

TESIS DOCTORAL

AÑO 2.013

**PRODUCCIÓN PÚBLICA, GESTIÓN PRIVADA Y
EFICIENCIA ECONÓMICA DEL SERVICIO
NACIONAL DE SALUD**

JOSÉ MANUEL LÓPEZ SALUDAS

Licenciado en Derecho UNED y Diplomado Ciencias Empresariales UAB

DEPARTAMENTO DE ECONOMÍA APLICADA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y EMPRESARIALES
DE LA UNED

DIRECTOR: DR. LEOPOLDO GONZALO GONZÁLEZ

DEPARTAMENTO DE ECONOMÍA APLICADA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y EMPRESARIALES
DE LA UNED

TESIS DOCTORAL:

**PRODUCCIÓN PÚBLICA, GESTIÓN PRIVADA Y
EFICIENCIA ECONÓMICA DEL SERVICIO
NACIONAL DE SALUD**

JOSÉ MANUEL LÓPEZ SALUDAS

Licenciado en Derecho UNED y Diplomado Ciencias Empresariales UAB

DIRECTOR: DR. LEOPOLDO GONZALO GONZÁLEZ

AGRADECIMIENTOS:

Mi especial agradecimiento al director de la Tesis, Dr. Leopoldo Gonzalo y González, del cual tanto he aprendido en lo académico y en lo personal. Han sido muy estimulantes, desde cualquier perspectiva, las cuatro conversaciones que tuvimos (tres en Madrid y una en Barcelona), así como las múltiples conversaciones telefónicas que hemos tenido a lo largo de más de tres años

¡Muchas gracias, Leopoldo!

Asimismo, quiero agradecer la amabilidad y eficiencia de la Sra. Rosana Sabater, de la Consejería de Salud de la Generalidad Valenciana, la cual me facilitó abundante e interesante información sobre el “modelo ALZIRA”.

A mis compañeros del Departamento de Administración y Finanzas del Instituto Escola de Treball de Granollers (Barcelona), Ramón Caballero, Jordi Hernández, Jesús Martín, Joan Antoni Sisteró, Jordi Soler y Antonio Vicente, les agradezco sus sugerencias y ayuda en cuestiones informáticas, pero, sobre todo, por el apoyo que he sentido.

Y, por supuesto, a mi mujer Ángeles y a mis hijas Alicia y Nadia, a las que, por diversos motivos, tanto tengo que agradecerles.

INDICE:

1.- INTRODUCCIÓN

1.1. Planteamiento	6
1.2. Objetivos	10
1.3.- Metodología	12

2.- LOS BIENES PÚBLICOS

2.1.- Introducción	16
2.2.- Las necesidades públicas, sociales y preferentes	18
2.3.- Los bienes y servicios preferentes o de mérito	20
2.4.- La provisión de los bienes públicos y bienes de mérito	22
2.5.- La producción de los bienes públicos y de mérito: ¿empresas públicas y/o privadas?	25
2.6.- La medición de la eficiencia y eficacia de las Administraciones Públicas	29
2.7.- Las reformas que son necesarias en España para aumentar el grado de eficiencia	35

3.- LOS PRINCIPIOS TRIBUTARIOS

3.1. Introducción	42
3.2.- Los principios políticos-sociales y éticos de la tributación: 3.2.1 El principio de la generalidad	45
3.2.2 El principio de igualdad en la tributación	47
3.2.3 El principio de proporcionalidad o principio de tributación según la capacidad de pago personal e individual	55
3.2.4 El principio de la redistribución tributaria de la renta y patrimonio	62
3.3.- El principio de beneficio	70
3.4.- Conclusiones	75

4.- LA SANIDAD	
4.1. Introducción	79
4.2. La equidad	
4.2.1. La equidad en la prestación	80
4.2.2. La equidad en la financiación	84
4.3. La eficacia	
4.3.1 Introducción	94
4.3.2. La eficacia del S.N.S.	95
4.3.3. La “doble cobertura” de los usuarios del S.N.S.	97
4.3.4. La fragmentación del sistema sanitario	103
4.4. La eficiencia	
4.4.1 Introducción	114
4.4.2. El Gasto Sanitario Público del SNS	116
4.5. Modelos sanitarios alternativos a la gestión directa de los Servicios Regionales del SNS:	
4.5.1 El “modelo MUFACE”	132
4.5.2 El “modelo ALZIRA”	143
4.5.3. El “modelo MADRID”	153
5.- CONCLUSIONES	159
6.- BIBLIOGRAFÍA	170
7.- APÉNDICE DOCUMENTAL	173

1.- INTRODUCCIÓN

1.1. Planteamiento

Consiste en determinar **cuál es el problema a investigar** y por qué (importancia del objeto de la investigación).

En relación con lo anterior, es notorio que el sistema sanitario español tiene problemas similares al resto de los países de la OCDE. Los gastos sanitarios totales han aumentado considerablemente en los últimos años (relación de dichos gastos con respecto al PIB), pero dicha tendencia alista, si no se abordan reformas profundas, a medio o largo plazo será insostenible.

Las causas de dicho incremento son, principalmente, las siguientes: a) el aumento de la esperanza de vida, b) el coste más elevado de las nuevas tecnologías médicas, c) una mayor demanda de servicios sanitarios como consecuencia de que los ciudadanos exigen más y mejores prestaciones (están mejor informados), d) la cobertura universal y gratuita de dichas prestaciones provoca que se demanden más servicios sanitarios de los que, desde la racionalidad económica, serían deseables, e) la demanda no puede ser atendida por la oferta, lo cual provoca que las listas de espera crezcan paulatinamente, y, por tanto, los usuarios están descontentos, f) a pesar de que el gasto sanitario per cápita se haya incrementado cada año, los usuarios están descontentos con los servicios que han recibido (según acreditan diversos estudios) y g) los servicios sanitarios son producidos mayoritariamente por el sector público (empresas de propiedad y gestión pública) y, lógicamente, la ausencia de competencia real entre dichos productores públicos de los servicios sanitarios, impide que el sistema sea eficiente.

Hay unanimidad (en la comunidad científica) respecto a las inevitables reformas que deben emprenderse para hacer sostenible el Sistema Nacional de Salud (S.N.S.), pero, sin embargo, existen notables divergencias en el contenido de dichas reformas (los juicios de valor diferentes de las personas o instituciones que las formulan), es decir, qué políticas

deben implementarse para que el S.N.S. funcione con mayor dosis de eficacia y eficiencia y, por tanto, contribuya a su sostenibilidad.

Analizar las reformas que ya se han abordado en otros países de la OCDE nos permitirá conocer cuáles han sido los efectos o consecuencias que las mismas han tenido (tanto desde la perspectiva de la eficacia como de la eficiencia), pero, sobre todo, es ineludible analizar las **reformas innovadoras** que se están llevando a cabo **en España** con el propósito de que **la provisión pública de los servicios sanitarios sea más eficaz y eficiente**. Dichas reformas innovadoras consisten, esencialmente, en que la provisión pública de los servicios sanitarios se realiza a través de concesiones administrativas al sector privado, el cual presta los servicios sanitarios gratuitamente a los usuarios y como contraprestación recibe una prima per cápita (el modelo “Alzira” de la Comunidad Valenciana y el modelo “Madrid” de la Comunidad de Madrid). Asimismo, desde hace muchos años, existe el modelo MUFACE, el cual es elegido por el 85% de los funcionarios porque es más eficaz (a juicio de los funcionarios) y más eficiente para la Administración Pública que debe soportar el coste de dicha prestación sanitaria.

¿Estos modelos son más eficientes y, por consiguiente, contribuyen a la sostenibilidad del S.N.S.?

¿Existen otros modelos alternativos a los anteriores que sean tan eficaces y eficientes?.

Respecto a las reformas que se han llevado a cabo en diversos países de la OCDE, ¿qué podemos aplicar en España que contribuya a la sostenibilidad del S.N.S.?

Analizar lo anteriormente expuesto es la parte esencial de la tesis, ya que se trata de conocer qué modelo sanitario es el más eficaz y eficiente, lo cual es de indudable trascendencia.

Aunque existen diversos estudios de diferentes instituciones que proponen las reformas que deben abordarse en el S.N.S para mejorar la eficiencia (por ejemplo, McKinsey&Company, PriceWaterhouse, KPMG, Círculo de Empresarios), sin embargo,

sorprendentemente, no existen¹ tesis doctorales que aborden los problemas que esta tesis se propone, tanto en la Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales de la UNED, como en el resto de universidades de España. Las únicas tesis existentes en la UNED que tengan relación con la tesis que se propone, son las siguientes:

- a) “Equidad en la asignación territorial de recursos financieros destinados a sanidad: estudio de la situación en España” (Autor: Pedro Antonio Tamayo Lorenzo, UNED, 1999). El objetivo es el estudiar, con el mayor nivel de detalle posible, el proceso de transferencia de las competencias sanitarias hacia las comunidades autónomas, todo ello desde la perspectiva del principio de equidad. Además, se analizan los sistemas comparados de asignación de recursos financieros en países de estructura descentralizada.
- b) “Estado de salud de pacientes con diabetes tipo 2 y sus implicaciones económicas: el caso de las instituciones públicas de la zona metropolitana de Guadalajara, México” (Autor: Jaime López Delgadillo, UNED, 2004).
- c) “Instrumentos de análisis de la efectividad del output sanitario: una propuesta de aplicación al caso hospitalario” (Autor: Pedro Juez Martel, UNED, 1997).
- d) “La eficiencia del gasto farmacéutico en España” (Autor: Manuel Pérez Mallaina, UNED, 2008).

Asimismo, las únicas tesis que se han leído en España y que tienen relación con las palabras “eficacia y eficiencia de sanidad”, “sanidad o gestión sanitaria”, y “reforma sanitaria”, según la base de datos TESEO, son las siguientes:

- a) “La provisión de servicios sanitarios. Crecimiento, empleo y tecnología en el sector hospitalario español (1974-1985)”. (Autor: Jaume Puig Junoy, U. Autónoma de Barcelona). Dicha tesis es del año 1.991 y el objeto de dicha tesis es realizar un análisis teórico y empírico de los factores que determinan el comportamiento económico de los hospitales, la difusión de las nuevas tecnologías y el efecto de los cambios tecnológicos sobre la estructura productiva del hospital.
- b) “La demanda de seguro sanitario: una elección bajo incertidumbre” (Autor: Carlos Murillo Fort, U. Barcelona, 1994). Consiste en un análisis de todos los factores

¹ Este trabajo de investigación se inició en Enero de 2.010 y, según diversos buscadores de Tesis Doctorales, las únicas tesis que tenían relación con ésta, eran las que se citan.

relevantes que son necesarios conocer para estudiar el comportamiento de la demanda de seguro sanitario.

- c) “El sistema sanitario español: un modelo alternativo al actual Sistema Nacional de Salud” (Autor: José Antonio Martínez Díaz, U. Alicante, 2000). Dicha tesis analiza la situación de los principales países de nuestro entorno (especialmente, Francia, Alemania y Gran Bretaña) y, asimismo, describe la evolución que ha sufrido el modelo sanitario español en las dos últimas décadas (80 y 90). Finalmente, propone medidas para reformar el actual Sistema Nacional de Salud. Dicha tesis aborda, aparentemente, temas iguales o similares con la tesis que se propone, pero las reformas que se proponen en la misma no han conseguido mejorar el Sistema, sino todo lo contrario. Por tanto, la tesis que se propone pretende refutar dicha tesis del año 2000, bien porque la evidencia empírica así lo acredita y porque las reformas son más profundas y, en algunos casos, notoriamente divergentes (incluso antagónicas).
- d) “La financiación de la sanidad pública en el nuevo marco de descentralización fiscal en España” (Autor: Carmen Campillo Martínez, U. Murcia, 2004). La tesis analiza la financiación de la sanidad haciendo un análisis empírico de los recursos que supone el nuevo modelo para la sanidad de cada Comunidad Autónoma.
- e) “Política sanitaria, práctica clínica y eficiencia económica” (Autor: Vicente Ortún Rubio, U. Barcelona, 1990). Esta tesis pretende introducir consideraciones de eficiencia económica en la política sanitaria y en la práctica clínica. Se analizan los instrumentos que permiten mejorar su eficiencia y se discuten sus limitaciones. Esta tesis, no obstante, no aborda las reformas que hoy son necesarias para hacer sostenible el Sistema Nacional de Salud, ni analiza las reformas que en los años 90 se iniciaron en diversos países (especialmente, Suecia). Asimismo, la tesis que se propone formula propuestas o políticas diferentes y que son más eficientes (así lo confirma la evidencia empírica).
- f) “Modelos de gestión en los centros sanitarios del Sistema Nacional de Salud” (Autor: Fernando Vicente Fuentes, U. Rey Juan Carlos, 2004). El objetivo básico de la investigación consiste en estudiar los modelos de gestión en los centros sanitarios del Sistema Nacional de Salud y analiza cuál es la contribución que dichos modelos de gestión pueden aportar a la eficacia y eficiencia del mismo. Aunque esta tesis haga referencia a la eficacia y eficiencia, dicha tesis es de la Facultad de Ciencias de la Salud (Departamento de Epidemiología y Salud

Pública). Hemos contactado con el autor para que nos autorice consultar la tesis con el fin de conocer el contenido del apartado de la eficiencia.

- g) “Estado de salud, gasto sanitario y sus implicaciones sobre la productividad. Teoría y evidencia” (Autor: María Berta Rivera Castiñeira, U.P.F, 2000). La tesis examina la relación entre recursos sanitarios, fundamentalmente, gasto sanitario, estado de salud y sus efectos sobre la productividad.

Por consiguiente, a nuestro juicio, está justificada esta tesis, ya que contribuirá a recopilar y analizar la información que existe y, sobre todo, a proponer medidas de reformas que contribuyan a la mejora (eficacia) y sostenibilidad del S.N.S. (eficiencia).

1.2. Objetivos

El objetivo principal del trabajo es **analizar el problema y proponer soluciones plausibles**, es decir, **qué propuestas o políticas contribuirían a que el sistema sanitario sea más eficaz y eficiente**.

Esta investigación se estructura² en tres apartados: **Descripción, Análisis y Política** (se trata del esquema metodológico propuesto por A. Prest “Public Finance”, aunque cambiando el orden que él propone en relación con estas tres fases para la investigación de cualquier cuestión de Economía Pública)

La **Descripción** del objeto de la investigación consiste, en gran parte, en cuanto se ha comentado en el punto anterior, es decir, **cuál es el problema** que se quiere investigar.

El **Análisis** de las causas y consecuencias del problema objeto de investigación, consta de los siguientes subapartados:

² Siguiendo las directrices, consejos o sugerencias del director de la tesis, tanto en las dos reuniones en Madrid (febrero y Mayo de 2010), en Barcelona (septiembre 2010), así como en las múltiples conversaciones telefónicas a lo largo de los años 2011 y 2012

- **Eficacia, equidad y eficiencia del SNS.** Consideración especial de las consecuencias de la **fragmentación** de dicho sistema por la transferencia de las competencias en materia sanitaria a las Comunidades Autónomas.
- Identificación de la naturaleza de la Sanidad en el marco de la **teoría de los bienes públicos y consecuencias** que de ello pueden derivarse en relación con el sistema de financiación de la Sanidad pública.
- **Provisión pública y gestión privada** de bienes relacionados con las **necesidades preferentes**: ventajas e inconvenientes.
- Repaso de los **criterios de reparto de la carga fiscal y de los principios del sistema tributario ideal**.

Por lo que respecta a la **Política o Propuestas de reforma**, éstas son coherentes con un principio elemental de la Economía Pública: **la provisión pública de un bien** (la sanidad, como **bien de mérito**) no implica necesariamente que éste sea producido por el sector público y, por consiguiente, **deberá producirlo quien lo haga más eficientemente** (producción pública y/o privada). Asimismo, se proponen otras medidas (**copago sanitario y farmacéutico**) que se han implementado en casi todo los países de la OCDE y que, la evidencia empírica acredita, han contribuido a la contención o reducción del gasto público sanitario.

En definitiva, lo esencial (hipótesis) de esta tesis consiste en acreditar (evidencia empírica) que el sistema sanitario de **provisión pública** que se propone (**incrementar la producción de servicios sanitarios a través de licitaciones como los “modelos” Alzira, Madrid y Muface**) es tan **eficaz** como el actual sistema (si alguien no está conforme con la prestación sanitaria de producción o gestión privada que ha recibido o recibirá, en cualquier momento, puede acudir a la producción y gestión pública); es más **eficiente** (en el modelo Alzira, en el de la Comunidad de Madrid y en el modelo Muface, el coste de los servicios sanitarios prestados son **más económicos que en la producción pública**); es respetuoso con las **preferencias individuales** (libertad para elegir quién será el prestador del servicio sanitario); contribuye a la **sostenibilidad** del Estado del Bienestar (la empresa a la que se le otorga la concesión debe construir el Hospital y el sistema de gestión y/o

producción privada será más económico para el erario público); y posibilita un uso más **racional** del mismo (el **copago** sanitario existe en casi todos los países y además disuade de un consumo excesivo o innecesario).

Asimismo, el sistema sanitario público actual (provisión, producción y gestión pública), debería ser de **gestión privada (provisión pública y gestión privada)**. Asimismo, las empresas públicas y privadas deben competir en igualdad de condiciones (experiencia sueca) en las licitaciones para la concesión de los servicios sanitarios de provisión pública (experiencia de Alzira y Madrid).

También se analiza si es conveniente **reunificar** las competencias en materia de Sanidad, en un plazo de tiempo razonable. Aunque se puede mejorar la eficiencia sin necesidad de transferir (recuperar) la competencia sanitaria a la Administración General del Estado (evitar conflictos políticos entre las distintas Comunidades Autónomas y el gobierno de la Nación), sin embargo, es difícil soslayar las economías de escala que se conseguirían con la **reunificación**.

1.3.- Metodología

Para la realización de este trabajo se ha tenido en consideración lo esencial de lo que prescribe el método científico, el cual, a nuestro juicio, consiste en lo siguiente:

El método científico es, a la vez, **inductivo** (clasificación sistemática de los datos obtenidos de la observación al objeto de determinar las uniformidades o regularidades que presentan, es decir, establecer conceptos y enunciados a través de la observación) y **deductivo** (derivación de conceptos y enunciados, no de la observación de la realidad, como la inducción, sino de otros conceptos o enunciados establecidos anteriormente).

La inducción y la deducción en la ciencia no se oponen entre sí, sino todo lo contrario: se complementan.

El método científico, además, es **autocrítico**: en ningún caso los logros del método científico son definitivos, ya que siempre están sujetos a revisión.

Asimismo, el método científico es **analítico-sintético**, ya que estudia la realidad **distinguiendo y separando sus elementos** (las partes de un todo), pero no se queda aquí, sino que procura unir y recomponer los elementos separados, obteniendo una visión global del conjunto y de las relaciones estructurales entre sus elementos.

Finalmente, el método científico es **preciso**, es decir, pretende obtener **conocimientos y medidas de la realidad lo más exactos que sea posible**.

En realidad, consciente o inconscientemente, siempre trabajamos con hipótesis cuando realizamos algo de forma inteligente con un fin racional determinado. En estos casos, explícita o implícitamente, **siempre hay una hipótesis**: creencia de que la idea que nos guía es adecuada para conseguir el fin pretendido.

Según lo mencionado en el párrafo anterior, es necesario trabajar con hipótesis para que la investigación no se limite a ser una mera repetición mecánica de las fuentes y datos manejados, y, por consiguiente, éstos deben ser la base que posibilite, a través de la investigación, la extensión del conocimiento existente.

En toda investigación se deben derivar continuamente **consecuencias probables** (razonamiento condicional), es decir, “**si..... entonces**”: **si** se dan tales principios, circunstancias, etc. **entonces** se debe haber producido también tal consecuencia. El **contraste de estas hipótesis** a lo largo de la investigación nos reafirmará, si se confirman, en nuestros puntos de vista; en caso contrario, nos obligará a perfilar más profundamente los datos y principios de partida.

El **objetivo principal** de toda investigación es el **conocimiento de la realidad investigada**, lo cual implica que **los resultados obtenidos sean objetivos**, es decir, que se correspondan **lo más exactamente posible con dicha realidad**. La ética exige al investigador un esfuerzo por lograr la neutralidad valorativa, es decir, que la labor investigadora no sea afectada por los juicios de valor particulares: éstos no deben condicionar su labor de observación y análisis científico de los hechos. Es muy importante

lo prescrito con anterioridad (especialmente, en las ciencias sociales), a pesar de que el requisito de objetividad no es fácil de cumplir en la práctica, ya que el científico es un hombre y como tal, tiene sus creencias y convicciones, de las que es imposible despojarse totalmente. Dicho en otras palabras, la **neutralidad valorativa** no significa desprenderse de los propios valores (lo cual es imposible), sino atenerse únicamente a los hechos, es decir, en ningún momento debe adulterarlos o falsificarlos porque le sean molestos o contrarios a sus convicciones.

Respecto a la **contrastación empírica** (revalidación o refutación), según M. Blaug, la **explicación** implica las mismas reglas de inferencia lógica que la **predicción**, con la única diferencia de que la **explicación** se produce **después** de ocurridos los acontecimientos en cuestión, mientras que la **predicción** se produce a priori. En el caso de la explicación, partimos de un fenómeno que deseamos explicar y descubrimos al menos una ley universal más un conjunto de condiciones iniciales que el fenómeno en cuestión implica lógicamente. En otras palabras, para citar una **causa** determinada como explicación de un fenómeno concreto, hemos de someter el fenómeno en cuestión a una ley universal, o a un conjunto de leyes universales. En el caso de la **predicción**, partimos de una ley universal y de un conjunto de condiciones iniciales y deducimos proposiciones acerca del fenómeno que desconocemos. Las predicciones se utilizan para comprobar si la ley universal se mantiene, mientras que la **explicación** es simplemente una predicción proyectada hacia el pasado (Blaug, 1993)

Cuanto se ha dicho en el párrafo anterior es la esencia del método **hipotético-deductivo**, el cual se utilizará en esta Tesis cuando se realice el Análisis y cuando se formulen las Propuestas o Políticas (**se combinará la predicción y la explicación**).

Respecto a las **fuentes de la investigación**, hay que tener en consideración que todo trabajo o investigación científica es la obtención de nuevos conocimientos. La **fuer**te de los conocimientos buscados no es otra cosa que la misma realidad investigada.

Las **fuentes reales o empíricas** de la investigación pueden revestir las siguientes modalidades:

a) La **observación** simple: investigación directa de los seres o fenómenos reales tal como son o tienen lugar en la realidad.

b) La observación experimental: investigación directa de los seres o fenómenos reales mediante la intervención o manipulación de alguna variable.

c) Las encuestas: observación de la realidad a través de declaraciones que se formulan a las personas (se utilizan, preferentemente, en las ciencias sociales).

d) Los **documentos**. Este tipo de investigación tiene como objeto el estudio de documentos, tales como, por ejemplo, una obra determinada o el conjunto de las obras de un autor, registros o datos contables, datos estadísticos, etc. En este trabajo se utilizan datos de organismos públicos como el INE, AEAT, IGAE, Ministerio de Sanidad, etc.

Las cuatro fuentes empíricas descritas con anterioridad, lógicamente, proporcionan datos al investigador, con las que se va a operar después en la investigación, y que deben figurar en ella en forma de tablas, gráficos, reseñas de observaciones y experimentos, fotografías, etc. En definitiva, estas cuatro fuentes proporcionan datos (se les llaman: **datos primarios o fuentes primarias**), los cuales deben ser objeto del tratamiento de clasificación y análisis pertinente en cada caso.

Además de las fuentes reales o empíricas, existen las **fuentes de documentación**, las cuales son los trabajos científicos anteriores relacionados con el tema del trabajo de investigación. La lectura de estas fuentes proporciona la obtención de datos (datos secundarios), los cuales también deben ser sometidos a los tratamientos adecuados de clasificación, análisis e interpretación de las ideas que comprenden.

Las fuentes que se utilizan son, preferentemente, la **a y d**, así como otros **trabajos científicos anteriores** que tengan relación con el tema objeto de la investigación.

2.- LOS BIENES PÚBLICOS

2.1.- Introducción

¿Qué son las **necesidades públicas**? ¿Qué bienes y servicios **debe suministrar o proveer el Estado**? ¿Quién **debe producir** los bienes y servicios que satisfagan dichas necesidades públicas?

Intentaremos contestar a estas preguntas, con la mayor claridad y precisión posible, a lo largo de este trabajo.

El mercado (transacciones libres entre las empresas y los consumidores) es el mecanismo más eficiente para la **provisión de los bienes privados**. El intercambio que se realiza entre las partes es factible porque existe un título **exclusivo** de la propiedad, es decir, el comprador adquiere la propiedad del bien adquirido mediante la entrega de una contraprestación (generalmente, es el dinero, el cual es propiedad exclusiva de quien compra). El mercado suministra información a las empresas de cuáles son los gustos o las preferencias de los consumidores y aquéllas tratarán de satisfacer a éstos mediante la producción del bien o servicio que crea que más pertinente³.

Por tanto, “el mercado sólo puede funcionar en un situación donde se aplica el **principio de exclusión**, esto es, donde el consumo de A depende de que A pague el precio, en tanto que B, que no paga, queda excluido. No puede producirse el intercambio sin derechos de propiedad y éstos requieren la exclusión..... Se entregan los bienes cuando se paga el precio, pero no antes...” (Musgrave, 1992, pág. 52-53).

Los **bienes públicos**⁴ se caracterizan porque el consumo que realiza una persona no disminuye la cantidad disponible para el consumo de otras personas (principio de **no rivalidad**) y, además, no se puede excluir a nadie de consumir dicho bien o servicio (**no se**

³ Dicho en otras palabras, el Marketing es un modo de concebir y ejecutar la relación de intercambio con la finalidad de que sea satisfactoria a las partes que intervienen y a la sociedad, mediante el desarrollo, valoración, distribución y promoción, por una de las partes, de los bienes, servicios o ideas que la otra necesita (Santesmases, 1997, pág. 50).

⁴ La mayoría de los hacendistas utilizan los conceptos de “bienes públicos” y “bienes y servicios públicos”. Ambos significan lo mismo, es decir, cuando se dice “bien público”, éste comprende también los servicios públicos, es decir, bienes y servicios “**puros**”. En lo sucesivo, se utilizará indistintamente ambos términos. Musgrave en la edición de 1992 les denomina “**bienes sociales**”. Por tanto, los bienes públicos y servicios públicos “puros” es equivalente a los bienes sociales.

puede aplicar el **principio de exclusión**). Los bienes públicos, una vez han sido producidos, beneficia tanto a las personas que cooperan en la financiación de dicho bien como a las que no lo hacen. A estas últimas, la doctrina mayoritaria, les denomina “consumidores libres de carga” o *free riders*. (Salinas y García, 1988, pp. 123-127). Si el consumo es “no rival” y la exclusión es inapropiada o inaplicable, se produce un fallo del mercado y, por tanto, resulta necesaria una provisión presupuestaria (Musgrave, 1992, pág. 53).

Cuando no hay rivalidad en el consumo y no es aplicable el principio de exclusión, los **bienes públicos son “puros”**. El consumo de dicho bien público, una vez suministrado, no presenta problemas de rivalidad, ya que si lo consume otra persona no tiene ningún coste adicional (el coste marginal es cero). No obstante, aunque todos los ciudadanos consuman la misma cantidad de un bien público, la valoración (subjetiva) que realizan aquéllos suele ser diferente (Rosen, 2002, pág. 58). Ahora bien, en realidad, hay pocos bienes públicos “puros”. Por ejemplo, un parque público es un bien público (puro) sólo hasta que lo utilizan simultáneamente un determinado número de personas, las cuales utilizan el parque para relajarse, caminar, correr, descansar, etc. Sin embargo, a medida que aumenta el número de usuarios, se generan los problemas típicos de la saturación y, por tanto, la calidad que cada usuario recibe como consecuencia del uso del parque disminuye proporcionalmente a medida que aumentan el número de usuarios. Dicho en otras palabras: el parque, en este supuesto, es un **bien público “impuro”** porque hay rivalidad entre los usuarios y, además, no se puede aplicar el principio de exclusión.

A determinados bienes públicos, dado que existe una fuerte rivalidad en el consumo, se les puede aplicar el principio de exclusión. Por ejemplo, permitir circular por las calles céntricas (públicas) de Londres a todos los coches que lo deseen, lógicamente, implica un gran atasco en las horas punta, lo cual justifica el principio de exclusión mediante el pago de un peaje o, alternativamente, sólo permitir que circulen aquellos coches que paguen una tasa. En definitiva, a determinados bienes públicos se les puede **aplicar el principio de exclusión**, como si se tratara, de hecho, de un bien privado. (en Londres, actualmente, sólo pueden utilizar las calles céntricas para circular con coche, aquellas personas que pagan⁵ por el “consumo” de este bien público).

⁵ Dicho pago se conoce como “Congestión Charge” y se aprobó en el año 2.003. Se paga, aproximadamente, 9 libras cada día (por la noche y los fines de semana es gratis).

2.2.- Las necesidades públicas, sociales y preferentes

Según Musgrave, existen dos tipos de necesidades públicas: las sociales y las preferentes.

Las necesidades **sociales** son “sentidas” por cada persona (forman parte de la escala de preferencias individuales) y han de **satisfacerse por bienes o servicios públicos**, los cuales son consumidos en cantidades iguales por todas las personas, de tal forma que no pueden excluirse de su satisfacción a las personas que no paguen (Fuentes Quintana, 1967). Como consecuencia de que las personas no pagan y además no pueden ser excluidas de los beneficios resultantes del consumo de dichos bienes y servicios, es necesaria la provisión presupuestaria. También hay que tener en consideración que la misma cantidad de bienes y servicios debe ser consumida por todas las personas. Por consiguiente, las necesidades privadas se satisfacen adecuadamente por el mercado y las necesidades sociales a través del presupuesto (Musgrave, 1969, pág. 8-21).

En parecidos términos se expresa R. Calle: “las necesidades **sociales** son aquellas que, sentidas y ordenadas por los individuos, deben satisfacerse por bienes o servicios que han de consumirse en cantidades iguales por todos los componentes del grupo político, de forma que no puedan excluirse de su satisfacción a las personas que no paguen por la percepción de las utilidades derivadas de tales bienes y servicios”. Asimismo, los **bienes públicos** se caracterizan porque “**se ofrecen a todos** y cada uno de los individuos, disfruten o no de los mismos, de acuerdo con sus gustos” (R. Calle, 1970, pág. 6-7 y 64).

Ahora bien, ¿**qué** necesidades sociales han de satisfacerse, **quién** lo decide y **quiénes** han de pagarlas?

Desde una perspectiva teórica, el método de la “votación”⁶ permite conocer las preferencias individuales sobre las necesidades sociales, es decir, dichas preferencias se inducen a través de los presupuestos (ingresos y gastos públicos) que se aprueban periódicamente. Dichos presupuestos son la expresión de voluntad mayoritaria de los representantes elegidos por las personas que forman parte de una comunidad política. En consecuencia, **los representados eligen a los representantes que consideran que mejor**

⁶ La “votación” o “el proceso de votación” es la técnica mediante la cual se induce a las personas a revelar sus preferencias con respecto a las necesidades sociales.

defienden sus intereses, entre los cuales se incluyen la provisión de los bienes públicos que satisfacen las necesidades sociales. Cada persona (o votante) hace una valoración subjetiva del beneficio que recibe como consecuencia de la provisión de dichos bienes públicos y lo comparará con el coste que debe satisfacer (tributos que deberá pagar). Lógicamente, elegirá como representante a aquella persona (o partido político) que, según el análisis coste-beneficio, maximice el beneficio que espera recibir y minimice el coste en el que deberá incurrir (según el sistema tributario, habrá personas que pagarán más tributos que otras e, incluso, habrá otras que no pagarán nada o casi nada). Ahora bien, la asignación eficaz de los recursos públicos, entre las diversas utilizaciones posibles, tiene una importante consecuencia: la fijación de **los tributos**. Los tributos deben financiar los bienes y servicios que satisfacen las necesidades públicas y, además, deben redistribuir la renta sin que ello interfiera en la asignación óptima de los recursos. Hay unanimidad en la comunidad científica respecto a que, como regla general, los tributos deben financiar **íntegramente** a todos los bienes y servicios públicos que satisfacen las necesidades públicas, es decir, **no debe incurrirse en déficit presupuestario**.

Sin embargo, en la práctica, tal y como describe James M. Buchanan, **los políticos se comportan irresponsablemente**, ya que éstos “no necesitan, para recurrir a los déficit presupuestarios, las circunstancias específicas que definen los economistas para los mismos: démosles cualquier excusa para recurrir a los déficit, y financiaran el gasto público con los mismos, y estarán prontos a hacerlo por la muy simple y consabida razón de que prefieren satisfacer a sus votantes yendo a sus distritos electorales y pudiendo decirles: “Miren, he aumentado el gasto público en beneficio suyo”. Y, en cambio, no les agrada ir a sus distritos para decir: “Les he aumentado sus impuestos”. Por consiguiente, se da una **inclinación natural en los políticos a recurrir a los déficit presupuestarios**, a menos que se vean obligados legalmente a evitarlos (Buchanan, 1995, pág. 89).

El **segundo tipo** de necesidades públicas son las **preferentes** (*merit wants*), las cuales están sujetas al principio de exclusión (como las privadas), pero, sin embargo, el poder político⁷ considera que los costes de los bienes y servicios públicos que satisfacen

⁷ En el concepto de “poder político” se incluye al poder legislativo (Parlamento) y al poder ejecutivo (Gobierno), dada la relación existente entre ambos poderes en todos los países democráticos occidentales. Según Sánchez Agesta (1989, pág. 254), el poder no es simplemente ejecutor de las normas jurídicas que aprueba el Parlamento, sino que promueve una política, la articula en un programa, la propone como una iniciativa de ley y después gestiona los medios para ejecutarla y efectivamente la lleva a cumplimiento. El

dichas necesidades, deben sufragarse, total o parcialmente, a través del presupuesto público⁸.

¿Está justificada la decisión paternalista del poder político consistente en obligar a las personas a satisfacer determinadas necesidades que podrían ser satisfechas a través del mercado?

La justificación de dicha decisión política se fundamenta en corregir las decisiones individuales, ya que se considera que, si no lo hiciera, las personas gastarían sus rentas en la adquisición de otros bienes y servicios, o bien no gastarían suficientemente. Este tipo de necesidades públicas que el poder político considera que deben ser satisfechas, por el bien de la propia persona y el de la sociedad, se las denomina necesidades **preferentes** (Musgrave, 1969, pág. 9).

2.3.- Los bienes y servicios preferentes o de mérito

Los bienes y servicios que satisfacen las necesidades preferentes o meritorias se denominan **bienes y servicios de mérito**⁹ (*merit goods*). La característica esencial de los bienes y servicios de mérito es que las personas son incapaces de valorar correctamente los beneficios que se derivan de los consumos de dichos bienes y servicios, sin perjuicio de otros efectos positivos (por ejemplo, se consigue una mayor equidad en la distribución de la renta).

No obstante, existe una gran polémica doctrinal respecto a la intervención del poder político en las preferencias individuales, ya que algunos consideran que una buena sociedad es aquella en las que los miembros de ésta son felices y lo son si se respeta sus preferencias individuales, ya que las propias personas son las que saben lo que les produce mayor satisfacción (o utilidad). Sin embargo, hay otra postura antagónica (paternalista), la cual niega que las personas sepan lo que más les conviene, o sea, lo que demandan o quieren las personas no es bueno para ellas, lo cual justifica que determinados bienes y

poder legislativo delibera sobre la iniciativa que el Gobierno le ha propuesto, la acepta o rechaza, la enmienda y, finalmente, la sanciona en normas jurídicas que luego son ejecutadas por el poder ejecutivo.

⁸ Será una decisión del poder político la que determinará si el Estado financia, todo o parte, del coste. Es decir, en el presupuesto de la Administración Pública correspondiente se consignará (en los Gastos Públicos) el **coste** de la provisión de dichos bienes y servicios públicos (incluidos los bienes de mérito) y, asimismo (en los Ingresos Públicos) los tributos que sufragan, total o parcialmente, dichos bienes y servicios.

⁹ En lo sucesivo, se utilizará indistintamente bienes preferentes o de mérito.

servicios (bienes de mérito o preferentes) deban ser provistos o suministrados por el Estado aunque las personas no los demanden, o bien los demanden en una cantidad inferior a la “deseable”. **El concepto de bien de mérito o preferente está impregnado de juicios de valor**, es decir, el poder político (o la opinión mayoritaria de los miembros de la sociedad) considera que **el consumo de dicho bien es beneficioso también para la sociedad** y, por consiguiente, está justificada la correspondiente dotación presupuestaria (Rosen, 2002, pág. 50).

En definitiva, existe una gran controversia doctrinal a favor y en contra de las necesidades preferentes ya que “admitir la intromisión de la Economía Pública en las preferencias del individuo, constituye un supuesto valorativo muy fuerte que puede justificar intervenciones abusivas de la Economía del Estado que no resulta extraño que preocupen a quienes defienden los principios liberales como base de actuación de la Economía Pública. **Para un individualista** a ultranza, la defensa de las preferencias de los consumidores y la ausencia de toda coacción constituyen un atractivo ético suficiente para **proscribir el reconocimiento y la satisfacción de las necesidades preferentes**. La máxima concesión que puede hacerse a partir de sus principios es recoger el contenido de las necesidades preferentes en el grupo de las intervenciones públicas justificadas por la existencia de los efectos externos de consumo y la mejora en la distribución de la renta, pero sin admitir en ningún caso la interferencia en las preferencias de los consumidores. Existen, sin embargo, otros sistemas de valores que impondrían ciertos límites a la soberanía de los valores individuales que justificarían ajustes en las preferencias de los consumidores estimadas como irracionales. En ellos tendría cabida el grupo de las necesidades **preferentes e indeseables** como orientadoras de ciertas intervenciones de la Economía Pública” (Fuentes Quintana, 1990).

Toda intervención o decisión política (por ejemplo, proveer los servicios sanitarios gratuitamente a todas las personas) **tienen consecuencias económicas** porque implica una reasignación de los recursos. La provisión de un bien de esta naturaleza implica el conocer (deducir) cuál será la redistribución resultante y si dicho bien se producirá al menor coste posible (eficiencia).

2.4.- La provisión de los bienes públicos y bienes de mérito

Cuando se dice que los “bienes públicos son *provistos públicamente*”, **significa que son puestos a disposición de los ciudadanos y se financian¹⁰ por medio del presupuesto**, siendo irrelevante por quién son producidos (sector público o privado), o sea, los bienes y servicios que se precisan para satisfacer las necesidades públicas los debe proporcionar el Estado y éste debe pagar los mismos. En definitiva, existen **algunos bienes privados** (por ejemplo, sanidad y educación) que **son provistos públicamente**, es decir, determinados bienes de consumo rival los provee el sector público (Rosen, 2002, pág. 59).

En consecuencia, no todos los bienes y servicios que son necesarios producir para la satisfacer las necesidades humanas son privados o públicos, ya que existe otro tipo de bien o servicio (**bien preferente, de mérito o mixto**) que satisface **necesidades preferentes** (necesidades individuales y sociales, cuyo consumo **genera beneficios individuales y sociales**). Por ejemplo, la escolarización obligatoria genera beneficios individuales y sociales porque cohesiona la sociedad, aumenta el capital humano individual, facilita la movilidad social, aumenta el civismo, es un importante factor de socialización, fomenta el espíritu crítico, etc. Por tanto, si la educación genera beneficios individuales y sociales, la educación hasta un determinado nivel debe ser gratuita (financiada con impuestos) y obligatoria. En la mayoría de los países occidentales **la provisión** de los servicios educativos es **pública**, pero, sin embargo, ¿está justificado que también lo sea la **producción** de dicho bien de mérito?.

En España, la enseñanza es obligatoria hasta los 16 años (finalización de la ESO) y además es gratuita. Dicho servicio público lo producen tanto las empresas públicas (dependientes orgánicamente de las Comunidades Autónomas) como las empresas privadas. Aunque la mayoría de los alumnos estudian en empresas públicas, sin embargo, lo que el Estado gasta (coste) por cada alumno en una escuela pública es **más del doble¹¹**

¹⁰ Cuando se dicen frases estereotipadas como “se financiación a través del presupuesto”, ello no implica necesariamente que quien recibe la prestación no pague nada (gratuito), ya que el poder político puede decidir que pague una parte (por ejemplo: las tasas universitarias, los medicamentos, etc.) o la totalidad del coste.

¹¹ El Periódico de Aragón, el día 3 de abril de 2.004, informaba de un estudio realizado por la Confederación Española de Centros de Enseñanza (CCE), según el cual “a Aragón le cuesta más del doble un alumno de la escuela pública que otro de la concertada. Concretamente, la diferencia de gasto alcanzaría el **144%** debido a

que lo que paga (subvenciona) a las escuelas privadas concertadas. Por tanto, desde la perspectiva de la racionalidad económica, **las escuelas privadas son más eficientes que las públicas.**

Es un hecho notorio o incontrovertible que muchos padres desean o prefieren que sus hijos estudien en una escuela privada (concertada), y, sin embargo, no lo pueden hacer porque no hay suficientes plazas ofertadas en dichos centros privados concertados. La causa principal de la insuficiente oferta es que, de hecho, en algunas Comunidades Autónomas, no hay libertad de creación de empresas o centros docentes concertados, ya que se requiere autorización administrativa del ente público (la Consejería de Educación) que, además, es quien otorga discrecionalmente las subvenciones a dichos centros privados. Dado que los recursos económicos que administran las Comunidades Autónomas son limitados, **¿es una política económica acertada no permitir, de hecho, que la producción de los servicios sanitarios, educativos, etc. los realicen las empresas más eficientes?**

Un postulado esencial de la Economía Pública es la aplicación del principio de **la racionalidad económica**: se debe elegir el método de producción de cualquier bien público o de mérito que minimice el coste (criterio de **eficiencia**), sin perjuicio de la evaluación de la calidad a la que debe producirse dicho bien o servicio público (criterio de **eficacia**). También existe evidencia empírica¹² de que las empresas privadas son más eficientes en la producción de otros bienes o servicios públicos.

Por tanto, en función de los resultados¹³ obtenidos por los alumnos que reciben el servicio público de educación (bien de mérito), podemos decir que hay empresas más o menos eficaces y, según el coste de la producción de dicho servicio educativo, hay empresas más o menos eficientes. Así, por ejemplo, la evidencia empírica en EE.UU. (Rossen, 2002, pág. 74) indica que **un gasto mayor por alumno no implica una mayor calidad resultante de dicho servicio público** y, asimismo, el tamaño del grupo no es

los 6.623 € anuales que el Departamento de Educación invertiría anualmente en cada estudiante de la pública, por los 2.712 € de la concertada, lo que supone una distancia entre ambas de casi 4.000 € (3.912 €)".

¹² No sólo son más eficientes en la prestación de los servicios educativos, si no, como luego se expondrá, también en la prestación de los servicios públicos sanitarios.

¹³ Los indicadores más utilizados son: las calificaciones de los exámenes, el nivel de abandono y absentismo de los alumnos, los ingresos que perciben cuando acaban los estudios, los alumnos que siguen estudiando, etc.

relevante (impartir clases a un grupo de 20 personas no es más eficaz que enseñar a un grupo de 30). En España, es una obviedad que, en los años 70 y 80 y 90, los estudiantes de primaria y secundaria recibían mejor educación (rendimiento académico) que actualmente, a pesar de que las clases eran más numerosas (35-40 alumnos), y, además, los profesores impartían más horas lectivas durante la semana y recibían un sueldo inferior (en euros constantes). Dicho en otras palabras: **el coste de la producción del servicio público educativo es muy superior actualmente al de entonces** (en euros constantes).

En definitiva, un aumento de los recursos que destina el Estado (per cápita) para la provisión del servicio de educación (bien de mérito), por sí solo, no mejora los resultados académicos.

Todo cuanto se ha expuesto para la provisión pública de la enseñanza es extrapolable a otro bien preferente o de mérito (la sanidad o el servicio sanitario), así como la producción de otros bienes públicos (construcción de carreteras, mantenimiento de parques, recogida de basuras, etc.).

Como conclusión de todo cuanto antecede, la mayoría de la comunidad científica considera que, cuando los poderes públicos deciden que **la provisión** de un determinado bien o servicio **debe ser pública**, se debe elegir **quién** lo producirá (empresa pública o privada) y el **criterio** único o preferente de elección será la **eficiencia económica**, o sea, el Estado deberá **elegir al productor** que le reporte un **coste menor** por la provisión del bien público o de mérito, ya que los recursos públicos son escasos y cualquier ahorro implica menores impuestos o menor endeudamiento o, alternativamente, destinar el ahorro a otras necesidades públicas que no se satisfacen o bien de forma insuficiente.

2.5.- La producción de los bienes públicos y de mérito: ¿empresas públicas y/o privadas?

La **provisión pública** de un bien público o de mérito, no implica necesariamente que estos sean producidos por el sector público, ya que **determinados servicios públicos pueden ser producidos por empresas privadas** a través de diversas modalidades

contractuales (Rosen, 2002, pág. 59). Por consiguiente, se elegirá el “productor” que minimice el coste de la producción del bien público o de mérito en cuestión.

La **producción pública** de los bienes y servicios que satisfacen las necesidades públicas, a juicio de Musgrave (1969, pág. 48), está **sólo justificada** en aquellas situaciones en las que **la eficiencia económica de la empresa pública es superior a la producción privada bajo control público**.

En muchos países occidentales se discute, desde hace años, la “**privatización**” de determinadas funciones públicas, es decir, **traspasar al sector privado la provisión y/o la producción de servicios que son suministrados por el Estado** (Rosen, 2002, pág. 66).

Es un hecho incontrovertible que **la provisión pública ha aumentado** considerablemente en todos los países occidentales, a lo largo del tiempo, como consecuencia del nacimiento y auge del Estado de Bienestar, lo cual equivale a decir que ha disminuido la responsabilidad privada (Rosen, 2002, pág. 66).

¿Cuál es la mejor combinación entre provisión pública y provisión privada?

En teoría, la **provisión privada es más eficiente** porque las personas consumirán según sus propias preferencias, o sea, se producirán aquellos bienes y servicios que demandan las personas y no los que deciden los “burócratas” (Rosen, 2002, 67).

Los juicios de valor¹⁴ influyen en las decisiones de política económica (la economía normativa o “lo que debería ser” precisa de juicios de valor). Por tanto, la ideología política mayoritaria del poder político tiene una gran influencia en la mayor o menor intervención del Estado, es decir, hay ideologías que prefieren la libertad individual (responsabilidad en la provisión de las necesidades privadas) frente a las que hacen hincapié en mejorar el bienestar de la comunidad, especialmente de los más necesitados (justificación de la **provisión pública** de bienes privados, como por ejemplo, sanidad y educación).

¹⁴ Son las reglas éticas que indican aquello que se considera “lo bueno o deseable”

Aun cuando pudiera existir acuerdo entre los miembros de la comunidad respecto a la necesidad de proveer determinados bienes públicos y de mérito, no obstante, existen profundas divergencias (de naturaleza ideológica) sobre **quién debe producir dichos bienes**. Es decir, **¿la producción debe ser pública o privada?**.

Hay una opinión o pensamiento ideológico que hace hincapié en la necesaria intervención del Estado en la economía y, en consecuencia, consideran que los bienes públicos y de mérito los deben producir las empresas (públicas) del Estado. Para fundamentar dicha tesis, continuamente apelan, explícita o implícitamente, a la mayor calidad del servicio que prestan las **empresas públicas**, entre otras razones, porque no aspiran a conseguir beneficios y sirven con mayor objetividad a la comunidad.

Además, hay que tener en consideración a los defensores y propagandistas del “necesario” crecimiento del sector público. Las posibles **causas del crecimiento del sector público** son:

a) El crecimiento del sector público obedece a las preferencias de los ciudadanos, las cuales se revelan a través de las votaciones para elegir a sus representantes políticos. Cada votante analiza el **coste de oportunidad** que implica renunciar al consumo en el sector privado, o sea, **compara** lo que paga de **impuestos** (renuncia al consumo privado) en relación a la contraprestación que **recibe del Estado** en concepto de bienes públicos y de mérito, y, en función de dicha valoración vota a aquella opción política que más le conviene (compara los beneficios que cree que obtendrá con los costes que soportará).

b) **Los políticos** saben que muchos votantes valoran positivamente el aumento de los gastos públicos (especialmente, las transferencias y servicios públicos gratuitos) y, por tanto, como el objetivo de aquéllos es **ganar las elecciones** (para acceder o mantenerse en el poder), se suele incrementar los gastos públicos más de lo que razonablemente es necesario. Los políticos suelen aumentar el gasto público de manera sostenida cuando creen que los votantes no saben, o se olvidan, que el gasto público tiene un coste de oportunidad.

c) Los ciudadanos con un **bajo nivel de renta votaran** a aquellas opciones políticas que **redistribuya la renta a su favor**. No obstante, en muchos países la mayoría

de la población es la clase media y, por tanto, los partidos políticos para atraer el voto de aquélla, diseñaran programas de gasto público para beneficiarla y la financiación la sufragará la clase alta y baja (son la minoría relativa).

d) **La burocracia**, según Nikanen, es la causante del crecimiento injustificado del sector público, ya que pueden existir incentivos de diversa índole para que aumente el gasto público.

e) Deben existir muchas **empresas públicas para contrarrestar el gran poder de las empresas privadas** que existen en la economía capitalista y, además, por el hecho de ser públicas, las decisiones estratégicas y la gestión operativa se regirán por lo que es mejor para bien común (a diferencia de las empresas privadas que sólo buscan el beneficio económico).

f) La concepción que tiene la clase política del “poder establecido”, la cual consiste en mantenerse en el poder y, si es factible, **tener “más poder”**, entendido éste como el **incremento sostenido de los empleados públicos** (así lo corrobora la evidencia empírica en España en los tres últimas décadas). **¿Por qué las Comunidades Autónomas**, sabiendo que los **servicios públicos** que éstas producen directamente son más costosos que si los produjera el sector privado, sin embargo, han decidido continuar (salvo alguna excepción) **produciéndolos directamente?**. Se analizará esta cuestión con posterioridad (especialmente, cuando se formulen las Propuestas).

g) La influencia de los “**grupos de presión**”, especialmente los sindicatos, los cuales consideran que su influencia en las decisiones políticas tiene relación con el tamaño de las empresas públicas (la evidencia empírica acredita que donde más influencia tienen los sindicatos es en el sector público).

h) La **propaganda** de los defensores de la **ideología marxista**, la cual, sistemáticamente estigmatiza a la empresa privada, porque, según dicha ideología, el objetivo principal que persigue (el beneficio) es perverso o espurio.

Sin embargo, existe otra opinión o corriente de **pensamiento contrario** a la anterior, la cual hace hincapié en la **minimización de costes como criterio de elección** (producirán dichos bienes **las empresas más eficientes**), sin obviar la calidad mínima

exigible en la producción del bien público o de mérito. **La calidad** que el Estado exige en la producción de un bien público o de mérito a la empresa productora (pública o privada) **se puede especificar en un contrato**, incluyendo los controles o supervisiones que debe realizar el Estado.

Desde la perspectiva de la racionalidad económica, **la producción** de un bien público o de mérito, lógicamente, la realizará **la empresa que lo haga al menor coste posible**, es decir, la empresa que sea más eficiente en la asignación de recursos (Rosen, 2002, pág. 68). Es decir, "... se trata de un proceso técnico y, por tanto, **debe producirlos el agente económico**, público o privado, **que sea más eficiente**" (Barea y Gómez, 1999, pág. 78).

En todos los países de la OCDE **se han privatizado muchos servicios públicos** (por ejemplo, la recogida de basuras en los municipios) porque la situación anterior (producción del servicio a través de empresas públicas) era ineficiente (alto coste) y la calidad de dicho servicio era insuficiente. **La privatización consiste** en que las **empresas privadas pugnan (licitan) entre sí** con el fin de conseguir el contrato en cuestión¹⁵. La concesión, generalmente, se otorga a la empresa que ofrece producir el bien o servicio al menor coste, dada una calidad o condiciones que exige el Estado. Así, por ejemplo, en Suecia la concesión administrativa para la prestación de los servicios sanitarios, tanto las empresas públicas como privadas licitan para conseguir dicha concesión, lo cual implica que las empresas públicas deben ser tan eficientes como las privadas si quieren producir el bien o servicio público.

¿Son eficientes las Administraciones Públicas españolas?

¹⁵ En la Comunidad de Madrid y la Comunidad Valencia, desde hace años, la producción de los servicios públicos sanitarios se adjudican a través de un proceso que consiste en la licitación del contrato de Gestión de Servicio Público (atención sanitaria primaria y/o especializada). Dicha adjudicación se realiza, generalmente, a través de un procedimiento abierto mediante pluralidad de criterios.

2.6.- La medición de la eficiencia y la eficacia de las Administraciones Públicas

El concepto de eficiencia se asocia con el hecho de **emplear la menor cantidad posible de recursos** para obtener una determinada cantidad de producto (Monchón, 1993, pág. 66-67), es decir, **evitar el despilfarro**. No obstante, la eficiencia se analiza desde la óptica técnica (**eficiencia técnica**) y la económica (**eficiencia económica**). La primera consiste en elegir la combinación de los factores o recursos productivos que permita obtener la máxima cantidad posible de producción (bienes y servicios), o sea, maximizar la producción con unos determinados factores productivos. Por tanto, **hay métodos de producción que son más eficientes que otros**. La segunda, consiste en el elegir aquel método de producción que consiga **producir el bien o servicio al menor coste posible (minimizar los costes)**.

La **eficiencia en el ámbito técnico** o de producción consiste en: una máquina es más eficiente que otra si, cuando la cantidad total de combustible consumido por la primera es igual a la consumida por la segunda, la cantidad total de energía producida por la primera es mayor que la producida por la segunda. Por tanto, podemos calcular el **grado de eficiencia** de la segunda máquina tomando a la primera como referencia (González Núñez, pág. 43).

La **eficiencia y la productividad** no son conceptos sinónimos pero están interrelacionados. La **productividad** es la relación entre la cantidad del bienes o servicios producidos y el/los recurso/s productivo/s utilizado/s¹⁶ (por ejemplo, relación entre las visitas realizadas en un día u hora por un médico), mientras que **la eficiencia** es la relación entre el valor de lo producido y el valor del recurso productivo utilizado (relación entre los ingresos por las visitas realizadas por un médico y el coste salarial del mismo). El **aumento de la productividad** de cualquier recurso productivo, lógicamente, **repercute en una mayor eficiencia**. Por tanto, cuando se pretende conseguir que una organización aumente su eficiencia, sin modificar la tecnología existente, la vía principal es aumentar la

¹⁶ Cuando la productividad media aumenta, se dice que la empresa obtiene rendimientos crecientes y, cuando disminuye, los rendimientos son decrecientes.

productividad¹⁷ de todos los factores productivos que se precisan para producir los bienes y servicios.

Los métodos más utilizados para **medir la eficiencia** de una empresa son: los resultados económicos y la productividad. El indicador más utilizado para medir la eficiencia de la empresa es el beneficio. No obstante, el resultado contable de una empresa, en ocasiones, no es la consecuencia de una gestión eficiente, ya que dicho beneficio puede haber aumentado considerablemente debido a las decisiones políticas adoptadas para fijar los precios públicos en las empresas públicas que son, de hecho, un monopolio (Correos y Telefónica eran monopolios públicos antes de que se liberalizará el sector en el que operaban). Es decir, una empresa pública puede haber aumentado su eficiencia en un período respecto a otro como consecuencia de haber fijado unos precios que son superiores a los que serían si dicha empresa pública tuviera que competir con otras empresas privadas. En definitiva, en las empresas públicas que son (o casi) un monopolio, el resultado contable no es un indicador adecuado para medir la eficiencia. La **productividad** se obtiene a través de la relación entre el número de unidades de output producidas y el número del factor o recurso de producción utilizado. Los cálculos de la productividad se suelen realizar respecto a un determinado recurso productivo (humanos, técnicos o materiales)¹⁸. No obstante, se pueden realizar los cálculos de la productividad teniendo en consideración todos¹⁹ los recursos productivos utilizados (Morales, 2007, pág. 29-31).

En definitiva, si en una unidad organizativa se **incrementa la productividad** de un recurso productivo (por ejemplo, los médicos realizan más visitas cada día) y el coste de los restantes recursos productivos no se alteran (o es insignificante dicha alteración), lógicamente, **aumenta la eficiencia** de aquélla.

Meggison y Netter analizaron las principales investigaciones realizadas sobre la **privatización de diversos servicios públicos** y llegaron a la conclusión de que, según la **evidencia empírica** existente, **las empresas privadas son más eficientes** y más rentables que otras empresas comparables de propiedad pública. Asimismo, Meggison realizó un estudio sobre 61 empresas privatizadas y analizó una etapa anterior a la privatización y otra

¹⁷ A veces, las mejoras de la productividad se consiguen a través de la disminución de la eficacia (calidad del servicio).

¹⁸ La terminología clásica de los recursos productivos (o factores de producción) es: tierra, trabajo y capital.

¹⁹ Suma ponderada de todos los recursos productivos utilizados.

etapa posterior a la misma, y llego a la conclusión de que con **la privatización se consiguió incrementar significativamente el beneficio y la productividad** (el output por empleado). En resumen, la mayoría de los estudios existentes (a nivel internacional) son concluyentes: las empresas públicas son **menos** eficientes que las privadas (Morales, 2007, pág. 15-19).

Por consiguiente, es un **hecho notorio** (la evidencia empírica así lo confirma) que la eficiencia de la empresa privada es superior (en algunos casos, muy superior) a la empresa pública.

En España, en el **período 1970-1978, el coste** estimado de los **servicios públicos** fue un **42,6% superior** al que se hubiera generado si se hubieran utilizado los mismos recursos **que el sector de servicios privado**. “Dicho **exceso de coste** es debido, en el 18,28%, a la retribución del factor trabajo y, en el 24,3%, a la mayor eficiencia en el uso de los recursos” (Valle, 1989). La **metodología utilizada** se conoce como “**costes privados de la producción pública**” (es un modelo frontera²⁰), la cual consiste en comparar el coste²¹ en que ha incurrido la Administración Pública en producir un determinado bien o servicio con el coste de la producción que se obtendría si el bien o servicio lo realizara una empresa privada, utilizando ésta los mismos factores productivos que utiliza aquélla. Es decir, se trata de conocer el **exceso de coste en que incurre el sector público respecto al privado** y este exceso se atribuye a la **menor eficiencia** de las Administraciones Públicas.

Las investigaciones posteriores que se han realizado utilizando la misma metodología corroboran las conclusiones del profesor V. Valle. Así por ejemplo, N. Rueda estudió²² el período 1996-1998 y el **exceso de coste** del conjunto de las Administraciones Públicas (sector público) frente al privado fue del 27,40% aproximadamente. Es decir, “**en el sector público es un 27,40% más caro producir los servicios públicos que en el sector privado**, bajo la hipótesis de que éste empleara para ello los mismos factores

²⁰ La técnica o modelo “frontera” consiste en la estimación del comportamiento óptimo o asignación óptima de los recursos productivos (en este caso, Valle toma como referencia el sector privado de cada país).

²¹ El valor de la producción pública es el coste de producción (consumo intermedio + remuneraciones de asalariados + consumo de capital fijo)

²² Para evaluar la eficiencia de las Administraciones Públicas existen dos tipos de estudios. Unos tienen como objetivo el conocer el grado de eficiencia de un determinado servicio público (por ejemplo, educación y sanidad) y otros son para conocer el grado de eficiencia global del conjunto de las Administraciones Públicas.

productivos de titularidad pública” (N. Rueda, 2006, pág. 68). Dicho estudio también se realizó para conocer el grado de eficiencia del sector público de diversos países de la OCDE, siendo **los menos eficientes**: Portugal, Grecia e Italia, con un exceso de coste del 67,96%, 42,20 y 32,70%, respectivamente. Por el contrario, **los más eficientes** fueron: Suecia, Estados Unidos, Austria y Finlandia con un exceso de coste del 3,95%, 4,79%, 5,38% y 7,52%, respectivamente.

La **empresa privada** utiliza una metodología semejante: **los costes standards**. Un coste standard es una estimación de **lo que debería ocurrir** bajo un conjunto de supuestos, es decir, es una cantidad predeterminada (presupuesto) que creemos que es el **coste medio en el que incurriremos**, en condiciones normales, **al producir** o fabricar una unidad de producto determinado. Si se fija el “**coste standard**” como punto de referencia para producir un bien o servicio, luego, a posteriori, se pueden comparar los resultados reales con el standard (“análisis de desviaciones”) y sacar conclusiones en cuanto a si lo que ha ocurrido es “bueno” o “malo” y tratar de averiguar sus causas. Si se ha incurrido en un coste (real) superior al previsto (standard), lógicamente, se ha incurrido en una desviación desfavorable o **ineficiencia** (Ballarin, E y otros, 1979, pp. 227-228).

Una empresa privada que compite con otras empresas debe, inexcusablemente, minimizar los costes de producción, y la herramienta más útil es establecer como **objetivo el producir los bienes o servicios a un coste igual o inferior que la competencia**. Por tanto, los costes standards se calculan antes de iniciar la producción, teniendo en cuenta las materias primas a emplear, la mano de obra a utilizar y la incidencia de los servicios generales. Los costes reales²³ (calculados “a posteriori”) se comparan con los standards correspondientes, a fin de revelar **las desviaciones**²⁴ entre la previsión y la realización. El conocimiento de las causas²⁵ que provocan las desviaciones desfavorables permite al empresario el conocer en qué secciones o departamentos se trabaja con ineficiencia. Los

²³ El **coste** es la expresión monetaria del consumo de los factores productivos necesarios para la obtención del producto. Las **inversiones** constituyen costes a medida que el gasto efectuado en ellas se considera incorporado o afectado a un determinado ejercicio económico como consecuencia del consumo estimado (la amortización) para el mismo. El concepto de **gasto** tiene su origen en un **pago** (o endeudamiento) al “**exterior**” de la empresa como consecuencia de, por ejemplo, compras de materias primas, adquisición de inmovilizado, etc. Solamente “en la medida en que los **gastos** representan consumos en el proceso productivo del ejercicio tienen el carácter de **coste**” Fernández Pirla, 1974, pág. 306-310).

²⁴ Porcentaje de desviación o **ineficiencia** = (Desviación / “Estándar”) * 100

²⁵ La/s causa/s de la ineficiencia se pueden analizar a través de las desviaciones técnicas y económicas de las Materias Primas, la Mano de Obra Directa y los Gastos Generales de Fabricación.

costes standards permiten analizar los factores determinantes de la productividad y la eficiencia. Por consiguiente, el standard representa una **medida de eficiencia** de las unidades productivas (Álvarez López, 1975, pág. 219-230).

Por tanto, si las Administraciones Públicas son ineficientes con respecto al sector privado, es condición necesaria (pero no suficiente, ya que también hay que considerar la eficacia o calidad) **aumentar el grado de eficiencia** de aquéllas en la producción de los bienes y servicios públicos. En un mercado de libre competencia (por ejemplo, la producción de los servicios sanitarios públicos), **las empresas públicas necesitan ser igual o más eficientes que las empresas privadas**, ya que se otorgará la concesión a la empresa que sea más eficiente porque, en un proceso de licitación, aquélla podrá ofrecer el producir los bienes y servicios públicos a un precio inferior que el resto de licitadores (de acuerdo con unos indicadores de calidad)

Respecto a la medición de la **eficacia**, el indicador “**grado o índice de satisfacción del cliente**” es el que más se utiliza para medir la calidad de los diversos servicios públicos (por ejemplo, servicios sanitarios y educativos). Dicho indicador mide **la percepción** que tienen los clientes²⁶ de un determinado servicio público. La calidad del servicio percibido por el cliente será más alta cuanto mayor sea la diferencia entre la percepción del servicio recibido en comparación con las expectativas que tenía antes de recibirlo. Así, si las expectativas del cliente o usuario son muy altas y el servicio recibido no las supera, percibirá que el servicio no tiene la calidad que el cliente esperaba. Dicho en otras palabras: **la calidad del servicio que percibe el cliente o usuario es la relación existente entre el servicio recibido (percibido) y el servicio esperado (expectativas)**.

Cualquier Administración Pública que preste un servicio público (especialmente, los bienes de mérito), deberá tener como **objetivo estratégico** que los clientes reciban (**perciban**) un servicio **mejor** que el que **esperaban** recibir. En definitiva, no sólo el servicio debe ser de calidad sino que además tiene que aparentar dicha calidad. Para lograr ese objetivo, las personas que prestan dicho servicio son el principal elemento o ventaja competitiva.

²⁶ El término “cliente” de un servicio público se utiliza cada vez más en detrimento de “usuario”.

Diversos países de la OCDE han efectuado diversas **reformas** que afectan a la gestión pública con el objetivo de **mejorar la eficiencia**, ya que si mejora ésta, se pueden satisfacer, con los mismos recursos disponibles, total o parcialmente, las crecientes demandas de los ciudadanos, los cuales reclaman más servicios públicos y de mayor calidad. Dichas reformas han consistido, generalmente, en:

- La gestión pública debe estar orientada a la consecución de resultados
- Gestionar los recursos humanos con la mentalidad de una empresa privada, especialmente, en **cambiar la mentalidad de los funcionarios** a través de incentivos asociados a la consecución de unos objetivos (el fin es **augmentar la productividad**).
- **Licitación al sector privado determinados servicios públicos.**
- Mecanismos de **copago** para determinados servicios públicos o bienes de mérito (por ejemplo, pagar una cantidad por cada visita o intervención quirúrgica) con el fin de disuadir del consumo excesivo de determinados bienes que se suministraban gratuitamente.
- Establecer **mecanismos de competencia entre el sector público y privado** en lo que se refiere a la oferta de bienes públicos y de mérito (posibilidad de elegir los usuarios quién le presta el servicio, teniendo dicha opción o elección un coste neutro).

Por tanto, las reformas que se han efectuado, en casi todos los países de nuestro entorno, han tenido como objetivo principal la aplicación de un principio elemental de la Economía Pública: **la producción de un bien público o de mérito**, lógicamente, la realizará la empresa que lo haga al menor coste posible, es decir, **la empresa que sea más eficiente** en la asignación de recursos.

2.7.- Las reformas que son necesarias en España para aumentar el grado de eficiencia

¿Cómo deberían “funcionar” las empresas o unidades organizativas diversas de las Administraciones Públicas para ser tan eficaces (indicadores de calidad) y eficientes (coste del bien producido) como las empresas privadas y, por tanto, conseguir ser competitivas para, así, poder producir los bienes y servicios públicos?.

Cualquier **reforma de la gestión pública** que se quiera abordar, lógicamente, deberá tener como objetivo preferente el criterio de la eficiencia en lo que respecta a la producción de los bienes y servicios públicos, ya que la mejora contribuirá a aumentar la producción con los mismos recursos.

Hay bastante unanimidad en la comunidad científica y, en resumen, podemos decir que sería preciso que se implementaran, como mínimo, las siguientes acciones:

1º.- Implantar una cultura de gestión pública que utilice los mismos conocimientos y técnicas (**management**) que utilizan las empresas privadas: mejora continua, racionalidad económica (mínimos costes), innovación, preocupación por la calidad, etc.

La **innovación** en cualquier empresa es consustancial al sistema económico capitalista, en el cual la competencia obliga a la autosuperación, ya que si una empresa no mejora los bienes o servicios que produce, la competencia lo hará y, lógicamente, quedará fuera del mercado. Por tanto, innovar es introducir modificaciones en la manera de hacer las cosas con la finalidad de mejorar el resultado final. La innovación²⁷ es un concepto muy amplio, es decir, no se limita únicamente a introducir tecnología en el proceso productivo.

2º.- Las políticas públicas deberían ser evaluadas comparando las ventajas y desventajas del mercado y del sector público. Los fallos de la economía de mercado pueden ser importantes, lo cual puede justificar **la intervención pública**, pero ésta **pueden**

²⁷ Según Schumpeter la innovación consiste en cualquiera de los siguientes hechos: a) la introducción en el mercado de un nuevo bien o servicio, b) la introducción de un nuevo método de producción o comercialización de los bienes y servicios existentes, c) la apertura de un nuevo mercado en una región o país, d) la generación de una nueva fuente de materias primas y e) cambio en cualquier proceso de gestión empresarial que mejore la existente.

provocar graves perjuicios, es decir, “siempre debemos comparar esas ventajas y desventajas de mercado y Sector Público antes de adoptar cualquier decisión definitiva” (Tullock, citado por García y Salinas).

3º.- La gestión de las Administraciones Públicas (especialmente, las empresas o unidades que producen servicios públicos) debería basarse en los principios de la empresa privada (el **management**), es decir, erradicar la concepción burocrática imperante en todas las Administraciones Públicas, lo cual implica establecer centros de responsabilidad²⁸ (Barea y Gómez, 1994, pág. 28). La función del management es la **dirección eficiente de la empresa**, es decir, formar una **empresa competitiva** a partir de unos recursos humanos, técnicos y materiales (conseguir minimizar los costes en relación con una determinada calidad). Aumentar la productividad consiste saber utilizar óptimamente todos los recursos (materiales, técnicos y humanos) que son necesarios para producir el bien o servicio público (especialmente, para los bienes de mérito). Una unidad organizativa de una empresa o Administración Pública (por ejemplo, un Instituto de Enseñanza Media) debería tener un responsable o director, el cual **gestionaría dicho centro de enseñanza con los mismos criterios que lo hace una unidad organizativa privada** (por ejemplo, una sucursal de una entidad bancaria). En definitiva, toda organización debería tener un responsable, el cual la dirigirá y será el responsable del cumplimiento de los objetivos fijados por sus superiores jerárquicos.

4º.- En relación con el apartado anterior, Barea y Gómez (1994, pág. 29) proponen la **dirección estratégica** como sistema de gestión de las Administraciones Públicas que producen servicios de “no mercado” (es decir, los bienes públicos y de mérito), la cual consta de tres etapas: **planificación, gestión y control**.

El objetivo de dicho método de dirección es **incrementar la eficiencia**, es decir, conseguir reducir los costes de producción (de acuerdo con una calidad determinada).

Por lo que respecta a la **planificación**, hay tres tipos:

²⁸ Un centro de responsabilidad es una unidad organizativa que produce un determinado bien o servicio público (por ejemplo, un hospital o un colegio público).

a) **estratégica**: consiste en identificar **cuál es el problema** que se quiere solucionar y qué acciones se deben llevar a cabo para conseguirlo, así como **qué objetivos** se quieren conseguir.

b) **operativa**: consiste establecer cada año (planes plurianuales) qué vamos a hacer, en qué momento, quién va a ser el responsable, de qué manera y con qué medios.

c) **presupuestaria**: consiste en que cada centro de responsabilidad tendrá su presupuesto y, por tanto, será un instrumento útil para valorar la gestión del responsable de dicho centro (principalmente, **conocer el coste** de los servicios que presta).

Los directivos de las unidades organizativas deberán utilizar eficientemente los recursos (materiales, humanos y técnicos) al objeto de conseguir los objetivos que les han fijado.

Por tanto, la fijación de objetivos permite conocer si los centros de responsabilidad han actuado eficaz (calidad) y eficientemente (coste del bien producido). Asimismo, para que cada centro de responsabilidad consiga los objetivos que se le han fijado, es condición necesaria que cada uno de ellos funcionen con el mismo **grado de autonomía** que lo hacen los de las empresas privadas.

5º.- Las remuneraciones del personal representan la parte más importante del coste de producción de los bienes y servicios públicos, por tanto, es imprescindible una **gestión eficiente de los recursos humanos**, la cual consistiría, principalmente, en implementar un **sistema de incentivos** (para todos los empleados públicos) que tengan relación con el grado de consecución de los objetivos fijados y, a la vez, un sistema de elección del personal que tenga en consideración tanto las **aptitudes** (conocimientos o “saber”) como las **actitudes** (“saber hacer”). Por tanto, la política del departamento de Recursos Humanos no debería diferir de la que aplican las empresas más eficientes del sector privado, las cuales consiguen mayor productividad. Así se conseguiría aumentar el grado de eficiencia.

En definitiva, como sugiere Barea y Gómez (1994, pág. 35), “la **distinción entre provisión y producción** nos lleva a **plantear** el tema de **si es necesario que el sector público produzca directamente** los servicios de asistencia sanitaria, gestionando hospitales, ambulatorios y consultorios o, por el contrario, tal gestión puede ser realizada de una manera más eficiente por el sector privado, aunque la **provisión** continúe siendo

pública". Esta reflexión es también extrapolable a la producción de servicios educativos y otros servicios (especialmente, las residencias geriátricas).

5º.- Reducir el **alto absentismo** existente en las Administraciones Públicas. El absentismo laboral²⁹ repercute negativamente sobre la productividad (incrementan los costes directos e indirectos) y competitividad (puede afectar a la calidad del bien o servicio), tanto de las empresas privadas como las públicas. Grosso modo, el absentismo laboral sin justificar de los empleados públicos durante 2009 y 2010 fue del 15%, lo cual representa casi el triple de la empresa privada³⁰. Según Javier Ibars (dirigente de la organización empresarial catalana Fomento del Trabajo), el absentismo laboral no sólo tiene unos costes directos muy altos como consecuencia de las prestaciones que debe satisfacer la empresa, sino que los costes indirectos (pérdidas de producción, sobrecarga de recursos humanos, etc.) son incluso mayores y superan aproximadamente 1,8 veces a los directos. Las causas principales del alto porcentaje en las Administraciones Públicas, son las siguientes (Nieto, 1984):

a) se sigue manteniendo el **bajo reconocimiento y la baja motivación** que la Administración tradicionalmente ha dispensado (y sigue dispensando) a los buenos empleados. No obstante, lo que permite que funcione el engranaje administrativo son los funcionarios individuales que cumplen con su trabajo de forma abnegada y, a veces, en circunstancias adversas.

b) el empleado público **ajusta su rendimiento** a lo que considera proporcionado **al sueldo que percibe**, por tanto, se produce menos que el potencial que tiene cualquier Administración.

c) el empleado público **ajusta su rendimiento al de los compañeros** que, cobrando igual, trabaja menos. Es decir, no hay ningún incentivo para incrementar el rendimiento, lo cual provoca la mediocridad e impunidad a todos los niveles (a veces, con la complicidad de las organizaciones sindicales).

²⁹ El Acuerdo Interconfederal para la negociación colectiva de 2007 dice que el absentismo injustificado conlleva una pérdida de productividad e incide de manera negativa en los costes laborales, perjudicando con ello la competitividad de las empresas y la posibilidad de mejorar los niveles de empleo y renta de los trabajadores.

³⁰ La Administración práctica: enciclopedia de administración municipal, nº 12, 2010, pág. 1192-1999

Por tanto, mientras no se incida, simultáneamente, sobre la productividad, la eficiencia, la calidad, la implicación en el trabajo y el compromiso del empleado público con la Administración (orgullo de ser empleado público), sólo se conseguirá un control coercitivo para reducirlo aparentemente (más presencia física del empleado en su puesto), pero, sin embargo, **el absentismo presencial**³¹ (el más importante) seguirá siendo muy elevado. En definitiva, se debe tener la firme convicción de que la Administración Pública puede cambiar y **transformarse para ser más eficiente** y, para conseguir dicho objetivo, aquéllas deben funcionar con criterios similares a las organizaciones privadas (Rodríguez y otros, 1996).

Como consecuencia de las directrices de la UE, la empresa pública **Correos, S.A.** tuvo que emprender reformas similares a la que se describen en las páginas anteriores. El cambio del status jurídico de la empresa consistió en que Correos y Telégrafos se transformó en una Sociedad Anónima.³² Asimismo, dicha transformación modificó sustancialmente la estructura organizativa de la empresa, la cual permitió que se introdujeran incentivos económicos si se cumplían los objetivos fijados.

El cambio de la forma jurídica de la empresa permitió que Correos, S.A., desde entonces, se rija por el derecho privado, a pesar de que casi la mitad del personal conserva su condición de funcionario. La forma jurídica (S.A.) ha permitido la plena autonomía sobre la gestión de la empresa, es decir, se pasó de una estructura burocratizada a una organizada por divisiones con diversos grados de recursos y autonomía de gestión y la implementación de contratos de gestión a nivel territorial con el fin de establecer objetivos en el ámbito de cada territorio para un período de referencia.

¿Cómo ha repercutido en la eficacia, la eficiencia y la productividad de Correos?

Los resultados obtenidos en el período 1987-2003 son los siguientes (Morales, 2007, pág. 162-168):

³¹ Consiste en que el trabajador acude a trabajar y destina determinado tiempo de la jornada, utilizando los medios técnicos a su alcance, a realizar tareas no relacionadas con las funciones que tiene encomendadas.

³² Durante 1960-1991 fue una Dirección General (de diversos Ministerios), durante 1992-1997 fue un Organismo Autónomo, durante 1998-2000 fue una Entidad Pública Empresarial y desde 2001 es una Sociedad Anónima: "Sociedad Estatal Correos y Telégrafos S.A." (el 100% del capital es público).

a) es posible la **mejora de la eficiencia** en empresas gestionadas por el sector público **si existen incentivos**.

b) el proceso de reestructuración que supuso la privatización de la gestión (transformación en S.A.) produjo mejoras en la rentabilidad o eficiencia económica de la empresa, pero, sin embargo, no mejoró la productividad.

c) **la mejora** en la rentabilidad o **eficiencia económica es atribuible en un 89%** por el mayor incremento que han tenido los **precios de los outputs** frente a los precios de los inputs.

d) el incremento de los precios de los outputs ha sido posible porque, en el periodo estudiado, Correos era, de hecho, un **monopolio**.

e) las mejoras en la eficiencia de la empresa a lo largo del tiempo han ido acompañadas, en algunos años, de mejoras en la calidad del servicio.

¿Cuál ha sido la evolución de dichos parámetros con posterioridad a 2003 y a medida que se permitía (liberalización) operar a más empresas en dicho sector?.

No conocemos ningún estudio que analice el período 2003 hasta la actualidad, pero, analizando las Memorias de Correos, S.A. de los años de 2008, 2009, 2010 se puede constatar que cada año ha obtenido pérdidas **declaradas y pérdidas encubiertas o implícitas**. Las primeras hacen referencia a las que constan en las Cuentas de Resultados que se auditan cada año³³ y las segundas se refieren a los costes que **no se computan** en la Cuenta de Resultados: **los gastos sociales de los funcionarios**. Si analizamos la Memoria de 2.010, en ella se dice: “el 59% de la plantilla fueron trabajadores en régimen laboral y el 41% funcionarios” y en la Cuenta de Resultados de 2.010, los “Sueldos, Salarios y asimilados” ascendieron a 1.342,15 millones de euros, mientras que las “Cargas sociales” fueron 241,94 millones de euros (el **18,03%** de los Sueldo y Salarios). El personal laboral debe cotizar a la Seguridad Social (tanto la empresa como el trabajador) y el porcentaje

³³ Por ejemplo, el Informe Económico y Financiero de los Presupuestos Generales del estado para 2011, pag. 489, dice: “El conjunto de entidades y sociedades mercantiles prevé un resultado agregado positivo de 1.934,91 millones de euros. Destacan principalmente los beneficios previstos para Loterías y Apuestas del Estado (2.692,88 millones de euros), grupo SEPI (273,92 millones de euros), Puertos (115,14 millones de euros), SEPES (29,50 millones) y la Fábrica Nacional de Moneda y Timbre (25,26 millones). Por su parte, se espera un resultado negativo de ADIF (-267,16 millones de euros), AENA (-307,91 millones de euros), **Correos (-84,24 millones de euros)** y Renfe-Operadora (-239,43 millones de euros). En los ejercicios **2.009 y 2.010**, “**las subvenciones** de explotación incorporadas al resultado del ejercicio” ascendieron a **85, 33 y 68,80 millones de euros**, respectivamente.

medio de cotización de la empresa³⁴ suele ser, aproximadamente, el 30% de las retribuciones. Así, si la empresa cotizara por todo el personal que presta los servicios³⁵, las “Cargas Sociales” hubieran sido 402,65 millones de euros, aproximadamente. Por consiguiente, **faltan por computar** como coste **160,71 millones de euros**, por lo que, a las pérdidas explícitas hay que añadirles las implícitas, es decir, la **pérdida total** real del año 2.010 fue de **229,51 millones de euros**, aproximadamente.

Todo cuanto decía el profesor Barea³⁶ se ha implementado en Correos (se llama “Plan de Empresa”), pero, sin embargo, no se han conseguido los resultados que se pretendían (obtiene pérdidas cada año), a pesar de ser, de hecho, un monopolio. ¿Cuáles son las causas de las pérdidas continuadas?. A nuestro juicio, muy similares a las de cualquier otra empresa pública de gestión directa o pública³⁷: a) elección de los directivos con criterios no profesionales (suelen ser amigos del “poder político”), b) ineficiencia como consecuencia de la baja productividad y c) ausencia de “know how”³⁸ y “mentalidad burocrática” de la mayoría del personal (incluido el laboral).

Por consiguiente, creemos que es imprescindible introducir la **gestión privada** en las empresas mercantiles públicas, entre otras razones, porque “todas las experiencias realizadas de **colaboración público-privada** han finalizado con importante **reducción de costes** a través del **incremento de la productividad**, manteniendo el nivel de calidad” (Barea, 2009).

³⁴ La empresa cotiza el 23,60% por “Contingencias Comunes”, más el 5,50% por “Desempleo”, más el 0,20% por “FOGASA”, más 0,60% por “Formación Profesional”, más “Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales” (el porcentaje es variable y depende de la actividad que desarrolle el trabajador). Analizando las Memorias de dos empresas, el porcentaje medio de cotización de la empresa se sitúa entre el **28,73%** (en Mercadona los Sueldos y Salarios ascienden a 1.457,76 millones de euros y las “Cargas Sociales” a 418,81 millones de euros) y el **35,47%** (en Enagas, los “Sueldos y Salarios” ascendieron a 60,46 millones de euros y las “Cargas Sociales” a 21,45 millones de euros)

³⁵ La empresa no cotiza por los funcionarios o es insignificante, ya que éstos cuando se jubilan cobran de las “Clases Pasivas” (con cargo a los Presupuestos Generales del Estado)

³⁶ Planificación estratégica, operativa y presupuestaria

³⁷ El profesor Barea, a nuestro juicio, dice lo mismo pero más elegantemente: “La empresa privada es, en general, más eficiente que la pública, no porque los hombres sean diferentes ni porque sean más inteligentes o más egoístas, sino simplemente porque la distribución de los **derechos de propiedad** no es la misma. El accionista, incluso de una empresa muy grande, es propietario de un título identificable y libremente negociable que le motiva a seguir de cerca la evolución de su valor mercantil. Pero el contribuyente no tiene nada de eso, sólo tiene una propiedad “de principio” de los servicios empresariales públicos...” (Barea, 2009, pág. 333-334).

³⁸ Se entiende por “know how” el “saber hacer o cómo hacer” propio de los directivos, los cuales han acumulado pericia, destreza, habilidad, dotes, etc. para gestionar óptimamente los recursos humanos y materiales (experiencia previa en gestión empresarial de los directivos).

3.- LOS PRINCIPIOS TRIBUTARIOS

3.1. Introducción

Si el sistema tributario de un país quiere lograr unos determinados objetivos, lógicamente, deberán aplicarse determinados principios. Los fines y principios de la tributación han variado a lo largo del tiempo, y, asimismo, también son diferentes según los países (aspecto espacial y temporal).

En lo que respecta a este trabajo, teniendo en consideración que la sanidad es un bien preferente o de mérito porque beneficia de manera individual y divisible a quien lo consume y también al conjunto de la sociedad de forma indivisible, creemos que es pertinente repasar los principios tributarios al objeto de determinar qué principio o principios son los idóneos para determinar el cómo debe financiarse este bien público. O sea, **¿qué principio o principios son los más justos y eficientes en lo que respecta a la financiación de la sanidad pública?**.

F. Neumark considera que sin tener claros los fines u objetivos, los impuestos carecen de rumbo y de sentido. Por consiguiente, “los principios de la imposición se obtienen a partir de los fines a los que los tributos han de servir en el contexto social europeo” (Fuentes Quintana, 1974, pág. XIII).

Asimismo, a juicio de Neumark, los fines son cinco y de éstos se infieren los 18 principios a los que debe sujetarse la imposición. Los cinco objetivos son: **la justicia, la eficacia en la asignación de los recursos, la estabilidad económica, el desarrollo económico y la eficacia de la técnica tributaria.**

Existe bastante unanimidad en la comunidad científica respecto a que cualquier sistema tributario debe posibilitar que **los ingresos obtenidos cubran los gastos (principio de suficiencia)** y, asimismo, que dichos tributos deben ser “justos”. Ahora bien, ¿son compatibles estos dos fines y, en el caso de que no lo sean, qué fin es preferente?

Neumark atribuye primacía al principio de la suficiencia de la imposición (que los ingresos públicos sean iguales o semejantes a los gastos públicos), por los motivos que luego se explicarán.

Nadie cuestiona que el sistema tributario debe ser tal que las personas, familias y empresas contribuyan “equitativamente” para financiar el gasto público. Ahora bien, **¿qué es contribuir “equitativamente”?** Evidentemente, el término “equidad” se asocia con “lo justo”, “la justicia” y términos similares, pero, cuando se trata de precisar o aclarar el significado concreto de la equidad, existen discrepancias profundas entre las diversas corrientes del pensamiento económico y filosófico, porque, esencialmente, dichas opiniones están impregnadas de juicios de valor, es decir, lo que se considera que es lo “mejor” o “lo justo” se infiere desde los postulados éticos de la persona o corriente de pensamiento. Ahora bien, ¿“todo es igual”? (relativismo), ¿todas las opiniones son igualmente verdaderas o falsas?. Evidentemente, no. Como dice un conocido aforismo de la metodología de la ciencia económica: **“a las teorías, por los resultados las conoceréis”** (es decir, la evidencia empírica es el criterio único o preferente para aceptar o refutar una teoría).

Cree Neumark, que **un sistema tributario será justo** si aquél se rige por los siguientes **principios políticos-sociales: generalidad, igualdad, proporcionalidad (o capacidad de pago) y redistribución**. Estos principios son la guía que permiten al poder político decidir quiénes pagan y qué cantidad cada una de las personas de una comunidad que, como contraprestación, reciben unos bienes o servicios públicos. Como se analizara con posterioridad, ¿todos estos principios son compatibles entre sí, o, por el contrario, existe algún principio que es preferente respecto a los demás?.

Neumark hace hincapié en un tema tan relevante en la actualidad: **la estabilidad económica nacional**. Dicha estabilidad consiste en que cada nación debe tener un sistema tributario que tenga “capacidad de adaptación” a la coyuntura económica al objeto de que se cumpla el principio de suficiencia, es decir, que los ingresos públicos deben ser iguales o similares a los gastos públicos. Además, el sistema tributario debería ser flexible y debería permitir el desarrollo de la economía a través de **favorecer el ahorro** para así poder financiar la inversión empresarial e incentivar a los emprendedores, ya que éstos son los que generan puestos de trabajo. Y por supuesto, el sistema fiscal debería ser

transparente, es decir, las normas tributarias deberían ser inteligibles (claras y precisas) con el fin de que los contribuyentes sepan sus derechos y deberes.

En España el comportamiento mayoritario de los ciudadanos consiste en reclamar del poder político, cada vez más, más y mejores bienes y servicios públicos, pero, por el contrario, son renuentes a pagar el coste de los mismos, es decir, cada ciudadano (o grupo social) reclama del poder político más y más prestaciones públicas, pero, a la vez, desearía trasladar el coste de las mismas a los demás ciudadanos (o grupos sociales). Este comportamiento mayoritario de los ciudadanos (o grupos sociales) tiene como objetivo el conseguir un **privilegio fiscal** a través de las exenciones, bonificaciones y desgravaciones fiscales, lo cual **obstaculiza la gestión de los tributos y dificulta las inspecciones**, sin perjuicio de la merma en la recaudación que implican tales privilegios fiscales. En consecuencia, en España, las normas tributarias no se aceptan con la misma aquiescencia que se hace para el resto de las normas jurídicas, por las razones antes aludidas, pero, principalmente, por el comportamiento demagógico de la mayoría (o todos) de los partidos político, los cuales prometen “el oro y el moro” cuando elaboran sus programas políticos, sin que, a la vez, expliquen a los ciudadanos que todos esos bienes y servicios se deberán financiar a través de los tributos. Ello explica, entre otras razones, que muchos ciudadanos tengan un comportamiento reivindicativo, frente al poder político, el cual consiste en **demandar “más y más sector público” o “más y mejores bienes y servicios públicos gratuitos”** y, además, sin que aumente la presión fiscal. Un comportamiento de esta naturaleza revela que, de hecho, los ciudadanos consideran que el dinero que permite sufragar las prestaciones públicas proviene del “maná”. En consecuencia, los comportamientos de la mayoría ciudadanos son contradictorios, ya que, por una parte, reclaman más y mejores bienes y servicios públicos, y, por otra parte (como contribuyente), tratan de eludir el pago de los impuestos que les corresponde y, si no pueden evitar el pago, no aceptan voluntariamente (o de buen agrado) las obligaciones que establecen los tributos (pagar a las Administraciones Públicas). Como muy bien indica Fuentes Quintana (1974, pág. XLIV y XLV), “Se dice creer en unos valores y no se está dispuesto a pagar los impuestos a que obliga la creencia en esas valoraciones. La falta de coherencia entre valores y conductas fiscales produce un efecto inmediato: minar la admisión social del impuesto”. En este comportamiento mayoritario de los ciudadanos también influye “el conflicto entre el sistema tributario ideal (el que se sigue de los

principios en que se dice creer y se propugna respetar) y los sistemas tributarios reales constituidos por los impuestos que realmente se aplican”.

En **España**, como corroboración de cuanto se ha dicho en los párrafos anteriores, según el Sindicato de Técnicos del Ministerio de Hacienda (Gestha), **el fraude fiscal es masivo**³⁹ y, además, un sector importante de la población considera a los defraudadores como personas que únicamente se defienden de la actitud represora del Estado.

Ahora bien, **¿es posible que las Administraciones Públicas sigan prestando los mismos servicios públicos e incluso otros más y, a la vez, no aumente la presión fiscal?**. La respuesta a esta pregunta es la **esencia de este trabajo o tesis**, la cual se desarrollara en los apartados siguientes.

3.2.- Los principios políticos-sociales y éticos de la tributación

¿Qué es la justicia en la tributación?. Desde hace muchos años existen profundas discrepancias entre los grupos sociales sobre el concepto justicia o equidad y, además, las ideas que se tienen sobre la justicia (en una nación o conjunto de naciones homogéneas) han ido cambiando a lo largo del tiempo.

Los tributos son exacciones coactivas y, por tanto, las personas a las que se les exige el pago porque están obligadas, tienen la **percepción** de dichos tributos **son injustos** o son una carga desagradable. La razón principal de dicha percepción radica en que, la mayoría de las personas, consideran que los bienes y servicios públicos que prestan las Administraciones Públicas (los beneficios) son inferiores a los pagos de impuestos que realizan como consecuencia de las obligaciones tributarias (los costes). Además, la mayoría de **los impuestos** (a diferencia de las tasas o copagos) se pagan obligatoriamente, sin que los mismos tengan **ninguna relación con los bienes y servicios que se reciben como contraprestación**. Por tanto, es lógico que cada contribuyente haga una valoración (subjetiva) de los pagos de impuestos que realiza y la utilidad que le reportan los bienes y servicios públicos que recibe. Ahora bien, ¿cuál es la percepción de cada contribuyente?.

³⁹ Publicado en el periódico El Mundo el 2 de agosto de 2.011

No conocemos estudios que den una respuesta rigurosa a esta pregunta. No obstante, lo deseable sería que la mayoría de los contribuyentes tuvieran la percepción de que los impuestos que pagan son justos o adecuados en relación con su capacidad económica.

Existe una amplia mayoría en la comunidad científica respecto al concepto “**tributación justa**” (el fin perseguido), la cual, **debe ampararse en los principios de generalidad, igualdad, proporcionalidad y redistribución.**

3.2.1 El principio de la generalidad

El principio de la generalidad de la tributación significa, de acuerdo con las normas jurídicas tributarias, que **todas las personas y empresas** que tengan capacidad de pago, **están sometidas al gravamen tributario** y, además, no se admitirán otras excepciones a la obligación tributaria subjetiva y objetiva que las que parezcan inexcusables por razones de política económica, social, cultural y sanitaria o por imperativos de la técnica tributaria (Neumark, 1974, pág. 109-110). Dicho en otras palabras: el principio de generalidad implica que todas las personas (físicas o jurídicas) que tengan capacidad de pago deben estar obligadas a pagar tributos y, además, nadie debe ser excluido de un tributo (que es general), si no hay motivos que justifiquen dicha exclusión. Por ejemplo, está justificado que, en el impuesto sobre la renta, estén exentos de la obligación tributaria aquellas personas que no tienen capacidad de pago como consecuencia de que, quien ejerce el poder político, considera que son “los mínimos” para vivir con un mínimo de dignidad. Casi todas las normas jurídicas tributarias de los países europeos, por diversos motivos, establecen unas cantidades exentas de tributación en los impuestos, principalmente, de la renta y sucesiones.

En **España**, dado que las Comunidades Autónomas tienen capacidad normativa para legislar sobre determinados aspectos del impuesto sobre la renta y sucesiones, **se lesionan los principios de generalidad** (el mínimo exento es muy elevado en determinados impuestos) **e igualdad** (diferentes mínimos exentos en las Comunidades) de las personas que residen en España. Sirva como ejemplo el Impuesto sobre la Renta (IRPF) de las personas que tributan en la Comunidad de Madrid y Cataluña en lo que respecta a

tramo autonómico y el impuesto de Sucesiones de las diversas Comunidades Autónomas, en las cuales las reducciones de la Base Imponible son diferentes.

En definitiva, el principio de la generalidad exige **que todas las personas paguen según la capacidad de pago**, pero, además, no debe existir ninguna exención de la obligación tributaria objetiva y subjetiva, especialmente en los impuestos generales⁴⁰, y, si existen **excepciones, deben estar “justificadas”** (el poder político debe motivar o explicar dichas excepciones). Asimismo, las exenciones que conculcan el principio de la igualdad, generalmente, también conculcan los principios de igualdad y proporcionalidad (como después se analizará).

El principio de generalidad está insertado en el artículo 31 de la Constitución Española:

“**Todos** contribuirán al sostenimiento de los gastos públicos de acuerdo con su capacidad económica mediante un sistema tributario justo inspirado en los principios de igualdad y progresividad que, en ningún caso, tendrá alcance confiscatorio”.

3.2.2 El principio de igualdad en la tributación

El principio de igualdad significa que todas las personas que tienen capacidad de pago están sujetas a la **obligación tributaria subjetiva** correspondiente al impuesto sobre la renta, sin consideración a su situación social, su nacionalidad, su confesión religiosa, etc. No obstante, una ley que satisfaga este principio puede contener (deliberada o indeliberadamente) tratos desiguales a casos materialmente iguales.

Es inherente al Estado de Derecho⁴¹ el principio de “igualdad de todos ante la ley”, el cual debería ser aplicado (o tenerse en consideración) cuando se crean las normas jurídicas tributarias. Sin embargo, las desigualdades de trato tributario existen realmente y aquéllas pueden ser involuntarias (no deseadas) o, por el contrario, conscientemente

⁴⁰ Los impuestos generales más importantes en España son: renta, sucesiones y donaciones, sociedades e IVA.

⁴¹ El artículo 1 de la Constitución española dice: “España se constituye en un Estado social y democrático de **Derecho**, que propugna como valores superiores de su ordenamiento jurídico la libertad, la justicia, la **igualdad** y el pluralismo político”

buscadas por el legislador. A juicio de Neumark (1974, pág. 127-130), los motivos o causas por los que algunas normas tributarias conculcan deliberadamente el principio de igualdad, pueden ser diversas. Es decir, hay situaciones en las que la desigualdad formal y material en el trato tributario no sólo no es “injusta” sino que es la consecuencia del concepto que se tenga de la “justicia”. Por ejemplo, en el Impuesto de Sucesiones, cuanto más lejana sea la relación de parentesco entre el causante y el heredero (o herederos), mayor será el impuesto que satisfará aquél (o aquéllos) como consecuencia de existir diferentes tipos impositivos según el parentesco.

Existen violaciones graves del principio de la igualdad impositiva que “no son visibles sin más de la lectura del texto legal, puesto que éstas se derivan no tanto de excepciones o diferenciaciones en los tipos impositivos dispuestos en la ley como más bien de heterogéneas disposiciones, según los casos, sobre la base impositiva, los gastos generales, los gastos de empresa y tantas otras; dichas violaciones se derivan también de diferencias en la eficiencia práctica de los métodos de exacción y recaudación tributarias y en la intensidad o/y regularidad de las inspecciones de control, así como de diferencias en las posibilidades de evasión y defraudación tributarias, muy distintas según sea el objeto tributario o el grupo social a que se pertenece” (Neumark, 1974, pág. 136-137).

En relación con lo indicado en el párrafo anterior y, como corroboración de cuanto se dice, según **Gestha**⁴², los trabajadores asalariados y pensionistas declaran a Hacienda bastante más que los pequeños empresarios y los profesionales liberales. Según José María Molinero, secretario general de dicho Sindicato: “**No es creíble que durante los últimos 16 años, que incluyen la década de expansión económica, un empleado o un pensionista gane de media más que un pequeño empresario, notario, arquitecto, médico, abogado,** por citar algunos profesionales liberales bien remunerados. De ser realidad, ¿quién emprendería un negocio para aspirar a ser mileurista?. Asimismo, según el III Informe de Lucha contra el Fraude Fiscal, elaborado por Gestha a partir de la última estadística del IRPF 2009, **los asalariados y pensionistas declararon 19.359 euros de media**, lo que supone un **75% más que los pequeños empresarios y profesionales liberales**, los cuales declararon un media de **11.036 euros de media**. Esta diferencia se ha agrandado año tras

⁴² Información publicada por los periódicos El Mundo y El Heraldo de Aragón el día 2 de agosto de 2.011

año, lo cual “evidencia que el componente estructural del fraude fiscal tiene mayor peso que el coyuntural de la crisis”.

En el impuesto sobre la renta, **si el sistema tributario quiere ser “justo”**, el principio de igualdad debe ser de tal naturaleza, que **dos individuos han de pagar la misma (o parecida) cuota tributaria si sus circunstancias relevantes** (jurídico-tributarias) **son iguales** (o parecidas). Ahora bien, en la práctica, es muy difícil precisar con claridad y exactitud, qué se entiende por “circunstancias relevantes” que se consideran iguales, parecidas o similares, desde la perspectiva jurídico-tributaria. En consecuencia, aunque un sistema tributario pretenda ser “justo” amparándose en el principio de igualdad, sin embargo, en la práctica (cuando se legisla) no lo consiga, por las razones esgrimidas con anterioridad.

Tal y como decíamos con anterioridad, el principio de generalidad significa que todos deben soportar las cargas tributarias y, asimismo, el principio de igualdad nos obliga a todos en contribuir al sostenimiento de los gastos públicos. Ahora bien, **¿todas las personas deben pagar la misma cantidad de dinero?. ¿Es justo que se haga pagar la misma cantidad a cada persona sin tener en consideración las rentas que percibe y/o el patrimonio que tiene en propiedad?**

La consecuencia lógica de los principios de generalidad e igualdad es que todos deben soportar las cargas derivadas de los tributos y, además, no deben existir privilegios ni tratos diferenciados. Ahora bien, si la regla general consiste en que todos tienen que pagar tributos, asimismo, sería injusto que se hiciera pagar a quien no puede, es decir, a quien no tiene, en absoluto, medios para realizar el pago. Por ese motivo, los textos constitucionales actuales consagran un tercer principio: **la capacidad económica**.

El **principio de capacidad económica**, más que un principio, es una forma de entender la generalidad y la igualdad tributarias. Es decir, todos tienen que pagar tributos, pero, naturalmente, **“todos los que puedan”** (Ferreiro, 1994, pág. 327).

¿Qué criterio se utiliza para determinar qué personas pueden pagar los tributos?. En el impuesto sobre la renta, en casi todos los países occidentales, existe la tendencia a individualizar la base imponible de dicho impuesto, es decir, se tiene en consideración el

número de personas que dependen de una renta determinada o cuál es la renta que dichas personas han de consumir para vivir dignamente. Por tanto, **el concepto de renta familiar ha sustituido a la renta individual**. En definitiva, cuando dos personas se encuentran en la misma (o similar) situación con respecto a las circunstancias familiares relevantes, entonces, se exige a los dos una cuota igual (o similar) en concepto del impuesto sobre la renta (Neumark, 1974, pág. 138-139).

Otra conculcación grave del principio de igualdad se produce cuando existen divergencias en **cómo se determinan las bases impositivas** de determinadas rentas. Mientras algunas bases impositivas se determinan por la renta real neta, otras se determinan por unos **“signos externos”**. En España, en el caso del impuesto sobre la renta, las primeras corresponden a las rentas salariales obtenidas por los trabajadores por cuenta ajena, mientras que las segundas corresponden a los trabajadores por cuenta propia (los trabajadores autónomos), los cuales determinan sus rentas o rendimientos netos a través de la Estimación Objetiva⁴³ (popularmente conocida como “módulos”). En consecuencia, **existen grandes dificultades técnicas para gravar por su cuantía “real” a determinados colectivos**, como por ejemplo: los socios de las sociedades mercantiles, los profesionales liberales, los trabajadores autónomos y las empresas agrícolas. La prueba fehaciente de esta afirmación tan categórica se ha comentado con anterioridad⁴⁴, es decir, las rentas que declaran los trabajadores por cuenta ajena (incluido los pensionistas) son un 75% más elevadas que las que declaran los trabajadores por cuenta propia y profesionales liberales.

Además de las dificultades técnicas para fijar las bases imponibles o cuantías “reales” a dichos colectivos, lo cual puede justificar que, de acuerdo con los principios tributarios de economicidad y de practicabilidad, se determinen las bases imponibles a través de signos externos (o módulos), también **existen muchas dificultades para realizar inspecciones tributarias que resulten eficaces desde la perspectiva recaudatoria**, ya que, por ejemplo, los profesionales liberales y trabajadores autónomos tienen muchas

⁴³ La Estimación Objetiva es un método voluntario para determinar el rendimiento neto en aquellas actividades económicas que determine el Ministerio de Economía y Hacienda. Según el Manual Práctico de la Renta 2010, dicho método prescinde de los flujos reales de ingresos y gastos producidos en el desarrollo de la actividad y, en su lugar, se aplican determinados indicadores objetivos que representan las características económicas estructurales básicas de cada sector de actividad económica (signos, índices o módulos), que son aprobados previamente mediante Orden del Ministerio de Economía y Hacienda.

⁴⁴ Artículo del Heraldo de Aragón del 2 de agosto de 2011

posibilidades para no ser gravados por las “auténticas” bases imponibles. Además, las inspecciones tributarias quedan reducidas a un pequeño número de empresas, ya que no existen medios materiales para generalizar las inspecciones tributarias cada año fiscal.

Otra violación del principio de igualdad en la tributación es que determinadas rentas tienen un tratamiento fiscal mejor que otras. En España, las rentas que obtienen los deportistas en concepto de “cesión de derechos de imagen” y las ganancias patrimoniales obtenidas por las ventas de diferentes elementos patrimoniales, ambas rentas, tributan a un tipo impositivo inferior que las rentas salariales.

La violación quizás más flagrante del principio de igualdad lo constituye la llamada “**imposición conyugal**”, es decir, dicha violación se produce cuando un matrimonio con una determinada renta total tiene que pagar más impuesto sobre la renta que la suma de lo que pagan dos solteros cuyas rentas totales sean iguales a la total del matrimonio. Esta violación o tratamiento fiscal perjudicial para los matrimonios se produce como consecuencia de la progresividad del impuesto sobre la renta. En España, la sentencia del Tribunal Constitucional⁴⁵ estableció que los matrimonios no están obligados a realizar la declaración conjunta (renta total del matrimonio) en el impuesto sobre la renta y, en consecuencia, pueden optar por el tipo de declaración que más les convenga.

Sin embargo, en determinados supuestos, todavía existe en España un tratamiento fiscal diferente en relación con las rentas totales del matrimonio, ya que es más favorable fiscalmente que la renta total del matrimonio tenga su origen en los dos cónyuges que si esa misma renta total la percibe un sólo cónyuge (el otro cónyuge se dedica a las tareas domésticas y educación de los hijos). Por ejemplo, si un matrimonio con dos hijos (de 8 y 10 años) hubiera tenido una renta total neta⁴⁶ en el año 2010 de 65.000 € (el cónyuge A y B percibieron 40.000 € y 25.000 €, respectivamente), hubiera pagado un cuota íntegra total de **12.286,24 €** (8.438,46 € el cónyuge A y 3.847,78 € el cónyuge B), mientras que si los 65.000 € lo hubiera percibido un sólo cónyuge hubiera pagado una cuota íntegra de

⁴⁵ Sentencia del Tribunal Constitucional, núm 45/1989 de 20 de febrero.

⁴⁶ Al objeto de simplificar los cálculos, las cantidades con las que se realiza la simulación son únicamente rentas provenientes del trabajo por cuenta ajena. Dichas cantidades en la jerga fiscal son los Rendimientos Netos (reducidos) del Trabajo, que se corresponde con la casilla 021 del impreso de la declaración de Renta de 2010.

16.297,78 € lo cual significa que éste matrimonio paga un **32,65%** más que aquél⁴⁷. Por consiguiente, no todos los matrimonios, considerados como unidad, son iguales ante la ley: **se favorece un determinado “tipo” de matrimonio en perjuicio de otro “tipo”** (a nuestro juicio, no se puede perjudicar a un determinado “tipo” de matrimonio sin más ni más).

Asimismo, en España cada vez tiene mayor auge la **familia monoparental**⁴⁸ (un padre o una madre y los hijos) que vive en compañía de otro u otra persona (pareja de hecho). Esta nueva “modalidad” de unidad familiar tiene un tratamiento fiscal muy ventajoso, ya que, utilizando el ejemplo anterior, si la persona A fuera una familia monoparental (vive con el hijo que tiene 8 años) y la persona B también es otra familia monoparental (vive con el hijo de 10 años), la cuota íntegra sería de 7.667,44 € y 3.270,26 € para A y B, respectivamente. Y, por supuesto, nada les impediría, de hecho, vivir juntos (o en pareja) a A y B. Las diferentes unidades familiares, según la normativa fiscal, implican que la modalidad 1ª (matrimonio y 2 hijos) pague **1.348,54 € más**⁴⁹ que la modalidad 2ª (2 familias monoparentales con un hijo cada una)⁵⁰, lo cual significa que aquella unidad familiar paga un **12,33%** más con respecto a ésta.

Un **sistema tributario “justo”** es, en opinión de Neumark (1974, pág. 155), aquel que no solo suprime las desigualdades con respecto a la imposición de rentas de la misma cuantía correspondientes a cónyuges, por una parte, y a solteros, por otra, sino que también **suprime las diferencias locales existentes** (en España, las Comunidades Autónomas) **en la imposición de los matrimonios que tengan una misma renta.**

⁴⁷ Simulación efectuada con el programa PADRE de la Agencia Tributaria para un matrimonio que reside en la Comunidad Autónoma de Cataluña.

⁴⁸ El art. 82 de la Ley IRPF considera que existen dos modalidades de “unidad familiar”. La modalidad 1ª está integrada por los cónyuges no separados legalmente y, si los hubiere, los hijos menores de edad y los mayores incapacitados judicialmente sujetos a patria potestad prorrogada o rehabilitada. La modalidad 2ª es la formada por el padre o la madre y la totalidad de los hijos que convivan con uno u otra y reúnan los requisitos señalados en la modalidad 1ª

⁴⁹ El matrimonio (A y B) pagaría 12.286,2 € (8.438,46 + 3.847,78) y las familias monoparentales A y B pagarían un total de 10.937,7 € (7.667,84 + 3.270,26), cuya diferencia es 1.348,54 € (12.286,2 – 10.937,7) y la modalidad 1ª paga un 12,33% superior ((1.348,54/10.937,7) * 100) con respecto a lo que paga la modalidad 2ª.

⁵⁰ Simulación efectuada con el programa PADRE de la Agencia Tributaria para unidades familiares que residen en la Comunidad Autónoma de Cataluña.

En España, como consecuencia del actual sistema de financiación de las Comunidades Autónomas⁵¹, existen diferencias como las que alude Neumark, es decir, **los matrimonios (y los solteros) pagan diferentes cantidades según la Comunidad Autónoma en la que reside**, lo cual es debido a que las Comunidades Autónomas tienen competencias normativas⁵². Las competencias normativas que tienen dichas Comunidades Autónomas son las siguientes⁵³:

a) Establecer la escala autonómica aplicable a la Base Liquidable General. La estructura de dicha escala debe ser progresiva que idéntico número de tramos que la escala del Estado. Si una Comunidad Autónoma no aprobara para un período impositivo la escala autonómica, se aplicará la escala complementaria prevista en la Ley.

b) Establecer las deducciones por circunstancias personales y familiares, por inversiones no empresariales y por aplicación de la renta (por ejemplo, por nacimiento de hijos, por cuidado de personas dependientes, por arrendamiento de vivienda habitual, por gastos de estudios, etc.).

c) Establecer los aumentos o disminuciones en los porcentajes del tramo autonómico de la deducción por inversión en vivienda habitual, con el límite máximo de hasta un 50 por ciento.

Como consecuencia de esta capacidad normativa, **los ciudadanos con idéntica situación familiar, personal y cuantía de las rentas percibidas**, sin embargo, **pagan cantidades distintas de impuestos si residen en diferentes Comunidades** Autónomas. Siguiendo con el mismo ejemplo, un matrimonio con dos hijos (de 8 y 10 años) que tuvo una renta total en el año 2010 de 65.000 € (el cónyuge A y B percibieron 40.000 € y 25.000 € respectivamente), si hubiera residido en la Comunidad Autónoma de Madrid, los cónyuges A y B hubieran pagado, en concepto del impuesto sobre la renta, las cantidades de 8.341,42 € y 3791,40 € respectivamente⁵⁴. En definitiva, el mismo matrimonio pagaría cantidades distintas según tuviera fijada la residencia en Cataluña (12.286,24€) o en Madrid (12.132,82 €), lo cual significa que el **mismo matrimonio paga en Cataluña un**

⁵¹ 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.

⁵² Art. 38 de la Ley 21/2001, de 27 de diciembre.

⁵³ Manual Práctico de Renta 2010 de la Agencia Tributaria

⁵⁴ Cálculos realizados con el programa PADRE del año 2010 de la Agencia Tributaria.

1,26 % adicional con respecto al de Madrid⁵⁵. Dicho porcentaje, aún fue mayor en el año fiscal 2011 para las rentas superiores a 120.000 €. En Cataluña, aquellos contribuyentes (se estima que fueron 12.000) que durante 2011 obtuvieron unas rentas superiores a 120.000 €, pagaron dos puntos más en el tramo autonómico del IRPF, pero si el nivel de rentas es superior a 175.000 € (se estima que fueron 8.000 contribuyentes), el incremento será de cuatro puntos⁵⁶. En consecuencia, los tipos marginales para ambos contribuyentes catalanes serán el 46% y 49%, respectivamente, mientras que en la mayoría de las Comunidades Autónomas serán, para rentas iguales, del 44% y 45%, respectivamente.

En España, al igual que muchos países occidentales, el sistema fiscal favorece el matrimonio en relación a la soltería, ya que, por ejemplo, si una persona percibiera en la Comunidad de Madrid un rendimiento de trabajo neto de 50.000 €, la cuota íntegra sería de 12.478,78 € mientras que si estuviera casado (y el cónyuge no percibiera rentas de ningún tipo) la cuota sería de 11.227,94 €, lo cual significa que el soltero paga un 11,14 % superior al casado sin hijos⁵⁷.

Todo cuanto se ha comentado en los párrafos anteriores es extrapolable a las diferentes **impuestos y tasas** que aplican los ayuntamientos, lo cual genera situaciones tan extravagantes como, por ejemplo, pagar por un mismo coche, en concepto de IVTM⁵⁸, el doble en un municipio que otro, los cuales distan entre sí pocos kilómetros. Y asimismo, con el IBI⁵⁹, las Tasas por la recogida de Basuras y el “céntimo sanitario” (se aplica en algunas Comunidades Autónomas). Pero, además, se da la paradoja de que **unos mayores tributos no se corresponden**, en muchos casos, **con más y mejores servicios que prestan los ayuntamientos**.

