabilidades (Albi et al., 1997).

Los cuasimercados comprenden una diversidad de mecanismos que, como se ha dicho, tratan de simular el funcionamiento del mercado mediante la transformación, en mayor o menor medida, de los sistemas públicos de naturaleza burocrática. Finalmente, la privatización en su materialización más extrema implicaría poner en manos de compañías privadas con ánimo de lucro el aseguramiento y la prestación de servicios sanitarios, lo que plantea innumerables problemas desde el punto de vista de la eficiencia y la equidad.¹¹¹

No obstante, el concepto «privatización», en un sentido más amplio, admite distintos significados tanto desde el punto de vista económico como desde una perspectiva jurídica. Esta segunda perspectiva, la jurídica –aunque su planteamiento resulta igualmente válido desde una óptica económica–, es la que asume Menéndez (2008), quien distingue entre:

- a) Privatización material: Atribución al sector privado de tareas o funciones de competencia y responsabilidad pública.
- b) Privatización funcional: Gestión indirecta de tareas o funciones públicas por parte de entidades privadas, en virtud de contrato.
- c) Privatización formal: Gestión directa de funciones o tareas públicas a través de entidades (fundaciones públicas, entidades públicas empresariales, sociedades mercantiles públicas) que actúan sometidas al derecho privado.

Habida cuenta de que la primera de las acepciones (privatización material) implica que la actividad en cuestión deja de ser competencia y responsabilidad de los poderes públicos, su consideración está fuera de lugar en el contexto de los servicios sanitarios, por cuanto ni se ha planteado en ningún momento, ni podría hacerse teniendo en cuenta el marco jurídico-constitucional vigente. En los otros dos casos, la actividad conserva su carácter de servicio público (competencia de las organizaciones públicas), con la diferencia de que en el supuesto de privatización formal la gestión es realizada directamente por la Administración a través de entidades sometidas al derecho privado, mientras que en el caso de la privatización funcional son entidades privadas las encargadas de la gestión del servicio público.

En consecuencia, la estrategia desarrollada en el sistema de salud español ha consistido en descentralizar la producción con el fin de hacer posible que los proveedores compitan entre sí asumiendo riesgos en su gestión. La idea central

¹¹¹ Martín (2003) cita, entre los primeros, el aumento de los costes de transacción, regulación y control, la selección de riesgos por parte de las aseguradoras, y el traslado a las primas de las ineficiencias del sistema. Por lo que atañe a la equidad, afirma Martín que «los mercados de aseguradoras privadas son difícilmente compatibles con cualquiera de las definiciones de la misma» (pág. 12).

es, como se señaló al comienzo de este epígrafe, la de separar las funciones de financiación, compra y producción de servicios. El financiador público asigna recursos a los proveedores mediante un contrato, trasladándoles así un cierto nivel de riesgo y, en consecuencia, de beneficios y pérdidas potenciales.

5.1.3.2. Formas de organización de los servicios sanitarios: gestión directa vs. gestión indirecta

a) Gestión directa

Antes de entrar a considerar las diferentes formas organizativas que conviven (o podrían hacerlo) al amparo de la normativa vigente en el SNS, resulta procedente hacer mención de lo que cabría denominar innovaciones en la gestión, por no llevar aparejados cambios en las formas de organizar la prestación sanitaria, en el sentido de no implicar modificaciones en la personalidad jurídica de los entes responsables de los servicios. Se trataría, por tanto, de formas de gestión directa sin atribución de personalidad jurídica.

Estas innovaciones están ligadas al desarrollo del enfoque gerencialista mencionado en el epígrafe anterior y se concretan en la descentralización interna de la toma de decisiones y la introducción de mecanismos de incentivos (Consejo Económico y Social, 2010). Los casos más extendidos de este tipo de innovación en el ámbito de la gestión son los institutos clínicos y las unidades clínicas, estando en la raíz de ambas estrategias el concepto de «gestión clínica».

El objetivo común es el de crear modelos organizativos que superen a los servicios tradicionales individualmente considerados, mediante el agrupamiento de diferentes especialidades y la asunción de una mayor autonomía (Insalud, 2001). Un segundo elemento de estos modelos es el concepto de Atención Focalizada en el Paciente (*Patient Focused Care, PFC*), basado en la idea de que la atención debe acercarse a las necesidades del paciente y sustentarse sobre el protagonismo de los profesionales.

La gestión clínica es una forma de gestionar las unidades asistenciales, basada fundamentalmente en la participación activa y responsable de los profesionales en la consecución de los objetivos. La gestión clínica pretende incrementar la eficiencia, mejorando la utilización de los recursos y dotando a los profesionales de la responsabilidad necesaria para que puedan tomar decisiones en beneficio de los pacientes. En consecuencia, el modelo de gestión clínica pretende (Insalud, 2001):

- Impulsar una forma de organización que oriente la actividad hacia el proceso asistencial y a la atención integral del paciente.
- Implicar a los profesionales en la gestión de los recursos de la unidad o servicio al que pertenecen.

Las primeras iniciativas en este ámbito surgieron en el territorio Insalud a finales de la década de 1990. Ejemplos de los primeros institutos clínicos son el de Patología Digestiva del Hospital Marqués de Valdecilla (Santander), el Cardiovascular del Clínico de Valladolid, los de Cardiología del Hospital Ramón y Cajal (Madrid) y Virgen de la Salud (Toledo), etcétera. Algunos hospitales disponen en la actualidad de un modelo organizativo basado primordialmente en institutos y unidades de gestión clínica. Así, por ejemplo, en el Clínic de Barcelona existen nueve institutos clínicos¹¹² y en el San Carlos de Madrid son cinco los institutos¹¹³ y diez las unidades de gestión clínica¹¹⁴.

Las unidades de gestión clínica se han introducido en diferentes comunidades autónomas con mayor o menor intensidad, si bien gozan de una fuerte implantación en algunos servicios regionales de salud, siendo la comunidad de Andalucía el ejemplo paradigmático. Los objetivos perseguidos con este diseño organizativo son, principalmente, fomentar la implicación de los profesionales en la gestión de los centros, reforzar la continuidad asistencial entre los niveles asistenciales (primaria y especializada)¹¹⁵, mejorar la organización del trabajo y elevar la satisfacción de los pacientes. En la actualidad, según el Mapa de Unidades de Gestión Clínica 2011 del Servicio Andaluz de Salud¹¹⁶, en la comunidad andaluza existen 1.142 unidades de gestión clínica (458 en Distritos de atención primaria, 487 en Hospitales y 197 en Áreas de Gestión Sanitaria).

También en el Principado de Asturias se ha apostado por un modelo de Unidades de Gestión Clínica y Áreas de Gestión Clínica, actualmente en proceso de implantación, siendo la diferencia entre ambas la mayor complejidad en la estructura de la segundas. Las Unidades y Áreas de Gestión Clínica en Asturias se encuadran en diferentes niveles (básico, intermedio y avanzado) en función de los parámetros de calidad asistencial bajo el modelo de gestión por procesos y autonomía de gestión. La unión de ambos elementos da lugar a una «matriz de encuadramiento» que, a su vez, determina el perfil de contrato de gestión aplicable a cada Unidad o Área¹¹⁷.

Por lo que atañe a la gestión directa de los servicios sanitarios a través de entidades con personalidad jurídica diferenciada, conviene comenzar señalando que la razón de ser del recurso a estas formas de gestión es doble (Del Llano, 2010).

112 De Especialidades Médicas y Quirúrgicas, de Ginecología, Obstetricia y Neonatología, de Enfermedades Digestivas y Metabólicas, de Enfermedades Hematológicas y Oncológicas, de Medicina Interna y Dermatología, de Nefrología y Urología, de Neurociencias, de Oftalmología y del Tórax.

113 De Aparato Digestivo, Cardiovascular, de Neurociencias, Oncológico y de Psiquiatría y Salud Mental.

114 Alergia, Análisis Clínicos, Endocrinología, Física Médica, Geriátrica, Inmunología, Medicina Nuclear, Microbiología Clínica, Prevención y Salud Laboral, y Reumatología.

115 La integración de niveles asistenciales se orienta fundamentalmente a lograr una mejora en la atención integral de los pacientes pero tiene, además, potenciales efectos positivos sobre la eficiencia en el uso de los recursos y la gestión económica de los suministros y productos farmacéuticos. (SEDAP, 2010).

116 <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/ugcactivas/mapas/MapaUGC.asp>.

117 Seis perfiles que van desde el 1ª (autonomía de gestión básica y nivel de desarrollo de la calidad inicial) hasta el 3c (autonomía de gestión máxima y nivel de excelencia en el desarrollo de la calidad).

Por una parte, existen razones coyunturales de índole presupuestaria, ligadas a la necesidad de reducir las cifras de déficit público. De otro lado, se busca con ello una mayor flexibilidad en la gestión (la «huida del derecho administrativo»), derivada de la mayor libertad que la aplicación del derecho privado otorga a la gestión presupuestaria: contratación, política de personal, etc.

Las referencias normativas básicas a la hora de dibujar el mapa de formas de gestión de los servicios sanitarios en España son las siguientes: la Ley 6/1997, de 14 de abril de organización y funcionamiento de la Administración General del Estado (LOFAGE), la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del INSALUD, antes citada, el Real Decreto 29/2000, de 14 de enero, que desarrolla la anterior y, por último, la Ley 30/2007, de 30 de octubre, de Contratos del Sector Público (LCSP),

La Ley 15/1997 abrió, como se ha dicho, las puertas a la separación material de las competencias de financiación y compra de las de gestión y producción. Dicha ley no excluye ninguna forma jurídica para gestionar los servicios sanitarios, siempre que se mantengan la naturaleza o titularidad pública del ente en cuestión y el carácter de servicio público de la asistencia.¹¹⁸ Así, de un lado tenemos la gestión directa «tradicional», sometida íntegramente al derecho público y en la que cabría incluir no solo la gestión sin personificación jurídica (gestión desde servicios centrales), sino también la realizada a través de los organismos autónomos de carácter administrativo¹¹⁹ y agencias e instituciones con autonomía de gestión. De otro lado, existe una gran diversidad de fórmulas de gestión directa de los servicios sanitarios a través de entidades con personalidad jurídica diferenciada, entre las que cabe señalar las siguientes: entes públicos¹²⁰, consorcios, fundaciones, sociedades mercantiles públicas, organismos autónomos y entidades públicas empresariales (ver Figura 5.1).

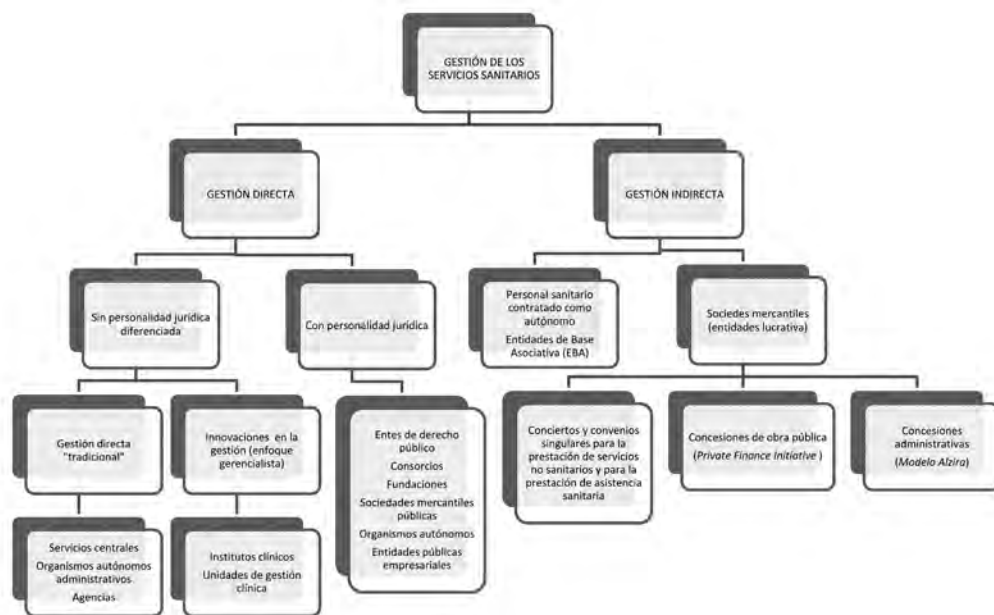
La legislación básica aplicable a cada una de estas formas jurídicas es diferente, como lo es también su forma de creación y sus órganos de dirección. Comparten, no obstante, estas entidades el hecho de que, en la mayor parte de sus actuaciones, se rigen por el derecho privado (salvo en el caso de los organismos autónomos de la LOFAGE), escapando así de las restricciones de tipo administrativo orientadas a garantizar la legalidad. Sin embargo, algunos aspectos concretos permiten subrayar las diferencias entre unas y otras fórmulas jurídicas.

118 El Real Decreto 29/2000 incluye una enumeración de las nuevas formas organizativas que, en ningún caso, es cerrada: «...fundaciones constituidas al amparo de la Ley 30/1994, de 24 de noviembre, consorcios, sociedades estatales y fundaciones públicas sanitarias, así como mediante la constitución de cualesquiera otras entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en derecho, garantizando y preservando en todo caso su condición de servicio público».

119 Los OO.AA. de carácter administrativo fueron derogados a nivel estatal por la LOFAGE (Ley 6/97).

120 Los entes de derecho público fueron, así mismo, derogados a nivel estatal por la LOFAGE aunque siguen en vigor en las CC.AA.

Figura 5.1
Formas organizativas y de gestión de los servicios sanitarios



Fuente: Elaboración propia a partir de Martín (2003), Prieto et al. (2006) y CES (2010).

En primer lugar, por lo que atañe al régimen de contratación, los entes de derecho público, los organismos autónomos y las entidades públicas empresariales, están sujetos a la Ley de Contratos del Sector Público (LCSP). Por el contrario, los consorcios, las fundaciones y las sociedades mercantiles públicas se rigen por el derecho privado, con algunas especificidades¹²¹. En segundo término, por lo que respecta al régimen jurídico aplicable al personal al servicio de la entidad, los consorcios y los organismos autónomos cuentan con personal funcionario y/o estatutario (además de laboral); también pueden existir funcionarios y personal estatutario en los entes de derecho público y las entidades públicas empresariales si así lo establece su respectiva ley de creación. Por el contrario, tanto en el caso de las fundaciones como en el de las sociedades mercantiles, el personal está sujeto exclusivamente al derecho laboral.

En los servicios de salud de las CC.AA. es posible encontrar ejemplos de casi todas estas fórmulas jurídicas de gestión directa de los servicios sanitarios.

¹²¹ Los consorcios y las fundaciones han de respetar los principios de publicidad y concurrencia y, en el caso de las segundas, los contratos de obras y servicios de elevada cuantía han de someterse a la LCSP. En el caso de las sociedades mercantiles, la contratación se sujeta a la normativa civil y mercantil.

Existen casos de organismos y entidades al amparo de la normativa anterior a la LOFAGE: entes de derecho público, como el Servei Català de Salut, los hospitales de Poniente y Costa del Sol, o las Emergencias Sanitarias de Andalucía, entre otros; y organismos autónomos administrativos, como los servicios de salud de Andalucía o Galicia. La figura de consorcio goza de amplia implantación en la comunidad autónoma catalana (Consortio Hospitalario de Catalunya, Consortio Sanitario de Barcelona, Consortio Hospitalario de Vic, Consortio Sanitario del Maresme, etc.), pero también está presente en otras comunidades, como son los casos del Consortio Aragonés Sanitario de Alta Resolución, el Consortio Sanitario Público del Aljarafe, en Andalucía, o el Consortio Sanitario de Tenerife.

Las fundaciones sanitarias, instituciones sin ánimo de lucro (públicas o privadas) regidas por un patronato, han proliferado en el territorio nacional desde la experiencia piloto de la Fundación Hospital Verín en Galicia, adscribiéndose a esta modalidad de gestión otros centros sanitarios gallegos (Barbanza, Cee, Villagarcía de Arosa), así como los hospitales de Alcorcón (Madrid), Manacor (Islas Baleares), Calahorra (La Rioja) o Elche (Comunidad Valenciana), por citar algunos.¹²² Menos frecuentes son las sociedades mercantiles públicas, entre las que cabe citar algunas entidades no directamente ligadas a la prestación de servicios sanitarios, como la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP) o las sociedades públicas para la gestión de infraestructuras sanitarias creadas en Asturias (Gispasa), Castilla-La Mancha (Gicaman) y la Región de Murcia (Giscarmsa)¹²³. Finalmente, las entidades públicas empresariales constituyen una forma jurídica prácticamente inédita en el ámbito de los servicios sanitarios con la única excepción de la comunidad murciana, cuyo servicio regional de salud, el SMS, fue creado justamente al amparo de dicha forma jurídica¹²⁴, representando un caso singular dentro del sistema sanitario público.

b) Gestión indirecta

En los supuestos de gestión indirecta, la provisión (financiación) del servicio es competencia del servicio de salud público, pero su producción es realizada por una entidad privada, con o sin ánimo de lucro, mediante acuerdos contractuales regulados por la LCSP y la Ley General de Sanidad. Dentro de las modalidades de gestión indirecta de los servicios sanitarios no solo caben diferentes modelos de vinculación contractual (arrendamientos, conciertos, convenios y concesiones administrativas), sino también distintas formas jurídicas para las entidades responsables de la gestión (cooperativas, sociedades laborales, sociedades mercantiles privadas, fundaciones).

¹²² En la Región de Murcia, hubo una única experiencia de este tipo, la del Hospital de Cieza, que funcionó bajo la forma jurídica de fundación durante una década para ser finalmente reconvertido en una gerencia más de atención especializada, dependiente del Servicio Murciano de Salud.

¹²³ El *Plan Económico Financiero de Reequilibrio de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia 2012-2014* prevé la enajenación del 49% de las acciones de esta empresa pública.

¹²⁴ Ley 4/1994, de 26 de julio, de Salud de la Región de Murcia.

La contratación por parte de los centros públicos con entidades privadas para la realización de servicios de carácter no asistencial (lavandería, limpieza, cafetería, mantenimiento, etc.) está ampliamente consolidada en el SNS y ha experimentado en los últimos años grandes cambios en lo que se refiere a las técnicas de contratación (Martín, 2003). Sin embargo, la externalización no solo alcanza a los servicios no sanitarios, sino que existen diversas modalidades de gestión indirecta de los servicios sanitarios que podemos sistematizar del modo siguiente atendiendo a la taxonomía utilizada por Prieto et al. (2006):

1. Personal sanitario (médicos y enfermeros) contratados como autónomos (como es el caso de las urgencias domiciliarias en el País Vasco).
2. Sociedades constituidas por profesionales que se convierten en gestores, siendo propietarios de, al menos, un 51% del capital social. El ejemplo más relevante lo constituyen las Entidades de Base Asociativa (EBA) en la atención primaria de Cataluña. Estas entidades cooperativas funcionan con infraestructuras cedidas por la Administración pública, mediante un contrato de gestión con acreditación previa, proyecto de gestión, adjudicación pública y control y auditoría de la Administración sanitaria.
3. Sociedades mercantiles (entidades lucrativas) que reciben una cesión de la Administración pública sanitaria para la gestión y provisión de servicios sanitarios. La titularidad es por la general privada y, en consecuencia, el personal está sujeto a la legislación laboral. Dejando a un lado los casos de externalización de servicios no sanitarios antes mencionados, dentro de esta modalidad cabe incluir los casos de:
 - a. Conciertos regulados para la prestación de servicios sanitarios y convenios singulares.
 - b. Concesiones de obra pública para la construcción y gestión del edificio sanitario y la provisión de servicios no sanitarios.
 - c. Concesiones administrativas para la construcción y gestión del edificio y la provisión de servicios sanitarios y no sanitarios para una población definida.

Las EBA son organizaciones con entidad jurídica propia constituidas por profesionales que gestionan y a la vez prestan servicios de atención primaria a los ciudadanos de un área básica de salud (SEDAP, 2010). Únicamente están implantadas en Cataluña, donde comenzaron a desarrollarse hace ya 20 años y, aparentemente, con buen funcionamiento. Pueden ser sociedades anónimas, sociedades limitadas, sociedades laborales o cooperativas. Han de estar constituidas total o mayoritariamente por profesionales sanitarios que desarrollen sus servicios en la misma entidad. El modelo favorece que sean los propios profesionales asistenciales los que realicen la gestión clínica y el control de los recursos utilizados (Gené, 2010; Ledesma, 2005).

Las EBA pueden asumir la prestación de servicios de Atención Primaria de un territorio si son capaces de realizar una oferta más atractiva que el resto de competidores del concurso que organiza el Servei Català de la Salut, requisito que cumplieron con facilidad las diez EBA existentes en Catalunya mientras duró la reforma de la Atención Primaria. Sin embargo, desde el año 2003, una vez concluido el proceso de reforma, no han obtenido ningún otro contrato (Gené, 2010). Cuando las EBA consiguen el contrato deben atender la población, cumpliendo unos objetivos de calidad similares al resto de proveedores. Reciben un presupuesto que ha ido evolucionando desde una división por partidas específicas a uno único de base capitativa que cubre el personal, los gastos corrientes, las inversiones, las pruebas complementarias y una corresponsabilización de la factura de farmacia. Las EBA tienen la posibilidad adicional de rentabilizar sus instalaciones y su plantilla realizando actividad privada de prestaciones no financiadas por el sistema público.

Por lo que atañe a la contratación de entidades privadas (sociedades mercantiles), se ha de señalar que una de las modalidades de contratación, el concierto sanitario, se viene utilizando tradicionalmente sin despertar los recelos que en la actualidad suscitan otras formas de privatización funcional. La razón tal vez sea (Menéndez, 2008) que el concierto se ha configurado como un mecanismo subsidiario para casos en que los medios disponibles de titularidad pública se revelaban insuficientes para garantizar las prestaciones, por lo que la concertación presenta un carácter residual en casi todas las CC.AA. (Martín, 2003). Como se puede ver en las cifras presentadas en el capítulo 1, el gasto en conciertos en el conjunto del territorio nacional representa un porcentaje ligeramente decreciente, habiendo pasado del 10,3% en 2002 al 8,9% en 2010¹²⁵. En la Región de Murcia, el peso relativo de los conciertos sanitarios es aún menor, con un valor promedio del 7,5% en el periodo 2002-2009 (7% en el último año).

Las denominadas genéricamente «colaboraciones público-privadas» (CPP) o *Public Private Partnerships* (PPPs) están adquiriendo una presencia creciente en el ámbito de los sistemas públicos de salud y, en particular, en el SNS español y son objeto de vehemente defensa por parte de quienes sostienen que la introducción de nuevas formas de gestión y organización de los servicios sanitarios es una estrategia valiosa, cuando no imprescindible, para lograr una mayor eficiencia en la prestación de los servicios de salud y, consecuentemente, una reducción en el gasto público destinado a la asistencia sanitaria. En este sentido, los modelos de concesión administrativa son una estrategia de progresiva implantación en determinados servicios regionales de salud. Las formas de CPP implican, en palabras de una Resolución del Parlamento Europeo de 2006, una «cooperación a largo plazo, regulada por contrato, entre las autoridades públicas y el sector privado con el fin de llevar a cabo proyectos públicos en los que los recursos requeridos se gestionan en común y los riesgos vinculados al proyecto se distribuyen de forma conveniente

¹²⁵ El caso de Cataluña vuelve a ser una excepción, pues como pudo constatar en el análisis descriptivo del capítulo 1 (epígrafe 1.1.2.2), en dicha comunidad el gasto destinado a conciertos representa casi la mitad (un 47% en 2009) del gasto público sanitario total.

sobre la base de la capacidad de gestión de riesgos de los socios del proyecto» (Larios y Lomas, 2007).

Un primer modelo, el más extendido, es el que hemos llamado antes de «concesión de obra pública»¹²⁶ denominado genéricamente en la literatura PFI (*Private Finance Initiative*). Aunque existen diversas modalidades¹²⁷, su concreción en el sistema sanitario español consiste en la construcción de la infraestructura sanitaria por parte de una entidad privada a cambio de la gestión de los servicios anejos no asistenciales¹²⁸. Siete hospitales en Madrid (Majadahonda, San Sebastián de los Reyes, Coslada, Vallecas, Arganda, Parla y Aranjuez) y algunos más en otras comunidades autónomas (Burgos y Salamanca, en Castilla y León; Son Dureta, en Baleares; Baix Llobregat en Cataluña) han aplicado este modelo de concesión.

Algunas comunidades han adoptado el modelo de concesión de obra pública pero lo han hecho sin implicación de la iniciativa privada, esto es, a través de sociedades mercantiles de titularidad pública (los denominados «contratos *in house*»). Estos son los casos, por ejemplo, del Hospital Central de Asturias (construido por Gispasa) y de los nuevos hospitales de Cartagena y el Mar Menor en la CARM (construidos por Giscarinsa).¹²⁹

El desarrollo de las fórmulas PFI se fundamenta en diversos argumentos, entre los que destacan¹³⁰ la mejora del rendimiento de los recursos públicos, derivada de la mayor eficiencia que supone aprovechar la experiencia del sector privado en el desarrollo y gestión de infraestructuras y servicios; la transmisión de riesgos de construcción y disponibilidad al sector privado; y la mayor rapidez en el proceso de dotación de nuevas infraestructuras hospitalarias.

Similares argumentos son los que están detrás del impulso a la segunda de las modalidades de colaboración público privada, esto es, la concesión administrativa para la gestión integral del servicio público de salud. En este caso, a diferencia de lo que ocurre en los modelos PFI, la entidad concesionaria no solo construye la infraestructura (el hospital) y gestiona una serie de servicios complementarios no

¹²⁶ Para un análisis jurídico de esta fórmula de gestión en el ordenamiento español, véase Villar (2006).

¹²⁷ Prieto et al. (2006) mencionan las fórmulas DBFO (diseño, construcción, financiación y operativo), BOOT (construcción, propiedad, operativo y transferencia) y BOT (construcción, operativo y transferencia). Las concesiones de obra en España se insertan en la modalidad DBFO.

¹²⁸ Desde los más tradicionales como limpieza, lavandería, seguridad, mantenimiento o restauración, hasta los servicios de gestión de los archivos de documentación clínica y administrativa o del personal administrativo de recepción/información y la centralita telefónica.

¹²⁹ El proyecto de construcción del nuevo hospital de Toledo por parte de la empresa pública Gicaman parece encontrarse de momento en suspenso.

