

**Descentralización administrativa:su impato sobre la investigación**  
**Tendencias y repercusiones futuras**

**David Cantarero Prieto**

Departamento de Economía. Universidad de Cantabria.

Avda de los Castros s/n. Santander 39005. Tel: 34-942-201625. Fax: 34-942-201603.

E-mail: [david.cantarero@unican.es](mailto:david.cantarero@unican.es)

## 1. Introducción

Los problemas presupuestarios se han venido reproduciendo en los últimos meses como resultado de un cada vez mayor desfase entre el crecimiento de los ingresos y gastos autonómicos, circunstancia ésta última que resulta importante en el caso de la sanidad. A esto, habría que añadir que en el caso de las CCAA las asignaciones de nivelación por aumento de su población para ser efectivas habrían de ser en un año tres puntos por encima del nivel nacional, lo cual al no producirse de modo acumulado difícilmente han llegado a ponerse en práctica.

Precisamente del modelo actual se han efectuado ya las liquidaciones correspondientes a 2002-2006. El motivo del retraso temporal es la disposición de información sobre impuestos. Los problemas de insuficiencia del gasto sanitario han tenido su reflejo en la aplicación de la garantías de asistencia sanitaria a la mayoría de CCAA.

En este sentido, la descentralización sanitaria en nuestro país no parece haber ido acompañada siempre de mecanismos efectivos de coordinación (en recursos humanos, evaluación de tecnologías sanitarias, información sanitaria, sistemas informáticos, políticas de salud pública, etc) que garanticen un nivel mínimo de igualdad en todo el SNS (García Gómez y López Nicolas, 2004; Artells, 2005; López I Casanovas *et al.*, 2005; Gonzalez y Barber, 2006). Como resultado se han producido diferencias entre CCAA en términos de insuficiencia que difícilmente responderán a factores claramente identificados en términos de eficiencia o circunstancias similares. Esto es importante dado que el sistema sanitario español debería ser capaz de combinar en todo su territorio las diferencias entre SRS con la consecución de objetivos de equidad mejorando así el bienestar social. En cualquier caso, es necesario contar con información precisa que posibilite delimitar de manera adecuada las responsabilidades en dichas diferencias entre los niveles central y autonómicos e intentar, en cierto sentido, entenderlas.

Asimismo, tras el Informe del Grupo de Trabajo del Análisis del Gasto Sanitario de la Intervención General de la Administración del Estado (IGAE), en la II Conferencia de Presidentes autonómicos y posterior Consejo de Política Fiscal y Financiera (CPFF) de 2005 se acordaron medidas de carácter temporal, si bien con escasa relación con la corresponsabilidad fiscal, para la mejora de la financiación del gasto sanitario regional.

Por otro lado, el proceso de reforma estatutaria liderado por Cataluña y seguido por otras CCAA pone en cuestión la autonomía y corresponsabilidad del actual sistema de financiación, demandando más capacidad de gobierno para las CCAA tanto en competencias como en financiación. Ambas circunstancias hacen que se esté replanteando el sistema actual de financiación, más volumen de recursos para las CC.AA., más autonomía y una mayor corresponsabilidad son las principales demandas que impulsan esta reforma. Quedan así pendientes, entre otras, estas cuestiones junto con el “cierre” del diseño del Estado de las autonomías en base a la reforma de los diferentes Estatutos que

parece seguir un proceso de emulación entre ellos (De la Fuente y Gundín, 2007). La tendencia en la futura reforma del sistema probablemente supondrá incrementos en la capacidad normativa sobre tributos cedidos y, por ende, mayores avances en la corresponsabilidad fiscal de las CCAA.