En relación con todo lo expuesto, el principio de igualdad en la tributación consiste en que “las personas, en tanto estén sujetas a cualquier tributo y se encuentren en iguales o parecidas condiciones relevantes a efectos tributarios, han de recibir el mismo trato en lo que se refiere al tributo respectivo; de esta definición se deriva como consecuencia lógica

⁵⁵ $((12286,24 - 12132,82)/12132,82) * 100 = 1,26\%$

⁵⁶ Publicado en El Confidencial, el día 2 de junio de 2010 (www.elconfidencial.com).

⁵⁷ $((12.478,78 - 11.227,94) / 11.227,94) * 100 = 11,14 \%$

⁵⁸ Impuesto sobre los Vehículos de Tracción Mecánica

⁵⁹ Impuesto sobre Bienes Inmuebles

el principio de la desigualdad en el trato tributario de las personas que se hallen en condiciones desiguales” (Neumark, 1974, pág. 159-160).

No obstante, no existe en la comunidad científica unanimidad con respecto a lo que indica Neumark en el párrafo anterior. Por ejemplo, E. Prescott, ante el dilema ¿armonización fiscal entre los países de la UE o competencia, incluso entre regiones de un mismo país?, respondió: “¡Siempre competencia!. Cuanta más mejor. Hay Estados en Estados Unidos donde se paga un 50% menos de impuestos que en otros gracias a esta competencia y a que la mitad de la normativa fiscal es estatal o local. La soberanía fiscal es buena ya que aumenta la eficacia y la productividad. Mejorar en esa dirección es bueno para España”⁶⁰.

3.2.3 El principio de proporcionalidad o principio de tributación según la capacidad de pago personal e individual

La mayoría de la comunidad científica cree que **el principio de la capacidad de pago** es, actualmente, el único principio tributario **eficaz para distribuir la carga fiscal**. Ahora bien, dado que existen deferentes clases de tributos⁶¹: **¿se aplica este principio a todos los tributos?**

No existe plena unanimidad al respecto, ya que si bien algunos consideran que dicho principio es aplicable a todos los tributos, sin embargo, otros consideran que **dicho principio es aplicable a los impuestos**, pero, sin embargo, **para las contribuciones especiales y las tasas es más apropiado aplicar el principio de beneficio**, tal y como se comentará con posterioridad.

Las **críticas** que se han formulado contra el **principio de capacidad de pago**, a juicio de Neumark (1974, pág. 163), se fundamentan en los siguientes argumentos:

⁶⁰ Entrevista en Expansión, publicada el 28 de junio de 2005

⁶¹ Los tributos “además de ser medios para recaudar ingresos públicos, han de servir como instrumentos de la política económica general, atender a las exigencias de estabilidad y progreso sociales y procurar una mejor distribución de la renta nacional” (art. 4 de la anterior Ley General Tributaria). Asimismo, los tributos se clasifican en impuestos, contribuciones especiales y tasas (art. 26 de la anterior Ley General Tributaria)

a) la capacidad de pago y la capacidad tributaria son **conceptos demasiado imprecisos** para poder aplicarlos prácticamente como criterios de distribución de la carga tributaria.

b) la capacidad de pago, según Hayek, origina una estructuración progresiva en la imposición sobre la renta, lo cual supone un castigo a los económicamente hábiles y eficaces y un premio a los económicamente incapaces.

Es obvio que al aplicar el principio de la capacidad de pago en el impuesto sobre la renta, los “hábiles y eficaces” tienen que pagar una cantidad mayor en términos absolutos y relativos que los “incapaces y holgazanes”, pero, desde los postulados éticos imperantes en la sociedad actual, se justifica que aquellas personas que no dispongan de un determinado nivel de rentas y/o patrimonio, lógicamente, no disponen de capacidad tributaria. Por tanto, **¿es “justo” que las personas que disponen de mayor capacidad tributaria deban pagar más tributos?**. ¿Cómo se determina la capacidad de pago?

Existe un amplio consenso en la comunidad científica con respecto a la **imprecisión o vaguedad** de los conceptos “capacidad de pago a efectos tributarios” o “capacidad tributaria”, los cuales ha sido objeto de críticas mordaces por parte de los detractores de dicho principio y, especialmente, en cómo se aplican a los diversos tributos. No obstante, es posible fijar cuáles son los criterios que se deben tener en consideración para delimitar la capacidad de pago de las personas. En todos los países occidentales existen, desde hace años, **dos tipos de impuestos** que revelan la capacidad de pago de las personas: los **directos** y los **indirectos**.

Los impuestos, según las normas tributarias españolas, son los tributos exigidos sin contraprestación⁶², cuyo hecho imponible está constituido por negocios, actos o hechos de naturaleza jurídica⁶³, que ponen de manifiesto la **capacidad contributiva** del sujeto pasivo como consecuencia de la posesión de un patrimonio, la circulación de los bienes o la adquisición o gasto de la renta. Dicho en otras palabras, el impuesto es el tributo que no es ni contribución ni tasa, cuyo hecho imponible no supone en ningún caso una actividad administrativa.

⁶² la palabra “contraprestación” no puede entenderse como la prestación que una de las partes desea obtener de la otra y equivalente de la suya.

⁶³ Los actos o hechos son de naturaleza jurídica porque está tipificado por el legislador tributario como hecho imponible.

La capacidad económica de las personas debe ser tomada en consideración cuando se establece cualquier tipo de tributos (especialmente, en los impuestos) y, normalmente, esa capacidad se manifiesta a través de la propiedad de un patrimonio, de la percepción o gasto de una renta o a través de la circulación de la riqueza. No obstante, en determinados casos, el establecimiento de un impuesto puede obedecer a criterios distintos al de la capacidad económica. La Ley es la que determina el cómo, el cuándo y el cuánto de la prestación a realizar por el contribuyente (obligación de pagar).

Como indica Ferreiro Lapatz (1994, pág. 177-181), el legislador (o poder legislativo) establece los impuestos siempre pensando en las personas que pueden pagarlos, es decir, que tienen capacidad económica para soportarlos. La capacidad económica de cualquier persona (o contribuyente) depende de su “riqueza” y ésta se manifiesta a través de la obtención de cualquier tipo de renta, así como a través de las propiedades de la que es propietario o poseedor (por ejemplo, el usufructo).

Los impuestos que recaen sobre la renta y el patrimonio son los llamados impuestos **directos**. Ahora bien, la “riqueza” de una persona puede manifestarse también indirectamente a través de su utilización, por lo cual, determinados impuestos (**indirectos**) gravan determinadas manifestaciones de la capacidad económica, como son las transacciones o circulación de la riqueza o el consumo de la riqueza.

En la mayoría de los países de nuestro entorno, más de la mitad de los ingresos tributarios se obtienen de los **dos grandes impuestos**: el impuesto sobre la renta (directo) y el impuesto sobre el valor añadido (indirecto). En España, en los 2.009 y 2.010, el **IRPF** fue el 44,34% y 41,98 %, respectivamente, del total de los Ingresos Tributarios. Y, respecto al **IVA**, éste fue el 23,31 % y el 30,77%, respectivamente⁶⁴. Por tanto, los

⁶⁴ Según el Informe Anual de Recaudación Tributaria, elaborado por la Agencia Tributaria, el Total de los Ingresos Tributarios en **2009 y 2010** ascendió a 144.023 y 159.536 (millones de €), respectivamente. La distribución según la naturaleza de los tributos (en millones de €) fue en el año **2.009** la siguiente: 86.461 de Impuestos Directos (60,03%), 55.655 de Impuestos Indirectos (38,64%) y 1.907 de Tasas y otros Ingresos (1,32%). El Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas ascendió a 63.857 (44,34%) y el de IVA a 33.567 (23,31%), y la suma de ambos impuestos representan el **67,65%** del Total de los Ingresos. Asimismo, en el año **2.010** dicha distribución la siguiente: 85.827 de Impuestos Directos (53,80%), 71.893 de Impuestos Indirectos (45,06) y 1.816 de Tasas y otros Ingresos (1,14%). Asimismo, el Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas ascendió a 66.977 (41,98%) y el de IVA a 49.086 (30,77%), y la suma de ambos impuestos representan el **72,75%** del Total de los Ingresos

Ingresos Tributarios en concepto de **IRPF e IVA** fueron el **67,65%** y el **72,75% de los Ingresos Tributarios Totales**, en los años 2.009 y 2.010, respectivamente.

Como decíamos anteriormente, la capacidad de pago de las personas, según la “ética social dominante” (Neumark, 1974, pág. 166), es el principio impositivo que se considera más “justo” para distribuir la carga tributaria, o sea, dicho principio es útil para determinar **quiénes pagan** (existirán exenciones objetivas y subjetivas) y, además, para fijar qué criterios se utilizarán para calcular **cuánto pagará cada persona** (la proporcionalidad, la progresividad o la regresividad).

Según Musgrave, desde la Edad Media hasta la fecha, existen muchas opiniones de filósofos, economistas y juristas sobre los dos principales principios de la tributación: **la capacidad de pago y el beneficio**.

El principio de la capacidad de pago es más antiguo que el de beneficio. El primero consiste en considerar que la imposición “justa” es aquella que reparte la carga tributaria total de acuerdo con la posibilidad o capacidad de pago de las personas.

J.S. Mill consideraba que la **igualdad en la imposición** significaba “igualdad de sacrificio” (es un concepto subjetivo). Ahora bien, la “igualdad” de sacrificio debe ser definido con mayor precisión, si se quiere aplicar en los diversos tributos. Según J. S. Mill, el sacrificio “igual” en la tributación equivale a aplicar tipos impositivos proporcionales en los tributos, mientras que Adam Smith era partidario de que las personas contribuyeran en proporción a “sus respectivas capacidades, es decir, “en proporción a la renta que respectivamente disfrutan”. Ahora bien, **el concepto “proporción” es impreciso**, ya que puede significar una tarifa proporcional o bien progresiva (Musgrave, 1974, pag. 93-101).

Otra forma de explicar el “sacrificio” consiste en considerar que la utilidad de la renta que percibe cada persona es decreciente⁶⁵ y, en consecuencia, los impuestos deberán repartirse de forma que todas las personas padezcan un **sacrificio igual** (la utilidad que

⁶⁵ A medida que una persona aumenta la renta que obtiene, el valor de la utilidad que “percibe” (concepto subjetivo) es cada vez menor. Por ejemplo: por los primeros 5.000 € “percibe” una utilidad de 100 (concepto indeterminado), por los siguientes 5.000 € percibe una utilidad de 90, por los siguientes 5.000 € percibe una utilidad de 80 y así sucesivamente.

pierden todas las personas como consecuencia de pagar los impuestos). Esta teoría implica que todas las personas que pagan los impuestos deben tener una **escala de “percepciones”⁶⁶ de utilidad en relación con las rentas obtenidas**, lo cual, desde una perspectiva teórica, es un ejercicio mental muy estimulante de lógica formal a partir de unas hipótesis (por ejemplo, considerar que la utilidad marginal de las distintas rentas son decrecientes), pero que, sin embargo, su aplicación práctica en cualquier sistema tributario es una utopía.

Otros pensadores defienden la teoría del **sacrificio proporcional** (similar a la anterior), la cual consiste en que todas las personas deben pagar de impuestos el mismo porcentaje del valor de la utilidad total.⁶⁷

Finalmente, existe una tercera teoría: el **sacrificio mínimo**. Esta teoría consiste en que la carga tributaria debe repartirse entre las personas de tal forma que la “comunidad” (no las personas que pagan) sufra el mínimo sacrificio. Esta teoría, si se aplicara en cualquier sistema tributario, supondría que sólo pagarían impuestos las personas que obtuvieran las rentas más altas, ya que el valor total de las utilidades que dejarían de percibir éstas como consecuencia del pago de los tributos serían notablemente inferiores que el valor total de las utilidades que dejarían de percibir todas las personas (es decir, si los impuestos los pagan todas las personas).

Las **críticas** principales que se han formulado **a las teorías del sacrificio** han consistido en que la utilidad es un concepto imposible de definir y, en el supuesto que lo fuera, las utilidades de cada persona no se pueden ni valorar ni comparar entre las distintas personas, ya que las percepciones (o sensaciones) de la utilidad son conceptos esencialmente subjetivos. Por tanto, es imposible realizar una escala de utilidad general que sea válida para todas las personas.

A juicio de A. Prest, muchos economistas no aceptan las premisas en que se basa la teoría del sacrificio, entre otras razones, porque hay muchos casos en que una renta mayor puede no ir acompañada de una disminución de la utilidad marginal de aquella renta. Dado

⁶⁶ La percepción, según la R.A.E., consiste en conocer algo a través de los sentidos.

⁶⁷ El valor de la utilidad total es la cantidad resultante de sumar todos los valores de utilidad percibida según los distintos niveles o escalas de rentas obtenidas.

que la introspección o la intuición constituyen el único medio de demostrar que dos personas con rentas iguales obtienen de ellas igual satisfacción, la mayor parte de los economistas no creen que puedan llegar por este camino a la comparación interpersonal de utilidades. Por tanto, el sacrificio **ni es una magnitud** que pueda convertirse en cantidad, **ni es una magnitud que permita establecer comparaciones interpersonales** (Prest, 1967, pág. 108-111).

Einaudi, crítica sagazmente el principio de sacrificio, ya que, hasta que no se invente un “psicoscopio”⁶⁸ que sea capaz de registrar con la misma unidad de medida las reacciones individuales separadas y simultáneas de todos los componentes de la sociedad, lógicamente, **no se podrán realizar valoraciones individuales de utilidad** (felicidad o satisfacción) y, en consecuencia, **el principio de sacrificio es un juguete** bueno para obligar a los escolares a hacer ejercicios inútiles de presunta hedonimetría tributaria, es decir, **mera pérdida de tiempo**, útil para poner, en nombre de la ciencia, la piel de gallina a los poderosos. Cuando un razonamiento es ilógico, no tiene sentido seguir labrándolo, sacándole partido, y diciendo que no y que sí y que la conciencia política por aquí y que la conciencia colectiva por allá, etc.... No tiene sentido y basta. No tiene sentido decir que el sacrificio 10 de Fulano y el sacrificio 10 de Mengano son iguales, porque nadie en el mundo sabe en qué consiste esa igualdad. ¿No es mejor confesar que la señora ciencia no tiene nada que ver con la aplicación del sumo principio utilitarista a la distribución del impuesto y que se trata de meros ejercicios de cálculo más o menos sublimes?. Que dejen de una vez la jactancia de descubrir y enseñar los principios “científicos” de la distribución “justa” del impuesto, ya que la señora “ciencia” ha perdido demasiado tiempo en correr tras el vacío ídolo de la igualdad de sacrificio (Einaudi, 1963, pág. 232-253).

Aunque no exista una medida de utilidad universalmente aceptada mediante la cual aplicar una u otra forma de sacrificio, según Robbins, se puede **considerar que las personas son semejantes** y, de este modo, el concepto de utilidad subjetiva se transforma en un concepto de **utilidad “social” de la renta**, y, a partir de este concepto, establecer una curva de la utilidad marginal que parezca adecuada desde el punto de vista de la política social y escoger entre las teorías del principio de sacrificio. Así, el principio de

⁶⁸ El psicoscopio no existe, pero, si existiera, según Einaudi, sería un “instrumento introspectivo que fotografía las reacciones psicológicas cuantitativas de cada hombre frente a la adquisición o privación de las sucesivas unidades de riqueza”

capacidad de pago deja de ser una cuestión subjetiva y se convierte en una cuestión de “valor social”. En una democracia, el valor social se determina teniendo en consideración las preferencias de las personas (Musgrave, 1974, pág. 113). Ahora bien, ¿cómo se conocen estas preferencias individuales?

Sin embargo, a pesar de las dificultades prácticas de **las teorías del sacrificio**, éstas **sirven para orientar** al poder político en cómo repartir los tributos entre las distintas personas que forman parte de una sociedad. Dichas teorías abogan, explícita o implícitamente, por un sistema fiscal en el que los impuestos sean progresivos, es decir, no basta que, por ejemplo, todas las personas paguen un 15% de la renta percibida (sería un impuesto proporcional), sino que, para que el sacrificio tienda a ser proporcional o mínimo, cada persona debe pagar en proporción a su renta o su riqueza, es decir, será mayor el porcentaje (**impuesto progresivo**) cuanto mayor sea la renta o su riqueza (Ferreiro Lapatza, 1994, pág. 323-325).

Asimismo, el principio de capacidad económica o de pago, como idea que guía el reparto justo de la carga tributaria también se inspira en otro principio: el principio del beneficio o de la equivalencia. El **principio de beneficio**, aunque teóricamente es defendible, sin embargo, no se puede aplicar para destruir la carga tributaria, ya que es imposible fijar los tributos a cada persona (contribuyente) según la “utilidad” que obtiene esa persona a través de los bienes y servicios públicos (indivisibles) suministrados por el Estado que satisfacen las necesidades sociales (indivisibles). En consecuencia, la imposibilidad de medir las utilidades que obtienen las personas a través de los bienes y servicios públicos (indivisibles) que provee el Estado, es la causa principal por la que se considera, actualmente, que la cantidad que debe pagar de impuestos para sufragar el coste de los bienes y servicios que satisfacen las necesidades indivisibles, lógicamente, será “proporcional” a su particular capacidad económica.

¿Qué es “proporcional a su capacidad económica”? Para la mayoría de la comunidad científica, como decíamos anteriormente, consiste en suponer (presunción) que, en la mayoría de los casos, cada persona obtiene de la satisfacción de las necesidades públicas indivisibles una ventaja o utilidad proporcional a la **renta** que percibe o a la **riqueza** que posee. Por ejemplo, los servicios públicos de policía y defensa benefician más a las personas que tienen más propiedades. Ahora bien, aunque es cierto que el principio

del beneficio no permite ser aplicado para distribuir la carga fiscal que financia los bienes y servicios públicos que satisfacen las necesidades sociales (indivisibles), no es menos cierto que, **el principio de beneficio es útil para distribuir la carga tributaria** que permite la financiación de determinados bienes y servicios públicos (**los bienes de mérito o preferentes**), los cuales satisfacen determinadas necesidades públicas que son divisibles (las necesidades de mérito o preferentes), tal y como se explicará posteriormente.

Como conclusión de cuanto se ha analizado, el **principio de capacidad de pago**, dentro de lo posible, debería “regir” cada impuesto en particular y también “contemplanlo fundamentalmente desde la perspectiva del sistema fiscal como totalidad”. Un sistema fiscal que pretenda ser racional, **no pueden existir impuestos que se opongan a dicho principio**. (Neumark, 1974, pág. 170).

3.2.4 El principio de la redistribución tributaria de la renta y patrimonio

A. Wagner consideraba que el principio de la redistribución consiste en beneficiar a los relativamente débiles a costa de los relativamente acomodados. La **redistribución de la renta** se asocia o equipara con la progresividad total o parcial de toda la carga tributaria. Aunque es cierto que la redistribución de la renta se consigue a través de la progresividad impositiva (que paguen más tributos los que tengan más capacidad contributiva), no es menos cierto que también se consigue dicha redistribución a través de la “política de gastos”. Desde hace mucho tiempo hasta la actualidad, se apelan a las **normas éticas para justificar la progresividad impositiva**, ya que mediante ésta se consigue la redistribución de la renta. Ahora bien, la redistribución también puede ser deseable por razones de política económica.

La redistribución de la renta es contraria a los postulados clásicos-liberales de la neutralidad tributaria, ya que aquella altera la distribución primaria de la renta. A juicio de diversos autores, no hay que sacralizar la distribución “primaria” de la renta, ya que cuando existe un sentimiento mayoritario de que esta distribución primaria es injusta, lógicamente, deberá corregirse ésta a través de los diversos mecanismos tributarios. Ahora

bien, las políticas de redistribución no persiguen la extinción de las desigualdades causadas por la distribución primaria sino sólo una cierta disminución (la que el poder político determine). En la actualidad, cuando se habla de **redistribución**, ésta se asocia con las **transferencias prestadas por el Estado**, como subvenciones, prestaciones sociales, prestaciones de indemnización, etc. y, su contrapartida, es decir, los tributos y cotizaciones de seguros sociales que permiten financiar aquéllas (Neumark, 1974, 233-239).

En muchos países (incluido España) se ha suscitado una polémica doctrinal en torno a la llamada “**redistribución interregional**”, es decir, si es (o no es) “justo” la redistribución entre los Länder, Regiones o Comunidades Autónomas, es decir, ¿deben transferir renta (ingresos) los entes territoriales que tienen las rentas per cápita más elevadas a los que las tengan menor?.

Hay opiniones para todos los gustos, pero, quizás, la opinión mayoritaria sea la partidaria de transferir recursos de las regiones o países más prósperos a los más “pobres” (así se hace entre los países miembros de la Unión Europea). Ahora bien, en lo que no existe acuerdo es en el grado o intensidad de la redistribución. La doctrina que no está de acuerdo con dicha redistribución fundamenta su negativa, principalmente, en que la distribución regional de la renta personal es no solo socialmente injustificable, sino también económicamente despilfarradora.

La **redistribución fiscal**, como se ha dicho, es la **modificación de la distribución personal de la renta**. En Europa, como consecuencia de las dificultades financieras crecientes para financiar el llamado Estado de Bienestar, **los ideales de la redistribución** están tendiendo hacia la **moderación** e incluso, en algunos países, a la **disminución**. La causa principal se puede resumir en el discurso que pronunció Kjell-Olof Feldtel, ex Ministro de Economía y Hacienda y ex Gobernador del Banco de Suecia, el 13 de octubre de 1997 en Madrid:

- Para que un **Estado de Bienestar generoso** y de cobertura universal sea **financiado** sin tener que recurrir absurdamente a altos tipos impositivos, es necesario que una gran parte de la población posea un trabajo remunerado y que, por tanto, obtenga un volumen de renta lo suficientemente amplio como para ser gravado con impuestos estatales. Además este volumen de renta debe

crecer a un ritmo continuado, lo que significa que el país en cuestión debe experimentar un **crecimiento económico estable y elevado**.

- Suecia sufrió un deterioro bastante drástico de su productividad y crecimiento, como resultado entre otras cosas de grandes déficits públicos de los presupuestos públicos y de una elevada tasa de desempleo.
- Los **altos tipos impositivos han afectado** sin lugar a dudas a la **propensión al trabajo, al ahorro y a la inversión**. Y las muy amplias prestaciones sociales, que compensaban la totalidad – o incluso más que la totalidad- de la pérdida de renta en los supuestos de desempleo, baja por enfermedad y baja por maternidad, **tuvieron una repercusión sobre la motivación de la población a la hora de buscar nuevos empleos o de rendir en lo que ya poseían**.
- A partir de 1991, los niveles de prestaciones se redujeron hasta el 75%. Además, se hicieron más restrictivos los requisitos para acceder al sistema de asistencia pública. El cambio de mayor trascendencia fue el **establecimiento** por el Parlamento de **un techo para el gasto público**, el cual no podría crecer más de 1% nominal en los próximos años, lo cual supone una reducción en términos reales. Finalmente, las pensiones se ligaron al crecimiento de la economía sueca.
- Los resultados conseguidos con dichas políticas fueron: el porcentaje del PNB dedicado al gasto público ha descendido desde el 70% en 1994 al 62% en 1998.
- Las **cargas impositivas** que soporta el contribuyente medio sueco son **incompatibles** con la necesidad de alcanzar un mayor crecimiento económico y un menor desempleo en un mundo como el actual caracterizado por la **internacionalización de la economía**. Los altos niveles de impuestos y gastos públicos hacen que la economía sueca sea muy vulnerable a las futuras caídas del crecimiento económico y al empeoramiento de las condiciones empresariales.
- Debería plantearse una **revisión del Estado de Bienestar** más radical y de mucho mayor alcance que la realizada hasta ahora en mi país.
- La **producción de los servicios públicos** que presta el Estado **deberá ser más eficiente** desde el punto de vista del coste.
- Establecer un **vínculo entre las cotizaciones** individuales a la Seguridad Social **y las prestaciones** que cada uno recibe de la misma.

- Reducir la cuantía de las prestaciones de las Seguridad Social, ya que así se reducen los impuestos.
- Apartarse de los valores igualitarios que han constituido tradicionalmente el motor del sistema salarial sueco. Hay que reducir las prestaciones de desempleo y se debe **flexibilizar el mercado laboral** con el fin de conseguir que los que no trabajan lo hagan y a un precio inferior, así como determinados trabajos deben estar mejor remunerados. Hacer posible que los parados vuelvan a trabajar. En definitiva, **hay que aceptar mayores desigualdades**.

Para que la redistribución sea efectiva, la **política tributaria deberá ser progresiva**, con el fin de conseguir una redistribución de rentas y patrimonios que sea compatible con la economía de mercado y, que, de acuerdo con la concepción dominante, se considere justa. La redistribución habrá de consistir en una disminución de las diferencias en la distribución primaria provocada por el mecanismo y la fuerza del mercado. En definitiva, la redistribución persigue una **distribución más igualitaria de la renta** (Neumark, 1974, pág. 243).

A juicio de Prest, las frases “la concepción dominante”, “lo que la sociedad cree que es equitativo” o similares, son simples juicios de valor, es decir, definir la equidad como “lo que se cree que es equitativo”, es un razonamiento circular. Por tanto, **el significado de la equidad continua siendo nebuloso**⁶⁹. No se disponen de reglas claras para determinar hasta qué punto se debería llegar en la corrección de la desigualdad. Además, qué se redistribuye: ¿la renta o la riqueza?. Una persona puede tener mucha renta y poca riqueza y viceversa. Por tanto, se deben analizar los efectos que los gastos e ingresos públicos tienen sobre la distribución de la renta entre los distintos grupos de población (distribución personal de la renta), en vez de buscar sus méritos desde el punto de vista de un ideal indefendible. Por tanto, “si no hay una base teóricamente sólida para la progresividad impositiva, se deduce que los sistemas usuales de tributación y gastos públicos progresivos carecen de fundamentación racional” (Prest, 1967, pág. 112-113).

En relación con lo explicado respecto a la progresividad, **¿el Impuesto sobre la renta tiene que ser necesariamente progresivo?**.

⁶⁹ Según Milton Friedman, la equidad es una palabra vaga, difícil, sino imposible, de definir con precisión (Friedman, 1979, pág. 193).

En los años 80 se suscitó una interesante controversia doctrinal entre los profesores Fuentes Quintana y Zabalza Martí, respecto a el Impuesto sobre la Renta: ¿tarifa lineal o progresiva?.

La tarifa lineal no implica, necesariamente, el renunciar a la progresividad. Por tanto, un impuesto lineal podría no empeorar su contribución a la equidad, si de acuerdo con Pechman y Oker se tuviera en cuenta los siguientes aspectos:

a) El impuesto lineal contempla la **existencia de un mínimo exento elevado** que tenga en consideración las circunstancias familiares del contribuyente.

b) La supresión de algunas deducciones, las cuales son el origen de discriminaciones importantes y no favorables a las rentas medias y bajas.

c) La existencia de un tipo de gravamen aplicable a partir del mínimo exento, lo cual **convierte el tipo lineal en progresivo**. Por tanto, el impuesto lineal mantendría el principio básico de la tributación progresiva. Aunque, de hecho, más atenuada.

De lo dicho con anterioridad, se podría resumir diciendo: el impuesto lineal tiene la virtud de la simplificación, elimina algunas deducciones y gastos fiscales y, además, establece **un solo tipo de gravamen** (Fuentes Quintana, 1986, pág. 225).

Según A. Zabalza, el Impuesto Lineal (tarifa lineal) se le atribuyen más ventajas de las que realmente posee, ya que la tarifa del IRPF no es más difícil de aplicar que una tarifa lineal y el único objetivo es hacer **menos progresivo** el Impuesto sobre la Renta. Asimismo, para una misma recaudación, la tarifa lineal sería superior que la tarifa existente para los tramos bajos de renta. Por tanto, las posibles ganancias en eficiencia en niveles altos de renta deberían ser contrapuestas a las posibles pérdidas en niveles bajos (Zabalza, 1987, pág. 170-174).

A juicio de Fuentes Quintana, una menor progresividad nominal no se corresponde necesariamente con una menor progresividad real en un impuesto, ya que las rentas declaradas representan un 50% de las rentas efectivamente percibidas. Un impuesto es eficiente cuando su estructura (tarifa y deducciones) distorsiona mínimamente las decisiones de asignación de recursos (trabajo, ahorro y asunción de riesgos, inversiones, evasión y evitación) ocasionando reducidas pérdidas de bienestar. Por tanto, **los tipos**

marginales bajos pueden ser más bajos si se suprimen todas o parte de las exenciones y desgravaciones. En relación cuanto se dicho, formula una perspicaz pregunta: ¿No sería más lógico y consecuente, si se desea motivar conductas positivas de los agentes económicos hacia el trabajo, ahorro e inversión, rebajar la tarifa, reducir las deducciones y **que el contribuyente disponga de mayor renta para utilizarla según le aconseje su conveniencia?** (Fuentes Quintana, 1987, pág. 184).

Los defensores de la tarifa lineal sostienen que mediante ésta se conseguiría una **reducción sustancial del fraude fiscal** (el cual era tan elevado en los años 80 como en la actualidad, tal y como hemos comentado). Sin embargo, los detractores son reticentes con semejante aseveración, ya que introducir la tarifa lineal implicaría que el menor incentivo para defraudar en los tramos altos de renta se compensaría con el incremento del fraude que se generaría en los tramos bajos de la renta.

La introducción de la tarifa lineal, con la cual se quisiera recaudar lo mismo que con la tarifa progresiva, según Zabalza, implicaría que los contribuyentes de rentas bajas y altas pagarían menos, pero, por el contrario, la mayoría de contribuyentes pagarían más. En consecuencia, ¿qué políticos estarían dispuestos a propugnar una reforma de la tarifa de estas características?. Ahora bien, si se introdujera la tarifa lineal y se pretendiera que nadie quedará perjudicado con respecto a la situación anterior, lógicamente, la recaudación descendería a corto plazo y, por tanto, teniendo en consideración el elevado déficit público y deuda pública actual, así como las crecientes demandas de gasto público que solicitan o exigen los ciudadanos, ¿sería una política económica racional o viable?.

A juicio de Fuentes Quintana, no tiene sentido hablar de progresividad si existe un extendido fraude fiscal y, por tanto, **la verdadera progresividad consiste en erradicar la evasión fiscal.** Asimismo, para juzgar la progresividad del Impuesto sobre la Renta, hay que contemplar **los gastos públicos**, los cuales **suelen tener efectos redistributivos.**

Según Luigi Einaudi, “un tipo marginal de gravamen elevado obliga al contribuyente a renunciar a muchas cosas necesarias e induce a ciertas transacciones con la conciencia..... De modo que, además de la justa penalización contra los defraudadores, el mejor medio para impedir el fraude es la moderación de los tipos de gravamen para evitar que el contribuyente encuentre indulgencia pública” (citado por Fuentes Quintana, 1986,

pág. 188). En consecuencia, si se introdujera la tarifa lineal y se eligiera una **prudente progresividad**, se podría luchar eficazmente contra la evasión fiscal y, a la vez, se podrían aplicar retenciones ajustadas, sin perjuicio, de la simplicidad que se obtendría.

La controversia doctrinal sigue en la actualidad, pero quizás ha disminuido, o se ha pospuesto, como consecuencia de los **graves problemas financieros** (crisis del sistema financiero), **económicos** (estancamiento o leve crecimiento del PIB, e incluso en algunos trimestres existe recesión) y **presupuestarios** (elevados déficit públicos y endeudamiento total) que acechan a todos los países de nuestro entorno.

¿**Pueden las políticas de redistribución ser perjudiciales** para la consecución de otros objetivos económicos, como por ejemplo, el crecimiento económico y la creación de empleo?.

Hay una opinión mayoritaria que considera que los **programas de redistribución de la renta posibilitan la “paz social”**, es decir, que las personas pobres no cometan actividades delictivas de diversa naturaleza como consecuencia de sus insuficientes recursos para vivir con un mínimo de dignidad. Asimismo, hay personas que son altruistas y, por tanto, consideran que los programas públicos de redistribución de la renta **son necesarios para el bien común** de todos los miembros que forman parte de la comunidad. También, hay personas que saben que, por circunstancias de la vida, hoy no necesitan ayuda pública, pero en el futuro la pueden necesitar, y, por tanto, lo que hoy pagan para contribuir a los programas públicos de ayuda a los necesitados es, a la vez, una contribución a un sistema de protección que quizás puedan necesitar alguna vez.

Muchos pensadores creen que si se asegura la **“igualdad de oportunidades”** para todos los ciudadanos, el proceso de generación de la renta será justo y, por tanto, **el Estado no debería intervenir en la redistribución de la renta** (Rosen, 2002, pág. 148-149).

El **poder político redistribuye la renta** a través de los tributos y del gasto público, es decir, la regla general es que las personas que obtienen subsidios se benefician de los tributos que pagan otros. Pero las personas no sólo reciben subsidios, ya que una parte considerable del gasto público se dedica a proveer bienes y servicios que satisfacen

necesidades sociales y preferentes. ¿Se benefician de estos bienes y servicios más los “ricos” que los “pobres”, o sucede al revés?.

Existen determinadas **políticas públicas** (por ejemplo, los cupones de comida, las pensiones no contributivas, etc.) que van destinadas únicamente a las rentas más bajas, pero, asimismo, de los **bienes públicos puros y de mérito** que provee el Estado también se benefician (o pueden beneficiarse) las rentas medias y altas. La mayoría de las personas valoran mejor un euro recibido de una prestación monetaria (por ejemplo, la pensión contributiva) que el euro que ha gastado el Estado para darle una prestación en especie a esas personas (por ejemplo, el servicio de educación). Hay bastante unanimidad en que el Estado debe ayudar a los “pobres”, pero sin embargo, existe mucha controversia respecto a cómo debe implementarse dicha ayuda, así como la cuantía de la misma. En todo caso, **los beneficiarios de las políticas públicas** tienen menos incentivos para buscar trabajo (o trabajar más, si ya lo hacen) que si no percibieran ningún tipo de ayuda, es decir, se reduce la oferta de trabajo de los beneficiarios.

¿Las **políticas públicas** de transferencias monetarias y en especie contribuyen a **reducir la pobreza**?

Según Rosen, la forma idónea de evaluar las políticas de transferencias consiste en examinar los efectos sobre la tasa de pobreza. Según diversos estudios realizados en EE.UU., las **transferencias en especie y monetarias, reducen la tasa de pobreza**. Sin embargo, dichas políticas tienen también efectos nocivos para la eficiencia global del sistema, ya que **muchas personas se acostumbran a vivir permanentemente de la caridad del Estado**. La protección social está justificada cuando una persona verdaderamente lo necesita porque no tiene suficientes recursos para vivir, por sí mismo, con un mínimo de dignidad, pero, asimismo, las políticas públicas deben estar dirigidas a que dichos beneficiarios tengan incentivos para ganarse la vida por sí mismos al objeto de **evitar que adquieran el hábito corrupto de vivir sin trabajar, pudiendo hacerlo**.

Desde una perspectiva teórica, la política de redistribución puede practicarse en función de las rentas o del patrimonio de las personas, o bien una ponderación de ambos criterios. Es decir, si lo que se pretende es que paguen impuestos los que más tienen, se deberá determinar cuál es el indicador (la renta o el patrimonio) que se utilizará para

implementar las políticas de redistribución. Así, por ejemplo, pueden existir personas que, en un momento determinado, perciben unas “pequeñas” rentas⁷⁰, pero, sin embargo, tengan un patrimonio considerable que han acumulado a lo largo del tiempo como consecuencia de: inversiones de las rentas obtenidas en el pasado, premios de loterías que están exentos de tributación, herencias diversas, etc. En sentido contrario, pueden existir personas que tienen “altas” rentas en un momento determinado, pero un patrimonio insignificante como consecuencia de que no invirtieron parte de sus rentas obtenidas en el pasado, de no haber heredado ningún bien, de no haber obtenido premios de lotería, etc.

En España, el **criterio único o preferente para pagar los tributos** más importantes son las **rentas obtenidas** (IRPF) y **consumidas** (IVA), sin tener a penas en consideración el patrimonio de las personas. Asimismo, respecto al gasto público, **los beneficiarios** principales son las personas que menos han contribuido a la obtención de los ingresos públicos. Por ejemplo, cuando se conceden las becas a los estudiantes, el único criterio que se tiene en consideración es la renta que percibe la unidad familiar. **¿Es equitativa esta política redistributiva?** Sin embargo, ¿por qué no se tienen en consideración las rentas que se perciben para otorgar la subvención, total o parcial, del gasto farmacéutico?. ¿Por qué se otorga la gratuidad (total o parcial) de los servicios geriátricos sin tener en consideración el patrimonio de los usuarios de dichos servicios?. ¿Es justo que una persona que perciba una renta “alta” pero que no tenga patrimonio pague más impuestos y reciba menos prestaciones públicas que una persona de una renta “baja” pero que tenga un patrimonio considerable, el cual se transferirá a sus herederos⁷¹?

3.3.- El principio de beneficio

Existe mucha controversia doctrinal respecto a este principio. Algunos (la doctrina mayoritaria) creen que este principio fue válido durante los inicios del capitalismo, pero, sin embargo, no es válido desde los inicios del siglo pasado porque el concepto actual de impuesto es incompatible con el derecho a recibir una contraprestación o indemnización

⁷⁰ En el concepto de renta se incluyen los salarios, las pensiones, los rendimientos profesionales y empresariales y similares.

⁷¹ Además, dichos herederos no pagarán, en la mayoría de los casos, el Impuesto de Sucesiones, ya que en la mayoría de las Comunidades Autónomas, se han establecido unas altas bonificaciones fiscales (reducciones de la Base Imponible) cuando los herederos del causante son los hijos.

(esencia del principio de beneficio). Por el contrario, otros pensadores creen que dicho principio es plenamente válido por las razones a continuación se comentarán.

El **principio del beneficio** consiste en que los beneficiarios de un determinado gasto público son quienes deberían financiarlo. Algunos consideran que, en la medida en que el gasto público produjera beneficios a las generaciones futuras, sería pertinente trasladar la carga a las generaciones futuras a través de la financiación mediante préstamos (Rosen, 2002, pág. 429).

Este principio considera, según J.S. Mill, que existe una **relación de cambio** (*quid pro quo*) **entre el contribuyente y el Estado**, y, por tanto, difiere sustancialmente del principio de capacidad de pago porque éste considera que no existe ningún tipo de relación entre los tributos pagados y los beneficios recibidos. Grocio, Pufendorf, Locke, Hobbes, Hume, entre otros, consideraban que el principio del beneficio implicaba que los tributos eran equivalentes al precio de los servicios que prestaba el Estado a cada una de las personas. En aquella época, “los impuestos eran considerados como un precio que había de pagarse por la protección⁷², o como una cuota de socio por el hecho de pertenecer a una sociedad organizada”. La mayor parte de estos pensadores consideraban que **la tributación debería ser proporcional**, ya que la necesidad de protección tiene una relación directamente proporcional con la renta o riqueza. Existían otros pensadores, como Rousseau y Bentham, que consideraban que la necesidad de protección aumentaba más rápidamente que la renta y, por tanto, la tributación debería ser progresiva. No obstante, la mayor parte de los pensadores del siglo XVII, XVIII y XIX estaban a favor de la tributación proporcional, entre los que se incluyen a Montesquieu y Adam Smith, Ricardo y Say.

Adam Smith era consciente de la **difficultad de imputar a cada persona los beneficios que obtiene** por los bienes y servicios públicos que satisfacen **necesidades sociales** (indivisibles)⁷³. Es obvio, que a la financiación de dichos bienes y servicios deben contribuir todas la personas, ya que todas se beneficiaban de los mismos, pero, sin

⁷² William Petty consideraba la “protección” como equivalente a la “paz pública” y, por tanto, cada persona debería contribuir a las cargas públicas de acuerdo con las propiedades y riquezas que tenga. Adam Smith, entendía que “protección” que el Estado dispensa a los súbditos son, principalmente, la defensa y la justicia.

⁷³ En aquellos tiempos, la mayoría (sino todos) de los bienes y servicios que suministraba el Estado tenían esas características, es decir, no existían los bienes y servicios que hoy llamamos de mérito o preferentes.

embargo, no existía (ni existe actualmente) una regla que, en la práctica, permita la imputación individual según el beneficio individual que cada uno recibía (o recibe). Por consiguiente, Adam Smith propugnó distribuir la carga fiscal “en proporción a sus respectivas capacidades; esto es, **en proporción a las rentas** que respectivamente disfrutaban bajo la protección del Estado”, y, asimismo, basándose en la equidad, los pobres⁷⁴ deberían estar exentos de pagar dichos tributos.

En el siglo XIX, diversos pensadores italianos (Pantaleoni, Viti de Marco y Mazzola) consideraban, igual que sus predecesores, que **el deber de pagar impuestos es inherente al deber del Estado de proveer bienes y servicios públicos** (relación de cambio) y eran conscientes, al igual que Adam Smith, que el “precio” del impuesto no puede determinarse de acuerdo con el consumo real de los bienes y servicios públicos que satisfacen necesidades sociales (indivisibles). Sin embargo, el **principio del beneficio era aplicable para fijar otros tributos** (las contribuciones y, especialmente, **las tasas**), las cuales son el **pago del coste total (o parcial)** de las prestaciones públicas que cada persona recibe del Estado: **los bienes y servicios preferentes o de mérito** (Musgrave, 1974, pág. 63-90).

A. Prest considera que el principio de beneficio consiste en equiparar al Estado con una empresa privada y, por tanto, debería **cobrar por los servicios que presta**, como si se tratara de artículos vendidos en el mercado. Los ingresos y gastos públicos deberían distribuirse neutralmente, es decir, no deberían alterar la distribución de la renta. Por consiguiente, si los beneficios prestados por el Estado son mayores para los ricos que para los pobres, la tributación debería ser progresiva. Por el contrario, si se creyese que los beneficios son menores para los ricos que para los pobres, la imposición debería ser regresiva. El defecto fundamental de este principio es que, en muchos casos, no es posible equiparar al Estado con una empresa privada, ya que los bienes públicos que satisfacen necesidades sociales producen beneficios “comunes más bien que individuales y no se pueden vender de la misma forma que las manzanas o las naranjas”. Asimismo, **los bienes de mérito o preferentes producen beneficios individuales, pero, asimismo, también producen beneficios comunes o sociales**. En definitiva, aunque el principio de beneficio

⁷⁴ Adam Smith consideraba que las personas eran “pobres” cuando obtenían unas rentas iguales o inferiores a la cantidad que se consideraba necesaria para satisfacer las necesidades privadas básicas (mínimo vital).

no puede convertirse en la guía suprema o única para la fijación de los impuestos, tiene un papel importante en la hacienda local (A. Prest, 1967, pág. 111-112).

La esencia del principio del beneficio consiste en considerar al tributo como el equivalente al precio que paga cualquier persona libremente en el mercado como consecuencia de la adquisición de un bien o servicio que permite satisfacer una necesidad privada. Por tanto, el tributo será el precio que paga el contribuyente al Estado por el bien o servicio público que satisface una necesidad pública. Ahora bien, **para fijar los tributos** que permiten sufragar el coste de los bienes y servicios públicos provistos por el Estado, es imprescindible **tener en consideración** la naturaleza de éstos, es decir, **si satisfacen o no necesidades divisibles**.

No existe contablemente ningún tipo de dificultad para calcular el coste de los bienes y servicios públicos que satisfacen necesidades públicas divisibles y, por tanto, de acuerdo con el principio del beneficio, **cada persona debería pagar el coste (o una parte) de la prestación pública que recibe, ya que le reporta beneficios individuales**.

Como se explicaba con anterioridad, una parte de la comunidad científica (quizás la mayoritaria) considera que el principio de capacidad de pago es aplicable a todos los tributos, sin embargo, otra parte de la misma, considera que dicho principio es aplicable no a todos los tributos (sólo a los impuestos), ya que **para fijar la cuantía de las contribuciones especiales y las tasas es más apropiado aplicar el principio de beneficio** (Neumark, 1974). En parecidos términos se expresa Rosen al referirse a las tasas y precios públicos: “la mayoría de las personas considera justo que **los consumidores de un servicio público paguen por él** (el llamado principio de beneficio). Si se respeta este principio, no sería justo que el déficit fuese financiado a través de impuestos generales” (Rosen, 2002, pág. 311).

Cuando el Estado (cualquier Administración Pública) **satisface necesidades preferentes o de mérito** a través de una actividad que se concreta en **prestaciones individualizadas** a personas concretas, destinadas directa e inmediatamente a éstas, y en base a estas prestaciones hace pagar un tributo, tal tributo es una **tasa o precio público**⁷⁵.

⁷⁵ Ambos términos los utilizaremos indistintamente.

Las necesidades deben ser, al menos en parte, divisibles, es decir, debe poder determinarse, aproximadamente, el coste del bien o servicio que satisface dicha necesidad preferente o de mérito. Por ejemplo, no existe ninguna dificultad técnico-contable para determinar cuándo se considera que se utilizan los servicios de correos, enseñanza, sanidad, etc. y **cuál es el coste de proveer dicho bien o servicio**. Con dicha información, el poder político, establecerá **la tasa** correspondiente, la cual **será el total (o parte) del coste**, sin perjuicio de que, por razones diversas, se decida no cobrar ninguna tasa a nadie o sólo a determinadas personas (por ejemplo, las que tengan capacidad económica para pagarlas). También se consideran tasas, los tributos que el Estado exige por el uso privativo del dominio público, ya que tal uso significa una ventaja particular y directa para aquel a quien la Administración Pública le concede tal derecho (Ferreiro Lapatza, pág. 169).

En definitiva, **las tasas** son aquellos tributos cuyo hecho imponible consiste en la **prestación de un servicio público** o la realización por la Administración de una determinada actividad **que beneficie de modo particular al sujeto pasivo**.

Otro tipo de tributo son las **contribuciones especiales**, las cuales se cobran para sufragar todo o parte del coste de los bienes y servicios que satisfacen determinadas necesidades sociales. Así, por ejemplo, la construcción de una nueva carretera, la construcción de un nuevo parque en una determinada zona, la ampliación y mejora significativa de una calle existente, etc., son casos que ilustran la provisión por Estado de bienes públicos. Ahora bien, aunque estos bienes públicos favorecen a toda la colectividad, no obstante, favorece más a determinadas personas (por ejemplo, a los propietarios de los pisos de la zona del nuevo parque se les revalorizará sus propiedades) y, por tanto, está justificado que se les exija el coste total (o parcial) que implica la provisión de dicho bien público.

A modo de resumen, las contribuciones especiales son aquellos tributos cuyo hecho imponible consiste en la obtención por el sujeto pasivo de un beneficio o de un aumento de valor de sus bienes como consecuencia de la realización de obras públicas o del establecimiento o ampliación de servicios públicos.

En consecuencia, según lo explicado, **los costes que ocasionan la provisión de estos bienes y servicios públicos**, lógicamente, **han de ser financiados**, al menos en parte, con determinados tributos: **tasas o precios públicos y contribuciones especiales**.

¿Por qué existen tasas por la recogida de basuras, alcantarillado, cementerio, etc. y sin embargo no las hay para la **sanidad**? ¿Por qué existen diversas tasas para cada uno de los servicios públicos sanitarios prestados en Suecia, Alemania, Francia, Italia, Suiza, etc. y, sin embargo, no existen en España?. ¿Por qué existe un tasa por los servicios recibidos en las universidades públicas españolas y, sin embargo, no existe ninguna tasa en la sanidad.

3.4.- Conclusiones

1º.- El sistema fiscal **ideal** debe recaudar, principalmente, a través de impuestos que tengan en consideración la **capacidad de pago**. Las figuras impositivas que revelan dicha capacidad son: **renta y beneficios** (impuestos directos) y **consumo** (impuesto indirecto). Asimismo, **deben existir** determinados gravámenes o tributos indirectos (**tasas, copagos, etc., las cuales cubren todo o parte del coste**) que deben pagar las personas que reciben determinados servicios prestados por cualquier Administración Pública, ya que aquéllos **reportan beneficios privados a las personas** (Neumark, pág. XXIV). Y respecto a lo que deben recaudar cada figura impositiva del total de los ingresos, Neumark considera que lo ideal sería que los **impuestos directos**, los **indirectos** y **las tasas o contribuciones** recaudaran el **50%**, **40%** y **10%**, respectivamente.

2º.- El impuesto sobre la renta **ideal** sería aquel que reuniera las siguientes características: **la generalidad** (el mínimo de excepciones a la obligación tributaria), la **progresividad real** (Neumark, 1974, pág. XXVII), definir con claridad y precisión el **concepto de renta** en sentido amplio (incluir las ganancias patrimoniales) y facilitar la recaudación mediante la **retención en origen**.

Actualmente, en casi todos los países de nuestro entorno existe la creencia de que un sistema tributario, para que sea justo y eficaz, deben existir tanto los **impuestos**

directos como los indirectos, ya que de esta forma se grava la renta del sujeto pasivo en dos momentos: cuando se obtiene y cuando se gasta la renta.

Los impuestos **indirectos**, entre otros motivos, tratan de evitar el fraude fiscal que existe en los **directos**, mientras que éstos posibilitan que se grave la renta que no se manifiesta a través de los actos de consumo. Así, mediante **la existencia de impuestos directos e indirectos** se consigue, fundamentalmente, lo siguiente:

- a) mayor recaudación
- b) eliminar los errores de cálculo cometidos al evaluar la renta (especialmente en las actividades empresariales y profesionales).
- c) mayor grado de equidad en la distribución de las cargas fiscales.

En España,⁷⁶ como en la mayoría de los países de nuestro entorno, más de la mitad de los ingresos tributarios se obtienen de los **dos grandes impuestos**: el impuesto sobre la renta (directo) y el impuesto sobre el valor añadido (indirecto). En los años **2.009 y 2.010**, el **IRPF** fue el 44,34% y 41,98 %, respectivamente, del total de los Ingresos Tributarios. Y, respecto al **IVA**, éste fue el 23,31 % y el 30,77%, respectivamente. Por tanto, los Ingresos Tributarios en concepto de **IRPF e IVA** fueron el **67,65%** y el **72,75% de los Ingresos Tributarios Totales**⁷⁷, en los años 2.009 y 2.010, respectivamente. Asimismo, el Total de los Impuestos **Directos**⁷⁸ fueron a 86.461 y 85.827 millones de euros en los años 2.009 y 2.0010, respectivamente, los cuales supusieron el **60,03%** y el **53,80%**⁷⁹, respectivamente, de **los Ingresos Tributarios Totales**. Y respecto al Total de los Impuestos **Indirectos**⁸⁰, éstos fueron 55.655 y 71.893 millones de euros en los años 2.009

⁷⁶ Son los últimos datos publicados por la Agencia Tributaria hasta el momento (Mayo 2012)

⁷⁷ El Informe Anual de Recaudación Tributaria que elabora la Agencia Tributaria se refiere a la “información sobre el nivel y la evolución anual de los ingresos tributarios que gestiona la Agencia Tributaria (AEAT) por cuenta del estado, las CCAA y las CCLL del Territorio de Régimen Fiscal Común”. Dicho Informe utiliza un método de análisis en el que no sólo se analizan los ingresos tributarios en términos de caja, sino que se vinculan con los impuestos devengados obtenidos por agregación de las declaraciones y éstos, a su vez, con los tipos efectivos y las bases que declaran los contribuyentes.

⁷⁸ Según la Agencia Tributaria, los Impuestos Directos son: Renta Personas Físicas, Sociedades y Rentas de No Residentes.

⁷⁹ $(86.461 / 144.023) * 100 = 60,03\%$ (año 2.009), $(85.827 / 159.536) * 100 = 53,80\%$ (año 2.010)

⁸⁰ Según la Agencia Tributaria, los Impuestos Indirectos son: Valor Añadido, Especiales (Alcohol y bebidas derivadas, Cervezas, Productos Intermedios, Hidrocarburos, Labores del Tabaco, Medios de Transporte y Electricidad), Tráfico Exterior y Primas de Seguros.

y 2.010, los cuales representan el **38,64%** y el **45,06%**⁸¹, respectivamente del Total de los Ingresos Tributarios Totales.

Como se puede constatar, la imposición directa e indirecta en España es superior al sistema fiscal **ideal** de Neumark, lo cual es debido al **bajo porcentaje que representan las Tasas (1,32% y 1,14%, en 2.009 y 2.010, respectivamente)** sobre el Total de los Ingresos Tributarios.

¿Es recomendable y ortodoxo el aumentar la tributación en concepto de Tasas para financiar, total o parcialmente, los bienes y servicios públicos que prestan las diversas Administraciones Públicas y, asimismo, para contribuir a la reducción del déficit público de las distintas Administraciones Públicas?.

A juicio de **Gonzalo y González**, para el logro de la **consolidación fiscal** no hay muchas alternativas: o se reducen los gastos o se aumentan los ingresos o, naturalmente, se acometen ambas cosas a la vez en la cuantía conveniente. Como es sabido, hay **dos criterios** para repartir la carga fiscal: el del **beneficio** y el de la **capacidad de pago**. Cuando los gastos públicos se traducen, en todo o en parte, en **beneficios individuales**, su **financiación debe correr por cuenta de sus beneficiarios**. Es este el ámbito abonado para la **aplicación de la tasa** o la contribución especial como tributos. Las **tasas** deben ser aplicadas en supuestos tales como la **sanidad o la educación** y, en general, cuando se trate de **financiar** gastos relacionados con los **bienes preferentes o de mérito** (mixtos o público-privado). No obstante, se pueden **reconocer exenciones a favor de quienes carezcan de capacidad económica** o ésta sea insuficiente. La mayoría de los gastos públicos se materializa en la provisión de bienes de mérito o preferentes (como la sanidad, la educación y tantos otros generadores de beneficios individuales), y, de acuerdo con el principio del beneficio, **han de financiarse (total o parcialmente) con las “Tasas y otros impuestos”, los cuales representan tan sólo el 2% de los “Ingresos Impositivos”**. Y no es esa, desde luego, la proporción que guardan entre sí los bienes públicos y preferentes suministrados por el Estado. La **tasa y copago**, ya sea como contraprestación de los bienes y servicios públicos demandados, ya sea como instrumento moderador de inmoderadas demandas, son medios idóneos para la financiación y/o racionalización de importantes

⁸¹ $(55.655 / 144.023) * 100 = 38,64\%$ (año 2.009), $(71.893 / 159.536) * 100 = 45,06\%$ (año 2.010)

partidas de gasto. La **revitalización del principio del beneficio** contribuiría no sólo a reducir el déficit presupuestario, sino también a **mejorar la equidad** en el reparto de las cargas comunes **y la eficiencia económica** en el suministro de muchos servicios públicos (Gonzalo y González, 2012).

4.- LA SANIDAD

4.1. Introducción

La sanidad, hay que recordarlo, es un **bien de mérito** porque beneficia de una manera individual y divisible a quien directamente lo consume, pero también al conjunto de la sociedad de forma indivisible. La administración de una vacuna antigripal beneficia de forma directa y divisible a la persona que la recibe, quien queda inmune frente a la enfermedad, y este mismo beneficio personal constituye a su vez un beneficio social o colectivo (indivisible), desde el momento en que la persona vacunada deja de ser potencial transmisora de la epidemia. La naturaleza de la sanidad como un bien de mérito (es un bien público y privado al mismo tiempo) implica importantes consecuencias de carácter económico-financiero. La producción de los servicios sanitarios no tienen por qué ser exclusivamente pública ni privada y, en el primero de ambos supuestos, caben perfectamente fórmulas de cofinanciación (privada y pública) al margen de la oportunidad de las mismas desde el punto de vista político (Gonzalo y González, 2008, pág. 111-113).

Los ciudadanos europeos viven más años que en otros continentes y, además, su estado de salud es el mejor que se ha tenido hasta ahora. La esperanza de vida en Europa Occidental ha aumentado considerablemente desde 1.950 en torno a 2,5 años por década. Los estudios demográficos prevén que la salud continuará mejorando pero, sin embargo, las enfermedades relacionadas con el estilo de vida son un impedimento para que la esperanza de vida continúe creciendo como hasta ahora. Los factores principales de riesgo son el tabaco, la obesidad, la falta de actividad física, el alto consumo de alcohol, las lesiones y accidentes que provocan fallecimientos prematuros, las enfermedades crónicas, etc. Existe una **relación entre alimentación, estilo de vida y la salud**. En el año 2.005, las enfermedades no contagiosas eran el 87% de las enfermedades en la UE, y de éstas, los trastornos mentales eran el 27% del total. En el año 1.999, los trastornos mentales eran la causa de un 40% de las jubilaciones por invalidez en Finlandia y de un 25% de las mismas en Portugal. Las enfermedades cardiovasculares representan, en la actualidad, la primera causa de muerte de la UE. (es la causa del 40% de las muertes de ambos sexos). La obesidad y la diabetes de tipo 2 siguen creciendo y, por tanto, cada vez afectan a más

personas y a una edad más temprana. En definitiva, **los hábitos de vida son los factores de riesgo más importantes que provocan la muerte prematura** y, por tanto, hay un amplio consenso en la comunidad científica que las **políticas públicas de prevención** son una inversión rentable para el conjunto de la sociedad (Skar y otros, 2008, pág. 11-18).

Respecto a los trastornos mentales, a juicio del E. Baca, considerar enfermedad mental cualquier problema cotidiano genera una gran carga de trabajo en los centros especializados “que no tiene ningún sentido”, ya que la mayoría de los problemas cotidianos se tratan como trastornos mentales. Como corroboración de lo manifestado por el profesor Baca, según FEDEA, la frecuencia de visitas al médico en España es un 40% superior al promedio de los países de la EU-15.

Desde una perspectiva lógica, hay una **relación** directamente proporcional **entre el estado de salud y la productividad de las personas**, o sea, si una persona aumenta su estado de salud, también lo hará su productividad, entre otras razones, porque estará menos días incapacitado para trabajar. La evidencia empírica así lo corrobora, es decir, la salud de las personas afecta al crecimiento económico de forma directa y significativa (Rivera, 2003, 13-22).

4.2. La equidad

Según la RAE, la equidad significa: “la igualdad de ánimo”, “la justicia natural, por oposición a la letra de la ley positiva”, “moderación en el precio de las cosas, o en las condiciones del contrato”, “disposición del ánimo que mueve a dar a cada uno lo que se merece” y “cualidad de una persona que la hace juzgar o actuar con un sentido natural de lo que es justo”. Ahora bien, ¿qué significado le atribuyen los expertos de economía a la palabra equidad?.

4.2.1. La equidad en la prestación

A juicio de M. Friedman, la equidad es una palabra vaga, difícil o imposible de definir con precisión (Friedman, 1979, pág. 193). En parecidos términos se expresa A. Prest, ya que, según éste, se suele definir la equidad como “lo que se cree que es

equitativo” o “lo que la sociedad cree que es equitativo”, lo cual es un razonamiento circular y, por consiguiente, el significado de la equidad continua siendo nebuloso (Prest, 1967, pág. 112-113).

¿Tienen razón Friedman y Prest?. **¿Qué es la equidad en Sanidad?**. Veamos lo que dicen al respecto otros autores de reconocido prestigio nacional e internacional.

Según Arrow, los cuidados médicos son sólo uno entre los muchos factores que influyen en la salud, ya que en los niveles de renta bajos hay otros bienes, como la nutrición, la vivienda, el vestido y la higiene que tienen un efecto mucho más significativo sobre la salud. Los servicios médicos, dejando a un lado los servicios preventivos, producen satisfacción en las personas, especialmente, en el caso de advenimiento de una enfermedad, ya que ésta representa no sólo un riesgo positivo de muerte, sino también un riesgo de deterioro de la salud física y psíquica del organismo, lo cual produce la pérdida o reducción de la capacidad laboral. Aunque el conocimiento médico es complejo, lógicamente, la información que el médico posee respecto a los efectos y las posibilidades de un tratamiento es mayor que la del paciente, pero, esta desigualdad de información entre el productor y el comprador no es óbice para que, en la mayoría de los casos, el paciente pueda comprender, tanto o casi tanto como el productor, el funcionamiento del producto (utilidad del servicio médico). En definitiva, según Arrow, **en la mayoría de los casos no existe información asimétrica**.

En parecidos términos se expresa Bernaldo de Quirós, ya que quienes esgrimen la asimetría de la información suelen alegar que los productores de los servicios médicos saben más que los consumidores. Ahora bien, **la importancia de esta asimetría es exagerada**, ya que el mayor interesado en elegir bien es el consumidor (comportamiento idéntico cuando elige cualquier otro producto). En consecuencia, el mayor interesado en elegir bien es el consumidor de servicios médicos porque existen altos incentivos para él y para su familia. “Resulta complicado explicar por qué los ciudadanos son capaces de elegir a quien les va a gobernar y son incapaces de tomar una decisión racional relativa a algo tan importante como su salud o la de su familia. La reputación de los médicos, la posibilidad de pedir una segunda opinión, la experiencia de otros, etc. suponen fuentes adicionales de información (Bernaldo de Quirós, 1998, pág. 16).

Asimismo, aunque nos encontremos en una situación que es óptima en el sentido de Pareto, si se desea una asignación de recursos diferente a la existente, según Arrow, ello es posible si los beneficios generados para un número suficientemente grande de participantes son muy superiores con respecto a los perjuicios que sufren los restantes. En consecuencia, está justificada una determinada redistribución (es un juicio de valor) con el propósito de conseguir una determinada equidad. Ahora bien, Arrow nada dice respecto a qué es la equidad con la debida claridad y precisión (Arrow, 1981, pág. 47-63).

A. Sen considera que la salud y la enfermedad deben tener un lugar destacado en cualquier discusión sobre la equidad y la justicia social. Cualquier concepción de la justicia social que considere “una distribución equitativa”, lógicamente, no puede ignorar el papel de la salud en la vida humana y en las oportunidades de las personas para alcanzar una vida sana, sin enfermedades y sufrimientos evitables ni mortalidad prematura. Ahora bien, los factores que pueden contribuir a los logros y fracasos en el campo de la salud van mucho más allá de la atención sanitaria, ya que **en la salud de las personas influyen, principalmente, las herencias genéticas, los hábitos alimentarios, los niveles de renta, los estilos de vida y las condiciones de trabajo**. En consecuencia, Sen considera que la “equidad en salud tiene muchos aspectos y lo mejor es verla como un concepto multidimensional. Incluye aspectos relacionados con el logro de la salud y la posibilidad de lograr buena salud, y no sólo con la distribución de la atención sanitaria. Pero también incluye la justicia de los procesos y, por lo tanto, debe prestarse atención a la **ausencia de discriminación en la prestación sanitaria**” (Sen, 2002, pág. 302-309).

¿Qué significa “posibilidad de lograr buena salud”, “justicia en los procesos” y “ausencia de discriminación en la prestación sanitaria”? ¿La asistencia sanitaria universal del SNS ofrece a todos los ciudadanos las mismas posibilidades de lograr buena salud, es justa en los procesos y no existe discriminación en los servicios que presta?.

Según Saltman, respecto a la equidad en la salud “existen notables discrepancias en lo que se refiere a cómo definirla, y muchas más aún en cuanto a los métodos e instrumentos que serían precisos para lograrla”. Numerosos eruditos se han ocupado de cómo definir mejor la equidad en el sector sanitario. Según Culyer hay cuatro formas diferentes de equidad:

- tener igual acceso a los servicios
- recibir igual tratamiento para la misma enfermedad
- tener un tratamiento basado en la necesidad de atención, incluso aunque su cantidad sea desigual
- tener igual nivel de salud, es decir, iguales resultados

La equidad en la salud, según Daniels, debería definirse como “igualdad de oportunidades”. Por tanto, el Estado debe garantizar que cada ciudadano tenga iguales posibilidades en “relación con varios resultados sustantivos o de contenido de un sistema sanitario” (Saltman, 1997, pág. 17-29).

¿Qué significa en la práctica ser justo o equitativo?, A juicio de Barberá, no es sencillo definir qué es equitativo ya que “parece haber márgenes legítimos al desacuerdo entre los distintos individuos igualmente bienintencionados acerca de qué debe entenderse por equidad. En todas las polémicas interesantes, y sin duda la equidad del sistema sanitario es una de ellas, nos encontraremos con opiniones encontradas sobre qué hacer” (Barberá, 1988, pág. 13-20).

En conclusión, a nuestro juicio, **la equidad** en la sanidad pública consiste en que **todas las personas deberían tener igual acceso a los mismos servicios sanitarios públicos, si tienen igual necesidad.**

Ahora bien, se ha omitido deliberadamente **la financiación** de los servicios sanitarios. Hay polémica doctrinal con respecto a cómo debe ser la dicha financiación, ya que unos consideran que la financiación basada exclusivamente en impuestos es la forma más equitativa de financiar dichos servicios y, por el contrario, otros consideran que un porcentaje elevado del coste de dichos servicios debe **financiarse con los impuestos y el resto a través del copago o “tickets moderadores”**, tal y como hacen la mayoría de los países occidentales en los que está implantado el llamado Estado del Bienestar.

4.2.2. La equidad en la financiación

La financiación de la sanidad pública en casi todos los países occidentales se realiza, principalmente, a través de las cotizaciones realizadas por los trabajadores que están protegidos de los servicios sanitarios (modelo **profesional** inspirado en Bismark), o bien a través de los impuestos que pagan todos los ciudadanos (modelo **universalista** inspirado en los informes de Beveridge). No obstante, ambos modelos son compatibles entre sí, es decir, es factible la financiación de la sanidad a través de las cotizaciones sociales y los impuestos (financiación mixta). En **España**, el sistema de financiación se ha transformado desde el modelo profesional al modelo universal (**derecho universal a las prestaciones sanitarias**) y, en consecuencia, la financiación actual del sistema sanitario es, principalmente, a cargo de los impuestos (algunas prestaciones son financiadas parcialmente por los usuarios, como, por ejemplo, los medicamentos).

La sanidad, conviene recordarlo una vez más, es un bien de mérito y, sin embargo, la financiación de la misma se realiza casi exclusivamente a través de los impuestos. ¿Es congruente desde la perspectiva de la racionalidad económica que un bien de mérito se financie en su práctica totalidad con los impuestos generales?. ¿Una política económica de esta naturaleza contribuye a moderar el creciente e insostenible gasto sanitario?.

La aplicación, al menos parcial, del **principio del beneficio** para la financiación del SNS es coherente con el hecho objetivo de que los gastos sanitarios reportan, parcialmente, beneficios individuales y divisibles a todas aquellas personas que utilizan o reciben las prestaciones sanitarias y, por consiguiente, es lógico que se exija a los beneficiarios aportaciones singulares de las que sólo deberían quedar liberados en supuestos especiales de carencia o insuficiencia de renta. Además, las fórmulas de copago o de tiket regulador aplicadas a los servicios sanitarios, son instrumentos que disuaden de un consumo excesivo o innecesario de los mismos (Gonzalo y González, 2008, pág. 118-119).

Los pagos que realizan los usuarios para contribuir a la financiación (parcial) de los servicios públicos están relacionados con los beneficios que reciben por la utilización de los mismos, es decir, quien paga se beneficia del servicio recibido. Desde una perspectiva

teórica, cuando los copagos se aplican sin ninguna relación con el nivel de renta, en principio, debería ocasionar un **efecto regresivo** sobre la distribución de la renta, ya que **las personas enfermas con menor nivel de renta deberán gastar una mayor proporción de la renta**. Algunos estudios indican que “los copagos no sólo pueden ser regresivos, sino que además pueden llegar a afectar negativamente el estado de salud de los individuos de menor renta” (Puig-Junoy, 2001, pág. 157).

La **mayoría de los países occidentales**, desde finales de los 80, han introducido paulatinamente los **copagos** por la utilización que realizan los ciudadanos de los **servicios ambulatorios y hospitalarios**. La causa principal por la que se introdujeron dichos copagos fue el continuo incremento exponencial de los gastos sanitarios públicos, y, por tanto, aquéllos son, en teoría, un medio para disuadir a los usuarios de realizar consumos innecesarios o abusivos, y, además, contribuyen a la financiación parcial del coste de los mismos.

Los **copagos serán eficaces si evitan o disminuyen la utilización de los servicios sanitarios**⁸² **innecesarios o abusivos**, es decir, que la demanda de los servicios sanitarios sujetos al copago sea suficientemente elástica (sensible a la introducción y modificación del copago). En España, sólo existe el copago para los medicamentos de determinados colectivos (los activos y los pensionistas de MUFACE), pero, sin embargo, **no existe para los servicios sanitarios**, por lo que, inevitablemente, nos tendremos que remitir a otros países al objeto de conocer qué resultados se han obtenido con la introducción del copago y del ticket moderador.

La evidencia empírica disponible es prácticamente unánime: cuando se introduce el copago o aumenta éste, se produce una disminución en la utilización de los servicios sanitarios, es decir, **la elasticidad precio**⁸³ **es negativa para todos los servicios sanitarios**

⁸² Los servicios sanitarios incluyen, principalmente, las visitas médicas, las pruebas diagnósticas, las intervenciones quirúrgicas, las urgencias y las hospitalizaciones.

⁸³ **La elasticidad precio de la demanda** es el grado de variación o respuesta de la cantidad demandada de un bien o servicio respecto a los cambios en el precio de dicho bien o servicio. Dicho en otras palabras: es el cambio o variación porcentual en la cantidad demandada en relación al cambio o variación porcentual en el precio. Las elasticidades del precio son casi siempre negativas debido a la naturaleza inversa de la relación entre el precio y la cantidad demandada. Debido a que la elasticidad es negativa en la mayoría de los bienes y servicios, **muchos economistas manejan la elasticidad en su valor positivo (en términos de valor absoluto)**. La elasticidad precio es **elástica** cuando la variación porcentual de la cantidad demandada es **mayor** que la variación porcentual del precio (mayor que - 1). Si, por el contrario, la variación porcentual en la cantidad demandada es **menor** que la variación porcentual en el precio, entonces, la elasticidad es

(entre -0,17 y -0,22), aunque para determinados servicios (las urgencias) existe menos elasticidad precio (Rice, 1998). No obstante, las variaciones de las cantidades demandadas de los servicios sanitarios son inferiores a las variaciones de los precios de los servicios sujetos al copago (elasticidad menor que -1).

Asimismo, la evidencia empírica internacional corrobora que **los copagos farmacéuticos moderan el gasto sin comprometer la equidad**. Los estudios realizados en 17 países diferentes ponen de manifiesto lo siguiente: a) un aumento del copago farmacéutico del 10% reduce el gasto entre un 2,9% y un 0,6%, b) los copagos reducen la probabilidad de obtener una receta, ya que un aumento del 10% en el precio pagado por el paciente reduce el número de recetas entre un 0,6% y un 8% y c) los copagos reducen tanto el consumo de medicamentos esenciales como no esenciales, si bien la reducción de estos últimos es más elevada (Gemmill MC y otros, 2009).

Como ejemplo de cuanto se ha afirmado en el párrafo anterior, según diversos estudios realizados en EE.UU. (citados por Puig-Junoy, 2002, pág.126), los ancianos y enfermos que residen en Estados a los que se les aplican copagos, aquéllos consumen menos fármacos que los que residen en Estados que no les aplican copagos. Asimismo, las personas que tienen una buena percepción de su estado de salud consumen los mismos medicamentos, con independencia de si en el Estado en el que residen existe o no el copago, pero, sin embargo, la diferencia del consumo es muy significativa (entre el 27% y el 40%) en las personas que declaran tener mala salud. Dicho en otras palabras: **si no existe copago farmacéutico en los ancianos y enfermos, éstos consumen más medicamentos (entre un 27% y un 40%) que si existe copago**.

A las mismas o parecidas conclusiones llegan todos los estudios que se han realizado en diversos países y, por supuesto, **España** no es una excepción. En España, los medicamentos que consumen los pensionistas del régimen general son gratuitos, mientras que **los pensionistas de MUFACE deben sufragar el 30% del precio del fármaco**. La evidencia empírica pone de manifiesto los resultados positivos (reducción del coste) que genera la introducción del copago sanitario: **el pensionista o beneficiario de MUFACE consume de fármacos el 63,5% del consumo de un pensionista del régimen general (o**

inelástica (menor que - 1). Finalmente, si las variaciones porcentuales de las cantidades y precios son iguales, entonces, la elasticidad es **unitaria** (igual a - 1).

sea, el copago ahorra el 36,5%). Estos datos se refieren a los años 90, por lo que cabe preguntarse: ¿siguen siendo similares en los años 2009 y 2010?.

Según la Memoria MUFACE de 2010 (pág. 68), el consumo medio farmacéutico⁸⁴ de los mutualistas activos y **pasivos (pensionistas)** fue de 163,67 € y **650,11 €** respectivamente. Es decir, **un pensionista consumió 3,97 veces más que un activo**, lo cual se puede considerar lógico como consecuencia de la edad de ambos colectivos. Asimismo, el número de recetas por persona protegida, éstas fueron de 10,69 (activos) y 38,35 (pensionistas), es decir, la relación fue de 3,58 (muy similar al consumo).

Por lo que respecta al **consumo o gasto farmacéutico del colectivo de pensionistas del SNS**, no conocemos un dato tan preciso como el que publica MUFACE, pero, no obstante, grosso modo, lo podemos inferir a partir de diversos datos que se han publicado en 2.009 y 2.010. Así, según el Ministerio de Sanidad⁸⁵, el Gasto Farmacéutico fue 12.505.692.910 € y 12.207.683.146 € en los años 2.009 y 2.010, respectivamente. Según diversos estudios realizados, el gasto farmacéutico de los pensionistas es, aproximadamente, el **70%**⁸⁶ de gasto total, aunque algunos consideran que es el **72%** (Perona, 2007, pág. 222). Asimismo, si tenemos en consideración el colectivo de potenciales pensionistas y beneficiarios de éstos (65 y más años), según el INE⁸⁷, en el año 2.010, ascendió a 8.092.853 personas (sin excluir los pensionistas del colectivo de MUFACE). En consecuencia, **en el año 2.010, el coste farmacéutico medio de los pensionistas del SNS**, ascendió, aproximadamente, a **1.055,92 €**⁸⁸.

Como hemos dicho anteriormente, los pensionistas (y beneficiarios) de MUFACE deben pagar el 30% del precio (PVP) de los medicamentos, mientras que los pensionistas (y beneficiarios) del SNS no pagan nada, es decir, son totalmente gratuitos.⁸⁹ Ahora bien,

⁸⁴ Es el PVP (precio venta público)

⁸⁵ <http://www.msps.es/profesionales/farmacia/datos/diciembre2010.htm>

⁸⁶ Algunos estudios consideran que dicho gasto es el 68,17%, 70% o 73% del gasto total : (<http://economiaaloclaro.blogspot.com/2011/02/el-despilfarro-de-los-medicamentos.html>), (https://www.pfizer.es/docs/pdf/sala_prensa/seminarios/4_Presentacion_Antoni_Sicras.pdf), (http://www.actasanitaria.com/fileset/doc_63506_FICHERO_NOTICIA_25523.pdf).

⁸⁷ <http://www.ine.es/prensa/np648.pdf>

⁸⁸ $(12.207.683.146 * 0,7) / 8.092.853 = 1.055,92 €$

⁸⁹ En Cataluña, en Enero de 2.012, se ha acordado que cada persona (incluidos los pensionistas) pagará un euro por cada receta a partir, en principio, del mes de julio del mismo año.

el índice de cobertura⁹⁰ del colectivo de MUFACE no es el 70% (100% - 30%), sino el 79,19%⁹¹, es decir, el **gasto farmacéutico lo financia MUFACE el 79,19% y el 20,81%**⁹² **el pensionista.**

El gasto farmacéutico medio del pensionista del SNS (1.055,92 €) es un 62,42%⁹³ superior con respecto al gasto medio de un pensionista de MUFACE (650,11). O dicho en otras palabras, **los pensionistas de MUFACE gastan un 38,43 %**⁹⁴ **menos que los pensionistas del SNS** (como se puede constatar, los datos de 2.010 son casi idénticos a los de finales de los 90).

¿Quiere ello decir que un copago efectivo del 20,81% reduce el consumo en un 38,43%?.

Para poder afirmar con rotundidad que existe una correlación de semejante naturaleza, lógicamente, se requeriría un estudio o análisis más profundo⁹⁵, pero, a la vista de los datos expuestos correspondientes a los años 90 y 2009 y 2010, el copago farmacéutico reducen considerablemente el consumo (**la elasticidad precio es mayor que - 1**⁹⁶).

Algunos estudios hacen hincapié en los **efectos negativos que tiene el copago en la equidad**, ya que para financiar las servicios o prestaciones sanitarias (así como las prestaciones farmacéuticas) se debería tener en consideración, exclusivamente, el principio de **capacidad de pago** (cada persona debe contribuir proporcionalmente según su nivel de renta) y, sin embargo, el copago no tiene en consideración el mismo, ya que todos los niveles de renta (“ricos y pobres”) pagan lo mismo (cantidad o porcentaje) por los servicios recibidos (Rodríguez, 2006, pág. 81, entre otros estudios). Sin embargo, **dichos estudios no tienen en consideración** dos aspectos fundamentales:

⁹⁰ Según el INE, es el cociente entre el gasto medio por receta y el importe medio por receta (expresado en porcentaje)

⁹¹ <http://www.ine.es/daco/daco42/sociales10/salud-naci.xls#Tabla 9!A1>

⁹² Según la Memoria Muface de 2007, dicho copago ascendió al 18,88%.

⁹³ $(1055,92 - 650,11) / 650,11 = 62,42 \%$

⁹⁴ $(1055,92 - 650,11) / 1055,92 = 38,43\%$

⁹⁵ Por ejemplo, se debería analizar el estado de salud de ambos colectivos, ya que, por ejemplo, los pensionistas “sanos” de Muface podrían elegir las Mutuas y los “no sanos” (enfermos crónicos, por ejemplo) eligen el SNS.

⁹⁶ $- 38,43\% / +20,81\% = - 1,85$

a) **la naturaleza de bien de mérito** de los servicios sanitarios y su relación con el principio de beneficio.

b) los servicios sanitarios del SNS (o tipo Beveridge) se financian con los impuestos que pagan todos los ciudadanos y, obviamente, **unos ciudadanos contribuyen más que otros**⁹⁷. Asimismo, **los que más contribuyen a la financiación son los que menos utilizan los servicios sanitarios públicos**, bien porque tienen mejor salud (así lo corroboran múltiples estudios a nivel nacional e internacional) o bien porque tienen un seguro privado (pagan voluntariamente) que utilizan en la mayoría de las ocasiones (aunque tengan derecho a la asistencia sanitaria pública). No se conoce ningún estudio que tenga en consideración estos aspectos tan elementales pero, sin embargo, muchos estudios hacen continua referencia a la inequidad del copago sanitario, ya que las rentas bajas deben realizar un esfuerzo proporcionalmente mayor que las rentas altas. Ninguno de dichos estudios, se recuerda una vez más, tienen en consideración un aspecto fundamental y, que por cierto, casi todos los científicos de las Economía Pública están de acuerdo: **los servicios sanitarios son un bien de mérito o preferente porque reportan un beneficio individual** a todas las personas que utilizan los mismos.

¿Por qué las rentas bajas pagan por los bienes privados que consumen (cine, lotería, comida, bebidas, etc.) y no deben pagar, sin embargo, por otros bienes privados que también consumen (los medicamentos y los servicios sanitarios)?

⁹⁷ Los ingresos públicos con los que se obtiene la mayoría de la recaudación son el IRPF (progresivo) y el IVA (proporcional). Según el Informe Anual de Recaudación Tributaria del año 2010, elaborado por el Servicio de Estudios Tributarios y Estadísticos, la recaudación en el año 2010 de IRPF e IVA ascendió a 66.977 y 49.086 millones de euros, respectivamente. En porcentajes respecto al total de Ingresos Tributarios, el IRPF representa el **41,98%** $((66.977/159.536) + 100)$ y el IVA el **30,76%** $((49.986/159.536) * 100)$. A su vez, la suma total de los Impuestos Directos, los Impuestos Indirectos y las Tasas ascendieron a 85.827, 71.893 y 1.816 millones de euros, respectivamente. En términos porcentuales, dichos tributos representan el **53,80%, 45,06% y 1,14%**, respectivamente.

Asimismo, según un Informe elaborado por el Instituto de Estudios Fiscales –dependiente del Ministerio de Hacienda- **el 10% de las rentas** (primera decila) **aporta el 33,75% de la renta total que grava el IRPF**; mientras que el segundo escalón (otro 10%) aporta otro 14,89%. Este quiere decir que **el 20% contribuye con casi el 50% de las rentas** declaradas a efectos fiscales (en concreto, un 48,64%). Las cifras sobre la enorme capacidad redistributiva del IRPF indican que se trata de un impuesto altamente progresivo que prácticamente exonera de tributación a las rentas más bajas. Así, por ejemplo, el 62,9% de las liquidaciones, aquellas con rentas inferiores a 21.000 euros al año, **tan sólo aportan el 11,7% de la recaudación**. La progresividad del **impuesto comienza a notarse** a partir del tramo de ingresos comprendidos entre 30.000 y 60.000 euros. Dentro de este tramo se encuentra el 15,4% de las liquidaciones, y aportan el 31,9% de lo recaudado. Es decir, algo más del doble de lo que les correspondería en caso de que el IRPF no fuera progresivo. Asimismo, el **4,3%** (los más ‘ricos’) **contribuye con un 40,3% de los ingresos totales por IRPF** (<http://www.cotizalia.com/en-exclusiva/hacienda-queda-ricos-13000-contribuyentes-ganan-20100520.html>).

Una medida que contribuye a disminuir o frenar el gasto farmacéutico es el **precio de referencia**, el cual consiste, esencialmente, en que sólo se financia una cantidad fija para todos aquellos medicamentos que tienen los mismos efectos terapéuticos (medicamentos equivalentes) y, a su vez, las empresas farmacéuticas tienen libertad para fijar los precios de dichos medicamentos. Este sistema se ha implantado hace años en diversos países occidentales (en España, hace pocos años) y la evidencia empírica acredita que cuanto mayor es la diferencia entre los precios de referencia y los precios de las “marcas” conocidas y que habitualmente consumen los usuarios, mayor será el consumo de los medicamentos “genéricos” en detrimento de las “marcas”. En definitiva, **los consumidores actúan racionalmente** (a pesar de los hábitos adquiridos), **ya que minimizan los costes en la adquisición de productos similares** (no quieren incurrir en un coste adicional). Este comportamiento de la mayoría de los consumidores ha provocado que, en España, los precios de las “marcas” más conocidas hayan reducido los precios⁹⁸ al objeto de que la diferencia con respecto al precio de referencia sea menor.

Como corroboración del efecto positivo que tiene **copago** como instrumento para conseguir un uso más racional en la utilización de los **servicios sanitarios** y las consecuencias sobre la reducción del coste sanitario, el profesor J. Newhouse dirigió el estudio más completo, caro y famoso de la historia de la salud, el cual se realizó entre los años 1.975 y 1.982. El estudio pretendía **demostrar** que las personas o familias que pagan (**copago**) por la utilización de los servicios sanitarios demandan considerablemente **menos servicios sanitarios que aquellas personas o familias que no pagan nada**. Es decir, se trataba de demostrar que la demanda de servicios sanitarios es elástica con respecto al precio y que, además, esta menor utilización no repercute gravemente en el nivel de salud del conjunto de la población. Los resultados⁹⁹ de dicho estudio fueron los siguientes:

⁹⁸http://www.heraldo.es/noticias/aragon/los_medicamentos_marca_bajan_sus_precios_para_competir_con_lo_s_genericos_164540_300.html

⁹⁹ Para obtener más información al respecto ver:

http://www.rand.org/pubs/research_briefs/RB9174/index1.html (en inglés)

http://www.isdfundacion.org/publicaciones/revista/pdf/09_N4_PrismaSocial_planckbarahona.pdf (comentario que realiza Plank Barahona, Universidad de Atacama, Chile).

<http://www.fcampalans.cat/images/noticias/Capitol%204.pdf> (comentario que realiza la profesora M. Rodríguez, 2006)

a) **Los copagos provocan una reducción importante en la utilización de los servicios sanitarios**, lo cual repercute en una reducción considerable del coste sanitario. O sea, las personas que tenían acceso gratuito a la utilización de los servicios sanitarios, utilizaban bastante más dichos servicios que las personas que pagaban (copago) por la utilización de los mismos. Asimismo, la mayor utilización de los servicios sanitarios, lógicamente, implicaba un mayor coste total per cápita de los primeros con respecto a los segundos. Es importante resaltar que la **elasticidad es mayor a medida que el copago aumenta**, es decir, a medida que aumenta un determinado porcentaje del precio (copago), se reduce un mayor porcentaje en la utilización de los servicios sanitarios, lo cual implica que las personas que recibían servicios gratuitos gastaban un 39% más que los que pagaban.

b) La existencia de **diferentes elasticidades** según los servicios utilizados. Los servicios dentales, las pruebas de diagnóstico y visitas de tipo preventivo son las que tienen una elasticidad mayor, y por el contrario, los servicios hospitalarios tienen una elasticidad baja.

c) **La elasticidad de la demanda de los servicios sanitarios es mayor en las personas con rentas más bajas, aunque no tiene impacto sobre la salud** (no existen diferencias relevantes entre las personas que reciben los servicios sanitarios, bien sean éstos gratuitos, o no). La inexistencia de diferencias en la salud de las personas es, según los autores, a consecuencia de que **las personas que reciben gratuitamente los servicios sanitarios, utilizan éstos de forma innecesaria e inapropiada**.

En relación con lo manifestado el apartado anterior, recientemente se publicó un estudio realizado por expertos¹⁰⁰ en Sanidad al objeto de evaluar el impacto de los servicios sanitarios en la salud, cuya conclusión era la siguiente: **“los servicios sanitarios sólo influyen en un 25% en la salud de la población”**. Esta afirmación corrobora muchos estudios que se habían realizado con anterioridad, tanto a nivel nacional como internacional. En España, “los expertos coinciden en que si bien estamos obsesionados con mejorar la calidad de los servicios sanitarios”, sin embargo, **el factor más importante es el estilo de vida**. Unos hábitos saludables como no fumar, dieta equilibrada, deporte

¹⁰⁰ Manifestación realizada por Antonio Serra, director de la Agencia española de Tecnología Sanitaria del Instituto de Salud Carlos III. Se publicó en El Médico Interactivo y en Gestión en Salud Pública: <http://saludequitativa.blogspot.com/2011/04/segun-los-expertos-los-servicios.html>

moderado diario, control del estrés, etc. son los factores que más influyen en la salud de los ciudadanos.

Tal y como señalaba el informe Lalonde en 1.974, los principales variables que influyen en la salud son: **el estilo de vida y la biología humana**. Algunos estudios consideran que el estilo de vida, la genética, el medio ambiente y la asistencia sanitaria son los determinantes de la salud en el 43%, 27%, 19% y 11%, respectivamente. El SNS ignora los factores determinantes de la salud, ya que los profesionales sanitarios asignan el 70% de los recursos sanitarios. Además, la mayoría de dichos profesionales no tienen interiorizado el concepto de la eficiencia, porque, aunque los profesionales de la atención primaria y especializada quieren lo “mejor” para los pacientes, **lo “mejor” no es siempre lo más caro**, es decir, ni el paciente (ni la sociedad) debería pagar por un servicio o medicamento que no le aporta ninguna ventaja adicional con respecto a otras alternativas más baratas. Nuestro SNS, como se analizará después, gasta mucho en los medicamentos mal llamados “innovadores”, un término más comercial que médico, ya que muchas veces son variantes de otros ya existentes, sin ventajas demostradas sobre éstos, pero de un precio mucho más elevado (Infac, 2010, pág. 43-45).

Según un estudio reciente realizado por investigadores de IESE, el **“copago sanitario está muy extendido en Europa** y prácticamente todos los países europeos tienen establecidas políticas de participación del usuario en algún nivel asistencial. Solamente España, Dinamarca y Reino Unido no han extendido esta participación más allá de los fármacos”. Dichos copagos sanitarios son por atención primaria, especialistas, atención hospitalaria, servicios de urgencias y fármacos. Por ejemplo, algunos países aplican una tarifa fija en atención primaria: 10 € en Alemania y Austria, 13,70 € en Finlandia, 23,5 € en Noruega, 5 € en Portugal y 11-22 € en Suecia. En casi todos los 16 países¹⁰¹ analizados existen mecanismos de protección a los colectivos más vulnerables (rentas bajas y pacientes de alto riesgo), bien sea a través de la fijación de un límite máximo de contribución al año o la exención total. Asimismo, en todos los estudios que han analizado dicho investigadores, existen evidencias empíricas que acreditan que el copago reduce el consumo de los medicamentos y los servicios sanitarios, sin que ello implique “una peor salud para la población”. No obstante, España es el único país “que

¹⁰¹ Alemania, Austria, Bélgica, Dinamarca, España, Finlandia, Francia, Grecia, Holanda, Irlanda, Italia, Luxemburgo, Noruega, Portugal, Reino Unido y Suecia.

discrimina a favor de las personas mayores de 65 años con independencia de la capacidad económica de estos ciudadanos” (Mas, Cirera y Viñolas, 2011, pág. 7-10).

En definitiva, los copagos en casi todos los países de Europa son un mecanismo recaudador que permite financiar parcialmente el coste sanitario y/o farmacéutico, pero, sobre todo, es un medio eficaz que disuade de consumos excesivos o innecesarios.

4.3. La eficacia

4.3.1 Introducción

La sanidad, como decíamos, es un bien de mérito porque genera beneficios individuales pero también sociales. Los objetivos del SNS es **garantizar la universalidad, la igualdad y el equilibrio interterritorial** de los servicios correspondientes. Ahora bien, debido a la **fragmentación del SNS**, existen muchas dificultades para la cuantificación de los beneficios sociales que genera, imposibilitando la aplicación del análisis coste-beneficio como guía para su correcta programación económica (Gonzalo y González, 2011).

Hay personas que consideran a la salud como sinónimo de ausencia de enfermedad, mientras que otras consideran que una persona tiene salud si puede realizar aquellas actividades relacionadas con su trabajo y el ocio. Los indicadores de salud más utilizados son las tasas de mortalidad¹⁰² (infantil y adulta) y la esperanza de vida¹⁰³.

La **tasa de mortalidad** es (y probablemente seguirá siendo) un indicador **muy utilizado** porque son datos objetivos que permiten realizar comparaciones entre diversos países y, además, dichos datos se obtienen sin ningún tipo de dificultad técnica. Muchos

¹⁰² La **tasa de mortalidad** es el indicador demográfico que señala el número de defunciones de una población, por cada 1.000 habitantes, durante un período determinado (generalmente un año). Usualmente es denominada **mortalidad**. La tasa de mortalidad está inversamente relacionada con la esperanza de vida al nacer, de tal manera que cuanto más esperanza de vida tenga un individuo en su nacimiento, menos tasa de mortalidad tiene la población

¹⁰³ La **esperanza de vida** es la media de la cantidad de años que vive una determinada población en un cierto periodo de tiempo. Se suele dividir en masculina y femenina, y se ve influenciada por factores como la calidad de la medicina, la higiene, la educación, las guerras, etc., si bien actualmente se suele referir únicamente a las personas que tienen una muerte no violenta. El Banco Mundial utiliza el término **esperanza de vida al nacer**, el cual indica el número de años que viviría un recién nacido si los patrones de mortalidad vigentes al momento de su nacimiento no cambian a lo largo de la vida del infante.

estudios utilizan la mortalidad como indicador del estado de salud de una población o país. Asimismo, también se utiliza como indicador las encuestas de salud, ya que permiten conocer el **estado de salud percibido** por las personas, sus conductas y cuánto utilizan los servicios sanitarios (López Casasnovas, 2002, pág. 99-108).

Existe bastante unanimidad en la comunidad científica, como comentábamos con anterioridad, respecto a los factores que determinan o influyen en la salud de las personas. Se considera que **influyen en la salud** las siguientes variables: la educación, la distribución de la renta, la vivienda, el tipo de trabajo, el estilo de vida (la dieta, el consumo de tabaco y alcohol, el sedentarismo, etc.), los cuidados sanitarios y la herencia genética. Como corroboración de lo anterior, los factores determinantes del estado de salud de los españoles son: el estilo de vida, la situación laboral, la clase social y el nivel de estudios (Urbanos, 2000, pág. 217-239).

En relación con lo anterior, nuestro sistema sanitario español, principalmente, está concebido para “curar”. O sea, si se adoptará una política sanitaria de “**prevención**”, se evitaría tener que curar en muchos casos, lo cual **repercutiría positivamente en muchos aspectos** (reducción de los costes sanitarios, reducción de las enfermedades crónicas, aumento de la productividad laboral como consecuencia de la disminución de las incapacidades laborales, etc.). Existe suficiente evidencia empírica para afirmar que **la prevención consigue reducir los costes sanitarios a largo plazo**, ya que, por ejemplo, los ancianos que a lo largo de su vida fumaron menos, dejaron de fumar antes, hicieron más ejercicio o no fueron obesos, originaron un **ahorro de costes muy significativo** con respecto a otros ancianos con hábitos de vida menos saludable (Leigh, 2005). Por tanto, **el SNS, tal y como está concebido, provoca un aumento exponencial de actos médicos y consumo de medicamentos**. Los datos disponibles son muy significativos “en 2003, sólo un 1,3% del gasto total en sanidad se dedicó al capítulo Salud Pública y Prevención, muy por detrás de la media de la OCDE”, la cual es el 2,9% (Informe Círculo de Empresarios, 2006).

Casi nadie cuestiona la existencia de **equidad horizontal** en la prestación de los servicios sanitarios públicos en España, principalmente, porque el acceso es universal y gratuito. Es decir, **no existe inequidad** porque cualquier ciudadano residente en España tiene garantizada (por ley) igual asistencia sanitaria pública y gratuita en caso de

necesidad. Ahora bien, debido a la fragmentación del sistema sanitario español, **¿ante “igual necesidad” reciben los ciudadanos “igual tratamiento”?**. ¿Qué significado debe atribuirse al término “igualdad”?

Según el Tribunal Constitucional¹⁰⁴, “el **principio de igualdad** no puede ser entendido en modo alguno como una monolítica uniformidad”, es decir, “la igualdad de derechos y obligaciones no puede ser entendida en términos tales que resulten incompatibles con el principio de descentralización política del Estado, pues ello impediría el ejercicio por las CCAA de las competencias que tienen atribuidas, ejercicio que, entre otras cosas, supone libertad para configurar una política propia en dichas materias”. En consecuencia, cada Comunidad Autónoma debe satisfacer a sus ciudadanos los servicios sanitarios establecidos en el SNS (igualdad de oportunidades de recibir determinados servicios ante igual necesidad), pero cada Comunidad Autónoma tiene libertad para prestar otros servicios sanitarios adicionales con cargo a sus propios tributos (ejercicio de la autonomía política).

4.3.2. La eficacia del S.N.S.

Según el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), en el año 2005, la valoración social de los centros de salud era notablemente positiva: el 53,1% del estrato poblacional más joven de la muestra (18-25 años de edad) calificaba a dichos centros de *bastante o muy eficaces*; y en cuanto al estrato de edad superior (80 años y más), el 86,5% les otorgaba la misma calificación. Un estrato intermedio, como el de 50-64 años, se pronunciaba favorablemente en un 68,5%. Atendiendo a la clase social subjetiva de los encuestados, el mismo estudio arrojaba los siguientes resultados: para el 68,4% de la clase alta y media-alta, la valoración era bastante o muy positiva; para los de la clase media-media, ese porcentaje era del 61,9%; y para los de la clase baja, del 61,9%. (Gonzalo y González, 2011).

¹⁰⁴ Sentencias núm. 37/1981 y 14/1998

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
El SNS, en general, funciona bastante bien	19,4	19,2	20,1	19,2	21,2	23,9
El SNS funciona bien, aunque son necesarios algunos cambios	48,3	50,5	47,3	48,9	48	50
El SNS necesita cambios fundamentales	26	25	26,9	26,2	25,3	21,6
Nuestro SNS está tan mal que necesitamos rehacerlo	5,1	4,4	4,7	4,9	4,7	3,5
NS - NC	1,2	0,9	1,1	0,8	0,6	1

Fuente: Barómetro Sanitario 2010

Como se puede constatar, según el Barómetro Sanitario 2010, en dicho año el **73,9% de los usuarios creen que el SNS funciona bien o bastante bien**, cuyo porcentaje es superior al año 2009 (69,2%) y los años anteriores (67,7%, en el año 2005). Por el contrario, **un 21,6% consideran que nuestro SNS necesita “cambios fundamentales”**, cuyo porcentaje ha ido disminuyendo a lo largo de los años (26 % en el 2005). Finalmente, un 3,5% de los usuarios creen que el SNS está muy mal (5,1% en el 2005).

	VALORACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS			
	2.010		2011	
	% que contesta	Valoración media	% que contesta	Valoración media
Atención primaria	97,4	7,06	97,9	7,33
Atención especializada	93,2	6,65	93,4	6,87
Urgencias en hospitales públicos	93,5	5,96	93,6	6,11
Ingreso y asistencia en hospitales públicos	90,7	6,7	90,2	6,89

Fuente: Barómetro Sanitario 2010 y 2011

Los usuarios valoran notablemente los servicios sanitarios que presta el SNS, especialmente, en lo que se refiere a la **Atención Primaria (7,06 y 7,33)**, siendo los peor valorados las **Urgencias en los hospitales públicos (5,96 y 6,11)**.

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Grado de satisfacción del Sistema Sanitario Público	6,1	6,23	6,27	6,29	6,35	6,57	6,59

Fuente: Barómetro Sanitario 2010 y 2011

Asimismo, según el Barómetro Sanitario 2009, 2010 y 2011 **el grado o nivel de satisfacción con el Sistema Sanitario Público en España es de 6,35, 6,57 y 6,59** puntos sobre 10, respectivamente. Por tanto, se puede concluir que **los usuarios están satisfechos** de los servicios sanitarios recibidos (no alcanza un notable), pero, ni muchos menos, están muy satisfechos. El grado de satisfacción, como hemos dicho en las páginas precedentes, es el indicador más utilizado, actualmente, para valorar la eficacia de los servicios, en general, y los servicios sanitarios públicos, en particular. De acuerdo con este indicador, es evidente que existe un considerable margen de mejora, o sea, **la eficacia de los servicios**

sanitarios públicos debería mejorarse y, en consecuencia, debería ser un objetivo de los responsables de la política sanitaria pública.

Derecho a la asistencia sanitaria a través de:	2009	2010
La sanidad pública	92	92
Colectivo de Muface, Mugeju e Isfas que elige ser atendido por la sanidad pública	3	2,7
Colectivo de Muface, Mugeju e Isfas que elige ser atendido por la sanidad privada	3,9	4,5
No tiene derecho a ninguna de las vías anteriores	0,8	0,4
NS - NC	0,3	0,4

Fuente: Barómetro Sanitario 2009 y 2010

Se puede observar que casi¹⁰⁵ todos los ciudadanos (94,7%) tienen derecho a la que se les presten los servicios sanitarios a través de la “sanidad pública” (los Servicios Regionales de Salud) y un 4,5% a través de empresas privadas (los funcionarios de Muface, Isfas y Mugeju que optan por esta opción).

4.3.3. La “doble cobertura” de los usuarios del S.N.S.

Si bien es cierto que la práctica totalidad de los ciudadanos que residen en España tienen derecho a la asistencia sanitaria gratuita a través del SNS, no obstante, un segmento muy considerable (**casi el 20%**) tiene “**doble cobertura**”.

¿Tiene algún seguro médico privado?:	2009	2010
SI	19,7	n.p.
NO	79,9	n.p.
NC	0,4	n.p.

Fuente: Barómetro Sanitario 2009 y 2010

n.p. (no publicado hasta la fecha)

La “**doble cobertura**” consiste en que determinados usuarios del SNS, por las razones que sean, suscriben un contrato privado con empresas privadas médicas para que éstas les presten determinados servicios médicos (atención primaria, especializada, urgencias, intervenciones quirúrgicas, etc.). Generalmente, dichos contratos o pólizas consisten en que **el asegurado paga una prima mensual** y, como contraprestación, aquél

¹⁰⁵ Existen unos colectivos de profesionales que ejercen su actividad “por cuenta propia” (por ejemplo, los abogados) que no tienen derecho a la asistencia pública gratuita, ya que están obligados a inscribirse (y pagar) en el RETA (trabajadores autónomos) o bien en la cualquier empresa privada de servicios médicos.

tiene **libertad para elegir los profesionales sanitarios y hospitales que ofrece la empresa aseguradora**. Aunque no conocemos ningún estudio que nos indique el perfil de las personas que suscriben estos contratos, lo razonable es que sean el colectivo de personas (el 92%) que reciben los servicios sanitarios a través del SNS, ya que no tienen “derecho de opción”. El **derecho de opción** consiste en que los usuarios de los servicios sanitarios eligen quién será el proveedor de dichos servicios: las empresas públicas o las empresas privadas. Como veremos posteriormente, este derecho **si lo tienen un colectivo de funcionarios** (Muface, Isfas y Mugeju), los cuales, cada año, de acuerdo con sus experiencias previas, eligen si el proveedor que les prestará los servicios sanitarios, en el año próximo, será el sector público (los Servicios Regionales de Salud) o el sector privado (las empresas aseguradoras Adeslas, Asisa, DKV o Sanitas). Por tanto, lo lógico es que las personas que suscriben estos **contratos médicos privados sean las personas a las que obligatoriamente se las adscribe al SNS** y que, por lo motivos que sean, no están satisfechos con los servicios sanitarios que reciben (recuérdese que el 25,1% no está satisfecho con el funcionamiento del SNS).

¿Quién paga el seguro médico privado?	2009	2010
Ud. o algún miembro de la familia	72,1	n.p.
Una empresa o colegio profesional	19,4	n.p.
Una parte Ud.o miembro de la familia y otra la empresa o colegio	4,6	n.p.
Otra respuesta	1,4	n.p.
NC	2,5	n.p.

Fuente: Barómetro Sanitario 2009 y 2010

La mayoría de las personas (72,1%) son las que se pagan el propio seguro, es decir, cada persona decide gastarse una parte de su renta disponible porque, por las razones que sean, quiere tener un seguro médico privado. También pagan dicho seguro las empresas a sus empleados, ya que es una retribución salarial en especie y, por tanto, un gasto fiscalmente deducible para la empresa.

	EI SEGURO DE SALUD PRIVADO EN EL 2.011					
	Volumen de Primas	Variación Interanual	Importe Prestaciones pagadas	Variación Interanual	Número asegurados	Variación interanual
Asistencia sanitaria, excepto AA.PP.	4.185.986.598	4,67%	3.110.919.832	4,33%	6.006.788	1,65%
Asistencia sanitaria a AA.PP. (Muface, Isfas, Mugeju)	1.447.806.799	2,38%	1.400.855.838	6,05%	1.971.362	-0,77%
Reembolso de Gastos sanitarios	647.361.489	2,53%	452.344.200	3,99%	746.838	-1,72%
Total prestación de servicios	6.281.154.886	3,91%	4.964.119.870	4,78%	8.724.988	0,80%
Subsidios e indemnizaciones	262.952.304	-0,72%	144.892.044	-1,64%	1.652.350	-1,44%
TOTAL	6.544.107.190	3,71%	5.109.011.914	4,58%	10.377.338	0,43%

Fuente: ICEA

En relación a la información de ICEA¹⁰⁶, **8.405.976 personas tuvieron doble cobertura**¹⁰⁷ y las primas que pagaron ascendieron a **5.096,30**¹⁰⁸ millones de euros por los diversos contratos de seguros médicos privados que suscribieron con las diversas empresas aseguradoras, lo cual supone que la **prima media anual por persona** asegurada fue de **606,27 euros**¹⁰⁹.

Lógicamente, estos 8,4 millones de personas **“descargan” al SNS**, es decir, si estas personas no se costearan un seguro privado, el SNS debería prestar los servicios que aquéllas reciben a través de sus seguros privados y, por tanto, **el coste del SNS se incrementaría**, como mínimo¹¹⁰, en el valor de las primas que pagan a las empresas aseguradoras.

Asimismo, también existe otro tipo de usuarios que **también “descargan” o “alivian” al SNS**: aquellos usuarios que no tienen un seguro privado pero que, sin embargo, **pagan** a los proveedores privados **por cada “acto médico”** (operaciones, visitas a profesionales, etc.). O sea, se trata de unas personas que tienen derecho a la asistencia sanitaria pública que, por las razones que sean, recurren a la asistencia sanitaria privada (por ejemplo, porque no aceptan los días que se debe esperar para ser intervenidos quirúrgicamente, o bien no están satisfechos con los servicios recibidos por el SNS, etc.).

Según el **“Sistema de Cuentas de Salud”**¹¹¹ el **Gasto Sanitario Total (público más privado)** en los años **2.009** y **2.010** ascendió a **100.892** y **100.741** millones de euros, respectivamente. Más del **74 %**¹¹² de dicho gasto lo financió el **sector público** (75.395 y 74.732 millones de € en 2.009 y 2.010, respectivamente) y casi el **26%**¹¹³ lo financió el **sector privado** (25.497 y 26.009 millones de € en 2.009 y 2.010, respectivamente).

¹⁰⁶ Investigación Cooperativa entre Entidades Aseguradoras (www.icea.es)

¹⁰⁷ $10.377.338 - 1.971.362 = 8.405.976$

¹⁰⁸ $4.185,99 + 647,36 + 262,95 = 5.096,30$ millones de euros

¹⁰⁹ $5.096,30 \text{ millones de €} / 8.405.976 = 606,27 \text{ €}$

¹¹⁰ Se supone que el SNS presta dichos servicios con la misma eficiencia que el sector privado.

¹¹¹ Metodología que aplica la OCDE-EUROSTAT-OMS para calcular el Gasto Sanitario Total. Los datos que a continuación se analizan están disponibles en la web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ([http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/SCS - Datos estadisticos.xls](http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/SCS_-_Datos_estadisticos.xls)).

¹¹² $(75.395/100.892) * 100 = 74,73\%$ y $(74.732/100.741) * 100 = 74,18\%$

¹¹³ $(25.497/100.892) * 100 = 25,27\%$ y $(26.009/100.741) * 100 = 25,81\%$

El Gasto **privado** sanitario fue financiado el **22%**¹¹⁴ (5.604 y 5.583 millones de € en 2.009 y 2.010, respectivamente) mediante los **seguros privados** suscritos con las empresas aseguradoras, el **76%**¹¹⁵ (19.229 y 19.817 millones de € en 2.009 y 2.010, respectivamente) mediante “**pagos directos de los hogares**” y **2%** (665 y 628 millones de € en 2.009 y 2.010, respectivamente) mediante “instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares” y “sociedades”.

Por tanto, **la mayoría del gasto sanitario privado** se financia a través de “**pagos directos**” que realizan las personas cuando visitan a un médico privado, se operan en un Hospital privado, etc. Si analizamos con mayor detalle (año 2.009) dicha cifra, 672 millones de euros (2,54%) correspondieron a “servicios de asistencia curativa y de rehabilitación hospitalaria”, **9.139 millones de euros (34,58%) a “asistencia curativa y de rehabilitación ambulatoria”**¹¹⁶, 2.707 millones de euros (10,24%) a “servicios de atención de larga duración”¹¹⁷, 119 millones de euros (0,45%) a “servicios auxiliares de atención a la salud” y 7.487 millones de euros (28,33%) a “productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios”¹¹⁸.

Si el SNS funcionara óptimamente o mejor que en la actualidad (por ejemplo, que las listas de espera fueran casi inexistentes, que hubiera libertad de elección de médicos y centros hospitalarios, etc.), lógicamente, la mayoría de los 8,5 millones de personas no contratarían seguros médicos privados ni, asimismo, muchas personas no recurrirían a la medicina privada si no tuvieran que esperar tanto tiempo para ser atendidos¹¹⁹.

En consecuencia, si la sanidad es un bien de mérito universal y gratuito (tal y como está configurado), **el verdadero o auténtico coste del SNS es la suma de la financiación pública (coste del SNS) y una parte importante de la financiación privada**, ya que la

¹¹⁴ $(5.604/25.497) * 100 = 21,97\%$ y $(5.563/26.009) * 100 = 21,38\%$

¹¹⁵ $(19.229/25.497) * 100 = 75,41\%$ y $(19.817/26.009) * 100 = 76,19\%$

¹¹⁶ Se desglosan en: a) asistencia odontológica ambulatoria (4.738 millones de €), b) servicios de asistencia especializada (3.369 millones de €), c) otros servicios de asistencia ambulatoria (1.031 millones de €)

¹¹⁷ Se desglosan en: a) atención de larga duración hospitalaria (2.120 millones de €), b) atención de larga duración en hospitalización de día (196 millones de €), c) atención de larga duración domiciliaria (391 millones de €)

¹¹⁸ Se desglosan en: a) productos farmacéuticos y otros productos médicos perecederos (5.466 millones de €) y b) dispositivos terapéuticos y otros productos médicos no perecederos (2.019 millones de €).

¹¹⁹ En Cataluña, las listas de espera de los médicos especialistas puede llegar a ser hasta un año. Por ejemplo, una persona que demanda un especialista en ginecología debe esperar a ser atendida entre 6 y 12 meses desde que lo solicita.

mayoría de los 8,5 millones de personas que suscriben los seguros médicos privados, así como los que pagan los servicios médicos privados, son usuarios del SNS que, por diversos motivos, no utilizan parcialmente los servicios que presta el SNS. O sea, “descongestionan” el SNS y ello es un ahorro para el mismo, ya que si nadie contratara seguros médicos privados o nadie recurriera a la medicina privada, las listas de espera serían mayores (disminuiría la eficacia) o bien se precisarían de más recursos materiales y humanos (aumento del coste total del SNS).

El “Sistema de Cuentas de Salud”, como decíamos, es un sistema de contabilidad internacional que posibilita:

1º.- ¿De dónde proviene el dinero? (fuente de financiación)

2º.- ¿A dónde va el dinero? (proveedores de servicios y bienes de salud 3º.- ¿Qué tipos de servicios (definidos funcionalmente) se ofrecen y qué tipo de bienes se compran?.

El “Sistema de Cuentas de Salud” (SCS), al igual que la “Estadística de Gasto Sanitario Público” (EGSP)¹²⁰, considera al **gasto sanitario público** como el equivalente a la **financiación pública** de los servicios sanitarios. En definitiva, debido a que el “sector sanitario público” presta sus servicios no sólo con producción propia, sino también mediante la contratación o concierto de medios privados de producción sanitaria, determinados servicios que prestan los proveedores privados son gasto sanitario público porque son financiados con recursos públicos.

Según la metodología del SCS, la “**atención de la salud**” es la suma de actividades desempeñadas por instituciones o individuos que persiguen, mediante la aplicación de conocimientos y tecnologías médicas, paramédicas y de enfermería, los siguientes objetivos:

- a) promoción de la salud y prevención de enfermedades
- b) curación de enfermedades y reducción de la mortalidad prematura
- c) atención a personas que necesitan cuidados de enfermería a causa de enfermedades crónicas
- d) atención a personas que necesitan cuidados de enfermería por impedimentos, discapacidad o minusvalía

¹²⁰ Sistema contable español para calcular el gasto sanitario público que funciona bajo el principio contable de **devengo** (computar los gastos en el momento en el que producen, con independencia del momento en que se pagan)

- e) asistencia necesaria para tener una muerte digna
- f) suministro y administración de la salud pública
- g) suministro y administración de programas y seguros de salud y de otros dispositivos de financiación

La EGSP registra el gasto de los hospitales sin ningún tipo de desagregación, pero, sin embargo, el SCS permite conocer los distintos tipos de actividades (funciones) que desarrollan estos centros sanitarios. Así, se reflejan los servicios sin internamiento llevados a cabo mediante hospitalización de día, asistencia especializada ambulatoria por medio de consultas hospitalarias externas y centros de especialidades, asistencia domiciliaria, hospitalización de larga duración, servicios auxiliares de diagnóstico y transporte y dispensación farmacológica ambulatoria. En definitiva, **la información que proporciona el SCS** está más detallada y, por tanto, **permite realizar un análisis más depurado de la totalidad del Gasto Sanitario**. Por ejemplo, el coste total de la “Atención Ambulatoria” ascendió a **26.035 millones de euros** en el año 2.009, desglosándose dicho gasto en: **consultorios médicos** (7.161 millones), **consultorios odontológicos** (4.879 millones), consultorios de otros profesionales sanitarios (1.841 millones), **centros de atención ambulatoria** (9.120 millones), laboratorios médicos y de diagnóstico (808 millones), proveedores de atención domiciliaria (1.217 millones) y otros proveedores de atención ambulatoria (1.020 millones). Asimismo, desde la perspectiva de la “Financiación”, la Financiación **Pública** ascendió a 13.722 millones (52,70 %) y la **Privada** a 12.313 millones (47,30%).