¹³⁰ Estos argumentos son también aplicables a las concesiones de obra pública efectuadas a través de sociedades mercantiles públicas –como los dos nuevos hospitales construidos en la comunidad murciana por Giscarinsa mediante «convenio específico de arrendamiento operativo (CEAO)»–, salvo por el hecho de que la transferencia de riesgos no se realiza en este caso hacia el sector privado, sino hacia entidades de capital público.

sanitarios, sino que se encarga también de la prestación de los servicios de asistencia sanitaria a toda la población adscrita al área de influencia del hospital.

Desde la iniciativa pionera en este campo que supuso la adjudicación de la asistencia sanitaria especializada para la comarca de La Ribera en Alzira (Comunidad Valenciana) a una Unión Temporal de Empresas (UTE), el modelo de concesión administrativa no ha escapado a la controversia, lo que no ha impedido su extensión a cinco hospitales de la Comunidad Valenciana (junto al de Alzira, los de Torreveja, Denia, Manises y Vinalopó) y los de Valdemoro y Torrejón, en la Comunidad de Madrid¹³¹. A continuación exponemos de manera resumida el nacimiento y desarrollo del proyecto que dio nombre al hoy conocido como «modelo Alzira», sobre el que volveremos al final del epígrafe cuando abordemos un intento de evaluación de las nuevas formas de gestión de la asistencia sanitaria.¹³²

El proyecto original consistió, como se ha dicho, en la adjudicación de la asistencia especializada del Servicio Valenciano de Salud para la comarca de La Ribera a una UTE integrada por la aseguradora privada Adeslas (51%), un grupo de Cajas de Ahorros, mediante la entidad Ribera Salud, S.A. controlada conjuntamente por las entidades financieras (45%) y dos empresas constructoras (4%)¹³³. El contrato tenía una duración de 10 años prorrogables por otros 5 e implicaba la construcción y equipamiento del hospital a cargo de la adjudicataria de la concesión. El modelo de financiación del hospital, que inició su actividad en 1999, se basó en un criterio caputivo para los pacientes del área sanitaria¹³⁴, complementado con un sistema de pagos por proceso para los casos de atención de pacientes del área en otros hospitales y de pacientes de fuera del área en el hospital de La Ribera.

En 2003 la UTE renunció al contrato de concesión a cambio del pago por parte del Gobierno valenciano de unos 70 millones de euros, 43 millones en compensación por la parte pendiente de amortizar del hospital (es decir, por la «compra» de las infraestructuras) y otros 25 millones de euros en concepto de «lucro cesante» (pese a que la entidad estaba registrando pérdidas hasta la fecha)¹³⁵. Esta compensación fue censurada por la Sindicatura de Cuentas de la Comunidad Valenciana, pues ni en el contrato original ni en las especificaciones estaba prevista la compensación por lucro

131 En la Comunidad de Madrid están en construcción nuevos hospitales bajo esta misma fórmula (con algunas especificidades según los casos), en Móstoles y Collado-Villalba. También se encuentra en fase de adjudicación mediante concesión administrativa la Unidad de Oncología Radioterápica de Gran Canaria, y en un estadio menos avanzado se halla el proceso de traspaso a gestión privada de cuatro hospitales en Castilla-La Mancha.

132 En la exposición que viene a continuación seguimos la detallada descripción que del proceso ofrecen Acerete et al. (2011).

133 Las entidades financieras participantes fueron Bancaja, Caja de Ahorros del Mediterráneo y Caixa-Carlet (fusionada con Bancaja en 2001). Las constructoras implicadas, cada una de ellas con un 2% de participación en la UTE, fueron Dragados y Lubasa.

134 El Servicio Valenciano de Salud comenzó pagando a la UTE 204 euros al año, cuantía que se revisaba anualmente según el crecimiento del IPC.

135 El hospital de La Ribera, junto con el Paddington Health Campus de Londres (Reino Unido) y La Trobe Regional Hospital de Melbourne (Australia) se citan en McKee et al. (2006) como ejemplos de CPP que se han encontrado con problemas financieros.

cesante en caso de finalización del contrato por mutuo acuerdo, además de por el método empleado para determinar su cuantía, que el tribunal no consideró adecuado.

Simultáneamente a la finalización del contrato original, la Consellería de Salud adjudicó a la misma UTE una nueva concesión para la gestión integrada de la asistencia primaria y especializada del área de Alzira (245.000 habitantes, 30 centros de salud y dos centros especializados, además del hospital) a cambio de un canon de 72 millones de euros.¹³⁶ El importe de la «cápita» aumentó desde los 234 € que el Servicio regional de salud estaba pagando en 2003 con arreglo al contrato original hasta los 379€ del nuevo contrato. Además, el incremento anual dejó de estar ligado al IPC para vincularse a un índice de evolución sin duda más dinámico: el incremento anual del presupuesto sanitario valenciano.

La concesión comenzó a reportar beneficios al adjudicatario; la tasa de rendimiento pasó del 1% al 8,8% entre 2004 y 2008. Este aumento de la rentabilidad es achacable a múltiples factores, desde los bajos tipos de interés sobre la deuda cargados por las Cajas de Ahorros, hasta la política de personal, con salarios más bajos, menos trabajadores y más horas de trabajo. Aunque el hospital se ha situado entre los 20 mejores hospitales en una serie de categorías y ha alcanzado el estatus de hospital universitario, el modelo continúa siendo controvertido. Algunos de los logros del hospital, como la garantía de anestesia epidural debido a una mayor disponibilidad de anestesistas frente a los hospitales públicos, pueden deberse al hecho de que este servicio se haya restringido de manera deliberada en hospitales próximos para inducir a los pacientes a que acudan al hospital de Alzira (con el consiguiente beneficio para éste derivado de la facturación por el proceso).

5.1.3.3. Ventajas e inconvenientes de las nuevas formas de gestión a la luz de la evidencia empírica

Como señalan, entre otros, Martín (2003) y Del Llano (2010), no es posible obtener indicadores que permitan juzgar las distintas formas jurídicas y organizativas de gestión de los servicios sanitarios en términos de eficiencia relativa o de equidad, pues los sistemas de información a escala estatal y autonómica no lo permiten. Por esta razón, la evidencia disponible al respecto de los pros y contras que, en la práctica, plantean las nuevas formas de gestión es muy limitada. Exponemos a continuación las conclusiones a las que se puede llegar tras revisar la literatura relevante.

a) Formas de gestión directa

Del Llano et al. (2002) analizaron el desempeño de los institutos clínicos a través de la opinión de directivos y profesionales de los hospitales públicos,

¹³⁶ Según Acerete et al. (2011), este elevado canon actuó como «barrera de entrada» desalentando a posibles competidores y pudo ser satisfecho por la UTE gracias a la compensación que acababa de hacer el Gobierno valenciano a su predecesora.

concluyendo que las nuevas formas organizativas incrementaron el valor en conceptos como: la economía de contratos, la delegación de funciones, la descentralización administrativa, la incentivación, la aversión al riesgo, la reingeniería de procesos, la continuidad asistencial, la competitividad, el liderazgo, los sistemas de información y la orientación al cliente. No obstante, también constataron la ausencia de un modelo único de instituto, dependiendo los modelos de la influencia de factores internos (cohesión y liderazgo) y externos (entorno, tamaño y tecnología).

La evaluación de los resultados de las Unidades de Gestión Clínica que se constituyeron en «Centros Piloto» en Asturias en 2009 llevó al Servicio de Salud del Principado a concluir que el modelo de Gestión clínica era eficaz y eficiente. Esta conclusión se basó en sendas encuestas de satisfacción de los ciudadanos y de liderazgo y trabajo en equipo, así como en los resultados del Contrato-Programa, el Contrato de Calidad y los Objetivos de Gestión.¹³⁷

Por lo que atañe a las diferentes fórmulas jurídicas de gestión directa, algunas evaluaciones evidencian que la calidad asistencial no difiere apreciablemente en función de cuál sea la forma jurídica adoptada por el centro sanitario (Coduras et al., 2008), si bien la gestión de las listas de espera quirúrgicas parece ser más eficaz en aquellos casos en los que el centro dispone de personalidad jurídica propia, tal vez debido a la elevada frecuencia de intervenciones mediante cirugía mayor ambulatoria (CMA). También parece jugar a favor de los hospitales que operan bajo nuevas formas jurídicas su mayor eficiencia derivada de la mayor dotación tecnológica y disponibilidad horaria. Estas características suelen relacionarse con una mayor cartera de servicios, más unidades especializadas y recursos más ajustados a protocolos y guías de práctica clínica, lo que redundaría en una mejor atención sanitaria (Del Llano, 2010).

b) Nuevas formas de gestión indirecta

El principal problema al que nos enfrentamos cuando pretendemos analizar el papel actual y el potencial futuro que tienen las fórmulas de CPP en los sistemas públicos de salud radica en la ausencia de evaluaciones rigurosas que escapen del subjetivismo y el enfoque ideológico. Como se advierte en el Documento de Debate recientemente hecho público por la Asociación de Economía de la Salud¹³⁸, estas CPP «resultan de utilidad desconocida al no existir mecanismos de evaluación independientes y despolitizados, y al no exigirse, de nuevo, ninguna rendición de cuentas digna de tal nombre».

En el caso de los conciertos sanitarios, aunque su utilización en el seno del SNS goza de una larga tradición, no se dispone de estudios sistemáticos que evalúen su

¹³⁷ http://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_SESPA/AS_Gestion%20Clinica/Graficas_Resultados_UGCs2009_centrospiloto.pdf.

¹³⁸ La sanidad pública ante la crisis. Recomendaciones para una actuación sensata y responsable. [Disponible en http://www.aes.es/Publicaciones/DOCUMENTO_DEBATE_SNS_AES.pdf.]

funcionamiento en comparación con la prestación directa de los servicios a través de entidades públicas. Aunque es posible que los costes por acto o por proceso pagados por el financiador público en el marco de estos conciertos resulten inferiores a los registrados en los centros sanitarios de titularidad pública, la ausencia de medidas efectivas de supervisión y control de la calidad de los servicios prestados (que, por el contrario, si están presentes en mayor o menor medida en el ámbito de los centros públicos), hacen imposible la evaluación en términos comparativos. Carece de sentido comparar indicadores como el coste por estancia o incluso el coste por proceso quirúrgico entre centros públicos y concertados porque no se puede confiar, siquiera mínimamente, en que se estén comparando cosas comparables.

Quizás donde exista una mayor evidencia disponible sea en el caso de las EBA, debido a que su presencia en el SNS, aunque territorialmente circunscrita a la comunidad autónoma de Cataluña, acumula una historia de más de dos décadas. La primera evaluación realizada a finales de los noventa reflejaba el entusiasmo por la innovación (Gené, 2010). Estos resultados iniciales hacían pensar que las EBA eran más eficientes que el modelo tradicional. En 2002 la Generalitat encargó a la Fundación Avedis Donabedian una evaluación del proceso de diversificación de la gestión de Atención Primaria. El informe concluyó que los diversos modelos obtenían resultados similares para la mayoría de indicadores y que cada grupo destacaba en algún aspecto específico. Las EBA destacaban por sus indicadores clínicos y su menor utilización de pruebas diagnósticas y de farmacia.

En 2005 el Servei Català de la Salut encargó otro estudio para valorar los modelos de provisión de Atención Primaria en Catalunya (Institut d'Estudis de la Salut, 2006). Los evaluadores indicaron que posiblemente la variabilidad observada entre los equipos de un mismo grupo de provisión pudiera ser superior a la existente entre los diferentes modelos. Tampoco hallaron grandes diferencias entre los resultados de los distintos modelos. Concluyeron que los profesionales de las EBA estaban más implicados y más satisfechos, si bien es significativo que el 69% de los médicos que trabajaban en las EBA no respondieran a la encuesta de satisfacción laboral, el doble que en el resto de modelos. Otras conclusiones del informe fueron que las EBA contaban con menos personal, especialmente de enfermería y tenían un consumo de farmacia y de pruebas complementarias inferior al resto, seguramente vinculado a los mayores incentivos económicos a que estaban sometidas.

Según SEDAP (2010), los estudios de percepción de los profesionales implicados en la experiencia demuestran resultados muy positivos, expresando mayor satisfacción al aumentar el grado de autonomía y capacidad de decisión. Por otra parte, los estudios de percepción de los ciudadanos atendidos con este modelo dan resultados igualmente satisfactorios. Las ventajas del modelo son, principalmente, dos: una mayor implicación de los profesionales, derivada de su autonomía, que aumenta la calidad y asegura el continuum asistencial; y mejores resultados en la eficiencia y el control del gasto asociados a esa mayor implicación de los profesionales. De otro lado, los inconvenientes del modelo son las dificultades que conlleva asegurar una evaluación del modelo que permita garantizar la equidad y la calidad

en la provisión de servicios; y el reto que puede suponer la necesidad de que los equipos se doten de estructuras de gestión para llevar a cabo su actividad (recursos humanos, gestión financiera, gestión de productos intermedios...).

En relación a las fórmulas PFI, existe evidencia empírica, particularmente en el Reino Unido, el país pionero en la aplicación de esta iniciativa en el ámbito de la provisión de infraestructuras sanitarias (su utilización se inició hace ya dos décadas) y donde con más intensidad se ha desarrollado esta estrategia. En relación con el coste de financiación de las infraestructuras, parece que las fórmulas PFI suponen en el Reino Unido un coste total mayor que el endeudamiento público directo para poner en marcha una nueva infraestructura (Prieto et al., 2006). La razón de este sobrecoste estriba, principalmente, en el hecho de que el presupuesto debe financiar no solo el coste de la obra sino también el margen de beneficio de la empresa concesionaria, así como los mayores costes de financiación (los intereses pagados por la empresa privada suelen ser superiores a los que paga la administración pública). A esto se añaden los costes de elaboración y gestión de ofertas por los licitadores.

Algunos estudios han subrayado los problemas financieros que estos elevados costes están suponiendo para los *Trusts* hospitalarios británicos que, pese a la aplicación de recortes en los servicios clínicos destinados a reducir el *gap*, están afrontando déficit crecientes. Según Hellowell y Pollock (2009), los *trusts* con fórmulas PFI con un valor superior a los 50 millones de libras están, por término medio, infrafinanciados en un 4,3% de sus ingresos totales basados en el sistema de «Pago por Resultado». Para estos autores, existe una clara relación entre la existencia de acuerdos PFI de gran magnitud y la incidencia de déficit en los *trusts*. Para estos autores, la política PFI se asocia con una reducción de la capacidad en el sistema de salud en Inglaterra y se asienta en argumentos político-económicos cuestionables. Hellowell y Pollock (2007) también hallaron evidencia de elevados costes asociados al modelo PFI para Escocia.

Estos mayores costes puede que se compensen con las ventajas que supone la estrategia FPI. En primer lugar, la nueva inversión queda al margen del cómputo del déficit y la deuda pública a efectos del Sistema Europeo de Cuentas, de manera que es posible construir una infraestructura sanitaria sin que ello tenga impacto en los objetivos de estabilidad presupuestaria y sostenibilidad financiera comprometidos con la Unión Europea. Una segunda posible ventaja vendría dada por el hecho de que, presuntamente, los proyectos FPI permiten obtener mayor valor por el mismo precio (*value for Money*): menos demoras en la disponibilidad de la infraestructura, costes de funcionamiento evitados y transferencia de riesgos. La evidencia sugiere, no obstante, que no todos los riesgos se transfieren de manera efectiva (Froud, 2003; Broadbent et al., 2008). De igual modo, existen conclusiones contrapuestas en relación con el ahorro de costes que generan las iniciativas FPI, ambigüedad que se debe, en gran medida, a la opacidad del sistema, que dificulta la realización de evaluaciones fiables. Por último, existe evidencia también para el Reino Unido (Barlow y Köberle-Gaiser, 2008) de que la introducción del PFI ha dado lugar a un modelo de planificación, financiación, construcción y operativa que arroja resultados menos

innovadores y que produce infraestructuras y equipamientos que probablemente no sean capaces de afrontar cambios futuros en la demanda. La conclusión es, pues, que los nuevos modelos de organización no generan ganancias de eficiencia y más innovación de manera automática.

Otro país en el que la iniciativa PFI ha adquirido cierta relevancia es Italia. Los resultados de un reciente análisis sobre el funcionamiento de estos modelos de colaboración público-privada (Vecchi et al., 2010) ponen de manifiesto las elevadas tasas de retorno de la inversión asociadas a estas fórmulas en el sistema de salud italiano; significativamente superiores a las que cabría esperar hallar en un mercado competitivo que funcionase de modo apropiado¹³⁹. Estos autores concluyen que un primer paso para corregir esta situación podría ser la estandarización de los procesos contractuales, con el fin de evitar que «cada gobierno regional ‘reinvente la rueda’ al tratar de asegurar un contrato bilateral efectivo», ocasionando así costes de transacción significativos y barreras de entrada al mercado. No obstante, la estandarización podría no ser suficiente, por lo que sugieren que serían necesarias fuentes de financiación alternativas procedentes de los gobiernos regionales y del gobierno central con el fin de aumentar la eficiencia. Si las restricciones presupuestarias lo impiden, la mejor opción es invertir en mejorar las capacidades de las organizaciones sanitarias en términos de planificación y valoración, especialmente en relación con el análisis financiero y de riesgos.

Por lo que respecta a los modelos de concesión administrativa sanitaria, al margen de los «estudios» publicados desde el entorno de las propias entidades implicadas en este modelo de provisión de servicios sanitarios, más cercanas a la propaganda que al análisis, únicamente existe hasta donde sabemos un intento serio de evaluación del denominado «modelo Alzira» (Acerete et al., 2011). El análisis recurre al enfoque denominado «narrativa y cifras» (*‘narrative and numbers’ approach*) y concluye que el proyecto original jamás habría sido viable de no ser por la renegociación del contrato de concesión que supuso un elevado coste a la administración pública. Afirman los autores que, a la vista de los números, el proyecto no fue en ningún caso un éxito financiero. Su análisis demuestra la existencia de mayores costes y de prácticas de gestión burocrática no visibles. El índice utilizado para revisar anualmente el precio capitativo pagado por la administración ha permitido que la diferencia entre el valor de esta «cápita» y el gasto público sanitario por habitante de la Comunidad Valenciana se haya reducido cada año (con la única excepción del año 2006).

Si se toma en consideración el modo en que tuvo lugar la finalización del primer contrato de concesión y la adjudicación del segundo, resulta difícil afirmar

139 Este resultado está relacionado con la preocupación por los efectos distributivos de esta fórmula que expresa Shaoul (2005), que subraya que las decisiones relativas al desarrollo de nuevas iniciativas FPI se basan en conceptos ambiguos de transferencia de riesgo y *value for money* a nivel del hospital individual antes que del sistema o la sociedad en su conjunto, y que estos conceptos, no siendo neutrales, proporcionan la justificación para un proceso de transferencia de recursos desde la población hacia la elite financiera y ocultan al debate público los asuntos distributivos.

que haya tenido lugar verdaderamente una transferencia de riesgos. Por otra parte, a diferencia de lo observado en la literatura –y comentado antes en relación con la PFI– en relación a los mayores costes de financiación que soportan las empresas privadas frente a las entidades públicas, la UTE Ribera Salud se ha beneficiado de ventajas derivadas de la financiación procedente de las Cajas de Ahorros. Las cifras contrastan con la presentación del proceso como una «historia de éxito» en la narrativa que incluyen las publicaciones de las entidades integrantes de la UTE y de la propia Conselleria de Sanidad de la Generalitat Valenciana (Campoy y Santacreu, 2008; Rosado, 2010).

5.1.4. La evaluación económica como herramienta de priorización de la cartera de servicios

Pese al significativo aumento registrado en España en el número de estudios de evaluación económica publicados durante la última década (Catalá-López y García-Altés, 2008) y la proliferación de instituciones e iniciativas promovidas por las administraciones públicas y colectivos profesionales para impulsar la evaluación de tecnologías sanitarias en nuestro país^{140, 141, 142}, lo cierto es que, como ya señalara hace algunos años la Asociación de Economía de la Salud, la evaluación económica no se emplea de un modo explícito en la toma de decisiones del Sistema Nacional de Salud (SNS). Por utilización explícita queremos significar la aplicación de los métodos y criterios propios de la evaluación económica para informar las decisiones sobre la financiación pública de las tecnologías sanitarias, así como para ayudar a establecer su precio.

Hace ya dos décadas que Australia utilizó por vez primera en el panorama mundial la evaluación económica como herramienta para informar el tipo de decisiones mencionadas. A esta iniciativa siguieron otras, extendiéndose poco a poco la expresión “cuarta garantía” o “cuarta barrera” como calificativo del nuevo requisito que tenía que satisfacer la industria para acceder *de facto* a los mercados de algunos de los países industrializados más ricos del planeta. La expresión cuarta garantía responde a la existencia de otras tres garantías previas, establecidas para garantizar, respectivamente, la calidad, la eficacia y la seguridad de las tecnologías sanitarias (Pinto y Abellán, 2008).

La idea que subyace a la cuarta garantía es simple. Se trata de determinar si las tecnologías que aspiran a formar parte de la cartera de servicios del SNS aportan

140 Plataforma AUnETS del Plan de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Sistema Nacional de Salud. Disponible en: <http://aunets.isciii.es/web/guest/home>

141 Procedimiento normalizado de trabajo del comité mixto de evaluación de nuevos medicamentos de Andalucía, País Vasco, Instituto Catalán de la Salud, Aragón y Navarra CmENM. Mayo de 2008. Disponible en: http://www.gencat.cat/ics/professionals/pdf/procediment_mixte.pdf

142 Grupo de evaluación de novedades, estandarización e investigación en selección de medicamentos (GENESIS) de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Disponible en: <http://gruposdetrabajo.sefh.es/genesis/genesis/>

algún valor adicional en términos de efectividad (ganancias de salud) respecto a las tecnologías ya financiadas. Además, el valor incremental que posean las nuevas tecnologías se pone en relación a su coste incremental, de forma que se maximicen las ganancias de salud para un nivel de gasto dado. En definitiva se trata de determinar si una nueva tecnología «vale lo que cuesta» (Abellán et al., 2008).

Describimos a continuación los fundamentos de la cuarta garantía y su utilidad dentro del marco regulatorio del mercado de las tecnologías sanitarias. Exponemos seguidamente las principales experiencias prácticas de cuarta garantía que existen, así como, a tenor de los logros y limitaciones puestos de manifiesto por la actividad desarrollada en otras latitudes, apuntar cómo debería instrumentarse la cuarta garantía en España y, más concretamente, en la Región de Murcia.

5.1.4.1. La cuarta garantía como instrumento regulatorio

El crecimiento sostenido del gasto sanitario público agudiza dos tipos de problemas siempre presentes en la regulación pública, ambos relacionados con el coste de oportunidad de los recursos. Un primer problema tiene que ver con el impacto presupuestario de la factura en tecnologías sanitarias¹⁴³, la cual incrementa el coste de oportunidad del gasto en dichos productos en términos de los bienes no sanitarios a los que hay que renunciar. Este problema plantea el desafío de determinar la dimensión óptima del presupuesto sanitario y de distribuirlo eficientemente entre el conjunto de tecnologías sanitarias. En la práctica, sin embargo, el dilema del desbordamiento presupuestario se ha abordado tradicionalmente mediante la aplicación de medidas de racionamiento orientadas a contener el crecimiento del gasto sanitario. Si bien dicho crecimiento es, al menos en parte, manifestación de diversas imperfecciones de mercados como el farmacéutico (p.ej. concentración oligopolística), el objetivo prioritario que se persigue en el corto plazo es frenar su impulso, antes que fomentar la competencia entre los fabricantes. Muchas de las medidas esquematizadas en la tabla 5.4 responden a ese espíritu, en particular las ejercidas para controlar los precios industriales de los productos, fijar los niveles máximos que financiará la administración pública, así como las orientadas a controlar directamente la magnitud del gasto. Por ejemplo, cada vez son más los países que fijan los precios industriales de los medicamentos por comparación con los imperantes en su entorno de referencia (precios de referencia externos), lo cual contradice los postulados de la teoría sobre estructura de precio en condiciones monopolísticas (precios Ramsey), que predice una pérdida de bienestar a largo plazo derivada de la convergencia en precios resultante.

¹⁴³ Por tecnologías médicas o sanitarias se entiende el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, mediante las cuales se hacen efectivas las prestaciones de los servicios de salud, incluyendo en esta definición los medicamentos, productos sanitarios de diversa índole (dispositivos, equipamientos, ortoprótesis), técnicas diagnósticas, procedimientos quirúrgicos, actividades de salud pública y cualesquiera otras técnicas, tecnologías o procedimientos empleados en la atención sanitaria para la prevención, diagnóstico, tratamiento, paliación y rehabilitación de condiciones clínicas concretas.

Tabla 5.4
Regulación de la oferta y la demanda de tecnologías sanitarias

	Controles de precios	Controles de volumen	Controles de gasto
Oferta	Precio <i>cost-plus</i> Precios de referencia externos Precios de referencia internos	Límites al gasto promocional Techos al volumen de productos	Devoluciones Descuentos Control de beneficios Impuestos sobre los beneficios
Demanda	Copago Sustitución por genéricos (medicamentos)	Orientaciones a la prescripción/ utilización Listas positivas/negativas	Cuotas a la prescripción Presupuestos cerrados

Fuente: Elaboración propia a partir de Espín J., Rovira J. *Analysis of differences and commonalities in pricing and reimbursement systems in Europe*. Escuela Andaluza de Salud Pública, 2007.

El segundo reto que afronta el regulador radica en la asignación eficiente de los recursos disponibles entre distintos usos alternativos (diferentes tecnologías que pueden ser objeto de compra). Este objetivo remite directamente a la necesidad de establecer si las tecnologías que aspiran a formar parte de la cartera común (o complementaria) de servicios sanitarios del SNS (lista positiva) aportan algún valor adicional respecto a las ya financiadas. Para averiguar si el valor aportado por las tecnologías compensa su coste se recurre a diferentes métodos de evaluación económica, todos ellos basados en la comparación sistemática del valor o ganancia incremental con el coste incremental. Los métodos de evaluación económica que posibilitan tal comparación son el Análisis Coste-Efectividad (ACE), el Análisis Coste-Utilidad (ACU) y el Análisis Coste-Beneficio (ACB), cada uno de los cuales se distingue por la unidad en que se mide el valor adicional o ganancia aportada por la tecnología objeto de evaluación (Sánchez et al., 2010). Mientras que el ACE emplea unidades clínicas, el ACU utiliza los Años de Vida Ajustados por la Calidad (AVAC), la medida de resultados recomendada por las más prestigiosas instituciones internacionales de cuarta garantía para cuantificar las ganancias de salud. El ACB, por último, emplea unidades monetarias, homogeneizando de esta manera costes y beneficios. Una vez calculada la razón incremental coste-efectividad o coste-utilidad (coste por AVAC) de la tecnología, ésta se compara con un umbral de eficiencia que representa el máximo precio que está dispuesto a pagar el SNS por una unidad adicional de efectividad (por 1 AVAC). Si el coste por AVAC de la tecnología es inferior al valor del umbral (al precio máximo que se está dispuesto a pagar), entonces se concluye que la tecnología en cuestión merece la pena (es coste-efectiva).