El objetivo de este trabajo consiste en estudiar en el campo de la sanidad de modo selectivo, y desde la perspectiva económica, la relación existente entre las diferencias autonómicas en el gasto y financiación y diversas variables relacionadas con la oferta de servicios sanitarios (acceso y utilización) e indicadores de salud, tratando así de concluir si las desigualdades que se observen están justificadas, por ejemplo, por diferencias en la población cubierta, por la necesidad de aprovechar las economías de escala (motivos de eficiencia), etc., o se trata más bien de diferencias poco justificables. En todo caso, el grado de aceptabilidad de ciertas desigualdades territoriales es una cuestión no exenta de cierta complejidad y de supuestos normativos cuya contrastación aún no es del todo concluyente a partir de la evidencia empírica. Asimismo, se realizan algunos comentarios respecto a la descentralización y farmacia con especial atención a la investigación en la misma.

El trabajo se organiza de la siguiente forma. En el primer apartado se analiza el SNS español así como el proceso de descentralización sanitaria, planteando así algunas de sus ventajas e inconvenientes. En el siguiente apartado se consideran las desigualdades territoriales en cuanto al gasto y financiación planteándose si dichas desigualdades están o no justificadas. A continuación, se analiza la relación entre la descentralización y farmacia así como con la investigación. Finalmente, se ofrece un apartado final de conclusiones.

## **2. Diferencias sanitarias en indicadores sanitarios autonómicos**

En este apartado se se analizan las principales diferencias en el sector sanitario entre CCAA españolas en dos variables básicas: gasto y financiación. A continuación, se relacionan dichas variables en la medida de lo posible con la oferta e indicadores sanitarios.

### **2.1. Diferencias territoriales en el gasto sanitario**

El Informe de Gasto Sanitario planteado por la IGAE en el año 2007 junto con la participación de las CCAA (Tabla 1), estima que el importe del total de gasto consolidado (conjunto de todas las Administraciones Públicas-AAPP) ha sido de unos 50053 millones de euros, es decir, un 15,19% del gasto de las AAPP y constituye la segunda política de gasto cuantitativamente más importante después de la política de protección social (García Goñi, 2006; Urbanos, 2006a y b).

**TABLA 1**  
**EVOLUCIÓN DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO CONSOLIDADO (MILLONES DE**  
**EUROS CORRIENTES). ESPAÑA**

<b>Año</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>
Gasto total consolidado	30635,60	33090,25	35501,28	38360,35	42723,15	46182,25	50053,25
% sobre el PIB	5,28	5,25	5,22	5,26	5,46	5,50	5,53
% sobre gasto de las AAPP	13,30	13,47	13,56	13,60	14,29	14,19	15,19
% crecimiento interanual		8,67	7,99	8,05	11,37	8,10	8,38
% s/renta bruta disponible hogares	8,28	7,96	8,00	8,13	8,49	8,55	8,68

FUENTE: Elaborado a partir de Informe del Grupo de Trabajo sobre Gasto Sanitario (2005 y 2007).

En cuanto al PIB, el gasto sanitario público (liquidado) llevado a cabo por todas las Administraciones Públicas españolas en el año 2005 ha pasado a ser del 5,53% frente al 5,28% de 1999. Puede observarse como en 2002 pasa a ser del 5,26%, creciendo respecto a los valores de años anteriores dado que es precisamente en ese momento cuando todas las CCAA pasaron a disponer de la gestión de competencias sanitarias. A pesar de su importancia en relación con otras políticas públicas, la clásica comparación con los Estados miembros de la Unión Europea de las cifras de gasto sanitario total y público sobre el PIB indica que el gasto destinado a la sanidad es relativamente bajo con respecto a la media europea tanto en porcentaje del PIB como en términos per cápita (OECD Health Data, 2008)

El crecimiento del gasto en sanidad y sus diferencias entre territorios una vez se avanza en los procesos de descentralización no es algo únicamente característico de nuestro país si se examina la experiencia comparada (Mills y Vaughan, 1990; Giannoni y Hitiris, 2002; Cantarero, 2003; Bankauskaite y Saltman, 2007; Del Llano, 2009). Así, en el caso concreto de nuestro país habría que añadir también los posibles efectos derivados de la asunción de competencias sanitarias por todas las CCAA en el año 2002 (Tabla 2).