En relación con lo explicado con anterioridad, las elevadas cantidades de dinero que los usuarios del SNS destinan a la compra de seguros médicos privados o los “pagos directos” que realizan por cada acto médico, lógicamente, es la constatación de que **la eficacia del SNS no es la que sería deseable** en relación con los elevados recursos que se destinan para la “atención de la salud”.

En definitiva, si bien es cierto que el grado de satisfacción de los usuarios del SNS es buena o aceptable (6,57 en 2.010), sin embargo, **no funciona ni con la deseable eficacia** (muchos usuarios recurren a la sanidad privada), **ni con la necesaria eficiencia** (como analizaremos posteriormente). La información que nos proporciona el SCS nos permitirá conocer, aproximadamente, el “verdadero” gasto sanitario público.

4.3.4. La fragmentación del sistema sanitario

La descentralización política que contempla la Constitución ha implicado, entre otros aspectos, que desde el año 1.982 hasta el año 2.002 se hayan transferido paulatinamente las competencias de sanidad a las 17 CCAA y a las 2 Ciudades Autónomas. En consecuencia, actualmente, **todas las CCAA y ciudades autónomas tienen capacidad normativa para gestionar la sanidad** y el Ministerio de Sanidad, de hecho, tiene pocas facultades jurídicas para legislar como consecuencia de dicha descentralización.

Según las encuestas realizadas **hasta finales de los 90**, la mayoría de los ciudadanos (un poco más de la mitad) consideraban que **la descentralización sanitaria había sido positiva** porque los gobiernos autonómicos conocen mejor (que el gobierno central) las necesidades y preferencias de los ciudadanos. Además, el grado de satisfacción de los usuarios de los servicios sanitarios ha ido creciendo a lo largo del tiempo, especialmente a lo largo de los años 90 (Rico y otros, 2001).

Las diferencias de **mortalidad evitable** que existían entre las CCAA en los años 80 se redujeron considerablemente a finales de los 90. Asimismo, las **desigualdades interterritoriales** en las expectativas de salud eran muy pequeñas a comienzos de los ochenta y permanecieron estables en los 90 (1% de coeficiente de variación). Por lo que respecta al **gasto sanitario de las 17 CCAA**, las **desigualdades se redujeron** entre el período 1.986 y 1.997. Estos buenos resultados obtenidos por el Estado de las Autonomías, según López-Casasnovas, “pueden atribuirse en gran medida a la descentralización sanitaria, una de las políticas “estrella” de los distintos gobiernos regionales, precisamente como resultado de la aparición de unas nuevas relaciones más dinámicas entre ciudadanos, gobiernos autonómicos y gobierno central (...) A su vez, **la descentralización ha estimulado simultáneamente un balance positivo de cooperación y competencia entre gobiernos autónomos en política sanitaria**, que ha dado como resultado la generación y difusión de mejoras importantes tanto en la gestión de los servicios como el **binomio cantidad y calidad de las prestaciones**” (López-Casasnovas, 2003, pág. 321-325).

¿Unas aseveraciones de esta naturaleza se corresponden con la realidad o, por el contrario, adolecen del necesario rigor científico?.

¿Todos los estudios realizados concluyen que ha sido beneficioso transferir las competencias del INSALUD a las CCAA?.

Según el Grupo de Trabajo para el Análisis del Gasto Sanitario¹²¹, en el año 2001 el coste sanitario per cápita de las siete CCAA que tenían transferidas las competencias de sanidad ascendió a **821 €** mientras que el coste de las diez CCAA gestionadas por el INSALUD ascendió a **812 €**. A pesar de que las siete CCAA tenían más población (19,7 millones) con respecto a las diez CCAA restantes (12 millones), las segundas fueron más eficientes que las primeras. Desde la perspectiva de la racionalidad económica, las siete CCAA (mayor población) deberían haber sido más eficientes que el resto de CCAA, pero, sin embargo, aquéllas no supieron generar economías de escala. En consecuencia, **en el año 2.001, la descentralización sanitaria es sinónimo de mayores costes sanitarios per cápita (menor eficiencia) con respecto a la sanidad centralizada (competencia del INSALUD).**

Las diferencias territoriales en España son evidentes en lo que respecta al número de personas que habitan en las diecisiete CCAA. **En algunas CCAA** viven tan pocas personas que **ni siquiera alcanzan el tamaño mínimo crítico**, ya que se considera que una Comunidad Autónoma debe tener, como mínimo, medio millón de personas para así poder ofrecer todas las prestaciones sanitarias, porque, en caso contrario, se asumiría un riesgo excesivo (insuficiente tamaño del “pull de riesgos”). Desde una perspectiva teórica, **la centralización de los servicios sanitarios permitiría planificar** la oferta sin necesidad de tener que “ofertar de todo en todas partes”. **La descentralización sanitaria** ha consistido en que, de hecho, cada Comunidad Autónoma ofrece todos los servicios a sus ciudadanos (se considera autosuficiente), sin tener **consideración a las economías de escala** que se obtendrían si las diversas CCAA limítrofes planificaran conjuntamente determinados servicios sanitarios que son intensivos en capital, lo cual redundaría en beneficio de todas ellas (**se obtendría mayor eficiencia económica**). Sin embargo, **cada CA ha pensado más en criterios políticos que económicos**, ya que cada CA **emula** todo

¹²¹ Dirección en Internet:

<http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/grupodeTrabajoSanitario2007.pdf>
<http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/IGTGS2005.pdf>

aquello que hace el resto de CCAA, lo cual provoca unos **desproporcionados incrementos de los costes de producción** de los servicios sanitarios. El mencionado **efecto emulación** ha provocado, entre otras cosas, que cada CA ofrezca mayores prestaciones sanitarias que las establecidas en la legislación básica estatal (catálogo de prestaciones comunes) y, por supuesto, estas prestaciones sanitarias adicionales son a cargo del erario público. En la práctica, **las 17 políticas sanitarias han generado desigualdades entre ciudadanos españoles que habitan en las diversas CCAA, sin perjuicio de las diferencias abismales existentes en lo que respecta a las “lista de espera” para la intervenciones quirúrgicas** y tiempo de espera para acceder a un médico especialista. Y, finalmente, un aspecto muy importante y que la evidencia empírica así lo acredita: **un mayor gasto sanitario no es garantía de la consecución de mejores indicadores de salud** (Barrera, 2006, pág. 253-258). Por consiguiente, gastar más no necesariamente implica gastar mejor y así lo ponen de manifiesto la evidencia empírica nacional e internacional. Sirva de ejemplo un estudio econométrico que se realizó con los datos del período 1992-1998, el cual fue concluyente: **la descentralización de los servicios sanitarios ha provocado que el gasto sanitario público en España haya aumentado (con respecto al PIB)** y que las regiones más ricas gastan más per cápita (Costa y Pons, 2005).

Ahora bien, el crecimiento del gasto en sanidad y sus diferencias entre territorios como consecuencia de la existencia de 17 Servicios Regionales de Salud (SRS, en adelante), es bastante común en muchos países occidentales que tienen descentralizados los servicios sanitarios. La variable principal que contribuye al aumento **desproporcionado del gasto sanitario per cápita** es el progresivo **envejecimiento de la población**, ya que la población anciana consume muchos más servicios sanitarios que el resto de las personas¹²². No obstante, también existen otros factores que contribuyen al aumento del gasto sanitario como, por ejemplo, el **exceso de demanda como consecuencia de la gratuidad de la mayoría de los servicios sanitarios** (a coste cero, demanda infinita) y la ineficiencia económica de los SRS con respecto al INSALUD. La evidencia empírica existente pone de manifiesto que existen diferencias en la utilización de los servicios sanitarios entre ámbitos geográficos distintos, ya que existen desigualdades “visibles” en Atención Primaria,

¹²² Según el Informe del Grupo de Trabajo sobre Gasto Sanitario de la Intervención General de la Administración General del Estado (2005), una persona mayor de 75 años consume 3,12 veces la media del gasto hospitalario por cápita. Asimismo, las personas de edades comprendidas entre los 65 y 74 años y las mayores de 75 años consumen 3,21 y 4,30 veces la media del gasto farmacéutico por cápita.

Especializada y Dotaciones de Alta Tecnología Médica y, asimismo, desigualdades “menos visibles”, las cuales consisten en que **cuanto mayor es la cantidad de recursos disponibles** (camas hospitalarias, profesionales sanitarios, tecnología, etc.), **mayores son los niveles de utilización**. Es un hecho objetivo que tanto las personas mayores de 65 años como el resto de la población hacen, cada vez más, un mayor uso de los servicios sanitarios, sin que ello se corresponda con un empeoramiento de su estado de salud. Aunque el gasto sanitario per cápita es diferente en las 17 CCAA, sin embargo, **después de la descentralización, las desigualdades¹²³ en salud entre CCAA apenas se han modificado**, lo cual pone de manifiesto que **más gasto sanitario** (en los países desarrollados) **no implica necesariamente que mejoren los indicadores básicos de salud**, ya que los SRS producen los servicios sanitarios en la zona de los rendimientos decrecientes (Cantarero, 2008, pág. 141-166).

La **descentralización** de la sanidad en España es una **consecuencia del Estado de las Autonomías**, o sea, trasciende del ámbito de la sanidad. Las CCAA son heterogéneas en lo que respecta al número de habitantes que tienen cada una de ellas (así como la densidad), lo cual ha generado, como decíamos, que algunas CCAA no tengan la masa crítica poblacional que se requiere para que un seguro de salud sea financieramente viable. **No puede afirmarse que la descentralización territorial de la sanidad conduzca**, con carácter general, **a mejorar la salud de los ciudadanos ni que se consiga mayor eficiencia con respecto a la situación anterior** (centralización).

La descentralización sanitaria, como decíamos anteriormente, no sólo existe en España, ya que también se ha realizado en muchos países europeos, pero, sin embargo, los gobiernos centrales conservan capacidad jurídica sobre la política sanitaria de los territorios o regiones, reservándose el “**derecho fáctico de veto**” sobre los sistemas regionales de salud mediante el carácter condicionado de las transferencias de los fondos. **La centralización permite planificar la oferta** sin necesidad de tener que “ofertar de todo en todas partes”. **La mayoría de las CCAA**, en lugar de aprender unas de las otras (de sus éxitos y fracasos), desde hace años, **compiten entre ellas para conseguir liderar el ranking de la “cartera de servicios más completa” (efecto ostentación)**. Además, todas las CCAA, de hecho, se consideran autosuficientes, lo cual significa que determinados

¹²³ Los indicadores más utilizados son la esperanza de vida (al nacer, libre de incapacidad, en buena salud), la tasa de mortalidad infantil, la autovaloración de la salud, la mortalidad evitable, etc.

servicios que se prestan en CCAA limítrofes prescinden absolutamente de la racionalidad económica (no se aprovechan las economías de escala). Con las transferencia sanitarias no existen indicadores comparables y, por tanto, **resulta difícil evaluar la eficiencia de la gestión y la equidad del acceso entre CCAA** (González y otros, 2008, pág. 4-9).

En definitiva, aunque no existe unanimidad en la comunidad científica, en la mayoría de las ocasiones, **la descentralización territorial de la sanidad incrementa los costes con respecto a la situación anterior** (centralización) y, **sin embargo, no produce mejoras en los indicadores de salud**. La razón principal de los incrementos de los costes sanitarios es debido a que **no se mejora la eficiencia de las empresas que producen los servicios sanitarios**, ya que, como veremos posteriormente, hay empresas diversas (públicas o privadas) que producen los mismos servicios sanitarios y, sin embargo, incurren en unos costes de producción que son notoriamente diferentes (como veremos posteriormente, el coste per cápita de los servicios sanitarios del “modelo MUFACE” es casi la mitad que el modelo de “gestión directa” que han implantado la práctica totalidad de las CCAA).

Asimismo, la descentralización sanitaria ha provocado **inequidad** en el acceso y utilización de los servicios sanitarios públicos, ya que **no existe igualdad efectiva** en lo que respecta a las prestaciones sanitarias que reciben los ciudadanos según la CA en la que residan. Aunque no existe inequidad territorial en el acceso a los servicios hospitalarios, sin embargo, hay evidencia empírica de diferencias territoriales tanto en la visitas al médico general como en la visitas al especialista. Estas diferencias ponen de manifiesto que no existe equidad territorial entre CCAA, es decir, “los ciudadanos estarían teniendo un mayor (menor) acceso a dichos servicios sanitarios en función de la Comunidad Autónoma de residencia” (Abasolo y otros, 2008, pág. 87-103).

Como hemos comentado anteriormente, **hasta el año 2008, la práctica totalidad de la comunidad científica exaltaba la descentralización de la sanidad**, ya que se consideraba que ello había contribuido a “mejoras importantes tanto en la gestión de los servicios como el binomio cantidad y calidad de las prestaciones” (o frases similares), a pesar de que la fragmentación del SNS había provocado “**inequidad interterritorial**”, pero ello estaba plenamente justificado porque la “igualdad” en el Estado de Autonomías no es equivalente a “uniformidad”. Además, no conocemos ningún estudio consistente que

pusiera de manifiesto un hecho evidente o notorio: **las transferencias sanitarias habían aumentado considerablemente el gasto sanitario público per cápita sin que ello hubiera repercutido positivamente en el estado de salud del conjunto de los ciudadanos españoles** (sin perjuicio del aumento generalizado de las lista de espera en la mayoría de las CCAA). Algunos estudios (citados y comentados) ponían de manifiesto el incremento exponencial del gasto sanitario público y la inequidad interterritorial, pero, sin embargo, **no proponían políticas para corregir dichas inequidades o ineficiencias o, las que proponían, consistían en seguir incrementando el gasto sanitario con el pretexto de que aún el porcentaje del Gasto sobre el PIB era inferior a la mayoría de los países de la OCDE**. En consecuencia, si la transferencia de la sanidad a las CCAA había generado inequidad e ineficiencia, desde la perspectiva de la racionalidad económica estaría justificado el **cambiar de “modelo” sanitario o recentralizar la misma** (recuperar la Administración General del Estado la competencia de los servicios sanitarios). **¿A qué se debe este silencio de la mayoría de los expertos** de la Economía Pública, en general y de la Economía de la Salud, en particular?. ¿Es atribuible a la ignorancia o falta de información o, por el contrario, los datos se ocultaban o manipulaban deliberadamente porque eran contrarios a las convicciones ideológicas de los supuestos investigadores?. ¿Estos comportamientos son coherentes con el método científico? (trataremos de dar respuesta a estas preguntas con posterioridad).

Como decíamos anteriormente, aunque la aplastante mayoría de la comunidad científica aplaudía los supuestos beneficios de la descentralización política¹²⁴ y, asimismo, de la descentralización sanitaria, en particular, sin embargo, **en el año 2.007**¹²⁵, el profesor **Gonzalo y González**¹²⁶ puso de manifiesto lo que algunos científicos pensaban (en privado) pero ninguno se había atrevido a decir públicamente¹²⁷: **“Se debe recentralizar la Sanidad de las Autonomías al Estado”**. La conferencia pronunciada por el profesor, no sólo tuvo el valor o coraje de hablar de un **tema tabú** (“la recentralización o

¹²⁴ Los tópicos o mitos que propagaban casi todos los políticos, juristas y economistas se resumen en lo siguiente: las comunidades autónomas son un elemento de la España "plural" que han contribuido al progreso y al equilibrio del país y no se debe cuestionar un modelo que ha tenido tanto éxito.

¹²⁵ Conferencia pronunciada en el verano de 2007, organizada por la Escuela Asturiana de Estudios Avanzados de La Granda.

¹²⁶ En el buscador Google no existe ningún científico de la Economía Pública que fuese partidario de la recentralización o reunificación de la sanidad con anterioridad a 2007.

¹²⁷ Aunque la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos había propuesto la recentralización, ningún científico de la Economía Pública se había atrevido a decirlo públicamente.

reunificación”), sino que también abordó otros aspectos que, hasta entonces, también eran tabú: **la privatización de los centros de atención primaria y otros servicios no sanitarios, la falta de equidad y la extensión del copago a diversas prestaciones sanitarias**. Dicha conferencia tuvo eco en diversos medios de comunicación¹²⁸, y las frases más relevantes que se publicaron fueron: “*Que la sanidad vuelva a depender directamente del Estado como única forma de garantizar el principio de equidad: que todos los pacientes reciban la misma asistencia médica con independencia de dónde residan..*”, “*Hasta el momento sólo una organización sindical médica ha planteado la recentralización de servicios médicos de Salud, algo que yo apoyo, ya que la asistencia sanitaria general debe estar garantizada en condiciones de igualdad*”. “*El principio de equidad tras las transferencias sanitarias se incumple tanto en el ámbito de la Sanidad como en el de la Educación*”. “*La falta de igualdad deriva de esta pintoresca organización del Estado de las Autonomías...*”. “*.... la privatización de los propios centros de atención primaria y ... la extensión del sistema de copago a un conjunto más amplio de prestaciones , excluyendo del mismo a pensionistas y usuarios con rentas inferiores a un determinado nivel..... los economistas decimos que a precio cero, demanda infinita. Con un precio, se moderaría la demanda*”. En parecidos términos, Gonzalo y González, se expresó¹²⁹ en el año siguiente (2008) en La Granda, y, por supuesto, aún, ningún científico se atrevía a hablar (públicamente) de estos temas tan polémicos¹³⁰. Sin embargo, desde la perspectiva de la racionalidad económica, al igual que habían hecho casi **todos los países europeos desde finales de los 90** para afrontar el creciente gasto sanitario, era inevitable: “*..... generalizar el copago..., recentralizar lo recentralizable,.. ...porque, la centralización de servicios genera unas economías de escala que permiten ahorrar costes.....*”. Además, el Estado de las Autonomías es más costoso para el ciudadano que un Estado centralizado que opera a través de Delegaciones territoriales (u otros entes territoriales), ya que “*mantener diecisiete burocracias sanitarias en un país como España es un disparate..... En España se han inventado unas Administraciones clónicas de la del Estado que practican una especie de neocentralismo con la Administración Local, que son las auténticas Administraciones*”.

¹²⁸ Publicado el día 8 de agosto de 2007 en www.lne.es,

¹²⁹ Publicado los días 17, 19 y 30 de julio de 2008 en: elEconomista.es, [diario e-cyl](http://diario-e-cyl.com), misaludnoesunnegocio.net y www.enfermeriavalladolid.com

¹³⁰ Muchos científicos de la Economía de la Salud anteponen sus principios ideológicos (juicios de valor) a la evidencia empírica, la cual ocultan, suplantán o enmascaran, es decir, no son consecuentes con la racionalidad económica.

Como corroboración de lo dicho anteriormente, la **Sra. Esperanza Martí**¹³¹, gerente de la Fundación Puigvert, denunció el **intervencionismo** de los poderes públicos **en los hospitales privados concertados de Cataluña** como consecuencia del **nuevo “reino de taifas” existente en Cataluña y en el resto de las CCAA**. La Sra. Martí tuvo el coraje de denunciar algo obvio para cualquier ciudadano que resida en Cataluña desde hace años y que, por supuesto, tenga la necesaria información objetiva y el imprescindible espíritu crítico de un librepensador: **se habían creado muchos puestos para “burócratas” (miembros del partido gobernante) que viven de las arcas del Gobierno autonómico, así como un modelo sanitario muy intervencionista** que *“puede acabar de destruir el sistema sanitario catalán que ha sido, durante años, ejemplo para muchas administraciones públicas”*. La Sra. Martí consideraba que *“es increíble que el Ministerio de Sanidad mantenga 17 modelos diferentes de acreditación en un mismo Estado”* y que *“exista una clara falta de organización y coordinación, desde el propio Ministerio, en la planificación de los grandes dispositivos asistenciales”*. Asimismo, **la fragmentación del sanitario implica que existan CCAA sin masa crítica, lo cual tiene consecuencias negativas de toda índole** (que ya hemos analizado), *así como que se produzcan situaciones tan esperpénticas como construir “dos hospitales de gran nivel a un lado y otro de la línea divisoria de dos autonomías”*.

Como corroboración de las afirmaciones de la Sra. Martí, creemos que es ilustrativo el siguiente caso, el cual es extrapolable al conjunto de Cataluña: en el Vallés Oriental (comarca de Barcelona), existe un servicio de urgencias nocturno (desde las 00 horas hasta las 8 horas) en los Centros de Salud de diversas poblaciones (Cardedeu, La Garriga, Lliçà d'Amunt, y Montornés), los cuales atienden, en promedio, menos de 1 visita/noche cada centro, pero, además, dichos centros sanitarios están a un radio inferior de 10 kilómetros de la capital (Granollers), la cual tiene un Hospital General y un centro de urgencias 24 horas, sin perjuicio del servicio 061 (atención telefónica 24 horas) y el servicio de ambulancias. ¿Nos podemos permitir tanto despilfarro?.

Ante tantas aberraciones cometidas en Cataluña por los responsables de la gestión de la Sanidad (extrapolable, insistimos, al conjunto de las CCAA), la Sra. Martí puso de manifiesto la notoria **incompetencia de los políticos** que tienen la responsabilidad de

¹³¹ Entrevista en la Revista de Economía de la Salud en el año 2006 (volumen 5, número 5).

gestionar ingentes recursos económicos sin tener, en la mayoría de los casos, la mínima capacitación técnica ni experiencia previa en un asunto tan importante: la sanidad. La Sra. Martí recomendaba, dada su larga y acreditada experiencia profesional, a los políticos “*que aprendan, de una vez por todas, que la política es el arte de lo que es posible, que deben tocar con los pies al suelo y dejar de soñar utopías, para darse cuenta, de una vez por todas, que contamos con la red hospitalaria que tenemos, y no otra, y que contamos con los recursos disponibles, y ni un céntimo más*”.

¿Cuántas personas tuvieron el **valor y coraje** del profesor Gonzalo y González y la Sra. Esperanza Martí?

Evidentemente, salvo contadísimos casos¹³², nadie. ¿Por qué?

Evidentemente, no pretendemos contestar a estas preguntas (son meras reflexiones en voz alta) porque ello requeriría otra investigación diferente a la actual (o incluso de una tesis doctoral). Sin embargo, **si es oportuno desmitificar lo que** se ha propagado durante las últimas décadas al objeto de justificar la existencia de 17 CCAA: “**la descentralización política genera eficiencia económica**”. Durante mucho tiempo, sin evidencia empírica que lo avalara, se ha dicho que nuestro sistema autonómico ha generado, por diversas causas, una creciente eficiencia en el gasto público y un importante crecimiento económico. Sin embargo, unas afirmaciones de semejante naturaleza son un simple **mito**, ya que, por ejemplo, un estudio reciente que ha analizado diversos países descentralizados (España, EE.UU. Alemania, Italia, India y Méjico), pone de manifiesto que **si es oportuno desmitificar lo que** se ha propagado durante las últimas décadas al objeto de justificar la existencia de 17 CCAA: “**la descentralización política genera eficiencia económica**”. . En definitiva, no existe evidencia de una correlación positiva entre el comienzo de la autonomía regional (o los aumentos de transferencias a los gobiernos regionales) y unos mejores resultados económicos. Incluso en países como Méjico y EE.UU., los Estados que han ganado más poderes para desarrollar políticas autónomas a lo largo de los últimos años muestran una peor trayectoria económica relativa que la que habían conocido bajo un sistema más centralizado de gobernanza económica”. En definitiva, **la descentralización no genera ni eficiencia en la provisión de bienes y servicios públicos ni consigue**

¹³² La Asociación para la Defensa de la sanidad Pública dijo en repetidas ocasiones que se debe “despolitizar” la elección de los directivos de los centros sanitarios públicos y, en su lugar, elegir a directivos con solvencia profesional acreditada.

mayor crecimiento económico que los Estados centralizados (Rodríguez-Pose, 2005, pág. 147-163).

Según el estudio realizado en el año **2011** por la Organización Médica Colegial¹³³ y el Consejo General de Enfermería¹³⁴, la mayoría de los españoles quieren la recentralización de la Sanidad, ya que **“el 70% de los españoles quieren que la competencia sanitaria vuelva al Estado”**¹³⁵. Los motivos que han contribuido a que la mayoría de los ciudadanos sean partidarios de que el Estado deba “asumir las competencias de Sanidad” son principalmente la **falta de equidad** y, en algunos casos, **la mala gestión de los servicios sanitarios en algunas autonomías**, sin perjuicio del **disparatado coste en que incurren**. Ambos estudios denuncian la fragmentación del sistema sanitario, la cual ha provocado “diferencias acusadas” tales como que en Aragón y Madrid tengan 4,3 médicos por cada 1.000 habitantes, mientras que Castilla-La Mancha tiene 2,8. Asimismo, ambos estudios hacen alusión a **“las desigualdades en materia de sanidad entre las comunidades autónomas, las cuales cada vez son más grandes”**, a las **“fronteras”¹³⁶ sanitarias entre comunidades**, al “oscurantismo de las autonomías” y **que “el gasto sanitario se haya incrementado, no se ha traducido en beneficios para la salud”**.

Unos datos muy significativos son los siguientes: a) el 92% de los encuestados son conscientes de la difícil situación económica de España, b) **el 68,3% de la población aceptarían la reducción de algunos medicamentos y prestaciones de menos importancia o necesidad**, c) la gran mayoría (casi nueve de cada diez) aceptaría que los jubilados pagasen las medicinas como el resto de la población, d) **“el 63,5% de los ciudadanos aceptaría el copago sanitario en la Sanidad pública”**, cuya medida la consideran “justa” y “eficaz” en los próximos años, y e) el 66,8% son partidarios de que se introdujera la **gestión privada** en la Sanidad pública.

A consecuencia del **insostenible gasto sanitario público**, a lo cual ha contribuido, sin lugar a dudas, la fragmentación del sistema sanitario, muchos expertos en Economía de

¹³³ Informe titulado “Demografía Médica 2011. Apuntes para la eficiencia del sistema sanitario”

¹³⁴ Estudio realizado a través de 1.200 encuestas, cuyo título es “El futuro de la Sanidad Pública”.

¹³⁵ Estos estudios se publicaron en diversos medios de comunicación (La Razón, ABC, El Mundo, Intereconomía, etc.) los días 3 y 4 de Noviembre de 2.011

¹³⁶ A finales del año 2.011 afloraron los múltiples problemas que tienen los habitantes de las Comunidades Autónomas del País Vasco y La Rioja.

la Salud, **a lo largo del año 2.011**, han “reabierto el debate sobre la **recentralización**”¹³⁷, es decir, ya existen políticos, economistas y profesionales que creen que la causa principal del creciente e insostenible gasto sanitario público ha sido la fragmentación del sistema sanitario, pero, a la vez, ahora se atreven a manifestar sin tapujos cuál es **la solución: la recentralización o reunificación de los servicios sanitarios**.

Asimismo, muchos de los que proclamaban frases tan solemnes con respecto a los “grandes beneficios” de la descentralización, no tienen ningún reparo en decir, muchos años después, todo lo contrario. ¿Dichos científicos o expertos en Economía Pública han reconocido lo muy equivocados que estaban? ¿Ocultaron deliberadamente durante casi 20 años el despilfarro de recursos económicos que cometieron la mayoría de la CCAA?. Asimismo, **era notorio que los costes de los servicios sanitarios del “modelo MUFACE”, desde hace muchos años, eran entre el 40% y el 50% más económicos que los prestados a través de la gestión directa del SNS y, sin embargo, ¿por qué tanta omisión o silencio?**.

Todos los libros más solventes de la metodología de ciencia económica (por ejemplo, M. Blaug y T. Bunge) son unánimes con respecto a los requisitos del método científico: el objetivo principal de toda investigación es el conocimiento de la **realidad** investigada, lo cual implica que los resultados obtenidos sean **objetivos**, es decir, que se correspondan lo más exactamente posible con dicha realidad. La ética exige al investigador un esfuerzo por lograr la neutralidad valorativa, es decir, que **la labor investigadora no sea afectada por los juicios de valor particulares**: éstos no deben condicionar su labor de observación y análisis científico de los hechos. Dicho en otras palabras, **la neutralidad valorativa** no significa desprenderse de los propios valores (lo cual es imposible), sino **atenerse únicamente a los hechos**, es decir, en ningún momento debe adulterarlos, falsificarlos u ocultarlos deliberadamente porque le sean molestos o contrarios a sus convicciones.

Se reitera una vez más: ¿por qué la mayoría de expertos ha omitido (y siguen omitiendo) deliberadamente el “modelo MUFACE”, el “modelo ALZIRA” o el “modelo MADRID”?

¹³⁷ Titular del periódico digital “Correofamaceutico.com”, publicado el día 4-4-2011

4.4. La eficiencia

4.4.1 Introducción

Como decíamos al principio, a nuestro juicio, es conveniente recordar que el concepto de eficiencia se asocia con el hecho de **emplear la menor cantidad posible de recursos** para obtener una determinada cantidad de producto, es decir, evitar el despilfarro. La **eficiencia económica** consiste en el elegir aquel método de producción que consiga **producir el bien o servicio al menor coste posible** (minimizar los costes).

El **aumento de la productividad** de cualquier recurso productivo, lógicamente, repercute en una **mayor eficiencia**. Por tanto, cuando se pretende conseguir que una organización aumente su eficiencia, sin modificar la tecnología existente, la vía principal es aumentar la productividad de todos los factores productivos que se precisan para producir los bienes y servicios.

La productividad se obtiene a través de la relación entre el número de unidades de output producidas y el número del factor o recurso de producción utilizado. Los cálculos de la productividad se suelen realizar respecto a un determinado recurso productivo (humanos, técnicos o materiales). No obstante, se pueden realizar los cálculos de la productividad teniendo en consideración todos los recursos productivos utilizados. **Si en una unidad organizativa se incrementa la productividad** de un recurso productivo (por ejemplo, los médicos realizan más visitas cada día) y el coste de los restantes recursos productivos no se alteran (o es insignificante dicha alteración), lógicamente, **aumenta la eficiencia de aquella**. Es un hecho notorio (la evidencia empírica así lo confirma) que **la eficiencia de la empresa privada es superior** (en algunos casos, muy superior) **a la empresa pública**.

Una metodología muy utilizada para **medir la eficiencia de las empresas públicas**¹³⁸ se conoce como **“costes privados de la producción pública”** (es un modelo frontera), la cual consiste en comparar el coste en que ha incurrido la Administración Pública en producir un determinado bien o servicio con el coste de la producción que se

¹³⁸ Muy similar a la Contabilidad de Costes o Analítica, la cual consiste en fijar “a priori” unos objetivos de coste (costes standard) y “a posteriori” se analizan las desviaciones al objeto de conocer si se ha sido eficiente o ineficiente en relación con los objetivos fijados.

obtendría si el bien o servicio lo realizara una empresa privada, utilizando ésta los mismos factores productivos que utiliza aquélla. Es decir, se trata de conocer el **exceso de coste en que incurre el sector público respecto al privado** y este exceso se atribuye a la **menor eficiencia (ineficiencia)** de las Administraciones Públicas.

Asimismo, decíamos que si las Administraciones Públicas son **ineficientes** con respecto al sector privado, es condición necesaria (pero no suficiente, ya que también hay que considerar la eficacia o calidad) aumentar el grado de eficiencia de aquéllas en la producción de los bienes públicos y de mérito, es decir, en un mercado de libre competencia, las empresas públicas necesitan ser igual o más competitivas que las empresas privadas, ya que se otorgará la concesión a la empresa que sea más eficiente porque, en un proceso de licitación, aquélla podrá ofrecer el producir los bienes públicos o de mérito a un precio inferior que el resto de licitadores (de acuerdo con unos indicadores de calidad).

Aplicando esta metodología con los datos publicados en los distintos organismos públicos, referidos al **Gasto Sanitario Público devengado por las CC.AA. y las Ciudades Autónomas**, así como el **Gasto Sanitario de la Mutualidad de Funcionarios (Muface, Isfas y Mageju)**, se puede constatar la **elevada ineficiencia de las CC.AA. (más del 50 %)** con respecto al “modelo” de la Mutualidad de Funcionarios (en ambos gastos totales están incluidos los gastos de la asistencia sanitaria, farmacia y prótesis, es decir, la comparación entre las magnitudes es homogénea).

GASTO SANITARIO TOTAL DEVENGADO, INCLUYENDO LA ASISTENCIA SANITARIA, FARMACIA Y PRÓTESIS						
	2.005	2.006	2.007	2.008	2.009	2.010
Población en España	44.108.530	44.708.964	45.200.737	46.157.822	46.745.807	47.021.031
Mutualistas protegidas por Empresas Aseguradoras privadas	2.180.302	2.042.715	1.983.778	1.964.997	1.963.929	1.959.320
Población protegida por el SNS	41.928.228	42.666.249	43.216.959	44.192.825	44.781.878	45.061.711
Gasto Sanitario Público CC.AA. (miles de euros corrientes)	45.705.256	50.350.294	54.559.578	60.651.209	64.111.904	63.250.289
Gasto Sanitario Público CC.AA./persona	1.090,08	1.180,10	1.262,46	1.372,42	1.431,65	1.403,64
Gastos Mutualidad de Funcionarios (miles de euros corrientes)	1.701.237	1.769.957	1.854.760	1.972.070	2.053.746	2.076.131
Gasto Sanitario "M. Funcionarios"/persona	780,28	866,47	934,96	1.003,60	1.045,73	1.059,62
Gasto Sanitario Público Total	47.529.247	52.378.624	56.797.700	63.019.945	66.910.483	65.431.385
Gasto Sanitario Público total/persona	1.133,59	1.227,64	1.314,25	1.426,02	1.494,14	1.452,04
Ineficiencia del gasto público respecto a "M. Funcionarios"	45,28%	41,68%	40,57%	42,09%	42,88%	37,03%
Gasto sanitario público por habitante según el I.N.E.	1.224,18	1.330,92	1.423,05	1.552,10	1.606,81	n.d.
Ineficiencia del gasto sanitario público (INE) respecto a "M. Funcionarios"	56,89%	53,60%	52,20%	54,65%	53,65%	
Fuente: elaboración propia a partir de datos del INE, Ministerio de Sanidad y tablas anteriores						
La "M. de Funcionarios" se refiere al conjunto de Funcionarios y Beneficiarios de MUFACE, ISFAS y MUGEFU						

Ahora bien, es necesario realizar un análisis más exhaustivo de las magnitudes anteriores y, a la vez, calcular el “verdadero” o “estimativo” Gasto sanitario público, como veremos posteriormente.

Finalmente, conviene recordarlo otra vez más, cuando los poderes públicos deciden que la **provisión** de un determinado bien o servicio debe ser **pública**, se deberá **elegir quién lo producirá** (empresa pública o privada) y el **criterio** único o preferente de elección será la **eficiencia económica**, o sea, el Estado deberá elegir al productor que le reporte un **coste menor** por la provisión del bien público o de mérito, ya que los recursos públicos son escasos y cualquier ahorro implica menos impuestos o menor endeudamiento o, alternativamente, destinar el ahorro a otras necesidades públicas que no se satisfacen o se prestan de forma insuficiente.

4.4.2. El Gasto Sanitario Público del SNS

El **Gasto Sanitario Público Total**¹³⁹ calculado según el **principio de devengo** y distribuido por Sectores, fue durante los años **2.002 a 2.009** el que se detalla en la tabla siguiente:

	Miles de euros corrientes							
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008*	2009*
Administración Central	516.132	648.343	634.910	670.426	817.659	900.052	930.196	1.226.299
Sistema de Seguridad social	1.330.378	1.354.015	1.460.879	1.588.775	1.766.646	1.832.774	1.918.668	1.666.888
Mutualidades de funcionarios	1.411.135	1.538.222	1.634.231	1.701.237	1.769.957	1.854.760	1.972.070	2.053.746
Comunidades Autónomas	34.552.342	38.561.129	41.742.699	45.692.842	50.336.961	54.545.424	60.634.574	64.097.820
Ciudades con Estatuto de Autonomía	10.313	10.402	11.170	12.414	13.333	14.154	16.635	18.513
Corporaciones locales	742.744	844.778	865.010	921.144	978.733	1.079.397	1.153.742	1.277.416
GASTO SANITARIO PÚBLICO	38.563.045	42.956.889	46.348.898	50.586.839	55.683.290	60.226.561	66.625.885	70.340.683

La EGSP considera como “Agentes de Gasto” aquellas unidades de las Administraciones Públicas (AA.PP.) cuya actividad principal esté incluida en las funciones definidas como “SALUD”. Respecto a la metodología del cálculo del gasto sanitario público, “queda **fuera del cómputo del gasto** la atención sanitaria prestada en instituciones públicas de servicios sociales en relación con el conjunto de las prestaciones de atención socio-sanitaria definidas, para el ámbito sanitario, por la Ley de Cohesión y

¹³⁹ Dicho Gasto está publicado en la web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en el apartado “Estadística de Gasto Sanitario Público” (EGSP): <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/finGastoSanit.htm>

Calidad del SNS: a) los cuidados sanitarios de larga duración, b) la atención sanitaria a la convalecencia, c) la rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable”¹⁴⁰.

Según la EGSP, **el sector AA.PP. se desglosa** en subsectores que disponen de plena **competencia sobre la gestión de los recursos sanitarios en un territorio** o para algún colectivo de población (**CC.AA., Mutualidades de Funcionarios, Entes Gestores de Seguridad Social, Ciudades con Estatutos de Autonomía, Corporaciones Locales y Administración Central**). Estos subsectores están compuestos por “agentes de gasto” que son los que realizan directamente el gasto.

Como se puede observar, el **Gasto público total** se incrementó a lo largo del período **2.002 a 2.009**¹⁴¹ de forma considerable, ya que en 7 años casi se duplicó: aumentó en un **82,40 %** respecto al año 2.002. No obstante, como ya dijimos, el año 2.002 fue el primer año en que todas las CC.AA. tenían las competencias en materia de Sanidad y, asimismo, el incremento de la población española fue muy importante a lo largo de dicho período: 41.837.894 personas en 2.002 y 46.745.807 en 2.009, lo cual representó un incremento del **11,73 %** con respecto al 2.002. El incremento de la población es mayor (**13,03 %**)¹⁴² si consideramos exclusivamente la población protegida por el SNS, es decir, no se computan los mutualistas y beneficiarios de Muface, Isfas y Mugefu que optan por recibir la asistencia sanitaria a través de empresas de seguros médicos privadas. A simple vista, existe una gran desproporción entre el Gasto Sanitario Público de 2.002 y 2.009, pero, debemos tener en consideración que las cantidades son en euros corrientes, por lo que es conveniente transformar las cantidades en euros constantes al objeto de analizar magnitudes homogéneas¹⁴³. Así, los 38.563.045 miles de euros de 2.002 son equivalentes, según la evolución del IPC, a 46.350.152,84 en 2.009, lo cual significa que **el incremento, en euros constantes, en el período 2.002-2.009 fue del 51,75%**. Esta desproporcionalidad

¹⁴⁰ <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/gastoSanitario2005/home.htm>

¹⁴¹ No hay datos publicados de los años 2.010 y 2.011 (en 1 febrero 2012)

¹⁴² Población protegida en el 2.002 por el SNS = 41.837.894 – 2.219.618 = 39.618.276,
Población protegida en el 2.009 por el SNS = 46.745.807 – 1.963.929 = 44.781.878
 $((44.781.878 - 39.618.276) / 39.618.276) * 100 = 13,03 \%$

¹⁴³ Utilizaremos la metodología de actualización de las rentas de alquiler, es decir, la cantidad de 2.002 la actualizaremos a 2.009, según la metodología que utiliza el INE:

<http://www.ine.es/daco/daco42/daco421/lau.htm>

Índice diciembre 2.002, Índice diciembre 2.009, Renta a actualizar = 38.563.045

Renta Actualizada = 38.563.045 * (171,222 / 142,455) = **46.350.368,12 miles de euros**

de las magnitudes relevantes, en principio, explica el porqué de los problemas económicos-financieros actuales del SNS.

Si analizamos la **estructura porcentual del Gasto**, se puede observar que **las Comunidades Autónomas (CC.AA.) gastan**, aproximadamente, el 90 % del total (**91,12 %**, en 2.009). Las CC.AA. son las responsables de la gestión de la práctica totalidad de los recursos sanitarios, por lo que, serán aquéllas las que deberán implementar las políticas pertinentes al objeto de que el SNS sea “sostenible” a medio y largo plazo (sea viable desde la perspectiva económico-financiera).

	Estructura porcentual							
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008*	2009*
Administración Central	1,34	1,51	1,37	1,33	1,47	1,49	1,40	1,74
Sistema de Seguridad social	3,45	3,15	3,15	3,14	3,17	3,04	2,88	2,37
Mutualidades de funcionarios	3,66	3,58	3,53	3,36	3,18	3,08	2,96	2,92
Comunidades Autónomas	89,60	89,77	90,06	90,33	90,40	90,57	91,01	91,12
Ciudades con Estatuto de Autonomía	0,03	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,03
Corporaciones locales	1,93	1,97	1,87	1,82	1,76	1,79	1,73	1,82
GASTO SANITARIO PÚBLICO	100	100	100	100	100	100	100	100

Por lo que respecta a las **variaciones del Gasto** a lo largo de los períodos analizados, se puede constatar que los incrementos han sido significativos (entre el 5,58% y el 11,39 %). Si lo expresamos en **TAM**¹⁴⁴, el incremento anual medio fue del **8,97 %** (en progresión geométrica). O sea, este incremento exponencial tan elevado explica, como decíamos antes, cuál es la causa principal de los problemas económicos-financieros actuales. Es evidente que este incremento es muy superior a la cantidad resultante de sumar la media del IPC (**2,66 % TAM**) y el incremento de la población protegida (**1,77 % TAM**). Dicho en otras palabras, si el SNS hubiera actuado en el 2.009 con la misma eficiencia que en el 2.002, la TAM debería haber sido el **4,43 %** (2,66 % + 1,77 %) en lugar del **8,97 %** (el doble), lo cual generó un **exceso de Gasto cada año de 3.193,5 millones de euros**¹⁴⁵ (en valores de 2.009).

¹⁴⁴ La Tasa Anual Media (TAM) significa la tasa anual uniforme a la que hubiese tenido que crecer una cantidad inicial, entre diversos períodos analizados, para alcanzar el valor del último periodo.

$TAM = ((70.340.683 / 38.563.045)^{1/7} - 1) * 100 = 8,9659\%$

¹⁴⁵ $(8,97\% - 4,43\%) * 70.340.683 = 3.193.467$ miles de euros (3.193, 5 millones de euros)

	Variación interanual						
	03 / 02	04 / 03	05 / 04	06 / 05	07 / 06	08 / 07	09 / 08
Administración Central	25,62	-2,07	5,59	21,96	10,08	3,35	31,83
Sistema de Seguridad social	1,78	7,89	8,75	11,20	3,74	4,69	-13,12
Mutualidades de funcionarios	9,01	6,24	4,10	4,04	4,79	6,32	4,14
Comunidades Autónomas	11,60	8,25	9,46	10,16	8,36	11,16	5,71
Ciudades con Estatuto de Autonomía	0,86	7,38	11,14	7,40	6,16	17,53	11,29
Corporaciones locales	13,74	2,39	6,49	6,25	10,29	6,89	10,72
GASTO SANITARIO PÚBLICO	11,39	7,90	9,14	10,07	8,16	10,63	5,58

Se puede observar que el incremento (5,58%) fue menor en el año 2.009, lo cual quizás es atribuible a la menor financiación que tuvieron las CC.AA. como consecuencia del agravamiento de la crisis económica, es decir, ésta provocó que la recaudación de los impuestos más importante (IVA e IRPF) disminuyera considerablemente y ello repercutió en la financiación de las CC.AA.

En lo que respecta a la clasificación “**Funcional**” del **Gasto Sanitario Público Total**, se puede observar que el mayor incremento (9,96 % cada año sobre el año anterior) corresponde a los “**Servicios hospitalarios y especializados**”, que, además, es la partida más importante en términos relativos (entre el 52 % y 55 %).

	Miles de euros corrientes								TAM
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008*	2009*	
Servicios hospitalarios y especializados	20.067.713	22.502.542	24.576.854	27.004.400	30.033.835	32.497.320	36.767.192	39.007.506	
Porcentaje	52,04	52,38	53,03	53,38	53,94	53,96	55,18	55,46	9,96
Servicios primarios de salud	5.952.089	6.561.856	7.148.588	7.824.212	8.441.886	9.453.451	10.443.678	10.848.661	
Porcentaje	15,43	15,28	15,42	15,47	15,16	15,70	15,68	15,42	8,95
Servicios de salud pública	571.254	491.616	572.054	630.734	752.274	839.331	784.701	1.162.387	
Porcentaje	1,48	1,14	1,23	1,25	1,35	1,39	1,18	1,65	10,68
Servicios colectivos de salud	1.274.344	1.373.673	1.320.176	1.486.662	1.644.086	1.839.048	1.885.718	2.038.234	
Porcentaje	3,30	3,20	2,85	2,94	2,95	3,05	2,83	2,90	6,94
Farmacia	8.487.170	9.611.402	10.152.795	10.757.586	11.300.933	11.901.724	12.720.630	13.435.199	
Porcentaje	22,01	22,37	21,91	21,27	20,30	19,76	19,09	19,10	6,78
Traslado, prótesis y ap. terapéuticos	632.157	694.624	767.875	799.382	971.365	1.074.905	1.220.703	1.286.351	
Porcentaje	1,64	1,62	1,66	1,58	1,74	1,78	1,83	1,83	10,68
Gasto de capital.	1.578.320	1.721.175	1.810.339	2.083.862	2.538.910	2.620.781	2.803.264	2.562.346	
Porcentaje	4,09	4,01	3,91	4,12	4,56	4,35	4,21	3,64	7,17
Total Porcentajes	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	
TOTAL GASTO SANITARIO PÚBLICO (Consolidado)	38.563.045	42.956.889	46.348.681	50.586.839	55.683.290	60.226.561	66.625.885	70.340.683	8,97

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos del Ministerio de Sanidad

(*) cifras provisionales

Los “**Servicios primarios de Salud**” también aumentaron considerablemente (**8,95 % TAM**) a lo largo del período analizado, lo cual también es relevante, ya que dichos servicios representan, aproximadamente, el **15 %** del Gasto total.

Una partida importante (entre el 19 % y 22 % del Gasto total) como es “**Farmacia**” fue la que experimentó el menor incremento (**6,78 % TAM**).

Como se puede constatar, casi todo (**más del 90 %**) el Gasto sanitario público lo **gestionan las Comunidades Autónomas (CC.AA.)**. Aunque una parte del elevado incremento del Gasto público estaría justificado por los incrementos del IPC y de la población protegida, sin embargo, grosso modo, una parte considerable fue como consecuencia de la **ineficiencia económica** de las CC.AA. (producir a un mayor coste en un período respecto a otro en euros constantes). Por consiguiente, es conveniente analizar el **Gasto público del conjunto de las CC.AA.**, ya que, en promedio, cada año **aumentó el Gasto** en un **9,23 % (TAM)** respecto al año anterior, sin que dicho incremento esté justificado por los incrementos de la población protegida y el IPC (durante el período 2.002 – 2.009), tal y como decíamos en las páginas precedentes.

Por lo que respecta a la Clasificación “**Económico-Presupuestaria**” del **Gasto Total de las CC.AA.**, casi la mitad del mismo es **Gasto de Personal**, el cual ha aumentado porcentualmente a lo largo de los períodos analizados (**43,27 % en 2.002 a 45,76 % en 2.009**). La “**Remuneración del personal**”, según la EGSP incluye las remuneraciones en dinero o especie de todo personal directivo, funcionario, estatutario, laboral o eventual, así como las cantidades percibidas en concepto de “acción social” y las cotizaciones a la Seguridad Social a cargo del empleador.

	Miles de euros corrientes							
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008*	2009*
COMUNIDADES AUTÓNOMAS	34.552.342	38.561.129	41.742.699	45.692.842	50.336.961	54.545.424	60.634.574	64.097.820
Remuneración del personal	14.951.029	16.433.045	17.843.198	19.411.729	21.476.782	24.311.329	27.063.213	29.329.165
Porcentaje	43,27	42,62	42,75	42,48	42,67	44,57	44,63	45,76
Consumo intermedio	6.155.852	7.106.056	7.851.441	8.914.672	10.353.073	10.785.659	12.650.917	13.343.199
Porcentaje	17,82	18,43	18,81	19,51	20,57	19,77	20,86	20,82
Consumo de capital fijo	88.706	108.347	117.952	136.846	162.338	184.405	210.045	274.469
Porcentaje	0,26	0,28	0,28	0,30	0,32	0,34	0,35	0,43
Conciertos	3.548.081	3.910.244	4.245.686	4.656.299	4.853.842	5.216.118	5.729.535	5.687.291

Porcentaje	10,27	10,14	10,17	10,19	9,64	9,56	9,45	8,87
Transferencias corrientes	8.453.104	9.542.861	10.125.229	10.787.396	11.332.473	11.943.076	12.723.601	13.459.013
Porcentaje	24,46	24,75	24,26	23,61	22,51	21,90	20,98	21,00
Gasto de capital	1.355.569	1.460.577	1.559.193	1.785.899	2.158.453	2.104.838	2.257.263	2.004.684
Porcentaje	3,92	3,79	3,74	3,91	4,29	3,86	3,72	3,13
Total porcentajes	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos del Ministerio de Sanidad

(*) cifras provisionales

Otro Gasto importante en el que incurrieron las CC.AA. y que también se incrementó considerablemente fue el **“Consumo intermedio”**, el cual fue **17,82 %** y **20,82 %** en los años 2.002 y 2.009, respectivamente. El “Consumo intermedio” son los gastos corrientes en bienes y servicios que son necesarios para el desarrollo de las actividades propias. Se incluyen los gastos ocasionados por la realización de servicios encomendados a otras empresas, siempre que no tengan carácter sanitario. También se incluye la carga financiera por los intereses de deuda, depósitos, fianzas, etc. que asumen los distintos organismos.

El **“Consumo de capital fijo”** es una cantidad insignificante (**0,43 %** en 2.009) en relación con otros costes y se refiere a la amortización del inmovilizado, es decir, es la estimación del deterioro de todos los bienes del inmovilizado (edificaciones, equipos de diagnóstico, mobiliario, etc.) que se realiza cada año en función de la vida útil de cada bien.

Los **“Conciertos”** se refieren a los gastos efectuados en actividades sanitarias diversas que se prestan con recursos patrimoniales ajenos a aquella entidad que financia dichas actividades. Los conciertos son suscritos con profesionales, instituciones o empresas que son generalmente de titularidad privada. Por ejemplo, los usuarios del SNS que son operados en hospitales privados. Es sorprendente que el porcentaje ha disminuido paulatinamente a lo largo del período analizado, a pesar de que al SNS le resulta más económico pagar una intervención quirúrgica en un hospital privado que hacerlo en los propios (producción directa). El descenso ha sido del 1,4 % del total del Gasto sanitario público de las CC.AA. En definitiva, la **colaboración público-privada ha disminuido** a lo largo del 2.002 – 2.009.

Aunque la EGSP no especifica en qué consiste las “**Transferencias corrientes**”, por deducción lógica, creemos que se refieren al importe pagado por las CC.AA. por los productos farmacéuticos dispensados mediante receta médica (no se incluye el copago, ya que se considera que es un gasto privado), así como las prótesis y aparatos terapéuticos. Se constata una disminución del porcentaje respecto al Gasto total, desde el 24,46 % (2.002) al 21 % (2.009).

Finalmente, el “**Gasto de capital**” representa un porcentaje pequeño sobre el total de Gasto, el cual disminuyó desde el 3,92 % (2.002) al 3,13 % (2.009). Por exclusión, creemos que son las inversiones que se realizan en infraestructuras sanitarias (reparaciones, construcciones de edificaciones, aparatos sanitarios, etc.).

Con relación a la Clasificación “**Funcional**” del **Gasto total de las CC.AA.**, más de la mitad del Gasto se refiere a los “**Servicios hospitalarios y especializados**”. Es importante resaltar que, a pesar del elevado porcentaje en año 2.002 (**53,33 %**), no obstante, se ha incrementado a lo largo de período analizado hasta el **57,08 %**, lo cual pone de manifiesto que la contención (e incluso, la reducción) del Gasto sanitario público requiere de una **mejora sustancial de la productividad de los servicios hospitalarios públicos**, la cual debiera ser semejante a la de los hospitales privados.

	Miles de euros corrientes							
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008*	2009*
COMUNIDADES AUTÓNOMAS	34.552.342	38.561.129	41.742.699	45.692.842	50.336.961	54.545.424	60.634.574	64.097.820
Servicios hospitalarios y especializados	18.425.433	20.516.274	22.610.358	24.977.515	27.817.653	30.169.494	34.345.041	36.584.548
Porcentaje	53,33	53,20	54,17	54,66	55,26	55,31	56,64	57,08
Servicios primarios de salud	4.996.777	5.573.443	5.912.165	6.485.673	7.013.671	7.968.873	8.863.358	9.340.492
Porcentaje	14,46	14,45	14,16	14,19	13,93	14,61	14,62	14,57
Servicios de salud pública	415.839	377.713	469.788	514.862	602.433	716.507	665.559	718.787
Porcentaje	1,20	0,98	1,13	1,13	1,20	1,31	1,10	1,12
Servicios colectivos de salud	753.213	877.489	862.174	941.739	1.063.310	1.249.194	1.261.347	1.417.777
Porcentaje	2,18	2,28	2,07	2,06	2,11	2,29	2,08	2,21
Farmacia	8.110.817	9.189.258	9.699.855	10.284.704	10.812.504	11.371.089	12.144.213	12.856.312
Porcentaje	23,47	23,83	23,24	22,51	21,48	20,85	20,03	20,06
Traslado, prótesis y ap. terapéuticos	494.693	566.377	629.166	702.451	868.937	965.428	1.097.791	1.175.220
Porcentaje	1,43	1,47	1,51	1,54	1,73	1,77	1,81	1,83
Gasto de capital.	1.355.569	1.460.577	1.559.193	1.785.899	2.158.453	2.104.838	2.257.263	2.004.684
Porcentaje	3,92	3,79	3,74	3,91	4,29	3,86	3,72	3,13
Total porcentajes	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos del Ministerio de Sanidad

* cifras provisionales

Los “**Servicios hospitalarios**” se refieren a la asistencia sanitaria prestada por médicos especialistas, enfermería y demás personal sanitario y no sanitario. Dichos servicios tienen como finalidad el conseguir el mantenimiento y mejora de la salud mediante la actividad asistencial. En el Gasto se incluyen la hospitalización, así como, el diagnóstico, tratamiento, cirugía (mayor y menor) sin hospitalización, consultas y urgencias. Además, se incluyen los gastos correspondientes a las estructuras de gestión que son necesarias para el desarrollo de la actividad: equipos de dirección y gestión, así como el personal administrativo.

Los “**Servicios especializados**” se refieren a la “Asistencia especializada” que se realiza con recursos patrimoniales ajenos (los conciertos) a aquella entidad que financia la asistencia. Los conciertos pueden estar suscritos con profesionales, instituciones, o con empresas que sean de titularidad pública o privada.

Los “**Servicios primarios de salud**” son las actividades asistenciales que realizan los médicos de familia, pediatras, enfermeras y demás personal sanitario y no sanitaria que tienen como finalidad el conseguir el mantenimiento y mejora de la salud en el primer nivel de asistencia sanitaria, tanto en los centros de salud como en cualquier tipo de consultorios urbanos o rurales o en los domicilios de los pacientes. A título ilustrativo, están comprendidos los gastos efectuados en: servicios de urgencia o de atención extrahospitalaria, actividades de extracción periférica y transporte de muestras clínicas, medios básicos para el diagnóstico y salud buco-dental, actividades de planificación familiar, salud mental, fisioterapia o rehabilitación, actividades preventivas generales o específicas según la edad y sexo (vacunaciones, exámenes de salud, información-educación sanitaria), administración de tratamientos, curas y cirugía menor. Como se puede observar, a lo largo de los años 2.002 – 2.009, el porcentaje que representa este Gasto sobre el total ha permanecido casi inalterable (en torno al **14,5 %**).

Por lo que respecta a los “**Servicios de Salud Pública**”, el porcentaje también es pequeño y tampoco ha variado a lo largo de los años analizados (ha oscilado entre el **0,98 %** y **1,31 %**). Estos servicios se prestan al objeto de fomentar la salud de la colectividad y, especialmente, en realizar campañas de sensibilización ciudadana (adquirir buenos hábitos alimentarios, prevención de enfermedades, etc.).

Los “**Servicios colectivos de Salud**” (principalmente, los gastos de administración general” han permanecido inalterables en el período analizado: desde 2.002 (**2,18 %**) a 2.008 (**2,21 %**).

La “**Farmacia**” representa un porcentaje elevado sobre el total del Gasto, pero ha disminuido paulatinamente a lo largo del tiempo: del **23,47 %** (2.002) al **20,06 %** (2.009).

Este concepto se refiere a los gastos que significan para las CC.AA. las recetas médicas expedidas y otros productos que suministran directamente a los hogares. No se incluye el gasto en productos farmacéuticos que se dispensan ambulatoriamente en los hospitales (por ejemplo, la medicación de urgencia).

Finalmente, en los que respecta a “**Traslado de enfermos, prótesis y aparatos terapéuticos**”¹⁴⁶, el porcentaje también es pequeño (inferior al 2%), y el aumento porcentual ha sido constante a lo largo de los años: del **1,43 %** (2.002) al **1,83 %** (2.009). No obstante, el aumento de un 0,40 % sobre el gasto total, representa un **27,97 %**¹⁴⁷ de incremento con respecto al gasto de esta naturaleza en el 2.002.

Todos los datos que hemos analizado en las páginas precedentes están publicados en “Portal Estadístico del SNS” del Ministerio de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad, cuyos datos se han calculado de acuerdo con el **principio de devengo**. Los datos se obtienen a través de una metodología contable (EGSP) que tiene algunas limitaciones que dificultan un análisis más exhaustivo, ya que no proporciona toda la información necesaria para saber cuál es el Gasto total (público más privado), quiénes sobre los agentes “proveedores” y “financiadores”, etc.,. Dicha información la proporciona la metodología contable del **Sistema de Cuentas de Salud** (SCS), la cual aplican los organismos internacionales (OCDE, EUROSTAT y OMS).

Una de las diferencias importantes entre los dos métodos de contabilizar el Gasto sanitario consiste en que el SCS contabiliza los **cuidados de larga duración** (CLD)

¹⁴⁶ No se incluyen en este apartado los gastos de prótesis quirúrgicas fijas, ya que se incluyen en los servicios hospitalarios.

¹⁴⁷ $((1,83 - 1,43) / 1,43) * 100 = 27,97 \%$

prestados por el sistema de “servicios sociales”. Se computa tanto los cuidados estrictamente **sanitarios** a personas dependientes como los cuidados **personales** necesarios para el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria.

Sin embargo, el SCS no contabiliza las funciones de investigación y formación (sí lo hace la EGSP).

	Millones de euros						
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Gasto sanitario público SCS (con CLD)	44.957	48.603	53.145	58.651	63.857	70.766	73.800
Porcentaje del PIB	5,7	5,8	5,8	6	6,1	6,5	7
Gasto sanitario público EGSP (sin CLD)	42.957	46.349	50.587	55.683	60.227	66.626	69.846
Porcentaje del PIB	5,5	5,5	5,6	5,7	5,7	6,1	6,6
Gasto sanitario privado con CLD	19.037	20.435	22.162	23.603	25.481	26.698	26.431
Porcentaje del PIB	2,4	2,4	2,4	2,4	2,4	2,5	2,5
Gasto sanitario privado SCS sin CLD	17.225	18.489	20.003	21.341	23.022	24.108	23.667
Porcentaje del PIB	2,2	2,2	2,2	2,2	2,2	2,2	2,2
Gasto sanitario total (con CLD)	63.994	69.038	75.307	82.254	89.338	97.464	100.231
Porcentaje del PIB	8,2	8,2	8,3	8,4	8,5	9	9,5
Gasto sanitario total (sin CLD)	60.182	64.838	70.590	77.024	83.249	90.734	93.513
Porcentaje del PIB	7,6	7,7	7,7	7,8	7,9	8,3	8,8

Fuente: Elaboración propia con los datos publicados por el Ministerio de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad

Según el Ministerio de Sanidad, los componentes del gasto dedicado a cuidados de **larga duración** tienen “unas fronteras un tanto difusas”, pero, según las estimaciones que realizó, en el año 2.009 ascendió a 8.800 millones de euros, lo cual supone un **8,8 %** del gasto sanitario total. Este gasto se desglosa en 2.764¹⁴⁸ millones de euros financiados por el **sector privado** (**2,8 %** del gasto total) y 6.037 millones de euros financiados por el **sector público**, de los cuales 1.591 millones (**1,6 %** del gasto total) corren a cargo del SNS y 4.445 millones (**4,4 %** del gasto total) son a cargo de las **instituciones de servicios sociales**.

Respecto a la información que proporciona **la metodología del SCS**, además de la anterior, cabe resaltar la siguiente:

¹⁴⁸ 26.431 – 23.667 = 2.764

a) El “**sector privado**” realizó “**pagos directos**” en el año 2.009 por importe de 9.139 millones de euros en “Asistencia curativa y de rehabilitación ambulatoria”, de los cuales 4.738 millones corresponden a “Asistencia odontológica ambulatoria”, 3.369 millones a “Asistencia Especializada” y 1.031 millones a “Otros servicios de asistencia ambulatoria”.

b) El desglose del Gasto total de “Servicios de atención de larga duración” es: servicios “hospitalarios (6.088 millones), “hospitalización de día” (841 millones) y “domiciliaria” (1.873 millones).

c) La mayoría del importe que gasta/financia (pagos directos) el “sector privado” en los “Servicios de atención de **larga duración**” son: servicios “hospitalarios” (2.120 millones), la “hospitalización de día” (196 millones) y “domiciliaria” (391 millones).

d) Los “pagos directos” realizados por el “sector privado” en concepto de “Asistencia curativa y rehabilitación hospitalaria” ascendieron a 657 millones de euros.

e) Los medicamentos de “prescripción” ascendieron a 13.820 millones, los de “venta libre” a 3.476 millones y “otros productos médicos no perecederos” a 1.607 millones.

f) Los servicios de “asistencia curativa y de rehabilitación” (tanto hospitalaria como ambulatoria) fueron el **56,6 %** del Gasto sanitario total del año 2.009 (55 % en 2003 y 8,3 % TAM), mientras que los servicios de “prevención y de salud pública”¹⁴⁹ sólo fueron el **2,6 %** (2,2 % en 2003 y 10,4 % TAM). Asimismo, los servicios “de atención de larga duración” fueron el **8,8 %** (8 % en 2003 y 9,5 % TAM).

g) El **gasto** sanitario total **por habitante** de los servicios de “asistencia curativa y de rehabilitación” fue de **1.213 €** en el 2.008 (824 € en 2.003), mientras que los de “prevención y salud pública” fue de **55 €** en el 2.009 (33 € en 2.003).

h) El Gasto de los servicios prestados en los “Hospitales” representó, en el 2.009, el **41,7 %** del Gasto total: el 39 % fue “financiación pública” y el 2,7 % “financiación privada”, mientras que el Gasto de la “atención domiciliaria” fue el **26 %**, el cual fue financiado por el sector público el 13,7 % y el **12,3 % por el privado**.

Como decíamos anteriormente, **la mayoría de los estudiosos de la Economía de la Salud** abogan, implícita o explícitamente, por el **aumento de la financiación del SNS**, y,

¹⁴⁹ Este concepto engloba: salud materno-infantil, servicios de planificación familiar, medicina escolar, prevención de enfermedades transmisibles y no transmisibles, medicina del trabajo y otros servicios de salud pública.

además, por diversos motivos, **no son partidarios de la introducción del copago por la utilización de determinados servicios sanitarios**, lo cual equivale a decir que el Estado debe aportar más dinero per capita al SNS. El fundamento del aumento de la financiación es que España destina pocos recursos a la Sanidad en relación con PIB. ¿Es cierta esta aseveración, o, por el contrario es un mito?.

El Gasto sanitario total, desglosado por sectores y la proporción del total en relación con el PIB ha ido creciendo paulatinamente desde los años 90 hasta la fecha¹⁵⁰.

COMPOSICIÓN DEL GASTO SANITARIO						
AÑO	En millones de euros			En porcentaje del P.I.B.		
	Público	Privado	Total	Público	Privado	Total
1.993	22.069	6.746	28.815	5,78	1,77	7,55
1.994	22.774	7.382	30.156	5,61	1,82	7,43
1.995	24.031	9.262	33.293	5,37	2,07	7,44
1.996	25.589	9.774	35.363	5,4	2,06	7,46
1.997	26.721	10.716	36.957	5,31	2,02	7,33
1.998	28.509	10.978	39.487	5,28	2,03	7,32
1.999	30.561	11.869	42.430	5,27	2,05	7,32
2.000	32.550	12.896	45.446	5,16	2,05	7,21
2.001	35.079	14.192	49.271	5,15	2,08	7,24
2.002	37.695	15.179	52.874	5,17	2,08	7,25
2.003	44.957	18.853	63.810	5,74	2,41	8,15
2.004	48.603	20.287	68.890	5,78	2,41	8,19
2.005	53.145	22.144	75.289	5,85	2,44	8,28
2.006	58.652	23.603	82.255	5,95	2,39	8,35
2.007	63.857	25.481	89.339	6,06	2,42	8,48
2.008	70.766	26.698	97.464	6,51	2,45	8,96
2.009	73.800	26.431	100.231	7,04	2,52	9,57
2.010	74.732	26.009	100.741			9,60

Fuente: elaboración propia con datos del I.N.E., Ministerio Sanidad y OCDE

Si el **9,60 % del PIB que gasta España en Sanidad** (la media de la OCDE es 9,50 %) lo comparamos con otros países de Europa, es cierto que existen países que destinan más recursos económicos a la Sanidad, como por ejemplo: Holanda (12 %), Francia (11,60 %), Alemania (11,61 %), Dinamarca (11,10 %), Austria (11 %), Bélgica (10,50 %). Hay países que gastan igual que España como Suecia (9,60 %) y Reino Unido (9,60 %), y otros países gastan menos como, por ejemplo, Japón (9,50 %), Noruega (9,40 %), Italia

¹⁵⁰ No se han publicado datos oficiales de los gastos reales de 2.010 y 2.011 ni el la OCDE, ni el INE, ni en el Ministerio de Sanidad. Sólo se han publicado los presupuestos de 2.010 y 2.011 en el Portal Estadístico del Ministerio de Sanidad.

(9,30 %), Islandia (9,30 %), Australia (9,10 %), Chile (8 %), Luxemburgo (7,90 %), Corea (7,1 %) y otros.

En el año 2.009, España estaba situada en “la media de los países de la OCDE en cuanto al esfuerzo en financiación sanitaria, excluyendo EE.UU”¹⁵¹, aunque se encontraba ligeramente por debajo de la media de la OCDE en el gasto total per cápita (la media fue 3.223 dólares y en España es 3.067 dólares¹⁵²). Hay que recordar el incremento considerable que ha experimentado el gasto sanitario total en España, ya que en el 2.001 el gasto total por cápita era 1.635 dólares y en el 2.009 fue 3.067 dólares, o sea, creció un 87,58 % en euros constantes. Asimismo, **el porcentaje del gasto sanitario público español (7,04 % del PIB, en 2.009) también fue un poco inferior a la media de la Europa de los 10 (7,6 % del PIB, en 2.008).**

Si realizamos un cálculo más detallado del **Gasto sanitario total**, se puede constatar la evolución del Gasto (público y privado), así como el incremento paulatino del Gasto total en relación al PIB.

	GASTO SANITARIO TOTAL (Público + Privado)						
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Gasto financiado por las Administraciones Públicas	44.957,00	48.603,00	53.145,00	58.651,00	63.857,00	70.766,00	73.800,00
Gasto financiado por el sector privado	19.037,00	20.435,00	22.162,00	23.603,00	25.481,00	26.698,00	26.431,00
Gasto total sanitario (2)	63.994,00	69.038,00	75.307,00	82.254,00	89.338,00	97.464,00	100.231,00
Población	42.717.064	43.197.684	44.108.530	44.708.964	45.200.737	46.157.822	46.745.807
Gasto sanitario total por persona (1)	1.498,09 €	1.598,19 €	1.707,31 €	1.839,77 €	1.976,47 €	2.111,54 €	2.144,17 €
Gasto sanitario total por persona según INE (3)	1.519,12 €	1.613,66 €	1.734,84 €	1.866,42 €	1.981,43 €	2.140,97 €	2.182,28 €
Porcentaje del gasto total respecto al PIB (3)	8,15%	8,19%	8,28%	8,36%	8,44%	8,97%	9,50%

Fuente: Elaboración propia con los datos obtenidos de la página web del Ministerio de Sanidad, INE y OCDE.

(1) en euros corrientes

(2) en millones de euros corrientes

(3) datos disponibles en: <http://www.ine.es/daco/daco42/sociales10/salud-naci.xls#Tabla 9!A1>

(n.p). No hay datos publicados a 4/01/2012)

¹⁵¹ “Fotografía del gasto sanitario y farmacéutico en España 2011”, PricewaterhouseCoopers, pág. 5: (http://www.edefarma.es/docs/25%20oct_1.pdf)

¹⁵² 2.144,17 € en 2.009 (1 € = 1,43 dólares).

Como hemos comentado en páginas anteriores, muchas personas que suscriben seguros médicos privados, así como las que hacen “pagos directos” por cada acto médico, lo hacen, en la mayoría de los casos¹⁵³, porque no están satisfechos con el funcionamiento del SNS. Por tanto, a nuestro juicio, el “verdadero” Gasto sanitario público es la suma del Gasto público devengado más el coste de lo que pagan los usuarios del SNS por actos médicos privados.

Si consideramos (**hipótesis 1**¹⁵⁴) que todos los actos médicos privados (que pagan los particulares) son servicios cubiertos por el SNS, lógicamente, si el SNS funcionara óptimamente (por ejemplo, inexistencia de listas de espera, libertad de elección de profesionales y hospitales, etc.), este coste privado lo debería haber sufragado el sector público (producción propia o “directa”).

	ESTIMACIÓN DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO						
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Gasto sanitario público devengado por las CC.AA.	38.561.129	41.742.699	45.692.842	50.336.961	54.545.424	60.634.574	64.097.820
Servicios hospitalarios de financiación privada	2.034.000	2.075.000	2.330.000	2.608.000	3.046.000	3.011.000	2.692.000
Servicios ambulatorios de financiación privada	9.053.000	9.784.000	10.477.000	11.095.000	11.699.000	12.438.000	12.313.000
Servicios de atención medicalizada de financiación privada	1.549.000	1.683.000	1.846.000	1.909.000	2.039.000	2.137.000	2.301.000
Total del Gasto sanitario Público (1)	51.197.129	55.284.699	60.345.842	65.948.961	71.329.424	78.220.574	81.403.820
Población	42.717.064	43.197.684	44.108.530	44.708.964	45.200.737	46.157.822	46.745.807
Mutualistas protegidos por entidades de seguro privado	2.219.313	2.214.577	2.180.302	2.042.715	1.983.778	1.964.997	1.963.929
Personas protegidas por el S.N.S.	40.497.751	40.983.107	41.928.228	42.666.249	43.216.959	44.192.825	44.781.878
Gasto sanitario público devengado por persona del SNS	1.264,20 €	1.348,96 €	1.439,27 €	1.545,69 €	1.650,50 €	1.614,05 €	1.817,78 €

Fuente: Elaboración propia con datos del Ministerio de Sanidad e INE

(1) en miles de euros

Aunque los usuarios del “modelo MUFACE” tienen derecho a más prestaciones odontológicas (por ejemplo, una limpieza bucal anual) que los del SNS, sin embargo, la mayoría de los servicios de asistencia odontológica no están cubiertos y, por tanto, los

¹⁵³ No conocemos ningún estudio que analice los motivos por los que las personas que están cubiertas por el SNS suscriben, a su cargo, seguros médicos privados o pagan por “actos médicos privados” que están cubiertos por el SNS, pero, la “observación” de nuestro entorno nos indica que quienes tienen libertad de elegir (por ejemplo, el “modelo MUFACE”) no suscriben ningún otro seguro médico privado, ni recurren a profesionales sanitarios (por ejemplo, un especialista) a los que deban pagar, ya que su seguro privado gratuito (Adeslas, Asisa, DKV y Sanitas) le permite elegir, entre muchos profesionales sanitarios de toda España, el que cree más oportuno para sus intereses y, además, si no están satisfechos con el servicio recibido por un determinado profesional, pueden elegir a otro u otros (sin límite) y sin pagar por ello.

¹⁵⁴ Una “hipótesis”, según la RAE, es “una suposición en la que se fundamenta una argumentación o unas conclusiones”. A nuestro juicio, las hipótesis 1 y 2 son verosímiles (que es verdadero o creíble), ya que se fundamentan en la “observación” del entorno del investigador y en datos objetivos: “el mercado del aseguramiento sanitario **privado** está dominado por los seguros de asistencia sanitaria. Se denomina de **doble cobertura** porque **casi todos** nuestros asegurados privados **tienen una cobertura sanitaria pública en el Sistema Nacional de Salud**”. Se ha transcrito literalmente lo que dice la empresa aseguradora DKV en su web: (http://www.dkvseguros.com/newsletterdkv/documentos/revistas/interior311_62.htm).

mutualistas deben pagar dichos servicios como los usuarios del SNS. Por tanto, se debe excluir el coste privado de dicha asistencia (**hipótesis 2**) al objeto de poder estimar el Gasto real “estimativo” del SNS (valor de los servicios que ha prestado más aquellos servicios cubiertos que debería haber prestado si los usuarios no hubieran recurrido al “sector privado”).

	ESTIMACIÓN DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO (en miles de euros)						
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Gasto sanitario público devengado por las CC.AA. (1)	38.561.129	41.742.699	45.692.842	50.336.961	54.545.424	60.634.574	64.097.820
Seguros privados suscritos por particulares (3)	3.533.000	3.923.000	4.408.000	5.069.000	5.619.000	5.494.000	5.372.000
Servicios de asistencia curativa y rehabilitación hospitalaria (2)	639.000	634.000	691.000	658.000	676.000	755.000	672.000
Servicios ambulatorios de financiación privada (2)	3.744.000	3.914.000	4.164.000	4.220.000	4.017.000	4.468.000	4.400.000
Servicios de laboratorio clínico y diagnóstico por imagen (2)	129.000	148.000	147.000	145.000	156.000	145.000	119.000
Total del Gasto Sanitario Público	46.606.129	50.361.699	55.102.842	60.428.961	65.013.424	70.741.574	74.660.820
Población total	42.717.064	43.197.684	44.108.530	44.708.964	45.200.737	46.157.822	46.745.807
Mutualistas protegidos por entidades de seguro privado	2.219.313	2.214.577	2.180.302	2.042.715	1.983.778	1.964.997	1.963.929
Personas protegidas por el S.N.S.	40.497.751	40.983.107	41.928.228	42.666.249	43.216.959	44.192.825	44.781.878
Gasto sanitario público devengado por persona del SNS	1.150,83 €	1.228,84 €	1.314,22 €	1.416,32 €	1.504,35 €	1.600,75 €	1.667,21 €

Fuente: Elaboración propia con datos del Ministerio de Sanidad e INE

(1) Datos de la EGSP

(2) Datos del SCS que se refieren a "pagos directos" de los hogares

(3) Datos de SCS

En (2) no se incluye servicios odontología

Estudio sin incluir los servicios atención larga duración financiado por el sector público y privado

En páginas anteriores, ya observábamos la **ineficiencia del SNS con respecto al “modelo” de la Mutualidad de Funcionarios (entre el 45% y 57 %)**, pero, como ya advertíamos, el Gasto Sanitario Público era incompleto, ya que sólo se incluía el Gasto devengado por las CC.AA., por lo que era fácil deducir que la ineficiencia era aún mayor.

¿Cuál es la ineficiencia del sector público?.

Si la calculamos desde la perspectiva de la **hipótesis 1**, la **ineficiencia** la podemos situar en torno al **75 % - 80 %** (por ejemplo, 84,45 % en el 2.005¹⁵⁵ y 73,83 % en el 2.009¹⁵⁶) y si la hacemos desde la **hipótesis 2**, está en torno al **60 % - 70 %** (por ejemplo, 68,43 % en el 2.005¹⁵⁷ y 59,43 % en el 2.009¹⁵⁸).

¹⁵⁵ $((1.439,27 - 780,28) / 780,28) * 100 = 84,45 \%$

¹⁵⁶ $((1.817,78 - 1.045,73) / 1.045,73) * 100 = 73,83 \%$

¹⁵⁷ $((1.314,22 - 780,28) / 780,28) * 100 = 68,43 \%$

¹⁵⁸ $((1.667,21 - 1.045,73) / 1.045,73) * 100 = 59,43 \%$

Respecto a los años 2.011 y 2.012, no hay publicado ningún dato sobre los Gastos devengados por el “sector público”, tanto en el INE, Ministerio de Sanidad y OCDE. Los únicos datos publicados se refieren al “Presupuesto total de Gastos”, pero, como ya sabemos, las desviaciones entre los Gastos devengados y los presupuestados suelen ser significativas. Así, por ejemplo, los Presupuestos de Gastos sanitarios de las CC.AA. fueron de 58.960,64 millones de euros en el **año 2.009** y, sin embargo, el Gasto devengado fue 64.097,82 millones de euros, es decir, se gastaron 5.137,18 millones más del presupuesto inicial, o lo que es lo mismo: una **desviación del 8,71 % con respecto al Gasto presupuestado**. Lo mismo se puede decir del **año 2.010**, ya que el Presupuesto de las CC.AA. fue 59.738,15 millones de euros, mientras que el Gasto real o devengado fue 63.232,46 millones de euros, lo cual supuso un **desviación del 5,85 % con respecto al Gasto presupuestado**. Los Presupuestos iniciales de Gastos sanitarios de la CC.AA. para el ejercicio 2.011 fue 57.408,47 millones de euros y, lógicamente, se desconoce el Gasto real.

4.5. Modelos sanitarios alternativos a la gestión directa de los Servicios Regionales del SNS: MUFACE, ALZIRA, y MADRID

4.5.1 El “modelo MUFACE”

El día 2 de noviembre de 2.010, un televidente envió un mensaje a un programa de Intereconomía TV, el cual decía: “Los funcionarios tienen asistencia médica de libre elección (pública o privada). **¿Por qué los demás no la tenemos?**”.

Asimismo, en una discusión entre amigos, uno le preguntó a un dirigente sindical (funcionario de la Administración General del Estado): ¿por qué los dirigentes sindicales de UGT y CC.OO. rechazáis públicamente la prestación de los servicios sanitarios públicos a través de empresas aseguradoras privadas y, sin embargo, la mayoría de los funcionarios (incluidos los funcionarios “sindicalistas”) elegís la prestación de dichos servicios sanitarios a través de las empresas privadas?. La respuesta se comenta por sí misma: “No es lo mismo lo que deseo para los demás, que lo que deseo para mi”.

¿Por qué el “modelo MUFACE” tiene **tanto éxito** (es elegido cada año por **más del 80% de los funcionarios**), es **más eficiente** (superior al 50% con respecto al SNS) y, sin embargo está tan denostado por los sindicatos mayoritarios?¹⁵⁹.

¿Por qué existen tantos estudios de expertos en Economía Pública sobre la eficiencia, eficacia, efectividad, equidad, sostenibilidad y descentralización de la sanidad y, paradójicamente, **se omite el “modelo MUFACE”** en la práctica totalidad de dichos estudios?. ¿Por qué el “modelo MUFACE”, después de 36 años de contrastado éxito (tanto en eficacia como eficiencia), **no se ha “aplicado” a otros colectivos?**

La Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE) fue creada en 1.975, principalmente, porque a la mayoría de los funcionarios se les prestaban unos

¹⁵⁹ El sindicato CSIF defiende el “modelo MUFACE” y además resalta (en el Informe de 2.010) la credibilidad de las compañías aseguradoras, por “la posibilidad que tiene todo funcionario una vez al año de cambio de entidad supone una competitividad entre ellas además de configurarse como un **índice de fiabilidad y credibilidad ante el funcionario**”.

servicios sanitarios de inferior calidad respecto al resto de los trabajadores por cuenta ajena. En el momento de la creación, más de 100.000 funcionarios carecían de cobertura contra el riesgo de enfermedad. Se creó MUFACE para resolver o solucionar un problema que tenía un colectivo de aproximadamente 375.000 funcionarios, los cuales no tenían una cobertura de asistencia sanitaria común, e incluso, algunos de ellos, no tenían ningún tipo de cobertura sanitaria. Los funcionarios que tenían cobertura sanitaria, recibían ésta a través de las 65 Mutualidades que existían en los diversos Ministerios. Además, las coberturas sanitarias eran muy diferentes, ya que, mientras algunas Mutualidades prestaban asistencia médico-quirúrgica completa y prestación farmacéutica gratuita, otras sólo cubrían determinadas prestaciones sanitarias. En definitiva, se creó MUFACE para que las prestaciones de los servicios sanitarios fueran iguales para un colectivo de 375.000 funcionarios y 400.000 beneficiarios (personas dependientes del funcionario, como, por ejemplo, el cónyuge e hijos).

Asimismo, según la Ley 29/1975, MUFACE puede prestar los servicios sanitarios directamente (gestión directa) o, alternativamente, a través de Conciertos con empresas públicas o privadas que prestan servicios sanitarios. Dicha Ley dice que los Conciertos “se establecerán preferentemente con Instituciones de la Seguridad Social”. Aunque la voluntad del legislador era clara, sin embargo, no se pudo llevar a cabo porque la propia Seguridad Social (el Instituto Nacional de Previsión) no tenía, en aquel momento, la suficiente capacidad para absorber a un colectivo de casi 800.000 personas. En consecuencia, MUFACE tuvo que prestar los primeros servicios sanitarios a través de **Conciertos con cuatro Entidades de seguros médicos**. No obstante, desde 1977, la Seguridad Social es una empresa más (además de las empresas privadas) que presta servicios sanitarios, es decir, **los funcionarios**, a partir de esa fecha, **pueden elegir libremente qué empresa** (pública o privada) **prefieren que les presten los servicios sanitarios**, siendo neutro el coste de dicha elección. Desde dichas fechas, MUFACE suscribe periódicamente Conciertos con diversas Entidades de Seguro (empresas privadas) al objeto de prestar asistencia sanitaria a los mutualistas y los beneficiarios.

MUFACE, por la experiencia acumulada desde 1975, está especializada en la compra de coberturas sanitarias. A través del Concerto (contrato suscrito entre MUFACE y las empresas aseguradoras privadas), compra para sus mutualistas una **cobertura equivalente** a la que se presta a través de los Servicios Públicos de Salud, recibiendo las

empresas aseguradoras, como contraprestación, una prima mensual por cada persona asegurada. Así, MUFACE sabe con certeza el coste de las prestaciones sanitarias, ya que **traslada a las empresas privadas el riesgo** de que la prima no cubra el coste real de los servicios que prestan a los mutualistas y beneficiarios de éstos.

El “modelo MUFACE” posibilita algo esencial: **la libertad de elección**. Es decir, el mutualista tiene, periódicamente (cada año), el derecho de elegir qué empresa pública (SNS) o privada (diversas empresas de seguros médicos) quiere que le preste los servicios sanitarios, lo cual permite **alcanzar un elevado nivel de satisfacción**. Este “modelo” no prejuzga si la sanidad pública es mejor que la privada o viceversa, ya que MUFACE ofrece a sus mutualistas tanto servicios sanitarios producidos por empresas públicas (SNS) como por empresas privadas. Son **los mutualistas** (no MUFACE) quienes **eligen, de acuerdo con sus preferencias y la experiencia propia acumulada, la empresa que le prestará los servicios sanitarios**. La libertad de elección, por tanto, se establece entre empresas o proveedores públicos y privados y, hay que resaltar, que el **82,81%** de los mutualistas **eligieron en el año 2.010 a proveedores privados** (Adeslas, Asisa y DKV), mientras que sólo el **17,16%** eligieron el Servicio Nacional de Salud. Las causas de esta abrumadora preferencia por la producción privada de los servicios sanitarios son dos: **la calidad** de los servicios sanitarios ofrecidos por las empresas privadas y el **alto grado de accesibilidad** a dichos servicios, ya que no existen listas de espera. Además, el mutualista no sólo tiene libertad de elegir qué empresa privada le presta los servicios sanitarios, sino que, además, **elige qué profesional le presta dichos servicios**, entre los muchos que le ofrece dicha empresa privada. Finalmente, las empresas o proveedores privados pueden prestar dichos servicios sanitarios a través de: a) medios o infraestructuras propias de las empresas aseguradoras privadas (consultorios, hospitales, etc.), b) contratar a terceros al objeto de que presten los servicios sanitarios (las empresas aseguradoras privadas compiten entre sí para contratar a los proveedores “más eficientes y con la mayor calidad asistencial”) y c) una combinación de a y b. Y, por supuesto, los Conciertos que MUFACE suscribe las empresas aseguradoras privadas, **no permiten a éstas aplicar períodos de carencia ni realizar selección alguna de riesgos**, así como tampoco trasladar los costes de la asistencia a la sanidad pública (Limarquez, M, 2004, pág. 1-5).

¿Qué coste soporta MUFACE por los servicios sanitarios que prestan las empresas aseguradoras a los mutualistas y beneficiarios?. ¿Cuál es el coste de la asistencia sanitaria producida por el propio SNS? ¿Qué método de producción es más eficiente?

Según el Concierto¹⁶⁰ suscrito por MUFACE con las empresas aseguradoras privadas que prestan los servicios sanitarios, **la prima mensual ponderada** que pagó MUFACE en 2009 y 2010 fue **58,84 € cada mes**, es decir, **706,08 € cada año**. Si observamos las primas según la pirámide de edad de las personas, observamos que la prima menor es para la edad 5-14 (47,51 €/mes) y la mayor es para los que tienen más de 74 años (82,35 €/mes)

El art. 8.3.1 del Concierto establecía que el importe de las primas que debió abonar MUFACE a las Entidades aseguradoras fueron las mismas para los años 2.009 y 2.010.

Grupos según edad	Prima/mes 2.010
0 - 4	57,01
5 - 14	47,51
15 - 44	53,85
45 - 54	57,01
55 - 64	63,35
65 - 74	76,02
Más de 74	82,35
Prima mensual ponderada	58,84

Fuente: Concierto entre Muface y las Entidades aseguradoras (BOE 29-12-2009)

Las cantidades anteriormente expuestas son coherentes con la información obtenida de la **Memoria MUFACE de 2010**. No obstante, al finalizar el año 2.010 el coste unitario de la asistencia sanitaria fue algo mayor (3%) a la prima mensual ponderada. Según indica en “Análisis de la ejecución presupuestaria”, las obligaciones reconocidas por MUFACE supone un grado de ejecución del 89,35% del presupuesto de Gastos. Por lo que respecta al Programa 312E (Asistencia Sanitaria del Mutualismo Administrativo), el Presupuesto inicial de “Conciertos Asistencia Sanitaria” ascendió a 975,81 millones de euros y **la Ejecución ascendió a 933,65 millones de euros**¹⁶¹. Asimismo, dicha Memoria indica que

¹⁶⁰ Resolución de 15 de diciembre de 2009, de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, por la que se publican los conciertos suscritos por la misma para la prestación de asistencia sanitaria en territorio nacional durante los años 2010 y 2011 (publicado en el BOE de 29 de diciembre de 2009, pag. 313 y ss.)

¹⁶¹ Página 98-102 de la Memoria MUFACE

los **mutualistas y beneficiarios** que recibieron asistencia sanitaria a través de “Entidades” (Adeslas, Asisa, DKV y IMQ) ascendieron a **1.283.677**¹⁶², lo cual significa que el **coste medio unitario que debió sufragar MUFACE** ascendió a **727,32 €/año, cantidad muy inferior al coste medio unitario del SNS.**

El 21 de diciembre de 2.011 se publicó en el BOE el Concierto suscrito por MUFACE con las empresas aseguradoras privadas que prestarán los servicios sanitarios durante los **años 2.012 y 2.013**. Las cláusulas son prácticamente las mismas que el Concierto anterior, excepto que otra empresa (Sanitas) ha suscrito el mismo y se han actualizado las primas en los siguientes términos:

Grupos según edad	Prima/mes 2.012	Prima/mes 2.010	Variación %
0 - 4	59,63	57,01	4,60%
5 - 14	49,69	47,51	4,59%
15 - 44	56,32	53,85	4,59%
45 - 54	59,63	57,01	4,60%
55 - 64	66,27	63,35	4,61%
65 - 74	79,52	76,02	4,60%
Más de 74	86,14	82,35	4,60%
Prima mensual ponderada	no publicado	58,84	

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de los Concierdos de MUFACE

Las primas que satisfará MUFACE a las empresas aseguradoras se incrementarán en el 2.012 aproximadamente un 4,60% con respecto a las de 2.010, lo cual representa un TAM del **2,27 %** anual, es decir, una cantidad **muy inferior** al TAM del sector público (7,80 %).

Según PriceWaterhouseCoopers (2010, pág. 10), el diferencial entre el gasto sanitario público per cápita en que incurrió el SNS por prestar la asistencia sanitaria (entre 1.999 y 2.004) fue, en promedio, **un 50% más caro** que la prima per cápita que percibieron las empresas aseguradoras de MUFACE por prestar el mismo servicio a los mutualistas y beneficiarios. En definitiva, según este estudio, el coste de la prestación de los mismos servicios sanitarios a través del SNS (**producción pública**) es el **50% más caro (ineficiencia)** con respecto a la prima por cápita que paga MUFACE a las empresas aseguradoras (**producción privada**).

¹⁶² Página 49 y 102 de la Memoria MUFACE de 2010

¿Ha seguido siendo tan ineficiente el SNS con respecto al “modelo MUFACE a partir del 2.004?”.

El **Gasto sanitario devengado por el “modelo MUFACE”**, es muy similar (un poco inferior) al Gasto sanitario de la “Mutualidad de Funcionarios” (Muface, Isfas y Mugeju), tal y como podemos constatar en la tabla siguiente:

GASTO SANITARIO DEVENGADO DEL MODELO MUFACE						
	2.005	2.006	2.007	2.008	2.009	2.010
Total de Mutualistas y Beneficiarios de MUFACE	1.546.409	1.530.900	1.525.926	1.539.635	1.536.871	1.550.082
Total de Titulares y Beneficiarios de MUFACE que eligen Empresas Privadas	n.d.	n.d.	1.304.298	1.301.803	1.288.547	1.283.677
Total de Titulares y Beneficiarios de MUFACE que eligen el SNS (público)	n.d.	n.d.	221.628	237.832	248.324	266.036
Porcentaje de Titulares y Beneficiarios que eligen Empresas Privadas			85,48%	84,55%	83,84%	82,81%
Gasto en Asistencia Sanitaria con Empresas Aseguradoras privadas (miles euros)	n.d.	783.020	822.280	865.070	900.400	933.650
Gasto asistencia sanitaria por persona de Titulares y Beneficiarios que eligen Empresas Privadas			630,44	664,52	698,77	727,32
Gastos en Farmacia de los Titulares y Beneficiarios de MUFACE (miles de euros)		269.830	286.360	303.710	327.730	302.130
Gasto por persona de Titulares y Beneficiarios en Farmacia		176,26	187,66	197,26	213,24	194,91
Gastos en Prótesis y otras Prest. a Titulares y Beneficiarios de MUFACE (miles de euros)		40.620	43.000	45.450	45.700	44.800
Gasto por persona en Prótesis y otras Prestaciones a Titulares y Beneficiarios de MUFACE		26,53	28,18	29,52	29,74	28,90
Gasto total por persona Titular y Beneficiarios. MUFACE que eligen Empresas Privadas			846,28	891,30	941,75	951,14
Gasto Sanitario Público total/persona usuaria del SNS	1.133,59	1.227,64	1.314,25	1.426,02	1.494,14	1.452,04
Ineficiencia del gasto sanitario público con respecto a MUFACE			55,30%	59,99%	58,66%	52,66%

Fuente: Elaboración propia utilizando datos del INE, Ministerio de Sanidad y Memorias de MUFACE a fecha 3/12/2011

Si comparamos el Gasto sanitario **total** devengado por las CC.AA. con el Gasto **total** del “modelo MUFACE” (ambos incluyen la asistencia sanitaria, la farmacia, prótesis y otras prestaciones), se constata la **ineficiencia de las CC.AA.** en la producción de los mismos servicios sanitarios. Dicha **ineficiencia** se sitúa entre el **55 % y 60 %**, la cual no difiere de los cálculos realizados en las páginas precedentes (apartado 4.4.1), así como el estudio realizado por la Consultora PriceWaterhouseCoopers

Si hacemos la comparación, únicamente, entre el **Gasto de la Asistencia Sanitaria**, es decir, al Gasto total per cápita de las CC.AA. (1.431,74 €) le restamos el 20,06 % (287,21 €) de Farmacia y el 1,83 % (26,20 €) de Prótesis y traslado enfermos, correspondiente al año 2.009. Es decir, el Gasto de la “Asistencia Sanitaria” de las CC.AA. y del “modelo MUFACE” fueron **1.118,33 € y 698,77 €** respectivamente (año 2.009). Es

decir, las CC.AA. incurrieron en un **“exceso de coste” (o ineficiencia)** respecto al “modelo MUFACE” de **419,56 €** lo cual, en porcentaje representa el **60,04 %**¹⁶³.

A la misma conclusión llegamos si comparamos el Gasto Sanitario Público Total devengado por las CC.AA. en el año 2.010.

Ahora bien, dicha ineficiencia es mayor si consideramos el **“verdadero” Gasto Sanitario Público**, es decir, si incluimos en éste todos los actos médicos privados que pagan los particulares y que, desde una perspectiva lógica, debería haber sufragado el sector público (la hipótesis 1 de las paginas anteriores).

COMPARACIÓN ENTRE COSTE SANITARIO DEL SNS CON RESPECTO A LA M. FUNCIONARIOS Y EL "MODELO MUFACE"					
	2005	2006	2007	2008	2009
Gasto sanitario público devengado por persona del SNS (Hipótesis 1)	1.439,27	1.545,69	1.650,50	1.614,05	1.817,78
Gasto Sanitario "M. Funcionarios"/persona	780,28	866,47	934,96	1.003,60	1.045,73
Gasto total por persona Titular y Benf. MUFACE que eligen E.P.			846,28	891,30	941,75
Ineficiencia del SNS respecto al conjunto "M. Funcionarios"	658,99	679,22	715,53	610,45	772,05
% Ineficiencia del SNS respecto al conjunto "M. Funcionarios"	84,46%	78,39%	76,53%	60,83%	73,83%
Ineficiencia del SNS respecto al "modelo MUFACE"			804,21 €	722,75 €	876,03 €
% Ineficiencia del SNS respecto al "modelo MUFACE"			95,03%	81,09%	93,02%

Fuente: elaboración propia a partir de datos del INE. Ministerio de Sanidad y tablas anteriores

La "M. de Funcionarios" se refiere al conjunto de Funcionarios y Beneficiarios de MUFACE, ISFAS y MUGEPU

La **ineficiencia** del **“sector público”** con respecto al **“sector privado”** es significativa, ya que oscila, aproximadamente, **entre el 60 % y el 85 %** con respecto al conjunto del “modelo” de todos los funcionarios (Muface, Isfas y Mageju) y, todavía es mayor dicha ineficiencia, **entre el 81 % y el 95 %**, si lo comparamos únicamente con respecto al “modelo MUFACE”.

Si el mismo análisis comparativo lo realizamos excluyendo los servicios de asistencia odontológica que han pagado al “sector privado” los usuarios del SNS (hipótesis 2) al objeto de poder estimar el Gasto real “estimativo” del SNS, **la ineficiencia del SNS** respecto al “sector privado” disminuye, pero, sigue siendo muy elevada: entre el **60 % y el 70 %** con respecto al conjunto del “modelo” de los funcionarios (Muface, Isfas y Mageju) y el **77 % y el 90 %** con respecto al “modelo MUFACE”.

¹⁶³((1.183,33 – 698,77) / 698,77) * 100 = **60,04 %**

COMPARACIÓN ENTRE COSTE SANITARIO DEL SNS CON RESPECTO A LA M. FUNCIONARIOS Y EL "MODELO MUFACE"					
	2005	2006	2007	2008	2009
Gasto sanitario público devengado por persona del SNS (Hipótesis 2)	1.314,22	1.416,32	1.504,35	1.600,75	1.667,21
Gasto Sanitario "M. Funcionarios"/persona	780,28	866,47	934,96	1.003,60	1.045,73
Gasto total por persona Titular y Benf. MUFACE que eligen E.P.			846,28	891,30	941,75
Ineficiencia del SNS respecto al conjunto "M. Funcionarios"	533,94	549,84	569,39	597,15	621,48
% Ineficiencia del SNS respecto al conjunto "M. Funcionarios"	68,43%	63,46%	60,90%	59,50%	59,43%
Ineficiencia del SNS respecto al "modelo MUFACE"			658,07 €	709,45 €	725,46 €
% Ineficiencia del SNS respecto al "modelo MUFACE"			77,76%	79,60%	77,03%

Fuente: elaboración propia a partir de datos del INE. Ministerio de Sanidad y tablas anteriores

La "M. de Funcionarios" se refiere al conjunto de Funcionarios y Beneficiarios de MUFACE, ISFAS y MUGEFU

En consecuencia, podemos afirmar que el **“modelo MUFACE” es mucho más eficiente que el modelo imperante en los Servicios Regionales de Salud del SNS**, el cual se caracteriza por ser, mayoritariamente, un modelo de **“producción pública y gestión directa”** de los servicios sanitarios. La **ineficiencia** del “sector público” con respecto al “sector privado” implica que aquél produce los mismos (o similares) servicios a un **coste superior, entre el 50% y el 90 %**, que éste. Este **exceso de coste (ineficiencia) del sector público con respecto al privado ha sido permanente a lo largo de los períodos analizados**

Por lo que respecta a los **Gastos Farmacéuticos**, el Presupuestado inicial ascendió a 347,14 millones, mientras que la Ejecución fue de 302,13, lo cual significa que coste medio unitario de dicha prestación ascendió a **194,91 €año¹⁶⁴**, cantidad igualmente muy inferior al coste medio del SNS.

En el “modelo MUFACE”, tanto **los Activos** (mutualistas titulares y beneficiarios) como **los Pensionistas**, realizan un **copago del 30%** del valor del producto recetado. Según la Memoria 2010¹⁶⁵, la relación entre las recetas anuales y los Activos fue de 10,69, mientras que la de los Pensionistas ascendió a 38,35. Es decir, los Pensionistas utilizan más del triple (3,58) de recetas que los Activos. Por lo que respecta al precio, el coste medio anual de los medicamentos de los Activos ascendió a 163,67 €y el de los Pensionistas a 650,11 €, es decir, los Pensionistas consumen casi cuatro veces más (3,97) que los Activos.

¹⁶⁴ El número total de mutualistas y beneficiarios asciende a 1.550.082 (pág. 49). Por tanto, el coste unitario será 194,91 (302,13 millones €/ 1.550.082). La Memoria dice que el coste medio fue 196,9 €(pág. 62).

¹⁶⁵ Páginas 61-68

Como explicábamos con anterioridad, en España, **los medicamentos** que consumen los **pensionistas del régimen general son gratuitos**, mientras que los **pensionistas de MUFACE deben sufragar el 30%** del precio del fármaco. La evidencia empírica pone de manifiesto los resultados positivos (reducción del coste) que genera la introducción del **copago farmacéutico**: el pensionista o beneficiario de MUFACE **consume menos fármacos** que un pensionista del régimen general (o sea, el copago reduce sustancialmente el consumo de medicamentos).

El consumo medio farmacéutico de los mutualistas activos y pasivos (pensionistas) de MUFACE, en el año 2.010, fue de **163,67 €** y **650,11 €**, respectivamente. Es decir, un pensionista consumió 3,97 veces más que un activo, lo cual se puede considerar lógico como consecuencia de la edad de ambos colectivos. Asimismo, el número de recetas por persona protegida, éstas fueron de 10,69 (activos) y 38,35 (pensionistas), es decir, la relación fue de 3,58 (muy similar al consumo).

El consumo o gasto farmacéutico del colectivo de pensionistas del SNS, tal y como comentábamos, lo podemos inferir a partir de diversos datos que se han publicado en 2.009 y 2.010. Según el Ministerio de Sanidad, el Gasto Farmacéutico fue 12.505.692.910 € y 12.207.683.146 € en los años 2.009 y 2.010, respectivamente. Según diversos estudios realizados, el gasto de los pensionistas es, aproximadamente, el 70% de gasto total, siendo el colectivo de potenciales pensionistas y beneficiarios de éstos (65 y más años), según el INE, en el año 2.010, de 8.092.853 personas (sin excluir los pensionistas del colectivo de MUFACE). En consecuencia, en el año 2.010, el coste farmacéutico medio estimativo de los pensionistas del SNS, ascendió, aproximadamente, a **1.055,92 €**

Ahora bien, el **índice de cobertura** del colectivo de **MUFACE** no es el 70% (100% - 30%), sino el **79,19%**, es decir, el gasto farmacéutico lo financia MUFACE el 79,19% y el 20,81% el pensionista.

El **gasto farmacéutico** medio del **pensionista del SNS** (1.055,92 €) es un **62,42% superior** con respecto al gasto medio de un **pensionista de MUFACE** (650,11). Es decir, los pensionistas de MUFACE **gastan un 38,43 % menos** que los pensionistas del SNS,

además, esta evidencia empírica es constante desde los años 90, tal y como comentábamos en páginas anteriores.

En consecuencia, **el copago farmacéutico en el colectivo de pensionistas**, sin lugar a dudas, **reduce** (reduciría en el colectivo del SNS) **considerablemente el consumo** (la elasticidad es negativa y mayor que uno).

En lo que respecta al **grado de satisfacción de los mutualistas**, es evidente que la libertad de elección contribuye a que los mismos estén muy satisfechos del “modelo MUFACE”, ya que, como decíamos, **cada año pueden elegir el proveedor público o privado** de los servicios sanitarios y, además, existen **garantías de que cualquier proveedor privado cumplirá todo lo estipulado en el Concierto**. Asimismo, el sindicato **CSIF** defiende el citado “modelo” por muchos motivos, entre lo que cabe resaltar: “más del 80% de los mutualistas eligen la cobertura sanitaria que ofrecen entidades privadas, mostrando con ello un elevado grado de satisfacción por la libertad de elección de que disponen” y, además, **“el gasto sanitario por persona es mucho menor en el caso de los acogidos a las mutualidades que el que se genera en el sistema público de salud”**. Asimismo, denuncian la insuficiente financiación del “modelo MUFACE”, ya que “el gasto sanitario público crece con mayor rapidez que la financiación de las mutualidades aseguradoras”¹⁶⁶.

Todos los estudios realizados son concluyentes: los funcionarios activos y los pensionistas eligen mayoritariamente a las empresas aseguradoras privadas por varios motivos: la **rapidez** (no hay listas de espera), el equipamiento de los centros sanitarios y, principalmente, por la posibilidad de elegir tanto el centro asistencial como el facultativo. Por ejemplo, en la provincia de Albacete (Córdoba, pág. 386-391), el **grado de satisfacción de los funcionarios** (profesores de Educación Secundaria) que eligen la asistencia privada (**71,7%**) es un poco más elevado que los que eligen la asistencia pública (69%).

¿El “**modelo MUFACE**” es aplicable a otros colectivos de funcionarios o trabajadores por cuenta ajena?.

¹⁶⁶ “En defensa de la Mutualidad de Funcionarios del Estado” (tríptico del CSIF)

A nuestro juicio, no hay impedimento de ningún tipo para que, a través de un proceso paulatino, se incorporen nuevos colectivos, ya que, como hemos indicado, el “modelo MUFACE” es eficaz (alto grado de satisfacción de los usuarios) y contribuye a la viabilidad económica del SNS porque **es mucho más eficiente**¹⁶⁷ (**más del 50%**), en lo que se refieren a la asistencia sanitaria, que el modelo del SNS, tal y como está configurado actualmente. En definitiva, como dijo la Sra. Alicia Sánchez Gil (Directora Asistencial de Adeslas), *“nosotros gastamos menos y hacemos más”*, lo cual es una forma elegante de decir que el sector privado tiene mayor productividad que el sector público. Además, todos los directivos de las grandes empresas aseguradoras manifiestan (explícita o implícitamente) que **“si los ciudadanos tuvieran capacidad legal de elegir, también elegirían, como los funcionarios, una póliza de aseguramiento privado**. Esta situación no ocurre y es incomprensible, ya que el aseguramiento y provisión privados son más eficientes en términos económicos y de gestión, no generando déficit” (frase pronunciada por Luis Monset, director gerente de ACES, en el XVII Congreso Nacional de Derecho Sanitario¹⁶⁸).

Si el “modelo MUFACE” tiene una larga trayectoria de éxito tanto en lo que respecta a la eficacia como a la eficiencia, **¿por qué los poderes públicos de las CC.AA. no han implantado un modelo similar?**. Asimismo, **¿por qué la mayoría de los expertos en Economía Pública**¹⁶⁹ **o de la Salud**, sabiendo que el “modelo MUFACE” es tan eficaz y mucho más eficiente que el SNS, sin embargo, **no mencionan dicho “modelo” cuando realizan propuestas para hacer viable económica y financieramente el actual SNS?**.

En definitiva, el modelo MUFACE consiste en que hay casi dos millones de españoles que tienen derecho a la **“libre elección”** entre la sanidad pública y sanidad

¹⁶⁷ En el año 2010, el gasto por cápita de MUFACE fue de 693,56 €/año, mientras que el coste anual del SNS fue de 1.052 € lo cual representa que éste incurre en un coste del **51,68%** $((1.052 - 693,56) / 693,56)$ superior a aquél. Es decir, el coste del SNS incurre en un coste adicional del 51,68% con respecto al coste del “modelo MUFACE” (<http://www.fundacionidis.com/los-modelos-de-eleccion-como-muface-son-los-que-dan-mejores-respuestas-a-los-usuarios/>). Publicado el 16/11/2010

¹⁶⁸ Publicado el 16/11/2010 en: <http://www.fundacionidis.com/los-modelos-de-eleccion-como-muface-son-los-que-dan-mejores-respuestas-a-los-usuarios/>

¹⁶⁹ Muchos de ellos son funcionarios públicos y por tanto, como la gran mayoría, optan por las Aseguradoras privadas (Adeslas, Asisa, DKV y Sanitas a partir de 2012).

privada, siendo **neutro** para los mutualistas **el coste de dicha elección**. La gran mayoría elige la sanidad privada que prestan las empresas privadas aseguradoras. Estos mutualistas (activos, beneficiarios y pensionistas) tienen gratuitamente una “**única**” sanidad, mientras que muchas personas que obligatoriamente (sin derecho a elección) se las adscribe a la sanidad pública (producción pública), por motivos diversos, tienen “**doble cobertura**”, es decir, suscriben pólizas de seguros médicos con las empresas privadas aseguradoras y/o pagan directamente a los profesionales médicos por cada acto médico (visitas, intervenciones quirúrgicas, etc.). Además, cada año (a lo largo del mes de Enero), los mutualistas deciden si desean ser atendidos por la sanidad pública o por una de las empresas aseguradoras privadas (actualmente, Adeslas, Asisa y DKV). **La cobertura garantizada por las empresas aseguradoras privadas son equivalentes a las de la sanidad pública** (incluyen diálisis, prótesis, transplantes, cuidados paliativos, salud mental, diagnóstico y tratamiento de la esterilidad, etc.) e incluso más prestaciones (por ejemplo, una limpieza de boca al año, aplicación de flúor tópico, selladores oclusales y obturaciones o empates para todos los niños menores de 15 años, habitaciones individuales y cama de acompañante en los hospitales, etc.). Además, las empresas aseguradoras **no seleccionan el riesgo**, o sea, es una gran mentira el siguiente mantra: las empresas aseguradoras privadas seleccionan a las personas jóvenes y sanas y la sanidad pública la eligen las mayores y enfermas. Los datos son concluyentes: la edad media del colectivo adscrito a las empresas privadas es superior a los que eligen la sanidad pública (Razquin, 1998, pág. 259-275). Además, conviene recordarlo una vez más: es **más eficaz** (alto grado de satisfacción de los usuarios que eligen desde 1.975 mayoritariamente a las empresas aseguradoras privadas), es **más eficiente** (la **sanidad pública** produce los mismos servicios sanitarios un **50% más cara** que el sector privado), proporciona al usuario **mayor libertad** (libertad de elección de médico, especialista y centro hospitalario) y **mayor accesibilidad** (no existen listas de espera).

4.5.2 El “modelo ALZIRA”

El llamado “modelo ALZIRA” fue impulsado por el Gobierno de la Comunidad Valenciana a mediados de los 90, siendo Presidente de dicha Comunidad Autónoma, D. Eduardo Zaplana, y el Consejero de Sanidad de la misma, D. Rafael Blasco Castany. El

“modelo ALZIRA” es un **modelo de gestión sanitaria** que difiere sustancialmente del “modelo tradicional”, el cual se aplicó para prestar asistencia sanitaria a los municipios de La Ribera y, para ello, fue necesario construir el Hospital de Alzira.

El “modelo tradicional” consiste en que la propiedad, la gestión y la atención al ciudadano recaen única y exclusivamente en la Administración Pública (la Consejería de Sanidad). La Generalidad Valenciana optó por un **modelo mixto de colaboración público-privada**, que, ante todo, garantiza la **universalidad** de la atención, ya que como establece la Constitución Española, “los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para **todos** los ciudadanos” (art. 41). Además, el art. 43 otorga a los poderes públicos la competencia para organizar y tutelar la salud.

El “modelo ALZIRA”¹⁷⁰ cuando se diseñó tuvo en consideración las recomendaciones del “**Informe de la Comisión Abril**”, especialmente en “alcanzar un mayor grado de responsabilidad de los gestores del sistema para lograr una **mayor eficiencia** en el uso de los recursos humanos y materiales”, y, asimismo, en que el sistema funcione “con **mayor satisfacción subjetiva**” y “promover una conciencia de **coste de los servicios**”. La Ley 15/1997, de 25 de abril, permitió que los servicios sanitarios sean prestados por personas jurídicas privadas, siempre que “se mantenga la naturaleza pública en cuanto a la responsabilidad última de la protección del servicio sanitario, es decir, la Administración mantiene la titularidad del servicio”. Por tanto, además del modelo tradicional de **gestión directa** (los servicios sanitarios públicos son gestionados directamente por las Administraciones Públicas bajo distintas formas: Consorcio, Fundación privada, Fundación pública sanitaria, etc.), la Ley 15/1997 permite la **gestión indirecta** (Cooperativa, Sociedad laboral, Sociedad mercantil de titularidad privada y Fundación privada), la **gestión mixta** (gestión encomendada a una sociedad mixta) y **formas de vinculación** (Convenio, Concierto, Concesión y Arrendamiento).

Las **Concesiones**¹⁷¹ han sido un “modelo” muy utilizado en España, por ejemplo, para la construcción y explotación de autopistas (el concesionario cobra un “peaje” por la

¹⁷¹ Según el profesor Ramón Parada, “el contrato de **gestión de un servicio público** es aquél mediante el cual el Estado encomienda a una persona, natural o jurídica, la gestión de un servicio público.....”. Asimismo, “la **concesión** por la que el empresario gestionará el servicio a su riesgo y ventura, **es la modalidad clásica**..... El **carácter público del servicio** obliga, asimismo, a una constante presencia controladora de la

utilización de un servicio), pero nunca se había utilizado en España para gestionar los **servicios públicos sanitarios**. El “modelo ALZIRA” fue la primera concesión administrativa de servicios sanitarios, la cual consistió en que **el concesionario** (la empresa adjudicataria) **cobra** de la Generalidad Valenciana una **cantidad fija por cada usuario**¹⁷² (prima per cápita). El “modelo ALZIRA”, aunque su filosofía es muy similar al “modelo MUFACE”, según F. Martínez, se inspiró en “las teorías económicas de un profesor de Chicago”¹⁷³ (Martínez, F, pág. 11-19). En definitiva, el “modelo ALZIRA” se puede considerar como **el inicio** de la **producción privada** de los **servicios sanitarios**, de carácter universal, que son **provistos por el Estado**.