Dentro del marco representado en la tabla 5.4, la evaluación económica puede servir para varios fines. En primer lugar, puede ayudar a determinar qué nuevas tecnologías deben ser incluidas en la cartera de servicios sanitarios (merecen la financiación pública), integrándose en la lista positiva (p.ej. el nomenclátor de medicamentos que integran la prescripción farmacéutica del SNS). Además puede servir para fijar el nivel de reembolso o precio máximo financiable por el SNS, discriminando entre los medicamentos auténticamente novedosos y aquellos que sólo aportan alguna ventaja menor (p.ej. biodisponibilidad). Esta utilidad de la evaluación económica es lo que en secciones anteriores denominábamos enfoque del precio

basado en el valor. Finalmente, puede orientar los hábitos de prescripción y utilización de los clínicos. Por tanto, los criterios basados en la evaluación económica pueden incidir tanto sobre la oferta (fijación de precios), como sobre la demanda (reembolso y prescripción/utilización).

5.1.4.2. Experiencias prácticas de cuarta garantía

Como ya hemos indicado en la introducción del epígrafe 5.1.3., no hay una cuarta garantía en vigor en España, ni a nivel estatal ni autonómico. Por tanto, las referencias en este campo hay que localizarlas fuera de las fronteras del país. La heterogeneidad existente en el ámbito internacional es considerable, pudiendo observarse diferencias de unos países a otros según el carácter formalizado (obligatorio) o no (voluntario, recomendado) de la cuarta garantía o, entre otros rasgos, el grado de influencia que poseen los comités que informan las decisiones de reembolso y precio sobre las decisiones finales. La tabla 5.5 muestra una comparativa de las principales características de los sistemas obligatorios de cuarta garantía existentes en el panorama internacional. Los parámetros mostrados en la tabla se ciñen al caso de los medicamentos, pues es ésta la tecnología más profusamente sometida a las exigencias de la cuarta garantía.

El gobierno australiano fue el primero en imponer la cuarta garantía como criterio para decidir el reembolso de los medicamentos del SNS. En este caso, además, si se decide la inclusión del medicamento en cuestión sobre la base de una ratio coste-efectividad «aceptable», el organismo encargado de negociar el precio industrial con el fabricante tomará el precio utilizado en la evaluación económica como precio de partida de la negociación. Si la recomendación favorable al reembolso se fundamenta, en cambio, sobre una base de minimización de costes, entonces el precio se fijará atendiendo a un sistema de precios de referencia.

En Finlandia, primer país europeo en introducir la cuarta garantía, también se supeditan explícitamente las decisiones de reembolso y fijación de precios al cumplimiento de la misma. El Comité de Fijación de Precios de los Medicamentos, institución adscrita al Ministerio de Sanidad y Asuntos Sociales, incluirá una nueva medicina dentro del sistema de financiación pública sólo si el precio propuesto por el fabricante se juzga «razonable», atendiendo a la evidencia farmacoeconómica aportada. El sistema finlandés es único por tomar las decisiones de precio y reembolso de manera conjunta.

El sistema sanitario canadiense se caracteriza por su elevado nivel de descentralización. Hasta el año 2003 dicha descentralización se traducía, en lo tocante a los productos farmacéuticos, en que los fabricantes debían solicitar la inclusión de sus medicamentos en cada uno de los formularios o listas positivas de los diferentes planes de cobertura federales, provinciales y territoriales (16 en total). Esta situación motivó que en 1995 dos de las provincias canadienses (Ontario y Columbia Británica) instauraran la cuarta garantía en sus respectivas jurisdicciones

Tabla 5.5. Sistemas obligatorios de cuarta garantía

País	Obligatoria	Tipo de medicinas	Decisión	Criterios para reembolso	Comité que informa el reembolso	Responsabilidad	Comité evaluador	Guías de evaluación económica
Reino Unido (Inglaterra y Gales)	Desde 1999	Medicamentos seleccionados	Reembolso y prescripción para los medicamentos seleccionados	Clínicos, farmacoeconómicos y presupuestarios	Comité de Evaluación	Vinculante para el reembolso de medicamentos seleccionados	Comité de Valoración (equipo académico seleccionado)	Desde 1999
Australia	Desde 1993	Nuevas medicinas	Reembolso y precio	Clínicos, farmacoeconómicos y presupuestarios	Comité Asesor de Beneficios Farmacéuticos	Mixta	Sub-Comité Económico (11 miembros)	Desde 1990
Canadá	Proceso centralizado desde 2003 (Revisión Ordinaria de los Medicamentos)	Nuevos principios activos	Reembolso	Clínicos, farmacoeconómicos y presupuestarios	Comité Asesor de Expertos Canadienses en Medicamentos	Consultiva	Mixto (revisores internos y externos)	Desde 2003
Países Bajos	Desde 2005	Medicamentos innovadores	Reembolso	Clínicos, farmacoeconómicos y presupuestarios	Consejo Holandés de Seguridad de Asistencia Sanitaria	Consultiva	Comité de asistencia farmacéutica	Desde 1999
Suecia	Desde 2002	Nuevas medicinas	Reembolso	Necesidad, dignidad humana y farmacoeconomía	Junta de Beneficios Farmacéuticos	Vinculante	Miembros de la propia JBF	Desde 2003
Finlandia	Desde 1998	Nuevos principios activos	Reembolso y precio	Para categoría básica: farmacoeconómicos.	Consejo de Fijación de Precios Farmacéuticos	Vinculante	Miembros del propio CFPF	Desde 1999
				Para categorías especiales, además: clínicos y presupuestarios.				

Fuente: Elaboración propia a partir de Llano J, Pinto JL y Abellán JM. *Eficiencia y Medicamentos: Revisión de las Guías de Evaluación Económica. La Cuarta Garantía*. Sanofi-Aventis, 2008.

como mecanismo para tomar las decisiones de reembolso. Desde 2003 impera en Canadá un sistema centralizado de evaluación de las solicitudes de productos patentados denominado Revisión Ordinaria de Medicamentos (*Common Drug Review*). Participan en él todas las provincias canadienses con la excepción de Québec. Las recomendaciones formuladas por la mencionada institución no vinculan a las provincias y territorios concernidos, que conservan la última palabra sobre el reembolso de los medicamentos evaluados.

Si hay una institución en Europa reconocible como líder en la aplicación de la cuarta garantía, ésta es sin duda el *Nacional Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE). Este organismo fue creado en 1999 con el propósito de promover la excelencia clínica en el seno del SNS británico, reduciendo la variabilidad en la incorporación de las nuevas tecnologías sanitarias. Tan sólo unos pocos meses después, se añadió un objetivo adicional consistente en «difundir la utilización efectiva de los recursos disponibles», para lo cual el NICE tendría que tomar en consideración la evidencia disponible sobre la relación coste-efectividad de las tecnologías sanitarias.

La cuarta garantía instrumentada por el NICE es peculiar, muy diferente de hecho a la aplicada en el resto de países de la tabla 5.5. Esto es así porque la lista positiva de medicamentos vigente en el Reino Unido es de carácter inclusivo, esto es, todo producto farmacéutico registrado pasa, por defecto, a estar cubierto por el SNS (a menos que se lleve a la *black list*, una lista de medicamentos excluidos de la cobertura pública). Sin embargo, las recomendaciones del NICE tienen un impacto sensible sobre el grado de utilización de las tecnologías registradas, debido a dos factores. Primero, las pautas marcadas por el NICE a los prescriptores tienen rango de cuasi-ley, actuando el ente conocido como Comisión de Asistencia Sanitaria como organismo supervisor del grado de adherencia que muestran los médicos a las orientaciones proporcionadas. En segundo lugar, desde el año 2002, las recomendaciones favorables del NICE a la utilización de nuevos medicamentos, obligan legalmente a las instituciones locales responsables de su financiación pública a garantizar que dichos fármacos estarán disponibles en un plazo de tiempo no superior a tres meses desde que se formularon las recomendaciones. Las evaluaciones efectuadas por el NICE se caracterizan por seguir un proceso minucioso y totalmente transparente, donde, a diferencia de otros países, el Comité de Valoración (formado por un equipo de investigadores de un centro universitario seleccionado) no sólo revisa la evidencia empírica disponible (con independencia de la información proporcionada por el fabricante), sino que incluso en ocasiones efectúa evaluaciones económicas adicionales.

En Suecia se ha venido utilizando la cuarta garantía de una manera informal desde 1997. No obstante, tal y como han señalado algunos autores, en la práctica los comités que debían considerar la información farmacoeconómica aportada por la industria se han guiado por otro tipo de criterios (seleccionar los medicamentos de más bajo precio). La Ley de Beneficios Terapéuticos en vigor desde 2002, consolidó la obligatoriedad de la cuarta garantía sueca. La institución encargada de decidir sobre

el reembolso de los nuevos medicamentos, la Junta de Beneficios Farmacéuticos, exige a las empresas farmacéuticas que entreguen análisis coste-efectividad para justificar sus solicitudes. Las decisiones de este organismo son vinculantes, obligando a los consejos regionales a seguirlas. La experiencia acumulada, sin embargo, parece sugerir que los entes regionales no siempre siguen las indicaciones proporcionadas por la Junta.

Los Países Bajos impulsaron la cuarta garantía como resultado del fracaso que sufrió el sistema de precios de referencia implantado en 1991. De hecho, entre 1993 y 1999, se decidió dejar en suspenso la financiación pública de nuevos medicamentos a menos que fuesen la primera opción disponible para una condición clínica anteriormente intratable. En 2002 se comenzó a recomendar a los fabricantes que remitieran un informe farmacoeconómico junto con su petición de reembolso. Este periodo de voluntariedad de la cuarta garantía se prolongó hasta el año 2005, momento desde el cual se convirtió en obligatorio para las novedades farmacéuticas que carecieran de sustituto terapéutico. El Comité de Asistencia Farmacéutica es la entidad responsable de revisar la documentación proporcionada por el fabricante. Dicho comité juzga en primer lugar si existen medicamentos equivalentes ya financiados. Si éste es el caso, entonces directamente recomienda la inclusión del producto en la lista sujeta a precios de referencia. Si no existen medicamentos sustitutivos, es cuando se tiene en cuenta la relación coste-efectividad del producto, formulándose una recomendación al respecto de su inclusión en la lista de fármacos no sujeta al sistema de precios de referencia.

5.1.3.3. La evaluación económica en España y su utilidad para la Región de Murcia

Si bien España no ha permanecido, ni mucho menos, ajena a la práctica de la evaluación de tecnologías sanitarias, no es menos cierto que, como antes señalábamos, ésta no se ha utilizado de un modo explícito para orientar la toma de decisiones sobre la actualización de la cartera de servicios sanitarios. En otras palabras, en España no ha habido un sistema de cuarta garantía similar al de los países citados en el apartado previo.

La iniciativa en la institucionalización de la evaluación de tecnologías sanitarias en nuestro país la han protagonizado las comunidades autónomas, lo cual es un caso inédito en el panorama europeo. El antecedente más remoto lo protagoniza Cataluña, con la creación en 1991 de la Oficina Tècnica d'Avaluació de Tecnologia Mèdica, convertida en 1994 en la Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques, desde 2010 rebautizada como Agència d'informació, Avaluació i Qualitat en Salut. A la agencia catalana siguió, en 1992, el Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del gobierno vasco (OSTEBA). Dos años después vería la luz la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Instituto de Salud Carlos III, a la que la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud atribuiría, a los efectos de la actualización de la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, la facultad de evaluación de nuevas tecnologías sanitarias en colaboración con los

órganos evaluadores de las comunidades autónomas. Tras ésta aparecieron, en 1995, el Servicio de Evaluación del Servicio Canario de Salud, la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía en 1996, en 1999 la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (AVALIA-T), en 2001 la Unidad de Evaluación de Tecnologías de la Agencia para la Formación, Investigación y Estudios Sanitarios de la Comunidad de Madrid Pedro Laín Entralgo y, finalmente, el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud un año después. Como ya vimos, a raíz del acuerdo suscrito en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 1 de marzo del presente año, este conjunto de agencias y órganos evaluadores pasa a constituirse en un modelo organizativo en red denominado «Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS», con sede en el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y presidencia rotatoria.

La actividad desarrollada por las citadas agencias y órganos evaluadores se ha concentrado en la producción de tres tipos de documentos: informes técnicos y fichas de evaluación de tecnologías sanitarias, guías de práctica clínica, y guías y documentos metodológicos. Pese a la abundancia de estos documentos (con datos de la INAHTA¹⁴⁴, correspondientes al periodo 2000-2005, el volumen de informes publicados por las agencias españolas existentes hasta la fecha representaba el 10,3% del total europeo, por detrás tan sólo de Reino Unido), su trascendencia en la toma de decisiones sobre actualización de la cartera de servicios comunes no ha sido significativa. Una explicación lógica a esa escasa relevancia práctica es que la normativa reguladora de la cartera de servicios comunes aún vigente¹⁴⁵ no estableció de modo inequívoco que toda nueva tecnología debiera ser sometida a evaluación con carácter preceptivo y previo a su utilización en el SNS.

Este déficit regulatorio ha sido subsanado muy recientemente, en virtud de la entrada en vigor del 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. Esta disposición, entre los muchos cambios que introduce, vimos que modificaba el artículo 21 de la ley 16/2003 de cohesión y calidad, de modo que desde ahora resulta preceptiva la evaluación previa por parte de la citada Red Española de Agencias de las nuevas tecnologías sanitarias que aspiren a la financiación pública. Otro nuevo agente que ve la luz a resultados de la modificación que introduce el real decreto en el artículo 89 de la ley 16/2006 de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, es el denominado Comité Asesor para la Financiación de la Prestación Farmacéutica del Sistema Nacional de Salud, encargado de proporcionar asesoramiento sobre «la evaluación económica necesaria para sustentar las decisiones de la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos».

¹⁴⁴ International Network of Agencies for Health Technology Assessment.

¹⁴⁵ El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, que desarrolla las previsiones contenidas al respecto en la ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud; así como la Orden SCO/3422/2007, de 21 de noviembre, que desarrolla el procedimiento para la actualización de la mencionada cartera y la ley 29/1996, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios que regula la prestación farmacéutica.

En este nuevo contexto, y ante la ausencia de una unidad u órgano evaluador de características semejantes a los que integran la Red de Agencias, tendría pleno sentido que en el seno de la Consejería de Sanidad y Política Social se creara un Comité Regional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias que aplicara la cuarta garantía con, al menos, tres finalidades:

- 1) Informar las decisiones de constitución y actualización de la cartera de servicios complementaria del Sistema Murciano de Salud.
- 2) Informar las decisiones de adquisición y utilización de medicamentos por parte de los hospitales públicos.
- 3) Orientar la prescripción y utilización de las tecnologías sanitarias en el ámbito del Sistema Murciano de Salud.

Para asegurar el éxito de la actividad desarrollada por el mencionado Comité, sería deseable aprender de las enseñanzas que revela la experiencia acumulada por el NICE, la que quizá sea la agencia de cuarta garantía más prestigiosa del mundo. Así, los logros y limitaciones evidenciados por la labor desarrollada por el NICE desde 1999 (Abellán y Del Llano, 2012) sugieren que el programa de evaluación económica a impulsar por el mencionado Comité debería reunir las cualidades siguientes:

- Independencia en sus decisiones, de modo que sus recomendaciones sean respetadas por la Consejería de Sanidad y Política Social.
- Transparencia en sus procesos, dando la oportunidad a que las diferentes partes interesadas en la evaluación puedan opinar y remitir evidencia sobre el coste y efectividad de las tecnologías, publicitando en una web sus recomendaciones e informes.
- Rigor en sus evaluaciones, siguiendo estándares metodológicos de calidad contrastada, y explicitando el umbral (o rango de umbrales) de eficiencia respecto al cual comparar la relación coste-efectividad de las tecnologías.
- Rapidez en culminar las evaluaciones, de modo que el sistema en su conjunto también sea coste-efectivo.
- Carácter vinculante de sus decisiones, de modo que la adherencia a sus recomendaciones sea lo más estrecha posible por parte de los actores del Sistema Murciano de Salud.

5.1.5. Sistemas de compras y pagos a proveedores

En este apartado revisaremos los aspectos teóricos y la evidencia empírica respecto de dos iniciativas con un potencial efecto positivo en la contención del gasto sanitario por la vía de una mayor eficiencia en los costes: las centrales de compras y los acuerdos de riesgo compartido.

5.1.5.1. Centrales de compras

a) Introducción

De forma previa al traspaso de las competencias sanitarias a las distintas CC.AA., el antiguo INSALUD ostentaba un monopolio de compra, actuando como una gran central de compras sanitarias a nivel nacional, lo cual favorecía la obtención de economías de escala. Sin embargo, la desintegración definitiva del INSALUD en 2001 se tradujo en un nuevo escenario con 17 compradores diferentes, con la consiguiente atomización de la demanda. Desde entonces y hasta fechas recientes, la mayoría de los servicios regionales de salud han venido realizando sus compras de manera descentralizada. Bajo este escenario, cada centro de salud público (hospital/centro de atención primaria) gestiona sus propias compras de manera individual, generalmente realizando concursos públicos para seleccionar a los proveedores que presenten mejores ofertas en relación calidad/precio. Aunque este nuevo modelo permite a los servicios regionales de salud gestionar sus compras con mayor autonomía, la demanda que realizan es muy inferior a la del INSALUD y, por consiguiente, las posibilidades de conseguir economías de escala son mucho menos limitadas (Sánchez, 2007). En la actualidad, la acuciante situación financiera por la que atraviesan los distintos servicios regionales de salud ha contribuido a aumentar el interés por la centralización de las compras sanitarias por parte de las autoridades sanitarias. De hecho, junto con la adopción de medidas para promover el uso racional de los medicamentos, la creación de centrales de compras de medicamentos y productos sanitarios es una de las medidas de racionalización del gasto sanitario más extendidas en los últimos años.

Frente al modelo de compras descentralizadas, la creación de una central de compras (para distintos centros sanitarios) conlleva la existencia de una unidad administrativa central (un órgano de contratación centralizada, generalmente dependiente de cada servicio regional de salud) que se encarga de gestionar de forma conjunta las adquisiciones de todos o una parte de los productos y servicios utilizados por los centros adheridos a la central. De este modo, cada centro de salud solicita el material que necesita a esa unidad central y se aplican las mismas condiciones de compra (precio, plazo de pago, periodo de entrega, etc.) a todos los centros. Por tanto, los centros de salud no pueden negociar el precio y demás condiciones de manera individual. En cambio, sí se pueden beneficiar de precios más reducidos que si compraran de forma individual, debido a la obtención de economías de escala y al mayor poder negociador de la unidad central, al comprar en grandes volúmenes.

b) Centrales de compras en los sistemas regionales de salud

Desde un punto de vista espacial, las compras sanitarias se pueden centralizar a distintos niveles:

- Entre los distintos departamentos de un mismo centro.
- Entre varios centros pertenecientes a una misma área o gerencia de salud.
- Entre varios centros pertenecientes a una misma provincia.
- Entre varios centros pertenecientes a un mismo sistema regional de salud.
- Entre varios sistemas regionales de salud.

Aunque esta es la sucesión lógica, puede haber excepciones. Por ejemplo, es posible que una CC.AA. que aún no ha creado su propia central de compras a nivel regional participe en una central de compras que opera para varias CC.AA. Asimismo, aquellas comunidades con una central de compras autonómica pueden participar de forma simultánea en una central de compras a mayor escala (entre varias CC.AA. o para el conjunto del SNS).

La tendencia en los últimos años se ha dirigido hacia la creación de centrales de compras por parte de la mayoría de los sistemas autonómicos de salud. En general, las centrales de compras que se han creado hasta el momento en el SNS funcionan a nivel de sistema regional de salud. Andalucía es una excepción, pues ha creado ocho centrales de compras provinciales. En algunos casos, el proceso de centralización de compras se ha realizado por fases, comenzando por una o varias áreas de salud y ampliándose progresivamente al resto (p.ej. en Andalucía, Castilla y León o Murcia). Las últimas CC.AA. en crear una central de compras han sido Asturias (2011), Extremadura (2011), Castilla-La Mancha (2012) y Canarias (2012).

El paso previo para la puesta en marcha de una central de compras sanitarias es la creación de un catálogo único de productos. Sin embargo, la creación de una central de compras no necesariamente conlleva la existencia de un almacén único para todos los productos adquiridos de forma centralizada.

Por otra parte, algunas CC.AA. han ido más allá de la mera creación de una central de compras y también han constituido centrales (o plataformas) logísticas, con el fin de coordinar de manera integral y centralizada las distintas fases del proceso logístico (pedidos, compras, almacenamiento, facturación y contabilidad, distribución). Actualmente, estas plataformas logísticas ya se encuentran operativas en cinco comunidades (Andalucía, Aragón, Cataluña, Galicia y Región de Murcia), y Cantabria también ha anunciado su futura creación (Tabla 5.6).

En general, las CC.AA. que han optado por este sistema han recurrido a una fórmula de colaboración público-privada, donde todas o una parte de las fases del proceso logístico son realizadas por una empresa privada (un operador logístico). Por ejemplo, *Logaritme AIE* en Cataluña y *Hefame* en la Región Murcia, se encargan de todo el proceso, desde la realización de los pedidos hasta la entrega del material a los puntos de consumo. En Galicia, el operador *Servicios Móviles* realiza todo el

Tabla 5.6
Centrales de compras y plataformas logísticas autonómicas

Comunidad	Descripción
Andalucía	Central de compras y plataformas logísticas provinciales. Salvo la distribución, el resto de fases del proceso logístico (contratación administrativa, compra, almacenaje y facturación/contabilidad) son gestionadas con recursos propios. Ahorro previsto: 60 millones de euros en 2011 (10% respecto a la situación anterior); 100 millones cuando el sistema esté completamente implantado.
Aragón	Central de compras y plataforma logística (Proyecto <i>SerpA II</i>).
Asturias	Central de compras (mediante subasta electrónica).
Baleares	Central de compras.
Canarias	Central de compras.
Cantabria	Central de compras. Prevista la creación de plataforma logística.
Catilla-La Mancha	Central de compras.
Castilla y León	Central de compras, contratación electrónica, control de almacenes (Proyecto <i>Saturno</i>). Ahorro previsto: 25 millones de euros cuando el sistema esté totalmente implantado (10% con respecto a la situación previa).
Cataluña	Central de compras y plataforma logística. El operador logístico <i>Logaritme AIE</i> gestiona todas las fases del proceso logístico. Ahorro en torno a 20 millones de euros anuales (19,4 millones en 2006).
Extremadura	Central de compras.
Galicia	Central de compras y plataforma logística. El operador logístico <i>Servicios Móviles</i> se encarga del almacenamiento y distribución; el proceso de aprovisionamiento es definido por el SERGAS. Ahorro previsto: 20 millones de € anuales.
Comunidad de Madrid	Las compras del Hospital de Torrejón se canalizan a través de la central de compras privada <i>b2bsalud</i> (gestionada por el <i>Grupo Ribera Salud</i>).
Región de Murcia	Central de compras y plataforma logística (Unidad de aprovisionamiento integral). Gestionadas por <i>Hefame</i> . Ahorro estimado: 151 millones de euros anuales cuando el sistema se complete.
Navarra	Compras centralizadas.
País Vasco	Central de compras. Ahorro conseguido: descuentos sobre el precio de venta de laboratorio entre el 12 y el 94%.
La Rioja	Central de compras.
Comunidad Valenciana	Central de compras (mediante subasta electrónica). Ahorro alcanzado: 20% en término medio anual (25 millones de euros en 2010). Las compras de los hospitales públicos de gestión privada se canalizan a través de la central de compras del <i>Grupo Ribera Salud (b2bsalud)</i> .

Fuente: Elaboración propia.

proceso logístico, excepto el aprovisionamiento, que es definido por el SERGAS. Por el contrario, en Andalucía, todas las fases del proceso logístico (salvo la distribución) son realizadas con recursos propios (personal del SAS), mediante las plataformas provinciales de logística integral.

La Unidad de Aprovisionamiento Integral del Servicio Murciano de Salud

La Consejería de Sanidad de la Región de Murcia ha adoptado una iniciativa tendente a optimizar la cadena de suministros mediante la puesta en marcha de una central de compras, aprovisionamiento y logística. En concreto, en septiembre de 2010, se implantó la denominada *Unidad de Aprovisionamiento Integral* (UAI), la cual comprende la central de compras y la plataforma logística del Servicio Murciano de Salud (SMS). Inicialmente, la UAI dió servicio al Área de Salud I Murcia Oeste (la primera en sumarse a la UAI), así como a Atención Primaria de las Gerencias I, III, VII y IX, previéndose que el SMS extendiese el proyecto al Área de Salud III de Cartagena y al Área VIII Mar Menor. Entre 2011 y 2012 el nuevo sistema debería estar completamente implantado en las nueve áreas sanitarias que componen el SMS, dando cobertura la UAI a todos hospitales y centros de atención primaria adscritos al SMS.

La puesta en funcionamiento de la nueva plataforma logística conlleva la existencia de un único punto de abastecimiento –frente a los 14 almacenes existentes anteriormente (uno por cada hospital del SMS)–. Como consecuencia de ello, será posible optimizar los inventarios e introducir mecanismos innovadores para la gestión de los almacenes de material sanitario situados en los distintos departamentos de los centros sanitarios de la Región. Entre ellos, destaca la aplicación de la metodología denominada «*Kanban*», a través del almacenamiento mediante doble cajón, y para aquellos productos de alto impacto económico, la incorporación de armarios inteligentes en puntos estratégicos como quirófanos y áreas de intervención. La novedad de este modelo radica en que consta de un único centro de almacenaje y la distribución se hace a los propios servicios, en lugar de a otro almacén en cada hospital.