En cuanto a la distribución autonómica del gasto en España, el gasto promedio por persona protegida en 2007 ha sido de 1221 euros existiendo diferencias de hasta un 34% entre algunas CCAA en ese indicador, bien debido a que el reparto no sigue estrictamente el criterio capitativo bien porque en los últimos años las CCAA cuentan con más recursos propios y realizan esfuerzos fiscales distintos. Así, desde el año 2000 la dispersión del gasto sanitario por persona protegida ha crecido aunque aún lejos de los valores de 1992-1994 motivados por problemas de afloramiento de la deuda sanitaria en esos años.

**TABLA 2**

**GASTO PER CAPITA EN SANIDAD TERRITORIALIZADO (EUROS CORRIENTES)**

Concepto	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Andalucía	449	503	527	543	567	583	618	680	766	791	837	903	964	974	1122	1151
Aragón	529	521	559	569	622	628	684	776	824	899	955	1069	1104	1154	1267	1338
Asturias	521	535	564	576	613	612	664	757	810	872	946	1061	1121	1194	1259	1352
Baleares	427	420	460	470	506	526	552	614	637	677	800	908	952	1102	1073	1096
Canarias	479	498	520	550	579	587	613	770	820	840	910	1000	1139	1426	1220	1303
Cantabria	508	528	562	576	584	631	672	773	833	921	1014	1073	1228	1311	1267	1337
Castilla y León	467	464	500	513	548	565	611	726	787	840	898	1029	1047	1128	1205	1292
Castilla La Mancha	433	447	487	501	557	560	588	675	721	774	879	936	963	1132	1187	1335
Cataluña	455	487	525	547	576	591	642	722	777	817	869	958	1039	1047	1141	1234
C. Valenciana	462	497	536	540	573	585	616	689	750	790	846	934	964	988	995	1083
Extremadura	470	487	504	526	581	588	630	725	786	826	969	1026	1087	1139	1309	1427
Galicia	402	437	479	511	566	585	623	754	797	864	902	980	1023	1077	1208	1270
Madrid	528	522	590	570	598	598	633	725	752	788	815	870	946	974	1077	1152
Murcia	441	450	466	504	576	589	606	709	768	806	861	951	1061	1066	1097	1219
Navarra	420	424	437	483	542	570	615	878	933	961	1014	1089	1167	1203	1244	1364
País Vasco	459	467	513	539	576	589	613	791	836	894	957	1028	1118	1207	1221	1368
La Rioja	444	451	501	515	514	549	585	720	791	834	910	994	1114	1203	1439	1637
<b>Promedio CCAA</b>	465	478	513	531	569	584	621	734	787	834	904	988	1061	1136	1140	1221
<b>Coefficiente Variación (%)</b>	8,36	7,63	8,04	6,09	4,78	4,32	5,10	5,80	5,04	5,58	5,77	6,23	7,92	10,41	9,00	10,00

Nota: El gasto liquidado por el INSALUD-Gestión Directa comienza a ser cada vez más fiel al gasto real desde 1993 ya que contempla la periodificación de la deuda.

FUENTE: Elaborado a partir de INE e INSALUD y Ministerio de Sanidad y Consumo.

Las diferencias en gasto per cápita en sanidad no son estrictamente un reflejo de inequidad en el sistema dado que España viene siendo un país con cierta homogeneidad interna en el gasto a la vista de la experiencia comparada. Otra forma de explicar el origen del crecimiento del gasto sanitario público y sus correspondientes diferencias territoriales consistiría en descomponer dicho crecimiento en los factores que según la literatura lo determinan: demografía (gasto por persona protegida y su envejecimiento), el incremento de la cobertura poblacional, los precios implícitos en el gasto sanitario público y la prestación real media por persona. En este sentido, aunque, de acuerdo con la evidencia empírica disponible, son los precios y la prestación real media por persona los que tienen mayor peso como factores explicativos del crecimiento, el factor demográfico ha cobrado especial relevancia en España debido a la evolución que ha registrado la población protegida (en términos de incremento) desde el año 2000 mientras que los incrementos de la cobertura poblacional son ya escasos al ser de facto nuestro sistema sanitario un SNS.