La Concesión administrativa se instrumentalizó a través de un “Pliego de cláusulas administrativas particulares para la **contratación de la gestión de servicios públicos** por concesión mediante concurso por procedimiento abierto relativo a la asistencia sanitaria en el área de Salud de la Comunidad Valenciana”¹⁷⁴, las cuales regulan: a) **elementos del contrato** (régimen jurídico, objeto del contrato¹⁷⁵, presupuesto del contrato y existencia de crédito¹⁷⁶, condiciones económicas¹⁷⁷, plazo de la concesión (15 años) y de ejecución de las obras), b) **licitación y forma de adjudicación** (capacidad para contratar, licitación, mesa de contratación, apertura de proposiciones, propuesta de adjudicación, criterios de adjudicación, devolución de la documentación y garantía provisional), c) **formalización del contrato** (documento de formalización y plazo, garantía definitiva¹⁷⁸), d) **ejecución del**

Administración, muy superior a la que pueda estar justificada en los contratos de obra o de suministro” (pág. 355-358).

¹⁷² Este tipo de Concesión es muy similar al Concierto entre Muface y las Empresas aseguradoras privadas. Así opina la empresa aseguradora DKV, ya que, a su juicio, “el Modelo Sanitario Valenciano básicamente consiste en la **cesión temporal**, desde la Administración Pública a una empresa sanitaria privada, **de la gestión de todos los centros sanitarios públicos** de una zona geográfica y del aseguramiento de todas las coberturas sanitarias públicas de la población con derecho a esta zona. Conceptualmente **es un modelo similar al de MUFACE...**”: (http://www.dkvseguros.com/newsletterdkv/documentos/revistas/interior311_62.htm9).

¹⁷³ Se refiere a Milton Friedman

¹⁷⁴ Es un Contrato suscrito por la Generalidad que vincula a las partes

¹⁷⁵ Dice que “el presente Pliego tiene por objeto regular la contratación de la Gestión del Servicio Público por concesión de la asistencia sanitaria integral en el Área de Salud 10 El objeto contractual comprende la **prestación de los servicios de Atención Primaria y Asistencia sanitaria Especializada**, tanto hospitalaria como ambulatoria, de acuerdo con el catálogo básico de servicios incluido en el anexo I del Real Decreto 63/1995 de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud y demás disposiciones aplicables. El concesionario no asumirá las prestaciones de Farmacia y Oxigenoterapia, ni será de su cuenta el coste de las Prótesis y el Transporte Sanitario. ... El concesionario **se obliga a la construcción de un nuevo Centro de Salud en Alzira.....**

¹⁷⁶ Dice: el importe del presupuesto de licitación formulado por la Administración asciende a **379 euros por persona para el año 2.003**.

¹⁷⁷ Se establece un “Incentivo por ahorro en la prestación ambulatoria de farmacia”, el cual consiste en que si el concesionario genera un gasto menor que la media, recibirá un 30% del ahorro generado.

¹⁷⁸ Dice: “El adjudicatario está obligado a construir la garantía definitiva por un importe de 10.000.000 euros.

contrato (proyecto técnico y ejecución de las obras, obligaciones del contratista y gastos exigibles respecto del plan de inversiones y de la construcción del nuevo Centro de Salud, obligaciones del contratista y gastos exigibles respecto de la Gestión del Servicio Público, abonos al Contratista, revisión de precios, incumplimiento de los plazos y penalidades, subcontratación y cesión, resolución del contrato, reversión, órganos de control, jurisdicción y recursos).

El Pliego de Condiciones Administrativas del “modelo ALZIRA” (37 páginas), regula exhaustivamente la “**licitación**” (empresas que pueden realizar “propuestas o proposiciones” y criterios para la adjudicación de la concesión) y **los derechos y obligaciones de las partes** (la Generalidad Valenciana y la empresa concesionaria o adjudicataria) y, **es un “modelo” de relación contractual que ha servido de fundamento a todas las demás concesiones administrativas, tanto en la Comunidad Valenciana como la Madrileña.** Por tanto, dada la trascendencia que este Pliego ha tenido y, previsiblemente, tendrá en las sucesivas concesiones sanitarias, a nuestro juicio, es conveniente comentar algunas cláusulas de dicho Pliego:

1ª.- El precio se establece sobre “**bases capitativas**”, es decir, se fija una prima por persona y año (**379 € para el año 2.003**). Dicho precio **incluye los costes de prestación de la asistencia sanitaria**, así como los costes de la construcción y financiación del nuevo Centro de Salud, así como las inversiones, tanto en asistencia especializada como en atención primaria. Asimismo, la empresa concesionaria se compromete al mantenimiento de dichas inversiones, así como las ya existentes en todos los centros sanitarios dependientes de la “concesión” y, por supuesto, la empresa concesionaria sufraga el coste del personal dependiente de la Consejería de salud que presta sus servicios en centros gestionados por la empresa concesionaria. (cláusula 4ª. 1 y 2).

Los “procesos y actos médicos” realizados por centros dependientes de la Consejería de Sanidad (por ejemplo, una intervención quirúrgica realizada en un Hospital público de Castellón a una persona “protegida” que está adscrita al Área objeto de la concesión), se facturarán al concesionario y, de forma recíproca, el concesionario facturará a la Consejería de Sanidad los servicios sanitarios prestados a los pacientes que no pertenecen a la población “protegida” del Área de la concesión administrativa. En la facturación “intercentros”, **el coeficiente de “transferencia de servicios”** será para la empresa concesionaria **igual o inferior a 0,85**, es decir, cuando la Consejería facture a la

empresa concesionaria por cada “proceso o acto médico” que ha realizado, lo hará de acuerdo con el precio estipulado¹⁷⁹, pero, sin embargo, cuando la empresa concesionaria facture a la Consejería, dicho precio será el 85 % o incluso menor (cláusula 4ª. 6).

2ª.- Se limita la rentabilidad que se pueda obtener por la concesión, es decir, **la Tasa Interna de Rentabilidad (T.I.R.)** sobre la inversión realizada por la empresa concesionaria **no podrá ser superior al 7,5 % anual**, teniendo en consideración la duración de la concesión. El cálculo de la **T.I.R.** la realizará la empresa concesionaria de acuerdo con los cash-flows¹⁸⁰ previstos para cada año de la concesión, pero, dicho cálculo requerirá de la aprobación de la Consejería de Sanidad. Un auditor externo (nombrado por consenso entre la Administración y la empresa concesionaria) revisará cada cinco años la rentabilidad conseguida por el concesionario en ese período, y las variaciones de rentabilidad (T.I.R.) que hubiere se ajustarán mediante la programación de inversiones (cláusula 4ª. 9).

3ª.- Se establece como fórmula de **actualización** de la prima por cápita “su referencia con el crecimiento anual del presupuesto sanitario expresado en los Presupuestos de la Generalidad Valenciana”. Por tanto, hay que calcular el “**presupuesto capitativo anual**”¹⁸¹, cuyo dato sirve de índice para el cálculo de la prima. “El resultado de la aplicación de la fórmula de actualización del precio prevista, en ningún caso podrá ser inferior a la actualización en función del IPC, ni superior al porcentaje de incremento anual del Gasto sanitario público consolidado del Estado para dicho ejercicio (cláusula 19ª).

4ª.- “Finalizado el plazo de la concesión el servicio **revertirá** a la Administración, así como **la propiedad libre de cargas del hospital y todo su equipamiento**. El adjudicatario entregará el edificio, instalaciones y equipamiento a que este contrato le obliga, en el estado de conservación y funcionamiento adecuados. Igualmente revertirán en las mismas condiciones el resto de centros y equipamientos

¹⁷⁹ Regulado por la Ley de Tasas y Precios Públicos de la Comunidad Valenciana.

¹⁸⁰ El cash-flow positivo es el beneficio neto (beneficio bruto menos impuesto de sociedades) más todas las dotaciones (amortizaciones y fondo de reversión). El cash-flow negativo son las inversiones.

¹⁸¹ Es la cantidad resultante de dividir el “Presupuesto de asistencia sanitaria de la Generalidad Valenciana” entre la “Población de derecho de la Comunidad Valenciana”. El “Presupuesto de asistencia sanitaria” incluye: “Atención Primaria”, “Asistencia Especializada”, “Prestaciones externas, exceptuando Oxigenoterapia y Servicios de Ambulancias” y “Atención Socio-sanitaria y Salud Mental”

gestionados por el concesionario, así como todas las inversiones realizadas por el mismo, de acuerdo con los programas aprobados por la Consejería de Sanidad” (cláusula 23ª).

5ª.- Las cuestiones litigiosas sobre la interpretación, modificación, resolución y efectos administrativos que puedan surgir entre las partes, se dirimirán en la Jurisdicción Contencioso-Administrativa (cláusula 25ª).

El “**modelo ALZIRA**” fue la primera experiencia en España que tuvo como objetivo el “**desburocratizar**” el funcionamiento de los servicios sanitarios **en aras de la eficacia y la eficiencia**, es decir, aumentar el grado de satisfacción de los usuarios y, a la vez, hacerlo más económico. Hay una clara **separación entre** el agente “**financiador**” (la Generalidad Valenciana) y el agente “**productor**” (la empresa adjudicataria). Además, las **prestaciones sanitarias** que realiza la empresa adjudicataria a los ciudadanos son **gratuitas**. La Administración controla permanente a la empresa concesionaria a través de un funcionario de la Consejería de Sanidad (el Comisionado de la Consejería de Sanidad¹⁸²). Todas las construcciones y reformas que prevé la concesión (por ejemplo, la construcción del Hospital La Ribera) son sufragadas por la empresa adjudicataria, pero, cuando finalice la concesión, aquéllas revertirán íntegramente a la Generalidad Valenciana.

El “modelo ALZIRA” tuvo que hacer frente a las dificultades inherentes que suelen acompañar a todo proyecto que significa un cambio sustancial en el “modo” de gestionar los servicios sanitarios. La mayoría de los partidos políticos (especialmente, PSOE e Izquierda Unida), sindicatos (especialmente, CC.OO. y UGT.), así como diversos medios de comunicación de ideología “progresista”, fueron hostiles desde el inicio con este “modelo” que promovió el Partido Popular, y para descalificarlo, utilizaron un mantra demagógico: “**la privatización de la sanidad**”¹⁸³. Todas las críticas tenían un

¹⁸² Las funciones del funcionario que ejerce la representación de la Consejería como comisionado en el Hospital de La Ribera y centros dependientes, entre otras, son: a) controlar, aceptar y denegar las propuestas de ingreso programado de los enfermos no pertenecientes a la población de referencia, b) recibir las sugerencias, quejas y reclamaciones de los usuarios del Hospital, informando a éste., c) solicitar y recibir las estadísticas de actividad que considere necesarias, con numeración de los pacientes pendientes de atención de cada una de las especialidades, d) vigilar la conservación de las obras del equipamiento sanitario de cualquier naturaleza, e) ejercer la jefatura orgánica del personal dependiente de la Consejería en los centros gestionados por el concesionario, f) verificar y, en su caso, devolver la facturación del concesionario por los actos médicos realizados a pacientes no correspondientes a la población protegida por el contrato, g) comprobar la veracidad de la facturación de pacientes ajenos a la población protegida por el contrato, dando conformidad a la misma.

¹⁸³ Según E. Serrat (director de Quality Medical Servic y ex director gerente de los hospitales públicos de Olot y Puigcerda), en España se confunde la **privatización de la sanidad** con la **gestión privada** de los recursos sanitarios para hacerla más eficiente. La sanidad tiene un coste y hay que saberlo gestionar, ya que

denominador común: con el “modelo ALZIRA” se buscaba la rentabilidad económica y “*la empresa quiere hacer negocio a costa de la salud de los ciudadanos*”. Por tanto, el reto que supuso este “modelo” fue trascendental, ya que si fracasaba, los responsables políticos que habían impulsado este “modelo” serían objeto de críticas sarcásticas en todos los foros (incluido, el académico) y, si obtenía el éxito que pretendía, dicho “modelo” podría aplicarse en otras Áreas de la Comunidad Valencia, en otras CC.AA. o, incluso, en otros países.

En consecuencia, la “alta calidad” era una exigencia de la lógica del contrato. Si la calidad hubiera sido baja, un elevado número de pacientes, manteniendo la inercia histórica, habrían seguido acudiendo a sus hospitales de referencia en Valencia en detrimento del Hospital de La Ribera, lo cual habría generado grandes tensiones económico-financieras para el modelo, de acuerdo con el sistema de **pago capitativo** y con la filosofía de que **el dinero sigue al paciente**. Además, **la prima capitativa era sustancialmente inferior al coste medio por cada ciudadano de la Comunidad Valenciana, lo cual obligaba** a prestar mejores servicios (aumentar el grado de satisfacción de los usuarios) y **ser más eficientes** (producir, aproximadamente, a un **coste inferior al 30% del coste de la “producción pública directa”**). Además, era la primera vez en España que, trabajadores estatutarios (funcionarios de la Comunidad Valenciana) y trabajadores laborales (contratados por la empresa adjudicataria) realizaban o prestaban los mismos servicios sanitarios. Las localidades de Alzira y de Sueca contaban con un centro de especialidades que fueron absorbidos por el Hospital de La Ribera, incluido su personal. La mayoría de los facultativos decidieron integrarse en la estructura de la empresa y firmar un contrato laboral. Por el contrario, un elevado porcentaje de los profesionales de enfermería decidieron mantener su condición de estatutarios, aunque incorporados funcionalmente a la plantilla del Hospital de La Ribera. La implantación de un **sistema retributivo por objetivos**, contribuyó decisivamente a **aumentar la productividad** con respecto a la “producción pública directa” y, asimismo, a mejorar la calidad. Por tanto, se pudo demostrar, por la vía de los hechos, que las críticas mordaces contra el “modelo ALZIRA” eran infundadas. La estrategia que permitió el éxito del “modelo”, consistió,

la gestión directa de los centros sanitarios públicos está ”poco profesionalizada y nada eficiente”, por lo que “la gestión de los centros públicos catalanes deberá ir hacia una gestión privada para ganar eficiencia..”: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3189924>

principalmente en **posicionarse**¹⁸⁴ en la mente de los ciudadanos como la primera o la mejor alternativa para dar solución a cualquier problema de salud y, para ello, era necesario **diferenciarse** (positivamente) del entorno de la sanidad pública (de Rosa, A., pág. 23-34). La **estrategia competitiva** que permitió la diferenciación consistió, principalmente, en:

a) el Hospital de La Ribera ofreció una **amplia cartera de servicios** (casi todas las especialidades médicas y quirúrgicas), la cual era superior a la de cualquier hospital público de sus dimensiones. El objetivo era la “fidelización” (evitar la fuga de pacientes).

b) un factor esencial de la diferenciación fue que todas las **habitaciones del hospital fueron individuales**, con todo tipo de comodidades para el paciente como para el acompañante (el objetivo era lograr un alto grado de satisfacción del paciente).

c) ser **innovadores**¹⁸⁵ con respecto a la “producción pública directa”, es decir, simplificar los procesos, ampliar los horarios de atención sanitaria (desde las 8 hasta las 22 h), facilidad para conseguir cita, planificar los recursos humanos y materiales para evitar las listas de espera, a través de la reasignación de recursos (se asignan más recursos a quien más lo necesita).

Una herramienta imprescindible para la consecución de los objetivos ha sido la **gestión de los recursos humanos**, la cual consiste en:

a) **reconocimiento**: es uno de los factores motivadores más importantes, ya que la mayoría de los profesionales quieren que se les “reconozca” por el trabajo realizado. La mayoría de las veces, el reconocimiento se realiza a través de mensajes informales o por medio de felicitaciones más o menos formales.

b) **promoción interna**: consiste en que todos los trabajadores tienen “igualdad de oportunidades”. Se valoran aquellos **conocimientos, habilidades y actitudes** que permiten al trabajador alcanzar altas cotas de excelencia, siendo un ejemplo a seguir por el resto de los profesionales.

c) **evaluación de competencias**: consiste en la medición del nivel con que los profesionales están desarrollando las competencias necesarias para garantizar la eficiencia en el desempeño de las misiones, responsabilidades, funciones y tareas propias del puesto

¹⁸⁴ El posicionamiento es una herramienta del marketing que consiste en conseguir que los usuarios “perciban” los servicios que presta la empresa de una determinada forma, es decir, cada empresa debe preguntarse: ¿cómo queremos ser vistos o percibidos por los usuarios?. Se suele decir en los manuales de Marketing algo parecido a lo siguiente: Si se consigue que los usuarios nos perciban como queremos, podemos decir, que “hemos dado en el clavo”.

¹⁸⁵ La innovación es cambiar la forma de hacer las cosas con el fin de mejorar el resultado final

de trabajo que ocupan. Tras la evaluación, las diferencias entre el nivel exigible (perfil) y el alcanzado (evaluación) pueden ser positivas, lo cual supone que el trabajador es promocionable, o negativas (detección de áreas de mejora en el trabajador que es preciso subsanar). Por tanto, la evaluación de competencias sirve para diseñar las necesidades de formación. El objetivo es que todos los profesionales interioricen el espíritu de la **“mejora continua”**¹⁸⁶, imprescindible para que una organización sea eficaz y eficiente (Taberner, E., pág. 45-54).

En definitiva, la búsqueda de la **excelencia** es inherente al “modelo ALZIRA”, ya que es un **objetivo estratégico** muy importante el mejorar (continuamente) la percepción de la calidad de los servicios sanitarios que presta a los ciudadanos. Si los usuarios “perciben” que los servicios sanitarios que les han prestado son iguales o superiores a sus expectativas, entonces, se consigue la **fidelización**, porque, no hay que olvidar, “el dinero sigue al paciente”. Para conseguir este objetivo, la misión del Hospital de La Ribera es: *“Resolver los problemas de la población, siguiendo los criterios científicos más actuales y utilizando la tecnología más avanzada, con una organización centrada en el paciente y una asistencia de calidad, basándose en una **gestión eficiente de sus recursos** y demostrando la viabilidad del nuevo modelo de gestión sanitaria que representa”*.

Aplicando esta “filosofía” o estrategia empresarial, el Hospital de La Ribera, desde su creación, ha sido distinguido en varias ocasiones como el mejor Gran Hospital General de España y, además, **ha conseguido que los usuarios “perciban” que el Hospital de La Ribera presta servicios de “calidad”**. Cuanto mayor sea la calidad “percibida”, mayor será el grado de satisfacción de los usuarios. Hay que tener en consideración que la producción de un hospital es intrínsecamente difícil de definir, ya que es un servicio menos tangible que cualquier otro bien: únicamente puede ser experimentado u observado en tiempo real. O sea, *“el objetivo fundamental del Hospital es satisfacer al paciente para que entienda que el Hospital de La Ribera es el mejor lugar al que puede acudir para solucionar sus problemas de salud”*. Además, hay que tener en cuenta una premisa del marketing: *“si tú no dices lo que haces, otros dirán lo que no haces”*. Según diversos estudios realizados por empresas externas, los índices de satisfacción global del “modelo ALZIRA” son elevados, “donde el **91 %** de los encuestados se declara **satisfecho o muy**

¹⁸⁶ La “mejora continua” es un proceso ininterrumpido de análisis, planificación, ejecución y control de la información referente a la organización, tanto la generada desde el interior como desde el exterior

satisfecho, y un índice global de **fidelidad del 92 %**” (Quirós, T., pág. 55-61 y Delgado S., pág. 63-74). Asimismo, **el 94 % desconoce el modelo de gestión** del hospital (De Rosa, A)¹⁸⁷

Ahora bien, si bien es cierto que el modelo es eficaz y está en constante expansión, sin embargo, **¿es eficiente** con respecto a otros modelos de gestión de los servicios sanitarios?.

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Prima capitativa global de la Consejería de sanidad (1)	547 €	606 €	660 €	714 €	781 €	812 €	825 €
Prima capitativa del "modelo ALZIRA"	413 €	455 €	495 €	535 €	572 €	598 €	607 €
Proporcionalidad (prima "modelo ALZIRA / prima Consejería	75,5%	75,1%	75,0%	74,9%	73,2%	73,6%	73,6%
Ineficiencia (exceso coste "Consejería Sanidad" respecto a la concesión "modelo ALZIRA"	32,45%	33,19%	33,33%	33,46%	36,54%	35,79%	35,91%

(1) Sin incluir: farmacia, prótesis, oxigenoterapia, transporte sanitario e inversiones

Fuente: elaboración propia con datos de la Consejería de Sanidad de la Generalidad Valenciana

Aunque no está reflejado el **ahorro en medicamentos** que le reporta a la Consejería de Salud como consecuencia de los “incentivos” establecidos contractualmente, es evidente que el “modelo ALZIRA” **es más eficiente** que la “producción pública y gestión directa” del Servicio Regional Valenciano (éste es **ineficiente** en torno al **35 %** con respecto al “modelo ALZIRA”), de ahí que este “modelo” se haya **expansionado** a otras Áreas de la Comunidad Valenciana (**Torreveija, Denia, Manises y Elche**) y a otras CC.AA. (**Madrid** y, en el futuro, **Castilla- La Mancha**).

En todas las concesiones que se han realizado en la Comunidad Valenciana, en el accionariado de la empresa adjudicataria siempre existe una empresa aseguradora privada¹⁸⁸: Adelas (Alzira), DKV (Denia), Asisa (Torreveija y Elche) y Sanitas (Manises). Es necesario resaltar la concesión que se otorgó en Denia¹⁸⁹, la cual consistió en “la concesión integral de atención sanitaria” (como en Alzira y el resto), pero, sin embargo, se hizo en un Área sanitaria en la que **ya** existía un Hospital en funcionamiento. Por

¹⁸⁷ <http://d14aafm5ckv3lj.cloudfront.net/n132/entrevista.pdf>

¹⁸⁸ Además de una aseguradora, en todas las concesiones participa la empresa Ribera Salud (50% del capital es de la CAM y el otro 50% es de Bancaja), la cual es una empresa especializada en la gestión sanitaria. Dicha empresa se creó en 1997 para desarrollar iniciativas sanitarias de colaboración público-privadas.

¹⁸⁹ Fue la tercera concesión que se otorgó en la Comunidad Valenciana por un importe de 570 €(para el año 2008). Las anteriores concesiones fueron Alzira (1997) y Torreveija (2003).

consiguiente, la novedad en la “concesión de Denia” consistió en la **transformación**¹⁹⁰ de las organizaciones de los servicios sanitarios públicos (**de** modelos burocráticos de gestión pública **a** modelos empresariales). Dicha concesión fue adjudicada a Marina Salud, SA (65% de DKV y 35% Ribera Salud. La **gestión** consistió en asumir toda la red sanitaria pública¹⁹¹ (centros de salud, ambulatorio de especialidades, hospital actual, etc.), así como el personal que prestaba los servicios. El personal que tenía la condición de funcionario se adscribió con dependencia funcional al centro en el que prestaba los servicios y el personal contratado laboralmente (o interinos) pasaron a formar parte de la plantilla de la empresa adjudicataria. Al igual que las concesiones de Alzira y Torreveja, la empresa adjudicataria asumió todos los costes de funcionamiento de la red sanitaria, excepto: prótesis, transporte sanitario, oxigenoterapia domiciliaria y prestación farmacéutica extrahospitalaria (Campoy, L. y Santacreu, J., pág. 297-321)

4.5.3. El “modelo MADRID”

Aunque es, a nuestro juicio, muy similar al “modelo ALZIRA”, tiene algunas peculiaridades, lo cual permite que se le considere como otra forma de “**colaboración público-privada**” en el sector sanitario.

El “modelo Madrid” consiste en **dos submodelos**:

A) “Modelo VALDEMORO”. Es similar al “modelo ALZIRA”, pero la concesión administrativa es sólo para los **servicios hospitalarios y especializados** (excluidos los trasplantes, oxigenoterapia y transporte sanitario), es decir, no incluye la asistencia primaria.

Bajo esta modalidad se han otorgado las concesiones administrativas de la **Gestión** del servicio público “**Atención sanitaria especializada**” de diversas zonas geográficas y a diversas empresas: “Valdemoro” (Capiro), “Torrejón de Ardoz” (Rivera Salud y Asisa), “Móstoles” (Capiro), “Collado Villalba” (Capiro) y “Carabanchel”. La primera concesión

¹⁹⁰ La empresa adjudicataria se comprometió a: a) adaptar el viejo hospital de Denia como centro de cuidados para la tercera edad, b) construir un nuevo hospital en Denia (280 camas y 42.500 metros cuadrados), c) adaptar el centro ambulatorio de Denia y d) gestionar todos los servicios de la sanidad pública: 12 Centros de salud, 12 Consultorías auxiliares, 3 Centros integrales de salud y 1 Hospital de Denia.

¹⁹¹ La empresa adjudicataria paga un canon por el uso de la infraestructura sanitaria pública que se cede

que se otorgó fue la de “**Valdemoro**” (año 2005) y licitaron por la Gestión del servicio sanitario diversas empresas: Adeslas-Ribera Salud, Sanitas y Capiro, las cuales ofrecieron una prima per cápita anual por prestar el servicio sanitario de 397 €, 447 € y 330 € respectivamente¹⁹². La concesión, obviamente, fue adjudicada a la empresa Capiro y ofreció la posibilidad de que los funcionarios del Servicio Madrileño de Salud pudiesen escoger entre incorporarse a la empresa adjudicataria (recibirían incentivos por productividad) o bien seguir manteniendo la condición de funcionario.

Por ejemplo, en la concesión de “**Collado Villalba**”¹⁹³ licitaron (año 2010) varias empresas (el Grupo Capiro y Ribera Salud - Adeslas). Dicha licitación consistió (objeto del contrato) en la “prestación del servicio público de atención sanitaria especializada correspondiente a la población protegida de los municipios de...” y en “la redacción del proyecto de construcción y la ejecución de las obras del Nuevo Hospital de Collado Villalba”. Además, los licitadores debieron acreditar su solvencia podía hacer frente a inversiones de más de 100.000.000 euros. Respecto al “Pliego de Cláusulas Administrativas” que regulan la Gestión de la atención sanitaria especializada, dichas cláusulas son muy similares a las del “modelo ALZIRA”, es decir: a) los criterios objetivos de licitación, b) adjudicación y formalización del contrato, c) ejecución del contrato, d) derechos y obligaciones del contrato y e) extinción del contrato. En definitiva, cada licitador debe presentar una “documentación técnica” y una “proposición económica” y, el “órgano de contratación adjudica el contrato al licitador que, en su conjunto, presente la oferta económicamente más ventajosa, mediante la aplicación de los criterios objetivos establecidos....” (cláusula 16).

La Gestión del servicio se adjudicó a la empresa sueca Capiro¹⁹⁴ por una prima cápita anual de **580 €**¹⁹⁵. (se excluyen los trasplantes, oxigenoterapia y transporte

¹⁹² http://www.cincodias.com/articulo/empresas/sueca-capio-gana-primer-hospital-privado-madrid/20051201cdsdiemp_6/

¹⁹³ Aunque dicha concesión se le conoce como “Collado Villalba”, en realidad, la Gestión de los servicios sanitarios son también para los municipios de Alpedrete, Morzarzal, Cercedilla, Navacerrada, Los Molinos, Becerril de la Sierra y Collado-Mediano. La población asignada por la concesión asciende, aproximadamente, a 110.000 personas y la inversión prevista para la construcción del Hospital a 108 millones de euros.

¹⁹⁴ La multinacional sueca también gestiona la Clínica de la Concepción (Fundación Jiménez Díaz). La empresa sueca gestiona centros sanitarios en Reino Unido, Francia, Suecia, Noruega, Dinamarca, Finlandia y Suiza. El Grupo Capiro compró, en el año 2005, la empresa Ibérica de Diagnóstico Cirugía por importe de 330 millones. Asimismo, gestiona la Fundación Jiménez Díaz. Capiro Sanidad son líderes en la prestación de

sanitario). El **porcentaje medio** de los servicios hospitalarios y especialidades del SNS, tal y como veíamos en páginas anteriores, es un **55,46%** (**828,70 €persona**) del gasto sanitario público total del SNS (**1.494,23 € año 2009**). Por tanto, el coste de la concesión a Capiro es el **70%**¹⁹⁶ del coste de producción pública directa, o dicho en otros términos, el sector público es **ineficiente** (exceso de coste) con respecto al Grupo Capiro en el **43%**¹⁹⁷ (falta “ajustarlo” por el factor de los trasplantes¹⁹⁸).

Los coeficientes de facturación intercentros son: **0,8** para los desplazados de otras zonas a Valdemoro y **1**¹⁹⁹ para los desplazados de Valdemoro a centros sanitarios públicos.

B) “Modelo MAJADAHONDA”. Consiste en un método de financiación de las infraestructuras sanitarias (PFI = Project Financial Initiatives). Es un **“Contrato de concesión de obra pública”** en virtud del cual la empresa adjudicataria construye y financia una infraestructura (por ejemplo, un hospital) y como contraprestación la Comunidad de Madrid paga un **canon** por el uso de la misma durante la vigencia de la concesión. Cuando finaliza la concesión (30 años), la obra revierte a la Comunidad sin derecho a contraprestación.

La empresa adjudicataria también presta los **servicios no sanitarios**²⁰⁰ (mantenimiento, gestión de residuos, lavandería, archivo de documentación clínica, esterilización, restauración, etc.) y también como contraprestación recibe un canon.

servicios sanitarios, cuya dotación asistencial asciende a 1.451 camas y un equipo humano formado por más de 6.300 profesionales en 25 centros (<http://www.capiosanidad.es/carta-ceo.jsp>).

¹⁹⁵ La otra empresa (Ribera Salud) que compitió por la adjudicación ofreció 640 €por prestar los servicios sanitarios objeto de la concesión.

¹⁹⁶ $(580/828,70 * 100) = 69,99 \%$

¹⁹⁷ $((828,70 - 580) / 580,70) = 42,83 \%$

¹⁹⁸ No disponemos de datos respecto al coste medio de un trasplante, pero, no obstante, se puede realizar una estimación del coste medio per cápita a partir de los datos que proporciona la página web de la Organización Nacional de Trasplantes. El número de trasplantes realizados en el 2.011 fueron: renales (2.230), hepáticos (1.085), cardíacos (260), pulmón (166), páncreas (84), intestino (8). Por tanto, el número total asciende a 3.883, lo cual representa 8,12 personas por cada 100.000 ($3.833 * 100.000 / 47.150.819$). Asimismo, si estimamos un coste medio por trasplante de 1 millón de euros, lo que representa per cápita asciende a 81,29 € ($3.833 * 1.000.000 / 47.150.819$)

¹⁹⁹ En algunas casos y/o concesiones, este coeficiente puede llegar a ser el 1,20, como dijo el ex Consejero D. Juan José Güemes: *“En caso contrario –continuó- cualquier paciente que quiera ser atendido en otro hospital puede hacerlo y es la concesionaria la que tiene que retribuir al sistema madrileño de salud con un 120 por ciento del coste del proceso”* : http://terranoticias.terra.es/sociedad/articulo/consejero_sanidad_madrid_2503483.htm.

²⁰⁰ Unas concesiones similares se han adjudicado en Palma de Mallorca, Burgos, Vigo y Pontevedra.

Por tanto, es un modelo de **gestión privada** de los servicios no sanitarios y de **gestión pública** de los servicios sanitarios²⁰¹. A juicio de C. Navarro²⁰², “la Comunidad de Madrid está implantando nuevas formas de gestión de sus servicios (no sanitarios) para mejorar su calidad y su eficiencia. Y así, hemos construido ocho hospitales mediante el modelo de **colaboración público-privada PFI**, que permiten aplicar criterios de gestión privada a servicios públicos financiados con recursos públicos. Las ventajas de este modelo, a nuestro juicio, son evidentes. Por un lado, la disponibilidad inmediata que tienen las inversiones. Otra de las ventajas es la **eficiencia económica**, ya que se aprovecha la experiencia que tiene el sector privado en la prestación de servicios como lavandería, restauración o limpieza. Y así se produce una transferencia de riesgos al concesionario... y la obra pública debe revertir al término de la concesión, en nuestro caso 30 años, en condiciones óptimas de utilización...”.

Los hospitales que se han construido bajo esta modalidad son: Infanta Sofía/San Sebastian de los Reyes, Henares/Colsada, Infanta Leonor/Vallecas, Sureste/Arganda del Rey, Tajo/Aranjuez, Infanta Cristina/Parla, Puerta del Hierro/Majadahonda (así como el de Majadahonda).

La construcción y apertura de estos hospitales ha descongestionado los Grandes Hospitales (Gregorio Marañón, 12 de Octubre, La Princesa, Getafe y La Paz). El resto de los Hospitales de Madrid son de **gestión directa**. Dicha gestión directa se ha transformado, ya que muchos servicios se han **externalizado** (limpieza, jardinería, repografía, servicio alimentación pacientes, archivo historias clínicas, mantenimiento instalaciones, electromedicina, ...). En definitiva: la financiación, la prestación y la **gestión de los servicios sanitarios es pública**, pero la **gestión de los servicios no sanitarios es privada**. Un ejemplo de este proceso de evolución del modelo de gestión directa es el Hospital Doce de Octubre.

Ahora bien, ¿son más eficientes los “modelos Madrileño y Valenciano” que otros modelos implantados en las CC.AA., como por ejemplo, el “modelo Catalán”?

²⁰¹ Infraestructuras Sanitarias Comunidad de Madrid 2004-2011: www.cerclineinfraestructuras.cat/files/juan.guemes.ppt

²⁰² Directora General de Gestión Económica y Compras de Productos Farmacéuticos y Sanitarios de la Comunidad de Madrid: www.riberasalud.com/Noticia_Ampliada.asp?pid=5&id=24¬id=904 (23-10-2009)

	Población total	Mutualistas.emp. privadas.	Población SNS	Gasto Sant. CC.AA (1)	Gasto per capita	Personas/ Km
Andalucía	8.302.923	436.989	7.865.934	10.288.319	1.307,96 €	96,17
Baleares	1.095.426	33.920	1.061.506	1.379.365	1.299,44 €	222,98
Cataluña	7.475.420	165.213	7.310.207	10.527.040	1.440,05 €	234,83
Comunidad Valenciana	5.094.675	175.366	4.919.309	6.649.981	1.351,81 €	220,05
Comunidad de Madrid	6.386.932	344.558	6.042.374	7.797.323	1.290,44 €	809,00
País Vasco	2.172.175	38.712	2.133.463	3.606.720	1.690,55 €	301,99
Canarias	2.103.992	33.920	2.070.072	2.993.846	1.446,25 €	285,59

(1) en miles de euros

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del Ministerio Sanidad, INE y Memoria 2009 Servicio Madrileño de Salud

Como se puede constatar, el Gasto per cápita menor es la Comunidad de Madrid (**1.290 €**) y la de Andalucía (**1.307, 96 €**), a pesar de la gran diferencia en la densidad de habitantes por kilómetro cuadrado. El que la Comunidad de Madrid sea la más eficiente es atribuible, a nuestro juicio²⁰³, a las economías de escala que genera la mayor densidad de población y, asimismo, a la introducción paulatina, desde el año 2.003, de las diferentes modalidades de colaboración público-privada, las cuales mejoran la eficiencia respecto a la producción y gestión pública. El menor gasto per cápita de Andalucía, a nuestro juicio, puede ser atribuible (en gran parte) a que las retribuciones del personal sanitario de dicha Comunidad son inferiores²⁰⁴ con respecto a la mayoría del resto de CC.AA. y, asimismo, también tiene una ratio²⁰⁵ de personal sanitario por habitante inferior a la mayoría de las CC.AA.

Si comparamos las CC.AA. que tienen una densidad similar (200-300 habitantes/km. cuadrado), se observa que existe una gran diferencia del gasto sanitario per capita, siendo las más eficientes las Comunidad de las Islas Baleares²⁰⁶ (1.299,44 €) y la Comunidad Valenciana (1.351,81 €) y la menos eficiente es el País Vasco (1.690,55 €), incurriendo en un exceso de coste con respecto a la Comunidad de Madrid de **400,11 €** por persona (**31 %** de ineficiencia²⁰⁷ el modelo del País Vasco con respecto al modelo de Madrid).

²⁰³ Es un análisis realizado, desde la perspectiva lógica, con la información que se dispone.

²⁰⁴ <http://d14aafm5ckv3lj.cloudfront.net/n60/analisis.pdf> y

²⁰⁵ <http://www.libertaddigital.com/sociedad/andalucia-esta-peor-que-la-media-espanola-en-37-de-las-43-especialidades-medicas-1276352589/>

²⁰⁶ Existe también gestión privada en diversos hospitales

²⁰⁷ $((1.690,55 - 1.290,44) / 1.290,44) * 100 = 31 \%$

Si comparamos las CC.AA. de Valencia y Cataluña, las cuales tienen una población y densidad similares, podemos observar que es más eficiente la de Valencia en **88,24 €** per cápita (**6,53 %** de ineficiencia de Cataluña respecto a Valencia). No sabemos las causas de la mayor eficiencia de Valencia, pero no es ningún disparate el manifestar que una parte de la misma es atribuible al “modelo ALZIRA” porque, como hemos visto con anterioridad, dicho modelo de gestión privada es más eficiente que la producción y gestión pública directa. Se estima que las diversas concesiones administrativas que funcionan bajo el “modelo ALZIRA” prestan servicios sanitarios a casi 1.000.000 de valencianos (**20,33 %**²⁰⁸ de la población protegida por la Consejería de Salud), por lo que, haciendo una simple extrapolación, si el “modelo ALZIRA” se extendiera a la totalidad de la población **la ineficiencia** del modelo Catalán con respecto al Valenciano sería, aproximadamente, **del 32,12 %**²⁰⁹ (cifra similar del “modelo ALZIRA” con respecto a la producción y gestión pública de la Consejería de Sanidad de Valencia).

²⁰⁸ $(1.000.000 / 4.919.309) * 100 = 20,33 \%$

²⁰⁹ $(100/20,33) * 6,53 =$

5.- CONCLUSIONES:

1ª.- En el momento de finalizar el grueso de esta investigación (**Abril 2.012**), se publicó el Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la **sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad** y seguridad de sus prestaciones.

Dicho Real Decreto-Ley, en el punto I reconoce “la ausencia de normas comunes sobre el aseguramiento en todo el territorio nacional, el **crecimiento desigual en las prestaciones del catálogo**, la falta de adecuación de algunas de ellas a la realidad socioeconómica y la propia **falta de rigor** y énfasis en la grave **dificultad económica sin precedentes** desde su creación. Se ha perdido eficacia²¹⁰ en la gestión de los recursos disponibles, lo que se ha traducido en una alta morosidad y en un insostenible déficit de las cuentas públicas sanitarias”. También dice del Decreto-Ley, que “El Sistema Nacional de Salud viene sufriendo situaciones de **descoordinación** entre los servicios de salud autonómicos lo que se traduce en la aparición de considerables diferencias en las prestaciones y en los servicios a los que acceden los pacientes en las distintas comunidades autónomas. La cohesión territorial y la equidad se han visto puestas en cuestión con determinadas medidas adoptadas durante estos últimos años”.

A nuestro juicio, nada hay que objetar con respecto al diagnóstico que el gobierno de la Nación realiza en el párrafo anterior, ya dichos problemas los hemos abordado al analizar los apartados de la equidad interterritorial, la fragmentación del S.N.S. y la eficiencia del mismo con respecto a otros modelos de gestión privada.

Asimismo, en el punto II, dicho Real Decreto-Ley dice: “el modelo español de Sistema Nacional de Salud (...) se sustenta en la **financiación pública, la universalidad y la gratuidad de los servicios sanitarios**. Por eso, son necesarias reformas que permitan reforzar la sostenibilidad, **mejorar la eficiencia en la gestión**, promover el ahorro y las economías de escala, introducir nuevas herramientas a través de nuevas tecnologías, ganar en cohesión territorial, coordinar los servicios sanitarios y los sociales y, sobre todo,

²¹⁰ Sería más correcto haber dicho eficiencia en lugar de eficacia.

garantizar la igualdad de trato en todo el territorio nacional con una cartera básica de servicios comunes”.

También el Real Decreto-Ley trata reconoce los graves perjuicios económicos que suponen para España como consecuencia de los servicios sanitarios y sociales que se les prestan a los ciudadanos europeos (punto III), así como el uso abusivo que se realizan de los medicamentos (punto IV).

Si bien el diagnóstico que se realiza del S.N.S es, a nuestro juicio, muy cortero (muy similar o casi idéntico al que se realiza en esta tesis), sin embargo, ¿las reformas (terapias) que se proponen son las más apropiadas (o son suficientes) en relación con la gravedad del diagnóstico?.

Veamos cuáles son las medidas o reformas más relevantes que contempla dichos Real Decreto-Ley:

A.- Se restringe el acceso a la tarjeta sanitaria, ya que, según el art. 1, sólo se prestará la asistencia sanitaria a aquellas personas que tengan la condición de asegurado.

¿Quién tiene la condición de asegurado?:

a) ser trabajador por cuenta ajena o por cuenta propia que esté afiliado a la Seguridad Social y en situación de alta o asimilada a la de alta.

b) ostentar la condición de pensionista del sistema de la Seguridad Social.

c) ser perceptor de cualquier otra prestación periódica de la Seguridad Social, incluidas la prestación y el subsidio por desempleo.

d) Haber agotado la prestación o el subsidio de desempleo y figurar inscrito en la oficina correspondiente como demandante de empleo.

Los extranjeros (incluidas las personas que son miembros de algún Estado de la Unión Europea) titulares de una autorización para residir en territorio español, podrán ostentar la condición de asegurado siempre que acrediten que “no superan el límite de ingresos determinado reglamentariamente” (obviamente, esa cantidad se fijará mediante un reglamento).

Aquellas personas que no tengan la condición de asegurado o de beneficiario del mismo podrán obtener la prestación de asistencia sanitaria mediante pago de la

correspondiente contraprestación o cuota derivada de la suscripción de un convenio especial.

Asimismo, **el reconocimiento y control de la condición de asegurado** o de beneficiario del mismo (entrega de la tarjeta sanitaria) **corresponderá al Instituto Nacional de la Seguridad Social**, a través de sus direcciones provinciales, que establecerá los requisitos documentales a presentar en cada caso. Esta medida, a nuestro juicio, es muy importante, ya que el gobierno de Nación será quien otorgará (recentralización) la tarjeta sanitaria a través de sus propios órganos administrativos propios (las direcciones provinciales), incluidos los órganos competentes en materia de extranjería. Así, lógicamente, se evitarán muchos fraudes que se comenten con la expedición de la tarjeta sanitaria a los extranjeros.

No obstante, existe una excepción a esta regla, ya que los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España, recibirán asistencia sanitaria en casos de “urgencia por enfermedad grave o accidente”, así como “asistencia al embarazo, parto y postparto” y “los “menores de 18 años en las mismas condiciones que los españoles”.

B.- Según el art. 2, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, mediante Real Decreto, acordará la “**cartera común de servicios**” del SNS, la cual tendrá las siguientes modalidades: a) cartera común **básica** de servicios asistenciales, b) cartera común **suplementaria** y c) cartera de servicios **accesorios**.

Este artículo, se ha redactado al amparo de la Constitución Española, el cual indica que “El Estado tiene competencia **exclusiva**” en: “Bases y **coordinación general de la sanidad** y legislación sobre **productos farmacéuticos**” (art. 149. 1. 16^a).

El gobierno de la Nación, a través de este Decreto-Ley, ha ejercido una facultad jurídica que la Constitución le otorga al objeto **coordinar y legislar** en materia de sanidad. Si los reglamentos que deben desarrollar la Ley son coherentes con ésta, lógicamente, se debería garantizar el principio de equidad interterritorial y así se evitará que cada Comunidad Autónoma siga cometiendo los disparates que se ha comentado a lo largo de esta tesis. Por tanto, de hecho, esta norma jurídica es el inicio hacia la “recentralización o reunificación” que se propone en el punto 1^a de las Propuestas.

C.- Creación de un **Fondo de Garantía Asistencial** “con el objeto de **garantizar la cohesión y equidad** en el Sistema Nacional de Salud”. Este Fondo “estará destinado a la **compensación entre las comunidades autónomas** y ciudades de Ceuta y Melilla por las actuaciones que sus servicios de salud realicen en el marco de la aplicación de la cartera común básica de servicios asistenciales y de la suplementaria a las personas que gocen de la condición de asegurado en el Sistema Nacional de Salud en sus desplazamientos temporales” (art.3).

D.- El art. 4 regula la “**Prescripción** de medicamentos y productos sanitarios”. Cuando la prescripción se realice por **principio activo**, el farmacéutico dispensará el medicamento de menor precio de su agrupación homogénea y, en caso de igualdad, el medicamento genérico o el medicamento biosimilar correspondiente. Asimismo, cuando la prescripción se realice por **denominación comercial**, si el medicamento prescrito tiene un precio superior al del menor precio de su agrupación homogénea, el farmacéutico sustituirá el medicamento prescrito por el de menor precio y, en caso de igualdad, dispensará el medicamento genérico o el medicamento biosimilar correspondiente.

Asimismo, dicho artículo indica que la **financiación pública** de los medicamentos estará sometida al **sistema de precios de referencia**, es decir, se fijara “la **cuantía máxima** con la que se financiarán las presentaciones de medicamentos incluidas en cada uno de los conjuntos que se determinen” (los medicamentos no podrán superar el precio de referencia del conjunto al que pertenezcan).

E.- Respecto a la “aportación de los beneficiarios en la prestación farmacéutica ambulatoria” (**copago farmacéutico**), el Decreto-Ley dice: “la aportación del usuario será proporcional al nivel de renta..”. El porcentaje de aportación es variable: 60 %, 50 %, 40 % y 10% del PVP para los usuarios y sus beneficiarios cuya renta (base liquidable) sea igual o superior a 100.000 €, entre 18.000 € y 100.000 €, inferiores a 18.000 € y los pensionistas de la Seguridad Social (excepto si los que tienen rentas superiores a 100.000 €), respectivamente.

Los tratamientos de carácter crónico y los pensionistas con tratamientos de larga duración testarán “sujetos a **topes máximos de aportación**” de **8 €, 18 € y 60 € mensuales**

para las rentas inferiores a 18.000 € entre 18.000 € y 100.000 € y superiores a 100.000 € respectivamente.

Como excepción a la regla general, el Decreto-Ley establece la **exención** de aportación, tanto para los usuarios como a sus beneficiarios, de determinados colectivos (las personas con discapacidad, los perceptores de rentas de integración social y de pensiones no contributivas, los parados que no cobran el subsidio de desempleo y los tratamientos derivados de accidente de trabajo y enfermedad profesional).

Finalmente, “el nivel de aportación de los mutualistas y clases pasivas” de MUFACE, ISFAS y MUGEJU será del 30%. ¿Por qué los pensionistas (y sus beneficiarios) reciben un trato discriminatorio con respecto a los pensionistas (y beneficiarios) de la Seguridad Social?

Debido a la relación que existe entre las Propuestas que se han formulado en el punto 4 y las medidas que se han implementado en dicho Real Decreto-Ley, creemos oportuno realizar algunos comentarios al respecto:

Las medidas que se han implementado, lógicamente, contribuirán a contener o reducir ligeramente el gasto sanitario público total, ya que la introducción del copago farmacéutico para los pensionista, así como el incremento de los precios de referencia de los medicamentos y el restringir el acceso de los extranjeros a los servicios sanitarios de los extranjeros, son medidas necesarias pero, a nuestro juicio, notoriamente insuficientes.

¿Por qué?

Pues, sencillamente, porque no se abordan las reformas estructurales que son imprescindibles y que constituyen, aproximadamente, el 80% del gasto sanitario público total. Dichas reformas consistirían, principalmente, en el **cambio de modelo sanitario** (para conseguir mayor eficiencia) y la introducción del **copago sanitario** (como en todos los países europeos), tal y como se exponen en el punto siguiente.

2º.- En función del estudio precedente, formulamos las siguientes **propuestas** que, a nuestro juicio, pueden contribuir a reducir el Gasto Sanitario Público:

A.- Unificar el Servicio Nacional de Salud. Quizás la palabra más adecuada sería “recentralizar”, pero, teniendo en consideración la connotación peyorativa que a misma suele darse, creemos que es más oportuno utilizar el término “unificar”. Mediante esta medida se conseguiría recuperar las competencias en materia de gestión sanitaria y así eliminar las 17 burocracias, con lo cual se conseguirían ventajas de economía de escala (por ejemplo, centralizando todas las compras) y mayor eficiencia del S.N.S y, asimismo, la necesaria **coordinación y cooperación** entre los diversos territorios de España a través de los órganos administrativos periféricos (principalmente, las Direcciones Provinciales) o la transformación de los Servicios Regionales de Salud de las CC.AA. en entes territoriales dependientes orgánicamente, de hecho, del Ministerio de Sanidad. Además de eliminar los servicios burocráticos innecesarios (ahorro de costes), se evitarían todos los problemas existentes que padece la población que reside en la frontera de dos Comunidades Autónomas limítrofes (por ejemplo, La Rioja y el País Vasco). Finalmente, todo ciudadano residente en cualquier territorio de España que tiene derecho a prestaciones sanitarias a través del SNS español, lógicamente, tendría **una única tarjeta sanitaria y un único historial sanitario**, lo cual facilitaría a los ciudadanos el poder desplazarse temporalmente a cualquier territorio español y, asimismo, el SNS podría gestionar los recursos humanos y materiales con mayor eficiencia.

Asimismo, se conseguiría eliminar o reducir la inequidad interterritorial existente, ya que **la descentralización sanitaria ha provocado inequidad** en el acceso y utilización de los servicios sanitarios públicos, ya que **no existe igualdad efectiva** en lo que respecta a las prestaciones sanitarias que reciben los ciudadanos según la CA en la que residan.

B.- Extender o implantar el “modelo MUFACE”, en una primera fase, a todos los funcionarios de la Administración local y, en una segunda fase, a otros colectivos (por ejemplo, al personal laboral de todas las Administraciones Públicas). Es un hecho incontrovertible el alto grado de satisfacción de los mutualistas, los cuales, año tras año, desde hace más de 30 años, eligen mayoritariamente (entre el **83 % y el 85 %**) recibir gratuitamente los servicios sanitarios a través de **empresas aseguradoras privadas**

(Adeslas, Asisa, DKV y Sanitas) y sólo un pequeño porcentaje (entre un **15%** y un **17%**) eligen recibir dichos servicios sanitarios a través de la **producción pública** y gestión directa del SNS (los diversos Servicios de Salud Regionales). Pero, paradójicamente, **lo que eligen la mayoría** (porque creen que es lo mejor para ellos, principalmente por la experiencia acumulada) **es lo más económico para el erario público**, ya que el coste medio per cápita de la producción pública de los servicios sanitarios (**1.494,23 €** en 2.009) es muy superior a los de producción privada (**941,75 €** en 2.009) de los mismos servicios sanitarios²¹¹. Es decir, el coste del “modelo MUFACE” es un **63,03 %** del coste de la producción pública, o dicho de otra forma: la producción pública incurre en un coste superior (o **exceso de coste**) de **552,48 € per cápita**, lo cual significa que la producción pública es **ineficiente en el 58,67 %** con respecto a la producción privada.

Si el modelo MUFACE se aplicara a toda la población protegida por el S.N.S. (44.781.878 personas), el **ahorro**²¹² que supondría para el erario público sería de **24.741,09 millones de €**

C.- Extender o implantar el “modelo ALZIRA” en todo el territorio español, es decir, gestión privada de todos los Servicios Regionales de Salud. Es también un hecho incontrovertible que la experiencia del “**modelo ALZIRA**” ha significado un considerable ahorro para el erario público de la Comunidad Valenciana. A través de las diversas concesiones administrativas que se han otorgado a diversas empresas privadas para que suministren los servicios sanitarios en diversas Áreas sanitarias, dichas empresas producen los mismos servicios sanitarios (ambulatorios y hospitalarios) a un **coste inferior (607 € per cápita en el año 2.010) que el coste de la producción directa del Servicio de Salud Valenciano (825 € per cápita en el año 2.010)**, lo cual significa que la producción directa incurre en un exceso de coste de **218 € per cápita**, es decir una ineficiencia del **35,91%** respecto a la gestión privada.

Si el modelo de gestión privada de ALZIRA se aplicara a toda la población protegida por el S.N.S. (44.781.878 personas), el **ahorro**²¹³ que supondría para el erario público sería de **9.762,45 millones de €**

²¹¹ Es una comparación homogénea, ya que ambos costes incluyen los servicios hospitalarios y especializados, los servicios primarios de salud, la farmacia, el traslado, prótesis y aparatos terapéuticos, etc.

²¹² $44.781.878 * 552,48 = 24.741,09$ millones de euros

²¹³ $44.781.878 * 218 = 9.762,45$ millones de euros

Como complemento al “Modelo ALZIRA”, también podría implantarse en determinadas Áreas sanitarias el “**modelo VALDEMORO**” de la Comunidad de Madrid, el cual es similar al “modelo ALZIRA”, pero la concesión administrativa es **sólo para los servicios hospitalarios y especializados** (excluidos los trasplantes, oxigenoterapia y transporte sanitario), es decir, no incluye la asistencia primaria.

Bajo esta modalidad se han otorgado las concesiones administrativas de la **Gestión del servicio público “Atención sanitaria especializada”** en diversas zonas geográficas (a diversas empresas privadas), y también es **más eficiente que la producción pública y gestión directa**, ya que, por ejemplo, el coste de la concesión a Capiro Sanidad es el **70%** del coste de producción pública directa, o dicho en otros términos, el sector público madrileño es **ineficiente** (exceso de coste) con respecto al Grupo Capiro en el **43%**.

D.- Implantar el “modelo MAJADAHONDA” para la financiación de las infraestructuras sanitarias. Debido al gran endeudamiento de las Administraciones Públicas, así como los elevados déficits presupuestarios de éstas en los últimos años, este tipo de **colaboración público-privada** es muy conveniente, ya que es un “Contrato de concesión de obra pública” en virtud del cual la empresa adjudicataria construye y financia una infraestructura (por ejemplo, un hospital) y como contraprestación el Estado paga (pagaría) un **canon** por el uso de la misma durante la vigencia de la concesión. Cuando finaliza la concesión (por ejemplo, 30 años), la obra revierte al Estado sin derecho a contraprestación. Asimismo, la empresa adjudicataria también presta los **servicios no sanitarios** (mantenimiento, gestión de residuos, lavandería, archivo de documentación clínica, esterilización, restauración, etc.) y también como contraprestación recibe un canon. Por tanto, es un modelo de **gestión privada** de los **servicios no sanitarios** y de **gestión pública** de los **servicios sanitarios** que es también complementario de la propuesta anterior (la D).

E.- Incrementar los medicamentos con “precios de referencia” y que todos los pensionistas del SNS paguen (copago farmacéutico) el 20 % del precio total (como los pensionistas de MUFACE) **de todos los medicamentos.**

Una medida que contribuye a disminuir o frenar el gasto farmacéutico es el **precio de referencia**, el cual consiste, esencialmente, en que sólo se financia una cantidad fija para todos aquellos medicamentos que tienen los mismos efectos terapéuticos (medicamentos equivalentes) y, a su vez, las empresas farmacéuticas tienen libertad para fijar los precios de dichos medicamentos.

La evidencia empírica internacional corrobora que **los copagos farmacéuticos moderan el gasto sin comprometer la equidad. En España**, se puede afirmar con rotundidad que existe una correlación de semejante naturaleza, ya que según los datos expuestos correspondientes a los años 90 y 2009 y 2010, **el copago farmacéutico reducen considerablemente el consumo** (la elasticidad es mayor que uno).

F.- Introducir el copago en todos los servicios sanitarios (ambulatorios, hospitalarios, especializados y urgencias) **y para todas las personas**. Si no fuese así, la medida no sería eficaz. No obstante, se pueden **reconocer exenciones** a favor de quienes carezcan de capacidad económica, enfermos crónicos y otras situaciones análogas. Los servicios recibidos se cargarían en la tarjeta sanitaria y periódicamente se cobrarían a través de la domiciliación bancaria.

La evidencia empírica disponible es prácticamente unánime: cuando se introduce el copago o aumenta éste, se produce una disminución en la utilización de los servicios sanitarios, es decir, la elasticidad precio es negativa para todos los servicios sanitarios, aunque para determinados servicios (las urgencias) existe menos elasticidad precio. No obstante, las variaciones de las cantidades demandadas de los servicios sanitarios son inferiores a las variaciones de los precios de los servicios sujetos al copago (elasticidad menor negativa menor que 1).

En definitiva, las personas o familias que pagan (**copago sanitario**) por la utilización de los servicios sanitarios, demandan menos servicios sanitarios que aquellas personas o familias que no pagan nada.

G.- Incrementar las campañas de Prevención.

Debido a que “los servicios sanitarios sólo influyen en un 25% en la salud de la población”, ya que el factor más importante es el estilo de vida, se trataría de hacer campañas publicitarias a través de los medios de comunicación, Escuelas de Primaria,

Institutos, Asociación de Vecinos, etc. al objeto de “educar” a los ciudadanos al objeto de que adquieran hábitos saludables: no fumar, dieta equilibrada, deporte moderado diario, control del estrés, etc., ya que son los factores que más influyen en la salud de los ciudadanos.

Por consiguiente, si se implementara una política sanitaria de “**prevención**”, se evitaría tener que curar en muchos casos, lo cual **repercutiría positivamente en muchos aspectos** (reducción de los costes sanitarios, reducción de las enfermedades crónicas, aumento de la productividad laboral como consecuencia de la disminución de las incapacidades laborales, etc.). Existe suficiente evidencia empírica para afirmar que **la prevención consigue reducir los costes sanitarios a largo plazo**, ya que, por ejemplo, los ancianos que a lo largo de su vida fumaron menos, dejaron de fumar antes, hicieron más ejercicio o no fueron obesos, originaron un **ahorro de costes muy significativo** con respecto a otros ancianos con hábitos de vida menos saludables.

H.- Mejorar la eficacia del SNS

Según el Barómetro Sanitario 2009 y 2010, **el grado o nivel de satisfacción con el Sistema Sanitario Público en España es de 6,35 y 6,57** puntos sobre 10, respectivamente. Por tanto, se puede concluir que los usuarios están satisfechos de los servicios sanitarios recibidos (no alcanza un notable), pero, **ni muchos menos, están muy satisfechos**.

El verdadero grado de satisfacción del SNS se manifiesta cuando las personas que tienen libertad de elección (para recibir los servicios sanitarios) entre la producción **pública** (SNS) y la **privada** (“modelo MUFACE” o similar), sin embargo, sólo una pequeña parte (15-17%) eligen la producción pública. La eficacia del sector público mejoraría si compitiera, en igualdad de condiciones, con el sector privado, lo cual presupone que los ciudadanos tienen libertad de elección (a coste neutro), como, por ejemplo, Suecia.

Si mejorara la eficacia, quizás, las personas no utilizarán tanto los servicios sanitarios.

I.- Fomentar la doble cobertura a través de incentivos fiscales. Si la sanidad es un bien de mérito universal y gratuito (tal y como está configurado), **el verdadero o auténtico coste del SNS es la suma de la financiación pública (coste del SNS) y una parte importante de la financiación privada**, ya que la mayoría de los 8,5 millones de

personas que suscriben los seguros médicos privados, así como los que pagan los servicios médicos privados, son usuarios del SNS que, por diversos motivos, no utilizan parcialmente los servicios que presta el SNS. O sea, “descongestionan” el SNS y ello es un ahorro para el mismo, ya que si nadie contratara seguros médicos privados o nadie recurriera a la medicina privada, las listas de espera serían mayores (disminuiría la eficacia) o bien se precisarían de más recursos materiales y humanos (aumento del coste total del SNS). Por consiguiente, es justo que se les “compense” a las personas que tienen doble cobertura (por ejemplo, considerarlo como un gasto deducible de los Rendimientos del Trabajo).

6.- BIBLIOGRAFIA:

ABASOLO, I. y otros (2008): “*Equidad en la utilización de servicios sanitarios públicos por Comunidades Autónomas en España: un análisis multinivel*”, Hacienda Pública Española, núm 187 (4/2008).

ALVAREZ LÓPEZ (1975): “*Contabilidad analítica*”, Editorial Donostiarra

ARROW, K.J. (1981): “*La incertidumbre y el análisis del bienestar de las prestaciones médicas*”, Revista ICE.

BACA, E. (2008): “*Presente y futuro de la Medicina en la sociedad actual*”, Conferencia pronunciada en el verano del 2007 en la Escuela de Estudios Hispánicos La Granda (pág. 87-110 de la publicación de Farmaindustria: “Proyección social de la asistencia médica”).

BACA, E. y LÁZARO, J. (Editores): “*Realidad e imagen social de la industria farmacéutica*”, Triacastela, Madrid 2002.

BALLARIN, E. y otros (1979): “*Contabilidad para Dirección*”, Ediciones Orbis

BARBERA, S. y otros (1988): “*Salud y equidad*” (VIII Jornadas de Economía de la Salud), Ministerio de Sanidad y Consumo

BAREA, J. y GÓMEZ, A. (1994): “*El problema de la eficiencia del sector público en España. Especial consideración de la sanidad*”, Instituto de Estudios Económicos.

BAREA, J. (2009): “*El futuro del sector público*” (libro: “El futuro de la economía española”), Fundación Cajamar.

- “*La eficiencia de la Administración Pública*”, Revista Gestión Joven, (2009)

- “*La gestión de la sanidad: un bien privado financiado públicamente*”, Papeles de Economía Española, núm. 69, pág. 52-63 (1996).

BARRERA, L. (2006): “*¿Es la descentralización sinónimo de desigualdad?*”, Revista Española de Economía e la Salud, Volumen 5, Número 5, pág. 253-258

BERNALDO DE QUIRÓS, L. (1998): “*El debate sobre la sanidad*” (artículo del libro “*Alternativas de reforma para la Sanidad Pública*”), Boletín 63 del Círculo de Empresarios.

BLAUG, M. (1993): “*La metodología de la economía*”, Alianza Universidad

BUCHANAN, J. (1995): “*Ética y progreso económico*”, Colección Estudios e Informes núm. 3 de “La Caixa”.

CALLE SAIZ, R. (1970): “*Los bienes públicos, los bienes de mérito y los bienes de demérito*”, Revista de Economía Política, núm. 55 (año1970), pág. 5-72.

CAMPOY, L.F. y 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).

CANTARERO, D. (2008): “*Desigualdades territoriales y equidad en el sistema sanitario español*”, ICE núm. 75

CASADO, G. (1990): “*Cuestiones tributarias prácticas*”, La Ley, 2ª edición.

- “*Persona y derecho tributario*”, Persona y Derecho, 55 (2006)

CASTEJÓN, R. (1996): “*Curso de economía para no economistas*”, UNED.

CIRCULO DE EMPRESARIOS (2006): “*Un sistema sanitario sostenible*”, Documento Círculo Febrero/Marzo 2006

CORDOBA, J. (2009): “*Tipo de Asistencia Sanitaria (pública o privada) elegida por los funcionarios de Albacete. Valoración de su grado de satisfacción*”, Revista Clínica de Medicina de Familia; 2009,; 2 (8)

DELGADO, S. y BOSCH, M. (2007): “*Comunicación y Marketing*” (pag. 63-74 de “Las nuevas formas de Gestión sanitaria: “Modelo Alzira”), Instituto de Estudios Económicos.

DE ROSA, A. (2007): “*Las nuevas fórmulas de Gestión de la Sanidad Pública: el Modelo Alzira*” (pag. 23-34 de “Las nuevas formas de Gestión sanitaria: “Modelo Alzira”), Instituto de Estudios Económicos.

EINAUDI, L. (1963): “*Mitos y paradojas de la justicia tributaria*”, Ariel.

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

FERNANDEZ PIRLA, J.M. (1974): “*Economía y Gestión de la empresa*”, Biblioteca de Ciencias Empresariales.

FERREIRO LAPATZA, J.J. (1994): “*Curso de Derecho Financiero Español*”, Marcial Pons.

FITZPATRICK, S. (2006): “*La contratación externa en el sector público. Principales aspectos económicos y directrices básicas*”, Consejo Económico y Social de la Comunidad de Madrid.

FRIEDMAN, Milton y Rose (1979): “*Libertad de elegir: hacia un nuevo liberalismo económico*”, Grijalbo.

FUENTES QUINTANA, E. (1967): Introducción a la edición española del libro “*Teoría de la Hacienda Pública*” de R. A. Musgrave.

- Introducción a la edición española del libro “*Principios de la imposición*” de F. Neumark, (1974)

- “*Opciones fiscales de los años 80*”, Papeles de Economía, núm. 27, (1986)

- *El Impuesto Lineal: una opción fiscal diferente*”, Papeles de Economía, núm. 30-3, (1987).

- “*Hacienda Pública*”, Rufino García Blanco, (1990)

GARCIA, A. y SALINAS, J. (1988): “*Manual de Hacienda Pública*”, Tecnos, 2ª reimpresión.

GEMMILL, MC y otros (2009): “*Los copagos pueden moderar el gasto y mejorar la eficiencia sin comprometer la equidad*”, Gestión Clínica y Sanitaria, volumen 11, núm. 2.

GONZÁLEZ, B. y otros (2008): *Beneficios, costes y riesgos de la descentralización sanitaria en España*”, Revista Referent, núm 3.

GONZÁLEZ NÚÑEZ, J. L. (1997): “*Economías de escala, eficiencia frontera y cambio técnico a partir de funciones de producción: una aplicación a las empresas del mercado único europeo*”, Tesis doctoral de la U.A.B.

GONZALO y GONZÁLEZ, L. (2002): *¿Qué es, cómo se hace una tesis doctoral?*, Revista de Economía Aplicada e Historia Económica de la UNED, núm. 8.

- “*La Sanidad como bien de mérito: consecuencias económico-financieras con referencia a España*”, Conferencia pronunciada en el verano del 2007 en la Escuela de Estudios Hispánicos La Granda (pág. 111-125 de la publicación de Farmaindustria: “Proyección social de la asistencia médica”), 2008.

- “*Quince propuestas para la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud*” (2011)

- *No sólo de impuestos vive la Hacienda*”, publicado el 21/02/2012 en www.vozpopuli.com

- “*A vueltas con el copago sanitario*”, publicado el 27/03/2012 en www.vozpopuli.com

- “*La necesidad de sanear la sanidad (I)*”, publicado el 25/04/2012 en www.vozpopuli.com

- “*La necesidad de sanear la sanidad (y III)*”, publicado el 19/06/2012 en www.vozpopuli.com

INFAC (2010): *El gasto farmacéutico: una responsabilidad compartida*”, Información Farmacoterapéutica de la Comarca, Volumen 18, núm. 9 (www.osakidetza.net).

INFORME PARA EL ANÁLISIS DEL GASTO SANITARIO (2005), Grupo de trabajo de la Conferencia de Presidentes para el análisis del gasto sanitario presidido por la IGAE.

Publicado en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/IGTGS2005.pdf>

KJELL-OLOF FELDT (1997): “*La Reforma del estado de Bienestar: Las lecciones aprendidas*”, Círculo de Empresarios.

LEIGH, J.P. y otros (2005): *Lifestyle Risk Factors Predict Healthcare Costs in an Aging Cohort* (artículo comentado en Documento de Círculo de Empresarios Febrero/Marzo 2006, pág. 24-25).

LIBRO BLANCO SOBRE EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL, (2011), Academia Europea de Ciencias y Artes.

LIMARQUEZ, M. (2004): “*MUFACE: un modelo de protección social de funcionarios públicos, de presente para el futuro*” (IX Congreso Internacional del CLAD sobre Reforma del Estado y de la Administración Pública, Madrid)

LÓPEZ-CASASNOVAS, G. (2002): “*Las políticas de equidad en salud y las relaciones entre renta y salud*”, Hacienda Pública española, núm. 161, pág. 99-126.

-“*La descentralización, ¿parte del problema sanitario o de su solución*”, Gaceta Sanitaria; 17(4), 319-326, (2003).

MAS, N y otros (2011): “*Los sistemas de copago en Europa, Estados Unidos y Canada: implicaciones para el caso español*”, Documentos de Investigación de IESE, Rev. 2/2011

MARTÍNEZ, F. (2007): “*Los cambios de las formas jurídicas en la Gestión Sanitaria y su significación histórica*”. (artículo del libro: *Las nuevas formas de Gestión Sanitaria: “Modelo ALZIRA*), Instituto de Estudios Económicos.

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD: “*Barómetro Sanitario*” (2009, 2010 y 2011).

MONCHON, F. (1992): “*Economía Básica*”, McGraw Hill, 2ª edición.

MORALES, J.C. (2007): “*Reforma de empresas públicas y su efecto en la eficiencia y eficacia: el caso de los servicios postales en España*”, Tesis Doctoral de la U.A.B.

MUFACE: “*Memoria Anual*” (2007, 2008, 2009, 2010 y 2011)

MUSGRAVE, R.A. (1969): *Teoría de la Hacienda Pública*, Aguilar, 1ª edición.

MUSGRAVE, R.A. y MUSGRAVE, P.B. (1992), “*Hacienda Pública. Teoría y Aplicada*”, McGraw Hill, 5ª edición.

NAVARRO, F.J. (2005): “*Reflexiones sobre la tasa judicial*”, Revista del Poder Judicial, nº 77.

NEUMARK, FRITZ (1974), “*Principios de la imposición*”, Instituto de Estudios Fiscales.

NEWHOUSE, JP (1993): *“Fre for all?: lessons from the Rand Health Insurance Experiment”*, Harvard University Press.

PARADA, R. (1991): *“Derecho Administrativo”* (Parte General), Marcial Pons.

PERONA, J.L. (2007): *“Mitos y paradojas de la sanidad en España. Una visión crítica”*, Circulo de Sanidad.

PRICEWATERHOUSECOOPERS (2010): *“Quince temas candentes de la Sanidad española para 2010”*.

PREST, A. (1967): *“Hacienda Pública”*, Editorial Gredos.

PUIG-JUNOY, J. (2001): *“Los mecanismos de copago en servicios sanitarios: cuándo, cómo y por qué”*, Hacienda Pública Española, núm. 158-3.

QUIRÓS, T. (2007): *“La gestión de la calidad en el Hospital de la Ribera”* (pag. 55-61 de *“Las nuevas formas de Gestión sanitaria: “Modelo Alzira”*), Instituto de Estudios Económicos.

RAZQUIN, P.M. (1998): *“El seguro de salud. Escenario actual y perspectivas”*, Circulo de Lectores (publicación: *“Alternativas de Reforma para la Sanidad Pública”*).

RICE, T. (1998): *“The Economics of Health Reconsidered”*, Chicago: Health Administration Press.

RICO, A y otros (2001): *La satisfacción de los ciudadanos con la gestión autonómica de sus servicios de salud*, Fundación BBVA.

RIVERA, B. (2003): *El papel de la salud en la acumulación de capital humano: efectos sobre la productividad en economías desarrolladas*, ICE Enero-Febrero 2003.

RODRIGUEZ, A. *“Causas y efectos del absentismo laboral”*, Auditoría Pública, núm. 7

RODRIGUEZ, M. (2006): *“Los copagos en atención sanitaria y su impacto sobre la utilización, el gasto y la equidad”*. Dicho artículo se puede localizar en la dirección: <http://www.fcampalans.cat/images/noticias/Capitol%204.pdf>

RODRIGUEZ-POSE, A. (2005): *La ineficiencia económica de los procesos de descentralización*, Ekonomiaz, núm 58, 1er. Cuatrimestre, 2005

ROJAS, M. (2008): *“Reinventar el Estado del bienestar: la experiencia de Suecia”*, Gota a Gota, 1ª edición.

ROSEN, H. S. (2002): *“Hacienda Pública”*, McGraw Hill, 5ª edición.

RUEDA, N (2006): *“El objetivo de la mejora de la eficiencia pública. Reflexiones a partir de la evidencia empírica”*, Auditoría Pública núm. 40.

SCHWARTZ, P. (1997): *“Invitación a la economía”*, Ramón Febrero (Ed.), Pirámide.

SKAR, M. y otros (2008) : “*Salud Pública en la UE: una visión global*”, Revista Española de Economía de la Salud, volumen 7, número 1.

SALTMAN, R.B. (1997): “*Equidad y justicia distributiva en la reforma europea de la sanidad*” (artículo del libro “*Reformas sanitarias y equidad*”), Argentina.

SEN, A. (2002): *¿Por qué equidad en salud?*. Revista Panam Salud Pública.

SANCHEZ AGESTA, L. (1989) “*Sistema Político de la Constitución española de 1978*”, Editorial Revista de Derecho Privado, 5ª edición.

SANTESMASES, M. (1997): “*Diseño y análisis de encuestas e investigación social y de mercados*”, Pirámide.

SIERRA, R (1988): “*Tesis doctorales y trabajos de investigación científica*”, Paraninfo

TABERNERO, E. (2007): “*La Gestión de Recursos Humanos en el Modelo Alzira*” (pág. 45-54 de “*Las nuevas formas de Gestión sanitaria: “Modelo Alzira*”), Instituto de Estudios Económicos.

TULLOCK, G. (1979): “*Los motivos del Voto*”, Espasa-Calpe.

URBANOS, R.(2000): “*Desigualdades sociales en salud y efectividad potencial de las políticas públicas: un estudio aplicado con datos españoles*”, Hacienda Pública Española, núm. 154 (pág. 217-239).

VALLE, V. (1989): “*La eficacia del gasto público en España*”, Papeles de Economía Española, núm. 41.

WAGSTAFF, A (1993): “*Equity in the finance and delivery of health care: an international perspective*, Oxford University Press.

VICENTE, F (2004): “*Modelos de gestión en los centros sanitarios del Sistema Nacional de Salud*”, Tesis doctoral de la Universidad Rey Juan Carlos.

ZABALZA MARTÍ, A. (1987): “*Algunas reflexiones sobre el Impuesto Lineal*”, Papeles de Economía, núm. 30-31

7.- APÉNDICE DOCUMENTAL

APÉNDICE I

Ministerio de Sanidad. Servicios Sociales e igualdad

**A- PRESUPUESTOS INICIALES PARA SANIDAD DE LAS COMUNIDADES
AUTÓNOMAS, LA ADMINISTRACIÓN CENTRAL Y LA SEGURIDAD SOCIAL
(2007-2011)**

Administración General del Estado y Seguridad Social														
	Millones de euros					% variación				Porcentaje sobre el total				
	2007	2008	2009	2010	2011	08/07	09/08	10/09	11/10	2007	2008	2009	2010	2011
Seguridad Social	1.679,6	1.807,7	1.828,4	1.935,1	1.635,8	7,6	1,1	5,8	-15,5	28,0	28,5	28,1	29,8	26,9
Instituto de Gestión Sanitaria (INGESA)	205,6	230,2	234,1	233,1	229,7	11,9	1,7	-0,4	-1,5	3,4	3,6	3,6	3,6	3,8
Instituto S. de la Marina (ISM): Medicina Marítima	35,9	37,0	37,7	38,5	32,1	3,2	2,0	2,2	-16,7	0,6	0,6	0,6	0,6	0,5
Instituto S. de la Marina (ISM): atención primaria y especializada	6,7	6,6	4,2	4,2	2,8	-1,5	-35,5	0,0	-34,7	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0
Instituto S. de la Marina (ISM): asistencia sanitaria gestionada por CCAA	45,9	46,8	47,3	46,9	0,0	2,0	1,0	-0,8	-100,0	0,8	0,7	0,7	0,7	0,0
Mutuas de Accidentes de Trabajo y EP	1.385,5	1.487,1	1.505,1	1.612,3	1.371,2	7,3	1,2	7,1	-15,0	23,1	23,4	23,2	24,8	22,6
Mutualismo Administrativo	1.879,49	1.977,35	2.060,5	2.104,7	2.088,4	5,2	4,2	2,1	-0,8	31,3	31,1	31,7	32,4	34,4
Mutualidad General Judicial (M. Justicia)	71,38	76,66	80,3	81,3	80,8	7,4	4,8	1,2	-0,7	1,2	1,2	1,2	1,3	1,3
Instituto Social de las Fuerzas Armadas (M. Defensa)	594,00	614,99	637,7	650,3	652,1	3,5	3,7	2,0	0,3	9,9	9,7	9,8	10,0	10,7
Mut. Gral. Funcionarios Civiles del Estado (MPTYAP)	1.214,10	1.285,68	1.342,4	1.373,1	1.355,5	5,9	4,4	2,3	-1,3	20,2	20,2	20,7	21,1	22,3
Administración Central	2.444,57	2.566,50	2.607,71	2.463,95	2.349,15	5,0	1,6	-5,5	-4,7	40,7	40,4	40,1	37,9	38,7
Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (MSPSI)	381,8	387,7	421,1	396,4	332,9	1,6	14,5	-5,9	-16,0	6,0	5,8	6,5	6,1	5,5
MSPSI: Organismos Autónomos (1)	61,7	67,5	73,7	75,1	70,3	9,4	9,1	1,9	-6,4	1,0	1,1	1,1	1,2	1,2
MSPSI: Fundaciones Estatales (2)	67,5	123,3	156,9	153,2	144,5	40,9	27,3	-2,3	-5,7	1,5	1,9	2,4	2,4	2,4
Ministerio Ciencia e Innovación: Instituto de Salud Carlos III	285,0	333,8	324,8	305,8	270,8	17,1	-2,7	-5,8	-11,4	4,7	5,3	5,0	4,7	4,5
Ministerio de Defensa: Asistencia Hospitalaria en las Fuerzas Armadas (3)	216,8	215,0	211,1	205,1	175,8	-0,8	-1,8	-2,8	-14,3	3,6	3,4	3,2	3,2	2,9
Ministerio del Interior: Centros e Instituciones Penitenciarias (4)	22,9	25,0	25,0	24,3	23,0	9,4	0,0	-2,8	-5,3	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
Ministerio de Educación: Clínico de Barcelona	10,3	0,0	0,0	0,0	0,0	-100,0	--	--	--	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0
Ministerio de Economía y Hacienda:														
Dotación complementaria financiación de Asistencia Sanitaria e Insularidad (3)	655,0	655,0	655,0	655,0	655,0	0,0	0,0	0,0	0,0	10,9	10,3	10,1	10,1	10,8
Fondo de Compensación interterritorial (5)	161,9	193,6	174,6	131,1	99,2	19,7	-9,8	-25,0	-24,3	2,7	3,1	2,7	2,0	1,6
Mantenimiento de los centros sanitarios no psiquiátricos en Diputaciones, CCAA uniprovinciales y cabildos insulares (6)	561,7	585,3	565,4	517,94	577,58	0,6	-3,4	-8,4	11,5	9,7	9,2	8,7	8,0	9,5
Total AGE y SS sin consolidar con CCAA	6.003,62	6.351,51	6.496,55	6.503,76	6.073,26	5,79	2,28	0,11	-6,62	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Transferencias a CCAA	1.686,7	1.730,0	1.702,9	1.607,5	1.553,6	2,57	-1,56	-5,60	-3,35					
ISM por servicios transferidos a las CCAA	45,9	46,8	47,3	46,9	--	2,0	1,0	-0,8	--					
Ministerio Sanidad: Fondo de cohesión, Estrategias de salud y Plan de calidad	162,6	164,1	164,9	159,9	133,0	0,9	0,5	-3,1	-16,8					
Ministerio Sanidad: Plan Nacional sobre Drogas	22,4	22,4	21,9	21,9	18,6	0,0	-2,4	0,0	-15,2					
Ministerio Sanidad: Clínico de Barcelona, Uso racional medicamento, Sida y otros	17,5	20,2	32,2	32,2	33,1	15,3	59,4	0,0	2,9					
Instituto de Salud Carlos III. Investigación Sanitaria	6,5	17,4	16,5	18,3	14,1	167,9	-5,4	11,4	-23,2					
Ministerio del Interior: Concierto de Asistencia Sanitaria con las CC.AA.	22,9	25,0	25,0	24,3	23,0	9,4	0,0	-2,8	-5,3					
Ministerio de Educación: Clínico de Barcelona	10,3	--	--	--	--	--	--	--	--					
Ministerio de Economía y Hacienda.	1.398,58	1.434,11	1.395,18	1.304,07	1.331,79	2,5	-2,7	-6,5	2,1					
Total AGE y SS consolidado con CCAA	4.316,94	4.621,52	4.793,63	4.896,23	4.519,64	7,06	3,72	2,14	-7,69					

COMUNIDADES AUTÓNOMAS

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	Presupuesto de gastos corrientes									
	Millones euros					% Variación				
	2007	2008	2009	2010	2011	08/07	09/08	10/09	11/10	
Andalucía*	8.358,92	9.097,56	9.357,91	9.368,98	9.126,65	8,84	2,86	0,12	-2,59	
Aragón	1.534,89	1.663,25	1.808,59	1.846,73	1.814,80	8,36	8,74	2,11	-1,73	
Asturias (Principado de)	1.288,78	1.329,51	1.530,44	1.616,31	1.535,28	3,16	15,11	5,61	-5,01	
Baleares (Illes)**	1.037,13	1.138,63	1.198,59	1.120,14	1.120,14	9,79	5,27	-6,55	0,00	
Canarias	2.336,42	2.660,41	2.835,18	2.802,37	2.487,15	13,87	6,57	-1,16	-11,25	
Cantabria	670,20	704,51	745,15	763,80	702,47	5,12	5,77	2,50	-8,03	
Castilla y León*	2.841,69	3.072,66	3.171,93	3.282,87	3.245,13	8,13	3,23	3,50	-1,15	
Castilla-La Mancha	2.090,43	2.304,73	2.504,14	2.581,35	2.486,39	10,25	8,65	3,08	-3,68	
Cataluña	8.434,95	8.927,68	9.136,41	9.535,67	8.938,64	5,84	2,34	4,37	-6,26	
Comunidad Valenciana	4.865,16	5.229,08	5.433,46	5.486,97	5.274,69	7,48	3,91	0,98	-3,87	
Extremadura	1.357,82	1.491,58	1.616,97	1.588,77	1.519,37	9,85	8,41	-1,74	-4,37	
Galicia	3.207,85	3.445,67	3.574,83	3.565,36	3.456,12	7,41	3,75	-0,27	-3,06	
Madrid (Comunidad de)***	6.206,41	6.724,80	6.922,30	7.035,09	6.996,01	8,35	2,94	1,63	-0,56	
Murcia (Región de)	1.490,02	1.681,90	1.771,42	1.940,69	1.982,09	12,88	5,32	9,56	2,13	
Navarra (Comunidad Foral de)	762,89	826,08	860,28	897,77	896,00	8,28	4,14	4,36	-0,20	
País Vasco*	2.811,07	3.133,12	3.423,52	3.539,60	3.424,62	11,46	9,27	3,39	-3,25	
Rioja (La)	361,40	366,70	443,20	396,66	424,42	1,47	20,86	-10,50	7,00	
Total	49.656,02	53.797,86	56.334,30	57.369,12	55.429,97	8,34	4,71	1,84	-3,38	

NOTAS PRESUPUESTO :

Los datos reflejan el presupuesto sanitario inicial de las Comunidades Autonomas en los mismos términos y fronteras que las mismas utilizan para determinar sus presupuestos consolidados . (Ver nota metodológica)

(*) Por coherencia con el resto de CCAA, el presupuesto inicial de estas incluye lo presupuestado para la atención de drogodependencias, en Consejerías distintas a la de Sanidad.

(**) Presupuestos prorrogados

(***) Por coherencia con la serie histórica, se recoge como gasto corriente el importe de los contratos programa con los nuevos hospitales, presupuestado como Capítulo 8 en 2011.

COMUNIDADES AUTÓNOMAS

Porcentaje del presupuesto de cada CCAA sobre el presupuesto sanitario total del conjunto de las CCAA

	%				
	2007	2008	2009	2010	2011
Andalucía	16,67	16,91	16,67	16,45	16,34
Aragón	3,12	3,09	3,19	3,19	3,22
Asturias (Principado de)	2,56	2,42	2,64	2,75	2,70
Baleares (Illes)	2,07	2,12	2,13	1,97	2,05
Canarias	4,82	4,96	4,97	4,78	4,43
Cantabria	1,38	1,33	1,35	1,33	1,27
Castilla y León	5,82	5,89	5,78	5,89	6,03
Castilla-La Mancha	4,59	4,66	4,84	4,89	4,90
Cataluña	16,58	16,19	15,99	16,55	16,03
Comunidad Valenciana	9,72	9,65	9,60	9,58	9,61
Extremadura	2,79	2,83	2,91	2,79	2,74
Galicia	6,47	6,43	6,39	6,24	6,18
Madrid (Comunidad de)	12,41	12,29	12,08	11,85	12,43
Murcia (Región de)	3,00	3,12	3,14	3,32	3,52
Navarra (Comunidad Foral de)	1,54	1,54	1,54	1,65	1,69
País Vasco	5,58	5,78	6,01	6,08	6,11
Rioja (La)	0,89	0,78	0,77	0,69	0,76
	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

COMUNIDADES AUTÓNOMAS									
Presupuestos Iniciales	Presupuesto de gastos financieros y de capital								
	Millones euros					% Variación			
COMUNIDADES AUTÓNOMAS	2007	2008	2009	2010	2011	08/07	09/08	10/09	11/10
Andalucía*	371,67	467,90	468,63	458,40	252,44	25,99	0,16	-2,18	-44,93
Aragón	100,99	83,58	71,12	60,90	34,27	-17,24	-14,91	-14,37	-43,72
Asturias (Principado de)	49,89	38,88	28,56	23,65	16,40	-22,99	-26,56	-17,19	-30,64
Balears (Illes)**	49,55	58,68	58,93	56,21	56,21	18,41	0,44	-4,63	0,00
Canarias	185,93	143,11	94,76	54,63	53,78	-23,45	-33,78	-42,35	-1,57
Cantabria	51,14	50,27	48,42	32,13	27,27	-1,71	-3,67	-33,65	-15,12
Castilla y León*	206,32	260,78	236,82	235,77	216,47	26,78	-9,19	-0,44	-8,19
Castilla-La Mancha	315,88	329,45	348,42	337,15	327,71	4,32	5,76	-3,23	-2,80
Cataluña	248,98	231,95	289,79	352,61	262,23	-1,29	24,93	21,68	-25,63
Comunidad Valenciana	224,79	226,53	226,53	233,29	240,61	0,29	0,00	2,98	3,14
Extremadura	101,95	108,33	100,71	75,54	52,72	6,34	-7,04	-24,99	-30,21
Galicia	180,29	193,33	192,29	163,46	91,21	7,26	-0,54	-14,99	-44,20
Madrid (Comunidad de)***	294,04	229,03	200,17	46,15	138,37	-22,43	-12,60	-76,95	199,85
Murcia (Región de)	81,18	83,63	82,24	44,14	41,37	3,73	-1,67	-46,33	-6,28
Navarra (Comunidad Foral de)	44,38	47,17	46,66	88,99	75,93	6,27	-1,08	90,74	-14,68
País Vasco*	114,39	134,74	122,92	90,68	81,61	18,05	-8,77	-26,23	-10,00
Rioja (La)	105,99	74,10	9,37	15,33	9,91	-68,03	-87,36	63,66	-35,34
Total	2.727,35	2.761,48	2.626,34	2.369,03	1.978,50	0,30	-4,89	-9,80	-16,48

COMUNIDADES AUTÓNOMAS									
Presupuestos Iniciales	Presupuesto total de gastos								
COMUNIDADES AUTÓNOMAS	Millones euros					% Variación			
	2007	2008	2009	2010	2011	08/07	09/08	10/09	11/10
Andalucía*	8.730,59	9.565,46	9.826,54	9.827,38	9.379,09	9,57	2,73	0,01	-4,56
Aragón	1.635,88	1.746,82	1.879,71	1.907,63	1.849,08	6,78	7,61	1,49	-3,07
Asturias (Principado de)	1.338,67	1.368,39	1.558,99	1.639,96	1.551,69	2,22	13,93	5,19	-5,38
Balears (Illes)**	1.086,68	1.197,30	1.257,53	1.176,35	1.176,35	10,18	5,03	-6,46	0,00
Canarias	2.522,35	2.803,52	2.929,94	2.857,01	2.540,92	11,15	4,51	-2,49	-11,06
Cantabria	721,33	754,78	793,57	795,93	729,75	4,64	5,14	0,30	-8,31
Castilla y León*	3.048,02	3.333,44	3.408,75	3.518,64	3.461,61	9,37	2,26	3,22	-1,62
Castilla-La Mancha	2.406,31	2.634,19	2.852,56	2.918,50	2.814,10	9,47	8,29	2,31	-3,58
Cataluña	8.683,93	9.159,64	9.426,20	9.888,28	9.200,86	5,54	2,91	4,90	-6,95
Comunidad Valenciana	5.089,96	5.455,61	5.659,99	5.720,26	5.515,30	7,16	3,75	1,06	-3,58
Extremadura	1.459,77	1.599,92	1.717,68	1.664,31	1.572,09	9,60	7,36	-3,11	-5,54
Galicia	3.388,13	3.639,00	3.767,12	3.728,81	3.547,32	7,40	3,52	-1,02	-4,87
Madrid (Comunidad de)***	6.500,45	6.953,82	7.122,47	7.081,23	7.134,38	6,90	2,43	-0,58	0,75
Murcia (Región de)	1.571,20	1.765,53	1.853,66	1.984,83	2.023,45	12,38	4,99	7,08	1,95
de)	807,27	873,25	906,94	986,76	971,93	8,17	3,86	8,80	-1,50
Pais Vasco*	2.925,46	3.267,86	3.546,44	3.630,28	3.506,23	11,69	8,52	2,36	-3,42
Rioja (La)	467,39	440,80	452,57	411,99	434,33	-3,15	2,67	-8,97	5,42
Total	52.383,37	56.559,33	58.960,64	59.738,15	57.408,47	7,99	4,25	1,32	-3,90

Presupuestos por persona protegida e incrementos 2007-2011 (Euros)

GASTOS CORRIENTES	2007	2008	2009	2010	2011*	08/07	09/08	10/09	11/10
Andalucía	1.096,82	1.171,11	1.189,68	1.180,94	1.143,51	6,77	1,59	-0,73	-3,17
Aragón	1.252,41	1.324,19	1.418,70	1.448,05	1.415,53	5,73	7,14	2,07	-2,25
Asturias (Principado de)	1.236,27	1.268,77	1.453,23	1.534,94	1.462,53	2,63	14,54	5,62	-4,72
Balears (Illes)	1.040,93	1.096,12	1.129,14	1.044,96	1.036,03	5,30	3,01	-7,46	-0,85
Canarias	1.203,05	1.334,84	1.402,26	1.377,40	1.216,33	10,95	5,05	-1,77	-11,69
Cantabria	1.215,25	1.255,63	1.311,01	1.335,53	1.222,99	3,32	4,41	1,87	-8,43
Castilla y León	1.197,97	1.279,00	1.316,61	1.364,34	1.351,24	6,76	2,94	3,63	-0,96
Castilla-La Mancha	1.105,75	1.177,64	1.255,31	1.282,11	1.224,99	6,50	6,59	2,13	-4,45
Cataluña	1.196,73	1.239,65	1.249,82	1.298,11	1.215,49	3,59	0,82	3,86	-6,36
Comunidad Valenciana	1.032,99	1.076,68	1.104,52	1.111,60	1.065,11	4,23	2,58	0,64	-4,18
Extremadura	1.326,28	1.443,95	1.558,18	1.523,22	1.455,37	8,87	7,91	-2,24	-4,45
Galicia	1.216,28	1.299,60	1.342,22	1.336,61	1.297,00	6,85	3,28	-0,42	-2,96
Madrid (Comunidad de)	1.084,18	1.135,37	1.145,63	1.149,82	1.135,65	4,72	0,90	0,37	-1,23
Murcia (Región de)	1.125,53	1.243,86	1.288,47	1.396,01	1.415,75	10,51	3,59	8,35	1,41
Navarra (Comunidad Foral de)	1.287,73	1.360,67	1.393,27	1.439,65	1.427,17	5,66	2,40	3,33	-0,87
Pais Vasco	1.338,39	1.479,88	1.604,68	1.654,26	1.602,80	10,57	8,43	3,09	-3,11
Rioja (La)	1.219,07	1.201,99	1.433,48	1.279,90	1.371,81	-1,40	19,26	-10,71	7,18
TOTAL CCAA	1.152,15	1.220,68	1.261,47	1.276,74	1.229,22	5,95	3,34	1,21	-3,72
Desviación estandar	92,35	111,45	143,57	159,39	157,10				
Promedio	1.186,80	1.258,17	1.329,19	1.338,67	1.297,61				
Coefficiente de variación	0,078	0,089	0,108	0,119	0,121				

TOTAL PRESUPUESTO	2007	2008	2009	2010	2011*	08/07	09/08	10/09	11/10
Andalucía	1.145,59	1.231,34	1.249,25	1.238,72	1.175,14	7,49	1,45	-0,84	-5,13
Aragón	1.334,81	1.390,73	1.474,49	1.495,80	1.442,27	4,19	6,02	1,45	-3,58
Asturias (Principado de)	1.284,13	1.305,88	1.480,35	1.557,40	1.478,16	1,69	13,36	5,21	-5,09
Balears (Illes)	1.090,66	1.152,61	1.184,66	1.097,39	1.088,01	5,68	2,78	-7,37	-0,85
Canarias	1.298,79	1.406,64	1.449,13	1.404,26	1.242,63	8,30	3,02	-3,10	-11,51
Cantabria	1.307,97	1.345,22	1.396,21	1.391,71	1.270,47	2,85	3,79	-0,32	-8,71
Castilla y León	1.284,94	1.387,55	1.414,90	1.462,32	1.441,38	7,99	1,97	3,35	-1,43
Castilla-La Mancha	1.272,83	1.345,98	1.429,97	1.449,56	1.386,45	5,75	6,24	1,37	-4,35
Cataluña	1.232,06	1.271,86	1.289,46	1.346,11	1.251,15	3,23	1,38	4,39	-7,05
Comunidad Valenciana	1.080,72	1.123,33	1.150,57	1.158,86	1.113,70	3,94	2,42	0,72	-3,90
Extremadura	1.425,86	1.548,83	1.655,22	1.595,64	1.505,87	8,62	6,87	-3,60	-5,63
Galicia	1.284,64	1.372,52	1.414,42	1.397,89	1.331,23	6,84	3,05	-1,17	-4,77
Madrid (Comunidad de)	1.135,54	1.174,03	1.178,75	1.157,36	1.158,12	3,39	0,40	-1,81	0,07
Murcia (Región de)	1.186,85	1.305,72	1.348,29	1.427,76	1.445,30	10,02	3,26	5,89	1,23
Navarra (Comunidad Foral de)	1.362,64	1.438,36	1.468,83	1.582,36	1.548,11	5,56	2,12	7,73	-2,16
Pais Vasco	1.392,86	1.543,52	1.662,29	1.696,64	1.640,99	10,82	7,69	2,07	-3,28
Rioja (La)	1.576,58	1.444,89	1.463,77	1.329,36	1.403,85	-8,35	1,31	-9,18	5,60
TOTAL CCAA	1.215,43	1.283,34	1.320,28	1.329,47	1.273,09	5,59	2,88	0,70	-4,24
Desviación estandar	127,06	123,62	148,57	166,43	160,98				
Promedio	1.276,32	1.340,53	1.394,74	1.399,36	1.348,40				
Coefficiente de variación	0,100	0,092	0,107	0,119	0,119				

(*) Año 2011: Estimación a partir de las Proyecciones de población a corto plazo. 2010-2020, INE: cálculo de poblaciones futuras por sexo, edad y nacionalidad a corto plazo, a partir de las Estimaciones de la Población Actual y del análisis y proyección a corto plazo de la mortalidad, la fecundidad y la migración mediante el cálculo de indicadores básicos de estos tres fenómenos demográficos. Se aplica el incremento estimado al Padrón 2010.

GASTOS FINANCIEROS Y DE CAPITAL	2007	2008	2009	2010	2011*	08/07	09/08	10/09	11/10
Andalucía	48,77	60,23	59,58	57,78	31,63	23,50	-1,09	-3,02	-45,26
Aragón	82,40	66,54	55,79	47,75	26,73	-19,25	-16,16	-14,40	-44,02
Asturias (Principado de)	47,86	37,10	27,11	22,46	15,62	-22,47	-26,92	-17,18	-30,42
Balears (Illes)	49,73	56,49	55,52	52,43	51,98	13,57	-1,71	-5,56	-0,85
Canarias	95,74	71,80	46,87	26,85	26,30	-25,00	-34,73	-42,71	-2,06
Cantabria	92,72	89,59	85,20	56,18	47,48	-3,38	-4,91	-34,06	-15,49
Castilla y León	86,98	108,55	98,30	97,98	90,14	24,80	-9,44	-0,32	-8,01
Castilla-La Mancha	167,09	168,34	174,66	167,46	161,45	0,75	3,76	-4,12	-3,59
Cataluña	35,32	32,21	39,64	48,00	35,66	-8,82	23,08	21,09	-25,72
Comunidad Valenciana	47,73	46,64	46,05	47,26	48,59	-2,27	-1,27	2,63	2,80
Extremadura	99,58	104,87	97,04	72,42	50,50	5,31	-7,47	-25,37	-30,27
Galicia	68,36	72,92	72,20	61,28	34,23	6,67	-0,99	-15,12	-44,14
Madrid (Comunidad de)	51,36	38,67	33,13	7,54	22,46	-24,72	-14,33	-77,23	197,81
Murcia (Región de)	61,32	61,85	59,82	31,75	29,55	0,87	-3,29	-46,92	-6,94
Navarra (Comunidad Foral de)	74,92	77,69	75,56	142,71	120,95	3,70	-2,74	88,86	-15,25
Pais Vasco	54,46	63,64	57,62	42,38	38,20	16,86	-9,47	-26,44	-9,87
Rioja (La)	357,51	242,90	30,30	49,47	32,04	-32,06	-87,53	63,27	-35,22
TOTAL CCAA	63,28	62,66	58,81	52,72	43,88	-0,99	-6,14	-10,35	-16,78
Desviación estandar	75,77	52,77	35,35	41,07	38,55				
Promedio	89,52	82,36	65,55	60,69	50,79				
Coefficiente de variación	0,846	0,641	0,539	0,677	0,759				

**B- EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN PROTEGIDA DEL SISTEMA
NACIONAL DE SALUD (1999-2011)**

EVOLUCIÓN DE LA POBLACION EN ESPAÑA - PADRONES

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011(*)
Andalucía	7.305.117	7.340.052	7.403.968	7.478.432	7.606.848	7.687.518	7.840.700	7.975.672	8.050.461	8.202.220	8.302.923	8.370.975	8.418.762
Aragón	1.186.849	1.189.909	1.199.753	1.217.514	1.230.090	1.249.594	1.269.027	1.277.471	1.296.655	1.326.918	1.345.473	1.347.095	1.353.633
Asturias (Principado de)	1.084.314	1.078.587	1.075.329	1.073.971	1.075.381	1.073.761	1.078.635	1.076.896	1.074.862	1.080.138	1.085.289	1.084.341	1.081.073
Baleares (Illes)	821.820	845.630	878.627	916.988	947.361	955.045	983.131	1.001.062	1.030.650	1.072.844	1.095.428	1.106.049	1.115.291
Canarias	1.672.689	1.718.276	1.781.366	1.843.755	1.894.868	1.915.540	1.968.280	1.995.833	2.025.951	2.075.968	2.103.992	2.118.519	2.128.777
Cantabria	528.478	531.159	537.606	542.275	549.690	554.794	562.309	568.091	572.824	582.138	589.235	592.250	594.738
Castilla y León	2.488.082	2.479.118	2.479.425	2.480.369	2.487.646	2.493.918	2.510.849	2.523.020	2.528.417	2.557.330	2.563.521	2.559.515	2.554.908
Castilla-La Mancha	1.726.199	1.734.261	1.755.053	1.782.038	1.816.781	1.848.881	1.894.667	1.932.261	1.977.304	2.043.100	2.081.313	2.098.373	2.114.726
Cataluña	6.207.533	6.261.999	6.361.365	6.506.440	6.704.146	6.813.319	6.995.208	7.134.697	7.210.508	7.364.078	7.475.420	7.512.361	7.520.488
Comunidad Valenciana	4.066.474	4.120.729	4.202.608	4.326.708	4.470.885	4.543.304	4.692.449	4.806.908	4.885.029	5.029.601	5.094.675	5.111.706	5.127.825
Extremadura	1.073.574	1.069.420	1.073.381	1.073.050	1.073.904	1.075.266	1.083.879	1.086.373	1.089.990	1.097.744	1.102.410	1.107.220	1.108.154
Galicia	2.730.337	2.731.900	2.732.926	2.737.370	2.751.094	2.750.985	2.762.198	2.767.524	2.772.533	2.784.169	2.796.089	2.797.653	2.794.691
Madrid (Comunidad de)	5.145.325	5.205.408	5.372.433	5.527.162	5.718.042	5.804.829	5.984.143	6.008.183	6.081.689	6.271.638	6.396.932	6.458.684	6.500.600
Murcia (Región de)	1.131.128	1.149.328	1.190.378	1.226.993	1.269.230	1.294.694	1.335.792	1.370.306	1.392.117	1.426.109	1.448.520	1.461.979	1.471.838
Navarra (Comunidad Foral de)	538.009	543.757	556.263	569.628	578.210	584.734	593.472	601.874	605.876	620.377	630.578	636.924	641.137
País Vasco	2.100.441	2.098.596	2.101.478	2.108.281	2.112.204	2.115.279	2.124.846	2.133.684	2.141.860	2.157.112	2.172.175	2.178.339	2.175.305
Rioja (La)	265.178	264.178	270.400	281.614	287.390	293.553	301.084	306.377	308.968	317.501	321.702	322.415	321.694
Ceuta	73.704	75.241	75.694	76.152	74.931	74.654	75.276	75.661	76.603	77.369	78.674	80.579	81.359
Melilla	56.929	66.263	68.789	69.184	68.463	68.016	65.488	66.671	69.440	71.448	73.460	76.034	77.244
TOTAL	40.202.160	40.499.791	41.116.842	41.837.894	42.717.064	43.197.684	44.108.530	44.708.964	45.200.737	46.157.822	46.745.807	47.021.031	47.182.833

Fuente: Padrón municipal. INE.

(*) Año 2011: Estimación a partir de las Proyecciones de población a corto plazo. 2010-2020, INE: cálculo de poblaciones futuras por sexo, edad y nacionalidad a corto plazo, a partir de las Estimaciones de la Población Actual y del análisis y proyección a corto plazo de la mortalidad, la fecundidad y la migración mediante el cálculo de indicadores básicos de estos tres fenómenos demográficos. Se aplica el incremento estimado al Padrón 2010.

EVOLUCIÓN DE LA POBLACION EN ESPAÑA - PADRONES

Porcentaje de variación

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	% 2000/1999	% 2001/2000	% 2002/2001	% 2003/2002	% 2004/2003	% 2005/2004	% 2006/2005	% 2007/2006	% 2008/2007	% 2009/2008	% 2010/2009	% 2011/2010
Andalucía	0,48	0,87	1,01	1,72	1,08	2,11	1,80	1,05	1,77	1,23	0,82	0,57
Aragón	0,28	0,83	1,48	1,03	1,58	1,58	0,87	1,50	2,33	1,40	0,12	0,50
Asturias (Principado de)	-0,71	-0,11	-0,13	0,13	-0,15	0,27	0,02	-0,19	0,49	0,48	-0,09	-0,30
Baleares (Illes)	2,90	3,90	4,38	3,31	0,81	2,94	1,82	2,98	4,09	2,10	0,97	0,84
Canarias	2,81	3,79	3,50	2,77	1,09	2,75	1,40	1,51	2,47	1,35	0,89	0,48
Cantabria	0,51	1,21	0,87	1,37	0,93	1,38	1,03	0,83	1,83	1,22	0,51	0,42
Castilla y León	-0,38	0,01	0,04	0,29	0,25	0,88	0,48	0,21	1,14	0,24	-0,16	-0,18
Castilla-La Mancha	0,47	1,20	1,54	1,89	1,82	2,48	1,98	2,33	3,33	1,87	0,82	0,78
Cataluña	0,88	1,59	2,28	3,04	1,83	2,87	1,99	1,08	2,13	1,51	0,49	0,11
Comunidad Valenciana	1,33	1,99	2,95	3,33	1,82	3,28	2,44	1,83	2,98	1,29	0,33	0,32
Extremadura	-0,39	0,37	-0,03	0,08	0,13	0,80	0,23	0,33	0,71	0,43	0,44	0,08
Galicia	0,08	0,04	0,16	0,50	0,00	0,41	0,19	0,18	0,42	0,43	0,08	-0,10
Madrid (Comunidad de)	1,17	3,21	2,88	3,47	1,50	2,74	0,74	1,22	3,12	1,84	1,12	0,85
Murcia (Región de)	1,81	3,57	3,08	3,44	2,01	3,17	2,58	1,59	2,44	1,43	1,07	0,87
Navarra (Comunidad Foral de)	1,07	2,30	2,40	1,51	1,13	1,49	1,42	0,88	2,39	1,84	1,01	0,88
País Vasco	-0,09	0,14	0,32	0,19	0,15	0,45	0,42	0,38	0,71	0,70	0,28	-0,14
Rioja (La)	-0,38	2,38	4,15	2,05	2,14	2,57	1,78	0,85	2,78	1,32	0,22	-0,18
Ceuta	2,09	0,80	0,81	-1,80	-0,37	0,83	0,78	0,98	1,03	1,88	2,42	0,97
Melilla	16,40	3,81	0,57	-1,04	-0,85	-3,72	2,11	3,84	2,89	2,82	3,50	1,59
TOTAL	0,74	1,52	1,75	2,10	1,13	2,11	1,36	1,10	2,12	1,27	0,59	0,34

EVOLUCIÓN DE LA POBLACION EN ESPAÑA - PADRONES

Porcentaje sobre total padrón

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Andalucía	18,17	18,12	18,01	17,87	17,81	17,80	17,80	17,84	17,83	17,77	17,76	17,80	17,84
Aragón	2,95	2,94	2,92	2,91	2,88	2,89	2,88	2,88	2,87	2,87	2,88	2,86	2,87
Asturias (Principado de)	2,70	2,66	2,62	2,57	2,52	2,49	2,44	2,41	2,38	2,34	2,32	2,31	2,29
Balears (Illes)	2,04	2,09	2,14	2,19	2,22	2,21	2,23	2,24	2,28	2,32	2,34	2,35	2,36
Canarias	4,16	4,24	4,33	4,41	4,44	4,43	4,46	4,46	4,48	4,50	4,50	4,51	4,51
Cantabria	1,31	1,31	1,31	1,30	1,29	1,28	1,27	1,27	1,27	1,26	1,26	1,26	1,26
Castilla y León	6,19	6,12	6,03	5,93	5,82	5,77	5,69	5,64	5,59	5,54	5,48	5,44	5,41
Castilla-La Mancha	4,29	4,28	4,27	4,26	4,25	4,28	4,30	4,32	4,37	4,43	4,45	4,46	4,48
Cataluña	15,44	15,46	15,47	15,55	15,69	15,77	15,86	15,96	15,95	15,95	15,99	15,98	15,94
Comunidad Valenciana	10,12	10,17	10,22	10,34	10,47	10,52	10,64	10,75	10,81	10,90	10,90	10,87	10,87
Extremadura	2,67	2,64	2,61	2,56	2,51	2,49	2,46	2,43	2,41	2,38	2,36	2,35	2,35
Galicia	6,79	6,75	6,65	6,54	6,44	6,37	6,26	6,19	6,13	6,03	5,98	5,95	5,92
Madrid (Comunidad de)	12,80	12,85	13,07	13,21	13,39	13,44	13,52	13,44	13,45	13,59	13,66	13,74	13,78
Murcia (Región de)	2,81	2,84	2,90	2,93	2,97	3,00	3,03	3,06	3,08	3,09	3,09	3,11	3,12
Navarra (Comunidad Foral de)	1,34	1,34	1,35	1,36	1,35	1,35	1,35	1,35	1,34	1,34	1,35	1,35	1,36
País Vasco	5,22	5,18	5,11	5,04	4,94	4,90	4,82	4,77	4,74	4,67	4,65	4,63	4,61
Rioja (La)	0,66	0,65	0,66	0,67	0,67	0,68	0,68	0,69	0,68	0,69	0,69	0,69	0,68
Ceuta	0,18	0,19	0,18	0,18	0,18	0,17	0,17	0,17	0,17	0,17	0,17	0,17	0,17
Melilla	0,14	0,16	0,17	0,17	0,16	0,16	0,15	0,15	0,15	0,15	0,16	0,16	0,16
TOTAL	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

EVOLUCIÓN DE LOS MUTUALISTAS PROTEGIDOS POR ENTIDADES DE SEGURO PRIVADO

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Andalucía	474.832	478.039	472.317	476.845	478.891	481.185	477.401	449.566	438.407	433.892	436.989	437.511
Aragón	78.753	79.029	79.163	79.037	77.681	76.770	75.775	72.819	71.105	70.869	70.652	71.768
Asturias (Principado de)	36.369	36.226	36.364	36.005	35.908	35.406	35.014	32.918	32.369	32.271	32.162	31.329
Baleares (Illes)	37.184	37.762	38.137	37.872	37.745	37.751	37.308	34.665	34.298	34.068	33.920	34.099
Canarias	84.634	86.301	88.541	89.832	91.485	92.404	91.111	86.464	83.880	82.909	82.126	83.984
Cantabria	22.776	22.682	22.763	22.890	22.907	22.781	22.599	21.921	21.335	21.057	20.858	20.345
Castilla y León	171.270	171.479	172.677	171.959	170.923	171.510	170.347	160.318	156.319	154.935	154.348	153.312
Castilla-La Mancha	92.037	91.898	92.532	94.032	94.846	94.549	93.665	88.849	86.791	86.026	86.472	85.007
Cataluña	186.424	182.294	181.414	180.827	181.147	178.595	176.738	166.326	162.203	162.296	165.213	166.577
Comunidad Valenciana	181.949	181.923	183.281	186.249	187.847	188.464	186.001	176.809	175.227	172.950	175.366	175.589
Extremadura	68.737	70.077	70.474	70.989	71.238	71.142	70.754	66.934	66.210	64.759	64.678	64.180
Galicia	156.044	154.498	152.479	152.745	152.151	151.144	148.362	138.837	135.115	132.845	132.715	130.195
Madrid (Comunidad de)	435.934	430.347	425.301	426.051	423.265	421.811	408.208	371.637	357.150	348.618	344.558	340.267
Murcia (Región de)	81.452	81.992	81.917	81.938	82.196	82.457	80.981	76.768	68.280	73.952	71.695	71.811
Navarra (Comunidad Foral de)	16.632	16.302	16.515	16.400	16.084	15.737	15.342	13.918	13.447	13.263	13.124	13.323
País Vasco	54.509	53.017	52.966	52.041	50.843	49.064	47.703	43.270	41.531	39.968	38.712	38.656
Rioja (La)	12.958	13.357	13.585	13.681	13.745	13.716	13.616	12.871	12.512	12.426	12.522	12.499
Ceuta	15.360	16.343	16.106	15.646	15.747	15.525	15.087	14.185	14.204	14.361	14.233	14.884
Melilla	13.879	14.928	14.915	14.579	14.664	14.566	14.290	13.640	13.375	13.532	13.586	13.984
TOTAL	2.221.723	2.218.294	2.211.447	2.219.618	2.219.313	2.214.577	2.180.302	2.042.715	1.983.778	1.964.997	1.963.929	1.959.320

Fuente : Mutualidades de funcionarios.