El nuevo modelo de compras murciano es pionero en España, al ser el primero en el que un distribuidor farmacéutico gestiona todos los productos y servicios requeridos por un servicio regional de salud. En concreto, la centralización logística de los medicamentos y demás productos sanitarios que consumen los hospitales y centros del SMS fue adjudicada, de forma provisional, a la empresa *Farmacéutica del Mediterráneo, S.A.U.*, perteneciente al *Grupo Hefame*. En la oferta de esta distribuidora farmacéutica se prevé un importe total de 44,6 millones de euros, de los cuales 33 irán destinados a la gestión operativa y 7,5 a la construcción de una plataforma logística definitiva que pasará a ser propiedad del SMS. La empresa, que empleará sus propias instalaciones hasta que esté disponible el almacén único, aportará 2,5 millones de euros para la modernización de los almacenes hospitalarios con sistemas de almacenamiento de doble cajón, y otro millón y medio para sistemas automáticos. El contrato con *Hefame* tendrá una duración de 10 años.

A lo largo de 2011, la UAI gestionó contratos por valor de unos 58 millones de euros anuales. En estos contratos se incluyen todo tipo de materiales; algunos de los más significativos por su coste para el SMS son las prótesis de cardiología, traumatología, desfibriladores automáticos implantables (cuyo coste unitario puede

alcanzar los 18.000 ó 25.000 euros), así como reactivos para laboratorio. Actualmente, ya se han adjudicado cinco contratos, por valor de 12 millones de euros anuales, para adquirir agujas, jeringas, catéteres periféricos, material de incontinencia y tiras reactivas. El ahorro estimado para estos concursos es de 1,7 millones de euros. Esta operación supone el 37% del objetivo marcado para finales de 2012 y permitirá un ahorro de 6 millones, aunque el objetivo final es que el 85% de las compras se realicen mediante este nuevo modelo.

No obstante, el nuevo sistema también tiene su lado negativo. En concreto, los pequeños y medianos proveedores de la Región difícilmente podrán competir con las multinacionales, por lo que algunos negocios locales pueden estar destinados a desaparecer, aunque desde el SMS se ha enviado un mensaje tranquilizador a estos proveedores¹⁴⁶.

c) La central de compras del Sistema Nacional de Salud

Una vez que los distintos sistemas regionales de salud han creado sus propias centrales de compras, actualmente el objetivo del Ministerio de Sanidad se dirige hacia la realización de compras para todo el SNS o, en su defecto, para varias CC.AA., con el fin de favorecer la obtención de economías de escala.

En el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud celebrado el 18 de marzo de 2010, se aprobó por unanimidad la creación de una central de compras para el Sistema Nacional de Salud (SNS), con el fin de permitir la adquisición conjunta de medicamentos y productos sanitarios. Para llevar a la práctica esta medida fue necesario modificar la Ley de Contratos del Sector Público (Ley 30/2007), mediante el Real Decreto Ley 8/2010¹⁴⁷, en el que se introdujo una Disposición Adicional, la Trigésimo Cuarta, que regula la adquisición centralizada de medicamentos y productos sanitarios con miras al Sistema Nacional de Salud.

Esta norma establece el procedimiento para la adquisición centralizada de medicamentos y productos sanitarios en el SNS, con el objetivo de mejorar la eficiencia y contribuir a la sostenibilidad del sistema sanitario público. La contratación de los suministros deberá efectuarse a través del Ministerio de Sanidad con las CC.AA. interesadas. Éstas podrán sumarse a dicha central de compras de manera voluntaria y su adhesión requerirá del correspondiente acuerdo con el Ministerio. Las autonomías y las entidades locales interesadas, así como las entidades y organismos dependientes de ellas e integradas en el SNS, podrán adherirse al

¹⁴⁶ En declaraciones al diario *La Opinión* de Murcia el Director Gerente del Servicio Murciano de Salud afirmaba: «los proveedores no deben estar preocupados por la central de compras, se hablará con ellos y no se les dejará al margen». (<http://www.laopiniondemurcia.es/comunidad/2010/05/12/proveedores-deben-miedo-central-compras/246545.html>).

¹⁴⁷ *Real Decreto-Ley 8/2010, de 20 de mayo, por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público*. BOE 24 de mayo de 2010, núm. 126.

sistema de adquisición centralizada estatal de medicamentos y productos sanitarios para la totalidad de los suministros o sólo para determinadas categorías.

A pesar de que el Ministerio de Sanidad pretendía estrenar la central de compras en 2010, con motivo de la adquisición de las vacunas para la gripe estacional de ese mismo año, el plazo legal para ejecutar el concurso de proveedores imposibilitó que así fuera. Algunas CC.AA. ya tenían acuerdos con otros laboratorios para comprar las vacunas durante varios años a cambio de unos precios especiales. A otras comunidades (por ejemplo, Murcia) simplemente no les interesó adherirse a la central de compras del SNS porque consideraron que ya habían conseguido precios lo suficientemente bajos negociando por su cuenta con sus propios proveedores.

En consecuencia, el acuerdo para la efectiva puesta en marcha de la central de compras del SNS hubo de esperar más de un año. En concreto, el 8 de abril de 2011, el Consejo de Ministros autorizó el Acuerdo Marco para la adquisición conjunta de vacunas para la gripe estacional de la temporada 2011-2012¹⁴⁸. Finalmente, el 18 de agosto de 2011, la ministra de Sanidad firmó los contratos del Acuerdo Marco en el que se establecen las bases para la compra de las vacunas¹⁴⁹. En este acuerdo participaron el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, el Ministerio de Defensa, la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria-(INGESA), y las comunidades de Aragón, Asturias, Baleares, Cantabria, Castilla y León, Comunidad Valenciana, Extremadura y Madrid. En este acuerdo se fijan los precios máximos de las vacunas para la gripe y los laboratorios que el Ministerio de Sanidad seleccionó para realizar el suministro. Con la firma de la ministra de Sanidad, se abrió una nueva fase de negociación entre los laboratorios y las administraciones autonómicas, para la adquisición de las vacunas. Mediante este acuerdo marco de compra centralizada se adquirieron 3.654.980 dosis de vacunas y se obtuvo un ahorro estimado de 3.261.136 euros (aproximadamente lo que habría costado adquirir 604.000 vacunas).

Las nueve comunidades autónomas que no suscribieron el acuerdo (Andalucía, Canarias, Castilla-La Mancha, Cataluña, Galicia, Murcia, Navarra, País Vasco y La Rioja) acusaron al Ministerio del retraso en la entrada en funcionamiento de la central de compras del SNS. La mayor parte de estas comunidades afirmaron no haber suscrito el acuerdo porque ya tenían sus propios acuerdos de compra y no podían esperar a la creación de la central de compras para estudiar la oferta más ventajosa. No obstante, algunas de ellas (por ejemplo, el País Vasco o Canarias) no descartaron su adhesión a la central de compras del SNS, una vez que hubieran concluido los acuerdos de compra con sus propios proveedores. Por su parte, Andalucía, Canarias y Murcia, indicaron que, cuando llegó el anuncio del Ministerio de Sanidad ya habían puesto en marcha sus propios concursos de compra, aunque se mostraron dispuestas a entrar en la compra centralizada en la siguiente campaña. En este mismo grupo,

¹⁴⁸ <http://www.lamoncloa.gob.es/ConsejodeMinistros/Enlaces/080411Vacunas>.

¹⁴⁹ *Correo Farmacéutico*. 18/08/2011. (<http://www.correofarmaceutico.com/2011/08/18/gestion/sanidad-firma-el-acuerdo-marco-para-la-compra-conjunta-centralizada-de-las-vacunas-de-la-gripe>).

Murcia fue un poco más allá y pidió a Sanidad una central de compras nacional, no sólo de vacunas. Esta misma comunidad puso en duda la capacidad del Ministerio para acordar precios ventajosos con los laboratorios ya que, a través de su central de compras regional, consiguió adquirir vacunas antigripales con mayor respuesta inmunitaria a un coste unitario inferior al conseguido por el Ministerio.

Como consecuencia del ahorro logrado con la primera compra centralizada del SNS, el Ministerio de Sanidad se propuso extender su utilización a la adquisición conjunta de otros medicamentos y productos sanitarios. En este sentido, con fecha de 8 de septiembre de 2011, la ministra de Sanidad envió una carta a los distintos consejeros de Sanidad autonómicos, instándoles a sumarse a una nueva compra centralizada¹⁵⁰. En dicha carta se detallaba una lista de productos susceptibles de ser adquiridos de forma conjunta a través de la central de compras del SNS. Entre otros, en la lista se incluían los siguientes productos: las vacunas incorporadas en el calendario común del SNS; las vacunas para la gripe estacional de la temporada 2012-2013; los antibióticos de uso más común (amoxicilina, amoxicilina-clavulánico, cefazolina, gentamicina, etc.); los medicamentos antivirales (zidovudina, aciclovir, etc.); las eritropoyetinas y la hormona de crecimiento; los antineoplásicos con genérico o copia, (Paclitaxel, Oxaliplatín, etc.); los sueros y otros productos sanitarios como alcohol, gasas, apósitos, absorbentes de orina. Cabe destacar el último de los apartados (el del material sanitario), que representa aproximadamente un coste de 3.000 millones de euros anuales para las CC.AA. Los medicamentos de venta en farmacia suponen unos 10.000 millones de euros, y los que se usan en los hospitales (como los antivirales contra el VIH) otros 4.000 millones de euros. En total se trata de una partida de 17.000 millones de euros, por lo que un ahorro del 1% equivaldría a 170 millones. Además, en la carta de la ministra también se dejaba la puerta abierta a la incorporación de otros productos que sugirieran las distintas CC.AA.

La experiencia de compra centralizada de vacunas se repetirá en 2012, sumándose a las ocho CC.AA. que ya participaron en la primera compra, cuatro comunidades más: Canarias, Castilla-La Mancha, Región de Murcia y La Rioja (esta última, con la condición de que se logren mejoras evidentes en precios y ahorro). En caso de que finalmente Galicia se adhiera a la central de compras del SNS, las únicas autonomías que quedarían fuera de ella en el año 2012 serían Andalucía, Cataluña, País Vasco y Navarra, comunidades que ya han manifestado su negativa a entrar en la central. Como justificación, las tres primeras CC.AA. esgrimen que su peso demográfico les permitirá obtener de forma separada iguales o mejores precios que los que conseguirían a través de la compra centralizada a nivel del SNS¹⁵¹. Por su parte, la no adhesión de Navarra se debe a que todavía hay un acuerdo en vigor que les permite adquirir las vacunas al mismo precio que consigue el Ministerio a

¹⁵⁰ *Correo Farmacéutico*. 19/09/2011. (<http://www.correofarmacaceutico.com/2011/09/19/al-dia/profesion/sanidad-anima-a-las-ccaa-a-impulsar-las-compras-centralizadas>).

¹⁵¹ *Redacción Médica*. 23/01/2012. (<http://www.redaccionmedica.es/noticia/las-comunidades-no-gobernadas-por-el-pp-se-autoexcluyen-de-la-central-de-compras-5531>).

través de la central de compras, en caso de que este precio sea inferior al conseguido por la Consejería de Salud de Navarra¹⁵².

La relativa baja participación de las CC.AA. en la central de compras del SNS podría explicarse porque los distintos servicios regionales de salud prefieren consolidar sus propios proyectos de centralización y alcanzar cuanto antes su máximo grado de eficacia y de ahorro.

d) Ventajas e inconvenientes de las centrales de compras

Podemos resumir las ventajas de la utilización de centrales de compras en las siguientes:

- Una de las principales ventajas de la creación de centrales de compras es la obtención de precios más reducidos, ya que la compra de mayores volúmenes de productos se traduce en la obtención de economías de escala. De hecho, este es el principal argumento por el que tradicionalmente se ha defendido la creación de centrales de compras.
- Al comprar mayores cantidades, las centrales de compras tienen también un mayor poder de negociación frente a los proveedores. Como consecuencia de ello, no sólo es posible conseguir mejores precios, sino, en general, condiciones de compra más favorables (p.ej. mayores plazos de pago, menores tiempos de entrega, etc.).
- Esta estrategia tiene también ventajas en la gestión de los stocks: permite reducir el volumen de existencias en almacén, reduciendo las pérdidas por obsolescencia y caducidad de los productos; y el espacio que no se dedica al almacenamiento puede destinarse a otros fines, como la asistencia sanitaria o la formación del personal.
- En la medida en que la centralización de las compras conlleva la necesidad de unificar el catálogo de productos, permite homogeneizar criterios y estándares de calidad, con unos mínimos para todos los centros que participen en la central. Además, se evitan duplicidades innecesarias.
- Todos los centros adheridos a la central de compras quedan sujetos a los mismos precios y demás condiciones de compra.
- Permite simplificar los trámites administrativos y, por tanto los costes de gestión. Por ejemplo, sólo es necesario realizar un pedido por proveedor.

¹⁵² Redacción Médica. 06/03/2012. (<http://www.redaccionmedica.es/noticia/navarra-se-descuelga-de-la-central-de-compras-de-vacunas-2012-3313>).

- Si la central de compras es gestionada por una empresa privada, permite a los responsables de compras de los centros sanitarios disponer de más tiempo para realizar otras tareas más importantes.
- Favorece la implantación de políticas generales en los centros adheridos a la central de compras, así como la coordinación y transmisión de información entre ellos.
- Como consecuencia de todo ello, la creación de centrales de compras conlleva un ahorro considerable (en término medio, entre un 15 y un 20% anual). A su vez, el ahorro conseguido puede traducirse en menores plazos de pago a los proveedores y, por tanto, en una reducción de los intereses de demora a pagar a éstos.

Por el contrario, pese a las importantes ventajas que conlleva la creación de una central de compras, también ha de tenerse en cuenta que su uso puede plantear una serie de problemas, entre los que destacan los siguientes:

- A pesar de la idea generalizada en la mayoría de CC.AA., la mera agregación de volúmenes de compras no es garantía suficiente para que se produzca una reducción de precios de forma permanente. Para facilitar la consecución de ese objetivo, las centrales de compras deberían estar dirigidas por profesionales expertos en la gestión de compras sanitarias.
- Puede llevar a la desaparición de empresas suministradoras pequeñas que no puedan competir en precios con los proveedores más grandes y con mayor capacidad para ofrecer mejores precios y demás condiciones de compra.
- La centralización de las compras parece tener un efecto negativo sobre la innovación, en la medida en que desincentiva a los fabricantes a introducir innovaciones en sus productos. Por ello, a las empresas innovadoras puede resultarles poco atractivo entrar en un mercado en el que las compras se realicen de forma centralizada (FENIN, 2001).
- La realización de compras centralizadas puede traducirse en una merma de la calidad de los productos adquiridos, en la medida en que la política de compras centralizadas está orientada de forma prioritaria al precio y no a la calidad. En este sentido, desde la industria se afirma que una política de compras basada en criterios de precio suele ser más cara que la política basada en criterios de efectividad (FENIN, 2001).
- Puede haber productos para los que resulte más eficiente no hacer uso de la central de compras (p.ej. medicamentos biológicos no sustituibles).
- La implantación de una central de compras conlleva la necesidad de realizar una reorganización interna en los centros sanitarios que hacen uso de ella y, por tanto, de los respectivos sistemas de salud regionales. Como

consecuencia de ello, su puesta en marcha conlleva importantes costes de entrada (unificación del catálogo de productos, implantación de nuevos sistemas informáticos, formación del personal, etc.).

- La creación de una central de compras entre varios servicios de salud autonómicos puede derivar en una duplicidad de gastos en aquellas CC.AA. que también tengan su propia central de compras a nivel regional.

A la vista de los argumentos expuestos, resulta evidente que a la hora de considerar la conveniencia de crear una central de compras, es preciso sopesar las ventajas e inconvenientes que su implantación conlleva.

5.1.5.2. Acuerdos de riesgo compartido (ARC)

a) Conceptualización y justificación de los ARC

Como toda decisión de compra, la adquisición de nuevas tecnologías sanitarias lleva aparejado un cierto grado de riesgo para el pagador o financiador (autoridad sanitaria, compañía aseguradora). Dicho riesgo puede tener su origen en la incertidumbre (entendida como ausencia de información «perfecta») en relación a los siguientes aspectos (Puig-Junoy y Meneu, 2005):

1. El elevado impacto presupuestario que puede representar la adquisición de una innovación sanitaria, como consecuencia de su alto precio (p.ej. medicamentos oncológicos y biotecnológicos) o de un elevado consumo potencial (especialmente cuando se emplea para un gran número de pacientes o cuando se prescribe para una indicación no autorizada).
2. La efectividad de la nueva tecnología. Esta incertidumbre puede manifestarse por la ausencia de ensayos clínicos o la falta de estudios que midan sus resultados a largo plazo. Además, este tipo de incertidumbre también puede surgir ante la posibilidad de que la prescripción del producto se extienda mucho más allá del limitado grupo de pacientes para el que ha demostrado su eficacia, lo cual, a su vez, haría que su impacto presupuestario y su relación coste-efectividad fueran inciertas.
3. Los datos procedentes de los estudios de evaluación económica. Estos estudios emplean complejos modelos a largo plazo para estimar la relación coste-efectividad de las tecnologías sanitarias, lo que puede suscitar incertidumbre acerca de los datos de coste-efectividad resultantes.

Si bien la mayor parte del riesgo asociado a la introducción de una innovación sanitaria recae sobre el financiador, el fabricante (compañía farmacéutica) no está exento de riesgo, pues se enfrenta a la incertidumbre de posibles restricciones en la financiación o reembolso a obtener en el momento de comercializar su producto, sobre el precio a obtener y sobre el volumen de demanda potencial (Espín et al., 2010).

Tradicionalmente, el precio y el reembolso de las tecnologías sanitarias se han basado en el establecimiento de precios máximos para cada producto, teniendo en cuenta distintos aspectos (beneficio terapéutico, coste de los tratamientos alternativos, población diana, grado de innovación, etc.). Sin embargo, este sistema, por sí solo, no da respuesta a las incertidumbres asociadas a la introducción de una nueva tecnología sanitaria. Con el fin de hacer frente a estas incertidumbres, en los últimos años algunos países han recurrido a los denominados «acuerdos de riesgo compartido», como mecanismo para vincular el precio y la financiación de ciertas innovaciones sanitarias (especialmente medicamentos de elevado coste) a sus resultados (financieros y/o en términos de salud).

Aunque no existe una definición consensuada, un ARC se puede definir como un contrato individual entre un fabricante (compañía farmacéutica) y un financiador público o privado, en virtud del cual los ingresos del primero no sólo dependerán de las unidades vendidas, sino también de la consecución de una serie de objetivos previamente acordados (ya sea en términos de efectividad, de eficiencia o de impacto presupuestario (Espín et al., 2010; Puig-Junoy y Meneu, 2005). Por tanto, los ARC distribuyen los riesgos inherentes a la introducción de una innovación sanitaria entre el financiador y el fabricante, corresponsabilizando a ambas partes de la consecución de los objetivos pactados.

Tampoco hay consenso acerca de cómo denominar a estos acuerdos. Así, por ejemplo, en el Reino Unido estos acuerdos se denominan *patient access scheme*. Otros términos empleados para referirse a ellos son acuerdos basados en resultados, acuerdos innovadores (entre financiador e industria farmacéutica), etc.

b) Clasificación de los ARC

Aunque existen diversas modalidades de ARC y no se dispone de una clasificación estándar, se pueden distinguir dos grandes categorías (pudiéndose subdividir cada una de ellas): acuerdos basados en resultados financieros y acuerdos basados en resultados en salud. En ambos casos el objetivo es reducir la incertidumbre inherente a la incorporación de nuevas prestaciones al sistema de salud, repartiendo los riesgos asociados a ello entre el financiador sanitario y el proveedor. Sin embargo, los acuerdos basados en resultados financieros y aquellos basados en resultados en salud están orientados a mitigar riesgos (incertidumbres) de distinta naturaleza. Así, mientras que los acuerdos basados en resultados financieros se configuran como un mecanismo para reducir la incertidumbre ligada al impacto presupuestario asociado a la adquisición de nuevas tecnologías sanitarias, con los acuerdos basados en resultados en salud se pretende reducir la incertidumbre relativa a la efectividad y relación coste-efectividad de estas innovaciones. El uso dado a los ARC ha ido evolucionando con el paso del tiempo. Así, en sus orígenes (mediados de los 90) estaban principalmente enfocados hacia los resultados financieros, mientras que en la actualidad se observa un interés creciente por los acuerdos basados en resultados en salud (Espín et al., 2010).

Figura 5.2
Clasificación de los ARC



Fuente: Elaboración propia a partir de Carlson et al. (2010).

A continuación, se ofrece una división detallada de ambos tipos de acuerdos (basados en resultados financieros y basados en resultados en salud), siguiendo para ello la clasificación de Carlson et al. (2010), una de las más recientes y completas realizadas hasta el momento. Dicha clasificación queda representada esquemáticamente en la Figura 5.2. Cabe destacar que, aunque las distintas categorías de ARC son mutuamente excluyentes, existen acuerdos mixtos que combinan características propias de distintos tipos de acuerdos (p.ej. el acuerdo para el tratamiento para la esclerosis múltiple en el Reino Unido).

1) *Acuerdos basados en resultados financieros*

Los ARC basados en resultados financieros son contratos de carácter meramente comercial, mediante los cuales la compañía farmacéutica aplica al pagador descuentos o realiza devoluciones (en forma de dinero o de medicamentos ofrecidos de forma gratuita), pero no altera el precio oficial del producto en cuestión. Con ellos se pretende reducir la incertidumbre (o el riesgo) relativo al impacto presupuestario generado por la introducción de una innovación sanitaria. Pero, a diferencia de los acuerdos basados en resultados en salud, estos contratos no tienen en cuenta los resultados del tratamiento sobre la salud de los pacientes, por lo que, por sí solos, no permiten mitigar la incertidumbre acerca de la efectividad y relación coste-efectividad de las nuevas tecnologías sanitarias. Estos acuerdos se han venido realizando

tradicionalmente entre pagadores y compañías farmacéuticas, pudiéndose distinguir varias modalidades de aplicación, tanto a nivel de población como a nivel de paciente.

La forma más habitual que revisten los ARC basados en resultados financieros a nivel global son los acuerdos precio-volumen. Como su propio nombre indica, estos acuerdos vinculan el precio y el volumen, generalmente mediante el establecimiento de un precio unitario decreciente para un volumen creciente de unidades vendidas. El precio se puede determinar en función del número de unidades vendidas, las dosis prescritas o el coste global que representan. Estos acuerdos incentivan a la compañía farmacéutica a no incrementar las ventas de su producto más allá de lo razonable, en la medida en que sus ingresos se reducirán progresivamente a medida que las ventas superen el volumen acordado. Además, también se pretende evitar que un medicamento se prescriba para una indicación distinta de aquella para la que ha sido aprobado. Sin embargo, estos acuerdos por sí solos no garantizan un uso más racional de los medicamentos, ni tampoco la consecución de los resultados de salud deseados, puesto que el fármaco en cuestión podría prescribirse a pacientes en los que su efectividad sea mínima o nula (Puig-Junoy y Meneu, 2005). Los acuerdos precio-volumen son los que tienen una mayor tradición y actualmente son habituales en muchos países, como en Francia y Australia.

Menos frecuentes que los anteriores son los acuerdos de participación en el mercado. Estos contratos se caracterizan por el establecimiento de un precio reducido cuando el producto se introduce por primera vez en el mercado. Con ello, el proveedor pretende incrementar su cuota de mercado dentro de la categoría de productos a los que pertenezca la nueva tecnología sanitaria. Esta práctica puede generar problemas para las compañías farmacéuticas si se utilizan precios de referencia a nivel internacional.

Los acuerdos basados en resultados financieros a nivel de paciente, a diferencia de los anteriores, no se determinan en función del uso o coste global del producto, sino considerando los costes o la dosis empleada en el tratamiento de cada paciente de forma individual. Dentro de esta categoría, se pueden distinguir diversas modalidades. Por un lado, mediante los acuerdos de iniciación al tratamiento, el fabricante paga la totalidad (o una parte) de los costes correspondientes al ciclo inicial del tratamiento, a la espera de tener suficiente evidencia para poder convencer al pagador de que merece la pena financiar su producto. En otros casos, la compañía farmacéutica ofrece descuentos al pagador (sobre el coste por paciente), realiza devoluciones de dinero o entrega medicamentos de forma gratuita. Con ello, se ve reducido el coste que para el pagador supone cada unidad de producto dispensada, sin necesidad de alterar el listado de precios de los medicamentos. Estos acuerdos pueden contribuir a autorizar el reembolso de tecnologías sanitarias que de otra manera habrían quedado excluidas de la financiación por parte del pagador, por el elevado coste que representan. Asimismo, también hay acuerdos en los que, por cada paciente tratado, se establece un límite en el coste total acumulado (*cost-capping*), o bien, un tope de utilización (*dose-capping*). Superado dicho límite, el fabricante asume la totalidad (o una parte) del coste del tratamiento, para lo cual suele aplicar descuentos en el

precio de venta, o bien, ofrece el producto de forma gratuita, según las condiciones del acuerdo.

2) Acuerdos basados en resultados en salud

En estos contratos el precio, nivel o naturaleza del reembolso está ligado a la consecución de determinados resultados en salud. De este modo, el pago se establece en función de los resultados que el producto en cuestión ofrezca al ser aplicado en la práctica real. El objetivo de estos contratos es vincular el precio de una innovación sanitaria a su valor (en términos de las ganancias de salud que produce). Para ello, el financiador y la compañía farmacéutica acuerdan los resultados en salud esperados, quedando reflejado en el precio de venta unitario del producto el riesgo asociado al cumplimiento de dichos resultados (Puig-Junoy y Meneu, 2005). Este tipo de acuerdos también se puede plantear a nivel de población o a nivel de paciente.

Por otra parte, las medidas de resultados utilizadas en los acuerdos basados en resultados en salud pueden ser medidas de resultados clínicos o medidas de coste-efectividad. Normalmente, en los acuerdos basados en resultados clínicos, los resultados se miden a través de medidas de resultados intermedios (biomarcadores) correlacionadas con el resultado de salud que se desea alcanzar (p.ej. nivel de glucosa en sangre, concentración de colesterol LDL, etc.). Aunque con menor frecuencia, en algunos acuerdos los resultados se establecen en términos de medidas de resultados finales, tales como mortalidad, prevalencia de la enfermedad a tratar, etc. Por su parte, en los acuerdos basados en medidas de coste-efectividad, los resultados de la nueva tecnología sanitaria se evalúan mediante la razón coste-efectividad incremental (coste por AVAC ganado con el nuevo tratamiento frente al tratamiento estándar).