EVOLUCIÓN DE LOS MUTUALISTAS PROTEGIDOS POR ENTIDADES DE SEGURO PRIVADO

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	Porcentaje de variación										
	% 2000/1999	% 2001/2000	% 2002/2001	% 2003/2002	% 2004/2003	% 2005/2004	% 2006/2005	% 2007/2006	% 2008/2007	% 2009/2008	% 2010/2009
Andalucía	0,68	-1,20	0,96	0,43	0,48	-0,79	-5,83	-2,48	-1,03	0,71	0,12
Aragón	0,35	0,17	-0,16	-1,72	-1,17	-1,30	-3,90	-2,35	-0,33	-0,31	1,58
Asturias (Principado de)	-0,39	0,38	-0,99	-0,27	-1,40	-1,11	-5,99	-1,61	-0,36	-0,34	-2,59
Baleares (Illes)	1,55	0,99	-0,69	-0,34	0,02	-1,17	-7,08	-1,06	-0,67	-0,43	0,53
Canarias	1,97	2,60	1,46	1,84	1,00	-1,40	-5,10	-2,99	-1,16	-0,94	2,26
Cantabria	-0,41	0,36	0,56	0,07	-0,55	-0,80	-3,00	-2,67	-1,30	-0,95	-2,46
Castilla y León	0,12	0,70	-0,42	-0,60	0,34	-0,68	-5,89	-2,49	-0,89	-0,38	-0,67
Castilla-La Mancha	-0,37	0,91	1,62	0,87	-0,31	-0,93	-5,14	-2,32	-0,88	0,52	-1,69
Cataluña	-2,22	-0,48	-0,32	0,18	-1,41	-1,04	-5,89	-2,48	0,06	1,80	0,83
Comunidad Valenciana	-0,01	0,75	1,62	0,86	0,33	-1,31	-4,94	-0,89	-1,30	1,40	0,13
Extremadura	1,95	0,57	0,73	0,35	-0,13	-0,55	-5,40	-1,08	-2,19	-0,13	-0,77
Galicia	-0,99	-1,31	0,17	-0,39	-0,66	-1,84	-6,42	-2,68	-1,68	-0,10	-1,90
Madrid (Comunidad de)	-1,28	-1,17	0,18	-0,65	-0,34	-3,22	-8,96	-3,90	-2,39	-1,16	-1,25
Murcia (Región de)	0,68	-0,09	0,03	0,31	0,32	-1,79	-5,20	-11,06	6,31	-3,05	0,16
Navarra (Comunidad Foral de)	-1,98	1,31	-0,70	-1,93	-2,16	-2,51	-9,28	-3,38	-1,37	-1,05	1,52
País Vasco	-2,74	-0,10	-1,75	-2,30	-3,50	-2,77	-9,29	-4,02	-3,76	-3,14	-0,14
Rioja (La)	3,08	1,71	0,71	0,47	-0,21	-0,73	-5,47	-2,79	-0,69	0,77	-0,18
Ceuta	6,47	-1,45	-2,86	0,65	-1,41	-2,82	-5,98	0,13	1,11	-0,89	4,57
Melilla	7,56	-0,09	-2,25	0,58	-0,67	-1,89	-4,55	-1,94	1,17	0,40	2,93
T O T A L	-0,15	-0,31	0,37	-0,01	-0,21	-1,55	-6,31	-2,89	-0,95	-0,05	-0,23

EVOLUCIÓN DE LOS MUTUALISTAS PROTEGIDOS POR ENTIDADES DE SEGURO PRIVADO
Porcentaje de Mutualistas protegidos por Entidades de Seguro Privado sobre padrón

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Andalucía	6,50	6,51	6,38	6,38	6,30	6,26	6,08	5,64	5,44	5,29	5,26	5,23
Aragón	6,64	6,64	6,60	6,49	6,32	6,14	5,97	5,70	5,48	5,34	5,25	5,33
Asturias (Principado de)	3,35	3,36	3,38	3,35	3,34	3,30	3,25	3,06	3,01	2,99	2,96	2,89
Baleares (Illes)	4,52	4,47	4,34	4,13	3,98	3,95	3,79	3,48	3,33	3,18	3,10	3,08
Canarias	5,06	5,03	4,97	4,87	4,83	4,82	4,63	4,33	4,14	3,99	3,90	3,96
Cantabria	4,31	4,27	4,23	4,22	4,17	4,11	4,02	3,86	3,72	3,62	3,54	3,44
Castilla y León	6,88	6,92	6,96	6,93	6,87	6,88	6,78	6,35	6,18	6,06	6,02	5,99
Castilla-La Mancha	5,33	5,29	5,27	5,28	5,22	5,11	4,94	4,60	4,39	4,21	4,15	4,05
Cataluña	3,00	2,91	2,85	2,78	2,70	2,62	2,53	2,33	2,25	2,20	2,21	2,22
Comunidad Valenciana	4,47	4,41	4,36	4,30	4,20	4,15	3,96	3,68	3,59	3,44	3,44	3,44
Extremadura	6,40	6,55	6,57	6,62	6,63	6,62	6,53	6,16	6,07	5,90	5,87	5,80
Galicia	5,72	5,66	5,58	5,58	5,53	5,49	5,37	5,02	4,87	4,77	4,75	4,65
Madrid (Comunidad de)	8,47	8,27	7,92	7,71	7,40	7,27	6,84	6,19	5,87	5,56	5,39	5,27
Murcia (Región de)	7,20	7,13	6,88	6,68	6,48	6,37	6,06	5,60	4,90	5,19	4,96	4,91
Navarra (Comunidad Foral de)	3,09	3,00	2,97	2,88	2,78	2,69	2,59	2,31	2,22	2,14	2,08	2,09
País Vasco	2,60	2,53	2,52	2,47	2,41	2,32	2,25	2,03	1,94	1,85	1,78	1,77
Rioja (La)	4,89	5,06	5,02	4,86	4,78	4,67	4,52	4,20	4,05	3,91	3,89	3,88
Ceuta	20,83	21,72	21,28	20,55	21,02	20,80	20,04	18,70	18,54	18,56	18,09	18,47
Melilla	24,38	22,53	21,68	21,07	21,42	21,42	21,82	20,40	19,26	18,94	18,49	18,39
TOTAL	5,53	5,48	5,38	5,31	5,20	5,13	4,94	4,57	4,39	4,26	4,20	4,17

EVOLUCIÓN DE LA POBLACION PROTEGIDA POR EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011 (*)
Andalucía	6.830.285	6.862.013	6.931.651	7.001.587	7.127.957	7.206.333	7.372.398	7.526.106	7.621.054	7.768.328	7.865.934	7.933.464	7.981.251
Aragón	1.108.096	1.110.880	1.120.590	1.138.477	1.152.409	1.172.814	1.193.252	1.204.652	1.225.550	1.256.049	1.274.821	1.275.327	1.282.065
Asturias (Principado de)	1.047.945	1.040.341	1.038.965	1.037.966	1.039.473	1.038.355	1.041.621	1.043.978	1.042.473	1.047.867	1.053.127	1.053.012	1.049.744
Baleares (Illes)	784.636	807.868	840.490	879.096	909.616	917.294	945.823	966.397	996.352	1.038.776	1.061.506	1.071.950	1.081.192
Canarias	1.588.055	1.629.975	1.692.825	1.753.923	1.803.383	1.823.136	1.877.169	1.909.369	1.942.071	1.993.059	2.021.866	2.034.535	2.044.793
Cantabria	505.702	508.477	514.843	519.385	526.783	532.003	539.710	546.170	551.489	561.081	568.377	571.905	574.393
Castilla y León	2.316.792	2.307.639	2.306.748	2.308.410	2.316.723	2.322.408	2.340.502	2.362.702	2.372.098	2.402.395	2.409.173	2.406.203	2.401.596
Castilla-La Mancha	1.634.162	1.642.563	1.662.521	1.688.006	1.720.935	1.754.332	1.801.002	1.843.412	1.890.513	1.957.074	1.994.841	2.013.366	2.029.719
Cataluña	6.021.109	6.079.705	6.179.951	6.325.613	6.522.999	6.634.724	6.818.468	6.968.371	7.048.305	7.201.782	7.310.207	7.345.804	7.353.911
Comunidad Valenciana	3.884.525	3.938.806	4.019.327	4.140.459	4.283.038	4.354.840	4.506.448	4.630.099	4.709.802	4.856.651	4.919.309	4.936.117	4.952.236
Extremadura	1.004.837	999.343	1.002.907	1.002.061	1.002.666	1.004.144	1.013.125	1.019.439	1.023.780	1.032.985	1.037.732	1.043.040	1.043.974
Galicia	2.574.293	2.577.402	2.580.447	2.584.625	2.598.943	2.599.841	2.613.836	2.628.687	2.637.418	2.651.324	2.663.374	2.667.458	2.664.696
Madrid (Comunidad de)	4.709.391	4.775.061	4.947.132	5.101.101	5.295.677	5.383.018	5.555.935	5.636.546	5.724.539	5.923.020	6.042.374	6.118.417	6.160.333
Murcia (Región de)	1.049.676	1.067.336	1.108.461	1.145.055	1.187.034	1.212.237	1.254.811	1.293.538	1.323.837	1.352.157	1.374.825	1.390.168	1.400.027
Navarra (Comunidad Foral de)	521.377	527.455	539.748	553.228	562.126	568.997	578.130	587.956	592.429	607.114	617.454	623.601	627.814
Pais Vasco	2.045.932	2.045.579	2.048.512	2.056.240	2.061.361	2.066.215	2.077.143	2.090.414	2.100.329	2.117.144	2.133.463	2.139.683	2.136.649
Rioja (La)	252.220	250.821	256.815	267.933	273.645	279.837	287.468	293.506	296.456	305.075	309.180	309.916	309.385
Ceuta	58.354	58.898	59.588	60.506	59.184	59.129	60.189	61.676	62.399	63.028	64.441	65.695	66.475
Melilla	43.050	51.335	53.874	54.605	53.799	53.450	51.198	53.231	56.065	57.916	59.874	62.050	63.260
TOTAL	37.980.437	38.281.497	38.905.395	39.618.276	40.497.751	40.983.107	41.928.228	42.666.249	43.216.959	44.192.825	44.781.878	45.061.711	45.223.513

Fuentes: Padrón municipal a 1 de enero. INE.

Mutualistas no protegidos a 31 de diciembre del año anterior. Mutualidades de funcionarios.

(*) Año 2011: Estimación a partir de las Proyecciones de población a corto plazo. 2010-2020, INE. A partir de las Estimaciones de la Población Actual y del análisis y proyección a corto plazo de la mortalidad, la fecundidad y la migración mediante el cálculo de indicadores básicos de estos tres fenómenos demográficos. El incremento previsto 2011/2010 se aplica al Padrón de 2010. Se mantiene el número de mutualistas de 2010.

EVOLUCIÓN DE LA POBLACION PROTEGIDA POR EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Porcentaje de variación

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	% 2000/1999	% 2001/2000	% 2002/2001	% 2003/2002	% 2004/2003	% 2005/2004	% 2006/2005	% 2007/2006	% 2008/2007	% 2009/2008	% 2010/2009	% 2011/2010
Andalucía	0,46	1,01	1,01	1,80	1,10	2,30	2,08	1,26	1,93	1,26	0,86	0,60
Aragón	0,25	0,87	1,60	1,22	1,77	1,74	0,96	1,73	2,49	1,49	0,04	0,53
Asturias (Principado de)	-0,73	-0,13	-0,10	0,15	-0,11	0,31	0,23	-0,14	0,52	0,50	-0,01	-0,31
Balears (Illes)	2,96	4,04	4,59	3,47	0,84	3,11	2,18	3,10	4,26	2,19	0,98	0,86
Canarias	2,64	3,86	3,61	2,82	1,10	2,96	1,72	1,71	2,63	1,45	0,63	0,50
Cantabria	0,55	1,25	0,88	1,42	0,99	1,45	1,20	0,97	1,74	1,30	0,62	0,44
Castilla y León	-0,40	-0,04	0,07	0,36	0,25	0,78	0,95	0,40	1,28	0,28	-0,12	-0,19
Castilla-La Mancha	0,51	1,22	1,53	1,95	1,94	2,66	2,35	2,56	3,52	1,93	0,93	0,81
Cataluña	0,97	1,65	2,36	3,12	1,71	2,77	2,20	1,15	2,18	1,51	0,49	0,11
Comunidad Valenciana	1,40	2,04	3,01	3,44	1,68	3,48	2,74	1,72	3,12	1,29	0,34	0,33
Extremadura	-0,55	0,36	-0,08	0,06	0,15	0,89	0,62	0,43	0,90	0,46	0,51	0,09
Galicia	0,12	0,12	0,16	0,55	0,03	0,54	0,57	0,33	0,53	0,45	0,15	-0,10
Madrid (Comunidad de)	1,39	3,60	3,11	3,81	1,65	3,21	1,45	1,56	3,47	2,02	1,26	0,69
Murcia (Región de)	1,68	3,85	3,30	3,67	2,12	3,51	3,09	2,34	2,14	1,68	1,12	0,71
Navarra (Comunidad Foral de)	1,17	2,33	2,50	1,61	1,22	1,61	1,70	0,76	2,48	1,70	1,00	0,68
País Vasco	-0,02	0,14	0,38	0,25	0,24	0,53	0,64	0,47	0,80	0,77	0,29	-0,14
Rioja (La)	-0,55	2,39	4,33	2,13	2,26	2,73	2,10	1,01	2,91	1,35	0,24	-0,17
Ceuta	0,93	1,17	1,54	-2,18	-0,09	1,79	2,47	1,17	1,01	2,24	1,95	1,19
Melilla	19,25	4,95	1,36	-1,48	-0,65	-4,21	3,97	5,32	3,30	3,38	3,63	1,95
TOTAL	0,79	1,63	1,83	2,22	1,20	2,31	1,76	1,29	2,26	1,33	0,62	0,36

EVOLUCIÓN DE LA POBLACION PROTEGIDA POR EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Porcentaje sobre total población protegida

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Andalucía	17,98	17,93	17,82	17,67	17,60	17,58	17,58	17,64	17,63	17,58	17,56	17,61	17,65
Aragón	2,92	2,90	2,88	2,87	2,85	2,86	2,85	2,82	2,84	2,84	2,85	2,83	2,83
Asturias (Principado de)	2,76	2,72	2,67	2,62	2,57	2,53	2,48	2,45	2,41	2,37	2,35	2,34	2,32
Baleares (Illes)	2,07	2,11	2,16	2,22	2,25	2,24	2,26	2,27	2,31	2,35	2,37	2,38	2,39
Canarias	4,18	4,26	4,35	4,43	4,45	4,45	4,48	4,48	4,49	4,51	4,51	4,51	4,52
Cantabria	1,33	1,33	1,32	1,31	1,30	1,30	1,29	1,28	1,28	1,27	1,27	1,27	1,27
Castilla y León	6,10	6,03	5,93	5,83	5,72	5,67	5,58	5,54	5,49	5,44	5,38	5,34	5,31
Castilla-La Mancha	4,30	4,29	4,27	4,26	4,25	4,28	4,30	4,32	4,37	4,43	4,45	4,47	4,49
Cataluña	15,85	15,88	15,88	15,97	16,11	16,19	16,26	16,33	16,31	16,30	16,32	16,30	16,26
Comunidad Valenciana	10,23	10,29	10,33	10,45	10,58	10,63	10,75	10,85	10,90	10,99	10,99	10,95	10,95
Extremadura	2,65	2,61	2,58	2,53	2,48	2,45	2,42	2,39	2,37	2,34	2,32	2,31	2,31
Galicia	6,78	6,73	6,63	6,52	6,42	6,34	6,23	6,16	6,10	6,00	5,95	5,92	5,89
Madrid (Comunidad de)	12,40	12,47	12,72	12,88	13,08	13,13	13,25	13,21	13,25	13,40	13,49	13,58	13,62
Murcia (Región de)	2,76	2,79	2,85	2,89	2,93	2,96	2,99	3,03	3,06	3,06	3,07	3,09	3,10
Navarra (Comunidad Foral de)	1,37	1,38	1,39	1,40	1,39	1,39	1,38	1,38	1,37	1,37	1,38	1,38	1,39
País Vasco	5,39	5,34	5,27	5,19	5,09	5,04	4,95	4,90	4,86	4,79	4,76	4,75	4,72
Rioja (La)	0,66	0,66	0,66	0,68	0,68	0,68	0,69	0,69	0,69	0,69	0,69	0,69	0,68
Ceuta	0,15	0,15	0,15	0,15	0,15	0,14	0,14	0,14	0,14	0,14	0,14	0,15	0,15
Melilla	0,11	0,13	0,14	0,14	0,13	0,13	0,12	0,12	0,13	0,13	0,13	0,14	0,14
TOTAL	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

DIFERENTES SERIES DEL GASTO SANITARIO.

DIFERENTES SERIES DE GASTO SANITARIO

En 1963, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoció que la sistematización de la información del flujo de recursos financieros de los sistemas sanitarios es una potente herramienta para que los ministerios de salud administren mejor sus finanzas. En las décadas siguientes, algunos países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) recogieron esta información en forma de cuentas nacionales de salud como parte de sus esfuerzos analíticos para instrumentar las revisiones de sus políticas de salud. Con el tiempo, las cuentas de salud de la OCDE, que sirvieron de sistema de referencia, han llegado a ser un patrón informal para la notificación uniforme en todo lo relativo a los sistemas de atención de la salud.

En 1996, la OCDE convocó una reunión de expertos en estadísticas de salud a la que asistieron delegados de la mayoría de los países miembros, al igual que expertos de la Oficina Estadística de la Unión Europea (Eurostat) y de las regiones europea y panamericana de la OMS, con el propósito de aportar sugerencias sobre cómo mejorar el contenido, metodología y procedimientos para la recogida anual de datos de salud de la OCDE. Como resultado del proceso iniciado en esa reunión, en el año 2000, la OCDE, en cooperación con Eurostat y expertos en el campo de la contabilidad sanitaria, publicó el manual del Sistema de Cuentas de Salud (SCS)¹, que propone un sistema exhaustivo e integrado de cuentas internacionalmente comparables y proporciona un marco uniforme de reglas básicas de contabilidad así como un conjunto de tablas modelo para la difusión de datos sobre gasto sanitario. Una vez publicado el manual, se institucionalizó en OCDE la reunión de expertos en Cuentas Nacionales de Salud, que se realiza anualmente.

En España, el Ministerio de Sanidad y Consumo (actualmente, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad) viene elaborando, desde mediados de los años 90, en colaboración con las comunidades autónomas, la 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 de 1993 (SCN-93).

La puesta en marcha del SCS proporciona una gran oportunidad para mejorar los procedimientos de captura de información para la elaboración de estadísticas de gasto sanitario que permitan comparaciones consistentes, lo que requiere la cooperación dentro de nuestro país entre las distintas administraciones con fuentes de datos relevantes en el campo sanitario con la coordinación de la Subdirección General de Cartera Básica de Servicios del SNS y Fondo de Cohesión.

El proceso de reforma y actualización permanente de la metodología de elaboración de la información sobre gasto sanitario según el esquema del SCS en el ámbito español, tiene dos vertientes:

¹ A System of Health Accounts (SHA), publicado en español como Sistemas de Cuentas de la Salud. OCDE. Banco Interamericano de Desarrollo. 2002.

- Adaptación de los datos de gasto sanitario público suministrados por EGSP. Para ello, en 2001, se creó un grupo de trabajo sobre gasto sanitario dependiente de la Subcomisión de Sistemas de Información del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, cuyo objetivo principal ha sido establecer los criterios y mecanismos para implantar en España la metodología del SCS de la OCDE, a partir de los procedimientos establecidos para la EGSP. Este grupo se compone de las personas que colaboran en la elaboración de la EGSP en las comunidades autónomas y otros organismos públicos, con la dirección de la Subdirección General de Cartera Básica de Servicios del SNS y Fondo de Cohesión.
- Estimación del gasto sanitario privado y el gasto total en cuidados de larga duración, en colaboración con el Instituto Nacional de Estadística (INE) y otros organismos administrativos de los ministerios de Hacienda y Administraciones Públicas y de Empleo y Seguridad Social.

En ambos campos, la Subdirección General de Cartera Básica de Servicios del SNS y Fondo de Cohesión recibe la colaboración de otros grupos de trabajo de la Subcomisión de Sistemas de Información dirigidos por la Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación, especialmente de los grupos de:

- *Contabilidad analítica*, para la elaboración de parámetros de coste que permitan determinados desgloses de la actividad hospitalaria de acuerdo con los modos de producción que define el SCS.
- *Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado*, con el fin de asegurar la coherencia de los datos recogidos por esta estadística con los objetivos, conceptos y clasificaciones del SCS, y una atención especial al tratamiento de las instituciones privadas.

De lo anterior se desprende que existen actualmente en España dos series principales de gasto sanitario:

1. **Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP)**. Únicamente considera el gasto realizado o financiado por agentes sanitarios públicos, y sus métodos de elaboración y objetivos han sido pactadas entre las organizaciones territoriales y no territoriales integrados en el Sistema Nacional de Salud español. Por ello, es coherente a nivel nacional y puede utilizarse para comparaciones entre comunidades autónomas.
2. **Sistema de Cuentas de Salud**. Se basa en clasificaciones y métodos pactados en organizaciones internacionales que afectan a los Estados miembros de las mismas, e incluye el gasto de los agentes privados, sin entrar en consideraciones sobre la organización de los sistemas sanitarios nacionales. Se utiliza, por tanto, para comparaciones entre estados.

Durante estos últimos años, ambas metodologías han tenido series relacionadas, basadas en los mismos datos y fuentes. La EGSP, con algún tratamiento adicional, fue la fuente para los informes

para el análisis del gasto sanitario de las conferencias de presidentes autonómicos publicados en 2005 y 2007. Por su parte, 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*).

Con el fin de dejar claro las características de cada una de las series de gasto sanitario accesibles en la página electrónica del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI), situando en su justa medida las posibilidades de utilización de cada una de ellas mediante el análisis de sus respectivas fronteras funcionales y financieras, se exponen a continuación, de forma resumida, los límites y peculiaridades metodológicas de cada una de ellas.

Estadística de Gasto Sanitario Público

Tradicionalmente, la Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP) venía computando el gasto en términos de liquidación presupuestaria. Esta característica, que apartaba los resultados de la EGSP de los principios contables de la Contabilidad Nacional (CN), se mantuvo hasta la edición que recoge los datos de 2005. A partir de la edición de 2006, los datos se recogen en términos de gasto devengado —gasto real— por lo que ahora en la estadística se presentan dos series distintas:

- La **serie histórica** 1988-2005, que mantiene los gastos en términos de liquidaciones presupuestarias, y que aportará siempre el valor que le da el extenso periodo que abarca y la homogeneidad de su metodología a lo largo del mismo.
- La **nueva serie** 2001-2010, que ya incorpora el principio de devengo. Desde 2006, la recogida de datos de los agentes de gasto se realiza en términos de gasto real. Los datos de la serie 2001 a 2005 se han reconstruido por los técnicos de la Subdirección de Cartera Básica de Servicios del SNS y Fondo de Cohesión a partir de la información que sobre la deuda han proporcionado las comunidades autónomas en el marco de los trabajos del grupo para el análisis del gasto sanitario de la conferencia de presidentes autonómicos.

Para cada uno de los sectores que abarca, la EGSP presenta la información según tres clasificaciones:

- **Agregados de Contabilidad Nacional:** Gasto en consumo colectivo, gasto en consumo individual (distinguiendo, en este caso, la producción pública de la privada), gasto en consumo final, transferencias corrientes y gasto de capital.
- **Funcional.** Las fronteras de definición del ámbito de la EGSP están marcadas por la Clasificación de las Funciones de las Administraciones Públicas (COFOG). Hay que señalar que, hasta el momento, la EGSP se separa de los criterios de la COFOG en cuanto a la delimitación de los servicios ambulatorios y hospitalarios. La información presupuestaria, base de la estadística, no permite diferenciar el gasto de acuerdo con los modos de producción, por lo que los servicios sanitarios a pacientes externos en el ámbito de la atención especializada no se pueden aislar, quedando incluidos en los

gastos de este tipo de atención. Solo aquellos provistos mediante la compra de servicios a agentes privados (concertos) están debidamente tipificados.

- **Económico-presupuestaria:** Remuneración de personal, consumo intermedio, consumo de capital fijo, concertos, transferencias corrientes y gasto de capital.

Desde el punto de vista sectorial, la EGSP incluye:

- De acuerdo con los principios del Sistema Europeo de Cuentas Nacionales y Regionales (SEC95), todas aquellas unidades institucionales del sector de las administraciones públicas cuya actividad principal está incluida en las funciones definidas por la COFOG en su apartado 7 (Salud).
- Empresas públicas del sector sanitario con financiación mayoritaria de las administraciones públicas.
- Aquellas administraciones públicas no sanitarias que desarrollan actividades sanitarias: Mutualismo administrativo, hospitales militares y sanidad penitenciaria.

Desde el punto de vista sectorial, la EGSP no incluye el gasto que pueda producirse en aquellas unidades institucionales cuya actividad principal no es la sanitaria y que no desarrollen programas incluidos en la función sanidad de los Presupuestos Generales del Estado. Quedan, por tanto, fuera del cómputo del gasto aquellas instituciones públicas de servicios sociales que desarrollan actividades relacionadas con el conjunto de prestaciones de atención sociosanitaria que define la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud: los cuidados de larga duración, la atención sanitaria a la convalecencia y la rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable. Estas instituciones y su actividad sí son tenidas en cuenta, con carácter general, al elaborar las cifras del SCS, y, junto al sector privado —por definición no incluido en EGSP— constituyen la diferencia básica entre ambos sistemas de cuentas.

Informe para el análisis del gasto sanitario (informe IGAE)

Aunque la EGSP fue la fuente principal del informe para el análisis del gasto sanitario de la conferencia de presidentes presididos por la Intervención General de la Administración del Estado (IGAE), a efectos del objeto del documento, se realizaron los siguientes ajustes en las cifras originales:

- *Ámbito sectorial.* Desde el punto de vista sectorial, el informe tiene por objeto el análisis del gasto consolidado público de las comunidades autónomas y ciudades con estatuto de autonomía. Este gasto está compuesto por la aportación de las comunidades y ciudades autónomas al gasto total consolidado más las transferencias que cada una de ellas realizan al resto de los sectores.
- *Contabilización.* La serie del informe está contabilizada de acuerdo con el principio de devengo. Las comunidades autónomas suministraron información adicional sobre el

gasto desplazado a ejercicios posteriores, a partir de la cual se reconstruyó la serie en términos de gasto real.

- *Clasificación económica.* Para conseguir una serie totalmente coherente, se eliminaron tanto el consumo de capital fijo como los intereses, ya que estos dos componentes del gasto tienen, en la EGSP, una respuesta no totalmente homogénea.

Sistema de Cuentas de Salud

El Sistema de Cuentas de Salud (SCS) descansa en un esquema triaxial a partir del cual se desarrolla la estructura de cuentas y clasificaciones: funciones, proveedores y financiadores.

La clasificación funcional distingue entre funciones básicas y funciones relacionadas. La suma del gasto de las primeras genera el gasto total en salud, en tanto que las segundas únicamente proporcionan información descriptiva sobre aspectos que el SCS considera relacionados, pero no integrantes del gasto en salud. Así, el SCS deja fuera del cómputo del gasto sanitario —incluyéndolo entre las funciones relacionadas— las funciones de investigación y formación, que la EGSP considera incluidas en el gasto sanitario.

Respecto a los cuidados de larga duración, hay que señalar que un nuevo enfoque dado por Eurostat y OCDE amplía sensiblemente el que recogía inicialmente el manual del SCS. La nueva dimensión de este epígrafe de la clasificación funcional incorpora, además de los cuidados estrictamente sanitarios a personas dependientes, los denominados cuidados personales necesarios para el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria.

Por tanto, es necesario insistir en que la frontera funcional del gasto se separa de la metodología EGSP, y los gastos en cuidados de larga duración constituyen, sin duda, el elemento diferenciador de ambas series que más peso tiene en los resultados, por lo que a las cifras de gasto público respecta.

Desde el punto de vista económico, también hay una diferencia conceptual importante: la EGSP recoge el gasto en consumo final de las administraciones públicas, y, por tanto, no incorpora aquellos gastos en salud que las empresas efectúan como parte de su proceso productivo; gastos que la Contabilidad Nacional recoge como consumos intermedios de las mismas. Esta matización hace referencia a que SCS incluye los gastos de salud laboral. Para el caso español, esta diferencia de enfoque es todavía metodológica, ya que no se ha incorporado ninguna estimación de los mismos. En consecuencia, hasta el momento, esta disparidad de criterios no se ha plasmado en diferencias de cifras entre EGSP y SCS.

Cabe destacar que, aunque los datos de la serie española de SCS se ofrecen ahora por vez primera en toda su extensión, unas primeras estimaciones, referidas a los años 1999 a 2001, se divulgaron en 2005, en una publicación del entonces Ministerio de Sanidad y Consumo que se planteaba más como



herramienta metodológica en el proceso de adaptación EGSP-SCS que como fuente de datos para el análisis².

Cuestionario conjunto OCDE-Eurostat-OMS y base de datos Eco-Salud

El SCS ha sido adoptado por OCDE, Eurostat y OMS como referente para la recogida y tratamiento de la información sobre gasto sanitario, de cara a hacerla totalmente comparable entre los países miembros de estas organizaciones.

En la reunión anual de la OCDE celebrada en septiembre de 2005, se planteó la recogida unificada de datos de gasto sanitario por parte de OCDE, Eurostat y OMS en un cuestionario conjunto, de tal modo que los tres organismos asumen la adopción del sistema SCS y de la Clasificación Internacional de Cuentas de Salud (*International Classification for Health Accounts, ICHA*). Así, a partir de 2006 la información sobre gasto sanitario (referente a datos del año 2004) que se remita a cualquiera de estos organismos debe ser la misma y estar adaptada al SCS.

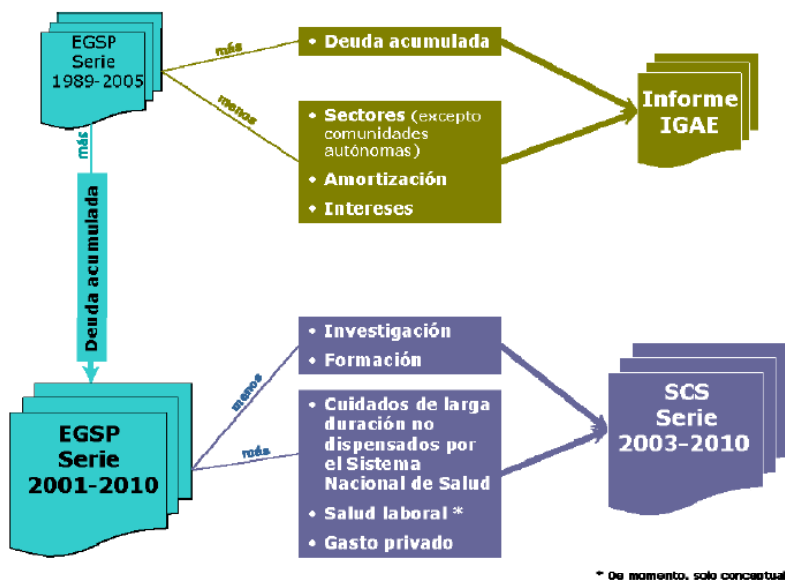
Los datos del gasto sanitario de España que nutren la base de datos Eco-Salud de OCDE (*OECD Health Data*) proceden de la EGSP, para el gasto público, y de las estimaciones de gasto privado realizado por el Departamento, cuyo núcleo central son los datos que proporciona el Instituto Nacional de Estadística a través de las Cuentas Nacionales, y más específicamente el gasto en consumo final de los hogares. A partir de la edición del 2002, Eco-Salud inicia un acercamiento a los esquemas de la SCS y recoge sus datos de acuerdo con la estructura de clasificaciones funcionales, de proveedores y de agentes financiadores del manual del SCS. Las cifras de gasto sanitario en España de esta base de datos tienen una ruptura de serie en el año 2003, año en el que se incorporan —de acuerdo con la metodología del manual del SCS— estimaciones sobre los gastos en cuidados de larga duración.

El Reglamento (CE) nº 1338/2008 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 16 de diciembre de 2008, sobre estadísticas comunitarias de salud pública y de salud y seguridad en el trabajo, recoge un apartado dedicado al gasto sanitario siguiendo los esquemas del SCS. Por ello, y de cara al desarrollo de un reglamento de aplicación que hará obligatorio tal esquema para el suministro de información sanitaria de los Estados miembros de la Unión Europea, las tres organizaciones internacionales (OCDE, Eurostat y OMS) han desarrollado una nueva versión del manual del Sistema de Cuentas de Salud, publicada en 2011.

² La armonización internacional de las estadísticas de gasto sanitario: Sistema de Cuentas de Salud (SCS) en España (OCDE-UE). García Calatayud, María Luisa y Relaño Toledano, Jorge. Este documento recoge y amplía la aportación española, de los mismos autores, al documento de trabajo de OCDE: SHA Based National Health Accounts in Thirteen OECD Countries: A comparative analysis. Eva Orosz and David Morgan. OECD Health Working Papers 2004. Los países participantes en el proyecto fueron: Alemania, Australia, Canadá, Corea, Dinamarca, España, Hungría, Japón, México, Países Bajos, Polonia, Suiza y Turquía.

Relación entre las diferentes series de gasto sanitario

El diagrama adjunto esquematiza las relaciones entre las distintas series de gasto sanitario descritas en el presente documento.



En las tablas siguientes se presentan las cifras globales resultantes de series basadas en las dos metodologías a las que se ha hecho referencia (EGSP y SCS). No recoge las consideradas en los informes del grupo de trabajo de las conferencias de presidentes autonómicos, dado su carácter limitado en el tiempo.

Millones de euros		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Gasto sanitario público	SCS (con CLD)	45.098	48.834	53.574	59.337	64.339	71.170	75.395	74.732
	EGSP (sin CLD no SNS) ¹	42.957	46.349	50.587	55.683	60.227	66.626	70.328	69.169
Gasto sanitario privado	Con CLD	18.978	20.368	21.915	23.489	25.151	26.116	25.497	26.009
	Sin CLD	17.037	18.224	19.661	21.028	22.563	23.345	22.611	22.971
Gasto total	Con CLD	64.076	69.203	75.489	82.825	89.489	97.285	100.892	100.741
	Sin CLD no SNS	59.701	64.280	69.914	76.324	82.341	89.505	92.442	91.576
	Sin CLD	58.701	63.153	68.652	75.013	80.936	87.948	90.847	89.999

CLD: Cuidados de larga duración; SNS: Sistema Nacional de Salud.

¹ Incluye las funciones de investigación y formación.

Porcentaje sobre PIB		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Gasto sanitario público	SCS (con CLD)	5,8	5,8	5,9	6,0	6,1	6,5	7,2	7,1
	EGSP (sin CLD no SNS) ¹	5,5	5,5	5,6	5,6	5,7	6,1	6,7	6,6
Gasto sanitario privado	Con CLD	2,4	2,4	2,4	2,4	2,4	2,4	2,4	2,5
	Sin CLD	2,2	2,2	2,2	2,1	2,1	2,1	2,2	2,2
Gasto total	Con CLD	8,2	8,2	8,3	8,4	8,5	8,9	9,6	9,6
	Sin CLD no SNS	7,6	7,6	7,7	7,7	7,8	8,2	8,8	8,7
	Sin CLD	7,5	7,5	7,6	7,6	7,7	8,1	8,7	8,6

CLD: Cuidados de larga duración; SNS: Sistema Nacional de Salud.

¹ Incluye las funciones de investigación y formación.

Además del peso de los sectores público y privado en el gasto sanitario total, las tablas anteriores ponen de manifiesto la existencia de un componente del gasto dedicado a cuidados de larga duración, con unas fronteras un tanto difusas, que en 2010 se puede cifrar en 10.742 millones de euros, lo que supone un 10,7 por ciento del gasto sanitario total. Este gasto se desglosa en 3.037 millones de euros —un 3,0 por ciento del gasto total— financiados por el sector privado y 7.704 millones de euros financiados por el sector público, de los cuales 1.577 millones —un 1,6 por ciento del gasto total— corren a cargo del SNS y 6.127 millones —un 6,1 por ciento del gasto total— son a cargo de las instituciones de servicios sociales.

C- ESTADÍSTICA DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO (EGSP)

GASTO SANITARIO PÚBLICO. TOTAL CONSOLIDADO. PRINCIPIO DE DEVENGO
DISTRIBUCIÓN POR SECTORES DE GASTO
APORTACION DE LOS SECTORES AL GASTO TOTAL CONSOLIDADO

	Miles de euros corrientes								
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009*	2010*
Administración Central	516.132	648.343	634.910	670.426	817.659	900.052	930.196	1.217.299	905.787
Sistema de Seguridad Social	1.330.378	1.354.015	1.460.663	1.588.775	1.766.646	1.832.774	1.918.668	1.666.888	1.640.808
Mutualidades de Funcionarios	1.411.135	1.538.222	1.634.231	1.701.237	1.769.957	1.854.760	1.972.070	2.053.746	2.076.131
Comunidades Autónomas	34.552.342	38.561.129	41.742.699	45.692.842	50.336.961	54.545.424	60.634.574	64.093.751	63.232.462
Ciudades con Estatuto de Autonomía	10.313	10.402	11.170	12.414	13.333	14.154	16.635	18.513	17.827
Corporaciones Locales	742.744	844.778	865.010	921.144	978.733	1.079.397	1.153.742	1.277.416	1.008.328
GASTO SANITARIO PÚBLICO	38.563.045	42.956.889	46.348.681	50.586.839	55.683.290	60.226.561	66.625.885	70.327.614	68.881.344

	Estructura porcentual								
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009*	2010*
Administración Central	1,34	1,51	1,37	1,33	1,47	1,49	1,40	1,73	1,31
Sistema de Seguridad Social	3,45	3,15	3,15	3,14	3,17	3,04	2,88	2,37	2,38
Mutualidades de Funcionarios	3,66	3,58	3,53	3,36	3,18	3,08	2,96	2,92	3,01
Comunidades Autónomas	89,60	89,77	90,06	90,33	90,40	90,57	91,01	91,14	91,80
Ciudades con Estatuto de Autonomía	0,03	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,03	0,03
Corporaciones Locales	1,93	1,97	1,87	1,82	1,76	1,79	1,73	1,82	1,46
GASTO SANITARIO PÚBLICO	100	100	100	100	100	100	100	100	100

	Variación interanual								
	03 / 02	04 / 03	05 / 04	06 / 05	07 / 06	08 / 07	09 / 08	10 / 09	
Administración Central	25,62	-2,07	5,59	21,96	10,08	3,35	30,86	-25,59	
Sistema de Seguridad Social	1,78	7,88	8,77	11,20	3,74	4,69	-13,12	-1,56	
Mutualidades de Funcionarios	9,01	6,24	4,10	4,04	4,79	6,32	4,14	1,09	
Comunidades Autónomas	11,60	8,25	9,46	10,16	8,36	11,16	5,70	-1,34	
Ciudades con Estatuto de Autonomía	0,86	7,38	11,14	7,40	6,16	17,53	11,29	-3,71	
Corporaciones Locales	13,74	2,39	6,49	6,25	10,29	6,89	10,72	-21,07	
GASTO SANITARIO PÚBLICO		11,39	7,90	9,14	10,07	8,16	10,63	5,56	-2,06

(*) Cifras provisionales

GASTO SANITARIO PÚBLICO. TOTAL CONSOLIDADO. PRINCIPIO DE DEVENGO
ESTRUCTURA SECTORIAL 2002 - 2010
CLASIFICACION ECONOMICO-PRESUPUESTARIA

SECTORES	Miles de euros corrientes								
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009*	2010*
ADMINISTRACIÓN CENTRAL	516.132	648.343	634.910	670.426	817.659	900.052	930.196	1.217.299	905.787
Remuneracion del personal	168.822	267.690	273.844	269.599	316.537	342.098	343.734	356.232	356.483
Consumo intermedio	257.753	235.521	242.697	286.846	336.909	326.459	322.564	648.320	353.434
Consumo de capital fijo	--	--	--	7.419	11.693	12.385	13.234	13.247	12.894
Conciertos	2.881	--	1.918	2.459	5.157	4.356	5.229	6.053	6.479
Transferencias corrientes	41.084	90.975	62.115	61.152	66.246	67.126	58.288	50.111	93.509
Gasto de capital	45.593	54.157	54.335	42.952	81.116	147.629	187.148	143.337	82.988
SISTEMA SEGURIDAD SOCIAL	1.330.378	1.354.015	1.460.663	1.588.775	1.766.646	1.832.774	1.918.668	1.666.888	1.640.808
Remuneracion del personal	465.077	492.817	538.601	564.776	629.079	678.698	746.934	746.363	740.467
Consumo intermedio	429.864	365.879	375.875	418.719	453.241	440.559	437.850	359.189	366.409
Consumo de capital fijo	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Conciertos	313.925	346.983	386.129	371.070	426.517	414.106	416.625	314.740	325.601
Transferencias corrientes	41.337	45.510	50.174	101.619	107.818	128.218	154.134	129.930	114.248
Gasto de capital	80.175	102.825	109.884	132.592	149.991	171.192	163.125	116.667	94.083
MUTUALIDADES FUNCIONARIOS	1.411.135	1.538.222	1.634.231	1.701.237	1.769.957	1.854.760	1.972.070	2.053.746	2.076.131
Remuneracion del personal	157.829	162.905	127.111	152.623	141.635	138.663	150.229	153.749	155.871
Consumo intermedio	15.464	15.595	16.641	14.212	17.631	17.615	20.346	19.135	19.252
Consumo de capital fijo	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Conciertos	821.702	907.848	1.009.454	1.037.739	1.103.406	1.164.184	1.231.571	1.294.698	1.341.001
Transferencias corrientes	409.015	443.680	472.598	488.443	500.543	525.586	562.377	578.505	552.906
Gasto de capital	7.125	8.194	8.427	8.221	6.742	8.712	7.547	7.659	7.101
COMUNIDADES AUTÓNOMAS	34.552.342	38.561.129	41.742.699	45.692.842	50.336.961	54.545.424	60.634.574	64.093.751	63.232.462
Remuneracion del personal	14.951.029	16.433.045	17.843.198	19.411.729	21.476.782	24.311.329	27.063.213	29.334.799	29.051.934
Consumo intermedio	6.155.852	7.106.056	7.851.441	8.914.672	10.353.073	10.785.659	12.650.917	13.347.615	12.955.757
Consumo de capital fijo	88.706	108.347	117.952	136.846	162.338	184.405	210.045	259.691	270.632
Conciertos	3.548.081	3.910.244	4.245.686	4.656.299	4.853.842	5.216.118	5.729.535	5.698.783	5.715.731
Transferencias corrientes	8.453.104	9.542.861	10.125.229	10.787.396	11.332.473	11.943.076	12.723.601	13.446.678	13.469.131
Gasto de capital	1.355.569	1.460.577	1.559.193	1.785.899	2.158.453	2.104.838	2.257.263	2.006.185	1.769.277
CIUDADES CON ESTATUTO DE AUTONOMÍA	10.313	10.402	11.170	12.414	13.333	14.154	16.635	18.513	17.827
Remuneracion del personal	2.447	1.591	1.713	2.603	2.796	3.893	4.017	4.298	3.951
Consumo intermedio	6.887	7.513	8.076	8.389	8.983	9.545	11.397	12.905	12.414
Consumo de capital fijo	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Conciertos	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Transferencias corrientes	642	642	685	668	770	709	1.211	1.311	1.463
Gasto de capital	337	656	695	754	784	7	11	--	--
CORPORACIONES LOCALES	742.744	844.778	865.010	921.144	978.733	1.079.397	1.153.742	1.277.416	1.008.328
Remuneracion del personal	485.488	557.395	584.799	430.324	622.033	662.036	717.086	733.332	615.091
Consumo intermedio	167.597	192.421	201.881	148.554	214.735	228.544	247.549	253.157	212.338
Consumo de capital fijo	139	196	525	228.820	143	414	938	929	180
Conciertos	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Transferencias corrientes	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Gasto de capital	89.520	94.767	77.805	113.445	141.823	188.403	188.169	289.998	180.718
GASTO PÚBLICO EN SANIDAD	38.563.045	42.956.889	46.348.681	50.586.839	55.683.290	60.226.561	66.625.885	70.327.614	68.881.344

(*) Cifras provisionales

GASTO SANITARIO PÚBLICO. TOTAL CONSOLIDADO. PRINCIPIO DE DEVENGO
ESTRUCTURA SECTORIAL 2002 - 2010
CLASIFICACION FUNCIONAL

SECTORES	Miles de euros corrientes									
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009*	2010*	
ADMINISTRACIÓN CENTRAL	516.132	648.343	634.910	670.426	817.659	900.052	930.196	1.217.299	905.787	
Servicios hospitalarios y especializados	172.421	235.078	226.739	203.811	243.170	251.775	207.457	203.814	190.490	
Servicios primarios de salud	59.580	72.324	82.858	80.327	86.776	89.376	114.446	123.272	133.857	
Servicios de salud pública	40.133	71.289	57.864	74.085	99.214	99.152	94.731	413.147	93.953	
Servicios colectivos de salud	197.310	215.494	212.185	267.958	305.787	310.771	325.184	332.515	401.612	
Farmacia	--	--	--	--	--	--	--	--	--	
Traslado, prótesis y ap. terapéuticos	1.096	--	928	1.294	1.595	1.349	1.230	1.215	2.888	
Gasto de capital.	45.593	54.157	54.335	42.952	81.116	147.629	187.148	143.337	82.988	
SISTEMA SEGURIDAD SOCIAL	1.330.378	1.354.015	1.460.663	1.588.775	1.766.646	1.832.774	1.918.668	1.666.888	1.640.808	
Servicios hospitalarios y especializados	368.308	418.399	438.038	481.072	517.513	537.293	569.604	504.289	563.882	
Servicios primarios de salud	518.221	582.040	651.689	747.765	852.945	878.634	912.474	816.583	778.203	
Servicios de salud pública	107.673	33.905	35.325	34.935	40.901	12.648	11.507	7.205	5.543	
Servicios colectivos de salud	159.198	111.565	111.957	117.216	123.053	127.898	134.724	120.694	122.503	
Farmacia	28.395	31.655	34.735	37.589	39.992	60.112	76.206	63.875	45.470	
Traslado, prótesis y ap. terapéuticos	68.408	73.625	79.036	37.606	42.252	44.996	51.028	37.575	31.125	
Gasto de capital.	80.175	102.825	109.884	132.592	149.991	171.192	163.125	116.667	94.083	
MUTUALIDADES FUNCIONARIOS	1.411.135	1.538.222	1.634.231	1.701.237	1.769.957	1.854.760	1.972.070	2.053.746	2.076.131	
Servicios hospitalarios y especializados	699.962	755.787	864.603	891.089	941.186	991.252	1.051.836	1.108.175	1.148.229	
Servicios primarios de salud	123.457	156.789	148.636	148.578	163.075	169.956	177.360	183.311	188.645	
Servicios de salud pública	63	60	--	--	--	--	--	--	--	
Servicios colectivos de salud	164.622	169.125	133.860	159.749	151.936	151.185	164.462	167.248	169.933	
Farmacia	347.947	390.490	418.205	435.293	448.436	470.523	500.211	515.011	488.364	
Traslado, prótesis y ap. terapéuticos	67.960	57.777	60.500	58.309	58.581	63.132	70.655	72.341	73.859	
Gasto de capital.	7.125	8.194	8.427	8.221	6.742	8.712	7.547	7.659	7.101	
COMUNIDADES AUTÓNOMAS	34.552.342	38.561.129	41.742.699	45.692.842	50.336.961	54.545.424	60.634.574	64.093.751	63.232.462	
Servicios hospitalarios y especializados	18.425.433	20.516.274	22.610.358	24.977.515	27.817.653	30.169.494	34.345.041	36.577.712	36.176.795	
Servicios primarios de salud	4.996.777	5.573.443	5.912.165	6.485.673	7.013.671	7.968.873	8.863.358	9.331.717	9.225.210	
Servicios de salud pública	415.839	377.713	469.788	514.862	602.433	716.507	665.559	723.195	648.112	
Servicios colectivos de salud	753.213	877.489	862.174	941.739	1.063.310	1.249.194	1.261.347	1.423.410	1.335.337	
Farmacia	8.110.817	9.189.258	9.699.855	10.284.704	10.812.504	11.371.089	12.144.213	12.856.312	12.846.606	
Traslado, prótesis y ap. terapéuticos	494.693	566.377	629.166	702.451	868.937	965.428	1.097.791	1.175.220	1.231.124	
Gasto de capital.	1.355.569	1.460.577	1.559.193	1.785.899	2.158.453	2.104.838	2.257.263	2.006.185	1.769.277	
UDADES CON ESTATUTO DE AUTONOMÍA	10.313	10.402	11.170	12.414	13.333	14.154	16.635	18.513	17.827	
Servicios hospitalarios y especializados	163	--	--	--	--	--	--	--	--	
Servicios primarios de salud	9.488	9.400	10.108	11.216	12.087	12.985	14.401	15.189	15.147	
Servicios de salud pública	315	345	366	443	461	1.162	2.223	3.325	2.681	
Servicios colectivos de salud	--	--	--	--	--	--	--	--	--	
Farmacia	11	1	1	1	1	--	--	--	--	
Traslado, prótesis y ap. terapéuticos	--	--	--	--	--	--	--	--	--	
Gasto de capital.	337	656	695	754	784	7	11	--	--	
CORPORACIONES LOCALES	742.744	844.778	865.010	921.144	978.733	1.079.397	1.153.742	1.277.416	1.008.328	
Servicios hospitalarios y especializados	401.426	460.899	483.702	458.791	514.313	547.506	593.253	606.680	508.590	
Servicios primarios de salud	244.566	280.810	294.791	342.497	313.332	333.627	361.638	369.815	309.857	
Servicios de salud pública	7.232	8.303	8.711	6.410	9.266	9.861	10.681	10.923	9.162	
Servicios colectivos de salud	--	--	--	--	--	--	--	--	--	
Farmacia	--	--	--	--	--	--	--	--	--	
Traslado, prótesis y ap. terapéuticos	--	--	--	--	--	--	--	--	--	
Gasto de capital.	89.520	94.767	77.805	113.445	141.823	188.403	188.169	289.998	180.718	
GASTO PÚBLICO EN SANIDAD	38.563.045	42.956.889	46.348.681	50.586.839	55.683.290	60.226.561	66.625.885	70.327.614	68.881.344	

(*) Cifras provisionales

GASTO SANITARIO PÚBLICO. TOTAL CONSOLIDADO. PRINCIPIO DE DEVENGO
ESTRUCTURA SECTORIAL 2002 - 2010
CLASIFICACION POR AGREGADOS DE CONTABILIDAD NACIONAL

SECTORES	Miles de euros corrientes									
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009*	2010*	
ADMINISTRACIÓN CENTRAL	516.132	648.343	634.910	670.426	817.659	900.052	930.196	1.217.299	905.787	
Consumo colectivo	197.310	215.494	212.185	267.958	305.787	310.771	325.184	332.515	401.612	
Transfers. sociales - Prod. de no mercado	253.779	345.062	344.571	331.795	400.321	411.419	389.070	718.119	398.855	
Transfers. sociales - Prod. de mercado	19.450	33.630	23.818	27.722	30.435	30.233	28.794	23.328	22.331	
Gasto de capital	45.593	54.157	54.335	42.952	81.116	147.629	187.148	143.337	82.988	
SISTEMA SEGURIDAD SOCIAL	1.330.378	1.354.015	1.460.663	1.588.775	1.766.646	1.832.774	1.918.668	1.666.888	1.640.808	
Consumo colectivo	159.198	111.565	111.957	117.216	123.053	127.898	134.724	120.694	122.503	
Transfers. sociales - Prod. de no mercado	735.856	747.236	802.656	866.417	959.407	991.500	1.050.181	984.986	984.502	
Transfers. sociales - Prod. de mercado	355.149	392.388	436.166	472.551	534.195	542.183	570.637	444.541	439.721	
Gasto de capital	80.175	102.825	109.884	132.592	149.991	171.192	163.125	116.667	94.083	
MUTUALIDADES FUNCIONARIOS	1.411.135	1.538.222	1.634.231	1.701.237	1.769.957	1.854.760	1.972.070	2.053.746	2.076.131	
Consumo colectivo	164.622	169.125	133.860	159.749	151.936	151.185	164.462	167.248	169.933	
Transfers. sociales - Prod. de no mercado	8.734	9.436	9.892	7.086	7.330	5.093	6.113	5.636	5.190	
Transfers. sociales - Prod. de mercado	1.230.654	1.351.468	1.482.052	1.526.181	1.603.949	1.689.770	1.793.948	1.873.202	1.893.908	
Gasto de capital	7.125	8.194	8.427	8.221	6.742	8.712	7.547	7.659	7.101	
COMUNIDADES AUTÓNOMAS	34.552.342	38.561.129	41.742.699	45.692.842	50.336.961	54.545.424	60.634.574	64.093.751	63.232.462	
Consumo colectivo	753.213	877.489	862.174	941.739	1.063.310	1.249.194	1.261.347	1.423.410	1.335.337	
Transfers. sociales - Prod. de no mercado	20.509.752	22.828.058	24.980.248	27.571.232	30.992.445	34.129.774	38.769.513	41.605.926	41.017.256	
Transfers. sociales - Prod. de mercado	11.933.807	13.395.006	14.341.084	15.393.972	16.122.753	17.061.617	18.346.450	19.058.230	19.110.592	
Gasto de capital	1.355.569	1.460.577	1.559.193	1.785.899	2.158.453	2.104.838	2.257.263	2.006.185	1.769.277	
CIUDADES CON ESTATUTO DE AUTONOMÍA	10.313	10.402	11.170	12.414	13.333	14.154	16.635	18.513	17.827	
Consumo colectivo	--	--	--	--	--	--	--	--	--	
Transfers. sociales - Prod. de no mercado	9.334	9.104	9.789	10.992	11.779	13.438	16.046	17.774	17.357	
Transfers. sociales - Prod. de mercado	642	642	685	668	770	709	579	739	471	
Gasto de capital	337	656	695	754	784	7	11	--	--	
CORPORACIONES LOCALES	742.744	844.778	865.010	921.144	978.733	1.079.397	1.153.742	1.277.416	1.008.328	
Consumo colectivo	--	--	--	--	--	--	--	--	--	
Transfers. sociales - Prod. de no mercado	653.224	750.011	787.205	807.698	836.910	890.994	965.573	987.418	827.610	
Transfers. sociales - Prod. de mercado	--	--	--	--	--	--	--	--	--	
Gasto de capital	89.520	94.767	77.805	113.445	141.823	188.403	188.169	289.998	180.718	
GASTO PÚBLICO EN SANIDAD	38.563.045	42.956.889	46.348.681	50.586.839	55.683.290	60.226.561	66.625.885	70.327.614	68.881.344	

(*) Cifras provisionales

GASTO SANITARIO PÚBLICO (2002 - 2010).- PRINCIPIO DE DEVENGO
CUENTAS SATÉLITE
ADMINISTRACIÓN CENTRAL

GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR	Miles de Euros								
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009*	2010*
CONCEPTOS CUENTA SATÉLITE									
1.1 - Investigación y formación	140.132	128.678	129.534	189.838	197.240	196.832	223.984	234.159	250.040
Remuneración del personal	74	30.782	25.092	40.931	46.842	55.353	65.176	70.478	74.526
Consumo intermedio	140.058	97.896	104.442	141.489	138.705	129.093	145.574	150.435	162.620
Consumo de capital fijo	--	--	--	7.419	11.693	12.385	13.234	13.247	12.894
1.2 - Gastos de administración general	35.378	51.803	46.977	49.087	77.756	79.460	72.554	70.936	78.788
Remuneración del personal	23.956	24.894	28.190	30.519	31.734	34.394	35.659	37.806	38.069
Consumo intermedio	11.421	26.910	18.787	18.568	46.022	45.066	36.895	33.130	40.720
Consumo de capital fijo	--	--	--	--	--	--	--	--	--
1. CONSUMO COLECTIVO	175.509	180.482	176.511	238.926	274.996	276.292	296.539	305.095	328.828
2.1.1 - Servicios hospitalarios y especializados	154.892	201.448	205.015	179.068	218.409	226.430	184.277	186.874	175.106
Remuneración del personal	95.157	144.432	148.000	128.690	162.606	172.377	138.896	136.890	131.656
Consumo intermedio	59.735	57.016	57.015	50.378	55.803	54.054	45.380	50.184	43.450
Consumo de capital fijo	--	--	--	--	--	--	--	--	--
2.1.2 - Servicios primarios de salud	58.754	72.324	81.692	78.642	82.697	85.837	110.062	118.097	129.797
Remuneración del personal	26.703	37.398	41.049	33.904	36.785	37.949	57.807	61.798	59.837
Consumo intermedio	32.051	34.926	40.642	44.738	45.912	47.888	52.256	56.299	69.959
Consumo de capital fijo	--	--	--	--	--	--	--	--	--
2.1.3 - Docencia M.I.R.	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Remuneración del personal	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Consumo intermedio	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Consumo de capital fijo	--	--	--	--	--	--	--	--	--
2.1.4 - Servicios de salud pública	37.419	48.957	53.323	67.229	89.037	92.383	88.654	407.731	89.080
Remuneración del personal	22.931	30.185	31.513	35.556	38.569	42.025	46.195	49.460	52.395
Consumo intermedio	14.488	18.772	21.810	31.672	50.467	50.358	42.459	358.271	36.885
Consumo de capital fijo	--	--	--	--	--	--	--	--	--
2.1 PRODUCCIÓN NO DE MERCADO	251.065	322.729	340.030	324.938	390.143	404.650	382.993	712.703	393.982
2.2.1.1 - Servicios hospitalarios	--	--	--	--	--	--	--	--	--
2.2.1.2 - Servicios especializados	1.238	--	--	--	--	--	--	--	--
2.2.2 - Servicios primarios de salud	826	--	1.166	1.686	4.079	3.540	4.384	5.175	4.060
2.2.3 - Farmacia	--	--	--	--	--	--	--	--	--
2.2.4 - Traslado de enfermos	817	--	751	773	1.079	816	845	878	2.419
2.2.5 - Protesis y aparatos terapéuticos	279	--	176	521	516	533	385	337	469
2.2 PRODUCCIÓN DE MERCADO	3.159	--	2.094	2.979	5.674	4.888	5.613	6.389	6.947
2. GASTO EN CONSUMO INDIVIDUAL									
TRANSFERENCIAS SOCIALES EN ESPECIE	254.224	322.729	342.124	327.918	395.817	409.538	388.606	719.092	400.930
3.1 - Entre AA.PP. Por servicios concertados	13.670	10.821	16.904	2.309	3.891	3.257	35.336	19.607	19.468
3.2 - Entre AA.PP. Por gastos de funcionamiento	4.549.355	741.224	895.235	957.810	1.711.533	1.767.714	1.639.776	1.512.391	1.627.736
3.3 - A entes privados	25.017	57.455	41.254	39.949	45.049	45.929	41.485	38.732	81.997
3.4 - A entes públicos no agentes	15.789	33.520	20.685	20.682	20.680	20.664	16.418	11.042	11.043
3. TRANSFERENCIAS CORRIENTES	4.603.831	843.020	974.078	1.020.750	1.781.153	1.837.564	1.733.014	1.581.773	1.740.245
4. GASTO EN CONSUMO FINAL (1+2+3)	5.033.565	1.346.231	1.492.714	1.587.594	2.451.967	2.523.394	2.418.159	2.605.960	2.470.003
5.1 - Formación bruta de capital fijo	45.593	54.157	52.585	41.202	79.366	147.629	183.908	143.337	81.988
5.2 - Transferencias de capital entre AA.PP.	78.031	78.174	71.780	94.974	95.685	79.895	101.835	94.807	73.883
5.3 - Transferencias de capital a entes privados	--	--	1.750	1.750	1.750	--	3.240	--	1.000
5. GASTO DE CAPITAL	123.624	132.330	126.115	137.925	176.801	227.523	288.983	238.145	156.871
GASTO PÚBLICO EN SANIDAD GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR	5.157.188	1.478.562	1.618.829	1.725.519	2.628.768	2.750.917	2.707.143	2.844.104	2.626.874
(-) TRANSFERENCIAS INTERSECTORIALES	4.641.056	830.219	983.919	1.055.093	1.811.109	1.850.865	1.776.947	1.626.805	1.721.087
APORTACIÓN AL GASTO PÚBLICO EN SANIDAD TOTAL CONSOLIDADO	516.132	648.343	634.910	670.426	817.659	900.052	930.196	1.217.299	905.787

(*) Cifras provisionales.

GASTO SANITARIO PÚBLICO (2002 - 2010).- PRINCIPIO DE DEVENGO
CLASIFICACIÓN ECONÓMICO - PRESUPUESTARIA
ADMINISTRACIÓN CENTRAL

	Miles de Euros / Porcentaje sobre el total									
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009*	2010*	
Remuneración del personal	168.822	267.690	273.844	269.599	316.537	342.098	343.734	356.232	356.483	
	3,3	18,1	16,9	15,6	12,0	12,4	12,7	12,5	13,6	
Consumo intermedio	257.753	235.521	242.697	286.846	336.909	326.459	322.564	648.320	353.434	
	5,0	15,9	15,0	16,6	12,8	11,9	11,9	22,8	13,5	
Consumo de capital fijo	--	--	--	7.419	11.693	12.385	13.234	13.247	12.894	
	--	--	--	0,4	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5	
Conciertos	16.561	10.821	18.822	4.768	9.049	7.612	40.565	25.660	25.947	
	0,3	0,7	1,2	0,3	0,3	0,3	1,5	0,9	1,0	
Transferencias corrientes	4.590.439	832.199	957.350	1.018.962	1.777.778	1.834.840	1.698.063	1.562.502	1.721.245	
	89,0	56,3	59,1	59,1	67,6	66,7	62,7	54,9	65,5	
Gasto de capital	123.624	132.330	126.115	137.925	176.801	227.523	288.983	238.145	156.871	
	2,4	8,9	7,8	8,0	6,7	8,3	10,7	8,4	6,0	
GASTO PÚBLICO EN SANIDAD GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR	5.157.188	1.478.562	1.618.829	1.725.519	2.628.768	2.750.917	2.707.143	2.844.104	2.626.874	
(-) TRANSFERENCIAS INTERSECTORIALES	4.641.056	830.219	983.919	1.055.093	1.811.109	1.850.865	1.776.947	1.626.805	1.721.087	
APORTACION AL GASTO PÚBLICO EN SANIDAD TOTAL CONSOLIDADO	516.132	648.343	634.910	670.426	817.659	900.052	930.196	1.217.299	905.787	

(*) Cifras provisionales.

GASTO SANITARIO PÚBLICO (2002 - 2010).- PRINCIPIO DE DEVENGO
CLASIFICACIÓN FUNCIONAL
ADMINISTRACIÓN CENTRAL

	Miles de Euros / Porcentaje sobre el total									
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009*	2010*	
Servicios hospitalarios y especializados	172.421	235.078	226.739	203.811	243.170	251.775	207.457	203.814	190.490	
	33,4	36,3	35,7	30,4	29,7	28,0	22,3	16,7	21,0	
Servicios primarios de salud	59.580	72.324	82.858	80.327	86.776	89.376	114.446	123.272	133.857	
	11,5	11,2	13,1	12,0	10,6	9,9	12,3	10,1	14,8	
Servicios de salud pública	40.133	71.289	57.864	74.085	99.214	99.152	94.731	413.147	93.953	
	7,8	11,0	9,1	11,1	12,1	11,0	10,2	33,9	10,4	
Servicios colectivos de salud	197.310	215.494	212.185	267.958	305.787	310.771	325.184	332.515	401.612	
	38,2	33,2	33,4	40,0	37,4	34,5	35,0	27,3	44,3	
Farmacia	--	--	--	--	--	--	--	--	--	
Traslado, prótesis y aparatos terapéuticos	1.096	--	928	1.294	1.595	1.349	1.230	1.215	2.888	
	0,2	--	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,3	
Gasto de capital.	45.593	54.157	54.335	42.952	81.116	147.629	187.148	143.337	82.988	
	8,8	8,4	8,6	6,4	9,9	16,4	20,1	11,8	9,2	
APORTACION AL GASTO PÚBLICO EN SANIDAD TOTAL CONSOLIDADO	516.132	648.343	634.910	670.426	817.659	900.052	930.196	1.217.299	905.787	

(*) Cifras provisionales.

GASTO SANITARIO PÚBLICO (2002 - 2010).- PRINCIPIO DE DEVENGO
AGREGADOS DE CONTABILIDAD NACIONAL
ADMINISTRACIÓN CENTRAL

	Miles de Euros / Porcentaje sobre el total									
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009*	2010*	
Consumo colectivo	197.310	215.494	212.185	267.958	305.787	310.771	325.184	332.515	401.612	
	38,2	33,2	33,4	40,0	37,4	34,5	35,0	27,3	44,3	
Transferencias sociales - Producción de no mercado	253.779	345.062	344.571	331.795	400.321	411.419	389.070	718.119	398.855	
	49,2	53,2	54,3	49,5	49,0	45,7	41,8	59,0	44,0	
Transferencias sociales - Producción de mercado	19.450	33.630	23.818	27.722	30.435	30.233	28.794	23.328	22.331	
	3,8	5,2	3,8	4,1	3,7	3,4	3,1	1,9	2,5	
Gasto de capital	45.593	54.157	54.335	42.952	81.116	147.629	187.148	143.337	82.988	
	8,8	8,4	8,6	6,4	9,9	16,4	20,1	11,8	9,2	
APORTACION AL GASTO PÚBLICO EN SANIDAD TOTAL CONSOLIDADO	516.132	648.343	634.910	670.426	817.659	900.052	930.196	1.217.299	905.787	

(*) Cifras provisionales.

GASTO SANITARIO PÚBLICO (2002 - 2010).- PRINCIPIO DE DEVENGO
CUENTAS SATÉLITE
SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR	Miles de Euros									
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009*	2010*	
CONCEPTOS CUENTA SATÉLITE										
1.1 - Investigación y formación	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Remuneración del personal	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Consumo intermedio	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Consumo de capital fijo	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
1.2 - Gastos de administración general	159.096	111.460	111.880	117.139	122.974	127.817	134.663	120.626	122.434	
Remuneración del personal	76.976	61.351	60.970	63.713	66.263	68.202	73.545	69.416	68.758	
Consumo intermedio	82.120	50.110	50.911	53.426	56.712	59.615	61.118	51.210	53.676	
Consumo de capital fijo	--	--	--	--	--	--	--	--	--	
1. CONSUMO COLECTIVO	159.096	111.460	111.880	117.139	122.974	127.817	134.663	120.626	122.434	
2.1.1 - Servicios hospitalarios y especializados	230.888	265.394	275.902	304.636	312.813	333.570	356.315	324.031	331.514	
Remuneración del personal	128.190	142.062	159.731	169.074	184.520	201.635	219.304	210.781	210.356	
Consumo intermedio	102.698	123.332	116.170	135.562	128.293	131.935	137.011	113.250	121.157	
Consumo de capital fijo	--	--	--	--	--	--	--	--	--	
2.1.2 - Servicios primarios de salud	397.120	447.843	491.254	526.666	605.335	644.493	681.494	652.791	646.451	
Remuneración del personal	259.745	289.318	317.770	331.824	378.020	408.221	453.409	465.358	460.501	
Consumo intermedio	137.376	158.525	173.484	194.842	227.314	236.272	228.085	187.434	185.950	
Consumo de capital fijo	--	--	--	--	--	--	--	--	--	
2.1.3 - Docencia M.I.R.	174	93	175	181	358	789	865	959	993	
Remuneración del personal	167	86	111	165	276	640	676	808	851	
Consumo intermedio	7	7	64	15	82	149	189	151	142	
Consumo de capital fijo	--	--	--	--	--	--	--	--	--	
2.1.4 - Servicios de salud pública	107.663	33.905	35.264	34.874	40.840	12.588	11.447	7.145	5.483	
Remuneración del personal	--	--	--	--	--	--	--	--	--	
Consumo intermedio	107.663	33.905	35.264	34.874	40.840	12.588	11.447	7.145	5.483	
Consumo de capital fijo	--	--	--	--	--	--	--	--	--	
2.1 PRODUCCIÓN NO DE MERCADO	735.846	747.236	802.595	866.356	959.346	991.440	1.050.121	984.926	984.442	
2.2.1.1 - Servicios hospitalarios	64.158	68.374	81.370	90.780	107.337	104.122	111.349	109.905	188.686	
2.2.1.2 - Servicios especializados	73.105	84.554	80.853	85.491	97.086	98.961	101.265	69.546	42.831	
2.2.2 - Servicios primarios de salud	115.997	128.565	153.816	166.602	188.593	174.832	162.821	105.632	71.794	
2.2.3 - Farmacia	28.395	31.655	34.735	37.589	39.992	60.112	76.206	63.875	45.470	
2.2.4 - Traslado de enfermos	60.665	65.490	70.306	28.197	33.501	36.192	41.190	29.658	22.290	
2.2.5 - Prótesis y aparatos terapéuticos	7.743	8.135	8.730	9.410	8.751	8.804	9.838	7.917	8.835	
2.2 PRODUCCIÓN DE MERCADO	350.063	386.773	429.810	418.069	475.260	483.022	502.669	386.533	379.906	
2. GASTO EN CONSUMO INDIVIDUAL										
TRANSFERENCIAS SOCIALES EN ESPECIE	1.085.909	1.134.009	1.232.405	1.284.425	1.434.606	1.474.462	1.552.790	1.371.459	1.364.348	
3.1 - Entre AA.PP. Por servicios concertados	32.244	43.712	51.528	64.868	89.357	89.044	92.129	69.064	17.548	
3.2 - Entre AA.PP. Por gastos de funcionamiento	4.120.219	44.627	46.759	46.759	44.302	43.094	49.372	45.256	70.894	
3.3 - A entes privados	5.199	5.720	6.710	54.620	59.075	59.302	68.090	58.137	59.944	
3.4 - A entes públicos no agentes	--	--	--	--	--	--	--	--	--	
3. TRANSFERENCIAS CORRIENTES	4.157.662	94.059	104.996	166.247	192.734	191.440	209.591	172.457	148.386	
4. GASTO EN CONSUMO FINAL (1+2+3)	5.402.667	1.339.528	1.449.282	1.567.811	1.750.314	1.793.719	1.897.043	1.664.542	1.635.168	
5.1 - Formación bruta de capital fijo	80.175	102.825	109.884	132.592	149.991	171.192	163.125	116.667	94.083	
5.2 - Transferencias de capital entre AA.PP.	7.813	--	--	--	2.058	34	358	3.375	--	
5.3 - Transferencias de capital a entes privados	--	--	--	--	--	--	--	--	--	
5. GASTO DE CAPITAL	87.989	102.825	109.884	132.592	152.049	171.226	163.483	120.042	94.083	
GASTO PÚBLICO EN SANIDAD GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR	5.490.655	1.442.354	1.559.165	1.700.402	1.902.363	1.964.945	2.060.527	1.784.584	1.729.251	
(-) TRANSFERENCIAS INTERSECTORIALES	4.160.277	88.339	98.287	111.627	135.717	132.172	141.859	117.696	88.442	
APORTACION AL GASTO PÚBLICO EN SANIDAD TOTAL CONSOLIDADO	1.330.378	1.354.015	1.460.879	1.588.775	1.766.646	1.832.774	1.918.668	1.666.888	1.640.808	

GASTO SANITARIO PÚBLICO (2002 - 2010).- PRINCIPIO DE DEVENGO
CLASIFICACIÓN ECONÓMICO - PRESUPUESTARIA
SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

	Miles de Euros / Porcentaje sobre el total								
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009*	2010*
Remuneración del personal	465.077	492.817	538.582	564.776	629.079	678.698	746.934	746.363	740.467
	8,5	34,2	34,5	33,2	33,1	34,5	36,2	41,8	42,8
Consumo intermedio	429.864	365.879	375.893	418.719	453.241	440.559	437.850	359.189	366.409
	7,8	25,4	24,1	24,6	23,8	22,4	21,2	20,1	21,2
Consumo de capital fijo	--	--	--	--	--	--	--	--	--
	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Conciertos	346.169	390.695	437.872	435.937	515.874	503.150	508.754	383.804	343.150
	6,3	27,1	28,1	25,6	27,1	25,6	24,7	21,5	19,8
Transferencias corrientes	4.161.556	90.137	96.934	148.378	152.120	171.312	203.506	175.186	185.142
	75,8	6,2	6,2	8,7	8,0	8,7	9,9	9,8	10,7
Gasto de capital	87.989	102.825	109.884	132.592	152.049	171.226	163.483	120.042	94.083
	1,6	7,1	7,0	7,8	8,0	8,7	7,9	6,7	5,4
GASTO PÚBLICO EN SANIDAD GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR	5.490.655	1.442.354	1.559.165	1.700.402	1.902.363	1.964.945	2.060.527	1.784.584	1.729.251
(-) TRANSFERENCIAS INTERSECTORIALES	4.160.277	88.339	98.287	111.627	135.717	132.172	141.859	117.696	88.442
APORTACION AL GASTO PÚBLICO EN SANIDAD TOTAL CONSOLIDADO	1.330.378	1.354.015	1.460.879	1.588.775	1.766.646	1.832.774	1.918.668	1.666.888	1.640.808

GASTO SANITARIO PÚBLICO (2002 - 2010).- PRINCIPIO DE DEVENGO
CLASIFICACIÓN FUNCIONAL
SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

	Miles de Euros / Porcentaje sobre el total								
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009*	2010*
Servicios hospitalarios y especializados	368.308	418.399	438.235	481.072	517.513	537.293	569.604	504.289	563.882
	27,7	30,9	30,0	30,3	29,3	29,3	29,7	30,3	34,4
Servicios primarios de salud	518.221	582.040	651.708	747.765	852.945	878.634	912.474	816.583	778.203
	39,0	43,0	44,6	47,1	48,3	47,9	47,6	49,0	47,4
Servicios de salud pública	107.673	33.905	35.325	34.935	40.901	12.648	11.507	7.205	5.543
	8,1	2,5	2,4	2,2	2,3	0,7	0,6	0,4	0,3
Servicios colectivos de salud	159.198	111.565	111.957	117.216	123.053	127.898	134.724	120.694	122.503
	12,0	8,2	7,7	7,4	7,0	7,0	7,0	7,2	7,5
Farmacia	28.395	31.655	34.735	37.589	39.992	60.112	76.206	63.875	45.470
	2,1	2,3	2,4	2,4	2,3	3,3	4,0	3,8	2,8
Traslado, prótesis y aparatos terapéuticos	68.408	73.625	79.036	37.606	42.252	44.996	51.028	37.575	31.125
	5,1	5,4	5,4	2,4	2,4	2,5	2,7	2,3	1,9
Gasto de capital.	80.175	102.825	109.884	132.592	149.991	171.192	163.125	116.667	94.083
	6,0	7,6	7,5	8,3	8,5	9,3	8,5	7,0	5,7
APORTACION AL GASTO PÚBLICO EN SANIDAD TOTAL CONSOLIDADO	1.330.378	1.354.015	1.460.879	1.588.775	1.766.646	1.832.774	1.918.668	1.666.888	1.640.808

GASTO SANITARIO PÚBLICO (2002 - 2010).- PRINCIPIO DE DEVENGO
AGREGADOS DE CONTABILIDAD NACIONAL
SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

	Miles de Euros / Porcentaje sobre el total								
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009*	2010*
Consumo colectivo	159.198	111.565	111.957	117.216	123.053	127.898	134.724	120.694	122.503
	12,0	8,2	7,7	7,4	7,0	7,0	7,0	7,2	7,5
Transferencias sociales - Producción de no mercado	735.856	747.236	802.656	866.417	959.407	991.500	1.050.181	984.986	984.502
	55,3	55,2	54,9	54,5	54,3	54,1	54,7	59,1	60,0
Transferencias sociales - Producción de mercado	355.149	392.388	436.382	472.551	534.195	542.183	570.637	444.541	439.721
	26,7	29,0	29,9	29,7	30,2	29,6	29,7	26,7	26,8
Gasto de capital	80.175	102.825	109.884	132.592	149.991	171.192	163.125	116.667	94.083
	6,0	7,6	7,5	8,3	8,5	9,3	8,5	7,0	5,7
APORTACION AL GASTO PÚBLICO EN SANIDAD TOTAL CONSOLIDADO	1.330.378	1.354.015	1.460.879	1.588.775	1.766.646	1.832.774	1.918.668	1.666.888	1.640.808

(*) Cifras provisionales.

GASTO SANITARIO PÚBLICO (2002 - 2010).- PRINCIPIO DE DEVENGO
CLASIFICACIÓN ECONÓMICO - PRESUPUESTARIA
MUTUALIDADES DE FUNCIONARIOS

	Miles de Euros / Porcentaje sobre el total								
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009*	2010*
Remuneración del personal	157.829	162.905	127.111	152.623	141.635	138.663	150.229	153.749	155.871
	10,0	9,6	7,5	8,8	7,9	7,4	7,5	7,4	7,4
Consumo intermedio	15.464	15.595	16.641	14.212	17.631	17.615	20.346	19.135	19.252
	1,0	0,9	1,0	0,8	1,0	0,9	1,0	0,9	0,9
Consumo de capital fijo	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Conciertos	983.036	1.065.785	1.075.656	1.069.400	1.128.652	1.191.469	1.251.868	1.315.008	1.358.807
	62,5	62,8	63,3	61,7	62,9	63,3	62,8	63,4	64,9
Transferencias corrientes	409.015	443.680	472.598	488.443	500.543	525.586	562.377	578.505	552.906
	26,0	26,2	27,8	28,2	27,9	27,9	28,2	27,9	26,4
Gasto de capital	7.125	8.194	8.427	8.221	6.742	8.712	7.547	7.659	7.101
	0,5	0,5	0,5	0,5	0,4	0,5	0,4	0,4	0,3
GASTO PÚBLICO EN SANIDAD GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR	1.572.469	1.696.159	1.700.432	1.732.898	1.795.203	1.882.046	1.992.366	2.074.056	2.093.937
(-) TRANSFERENCIAS INTERSECTORIALES	161.334	157.936	66.202	31.661	25.246	27.285	20.296	20.310	17.806
APORTACION AL GASTO PÚBLICO EN SANIDAD TOTAL CONSOLIDADO	1.411.135	1.538.222	1.634.231	1.701.237	1.769.957	1.854.760	1.972.070	2.053.746	2.076.131

GASTO SANITARIO PÚBLICO (2002 - 2010).- PRINCIPIO DE DEVENGO
CLASIFICACIÓN FUNCIONAL
MUTUALIDADES DE FUNCIONARIOS

	Miles de Euros / Porcentaje sobre el total								
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009*	2010*
Servicios hospitalarios y especializados	699.962	755.787	864.603	891.089	941.186	991.252	1.051.836	1.108.175	1.148.229
	49,6	49,1	52,9	52,4	53,2	53,4	53,3	54,0	55,3
Servicios primarios de salud	123.457	156.789	148.636	148.578	163.075	169.956	177.360	183.311	188.645
	8,7	10,2	9,1	8,7	9,2	9,2	9,0	8,9	9,1
Servicios de salud pública	63	60	--	--	--	--	--	--	--
	0,0	0,0	--	--	--	--	--	--	--
Servicios colectivos de salud	164.622	169.125	133.860	159.749	151.936	151.185	164.462	167.248	169.933
	11,7	11,0	8,2	9,4	8,6	8,2	8,3	8,1	8,2
Farmacia	347.947	390.490	418.205	435.293	448.436	470.523	500.211	515.011	488.364
	24,7	25,4	25,6	25,6	25,3	25,4	25,4	25,1	23,5
Traslado, prótesis y aparatos terapéuticos	67.960	57.777	60.500	58.309	58.581	63.132	70.655	72.341	73.859
	4,8	3,8	3,7	3,4	3,3	3,4	3,6	3,5	3,6
Gasto de capital.	7.125	8.194	8.427	8.221	6.742	8.712	7.547	7.659	7.101
	0,5	0,5	0,5	0,5	0,4	0,5	0,4	0,4	0,3
APORTACION AL GASTO PÚBLICO EN SANIDAD TOTAL CONSOLIDADO	1.411.135	1.538.222	1.634.231	1.701.237	1.769.957	1.854.760	1.972.070	2.053.746	2.076.131

GASTO SANITARIO PÚBLICO (2002 - 2010).- PRINCIPIO DE DEVENGO
AGREGADOS DE CONTABILIDAD NACIONAL
MUTUALIDADES DE FUNCIONARIOS

	Miles de Euros / Porcentaje sobre el total								
	2002	2003	2004	2005	2006*	2007	2008	2009*	2010*
Consumo colectivo	164.622	169.125	133.860	159.749	151.936	151.185	164.462	167.248	169.933
	11,7	11,0	8,2	9,4	8,6	8,2	8,3	8,1	8,2
Transferencias sociales - Producción de no mercado	8.734	9.436	9.892	7.086	7.330	5.093	6.113	5.636	5.190
	0,6	0,6	0,6	0,4	0,4	0,3	0,3	0,3	0,2
Transferencias sociales - Producción de mercado	1.230.654	1.351.468	1.482.052	1.526.181	1.603.949	1.689.770	1.793.948	1.873.202	1.893.908
	87,2	87,9	90,7	89,7	90,6	91,1	91,0	91,2	91,2
Gasto de capital	7.125	8.194	8.427	8.221	6.742	8.712	7.547	7.659	7.101
	0,5	0,5	0,5	0,5	0,4	0,5	0,4	0,4	0,3
APORTACION AL GASTO PÚBLICO EN SANIDAD TOTAL CONSOLIDADO	1.411.135	1.538.222	1.634.231	1.701.237	1.769.957	1.854.760	1.972.070	2.053.746	2.076.131

(*) Cifras provisionales.

GASTO SANITARIO PÚBLICO (2002 - 2010).- PRINCIPIO DE DEVENGO
CUENTAS SATÉLITE
COMUNIDADES AUTONOMAS

GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR	Miles de Euros									
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009*	2010*	
CONCEPTOS CUENTA SATÉLITE										
1.1 - Investigación y formación	34.770	48.720	63.228	70.535	94.127	138.016	117.245	165.160	172.792	
Remuneración del personal	16.109	23.418	26.545	35.473	48.265	53.169	58.620	78.034	85.349	
Consumo intermedio	18.218	24.465	35.561	33.290	44.156	81.134	54.177	78.100	78.205	
Consumo de capital fijo	443	837	1.122	1.772	1.706	3.713	4.448	9.025	9.238	
1.2 - Gastos de administración general	684.434	770.952	760.715	831.807	918.649	1.044.594	1.068.008	1.199.056	1.099.309	
Remuneración del personal	406.962	434.770	462.111	481.543	521.402	551.664	595.329	642.598	584.593	
Consumo intermedio	269.487	326.723	285.716	336.454	382.877	477.425	459.389	532.538	477.290	
Consumo de capital fijo	7.986	9.459	12.888	13.810	14.370	15.506	13.290	23.919	37.427	
1. CONSUMO COLECTIVO	719.204	819.673	823.943	902.342	1.012.776	1.182.610	1.185.252	1.364.215	1.272.101	
2.1.1 - Servicios hospitalarios y especializados	15.044.836	16.894.621	18.497.279	20.465.308	23.252.507	25.265.231	28.935.073	31.210.537	30.863.265	
Remuneración del personal	9.784.684	10.835.709	11.784.375	12.856.676	14.310.183	16.176.899	18.016.488	19.650.685	19.576.410	
Consumo intermedio	5.193.687	5.978.590	6.628.629	7.506.943	8.818.878	8.947.057	10.756.385	11.368.308	11.091.115	
Consumo de capital fijo	66.465	80.321	84.274	101.690	123.445	141.275	162.200	191.544	195.740	
2.1.2 - Servicios primarios de salud	4.514.145	5.060.261	5.499.515	6.043.434	6.545.933	7.401.005	8.274.658	8.699.363	8.527.156	
Remuneración del personal	3.935.042	4.387.728	4.742.568	5.157.866	5.634.689	6.376.793	7.114.306	7.563.248	7.406.708	
Consumo intermedio	565.290	654.804	737.602	866.117	888.577	1.000.539	1.130.530	1.101.357	1.092.647	
Consumo de capital fijo	13.813	17.729	19.345	19.451	22.667	23.673	29.822	34.757	27.802	
2.1.3 - Docencia M.I.R.	534.932	495.463	522.400	548.442	591.573	747.031	894.223	972.831	978.723	
Remuneración del personal	528.100	482.975	515.212	541.619	582.723	737.129	876.190	961.560	964.532	
Consumo intermedio	6.832	12.488	6.949	6.824	8.850	9.903	18.034	11.271	14.191	
Consumo de capital fijo	--	--	239	--	--	--	--	--	--	
2.1.4 - Servicios de salud pública	382.470	377.430	469.454	503.721	589.405	685.515	634.969	695.159	637.077	
Remuneración del personal	280.131	268.445	312.386	338.553	379.520	415.675	402.282	438.672	434.343	
Consumo intermedio	102.338	108.985	156.985	165.045	209.735	269.602	232.403	256.041	202.309	
Consumo de capital fijo	--	--	83	123	150	238	284	445	426	
2.1 PRODUCCIÓN NO DE MERCADO	20.476.383	22.827.775	24.988.648	27.560.906	30.979.417	34.098.782	38.738.923	41.577.890	41.006.221	
2.2.1.1 - Servicios hospitalarios	2.472.468	2.714.377	2.908.740	3.235.128	3.197.237	3.433.005	3.712.001	3.628.299	3.502.477	
2.2.1.2 - Servicios especializados	533.419	635.850	697.718	721.371	791.943	777.909	886.487	884.547	969.570	
2.2.2 - Servicios primarios de salud	167.232	133.124	148.008	160.789	154.790	202.588	195.274	180.642	186.130	
2.2.3 - Farmacia	8.110.817	9.189.258	9.699.855	10.284.704	10.812.504	11.371.089	12.144.213	12.856.312	12.846.606	
2.2.4 - Traslado de enfermos	374.962	426.893	491.220	539.011	709.871	802.615	935.774	1.005.295	1.057.555	
2.2.5 - Prótesis y aparatos terapéuticos	121.699	136.170	141.964	166.815	158.141	162.813	162.017	169.924	173.569	
2.2 PRODUCCIÓN DE MERCADO	11.780.598	13.235.672	14.087.505	15.107.818	15.824.487	16.750.020	18.035.766	18.725.020	18.735.907	
2. GASTO EN CONSUMO INDIVIDUAL										
TRANSFERENCIAS SOCIALES EN ESPECIE										
3.1 - Entre AA.PP. Por servicios concertados	103.081	95.840	113.913	112.511	113.609	122.909	113.142	114.696	111.166	
3.2 - Entre AA.PP. Por gastos de funcionamiento	89.584	103.661	105.059	134.374	77.673	83.719	106.140	70.102	71.989	
3.3 - A entes privados	137.888	112.115	169.447	222.530	225.805	257.084	254.474	256.385	285.861	
3.4 - A entes públicos no agentes	82.699	105.318	113.963	113.348	136.023	152.089	162.895	164.056	163.094	
3. TRANSFERENCIAS CORRIENTES	413.253	416.934	502.382	582.763	553.110	615.802	636.651	605.239	632.111	
4. GASTO EN CONSUMO FINAL (1+2+3)										
5.1 - Formación bruta de capital fijo	1.323.356	1.433.402	1.514.726	1.724.083	2.098.722	2.064.478	2.208.164	1.965.722	1.734.622	
5.2 - Transferencias de capital entre AA.PP.	48.312	42.336	31.685	37.256	65.735	56.190	43.967	39.161	41.789	
5.3 - Transferencias de capital a entes privados	32.213	27.174	44.467	61.816	59.732	40.360	49.100	40.463	34.655	
5. GASTO DE CAPITAL	1.403.881	1.502.913	1.590.878	1.823.154	2.224.188	2.161.028	2.301.230	2.045.346	1.811.066	
GASTO PÚBLICO EN SANIDAD GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR										
(-) TRANSFERENCIAS INTERSECTORIALES	240.977	241.837	250.657	284.141	257.017	262.818	263.248	223.958	224.944	
APORTACION AL GASTO PÚBLICO EN SANIDAD TOTAL CONSOLIDADO										
	34.552.342	38.561.129	41.742.699	45.692.842	50.336.961	54.545.424	60.634.574	64.093.751	63.232.462	

GASTO SANITARIO PÚBLICO (2002 - 2010).- PRINCIPIO DE DEVENGO
CLASIFICACIÓN ECONÓMICO - PRESUPUESTARIA
COMUNIDADES AUTÓNOMAS

	Miles de Euros / Porcentaje sobre el total								
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009*	2010*
Remuneración del personal	14.951.029	16.433.045	17.843.198	19.411.729	21.476.782	24.311.329	27.063.213	29.334.799	29.051.934
	43,0	42,3	42,5	42,2	42,4	44,4	44,4	45,6	45,8
Consumo intermedio	6.155.852	7.106.056	7.851.441	8.914.672	10.353.073	10.785.659	12.650.917	13.347.615	12.955.757
	17,7	18,3	18,7	19,4	20,5	19,7	20,8	20,8	20,4
Consumo de capital fijo	88.706	108.347	117.952	136.846	162.338	184.405	210.045	259.691	270.632
	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4
Conciertos	3.651.162	4.006.084	4.359.599	4.768.811	4.967.451	5.339.027	5.842.677	5.813.480	5.826.898
	10,5	10,3	10,4	10,4	9,8	9,7	9,6	9,0	9,2
Transferencias corrientes	8.542.688	9.646.522	10.230.288	10.921.770	11.410.146	12.026.794	12.829.740	13.516.779	13.541.120
	24,6	24,9	24,4	23,8	22,6	21,9	21,1	21,0	21,3
Gasto de capital	1.403.881	1.502.913	1.590.878	1.823.154	2.224.188	2.161.028	2.301.230	2.045.346	1.811.066
	4,0	3,9	3,8	4,0	4,4	3,9	3,8	3,2	2,9
GASTO PÚBLICO EN SANIDAD GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR	34.793.319	38.802.966	41.993.356	45.976.983	50.593.978	54.808.242	60.897.822	64.317.709	63.457.406
(-) TRANSFERENCIAS INTERSECTORIALES	240.977	241.837	250.657	284.141	257.017	262.818	263.248	223.958	224.944
APORTACIÓN AL GASTO PÚBLICO EN SANIDAD TOTAL CONSOLIDADO	34.552.342	38.561.129	41.742.699	45.692.842	50.336.961	54.545.424	60.634.574	64.093.751	63.232.462

GASTO SANITARIO PÚBLICO (2002 - 2010).- PRINCIPIO DE DEVENGO
CLASIFICACIÓN FUNCIONAL
COMUNIDADES AUTÓNOMAS

	Miles de Euros / Porcentaje sobre el total								
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009*	2010*
Servicios hospitalarios y especializados	18.425.433	20.632.384	22.563.771	24.969.654	27.817.653	30.169.494	34.345.041	36.577.712	36.176.795
	53,3	53,5	54,1	54,6	55,3	55,3	56,6	57,1	57,2
Servicios primarios de salud	4.996.777	5.460.487	5.960.507	6.493.811	7.013.671	7.968.873	8.863.358	9.331.717	9.225.210
	14,5	14,2	14,3	14,2	13,9	14,6	14,6	14,6	14,6
Servicios de salud pública	415.839	377.713	469.788	514.862	602.433	716.507	665.559	723.195	648.112
	1,2	1,0	1,1	1,1	1,2	1,3	1,1	1,1	1,0
Servicios colectivos de salud	753.213	877.489	862.174	941.739	1.063.310	1.249.194	1.261.347	1.423.410	1.335.337
	2,2	2,3	2,1	2,1	2,1	2,3	2,1	2,2	2,1
Farmacia	8.110.817	9.189.258	9.699.855	10.284.704	10.812.504	11.371.089	12.144.213	12.856.312	12.846.606
	23,5	23,8	23,2	22,5	21,5	20,8	20,0	20,0	20,3
Traslado, prótesis y aparatos terapéuticos	494.693	563.223	627.412	702.173	868.937	965.428	1.097.791	1.175.220	1.231.124
	1,4	1,5	1,5	1,5	1,7	1,8	1,8	1,8	1,9
Gasto de capital.	1.355.569	1.460.577	1.559.193	1.785.899	2.158.453	2.104.838	2.257.263	2.006.185	1.769.277
	3,9	3,8	3,7	3,9	4,3	3,9	3,7	3,1	2,8
APORTACION AL GASTO PÚBLICO EN SANIDAD TOTAL CONSOLIDADO	34.552.342	38.561.129	41.742.699	45.692.842	50.336.961	54.545.424	60.634.574	64.093.751	63.232.462

GASTO SANITARIO PÚBLICO (2002 - 2010).- PRINCIPIO DE DEVENGO
AGREGADOS DE CONTABILIDAD NACIONAL
COMUNIDADES AUTÓNOMAS

	Miles de Euros / Porcentaje sobre el total								
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009*	2010*
Consumo colectivo	753.213	877.489	862.174	941.739	1.063.310	1.249.194	1.261.347	1.423.410	1.335.337
	2,2	2,3	2,1	2,1	2,1	2,3	2,1	2,2	2,1
Transferencias sociales - Producción de no mercado	20.509.752	22.828.058	24.980.248	27.571.232	30.992.445	34.129.774	38.769.513	41.605.926	41.017.256
	59,4	59,2	59,8	60,3	61,6	62,6	63,9	64,9	64,9
Transferencias sociales - Producción de mercado	11.933.807	13.395.006	14.341.084	15.393.972	16.122.753	17.061.617	18.346.450	19.058.230	19.110.592
	34,5	34,7	34,4	33,7	32,0	31,3	30,3	29,7	30,2
Gasto de capital	1.355.569	1.460.577	1.559.193	1.785.899	2.158.453	2.104.838	2.257.263	2.006.185	1.769.277
	3,9	3,8	3,7	3,9	4,3	3,9	3,7	3,1	2,8
APORTACION AL GASTO PÚBLICO EN SANIDAD TOTAL CONSOLIDADO	34.552.342	38.561.129	41.742.699	45.692.842	50.337.683	54.545.424	60.634.574	64.093.751	63.232.462

(*) Cifras provisionales.

GASTO SANITARIO PÚBLICO (2002 - 2010).- PRINCIPIO DE DEVENGO
CUENTAS SATÉLITE
CIUDADES CON ESTATUTO DE AUTONOMÍA

GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR	Miles de Euros									
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009*	2010*	
CONCEPTOS CUENTA SATÉLITE										
1.1 - Investigación y formación	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Remuneración del personal	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Consumo intermedio	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Consumo de capital fijo	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
1.2 - Gastos de administración general	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Remuneración del personal	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Consumo intermedio	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Consumo de capital fijo	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
1. CONSUMO COLECTIVO	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
2.1.1 - Servicios hospitalarios y especializados	163	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Remuneración del personal	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Consumo intermedio	163	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Consumo de capital fijo	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
2.1.2 - Servicios primarios de salud	8.856	8.759	9.423	10.548	11.318	12.276	13.822	14.449	14.676	
Remuneración del personal	2.218	1.347	1.454	2.280	2.460	2.804	2.889	3.283	2.955	
Consumo intermedio	6.638	7.411	7.969	8.268	8.858	9.471	10.933	11.166	11.721	
Consumo de capital fijo	--	--	--	--	--	--	--	--	--	
2.1.3 - Docencia M.I.R.	--	--	--	--	--	--	--	--	--	
Remuneración del personal	--	--	--	--	--	--	--	--	--	
Consumo intermedio	--	--	--	--	--	--	--	--	--	
Consumo de capital fijo	--	--	--	--	--	--	--	--	--	
2.1.4 - Servicios de salud pública	315	345	366	443	461	1.162	1.592	2.753	1.689	
Remuneración del personal	229	244	259	323	335	1.088	1.128	1.015	995	
Consumo intermedio	86	101	107	121	125	74	464	1.738	693	
Consumo de capital fijo	--	--	--	--	--	--	--	--	--	
2.1 PRODUCCIÓN NO DE MERCADO	9.334	9.104	9.789	10.992	11.779	13.438	15.414	17.203	16.364	
2.2.1.1 - Servicios hospitalarios	--	--	--	--	--	--	--	--	--	
2.2.1.2 - Servicios especializados	--	--	--	--	--	--	--	--	--	
2.2.2 - Servicios primarios de salud	--	--	--	--	--	--	--	--	--	
2.2.3 - Farmacia	11	1	1	1	1	--	--	--	--	
2.2.4 - Traslado de enfermos	--	--	--	--	--	--	--	--	--	
2.2.5 - Prótesis y aparatos terapéuticos	--	--	--	--	--	--	--	--	--	
2.2 PRODUCCIÓN DE MERCADO	11	1	1	1	1	--	--	--	--	
2. GASTO EN CONSUMO INDIVIDUAL	--	--	--	--	--	--	--	--	--	
TRANSFERENCIAS SOCIALES EN ESPECIE	9.345	9.105	9.790	10.992	11.780	13.438	15.414	17.203	16.364	
3.1 - Entre AA.PP. Por servicios concertados	--	--	--	--	--	--	--	--	--	
3.2 - Entre AA.PP. Por gastos de funcionamiento	--	--	--	--	--	--	--	--	--	
3.3 - A entes privados	620	619	661	638	738	677	1.185	1.311	1.463	
3.4 - A entes públicos no agentes	11	22	24	30	31	33	26	--	--	
3. TRANSFERENCIAS CORRIENTES	632	641	685	668	769	709	1.211	1.311	1.463	
4. GASTO EN CONSUMO FINAL (1+2+3)	9.976	9.746	10.474	11.660	12.549	14.147	16.625	18.513	17.827	
5.1 - Formación bruta de capital fijo	337	656	695	754	784	7	11	--	--	
5.2 - Transferencias de capital entre AA.PP.	--	--	--	--	--	--	--	--	--	
5.3 - Transferencias de capital a entes privados	--	--	--	--	--	--	--	--	--	
5. GASTO DE CAPITAL	337	656	695	754	784	7	11	--	--	
GASTO PÚBLICO EN SANIDAD GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR	10.313	10.402	11.170	12.414	13.333	14.154	16.635	18.513	17.827	
(-) TRANSFERENCIAS INTERSECTORIALES	--	--	--	--	--	--	--	--	--	
APORTACION AL GASTO PÚBLICO EN SANIDAD TOTAL CONSOLIDADO	10.313	10.402	11.170	12.414	13.333	14.154	16.635	18.513	17.827	

GASTO SANITARIO PÚBLICO (2002 - 2010).- PRINCIPIO DE DEVENGO
CLASIFICACIÓN ECONÓMICO - PRESUPUESTARIA
CIUDADES CON ESTATUTO DE AUTONOMÍA

	Miles de Euros / Porcentaje sobre el total								
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009*	2010*
Remuneración del personal	2.447	1.591	1.713	2.603	2.796	3.893	4.017	4.298	3.951
	23,7	15,3	15,3	21,0	21,0	27,5	24,1	23,2	22,2
Consumo intermedio	6.887	7.513	8.076	8.389	8.983	9.545	11.397	12.905	12.414
	66,8	72,2	72,3	67,6	67,4	67,4	68,5	69,7	69,6
Consumo de capital fijo	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Conciertos	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Transferencias corrientes	642	642	685	668	770	709	1.211	1.311	1.463
	6,2	6,2	6,1	5,4	5,8	5,0	7,3	7,1	8,2
Gasto de capital	337	656	695	754	784	7	11	--	--
	3,3	6,3	6,2	6,1	5,9	0,0	0,1	--	--
GASTO PÚBLICO EN SANIDAD GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR	10.313	10.402	11.170	12.414	13.333	14.154	16.635	18.513	17.827
(-) TRANSFERENCIAS INTERSECTORIALES	--	--	--	--	--	--	--	--	--
APORTACION AL GASTO PÚBLICO EN SANIDAD TOTAL CONSOLIDADO	10.313	10.402	11.170	12.414	13.333	14.154	16.635	18.513	17.827

GASTO SANITARIO PÚBLICO (2002 - 2010).- PRINCIPIO DE DEVENGO
CLASIFICACIÓN FUNCIONAL
CIUDADES AUTONOMAS GESTION NO TRANSFERIDA

	Miles de Euros / Porcentaje sobre el total								
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009*	2010*
Servicios hospitalarios y especializados	163	--	--	--	--	--	--	--	--
	1,6	--	--	--	--	--	--	--	--
Servicios primarios de salud	9.488	9.400	10.108	11.216	12.087	12.985	14.401	15.189	15.147
	92,0	90,4	90,5	90,4	90,7	91,7	86,6	82,0	85,0
Servicios de salud pública	315	345	366	443	461	1.162	2.223	3.325	2.681
	3,1	3,3	3,3	3,6	3,5	8,2	13,4	18,0	15,0
Servicios colectivos de salud	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Farmacia	11	1	1	1	1	--	--	--	--
	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	--	--	--	--
Traslado, protesis y aparatos terapéuticos	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Gasto de capital.	337	656	695	754	784	7	11	--	--
	3,3	6,3	6,2	6,1	5,9	0,0	0,1	--	--
APORTACION AL GASTO PÚBLICO EN SANIDAD TOTAL CONSOLIDADO	10.313	10.402	11.170	12.414	13.333	14.154	16.635	18.513	17.827

GASTO SANITARIO PÚBLICO (2002 - 2010).- PRINCIPIO DE DEVENGO
AGREGADOS DE CONTABILIDAD NACIONAL
CIUDADES AUTONOMAS GESTION NO TRANSFERIDA

	Miles de Euros / Porcentaje sobre el total								
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009*	2010*
Consumo colectivo	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Transferencias sociales - Producción de no mercado	9.334	9.104	9.789	10.992	11.779	13.438	16.046	17.774	17.357
	90,5	87,5	87,6	88,5	88,3	94,9	96,5	96,0	97,4
Transferencias sociales - Producción de mercado	642	642	685	668	770	709	579	739	471
	6,2	6,2	6,1	5,4	5,8	5,0	3,5	4,0	2,6
Gasto de capital	337	656	695	754	784	7	11	--	--
	3,3	6,3	6,2	6,1	5,9	0,0	0,1	--	--
APORTACION AL GASTO PÚBLICO EN SANIDAD TOTAL CONSOLIDADO	10.313	10.402	11.170	12.414	13.333	14.154	16.635	18.513	17.827

(*) Cifras provisionales.

GASTO SANITARIO PÚBLICO (2002 - 2010).- PRINCIPIO DE DEVENGO
CUENTAS SATÉLITE
CORPORACIONES LOCALES

GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR	Miles de Euros									
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009*	2010*	
CONCEPTOS CUENTA SATÉLITE										
1.1 - Investigación y formación	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Remuneración del personal	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Consumo intermedio	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Consumo de capital fijo	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
1.2 - Gastos de administración general	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Remuneración del personal	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Consumo intermedio	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Consumo de capital fijo	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
1. CONSUMO COLECTIVO	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
2.1.1 - Servicios hospitalarios y especializados	401.426	460.899	483.702	458.791	514.313	547.506	593.253	606.680	508.590	
Remuneración del personal	300.758	345.304	362.281	266.584	385.347	410.129	444.232	454.297	381.047	
Consumo intermedio	100.605	115.506	121.185	89.174	128.901	137.190	148.598	151.965	127.462	
Consumo de capital fijo	62	88	236	103.033	64	186	422	418	81	
2.1.2 - Servicios primarios de salud	244.566	280.810	294.791	342.497	313.332	333.627	361.638	369.815	309.857	
Remuneración del personal	179.306	205.864	215.985	158.932	229.736	244.511	264.843	270.843	227.173	
Consumo intermedio	65.184	74.839	78.518	57.778	83.518	88.888	96.280	98.461	82.585	
Consumo de capital fijo	76	108	288	125.787	78	227	516	511	99	
2.1.3 - Docencia M.I.R.	--	--	--	--	--	--	--	--	--	
Remuneración del personal	--	--	--	--	--	--	--	--	--	
Consumo intermedio	--	--	--	--	--	--	--	--	--	
Consumo de capital fijo	--	--	--	--	--	--	--	--	--	
2.1.4 - Servicios de salud pública	7.232	8.303	8.711	6.410	9.266	9.861	10.681	10.923	9.162	
Remuneración del personal	5.424	6.227	6.533	4.807	6.949	7.396	8.011	8.193	6.872	
Consumo intermedio	1.808	2.076	2.178	1.602	2.316	2.465	2.670	2.731	2.291	
Consumo de capital fijo	--	--	--	--	--	--	--	--	--	
2.1 PRODUCCIÓN NO DE MERCADO	653.224	750.011	787.205	807.698	836.910	890.994	965.573	987.418	827.610	
2.2.1.1 - Servicios hospitalarios	--	--	--	--	--	--	--	--	--	
2.2.1.2 - Servicios especializados	--	--	--	--	--	--	--	--	--	
2.2.2 - Servicios primarios de salud	--	--	--	--	--	--	--	--	--	
2.2.3 - Farmacia	--	--	--	--	--	--	--	--	--	
2.2.4 - Traslado de enfermos	--	--	--	--	--	--	--	--	--	
2.2.5 - Prótesis y aparatos terapéuticos	--	--	--	--	--	--	--	--	--	
2.2 PRODUCCIÓN DE MERCADO	--	--	--	--	--	--	--	--	--	
2. GASTO EN CONSUMO INDIVIDUAL	--	--	--	--	--	--	--	--	--	
TRANSFERENCIAS SOCIALES EN ESPECIE	653.224	750.011	787.205	807.698	836.910	890.994	965.573	987.418	827.610	
3.1 - Entre AA.PP. Por servicios concertados	--	--	--	--	--	--	--	--	--	
3.2 - Entre AA.PP. Por gastos de funcionamiento	--	--	--	--	--	--	--	--	--	
3.3 - A entes privados	--	--	--	--	--	--	--	--	--	
3.4 - A entes públicos no agentes	--	--	--	--	--	--	--	--	--	
3. TRANSFERENCIAS CORRIENTES	--	--	--	--	--	--	--	--	--	
4. GASTO EN CONSUMO FINAL (1+2+3)	653.224	750.011	787.205	807.698	836.910	890.994	965.573	987.418	827.610	
5.1 - Formación bruta de capital fijo	89.520	94.767	77.805	113.445	141.823	188.403	188.169	289.998	180.718	
5.2 - Transferencias de capital entre AA.PP.	--	--	--	--	--	--	--	--	--	
5.3 - Transferencias de capital a entes privados	--	--	--	--	--	--	--	--	--	
5. GASTO DE CAPITAL	89.520	94.767	77.805	113.445	141.823	188.403	188.169	289.998	180.718	
GASTO PÚBLICO EN SANIDAD GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR	742.744	844.778	865.010	921.144	978.733	1.079.397	1.153.742	1.277.416	1.008.328	
(-) TRANSFERENCIAS INTERSECTORIALES	--	--	--	--	--	--	--	--	--	
APORTACION AL GASTO PÚBLICO EN SANIDAD TOTAL CONSOLIDADO	742.744	844.778	865.010	921.144	978.733	1.079.397	1.153.742	1.277.416	1.008.328	

(*) Cifras provisionales.

CLASIFICACIÓN ECONÓMICO - PRESUPUESTARIA
CORPORACIONES LOCALES

	Miles de Euros / Porcentaje sobre el total								
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009*	2010*
Remuneración del personal	485.488	541.201	584.799	430.324	622.033	662.036	717.086	733.332	615.091
	65,4	65,8	67,6	46,7	63,6	61,3	62,2	57,4	61,0
Consumo intermedio	167.597	186.831	201.881	148.554	214.735	228.544	247.549	253.157	212.338
	22,6	22,7	23,3	16,1	21,9	21,2	21,5	19,8	21,1
Consumo de capital fijo	139	196	525	228.820	143	414	938	929	180
	0,0	0,0	0,1	24,8	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0
Conciertos	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Transferencias corrientes	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Gasto de capital	89.520	94.767	77.805	113.445	141.823	188.403	188.169	289.998	180.718
	12,1	11,5	9,0	12,3	14,5	17,5	16,3	22,7	17,9
GASTO PÚBLICO EN SANIDAD DEL SECTOR	742.744	822.995	865.010	921.144	978.733	1.079.397	1.153.742	1.277.416	1.008.328
(-) TRANSFERENCIAS INTERSECTORIALES	--	--	--	--	--	--	--	--	--
APORTACION AL GASTO PÚBLICO EN SANIDAD TOTAL CONSOLIDADO	742.744	822.995	865.010	921.144	978.733	1.079.397	1.153.742	1.277.416	1.008.328

(*) Cifras provisionales.

GASTO SANITARIO PÚBLICO (2002 - 2010).- PRINCIPIO DE DEVENGO
CLASIFICACIÓN FUNCIONAL
CORPORACIONES LOCALES

	Miles de Euros / Porcentaje sobre el total								
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009*	2010*
Servicios hospitalarios y especializados	401.426	447.511	483.702	458.791	514.313	547.506	593.253	606.680	508.590
	54,0	54,4	55,9	49,8	52,5	50,7	51,4	47,5	50,4
Servicios primarios de salud	244.566	272.655	294.791	342.497	313.332	333.627	361.638	369.815	309.857
	32,9	33,1	34,1	37,2	32,0	30,9	31,3	29,0	30,7
Servicios de salud pública	7.232	8.062	8.711	6.410	9.266	9.861	10.681	10.923	9.162
	1,0	1,0	1,0	0,7	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9
Servicios colectivos de salud	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Farmacia	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Traslado, prótesis y aparatos terapéuticos	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Gasto de capital.	89.520	94.767	77.805	113.445	141.823	188.403	188.169	289.998	180.718
	12,1	11,5	9,0	12,3	14,5	17,5	16,3	22,7	17,9
APORTACION AL GASTO PÚBLICO EN SANIDAD TOTAL CONSOLIDADO	742.744	822.995	865.010	921.144	978.733	1.079.397	1.153.742	1.277.416	1.008.328

(*) Cifras provisionales.

GASTO SANITARIO PÚBLICO (2002 - 2010).- PRINCIPIO DE DEVENGO
AGREGADOS DE CONTABILIDAD NACIONAL
CORPORACIONES LOCALES

	Miles de Euros / Porcentaje sobre el total								
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009*	2010*
Consumo colectivo	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Transferencias sociales - Producción de no mercado	653.224	728.227	787.205	807.698	836.910	890.994	965.573	987.418	827.610
	87,9	88,5	91,0	87,7	85,5	82,5	83,7	77,3	82,1
Transferencias sociales - Producción de mercado	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Gasto de capital	89.520	94.767	77.805	113.445	141.823	188.403	188.169	289.998	180.718
	12,1	11,5	9,0	12,3	14,5	17,5	16,3	22,7	17,9
APORTACION AL GASTO PÚBLICO EN SANIDAD TOTAL CONSOLIDADO	742.744	822.995	865.010	921.144	978.733	1.079.397	1.153.742	1.277.416	1.008.328

(*) Cifras provisionales.