Los acuerdos basados en resultados en salud se pueden dividir en dos grandes categorías: cobertura condicionada y reembolso vinculado a resultados. Mediante los acuerdos de cobertura condicionada, la financiación de una tecnología sanitaria queda supeditada a la puesta en marcha de un estudio para recoger información sobre los resultados de la misma al ser aplicada en la población de interés. Este mecanismo se puede presentar bajo dos modalidades: cobertura bajo la búsqueda de evidencia o continuación del tratamiento condicionada.

La cobertura bajo la búsqueda de evidencia se emplea cuando la evidencia disponible acerca de la eficacia de una tecnología no es lo suficientemente sólida como para poder autorizar su cobertura total. Como consecuencia de ello, el financiador se compromete a pagar por dicha tecnología con la condición de que el fabricante lleve a cabo un estudio científico que permita recabar información adicional acerca de los resultados de una innovación sanitaria al ser aplicada en la población diana de pacientes. Este tipo de acuerdos puede llevar aparejada la realización de un ensayo clínico con la finalidad de evaluar la eficacia y seguridad del producto (en cuyo caso, el producto sólo es financiado para aquellos pacientes que participen en

el estudio), o bien puede traducirse en la realización de un estudio observacional en condiciones reales con una muestra compuesta por un determinado número de participantes escogidos entre la población total de pacientes para los que el producto se ha desarrollado. En este segundo supuesto, la cobertura se extiende a la población total de pacientes que haga uso del producto en la vida real, con independencia de que hayan participado en la investigación o no.

Bajo los acuerdos de continuación del tratamiento condicionada, para cada paciente, el financiador decide mantener o retirar la cobertura del tratamiento en función del grado de consecución de una serie de resultados clínicos a corto plazo (p.ej. respuesta tumoral, reducción de los niveles de colesterol., etc.). Con ello se pretende garantizar que sólo se seguirá ofreciendo el tratamiento de forma gratuita a aquellos pacientes que realmente se estén beneficiando de él. Un aspecto clave para llevar a la práctica estos acuerdos es la existencia de medidas fiables de resultados a corto plazo, evitando así que haya pacientes que continúen recibiendo el tratamiento a pesar de obtener de él un escaso o nulo beneficio. Esto puede ser especialmente relevante en aquellas situaciones en las que los clínicos y los pacientes están dispuestos a dar continuidad al tratamiento, no tanto por los beneficios que éste reporte al paciente, sino más bien por la ausencia de tecnologías alternativas eficaces.

El segundo tipo de acuerdos basados en resultados en salud es el reembolso vinculado a resultados (o pago por resultados). En este tipo de contratos, el nivel de reembolso (el precio neto unitario pagado) de una tecnología sanitaria queda supeditado a la consecución de los resultados en términos de salud (bajo condiciones reales) que hayan sido previamente pactados entre el pagador y la compañía farmacéutica. Los acuerdos de pago por resultados suelen desarrollarse cuando un fabricante tiene suficiente confianza en los beneficios de su producto, de modo que está dispuesto a asumir un nivel de reembolso más bajo si los resultados del producto al ser aplicado en condiciones reales no alcanzan los objetivos esperados. En concreto, estos acuerdos pueden resultar de especial interés en aquellas áreas en las que existen múltiples productos competidores (Carlson et al., 2010).

La mayor parte de los acuerdos de pago por resultados se presentan bajo la modalidad conocida como garantía de resultados. Otro tipo menos frecuente es el denominado esquema o proceso del cuidado. La lógica de la modalidad denominada garantía de resultados, se puede resumir mediante la expresión «no cura, no paga» (Møldrup 2005). Es decir, el fabricante realiza devoluciones o ajustes de precio si su producto no satisface los resultados en salud pactados. Estos resultados se pueden medir para cada paciente o considerando los efectos para la población total de pacientes. La respuesta al tratamiento se puede evaluar empleando medidas de resultados clínicos finales a corto o a largo plazo (p.ej. morbilidad, mortalidad, calidad de vida relacionada con la salud, número de fracturas, etc.), o mediante medidas de resultados intermedios (p.ej. biomarcadores tales como la concentración de colesterol, presión arterial, etc.), asumiendo que éstas predicen resultados finales. En el caso del esquema o proceso del cuidado, los contratos vinculan el reembolso de

la tecnología sanitaria en cuestión al impacto que ésta tenga en la práctica clínica. Uno de los pocos ejemplos de este tipo de acuerdos es el realizado para un test de diagnóstico del cáncer de mama, *Oncotype DX*, en EEUU, en el cual el reembolso se estableció teniendo en cuenta el grado en que dicho test contribuyera a evitar que los médicos trataran con quimioterapia a pacientes que realmente no lo precisaran.

Para concluir con la taxonomía de los ARC, señalaremos que algunos países realizan su propia clasificación. Por ejemplo, en el Reino Unido, el *Pharmaceutical Price Regulation Scheme* en vigor actualmente (PPRS 2009)¹⁵³, diferencia entre acuerdos basados en resultados financieros y acuerdos basados en resultados en salud. En el primer caso, en lugar de alterar el precio oficial del medicamento, la compañía farmacéutica ofrece descuentos o realiza devoluciones, en función del número o tipo de pacientes tratados, el número de dosis utilizadas, o la respuesta de los paciente tratados (si bien, en este último caso podrían ser considerados como acuerdos basados en resultados en salud), etc. Por su parte, el PPRS 2009 distingue tres tipos de acuerdos basados en resultados en salud:

- Valor demostrado: Aumento de precio (*Proven value: Price increase*). La compañía farmacéutica puede solicitar un aumento del precio si, tras una revisión, se encuentra evidencia adicional sobre los beneficios del producto.
- Valor esperado: Devolución (*Expected value: Rebate*). Si las revisiones de evidencia posteriores no justifican el precio del fármaco, se puede acordar una reducción de precio o una devolución.
- Riesgo compartido (*Risk sharing*). Se miden los resultados y se realizan transferencias de fondos entre el fabricante y el servicio británico de salud, de acuerdo con los resultados previstos.

c) Aplicación de los ARC basados en resultados en salud en España

En primer lugar, los acuerdos basados en resultados financieros se vienen realizando en España desde hace años a nivel de hospitales, especialmente aquellos basados en negociaciones de tipo económico (acuerdos precio-volumen, descuentos, etc.) (Huguet, 2010). Por el contrario, la aplicación de los ARC basados en resultados en el Sistema Nacional de Salud Español (SNS) es aún incipiente. Es más, hasta el momento, sólo se han suscrito dos contratos de este tipo, el primero de ellos en el Hospital Virgen de las Nieves de Granada y el segundo a nivel del Servicio Catalán de Salud (CatSalut).

¹⁵³ A diferencia de lo que sucede en otros países (p.ej. España), en general, las compañías farmacéuticas que comercializan sus productos en el sistema de salud británico no tienen que atenerse a unos precios máximos. Por el contrario, el control de los precios farmacéuticos en el Reino Unido debe guiarse por el denominado *Pharmaceutical Price Regulation Scheme* (PPRS), un acuerdo voluntario entre el Departamento de Salud y la Asociación de la Industria Farmacéutica Británica. El PPRS en vigor actualmente (PPRS 2009) contempla el uso de los ARC como un mecanismo para conseguir que el precio de los medicamento refleje de forma más precisa su valor (*value-based pricing*).

Así pues, aunque actualmente la comunidad autónoma más activa en lo que respecta a los ARC es Cataluña, el Hospital Virgen de las Nieves de Granada tomó la delantera al firmar a finales de 2010 el primer ARC basado en resultados en salud realizado en el SNS (E.M.C. 2011). En concreto, el contrato se suscribió con la compañía farmacéutica GlaxoSmithKline (GSK), y tiene por objeto la adquisición de ambrisentan DCI (*Volibris*®), un fármaco indicado para la hipertensión pulmonar, ascendiendo su coste mensual medio a 2.000 euros por paciente. El objetivo de dicho acuerdo es vincular el precio del medicamento a los resultados que éste produzca sobre la salud de los pacientes, de modo que el hospital sólo tenga que pagar por el beneficio real que el fármaco aporte a la salud de los pacientes (Navarro et al., 2012). Los pacientes fueron evaluados por primera vez en junio de 2011, pero aún no se dispone de información acerca de los resultados sobre la efectividad del medicamento. No obstante, aunque el tratamiento no ofrezca los resultados esperados, se abonará un mínimo de dinero a la compañía farmacéutica. Este acuerdo constituye un verdadero hito en el sistema de financiación de los medicamentos en España, introduciendo una nueva vía de negociación a nivel nacional para la financiación de medicamentos. El proceso para su adopción llevó consigo dos años de negociaciones con diversas compañías farmacéuticas y se vio obstaculizado por el desconocimiento por parte de los profesionales sanitarios del hospital. De hecho, algunas compañías farmacéuticas habían proporcionado a los clínicos información en contra de estas fórmulas de financiación (E.M.C., 2011).

Tras la experiencia piloto de Granada, de momento, sólo se ha realizado un segundo acuerdo basado en resultados de salud dentro del SNS; en concreto, el contrato firmado en noviembre de 2011 entre el Departamento de Salud de Cataluña, el Instituto Catalán de Oncología (ICO) y la farmacéutica AstraZeneca (Redacción Médica Cataluña, 2011). Se trata de una prueba piloto en el CatSalut, cuyo principal objetivo es facilitar el acceso a los pacientes catalanes a un nuevo medicamento (gefitinib, comercializado en España bajo el nombre comercial de *Iressa*®), indicado para un tipo específico de cáncer de pulmón. Dicho fármaco ya ha sido aprobado y ha mostrado una eficacia y tolerabilidad significativamente superior en comparación con los tratamientos disponibles hasta el momento. De forma previa a la firma del acuerdo, el CatSalut estuvo negociando con varias farmacéuticas la posibilidad de introducir otros ARC, pero sus propuestas fueron finalmente desestimadas.

El acuerdo adoptado en el CatSalut conlleva el seguimiento de un protocolo que, a través de una monitorización individualizada, permite identificar a aquellos pacientes susceptibles de beneficiarse del nuevo medicamento. La prueba piloto se está llevando a cabo con pacientes del ICO, el cual tiene un elevado desarrollo de protocolos y de guías de práctica clínica, lo que permite el registro de los pacientes y el seguimiento y evaluación de los resultados del tratamiento de forma individualizada. El programa piloto tendrá un año de duración y, en función de los resultados obtenidos, Cataluña prevé extender progresivamente este esquema de acceso a nuevos fármacos a partir de 2012. No obstante, la intención del Departamento de Salud no es hacer extensible esta nueva fórmula a todos los nuevos medicamentos

que se incorporen al sistema sanitario público a partir de ahora, pues la utilización de estos contratos se debería limitar a casos muy concretos, dirigidos principalmente a patologías severas y habitualmente con una baja incidencia, donde el patrón de respuesta es muy variable.

Otras comunidades autónomas también parecen mostrarse favorables a una posible introducción de los ARC basados en resultados en salud, aunque son muy reacias a hablar sobre el tema. Por ejemplo, en declaraciones realizadas a *Correo Farmacéutico* en marzo de 2011, Víctor Napal, del servicio de farmacia hospitalaria de Hospital de Navarra apuntó que estos acuerdos deberían comenzar a introducirse poco a poco, no a nivel de comunidades autónomas (como en Cataluña), sino por hospitales (como el contrato del Hospital Virgen de las Nieves de Granada), con el fin de poder adquirir experiencia en el funcionamiento de estos contratos, pues, «si se aspira a todo al principio, se fracasará» (Huguet, 2010). Desde la Consejería de Sanidad de Valencia también se muestran receptivos a la implantación de este tipo de acuerdos, señalando que se trata de una vía que hay que comenzar a explorar, con el fin de facilitar un rápido acceso al mercado de los medicamentos innovadores. Por el contrario, en Madrid han manifestado que no se plantean introducir estos acuerdos en un futuro inmediato, debido a la ausencia de una regulación específica en la materia.

Asimismo, aparte de GSK y de AstraZeneca, otras compañías farmacéuticas interesadas en la introducción de ARC en España son Amgen, Sanofi-Aventis y Novartis. En concreto, Novartis pretende realizar diversas pruebas piloto en España, especialmente mediante la aplicación de acuerdos con límite de utilización a nivel de paciente, similar al acuerdo para ranibizumab DCI (Lucentis) que esta multinacional introdujo en el Reino Unido (Huguet, 2010).

d) Ventajas e inconvenientes de los ARC

Los ARC tienen una serie de ventajas. De hecho, bien gestionados, pueden beneficiar a todos los agentes implicados (financiador, industria farmacéutica, pacientes y profesionales sanitarios). Dada la naturaleza del estudio en el que se inserta esta revisión, nos centraremos en las ventajas para el financiador y para los pacientes. En relación con los financiadores de los servicios sanitarios, las ventajas atribuibles a los ARC son las siguientes:

- Permiten reducir la incertidumbre inherente a la introducción de nuevas tecnologías (en relación a su elevado impacto presupuestario, a su efectividad y a la fiabilidad de la información relativa a la relación coste-efectividad aportada por los estudios de evaluación económica).
- Permiten financiar ciertos medicamentos que de otro modo no serían asequibles o no estarían disponibles. De este modo, pueden evitar un crecimiento descontrolado del gasto farmacéutico cubierto por el financiador,

al poder fijar a priori unos presupuestos máximos de gastos por producto, grupo terapéutico o total.

- Promueven la realización de estudios de evaluación económica, lo cual mejora la información objetiva sobre la relación coste-efectividad de las tecnologías sanitarias y evita el reembolso de aquellas que no resultan coste-efectivas.
- Incentivan un consumo más coste-efectivo de la innovación sanitaria en cuestión, especialmente cuando se trata de productos de limitada eficacia o cuando están únicamente indicados para un reducido número de pacientes que sufren una enfermedad con una elevada prevalencia. Además, es posible vincular el reembolso del producto a una correcta utilización del mismo.
- Pueden traducirse en una ventaja política para los financiadores públicos, especialmente si el acuerdo se refiere al tratamiento de enfermedades severas (p.ej. cáncer) o con necesidades clínicas no cubiertas (p.ej. enfermedades raras).

Por lo que atañe a los pacientes, el uso de los ARC:

- Permite el acceso a tratamientos muy caros y que sólo son coste-efectivos para un grupo reducido de pacientes.
- Facilitan el acceso a medicamentos innovadores que de otra manera podrían quedar fuera de la financiación por plantear dudas acerca de su relación coste-efectividad.
- Hace que los productos incluidos dentro de los ARC queden sujetos a un sistema más exhaustivo de seguimiento y monitorización, lo cual puede contribuir a mejorar la adhesión al tratamiento.
- Agiliza el acceso a nuevos tratamientos, lo cual es especialmente relevante cuando los pacientes sufren una enfermedad severa para la que no se dispone de otras opciones terapéuticas (p.ej. en el caso de enfermedades raras y en ciertos tipos de cáncer).

A pesar de las referidas ventajas, algunas de las experiencias en la aplicación de los ARC han evidenciado importantes inconvenientes y limitaciones. En concreto, cabe destacar los siguientes problemas:

- Su puesta en marcha requiere la existencia de potentes sistemas de información que permitan realizar un seguimiento fiable de la efectividad del tratamiento, lo cual puede resultar muy complejo y costoso. Por ello, los ARC pueden llevar consigo elevados costes de implementación, seguimiento y monitorización, con la consiguiente carga burocrática que puede dificultar un proceso de mejora terapéutica.

- Suponen una importante carga burocrática y significativos costes administrativos y financieros. Además, las negociaciones que hay que realizar consumen mucho tiempo.
- Conllevan una elevada complejidad, en función de las características de la tecnología objeto del contrato, especialmente cuando los resultados pactados son inciertos y los indicadores para su medición están poco definidos. Particularmente, los acuerdos de garantía de resultados pueden resultar muy costosos y complejos de aplicar, tanto para el financiador como para la compañía farmacéutica. Por ello, en general, este tipo de acuerdos sólo parecen ser apropiados en circunstancias excepcionales (The Association of the British Pharmaceutical Industry, 2008).
- Exigen complejas negociaciones entre el pagador y la industria farmacéutica de forma previa a su introducción.
- Requieren de suficiente confianza entre el pagador y la compañía farmacéutica para lograr que el acuerdo funcione bien, y pueden surgir conflictos de interés entre ellos.
- Pueden dar lugar, en algunos casos, a problemas de confidencialidad debido a la necesidad de manejar y transferir datos personales de los pacientes.
- Su utilización no es aconsejable en aquellos tratamientos cuyos efectos sólo se pueden observar a largo plazo, para los que no se existen medidas de respuesta específicas, objetivas y relevantes, o para los que no es posible disponer de un grupo de control.
- Pueden producirse problemas metodológicos, particularmente en los acuerdos basados en resultados de salud (p.ej. qué se entiende por efectividad).
- La respuesta al tratamiento puede presentar gran variabilidad entre distintos pacientes y también en un mismo paciente a lo largo del tiempo.
- Llevan aparejado un riesgo real que puede tener consecuencias importantes para los diversos agentes implicados, como, por ejemplo, que el producto no tenga una efectividad real y, por tanto, el descuento aplicable resulte muy superior al previsto para garantizar su sostenibilidad en el mercado.
- Aunque los ARC pretenden limitar los riesgos a los que se enfrentan financiador y fabricante, pueden traducirse en un aumento efectivo de los riesgos. El riesgo puede ser trasferido del pagador a la compañía farmacéutica. Además, la compañía también puede poner en cuestión la efectividad clínica de su producto y su posición en el mercado en comparación con otros.
- Existe el riesgo de que los ARC puedan sentar un precedente. Por un lado, el pagador puede esperar que la compañía hará lo mismo en el futuro con otros productos. De forma similar, otras compañías farmacéuticas pueden

esperar que el pagador también llegue a acuerdos similares con ellas, y que éstas intenten hacer uso este tipo de contratos como una vía para sortear el proceso de reembolso habitual.

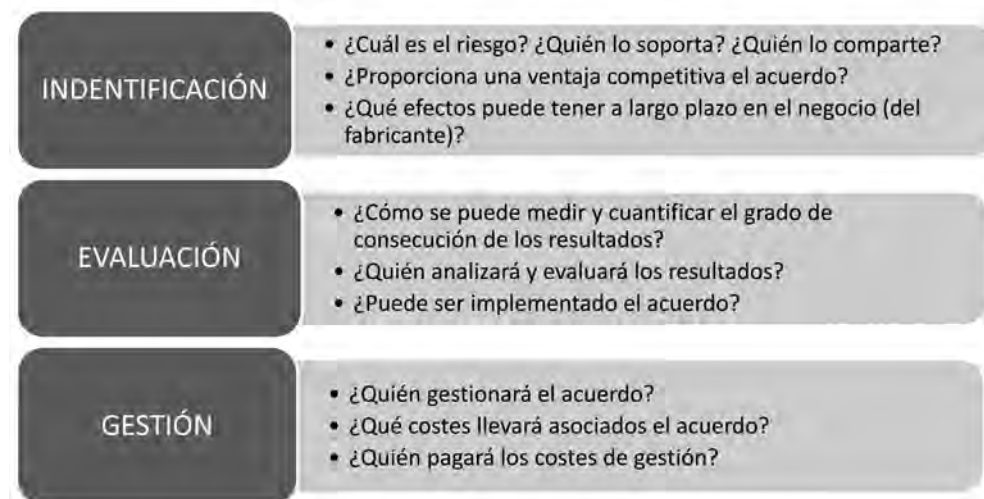
A las dificultades inherentes a los ARC, su aplicación en el SNS podría traducirse en una serie de problemas adicionales, destacando los siguientes (Huguet, 2010).

- La descentralización en la toma de decisiones sanitarias (a nivel de comunidades autónomas y de hospitales) hace que surjan dudas acerca de quién (administración central, servicios regionales de salud u hospitales) debería encargarse de negociar, gestionar, monitorizar y costear estos acuerdos. Así, por ejemplo, mientras que el ámbito de aplicación de la experiencia piloto de Granada ha sido a nivel de hospital, el primer ARC realizado en Cataluña se ha hecho a nivel de todo el sistema regional de salud.
- En general, existe un gran desconocimiento acerca del funcionamiento de estos acuerdos, y tanto los servicios regionales de salud como los hospitales carecen de personal formado en la materia. Además, tampoco disponen de los sistemas de información apropiados para la recogida y monitorización de los resultados.
- Se podría producir a una doble penalización en el precio de las innovaciones sanitarias objeto del contrato. Dado que en el SNS, el precio de los medicamentos se establece considerando, entre otros aspectos, su perfil de eficacia y seguridad, el precio ya refleja, de forma positiva o penalizadora, la mayor o menor eficacia en grupos de población. Por ello, el precio de las tecnologías sanitarias sujetas a este tipo de acuerdos se podría ver doblemente penalizado.
- Además, al igual que en el resto de países europeos, España se enfrenta a la ausencia de una regulación específica en materia de ARC a nivel comunitario. En este sentido, la Comisión Europea pretende legislar al respecto.

e) Conclusiones y recomendaciones

Es indudable que los ARC, bien gestionados, pueden tener importantes ventajas para todos los agentes implicados (financiador sanitario, fabricante, pacientes, profesionales sanitarios), especialmente en aquellos acuerdos orientados hacia la consecución de determinados resultados en salud. No obstante, también llevan aparejados riesgos importantes. La cuestión de si la balanza se inclina más hacia el lado de las ventajas o de los inconvenientes, no es fácil de determinar a priori, pues el éxito de un ARC depende de múltiples factores.

A la vista de los inconvenientes que se han descrito en el epígrafe anterior, en algunas ocasiones los costes derivados de la implantación de un acuerdo basado en resultados en salud pueden exceder a los beneficios. Por consiguiente,

Figura 5.3**Acuerdos basados en resultados en salud. Aspectos clave a considerar**

Fuente: Pharmaceutical Market Europe (2011).

se aconseja limitar la utilización de estos mecanismos a situaciones concretas y excepcionales, en lugar de tratar de hacer de ellos una norma (The Association of the British Pharmaceutical Industry 2008; Badía y Prior 2010). En cualquier caso, la decisión relativa a la introducción de los ARC (en particular, de aquellos basados en resultados en salud) debe meditar profundamente, respondiendo a una serie de cuestiones clave, tales como las que figuran en la figura 5.3.

Asimismo, algunas recomendaciones para reducir los inconvenientes y maximizar las ventajas potenciales de los acuerdos basados en resultados en salud son las siguientes (Espín et al., 2010):

- Se debe definir claramente el problema objeto del acuerdo e identificar el perfil de los pacientes para los que está indicada la tecnología.
- Se deben establecer de forma clara los objetivos del acuerdo, detallando los deberes y obligaciones de cada una de las partes contratantes. Además, los ARC deberían ser desarrollados de forma conjunta entre financiador e industria farmacéutica, tratando de buscar objetivos comunes.
- Los ARC deben estar orientados hacia el paciente, contar con su autorización y emplear indicadores de resultados objetivos y fácilmente medibles.
- Resulta esencial definir nítidamente qué se entiende por éxito terapéutico y qué indicadores de resultados se emplearán para evaluarlo, puesto que

este aspecto es lo que determinará si el tratamiento cumple o no con los resultados acordados por las partes y, por tanto, su posterior financiación.

- Para reducir la carga administrativa, se debería simplificar el proceso y sería deseable que todos los contratos siguieran un mismo esquema.
- Los ARC deben ser gestionados correctamente para evitar que se conviertan en una carga para el SNS.
- Se debe considerar su impacto a largo plazo así como las posibles repercusiones en otros países.
- Antes de comenzar el tratamiento, se debería crear un registro de pacientes para facilitar el seguimiento y la monitorización de los resultados.

En lo que respecta a los productos candidatos a ser objeto de un acuerdo basado en resultados en salud, hay que tener en cuenta que estos contratos no resultan aplicables a todas las tecnologías sanitarias, pues éstas deben reunir una serie de requisitos. En este sentido, están especialmente concebidos para medicamentos que suponen una innovación en el mercado (p.ej. biotecnológicos); con un elevado coste –generalmente empleados en el tratamiento de enfermedades graves (p.ej. tratamiento oncológicos); dirigidos a un número reducido de pacientes; indicados para el tratamiento de enfermedades con una necesidad clínica no cubierta o para las que no existe un tratamiento suficientemente eficaz (p.ej. medicamentos huérfanos); y a aquellos que han sido aprobados rápidamente y, por tanto, no existe suficiente evidencia para evaluar la relación coste-efectividad que tendrán al ser aplicados en la práctica clínica real (Badía y Prior, 2010). Además, los resultados han de ser alcanzables a corto plazo y fácilmente medibles mediante indicadores objetivos (Puig-Junoy y Meneu, 2005). Estos casos favorecen la adopción de ARC basados en resultados en salud porque se puede ligar el pago de la tecnología a los resultados clínicos. Por el contrario, dichos acuerdos resultan innecesarios en aquellos casos en los que se conocen con certeza el coste y la efectividad del tratamiento al ser aplicado en condiciones reales.

Por lo que atañe a la posible aplicación de los ARC en el ámbito del Sistema Murciano de Salud (SMS), dada la crítica situación financiera por la que atraviesa actualmente, no parece prudente aconsejar su introducción en un futuro inmediato, principalmente porque el SMS no cuenta con los medios materiales y humanos para garantizar su correcta gestión y, por tanto, el éxito de los mismos. En primer lugar, un aspecto clave para el éxito de los ARC basados en resultados en salud pasa por disponer de potentes y sofisticados sistemas de registro de pacientes y programas informáticos que faciliten la recogida de información sobre los resultados de salud de los pacientes y el seguimiento y evaluación de los mismos. Asimismo, es necesario contar con personal suficientemente formado en el funcionamiento de estos acuerdos, así como personal administrativo a cargo de los trámites que llevan asociados. Teniendo en cuenta la reducción de la plantilla que se está

realizando actualmente en el SMS, parece poco probable que se pueda hacer frente a la contratación de personal con dedicación exclusiva a la gestión de los ARC. Como consecuencia de todo ello, el SMS debería realizar una considerable inversión inicial para contar con toda la infraestructura logística, así como con los recursos humanos necesarios para la correcta gestión de estos acuerdos. En caso de que el acuerdo tuviera éxito, dicha inversión podría ser amortizada en el futuro (a largo plazo). Sin embargo, la delicada situación financiera por la que atraviesa el SMS actualmente, en la que las inversiones y gastos corrientes se han reducido al máximo, desaconseja la introducción de esta nueva fórmula para financiar nuevas tecnologías sanitarias, al menos, hasta que la coyuntura económica no haya mejorado.