GASTO PÚBLICO EN SANIDAD (2002-2010)

CLASIFICACIÓN POR CONCEPTOS DE LA CUENTA SATÉLITE

PRINCIPIO DE DEVENGO

CONCEPTOS CUENTA SATÉLITE	Miles de euros corrientes														TAM			
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009*	2010*	04/03	04/03	05/04	06/05	07/06		08/07	09/08	10/09
1.1 - Investigación y formación	174.902	177.399	192.762	260.373	291.367	334.848	341.229	399.319	422.832	1,4	8,7	35,1	11,9	14,9	1,9	17,0	5,9	11,7
Remuneración del personal	16.183	54.200	51.637	76.403	95.107	108.522	123.796	148.512	159.875	234,9	-4,7	48,0	24,5	14,1	14,1	20,0	7,7	33,1
Consumo intermedio	158.276	122.362	140.003	174.779	182.860	210.227	199.751	228.535	240.826	-22,7	14,4	24,8	4,6	15,0	-5,0	14,4	5,4	5,4
Consumo de capital fijo	443	837	1.122	9.191	13.399	16.099	17.682	22.272	22.131	89,0	34,0	719,1	45,8	20,1	9,8	26,0	-0,6	63,1
1.2 - Gastos de administración general	1.043.530	1.103.341	1.053.433	1.157.781	1.271.315	1.403.056	1.439.687	1.557.866	1.470.465	5,7	-4,5	9,9	9,8	10,4	2,6	8,2	-5,6	4,4
Remuneración del personal	659.646	677.348	671.448	721.320	753.835	787.999	848.994	898.360	842.353	2,7	-0,9	7,4	4,5	4,5	7,7	5,8	-6,2	3,1
Consumo intermedio	375.898	416.534	369.097	422.652	503.110	599.552	577.403	635.587	590.685	10,8	-11,4	14,5	19,0	19,2	-3,7	10,1	-7,1	5,8
Consumo de capital fijo	7.986	9.459	12.888	13.810	14.370	15.506	13.290	23.919	37.427	18,5	36,3	7,1	4,1	7,9	-14,3	80,0	56,5	21,3
1. CONSUMO COLECTIVO	1.218.431	1.280.740	1.246.195	1.418.155	1.562.682	1.737.904	1.780.916	1.957.185	1.893.297	5,1	-2,7	13,8	10,2	11,2	2,5	9,9	-3,3	5,7
2.1.1 - Servicios hospitalarios y especializados	15.832.205	17.822.362	19.461.898	21.407.804	24.298.041	26.372.737	30.068.918	32.328.123	31.878.473	12,6	9,2	10,0	13,5	8,5	14,0	7,5	-1,4	9,1
Remuneración del personal	10.308.790	11.467.508	12.454.387	13.421.024	15.042.657	16.961.040	18.818.921	20.452.454	20.299.469	11,2	8,6	7,8	12,1	12,8	11,0	8,7	-0,7	8,8
Consumo intermedio	5.456.889	6.274.445	6.923.000	7.782.057	9.131.875	9.270.236	11.087.375	11.683.707	11.383.183	15,0	10,3	12,4	17,3	1,5	19,6	5,4	-2,6	9,6
Consumo de capital fijo	66.527	80.409	84.510	204.722	123.509	141.461	162.622	191.962	195.821	20,9	5,1	142,2	-39,7	14,5	15,0	18,0	2,0	14,4
2.1.2 - Servicios primarios de salud	5.232.114	5.879.373	6.386.567	7.008.874	7.565.945	8.482.330	9.447.788	9.860.151	9.633.129	12,4	8,6	9,7	7,9	12,1	11,4	4,4	-2,3	7,9
Remuneración del personal	4.409.093	4.928.226	5.325.760	5.691.885	6.288.889	7.075.203	7.899.021	8.369.739	8.162.112	11,8	8,1	6,9	10,5	12,5	11,6	6,0	-2,5	8,0
Consumo intermedio	809.132	933.310	1.041.174	1.171.751	1.254.311	1.383.227	1.518.429	1.455.144	1.443.116	15,3	11,6	12,5	7,0	10,3	9,8	-4,2	-0,8	7,5
Consumo de capital fijo	13.889	17.837	19.633	145.238	22.745	23.900	30.338	35.268	27.901	28,4	10,1	639,8	-84,3	5,1	26,9	16,3	-20,9	9,1
2.1.3 - Docencia M.I.R.	535.106	495.556	522.575	548.623	591.931	747.820	895.088	973.790	979.717	-7,4	5,5	5,0	7,9	26,3	19,7	8,8	0,6	7,9
Remuneración del personal	528.267	483.057	515.342	541.767	583.000	737.768	876.865	962.368	965.383	-8,6	6,7	5,1	7,6	26,5	18,9	9,8	0,3	7,8
Consumo intermedio	6.839	12.500	6.994	6.856	8.932	10.052	18.223	11.422	14.333	82,8	-44,0	-2,0	30,3	12,5	81,3	-37,3	25,5	9,7
Consumo de capital fijo	--	--	239	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
2.1.4 - Serv. de salud pública	535.098	468.940	567.119	612.677	729.008	801.510	747.343	1.123.711	742.491	-12,4	20,9	8,0	19,0	9,9	-6,8	50,4	-33,9	4,2
Remuneración del personal	308.715	305.101	350.691	379.239	425.374	466.184	457.616	497.340	494.605	-1,2	14,9	8,1	12,2	9,6	-1,8	8,7	-0,5	6,1
Consumo intermedio	226.383	163.839	216.344	233.314	303.485	335.087	289.442	625.927	247.461	-27,6	32,0	7,8	30,1	10,4	-13,6	116,3	-60,5	1,1
Consumo de capital fijo	--	--	83	123	150	238	284	445	426	--	--	47,7	21,8	58,9	19,3	56,7	-4,4	--
2.1 PRODUCCIÓN NO DE MERCADO	22.134.524	24.666.231	26.938.159	29.577.977	33.184.926	36.404.397	41.159.137	44.285.775	43.233.809	11,4	9,2	9,8	12,2	9,7	13,1	7,6	-2,4	8,7
2.2.1.1 - Servicios hospitalarios	2.862.479	3.138.346	3.420.071	3.775.600	3.827.599	4.087.955	4.408.223	4.354.168	4.329.324	9,6	9,0	10,4	1,4	6,8	7,8	-1,2	-0,6	5,3
2.2.1.2 - Servicios especializados	981.871	1.120.597	1.212.997	1.248.259	1.307.191	1.317.294	1.454.714	1.446.304	1.522.469	14,1	8,2	2,9	4,7	0,8	10,4	-0,6	5,3	5,6
2.2.2 - Servicios primarios de salud	398.277	405.534	438.339	466.611	499.027	542.668	530.290	465.438	441.672	1,8	8,1	6,4	6,9	8,7	-2,3	-12,2	-5,1	1,3
2.2.3 - Farmacia	8.487.170	9.611.402	10.152.795	10.757.586	11.300.933	11.901.724	12.720.630	13.435.199	13.380.441	13,2	5,6	6,0	5,1	5,3	6,9	5,6	-0,4	5,9
2.2.4 - Traslado de enfermos	443.962	500.599	571.780	577.097	755.106	850.846	989.734	1.048.365	1.095.348	12,8	14,2	0,9	30,8	12,7	16,3	5,9	4,5	12,0
2.2.5 - Protesis y aparatos terapéuticos	190.164	193.867	201.867	225.939	215.335	224.059	230.969	237.986	243.647	1,9	4,1	11,9	-4,7	4,1	3,1	3,0	2,4	3,1
2.2 PRODUCCIÓN DE MERCADO	13.363.921	14.970.345	15.997.849	17.051.091	17.905.190	18.924.547	20.334.559	20.987.459	21.012.901	12,0	6,9	6,6	5,0	5,7	7,5	3,2	--	5,8
2. GASTO EN CONSUMO INDIVIDUAL	35.498.445	39.636.576	42.936.008	46.629.068	51.090.117	55.328.944	61.493.696	65.273.234	64.246.710	11,7	8,3	8,6	9,6	8,3	11,1	6,1	-1,6	7,7
TRANSFERENCIAS SOCIALES EN ESPECIE	35.498.445	39.636.576	42.936.008	46.629.068	51.090.117	55.328.944	61.493.696	65.273.234	64.246.710	11,7	8,3	8,6	9,6	8,3	11,1	6,1	-1,6	7,7
3.1 - Entre AA.PP. Por servicios concertados	310.330	308.309	248.546	211.349	232.104	242.495	260.903	223.677	165.989	-0,7	-19,4	-15,0	9,8	4,5	7,6	-14,3	-25,8	-7,5
3.2 - Entre AA.PP. Por gastos de funcionamiento	8.759.159	889.512	1.047.053	1.138.943	1.833.508	1.894.527	1.795.287	1.627.749	1.805.574	-89,8	17,7	8,8	61,0	3,3	-5,2	-9,3	10,9	-17,9
3.3 - A entes privados	169.349	179.538	221.468	321.694	334.847	366.146	368.670	358.250	433.032	6,0	23,4	45,3	4,1	9,3	0,7	-2,8	20,9	12,5
3.4 - A entes públicos no agentes	98.500	138.860	134.671	134.060	156.734	172.785	179.340	175.098	174.137	41,0	-3,0	-0,5	16,9	10,2	3,8	-2,4	-0,5	7,4
3. TRANSFERENCIAS CORRIENTES	9.337.338	1.516.220	1.651.739	1.806.046	2.557.193	2.675.953	2.604.200	2.384.774	2.578.733	-83,8	8,9	9,3	41,6	4,6	-2,7	-8,4	8,1	-14,9
4. GASTO EN CONSUMO FINAL (1+2+3)	46.054.214	42.433.535	45.833.942	49.853.268	55.209.991	59.742.802	65.878.812	69.615.193	68.718.740	-7,9	8,0	8,8	10,7	8,2	10,3	5,7	-1,3	5,1
5.1 - Formación bruta de capital fijo	1.546.107	1.694.001	1.764.122	2.020.297	2.477.428	2.580.421	2.750.924	2.523.383	2.098.512	9,6	4,1	14,5	22,6	4,2	6,6	-8,3	-16,8	3,9
5.2 - Transferencias de capital entre AA.PP.	134.156	120.510	103.465	132.229	163.477	136.119	146.160	137.343	81.278	-10,2	-14,1	27,8	23,6	-16,7	7,4	-6,0	-40,8	-6,1
5.3 - Transferencias de capital a entes privados	32.213	27.174	46.217	63.566	61.482	40.360	52.340	40.463	35.655	-15,6	70,1	37,5	-3,3	-34,4	29,7	-22,7	-11,9	1,3
5. GASTO DE CAPITAL	1.712.475	1.841.685	1.913.804	2.216.092	2.702.387	2.756.900	2.949.424	2.701.190	2.215.445	7,5	3,9	15,8	21,9	2,0	7,0	-8,4	-18,0	3,3
GASTO PÚBLICO EN SANIDAD CONSOLIDADO DEL SUBSECTOR	47.766.689	44.275.221	47.747.746	52.069.360	57.912.378	62.499.702	68.828.235	72.316.383	70.934.185	-7,3	7,8	9,1	11,2	7,9	10,1	5,1	-1,9	5,1
(-) TRANSFERENCIAS INTERSECTORIALES	9.203.644	1.318.331	1.399.064	1.482.521	2.229.088	2.273.140	2.202.350	1.988.769	2.052.841	-85,7	6,1	6,0	50,4	2,0	-3,1	-9,7		

GASTO SANITARIO PÚBLICO (2002 - 2010).- PRINCIPIO DE DEVENGO

CLASIFICACIÓN ECONÓMICO - PRESUPUESTARIA

	Miles de euros / porcentaje sobre el total									Variación Anual							
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009*	2010*	03/02	04/03	05/04	07/06	08/07	09/08	10/09	TAM
Remuneración del personal	16.230.693	17.915.439	19.369.266	20.831.638	23.188.862	26.136.716	29.025.213	31.328.772	30.923.796	10,4	8,1	7,5	12,7	11,1	7,9	-1,3	8,6
	34,0	40,5	40,6	40,0	40,0	41,8	42,2	43,3	43,6								
Consumo intermedio	7.033.417	7.922.989	8.696.612	9.791.409	11.384.572	11.808.381	13.690.623	14.640.321	13.919.604	12,6	9,8	12,6	3,7	15,9	6,9	-4,9	10,0
	14,7	17,9	18,2	18,8	19,7	18,9	19,9	20,2	19,6								
Consumo de capital fijo	88.845	108.542	118.476	373.085	174.174	197.204	224.217	273.867	283.706	22,2	9,2	214,9	13,2	13,7	22,1	3,6	14,1
	0,2	0,2	0,2	0,7	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4								
Conciertos	4.996.918	5.473.385	5.891.733	6.278.915	6.621.026	7.041.259	7.643.863	7.537.951	7.554.802	9,5	7,6	6,6	6,3	8,6	-1,4	0,2	6,3
	10,5	12,4	12,3	12,1	11,4	11,3	11,1	10,4	10,7								
Transferencias corrientes	17.704.341	11.013.180	11.757.855	12.578.222	13.841.357	14.559.241	15.294.896	15.834.282	16.036.832	-37,8	6,8	7,0	5,2	5,1	3,5	1,3	-2,1
	37,1	24,9	24,6	24,2	23,9	23,3	22,2	21,9	22,6								
Gasto de capital	1.712.475	1.841.685	1.913.804	2.216.092	2.702.387	2.756.900	2.949.424	2.701.190	2.215.445	7,5	3,9	15,8	2,0	7,0	-8,4	-18,0	8,1
	3,6	4,2	4,0	4,3	4,7	4,4	4,3	3,7	3,1								
GASTO TOTAL SECTORES	47.766.689	44.275.221	47.747.746	52.069.360	57.912.378	62.499.702	68.828.235	72.316.383	70.934.185	-7,3	7,8	9,1	7,9	10,1	5,1	-1,9	5,4
(-) TRANSFERENCIAS INTERSECTORIALE	9.203.644	1.318.331	1.399.064	1.482.521	2.229.088	2.273.140	2.202.350	1.988.769	2.052.841	-85,7	6,1	6,0	2,0	-3,1	-9,7	3,2	-17,4
TOTAL CONSOLIDADO	38.563.045	42.956.889	46.348.681	50.586.839	55.683.290	60.226.561	66.625.885	70.327.614	68.881.344	11,4	7,9	9,1	8,2	10,6	5,6	-2,1	7,8

(*) Cifras provisionales

CLASIFICACIÓN FUNCIONAL

	Miles de euros / porcentaje sobre el total									Variación Anual							
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009*	2010*	03/02	04/03	05/04	07/06	08/07	09/08	10/09	TAM
Servicios hospitalarios y especializados	20.067.713	22.502.542	24.576.854	27.004.400	30.033.835	32.497.320	36.767.192	39.000.670	38.587.985	12,1	9,2	9,9	8,2	13,1	6,1	-1,1	8,7
	52,0	52,4	53,0	53,4	53,9	54,0	55,2	55,5	56,0								
Servicios primarios de salud	5.952.089	6.561.856	7.148.588	7.824.212	8.441.886	9.453.451	10.443.678	10.839.885	10.650.921	10,2	8,9	9,5	12,0	10,5	3,8	-1,7	7,8
	15,4	15,3	15,4	15,5	15,2	15,7	15,7	15,4	15,5								
Servicios de salud pública	571.254	491.616	572.054	630.734	752.274	839.331	784.701	1.157.795	759.451	-13,9	16,4	10,3	11,6	-6,5	47,5	-34,4	9,2
	1,5	1,1	1,2	1,2	1,4	1,4	1,2	1,6	1,1								
Servicios colectivos de salud	1.274.344	1.373.673	1.320.176	1.486.662	1.644.086	1.839.048	1.885.718	2.043.867	2.029.385	7,8	-3,9	12,6	11,9	2,5	8,4	-0,7	6,1
	3,3	3,2	2,8	2,9	3,0	3,1	2,8	2,9	2,9								
Farmacia	8.487.170	9.611.402	10.152.795	10.757.586	11.300.933	11.901.724	12.720.630	13.435.199	13.380.441	13,2	5,6	6,0	5,3	6,9	5,6	-0,4	5,9
	22,0	22,4	21,9	21,3	20,3	19,8	19,1	19,1	19,4								
Traslado, protesis y ap. terapéuticos	632.157	694.624	767.875	799.382	971.365	1.074.905	1.220.703	1.286.351	1.338.995	9,9	10,5	4,1	10,7	13,6	5,4	4,1	9,3
	1,6	1,6	1,7	1,6	1,7	1,8	1,8	1,8	1,9								
Gasto de capital.	1.578.320	1.721.175	1.810.339	2.083.862	2.538.910	2.620.781	2.803.264	2.563.846	2.134.167	9,1	5,2	15,1	3,2	7,0	-8,5	-16,8	6,3
	4,1	4,0	3,9	4,1	4,6	4,4	4,2	3,6	3,1								
TOTAL CONSOLIDADO	38.563.045	42.956.889	46.348.681	50.586.839	55.683.290	60.226.561	66.625.885	70.327.614	68.881.344	11,4	7,9	9,1	8,2	10,6	5,6	-2,1	7,8

(*) Cifras provisionales

AGREGADOS DE CONTABILIDAD NACIONAL

	Miles de euros / porcentaje sobre el total									Variación Anual							
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009*	2010*	03/02	04/03	05/04	07/06	08/07	09/08	10/09	TAM
Consumo colectivo	1.274.344	1.373.673	1.320.176	1.486.662	1.644.086	1.839.048	1.885.718	2.043.867	2.029.385	7,8	-3,9	12,6	11,9	2,5	8,4	-0,7	6,1
	3,3	3,2	2,8	2,9	3,0	3,1	2,8	2,9	2,9								
Transfers. sociales - Prod. de no mercado	22.170.679	24.688.907	26.934.361	29.595.220	33.208.192	36.442.218	41.196.496	44.319.859	43.250.769	11,4	9,1	9,9	9,7	13,0	7,6	-2,4	9,0
	57,5	57,5	58,1	58,5	59,6	60,5	61,8	63,0	62,8								
Transfers. sociales - Prod. de mercado	13.539.703	15.173.134	16.283.805	17.421.094	18.292.102	19.324.514	20.740.408	21.400.041	21.467.023	12,1	7,3	7,0	5,6	7,3	3,2	0,3	5,9
	35,1	35,3	35,1	34,4	32,9	32,1	31,1	30,4	31,2								
Gasto de capital	1.578.320	1.721.175	1.810.339	2.083.862	2.538.910	2.620.781	2.803.264	2.563.846	2.134.167	9,1	5,2	15,1	3,2	7,0	-8,5	-16,8	6,3
	4,1	4,0	3,9	4,1	4,6	4,4	4,2	3,6	3,1								
TOTAL CONSOLIDADO	38.563.045	42.956.889	46.348.681	50.586.839	55.683.290	60.226.561	66.625.885	70.327.614	68.881.344	11,4	7,9	9,1	8,2	10,6	5,6	-2,1	7,8

GASTO SANITARIO PÚBLICO. TOTAL CONSOLIDADO. PRINCIPIO DE DEVENGO
DISTRIBUCION POR SUBSECTORES DE GASTO
APORTACION DE LOS SUBSECTORES AL GASTO TOTAL CONSOLIDADO

	Miles de euros corrientes									Estructura porcentual								
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009*	2010*	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009*	2010*
ADMINISTRACIÓN CENTRAL	516.132	648.343	634.910	670.426	817.659	900.052	930.196	1.217.299	905.787	1,34	1,51	1,37	1,33	1,47	1,49	1,40	1,73	1,31
Ministerio de Administraciones Públicas	6.770	7.879	9.220	8.869	9.647	10.704	13.417	14.514	16.830	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02
Ministerio de Defensa	157.540	205.943	209.510	183.819	224.365	232.900	189.429	190.670	179.913	0,41	0,48	0,45	0,36	0,40	0,39	0,28	0,27	0,26
Ministerio de Educación y Ciencia	7.813	10.313	10.313	10.313	10.313	10.313	17.051	8.763	4.418	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,03	0,01	0,01
Ministerio de Interior	66.097	72.324	83.786	82.627	89.093	91.936	116.886	124.668	136.886	0,17	0,17	0,18	0,16	0,16	0,15	0,18	0,18	0,20
Ministerio de Sanidad y Consumo	277.911	351.883	322.081	384.798	484.241	554.199	219.383	510.551	212.519	0,72	0,82	0,69	0,76	0,87	0,92	0,33	0,73	0,31
Ministerio de Ciencia e Innovación							374.030	368.133	355.220							0,56	0,52	0,52
SISTEMA SEGURIDAD SOCIAL	1.330.378	1.354.015	1.460.663	1.588.775	1.766.646	1.832.774	1.918.668	1.666.888	1.640.808	3,45	3,15	3,15	3,14	3,17	3,04	2,88	2,37	2,38
Instituto Nacional de Gestión Sanitaria	213.754	186.469	195.188	203.205	205.543	232.143	257.277	268.609	238.592	0,55	0,43	0,42	0,40	0,37	0,39	0,39	0,38	0,35
Instituto Social de la Marina	39.860	39.537	42.887	29.216	26.395	26.530	27.521	26.255	28.389	0,10	0,09	0,09	0,06	0,05	0,04	0,04	0,04	0,04
Mutuas de Accidentes de Trabajo	1.076.765	1.128.009	1.222.588	1.356.355	1.534.708	1.574.100	1.633.871	1.372.024	1.373.828	2,79	2,63	2,64	2,68	2,76	2,61	2,45	1,95	1,99
MUTUALIDADES FUNCIONARIOS	1.411.135	1.538.222	1.634.231	1.701.237	1.769.957	1.854.760	1.972.070	2.053.746	2.076.131	3,66	3,58	3,53	3,36	3,18	3,08	2,96	2,92	3,01
Instituto Social de las Fuerzas Armadas	448.107	487.953	521.983	532.301	544.275	559.898	609.062	636.403	640.053	1,16	1,14	1,13	1,05	0,98	0,93	0,91	0,90	0,93
Mutualidad General de Funcionarios Civiles	913.299	996.361	1.052.736	1.105.657	1.158.920	1.223.978	1.287.768	1.337.168	1.355.176	2,37	2,32	2,27	2,19	2,08	2,03	1,93	1,90	1,97
Mutualidad General Judicial	49.729	53.908	59.511	63.280	66.762	70.885	75.240	80.175	80.902	0,13	0,13	0,13	0,13	0,12	0,12	0,11	0,11	0,12
COMUNIDADES AUTÓNOMAS	34.552.342	38.561.129	41.742.699	45.692.842	50.336.961	54.545.424	60.634.574	64.093.751	63.232.462	89,60	89,77	90,06	90,33	90,40	90,57	91,01	91,14	91,80
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ANDALUCÍA	5.872.658	6.450.192	7.025.753	7.539.191	8.339.228	8.867.511	10.307.068	10.275.784	10.008.978	15,23	15,02	15,16	14,90	14,98	14,72	15,47	14,61	14,53
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE 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	1.991.048	2,81	2,86	2,95	2,85	2,85	2,89	2,85	2,92	2,89
PRINCIPADO DE ASTURIAS	981.442	1.102.532	1.178.919	1.253.681	1.339.114	1.423.253	1.550.407	1.748.185	1.672.215	2,55	2,57	2,54	2,48	2,40	2,36	2,33	2,49	2,43
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ISLAS BALEARES	689.941	799.363	874.479	1.064.151	1.077.552	1.209.518	1.312.111	1.379.365	1.567.591	1,79	1,86	1,89	2,10	1,94	2,01	1,97	1,96	2,28
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANARIAS	1.585.628	1.793.534	1.896.751	2.148.011	2.317.742	2.509.037	2.854.531	2.993.846	2.852.465	4,11	4,18	4,09	4,25	4,16	4,17	4,28	4,26	4,14
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANTABRIA	526.275	611.281	660.908	718.122	766.157	825.218	773.223	812.242	858.446	1,36	1,42	1,43	1,42	1,38	1,37	1,16	1,15	1,25
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE 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	3.616.111	5,35	5,52	5,46	5,44	5,68	5,10	5,43	5,03	5,25
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CASTILLA-LA MANCHA	1.471.894	1.607.100	1.614.193	2.073.055	2.354.915	2.425.780	2.540.583	2.989.387	2.944.635	3,82	3,74	3,48	4,10	4,23	4,03	3,81	4,25	4,27
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE 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	10.688.086	14,31	14,57	14,14	14,11	14,49	14,89	14,82	14,97	15,52
COMUNIDAD 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	6.805.430	8,91	9,15	9,15	9,33	9,19	9,28	9,21	9,46	9,88
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EXTREMADURA	946.483	1.059.068	1.133.799	1.223.321	1.348.811	1.526.277	1.659.212	1.749.328	1.730.317	2,45	2,47	2,45	2,42	2,42	2,53	2,49	2,49	2,51
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE 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	3.820.067	6,05	5,93	6,10	5,79	5,80	5,73	5,71	5,68	5,55
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MADRID	4.228.002	4.601.404	5.265.938	5.686.537	6.140.493	6.777.571	7.444.430	8.042.266	7.362.693	10,96	10,71	11,36	11,24	11,03	11,25	11,17	11,44	10,69
COMUNIDAD AUTÓNOMA 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	2.234.606	2,61	2,69	2,77	2,82	2,81	2,91	3,20	3,21	3,24
COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA	559.147	610.205	661.838	694.066	753.309	826.706	916.413	1.005.880	998.242	1,45	1,42	1,43	1,37	1,35	1,37	1,38	1,43	1,45
COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL 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	3.605.635	5,20	5,03	4,98	5,00	4,85	5,02	5,01	5,13	5,23
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA RIOJA	244.129	272.795	311.161	353.875	455.874	556.373	470.302	467.888	475.896	0,63	0,64	0,67	0,70	0,82	0,92	0,71	0,67	0,69
CIUDADES CON ESTATUTO DE AUTONOMÍA	10.313	10.402	11.170	12.414	13.333	14.154	16.635	18.513	17.827	0,03	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,03	0,03
Ciudad Autónoma de Ceuta	2.976	3.205	3.397	3.487	3.626	3.574	4.609	4.741	4.306	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
Ciudad Autónoma de Melilla	7.338	7.197	7.772	8.927	9.707	10.580	12.026	13.773	13.522	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02
CORPORACIONES LOCALES	742.744	844.778	865.010	921.144	978.733	1.079.397	1.153.742	1.277.416	1.008.328	1,93	1,97	1,87	1,82	1,76	1,79	1,73	1,82	1,46
GASTO PÚBLICO EN SANIDAD	38.563.045	42.956.889	46.348.681	50.586.839	55.683.290	60.226.561	66.625.885	70.327.614	68.881.344	100	100	100	100	100	100	100	100	100

FLUJOS FINANCIEROS DEL GASTO PÚBLICO EN SANIDAD
PRINCIPIO DE DEVENGO
FINANCIACIÓN DEL GASTO POR SECTORES - EVOLUCIÓN 2002-2010

	Miles de euros corrientes								
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009(*)	2010(*)
Administración Central	5.101.313	1.439.067	1.471.197	1.676.427	2.578.171	2.697.025	2.638.187	2.792.862	2.567.299
Sistema de Seguridad social	1.248.559	1.089.852	1.243.068	1.439.140	1.642.838	1.683.152	1.742.050	1.467.523	1.436.445
Mutualidades de funcionarios	1.572.469	1.696.159	1.700.432	1.732.898	1.795.203	1.882.046	1.992.366	2.074.056	2.093.937
Ciudades con Estatuto de Autonomía	10.306	9.182	11.025	12.085	13.278	14.123	16.604	18.485	17.669
Comunidades Autónomas	30.434.599	38.121.418	41.307.675	45.513.515	49.411.141	53.468.195	59.660.790	63.141.315	62.289.287
Corporaciones locales	195.799	601.212	615.501	212.774	242.659	482.021	575.888	833.373	764.791
Gasto sanitario público	38.563.045	42.956.889	46.348.898	50.586.839	55.683.290	60.226.561	66.625.885	70.327.614	69.169.428

	Estructura porcentual								
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009(*)	2010(*)
Administración Central	13,23	3,35	3,17	3,31	4,63	4,84	4,74	5,02	4,61
Sistema de Seguridad social	3,24	2,54	2,68	2,84	2,95	3,02	3,13	2,64	2,58
Mutualidades de funcionarios	4,08	3,95	3,67	3,43	3,22	3,38	3,58	3,72	3,76
Ciudades con Estatuto de Autonomía	0,03	0,02	0,02	0,02	0,02	0,03	0,03	0,03	0,03
Comunidades Autónomas	78,92	88,74	89,12	89,97	88,74	96,02	107,14	113,39	111,86
Corporaciones locales	0,51	1,40	1,33	0,42	0,44	0,87	1,03	1,50	1,37
Gasto sanitario público	100	100	100	100	100	100	100	100	100

	Incrementos interanuales								
		03/02	04/03	05/04	06/05	07/06	08/07	09/08	10/09
Administración Central		-71,79	2,23	13,95	53,79	4,61	-2,18	5,86	-8,08
Sistema de Seguridad social		-12,71	14,06	15,77	14,15	2,45	3,50	-15,76	-2,12
Mutualidades de funcionarios		7,87	0,25	1,91	3,60	4,84	5,86	4,10	0,96
Ciudades con Estatuto de Autonomía		-10,91	20,07	9,62	9,87	6,36	17,57	11,33	-4,41
Comunidades Autónomas		25,26	8,36	10,18	8,56	8,21	11,58	5,83	-1,35
Corporaciones locales		207,06	2,38	-65,43	14,05	98,64	19,47	44,71	-8,23
Gasto sanitario público		11,39	7,90	9,14	10,07	8,16	10,63	5,56	-1,65

D- SISTEMA DE CUENTAS DE SALUD (SCS)

Sistema de Cuentas de Salud

España, 2003-2010

Gasto sanitario según función de atención de la salud

Millones de euros corrientes

FUNCIÓN	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
HC.1, HC.2	35.021	38.113	41.522	45.502	49.036	54.135	56.008	55.854
HC.1.1, HC.2.1	13.360	14.535	16.064	17.775	19.243	21.627	22.733	22.577
HC.1.2, HC.2.2	1.061	1.296	1.424	1.552	1.675	1.869	1.954	1.940
HC.1.3, HC.2.3	20.091	21.712	23.442	25.521	27.425	29.865	30.521	30.541
HC.1.3.1	6.062	6.543	7.205	7.779	8.676	9.232	9.523	9.415
HC.1.3.2	3.239	3.637	3.806	4.139	4.560	4.964	4.966	5.119
HC.1.3.3	9.504	10.088	10.964	12.075	12.657	14.015	14.347	14.293
HC.1.3.9	1.287	1.444	1.466	1.528	1.532	1.654	1.684	1.712
HC.1.4, HC.2.4	509	570	592	654	693	774	800	796
HC.3	5.375	6.050	6.836	7.813	8.553	9.337	10.045	10.742
HC.3.1	4.119	4.528	4.972	5.568	6.044	6.661	7.171	7.683
HC.3.2	407	482	603	720	807	839	932	1.025
HC.3.3	848	1.040	1.261	1.524	1.703	1.836	1.943	2.033
HC.4	2.993	3.257	3.500	3.963	4.307	4.830	5.087	5.098
HC.4.1	1.234	1.309	1.427	1.591	1.724	1.928	2.051	2.023
HC.4.2	1.147	1.265	1.384	1.482	1.592	1.757	1.827	1.818
HC.4.3	585	654	662	861	961	1.114	1.177	1.224
HC.4.9	26	30	27	28	29	31	33	34
HC.5	15.080	15.991	17.096	17.950	19.114	20.396	21.037	21.204
HC.5.1	13.479	14.273	15.149	15.814	16.655	17.755	18.465	18.500
HC.5.1.1	10.009	10.512	11.126	11.697	12.297	13.101	13.820	13.793
HC.5.1.2	2.415	2.668	2.896	2.976	3.181	3.405	3.341	3.461
HC.5.1.3	1.055	1.094	1.127	1.141	1.177	1.248	1.303	1.247
HC.5.2	1.601	1.718	1.947	2.136	2.460	2.641	2.572	2.704
HC.5.2.1	1.064	1.088	1.219	1.338	1.480	1.666	1.615	1.699
HC.5.2.2	147	144	176	167	172	172	177	181
HC.5.2.3	261	316	382	426	517	519	511	536
HC.5.2.4	129	170	171	205	291	284	269	288
HC.5.2.9	0	0	0	0	0	0	0	0
HC.6	1.472	1.598	1.763	1.958	2.196	2.242	2.691	2.269
HC.6.1	252	274	301	326	368	411	432	424
HC.6.2	73	79	85	93	104	117	122	120
HC.6.3	2	2	2	3	4	4	4	4
HC.6.4	479	521	572	620	700	783	823	807
HC.6.5	40	42	42	49	16	18	12	9
HC.6.9	627	682	761	868	1.004	908	1.298	905
HC.7	2.097	2.151	2.395	2.687	2.987	3.024	3.131	3.032
HC.7.1	981	962	1.045	1.170	1.310	1.338	1.448	1.357
HC.7.1.1	817	799	872	978	1.118	1.133	1.260	1.169
HC.7.1.2	164	164	174	192	192	205	188	188
HC.7.2	1.116	1.189	1.350	1.517	1.677	1.686	1.683	1.675
HC.1-HC.7	62.038	67.161	73.112	79.873	86.194	93.963	97.999	98.199
HC.R.1	2.038	2.042	2.376	2.953	3.295	3.322	2.893	2.542
HC.1-HC.7, HC.R.1	64.076	69.203	75.489	82.825	89.489	97.285	100.892	100.741
HC.R.2	17	16	12	18	33	29	17	23
HC.R.3	276	277	322	367	416	437	479	542
HC.R.4	..	..	..	..	..	..	..	..
HC.R.5	..	..	..	..	..	..	..	..
HC.R.6	654	777	887	817	805	842	897	953
HC.R.7	..	..	15.316	16.506	17.828	18.658	18.591	18.769
Rubros pro-memoria:								
M.1 (HC)	..	..	..	..	..	..	..	..
M.2 (HC)	16.505	17.470	18.482	19.594	20.759	22.411	23.441	23.433
» Venta en oficinas de farmacia	13.479	14.272	15.148	15.814	16.654	17.754	18.465	18.500
» Dispensación a pacientes ingresados	1.801	1.970	1.987	2.246	2.437	2.761	2.942	2.919
» Dispensación ambulatoria especializada	1.144	1.140	1.253	1.425	1.546	1.761	1.893	1.874
» Dispensación en atención primaria	80	86	93	109	121	134	141	140
» Otros modos de provisión	0	0	0	0	0	0	1	1
M.3 (HC)	3.853	4.197	4.486	5.076	5.515	6.198	6.542	6.544

.. No disponible

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Cuentas de Salud.

Sistema de Cuentas de Salud									
España, 2003-2010									
Gasto sanitario total según proveedor de atención de la salud									
Millones de euros corrientes									
PROVEEDOR		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
HP.1	Hospitales	24.386	26.613	29.296	32.788	35.652	39.816	41.499	41.148
HP.1.1	Hospitales generales	22.398	24.408	26.823	30.212	32.947	36.837	38.590	38.164
HP.1.2	Hospitales de salud mental y adicciones	507	568	636	658	682	740	761	768
HP.1.3	Hospitales de especialidades (excepto salud mental y adicciones)	1.480	1.637	1.837	1.918	2.023	2.240	2.148	2.216
HP.2	Establecimientos de atención medicalizada y residencial	3.566	3.907	4.338	4.997	5.500	6.024	6.605	7.204
HP.2.1	Establecimientos de atención medicalizada	3.512	3.839	4.259	4.909	5.398	5.916	6.486	7.074
HP.2.2	Establecimientos de atención residencial para retraso mental, salud mental y adicciones	55	68	79	88	102	107	119	130
HP.2.3	Establecimientos de atención residencial a la tercera edad	..	..	..	..	..	..	..	..
HP.2.9	Otros establecimientos de atención residencial	..	..	..	..	..	..	..	..
HP.3	Proveedores de atención ambulatoria	17.476	18.866	20.544	22.355	23.912	25.741	25.967	25.952
HP.3.1	Consultorios médicos	5.721	5.901	6.505	6.807	6.875	6.947	6.567	6.528
HP.3.2	Consultorios odontológicos	3.242	3.641	3.810	4.144	4.565	4.970	4.972	5.125
HP.3.3	Consultorios de otros profesionales sanitarios	1.273	1.430	1.449	1.508	1.509	1.628	1.657	1.686
HP.3.4	Centros de atención ambulatoria	5.644	6.011	6.718	7.377	8.183	9.140	9.569	9.293
HP.3.5	Laboratorios médicos y de diagnóstico	605	690	728	732	777	796	787	785
HP.3.6	Proveedores de atención domiciliaria	533	647	737	995	1.118	1.214	1.286	1.363
HP.3.9	Otros proveedores de atención ambulatoria	457	546	596	792	885	1.047	1.129	1.172
HP.4	Minoristas y otros proveedores de productos médicos	15.080	15.990	17.095	17.950	19.114	20.396	21.037	21.203
HP.4.1	Farmacias	13.479	14.272	15.148	15.814	16.654	17.754	18.465	18.500
HP.4.2	Minoristas y otros proveedores de lentes y otros productos ópticos	1.064	1.088	1.219	1.338	1.480	1.666	1.615	1.699
HP.4.3	Minoristas y otros proveedores de ayudas auditivas	261	316	382	426	517	519	511	536
HP.4.4, HP.4.9	Minoristas y otros proveedores de accesorios médicos (excepto ayudas visuales y auditivas). Otras formas de venta y proveedores de productos farmacéuticos y médicos	276	314	347	372	463	456	446	468
HP.5	Suministro y administración de programas de salud pública	583	636	707	798	938	837	1.209	805
HP.6	Administración general de la salud y los seguros médicos	2.325	2.380	2.663	3.025	3.434	3.516	3.560	3.326
HP.6.1	Administración de la salud por las administraciones públicas	1.023	1.004	1.116	1.300	1.549	1.611	1.675	1.450
HP.6.2	Administraciones de seguridad social	186	187	197	207	208	218	201	201
HP.6.3	Otros seguros sociales	0	0	0	0	0	0	0	0
HP.6.4	Otros seguros (privados)	1.116	1.189	1.350	1.517	1.677	1.686	1.683	1.675
HP.6.9	Otros proveedores de administración de la salud	0	0	0	0	0	0	0	0
HP.7	Otras ramas de actividad (resto de la economía)	658	806	839	908	935	953	1.014	1.100
HP.7.1	Entidades proveedoras de servicios de medicina del trabajo	40	42	42	49	16	18	12	9
HP.7.2	Hogares como proveedores de atención domiciliaria	374	475	576	610	651	697	729	751
HP.7.9	Otras ramas de actividad como productores secundarios de atención de la salud	243	289	221	249	269	237	273	340
HP.9	Resto del mundo	3	4	6	5	4	3	2	2
HP.1-HP.9	GASTO TOTAL	64.076	69.203	75.489	82.825	89.489	97.285	100.892	100.741

.. No disponible

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Cuentas de Salud.

Sistema de Cuentas de Salud

España, 2003-2010

Gasto sanitario total según agente de financiación

Millones de euros corrientes

AGENTE DE FINANCIACIÓN	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
HF.1 Administraciones públicas	45.098	48.834	53.574	59.337	64.339	71.170	75.395	74.732
HF.1.1 Administraciones públicas excluidas administraciones de seguridad social	41.761	45.181	49.614	55.066	59.859	66.425	70.771	70.070
HF.1.1.1 Administración central	461	446	451	576	653	654	945	574
HF.1.1.2 Administraciones regionales/provinciales	40.456	43.869	48.243	53.511	58.126	64.617	68.549	68.199
HF.1.1.3 Administraciones locales/municipales	845	865	921	979	1.079	1.154	1.277	1.296
HF.1.2 Administraciones de seguridad social	3.337	3.654	3.960	4.271	4.480	4.745	4.624	4.663
HF.2 Sector privado	18.978	20.368	21.915	23.489	25.151	26.116	25.497	26.009
HF.2.1, HF.2.2 Seguros sociales privados. Empresas de seguro privadas	3.533	3.923	4.408	5.069	5.619	5.632	5.604	5.563
HF.2.3 Pagos directos de los hogares	14.656	15.712	16.664	17.441	18.260	19.621	19.229	19.817
HF.2.4 Instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares (excepto seguros sociales)	477	484	585	605	627	342	378	411
HF.2.5 Sociedades (excepto seguros médicos)	311	250	258	374	646	520	287	217
HF.3 Resto del mundo	..	..	..	..	..	..	..	..
HF.1-HF.3 GASTO TOTAL	64.076	69.203	75.489	82.825	89.489	97.285	100.892	100.741

.. No disponible

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Cuentas de Salud.

Sistema de Cuentas de Salud

España, 2003-2010

Gasto sanitario total según proveedor de atención de la salud y titularidad de la provisión

Millones de euros corrientes

PROVEEDOR / TITULARIDAD	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
HP.1 Hospitales	24.386	26.613	29.296	32.788	35.652	39.816	41.499	41.148
<i>Titularidad pública</i>	19.238	21.109	23.125	26.312	28.535	32.412	34.575	34.210
<i>Titularidad privada</i>	5.148	5.504	6.171	6.477	7.117	7.405	6.924	6.938
HP.2 Establecimientos de atención medicalizada y residencial	3.566	3.907	4.338	4.997	5.500	6.024	6.605	7.204
<i>Titularidad pública</i>	879	950	1.126	1.342	1.456	1.615	1.813	2.017
<i>Titularidad privada</i>	2.688	2.957	3.212	3.655	4.044	4.409	4.791	5.187
HP.3 Proveedores de atención ambulatoria	17.476	18.866	20.544	22.355	23.912	25.741	25.967	25.952
<i>Titularidad pública</i>	6.414	6.824	7.635	8.335	9.211	10.255	10.693	10.405
<i>Titularidad privada</i>	11.062	12.042	12.909	14.020	14.701	15.486	15.274	15.547
HP.4 Minoristas y otros proveedores de productos médicos	15.080	15.990	17.095	17.950	19.114	20.396	21.037	21.203
<i>Titularidad pública</i>	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>Titularidad privada</i>	15.080	15.990	17.095	17.950	19.114	20.396	21.037	21.203
HP.5 Suministro y administración de programas de salud pública	583	636	707	798	938	837	1.209	805
<i>Titularidad pública</i>	490	557	616	698	813	764	1.139	751
<i>Titularidad privada</i>	93	79	91	101	126	72	70	54
HP.6 Administración general de la salud y los seguros médicos	2.325	2.380	2.663	3.025	3.434	3.516	3.560	3.326
<i>Titularidad pública</i>	1.209	1.191	1.313	1.508	1.757	1.830	1.877	1.651
<i>Titularidad privada</i>	1.116	1.189	1.350	1.517	1.677	1.686	1.683	1.675
HP.7 Otras ramas de actividad (resto de la economía)	658	806	839	908	935	953	1.014	1.100
HP.9 Resto del mundo	3	4	6	5	4	3	2	2
HP.1-HP.9 GASTO TOTAL	64.076	69.203	75.489	82.825	89.489	97.285	100.892	100.741

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Cuentas de Salud.

Sistema de Cuentas de Salud

España, 2003-2010

Gasto sanitario total según proveedor de atención de la salud y financiación de la asistencia

Millones de euros corrientes

PROVEEDOR / FINANCIACIÓN	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
HP.1 Hospitales	24.386	26.613	29.296	32.788	35.652	39.816	41.499	41.148
<i>Financiación pública</i>	22.401	24.610	27.064	30.308	32.766	36.996	39.074	38.660
<i>Financiación privada</i>	1.984	2.003	2.232	2.480	2.886	2.821	2.424	2.489
HP.2 Establecimientos de atención medicalizada y residencial	3.566	3.907	4.338	4.997	5.500	6.024	6.605	7.204
<i>Financiación pública</i>	1.883	2.062	2.429	2.958	3.363	3.723	4.182	4.656
<i>Financiación privada</i>	1.683	1.846	1.909	2.039	2.137	2.301	2.423	2.548
HP.3 Proveedores de atención ambulatoria	17.476	18.866	20.544	22.355	23.912	25.741	25.967	25.952
<i>Financiación pública</i>	8.539	9.203	10.241	11.358	12.478	13.851	14.334	14.203
<i>Financiación privada</i>	8.937	9.663	10.302	10.997	11.435	11.890	11.633	11.749
HP.4 Minoristas y otros proveedores de productos médicos	15.080	15.990	17.095	17.950	19.114	20.396	21.037	21.203
<i>Financiación pública</i>	9.778	10.319	10.957	11.494	12.100	12.921	13.642	13.591
<i>Financiación privada</i>	5.302	5.671	6.138	6.456	7.014	7.475	7.395	7.612
HP.5 Suministro y administración de programas de salud pública	583	636	707	798	938	837	1.209	805
<i>Financiación pública</i>	513	561	620	716	850	801	1.174	768
<i>Financiación privada</i>	70	75	87	82	89	36	36	37
HP.6 Administración general de la salud y los seguros médicos	2.325	2.380	2.663	3.025	3.434	3.516	3.560	3.326
<i>Financiación pública</i>	1.325	1.270	1.416	1.590	1.844	1.922	1.974	1.751
<i>Financiación privada</i>	1.000	1.110	1.247	1.434	1.590	1.594	1.586	1.574
HP.7 Otras ramas de actividad (resto de la economía)	658	806	839	908	935	953	1.014	1.100
HP.9 Resto del mundo	3	4	6	5	4	3	2	2
HP.1-HP.9 GASTO TOTAL	64.076	69.203	75.489	82.825	89.489	97.285	100.892	100.741

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Cuentas de Salud.

Sistema de Cuentas de Salud								
España, 2003-2010								
Gasto sanitario total según proveedor de atención de la salud								
Tasa de variación interanual								
PROVEEDOR	2004 / 2003	2005 / 2004	2006 / 2005	2007 / 2006	2008 / 2007	2009 / 2008	2010 / 2009	TAM
HP.1 Hospitales	9,1	10,1	11,9	8,7	11,7	4,2	-0,8	7,9
HP.1.1 Hospitales generales	9,0	9,9	12,6	9,1	11,8	4,8	-1,1	8,1
HP.1.2 Hospitales de salud mental y adicciones	11,9	11,9	3,5	3,6	8,5	2,9	0,8	6,0
HP.1.3 Hospitales de especialidades (excepto salud mental y adicciones)	10,6	12,2	4,4	5,4	10,7	-4,1	3,2	5,5
HP.2 Establecimientos de atención medicalizada y residencial	9,6	11,0	15,2	10,1	9,5	9,7	9,1	9,2
HP.2.1 Establecimientos de atención medicalizada	9,3	10,9	15,3	10,0	9,6	9,6	9,1	9,2
HP.2.2 Establecimientos de atención residencial para retraso mental, salud mental y adicciones	24,2	16,7	10,6	15,6	5,9	10,4	9,8	11,7
HP.2.3 Establecimientos de atención residencial a la tercera edad	..	..	..	..	..	..	..	..
HP.2.9 Otros establecimientos de atención residencial	..	..	..	..	..	..	..	..
HP.3 Proveedores de atención ambulatoria	8,0	8,9	8,8	7,0	7,6	0,9	-0,1	5,8
HP.3.1 Consultorios médicos	3,1	10,2	4,6	1,0	1,0	-5,5	-0,6	2,0
HP.3.2 Consultorios odontológicos	12,3	4,6	8,8	10,2	8,9	0,0	3,1	6,3
HP.3.3 Consultorios de otros profesionales sanitarios	12,3	1,3	4,1	0,0	7,9	1,8	1,8	3,8
HP.3.4 Centros de atención ambulatoria	6,5	11,8	9,8	10,9	11,7	4,7	-2,9	7,8
HP.3.5 Laboratorios médicos y de diagnóstico	14,0	5,6	0,5	6,2	2,5	-1,1	-0,2	3,8
HP.3.6 Proveedores de atención domiciliaria	21,3	13,8	35,1	12,3	8,5	6,0	6,0	13,4
HP.3.9 Otros proveedores de atención ambulatoria	19,4	9,3	32,8	11,7	18,3	7,9	3,8	13,8
HP.4 Minoristas y otros proveedores de productos médicos	6,0	6,9	5,0	6,5	6,7	3,1	0,8	4,9
HP.4.1 Farmacias	5,9	6,1	4,4	5,3	6,6	4,0	0,2	4,6
HP.4.2 Minoristas y otros proveedores de lentes y otros productos ópticos	2,3	12,0	9,8	10,6	12,6	-3,1	5,2	6,1
HP.4.3 Minoristas y otros proveedores de ayudas auditivas	21,2	20,7	11,6	21,3	0,4	-1,4	4,9	10,1
HP.4.4, HP.4.9 Minoristas y otros proveedores de accesorios médicos (excepto ayudas visuales y auditivas). Otras formas de venta y proveedores de productos farmacéuticos y médicos	13,5	10,7	7,1	24,5	-1,4	-2,3	5,1	7,1
HP.5 Suministro y administración de programas de salud pública	9,0	11,2	13,0	17,5	-10,9	44,6	-33,5	11,0
HP.6 Administración general de la salud y los seguros médicos	2,4	11,9	13,6	13,5	2,4	1,3	-6,6	6,3
HP.6.1 Administración de la salud por las administraciones públicas	-1,9	11,2	16,5	19,1	4,0	4,0	-13,5	7,3
HP.6.2 Administraciones de seguridad social	1,0	5,2	5,2	0,4	4,9	-7,8	-0,3	1,2
HP.6.3 Otros seguros sociales	-	-	-	-	-	-	-	-
HP.6.4 Otros seguros (privados)	6,5	13,5	12,4	10,5	0,5	-0,2	-0,5	6,0
HP.6.9 Otros proveedores de administración de la salud	-	-	-	-	-	-	-	-
HP.7 Otras ramas de actividad (resto de la economía)	22,6	4,1	8,1	3,0	1,9	6,3	8,5	6,4
HP.7.1 Entidades proveedoras de servicios de medicina del trabajo	3,6	0,6	15,7	-67,8	17,8	-37,4	-19,5	-16,4
HP.7.2 Hogares como proveedores de atención domiciliaria	27,0	21,3	5,9	6,7	7,1	4,5	3,0	10,0
HP.7.9 Otras ramas de actividad como productores secundarios de atención de la salud	18,9	-23,7	12,6	8,0	-11,6	15,1	24,4	1,7
HP.9 Resto del mundo	39,3	79,7	-18,5	-18,4	-25,3	-30,8	7,3	-2,1
HP.1-HP.9 GASTO TOTAL	8,0	9,1	9,7	8,0	8,7	3,7	-0,2	6,7

.. No disponible

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Cuentas de Salud.

Sistema de Cuentas de Salud

España, 2003-2010

Gasto sanitario total según agente de financiación

Tasa de variación interanual

AGENTE DE FINANCIACIÓN	2004 / 2003	2005 / 2004	2006 / 2005	2007 / 2006	2008 / 2007	2009 / 2008	2010 / 2009	TAM
HF.1 Administraciones públicas	8,3	9,7	10,8	8,4	10,6	5,9	-0,9	7,6
HF.1.1 Administraciones públicas excluidas administraciones de seguridad social	8,2	9,8	11,0	8,7	11,0	6,5	-1,0	7,8
HF.1.1.1 Administración central	-3,1	0,9	27,8	13,4	0,2	44,4	-39,2	10,8
HF.1.1.2 Administraciones regionales/provinciales	8,4	10,0	10,9	8,6	11,2	6,1	-0,5	7,8
HF.1.1.3 Administraciones locales/municipales	2,4	6,5	6,3	10,3	6,9	10,7	1,4	6,1
HF.1.2 Administraciones de seguridad social	9,5	8,4	7,9	4,9	5,9	-2,5	0,8	4,8
HF.2 Sector privado	7,3	7,6	7,2	7,1	3,8	-2,4	2,0	4,3
HF.2.1, HF.2.2 Seguros sociales privados. Empresas de seguro privadas	11,0	12,4	15,0	10,8	0,2	-0,5	-0,7	6,8
HF.2.3 Pagos directos de los hogares	7,2	6,1	4,7	4,7	7,5	-2,0	3,1	4,0
HF.2.4 Instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares (excepto seguros sociales)	1,4	21,0	3,3	3,6	-45,3	10,3	8,8	-3,3
HF.2.5 Sociedades (excepto seguros médicos)	-19,7	3,2	44,9	72,8	-19,5	-44,8	-24,3	-1,2
HF.3 Resto del mundo	..	..	..	..	..	..	..	..
HF.1-HF.3 GASTO TOTAL	8,0	9,1	9,7	8,0	8,7	3,7	-0,2	6,7

.. No disponible

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Cuentas de Salud.

Sistema de Cuentas de Salud

España, 2003-2010

Gasto sanitario total según proveedor de atención de la salud y titularidad de la provisión

Tasa de variación interanual

PROVEEDOR / TITULARIDAD	2004 / 2003	2005 / 2004	2006 / 2005	2007 / 2006	2008 / 2007	2009 / 2008	2010 / 2009	TAM
HP.1 Hospitales	9,1	10,1	11,9	8,7	11,7	4,2	-0,8	7,9
<i>Titularidad pública</i>	9,7	9,5	13,8	8,4	13,6	6,7	-1,1	8,7
<i>Titularidad privada</i>	6,9	12,1	4,9	9,9	4,0	-6,5	0,2	4,3
HP.2 Establecimientos de atención medicalizada y residencial	9,6	11,0	15,2	10,1	9,5	9,7	9,1	9,2
<i>Titularidad pública</i>	8,1	18,5	19,2	8,5	10,9	12,3	11,2	10,9
<i>Titularidad privada</i>	10,0	8,6	13,8	10,7	9,0	8,7	8,3	8,6
HP.3 Proveedores de atención ambulatoria	8,0	8,9	8,8	7,0	7,6	0,9	-0,1	5,8
<i>Titularidad pública</i>	6,4	11,9	9,2	10,5	11,3	4,3	-2,7	7,6
<i>Titularidad privada</i>	8,9	7,2	8,6	4,9	5,3	-1,4	1,8	4,7
HP.4 Minoristas y otros proveedores de productos médicos	6,0	6,9	5,0	6,5	6,7	3,1	0,8	4,9
<i>Titularidad pública</i>	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>Titularidad privada</i>	6,0	6,9	5,0	6,5	6,7	3,1	0,8	4,9
HP.5 Suministro y administración de programas de salud pública	9,0	11,2	13,0	17,5	-10,9	44,6	-33,5	11,0
<i>Titularidad pública</i>	13,7	10,6	13,3	16,5	-5,9	49,0	-34,1	12,8
<i>Titularidad privada</i>	-15,3	15,1	10,9	24,9	-42,7	-2,5	-23,9	-3,9
HP.6 Administración general de la salud y los seguros médicos	2,4	11,9	13,6	13,5	2,4	1,3	-6,6	6,3
<i>Titularidad pública</i>	-1,5	10,3	14,8	16,5	4,1	2,6	-12,0	6,5
<i>Titularidad privada</i>	6,5	13,5	12,4	10,5	0,5	-0,2	-0,5	6,0
HP.7 Otras ramas de actividad (resto de la economía)	22,6	4,1	8,1	3,0	1,9	6,3	8,5	6,4
HP.9 Resto del mundo	39,3	79,7	-18,5	-18,4	-25,3	-30,8	7,3	-2,1
HP.1-HP.9 GASTO TOTAL	8,0	9,1	9,7	8,0	8,7	3,7	-0,2	6,7

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Cuentas de Salud.

Sistema de Cuentas de Salud

España, 2003-2010

Gasto sanitario total según proveedor de atención de la salud y financiación de la asistencia

Tasa de variación interanual

PROVEEDOR / FINANCIACIÓN	2004 / 2003	2005 / 2004	2006 / 2005	2007 / 2006	2008 / 2007	2009 / 2008	2010 / 2009	TAM
HP.1 Hospitales	9,1	10,1	11,9	8,7	11,7	4,2	-0,8	7,9
<i>Financiación pública</i>	9,9	10,0	12,0	8,1	12,9	5,6	-1,1	8,3
<i>Financiación privada</i>	1,0	11,4	11,2	16,3	-2,3	-14,1	2,6	2,9
HP.2 Establecimientos de atención medicalizada y residencial	9,6	11,0	15,2	10,1	9,5	9,7	9,1	9,2
<i>Financiación pública</i>	9,5	17,8	21,7	13,7	10,7	12,3	11,3	12,1
<i>Financiación privada</i>	9,6	3,4	6,8	4,8	7,7	5,3	5,2	5,3
HP.3 Proveedores de atención ambulatoria	8,0	8,9	8,8	7,0	7,6	0,9	-0,1	5,8
<i>Financiación pública</i>	7,8	11,3	10,9	9,9	11,0	3,5	-0,9	7,7
<i>Financiación privada</i>	8,1	6,6	6,7	4,0	4,0	-2,2	1,0	3,8
HP.4 Minoristas y otros proveedores de productos médicos	6,0	6,9	5,0	6,5	6,7	3,1	0,8	4,9
<i>Financiación pública</i>	5,5	6,2	4,9	5,3	6,8	5,6	-0,4	4,9
<i>Financiación privada</i>	7,0	8,2	5,2	8,6	6,6	-1,1	2,9	4,9
HP.5 Suministro y administración de programas de salud pública	9,0	11,2	13,0	17,5	-10,9	44,6	-33,5	11,0
<i>Financiación pública</i>	9,4	10,6	15,5	18,6	-5,7	46,5	-34,6	12,6
<i>Financiación privada</i>	6,7	15,4	-5,4	8,0	-59,9	0,3	2,4	-9,3
HP.6 Administración general de la salud y los seguros médicos	2,4	11,9	13,6	13,5	2,4	1,3	-6,6	6,3
<i>Financiación pública</i>	-4,1	11,5	12,3	15,9	4,2	2,7	-11,3	5,9
<i>Financiación privada</i>	11,0	12,4	15,0	10,8	0,2	-0,5	-0,7	6,8
HP.7 Otras ramas de actividad (resto de la economía)	22,6	4,1	8,1	3,0	1,9	6,3	8,5	6,4
HP.9 Resto del mundo	39,3	79,7	-18,5	-18,4	-25,3	-30,8	7,3	-2,1
HP.1-HP.9 GASTO TOTAL	8,0	9,1	9,7	8,0	8,7	3,7	-0,2	6,7

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Cuentas de Salud.

Sistema de Cuentas de Salud

España, 2003-2010

Gasto sanitario según función de atención de la salud

Estructura porcentual

FUNCIÓN	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
HC.1, HC.2	54,7	55,1	55,0	54,9	54,8	55,6	55,5	55,4
Servicios de asistencia curativa y de rehabilitación								
HC.1.1, HC.2.1	20,9	21,0	21,3	21,5	21,5	22,2	22,5	22,4
Asistencia curativa y de rehabilitación hospitalaria								
HC.1.2, HC.2.2	1,7	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9
Asistencia curativa y de rehabilitación en hospitalización de día								
HC.1.3, HC.2.3	31,4	31,4	31,1	30,8	30,6	30,7	30,3	30,3
Asistencia curativa y de rehabilitación ambulatoria								
HC.1.3.1	9,5	9,5	9,5	9,4	9,7	9,5	9,4	9,3
Servicios médicos y diagnósticos básicos								
HC.1.3.2	5,1	5,3	5,0	5,0	5,1	5,1	4,9	5,1
Asistencia odontológica ambulatoria								
HC.1.3.3	14,8	14,6	14,5	14,6	14,1	14,4	14,2	14,2
Otros servicios de asistencia especializada								
HC.1.3.9	2,0	2,1	1,9	1,8	1,7	1,7	1,7	1,7
Otros servicios de asistencia ambulatoria								
HC.1.4, HC.2.4	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8
Servicios de asistencia curativa y de rehabilitación domiciliaria								
HC.3	8,4	8,7	9,1	9,4	9,6	9,6	10,0	10,7
Servicios de atención de larga duración								
HC.3.1	6,4	6,5	6,6	6,7	6,8	6,8	7,1	7,6
Atención de larga duración hospitalaria								
HC.3.2	0,6	0,7	0,8	0,9	0,9	0,9	0,9	1,0
Atención de larga duración en hospitalización de día								
HC.3.3	1,3	1,5	1,7	1,8	1,9	1,9	1,9	2,0
Atención de larga duración domiciliaria								
HC.4	4,7	4,7	4,6	4,8	4,8	5,0	5,0	5,1
Servicios auxiliares de atención de la salud								
HC.4.1	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	2,0	2,0	2,0
Laboratorio clínico								
HC.4.2	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8
Diagnóstico por imagen								
HC.4.3	0,9	0,9	0,9	1,0	1,1	1,1	1,2	1,2
Transporte de pacientes y rescate de emergencia								
HC.4.9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Otros servicios auxiliares								
HC.5	23,5	23,1	22,6	21,7	21,4	21,0	20,9	21,0
Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios								
HC.5.1	21,0	20,6	20,1	19,1	18,6	18,3	18,3	18,4
Productos farmacéuticos y otros productos médicos perecederos								
HC.5.1.1	15,6	15,2	14,7	14,1	13,7	13,5	13,7	13,7
Medicamentos de prescripción								
HC.5.1.2	3,8	3,9	3,8	3,6	3,6	3,5	3,3	3,4
Medicamentos de venta libre								
HC.5.1.3	1,6	1,6	1,5	1,4	1,3	1,3	1,3	1,2
Otros productos médicos perecederos								
HC.5.2	2,5	2,5	2,6	2,6	2,7	2,7	2,5	2,7
Dispositivos terapéuticos y otros productos médicos no perecederos								
HC.6	2,3	2,3	2,3	2,4	2,5	2,3	2,7	2,3
Servicios de prevención y de salud pública								
HC.6.1	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
Salud materno-infantil, servicios de planificación familiar y consultas								
HC.6.2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Servicios de medicina escolar								
HC.6.3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Prevención de enfermedades transmisibles								
HC.6.4	0,7	0,8	0,8	0,7	0,8	0,8	0,8	0,8
Prevención de enfermedades no transmisibles								
HC.6.5	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Medicina del trabajo								
HC.6.9	1,0	1,0	1,0	1,0	1,1	0,9	1,3	0,9
Otros servicios de salud pública								
HC.7	3,3	3,1	3,2	3,2	3,3	3,1	3,1	3,0
Administración de la salud y los seguros médicos								
HC.7.1	1,5	1,4	1,4	1,4	1,5	1,4	1,4	1,3
Administración de la salud por las administraciones públicas								
HC.7.2	1,7	1,7	1,8	1,8	1,9	1,7	1,7	1,7
Administración de la salud y los seguros médicos: organismos privados								
HC.1-HC.7	96,8	97,0	96,9	96,4	96,3	96,6	97,1	97,5
GASTO CORRIENTE								
HC.R.1	3,2	3,0	3,1	3,6	3,7	3,4	2,9	2,5
Formación de capital de instituciones proveedoras de atención de la salud								
HC.1-HC.7, HC.R.1	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
GASTO TOTAL								

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Cuentas de Salud.

Sistema de Cuentas de Salud

España, 2003-2010

Gasto sanitario total según agente de financiación

Estructura porcentual

AGENTE DE FINANCIACIÓN	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
HF.1 Administraciones públicas	70,4	70,6	71,0	71,6	71,9	73,2	74,7	74,2
HF.1.1 Administraciones públicas excluidas administraciones de seguridad social	65,2	65,3	65,7	66,5	66,9	68,3	70,1	69,6
HF.1.1.1 Administración central	0,7	0,6	0,6	0,7	0,7	0,7	0,9	0,6
HF.1.1.2 Administraciones regionales/provinciales	63,1	63,4	63,9	64,6	65,0	66,4	67,9	67,7
HF.1.1.3 Administraciones locales/municipales	1,3	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,3	1,3
HF.1.2 Administraciones de seguridad social	5,2	5,3	5,2	5,2	5,0	4,9	4,6	4,6
HF.2 Sector privado	29,6	29,4	29,0	28,4	28,1	26,8	25,3	25,8
HF.2.1, HF.2.2 Seguros sociales privados. Empresas de seguro privadas	5,5	5,7	5,8	6,1	6,3	5,8	5,6	5,5
HF.2.3 Pagos directos de los hogares	22,9	22,7	22,1	21,1	20,4	20,2	19,1	19,7
HF.2.4 Instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares (excepto seguros sociales)	0,7	0,7	0,8	0,7	0,7	0,4	0,4	0,4
HF.2.5 Sociedades (excepto seguros médicos)	0,5	0,4	0,3	0,5	0,7	0,5	0,3	0,2
HF.3 Resto del mundo	..	..	..	..	..	..	..	..
HF.1-HF.3 GASTO TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

.. No disponible

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Cuentas de Salud.

Sistema de Cuentas de Salud

España, 2003-2010

Gasto sanitario total según proveedor de atención de la salud y titularidad de la provisión

Estructura porcentual

PROVEEDOR / TITULARIDAD	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
HP.1 Hospitales	38,1	38,5	38,8	39,6	39,8	40,9	41,1	40,8
<i>Sector público</i>	30,0	30,5	30,6	31,8	31,9	33,3	34,3	34,0
<i>Sector privado</i>	8,0	8,0	8,2	7,8	8,0	7,6	6,9	6,9
HP.2 Establecimientos de atención medicalizada y residencial	5,6	5,6	5,7	6,0	6,1	6,2	6,5	7,2
<i>Sector público</i>	1,4	1,4	1,5	1,6	1,6	1,7	1,8	2,0
<i>Sector privado</i>	4,2	4,3	4,3	4,4	4,5	4,5	4,7	5,1
HP.3 Proveedores de atención ambulatoria	27,3	27,3	27,2	27,0	26,7	26,5	25,7	25,8
<i>Sector público</i>	10,0	9,9	10,1	10,1	10,3	10,5	10,6	10,3
<i>Sector privado</i>	17,3	17,4	17,1	16,9	16,4	15,9	15,1	15,4
HP.4 Minoristas y otros proveedores de productos médicos	23,5	23,1	22,6	21,7	21,4	21,0	20,9	21,0
<i>Sector público</i>	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>Sector privado</i>	23,5	23,1	22,6	21,7	21,4	21,0	20,9	21,0
HP.5 Suministro y administración de programas de salud pública	0,9	0,9	0,9	1,0	1,0	0,9	1,2	0,8
<i>Sector público</i>	0,8	0,8	0,8	0,8	0,9	0,8	1,1	0,7
<i>Sector privado</i>	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
HP.6 Administración general de la salud y los seguros médicos	3,6	3,4	3,5	3,7	3,8	3,6	3,5	3,3
<i>Sector público</i>	1,9	1,7	1,7	1,8	2,0	1,9	1,9	1,6
<i>Sector privado</i>	1,7	1,7	1,8	1,8	1,9	1,7	1,7	1,7
HP.7 Otras ramas de actividad (resto de la economía)	1,0	1,2	1,1	1,1	1,0	1,0	1,0	1,1
HP.9 Resto del mundo	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
HP.1-HP.9 GASTO TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Cuentas de Salud.

Sistema de Cuentas de Salud

España, 2003-2010

Gasto sanitario total según proveedor de atención de la salud y financiación de la asistencia

Estructura porcentual

PROVEEDOR / FINANCIACIÓN	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
HP.1 Hospitales	38,1	38,5	38,8	39,6	39,8	40,9	41,1	40,8
<i>Financiación pública</i>	35,0	35,6	35,9	36,6	36,6	38,0	38,7	38,4
<i>Financiación privada</i>	3,1	2,9	3,0	3,0	3,2	2,9	2,4	2,5
HP.2 Establecimientos de atención medicalizada y residencial	5,6	5,6	5,7	6,0	6,1	6,2	6,5	7,2
<i>Financiación pública</i>	2,9	3,0	3,2	3,6	3,8	3,8	4,1	4,6
<i>Financiación privada</i>	2,6	2,7	2,5	2,5	2,4	2,4	2,4	2,5
HP.3 Proveedores de atención ambulatoria	27,3	27,3	27,2	27,0	26,7	26,5	25,7	25,8
<i>Financiación pública</i>	13,3	13,3	13,6	13,7	13,9	14,2	14,2	14,1
<i>Financiación privada</i>	13,9	14,0	13,6	13,3	12,8	12,2	11,5	11,7
HP.4 Minoristas y otros proveedores de productos médicos	23,5	23,1	22,6	21,7	21,4	21,0	20,9	21,0
<i>Financiación pública</i>	15,3	14,9	14,5	13,9	13,5	13,3	13,5	13,5
<i>Financiación privada</i>	8,3	8,2	8,1	7,8	7,8	7,7	7,3	7,6
HP.5 Suministro y administración de programas de salud pública	0,9	0,9	0,9	1,0	1,0	0,9	1,2	0,8
<i>Financiación pública</i>	0,8	0,8	0,8	0,9	0,9	0,8	1,2	0,8
<i>Financiación privada</i>	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0
HP.6 Administración general de la salud y los seguros médicos	3,6	3,4	3,5	3,7	3,8	3,6	3,5	3,3
<i>Financiación pública</i>	2,1	1,8	1,9	1,9	2,1	2,0	2,0	1,7
<i>Financiación privada</i>	1,6	1,6	1,7	1,7	1,8	1,6	1,6	1,6
HP.7 Otras ramas de actividad (resto de la economía)	1,0	1,2	1,1	1,1	1,0	1,0	1,0	1,1
HP.9 Resto del mundo	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
HP.1-HP.9 GASTO TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Cuentas de Salud.

Sistema de Cuentas de Salud

España, 2003-2010

Gasto sanitario según función de atención de la salud

Porcentaje sobre el producto interior bruto

FUNCIÓN	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
HC.1, HC.2	Servicios de asistencia curativa y de rehabilitación							
HC.1.1, HC.2.1	4,47	4,53	4,57	4,62	4,66	4,98	5,35	5,31
	Asistencia curativa y de rehabilitación hospitalaria							
HC.1.2, HC.2.2	1,71	1,73	1,77	1,80	1,83	1,99	2,17	2,15
	Asistencia curativa y de rehabilitación en hospitalización de día							
HC.1.3, HC.2.3	0,14	0,15	0,16	0,16	0,16	0,17	0,19	0,18
	Asistencia curativa y de rehabilitación ambulatoria							
HC.1.3.1	2,57	2,58	2,58	2,59	2,60	2,75	2,91	2,90
	<i>Servicios médicos y diagnósticos básicos</i>							
HC.1.3.2	0,77	0,78	0,79	0,79	0,82	0,85	0,91	0,90
	<i>Asistencia odontológica ambulatoria</i>							
HC.1.3.3	0,41	0,43	0,42	0,42	0,43	0,46	0,47	0,49
	<i>Otros servicios de asistencia especializada</i>							
HC.1.3.9	1,21	1,20	1,21	1,23	1,20	1,29	1,37	1,36
	<i>Otros servicios de asistencia ambulatoria</i>							
HC.1.4, HC.2.4	0,16	0,17	0,16	0,16	0,15	0,15	0,16	0,16
	Servicios de asistencia curativa y de rehabilitación domiciliaria							
HC.3	0,06	0,07	0,07	0,07	0,07	0,07	0,08	0,08
	Servicios de atención de larga duración							
HC.4	0,69	0,72	0,75	0,79	0,81	0,86	0,96	1,02
	Servicios auxiliares de atención de la salud							
HC.5	0,38	0,39	0,38	0,40	0,41	0,44	0,49	0,48
	Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios							
HC.5.1	1,93	1,90	1,88	1,82	1,81	1,88	2,01	2,02
	Productos farmacéuticos y otros productos médicos perecederos							
HC.5.1.1	1,72	1,70	1,67	1,60	1,58	1,63	1,76	1,76
	<i>Medicamentos de prescripción</i>							
HC.5.1.2	1,28	1,25	1,22	1,19	1,17	1,20	1,32	1,31
	<i>Medicamentos de venta libre</i>							
HC.5.1.3	0,31	0,32	0,32	0,30	0,30	0,31	0,32	0,33
	<i>Otros productos médicos perecederos</i>							
HC.5.2	0,13	0,13	0,12	0,12	0,11	0,11	0,12	0,12
	Dispositivos terapéuticos y otros productos médicos no perecederos							
HC.6	0,20	0,20	0,21	0,22	0,23	0,24	0,25	0,26
	Servicios de prevención y de salud pública							
HC.7	0,19	0,19	0,19	0,20	0,21	0,21	0,26	0,22
	Administración de la salud y los seguros médicos							
HC.1-HC.7	0,27	0,26	0,26	0,27	0,28	0,28	0,30	0,29
	GASTO CORRIENTE							
	7,92	7,98	8,04	8,10	8,18	8,64	9,35	9,34
HC.R.1	0,26	0,24	0,26	0,30	0,31	0,31	0,28	0,24
	Formación de capital de instituciones proveedoras de atención de la salud							
HC.1-HC.7, HC.R.1	8,18	8,23	8,30	8,40	8,50	8,94	9,63	9,58
	GASTO TOTAL							

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Cuentas de Salud.
Instituto Nacional de Estadística. Contabilidad Nacional de España.

Sistema de Cuentas de Salud

España, 2003-2010

Gasto sanitario total según proveedor de atención de la salud

Porcentaje sobre el producto interior bruto

PROVEEDOR	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
HP.1 Hospitales	3,11	3,16	3,22	3,33	3,39	3,66	3,96	3,91
HP.1.1 Hospitales generales	2,86	2,90	2,95	3,07	3,13	3,39	3,68	3,63
HP.1.2 Hospitales de salud mental y adicciones	0,06	0,07	0,07	0,07	0,06	0,07	0,07	0,07
HP.1.3 Hospitales de especialidades (excepto salud mental y adicciones)	0,19	0,19	0,20	0,19	0,19	0,21	0,20	0,21
HP.2 Establecimientos de atención medicalizada y residencial	0,46	0,46	0,48	0,51	0,52	0,55	0,63	0,69
HP.3 Proveedores de atención ambulatoria	2,23	2,24	2,26	2,27	2,27	2,37	2,48	2,47
HP.3.1 Consultorios médicos	0,73	0,70	0,72	0,69	0,65	0,64	0,63	0,62
HP.3.2 Consultorios odontológicos	0,41	0,43	0,42	0,42	0,43	0,46	0,47	0,49
HP.3.3 Consultorios de otros profesionales sanitarios	0,16	0,17	0,16	0,15	0,14	0,15	0,16	0,16
HP.3.4 Centros de atención ambulatoria	0,72	0,71	0,74	0,75	0,78	0,84	0,91	0,88
HP.3.5 Laboratorios médicos y de diagnóstico	0,08	0,08	0,08	0,07	0,07	0,07	0,08	0,07
HP.3.6 Proveedores de atención domiciliaria	0,07	0,08	0,08	0,10	0,11	0,11	0,12	0,13
HP.3.9 Otros proveedores de atención ambulatoria	0,06	0,06	0,07	0,08	0,08	0,10	0,11	0,11
HP.4 Minoristas y otros proveedores de productos médicos	1,93	1,90	1,88	1,82	1,81	1,88	2,01	2,02
HP.4.1 Farmacias	1,72	1,70	1,67	1,60	1,58	1,63	1,76	1,76
HP.4.2 Minoristas y otros proveedores de lentes y otros productos ópticos	0,14	0,13	0,13	0,14	0,14	0,15	0,15	0,16
HP.4.3 Minoristas y otros proveedores de ayudas auditivas	0,03	0,04	0,04	0,04	0,05	0,05	0,05	0,05
HP.4.4, HP.4.9 Minoristas y otros proveedores de accesorios médicos (excepto ayudas visuales y auditivas). Otras formas de venta y proveedores de productos farmacéuticos y médicos	0,04	0,04	0,04	0,04	0,04	0,04	0,04	0,04
HP.5 Suministro y administración de programas de salud pública	0,07	0,08	0,08	0,08	0,09	0,08	0,12	0,08
HP.6 Administración general de la salud y los seguros médicos	0,30	0,28	0,29	0,31	0,33	0,32	0,34	0,32
HP.7 Otras ramas de actividad (resto de la economía)	0,08	0,10	0,09	0,09	0,09	0,09	0,10	0,10
HP.9 Resto del mundo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
HP.1-HP.9 GASTO TOTAL	8,18	8,23	8,30	8,40	8,50	8,94	9,63	9,58

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Cuentas de Salud.
Instituto Nacional de Estadística. Contabilidad Nacional de España.

Sistema de Cuentas de Salud

España, 2003-2010

Gasto sanitario total según agente de financiación
Porcentaje sobre el producto interior bruto

AGENTE DE FINANCIACIÓN	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
HF.1 Administraciones públicas	5,76	5,80	5,89	6,02	6,11	6,54	7,20	7,11
HF.1.1 Administraciones públicas excluidas administraciones de seguridad social	5,33	5,37	5,46	5,59	5,68	6,11	6,75	6,66
HF.1.1.1 Administración central	0,06	0,05	0,05	0,06	0,06	0,06	0,09	0,05
HF.1.1.2 Administraciones regionales/provinciales	5,17	5,21	5,31	5,43	5,52	5,94	6,54	6,49
HF.1.1.3 Administraciones locales/municipales	0,11	0,10	0,10	0,10	0,10	0,11	0,12	0,12
HF.1.2 Administraciones de seguridad social	0,43	0,43	0,44	0,43	0,43	0,44	0,44	0,44
HF.2 Sector privado	2,42	2,42	2,41	2,38	2,39	2,40	2,43	2,47
HF.2.1, HF.2.2 Seguros sociales privados. Empresas de seguro privadas	0,45	0,47	0,48	0,51	0,53	0,52	0,53	0,53
HF.2.3 Pagos directos de los hogares	1,87	1,87	1,83	1,77	1,73	1,80	1,84	1,88
HF.2.4 Instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares (excepto seguros sociales)	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06	0,03	0,04	0,04
HF.2.5 Sociedades (excepto seguros médicos)	0,04	0,03	0,03	0,04	0,06	0,05	0,03	0,02
HF.3 Resto del mundo	..	..	..	..	..	..	..	..
HF.1-HF.3 GASTO TOTAL	8,18	8,23	8,30	8,40	8,50	8,94	9,63	9,58

.. No disponible

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Cuentas de Salud.
Instituto Nacional de Estadística. Contabilidad Nacional de España.

Sistema de Cuentas de Salud

España, 2003-2010

Gasto sanitario total según proveedor de atención de la salud y titularidad de la provisión
Porcentaje sobre el producto interior bruto

PROVEEDOR / TITULARIDAD	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
HP.1 Hospitales	3,11	3,16	3,22	3,33	3,39	3,66	3,96	3,91
<i>Sector público</i>	2,46	2,51	2,54	2,67	2,71	2,98	3,30	3,25
<i>Sector privado</i>	0,66	0,65	0,68	0,66	0,68	0,68	0,66	0,66
HP.2 Establecimientos de atención medicalizada y residencial	0,46	0,46	0,48	0,51	0,52	0,55	0,63	0,69
<i>Sector público</i>	0,11	0,11	0,12	0,14	0,14	0,15	0,17	0,19
<i>Sector privado</i>	0,34	0,35	0,35	0,37	0,38	0,41	0,46	0,49
HP.3 Proveedores de atención ambulatoria	2,23	2,24	2,26	2,27	2,27	2,37	2,48	2,47
<i>Sector público</i>	0,82	0,81	0,84	0,85	0,87	0,94	1,02	0,99
<i>Sector privado</i>	1,41	1,43	1,42	1,42	1,40	1,42	1,46	1,48
HP.4 Minoristas y otros proveedores de productos médicos	1,93	1,90	1,88	1,82	1,81	1,88	2,01	2,02
<i>Sector público</i>	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>Sector privado</i>	1,93	1,90	1,88	1,82	1,81	1,88	2,01	2,02
HP.5 Suministro y administración de programas de salud pública	0,07	0,08	0,08	0,08	0,09	0,08	0,12	0,08
<i>Sector público</i>	0,06	0,07	0,07	0,07	0,08	0,07	0,11	0,07
<i>Sector privado</i>	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
HP.6 Administración general de la salud y los seguros médicos	0,30	0,28	0,29	0,31	0,33	0,32	0,34	0,32
<i>Sector público</i>	0,15	0,14	0,14	0,15	0,17	0,17	0,18	0,16
<i>Sector privado</i>	0,14	0,14	0,15	0,15	0,16	0,15	0,16	0,16
HP.7 Otras ramas de actividad (resto de la economía)	0,08	0,10	0,09	0,09	0,09	0,09	0,10	0,10
HP.9 Resto del mundo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
HP.1-HP.9 GASTO TOTAL	8,18	8,23	8,30	8,40	8,50	8,94	9,63	9,58

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Cuentas de Salud.

Sistema de Cuentas de Salud

España, 2003-2010

Gasto sanitario total según proveedor de atención de la salud y financiación de la asistencia
Porcentaje sobre el producto interior bruto

PROVEEDOR / FINANCIACIÓN	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
HP.1 Hospitales	3,11	3,16	3,22	3,33	3,39	3,66	3,96	3,91
<i>Financiación pública</i>	2,86	2,93	2,98	3,08	3,11	3,40	3,73	3,68
<i>Financiación privada</i>	0,25	0,24	0,25	0,25	0,27	0,26	0,23	0,24
HP.2 Establecimientos de atención medicalizada y residencial	0,46	0,46	0,48	0,51	0,52	0,55	0,63	0,69
<i>Financiación pública</i>	0,24	0,25	0,27	0,30	0,32	0,34	0,40	0,44
<i>Financiación privada</i>	0,21	0,22	0,21	0,21	0,20	0,21	0,23	0,24
HP.3 Proveedores de atención ambulatoria	2,23	2,24	2,26	2,27	2,27	2,37	2,48	2,47
<i>Financiación pública</i>	1,09	1,09	1,13	1,15	1,18	1,27	1,37	1,35
<i>Financiación privada</i>	1,14	1,15	1,13	1,12	1,09	1,09	1,11	1,12
HP.4 Minoristas y otros proveedores de productos médicos	1,93	1,90	1,88	1,82	1,81	1,88	2,01	2,02
<i>Financiación pública</i>	1,25	1,23	1,21	1,17	1,15	1,19	1,30	1,29
<i>Financiación privada</i>	0,68	0,67	0,68	0,66	0,67	0,69	0,71	0,72
HP.5 Suministro y administración de programas de salud pública	0,07	0,08	0,08	0,08	0,09	0,08	0,12	0,08
<i>Financiación pública</i>	0,07	0,07	0,07	0,07	0,08	0,07	0,11	0,07
<i>Financiación privada</i>	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00
HP.6 Administración general de la salud y los seguros médicos	0,30	0,28	0,29	0,31	0,33	0,32	0,34	0,32
<i>Financiación pública</i>	0,17	0,15	0,16	0,16	0,18	0,18	0,19	0,17
<i>Financiación privada</i>	0,13	0,13	0,14	0,15	0,15	0,15	0,15	0,15
HP.7 Otras ramas de actividad (resto de la economía)	0,08	0,10	0,09	0,09	0,09	0,09	0,10	0,10
HP.9 Resto del mundo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
HP.1-HP.9 GASTO TOTAL	8,18	8,23	8,30	8,40	8,50	8,94	9,63	9,58

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Cuentas de Salud.

Sistema de Cuentas de Salud									
España, 2003-2010									
Gasto sanitario según función de atención de la salud									
Euros por habitante									
FUNCIÓN	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	
HC.1, HC.2	Servicios de asistencia curativa y de rehabilitación	820	882	941	1.018	1.085	1.173	1.198	1.188
HC.1.1, HC.2.1	Asistencia curativa y de rehabilitación hospitalaria	313	336	364	398	426	469	486	480
HC.1.2, HC.2.2	Asistencia curativa y de rehabilitación en hospitalización de día	25	30	32	35	37	40	42	41
HC.1.3, HC.2.3	Asistencia curativa y de rehabilitación ambulatoria	470	503	531	571	607	647	653	650
HC.1.3.1	Servicios médicos y diagnósticos básicos	142	151	163	174	192	200	204	200
HC.1.3.2	Asistencia odontológica ambulatoria	76	84	86	93	101	108	106	109
HC.1.3.3	Otros servicios de asistencia especializada	222	234	249	270	280	304	307	304
HC.1.3.9	Otros servicios de asistencia ambulatoria	30	33	33	34	34	36	36	36
HC.1.4, HC.2.4	Servicios de asistencia curativa y de rehabilitación domiciliaria	12	13	13	15	15	17	17	17
HC.3	Servicios de atención de larga duración	126	140	155	175	189	202	215	228
HC.3.1	Atención de larga duración hospitalaria	96	105	113	125	134	144	153	163
HC.3.2	Atención de larga duración en hospitalización de día	10	11	14	16	18	18	20	22
HC.3.3	Atención de larga duración domiciliaria	20	24	29	34	38	40	42	43
HC.4	Servicios auxiliares de atención de la salud	70	75	79	89	95	105	109	108
HC.4.1	Laboratorio clínico	29	30	32	36	38	42	44	43
HC.4.2	Diagnóstico por imagen	27	29	31	33	35	38	39	39
HC.4.3	Transporte de pacientes y rescate de emergencia	14	15	15	19	21	24	25	26
HC.4.9	Otros servicios auxiliares	1	1	1	1	1	1	1	1
HC.5	Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios	353	370	388	401	423	442	450	451
HC.5.1	Productos farmacéuticos y otros productos médicos percederos	316	330	343	354	368	385	395	393
HC.5.1.1	Medicamentos de prescripción	234	243	252	262	272	284	296	293
HC.5.1.2	Medicamentos de venta libre	57	62	66	67	70	74	71	74
HC.5.1.3	Otros productos médicos percederos	25	25	26	26	26	27	28	27
HC.5.2	Dispositivos terapéuticos y otros productos médicos no percederos	37	40	44	48	54	57	55	57
HC.6	Servicios de prevención y de salud pública	34	37	40	44	49	49	58	48
HC.6.1	Salud materno-infantil, servicios de planificación familiar y consultas	6	6	7	7	8	9	9	9
HC.6.2	Servicios de medicina escolar	2	2	2	2	2	3	3	3
HC.6.3	Prevención de enfermedades transmisibles	0	0	0	0	0	0	0	0
HC.6.4	Prevención de enfermedades no transmisibles	11	12	13	14	15	17	18	17
HC.6.5	Medicina del trabajo	1	1	1	1	0	0	0	0
HC.6.9	Otros servicios de salud pública	15	16	17	19	22	20	28	19
HC.7	Administración de la salud y los seguros médicos	49	50	54	60	66	66	67	64
HC.7.1	Administración de la salud por las administraciones públicas	23	22	24	26	29	29	31	29
HC.7.2	Administración de la salud y los seguros médicos: organismos privados	26	28	31	34	37	37	36	36
HC.1-HC.7	GASTO CORRIENTE	1.452	1.555	1.658	1.787	1.907	2.036	2.096	2.088
HC.R.1	Formación de capital de instituciones proveedoras de atención de la salud	48	47	54	66	73	72	62	54
HC.1-HC.7, HC.R.1	GASTO TOTAL	1.500	1.602	1.711	1.853	1.980	2.108	2.158	2.142
HC.R.2	Formación del personal sanitario	0	0	0	0	1	1	0	0
HC.R.3	Investigación y desarrollo en el ámbito de la salud	6	6	7	8	9	9	10	12
HC.R.4	Control sanitario de alimentos, higiene y agua potable	..	..	..	..	..	..	..	..
HC.R.5	Salud ambiental	..	..	..	..	..	..	..	..
HC.R.6	Administración y suministro de servicios sociales en especie para personas enfermas o discapacitadas	15	18	20	18	18	18	19	20
HC.R.7	Administración y suministro de prestaciones relacionadas con la salud, en efectivo	..	..	..	..	..	..	..	..
Rubros pro-memoria:									
M.1 (HC)	Otros bienes y servicios	..	..	..	..	..	..	..	..
M.2 (HC)	Total de productos farmacéuticos y otros productos médicos percederos (incluyendo a pacientes ingresados y otros modos de provisión)	386	404	419	438	459	486	501	498
M.3 (HC)	Total de servicios auxiliares (incluyendo a pacientes ingresados)	90	97	102	114	122	134	140	139

.. No disponible

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Cuentas de Salud. Instituto Nacional de Estadística. Padrón Municipal de Habitantes.

Sistema de Cuentas de Salud

España, 2003-2010

Gasto sanitario total según agente de financiación

Euros por habitante

AGENTE DE FINANCIACIÓN	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
HF.1 Administraciones públicas	1.056	1.130	1.215	1.327	1.423	1.542	1.613	1.589
HF.1.1 Administraciones públicas excluidas administraciones de seguridad social	978	1.046	1.125	1.232	1.324	1.439	1.514	1.490
<i>HF.1.1.1</i> <i>Administración central</i>	11	10	10	13	14	14	20	12
<i>HF.1.1.2</i> <i>Administraciones regionales/provinciales</i>	947	1.016	1.094	1.197	1.286	1.400	1.466	1.450
<i>HF.1.1.3</i> <i>Administraciones locales/municipales</i>	20	20	21	22	24	25	27	28
HF.1.2 Administraciones de seguridad social	78	85	90	96	99	103	99	99
HF.2 Sector privado	444	472	497	525	556	566	545	553
HF.2.1, HF.2.2 Seguros sociales privados. Empresas de seguro privadas	83	91	100	113	124	122	120	118
HF.2.3 Pagos directos de los hogares	343	364	378	390	404	425	411	421
HF.2.4 Instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares (excepto seguros sociales)	11	11	13	14	14	7	8	9
HF.2.5 Sociedades (excepto seguros médicos)	7	6	6	8	14	11	6	5
HF.3 Resto del mundo	..	..	..	..	..	..	..	..
HF.1-HF.3 GASTO TOTAL	1.500	1.602	1.711	1.853	1.980	2.108	2.158	2.142

.. No disponible

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Cuentas de Salud.
Instituto Nacional de Estadística. Padrón Municipal de Habitantes.

Sistema de Cuentas de Salud

España, 2003-2010

Gasto sanitario total según proveedor de atención de la salud y titularidad de la provisión
Euros por habitante

PROVEEDOR / TITULARIDAD	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
HP.1 Hospitales	571	616	664	733	789	863	888	875
<i>Sector público</i>	450	489	524	589	631	702	740	728
<i>Sector privado</i>	121	127	140	145	157	160	148	148
HP.2 Establecimientos de atención medicalizada y residencial	83	90	98	112	122	131	141	153
<i>Sector público</i>	21	22	26	30	32	35	39	43
<i>Sector privado</i>	63	68	73	82	89	96	103	110
HP.3 Proveedores de atención ambulatoria	409	437	466	500	529	558	555	552
<i>Sector público</i>	150	158	173	186	204	222	229	221
<i>Sector privado</i>	259	279	293	314	325	335	327	331
HP.4 Minoristas y otros proveedores de productos médicos	353	370	388	401	423	442	450	451
<i>Sector público</i>	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>Sector privado</i>	353	370	388	401	423	442	450	451
HP.5 Suministro y administración de programas de salud pública	14	15	16	18	21	18	26	17
<i>Sector público</i>	11	13	14	16	18	17	24	16
<i>Sector privado</i>	2	2	2	2	3	2	2	1
HP.6 Administración general de la salud y los seguros médicos	54	55	60	68	76	76	76	71
<i>Sector público</i>	28	28	30	34	39	40	40	35
<i>Sector privado</i>	26	28	31	34	37	37	36	36
HP.7 Otras ramas de actividad (resto de la economía)	15	19	19	20	21	21	22	23
HP.9 Resto del mundo	0	0	0	0	0	0	0	0
HP.1-HP.9 GASTO TOTAL	1.500	1.602	1.711	1.853	1.980	2.108	2.158	2.142

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Cuentas de Salud.

Sistema de Cuentas de Salud

España, 2003-2010

Gasto sanitario total según proveedor de atención de la salud y financiación de la asistencia
Euros por habitante

PROVEEDOR / FINANCIACIÓN	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
HP.1 Hospitales	571	616	664	733	789	863	888	875
<i>Financiación pública</i>	524	570	614	678	725	802	836	822
<i>Financiación privada</i>	46	46	51	55	64	61	52	53
HP.2 Establecimientos de atención medicalizada y residencial	83	90	98	112	122	131	141	153
<i>Financiación pública</i>	44	48	55	66	74	81	89	99
<i>Financiación privada</i>	39	43	43	46	47	50	52	54
HP.3 Proveedores de atención ambulatoria	409	437	466	500	529	558	555	552
<i>Financiación pública</i>	200	213	232	254	276	300	307	302
<i>Financiación privada</i>	209	224	234	246	253	258	249	250
HP.4 Minoristas y otros proveedores de productos médicos	353	370	388	401	423	442	450	451
<i>Financiación pública</i>	229	239	248	257	268	280	292	289
<i>Financiación privada</i>	124	131	139	144	155	162	158	162
HP.5 Suministro y administración de programas de salud pública	14	15	16	18	21	18	26	17
<i>Financiación pública</i>	12	13	14	16	19	17	25	16
<i>Financiación privada</i>	2	2	2	2	2	1	1	1
HP.6 Administración general de la salud y los seguros médicos	54	55	60	68	76	76	76	71
<i>Financiación pública</i>	31	29	32	36	41	42	42	37
<i>Financiación privada</i>	23	26	28	32	35	35	34	33
HP.7 Otras ramas de actividad (resto de la economía)	15	19	19	20	21	21	22	23
HP.9 Resto del mundo	0	0	0	0	0	0	0	0
HP.1-HP.9 GASTO TOTAL	1.500	1.602	1.711	1.853	1.980	2.108	2.158	2.142

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Cuentas de Salud.

Sistema de Cuentas de Salud										
España, 2010										
Gasto sanitario según función de atención de la salud y agente de financiación										
Millones de euros corrientes										
FUNCIÓN	AGENTE DE FINANCIACIÓN	HF.1		HF.2					HF.1-HF.2	
		Administraciones públicas	HF.1.1	HF.1.2	Sector privado	HF.2.2	HF.2.3	HF.2.4	HF.2.5	TOTAL
			Administraciones públicas excluidas administraciones de seguridad social	Administraciones de seguridad social		Empresas de seguros privadas (excepto seguros sociales)	Pagos directos de los hogares	Instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares (excepto seguros sociales)	Sociedades (excepto seguros médicos)	
HC.1, HC.2	Servicios de asistencia curativa y de rehabilitación	42.728	40.353	2.375	13.126	3.688	9.194	244	..	55.854
HC.1.1, HC.2.1	Asistencia curativa y de rehabilitación hospitalaria	20.976	20.200	777	1.601	1.029	478	94	..	22.577
HC.1.2, HC.2.2	Asistencia curativa y de rehabilitación en hospitalización de día	1.898	1.780	118	42	27	12	3	..	1.940
HC.1.3, HC.2.3	Asistencia curativa y de rehabilitación ambulatoria	19.059	17.595	1.463	11.482	2.632	8.704	146	..	30.541
HC.1.3.1	Servicios médicos y diagnósticos básicos	8.684	7.714	970	731	600	0	131	..	9.415
HC.1.3.2	Asistencia odontológica ambulatoria	74	34	40	5.045	65	4.980	0	..	5.119
HC.1.3.3	Otros servicios de asistencia especializada	10.097	9.688	410	4.196	1.308	2.873	15	..	14.293
HC.1.3.9	Otros servicios de asistencia ambulatoria	203	160	43	1.510	659	851	0	..	1.712
HC.1.4, HC.2.4	Servicios de asistencia curativa y de rehabilitación domiciliaria	795	778	18	1	0	0	0	..	796
HC.3	Servicios de atención de larga duración	7.704	6.729	975	3.037	31	2.969	37	..	10.742
HC.3.1	Atención de larga duración hospitalaria	5.297	5.131	166	2.387	30	2.321	35	..	7.683
HC.3.2	Atención de larga duración en hospitalización de día	780	779	1	245	1	242	2	..	1.025
HC.3.3	Atención de larga duración domiciliaria	1.627	819	808	406	0	406	0	..	2.033
HC.4	Servicios auxiliares de atención de la salud	4.765	4.434	332	333	241	72	21	..	5.098
HC.4.1	Laboratorio clínico	1.876	1.761	115	147	114	33	0	..	2.023
HC.4.2	Diagnóstico por imagen	1.659	1.515	144	159	123	36	0	..	1.818
HC.4.3	Transporte de pacientes y rescate de emergencia	1.197	1.158	39	27	3	3	21	..	1.224
HC.4.9	Otros servicios auxiliares	34	0	34	0	0	0	0	..	34
HC.5	Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios	13.592	13.021	571	7.612	29	7.583	0	..	21.204
HC.5.1	Productos farmacéuticos y otros productos médicos percederos	13.380	12.847	534	5.120	0	5.120	0	..	18.500
HC.5.2	Dispositivos terapéuticos y otros productos médicos no percederos	212	174	38	2.492	29	2.463	0	..	2.704
HC.6	Servicios de prevención y de salud pública	2.232	2.213	20	37	0	0	37	..	2.269
HC.6.1	Salud materno-infantil, servicios de planificación familiar y consultas	424	422	1	0	0	0	0	..	424
HC.6.2	Servicios de medicina escolar	120	120	0	0	0	0	0	..	120
HC.6.3	Prevención de enfermedades transmisibles	4	4	0	0	0	0	0	..	4
HC.6.4	Prevención de enfermedades no transmisibles	807	804	3	0	0	0	0	..	807
HC.6.5	Medicina del trabajo	9	0	9	0	0	0	0	..	9
HC.6.9	Otros servicios de salud pública	868	862	6	37	0	0	37	..	905
HC.7	Administración de la salud y los seguros médicos	1.457	1.169	288	1.574	1.574	0	0	..	3.032
HC.7.1	Administración de la salud por las administraciones públicas	1.357	1.169	188	0	0	0	0	..	1.357
HC.7.2	Administración de la salud y los seguros médicos: organismos privados	101	0	101	1.574	1.574	0	0	..	1.675
HC.1-HC.7	GASTO CORRIENTE	72.479	67.918	4.561	25.719	5.563	19.817	339	..	98.199
HC.R.1	Formación de capital de instituciones proveedoras de atención de la salud	2.253	2.152	101	289	0	0	72	217	2.542
HC.1-HC.7, HC.R.1	GASTO TOTAL	74.732	70.070	4.663	26.009	5.563	19.817	411	217	100.741
HC.R.2	Formación del personal sanitario	23	23	0	0	0	0	0	..	23
HC.R.3	Investigación y desarrollo en el ámbito de la salud	542	542	0	0	0	0	0	..	542
HC.R.4	Control sanitario de alimentos, higiene y agua potable	..	..	..	..	..	..	..	..	..
HC.R.5	Salud ambiental	..	..	..	..	..	..	..	..	..
HC.R.6	Administración y suministro de servicios sociales en especie para personas enfermas o discapacitadas	615	567	48	338	0	338	0	..	953
HC.R.7	Administración y suministro de prestaciones relacionadas con la salud, en efectivo	18.769	0	18.769	0	0	0	0	..	18.769
Rubros pro-memoria:										
M.2 (HC)	Total de productos farmacéuticos y otros productos médicos percederos (incluyendo a pacientes ingresados y otros modos de provisión)	18.137	..	..	5.297	..	..	..	..	23.433
M.3 (HC)	Total de servicios auxiliares (incluyendo a pacientes ingresados)	6.119	..	..	425	..	..	..	..	6.544

**Sistema de Cuentas de Salud
España, 2010**

Gasto sanitario total según proveedor de atención de la salud y agente de financiación
Millones de euros corrientes

PROVEEDOR	AGENTE DE FINANCIACIÓN	HF.1 Administraciones públicas		HF.2 Sector privado					HF.1-HF.3	
		HF.1.1 Administraciones públicas excluidas administraciones de seguridad social	HF.1.2 Administraciones de seguridad social	HF.2.2 Empresas de seguros privadas (excepto seguros sociales)	HF.2.3 Pagos directos de los hogares	HF.2.4 Instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares (excepto seguros sociales)	HF.2.5 Sociedades (excepto seguros médicos)	TOTAL		
HP.1	Hospitales	38.660	37.474	1.185	2.489	1.400	650	222	217	41.148
HP.1.1	Hospitales generales	36.157	35.003	1.154	2.007	1.197	556	82	172	38.164
HP.1.2	Hospitales de salud mental y adicciones	693	661	31	75	11	5	56	3	768
HP.1.3	Hospitales de especialidades (excepto salud mental y adicciones)	1.810	1.810	0	406	191	89	83	43	2.216
HP.2	Establecimientos de atención medicalizada y residencial	4.656	4.521	135	2.548	0	2.548	0	0	7.204
HP.2.1	Establecimientos de atención medicalizada	4.642	4.506	135	2.432	0	2.432	0	0	7.074
HP.2.2	Establecimientos de atención residencial para retraso mental, salud mental y adicciones	15	15	0	116	0	116	0	0	130
HP.2.3	Establecimientos de atención residencial a la tercera edad	..	..	..	..	..	..	..	..	..
HP.2.9	Otros establecimientos de atención residencial	..	..	..	..	..	..	..	..	..
HP.3	Proveedores de atención ambulatoria	14.203	12.505	1.698	11.749	2.560	9.037	152	0	25.952
HP.3.1	Consultorios médicos	2.073	916	1.157	4.455	1.596	2.728	131	0	6.528
HP.3.2	Consultorios odontológicos	80	40	40	5.045	65	4.980	0	0	5.125
HP.3.3	Consultorios de otros profesionales sanitarios	176	121	55	1.510	659	851	0	0	1.686
HP.3.4	Centros de atención ambulatoria	9.293	9.193	99	0	0	0	0	0	9.293
HP.3.5	Laboratorios médicos y de diagnóstico	479	228	251	306	237	69	0	0	785
HP.3.6	Proveedores de atención domiciliaria	957	893	64	406	0	406	0	0	1.363
HP.3.9	Otros proveedores de atención ambulatoria	1.145	1.114	31	27	3	3	21	0	1.172
HP.4	Minoristas y otros proveedores de productos médicos	13.591	13.021	571	7.612	29	7.583	0	0	21.203
HP.4.1	Farmacias	13.380	12.847	533	5.120	0	5.120	0	0	18.500
HP.4.2	Minoristas y otros proveedores de lentes y otros productos ópticos	17	0	17	1.682	20	1.662	0	0	1.699
HP.4.3	Minoristas y otros proveedores de ayudas auditivas	0	0	0	536	6	530	0	0	536
HP.4.4, HP.4.9	Minoristas y otros proveedores de accesorios médicos (excepto ayudas visuales y auditivas). Otras formas de venta y proveedores de productos farmacéuticos y médicos	194	174	21	274	3	271	0	0	468
HP.5	Suministro y administración de programas de salud pública	768	768	0	37	0	0	37	0	805
HP.6	Administración general de la salud y los seguros médicos	1.751	1.445	306	1.574	1.574	0	0	0	3.326
HP.6.1	Administración de la salud por las administraciones públicas	1.450	1.445	5	0	0	0	0	0	1.450
HP.6.2	Administraciones de seguridad social	201	0	201	0	0	0	0	0	201
HP.6.3	Otros seguros sociales	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HP.6.4	Otros seguros (privados)	101	0	101	1.574	1.574	0	0	0	1.675
HP.6.9	Otros proveedores de administración de la salud	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HP.7	Otras ramas de actividad (resto de la economía)	1.100	333	767	0	0	0	0	0	1.100
HP.7.1	Entidades proveedoras de servicios de medicina del trabajo	9	0	9	0	0	0	0	0	9
HP.7.2	Hogares como proveedores de atención domiciliaria	751	0	751	0	0	0	0	0	751
HP.7.9	Otras ramas de actividad como productores secundarios de atención de la salud	340	333	7	0	0	0	0	0	340
HP.9	Resto del mundo	2	2	0	0	0	0	0	0	2
HP.1-HP.9	GASTO TOTAL	74.732	70.070	4.663	26.009	5.563	19.817	411	217	100.741

Sistema de Cuentas de Salud											
España, 2009											
Gasto sanitario según función de atención de la salud y agente de financiación											
Millones de euros corrientes											
AGENTE DE FINANCIACIÓN	FUNCIÓN	HF.1 Administraciones públicas		HF.2 Sector privado					HF.1-HF.2		
		HF.1.1 Administraciones públicas excluidas administraciones de seguridad social	HF.1.2 Administraciones de seguridad social	HF.2.2 Empresas de seguros privadas (excepto seguros sociales)	HF.2.3 Pagos directos de los hogares	HF.2.4 Instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares (excepto seguros sociales)	HF.2.5 Sociedades (excepto seguros médicos)	TOTAL			
	HC.1, HC.2	Servicios de asistencia curativa y de rehabilitación	43.112	40.796	2.315	12.896	3.722	8.941	233	..	56.008
	HC.1.1, HC.2.1	Asistencia curativa y de rehabilitación hospitalaria	21.188	20.483	705	1.545	1.046	413	86	..	22.733
	HC.1.2, HC.2.2	Asistencia curativa y de rehabilitación en hospitalización de día	1.916	1.812	103	39	25	10	4	..	1.954
	HC.1.3, HC.2.3	Asistencia curativa y de rehabilitación ambulatoria	19.209	17.716	1.493	11.312	2.651	8.518	143	..	30.521
	HC.1.3.1	Servicios médicos y diagnósticos básicos	8.781	7.781	1.000	741	609	0	132	..	9.523
	HC.1.3.2	Asistencia odontológica ambulatoria	74	34	39	4.893	65	4.828	0	..	4.966
	HC.1.3.3	Otros servicios de asistencia especializada	10.150	9.743	407	4.197	1.313	2.874	11	..	14.347
	HC.1.3.9	Otros servicios de asistencia ambulatoria	204	158	46	1.480	664	817	0	..	1.684
	HC.1.4, HC.2.4	Servicios de asistencia curativa y de rehabilitación domiciliaria	800	786	14	1	0	0	0	..	800
	HC.3	Servicios de atención de larga duración	7.159	6.226	934	2.886	25	2.828	34	..	10.045
	HC.3.1	Atención de larga duración hospitalaria	4.902	4.751	151	2.270	24	2.214	32	..	7.171
	HC.3.2	Atención de larga duración en hospitalización de día	710	710	0	222	1	218	2	..	932
	HC.3.3	Atención de larga duración domiciliaria	1.547	765	782	395	0	395	0	..	1.943
	HC.4	Servicios auxiliares de atención de la salud	4.729	4.400	329	357	242	94	21	..	5.087
	HC.4.1	Laboratorio clínico	1.891	1.780	111	159	115	44	0	..	2.051
	HC.4.2	Diagnóstico por imagen	1.654	1.513	141	172	124	48	0	..	1.827
	HC.4.3	Transporte de pacientes y rescate de emergencia	1.151	1.107	44	26	3	1	21	..	1.177
	HC.4.9	Otros servicios auxiliares	33	0	33	0	0	0	0	..	33
	HC.5	Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios	13.642	13.027	616	7.395	29	7.366	0	..	21.037
	HC.5.1	Productos farmacéuticos y otros productos médicos perecederos	13.435	12.856	579	5.030	0	5.030	0	..	18.465
	HC.5.2	Dispositivos terapéuticos y otros productos médicos no perecederos	207	170	37	2.365	29	2.336	0	..	2.572
	HC.6	Servicios de prevención y de salud pública	2.655	2.634	21	36	0	0	36	..	2.691
	HC.6.1	Salud materno-infantil, servicios de planificación familiar y consultas	432	431	1	0	0	0	0	..	432
	HC.6.2	Servicios de medicina escolar	122	122	0	0	0	0	0	..	122
	HC.6.3	Prevención de enfermedades transmisibles	4	4	0	0	0	0	0	..	4
	HC.6.4	Prevención de enfermedades no transmisibles	823	820	3	0	0	0	0	..	823
	HC.6.5	Medicina del trabajo	12	0	12	0	0	0	0	..	12
	HC.6.9	Otros servicios de salud pública	1.262	1.257	5	36	0	0	36	..	1.298
	HC.7	Administración de la salud y los seguros médicos	1.546	1.260	286	1.586	1.586	0	0	..	3.131
	HC.7.1	Administración de la salud por las administraciones públicas	1.448	1.260	188	0	0	0	0	..	1.448
	HC.7.2	Administración de la salud y los seguros médicos: organismos privados	97	0	97	1.586	1.586	0	0	..	1.683
	HC.1-HC.7	GASTO CORRIENTE	72.843	68.343	4.500	25.156	5.604	19.229	324	..	97.999
	HC.R.1	Formación de capital de instituciones proveedoras de atención de la salud	2.552	2.428	124	341	0	0	54	287	2.893
	HC.1-HC.7, HC.R.1	GASTO TOTAL	75.395	70.771	4.624	25.497	5.604	19.229	378	287	100.892
	HC.R.2	Formación del personal sanitario	17	17	0	0	0	0	0	..	17
	HC.R.3	Investigación y desarrollo en el ámbito de la salud	479	479	0	0	0	0	0	..	479
	HC.R.4	Control sanitario de alimentos, higiene y agua potable	..	..	..	..	..	..	..	..	..
	HC.R.5	Salud ambiental	..	..	..	..	..	..	..	..	..
	HC.R.6	Administración y suministro de servicios sociales en especie para personas enfermas o discapacitadas	567	523	44	330	0	330	0	..	897
	HC.R.7	Administración y suministro de prestaciones relacionadas con la salud, en efectivo	18.591	0	18.591	0	0	0	0	..	18.591
	Rubros pro-memoria:										
	M.2 (HC)	Total de productos farmacéuticos y otros productos médicos perecederos (incluyendo a pacientes ingresados y otros modos de provisión)	18.241	..	..	5.200	..	..	..	..	23.441
	M.3 (HC)	Total de servicios auxiliares (incluyendo a pacientes ingresados)	6.097	..	..	445	..	..	..	..	6.542

**Sistema de Cuentas de Salud
España, 2009**

Gasto sanitario total según proveedor de atención de la salud y agente de financiación
Millones de euros corrientes

PROVEEDOR	AGENTE DE FINANCIACIÓN	HF.1 Administraciones públicas		HF.2 Sector privado					HF.1-HF.3	
		HF.1.1 Administraciones públicas excluidas administraciones de seguridad social	HF.1.2 Administraciones de seguridad social	HF.2.2 Empresas de seguros privadas (excepto seguros sociales)	HF.2.3 Pagos directos de los hogares	HF.2.4 Instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares (excepto seguros sociales)	HF.2.5 Sociedades (excepto seguros médicos)	TOTAL		
HP.1	Hospitales	39.074	37.996	1.078	2.424	1.396	552	189	287	41.499
HP.1.1	Hospitales generales	36.544	35.496	1.048	2.046	1.236	489	78	244	38.590
HP.1.2	Hospitales de salud mental y adicciones	700	670	30	62	9	4	46	3	761
HP.1.3	Hospitales de especialidades (excepto salud mental y adicciones)	1.831	1.831	0	317	151	60	66	40	2.148
HP.2	Establecimientos de atención medicalizada y residencial	4.182	4.061	121	2.423	0	2.423	0	0	6.605
HP.2.1	Establecimientos de atención medicalizada	4.168	4.047	121	2.318	0	2.318	0	0	6.486
HP.2.2	Establecimientos de atención residencial para retraso mental, salud mental y adicciones	14	14	0	105	0	105	0	0	119
HP.2.3	Establecimientos de atención residencial a la tercera edad	..	..	..	..	..	..	..	..	..
HP.2.9	Otros establecimientos de atención residencial	..	..	..	..	..	..	..	..	..
HP.3	Proveedores de atención ambulatoria	14.334	12.574	1.760	11.633	2.592	8.888	153	0	25.967
HP.3.1	Consultorios médicos	2.059	860	1.199	4.508	1.621	2.755	132	0	6.567
HP.3.2	Consultorios odontológicos	79	40	39	4.893	65	4.828	0	0	4.972
HP.3.3	Consultorios de otros profesionales sanitarios	176	118	58	1.480	664	817	0	0	1.657
HP.3.4	Centros de atención ambulatoria	9.569	9.450	119	0	0	0	0	0	9.569
HP.3.5	Laboratorios médicos y de diagnóstico	455	208	248	332	239	93	0	0	787
HP.3.6	Proveedores de atención domiciliaria	891	832	59	395	0	395	0	0	1.286
HP.3.9	Otros proveedores de atención ambulatoria	1.103	1.067	37	26	3	1	21	0	1.129
HP.4	Minoristas y otros proveedores de productos médicos	13.642	13.027	615	7.395	29	7.366	0	0	21.037
HP.4.1	Farmacias	13.435	12.856	578	5.030	0	5.030	0	0	18.465
HP.4.2	Minoristas y otros proveedores de lentes y otros productos ópticos	17	0	17	1.598	20	1.578	0	0	1.615
HP.4.3	Minoristas y otros proveedores de ayudas auditivas	0	0	0	511	6	505	0	0	511
HP.4.4, HP.4.9	Minoristas y otros proveedores de accesorios médicos (excepto ayudas visuales y auditivas). Otras formas de venta y proveedores de productos farmacéuticos y médicos	190	170	20	256	3	253	0	0	446
HP.5	Suministro y administración de programas de salud pública	1.174	1.174	0	36	0	0	36	0	1.209
HP.6	Administración general de la salud y los seguros médicos	1.974	1.671	303	1.586	1.586	0	0	0	3.560
HP.6.1	Administración de la salud por las administraciones públicas	1.675	1.671	5	0	0	0	0	0	1.675
HP.6.2	Administraciones de seguridad social	201	0	201	0	0	0	0	0	201
HP.6.3	Otros seguros sociales	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HP.6.4	Otros seguros (privados)	97	0	97	1.586	1.586	0	0	0	1.683
HP.6.9	Otros proveedores de administración de la salud	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HP.7	Otras ramas de actividad (resto de la economía)	1.014	266	747	0	0	0	0	0	1.014
HP.7.1	Entidades proveedoras de servicios de medicina del trabajo	12	0	12	0	0	0	0	0	12
HP.7.2	Hogares como proveedores de atención domiciliaria	729	0	729	0	0	0	0	0	729
HP.7.9	Otras ramas de actividad como productores secundarios de atención de la salud	273	266	7	0	0	0	0	0	273
HP.9	Resto del mundo	2	2	0	0	0	0	0	0	2
HP.1-HP.9	GASTO TOTAL	75.395	70.771	4.624	25.497	5.604	19.229	378	287	100.892