En cualquier caso, para formular un juicio mejor informado acerca de la conveniencia de introducir los ARC en el SMS, se podría constituir un grupo nominal constituido por representantes de los distintos agentes del sistema sanitario (gestores sanitarios, compañías farmacéuticas, profesionales sanitarios, pacientes), con el fin de conocer su opinión al respecto. Una iniciativa de este tipo fue realizada en Cataluña en el *Catsalut Bio-Workshop* celebrado en noviembre de 2008, cuando aún se estaba contemplando la posibilidad de introducir los ARC en el CatSalut. En concreto, el objetivo de esta experiencia fue conocer las opiniones de los participantes en relación al interés de los ARC y las principales barreras para su implantación. Asimismo, también se recogieron sugerencias y propuestas para avanzar hacia la implantación de los ARC (Gilabert et al., 2009).

5.2. PROBLEMAS DETECTADOS POR LOS ACTORES DEL SISTEMA REGIONAL DE SALUD

5.2.1. Metodología: cuestionario sobre sostenibilidad del sistema regional de salud

Con el fin de identificar las principales amenazas para la sostenibilidad del sistema de salud, se ha procedido a recabar la opinión de los gestores, profesionales y usuarios de la sanidad regional a través de un cuestionario. En dicho cuestionario, que se reproduce en las páginas siguientes, además de pedir a los participantes que enuncien los problemas más relevantes de nuestro sistema sanitario, se les solicita que identifiquen posibles acciones que contribuyan a mejorar las perspectivas financieras del sistema, así como que las prioricen de manera explícita.

Figura 5.4
Cuestionario sobre el sistema regional de salud





EL SISTEMA REGIONAL DE SALUD: SOSTENIBILIDAD FINANCIERA Y POSIBLES MEDIDAS DE REFORMA

A continuación le vamos a pedir que responda a una serie de cuestiones referidas al modo en que usted valora el funcionamiento del Servicio Murciano de Salud, su opinión respecto a la sostenibilidad financiera a medio y largo plazo del sistema sanitario regional y su juicio sobre posibles medidas de reforma, en diferentes ámbitos, tendientes a garantizar la calidad del servicio y su viabilidad financiera.

Seleccione las opciones que mejor reflejen su opinión, haciendo clic con el puntero del ratón en el botón correspondiente y, en su caso, añada los comentarios que considere oportunos en los espacios habilitados al efecto.

Antes de empezar, le rogamos nos indique su relación con el Servicio Murciano de Salud. Opcionalmente, puede indicar su nombre o mantener la encuesta anónima si lo prefiere.

Datos de identificación (opcionales, si prefiere que su encuesta sea anónima, puede dejarlos en blanco)

Nombre y apellidos:

Organismo / Institución:

Cargo que ocupa:

Por favor, indique su relación con el Sistema Sanitario en el cuadro desplegable a continuación (Elija la opción más representativa en el caso de que haya varias opciones compatibles con su situación actual).

Relación con el Sistema Nacional de Salud: Seleccione lo más adecuado...

1 - Valore, por favor, para la atención primaria (centros de salud) y para la atención especializada (ambulatorios y hospitales), las siguientes características relacionadas con la calidad del Sistema Murciano de Salud, en una escala que va de 1 (Nada satisfactoria) a 5 (Muy satisfactoria).

	Nada satisfactoria	Alo satisfactoria	Satisfactoria	Bastante satisfactoria	Muy satisfactoria
Atención primaria					
► La <u>facilidad en el acceso</u> a los servicios sanitarios es:	1	2	3	4	5
► La <u>calidad de la atención</u> dispensada por los servicios sanitarios es:	1	2	3	4	5
► El <u>tiempo medio de espera</u> para ser atendido es:	1	2	3	4	5
Atención especializada					
► La <u>facilidad en el acceso</u> a los servicios sanitarios es:	1	2	3	4	5
► La <u>calidad de la atención</u> dispensada por los servicios sanitarios es:	1	2	3	4	5
► El <u>tiempo medio de espera</u> para ser atendido es:	1	2	3	4	5

2.- Globalmente considerado, ¿qué puntuación de 0 (Suspendo) a 10 (Sobresaliente) le otorgaría al Servicio Murciano de Salud?

Suspendo ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 Sobresaliente

3.- ¿Cree usted que, de no emprenderse alguna reforma de cierta entidad, el Servicio Murciano de Salud es sostenible financieramente en un futuro inmediato?

☐ SI ☐ NO ☐ No Sabe / No Contesta

4.- De los factores que a continuación se enumeran, señale cuáles constituyen, en su opinión, una amenaza para la viabilidad financiera del sistema regional de salud y el mantenimiento de los actuales niveles asistenciales en un futuro más o menos próximo. Puede añadir al final algún otro problema que no aparezca en el listado.

- ☐ ► Insuficiencia de fondos provenientes de la Administración Central.
- ☐ ► Insuficientes recursos dotados por la Comunidad Autónoma.
- ☐ ► Insuficientes impuestos pagados para sostener la sanidad.
- ☐ ► Falta de moderación salarial del personal sanitario.
- ☐ ► El estatus funcional del de la mayor parte de los trabajadores.
- ☐ ► Infratitularización de la capacidad de los centros sanitarios (o.e.) uso de quirófanos por la tarde), salvo que existan compensaciones monetarias.
- ☐ ► Descoordinación entre la gestión de la asistencia primaria y la especializada.
- ☐ ► Ineficiencia de la gestión pública.
- ☐ ► Ausencia de una evaluación del coste y los efectos de los nuevos medicamentos y tecnologías, antes de su adquisición por parte del sistema.
- ☐ ► Descentralización y descoordinación en las compras de material y productos sanitarios.
- ☐ ► Insuficiente implicación de los proveedores en la moderación del gasto (no existen acuerdos entre el sistema y los proveedores con este objetivo).
- ☐ ► Insuficiente participación de los usuarios en el coste de los servicios (los usuarios deberían pagar en el momento de utilizar los servicios sanitarios).
- ☐ ► El excesivo gasto en infraestructuras (p.e.) construcción de nuevos hospitales) que podría evitarse sin menar de la calidad asistencial.
- ☐ ► Aumento de la inmigración (los inmigrantes utilizan los servicios sanitarios pero no pagan impuestos o pagan muy pocos).
- ☐ ► "Turismo sanitario" (extranjeros que acuden a la Región para recibir asistencia que no se les presta en sus países de origen).
- ☐ ► Otros problemas:

Escriba aquí los problemas que quiera añadir

5.- Mencionamos a continuación una serie de posibles medidas tendientes a mejorar las expectativas de sostenibilidad del Servicio Muciano de Salud. Por favor, señale cuáles de ellas son, a su juicio, necesarias. Puede asimismo añadir al final alguna otra que no esté en la lista.

Aumento de los ingresos del sistema

- 1. Más recursos provenientes de la Administración Central, como consecuencia de un incremento de los impuestos gestionados por el Estado. ☐
- 2. Más recursos provenientes de la Administración Central, como consecuencia de un mayor reparto entre Comunidades Autónomas. ☐
- 3. Más recursos destinados a sanidad por la Comunidad Autónoma, como consecuencia de un incremento de los impuestos gestionados por ésta. ☐
- 4. Más recursos destinados a sanidad por la Comunidad Autónoma, como consecuencia de un reajuste de las partidas presupuestarias (reducción de otros gastos). ☐
- 5. Más recursos procedentes de los usuarios del sistema, en forma de copagos en el momento de utilizar los servicios sanitarios. ☐

Control de los gastos sanitarios

- 6. Control de los salarios del personal sanitario (moderación salarial). ☐
- 7. Centralización de las compras de productos sanitarios. ☐
- 8. Acuerdos con los proveedores que los hagan partícipes en la moderación del gasto. ☐
- 9. Control del gasto farmacéutico (control de la prescripción, fomento de los genéricos, precios de referencia). ☐

Cambios de gestión y organizativos

- 10. Mayor flexibilidad en la contratación del personal sanitario ("desfuncionalización"). ☐
- 11. Fomento de la gestión privada de determinados servicios, como pruebas diagnósticas. ☐
- 12. Fomento de la gestión privada de la totalidad de los servicios sanitarios, conciertos sanitarios ("modelo Aizora"). ☐
- 13. Integración asistencial, mayor coordinación entre la asistencia primaria y la especializada. ☐
- 14. Evaluación sistemática del coste y la efectividad de nuevos fármacos, tratamientos y tecnologías sanitarias en general, antes de su incorporación al sistema. ☐
- 15. Otras medidas: ☐

Escriba aquí las medidas que quiera añadir:

6.- ¿Podría usted identificar, entre las medidas que ha considerado necesarias en la pregunta anterior, las cinco que, en su opinión, son prioritarias? (Escriba, por favor, el número que corresponda a cada medida en el espacio correspondiente, de mayor a menor importancia).

Primera	Segunda	Tercera	Cuarta	Quinta
				
Escriba aquí el número.	Escriba aquí el número.	Escriba aquí el número.	Escriba aquí el número.	Escriba aquí el número.

7.- ¿Cuáles cree usted que serían los principales impedimentos (técnicos, organizativos, materiales, políticos, etcétera), caso de existir, que podrían obstaculizar la puesta en práctica de las medidas que ha considerado prioritarias para mejorar el sistema regional de salud y reforzar su sostenibilidad financiera?

Medida	Impedimentos
	Describe aquí los principales impedimentos.
	Describe aquí los principales impedimentos.
	Describe aquí los principales impedimentos.
	Describe aquí los principales impedimentos.
	Describe aquí los principales impedimentos.

8.- En su ámbito particular de responsabilidad, ya sea como usuario, trabajador del sistema sanitario, gestor o a cualquier otro nivel, ¿de qué forma cree que puede contribuir a mejorar la viabilidad financiera del Sistema Murciano de Salud?

Escriba aquí su contribución:

9.- Siéntase libre de manifestar cualesquiera observaciones que desee efectuar sobre cualquiera de los aspectos abordados en este cuestionario (puede utilizar este espacio para matizar o ampliar sus respuestas anteriores, así como para añadir cualquier comentario adicional):

Observaciones:

10.- Por último, por favor, puntúe de 0 (Muy fácil) a 10 (Muy difícil) el grado de dificultad que le ha supuesto responder a las preguntas que le hemos planteado a lo largo del cuestionario:

Muy Fácil 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muy Difícil

Muchas gracias por su colaboración

Se llevó a cabo un «buzoneo» a través de correo electrónico mediante el cual se invitó a participar en la cumplimentación del cuestionario a alrededor de ochenta personas representativas de los diferentes ámbitos del sistema sanitario, tal y como se muestra en la siguiente relación que, al comienzo del cuestionario, sirve para que los participantes se «autoclasifiquen».

- Colegios/asociaciones profesionales - médicos
- Colegios/asociaciones profesionales - otro personal facultativo
- Sector farmacéutico - distribución
- Sector farmacéutico - industria
- Asociaciones empresariales
- Organizaciones sindicales - sector sanitario
- Organizaciones sindicales - general
- Profesional del SMS - Médico
- Profesional del SMS - otro personal facultativo
- Gestión - hospitales y clínicas privadas
- Gestión - SMS
- Gestión - Consejería de Sanidad
- Personal docente e investigador
- Otros

5.2.2. Análisis de las respuestas

Se dispuso finalmente de 30 cuestionarios completos (tasa de respuesta del 37,5%). Pese al reducido número de opiniones recabadas¹⁵⁴, la dispar filiación de quienes cumplimentaron el cuestionario¹⁵⁵ permite concluir que las respuestas que a continuación se analizan dan voz a la mayoría de los actores del sistema regional de salud, no existiendo pretensión alguna de representatividad en la muestra.

5.2.2.1. Valoración del SMS

Globalmente, los encuestados conceden al SMS una nota media de 6,8 sobre 10. De forma general y por término medio, la atención primaria es valorada de forma significativamente más favorable que la atención especializada, concretamente en lo que respecta a la facilidad en el acceso y al tiempo medio de espera, aunque la nota media concedida a la calidad de la atención (3,6 sobre 5) es coincidente

¹⁵⁴ Habría que decir, no obstante, que la tasa de respuesta no es anómalamente baja si se tiene en cuenta el medio empleado para divulgar la encuesta (un buzoneo vía email).

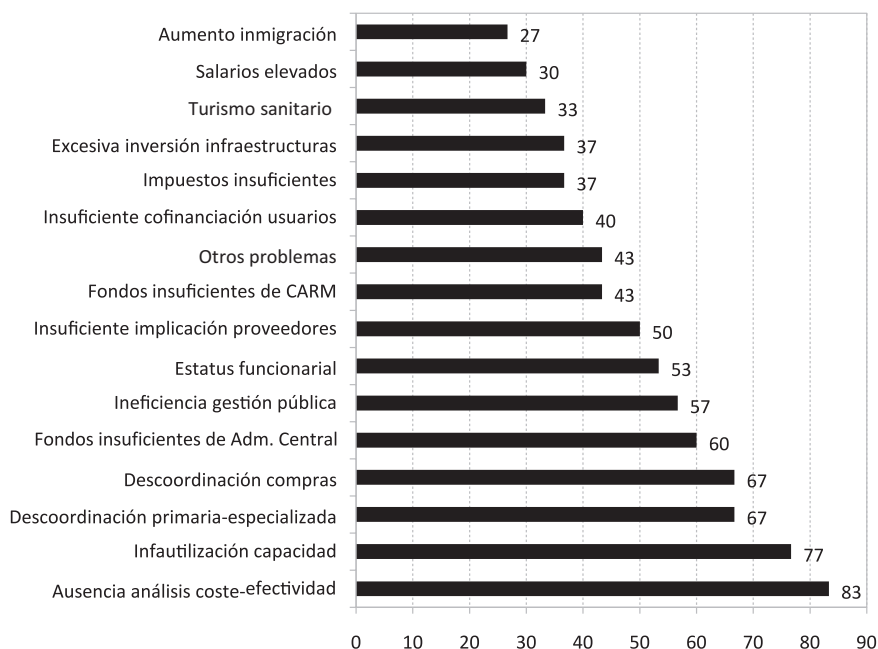
¹⁵⁵ Si bien todas las categorías previstas en el «autoclasificador» del cuestionario online se encuentran representadas en la muestra, hay tres que destacan sobre las demás. Dichas categorías son: «Profesional del SMS - Médico», «Gestión - SMS» y «Gestión - Consejería de Sanidad». Creemos que ello hace cualitativamente muy interesante el análisis de las respuestas de la muestra, por cuanto están reflejando en gran medida las opiniones de profesionales y gestores del sistema sanitario público regional.

en los dos ámbitos asistenciales. En ambos casos, el aspecto peor valorado es el tiempo medio de espera (3,4 y 2,6 sobre 5 en la atención primaria y especializada, respectivamente). Por el contrario, en la atención primaria la facilidad de acceso obtiene la mejor nota media (4,1 sobre 5), mientras que en la atención especializada la nota media más alta recae sobre la calidad de la atención (3,6 sobre 5).

5.2.2.2. Amenazas para la viabilidad financiera del SMS

En general, los factores que son considerados como una amenaza para la viabilidad financiera del SMS por la mayor parte de los encuestados reflejan la existencia de graves problemas a nivel organizativo y de gestión. El gráfico 5.1 muestra el grado de consenso entre los encuestados en torno a las diferentes amenazas para la viabilidad financiera del sistema regional de salud, ordenadas de menor a mayor coincidencia.

Gráfico 5.1
Porcentaje de encuestados que señalan cada amenaza para la viabilidad financiera



Si la relación de amenazas representada en el gráfico las agrupamos en tres categorías: problemas organizativos y de gestión, amenazas relacionadas con los ingresos del sistema y amenazas relacionadas con un aumento del gasto sanitario; y recopilamos los comentarios aportados por los participantes en el apartado de «Otros problemas», podemos extraer las siguientes conclusiones:

a) Problemas organizativos y de gestión

Claramente puede observarse cómo la mayoría de los encuestados (83%) considera que la principal amenaza para el SMS es «carecer de un sistema de evaluación del coste y los efectos de los nuevos medicamentos y tecnologías antes de su adquisición por parte del sistema». Además, tal y como señalan varios encuestados en el apartado de «Otros problemas», tampoco existen criterios para establecer prioridades a la hora de incluir/excluir prestaciones sanitarias. Una consecuencia de ello es el sobredimensionamiento de la cartera de servicios de los hospitales comarcales, la cual «debería ser reducida drásticamente».

En esta categoría incluimos también la «Infrautilización de la capacidad de los centros sanitarios (salvo que existan compensaciones monetarias)», segunda amenaza en cuanto a importancia.

En relación a la tercera de las amenazas («Descoordinación primaria-especializada»), los encuestados subrayan la falta de definición de las tareas propias de cada hospital, lo cual lleva a la «realización de técnicas de diagnóstico o de tratamiento de manera poco eficiente». La descoordinación no sólo se manifiesta entre distintos hospitales, sino también entre éstos y los centros de atención primaria. Empatado con esta amenaza, se encuentra el problema de la «Descentralización y descoordinación en las compras de material y productos sanitarios» (67%).

Otras amenazas relacionadas con las ineficiencias en la gestión pública (57%) y la organización de los recursos humanos (53%) son:

- Falta de profesionalidad de los gestores sanitarios e ineficiente gestión de los hospitales.
- Insuficiencia para asumir la gestión integral y descentralizada del SMS.
- Falta de corresponsabilidad de los profesionales sobre sus actuaciones en la gestión clínica.
- Reducción del rendimiento/productividad del personal, así como falta de control y evaluación del desempeño profesional.
- Controles horarios poco estrictos: «Como hay que trabajar por la tarde, nadie se queda hasta las tres. A esto hay que añadirle que se pagan peonadas a médicos/enfermeros por operar a las cinco de la tarde, cuando esa mañana la última operación la terminaron a las 12, nadie lo controla».
- Variabilidad en la práctica clínica y ausencia de gestión clínica basada en la evidencia.
- Dualidad entre el personal del SMS y el de la Consejería de Sanidad. Por ejemplo, el personal del SMS (al ser un organismo autónomo) está sujeto a menos controles y puede tener doble dedicación (p.ej. trabajar de forma

simultánea en la sanidad pública y en la privada). En cambio, los trabajadores de la Consejería no pueden desempeñar otro cargo: «Un médico de la Consejería no puede ni despachar por las tardes, al ser incompatible su trabajo con cualquier otro, aunque no guarde relación directa, pero un médico del SMS puede dedicarse a la privada. ¿Cómo le va a interesar que funcione lo público si es la competencia? Ya me parece un despropósito poder ejercer en los dos ámbitos, pero que un mismo paciente pueda ser recibido por la mañana en su consulta pública y por la tarde en la privada sólo tiene una palabra: inmoral».

- Situación privilegiada de los hospitales en comparación con los centros de atención primaria: «Desviación intensa de recursos hacia el hospital en detrimento clarísimo de la atención primaria, con el consiguiente descontento de los profesionales de primaria. Esto además fomenta que se invierta en tecnología y no en prevención». Además, los médicos de los hospitales parecen ser reacios a tratar como iguales a los de atención primaria.
- Desviación de productos sanitarios a clínicas privadas y utilización de quirófanos de hospitales públicos para atender a pacientes por la vía privada.
- Modelo basado en prácticas curativas/paliativas, con escaso peso de las medidas de prevención y promoción de la salud.
- Sistema poco transparente, pues no se publican «datos comparativos de atención a usuarios y tiempos de espera y calificación de la atención por parte de éstos».
- El estatus funcional de la mayor parte de los trabajadores.

b) Amenazas relacionadas con los ingresos del sistema

Otras amenazas para la sostenibilidad financiera del SMS se derivan de la escasez de ingresos para financiar el sistema, como consecuencia de (en orden de importancia):

- La insuficiencia de fondos provenientes de la Administración Central (60%).
- La insuficiente asignación de fondos realizada por la comunidad autónoma (43%).
- La insuficiente participación de los usuarios en el coste de los servicios (40%).
- Los insuficientes impuestos pagados para sostener la sanidad (37%).

c) Amenazas asociadas con un aumento del gasto sanitario

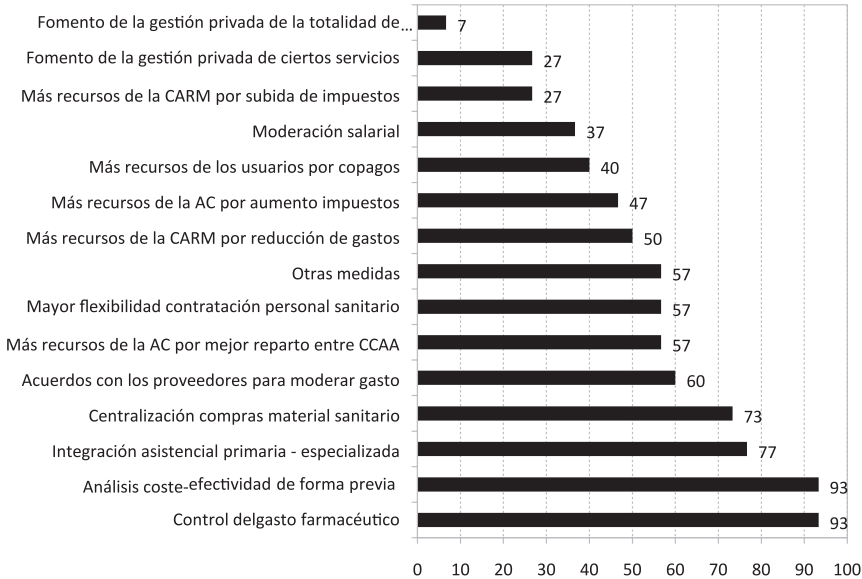
Asimismo, la sostenibilidad financiera del SMS también se ve amenazada por una serie de aspectos relacionados con un aumento del gasto sanitario, tales como los siguientes:

- Insuficiente implicación de los proveedores en la moderación del gasto, situada en la mitad de la clasificación con un porcentaje del 50%.
- Excesivo gasto en infraestructura, con un porcentaje de consenso del 37%.
- «Turismo sanitario»; antepenúltima amenaza en orden de importancia (33%).
- Falta de moderación salarial del personal sanitario, que aparece ordenada en penúltimo lugar (30%).
- Aumento de la inmigración, considerada, de entre las propuestas, como la menor de las amenazas a la viabilidad financiera del sistema (27%).
- Escasa externalización de aquellos servicios que no son puramente sanitarios.
- Falta de concienciación social acerca de la importancia de hacer un uso adecuado de los recursos del sistema de salud, con la consiguiente sobredemanda de productos y servicios sanitarios.
- Aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas (asociado al envejecimiento de la población).
- Elevada prevalencia del sobrepeso y la obesidad, resultando alarmante la elevada prevalencia de obesidad infantil en la Región de Murcia: «Un 10% del gasto sanitario (200 millones de euros) se debe a la obesidad o sobrepeso, afectando a dos de cada tres personas en la Región de Murcia». «Murcia está entre las tres primeras regiones en obesidad infantil de España, pese al gasto de tres millones de euros del Plan de Educación para la Salud en la Escuela. La prohibición de bollos es inútil, lo trae en la mochila puesto por su madre, que no ve al niño gordo, sino 'hermoso' ».

5.2.2.3. Medidas propuestas para mejorar las expectativas de sostenibilidad del SMS

Como dato significativo, cabe destacar que el 90% de los participantes cree que no será posible garantizar la sostenibilidad financiera del SMS en un futuro próximo si no se acometen reformas importantes. Dado que la mayor parte de las amenazas señaladas hacen referencia a problemas de tipo organizativo y de gestión, las propuestas para mejorar las expectativas de sostenibilidad del SMS se concentran en gran medida en este ámbito. No obstante, los encuestados también consideran prioritarias aquellas medidas orientadas a paliar el déficit del SMS, tanto por la vía de los gastos como de los ingresos. El gráfico 5.2 ordena las medidas propuestas

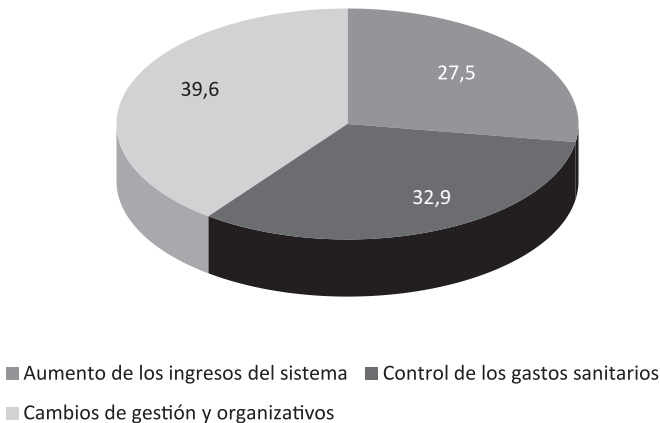
Gráfico 5.2
Porcentaje de encuestados que eligen cada una de las propuestas de mejora de la sostenibilidad del SMS



para mejorar las expectativas de sostenibilidad del SMS, según el porcentaje de encuestados que las escogieron.

Si, como hicimos en el anterior subapartado, agrupamos las medidas propuestas en tres bloques, podemos comprobar cómo el tipo de reformas juzgadas como más importantes son las concernientes a los cambios organizativos y de gestión (gráfico 5.3).

Gráfico 5.3
Porcentaje de respuestas (sobre el total) agrupadas en tres bloques



a) Cambios de gestión y organizativos

Destaca por encima del resto de medidas encuadradas en esta categoría, la propuesta de implantar medidas objetivas para establecer prioridades a la hora de asignar recursos sanitarios y para la toma de decisiones relativas a la inclusión/exclusión de prestaciones sanitarias en el sistema. En particular, mediante la realización de estudios de coste-efectividad de las nuevas tecnologías sanitarias, de forma general, antes de su incorporación al sistema (93%). Para ello, «haría falta un sistema de evaluación a nivel nacional coordinado por el Ministerio, al estilo del NICE británico».

También revisten un elevado grado de consenso las propuestas relativas a intensificar la integración asistencial (77%):

- Definir de forma clara las funciones a desempeñar por cada nivel asistencial, «evitando el desarrollo de técnicas de diagnóstico o tratamiento ‘a la medida’ del interés de los médicos y no de las necesidades del sistema».
- Mejorar la coordinación entre atención primaria y hospitalaria, así como entre los ambulatorios y hospitales. Para ello, resulta necesario unificar los sistemas informáticos utilizados en los distintos centros pertenecientes al SMS.
- Desarrollar en mayor medida la atención domiciliaria.