Sistema de Cuentas de Salud										
España, 2008										
Gasto sanitario según función de atención de la salud y agente de financiación										
Millones de euros corrientes										
AGENTE DE FINANCIACIÓN	FUNCIÓN	HF.1		HF.2					HF.1-HF.2	TOTAL
		Administraciones públicas	HF.1.1	HF.1.2	Sector privado		HF.2.2	HF.2.3			HF.2.4	HF.2.5
			Administraciones públicas excluidas administraciones de seguridad social	Administraciones de seguridad social	Empresas de seguros privadas (excepto seguros sociales)	Pagos directos de los hogares	Instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares (excepto seguros sociales)	Sociedades (excepto seguros médicos)		
HC.1, HC.2	Servicios de asistencia curativa y de rehabilitación	40.811	38.398	2.413	13.324	3.731	9.360	234	..	54.135
HC.1.1, HC.2.1	Asistencia curativa y de rehabilitación hospitalaria	19.937	19.237	700	1.690	1.036	567	87	..	21.627
HC.1.2, HC.2.2	Asistencia curativa y de rehabilitación en hospitalización de día	1.818	1.717	101	51	30	16	4	..	1.869
HC.1.3, HC.2.3	Asistencia curativa y de rehabilitación ambulatoria	18.283	16.685	1.598	11.583	2.664	8.776	142	..	29.865
HC.1.3.1	Servicios médicos y diagnósticos básicos	8.482	7.395	1.087	750	619	0	131	..	9.232
HC.1.3.2	Asistencia odontológica ambulatoria	72	33	39	4.893	66	4.827	0	..	4.964
HC.1.3.3	Otros servicios de asistencia especializada	9.523	9.102	420	4.492	1.313	3.168	11	..	14.015
HC.1.3.9	Otros servicios de asistencia ambulatoria	206	154	52	1.448	667	781	0	..	1.654
HC.1.4, HC.2.4	Servicios de asistencia curativa y de rehabilitación domiciliaria	773	759	14	1	0	0	0	..	774
HC.3	Servicios de atención de larga duración	6.566	5.684	883	2.771	34	2.705	31	..	9.337
HC.3.1	Atención de larga duración hospitalaria	4.476	4.339	136	2.186	33	2.123	29	..	6.661
HC.3.2	Atención de larga duración en hospitalización de día	639	639	0	200	1	196	3	..	839
HC.3.3	Atención de larga duración domiciliaria	1.451	705	746	385	0	385	0	..	1.836
HC.4	Servicios auxiliares de atención de la salud	4.454	4.116	338	375	244	111	20	..	4.830
HC.4.1	Laboratorio clínico	1.762	1.654	108	166	115	51	0	..	1.928
HC.4.2	Diagnóstico por imagen	1.577	1.433	144	180	125	55	0	..	1.757
HC.4.3	Transporte de pacientes y rescate de emergencia	1.085	1.030	55	29	3	5	20	..	1.114
HC.4.9	Otros servicios auxiliares	31	0	31	0	0	0	0	..	31
HC.5	Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios	12.921	12.307	614	7.475	29	7.446	0	..	20.396
HC.5.1	Productos farmacéuticos y otros productos médicos perecederos	12.721	12.144	576	5.034	0	5.034	0	..	17.755
HC.5.2	Dispositivos terapéuticos y otros productos médicos no perecederos	200	162	38	2.441	29	2.412	0	..	2.641
HC.6	Servicios de prevención y de salud pública	2.206	2.177	29	36	0	0	36	..	2.242
HC.6.1	Salud materno-infantil, servicios de planificación familiar y consultas	411	410	1	0	0	0	0	..	411
HC.6.2	Servicios de medicina escolar	117	116	0	0	0	0	0	..	117
HC.6.3	Prevención de enfermedades transmisibles	4	4	0	0	0	0	0	..	4
HC.6.4	Prevención de enfermedades no transmisibles	783	780	3	0	0	0	0	..	783
HC.6.5	Medicina del trabajo	18	0	18	0	0	0	0	..	18
HC.6.9	Otros servicios de salud pública	872	866	6	36	0	0	36	..	908
HC.7	Administración de la salud y los seguros médicos	1.430	1.133	297	1.594	1.594	0	0	..	3.024
HC.7.1	Administración de la salud por las administraciones públicas	1.338	1.133	205	0	0	0	0	..	1.338
HC.7.2	Administración de la salud y los seguros médicos: organismos privados	92	0	92	1.594	1.594	0	0	..	1.686
HC.1-HC.7	GASTO CORRIENTE	68.389	63.814	4.574	25.574	5.632	19.621	321	..	93.963
HC.R.1	Formación de capital de instituciones proveedoras de atención de la salud	2.781	2.610	171	541	0	0	21	520	3.322
HC.1-HC.7, HC.R.1	GASTO TOTAL	71.170	66.425	4.745	26.116	5.632	19.621	342	520	97.285
HC.R.2	Formación del personal sanitario	29	29	0	0	0	0	0	..	29
HC.R.3	Investigación y desarrollo en el ámbito de la salud	437	437	0	0	0	0	0	..	437
HC.R.4	Control sanitario de alimentos, higiene y agua potable	..	..	..	..	..	..	..	..	..
HC.R.5	Salud ambiental	..	..	..	..	..	..	..	..	..
HC.R.6	Administración y suministro de servicios sociales en especie para personas enfermas o discapacitadas	519	479	40	323	0	323	0	..	842
HC.R.7	Administración y suministro de prestaciones relacionadas con la salud, en efectivo	18.658	0	18.658	0	0	0	0	..	18.658
Rubros pro-memoria:										
M.2 (HC)	Total de productos farmacéuticos y otros productos médicos perecederos (incluyendo a pacientes ingresados y otros modos de provisión)	17.194	..	..	5.217	..	..	..	..	22.411
M.3 (HC)	Total de servicios auxiliares (incluyendo a pacientes ingresados)	5.727	..	..	471	..	..	..	..	6.198

**Sistema de Cuentas de Salud
España, 2008**

Gasto sanitario total según proveedor de atención de la salud y agente de financiación
Millones de euros corrientes

PROVEEDOR	AGENTE DE FINANCIACIÓN	HF.1 Administraciones públicas		HF.2 Sector privado					HF.1-HF.3	
		HF.1.1 Administraciones públicas excluidas administraciones de seguridad social	HF.1.2 Administraciones de seguridad social	HF.2.2 Empresas de seguros privadas (excepto seguros sociales)	HF.2.3 Pagos directos de los hogares	HF.2.4 Instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares (excepto seguros sociales)	HF.2.5 Sociedades (excepto seguros médicos)	TOTAL		
HP.1	Hospitales	36.996	35.905	1.091	2.821	1.387	759	155	520	39.816
HP.1.1	Hospitales generales	34.534	33.471	1.062	2.303	1.173	642	77	412	36.837
HP.1.2	Hospitales de salud mental y adicciones	684	655	29	56	12	7	32	6	740
HP.1.3	Hospitales de especialidades (excepto salud mental y adicciones)	1.779	1.779	0	461	202	110	47	102	2.240
HP.2	Establecimientos de atención medicalizada y residencial	3.723	3.615	108	2.301	0	2.301	0	0	6.024
HP.2.1	Establecimientos de atención medicalizada	3.709	3.601	108	2.207	0	2.207	0	0	5.916
HP.2.2	Establecimientos de atención residencial para retraso mental, salud mental y adicciones	14	14	0	94	0	94	0	0	107
HP.2.3	Establecimientos de atención residencial a la tercera edad	..	..	..	..	..	..	..	..	..
HP.2.9	Otros establecimientos de atención residencial	..	..	..	..	..	..	..	..	..
HP.3	Proveedores de atención ambulatoria	13.851	11.966	1.885	11.890	2.622	9.116	151	0	25.741
HP.3.1	Consultorios médicos	2.159	864	1.295	4.788	1.646	3.011	131	0	6.947
HP.3.2	Consultorios odontológicos	77	38	39	4.893	66	4.827	0	0	4.970
HP.3.3	Consultorios de otros profesionales sanitarios	180	117	63	1.448	667	781	0	0	1.628
HP.3.4	Centros de atención ambulatoria	9.140	8.990	150	0	0	0	0	0	9.140
HP.3.5	Laboratorios médicos y de diagnóstico	450	206	243	346	240	106	0	0	796
HP.3.6	Proveedores de atención domiciliaria	829	774	54	385	0	385	0	0	1.214
HP.3.9	Otros proveedores de atención ambulatoria	1.018	976	42	29	3	5	20	0	1.047
HP.4	Minoristas y otros proveedores de productos médicos	12.921	12.307	614	7.475	29	7.446	0	0	20.396
HP.4.1	Farmacias	12.720	12.144	576	5.034	0	5.034	0	0	17.754
HP.4.2	Minoristas y otros proveedores de lentes y otros productos ópticos	17	0	16	1.650	20	1.630	0	0	1.666
HP.4.3	Minoristas y otros proveedores de ayudas auditivas	0	0	0	519	6	512	0	0	519
HP.4.4, HP.4.9	Minoristas y otros proveedores de accesorios médicos (excepto ayudas visuales y auditivas). Otras formas de venta y proveedores de productos farmacéuticos y médicos	184	162	22	273	3	269	0	0	456
HP.5	Suministro y administración de programas de salud pública	801	801	0	36	0	0	36	0	837
HP.6	Administración general de la salud y los seguros médicos	1.922	1.603	318	1.594	1.594	0	0	0	3.516
HP.6.1	Administración de la salud por las administraciones públicas	1.611	1.603	8	0	0	0	0	0	1.611
HP.6.2	Administraciones de seguridad social	218	0	218	0	0	0	0	0	218
HP.6.3	Otros seguros sociales	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HP.6.4	Otros seguros (privados)	92	0	92	1.594	1.594	0	0	0	1.686
HP.6.9	Otros proveedores de administración de la salud	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HP.7	Otras ramas de actividad (resto de la economía)	953	225	728	0	0	0	0	0	953
HP.7.1	Entidades proveedoras de servicios de medicina del trabajo	18	0	18	0	0	0	0	0	18
HP.7.2	Hogares como proveedores de atención domiciliaria	697	0	697	0	0	0	0	0	697
HP.7.9	Otras ramas de actividad como productores secundarios de atención de la salud	237	225	12	0	0	0	0	0	237
HP.9	Resto del mundo	3	3	0	0	0	0	0	0	3
HP.1-HP.9	GASTO TOTAL	71.170	66.425	4.745	26.116	5.632	19.621	342	520	97.285

Sistema de Cuentas de Salud										
España, 2007										
Gasto sanitario según función de atención de la salud y agente de financiación										
Millones de euros corrientes										
FUNCIÓN	AGENTE DE FINANCIACIÓN	HF.1 Administraciones públicas	HF.2							HF.1-HF.2 TOTAL
			HF.1.1	HF.1.2	Sector privado		HF.2.2	HF.2.3	HF.2.4		HF.2.5
			Administraciones públicas excluidas administraciones de seguridad social	Administraciones de seguridad social	Empresas de seguros privadas (excepto seguros sociales)	Pagos directos de los hogares	Instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares (excepto seguros sociales)	Sociedades (excepto seguros médicos)		
HC.1, HC.2	Servicios de asistencia curativa y de rehabilitación	36.247	33.953	2.294	12.789	3.720	8.631	438	..	49.036
HC.1.1, HC.2.1	Asistencia curativa y de rehabilitación hospitalaria	17.603	16.946	657	1.640	1.027	534	80	..	19.243
HC.1.2, HC.2.2	Asistencia curativa y de rehabilitación en hospitalización de día	1.618	1.523	95	57	35	18	4	..	1.675
HC.1.3, HC.2.3	Asistencia curativa y de rehabilitación ambulatoria	16.333	14.804	1.529	11.092	2.658	8.080	354	..	27.425
HC.1.3.1	Servicios médicos y diagnósticos básicos	7.706	6.657	1.049	970	626	0	344	..	8.676
HC.1.3.2	Asistencia odontológica ambulatoria	62	29	33	4.497	66	4.432	0	..	4.560
HC.1.3.3	Otros servicios de asistencia especializada	8.377	7.979	398	4.290	1.301	2.969	10	..	12.657
HC.1.3.9	Otros servicios de asistencia ambulatoria	167	138	49	1.345	665	679	0	..	1.532
HC.1.4, HC.2.4	Servicios de asistencia curativa y de rehabilitación domiciliaria	693	680	13	0	0	0	0	..	693
HC.3	Servicios de atención de larga duración	5.966	5.148	819	2.587	36	2.519	32	..	8.553
HC.3.1	Atención de larga duración hospitalaria	4.007	3.884	123	2.037	34	1.973	30	..	6.044
HC.3.2	Atención de larga duración en hospitalización de día	619	619	0	188	2	184	2	..	807
HC.3.3	Atención de larga duración domiciliaria	1.340	645	695	363	0	363	0	..	1.703
HC.4	Servicios auxiliares de atención de la salud	3.920	3.605	316	387	243	125	19	..	4.307
HC.4.1	Laboratorio clínico	1.551	1.450	102	173	115	58	0	..	1.724
HC.4.2	Diagnóstico por imagen	1.405	1.270	135	187	125	63	0	..	1.592
HC.4.3	Transporte de pacientes y rescate de emergencia	934	885	49	27	3	4	19	..	961
HC.4.9	Otros servicios auxiliares	29	0	29	0	0	0	0	..	29
HC.5	Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios	12.100	11.534	566	7.014	29	6.985	0	..	19.114
HC.5.1	Productos farmacéuticos y otros productos médicos perecederos	11.902	11.371	531	4.753	0	4.753	0	..	16.655
HC.5.2	Dispositivos terapéuticos y otros productos médicos no perecederos	199	163	35	2.261	29	2.232	0	..	2.460
HC.6	Servicios de prevención y de salud pública	2.107	2.080	27	89	0	0	89	..	2.196
HC.6.1	Salud materno-infantil, servicios de planificación familiar y consultas	368	367	1	0	0	0	0	..	368
HC.6.2	Servicios de medicina escolar	104	104	0	0	0	0	0	..	104
HC.6.3	Prevención de enfermedades transmisibles	4	4	0	0	0	0	0	..	4
HC.6.4	Prevención de enfermedades no transmisibles	700	698	2	0	0	0	0	..	700
HC.6.5	Medicina del trabajo	16	0	16	0	0	0	0	..	16
HC.6.9	Otros servicios de salud pública	915	907	8	89	0	0	89	..	1.004
HC.7	Administración de la salud y los seguros médicos	1.397	1.118	278	1.590	1.590	0	0	..	2.987
HC.7.1	Administración de la salud por las administraciones públicas	1.310	1.118	192	0	0	0	0	..	1.310
HC.7.2	Administración de la salud y los seguros médicos: organismos privados	87	0	87	1.590	1.590	0	0	..	1.677
HC.1-HC.7	GASTO CORRIENTE	61.738	57.438	4.300	24.456	5.619	18.260	578	..	86.194
HC.R.1	Formación de capital de instituciones proveedoras de atención de la salud	2.601	2.421	180	694	0	0	49	646	3.295
HC.1-HC.7, HC.R.1	GASTO TOTAL	64.339	59.859	4.480	25.151	5.619	18.260	627	646	89.489
HC.R.2	Formación del personal sanitario	33	33	0	0	0	0	0	..	33
HC.R.3	Investigación y desarrollo en el ámbito de la salud	416	416	0	0	0	0	0	..	416
HC.R.4	Control sanitario de alimentos, higiene y agua potable	..	..	..	..	..	..	..	..	..
HC.R.5	Salud ambiental	..	..	..	..	..	..	..	..	..
HC.R.6	Administración y suministro de servicios sociales en especie para personas enfermas o discapacitadas	491	453	38	314	0	314	0	..	805
HC.R.7	Administración y suministro de prestaciones relacionadas con la salud, en efectivo	17.828	0	17.828	0	0	0	0	..	17.828
Rubros pro-memoria:										
M.2 (HC)	Total de productos farmacéuticos y otros productos médicos perecederos (incluyendo a pacientes ingresados y otros modos de provisión)	15.830	..	..	4.929	..	..	..	..	20.759
M.3 (HC)	Total de servicios auxiliares (incluyendo a pacientes ingresados)	5.036	..	..	478	..	..	..	..	5.515

**Sistema de Cuentas de Salud
España, 2007**

Gasto sanitario total según proveedor de atención de la salud y agente de financiación
Millones de euros corrientes

AGENTE DE FINANCIACIÓN	PROVEEDOR	HF.1 Administraciones públicas		HF.2 Sector privado					HF.1-HF.3	
		HF.1.1 Administraciones públicas excluidas administraciones de seguridad social	HF.1.2 Administraciones de seguridad social	HF.2.2 Empresas de seguros privadas (excepto seguros sociales)	HF.2.3 Pagos directos de los hogares	HF.2.4 Instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares (excepto seguros sociales)	HF.2.5 Sociedades (excepto seguros médicos)	TOTAL		
HP.1	Hospitales	32.766	31.727	1.038	2.886	1.359	706	175	646	35.652
HP.1.1	Hospitales generales	30.548	29.536	1.011	2.399	1.147	596	85	571	32.947
HP.1.2	Hospitales de salud mental y adicciones	618	591	27	64	14	7	42	2	682
HP.1.3	Hospitales de especialidades (excepto salud mental y adicciones)	1.600	1.600	0	423	199	103	48	73	2.023
HP.2	Establecimientos de atención medicalizada y residencial	3.363	3.266	96	2.137	0	2.137	0	0	5.500
HP.2.1	Establecimientos de atención medicalizada	3.349	3.252	96	2.050	0	2.050	0	0	5.398
HP.2.2	Establecimientos de atención residencial para retraso mental, salud mental y adicciones	14	14	0	88	0	88	0	0	102
HP.2.3	Establecimientos de atención residencial a la tercera edad	..	..	..	..	..	..	..	..	..
HP.2.9	Otros establecimientos de atención residencial	..	..	..	..	..	..	..	..	..
HP.3	Proveedores de atención ambulatoria	12.478	10.680	1.798	11.435	2.640	8.431	363	0	23.912
HP.3.1	Consultorios médicos	2.032	781	1.251	4.843	1.666	2.833	344	0	6.875
HP.3.2	Consultorios odontológicos	67	34	33	4.497	66	4.432	0	0	4.565
HP.3.3	Consultorios de otros profesionales sanitarios	164	105	59	1.345	665	679	0	0	1.509
HP.3.4	Centros de atención ambulatoria	8.183	8.045	139	0	0	0	0	0	8.183
HP.3.5	Laboratorios médicos y de diagnóstico	417	188	229	360	240	120	0	0	777
HP.3.6	Proveedores de atención domiciliaria	756	706	50	363	0	363	0	0	1.118
HP.3.9	Otros proveedores de atención ambulatoria	858	822	37	27	3	4	19	0	885
HP.4	Minoristas y otros proveedores de productos médicos	12.100	11.534	565	7.014	29	6.985	0	0	19.114
HP.4.1	Farmacias	11.901	11.371	530	4.753	0	4.753	0	0	16.654
HP.4.2	Minoristas y otros proveedores de lentes y otros productos ópticos	16	1	15	1.464	19	1.445	0	0	1.480
HP.4.3	Minoristas y otros proveedores de ayudas auditivas	0	0	0	517	7	510	0	0	517
HP.4.4, HP.4.9	Minoristas y otros proveedores de accesorios médicos (excepto ayudas visuales y auditivas). Otras formas de venta y proveedores de productos farmacéuticos y médicos	183	163	20	280	4	276	0	0	463
HP.5	Suministro y administración de programas de salud pública	850	850	0	89	0	0	89	0	938
HP.6	Administración general de la salud y los seguros médicos	1.844	1.540	303	1.590	1.590	0	0	0	3.434
HP.6.1	Administración de la salud por las administraciones públicas	1.549	1.540	8	0	0	0	0	0	1.549
HP.6.2	Administraciones de seguridad social	208	0	208	0	0	0	0	0	208
HP.6.3	Otros seguros sociales	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HP.6.4	Otros seguros (privados)	87	0	87	1.590	1.590	0	0	0	1.677
HP.6.9	Otros proveedores de administración de la salud	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HP.7	Otras ramas de actividad (resto de la economía)	935	257	678	0	0	0	0	0	935
HP.7.1	Entidades proveedoras de servicios de medicina del trabajo	16	0	16	0	0	0	0	0	16
HP.7.2	Hogares como proveedores de atención domiciliaria	651	0	651	0	0	0	0	0	651
HP.7.9	Otras ramas de actividad como productores secundarios de atención de la salud	269	257	12	0	0	0	0	0	269
HP.9	Resto del mundo	4	4	0	0	0	0	0	0	4
HP.1-HP.9	GASTO TOTAL	64.339	59.859	4.480	25.151	5.619	18.260	627	646	89.489

**Sistema de Cuentas de Salud
España, 2006**

Gasto sanitario total según proveedor de atención de la salud y agente de financiación
Millones de euros corrientes

AGENTE DE FINANCIACIÓN	PROVEEDOR	HF.1 Administraciones públicas		HF.2 Sector privado					HF.1-HF.3	
		HF.1.1 Administraciones públicas excluidas administraciones de seguridad social	HF.1.2 Administraciones de seguridad social	HF.2.2 Empresas de seguros privadas (excepto seguros sociales)	HF.2.3 Pagos directos de los hogares	HF.2.4 Instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares (excepto seguros sociales)	HF.2.5 Sociedades (excepto seguros médicos)	TOTAL		
HP.1	Hospitales	30.308	29.329	979	2.480	1.213	711	182	374	32.788
HP.1.1	Hospitales generales	28.233	27.279	954	1.979	1.012	593	76	298	30.212
HP.1.2	Hospitales de salud mental y adicciones	579	554	25	79	13	8	55	4	658
HP.1.3	Hospitales de especialidades (excepto salud mental y adicciones)	1.496	1.496	0	422	189	111	51	72	1.918
HP.2	Establecimientos de atención medicalizada y residencial	2.958	2.873	85	2.039	0	2.039	0	0	4.997
HP.2.1	Establecimientos de atención medicalizada	2.944	2.859	85	1.965	0	1.965	0	0	4.909
HP.2.2	Establecimientos de atención residencial para retraso mental, salud mental y adicciones	14	14	0	74	0	74	0	0	88
HP.2.3	Establecimientos de atención residencial a la tercera edad	..	..	..	..	..	..	..	..	..
HP.2.9	Otros establecimientos de atención residencial	..	..	..	..	..	..	..	..	..
HP.3	Proveedores de atención ambulatoria	11.358	9.642	1.716	10.997	2.395	8.261	341	0	22.358
HP.3.1	Consultorios médicos	1.926	720	1.207	4.880	1.516	3.044	320	0	6.807
HP.3.2	Consultorios odontológicos	64	32	32	4.080	59	4.021	0	0	4.144
HP.3.3	Consultorios de otros profesionales sanitarios	163	106	56	1.346	600	746	0	0	1.508
HP.3.4	Centros de atención ambulatoria	7.377	7.252	124	0	0	0	0	0	7.377
HP.3.5	Laboratorios médicos y de diagnóstico	398	180	219	333	216	117	0	0	732
HP.3.6	Proveedores de atención domiciliaria	667	624	42	329	0	329	0	0	995
HP.3.9	Otros proveedores de atención ambulatoria	764	728	36	28	3	4	21	0	792
HP.4	Minoristas y otros proveedores de productos médicos	11.494	10.973	520	6.456	26	6.430	0	0	17.950
HP.4.1	Farmacias	11.303	10.815	488	4.511	0	4.511	0	0	15.814
HP.4.2	Minoristas y otros proveedores de lentes y otros productos ópticos	15	1	15	1.323	18	1.305	0	0	1.338
HP.4.3	Minoristas y otros proveedores de ayudas auditivas	0	0	0	426	6	420	0	0	426
HP.4.4, HP.4.9	Minoristas y otros proveedores de accesorios médicos (excepto ayudas visuales y auditivas). Otras formas de venta y proveedores de productos farmacéuticos y médicos	176	158	18	196	3	193	0	0	372
HP.5	Suministro y administración de programas de salud pública	716	716	0	82	0	0	82	0	798
HP.6	Administración general de la salud y los seguros médicos	1.590	1.289	301	1.434	1.434	0	0	0	3.025
HP.6.1	Administración de la salud por las administraciones públicas	1.300	1.289	11	0	0	0	0	0	1.300
HP.6.2	Administraciones de seguridad social	207	0	207	0	0	0	0	0	207
HP.6.3	Otros seguros sociales	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HP.6.4	Otros seguros (privados)	83	0	83	1.434	1.434	0	0	0	1.517
HP.6.9	Otros proveedores de administración de la salud	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HP.7	Otras ramas de actividad (resto de la economía)	908	238	670	0	0	0	0	0	908
HP.7.1	Entidades proveedoras de servicios de medicina del trabajo	49	0	49	0	0	0	0	0	49
HP.7.2	Hogares como proveedores de atención domiciliaria	610	0	610	0	0	0	0	0	610
HP.7.9	Otras ramas de actividad como productores secundarios de atención de la salud	249	238	11	0	0	0	0	0	249
HP.9	Resto del mundo	5	5	0	0	0	0	0	0	5
HP.1-HP.9	GASTO TOTAL	59.337	55.066	4.271	23.489	5.069	17.441	605	374	82.825

Sistema de Cuentas de Salud España, 2005 Gasto sanitario según función de atención de la salud y agente de financiación Millones de euros corrientes										
FUNCIÓN	AGENTE DE FINANCIACIÓN	HF.1	HF.2					HF.1-HF.2		
		Administraciones públicas	HF.1.1 Administraciones públicas excluidas administraciones de seguridad social	HF.1.2 Administraciones de seguridad social	Sector privado	HF.2.2 Empresas de seguros privadas (excepto seguros sociales)	HF.2.3 Pagos directos de los hogares	HF.2.4 Instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares (excepto seguros sociales)	HF.2.5 Sociedades (excepto seguros médicos)	TOTAL
HC.1, HC.2	Servicios de asistencia curativa y de rehabilitación	29.963	27.975	1.988	11.559	2.912	8.229	418	..	41.522
HC.1.1, HC.2.1	Asistencia curativa y de rehabilitación hospitalaria	14.604	14.047	557	1.459	796	595	68	..	16.064
HC.1.2, HC.2.2	Asistencia curativa y de rehabilitación en hospitalización de día	1.378	1.298	80	46	25	18	3	..	1.424
HC.1.3, HC.2.3	Asistencia curativa y de rehabilitación ambulatoria	13.398	12.059	1.339	10.044	2.085	7.612	347	..	23.442
HC.1.3.1	Servicios médicos y diagnósticos básicos	6.400	5.507	893	805	464	0	341	..	7.205
HC.1.3.2	Asistencia odontológica ambulatoria	57	24	33	3.750	51	3.698	0	..	3.806
HC.1.3.3	Otros servicios de asistencia especializada	6.783	6.415	368	4.182	1.047	3.128	6	..	10.964
HC.1.3.9	Otros servicios de asistencia ambulatoria	159	113	46	1.308	522	786	0	..	1.466
HC.1.4, HC.2.4	Servicios de asistencia curativa y de rehabilitación domiciliaria	583	571	12	9	5	4	0	..	592
HC.3	Servicios de atención de larga duración	4.583	3.888	695	2.253	35	2.191	27	..	6.836
HC.3.1	Atención de larga duración hospitalaria	3.118	3.026	93	1.853	33	1.795	25	..	4.972
HC.3.2	Atención de larga duración en hospitalización de día	460	459	0	144	2	140	2	..	603
HC.3.3	Atención de larga duración domiciliaria	1.005	403	602	256	0	256	0	..	1.261
HC.4	Servicios auxiliares de atención de la salud	3.169	2.876	292	331	191	128	12	..	3.500
HC.4.1	Laboratorio clínico	1.276	1.176	100	151	91	60	0	..	1.427
HC.4.2	Diagnóstico por imagen	1.224	1.095	129	160	97	63	0	..	1.384
HC.4.3	Transporte de pacientes y rescate de emergencia	642	606	36	20	3	5	12	..	662
HC.4.9	Otros servicios auxiliares	27	0	27	0	0	0	0	..	27
HC.5	Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios	10.958	10.451	507	6.138	23	6.115	0	..	17.096
HC.5.1	Productos farmacéuticos y otros productos médicos perecederos	10.758	10.285	473	4.391	0	4.391	0	..	15.149
HC.5.2	Dispositivos terapéuticos y otros productos médicos no perecederos	200	167	34	1.747	23	1.724	0	..	1.947
HC.6	Servicios de prevención y de salud pública	1.676	1.616	61	87	0	0	87	..	1.763
HC.6.1	Salud materno-infantil, servicios de planificación familiar y consultas	301	300	1	0	0	0	0	..	301
HC.6.2	Servicios de medicina escolar	85	85	0	0	0	0	0	..	85
HC.6.3	Prevención de enfermedades transmisibles	2	2	0	0	0	0	0	..	2
HC.6.4	Prevención de enfermedades no transmisibles	572	570	2	0	0	0	0	..	572
HC.6.5	Medicina del trabajo	42	0	42	0	0	0	0	..	42
HC.6.9	Otros servicios de salud pública	675	659	15	87	0	0	87	..	761
HC.7	Administración de la salud y los seguros médicos	1.148	872	276	1.247	1.247	0	0	..	2.395
HC.7.1	Administración de la salud por las administraciones públicas	1.045	872	174	0	0	0	0	..	1.045
HC.7.2	Administración de la salud y los seguros médicos: organismos privados	103	0	103	1.247	1.247	0	0	..	1.350
HC.1-HC.7	GASTO CORRIENTE	51.497	47.678	3.819	21.616	4.408	16.664	544	..	73.112
HC.R.1	Formación de capital de instituciones proveedoras de atención de la salud	2.077	1.936	141	299	0	0	41	258	2.376
HC.1-HC.7, HC.R.1	GASTO TOTAL	53.574	49.614	3.960	21.915	4.408	16.664	585	258	75.489
HC.R.2	Formación del personal sanitario	12	12	0	0	0	0	0	..	12
HC.R.3	Investigación y desarrollo en el ámbito de la salud	322	322	0	0	0	0	0	..	322
HC.R.4	Control sanitario de alimentos, higiene y agua potable	..	..	..	..	..	..	..	..	..
HC.R.5	Salud ambiental	..	..	..	..	..	..	..	..	..
HC.R.6	Administración y suministro de servicios sociales en especie para personas enfermas o discapacitadas	496	457	39	391	0	391	0	..	887
HC.R.7	Administración y suministro de prestaciones relacionadas con la salud, en efectivo	15.316	0	15.316	0	0	0	0	..	15.316
Rubros pro-memoria:										
M.2 (HC)	Total de productos farmacéuticos y otros productos médicos perecederos (incluyendo a pacientes ingresados y otros modos de provisión)	13.939	..	..	4.543	..	..	..	..	18.482
M.3 (HC)	Total de servicios auxiliares (incluyendo a pacientes ingresados)	4.075	..	..	411	..	..	..	..	4.486

**Sistema de Cuentas de Salud
España, 2005**

Gasto sanitario total según proveedor de atención de la salud y agente de financiación
Millones de euros corrientes

AGENTE DE FINANCIACIÓN	PROVEEDOR	HF.1 Administraciones públicas		HF.2 Sector privado					HF.1-HF.3	
		HF.1.1 Administraciones públicas excluidas administraciones de seguridad social	HF.1.2 Administraciones de seguridad social	HF.2.2 Empresas de seguros privadas (excepto seguros sociales)	HF.2.3 Pagos directos de los hogares	HF.2.4 Instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares (excepto seguros sociales)	HF.2.5 Sociedades (excepto seguros médicos)	TOTAL		
HP.1	Hospitales	27.064	26.198	866	2.232	1.046	781	146	258	29.296
HP.1.1	Hospitales generales	25.078	24.234	843	1.746	841	628	65	213	26.823
HP.1.2	Hospitales de salud mental y adicciones	558	535	23	78	14	10	48	6	636
HP.1.3	Hospitales de especialidades (excepto salud mental y adicciones)	1.429	1.429	0	408	192	143	34	39	1.837
HP.2	Establecimientos de atención medicalizada y residencial	2.429	2.359	70	1.909	0	1.909	0	0	4.338
HP.2.1	Establecimientos de atención medicalizada	2.417	2.347	70	1.842	0	1.842	0	0	4.259
HP.2.2	Establecimientos de atención residencial para retraso mental, salud mental y adicciones	13	13	0	67	0	67	0	0	79
HP.2.3	Establecimientos de atención residencial a la tercera edad	..	..	..	..	..	..	..	..	..
HP.2.9	Otros establecimientos de atención residencial	..	..	..	..	..	..	..	..	..
HP.3	Proveedores de atención ambulatoria	10.241	8.662	1.579	10.302	2.091	7.859	353	0	20.544
HP.3.1	Consultorios médicos	1.847	751	1.096	4.658	1.327	2.990	341	0	6.505
HP.3.2	Consultorios odontológicos	61	28	33	3.750	51	3.698	0	0	3.810
HP.3.3	Consultorios de otros profesionales sanitarios	141	86	56	1.308	522	786	0	0	1.449
HP.3.4	Centros de atención ambulatoria	6.718	6.602	116	0	0	0	0	0	6.718
HP.3.5	Laboratorios médicos y de diagnóstico	417	194	223	311	188	123	0	0	728
HP.3.6	Proveedores de atención domiciliaria	480	449	31	256	0	256	0	0	737
HP.3.9	Otros proveedores de atención ambulatoria	577	551	26	20	3	5	12	0	596
HP.4	Minoristas y otros proveedores de productos médicos	10.957	10.451	506	6.138	23	6.115	0	0	17.095
HP.4.1	Farmacias	10.757	10.285	472	4.391	0	4.391	0	0	15.148
HP.4.2	Minoristas y otros proveedores de lentes y otros productos ópticos	15	1	14	1.204	16	1.188	0	0	1.219
HP.4.3	Minoristas y otros proveedores de ayudas auditivas	0	0	0	382	5	377	0	0	382
HP.4.4, HP.4.9	Minoristas y otros proveedores de accesorios médicos (excepto ayudas visuales y auditivas). Otras formas de venta y proveedores de productos farmacéuticos y médicos	186	166	20	161	2	159	0	0	347
HP.5	Suministro y administración de programas de salud pública	620	620	0	87	0	0	87	0	707
HP.6	Administración general de la salud y los seguros médicos	1.416	1.107	309	1.247	1.247	0	0	0	2.663
HP.6.1	Administración de la salud por las administraciones públicas	1.116	1.107	9	0	0	0	0	0	1.116
HP.6.2	Administraciones de seguridad social	197	0	197	0	0	0	0	0	197
HP.6.3	Otros seguros sociales	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HP.6.4	Otros seguros (privados)	103	0	103	1.247	1.247	0	0	0	1.350
HP.6.9	Otros proveedores de administración de la salud	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HP.7	Otras ramas de actividad (resto de la economía)	839	211	628	0	0	0	0	0	839
HP.7.1	Entidades proveedoras de servicios de medicina del trabajo	42	0	42	0	0	0	0	0	42
HP.7.2	Hogares como proveedores de atención domiciliaria	576	0	576	0	0	0	0	0	576
HP.7.9	Otras ramas de actividad como productores secundarios de atención de la salud	221	211	10	0	0	0	0	0	221
HP.9	Resto del mundo	6	6	0	0	0	0	0	0	6
HP.1-HP.9	GASTO TOTAL	53.574	49.614	3.960	21.915	4.408	16.664	585	258	75.489

Sistema de Cuentas de Salud										
España, 2004										
Gasto sanitario según función de atención de la salud y agente de financiación										
Millones de euros corrientes										
AGENTE DE FINANCIACIÓN	FUNCIÓN	HF.1	HF.2					HF.1-HF.2		
		Administraciones públicas	HF.1.1	HF.1.2	Sector privado	HF.2.2	HF.2.3	HF.2.4	HF.2.5	TOTAL
			Administraciones públicas excluidas administraciones de seguridad social	Administraciones de seguridad social		Empresas de seguros privadas (excepto seguros sociales)	Pagos directos de los hogares	Instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares (excepto seguros sociales)	Sociedades (excepto seguros médicos)	
HC.1, HC.2	Servicios de asistencia curativa y de rehabilitación	27.314	25.480	1.835	10.799	2.597	7.840	362	..	38.113
HC.1.1, HC.2.1	Asistencia curativa y de rehabilitación hospitalaria	13.227	12.697	531	1.308	701	549	59	..	14.535
HC.1.2, HC.2.2	Asistencia curativa y de rehabilitación en hospitalización de día	1.228	1.168	61	68	36	28	3	..	1.296
HC.1.3, HC.2.3	Asistencia curativa y de rehabilitación ambulatoria	12.296	11.065	1.232	9.416	1.856	7.259	301	..	21.712
HC.1.3.1	Servicios médicos y diagnósticos básicos	5.832	5.031	802	711	416	0	295	..	6.543
HC.1.3.2	Asistencia odontológica ambulatoria	57	23	34	3.580	46	3.534	0	..	3.637
HC.1.3.3	Otros servicios de asistencia especializada	6.242	5.888	354	3.846	929	2.911	6	..	10.088
HC.1.3.9	Otros servicios de asistencia ambulatoria	165	122	43	1.279	465	815	0	..	1.444
HC.1.4, HC.2.4	Servicios de asistencia curativa y de rehabilitación domiciliaria	562	551	12	8	4	3	0	..	570
HC.3	Servicios de atención de larga duración	3.906	3.327	579	2.144	26	2.089	30	..	6.050
HC.3.1	Atención de larga duración hospitalaria	2.728	2.644	84	1.800	24	1.747	28	..	4.528
HC.3.2	Atención de larga duración en hospitalización de día	361	360	0	121	1	119	2	..	482
HC.3.3	Atención de larga duración domiciliaria	817	322	495	223	0	223	0	..	1.040
HC.4	Servicios auxiliares de atención de la salud	2.945	2.613	332	170	170	133	10	..	3.257
HC.4.1	Laboratorio clínico	1.165	1.069	96	144	82	63	0	..	1.309
HC.4.2	Diagnóstico por imagen	1.114	992	122	151	85	65	0	..	1.265
HC.4.3	Transporte de pacientes y rescate de emergencia	637	552	85	17	2	5	10	..	654
HC.4.9	Otros servicios auxiliares	30	0	30	0	0	0	0	..	30
HC.5	Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios	10.320	9.833	487	5.671	20	5.651	0	..	15.991
HC.5.1	Productos farmacéuticos y otros productos médicos perecederos	10.153	9.700	453	4.120	0	4.120	0	..	14.273
HC.5.2	Dispositivos terapéuticos y otros productos médicos no perecederos	167	133	34	1.551	20	1.531	0	..	1.718
HC.6	Servicios de prevención y de salud pública	1.523	1.463	60	75	0	0	75	..	1.598
HC.6.1	Salud materno-infantil, servicios de planificación familiar y consultas	274	273	1	0	0	0	0	..	274
HC.6.2	Servicios de medicina escolar	79	78	0	0	0	0	0	..	79
HC.6.3	Prevención de enfermedades transmisibles	2	2	0	0	0	0	0	..	2
HC.6.4	Prevención de enfermedades no transmisibles	521	519	2	0	0	0	0	..	521
HC.6.5	Medicina del trabajo	42	0	42	0	0	0	0	..	42
HC.6.9	Otros servicios de salud pública	607	591	16	75	0	0	75	..	682
HC.7	Administración de la salud y los seguros médicos	1.041	799	242	1.110	1.110	0	0	..	2.151
HC.7.1	Administración de la salud por las administraciones públicas	962	799	164	0	0	0	0	..	962
HC.7.2	Administración de la salud y los seguros médicos: organismos privados	79	0	79	1.110	1.110	0	0	..	1.189
HC.1-HC.7	GASTO CORRIENTE	47.049	43.514	3.535	20.111	3.923	15.712	477	..	67.161
HC.R.1	Formación de capital de instituciones proveedoras de atención de la salud	1.785	1.667	118	257	0	0	7	250	2.042
HC.1-HC.7, HC.R.1	GASTO TOTAL	48.834	45.181	3.654	20.368	3.923	15.712	484	250	69.203
HC.R.2	Formación del personal sanitario	16	16	0	0	0	0	0	..	16
HC.R.3	Investigación y desarrollo en el ámbito de la salud	277	277	0	0	0	0	0	..	277
HC.R.4	Control sanitario de alimentos, higiene y agua potable	..	..	..	..	..	..	..	..	..
HC.R.5	Salud ambiental	..	..	..	..	..	..	..	..	..
HC.R.6	Administración y suministro de servicios sociales en especie para personas enfermas o discapacitadas	409	378	32	368	0	368	0	..	777
HC.R.7	Administración y suministro de prestaciones relacionadas con la salud, en efectivo	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Rubros pro-memoria:										
M.2 (HC)	Total de productos farmacéuticos y otros productos médicos perecederos (incluyendo a pacientes ingresados y otros modos de provisión)	13.202	..	..	4.268	..	..	..	..	17.470
M.3 (HC)	Total de servicios auxiliares (incluyendo a pacientes ingresados)	3.809	..	..	388	..	..	..	..	4.197

**Sistema de Cuentas de Salud
España, 2004**

Gasto sanitario total según proveedor de atención de la salud y agente de financiación
Millones de euros corrientes

AGENTE DE FINANCIACIÓN	PROVEEDOR	HF.1 Administraciones públicas		HF.2 Sector privado					HF.1-HF.3	
		HF.1.1 Administraciones públicas excluidas administraciones de seguridad social	HF.1.2 Administraciones de seguridad social	HF.2.2 Empresas de seguros privadas (excepto seguros sociales)	HF.2.3 Pagos directos de los hogares	HF.2.4 Instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares (excepto seguros sociales)	HF.2.5 Sociedades (excepto seguros médicos)	TOTAL		
HP.1	Hospitales	24.610	23.731	879	2.003	925	724	104	250	26.613
HP.1.1	Hospitales generales	22.837	21.981	855	1.572	737	577	55	202	24.408
HP.1.2	Hospitales de salud mental y adicciones	499	475	24	69	13	10	30	17	568
HP.1.3	Hospitales de especialidades (excepto salud mental y adicciones)	1.275	1.275	0	362	175	137	20	31	1.637
HP.2	Establecimientos de atención medicalizada y residencial	2.062	2.001	61	1.846	0	1.846	0	0	3.907
HP.2.1	Establecimientos de atención medicalizada	2.050	1.990	61	1.789	0	1.789	0	0	3.839
HP.2.2	Establecimientos de atención residencial para retraso mental, salud mental y adicciones	12	12	0	57	0	57	0	0	68
HP.2.3	Establecimientos de atención residencial a la tercera edad	..	..	..	..	..	..	..	..	..
HP.2.9	Otros establecimientos de atención residencial	..	..	..	..	..	..	..	..	..
HP.3	Proveedores de atención ambulatoria	9.203	7.812	1.391	9.663	1.867	7.491	304	0	18.866
HP.3.1	Consultorios médicos	1.632	635	997	4.269	1.187	2.787	295	0	5.901
HP.3.2	Consultorios odontológicos	62	28	34	3.580	46	3.534	0	0	3.641
HP.3.3	Consultorios de otros profesionales sanitarios	151	98	53	1.279	465	815	0	0	1.430
HP.3.4	Centros de atención ambulatoria	6.011	5.977	34	0	0	0	0	0	6.011
HP.3.5	Laboratorios médicos y de diagnóstico	395	177	218	295	167	128	0	0	690
HP.3.6	Proveedores de atención domiciliaria	424	399	25	223	0	223	0	0	647
HP.3.9	Otros proveedores de atención ambulatoria	529	498	30	17	2	5	10	0	546
HP.4	Minoristas y otros proveedores de productos médicos	10.319	9.833	486	5.671	20	5.651	0	0	15.990
HP.4.1	Farmacias	10.152	9.700	453	4.120	0	4.120	0	0	14.272
HP.4.2	Minoristas y otros proveedores de lentes y otros productos ópticos	14	0	14	1.074	14	1.060	0	0	1.088
HP.4.3	Minoristas y otros proveedores de ayudas auditivas	0	0	0	316	4	312	0	0	316
HP.4.4, HP.4.9	Minoristas y otros proveedores de accesorios médicos (excepto ayudas visuales y auditivas). Otras formas de venta y proveedores de productos farmacéuticos y médicos	153	133	19	161	2	159	0	0	314
HP.5	Suministro y administración de programas de salud pública	561	560	0	75	0	0	75	0	636
HP.6	Administración general de la salud y los seguros médicos	1.270	1.004	266	1.110	1.110	0	0	0	2.380
HP.6.1	Administración de la salud por las administraciones públicas	1.004	1.004	0	0	0	0	0	0	1.004
HP.6.2	Administraciones de seguridad social	187	0	187	0	0	0	0	0	187
HP.6.3	Otros seguros sociales	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HP.6.4	Otros seguros (privados)	79	0	79	1.110	1.110	0	0	0	1.189
HP.6.9	Otros proveedores de administración de la salud	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HP.7	Otras ramas de actividad (resto de la economía)	806	236	570	0	0	0	0	0	806
HP.7.1	Entidades proveedoras de servicios de medicina del trabajo	42	0	42	0	0	0	0	0	42
HP.7.2	Hogares como proveedores de atención domiciliaria	475	0	475	0	0	0	0	0	475
HP.7.9	Otras ramas de actividad como productores secundarios de atención de la salud	289	236	53	0	0	0	0	0	289
HP.9	Resto del mundo	4	3	1	0	0	0	0	0	4
HP.1-HP.9	GASTO TOTAL	48.834	45.181	3.654	20.388	3.923	15.712	484	250	69.203

Sistema de Cuentas de Salud										
España, 2003										
Gasto sanitario según función de atención de la salud y agente de financiación										
Millones de euros corrientes										
FUNCIÓN	AGENTE DE FINANCIACIÓN	HF.1		HF.2					HF.1-HF.2	
		Administraciones públicas	HF.1.1	HF.1.2	Sector privado		HF.2.2	HF.2.3	HF.2.4	HF.2.5	TOTAL
			Administraciones públicas excluidas administraciones de seguridad social	Administraciones de seguridad social		Empresas de seguros privadas (excepto seguros sociales)	Pagos directos de los hogares	Instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares (excepto seguros sociales)	Sociedades (excepto seguros médicos)	
HC.1, HC.2	Servicios de asistencia curativa y de rehabilitación	24.978	23.307	1.671	10.043	2.340	7.364	340	..	35.021
HC.1.1, HC.2.1	Asistencia curativa y de rehabilitación hospitalaria	12.097	11.648	449	1.264	634	574	56	..	13.360
HC.1.2, HC.2.2	Asistencia curativa y de rehabilitación en hospitalización de día	1.005	956	48	56	28	26	2	..	1.061
HC.1.3, HC.2.3	Asistencia curativa y de rehabilitación ambulatoria	11.379	10.215	1.163	8.712	1.672	6.759	282	..	20.091
HC.1.3.1	Servicios médicos y diagnósticos básicos	5.360	4.622	738	702	425	0	277	..	6.062
HC.1.3.2	Asistencia odontológica ambulatoria	53	21	32	3.186	41	3.145	0	..	3.239
HC.1.3.3	Otros servicios de asistencia especializada	5.827	5.471	356	3.677	787	2.885	5	..	9.504
HC.1.3.9	Otros servicios de asistencia ambulatoria	139	102	38	1.147	418	729	0	..	1.287
HC.1.4, HC.2.4	Servicios de asistencia curativa y de rehabilitación domiciliaria	497	487	10	11	6	5	0	..	509
HC.3	Servicios de atención de larga duración	3.434	2.966	468	1.940	23	1.890	28	..	5.375
HC.3.1	Atención de larga duración hospitalaria	2.458	2.381	77	1.661	22	1.613	26	..	4.119
HC.3.2	Atención de larga duración en hospitalización de día	314	313	1	94	1	91	2	..	407
HC.3.3	Atención de larga duración domiciliaria	662	272	390	186	0	186	0	..	848
HC.4	Servicios auxiliares de atención de la salud	2.713	2.414	299	279	153	119	8	..	2.993
HC.4.1	Laboratorio clínico	1.104	1.014	90	130	74	56	0	..	1.234
HC.4.2	Diagnóstico por imagen	1.012	904	108	135	77	58	0	..	1.147
HC.4.3	Transporte de pacientes y rescate de emergencia	571	496	75	14	2	4	8	..	585
HC.4.9	Otros servicios auxiliares	26	0	26	0	0	0	0	..	26
HC.5	Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios	9.778	9.325	453	5.302	18	5.284	0	..	15.080
HC.5.1	Productos farmacéuticos y otros productos médicos perecederos	9.611	9.189	422	3.868	0	3.868	0	..	13.479
HC.5.2	Dispositivos terapéuticos y otros productos médicos no perecederos	167	136	31	1.434	18	1.416	0	..	1.601
HC.6	Servicios de prevención y de salud pública	1.402	1.346	56	70	0	0	70	..	1.472
HC.6.1	Salud materno-infantil, servicios de planificación familiar y consultas	252	251	1	0	0	0	0	..	252
HC.6.2	Servicios de medicina escolar	73	73	0	0	0	0	0	..	73
HC.6.3	Prevención de enfermedades transmisibles	2	1	0	0	0	0	0	..	2
HC.6.4	Prevención de enfermedades no transmisibles	479	477	2	0	0	0	0	..	479
HC.6.5	Medicina del trabajo	40	1	39	0	0	0	0	..	40
HC.6.9	Otros servicios de salud pública	556	543	14	70	0	54	70	..	627
HC.7	Administración de la salud y los seguros médicos	1.097	817	280	1.000	1.000	0	0	..	2.097
HC.7.1	Administración de la salud por las administraciones públicas	981	817	164	0	0	0	0	..	981
HC.7.2	Administración de la salud y los seguros médicos: organismos privados	116	0	116	1.000	1.000	0	0	..	1.116
HC.1-HC.7	GASTO CORRIENTE	43.403	40.176	3.226	18.635	3.533	14.656	446	..	62.038
HC.R.1	Formación de capital de instituciones proveedoras de atención de la salud	1.696	1.585	111	342	0	0	31	311	2.038
HC.1-HC.7, HC.R.1	GASTO TOTAL	45.098	41.761	3.337	18.978	3.533	14.656	477	311	64.076
HC.R.2	Formación del personal sanitario	17	17	0	0	0	0	0	..	17
HC.R.3	Investigación y desarrollo en el ámbito de la salud	276	276	0	0	0	0	0	..	276
HC.R.4	Control sanitario de alimentos, higiene y agua potable	..	..	..	..	..	..	..	..	..
HC.R.5	Salud ambiental	..	..	..	..	..	..	..	..	..
HC.R.6	Administración y suministro de servicios sociales en especie para personas enfermas o discapacitadas	343	316	27	311	0	311	0	..	654
HC.R.7	Administración y suministro de prestaciones relacionadas con la salud, en efectivo	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Rubros pro-memoria:										
M.2 (HC)	Total de productos farmacéuticos y otros productos médicos perecederos (incluyendo a pacientes ingresados y otros modos de provisión)	12.498	..	..	4.007	..	..	..	..	16.505
M.3 (HC)	Total de servicios auxiliares (incluyendo a pacientes ingresados)	3.503	..	..	350	..	..	..	..	3.853

**Sistema de Cuentas de Salud
España, 2003**

Gasto sanitario total según proveedor de atención de la salud y agente de financiación
Millones de euros corrientes

AGENTE DE FINANCIACIÓN	PROVEEDOR	HF.1 Administraciones públicas		HF.2 Sector privado					HF.1-HF.3	
		HF.1.1 Administraciones públicas excluidas administraciones de seguridad social	HF.1.2 Administraciones de seguridad social	HF.2.2 Empresas de seguros privadas (excepto seguros sociales)	HF.2.3 Pagos directos de los hogares	HF.2.4 Instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares (excepto seguros sociales)	HF.2.5 Sociedades (excepto seguros médicos)	TOTAL		
HP.1	Hospitales	22.401	21.694	707	1.984	814	737	122	311	24.386
HP.1.1	Hospitales generales	20.862	20.177	685	1.536	646	585	53	251	22.398
HP.1.2	Hospitales de salud mental y adicciones	437	414	23	71	11	10	45	5	507
HP.1.3	Hospitales de especialidades (excepto salud mental y adicciones)	1.102	1.102	0	378	157	142	24	55	1.480
HP.2	Establecimientos de atención medicalizada y residencial	1.883	1.828	55	1.683	0	1.683	0	0	3.566
HP.2.1	Establecimientos de atención medicalizada	1.872	1.817	55	1.640	0	1.640	0	0	3.512
HP.2.2	Establecimientos de atención residencial para retraso mental, salud mental y adicciones	11	11	0	43	0	43	0	0	55
HP.2.3	Establecimientos de atención residencial a la tercera edad	..	..	..	..	..	..	..	..	..
HP.2.9	Otros establecimientos de atención residencial	..	..	..	..	..	..	..	..	..
HP.3	Proveedores de atención ambulatoria	8.539	7.189	1.350	8.937	1.701	6.952	285	0	17.476
HP.3.1	Consultorios médicos	1.582	644	938	4.139	1.089	2.773	277	0	5.721
HP.3.2	Consultorios odontológicos	56	24	32	3.186	41	3.145	0	0	3.242
HP.3.3	Consultorios de otros profesionales sanitarios	126	79	47	1.147	418	729	0	0	1.273
HP.3.4	Centros de atención ambulatoria	5.644	5.551	93	0	0	0	0	0	5.644
HP.3.5	Laboratorios médicos y de diagnóstico	340	144	196	265	151	115	0	0	605
HP.3.6	Proveedores de atención domiciliaria	348	327	21	186	0	186	0	0	533
HP.3.9	Otros proveedores de atención ambulatoria	443	420	23	14	2	4	8	0	457
HP.4	Minoristas y otros proveedores de productos médicos	9.778	9.325	452	5.302	18	5.284	0	0	15.080
HP.4.1	Farmacias	9.611	9.189	422	3.868	0	3.868	0	0	13.479
HP.4.2	Minoristas y otros proveedores de lentes y otros productos ópticos	13	0	13	1.051	14	1.037	0	0	1.064
HP.4.3	Minoristas y otros proveedores de ayudas auditivas	0	0	0	261	3	257	0	0	261
HP.4.4, HP.4.9	Minoristas y otros proveedores de accesorios médicos (excepto ayudas visuales y auditivas). Otras formas de venta y proveedores de productos farmacéuticos y médicos	154	136	18	122	2	121	0	0	276
HP.5	Suministro y administración de programas de salud pública	513	512	0	70	0	0	70	0	583
HP.6	Administración general de la salud y los seguros médicos	1.325	1.017	308	1.000	1.000	0	0	0	2.325
HP.6.1	Administración de la salud por las administraciones públicas	1.023	1.017	6	0	0	0	0	0	1.023
HP.6.2	Administraciones de seguridad social	186	0	186	0	0	0	0	0	186
HP.6.3	Otros seguros sociales	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HP.6.4	Otros seguros (privados)	116	0	116	1.000	1.000	0	0	0	1.116
HP.6.9	Otros proveedores de administración de la salud	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HP.7	Otras ramas de actividad (resto de la economía)	658	193	465	0	0	0	0	0	658
HP.7.1	Entidades proveedoras de servicios de medicina del trabajo	40	1	39	0	0	0	0	0	40
HP.7.2	Hogares como proveedores de atención domiciliaria	374	0	374	0	0	0	0	0	374
HP.7.9	Otras ramas de actividad como productores secundarios de atención de la salud	243	192	51	0	0	0	0	0	243
HP.9	Resto del mundo	3	2	0	0	0	0	0	0	3
HP.1-HP.9	GASTO TOTAL	45.098	41.761	3.337	18.978	3.533	14.656	477	311	64.076

APÉNDICE II
INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (INE)

A- INDICADORES SANITARIOS

Estado de salud. 1991-2010

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
ESPERANZA DE VIDA¹ (a)																				
Al nacimiento																				
Ambos sexos	77,08	77,52	77,65	78,02	78,09	78,22	78,71	78,81	78,84	79,34	79,69	79,77	79,71	80,30	80,29	80,95	80,94	81,24	81,58	81,95
Varones	73,50	73,90	74,09	74,45	74,51	74,62	75,24	75,37	75,41	75,94	76,30	76,40	76,42	77,00	77,03	77,72	77,77	78,17	78,55	78,94
Mujeres	80,67	81,16	81,22	81,58	81,70	81,84	82,17	82,26	82,29	82,73	83,07	83,14	82,99	83,60	83,55	84,16	84,11	84,27	84,56	84,91
A los 65 años																				
Ambos sexos	17,59	17,94	17,92	18,17	18,20	18,27	18,42	18,35	18,33	18,76	19,00	19,01	18,93	19,42	19,29	19,86	19,80	20,00	20,17	20,44
Varones	15,60	15,91	15,87	16,11	16,12	16,17	16,31	16,22	16,20	16,66	16,85	16,88	16,85	17,29	17,19	17,76	17,68	17,96	18,09	18,33
Mujeres	19,25	19,64	19,64	19,90	19,97	20,06	20,23	20,19	20,18	20,58	20,85	20,87	20,76	21,27	21,14	21,68	21,65	21,79	22,01	22,29
TASAS DE MORTALIDAD POR 1.000 HABITANTES² (b)																				
Ambos sexos	8,67	8,49	8,67	8,61	8,79	8,90	8,83	9,08	9,29	8,95	8,84	8,92	9,16	8,71	8,93	8,43	8,59	8,47	8,38	8,29
Varones	9,40	9,25	9,40	9,35	9,56	9,67	9,55	9,78	9,99	9,61	9,51	9,54	9,69	9,29	9,44	8,94	9,08	8,87	8,78	8,73
Mujeres	7,97	7,75	7,96	7,90	8,05	8,17	8,14	8,40	8,63	8,32	8,21	8,33	8,65	8,16	8,42	7,94	8,11	8,09	7,99	7,87

1 Esperanzas de vida calculadas a partir de los resultados de defunciones ocurridas en España cada año proporcionados por la estadística del Movimiento Natural de la Población y de las cifras de población residente a 1 de enero de cada año, constituidas por las Estimaciones Intercensales de Población para años anteriores a 2002 y las Estimaciones de la Población Actual desde dicho año

2 Las cifras de población utilizadas para calcular las tasas están calculadas a 1 de julio y revisadas en base al Censo de 2001. Las estimaciones de 2002 a 2007 se han actualizado en julio de 2007 (Estimaciones de la Población Actual)

Fuentes: INE, Tablas de Mortalidad de la Población de España (a)
 INE, Movimiento Natural de la Población (b)
 INE, Estimaciones Intercensales de Población (población de 1991-2001)
 INE, Estimaciones de la Población Actual (población de 2002-2010)

Mortalidad infantil. 1991-2010

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
TASA DE MORTALIDAD INFANTIL¹																				
Ambos sexos	7,19	7,05	6,69	6,05	5,49	5,54	5,03	4,86	4,47	4,38	4,08	4,15	3,92	3,99	3,78	3,53	3,46	3,35	3,25	3,19
Varones	7,89	7,78	7,38	6,70	5,87	6,32	5,52	5,24	4,80	4,66	4,42	4,59	4,24	4,40	4,23	3,94	3,67	3,69	3,49	3,31
Mujeres	6,44	6,28	5,95	5,35	5,09	4,71	4,51	4,44	4,12	4,07	3,72	3,68	3,59	3,55	3,31	3,09	3,23	2,99	3,00	3,06
TASA DE MORTALIDAD PERINATAL²																				
Ambos sexos	7,24	7,31	6,65	6,53	6,02	6,42	6,30	5,88	5,68	5,51	5,60	5,24	4,93	4,87	4,91	4,78	4,47	4,37	4,53	4,42
Varones	8,00	7,82	7,10	6,97	6,35	7,07	6,50	6,20	6,06	5,90	5,99	5,53	5,18	5,19	5,29	4,97	4,61	4,70	4,74	4,45
Mujeres	6,42	6,77	6,16	6,06	5,68	5,73	6,08	5,54	5,26	5,09	5,19	4,93	4,66	4,52	4,51	4,58	4,32	4,02	4,31	4,38

1 Nacidos vivos que mueren en el primer año de vida por 1.000 nacidos vivos.

2 Muertes fetales tardías (muertos después de 28 semanas de gestación) y nacidos vivos que mueren antes de 7 días por 1.000 nacidos vivos más muertes fetales tardías.

Fuente: INE, Movimiento Natural de la Población

Recursos humanos. 1991-2010

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
PROFESIONALES																				
SANITARIOS																				
COLEGIADOS¹ (a)																				
Tasas por 100.000 habitantes																				
Médicos	393,06	398,91	405,87	411,99	412,49	418,87	424,43	430,86	436,75	442,31	440,43	446,21	450,26	452,32	455,05	456,64	459,55	466,91	476,27	484,22
Odontólogos y estomatólogos	28,84	30,17	31,21	33,66	35,54	37,64	38,58	40,53	42,18	43,33	45,18	46,30	47,24	48,92	50,62	52,39	54,14	56,07	58,11	60,29
Farmacéuticos	96,52	98,93	100,92	102,49	104,96	109,35	113,50	117,48	121,64	125,40	128,50	131,31	133,43	134,64	135,41	136,21	135,37	136,84	138,28	139,11
ATS y diplomados en enfermería	413,51	421,37	427,79	426,90	436,54	447,90	458,83	483,88	492,74	505,19	509,10	512,12	521,35	523,92	527,90	533,00	536,62	545,82	555,45	569,66
Podólogos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7,94	8,64	9,50	10,24	10,84	11,16	11,44	12,00
Fisioterapeutas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	59,23	63,42	68,14	72,38	77,20
Porcentaje de mujeres																				
Médicos	31,20	31,95	32,39	33,49	33,79	34,56	36,36	36,42	37,00	37,82	38,90	39,84	40,69	41,37	42,10	42,86	43,60	44,38	45,11	45,75
Odontólogos y estomatólogos	26,34	27,85	28,75	29,54	30,45	32,23	33,10	34,62	36,03	37,02	38,22	39,27	39,99	40,46	40,48	41,94	42,62	43,28	43,31	44,36
Farmacéuticos	61,36	62,15	62,87	63,48	63,75	64,38	65,03	65,69	66,24	66,80	67,17	67,43	68,01	68,28	68,69	69,81	70,17	70,35	70,38	70,61
ATS y diplomados en enfermería	76,38	76,87	77,05	78,84	79,04	79,82	80,08	80,13	80,58	80,48	80,46	80,45	81,60	81,61	82,58	82,77	82,99	83,32	83,52	83,65
Podólogos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	47,83	50,36	52,00	52,15	53,53	54,87	55,35	56,12
Fisioterapeutas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	67,87	67,74	67,65	67,64	68,23
PERSONAL																				
HOSPITALARIO² (b)																				
(por 100 camas en funcionamiento)																				
Total personal	...	...	...	...	...	226,10	231,08	237,18	242,40	247,85	257,35	267,06	276,13	285,03	292,20	308,90	323,66	334,59	342,50	...
Personal sanitario	...	...	...	...	...	156,38	160,46	165,47	170,50	174,83	182,66	190,19	197,55	204,84	210,47	223,72	234,96	244,40	251,95	...
Médicos	...	...	...	...	...	30,22	31,39	32,42	33,76	34,76	36,39	38,53	40,82	42,84	43,86	47,49	50,19	52,84	54,95	...
Personal de enfermería ³	...	...	...	...	...	62,63	64,32	66,14	68,17	70,00	73,17	75,88	78,41	80,81	83,09	88,35	92,59	96,25	99,23	...
Ayudantes sanitarios ⁴	...	...	...	...	...	60,76	61,91	64,13	65,67	67,23	70,00	72,54	74,81	77,37	79,23	83,22	87,01	90,11	91,99	...
Otro personal sanitario	...	...	...	...	...	2,76	2,83	2,78	2,89	2,84	3,11	3,26	3,51	3,82	4,30	4,66	5,17	5,20	5,78	...

1 La colegiación es obligatoria para todos aquellos profesionales que estén ejerciendo. Sin embargo existen profesionales que no ejercen y están colegiados de forma voluntaria (están trabajando en otra actividad, están parados, jubilados...). Los estomatólogos que han obtenido el título de Estomatología u Odontología como especialidad de la carrera de Medicina, no tienen por qué estar colegiados en el Colegio de Médicos si ejercen como Odontólogos

Los podólogos aparecen por primera vez en 2003 por haber creado su propio Colegio independiente de los Diplomados en Enfermería y los Fisioterapeutas en 2006

Los datos son a 31 de diciembre de cada año

La población está calculada a 1 de enero del año siguiente. Cifras revisadas en base al Censo de 2001. Las estimaciones de 2002 a 2007 se han actualizado en julio de 2007 (Estimaciones de la Población Actual).

2 De 1998 en adelante no incluye el personal colaborador habitual (la mayoría son médicos)

El indicador se calcula teniendo en cuenta la distinta dedicación del personal contratado en cuanto al número de horas trabajadas, reduciendo la participación en estos indicadores a la mitad del personal que se incluye en la rúbrica menos de 36 horas semanales

3 Incluye ATS-DUE, matronas, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales.

4 Incluye auxiliares de clínica y técnicos sanitarios.

Fuentes: INE, Anuario Estadístico de España (a)

INE, Estadística de Indicadores Hospitalarios (b, 1996-2005)

MSSSI (antes MSC y MSPSI), Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado (b, 2006 y 2009)

INE, Estimaciones Intercensales de Población (población de 1991-2001)

INE, Estimaciones de la Población Actual (población de 2002-2011)

Atención hospitalaria. 1991-2010

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	
CONSULTAS EXTERNAS¹																					
(por 1.000 habitantes) (a)	749,33	832,11	915,00	1.004,03	857,57	932,71	990,54	1.051,88	1.098,95	1.146,14	1.172,05	1.203,55	1.222,53	1.267,88	1.270,59	1.675,39	1.718,48	1.746,18	1.788,45	...	
Según tipo de asistencia²																					
Medicina	323,79	334,44	365,63	396,72	335,98	367,17	384,12	418,13	435,54	455,18	464,91	487,40	495,57	511,72	512,17	643,80	671,73	690,03	721,48	...	
Cirugía ³	378,55	428,84	465,81	513,32	426,21	460,54	480,77	498,92	517,99	529,00	538,12	550,54	558,51	579,06	579,91	806,72	836,00	837,44	857,32	...	
Obstetricia	111,73	133,34	138,98	144,67	112,15	115,71	120,09	124,32	130,85	134,62	136,79	133,65	131,49	133,48	125,04	193,51	197,62	210,36	206,02	...	
Ginecología	105,26	108,34	128,81	146,96	124,91	129,14	143,57	148,52	157,27	161,68	164,47	171,94	171,62	176,16	176,15	259,08	259,49	253,48	247,74	...	
Pediatría ⁴	285,43	301,09	321,14	334,16	359,99	384,15	407,13	436,94	436,32	454,39	473,13	468,68	473,33	475,29	489,73	512,10	534,09	541,30	538,03	...	
Psiquiatría	18,43	21,72	27,49	30,35	22,24	25,15	32,07	33,30	35,57	36,38	37,69	39,97	44,57	45,48	45,62	75,90	78,26	79,70	82,44	...	
Otras ⁵	36,48	53,18	57,03	63,14	57,51	65,71	72,02	78,16	84,84	98,13	101,13	98,37	99,05	109,48	111,17	122,35	111,18	120,56	122,59	...	
Según dependencia del hospital																					
Públicos	581,55	668,17	746,28	835,05	665,69	728,57	770,14	820,05	860,29	892,90	907,59	928,34	938,12	969,04	969,59	1.352,67	1.484,23	1.498,39	1.524,97	...	
No públicos	167,78	163,93	168,72	168,98	191,88	204,14	220,40	231,82	238,66	253,24	264,46	275,21	284,41	298,84	301,00	322,72	234,25	247,79	263,48	...	
ESTANCIAS CAUSADAS (miles) (a)	46.035,3	45.266,4	45.002,7	44.097,0	44.621,2	44.735,1	43.654,8	43.152,3	42.979,9	43.036,5	42.688,3	43.081,6	43.163,1	43.073,6	43.171,8	42.906,5	42.933,4	42.800,0	42.268,0	...	
Por 100 habitantes² según tipo de asistencia																					
Total¹	118,22	115,86	114,83	112,22	113,80	113,31	110,29	108,64	107,65	106,89	104,83	104,28	102,76	100,89	99,48	97,36	95,68	93,87	92,03	...	
Medicina	39,44	38,34	38,56	38,20	39,56	39,77	38,61	39,18	39,84	39,79	38,67	38,93	38,86	38,09	38,39	37,48	38,09	37,68	37,63	...	
Cirugía ³	44,42	42,90	41,34	39,89	39,34	38,36	36,69	35,32	33,75	32,95	32,34	31,43	30,39	29,94	28,93	28,28	27,70	26,82	25,98	...	
Obstetricia	22,13	22,32	21,31	20,34	19,88	18,92	18,83	18,25	18,36	18,34	18,07	17,86	17,77	17,37	17,39	17,01	16,84	16,99	15,81	...	
Ginecología	9,04	8,26	8,13	7,66	7,70	7,56	6,95	6,63	6,26	6,03	5,78	5,45	5,09	4,94	4,64	4,57	4,28	4,00	3,76	...	
Pediatría ⁴	30,54	30,63	31,10	30,83	31,86	32,02	32,09	31,75	31,70	32,78	31,95	31,94	31,96	30,57	30,04	30,11	29,02	28,07	26,75	...	
Psiquiatría	21,24	20,42	19,68	19,36	19,37	19,13	18,49	17,18	17,32	16,90	16,62	16,57	16,09	15,56	14,82	14,73	13,25	13,09	13,01	...	
Larga estancia	8,92	10,10	10,29	9,63	10,13	10,31	10,50	10,88	10,62	10,79	10,66	11,05	11,13	11,07	10,74	10,75	10,78	10,55	10,18	...	
Cuidados intensivos ⁶	2,06	2,15	2,26	2,33	2,35	2,40	2,47	2,48	2,55	2,61	2,57	2,55	2,56	2,48	2,49	2,43	2,43	2,38	2,40	...	
Unidad de quemados	0,10	0,10	0,10	0,10	0,08	0,07	0,07	0,08	0,08	0,09	0,08	0,08	0,08	0,07	0,06	0,07	0,07	0,07	0,06	...	
Intensivos neonatales	10,08	10,35	14,53	20,40	25,87	26,31	29,94	31,02	28,63	29,78	28,71	32,60	31,82	33,28	33,30	35,42	35,71	34,90	34,47	...	
Otras ⁵	2,96	2,03	2,32	2,20	2,10	2,30	2,07	2,17	2,01	1,96	2,09	1,91	1,92	2,13	2,60	2,09	2,18	2,21	2,29	...	
ÍNDICES DE FUNCIONAMIENTO (b)																					
Grado de ocupación ⁷	76,69	76,77	77,57	76,74	79,05	79,88	79,03	78,88	78,94	79,63	79,91	80,79	81,60	80,90	81,11	80,40	80,10	79,80	79,15	...	
Promedio de estancias por enfermo	11,86	11,35	11,00	10,54	10,46	10,01	9,65	9,40	9,18	8,98	8,80	8,81	8,68	8,51	8,47	8,32	8,19	8,10	8,02	...	
Índice de rotación ⁸	23,60	24,70	25,74	26,56	27,59	29,13	29,90	30,64	31,37	32,37	33,13	33,47	34,30	34,70	34,95	35,27	35,68	35,95	36,02	...	
Actos quirúrgicos por quirófano en funcionamiento	720,68	753,59	780,72	811,20	894,57	953,84	980,68	996,63	1.011,51	1.047,41	1.065,92	1.078,82	1.122,70	1.131,21	1.145,74	1.154,11	1.151,31	1.149,11	1.147,88	...	
Partos ⁹ por cama de obstetricia	46,41	47,31	46,37	45,90	47,39	48,02	49,57	49,83	52,53	56,15	58,04	60,84	63,57	67,16	67,89	71,81	71,41	72,74	70,77	...	
Capacidad media ¹⁰	202,28	201,67	201,19	201,06	217,79	214,35	212,07	212,79	212,44	211,27	208,04	209,51	212,52	210,76	209,59	211,13	207,21	206,22	205,74	...	
Necropsias ¹¹ por 1.000 fallecidos	5,79	5,58	5,33	5,48	4,56	4,52	4,55	4,23	4,31	3,95	3,88	3,78	3,74	3,62	3,60	3,71	3,72	3,83	3,50	...	
LISTAS DE ESPERA¹² (c)																					
Número de pacientes	384.558	391.445	385.050	362.762	376.242	364.397	364.833	381.753
Tiempo medio de espera (días)	81	78	83	70	74	71	70	61

Notas: las cifras de población utilizadas están calculadas a 1 de julio y revisadas en base al Censo de 2001. Las estimaciones de 2002 a 2007 se han actualizado en julio de 2007 (Estimaciones de la Población Actual).

1 El total incluye casos para los que no consta el tipo de asistencia

Ruptura de serie en 2006 porque a partir de este año se incluyen también las consultas en los centros de especialidades

2 Para la población de referencia ver la nota 1 del indicador "Dotación hospitalaria en funcionamiento"

3 Incluye traumatología

4 Comprende medicina, cirugía y neonatología

5 Comprende la actividad asistencial en otras especialidades no contempladas en los apartados anteriores, siempre que estén diferenciadas como tales dentro de los establecimientos: rehabilitación, SIDA, tuberculosis, hidrología...

6 Incluye la unidad de coronarios

7 (Estancias causadas x 100) / (camas en funcionamiento x 365)

8 Enfermos dados de alta / camas en funcionamiento

9 Comprende partos por vía vaginal y cesáreas

10 Camas instaladas / total de establecimientos sanitarios

11 De 2003 a 2005 faltan las necropsias perinatales de Cataluña

12 Pacientes en lista de espera estructural, en situación de ser intervenidos quirúrgicamente y cuya espera es atribuible a la organización y recursos disponibles

Faltan datos de una comunidad autónoma

Gasto sanitario. 1991-2010

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
GASTO EN SALUD¹ (a)																				
Millones de euros																				
Total	23.560	26.653	28.815	30.156	33.293	35.364	36.957	39.487	42.430	45.446	49.272	52.874	63.994	69.038	75.307	82.255	89.339	97.464	100.231	...
Público	18.258	20.620	22.069	22.774	24.031	25.590	26.781	28.509	30.561	32.550	35.080	37.695	44.957	48.603	53.145	58.652	63.857	70.766	73.800	...
Privado	5.302	6.033	6.746	7.382	9.262	9.774	10.176	10.978	11.869	12.896	14.192	15.179	19.037	20.435	22.162	23.603	25.481	26.698	26.431	...
Euros por habitante²																				
Total	605,03	682,22	735,26	767,41	845,25	895,75	933,65	994,08	1.062,69	1.128,70	1.209,96	1.279,81	1.523,51	1.617,12	1.735,25	1.866,53	1.990,90	2.137,67	2.182,28	...
Público	468,88	527,80	563,12	579,55	610,10	648,18	676,57	717,71	765,43	808,42	861,45	912,40	1.070,29	1.138,46	1.224,58	1.330,92	1.423,05	1.552,10	1.606,81	...
Privado	136,15	154,42	172,13	187,86	235,15	247,57	257,08	276,37	297,27	320,29	348,51	367,41	453,22	478,66	510,67	535,61	567,85	585,57	575,47	...
Porcentaje del PIBpm³																				
Total	6,88	7,22	7,55	7,43	7,44	7,46	7,33	7,32	7,32	7,21	7,24	7,25	8,17	8,21	8,28	8,35	8,48	8,96	9,57	...
Público	5,33	5,59	5,78	5,61	5,37	5,40	5,31	5,28	5,27	5,17	5,16	5,17	5,74	5,78	5,84	5,95	6,06	6,51	7,04	...
Privado	1,55	1,64	1,77	1,82	2,07	2,06	2,02	2,03	2,05	2,05	2,09	2,08	2,43	2,43	2,44	2,39	2,42	2,45	2,52	...
GASTO FARMACÉUTICO DE SEGURIDAD SOCIAL⁴																				
Porcentaje del gasto público en salud (b)																				
Total	16,99	17,29	17,41	17,93	19,12	19,99	20,13	20,89	21,40	21,57	21,59	22,06	20,76	20,41	19,72	18,90	18,25	17,61	17,64	...
Millones de euros																				
Total	3.101,8	3.565,9	3.842,1	4.082,8	4.594,7	5.116,2	5.391,7	5.954,2	6.540,9	7.021,4	7.572,5	8.316,4	9.331,0	9.920,7	10.478,5	11.082,2	11.656,6	12.462,8	13.014,8	12.690,7
Sistema Nacional de Salud (c)	2.954,7	3.395,9	3.662,6	3.900,5	4.386,2	4.884,3	5.149,4	5.690,5	6.256,7	6.723,6	7.255,0	7.972,9	8.941,4	9.515,4	10.051,3	10.636,1	11.191,1	11.971,0	12.505,7	12.207,7
MUFACE (d)	84,2	97,9	104,7	106,5	122,3	136,3	141,7	154,1	166,2	174,7	187,6	204,9	233,7	244,2	259,2	272,2	285,8	304,8	319,3	304,8
ISFAS (e)	58,8	67,4	69,7	70,5	79,9	88,4	92,5	100,7	108,3	113,3	119,4	127,3	143,0	147,8	153,7	159,0	164,3	170,8	173,1	162,2
MUGEJU (f)	4,1	4,8	5,1	5,3	6,3	7,3	8,1	8,9	9,6	9,8	10,5	11,3	13,0	13,3	14,2	15,0	15,4	16,2	16,7	16,0
Euros por persona protegida																				
Total	...	...	...	...	...	...	...	149,40	162,67	173,41	184,17	198,79	218,45	229,85	238,10	248,08	257,89	270,00	278,42	269,89
Sistema Nacional de Salud ^{5,6} (c)	...	...	...	...	...	...	...	152,31	165,96	176,91	187,78	202,61	222,26	233,69	241,23	250,77	260,50	272,60	281,12	272,80
MUFACE (d)	...	...	...	...	...	...	...	94,94	101,84	108,91	116,92	127,15	144,68	152,48	163,68	176,90	187,27	199,65	208,09	196,95
ISFAS (e)	...	...	...	...	...	...	...	127,25	135,91	141,75	150,31	161,42	182,22	195,69	229,12	250,49	261,63	271,11	271,00	256,32
MUGEJU ⁷ (f)	...	...	...	...	...	...	...	115,60	119,73	120,36	125,65	133,75	151,57	153,51	162,09	174,23	180,82	186,84	190,72	175,77
Gasto por receta (euros)																				
Sistema Nacional de Salud (c)	5,77	6,55	7,24	7,90	8,35	8,85	9,16	10,13	10,99	11,26	11,68	12,42	13,09	13,49	13,61	13,36	13,27	13,45	13,39	12,75
- Activos	4,29	4,94	5,40	5,88	6,14	6,53	6,80	7,56	8,19	8,38	8,83	9,26	9,72	10,34	10,34	8,80	8,67	8,71	8,49	7,07
- Pensionistas	6,76	7,55	8,33	8,96	9,49	10,02	10,31	11,34	12,26	12,69	13,36	13,80	14,58	14,85	15,02	15,31	15,24	15,43	15,44	15,05
MUFACE (d)	4,65	5,27	5,86	6,52	6,95	7,37	7,44	8,16	8,94	9,23	9,72	10,24	10,93	11,58	11,83	12,22	12,24	12,57	12,56	11,86
ISFAS (e)	5,13	5,75	6,16	6,77	7,23	7,65	7,80	8,58	9,37	9,61	9,98	10,40	11,05	11,61	11,82	12,13	12,16	12,44	12,27	11,58
MUGEJU (f)	4,66	5,51	5,75	6,47	7,11	7,48	7,83	8,71	9,21	9,36	9,87	10,57	10,96	11,50	11,71	12,13	12,14	12,50	12,34	11,86
Importe PVP por receta⁸ (euros)																				
Sistema Nacional de Salud (c)	6,45	7,27	8,01	8,70	9,17	9,68	9,98	10,98	11,86	12,24	12,88	13,34	14,06	14,41	14,52	14,77	14,68	14,88	14,83	14,51
- Activos	5,99	6,82	7,46	8,18	8,53	8,99	9,29	10,21	10,97	11,22	11,80	12,27	12,86	13,39	13,37	13,51	13,35	13,55	13,37	13,17
- Pensionistas	6,76	7,55	8,33	8,96	9,49	10,02	10,31	11,34	12,26	12,69	13,36	13,80	14,58	14,85	15,02	15,31	15,24	15,43	15,44	15,05
MUFACE (d)	5,93	6,68	7,44	8,41	8,90	9,39	9,51	10,37	11,30	11,68	12,29	12,88	13,74	14,38	14,69	15,14	15,16	15,52	15,85	16,08
ISFAS (e)	6,39	7,14	7,71	8,63	9,17	9,66	9,85	10,79	11,57	12,06	12,53	12,99	13,79	14,35	14,62	15,02	15,02	15,34	15,54	15,80
Índice de cobertura^{7,8}																				
Sistema Nacional de Salud (c)	89,47	90,16	90,42	90,81	91,15	91,49	91,81	92,28	92,65	92,00	90,67	93,12	93,12	93,62	93,77	90,46	90,39	90,39	90,29	87,85
- Activos	71,69	72,49	72,36	71,86	72,02	72,66	73,16	74,04	74,59	74,72	74,89	75,47	75,58	77,22	77,34	65,17	64,95	64,25	63,51	53,66
- Pensionistas	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
MUFACE (d)	78,35	78,87	78,79	77,53	78,10	78,56	78,26	78,72	79,15	78,99	79,06	79,47	79,58	80,54	80,52	80,73	80,72	80,99	79,19	73,78
ISFAS (e)	80,26	80,50	79,93	78,54	78,80	79,19	79,20	79,50	80,98	79,66	79,64	80,05	80,13	80,88	80,87	80,77	80,96	81,96	78,96	73,32

1 Ruptura de serie en 1999 y 2003.

2 Las cifras de población están calculadas a 1 de julio y revisadas en base al Censo de 2001. En julio de 2007 se han actualizado las estimaciones de 2002 a 2007 (Estimaciones de la Población Actual)

3 De 1991 a 1994 PIB_{pm} base 1995, de 1995 a 1999 el PIB_{pm} base 2000. De 2000 a 2009 el PIB_{pm} está en base 2008 y es una estimación provisional.

4 Sólo el Sistema Nacional de Salud da distinto tratamiento a activos y pensionistas

5 Consideran que la población protegida es la población a 1 de enero del Padrón menos la población protegida por las otras Mutualidades.

6 En el año 2007 está calculado con los datos de las personas protegidas de MUGEJU de 2006

7 MUGEJU no calcula el importe por receta.

8 El índice de cobertura es el cociente entre el gasto medio por receta y el importe medio por receta, expresado en porcentaje.

Estilos de vida. 1991-2010

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
HERIDOS EN ACCIDENTES DE TRÁFICO¹ (por 100.000 habitantes ²) (a)																				
Por sexo																				
Ambos sexos	381,23	332,62	299,04	289,38	308,30	314,49	316,42	355,92	357,89	372,00	367,37	355,61	358,62	324,14	306,02	325,52	317,61	287,21	272,08	261,21
Varones	537,22	465,18	411,33	395,01	421,70	425,25	426,00	480,00	483,75	506,09	494,04	474,76	471,91	426,56	403,68	422,90	410,88	362,78	339,25	321,75
Mujeres	231,51	205,37	191,24	188,00	199,46	208,20	211,27	236,89	237,17	243,29	245,63	240,89	249,30	225,11	211,31	224,28	219,75	206,81	201,96	197,66
Por grupos de edad³																				
Ambos sexos																				
0 a 14 años	128,53	115,38	108,80	109,55	113,77	111,73	113,83	122,66	121,54	116,80	113,92	104,95	109,85	96,11	92,94	90,14	83,20	78,89	76,18	72,32
15 a 74 años	446,44	384,92	335,15	321,29	342,22	348,82	354,51	402,89	400,38	409,17	406,58	391,26	395,45	357,59	347,39	360,09	352,71	320,03	304,52	293,65
- 15 a 34 años	...	...	506,32	475,73	510,87	518,74	533,16	614,36	629,32	654,62	641,98	611,54	615,74	557,92	545,98	566,16	555,71	494,48	464,28	441,83
- 35 a 54 años	...	...	187,78	187,02	200,53	209,12	212,10	233,97	233,35	241,07	250,27	248,79	260,20	241,69	240,17	258,85	261,36	251,13	253,74	263,80
- 55 a 74 años	...	...	166,34	168,36	176,00	181,90	183,92	217,63	196,56	189,95	195,41	194,68	196,18	176,00	167,40	170,87	166,00	156,57	154,47	150,52
75 y más años	132,44	117,72	109,76	110,60	119,32	117,88	124,77	125,29	126,21	132,33	125,88	118,58	117,87	112,08	103,23	105,18	109,81	106,66	110,50	103,29
Varones																				
0 a 14 años	139,55	124,86	120,55	124,98	126,54	122,51	125,22	136,26	135,58	128,03	126,69	114,87	121,67	107,45	102,52	98,12	90,06	89,02	79,51	76,42
15 a 74 años	638,78	545,98	468,59	445,35	475,70	478,99	483,84	550,49	546,80	562,95	549,59	523,91	522,95	472,55	460,27	475,96	463,56	410,18	385,70	366,90
- 15 a 34 años	...	...	713,30	663,91	715,31	717,58	734,12	845,39	863,24	903,94	867,23	816,68	812,39	731,35	719,75	742,94	719,57	623,50	575,77	536,50
- 35 a 54 años	...	...	324,91	320,35	342,07	346,38	345,78	379,35	371,83	381,40	388,41	379,84	388,65	359,50	349,24	369,09	367,90	337,90	326,47	327,45
- 55 a 74 años	...	...	214,04	217,12	225,36	234,49	233,00	276,53	251,26	244,81	250,34	248,72	245,24	219,96	209,79	214,25	208,15	192,76	193,92	185,12
75 y más años	191,24	168,78	151,35	154,94	165,33	161,44	173,12	175,96	178,24	186,62	176,94	172,88	165,11	156,23	141,25	147,28	159,66	152,62	155,32	145,68
Mujeres																				
0 a 14 años	116,93	105,40	96,41	93,27	100,28	100,35	101,78	108,28	106,69	104,93	100,44	94,48	97,37	84,14	82,82	81,70	75,94	68,18	72,66	67,99
15 a 74 años	259,14	227,85	204,82	199,97	211,54	221,27	227,67	258,03	256,57	257,90	265,56	260,10	269,03	243,25	234,68	244,02	241,25	229,37	222,92	220,37
- 15 a 34 años	...	...	292,55	281,22	299,37	312,90	324,99	374,90	386,71	395,48	407,09	396,87	409,29	375,25	362,07	378,42	381,10	357,37	346,18	342,49
- 35 a 54 años	...	...	157,94	157,41	165,39	177,18	179,41	192,94	191,22	193,13	200,87	198,82	208,46	186,09	183,35	192,97	187,93	183,95	184,32	184,83
- 55 a 74 años	...	...	124,64	125,63	132,64	135,59	140,61	165,52	148,06	141,18	146,47	146,43	152,28	136,59	129,30	131,79	127,94	123,83	118,72	119,13
75 y más años	98,61	88,46	86,00	85,26	92,92	92,74	96,65	95,56	95,43	99,94	95,20	85,71	89,04	84,93	79,67	78,88	78,45	77,59	82,01	76,25
DONACIONES DE SANGRE (b)																				
Miles de donaciones	...	...	...	1.254,8	1.299,3	1.346,1	1.393,2	1.428,7	1.449,6	1.500,6	1.506,3	1.564,3	1.606,3	1.608,1	1.613,1	1.658,0	1.681,9	1.771,8	1.823,3	1.803,8
Donaciones por 1.000 habitantes ³	...	...	...	31,93	32,99	34,10	35,20	35,97	36,31	37,27	36,99	37,86	38,24	37,67	37,17	37,62	37,48	38,86	39,70	39,15
DONACIONES Y TRASPLANTES DE ÓRGANOS (c)																				
Donantes cadáver	778	832	869	960	1.037	1.032	1.155	1.250	1.334	1.345	1.335	1.409	1.443	1.495	1.546	1.509	1.550	1.577	1.606	1.502
Donantes por 1.000 fallecidos	2,30	2,51	2,56	2,84	3,00	2,94	3,30	3,47	3,59	3,73	3,71	3,82	3,75	4,02	3,99	4,06	4,02	4,08	4,17	3,95
Número de trasplantes	2.042	2.251	2.314	2.591	2.845	2.789	3.104	3.400	3.480	3.432	3.441	3.608	3.688	3.683	3.832	3.758	3.829	3.945	4.028	3.773
CONSUMO DE TABACO (cigarrillos por habitante ^{2,4}) (d)																				
Total	2.785,69	2.618,95	2.400,41	2.560,72	2.386,40	2.264,15	2.437,37	2.689,75	2.669,71	2.697,75	2.726,92	2.718,25	2.687,26	2.671,34	2.612,53	2.501,80	2.432,15	2.429,94	2.178,17	1.937,82
Cigarrillos rubios	1.651,22	1.561,68	1.436,32	1.617,30	1.517,83	1.566,87	1.678,08	1.929,29	1.979,57	2.065,31	2.134,08	2.183,52	...	...	...	...	...	...	...	...
Cigarrillos negros ⁵	1.134,47	1.057,27	964,09	943,42	868,56	697,28	759,28	760,46	690,14	632,44	592,85	534,73	...	...	...	...	...	...	...	...

1 Incluye carretera y zona urbana

2 Las cifras de población están calculadas a 1 de julio y revisadas en base al Censo de 2001. En julio de 2007 se han actualizado las estimaciones de 2002 a 2007 (Estimaciones de la Población Actual)

3 Los totales incluyen a los heridos para los que no está especificada la edad o el sexo

4 No incluye Canarias

Población de 15 y más años

5 No incluye la picadura

B- TOTAL POBLACIÓN

Censos de Población y Viviendas 2011

El Censo sitúa la cifra de población de España en 46.815.916 habitantes a 1 de noviembre de 2011, con un crecimiento de casi 6 millones de personas en una década

El número de extranjeros se sitúa en 5.252.473

El Censo de población, elaborado durante los últimos meses de 2011 y primeros de 2012, es la operación estadística de mayor envergadura que realiza el INE cada diez años. Proporciona, entre otra información que se irá difundiendo a lo largo de los próximos meses, la población de cada uno de los municipios de España, que hoy se presenta. Esta población alcanzó los 46.815.916 habitantes a 1 de noviembre de 2011 (fecha censal). En relación con el censo de 2001, creció en 5.968.545, lo que supone un aumento del 14,6%.

Si tenemos en cuenta la información de otros censos nunca se había producido en una década un incremento de la población tan elevado en términos absolutos ni relativos.

Comparación entre la población en 2001 y 2011

	Población		Incremento	
	Censo 2001 (*)	Censo 2011 (*)	Absoluto	Relativo (%)
Españoles	39.275.358	41.563.443	2.288.085	5,8%
Hombres	19.194.881	20.372.386	1.177.505	6,1%
Mujeres	20.080.477	21.191.057	1.110.580	5,5%
Extranjeros	1.572.013	5.252.473	3.680.460	234,1%
Hombres	818.001	2.731.917	1.913.916	234,0%
Mujeres	754.012	2.520.556	1.766.544	234,3%
Total	40.847.371	46.815.916	5.968.545	14,6%
Hombres	20.012.882	23.104.303	3.091.421	15,4%
Mujeres	20.834.489	23.711.613	2.877.124	13,8%

(*) cifras referidas a 1 de noviembre

La principal causa del incremento de la población entre 2001 y 2011 se debe al fuerte incremento de la población extranjera. En ese periodo han llegado a España más de tres millones y medio de extranjeros.

La población española ha experimentado un aumento mucho menos pronunciado en términos relativos que la población extranjera y ha pasado de poco más de 39 millones de habitantes en 2001 a más de 41 millones y medio. Los motivos de este crecimiento son varios, como un aumento de la esperanza de vida desde el censo

anterior, un incremento de la tasa de natalidad (sobre todo en el período 2005-2009) o el hecho de que muchos extranjeros hayan adquirido la nacionalidad española.

Las cifras de población de los Censos de Población y Viviendas 2011 se han obtenido utilizando la información existente en distintos registros administrativos, siendo el Padrón el principal de ellos, así como una gran encuesta que se realizó a más del 10% de la población.

Este censo se caracteriza por ser el primero que tiene que cumplir con la reglamentación comunitaria¹. Esto permitirá una mayor y mejor comparabilidad de los datos entre los países miembros de la Unión Europea. En los primeros meses de 2013 se facilitará información relacionada con edificios y viviendas; antes de que finalice el próximo año se habrán difundido todos los datos sobre las restantes variables censales.

Datos por CCAA y provincias: Subida casi generalizada pero desigual

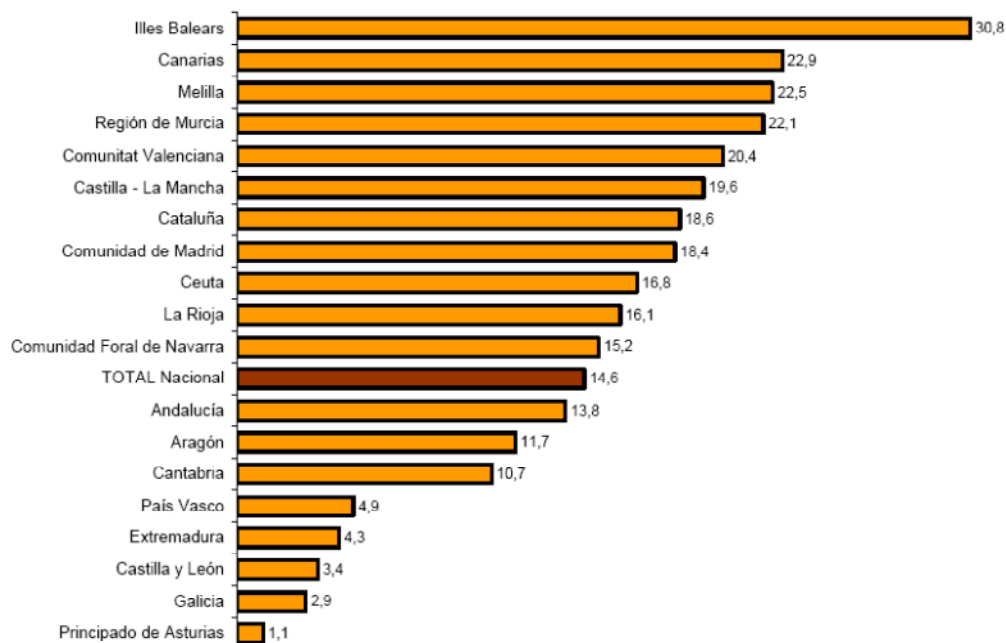
El incremento de población en los últimos diez años se ha producido en todas las comunidades autónomas, aunque se ha distribuido de una manera muy desigual, siendo las islas y el levante en donde ha habido un mayor incremento y el noroeste peninsular donde el crecimiento ha sido menor.

Población total y por comunidades autónomas. Variación respecto a 2001

	Censo 2011	Censo 2001	Variación (%)
Balears, Illes	1.100.503	841.669	30,8%
Canarias	2.082.655	1.694.477	22,9%
Melilla	81.323	66.411	22,5%
Murcia, Región de	1.462.128	1.197.646	22,1%
Comunitat Valenciana	5.009.931	4.162.776	20,4%
Castilla - La Mancha	2.106.331	1.760.516	19,6%
Cataluña	7.519.843	6.343.110	18,6%
Madrid, Comunidad de	6.421.874	5.423.384	18,4%
Ceuta	83.517	71.505	16,8%
Rioja, La	321.173	276.702	16,1%
Navarra, Comunidad Foral de	640.129	555.829	15,2%
TOTAL Nacional	46.815.916	40.847.371	14,6%
Andalucía	8.371.270	7.357.558	13,8%
Aragón	1.344.509	1.204.215	11,7%
Cantabria	592.542	535.131	10,7%
País Vasco	2.185.393	2.082.587	4,9%
Extremadura	1.104.499	1.058.503	4,3%
Castilla y León	2.540.188	2.456.474	3,4%
Galicia	2.772.928	2.695.880	2,9%
Asturias, Principado de	1.075.183	1.062.998	1,1%

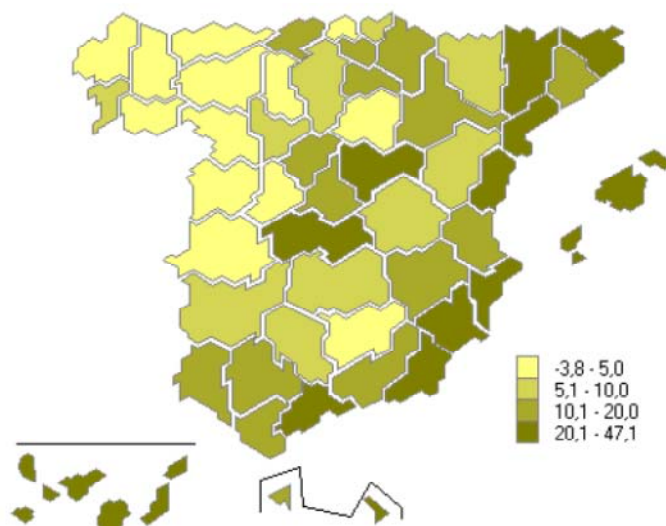
¹ Reglamento 763/2008 del Parlamento Europeo y del Consejo y otros reglamentos de la Comisión que lo desarrollan.

Crecimiento de la población por CCAA entre 2001 y 2011 (%)



En cuanto a las provincias, **Guadalajara** con un incremento del 47% ha sido la que más ha crecido seguida de **Girona** con un 33% y **Tarragona** con un 32%. Sólo hay cuatro provincias que han perdido población (**Zamora, Ourense, Lugo y Palencia**).

Crecimiento relativo de población por provincias entre 2001 y 2011 (%)



APÉNDICE III

AGENCIA ESTATAL DE ADMINISTRACIÓN TRIBUTARIA (AEAT)

INFORME ANUAL DE RECAUDACIÓN TRIBUTARIA 2011

IMPUESTOS DEVENGADOS
Millones de euros

	2007	2008	2009	2010(p)	2011(p)	tasas de variación (%)				
						07	08	09	10	11
IRPF										
· Retenciones del trabajo	58.138	58.589	57.778	61.504	61.617	8,1	0,8	-1,4	6,5	0,2
· Retenciones del capital	6.067	7.483	6.861	5.812	6.202	49,0	23,4	-8,3	-15,3	6,7
· Mobiliario	3.816	4.953	4.893	3.957	4.450	63,2	29,8	-1,2	-19,1	12,5
· Arrendamientos	1.449	1.512	1.434	1.450	1.400	27,5	4,3	-5,1	1,1	-3,5
· Fondos inversión	801	1.019	534	405	352	34,4	27,1	-47,6	-24,2	-13,0
· Retenciones a la empresa	6.854	6.054	5.389	5.438	5.127	5,3	-11,7	-11,0	0,9	-5,7
· Profesionales y agrarios	3.585	3.499	3.176	3.121	3.001	9,0	-2,4	-9,2	-1,7	-3,9
· Pagos fraccionados	3.269	2.555	2.213	2.317	2.126	1,6	-21,9	-13,4	4,7	-8,3
· Ret. por transp. fiscal y atribución rentas	544	565	533	543	550	20,4	3,9	-5,7	1,9	1,3
· Cuota diferencial devengada	-2.340	-5.942	-5.834	-4.516	-4.121	-497,5	-154,0	1,8	22,6	8,7
· Deducción maternidad y nacimiento	-1.358	-1.936	-1.895	-1.872	-817	-76,5	-42,6	2,1	1,2	56,4
IRPF DEVENGADO	67.905	64.813	62.832	66.909	68.557	5,1	-4,6	-3,1	6,5	2,5
IMPUESTO SOCIEDADES										
· Retenciones del capital	5.108	5.442	4.324	3.919	4.423	36,1	6,6	-20,5	-9,4	12,8
· Mobiliario	3.397	3.737	2.820	2.356	2.945	34,4	10,0	-24,5	-16,4	25,0
· Arrendamientos	1.318	1.441	1.392	1.419	1.369	39,0	9,3	-3,4	1,9	-3,5
· Fondos inversión	393	265	112	145	109	42,0	-32,6	-57,7	29,4	-25,0
· Ret. por transp. fiscal y atribución rentas	-544	-565	-533	-543	-550	20,4	3,9	-5,7	1,9	1,3
· Pagos fraccionados	23.132	13.650	12.879	10.325	9.632	6,2	-41,0	-5,6	-19,8	-6,7
· Cuota diferencial devengada	7.559	2.211	703	972	972	-54,4	-70,8	-68,2	38,3	-112,6
IMP. SOCIEDADES DEVENGADO	35.254	20.738	17.373	14.673	13.383	-15,4	-41,2	-16,2	-15,5	-8,8
IRNR										
· Otras retenciones (1)	2.093	2.163	2.326	2.217	2.028	43,0	3,4	7,5	-4,7	-8,5
· Cuota diferencial neta	206	88	196	192	186	70,8	-57,2	122,8	-2,0	-2,9
Cuota líquida IRNR (1)	2.426	2.251	2.522	2.409	2.214	48,4	-7,2	12,0	-4,5	-8,1
IVA										
· IVA repercutido	283.589	270.801	223.701	236.064	243.146	6,5	-4,5	-17,4	5,5	3,0
· IVA soportado	237.880	228.202	180.561	190.793	199.317	6,5	-4,1	-20,9	5,7	4,5
· Diferencia de IVA por declaración	45.709	42.598	43.140	45.271	43.828	6,3	-6,8	1,3	4,9	-3,2
· IVA Importación	9.272	9.076	6.151	8.002	8.814	14,1	-2,1	-32,2	30,1	10,1
· IVA en Recargo de Equivalencia	650	621	576	573	570	3,0	-4,4	-7,3	-0,6	-0,5
· IVA en Régimen Simplificado	532	553	557	411	378	0,6	4,0	0,7	-26,2	-8,0
Diferencia de IVA (DIVA)	54.438	50.671	48.487	52.363	51.720	7,4	-6,9	-4,3	8,0	-1,2
· Saldo a compensar	12.070	8.685	6.512	5.445	5.305	2,9	-28,0	-25,0	-16,4	-2,6
· Variación del saldo a compensar	636	-2.831	-1.721	-269	-140					
IVA DEVENGADO NETO	55.073	47.840	46.766	52.093	51.580	4,3	-13,1	-2,2	11,4	-1,0
IIIE										
· Alcohol y bebidas derivadas	968	890	842	828	789	1,0	-8,1	-5,4	-1,6	-4,7
· Cerveza	299	293	297	295	297	1,1	-1,8	1,1	-0,6	0,7
· Productos intermedios	20	19	18	18	18	-0,9	-4,3	-4,7	-2,3	-0,7
· Hidrocarburos	10.569	10.043	9.772	9.844	9.186	4,0	-5,0	-2,7	0,7	-6,7
· Labores del tabaco	6.663	7.212	7.095	7.569	7.318	5,9	8,2	-1,6	6,7	-3,3
· Electricidad	1.074	1.216	1.299	1.371	1.416	10,3	13,2	6,9	5,5	3,3
IMPUESTOS ESPECIALES DEVENGADOS	19.593	19.674	19.324	19.924	19.025	4,8	0,4	-1,8	3,1	-4,5
TRÁFICO EXTERIOR	1.716	1.541	1.314	1.547	1.522	7,0	-10,2	-14,8	17,8	-1,6
PRIMAS DE SEGURO	1.493	1.500	1.402	1.436	1.424	7,5	0,4	-6,5	2,4	-0,8
TASAS TRIBUTARIAS	1.104	1.026	1.070	772	688	12,7	-7,1	4,3	-27,8	-10,9
OTROS INGRESOS	113	113	72	120	122	28,4	0,3	-36,0	66,1	1,6
TOTAL IMPUESTOS DEVENGADOS	184.679	159.495	152.676	159.885	158.516	0,6	-13,6	-4,3	4,7	-0,9

(1) Excluidas las retenciones de capital sobre intereses de la Deuda Pública

(p) Estimación provisional

INGRESOS TRIBUTARIOS TOTALES
Millones de euros

	2007	2008	2009	2010	2011	tasas de variación (%)				
						07	08	09	10	11
I. RENTA PERSONAS FISICAS	72.614	71.341	63.857	66.977	69.803	15,6	-1,8	-10,5	4,9	4,2
I. SOBRE SOCIEDADES	44.823	27.301	20.188	16.198	16.611	20,5	-39,1	-26,1	-19,8	2,5
I. SOBRE LA RENTA DE NO RESIDENTES	2.427	2.262	2.342	2.564	2.040	62,0	-6,8	3,5	9,5	-20,4
OTROS INGRESOS	114	107	74	88	118	48,7	-6,5	-30,6	19,4	33,4
<i>CAPITULO I.- IMPUESTOS DIRECTOS</i>	<i>119.979</i>	<i>101.012</i>	<i>86.461</i>	<i>85.827</i>	<i>88.572</i>	<i>18,1</i>	<i>-15,8</i>	<i>-14,4</i>	<i>-0,7</i>	<i>3,2</i>
IMPUESTO SOBRE EL VALOR AÑADIDO	55.851	48.021	33.567	49.086	49.302	2,2	-14,0	-30,1	46,2	0,4
+ Importaciones	9.371	9.244	6.235	7.830	8.833	8,4	-1,4	-32,6	25,6	12,8
+ Recaudación bruta Operac. Interiores	77.762	70.746	63.640	66.507	66.916	9,4	-9,0	-10,0	4,5	0,6
- Devoluciones Operaciones Interiores	31.283	31.970	36.308	25.251	26.447	24,8	2,2	13,6	-30,5	4,7
IMPUESTOS ESPECIALES	19.786	19.570	19.349	19.806	18.983	6,4	-1,1	-1,1	2,4	-4,2
+ Alcohol y bebidas derivadas	935	903	802	810	772	2,3	-3,4	-11,1	0,9	-4,7
+ Cerveza	286	285	277	279	279	2,5	-0,5	-2,9	0,8	0,1
+ Productos intermedios	21	20	18	18	17	0,9	-5,1	-7,9	-0,9	-4,3
+ Hidrocarburos	10.715	10.152	9.851	9.913	9.289	2,9	-5,3	-3,0	0,6	-6,3
+ Labores del Tabaco	6.765	7.024	7.131	7.423	7.253	12,8	3,8	1,5	4,1	-2,3
+ Determinados medios de transporte	-1	-1	-1	0	1					
+ Electricidad	1.065	1.187	1.271	1.363	1.372	9,5	11,4	7,0	7,3	0,7
TRAFICO EXTERIOR	1.720	1.566	1.319	1.522	1.531	7,8	-9,0	-15,8	15,4	0,6
IMPUESTO PRIMAS DE SEGUROS	1.491	1.502	1.406	1.435	1.419	7,5	0,7	-6,4	2,1	-1,1
OTROS INGRESOS	13	18	15	44	15	-49,8	43,7	-18,1	199,0	-67,0
<i>CAPITULO II.- IMPUESTOS INDIRECTOS</i>	<i>78.861</i>	<i>70.677</i>	<i>55.655</i>	<i>71.893</i>	<i>71.250</i>	<i>3,4</i>	<i>-10,4</i>	<i>-21,3</i>	<i>29,2</i>	<i>-0,9</i>
<i>CAPITULO III.- TASAS Y OTROS INGRESOS</i>	<i>1.836</i>	<i>1.765</i>	<i>1.907</i>	<i>1.816</i>	<i>1.938</i>	<i>20,6</i>	<i>-3,8</i>	<i>8,0</i>	<i>-4,8</i>	<i>6,7</i>
TOTAL INGRESOS TRIBUTARIOS	200.676	173.453	144.023	159.536	161.760	11,9	-13,6	-17,0	10,8	1,4

CUADRO 1.6
ANÁLISIS DE LAS DESVIACIONES PRESUPUESTARIAS EN LOS INGRESOS TRIBUTARIOS TOTALES
 Millones de euros

	2007	2008	2009	2010	2011
Impuesto sobre la Renta Personas Físicas					
Presupuesto	61.950	70.579	77.444	70.026	71.761
Recaudación	72.614	71.341	63.857	66.977	69.803
<i>Desviación sobre el Presupuesto</i>	<i>10.664</i>	<i>762</i>	<i>-13.587</i>	<i>-3.049</i>	<i>-1.958</i>
Porcentaje de ejecución presupuestaria (%)	117,2	101,1	82,5	95,6	97,3
Impuesto sobre Sociedades					
Presupuesto	41.641	44.420	30.085	20.184	16.008
Recaudación	44.823	27.301	20.188	16.198	16.611
<i>Desviación sobre el Presupuesto</i>	<i>3.182</i>	<i>-17.119</i>	<i>-9.897</i>	<i>-3.986</i>	<i>603</i>
Porcentaje de ejecución presupuestaria (%)	107,6	61,5	67,1	80,3	103,8
Impuesto sobre la Renta No Residentes					
Presupuesto	1.800	2.001	2.675	2.398	2.540
Recaudación	2.427	2.262	2.342	2.564	2.040
<i>Desviación sobre el Presupuesto</i>	<i>627</i>	<i>261</i>	<i>-333</i>	<i>166</i>	<i>-500</i>
Porcentaje de ejecución presupuestaria (%)	134,8	113,0	87,5	106,9	80,3
Resto del Capítulo I					
Presupuesto	72	85	56	69	74
Recaudación	114	107	74	88	118
<i>Desviación sobre el Presupuesto</i>	<i>42</i>	<i>22</i>	<i>18</i>	<i>19</i>	<i>44</i>
Porcentaje de ejecución presupuestaria (%)	158,8	125,7	132,3	128,2	159,5
CAPITULO I					
Presupuesto	105.463	117.085	110.260	92.677	90.383
Recaudación	119.979	101.012	86.461	85.827	88.572
<i>Desviación sobre el Presupuesto</i>	<i>14.516</i>	<i>-16.073</i>	<i>-23.799</i>	<i>-6.850</i>	<i>-1.811</i>
Porcentaje de ejecución presupuestaria (%)	113,8	86,3	78,4	92,6	98,0
Impuesto sobre el Valor Añadido					
Presupuesto	57.910	61.279	53.323	36.931	48.952
Recaudación	55.851	48.021	33.567	49.086	49.302
<i>Desviación sobre el Presupuesto</i>	<i>-2.059</i>	<i>-13.258</i>	<i>-19.756</i>	<i>12.155</i>	<i>350</i>
Porcentaje de ejecución presupuestaria (%)	96,4	78,4	62,9	132,9	100,7
Impuestos Especiales					
Presupuesto	19.020	20.008	20.461	21.442	20.825
Recaudación	19.786	19.570	19.349	19.806	18.983
<i>Desviación sobre el Presupuesto</i>	<i>766</i>	<i>-438</i>	<i>-1.112</i>	<i>-1.636</i>	<i>-1.842</i>
Porcentaje de ejecución presupuestaria (%)	104,0	97,8	94,6	92,4	91,2
Resto del Capítulo II					
Presupuesto	3.241	3.497	3.418	2.661	2.995
Recaudación	3.224	3.086	2.739	3.001	2.965
<i>Desviación sobre el Presupuesto</i>	<i>-17</i>	<i>-411</i>	<i>-679</i>	<i>340</i>	<i>-30</i>
Porcentaje de ejecución presupuestaria (%)	99,5	88,2	80,1	112,8	99,0
CAPITULO II					
Presupuesto	80.171	84.784	77.202	61.034	72.772
Recaudación	78.861	70.677	55.655	71.893	71.250
<i>Desviación sobre el Presupuesto</i>	<i>-1.310</i>	<i>-14.107</i>	<i>-21.547</i>	<i>10.859</i>	<i>-1.522</i>
Porcentaje de ejecución presupuestaria (%)	98,4	83,4	72,1	117,8	97,9
CAPITULO III					
Presupuesto	1.544	1.666	2.122	1.611	1.777
Recaudación	1.836	1.765	1.907	1.816	1.938
<i>Desviación sobre el Presupuesto</i>	<i>292</i>	<i>99</i>	<i>-215</i>	<i>205</i>	<i>161</i>
Porcentaje de ejecución presupuestaria (%)	118,9	106,0	89,9	112,7	109,0
TOTAL INGRESOS TRIBUTARIOS					
Presupuesto	187.178	203.535	189.584	155.322	164.932
Recaudación	200.676	173.453	144.023	159.536	161.760
<i>Desviación sobre el Presupuesto</i>	<i>13.498</i>	<i>-30.082</i>	<i>-45.561</i>	<i>4.214</i>	<i>-3.172</i>
Porcentaje de ejecución presupuestaria (%)	107,2	85,2	76,0	102,7	98,1

CUADRO 1.7
PARTICIPACIÓN DE LAS ADMINISTRACIONES TERRITORIALES (CCAA Y CCLL) EN EL IRPF, IVA E II.E
 Millones de euros

	2007	2008	2009	2010	2011	tasas de variación (%)				
						07	08	09	10	11
I. RENTA PERSONAS FISICAS	23.988	27.928	33.425	27.651	36.259	12,5	16,4	19,7	-17,3	31,1
IMPUESTO SOBRE EL VALOR AÑADIDO	22.098	23.092	17.789	10.593	23.947	14,9	4,5	-23,0	-40,5	126,1
IMPUESTOS ESPECIALES	8.319	8.350	9.208	9.468	12.649	-4,5	0,4	10,3	2,8	33,6
+ Alcohol y bebidas derivadas	435	384	345	282	458	7,8	-11,7	-10,4	-18,3	62,5
+ Cerveza	115	121	121	102	167	-2,7	5,1	0,0	-15,7	63,6
+ Productos intermedios	8	9	8	6	11	-1,3	13,8	-9,4	-26,1	72,3
+ Hidrocarburos	4.320	4.195	4.214	4.024	5.772	-4,9	-2,9	0,4	-4,5	43,4
+ Labores del Tabaco	2.456	2.487	3.226	3.635	4.797	-7,5	1,2	29,7	12,7	32,0
+ Electricidad	984	1.153	1.294	1.419	1.444	0,6	17,2	12,2	9,7	1,8
TOTAL PARTICIPACIONES AA.TT.	54.405	59.370	60.422	47.712	72.855	10,5	9,1	1,8	-21,0	52,7
- Entregas a cuenta año t	50.562	54.057	57.125	47.698	74.195	10,0	6,9	5,7	-16,5	55,6
- Entregas a cuenta años ant	98	46			-381	7,5	-53,7			
- Liquidación definitiva año t-2	3.745	5.268	3.297	14	-959	16,8	40,6	-37,4		
I. RENTA PERSONAS FISICAS	23.270	27.074	32.393	26.816	35.478	12,1	16,3	19,6	-17,2	32,3
IMPUESTO SOBRE EL VALOR AÑADIDO	21.443	22.393	17.246	10.207	23.454	15,1	4,4	-23,0	-40,8	129,8
IMPUESTOS ESPECIALES	8.145	8.155	8.985	9.241	12.430	-3,6	0,1	10,2	2,9	34,5
+ Alcohol y bebidas derivadas	423	374	335	274	448	7,9	-11,7	-10,4	-18,2	63,8
+ Cerveza	112	118	118	99	164	-2,6	5,1	-0,1	-15,6	65,1
+ Productos intermedios	8	9	8	6	10	-1,1	13,8	-9,4	-26,1	73,8
+ Hidrocarburos	4.202	4.077	4.093	3.909	5.659	-4,6	-3,0	0,4	-4,5	44,8
+ Labores del Tabaco	2.416	2.424	3.137	3.533	4.704	-5,3	0,3	29,4	12,6	33,1
+ Electricidad	984	1.153	1.294	1.419	1.444	0,6	17,2	12,2	9,7	1,8
TOTAL PARTICIPACIONES CC.AA.	52.858	57.622	58.623	46.264	71.363	10,5	9,0	1,7	-21,1	54,3
- Entregas a cuenta año t	49.120	52.460	55.409	46.251	72.672	10,1	6,8	5,6	-16,5	57,1
- Liquidación definitiva año t-2	3.738	5.162	3.214	13	-960	16,6	38,1	-37,7		
I. RENTA PERSONAS FISICAS	719	854	1.032	835	781	27,0	18,8	20,8	-19,1	-6,5
IMPUESTO SOBRE EL VALOR AÑADIDO	656	700	543	386	493	8,9	6,7	-22,3	-29,0	27,8
IMPUESTOS ESPECIALES	173	195	224	227	218	-32,9	12,4	14,9	1,5	-3,7
+ Alcohol y bebidas derivadas	12	11	10	8	9	2,0	-11,2	-9,1	-18,5	15,7
+ Cerveza	3	3	3	3	3	-7,2	5,7	1,2	-16,0	13,2
+ Productos intermedios	0	0	0	0	0	-7,5	15,8	-8,2	-26,8	19,2
+ Hidrocarburos	118	118	121	115	113	-14,1	0,2	2,6	-5,3	-1,3
+ Labores del Tabaco	40	62	89	101	93	-62,3	56,0	43,3	13,6	-8,5
TOTAL PARTICIPACIONES CC.LL.	1.548	1.748	1.799	1.448	1.492	8,5	13,0	2,9	-19,5	3,1
- Entregas a cuenta año t	1.442	1.598	1.715	1.447	1.523	8,1	10,8	7,4	-15,7	5,3
- Entregas a cuenta años ant	98	46			-31	7,5	-53,7			
- Liquidación definitiva año t-2	8	105	84	1	1			-20,5		

CUADRO 1.8
INGRESOS TRIBUTARIOS DEL ESTADO
 Millones de euros

	2007	2008	2009	2010	2011	tasas de variación (%)				
						07	08	09	10	11
I. RENTA PERSONAS FISICAS	48.626	43.413	30.432	39.326	33.545	17,2	-10,7	-29,9	29,2	-14,7
I. SOBRE SOCIEDADES	44.823	27.301	20.188	16.198	16.611	20,5	-39,1	-26,1	-19,8	2,5
I. SOBRE LA RENTA DE NO RESIDENTES	2.427	2.262	2.342	2.564	2.040	62,0	-6,8	3,5	9,5	-20,4
OTROS INGRESOS	114	107	74	88	118	48,7	-6,5	-30,6	19,4	33,4
<i>CAPITULO I.- IMPUESTOS DIRECTOS</i>	95.991	73.083	53.037	58.176	52.314	19,6	-23,9	-27,4	9,7	-10,1
IMPUESTO SOBRE EL VALOR AÑADIDO	33.752	24.928	15.778	38.493	25.355	-4,7	-26,1	-36,7	144,0	-34,1
IMPUESTOS ESPECIALES	11.468	11.220	10.141	10.338	6.334	15,9	-2,2	-9,6	1,9	-38,7
+ Alcohol y bebidas derivadas	499	518	458	528	314	-2,1	3,8	-11,7	15,4	-40,5
+ Cerveza	171	164	155	176	111	6,3	-4,3	-5,1	13,6	-36,8
+ Productos intermedios	13	11	10	12	7	2,3	-17,0	-6,7	20,2	-43,7
+ Hidrocarburos	6.395	5.957	5.637	5.889	3.517	8,9	-6,9	-5,4	4,5	-40,3
+ Labores del Tabaco	4.309	4.537	3.905	3.788	2.456	28,9	5,3	-13,9	-3,0	-35,2
+ Determinados medios de transporte	-1	-1	-1	0	1					
+ Electricidad	82	34	-23	-56	-72	-1839,3	-58,1	-167,3	142,2	28,9
TRAFICO EXTERIOR	1.720	1.566	1.319	1.522	1.531	7,8	-9,0	-15,8	15,4	0,6
IMPUESTO PRIMAS DE SEGUROS	1.491	1.502	1.406	1.435	1.419	7,5	0,7	-6,4	2,1	-1,1
OTROS INGRESOS	13	18	15	44	15	-49,8	43,7	-18,1	199,0	-67,0
<i>CAPITULO II.- IMPUESTOS INDIRECTOS</i>	48.444	39.234	28.658	51.832	34.654	0,2	-19,0	-27,0	80,9	-33,1
<i>CAPITULO III.- TASAS Y OTROS INGRESOS</i>	1.836	1.765	1.907	1.816	1.938	20,6	-3,8	8,0	-4,8	6,7
TOTAL INGRESOS TRIBUTARIOS DEL ESTADO	146.271	114.083	83.601	111.824	88.905	12,4	-22,0	-26,7	33,8	-20,5

CUADRO 2.1
RENDA BRUTA DE LOS HOGARES, IRPF DEVENGADO Y DE CAJA
 Millones de euros, salvo indicación

	2007	2008	2009	2010(p)	2011(p)	tasas de variación (%)				
						07	08	09	10	11
RENTAS BRUTAS DE LOS HOGARES										
· Rentas del trabajo	464.902	497.941	496.136	493.868	493.614	8,0	7,1	-0,4	-0,5	-0,1
· Rentas del capital	69.353	63.982	59.316	50.630	55.830	-7,6	-7,7	-7,3	-14,6	10,3
· Mobiliario	23.142	30.038	29.709	22.710	28.354	19,8	29,8	-1,1	-23,6	24,9
· Inmuebles arrendados	14.766	16.123	16.269	16.485	16.729	11,3	9,2	0,9	1,3	1,5
· Ganancias patrimoniales	31.446	17.821	13.339	11.436	10.747	-25,9	-43,3	-25,2	-14,3	-6,0
· Fondos inversión	4.452	5.659	2.966	2.130	1.853	12,0	27,1	-47,6	-28,2	-13,0
· Resto	26.994	12.163	10.372	9.306	8.895	-29,8	-54,9	-14,7	-10,3	-4,4
· Rentas de la empresa y otras	38.137	34.730	30.801	30.282	27.759	4,4	-8,9	-11,3	-1,7	-8,3
TOTAL RENTAS BRUTAS	572.392	596.653	586.253	574.781	577.203	5,6	4,2	-1,7	-2,0	0,4
IRPF DEVENGADO										
· Retenciones del trabajo	58.138	58.589	57.778	61.504	61.617	8,1	0,8	-1,4	6,5	0,2
· Retenciones del capital	6.067	7.483	6.861	5.812	6.202	49,0	23,4	-8,3	-15,3	6,7
· Mobiliario	3.816	4.953	4.893	3.957	4.450	63,2	29,8	-1,2	-19,1	12,5
· Arrendamientos	1.449	1.512	1.434	1.450	1.400	27,5	4,3	-5,1	1,1	-3,5
· Fondos inversión	801	1.019	534	405	352	34,4	27,1	-47,6	-24,2	-13,0
· Retenciones a la empresa	6.854	6.054	5.389	5.438	5.127	5,3	-11,7	-11,0	0,9	-5,7
· Profesionales y agrarios	3.585	3.499	3.176	3.121	3.001	9,0	-2,4	-9,2	-1,7	-3,9
· Pagos fraccionados	3.269	2.555	2.213	2.317	2.126	1,6	-21,9	-13,4	4,7	-8,3
· Ret. por transp. fiscal y atribución rentas	544	565	533	543	550	20,4	3,9	-5,7	1,9	1,3
· Cuota diferencial antes deducciones m/n	-2.340	-5.942	-5.834	-4.516	-4.121	-497,5	-154,0	1,8	22,6	8,7
· Deducción maternidad y nacimiento	-1.358	-1.936	-1.895	-1.872	-817	-76,5	-42,6	2,1	1,2	56,4
IRPF DEVENGADO	67.905	64.813	62.832	66.909	68.557	5,1	-4,6	-3,1	6,5	2,5
Tipo sobre rentas brutas (%)	11,86	10,86	10,72	11,64	11,88	-0,5	-8,4	-1,3	8,6	2,0
TOTAL RENTAS NETAS	504.487	531.840	523.422	507.871	508.646	5,7	5,4	-1,6	-3,0	0,2
INGRESOS TRIBUTARIOS IRPF										
· Retenciones del trabajo y act. econ.	61.664	63.059	61.113	64.233	64.912	8,9	2,3	-3,1	5,1	1,1
· Retenciones del capital mobiliario	4.846	6.169	5.481	4.917	5.265	46,5	27,3	-11,2	-10,3	7,1
· Retenciones sobre arrendamientos	1.850	2.071	2.006	2.017	1.990	27,6	12,0	-3,2	0,6	-1,3
· Retenciones sobre fondos inversión	883	945	465	405	338	68,2	6,9	-50,8	-12,8	-16,7
· Pagos fraccionados	3.289	2.767	2.239	2.293	2.158	3,8	-15,9	-19,1	2,4	-5,9
· Cuota diferencial neta	235	-3.518	-7.200	-6.629	-4.518	111,1	-1597,1	-104,7	7,9	31,8
· (-) Asignación Iglesia Católica	-152	-153	-248	-259	-342	5,8	0,3	62,3	4,6	31,9
INGRESOS TOTALES	72.614	71.341	63.857	66.977	69.803	15,6	-1,8	-10,5	4,9	4,2
(-) Participación de las AA.TT.	23.988	27.928	33.425	27.651	36.259	12,5	16,4	19,7	-17,3	31,1
INGRESOS DEL ESTADO	48.626	43.413	30.432	39.326	33.545	17,2	-10,7	-29,9	29,2	-14,7

(p) Estimación provisional

CUADRO 2.2
DECLARANTES DE IRPF Y POBLACIÓN CON RENTAS SUJETAS
Miles de personas, salvo indicación

	2006	2007	2008	2009	2010(p)	tasas de variación (%)				
						06	07	08	09	10
DECLARANTES DE IRPF										
Total declarantes	17.841	18.703	19.389	19.315	19.257	4,3	4,8	3,7	-0,4	-0,3
· Obligados	17.583	18.703	19.389	19.315	19.257	5,1	6,4	3,7	-0,4	-0,3
· No obligados	258					-31,3				
Por rendimientos de trabajo	16.097	16.898	17.563	17.486	17.436	4,7	5,0	3,9	-0,4	-0,3
Por rendimientos de capital mobiliario	15.563	16.394	17.045	16.891	15.979	4,3	5,3	4,0	-0,9	-5,4
Por arrendamiento de inmuebles	1.394	1.507	1.501	1.469	1.473	4,4	8,1	-0,4	-2,1	0,3
Por actividades empresariales y profesionales (1)	3.437	3.487	3.459	3.362	3.335	1,5	1,4	-0,8	-2,8	-0,8
· Estimación directa	1.482	1.507	1.501	1.469	1.473	1,5	1,7	-0,4	-2,1	0,3
· Estimación objetiva	659	666	647	605	578	1,0	1,0	2,8	6,5	-4,4
· Estimación objetiva (agricultores)	1.055	1.054	1.043	1.024	1.014	0,0	-0,1	-1,0	-1,8	-1,0
· Atribución de rentas	339	353	357	348	351	6,1	4,3	1,0	-2,4	0,9
Personas declarantes de IRPF (2)	22.645	23.416	24.055	23.912	23.733	3,0	3,4	2,7	-0,6	-0,7
Personas no declarantes con rentas sujetas (3)	7.513	7.098	6.662	6.492	6.711	3,0	-5,5	-6,1	-2,5	3,4
% No declarantes/Personas rentas sujetas	24,9%	23,3%	21,7%	21,4%	22,0%					
Cuota líquida media por persona declarante (C)	2.677	2.750	2.584	2.538	2.705	14,6	2,7	-6,0	-1,8	6,6
POBLACIÓN CON RENTAS SUJETAS										
Personas	30.158	30.514	30.717	30.405	30.445	3,0	1,2	0,7	-1,0	0,1
Personas-año	26.965	27.695	27.969	27.967	28.158	3,2	2,7	1,0	0,0	0,7
· Asalariados	14.384	14.893	14.730	13.888	13.646	4,5	3,5	-1,1	-5,7	-1,7
· Pensionistas	8.122	8.199	8.281	8.388	8.498	1,7	0,9	1,0	1,3	1,3
· Beneficiarios prest. desempleo	1.088	1.183	1.566	2.395	2.743	3,9	8,8	32,3	52,9	14,5
· Empresarios y profesionales	3.371	3.420	3.392	3.297	3.270	1,5	1,4	-0,8	-2,8	-0,8
Población mayor de 16 años (4)	34.691	35.332	35.868	36.095	36.144	1,7	1,8	1,5	0,6	0,1
% Población > 16 años con rentas sujetas	77,7%	78,4%	78,0%	77,5%	77,9%					
Renta bruta media por persona-año (C)	20.100	20.667	21.333	20.962	20.412	9,2	2,8	3,2	-1,7	-2,6
IRPF devengado por persona-año (C)	2.397	2.452	2.317	2.247	2.376	14,3	2,3	-5,5	-3,1	5,8

- (1) La suma de las partes no coincide con el total por las duplicaciones
(2) Declaraciones individuales + (declaraciones conjuntas x 2)
(3) Rentas del trabajo y de la empresa
(4) Encuesta de Población Activa (INE) en territorio de régimen fiscal común
(p) Estimación provisional

CUADRO 3.1
POBLACIÓN Y RENTAS SUJETAS A RETENCIONES DEL TRABAJO
 Millones de euros, salvo indicación

	2007	2008	2009	2010(p)	2011(p)	tasas de variación (%)				
						07	08	09	10	11
POBLACIÓN (miles de personas)										
· Ocupados (1)	19.283	19.248	18.044	17.585	17.286	3,0	-0,2	-6,3	-2,5	-1,7
· Tasa asalarización (%)	86,6	86,6	86,5	86,5	86,7	0,3	0,0	-0,1	0,0	0,2
· Asalariados (1)	16.698	16.663	15.606	15.214	14.987	3,3	-0,2	-6,3	-2,5	-1,5
· Tasa paro (% EPA)	8,3	11,3	18,0	20,1	21,6	-2,9	37,1	59,0	11,4	7,8
· Ocupados (EPA)	20.356	20.258	18.888	18.457	18.105	3,1	-0,5	-6,8	-2,3	-1,9
· Parados (EPA)	1.834	2.591	4.150	4.632	4.999	-0,2	41,3	60,2	11,6	7,9
DEMOGRAFÍA TRIBUTARIA										
· Asalariados	14.893	14.730	13.888	13.646	13.424	3,5	-1,1	-5,7	-1,7	-1,6
· Pensionistas	8.199	8.281	8.388	8.498	8.608	0,9	1,0	1,3	1,3	1,3
· Beneficiarios prest. desempleo	1.183	1.566	2.395	2.743	2.562	8,8	32,3	52,9	14,5	-6,6
· Empresarios y profesionales	3.420	3.392	3.297	3.270	3.222	1,4	-0,8	-2,8	-0,8	-1,5
· Agrarios	1.054	1.043	1.024	1.014	993	-0,1	-1,0	-1,8	-1,0	-2,0
· Resto empresarios	1.716	1.704	1.646	1.635	1.617	2,4	-0,7	-3,4	-0,7	-1,1
· Profesionales	650	644	626	621	612	1,4	-0,8	-2,8	-0,8	-1,5
Población retenida (sin resto de empresarios)	25.979	26.265	26.321	26.523	26.201	2,7	1,1	0,2	0,8	-1,2
Población con rentas sujetas (2)	27.695	27.969	27.967	28.158	27.817	2,7	1,0	0,0	0,7	-1,2
Población mayor de 16 años (EPA) (2)	35.332	35.868	36.095	36.144	36.171	1,8	1,5	0,6	0,1	0,1
RENTAS										
ESCENARIO MACROECONÓMICO										
· Remuneración por asalariado (euros, 1)	30.193	32.265	33.615	33.705	33.938	4,7	6,9	4,2	0,3	0,7
RENTAS MEDIAS FISCALES (euros)										
· Salario medio	23.570	25.023	25.474	25.360	25.290	5,0	6,2	1,8	-0,4	-0,3
· Pensión media	10.831	11.813	12.188	12.573	13.161	4,2	9,1	3,2	3,2	4,7
· Prestación media por desempleo	9.273	9.411	9.252	8.513	8.442	0,2	1,5	-1,7	-8,0	-0,8
· Ventas medias de empresarios agrarios	17.710	18.029	15.155	16.660	17.901	10,0	1,8	-15,9	9,9	7,4
· Ingresos medios de profesionales	32.769	31.488	29.940	29.388	28.371	2,7	-3,9	-4,9	-1,8	-3,5
Renta media retenida	19.433	20.447	20.151	19.946	20.181	5,0	5,2	-1,4	-1,0	1,2
RENTAS DEL TRABAJO Y ACT. PROFESIONALES										
· Salarios	351.034	368.584	353.785	346.071	339.501	8,7	5,0	-4,0	-2,2	-1,9
· Masa salarial	349.236	366.819	352.145	344.506	337.959	8,7	5,0	-4,0	-2,2	-1,9
# Privada	270.874	280.936	260.644	253.294	249.166	8,8	3,7	-7,2	-2,8	-1,6
# Pública	78.361	85.883	91.501	91.212	88.793	8,3	9,6	6,5	-0,3	-2,7
· Consejeros	1.734	1.679	1.558	1.512	1.488	4,9	-3,2	-7,2	-2,9	-1,6
· Premios	64	86	82	54	54	30,3	33,3	-4,7	-34,2	-0,1
· Pensiones	88.803	97.826	102.233	106.850	113.291	5,2	10,2	4,5	4,5	6,0
· Prestaciones por desempleo	10.974	14.740	22.160	23.353	21.632	9,0	34,3	50,3	5,4	-7,4
· Exentas	14.091	16.792	17.958	17.593	19.190	8,9	19,2	6,9	-2,0	9,1
· Ventas de empresarios agrarios	18.659	18.806	15.522	16.890	17.784	9,9	0,8	-17,5	8,8	5,3
· Ingresos brutos de profesionales	21.291	20.292	18.753	18.261	17.370	4,2	-4,7	-7,6	-2,6	-4,9
Total rentas del trabajo y act. profesionales	504.851	537.038	530.411	529.018	528.768	7,9	6,4	-1,2	-0,3	0,0
· Ventas en estimación objetiva (veo)	13.935	18.263	13.846	12.665	11.913		31,1	-24,2	-8,5	-5,9
Total rentas trabajo, act. profesionales y veo	518.786	555.301	544.257	541.683	540.681	10,9	7,0	-2,0	-0,5	-0,2
# Sector mercantil (sin veo)	312.622	321.798	296.559	290.010	285.863	8,5	2,9	-7,8	-2,2	-1,4
# Sector no mercantil	192.229	215.240	233.852	239.009	242.905	6,9	12,0	8,6	2,2	1,6

(1) Puestos de trabajo equivalentes a tiempo completo

(2) En territorio de régimen fiscal común

(p) Estimación provisional

CUADRO 4.1
RENTAS DEL CAPITAL MOBILIARIO
 Millones de euros, salvo indicación

	2007	2008	2009	2010(p)	2011(p)	tasas de variación (%)				
						07	08	09	10	11
TIPO DE INTERÉS DE REFERENCIA (%)										
· Tipo intervención BCE (media anual)	3,85	3,85	1,23	1,00	1,25	38,1	0,0	-68,1	-18,6	25,0
RENTAS DEL CAPITAL MOBILIARIO										
· Dividendos pagados a residentes	17.053	17.183	18.396	13.178	15.625	14,4	0,8	7,1	-28,4	18,6
· Intereses bancarios	16.067	24.394	21.036	14.548	17.322	77,1	51,8	-13,8	-30,8	19,1
· Deuda pública AC a medio/largo plazo	12.801	12.958	14.861	17.397	19.809	-3,3	1,2	14,7	17,1	13,9
· Deuda privada y otras rentas	9.199	10.560	6.696	7.373	9.105	-3,0	14,8	-36,6	10,1	23,5
· Rendimientos implícitos	471	542	1.185	1.385	427	94,9	15,3	118,4	16,9	-69,2
Rentas brutas del capital mobiliario	55.590	65.638	62.173	53.880	62.288	18,4	18,1	-5,3	-13,3	15,6
· (-) Rentas Deuda pública no sujetas	12.189	12.478	14.458	17.173	19.546	-0,5	2,4	15,9	18,8	13,8
Rentas netas del capital mobiliario	43.401	53.160	47.715	36.707	42.741	25,1	22,5	-10,2	-23,1	16,4
· Hogares	21.199	27.516	27.185	20.827	23.421	36,0	29,8	-1,2	-23,4	12,5
· Sociedades y no residentes	22.202	25.644	20.530	15.880	19.320	16,2	15,5	-19,9	-22,6	21,7
TIPO DE RETENCIÓN EFECTIVO (%)										
· Dividendos pagados a residentes	17,11	16,34	15,97	16,66	16,81	19,1	-4,5	-2,2	4,3	0,9
· Intereses bancarios	16,42	16,42	16,42	17,33	17,33	20,0	0,0	0,0	5,6	0,0
· Deuda pública AC a medio/largo plazo	18,00	18,00	18,00	19,00	19,00	20,0	0,0	0,0	5,6	0,0
· Deuda privada y otras rentas	16,64	17,28	17,11	18,44	18,70	16,1	3,8	-1,0	7,8	1,4
· Rendimientos implícitos	17,50	17,50	17,50	18,50	18,50	20,0	0,0	0,0	5,7	0,0
Rentas brutas del capital mobiliario	17,04	16,85	16,76	17,89	17,94	18,3	-1,1	-0,6	6,7	0,3
· (-) Rentas Deuda pública no sujetas	18,00	18,00	18,00	19,00	19,00	20,0	0,0	0,0	5,6	0,0
Rentas netas del capital mobiliario	16,77	16,59	16,38	17,37	17,45	18,1	-1,1	-1,2	6,0	0,5
· Hogares	18,00	18,00	18,00	19,00	19,00	20,0	0,0	0,0	5,6	0,0
· Sociedades y no residentes	15,59	15,07	14,24	15,22	15,57	15,2	-3,4	-5,5	6,9	2,3

(p) Estimación provisional

CUADRO 9.1

RESULTADO Y BASE IMPONIBLE, IMPUESTO SOBRE SOCIEDADES DEVENGADO Y DE CAJA
Millones de euros, salvo indicación

	2007	2008	2009	2010(p)	2011(p)	tasas de variación (%)				
						07	08	09	10	11
ESTADÍSTICA DE SOCIEDADES										
RESULTADO BRUTO EXPLOTACIÓN (1)	186.840	138.224	128.063	137.735	131.897	8,8	-26,0	-7,4	7,6	-4,2
RESULTADO CONTABLE POSITIVO	218.019	182.157	182.076	156.385	115.852	4,0	-16,4	0,0	-14,1	-25,9
BASE IMPONIBLE CONSOLIDADA	177.514	111.602	99.301	76.402	69.106	-0,8	-37,1	-11,0	-23,1	-9,6
CUOTA LÍQUIDA POSITIVA	35.703	21.014	17.612	14.755	13.413	-11,9	-41,1	-16,2	-16,2	-9,1
· Beneficios sociedades cotizadas (1994=100)	670,1	565,5	449,7	438,4	314,4	5,3	-15,6	-20,5	-2,5	-28,3
IMPUESTO SOCIEDADES DEVENGADO										
· Retenciones del capital	5.108	5.442	4.324	3.919	4.423	36,1	6,6	-20,5	-9,4	12,8
· Mobiliario	3.397	3.737	2.820	2.356	2.945	34,4	10,0	-24,5	-16,4	25,0
· Arrendamientos	1.318	1.441	1.392	1.419	1.369	39,0	9,3	-3,4	1,9	-3,5
· Fondos inversión	393	265	112	145	109	42,0	-32,6	-57,7	29,4	-25,0
· Ret. por transparencia fiscal y atribución renta:	-544	-565	-533	-543	-550	20,4	3,9	-5,7	1,9	1,3
· Pagos fraccionados	23.132	13.650	12.879	10.325	9.632	6,2	-41,0	-5,6	-19,8	-6,7
· Cuota diferencial devengada	7.559	2.211	703	972	-122	-54,4	-70,8	-68,2	38,3	---
IMP. SOCIEDADES DEVENGADO	35.254	20.738	17.373	14.673	13.383	-15,4	-41,2	-16,2	-15,5	-8,8
TIPO EFECTIVO (%)	19,9	18,6	17,5	19,2	19,4	-14,7	-6,4	-5,8	9,8	0,8
INGRESOS TRIBUTARIOS SOCIEDADES										
· Retenciones del capital mobiliario	2.109	2.658	2.351	2.048	2.217	38,4	26,0	-11,5	-12,9	8,3
· Retenciones sobre arrendamientos	771	860	809	802	782	27,8	11,6	-6,0	-0,8	-2,5
· Retenciones sobre fondos inversión	376	402	198	172	144	68,2	6,9	-50,8	-12,8	-16,7
· Pagos fraccionados	23.068	13.536	13.060	10.423	9.634	5,2	-41,3	-3,5	-20,2	-7,6
· Cuota diferencial neta	18.499	9.845	3.770	2.752	3.834	43,0	-46,8	-61,7	-27,0	39,3
INGRESOS TOTALES	44.823	27.301	20.188	16.198	16.611	20,5	-39,1	-26,1	-19,8	2,5

(1) Sociedades no financieras

(p) Estimación provisional

CUADRO 13.2
IVA DEVENGADO Y DE CAJA
 Millones de euros, salvo indicación

	2007	2008	2009	2010(p)	2011(p)	tasas de variación (%)				
						07	08	09	10	11
TIPOS MEDIOS (%)										
Tipo repercutido	13,62	13,56	13,40	14,23	14,94	0,0	-0,4	-1,2	6,2	5,0
Tipo soportado	14,16	14,08	13,98	14,78	15,48	-0,3	-0,6	-0,7	5,7	4,8
Tipo importación	13,76	13,50	12,94	14,04	14,89	1,1	-1,9	-4,1	8,5	6,1
Tipo IVA devengado neto (IDN/GFS)	11,42	10,54	10,69	12,01	12,64	-1,9	-7,7	1,4	12,3	5,3
Tipo IVA del periodo (DIVA/GFS)	11,29	11,17	11,08	12,07	12,68	1,1	-1,1	-0,7	8,9	5,1
IVA DEVENGADO										
· IVA repercutido	283.589	270.801	223.701	236.064	243.146	6,5	-4,5	-17,4	5,5	3,0
· IVA soportado	237.880	228.202	180.561	190.793	199.317	6,5	-4,1	-20,9	5,7	4,5
· Diferencia de IVA por declaración	45.709	42.598	43.140	45.271	43.828	6,3	-6,8	1,3	4,9	-3,2
· IVA Importación	9.272	9.076	6.151	8.002	8.814	14,1	-2,1	-32,2	30,1	10,1
· IVA en Recargo de Equivalencia	650	621	576	573	570	3,0	-4,4	-7,3	-0,6	-0,5
· IVA en Régimen Simplificado	532	553	557	411	378	0,6	4,0	0,7	-26,2	-8,0
· IVA correspondiente a los Territorios Forales	-1.468	-1.469	-1.541	-1.656	-1.571	13,5	0,1	5,0	7,4	-5,1
· Otros ajustes	-257	-709	-396	-238	-300	-18,9	175,8	-44,1	-39,9	26,0
IVA devengado en el periodo (DIVA)	54.438	50.671	48.487	52.363	51.720	7,4	-6,9	-4,3	8,0	-1,2
· Saldo a compensar final	12.070	8.685	6.512	5.445	5.305	2,9	-28,0	-25,0	-16,4	-2,6
· Saldo a compensar inicial	11.434	11.516	8.233	5.714	5.445	19,2	0,7	-28,5	-30,6	-4,7
Variación del saldo a compensar	636	-2.831	-1.721	-269	-140	-70,3		-39,2	-84,4	-47,9
IVA DEVENGADO NETO (IDN)	55.073	47.840	46.766	52.093	51.580	4,3	-13,1	-2,2	11,4	-1,0
IVA bruto (IVAB)	85.709	79.904	71.707	75.618	76.282	6,2	-6,8	-10,3	5,5	0,9
Devoluciones solicitadas	30.636	32.064	24.941	23.524	24.702	9,9	4,7	-22,2	-5,7	5,0
Pro memoria:										
Ratio devoluciones/ingresos brutos (%)	35,7	40,1	34,8	31,1	32,4	1,2	4,4	-5,3	-3,7	1,3
Devoluciones+Saldo compensar/IVAB (%)	49,8	51,0	43,9	38,3	39,3	0,7	1,2	-7,1	-5,6	1,0
Ratio de ingreso (%)	97,7	96,0	94,0	94,6	94,8	0,0	-1,7	-2,0	0,5	0,3
INGRESOS TRIBUTARIOS IVA										
· IVA Importación	9.371	9.244	6.235	7.830	8.833	8,4	-1,4	-32,6	25,6	12,8
· IVA neto por Operaciones Interiores	46.480	38.776	27.332	41.257	40.469	1,0	-16,6	-29,5	50,9	-1,9
IVA BRUTA	77.762	70.746	63.640	66.507	66.916	9,4	-9,0	-10,0	4,5	0,6
· Régimen General y Simplificado	29.126	24.455	20.735	20.217	19.995	7,8	-16,0	-15,2	-2,5	-1,1
· Grandes Empresas y Exportadores	46.086	43.561	39.348	41.834	41.936	10,6	-5,5	-9,7	6,3	0,2
· Otros ingresos	2.550	2.731	3.557	4.456	4.985	8,0	7,1	30,2	25,3	11,9
DEVOLUCIONES	31.283	31.970	36.308	25.251	26.447	24,8	2,2	13,6	-30,5	4,7
INGRESOS TOTALES	55.851	48.021	33.567	49.086	49.302	2,2	-14,0	-30,1	46,2	0,4
(-) Participación de las AA.TT.	22.098	23.092	17.789	10.593	23.947	14,9	4,5	-23,0	-40,5	126,1
INGRESOS DEL ESTADO	33.752	24.928	15.778	38.493	25.355	-4,7	-26,1	-36,7	144,0	-34,1

(p) Estimación provisional

CUADRO 14.1
IMPUESTOS ESPECIALES: CONSUMOS Y RECAUDACIÓN DEVENGADA Y DE CAJA

	2007	2008	2009	2010(p)	2011(p)	tasas de variación (%)				
						07	08	09	10	11
· Gasto real en consumo de los hogares (índice)	100,8	100,0	95,9	96,6	96,3	3,2	-0,8	-4,1	0,7	-0,3
· PIB real (índice encadenado)	99,1	100,0	96,3	95,9	96,3	3,5	0,9	-3,7	-0,3	0,4
· Deflactor gasto en consumo de los hogares (índice)	96,5	100,0	99,0	100,9	103,8	3,2	3,6	-1,0	1,9	2,9
· Precio del barril de petróleo (C)	52,7	65,2	43,9	60,0	80,0	1,4	23,8	-32,7	36,8	33,3
CONSUMOS Y TIPOS										
Consumos sujetos de alcohol puro (millones de litros)	118,0	108,5	102,7	101,0	96,3	1,0	-8,0	-5,4	-1,6	-4,7
Consumos sujetos de cerveza (millones de litros)	3.335	3.243	3.293	3.269	3.289	1,7	-2,7	1,5	-0,7	0,6
Consumos sujetos de carburantes (millones de litros;1)	41.024	39.095	36.243	35.470	32.849	2,6	-4,7	-7,3	-2,1	-7,4
Nº cajetillas de tabaco vendidas (millones)	4.097	4.310	3.750	3.439	2.841	-5,3	5,2	-13,0	-8,3	-17,4
Consumo de electricidad (millones de KWh)	248.397	250.192	238.795	246.599	241.605	3,1	0,7	-4,6	3,3	-2,0
I.E. por litro de alcohol puro (€)	8,20	8,20	8,20	8,20	8,19	0,0	0,0	0,0	0,0	-0,1
I.E. por litro de cerveza (€)	0,09	0,09	0,09	0,09	0,09	-0,6	0,9	-0,4	0,1	0,1
I.E. por litro de gasolinas y gasóleos (€)	0,26	0,26	0,27	0,28	0,28	1,4	-0,3	5,0	2,9	0,8
I.E. por cajetilla tabaco (€)	1,63	1,67	1,89	2,20	2,58	11,8	2,9	13,1	16,3	17,0
I.E. por KWh de electricidad (€)	0,43	0,49	0,54	0,56	0,59	7,0	12,4	12,0	2,1	5,5
IMPUESTOS DEVENGADOS (millones de euros)										
· Alcohol y bebidas derivadas	968	890	842	828	789	1,0	-8,1	-5,4	-1,6	-4,7
· Cerveza	299	293	297	295	297	1,1	-1,8	1,1	-0,6	0,7
· Productos intermedios	20	19	18	18	18	-0,9	-4,3	-4,7	-2,3	-0,7
· Hidrocarburos	10.569	10.043	9.772	9.844	9.186	4,0	-5,0	-2,7	0,7	-6,7
· Labores del Tabaco	6.663	7.212	7.095	7.569	7.318	5,9	8,2	-1,6	6,7	-3,3
· Electricidad	1.074	1.216	1.299	1.371	1.416	10,3	13,2	6,9	5,5	3,3
TOTAL IMPUESTOS ESPECIALES	19.593	19.674	19.324	19.924	19.025	4,8	0,4	-1,8	3,1	-4,5
INGRESOS TRIBUTARIOS II.EE. (millones de euros)										
· Alcohol y bebidas derivadas	935	903	802	810	772	2,3	-3,4	-11,1	0,9	-4,7
· Cerveza	286	285	277	279	279	2,5	-0,5	-2,9	0,8	0,1
· Productos intermedios	21	20	18	18	17	0,9	-5,1	-7,9	-0,9	-4,3
· Hidrocarburos	10.715	10.152	9.851	9.913	9.289	2,9	-5,3	-3,0	0,6	-6,3
· Labores del Tabaco	6.765	7.024	7.131	7.423	7.253	12,8	3,8	1,5	4,1	-2,3
· Determinados medios de transporte	-1	-1	-1	0	1					
· Electricidad	1.065	1.187	1.271	1.363	1.372	9,5	11,4	7,0	7,3	0,7
INGRESOS TOTALES	19.786	19.570	19.349	19.806	18.983	6,4	-1,1	-1,1	2,4	-4,2
(-) Participación de las AA.TT.	8.319	8.350	9.208	9.468	12.649	-4,5	0,4	10,3	2,8	33,6
INGRESOS DEL ESTADO	11.468	11.220	10.141	10.338	6.334	15,9	-2,2	-9,6	1,9	-38,7

(1) En territorio de régimen fiscal común

(p) Estimación provisional

CUADRO 20.1a
IMPUESTOS SOBRE EL TRÁFICO EXTERIOR Y PRIMAS DE SEGURO
 Millones de euros, salvo indicación

	2007	2008	2009	2010(p)	2011(p)	tasas de variación (%)				
						07	08	09	10	11
· Importaciones de bienes de terceros no energéticos	72.913	70.378	52.651	63.706	66.969	10,3	-3,5	-25,2	21,0	5,1
· PIB nominal	1.053.161	1.087.788	1.048.060	1.048.883	1.063.355	6,9	3,3	-3,7	0,1	1,4
· Base gravada en el I. sobre Primas de Seguros	24.889	24.998	23.372	23.928	23.737	7,5	0,4	-6,5	2,4	-0,8
IMPUESTOS DEVENGADOS										
Impuestos sobre el Tráfico Exterior	1.716	1.541	1.314	1.547	1.522	7,0	-10,2	-14,8	17,8	-1,6
Impuesto sobre Primas de Seguros	1.493	1.500	1.402	1.436	1.424	7,5	0,4	-6,5	2,4	-0,8
PASO A CAJA						% ingresos devengados				
· Desfase caja: dic(t-1) - dic(t)	11	30	14	-7	27	0,6	2,0	1,1	-0,5	1,8
· Recaudación de ejercicios cerrados	3	6	6	9	4	0,2	0,4	0,5	0,6	0,2
· (-) Derechos pendientes de cobro ej corrientes	-10	-12	-16	-27	-22	-0,6	-0,8	-1,2	-1,8	-1,4
Impuestos sobre el Tráfico Exterior	1.720	1.566	1.319	1.522	1.531	7,8	-9,0	-15,8	15,4	0,6
· Tarifa Exterior Común	1.669	1.537	1.267	1.493	1.496	8,7	-8,0	-17,5	17,8	0,2
· Exacciones agrícolas	51	29	51	29	35	-13,8	-42,4	74,9	-44,2	22,9
PASO A CAJA						% ingresos devengados				
· Desfase caja: dic(t-1) - dic(t)	-2	2	4	-2	-4	-0,1	0,1	0,3	-0,1	-0,3
· Recaudación de ejercicios cerrados	0	0	0	1	0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
· (-) Derechos pendientes de cobro ej corrientes	0	0	0	0	-2	0,0	0,0	0,0	0,0	-0,1
Impuesto sobre Primas de Seguros	1.491	1.502	1.406	1.435	1.419	7,5	0,7	-6,4	2,1	-1,1

(p) Estimación provisional

CUADRO 20.2a
TASAS Y OTROS INGRESOS
Millones de euros, salvo indicación

	2007	2008	2009	2010(p)	2011(p)	tasas de variación (%)				
						07	08	09	10	11
Tasas y otros ingresos tributarios devengados	2.467	2.828	3.665	3.994	3.848	16,2	14,6	29,6	9,0	-3,7
Tasas tributarias devengadas	1.104	1.026	1.070	772	688	12,7	-7,1	4,3	-27,8	-10,9
· Tasas y otros ingresos tributarios homogéneos	1.311	1.443	1.591	1.751	1.894	11,9	10,1	10,3	10,0	8,2
· Tasas (- Tasa radioeléctrica)	622	700	747	717	645	18,9	12,6	6,7	-4,0	-10,1
· Recargo de apremio y otros	310	363	429	493	707	6,4	17,1	18,4	14,8	43,5
· Intereses de demora	169	174	221	360	384	5,6	2,7	27,4	62,9	6,6
· Sanciones tributarias	210	207	194	181	159	6,7	-1,5	-6,3	-6,9	-12,1
PASO A CAJA						% ingresos devengados				
· Desfase caja: dic(t-1) - dic(t)	-108	-136	-277	-356	-433	-4,4	-4,8	-7,5	-8,9	-11,3
· Recaudación de ejercicios cerrados	456	303	307	401	558	18,5	10,7	8,4	10,0	14,5
· (-) Derechos pendientes de cobro ej corrientes	-980	-1.230	-1.788	-2.224	-2.035	-39,7	-43,5	-48,8	-55,7	-52,9
· Tasas	1.146	1.022	1.063	782	688	31,2	-10,9	4,0	-26,4	-12,0
- Expedición tarjetas prof. a extranjeros	52	70	36	25	22	-18,3	35,1	-48,9	-30,1	-10,6
- Canon ocup. y aprov. dominio público	21	23	21	24	27	-2,2	9,3	-7,6	13,8	14,2
- Dirección e inspección de obras	167	196	207	180	130	20,9	17,4	5,7	-12,9	-28,0
- Ejercicio de la potestad jurisdiccional	58	113	185	172	164	19,5	95,2	62,9	-6,7	-4,5
- Expedición DNI y pasaportes	71	75	88	95	108	11,4	6,2	17,3	7,9	14,5
- Consulares	60	61	63	59	64	177,9	2,5	2,8	-7,2	9,4
- Reserva dominio radioeléctrico	525	322	316	65	43	49,4	-38,6	-1,9	-79,5	-33,2
- Seguridad aeroportuaria	54	28	8	1	0	-1,0	-48,8	-71,8	-86,5	-97,7
- Otras tasas	140	134	140	162	128	24,6	-4,2	4,4	15,6	-20,6
+ Acreditación catastral	5	3	2	2	2	-33,3	-30,7	-28,9	-24,4	-17,6
+ Juego	25	18	19	34	13	17,3	-25,1	2,2	79,4	-60,4
+ Reconoc, autorizaciones y concursos	22	56	67	72	63	14,2	157,2	19,2	7,5	-12,8
+ Telecomunicaciones	15	13	11	11	11	65,5	-13,1	-10,1	-4,0	-1,3
+ Sanidad exterior	6	6	5	6	6	0,3	-3,5	-4,1	9,2	2,2
+ Resto	68	38	35	37	34	35,9	-44,5	-7,3	6,9	-9,0
· Recargo de apremio y otros	310	363	429	493	707	6,4	17,1	18,4	14,8	43,5
· Intereses de demora	169	174	221	360	384	5,6	2,7	27,4	62,9	6,6
· Sanciones tributarias	210	207	194	181	159	6,7	-1,5	-6,3	-6,9	-12,1
TASAS Y OTROS INGRESOS TRIBUTARIOS	1.836	1.765	1.907	1.816	1.938	20,6	-3,8	8,0	-4,8	6,7

(1) Estimación provisional

APÉNDICE IV

**ICEA (INVESTGACIÓN COOPERATIVA ENTRE ENTIDADES
ASEGURADORAS Y FONDOS DE PENSIONES)**

**CRECIMIENTO DEL SECTOR ASEGURADOR. DATOS DE SALUD
ENERO A DICIEMBRE 2012 (Datos provisionales)**

**INFORMACIÓN CERRADA AL: 17/01/2013
DATOS PROPORCIONADOS POR: 53 Entidades**

	Crecimiento (%)	Cuota de Mercado del Estudio
TOTAL SEGURO DIRECTO	-5,32%	96,27%
TOTAL RAMOS NO VIDA	-1,93%	95,17%
SALUD	3,08%	92,97%
- ASISTENCIA SANITARIA	3,62%	93,96%
- REEMBOLSO	3,72%	84,96%
- SUBSIDIO	-9,19%	85,81%

VOLUMEN Y CRECIMIENTO DE PRIMAS, INGRESOS DERIVADOS DE LA ACTIVIDAD, ASEGURADOS E IMPORTE DE PRESTACIONES PAGADAS

ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN: 21/09/2012



Modalidad	Enero - Junio 2012		
	Volumen de Primas	Crecimiento Interanual	Distribución
Asistencia Sanitaria sin AAPP	2.222.594.311	4,24%	65,67%
Administraciones Públicas	735.778.132	1,36%	21,74%
Asistencia Sanitaria	2.958.372.443	3,51%	87,42%
Reembolso de Gastos	307.146.976	2,39%	9,08%
Prestación de Servicios	3.265.519.419	3,40%	96,49%
Subsidios e Indemnizaciones	118.760.116	-3,21%	3,51%
Total Volumen de Primas	3.384.279.534	3,16%	100,00%

Modalidad	Enero - Junio 2012		
	Volumen de Ingresos derivados de la Actividad	Crecimiento Interanual	Distribución
Total Volumen de Primas	3.384.279.534	3,16%	97,11%
Concesiones Administrativas no UTE	100.746.392	6,43%	2,89%
Total Ingresos (Vol. de Primas + Ingresos no UTE)	3.485.025.926	3,25%	100,00%

Modalidad	A 30/6/2012		
	Número de Asegurados	Crecimiento desde Enero	Distribución
Asistencia Sanitaria sin AAPP	6.140.332	2,22%	58,22%
Administraciones Públicas	1.963.941	-0,38%	18,62%
Asistencia Sanitaria	8.104.273	1,58%	76,84%
Reembolso de Gastos	736.954	-1,32%	6,99%
Prestación de Servicios	8.841.227	1,33%	83,83%
Subsidios e Indemnizaciones	1.705.078	-0,24%	16,17%
Total Número de Asegurados	10.546.305	1,08%	100,00%

Modalidad	Enero - Junio 2012		
	Importe de Prestaciones Pagadas	Crecimiento Interanual	Distribución
Asistencia Sanitaria sin AAPP	1.641.698.281	0,94%	61,17%
Administraciones Públicas	741.981.887	5,16%	27,64%
Asistencia Sanitaria	2.383.680.167	2,22%	88,81%
Reembolso de Gastos	228.275.385	-2,63%	8,51%
Prestación de Servicios	2.611.955.552	1,78%	97,32%
Subsidios e Indemnizaciones	72.056.305	-1,93%	2,68%
Total Importe de Prestaciones Pagadas	2.684.011.857	1,67%	100,00%

VOLUMEN Y CRECIMIENTO DE PRIMAS, INGRESOS DERIVADOS DE LA ACTIVIDAD, ASEGURADOS E IMPORTE DE PRESTACIONES PAGADAS

ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN: 26 de marzo de 2012



Modalidad	Enero - Diciembre 2011		
	Volumen de Primas	Crecimiento Interanual	Distribución
Asistencia Sanitaria sin AAPP	4.185.986.598	4,67%	63,97%
Administraciones Públicas	1.447.806.799	2,38%	22,12%
Asistencia Sanitaria	5.633.793.397	4,07%	86,09%
Reembolso de Gastos	647.361.489	2,53%	9,89%
Prestación de Servicios	6.281.154.886	3,91%	95,98%
Subsidios e Indemnizaciones	262.952.304	-0,72%	4,02%
Total Volumen de Primas	6.544.107.190	3,71%	100,00%

Modalidad	Enero - Diciembre 2011		
	Volumen de Ingresos derivados de la Actividad	Crecimiento Interanual	Distribución
Total Volumen de Primas	6.544.107.190	3,71%	97,23%
Concesiones Administrativas no UTE	186.118.486	19,26%	2,77%
Total Ingresos (Vol. de Primas + Ingresos no UTE)	6.730.225.676	4,09%	100,00%

Modalidad	A 31/12/2011		
	Número de Asegurados	Crecimiento Interanual	Distribución
Asistencia Sanitaria sin AAPP	6.006.788	1,65%	57,88%
Administraciones Públicas	1.971.362	-0,77%	19,00%
Asistencia Sanitaria	7.978.150	1,04%	76,88%
Reembolso de Gastos	746.838	-1,72%	7,20%
Prestación de Servicios	8.724.988	0,80%	84,08%
Subsidios e Indemnizaciones	1.652.350	-1,44%	15,92%
Total Número de Asegurados	10.377.338	0,43%	100,00%

Modalidad	Enero - Diciembre 2011		
	Importe de Prestaciones Pagadas	Crecimiento Interanual	Distribución
Asistencia Sanitaria sin AAPP	3.110.919.832	4,33%	60,89%
Administraciones Públicas	1.400.855.838	6,05%	27,42%
Asistencia Sanitaria	4.511.775.670	4,86%	88,31%
Reembolso de Gastos	452.344.200	3,99%	8,85%
Prestación de Servicios	4.964.119.870	4,78%	97,16%
Subsidios e Indemnizaciones	144.892.044	-1,64%	2,84%
Total Importe de Prestaciones Pagadas	5.109.011.914	4,58%	100,00%

PRIMAS VOLUMEN Y CRECIMIENTO (Datos provisionales)



Ramos	Volumen estimado primas para el total del sector		(%) Crecimiento
	ENERO A DICIEMBRE 2011	ENERO A DICIEMBRE 2012	
Vida	28.872	26.262	-9,04%
No Vida	31.733	31.119	-1,93%
Total Seguro Directo	60.605	57.381	-5,32%

*(Datos en millones de euros)

PRIMAS VIDA VOLUMEN Y CRECIMIENTO

Ramos Vida	Volumen estimado primas para el total del sector		(%) Crecimiento
	ENERO A DICIEMBRE 2011	ENERO A DICIEMBRE 2012	
Riesgo	3.610	3.502	-2,99%
Ahorro	25.262	22.760	-9,90%
Total Ramos Vida	28.872	26.262	-9,04%

*(Datos en millones de euros)

PRIMAS NO VIDA VOLUMEN Y CRECIMIENTO

Ramos No Vida	Volumen estimado primas para el total del sector		(%) Crecimiento
	ENERO A DICIEMBRE 2011	ENERO A DICIEMBRE 2012	
Automóviles	11.270	10.607	-5,88%
Salud	6.597	6.801	3,08%
Multirisgos	6.589	6.626	0,56%
Resto No Vida	7.277	7.085	-2,64%
Total Ramos No Vida	31.733	31.119	-1,93%

*(Datos en millones de euros)

PROVISIONES DE VIDA VOLUMEN Y CRECIMIENTO

Ramo de Vida	Volumen estimado provisiones para el total del sector		(%) Crecimiento
	ENERO A DICIEMBRE 2011	ENERO A DICIEMBRE 2012	Últimos 12 meses
Provisiones de Vida	153.860	156.184	1,51%

*(Datos en millones de euros)

DEFINICIÓN DE CONCEPTOS:

Estimación realizada con los datos proporcionados por Entidades:	170
Cuota de Mercado	96,3%
ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN:	17 de enero de 2013

PRIMAS: Se recogen las Primas emitidas netas de anulaciones de Seguro Directo en territorio español en todos los ramos.

PROVISIONES: Se recogen el conjunto de Provisiones Técnicas de Seguro Directo.

PRIMAS VOLUMEN Y CRECIMIENTO

Ramos	Volumen estimado primas para el total del sector		(%) Crecimiento
	ENERO A SEPTIEMBRE 2011	ENERO A SEPTIEMBRE 2012	
Vida	21.522	19.437	-9,69%
No Vida	24.061	23.471	-2,46%
Total Seguro Directo	45.583	42.908	-5,87%

*(Datos en millones de euros)

PRIMAS VIDA VOLUMEN Y CRECIMIENTO

Ramos Vida	Volumen estimado primas para el total del sector		(%) Crecimiento
	ENERO A SEPTIEMBRE 2011	ENERO A SEPTIEMBRE 2012	
Riesgo	2.864	2.755	-3,80%
Ahorro	18.657	16.682	-10,59%
Total Ramos Vida	21.522	19.437	-9,69%

*(Datos en millones de euros)

PRIMAS NO VIDA VOLUMEN Y CRECIMIENTO

Ramos No Vida	Volumen estimado primas para el total del sector		(%) Crecimiento
	ENERO A SEPTIEMBRE 2011	ENERO A SEPTIEMBRE 2012	
Automóviles	8.539	8.077	-5,41%
Salud	4.958	5.097	2,80%
Multirriesgos	4.946	4.952	0,13%
Resto No Vida	5.618	5.344	-4,88%
Total Ramos No Vida	24.061	23.471	-2,46%

*(Datos en millones de euros)

PROVISIONES DE VIDA VOLUMEN Y CRECIMIENTO

Ramo de Vida	Volumen estimado provisiones para el total del sector		(%) Crecimiento	
	ENERO A SEPTIEMBRE 2011	ENERO A SEPTIEMBRE 2012	Últimos 12 meses	Desde Enero
Provisiones de Vida	151.993	155.579	2,36%	0,85%

*(Datos en millones de euros)

DEFINICIÓN DE CONCEPTOS:

Estimación realizada con los datos proporcionados por Entidades:	176
Cuota de Mercado	95,6%
ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN:	18/10/2012

PRIMAS: Se recogen las Primas emitidas netas de anulaciones de Seguro Directo en territorio español en todos los ramos, a excepción de Salud, que muestra las Primas imputadas del período de análisis.

PROVISIONES: Se recogen el conjunto de Provisiones Técnicas de Seguro Directo.

VOLUMEN Y CRECIMIENTO DE PRIMAS, INGRESOS DERIVADOS DE LA ACTIVIDAD, ASEGURADOS E IMPORTE DE PRESTACIONES PAGADAS

ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN: 21/09/2012



Modalidad	Enero - Junio 2012		
	Volumen de Primas	Crecimiento Interanual	Distribución
Asistencia Sanitaria sin AAPP	2.222.594.311	4,24%	65,67%
Administraciones Públicas	735.778.132	1,36%	21,74%
Asistencia Sanitaria	2.958.372.443	3,51%	87,42%
Reembolso de Gastos	307.146.976	2,39%	9,08%
Prestación de Servicios	3.265.519.419	3,40%	96,49%
Subsidios e Indemnizaciones	118.760.116	-3,21%	3,51%
Total Volumen de Primas	3.384.279.534	3,16%	100,00%

Modalidad	Enero - Junio 2012		
	Volumen de Ingresos derivados de la Actividad	Crecimiento Interanual	Distribución
Total Volumen de Primas	3.384.279.534	3,16%	97,11%
Concesiones Administrativas no UTE	100.746.392	6,43%	2,89%
Total Ingresos (Vol. de Primas + Ingresos no UTE)	3.485.025.926	3,25%	100,00%

Modalidad	A 30/6/2012		
	Número de Asegurados	Crecimiento desde Enero	Distribución
Asistencia Sanitaria sin AAPP	6.140.332	2,22%	58,22%
Administraciones Públicas	1.963.941	-0,38%	18,62%
Asistencia Sanitaria	8.104.273	1,58%	76,84%
Reembolso de Gastos	736.954	-1,32%	6,99%
Prestación de Servicios	8.841.227	1,33%	83,83%
Subsidios e Indemnizaciones	1.705.078	-0,24%	16,17%
Total Número de Asegurados	10.546.305	1,08%	100,00%

Modalidad	Enero - Junio 2012		
	Importe de Prestaciones Pagadas	Crecimiento Interanual	Distribución
Asistencia Sanitaria sin AAPP	1.641.698.281	0,94%	61,17%
Administraciones Públicas	741.981.887	5,16%	27,64%
Asistencia Sanitaria	2.383.680.167	2,22%	88,81%
Reembolso de Gastos	228.275.385	-2,63%	8,51%
Prestación de Servicios	2.611.955.552	1,78%	97,32%
Subsidios e Indemnizaciones	72.056.305	-1,93%	2,68%
Total Importe de Prestaciones Pagadas	2.684.011.857	1,67%	100,00%

VOLUMEN Y CRECIMIENTO DE PRIMAS, INGRESOS DERIVADOS DE LA ACTIVIDAD, ASEGURADOS E IMPORTE DE PRESTACIONES PAGADAS

ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN: 28 de mayo de 2012



Modalidad	Enero - Marzo 2012		
	Volumen de Primas	Crecimiento Interanual	Distribución
Asistencia Sanitaria sin AAPP	1.113.183.197,73	4,08%	65,50%
Administraciones Públicas	367.707.438,27	1,50%	21,64%
Asistencia Sanitaria	1.480.890.635,99	3,43%	87,13%
Reembolso de Gastos	159.806.727,96	3,23%	9,40%
Prestación de Servicios	1.640.697.363,95	3,41%	96,54%
Subsidios e Indemnizaciones	58.889.084,60	-2,17%	3,46%
Total Volumen de Primas	1.699.586.448,55	3,20%	100,00%

Modalidad	Enero - Marzo 2012		
	Volumen de Ingresos derivados de la Actividad	Crecimiento Interanual	Distribución
Total Volumen de Primas	1.699.586.449	3,20%	97,12%
Concesiones Administrativas no UTE	50.362.058	11,89%	2,88%
Total Ingresos (Vol. de Primas + Ingresos no UTE)	1.749.948.506	3,43%	100,00%

Modalidad	A 31/3/2012		
	Número de Asegurados	Crecimiento desde Enero	Distribución
Asistencia Sanitaria sin AAPP	6.062.485	0,93%	57,64%
Administraciones Públicas	1.965.871	-0,28%	18,69%
Asistencia Sanitaria	8.028.356	0,63%	76,34%
Reembolso de Gastos	741.390	-0,73%	7,05%
Prestación de Servicios	8.769.746	0,51%	83,39%
Subsidios e Indemnizaciones	1.747.277	2,23%	16,61%
Total Número de Asegurados	10.517.023	0,79%	100,00%

Modalidad	Enero - Marzo 2012		
	Importe de Prestaciones Pagadas	Crecimiento Interanual	Distribución
Asistencia Sanitaria sin AAPP	837.440.772	3,43%	61,04%
Administraciones Públicas	368.477.311	5,82%	26,86%
Asistencia Sanitaria	1.205.918.083	4,15%	87,90%
Reembolso de Gastos	130.311.068	0,51%	9,50%
Prestación de Servicios	1.336.229.151	3,78%	97,40%
Subsidios e Indemnizaciones	35.642.196	-3,66%	2,60%
Total Importe de Prestaciones Pagadas	1.371.871.347	3,57%	100,00%

VOLUMEN Y CRECIMIENTO DE PRIMAS, INGRESOS DERIVADOS DE LA ACTIVIDAD, ASEGURADOS E IMPORTE DE PRESTACIONES PAGADAS

ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN: 15 de noviembre de 2012



Modalidad	Enero - Septiembre 2012		
	Volumen de Primas	Crecimiento Interanual	Distribución
Asistencia Sanitaria sin AAPP	3.303.615.308	4,41%	64,94%
Administraciones Públicas	1.149.406.402	1,79%	22,60%
Asistencia Sanitaria	4.453.021.710	3,72%	87,54%
Reembolso de Gastos	462.124.028	1,53%	9,08%
Prestación de Servicios	4.915.145.738	3,51%	96,62%
Subsidios e Indemnizaciones	171.708.080	-3,63%	3,38%
Total Volumen de Primas	5.086.853.818	3,25%	100,00%

Modalidad	Enero - Septiembre 2012		
	Volumen de Ingresos derivados de la Actividad	Crecimiento Interanual	Distribución
Total Volumen de Primas	5.086.853.818	3,25%	97,11%
Concesiones Administrativas no UTE	151.287.626	11,00%	2,89%
Total Ingresos (Vol. de Primas + Ingresos no UTE)	5.238.141.444	3,46%	100,00%

Modalidad	A 30/9/2012		
	Número de Asegurados	Crecimiento desde Enero	Distribución
Asistencia Sanitaria sin AAPP	6.152.118	2,42%	59,12%
Administraciones Públicas	1.970.013	-0,07%	18,93%
Asistencia Sanitaria	8.122.131	1,80%	78,05%
Reembolso de Gastos	725.133	-2,91%	6,97%
Prestación de Servicios	8.847.265	1,40%	85,02%
Subsidios e Indemnizaciones	1.558.982	-5,65%	14,98%
Total Número de Asegurados	10.406.246	0,28%	100,00%

Modalidad	Enero - Septiembre 2012		
	Importe de Prestaciones Pagadas	Crecimiento Interanual	Distribución
Asistencia Sanitaria sin AAPP	2.421.929.041	0,77%	60,24%
Administraciones Públicas	1.155.554.287	4,26%	28,74%
Asistencia Sanitaria	3.577.483.327	1,87%	88,98%
Reembolso de Gastos	344.684.771	1,90%	8,57%
Prestación de Servicios	3.922.168.098	1,87%	97,56%
Subsidios e Indemnizaciones	98.208.050	-4,73%	2,44%
Total Importe de Prestaciones Pagadas	4.020.376.148	1,70%	100,00%

**CRECIMIENTO DEL SECTOR ASEGURADOR
ENERO A DICIEMBRE 2011**



INFORMACIÓN CERRADA AL: 16/03/2012

DATOS PROPORCIONADOS POR: 197 Entidades

Estimación al 100% del Sector para una muestra de 197 Entidades con una cuota de mercado del 97,33%

	VOLUMEN ESTIMADO DE PRIMAS EMITIDAS DE SEGURO DIRECTO (EUROS)		Crecimiento (%)
	ENERO A DICIEMBRE 2010	ENERO A DICIEMBRE 2011	
TOTAL SEGURO DIRECTO	58.188.168.406	60.592.173.745	4,13%
No Vida	31.811.469.210	31.723.632.075	-0,28%
Automóviles	11.534.518.596	11.270.284.337	-2,29%
Automóviles RC	5.963.769.193	5.848.454.658	-1,93%
Automóviles Otras Garantías	5.570.749.403	5.421.829.679	-2,67%
Multirisgos	6.297.411.463	6.507.917.594	3,34%
Hogar	3.505.499.122	3.660.508.696	4,42%
Comercio	650.320.366	648.861.627	-0,22%
Comunidades	755.056.717	794.234.464	5,19%
Industrias	1.327.647.098	1.344.239.275	1,25%
Otros	58.888.161	60.073.532	2,01%
Salud	6.396.399.236	6.588.600.714	3,00%
Asistencia Sanitaria	5.461.273.241	5.650.766.261	3,47%
Reembolso	639.518.390	655.900.464	2,56%
Subsidios	295.607.605	281.933.988	-4,63%
Total Resto No Vida	7.583.139.915	7.356.829.430	-2,98%
Accidentes	921.593.695	899.463.283	-2,40%
Asistencia	310.398.768	318.806.499	2,71%
Caución	84.153.088	77.984.972	-7,33%
Crédito	718.575.097	695.521.273	-3,21%
Decesos	1.702.739.465	1.755.550.325	3,10%
Defensa Jurídica	100.243.503	101.896.645	1,65%
Incendios	183.221.926	181.717.093	-0,82%
Riesgos industriales	149.873.976	147.880.226	-1,33%
Resto incendios	33.347.950	33.836.868	1,47%
Otros daños a los bienes	1.088.481.133	963.978.078	-11,44%
Avería maquinaria	132.360.434	126.008.072	-4,80%
Equipos Electrónicos	22.291.659	23.527.774	5,55%
Montaje	16.419.630	15.570.608	-5,17%
Robo	30.548.815	25.502.996	-16,52%
Seguro decenal	97.075.493	56.572.008	-41,72%
Todo riesgo construcción	157.377.083	112.835.485	-28,30%
Resto Otros Daños a los bienes (*)	632.408.019	603.950.334	-4,50%
Pérdidas pecuniarías	351.151.537	340.262.864	-3,10%
Responsabilidad civil	1.624.117.588	1.534.624.826	-5,51%
Transportes	498.464.116	487.023.571	-2,30%
Aviación	87.781.460	75.660.930	-13,81%
Marítimo	201.687.893	202.230.362	0,27%
Mercancías	208.994.762	209.132.278	0,07%
Vida	26.376.699.196	28.868.541.670	9,45%
Riesgo	3.778.818.559	3.608.642.906	-4,50%
Ahorro	22.597.880.637	25.259.898.764	11,78%
Provisiones Técnicas de Vida	146.645.563.420	153.860.122.657	4,92%

(*) Los datos de Agroseguro de Primas Imputadas para el año 2011 ascienden a 641,9 millones de euros con un decrecimiento del -1,1% respecto al año anterior.

PRIMAS VOLUMEN Y CRECIMIENTO

Ramos	Volumen estimado primas para el total del sector		(%) Crecimiento
	ENERO A JUNIO 2011	ENERO A JUNIO 2012	
Vida	14.902	13.650	-8,40%
No Vida	16.807	16.424	-2,28%
Total Seguro Directo	31.708	30.075	-5,15%

*(Datos en millones de euros)

PRIMAS VIDA VOLUMEN Y CRECIMIENTO

Ramos Vida	Volumen estimado primas para el total del sector		(%) Crecimiento
	ENERO A JUNIO 2011	ENERO A JUNIO 2012	
Riesgo	2.157	2.065	-4,26%
Ahorro	12.745	11.586	-9,10%
Total Ramos Vida	14.902	13.650	-8,40%

*(Datos en millones de euros)

PRIMAS NO VIDA VOLUMEN Y CRECIMIENTO

Ramos No Vida	Volumen estimado primas para el total del sector		(%) Crecimiento
	ENERO A JUNIO 2011	ENERO A JUNIO 2012	
Automóviles	5.891	5.612	-4,74%
Salud	3.348	3.430	2,42%
Multirriesgos	3.398	3.444	1,37%
Resto No Vida	4.169	3.938	-5,54%
Total Ramos No Vida	16.807	16.424	-2,28%

*(Datos en millones de euros)

PROVISIONES DE VIDA VOLUMEN Y CRECIMIENTO

Ramo de Vida	Volumen estimado provisiones para el total del sector		(%) Crecimiento	
	ENERO A JUNIO 2011	ENERO A JUNIO 2012	Últimos 12 meses	Desde Enero
Provisiones de Vida	150.354	154.038	2,45%	-0,04%

*(Datos en millones de euros)

DEFINICIÓN DE CONCEPTOS:

Estimación realizada con los datos proporcionados por Entidades:	179
Cuota de Mercado	96,0%
ULTIMA ACTUALIZACION:	18/07/2012

PRIMAS: Se recogen las Primas emitidas netas de anulaciones de Seguro Directo en territorio español en todos los ramos, a excepción de Salud, que muestra las Primas imputadas del periodo de análisis.

PROVISIONES: Se recogen el conjunto de Provisiones Técnicas de Seguro Directo.



PRIMAS VOLUMEN Y CRECIMIENTO

Ramos	Volumen estimado primas para el total del sector		(%) Crecimiento
	ENERO A SEPTIEMBRE 2011	ENERO A SEPTIEMBRE 2012	
Vida	21.522	19.437	-9,69%
No Vida	24.061	23.471	-2,46%
Total Seguro Directo	45.583	42.908	-5,87%

*(Datos en millones de euros)

PRIMAS VIDA VOLUMEN Y CRECIMIENTO

Ramos Vida	Volumen estimado primas para el total del sector		(%) Crecimiento
	ENERO A SEPTIEMBRE 2011	ENERO A SEPTIEMBRE 2012	
Riesgo	2.864	2.755	-3,80%
Ahorro	18.657	16.682	-10,59%
Total Ramos Vida	21.522	19.437	-9,69%

*(Datos en millones de euros)

PRIMAS NO VIDA VOLUMEN Y CRECIMIENTO

Ramos No Vida	Volumen estimado primas para el total del sector		(%) Crecimiento
	ENERO A SEPTIEMBRE 2011	ENERO A SEPTIEMBRE 2012	
Automóviles	8.539	8.077	-5,41%
Salud	4.958	5.097	2,80%
Multirisgos	4.946	4.952	0,13%
Resto No Vida	5.618	5.344	-4,88%
Total Ramos No Vida	24.061	23.471	-2,46%

*(Datos en millones de euros)

PROVISIONES DE VIDA VOLUMEN Y CRECIMIENTO

Ramo de Vida	Volumen estimado provisiones para el total del sector		(%) Crecimiento	
	ENERO A SEPTIEMBRE 2011	ENERO A SEPTIEMBRE 2012	Últimos 12 meses	Desde Enero
Provisiones de Vida	151.993	155.579	2,36%	0,85%

*(Datos en millones de euros)

DEFINICIÓN DE CONCEPTOS:

Estimación realizada con los datos proporcionados por Entidades:	176
Cuota de Mercado	95,6%
ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN:	18/10/2012

PRIMAS: Se recogen las Primas emitidas netas de anulaciones de Seguro Directo en territorio español en todos los ramos, a excepción de Salud, que muestra las Primas imputadas del período de análisis.

PROVISIONES: Se recogen el conjunto de Provisiones Técnicas de Seguro Directo.

VOLUMEN Y CRECIMIENTO DE PRIMAS, INGRESOS DERIVADOS DE LA ACTIVIDAD, ASEGURADOS E IMPORTE DE PRESTACIONES PAGADAS

ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN: 26 de marzo de 2012



Modalidad	Enero - Diciembre 2011		
	Volumen de Primas	Crecimiento Interanual	Distribución
Asistencia Sanitaria sin AAPP	4.185.986.598	4,67%	63,97%
Administraciones Públicas	1.447.806.799	2,38%	22,12%
Asistencia Sanitaria	5.633.793.397	4,07%	86,09%
Reembolso de Gastos	647.361.489	2,53%	9,89%
Prestación de Servicios	6.281.154.886	3,91%	95,98%
Subsidios e Indemnizaciones	262.952.304	-0,72%	4,02%
Total Volumen de Primas	6.544.107.190	3,71%	100,00%

Modalidad	Enero - Diciembre 2011		
	Volumen de Ingresos derivados de la Actividad	Crecimiento Interanual	Distribución
Total Volumen de Primas	6.544.107.190	3,71%	97,23%
Concesiones Administrativas no UTE	186.118.486	19,26%	2,77%
Total Ingresos (Vol. de Primas + Ingresos no UTE)	6.730.225.676	4,09%	100,00%

Modalidad	A 31/12/2011		
	Número de Asegurados	Crecimiento Interanual	Distribución
Asistencia Sanitaria sin AAPP	6.006.788	1,65%	57,88%
Administraciones Públicas	1.971.362	-0,77%	19,00%
Asistencia Sanitaria	7.978.150	1,04%	76,88%
Reembolso de Gastos	746.838	-1,72%	7,20%
Prestación de Servicios	8.724.988	0,80%	84,08%
Subsidios e Indemnizaciones	1.652.350	-1,44%	15,92%
Total Número de Asegurados	10.377.338	0,43%	100,00%

Modalidad	Enero - Diciembre 2011		
	Importe de Prestaciones Pagadas	Crecimiento Interanual	Distribución
Asistencia Sanitaria sin AAPP	3.110.919.832	4,33%	60,89%
Administraciones Públicas	1.400.855.838	6,05%	27,42%
Asistencia Sanitaria	4.511.775.670	4,86%	88,31%
Reembolso de Gastos	452.344.200	3,99%	8,85%
Prestación de Servicios	4.964.119.870	4,78%	97,16%
Subsidios e Indemnizaciones	144.892.044	-1,64%	2,84%
Total Importe de Prestaciones Pagadas	5.109.011.914	4,58%	100,00%

APÉNDICE V

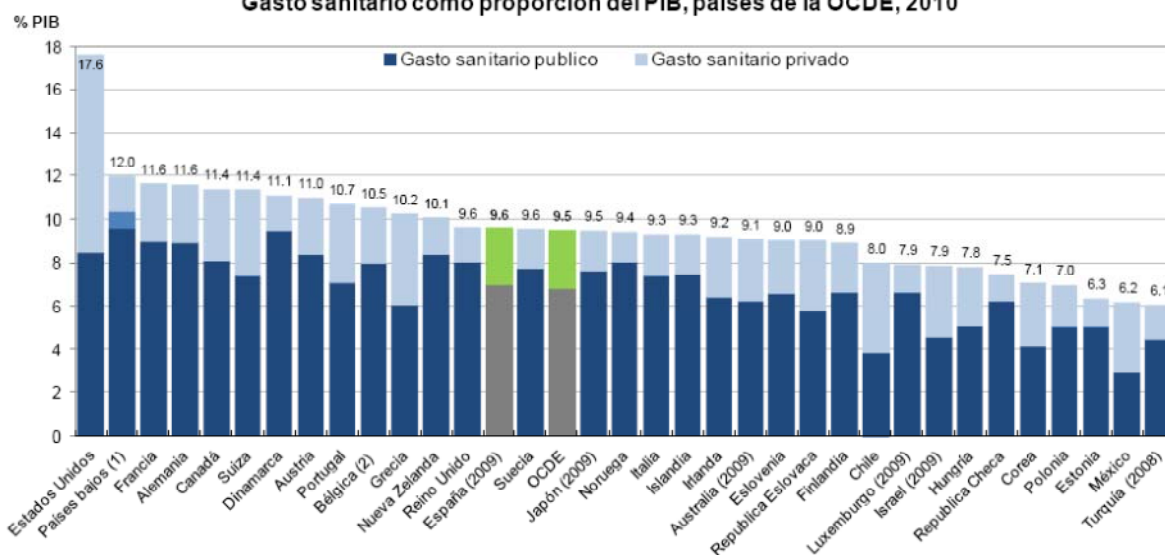
INFORME O.C.D.E.

Base de datos de la OCDE sobre la salud 2012 España en comparación

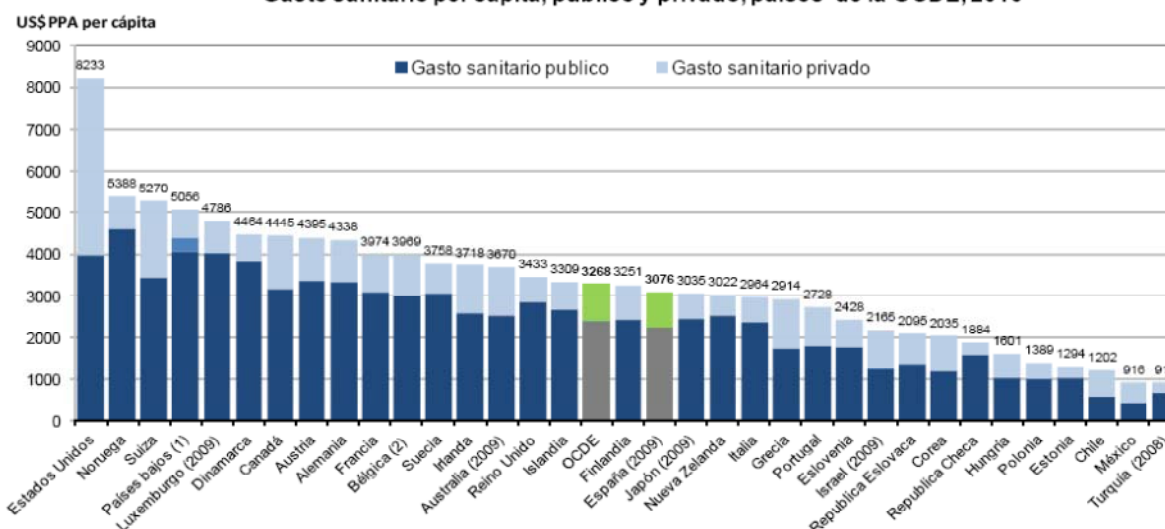
En el 2009, el gasto sanitario como proporción del PIB alcanzó 9.6% en **España**, un gasto ligeramente superior al promedio de 9.5% en los países de la OCDE. La reciente recesión condujo a un gran incremento de gasto en salud como proporción del PIB en **España**, cuando el PIB comenzó a caer bruscamente en el segundo semestre de 2008 y durante 2009, mientras que el gasto en salud continuó subiendo, aunque a un ritmo más lento en 2009. Como resultado, el porcentaje del PIB dedicado a la salud en **España** aumentó en un punto porcentual entre 2007 y 2009, de 8,5% en 2007, a 9,0% en 2008 y 9,6% en 2009.

España se encuentra por debajo del promedio de la OCDE en términos de gastos totales per cápita, con un gasto promedio de 3076 USD en el 2009 (ajustado por poder de paridad de compra), mientras el promedio en la OCDE alcanzó 3268 USD en 2010.

Gasto sanitario como proporción del PIB, países de la OCDE, 2010



Gasto sanitario per cápita, público y privado, países de la OCDE, 2010



1. En los Países Bajos, no es posible distinguir entre los gastos públicos y los gastos privados relacionados con las inversiones.

2. Los gastos totales no incluyen las inversiones. Fuente: Base de datos de la OCDE sobre la salud 2012, Junio 2012.

Datos en Dólares US, ajustados por paridad de poder de adquisición (PPA), lo cual permite comparar los gastos entre los países con una base en común. PPA es la tasa de cambio que iguala el costo de una canasta dada de bienes y servicios entre diferentes países.

El gasto sanitario en **España** aumentó, en términos reales, un 5.6% en promedio anual entre 2000 y 2009, ligeramente más rápido que el promedio de la OCDE de 4.7.

El sector público es la fuente principal de fondos en salud en todos los países de la OCDE, a excepción de Chile, los Estados Unidos y México. En **España**, la proporción de financiamiento público del sector salud alcanzó el 73.6% en el 2009, una proporción ligeramente superior al promedio en la OCDE de 72.2%. Los países con las proporciones públicas de gastos en salud más altas (más del 80%) son los países nórdicos (Dinamarca, Noruega, Islandia y Suecia), el Reino Unido y el Japón.

Recursos en el sector de la salud (humanos, físicos, tecnológicos)

España tiene una densidad de médicos por habitante más alta que la mayoría de los países de la OCDE. En el 2010, el número de doctores por cada 1000 habitantes en **España** era 3.8, por encima del promedio de los países de la OCDE de 3.1. Sin embargo, con un promedio de 4.9 enfermeras por cada 1000 habitantes, **España** queda por debajo del promedio de la OCDE de 8.7.

El número de camas en hospital para la atención curativa en **España** por cada 1000 habitantes alcanzó 2.5 en el 2010, por debajo del promedio de la OCDE de 3.4. La mayoría de los países de la OCDE muestran una tendencia a largo plazo a un descenso del número de camas para la atención curativa. Esta reducción ha coincidido con una reducción de la duración media de estancia en hospital y un aumento en el número de intervenciones quirúrgicas realizadas en un mismo día (o intervenciones ambulatorias).

La disponibilidad de tecnologías de diagnóstico, tales como la Tomografía Axial Computarizada (TAC) o la Imagen por Resonancia Magnética (IRM) se ha extendido rápidamente en la última década en todos los países de la OCDE. En **España**, el número de unidades de IRM también aumentó, alcanzando 10.7 por millón de habitantes en el 2010, aunque queda debajo del promedio de la OCDE de 12.5. El número de unidades de TAC en **España** se mantuvo en 15.0 por millón de habitantes en el 2010, por debajo del promedio de la OCDE de 22.6. Cabe señalar, sin embargo, que el número de unidades de TAC en **España** sólo incluyen aquellas instalados en los hospitales, y no aquellas que se encuentren fuera de ellos, con lo cual el número puede estar subestimado.

Estado de salud y factores de riesgo

En las últimas décadas, la esperanza de vida al nacer ha aumentado sustancialmente en los países de la OCDE, gracias a una mejor calidad de vida, a las intervenciones de salud pública, y al progreso en la atención sanitaria. En el 2010, la esperanza de vida al nacer se mantuvo en 82.2 años en **España**, más de 2 años de encima del promedio en la OCDE (79.8 años). Sólo Japón (83.0 años) y Suiza (82.6 años) tuvieron una esperanza de vida superior al de **España** en 2010.

La proporción de personas que fuman a diario en el conjunto de la población adulta se caracterizó por un pronunciado descenso en las últimas décadas en la mayoría de los países de la OCDE. En **España**, las tasas de consumo de tabaco disminuyeron también, con una tasa de tabaquismo de 26% en el 2009, en comparación con una tasa de 41% en el 1985. Sin embargo, dicha tasa queda encima del promedio de la OCDE de 21% en el 2010. Suecia, Islandia, Canadá, los Estados Unidos, y Australia representan ejemplos del éxito en la reducción de las tasas de tabaquismo, con tasas debajo del 17%.

Las tasas de obesidad han aumentado en todos los países de la OCDE en las últimas décadas, aunque cabe señalar que existen diferencias importantes. En **España**, la tasa de obesidad en la población adulta – basada en medidas reportadas de tamaño y peso – se mantuvo en 16% en el 2009, debajo de los Estados Unidos (28% en el 2010), pero por encima de las tasas en Italia (10%) o en Francia (13%). El promedio de los 29 países de la OCDE con datos reportados fue del 15% en el 2010. Está demostrado que la obesidad es un factor agravante para varios problemas de salud, como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares, y presagia gastos de salud más elevados en el futuro.

Más información sobre la *Base de datos de la OCDE sobre la salud 2012* está disponible en www.oecd.org/health/healthdata.

Para más información sobre el trabajo de la OCDE sobre **España**, consulte www.oecd.org/spain.

INFORME FEDEA – McKINSEY

**Informe Cátedra
FEDEA-McKinsey**
“Impulsar un cambio posible
en el sistema sanitario”

Nota de Prensa

Madrid, a 16 de noviembre de 2009

“El sistema sanitario español no es sostenible bajo su esquema actual”, según el informe FEDEA-McKinsey

La sanidad pública española es un referente internacional, pero su sostenibilidad, calidad y accesibilidad están en riesgo (por ejemplo, el déficit sanitario acumulado supera el 20% del presupuesto, y podría alcanzar los 50.000 millones de euros en 10 años).

Garantizar este pilar fundamental del Estado del Bienestar requiere una mayor responsabilización de todos (pacientes, profesionales y gestores) que se traduciría en 4 medidas: moderar el sobreuso de los servicios sanitarios; introducir de forma sistemática las nuevas prestaciones sanitarias; generar transparencia en la actuación de centros sanitarios y profesionales; y otorgarles mayor autonomía de gestión e incentivos.

Estas reformas buscan mejorar la sanidad pública y preservar los principios básicos de universalidad y equidad en la atención sanitaria de todos los pacientes.

- ***Bajo el esquema actual, el sistema sanitario español no es sostenible a futuro***
 - El sector sanitario público representa el 5% del PIB, da empleo a un millón de personas y gestiona un presupuesto de casi 60.000 millones de euros.
 - Su situación de partida es buena, con un coste entre los más bajos de Europa y la esperanza de vida más alta con 81,1 años, seguida de Francia, Italia y Suecia con 80,9 años.
 - A corto plazo, la situación financiera del sistema es muy preocupante. Acumula un déficit de 11.000 millones de euros (20% del presupuesto total de sanidad en 2007). En algunas CCAA, el retraso en el pago a proveedores sanitarios supera el año. A medio plazo, el gasto sanitario podría llegar a duplicarse, y su déficit superaría los 50.000 millones de euros.
 - En diez años, la calidad y equidad del sistema se resentirán si no se introducen reformas estructurales.
 - En una década, 1 de cada 5 españoles tendrá más de 65 años, lo que hará que 10 millones de personas tengan un coste sanitario entre 4 y 12 veces superior al del resto de la población.
 - 6 de cada 10 españoles padecerán una enfermedad crónica, lo que incrementará considerablemente su gasto sanitario. Este tipo de pacientes consumen el 70% del gasto sanitario actual.
 - Con el esquema actual, en 10 años las listas de espera se dispararán. La saturación actual ya es muy alta. La tasa de ocupación en los hospitales públicos supera el 80%. En atención primaria los pacientes son asignados con un promedio de 6,5 minutos al médico de familia.
 - Si se mantienen los niveles de productividad actuales en el sistema sanitario, en 10 años podrían faltar entre 15.000 y 20.000 médicos.
 - De no introducirse reformas, en una década cada español deberá trabajar al menos 30 días al año para atender al coste del sistema sanitario público. Más del 50% del gasto público de las CC.AA. se tendrá que destinar a la sanidad.
- ***La responsabilización de todos los agentes (pacientes, profesionales y gestores) es clave para revertir esta tendencia***
 - Los pacientes deben adquirir una mayor conciencia sobre el uso que hacen del sistema: los españoles acudimos al médico un 40% más que el promedio de la UE-15, entre un 30 y un 80% de las visitas de urgencias podrían evitarse y el gasto farmacéutico *per cápita* es un 40% superior en España que en Bélgica, Dinamarca o Reino Unido.

- Los pacientes deben también ser más responsables de su propia salud: España es el 2º país de Europa en número de fumadores. 1 de cada 2 personas sufre sobrepeso.
 - Los profesionales sanitarios son clave en la gestión de los recursos sanitarios. Sin embargo, hoy no es posible conocer qué centros o profesionales destacan en términos de calidad clínica y eficiencia en la gestión (al contrario que en Suecia o Alemania).
 - Los médicos son los profesionales cualificados que sufren tasas de contratos temporales más elevadas, superando el 10,5%. Más de la mitad de los médicos afirman no sentirse suficientemente valorados por la Administración y por la sociedad.
 - Los gestores tienen que asegurar una mejora de la productividad del sistema (que apenas ha crecido desde 1995), introducir de forma más racional las prestaciones y ceder espacios de responsabilidad a centros y profesionales.
- ***Hay que empezar a caminar con 3 ó 4 medidas que mejoren el sistema público***
- Medida 1- Introducir un ticket moderador por visita en atención primaria y urgencias, para reducir la hiperfrecuentación o sobreuso del sistema. Se propone también una revisión del actual sistema de copago farmacéutico, para asimilarlo al de otros países europeos, con distinción de porcentajes en función de renta y no únicamente de edad.
 - Medida 2- Asegurar que las dificultades económicas no retrasan la introducción sistemática de las nuevas prestaciones y la innovación terapéutica que realmente suponga una mejora en la calidad de vida de los pacientes.
 - Medida 3- Elaborar una comparativa de desempeño clínico, calidad de servicio y eficiencia de centros sanitarios a nivel nacional, con comunicación de resultados a gestores y, progresivamente, a pacientes.
 - Medida 4- Fomentar la autonomía de gestión para centros y profesionales, con un sistema de incentivos y una asunción de los riesgos asociados.
- ***Las barreras al cambio han sido importantes, pero debemos aprovechar el incipiente consenso para mejorar el sistema.***
- Las reformas sanitarias hay que hacerlas a largo plazo, mientras que los plazos políticos son a corto. Esto dificulta la adopción de medidas que puedan tener un cierto coste político asociado. Hasta el momento los problemas se han resuelto gastando más, no administrando mejor.
 - Los pacientes son cada vez más exigentes con sus derechos, pero no han sido concienciados de sus obligaciones.
 - Los profesionales tienen que ser eje central y motor del cambio, pero lograr su implicación es un reto.
 - El incipiente consenso sobre la necesidad de un pacto por la sanidad que aborde los retos del sistema genera el ambiente propicio para lograr este cambio.

Sobre FEDEA- FEDEA es un centro de investigación en el que investigadores académicos generan análisis económicos de calidad con independencia de criterio y promueven propuestas económicas y sociales efectivas.

Sobre McKinsey & Company- McKinsey & Company, fundada en 1926, es una firma global de servicios de consultoría de alta dirección. Está presente en 50 países y 89 oficinas, con un equipo de más de 8.700 consultores. Tiene oficinas en España desde 1977 y presta servicio a las empresas e instituciones más importantes de nuestro país, por medio de un equipo de 250 personas.

Para más información:

FEDEA
Leticia Moreno
lmoreno@fedea.es
91 435 90 20

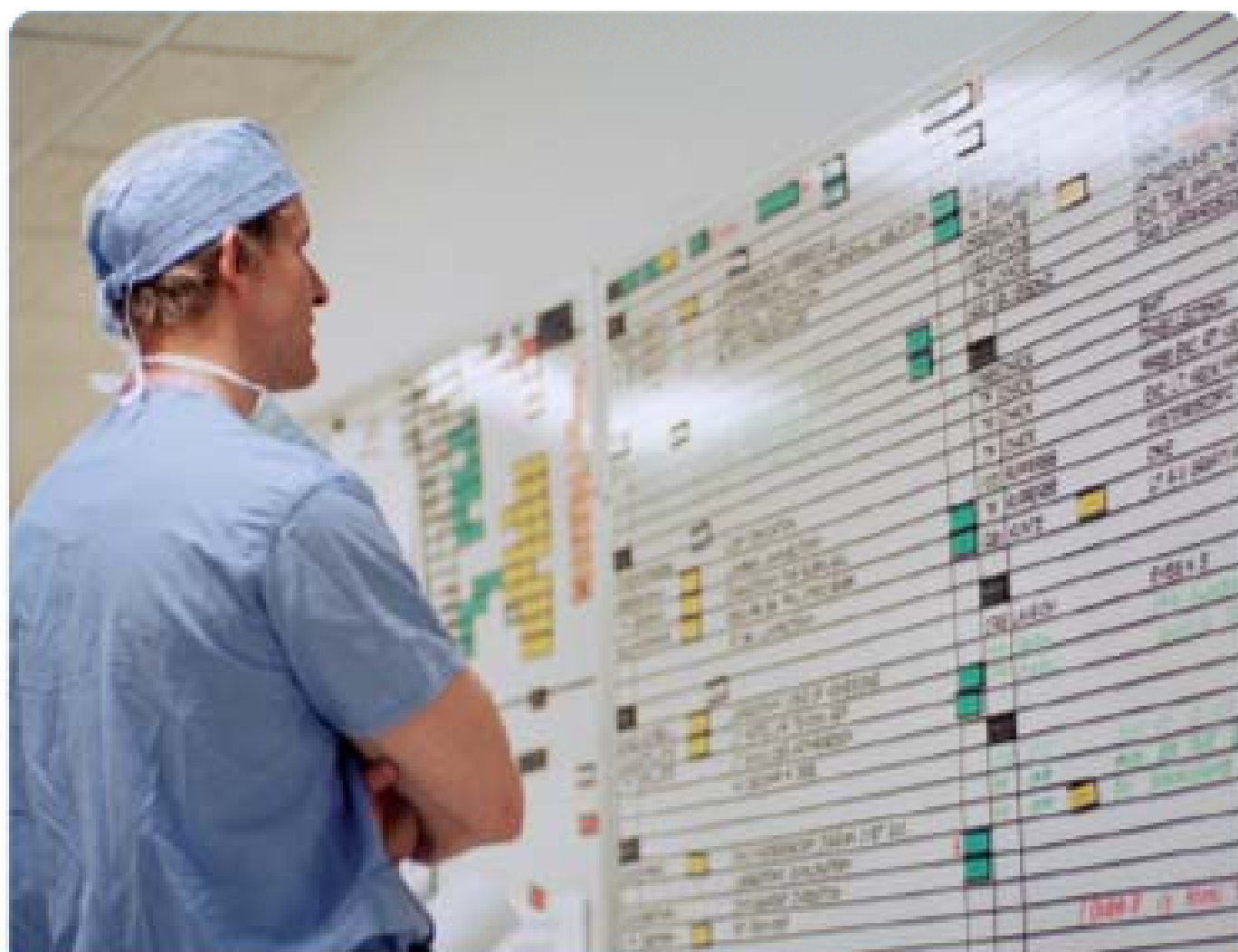
MCKINSEY & COMPANY
Inmaculada Horrillo
inmaculada_horrillo@mckinsey.com
91 346 57 82

APÉNDICE VI

A- INFORME PRICEWATERHOUSECOOPERS

Quince temas candentes de la Sanidad española para 2010

Propuestas para una agenda



El modelo MUFACE, por su implantación nacional, es el que permite, en gran medida, que haya una provisión privada en todo el territorio español, no sólo en grandes núcleos urbanos. Una eventual

desaparición del modelo MUFACE podría significar una no viabilidad de muchos centros privados con el consiguiente cierre, lo que afectaría al grado de implantación de la provisión privada.

Esto a la larga podría afectar también al sistema público, que se vería desprovisto de las posibilidades de concertación y colaboración que le ofrece el sistema privado.

Implicaciones

- La viabilidad del modelo MUFACE estará condicionada a un marco de financiación estable y referido al gasto sanitario público. La introducción de nuevas prestaciones y niveles de cobertura deberá contar con la financiación suficiente y adecuada a la realidad de los costes que generan.
- El sistema sanitario público puede tener dificultades para absorber la demanda que genera el colectivo asegurado en el marco de este modelo, por lo que deberán realizarse acciones que garanticen su sostenibilidad.
- Las compañías aseguradoras se ven afectadas por una cada vez menor rentabilidad, que a su vez supone una cada vez mayor presión sobre los precios que las aseguradoras están dispuestas a pagar por sus servicios.

dificultado o restringido la colocación de proyectos de infraestructura en el sector privado, haciendo que tanto bancos como empresas se hayan vuelto más selectivos e implicando unos procesos de financiación más dilatados y complejos y la necesidad de mayores tasas de retorno (rentabilidades) versus una viabilidad económico-financiera excesivamente ajustada. A pesar de las dificultades, la necesidad de la Administración de recurrir a estas fórmulas se mantiene y sigue habiendo interés por parte de suficientes inversores, entidades financieras y operadores bajo determinadas condiciones, como se demuestra en la reciente licitación y concurrencia a los Hospitales de Torrejón y Móstoles, convocados por la Comunidad de Madrid, así como el Hospital Can Misses y diez centros de atención primaria en las Islas Baleares.

No obstante, en las circunstancias actuales del mercado es necesario abordar cada proyecto como uno nuevo ya que la utilización, sin modificaciones específicas, de estructuras anteriores que tuvieron éxito en un pasado puede no servir para nuevos proyectos. Es necesario estructurar las operaciones con mucha precaución manteniendo una estructura equilibrada de riesgos, combinándolo con los objetivos y restricciones de la Administración y dedicando el tiempo y los recursos necesarios al análisis de viabilidad y estructuración/redacción de pliegos de los proyectos que se van a licitar, así como a la valoración de ofertas.

En este contexto, la aprobación futura del proyecto de ley de captación de financiación en proyectos CPP y,

en concreto, la generalización de la obtención de avales públicos a las diversas operaciones de endeudamiento, puede ser una fórmula que, utilizada razonablemente, suponga un impulso adicional al sector, incrementando las fuentes de financiación disponibles y disminuyendo los costes financieros. Con todo ello, permitiría mejorar la eficiencia presupuestaria.

Dado que la adopción de estos modelos en España data de fechas recientes, no se ha realizado una evaluación global de los resultados de los mismos que permita determinar si los fines que perseguían cuando se diseñaron se están logrando. La Conselleria de Sanitat de la Comunidad Valenciana, realizó en 2008 una encuesta de satisfacción del Hospital Universitario de la Ribera, evidenciando que el 92,77% de los pacientes volvería a elegir este centro ante un problema de salud, siendo los servicios de Pediatría, Cirugía, Cirugía Mayor Ambulatoria y Obstetricia los mejor valorados con tasas de satisfacción del 90,67%, 89,53%, 89,02 y 87,84% respectivamente. Casi un 74% de los pacientes valoró positivamente el servicio de Urgencias y la satisfacción con la información recibida y el trato dispensado recibieron valoraciones superiores al 90%¹³. Se deberá avanzar en la evaluación del modelo, incluyendo la medición del resultado de la actividad asistencial, la determinación de estándares de calidad en la provisión y la realización de *benchmarking*.

Una nueva forma de colaboración público-privada, que ya se ha utilizado en la adquisición de nuevos equipamientos médicos para el nuevo Hospital Son Dureta o en Murcia, es el diálogo competitivo,

de acuerdo con las posibilidades que da la nueva Ley de Contratos. Esta fórmula permite a la Administración el realizar un "traje a medida" de sus necesidades de equipamiento e incorporar al socio tecnológico en la definición de la solución técnica desde el inicio, ya que tras un anuncio de licitación se posibilita el abrir un debate con los candidatos y realizar negociaciones entre las partes, a diferencia de los concursos públicos cuyas cláusulas determinan a priori la necesidad.

El sistema sanitario necesita seguir invirtiendo y renovando sus infraestructuras sanitarias y, para ello, tendrá que continuar recurriendo al capital privado, si bien tendrá que demostrar que estas fórmulas reducen el coste global para la Administración, mejoran o mantienen unos estándares previamente definidos en relación con la oferta de servicios, la accesibilidad, la seguridad, la calidad asistencial, o el desempeño de su papel en la prevención y educación para la salud. Pero también se deberá evaluar la experiencia de los profesionales, los resultados de la gestión y la eficiencia, la suficiencia financiera, la transparencia informativa o su participación en la actividad investigadora, entre otras cuestiones.

Una iniciativa que podría ser de interés es la creación de un Observatorio de CPP en sanidad en España, como experiencia similar a las que ya han desarrollado otros países como Australia (Victoria), Sudáfrica y el Reino Unido¹⁴. Estos observatorios publican, entre otros contenidos, políticas, guías, recursos y material de apoyo para el abordaje de estos proyectos, noticias recientes y eventos, información sobre proyectos concretos y casos de estudio.

¹³ Nueve de cada diez pacientes del Hospital Universitario de La Ribera lo volverían a elegir ante un problema de salud*. Nota de prensa de 20 de agosto de 2009. www.hospital-ribera.com. Consulta realizada el 22 de diciembre de 2009.

¹⁴ Reino Unido: www.partnershipsuk.org.uk; Australia (Victoria): www.partnerships.vic.gov.au; Sudáfrica: www.ppp.gov.za. Consultas realizadas el 11 de enero de 2010.

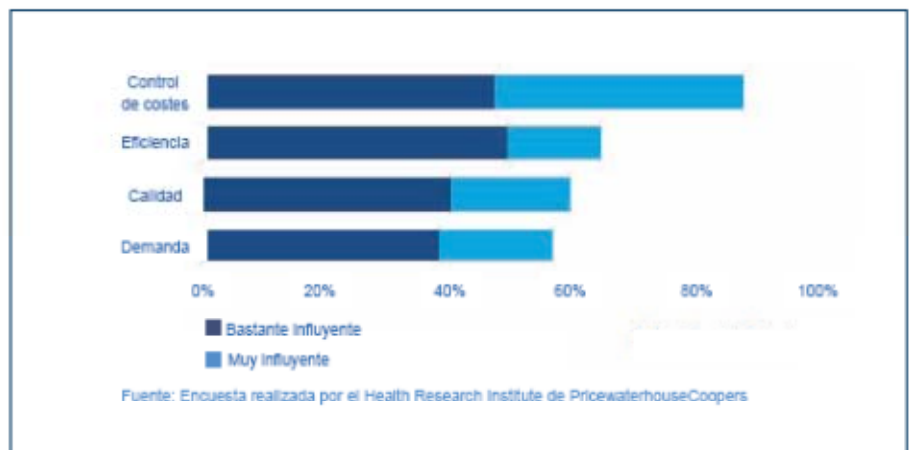
5

El logro de una mayor eficiencia operativa requiere adoptar programas integrales de control del gasto y un sistema de *benchmarking*

Las estrategias de eficiencia y reducción de costes están actualmente en la agenda de prioridades de los gestores sanitarios así como de las autoridades sanitarias. La sanidad es muy intensiva en el consumo de recursos, tanto humanos como materiales y tecnológicos, estando las decisiones muy descentralizadas, lo que puede inducir al despilfarro, siendo necesario desarrollar políticas de control y reducción de costes. Estas estrategias cobran aún más importancia en el momento actual, donde el creciente déficit público y la reducción del consumo privado impactan las cuentas de resultados y condicionan la inversión de la medicina pública y privada.

Existen posibilidades de potencial ahorro en el sistema sanitario, pero no habrá forma de avanzar hacia un modelo más eficiente si no se toman medidas drásticas y de reforma del sistema en relación con la coordinación de los servicios, la corresponsabilización de la población con el uso de los mismos, o el incremento de la productividad de los profesionales, entre otras cuestiones. Es necesario establecer mecanismos para reducir el exceso de frecuentación (España es uno de los países del mundo con más frecuentación de consultas médicas) y utilización de servicios sanitarios, aunque ello pueda conllevar, al menos parcialmente, medidas que se creen impopulares.

Figura 5: ¿Cómo influirán cada uno de los siguientes factores en términos de reembolso futuro?



El estudio *You Get What You Pay For*¹⁵, realizado por PricewaterhouseCoopers, presenta la variable del control de costes como el factor que más influirá en las futuras decisiones de reembolso, teniendo en cuenta además que el máximo temor proviene de una población que vive cada vez más años y que consume más servicios a medida que envejece.

La alineación de los sistemas de pago con unos incentivos adecuados parece ser un elemento clave en el control del gasto sanitario. De hecho, según el 84% de los ejecutivos consultados (200 directivos de 20 países) en el informe señalado, la mejora de la calidad de los sistemas de salud requiere mejorar la coordinación de los servicios sanitarios,

que a su vez requiere un esquema de incentivos económicos adecuados.

También las experiencias del NICE (*National Institute for Health and Clinical Excellence*) británico que, entre otras actuaciones, está evaluando y haciendo recomendaciones sobre tratamientos, fármacos y tecnologías sanitarias, se siguen de cerca por parte de las autoridades sanitarias españolas, en cuanto a que la evaluación económica se puede adoptar como instrumento de ayuda a un gasto más eficiente y basado en la evidencia empírica. Esto constituye un importante reto para la sanidad española de cara a asumir la evaluación económica como un mecanismo para la toma de decisiones.

¹⁵ *You Get What You Pay For: A Global Look at Balancing Demand, Quality, and Efficiency in Healthcare Payment Reform*. PricewaterhouseCoopers' Health Research Institute. 2008.

En un sistema descentralizado como el nuestro, son imperativos la descripción de los resultados clínicos obtenidos, el control del gasto y el desarrollo de

sistemas de *benchmarking* entre centros y entre comunidades autónomas, que se publiciten y permitan identificar las mejores prácticas y palancas de calidad

y eficiencia de los servicios sanitarios para mejorar la gestión del sistema sanitario y asegurar la efectividad del gasto.

Implicaciones

- Desarrollo de un modelo de *benchmarking* a nivel nacional, con la colaboración de todas las Comunidades Autónomas.
- Necesidad de establecer procedimientos estandarizados y transparentes para la realización de
- Definiendo evaluaciones económicas y de calidad de vida, con la implicación de la industria farmacéutica y de tecnologías sanitarias.
- Definición de un marco estratégico a nivel nacional para optimizar la eficiencia operativa del sistema sanitario.

13

Replanteamiento de un modelo de financiación que garantice la suficiencia y la equidad

El modelo de financiación autonómica es una cuestión muy compleja. La fórmula de reparto territorial se ha caracterizado en los últimos años por su carácter no finalista, que presenta, para algunos expertos, al menos tres problemas fundamentales³⁰: 1) una definición arbitraria del concepto de necesidad; 2) la insuficiencia de los mecanismos de nivelación de servicios que garanticen un mínimo de igualdad; y 3) la insuficiencia de los mecanismos diseñados para una coordinación efectiva de políticas sanitarias en el Sistema Nacional de Salud.

El nuevo modelo de financiación, cuya ley ha sido recientemente aprobada³¹, continúa siendo no finalista en cuanto a sanidad, si bien incorpora algunas mejoras como el aumento de fondos destinados a las comunidades autónomas y una mayor consideración de los criterios poblacionales.

Aunque algunos responsables sanitarios hablan de infrafinanciación del sistema, otros expertos aseguran que la financiación del sistema sanitario en España se corresponde con nuestro nivel de riqueza. Lo que es cierto es que el actual modelo de gestión y el nivel de prestaciones es generador de deuda de forma crónica. Se dice que la deuda actual supera ya los 6.000 millones de euros.

La tensión financiera del sistema sanitario público es cada vez mayor. En las próximas décadas el crecimiento del gasto sanitario vendrá determinado por factores de sobra conocidos: envejecimiento de la población, avances tecnológicos, mayores exigencias de los ciudadanos y pacientes, incremento de precios, mejoras en la calidad de los servicios (accesibilidad, coberturas, tiempos de espera, seguridad),

renovación de infraestructuras sanitarias, mayor utilización de servicios complejos, etc.

Por último, los criterios de asignación de recursos por áreas sanitarias y hospitales deben evitar la financiación basada en históricos, estableciéndose criterios de necesidad y adaptándose a los cambios dentro del área y comunidad.

La Organización Mundial de la Salud realiza una serie de recomendaciones en torno a la financiación del sistema sanitario³²: entre ellas, el focalizarse en los resultados del sistema sanitario y las prioridades a abordar; diálogo público; orientación de las reformas de los modelos de financiación a los objetivos estratégicos globales del país; y un modelo que promueva la eficiencia.

Implicaciones

- El actual sistema de financiación está generando fuertes tensiones en las administraciones sanitarias de las Comunidades Autónomas, lo que obligará a abordar el problema.
- Necesidad de impulsar nuevas y originales formas de colaboración público-privada.

³⁰ Cabezas, JM. La financiación de la sanidad pública. Extraordinario XIV Congreso Derecho y Salud, Vol. 14, marzo 2006.

³¹ 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. Publicado en el BOE el 19 de diciembre de 2009.

³² Kutzn, J. Health financing policy: a guide for decision-makers. Health Financing Policy Paper, Division of Country Health Systems, World Health Organization, 2008.

**B- LICITACIÓN DEL CONTRATO DE SERVICIO PÚBLICO
“ANTENCIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA”
(Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid)**

I. COMUNIDAD DE MADRID

D) Anuncios

Consejería de Sanidad

- 51** *RESOLUCIÓN de 23 de abril de 2010, por la que se hace pública la licitación del contrato de gestión de servicio público en la modalidad de concesión denominado "Atención sanitaria especializada correspondiente a los municipios de Collado Villalba, Alpedrete, Moralarzal, Cercedilla, Navacerrada, Los Molinos, Becerril de la Sierra y Collado-Mediano", a adjudicar por procedimiento abierto mediante pluralidad de criterios.*
1. Entidad adjudicadora: Datos generales y datos para la obtención de la información:
 - a) Organismo: Consejería de Sanidad.
 - b) Dependencia que tramita el expediente: Servicio de Contratación (Secretaría General Técnica).
 - c) Obtención de documentación e información: Consejería de Sanidad.
 - 1) Dependencia: Servicio de Contratación.
 - 2) Domicilio: Calle Aduana, número 29, planta primera.
 - 3) Localidad y código postal: 28013 Madrid.
 - 4) Teléfonos: 914 269 842/914 265 610.
 - 5) Telefax: 915 867 684.
 - 6) Correo electrónico: ...
 - 7) Dirección de Internet del "perfil del contratante":
— <http://www.madrid.org/contratospublicos>
 - 8) Fecha límite de obtención de documentación e información: 18 de junio de 2010, hasta las catorce horas.
 - d) Número de expediente: 14/2010.
 2. Objeto del contrato:
 - a) Tipo: Gestión de servicio público, modalidad concesión.
 - b) Descripción:
 - El recogido en la cláusula 2 del Pliego de Cláusulas Administrativas Particulares, consistiendo en la prestación del servicio público de atención sanitaria especializada correspondiente a la población protegida de los municipios de Collado Villalba, Alpedrete, Moralarzal, Cercedilla, Navacerrada, Los Molinos, Becerril de la Sierra y Collado Mediano.
 - La redacción del proyecto de construcción y la ejecución de las obras del Nuevo Hospital de Collado Villalba.
 - c) División por lotes y número de lotes/Número de unidades: ...
 - d) Lugar de ejecución: Comunidad de Madrid.
 - e) Plazo de ejecución: Treinta años desde la formalización del contrato.
Plazo de ejecución de las obras de construcción del Hospital: Dieciocho meses.
 - f) Admisión de prórroga: de conformidad con lo establecido en el artículo 254 de la Ley 30/2007, de 30 de octubre, de Contratos del Sector Público.
 - g) Establecimiento de un acuerdo marco (en su caso): ...
 - h) Sistema dinámico de adquisición (en su caso): ...
 - i) CPV (referencia de nomenclatura): 85100000-0.
 3. Tramitación, procedimiento y forma de adjudicación:
 - a) Tramitación: Ordinaria.
 - b) Procedimiento: Abierto.
 - c) Subasta electrónica: No procede.
 - d) Criterios de adjudicación: Pluralidad de criterios.
 4. Presupuesto base de licitación: Contrato de cuantía indeterminada; su precio se fijará una vez seleccionada la oferta del propuesto adjudicatario.

5. Garantías exigidas:
 - Provisional (importe): 500.000 euros.
 - Definitiva: 6.000.000 euros.
6. Requisitos específicos del contratista:
 - a) Clasificación, en su caso (grupo, subgrupo y categoría): No procede.
 - b) Solvencia económica y financiera y solvencia técnica y profesional, en su caso:
 - Acreditación de la solvencia económica y financiera: Los licitadores deberán justificar su solvencia conforme a los siguientes documentos y ajustándose a los criterios que a continuación se definen:
 - Declaraciones apropiadas de instituciones financieras en las que se ponga de manifiesto que el licitador o el conjunto de licitadores gozan de una situación financiera suficientemente saneada, tal que permita inferir que podrán obtenerse, de acuerdo con las prácticas usuales en los mercados financieros, la financiación suficiente para hacer frente a inversiones de más de 100.000.000 de euros. A tal efecto, los informes deberán expresar la capacidad de inversión del licitador o conjunto de licitadores. Se entenderá que se cumple con la solvencia requerida cuando la suma de las cantidades que resulten de multiplicar cada una de las magnitudes de inversión por el cociente que represente la participación prevista de cada licitador en la futura entidad adjudicataria a constituir alcance la citada cuantía de 100.000.000 de euros.
 - Las cuentas anuales del licitador o de cada uno de los licitadores que forman el grupo de los últimos tres años, de facto inscribibles conforme a los plazos vigentes. Estas cuentas habrán de reflejar resultados positivos en al menos dos de los referidos ejercicios.
 - Informe de una firma de auditoría sobre las citadas cuentas anuales del licitador o conjunto de licitadores, en el cual se ponga de manifiesto que dichas cuentas reflejan la imagen fiel de aquellos.
 - Declaración relativa a la cifra de negocios global y de las obras, suministros, servicios o trabajos realizados por el licitador o el conjunto de licitadores en el curso de los tres últimos ejercicios. La cifra de negocios de los licitadores, por sí o agrupados, ha de ser superior a 250.000.000 de euros en el global de los tres últimos ejercicios.
 - Acreditación de la solvencia técnica o profesional: En cuanto a la justificación de su solvencia técnica, el licitador o el conjunto de licitadores deberán ser responsables de la organización y planificación de los servicios de asistencia sanitaria y de los servicios complementarios no sanitarios propios de las infraestructuras sanitarias; su solvencia técnica se demostrará mediante certificados expedidos o visados por el órgano competente en la que se haga constar la justificación de la titularidad o gestión durante los últimos tres años de al menos dos hospitales de agudos con un mínimo conjunto de 150 camas funcionantes. A estos efectos, se define la gestión del centro como la responsabilidad de la organización y prestación de los servicios sanitarios y no sanitarios del centro.
 - c) Otros requisitos específicos.
 - d) Contratos reservados: No.
7. Presentación de ofertas o de solicitudes de participación:
 - a) Fecha límite de presentación: Hasta las catorce horas del día 18 de junio de 2010.
 - b) Modalidad de presentación: Según lo establecido en los Pliegos de Cláusulas Administrativas Particulares y de Prescripciones Técnicas Particulares.
 - c) Lugar de presentación:
 - 1) Dependencia: Registro General de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.
 - 2) Domicilio: Calle Aduana, número 29.
 - 3) Localidad y código postal: 28013 Madrid.
 - 4) Dirección electrónica: ...

- d) Número previsto de empresas a las que se pretende invitar a presentar ofertas (procedimiento restringido): No procede.
 - e) Admisión de variantes: No procede.
 - f) Plazo durante el cual el licitador estará obligado a mantener su oferta: Dos meses.
8. Apertura de ofertas:
- a) Dirección: Consejería de Sanidad, calle Aduana, número 29.
 - b) Localidad y código postal: 28013 Madrid.
 - c) Fecha y hora:
 - Sobre número 2 “Documentación técnica”: A las doce del día 29 de junio de 2010.
 - Apertura de proposiciones: A las doce del 7 de julio de 2010.
9. Gastos de publicidad: Serán por cuenta del adjudicatario hasta un máximo de 6.000 euros.
10. Fecha del envío del anuncio al “Diario Oficial de la Unión Europea”: 27 de abril de 2010.
11. Otras informaciones: Las proposiciones se presentarán en cuatro sobres cerrados y firmados por el licitador o persona que lo represente, debiendo figurar en el exterior de cada uno de ellos el número de referencia y la denominación del contrato al que licitan, el nombre y apellidos del licitador o razón social de la empresa y su correspondiente NIF o CIF, dirección, teléfono y fax. El número, denominación y características de los sobres se determinan en el Pliego de Cláusulas Administrativas Particulares. En su interior se hará constar una relación numérica de los documentos que contiene.

Hágase público para general conocimiento.

Madrid, a 23 de abril de 2010.—La Secretaria General Técnica, Beatriz Viana Miguel.

(01/1.764/10)