Dentro del apartado de «Otras medidas» (porcentaje del 57%) se han formulado muchas observaciones relacionadas con la organización de los recursos humanos, sólo parcialmente relacionadas con la «desfuncionarización» del personal, medida esta que concita el mismo grado de acuerdo (57%):

- Mayor profesionalización de los gestores sanitarios, cuyas actuaciones deberían basarse en el interés social.
- Contar con mayor flexibilidad para contratar al personal sanitario.
- Aumentar el control sobre el absentismo laboral y el cumplimiento horario.
- Fomentar la retribución por desempeño o cumplimiento de objetivos. Por ejemplo, se podría incentivar a los profesionales sanitarios en función de los resultados en la salud de los pacientes.
- Establecer un régimen de incompatibilidad laboral para el personal del SMS similar al de la Consejería de Sanidad. En concreto, se debería prohibir que el personal del SMS pueda trabajar en el ámbito privado de forma paralela.
- Corresponsabilizar al personal que presta los servicios sobre sus actuaciones.

Hay también varias apreciaciones relativas a la mejora de la gestión pública, aunque no siempre vinculadas al fomento de la gestión privada (un 27% de los encuestados se declara favorable a la introducción de la gestión privada, aunque sólo en ciertos servicios como, por ejemplo, las pruebas diagnósticas):

- Descentralizar la gestión: «Sólo una gestión descentralizada permitirá eficiencia en el gasto».
- Establecer estándares de calidad y elaborar guías de práctica clínica (especialmente para aquellos procesos que generen más gastos).
- Medir y publicar los indicadores de gestión, funcionamiento y valoración del SMS por parte de los usuarios (tiempos, costes, atención, etc.).
- Aumentar el número de enfermeros por paciente y permitir que éstos puedan prescribir el tratamiento a los pacientes. Además, se debería pasar a un nuevo modelo de cuidados liderado por especialistas en enfermería familiar y comunitaria: «Las enfermeras especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria tenemos la capacidad para tomar decisiones diagnósticas y decidir si la persona a la que atendemos necesita o no ser atendida, además, por un médico. Esto es rentabilidad, eficacia y ahorro».

Por último, también hay manifestaciones en torno a la calidad asistencial, su medición y seguimiento:

- Implantar la tarjeta sanitaria a nivel estatal.
- Poner a disposición de los usuarios hojas de reclamación en todos los centros de salud: «En las normas de calidad del SMS debería figurar la obligación ineludible de todos los trabajadores del SMS de formalizar de inmediato y por escrito, como reclamación de cliente, cualquier descontento, fallo, negligencia, olvido, etc. que llegue a su conocimiento, primándose su realización y sancionándose el incumplimiento».
- Tener en cuenta la gravedad del paciente a la hora de cumplir con los tiempos en lista de espera. «No se puede retrasar ni un solo caso de cáncer o patología que requiera actuación en los términos establecidos, pero habrá que ser más flexibles con patologías que puedan esperar sin problemas para la salud (juanetes, hernias no complicadas, cataratas, cirugía cutánea no tumoral...)».
- Fomentar las medidas de prevención y promoción de la salud (frente a las actuales prácticas curativas/paliativas), tales como programas de educación para la salud o el modelo de autocuidado de la salud, basado en la figura del «paciente experto» como proveedor de salud. Por ejemplo: «Sesiones grupales para perder peso: que el paciente pague 10 euros al mes durante un año (conseguir microcréditos). Si el paciente pierde el 10% de su peso

y lo mantiene durante seis meses, la Administración le devuelve el dinero (con un 5% ya se han demostrado reducciones de hasta el 57% de riesgo de diabetes). Centrarse en pacientes entre 40-60 años, amas de casa o en paro, que son los que pueden atender las sesiones grupales y que en los siguientes años (<10) serán los mayores consumidores del Sistema Sanitario».

- Asimismo, las farmacias también deberían desempeñar un papel prominente en la puesta en marcha de programas de promoción de la salud y prevención de enfermedades: «La oficina de farmacia es el centro sanitario ideal por su accesibilidad y cercanía para poner en marcha estos programas».

b) Aumento de los ingresos del sistema

Figuran en primer lugar, dentro de este bloque, todas las propuestas concernientes al aumento de la dotación de recursos del SMS, ya sea provenientes del Estado (aumento de impuestos estatales, mejor reparto presupuestario entre las distintas CC.AA. y establecimiento de copagos en el momento de utilizar los servicios sanitarios), como de la comunidad autónoma (mayor carga impositiva a nivel autonómico y reducción de gastos en otras partidas presupuestarias).

Otras propuestas relacionadas con el aumento de los ingresos del sistema:

- Establecer un copago para aquellos pensionistas con suficiente renta.
- Adecuar los recursos a las necesidades de cada área de salud, aplicando criterios de equidad.
- Adecuar los ingresos a los objetivos definidos como fines por el SNS: «Esto, aunque parezca increíble, no se hace. Se presupuesta de acuerdo a un histórico y unas circunstancias más o menos cambiantes. Es decir, se presupuesta para los medios, y no para los fines. En un sistema público, la financiación de los fines debe estar garantizada por un pacto político que libera una asignación ligada a impuestos».
- Perseguir el fraude fiscal.

c) Control de los gastos sanitarios

En este capítulo destaca sobremanera la propuesta de «Control del gasto farmacéutico» (93%), seguida de la centralización de las compras de productos sanitarios (73%), el establecimiento de acuerdos con los proveedores para hacerlos partícipes en la moderación del gasto (60%) y, a mucha distancia, la moderación salarial (37%).

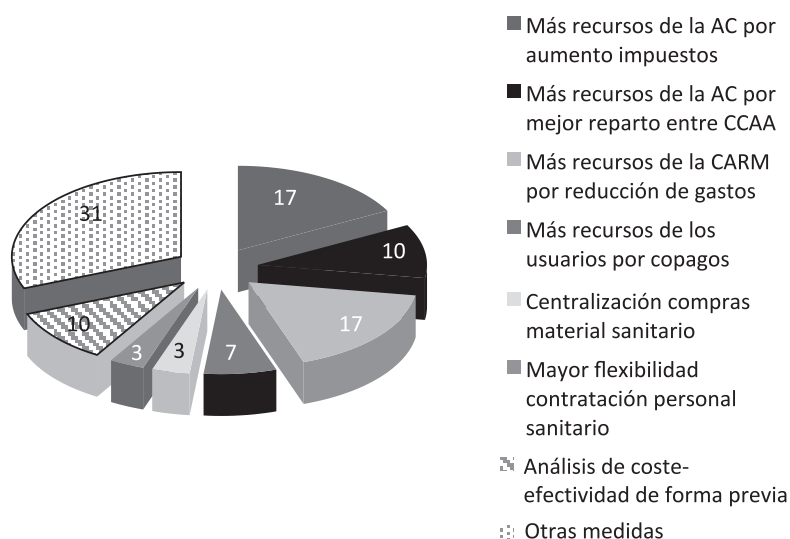
Otras medidas propuestas por los participantes fueron:

- Reducir la cartera de servicios ofrecidos por los hospitales comarcales.
- Adecuar los recursos a las necesidades de cada área de salud, en base a criterios de equidad.
- Corresponsabilizar a los gestores y profesionales sanitarios sobre el control del gasto.
- Evitar despilfarros y gastos superfluos: reducir gastos de protocolo, dietas, viajes, coches oficiales.
- Responsabilizar a los usuarios del gasto sanitario (p.ej. informándoles sobre el coste de los productos y servicios sanitarios que utilizan, mediante programas de educación para la salud, estableciendo un copago de 1 € por consulta en el servicio de urgencias, etc.).
- Incentivar el aseguramiento privado (con deducciones fiscales).

5.2.2.4. Priorización de las medidas propuestas

Se pidió a los encuestados (pregunta 6) que, de todas las medidas de reforma que hubieran señalado, seleccionaran las 5 consideradas prioritarias. La frecuencia con que cada una de las medidas fue escogida en primer lugar (como más importante) se ofrece en términos porcentuales en el gráfico 5.4.

Gráfico 5.4
Porcentaje de respuestas (sobre el total)



Resulta curioso apreciar cómo, cuando el encuestado ha de priorizar entre todas las medidas identificadas con anterioridad, la gran mayoría se decanta en primer lugar por aquellas directamente relacionadas con el incremento de los recursos destinados a la sanidad. Obsérvese cómo la frecuencia con que se escoge como medida más importante el aumento de recursos, ya sean procedentes de la Administración Central o de la Autonómica, representa un 44%. Este resultado sugiere que, aunque las medidas relacionadas con los cambios de gestión y organizativos, e incluso con el control de los gastos sanitarios, son señaladas como importantes por un porcentaje mayor de encuestados (véase gráfico 5.3), se considera, no obstante, como más prioritario el aumentar los ingresos destinados al sostenimiento de la sanidad regional (incluso a través de un aumento en la financiación compartida por los usuarios vía copagos).

5.2.2.5. *Impedimentos*

Como obstáculos para llevar a cabo las medidas propuestas, los encuestados destacan los siguientes:

a) Para emprender las medidas destinadas a mejorar la organización y gestión del sistema:

- El sistema de selección de los gestores sanitarios conlleva varios problemas. En primer lugar, se trata de un sistema endogámico, pues normalmente los gestores son elegidos entre el propio personal sanitario del SMS, lo cual contribuye a que sean reacios a tomar medidas que les puedan perjudicar si en un futuro regresan a su anterior puesto (ej: control de las peonadas): «El problema es que los gestores, que son los que deben controlar esto, no dejan de ser médicos/enfermeros, que algún día volverán a sus plazas, con sus compañeros y a beneficiarse del sistema». Por otra parte, algunos altos cargos también son elegidos según su afinidad política.
- Falta de voluntad por parte de los dirigentes políticos, gestores y profesionales sanitarios (p.ej. por el «miedo al poder corporativo de los médicos»).
- Los colectivos profesionales y los sindicatos no están dispuestos a renunciar a los derechos que los trabajadores ya han adquirido.
- Reticencia de los profesionales a ser objeto de un mayor control /evaluación en su trabajo.
- Excesiva autonomía de las distintas unidades asistenciales.
- Dificultad para conseguir equipos de trabajo comprometidos y formados.
- Falta de comunicación entre los profesionales de los distintos ámbitos (p.ej. entre distintas áreas asistenciales, entre los médicos de atención primaria y

especializada). Además, los médicos de los hospitales son reacios a tratar como iguales a los médicos de atención primaria.

- Insuficiente desarrollo de los sistemas de información disponibles.
- Ausencia de cultura evaluadora (análisis coste-efectividad).
- Excesivo arraigo del modelo curativo/paliativo. Los profesionales y usuarios no están preparados para pasar a un modelo donde primen las prácticas de prevención de enfermedades y promoción de la salud. Además, no hay suficientes profesionales especializados en prevención y promoción de la salud.
- Resistencia al cambio.

b) Para llevar a cabo las medidas orientadas a aumentar los ingresos del sistema

- Actual modelo de financiación de la sanidad pública. Posibles conflictos entre distintas CC.AA. por no perder financiación. Para evitar problemas, sería necesaria una acción coordinada por parte del SNS.
- Rechazo por parte de la oposición política.
- Algunas medidas (p.ej. copago por visita médica) podrían resultar impopulares y ocasionar problemas de equidad en el acceso a la atención sanitaria. Para evitarlo, habría que excluir a los colectivos con menor renta.

c) Para introducir medidas tendentes a reducir el gasto farmacéutico:

- Rechazo por parte de la oposición política y de algunos sectores de población ante el temor de que la sanidad deje de ser universal y gratuita.
- Falta de concienciación de los profesionales sanitarios sobre la importancia de controlar el gasto.
- Los usuarios no están suficientemente concienciados sobre las repercusiones de hacer un uso abusivo de los recursos sanitarios ni de la responsabilidad que tienen sobre su propio estado de salud.
- Presión por parte del sector farmacéutico: «Falta de compromiso de las empresas farmacéuticas, que siguen buscando el negocio y la rentabilidad a toda costa»; «La política de los laboratorios con los visitantes médicos ofreciendo incentivos es un verdadero problema que nadie controla».

5.3. PROPUESTAS DE MEJORA DEL SISTEMA REGIONAL DE SALUD

5.3.1. Propuestas en el ámbito de la financiación de la Hacienda Regional

- Si bien en la actual coyuntura recesiva cabría pensar que las subidas de impuestos pueden tener un efecto negativo sobre las expectativas de recuperación (por su incidencia sobre el consumo y la inversión), creemos que la CARM debería estudiar cualquier posibilidad de mejorar sus niveles de recaudación explotando el margen de que dispone en el ejercicio de la capacidad normativa sobre determinados impuestos. El Plan de Reequilibrio de la CARM para 2012-2014 (ver Apéndice 1) prevé algunas medidas (cambios en las deducciones en el IRPF, reactivación del impuesto sobre patrimonio, limitación de las exenciones en el impuesto sobre sucesiones y donaciones, e incremento del impuesto sobre instalaciones que incidan sobre el medio ambiente) que, conjuntamente, aportarán unos 70 millones de euros adicionales en 2012 y 45 millones más en 2013.
- Sin embargo, el margen de actuación sigue siendo amplio. Murcia es una de las dos CC.AA. (la otra es la Comunidad Valenciana) que no ha modificado la tarifa del IRPF respecto de la general del Estado. Algunas comunidades han fijado tipos de gravamen inferiores a los de la tarifa estatal, pero hay comunidades como Cataluña, Andalucía o Asturias que han aprobado escalas que incluyen más tramos que la del Estado y cuyos tipos de gravamen son más elevados para los tramos de mayor renta. Sin salirnos del IRPF, la Región de Murcia mantiene algunas deducciones autonómicas sobre la cuota, como la que favorece la inversión en vivienda habitual para jóvenes (limitada a partir de 2012). Algunas de estas deducciones podrían ser objeto de revisión, a la vista de su efectividad e incidencia distributiva.
- En relación con el Impuesto sobre el Patrimonio, aunque la CARM ha «reactivado» dicho impuesto (como el resto de CC.AA.) no ha ejercido su capacidad para incrementar su progresividad elevando los tipos de gravamen, como sí han hecho, por ejemplo, Andalucía o Baleares.
- En el Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones, aunque se va a limitar la exención actual del 99% en el caso de transmisiones a cónyuge, ascendientes y descendientes a bases imponibles inferiores a 300.000 euros, podría revisarse más aún el actual esquema de exenciones a la luz del principio de equidad vertical y habida cuenta del contexto de escasez de ingresos por el que atraviesa la Hacienda Regional.
- Sobre la base de estos mismos argumentos debería abordarse un replanteamiento global de la fiscalidad autonómica, evaluando las posibilidades reales de incrementar la recaudación a través de los impuestos que puedan afectar menos a la competitividad de la economía regional y sean más respetuosos con el principio de progresividad impositiva.

- En otro ámbito completamente diferente, y habida cuenta del déficit crónico de financiación que la CARM ha sufrido en términos relativos, desde que se inició el proceso de traspaso de competencias, y que las sucesivas reformas del sistema de financiación autonómica no han conseguido eliminar (si bien el modelo de 2009 supone un cambio cualitativo al respecto), los responsables del Gobierno Regional deberían hacer todos los esfuerzos para, una vez superada la actual fase de aguda restricción presupuestaria, reclamar al Gobierno Central una adecuada compensación por los déficit de financiación acumulados a lo largo de las pasadas décadas (la denominada «deuda histórica» cuyo reconocimiento han logrado antes algunas otras comunidades con menos argumentos objetivos para apoyar su reclamación).

5.3.2. Decisiones de cobertura y copago

- En el ámbito de la cobertura poblacional, más concretamente en el terreno de los problemas de gestión de las prestaciones de asistencia sanitaria derivadas de la aplicación de los Reglamentos comunitarios y convenios internacionales, a tenor del informe de fiscalización del Tribunal de Cuentas, de 29 de marzo de 2012, si bien la valoración global de la actuación de los servicios de salud de la CARM no es mala, hay no obstante posibilidades de mejora en aspectos tales como, por ejemplo, la grabación de los datos de facturación de la asistencia sanitaria prestada a nacionales de otros países y la coordinación con los servicios centrales del INSS. En el primer caso, los centros de atención primaria de los servicios de salud de la comunidad deberían introducir directamente los datos en el módulo informático de facturación habilitado al efecto. En el segundo caso, debería establecerse un sistema de coordinación con los servicios centrales del INSS que evitase que personas extranjeras sin recursos económicos suficientes pudieran disfrutar de la tarjeta sanitaria europea. En cualquier caso, los cambios introducidos por el Real Decreto 16/2012 en materia de reconocimiento del derecho subjetivo a la atención sanitaria alteran significativamente el tratamiento de este tipo de casos.
- En relación a la constitución y actualización de la cartera de servicios complementaria de la CARM, resulta imprescindible introducir procedimientos reglados de evaluación económica que, con carácter preceptivo y previo a la incorporación de cualquier nueva tecnología sanitaria, determinen si es coste-efectiva. Dichos procedimientos deberían abarcar todo el espectro de tecnologías sanitarias, esto es, el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, mediante los cuales se hacen efectivas las prestaciones de los servicios de salud, incluyendo medicamentos, productos sanitarios, técnicas diagnósticas, procedimientos quirúrgicos, actividades de salud pública y cualesquiera otras tecnologías empleadas en la atención sanitaria. Esta labor debería ser desarrollada por una unidad especializada de la

Consejería de Sanidad y Política Social, un Comité Regional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (cuya creación está prevista en el marco de las «Estrategias 2015», ver Apéndice 2) integrado por profesionales de la propia Consejería, SMS y expertos externos que, con la mayor independencia y rigor metodológico posibles, formularsen recomendaciones basadas en la evaluación económica acerca de la idoneidad de tecnologías sanitarias nuevas y existentes. Para el éxito de una empresa de estas características resultaría muy conveniente que las recomendaciones del Comité fuesen vinculantes.

- El mencionado Comité debería centrar una parte sustancial de su actividad en la evaluación económica de tecnologías de alto impacto, ya sea por su coste o impacto presupuestario sobre el conjunto del sistema, ya sea por su utilidad terapéutica o por la idiosincrasia específica del grupo de pacientes al que va destinado. Asimismo, el Comité debería sentar las bases metodológicas con que otros órganos (comités de farmacia y terapéutica de los hospitales) abordan sus análisis y contribuir a la incorporación de la evidencia sobre coste-efectividad de las tecnologías en las guías de práctica clínica utilizadas por los profesionales sanitarios de la Región de Murcia.
- Respecto de la participación de los usuarios de la Región de Murcia en el coste de los servicios sanitarios, el Real Decreto-ley 16/2012 introduce un nuevo esquema de copago farmacéutico. En este sentido la CARM, en principio, no puede sino, tal y como expresa dicha norma en su disposición final segunda, adoptar en el ámbito de sus competencias las medidas necesarias para asegurar la efectividad de la nueva medida. No obstante, una vez se pongan en práctica los nuevos copagos, la CARM debería efectuar un seguimiento de su impacto en la Región, a fin de intentar verificar sus efectos sobre el consumo de medicamentos en general y sobre la equidad en particular. De observarse riesgos para la equidad en términos de empobrecimiento o deterioro en la salud, la CARM en el ejercicio sus competencias, debería disponer medidas compensatorias que paliasen dichas situaciones.

5.3.3. Cambios en la gestión y las formas organizativas

- La evidencia empírica no es robusta en relación con las ventajas que suponen las innovaciones en el ámbito de la gestión y la organización de los servicios sanitarios en términos de eficiencia en el uso de los recursos y, por ende, en forma de menores costes de prestación. Es posible que la implantación de instrumentos basados en la gestión clínica, como los institutos o las unidades de gestión clínica, permita mejoras en la eficacia y la eficiencia de los servicios. La CARM parece decidida a impulsar la creación de unidades de gestión clínica en el marco de las «Estrategias 2015» (ver Apéndice 2). Sería bueno que se atendiese a la experiencia de otras comunidades que han desarrollado este modelo con anterioridad,

como Asturias y Andalucía, con el fin de aprovechar las iniciativas de éxito y evitar repetir errores.

- No está claro que el recurso a nuevas formas jurídicas (consorcios, fundaciones, entes públicos) en el ámbito de la gestión directa de los servicios aporte ventajas significativas, pese a la mayor flexibilidad que en principio conlleva la no sujeción (o sujeción parcial) al derecho administrativo. La experiencia frustrada del Hospital de Cieza, inicialmente configurado como fundación sanitaria, en la Región de Murcia parece confirmar esta hipótesis. El modelo de «contrato *in house*» seguido en la Región con la empresa pública GISCARMSA, más allá de la ventaja «contable» que pueda suponer la no consolidación de las operaciones de financiación de infraestructuras de la empresa en el déficit autonómico, también ha presentado algunos problemas, en particular en lo referido a los costes de la prestación de los servicios complementarios (no asistenciales) gestionados por la citada entidad. En consecuencia, más allá de la prevista privatización parcial de la empresa mediante la venta del 49% de su accionariado, debería someterse a revisión este modelo de provisión de infraestructuras.
- Por lo que respecta a la gestión indirecta, sería conveniente revisar en profundidad los conciertos sanitarios actualmente vigentes (más allá de la renegociación de los precios que se ha realizado en 2011 y que ha permitido reducir los costes un 5%). La razón de esta propuesta es que estos acuerdos adolecen de una casi absoluta falta de supervisión en lo que se refiere a las condiciones reales de prestación del servicio, la calidad de la atención y la satisfacción de los pacientes. Aunque los costes por acto o por proceso pagados por el financiador público en el marco de estos conciertos resultasen inferiores a los registrados en los centros sanitarios de titularidad pública, la ausencia de tales medidas efectivas de supervisión hacen imposible su evaluación en términos comparativos.
- Una iniciativa interesante, por haber alcanzado unos resultados más que razonables allí donde se ha implantado, la comunidad autónoma de Cataluña, es la constituida por las Entidades de Base Asociativa (EBA). Algunas evaluaciones muestran que estas agrupaciones de profesionales destacan por sus indicadores clínicos y su menor utilización de pruebas diagnósticas y de farmacia, así como por una mayor implicación y satisfacción de los profesionales que las integran y de los pacientes
- Las estrategias de colaboración público privada, contrariamente a lo que publicitan sus defensores, no han demostrado en la práctica ventajas que aconsejen su adopción. De un lado, las fórmulas PFI de concesión de obra pública han dado lugar a notables problemas financieros derivados de los mayores costes de financiación (Reino Unido) o a disfunciones asociadas a restricciones en la competencia en el mercado (Italia). Por otra parte, los modelos de concesión administrativa sanitaria («modelo Alzira») presentan

más luces que sombras. Nuestra propuesta al respecto es la de actuar con cautela y esperar a que existan evaluaciones rigurosas a medio plazo de las experiencias de este tipo impulsadas en otros servicios de salud regionales (particularmente en la Comunidad Valenciana y en Madrid), antes de asumir el riesgo de apostar por esta fórmula de gestión indirecta.

5.3.4. Sistemas de compras y pago a proveedores

- El Proyecto de Modelo Centralizado de Compras, Aprovisionamiento y Logística desarrollado en el sistema regional de salud es una excelente iniciativa que ya está dando frutos en forma de una mayor homogeneidad en las adquisiciones, un menor coste de aprovisionamiento y una mejor gestión de los stocks. Nuestra propuesta al respecto consiste en extender lo máximo posible el ámbito de actuación de este modelo, sin perjuicio de someter a consideración la posibilidad de actuar conjuntamente con otros servicios regionales de salud, a través de la Central de Compras del SNS, en los casos en los que, por el volumen de los consumos o por razones de logística, sea preferible la compra centralizada a escala nacional.
- Los Acuerdos de Riesgo Compartido, bien gestionados, pueden tener importantes ventajas para todos los agentes implicados (financiador sanitario, fabricante, pacientes, profesionales sanitarios), especialmente en aquellos acuerdos orientados hacia la consecución de resultados en salud. No obstante, también llevan aparejados riesgos importantes, de ahí que la utilización de estos mecanismos deba limitarse a situaciones concretas y excepcionales, como las que se dan cita en el caso de tratamientos innovadores (medicamentos biotecnológicos), de elevado coste (tratamientos oncológicos) o dirigidos pacientes que no disponen de un tratamiento eficaz (medicamentos huérfanos). Nuestra propuesta es que se inicie la introducción de este tipo de acuerdos en el sistema a modo de experiencias «piloto» y que su uso no se extienda hasta tanto no se disponga de una evaluación de los resultados.

5.3.5. Otras propuestas: política retributiva

- Por razones de extensión, en el capítulo 5 del presente informe no se han tratado todos los aspectos potencialmente susceptibles de ser abordados en un proceso de reforma del Sistema Regional de Salud. Uno de estos aspectos que ha quedado sin analizar en detalle es el que tiene que ver con las políticas retributivas. Sin embargo, en el análisis contenido en el capítulo 1 se ha puesto de manifiesto el importante papel que las remuneraciones del personal al servicio del sistema público de salud desempeñan a la hora de explicar el incremento habido en el gasto sanitario.

- Por esta razón, consideramos que la moderación del crecimiento del gasto público en sanidad pasa por revisar la política retributiva, tratando de ligar las retribuciones a la productividad y a la consecución de objetivos y evitando los procesos de alza salarial «en cascada» habituales dentro del sistema (mejoras retributivas logradas mediante negociación de ciertos estamentos del sistema –generalmente, facultativos– que se van extendiendo hacia las escalas inferiores de manera más o menos automática). A este respecto, la iniciativa anunciada por la Consejería de Sanidad en el marco del programa de «Estrategias 2015» (ver Apéndice 2), orientada a implantar unidades de gestión clínica en los servicios hospitalarios y los equipos de atención primaria, podría servir, en caso de ser aplicada con éxito, para integrar la política retributiva en un contexto de evaluación de resultados, mediante un sistema adecuado de incentivos ligados al cumplimiento de objetivos.

APÉNDICE 1. MEDIDAS SOBRE GASTO SANITARIO CONTENIDAS EN EL PLAN ECONÓMICO FINANCIERO DE REEQUILIBRIO DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA REGIÓN DE MURCIA

El Plan Económico Financiero de Reequilibrio de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia¹⁵⁶ incluye una serie de medidas sobre el gasto sanitario que se enumeran a continuación, acompañadas de una estimación del ahorro que se prevé obtener en este año 2012 y en el siguiente.

- Nueva regulación de «asumecupos». Este sistema se utiliza cuando la ausencia por baja o vacaciones de un médico de Atención Primaria es suplida por un profesional del mismo centro, que asume las citas de su agenda, cobrando su remuneración y la del médico cuyos pacientes asume temporalmente. La nueva regulación hará que el médico que suple al que está de baja o vacaciones únicamente cobre la parte correspondiente a las tarjetas sanitarias del cupo del médico que se asume. Ahorro estimado: 500.000 euros en 2012; 600.000 euros en 2013.
- Eliminación (u optimización) de los módulos de facultativos mayores de 55 años. Estos médicos tienen derecho a exención de guardias y, para paliar la reducción retributiva que supone dicha exención, cobran en la actualidad 3 guardias por actividad de tardes. Con el cambio normativo solo realizarán y cobrarán las tardes si la actividad es absolutamente imprescindible. Ahorro estimado: 500.000 euros en 2012; 700.000 euros en 2013.
- Eliminación del complemento de tardes fijas en Atención Primaria. Los médicos de Primaria que trabajan en turno fijo de tarde cobran un complemento específico que se va a eliminar. Ahorro estimado: 700.000 euros en 2012; 740.000 euros en 2013.

¹⁵⁶ <http://www.minhap.gob.es/Documentacion/Publico/PortalVarios/FinanciacionTerritorial/Autonomi-ca/PEFCCAA/PEF%202012%202014%20REGION%20DE%20MURCIA.pdf>.

- Eliminación del mínimo en el complemento de Tarjeta Sanitaria Individual. Los facultativos de Primaria cobran un complemento que se calculan multiplicando una suma fija por el número de personas que pertenecen a su cupo. Cuando éste es inferior a 1.500 (1.200 si es pediatra), cobra como mínimo el complemento que resultaría de tener ese número de tarjetas. Este mínimo desaparece, de manera que los médicos cobrarán en proporción al número de tarjetas, aunque éste sea inferior a 1.500 (1.200). Ahorro estimado: 500.000 euros en 2012; 500.000 euros en 2013.
- Supresión de complementos por tareas especiales. Se eliminan (se hizo en el último trimestre de 2011) todos los complementos que no estuvieran amparados en un nombramiento de jefatura establecida en la estructura de puestos de trabajo. Ahorro estimado: 500.000 euros en 2012; 0 euros en 2013.
- Reducción de directivos en las Gerencias de Área (aplicada en el último trimestre de 2011). Ahorro estimado: 2 millones de euros en 2012; 0 euros en 2013.
- Disminución de las guardias médicas, como resultado de la compartición de guardias localizadas entre varios hospitales y la reducción de las guardias presenciales en cada centro. Ahorro estimado: 2 millones de euros en 2012; 1 millón de euros en 2013.
- Reducción del horario de los Puntos de Atención Continuada y de los Puntos de Especial Aislamiento. El horario actual de 24 horas se reduce a un intervalo de entre 8 y 22 horas o entre 8 y 15 horas, según los casos. Ahorro estimado: 1 millón de euros en 2012; 200.000 euros en 2013.
- Disminución de las derivaciones y modificación de condiciones contratadas en los conciertos sanitarios. Se han modificado los criterios de derivación en patologías quirúrgicas, conciertos de fisioterapia, cámara hiperbárica y hospitalización, además de las modificaciones contractuales que reducen el coste de algunas prestaciones. Ahorro estimado: 7 millones de euros en 2012; 0 euros en 2013.
- Dispensación de fármacos del IMAS en hospitales públicos. Los medicamentos consumidos por internos en las residencias de ancianos de IMAS, actualmente dispensados mediante receta médica oficial (salvo en el caso de la Residencia de San Basilio), serán dispensados directamente desde hospitales públicos en los casos en que su tamaño sugiera que el cambio de sistema será beneficioso. Ahorro estimado: 150.000 euros en 2012; 1.150.000 euros en 2013.
- Limitación de la cobertura de la reproducción asistida a un solo ciclo por pareja. Actualmente se autorizan dos intentos cuando se prescribe la reproducción asistida por Fecundación in Vitro convencional o ICSI (con

microinyección). Se deja de financiar el segundo ciclo sobre la base de su menor tasa de éxito. Ahorro estimado: 500.000 euros en 2012; 250.000 euros en 2013.

- Revisión de la cartera de servicios del Hospital del Rosell en Cartagena (cierre parcial). Entre otros, se prevé el cierre de la UCI, el quirófano de urgencias y la sala de hemodinámica. Ahorro estimado: 5 millones de euros en 2012; 3 millones de euros en 2013.
- Eliminación de ayudas a la Rehabilitación. Se suprimen las ayudas al desplazamiento de pacientes a rehabilitación fisioterápica que no tienen prescrito desplazamiento en ambulancia y que se abonan tras justificar el viaje. Ahorro estimado: 220.000 euros en 2012; 30.000 euros en 2013.
- Reducción del gasto en Receta Médica Oficial, derivada de la generalización de la prescripción por Principio Activo, por aplicación de lo dispuesto en el Real Decreto-ley 9/2011. Ahorro estimado: 49 millones de euros en 2012; 0 euros en 2013.
- Reducción del Plan de Salud Bucodental Infantil. Se prevé reducir las cohortes de edad beneficiarias del plan. En la actualidad las prestaciones se extienden a niños de entre 6 y 14 años y las ayudas del Ministerio de Sanidad solo contemplan a los niños de 7 y 8 años. Ahorro estimado: 2 millones de euros en 2012; 500.000 euros en 2013.
- Puesta en marcha de la Instrucción de Productos Dietéticos (Decreto 1205/2010). El mayor rigor en la aplicación de esta instrucción permitirá una reducción en el coste de esta prestación. Ahorro estimado: 2 millones de euros en 2012; 0 euros en 2013.
- Centralización de compras y nuevo sistema de Logística Sanitaria en el SMS (medida ya incluida en el proyecto de Presupuestos de 2012). Esta medida se inició en 2011 y está generando importantes ahorros por reducción y homogeneización de precios. La extensión de la distribución mediante la Central Logística reduce, además, los stocks y los consumos. Ahorro estimado: 9 millones de euros en 2012; 5 millones de euros en 2013.
- Centralización de compras de farmacia hospitalaria. Se va a iniciar la compra centralizada de medicamentos hospitalarios, comenzando por los que presentan una mayor diferencia en coste unitario entre centros. Ahorro estimado: 3 millones de euros en 2012; 1 millón de euros en 2013.
- Reducción en las inversiones. Se limitará al mínimo la compra de equipos, retringiéndola a la reposición de equipos que no funcionen. Ahorro estimado: 4 millones de euros en 2012; 0 euros en 2013.
- Supresión del contrato de cita telefónica (CECIT). En 2005 se establecieron, además del tradicional procedimiento de llamada telefónica al centro, dos

canales de citas nuevos: un *call center*, centralizado a escala regional, y la cita por internet. Esta última ha crecido año a año y se ha sustituido el *call center* por un sistema automático de reconocimiento de voz que disminuye el coste. Ahorro estimado: 600.00 euros en 2012; 0 euros en 2013.

- Renegociación de los contratos de servicios no sanitarios (limpieza, seguridad, alimentación de pacientes, mantenimiento de instalaciones, etc.). El objetivo es renegociar a la baja tanto los servicios contratados por la empresa pública GISCARMSA como los concertados directamente por las Gerencias de Área. Ahorro estimado: 3 millones de euros en 2012; 2.500.000 euros en 2013.
- El ahorro total estimado como resultado de estas medidas asciende a 93,17 millones de euros en el año 2012 y a 17,17 millones de euros adicionales en 2013 (en ambos casos se incluyen los ahorros derivados de la centralización de compras, incluidos en los presupuestos de 2012).

APÉNDICE 2. PRINCIPALES LÍNEAS DEL PLAN «ESTRATEGIAS 2015 PARA LA ATENCIÓN A LA SALUD»

La Consejera de Sanidad de la CARM ha presentado recientemente un documento denominado «Estrategias 2015 para la Atención a la Salud», con 23 líneas básicas de actuación que pretende una «evolución estratégica del sistema para hacerlo más efectivo ante los pacientes y más eficiente en su organización interna».

Los objetivos principales de este plan son la Atención primaria y la cronicidad. Otras líneas de trabajo son la renovación del Plan de Uso Racional de los Medicamentos, la elaboración de un Código Interno de Buen Gobierno y Transparencia, la puesta en marcha de la Gestión Clínica, un nuevo modelo de seguimiento y organización de las demoras, así como la evaluación de la incorporación de nuevas tecnologías sanitarias.

- En relación con la Atención Primaria, el objetivo se concreta en potenciar los centros de salud como base del sistema, logrando una mayor implicación en la gestión de los profesionales sanitarios. También se ubica en este nivel asistencial el objetivo de potenciar la prevención de enfermedades crónicas e impulsar la mejora de los hábitos de vida saludables.
- Se prevé la creación de un Comité de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, incluyendo entre ellas los medicamentos, que informará las decisiones de incorporación de nuevas tecnologías y marcará las pautas de uso de éstas homogenizando criterios y aprobando protocolos clínicos.
- Se abordará una revisión de la cartera de servicios en las distintas áreas de salud que, entre otros objetivos, buscará la identificación de centros de referencia para determinadas patologías o procesos con el fin de evitar duplicidades en la oferta de servicios de los distintos centros hospitalarios. Esto conllevará un mayor grado de movilidad geográfica de los profesionales.
- Se iniciará un proceso de implantación de la gestión clínica en el SMS orientado a que los servicios hospitalarios y los equipos de Atención Primaria

funcionen como unidades de gestión clínica, con autonomía de gestión. Estas unidades tendrán unos determinados objetivos que cumplir y sus resultados serán objeto de medición y evaluación.

BIBLIOGRAFÍA

- Abellán JM, Sánchez FI, Martínez JE (2008). Evaluación económica de tecnologías sanitarias: ¿valen lo que cuestan? *Cuadernos Económicos de ICE*, nº 75, 189-208.
- Abellán JM, Sánchez FI, Martínez JE, Méndez I (2011). Lowering the Floor of the SF-6D algorithm using a lottery equivalent method. *Health Economics* (doi. 10.1002/hec.1972)
- Abellán JM, Del Llano J (2012). Un NICE español, ¿misión imposible? *Boletín Economía y salud* nº 73.
- Acerete B, Stafford A, Stapleton P (2011). Spanish healthcare public private partnerships: The 'Alzira model'. *Critical Perspectives on Accounting*, 22: 533-549.
- Albi E, González-Páramo JM, López Casasnovas G (1997). *Gestión Pública. Fundamentos, técnicas y casos*. Barcelona: Editorial Ariel.
- Badía X, Prior M (2010). Acuerdos innovadores con la industria farmacéutica: «Pagar por resultados». *Farmacia Hospitalaria*, 34(2): 53-55.
- Blanco A, Bustos A (1996), El gasto sanitario público en España: Diez años de Sistema Nacional de Salud. Un método de análisis basado en la Contabilidad Nacional de España y previsiones hasta el año 2000. Documentos de trabajo de la Dirección General de Planificación. Secretaría de Estado de Hacienda. Abril.
- Brazier J, Usherwood T, Harper R, Thomas K (1998). «Deriving a preference-based single index from the UK SF-36 health survey». *J Clin Epidemiol* 51, 1115-28.
- Brazier J, Roberts J, Deverill M (2002), «The estimation of a preference based measure of health from the SF-36», *Journal of Health Economics* 21, 271-292.
- Brazier J, Roberts J (2004). «The estimation of a preference-based measure of health from the SF-12». *Med Care* 42, 851-9.

- Broadbent J, Gill J, Laughlin R (2008). Identifying and controlling risk: The problem of uncertainty in the private finance initiative in the UK's National Health Service. *Clinical Perspectives on Accounting*, 19: 40-78.
- Burström K, Johannesson M, Diderichsen F (2001), «Health-related quality of life by disease and socioeconomic group in the general population in Sweden», *Health Policy* 55, 51-69.
- Burström K, Johannesson M, Diderichsen F (2003), «The value of the change in health in Sweden 1980/81 to 1996/97», *Health Economics* 12, 637-654.
- Campoy LF, Santacreu J (2008). La colaboración público-privada en el marco del Sistema Nacional de Salud. El caso especial del modelo valenciano a propósito de la concesión de Denia. *Revista de Administración Sanitaria*, 6(2): 297-321.
- Carlson JJ, Sullivan SD, Garrison LP, Neumann PJ, Veenstra DL (2010). Linking payment to health outcomes: A taxonomy and examination of performance-based reimbursement schemes between healthcare payers and manufacturers. *Health Policy*, 96(3): 179-190.
- Catalá-López F, García-Altés A (2010). Evaluación económica de intervenciones sanitarias en España durante el período 1983-2008. *Rev Esp Salud Pública*, 84: 353-369.
- Chiang C (1976), *Life table and mortality analysis*, World Health Organization, Geneva, Switzerland.
- Coduras A, del Llano J, Raigada F, Quecedo L, Rodríguez M, Aranda I, Saffon JP, Antón E (2008). Gestión de tres procesos asistenciales según persona jurídica hospitalaria. *Sedisa Siglo XXI*, 8: 44-55.
- Consejo Económico y Social (2010). *Desarrollo autonómico, competitividad y cohesión social en el sistema sanitario*. Informe 01/2010. Madrid: CES.
- Cutler DM, Richardson E (1997). Measuring the health of the US population, Brookings papers on economic activity. *Microeconomics*, 217-271.
- Cutler DM, Richardson E (1998). «The value of health: 1979-1990». *American Economic Review Papers Proceedings* 88, 97-100.
- Cutler DM, Richardson E (1999). Your money and your life: the value of health and what affects it, *NBER Working Paper Series* 6895, 1-75.
- Del Llano J, Pinto JL, Abellán JM. (2008). Eficiencia y medicamentos: revisión de las guías de evaluación económica. La cuarta garantía. Barcelona: Sanofi-aventis.
- Del Llano J (2009). *Sanidades autonómicas ¿solución o problema?* Madrid: Círculo de la Sanidad.

Diario Médico. La interminable historia del copago. Jueves, 26 de abril de 2012.

E.M.C. (2011). Volibris, primer contrato de riesgo compartido en España. *Gaceta Médica. Suplemento Farmacia Hospitalaria*, nº 367: 11.

Esnaola S, Unai S, Perez Y, Ruiz R, Alasoro E, Calvo M (2006). *Magnitud y desigualdades socioeconómicas de la esperanza de vida ajusta por calidad en la CAPV*, Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco.

Espín J, Rovira J (2007). Analysis of differences and commonalities in pricing and reimbursement systems in Europe. Escuela Andaluza de Salud Pública.

Espín J, Rovira J, García L (2011). *Experiences and impact of European risk-sharing schemes focusing on oncology medicines*. Escuela Andaluza de Salud Pública-EMINET. Disponible en: http://ec.europa.eu/enterprise/sectors/healthcare/files/docs/risksharing_oncology_012011_en.pdf.

FENIN – Federación española de Empresas de Tecnología Sanitaria (2001). *Libro blanco I+D+i en el sector de productos sanitarios*. Madrid. FENIN-Ministerio de Ciencia y Tecnología-Ministerio de Sanidad y Consumo [disponible en http://bvs.isciii.es/mono/pdf/OTRI_01.pdf].

Fraga MD (2011). ¿Cómo hemos incorporado la eficiencia en la selección de los medicamentos hospitalarios? Jornada de debate Farmacia hospitalaria y eficiencia económica. Instituto Max Weber.

Froud J (2003). The Private Finance Initiative: risk, uncertainty and the state. *Accounting, Organizations and Society*, 28: 567-589.

García-Altés A, Pinilla J, Salvador P (2006). «Aproximación a los pesos de calidad de vida de los «años de vida ajustados por la calidad» mediante el estado de salud autopercebido», *Gaceta Sanitaria* 20, 457-464.

Gené J (2010). Las Entidades de Base Asociativa: una innovación del siglo pasado que debe modernizarse. En SEDAP (2010). *Integración Asistencial: ¿Cuestión de Modelos? Claves para un debate*. Informe de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria. Madrid: Grupo Saned. [disponible en http://www.sedap.es/documentos/Informe_SEDAP_2010.pdf].

Gilabert A, Espinosa C, Prat A, Magem D (2009). Riesgo compartido: ¿Por qué no? Nuevos retos y oportunidades para el sistema sanitario. *Revista Española de Economía de la Salud*, 8(2): 100-105.

Gispert R, Ruiz-Ramos M, Barés M, Viciano F, Clot G (2007). «Diferencias en la esperanza de vida libre de discapacidad por sexo y comunidades autónomas en España», *Revista Española de Salud Pública* 81, 155-165.

- González B, Urbanos R (2002). Prioridades en la organización de la atención a la salud en España. En Cabasés J, Aibar C y Villalbí JR (Coords.), *Informe Sespas 2002: Invertir para la salud. Prioridades en salud pública. Vol II*: 327-341. Generalitat Valenciana – SESPAS.
- González P, Pinto-Prades JL, Porteiro N. Teoría y política del copago en sanidad. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía/Universidad Pablo de Olavide. 2010 (mimeo).
- Grossman M (1972). «On the concept of health capital and the demand for health», *The Journal of Political Economy* 80, 223-255.
- Gutierrez R, Linhart J, Pitblado J (2003). From the help desk: local polynomial regression and Stata plugins. *The Stata Journal* 3(4), 412-419.
- Hellowell M, Pollock AM (2007). New Development: The PFI: Scotland's Plan for Expansion and its Implications. *Public Money & Management*, 27(5): 351-354.
- Hellowell M, Pollock AM (2009). The private financing of NHS hospitals: politics, policy and practice. *Economic Affairs*, 29.1: 13-19.
- Huguet IT (2010). El riesgo compartido, necesario, pero lejano. *Correo Farmacéutico*.
- Institut d'Estudis de la Salut (2006). *Avaluació dels models de provisió de serveis d'atenció primària a Catalunya. Resum executiu*. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Disponible en <http://www.gencat.cat/salut/ies/html/ca/dir2629/resumexecutiu.pdf> (fecha de consulta 13/05/2012).
- Instituto Nacional de la Salud (2001). *Gestión clínica en los centros del INSALUD*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Larios D, Lomas V (2007). Modelos de colaboración público-privada para la construcción y gestión de infraestructuras sanitarias. *Derecho y Salud*, 15(2): 289-346.
- Ledesma A (2005). Entidades de base asociativa: un modelo de provisión asistencial participado por los profesionales sanitarios. Valoración actual y retos futuros. *Revista de Administración Sanitaria*, 3(1): 73-81.
- López Casasnovas G (2007). Una reflexión sobre la financiación sanitaria y una propuesta de articulación de copagos basados en la renta. En: Puig-Junoy J, coord. La corresponsabilidad individual en la financiación pública de la atención sanitaria. Informes FRC núm. 1, Fundación Rafael de Campalans, Barcelona.
- López Casasnovas G (2012). ¿Copago según renta? EL PAÍS, 14 de mayo de 2012.
- Martín JJ (2003). *Nuevas fórmulas de gestión en las organizaciones sanitarias*. Fundación Alternativas. Documento de Trabajo nº 14. Disponible en <http://www.fundacionalternativas.org>

- falternativas.org/laboratory/documentos/documentos-de-trabajo/nuevas-formulas-de-gestion-en-las-organizaciones-sanitarias (fecha de consulta 13/05/2012).
- Martínez JE, Abellán JM, Pinto JL (2008), *El capital Social de la Salud en Andalucía*. Junta de Andalucía, Sevilla.
- McKee M, Edwards N, Atun R (2006). Public-private partnerships for hospitals. *Bulletin of the World Health Organization*, 84: 890-896.
- Menéndez A (2008). La gestión indirecta de la asistencia sanitaria pública. Reflexiones en torno al debate sobre la privatización de la sanidad. *Revista de Administración Sanitaria*, 6(2): 269-296.
- Møldrup C (2005). No cure, no pay. *British Medical Journal*, 330(7502): 1262-1264.
- Nadaraya EA (1964). On estimating regression. *Theory of Probability and Its Application* 9: 141-142.
- Navarro JL, Martínez E, Calleja MA, Casado I, Espín J (2012). *Gestión clínica y acuerdos de riesgo compartido en la adquisición de nuevos fármacos*. Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Newhouse JP (1977). Medical care expenditure: A cross national survey. *The Journal of Human Resource* 12(1): 115-125.
- Newhouse JP (1992). Medical care cost: how much welfare loss? *Journal of Economics Perspectives* 6: 3-21.
- Oliva J, Zozaya N (2007). «Valoración y determinantes del stock de capital salud en la Comunidad Canaria y Cataluña», *Documento de Trabajo FEDEA* 2007-29.
- Oliva J (2008). Valoración y determinantes del stock de capital salud en Cataluña: 1994-2006. Informe preliminar preparado para el Server Català de la Salut.
- Paris V, Devaux M, Wei L (2010). Health Systems Institutional Characteristics: a Survey of 29 OECD Countries. *OECD Health Working Papers*, No. 50, OECD Publishing.
- Pauly MV (2008). Adverse Selection and Moral Hazard: Implications for Health Insurance Markets. En: Sloan, F.A. y Kasper, H. (editors). *Incentives and Choice in Health Care*. MIT Press, Cambridge, Massachusetts.
- Pellisé L, Truyol I, Blanco A, Sánchez F (2001). «Financiación sanitaria y proceso transferencial», en López, G. (dir.) y Rico, A. (coord.): *Evaluación de las políticas de servicios sanitarios en el Estado de las Autonomías* (tomo I), Fundación BBVA, 163-287.
- Pharmaceutical Market Europe (2011). *Risk sharing: Mitigate uncertainty*.

- Pickard A, Wang Z, Walton S, Lee T (2005). «Are decisions using cost-utility analyses robust to choice of SF-36/SF-12 preference-based algorithm?», *Health and Quality of Life Outcomes*, 3:11.
- Pinto J, Abellán JM (2008). Farmacoeconomía: el gran reto de la sanidad pública. *Humanitas Humanidades Médicas* nº 32 Octubre de 2008.
- Pinto J, Rodríguez R (2001). «¿Cuánto vale la pena gastarse para ganar un año de vida ajustado por calidad? Un estudio empírico». En Puig J, Dalmau E y JL Pinto, *El valor monetario de la salud*, Springer-Verlag, Barcelona.
- Pinto JL, Martínez JE (2005). Estimación del valor monetario de los años de vida ajustados por calidad: estimaciones preliminares, *Ekonomiaz* 60, 192-209.
- Prieto A, Alberlo A, Mengual E (2006). *El papel de la financiación público-privada de los servicios sanitarios*. Fundación Alternativas. Documento de Trabajo nº 99. Disponible en <http://www.falternativas.org/laboratorio/documentos/documentos-de-trabajo/el-papel-de-la-financiacion-publico-privada-de-los-servicios-sanitarios> (fecha de consulta 13/05/2012).
- Puig-Junoy J, Meneu R (2005). Aplicación de los contratos de riesgo compartido a la financiación de nuevos medicamentos. *Gestión Clínica y Sanitaria*, 7(3): 88-94.
- Puig-Junoy, J, Castellanos A, Planas I (2004). Análisis de los factores que inciden en la dinámica del crecimiento del gasto sanitario público. Registro histórico y proyecciones 2004-2013; en Puig-Junoy, J. (dir), G. López-Casasnovas y V. Ortún (2004), *¿Más recursos para la salud?* Ed. Masson. Barcelona.
- Puig-Junoy J (1994). Aspectos macroeconómicos del gasto sanitario en el proceso de convergencia europea. UPF Economics Working Paper 73.
- Puig-Junoy J, Casado D, García G (2008). L'exemple del copagament i llurs efectes sobre el consum de medicaments. Barcelona: Servei Català de la Salut. Disponible en: http://www10.gencat.net/catsalut/archivos/farmacia/CAEIP/copagament_i_impacte_consum.pdf
- Redacción Médica Cataluña (2011). *Convenio con el ICO y AstraZeneca*.
- Rodríguez M, Puig J (2012). Por qué no hay que temer al copago. *Gaceta Sanitaria* 26(1), 78-79.
- Rosado L (2010). La sostenibilidad y los recursos humanos del Sistema Nacional de Salud: el modelo de concesión administrativa de la Comunidad Valenciana. *Revista de Administración Sanitaria*, 8(1): 51-62.
- Sacristán JA, Oliva J, del Llano J, Prieto L, Pinto JL (2002). ¿Qué es una tecnología sanitaria eficiente en España? *Gaceta Sanitaria* 16(4), 334-343.

- Sánchez FL (2007). Medidas de racionalización del gasto sanitario y su aplicación: un enfoque alternativo sobre las centrales de compra. *Presupuesto y Gasto Público*, 49: 179-192.
- Sánchez FI, Abellán JM, Martínez JE (2010). Métodos de evaluación par la toma de decisiones en el sector sanitario. En: Cabo J (director). *Gestión sanitaria integral: pública y privada*. Ediciones CEF.
- SEDAP (2010). *Integración Asistencial: ¿Cuestión de Modelos? Claves para un debate*. Informe de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria. Madrid: Grupo Saned. [disponible en http://www.sedap.es/documentos/Informe_SEDAP_2010.pdf].
- Shaoul J (2005). A critical financial analysis of the Private Finance Initiative: selecting a financing method or allocating economic wealth? *Critical Perspectives on Accounting*, 16: 441-471.
- The Association of the British Pharmaceutical Industry (2008). *The Pharmaceutical Price Regulation Scheme 2009*.
- Urbanos R (2002). Impacto del envejecimiento en el gasto público sanitario y sociosanitario para el período 2000-2050. Mimeo. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Vecchi V, Hellowell M, Longo F (2010). Are Italian healthcare organizations paying too much for their public-private partnerships? *Public Money & Management*, 30(2): 125-132.
- Vilagut G, Ferrer M, Rajmil M, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM, Santed R, Valderas JM, Ribera A, Domingo-Salvany A, Alonso, J (2005), «El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos», *Gaceta Sanitaria* 19 (2), 135-50.
- Villar FJ (2006). La concesión administrativa de obra pública como nueva fórmula de gestión de servicios sanitarios. *Derecho y Salud*, 14 – Extraordinario XIV Congreso Derecho y Salud: 1-16.
- Watson GS (1964). Smooth regression analysis. *Sankhya Series A* 26: 359-372.
- Zozaya N, Oliva J, Osuna R (2005). «Measuring changes in health capital». *Documento de Trabajo FEDEA*, 2005-15.



CONSEJO ECONOMICO Y SOCIAL
DE LA REGION DE MURCIA

C/. Alcalde Gaspar de La Peña, 1 - Tlf. 968 22 13 64 - MURCIA

www.cesmurcia.es