En definitiva, los factores que determinan el gasto sanitario son múltiples y variados, y su efecto sobre el gasto actual y futuro de cada CCAA así como en sus diferencias difícil de cuantificar (Repullo, 2007). Además, en lo referido a las causas de crecimiento del gasto, la competencia entre CCAA, el posible incremento de precios de los factores al fragmentarse el poder de compra y la existencia de grupos de interés con gran poder autonómico pueden tender a impulsarlo al alza tal y como predice la Teoría del Federalismo Fiscal al exportarse medidas y procesos de innovación de otras CCAA que pueden suponer finalmente un mayor coste si se entiende erróneamente que más gasto sanitario garantiza mejores resultados en salud. Si no se frena la espiral de oferta de nuevas prestaciones, el aumento generalizado de las remuneraciones al personal sanitario, etc, en el medio plazo volverán a detectarse insuficiencias financieras importantes. En todo caso, también debe reforzarse en este ámbito el papel cooperativo a desarrollar por las CCAA en el seno del Consejo Interterritorial del SNS.

Por último, indicar que las diferencias de gasto sanitario público per cápita podrían deberse a ineficiencias en el sistema aunque no siempre gastar más en sanidad suponga gastar mejor (Pita Barros, 2006). En trabajos como el de Costa-Font y Pons-Novell (2006) y Cantarero y Lago (2008) se plantea económicamente que con la descentralización el gasto sanitario público en estos últimos años se ha incrementado, gastando más per cápita las CCAA forales que las de régimen común así como también depende dicha evolución de la disponibilidad de inputs. También plantean la existencia de interacciones espaciales por las cuales el gasto sanitario público se ve influido por el gasto de las CCAA limítrofes (Urbanos, 2006a).

## **2.2 Diferencias territoriales en la financiación de la sanidad**

Según las características señaladas del modelo de financiación finalmente acordado en 2001, el aumento de la corresponsabilidad fiscal, la integración de los distintos sistemas hasta ahora existentes y la desaparición de las garantías financieras que operaban en el modelo anterior representan las principales novedades (Utrilla, 2002 y 2006; Borraz y Pou, 2005; Cabasés, 2006; Puig-Junoy, 2007). Así, la financiación sanitaria es la receptora de unos recursos mínimos que se vinculan anualmente a la evolución de los ingresos tributarios del Estado (ITE) según números 1 y 2 de la Disposición Transitoria Segunda de la Ley 21/2001, de 27 de Diciembre. En el caso del ejercicio 2006 (Tablas 3 y 4), la financiación sanitaria ha ascendido a unos 40.952,94 millones de euros con índices de crecimiento importantes y por encima del índice de evolución del PIB nominal a precios de mercado 1999-2006 (1,7520) en todas las CCAA excepto en Baleares.

La principal característica del actual Sistema de Financiación es el alto grado de autonomía financiera que proporciona a todas las CCAA, así como un notable incremento de la capacidad para variar sus ingresos en función de sus necesidades. El Estado pasa a compartir prácticamente todos sus impuestos con las CC.AA., compartiendo, también la buena o mala evolución que los mismos puedan experimentar. Mientras que en el sistema 1997-2001, las CCAA solo tenían capacidad normativa y recaudaban el 15% del IRPF, además de los clásicos Tributos Cedidos en el año 2002 acceden al 33% del IRPF, el 35% del IVA, el 40% de los Impuestos Especiales sobre el Alcohol, la Cerveza, Productos Intermedios, Labores de Tabaco e Hidrocarburos y al 100% del Impuesto Especial sobre la Electricidad, el Impuesto sobre Determinados Medios de Transporte y el Impuesto Minorista sobre la Venta de Hidrocarburos.

En un análisis más detallado de la estructura de las diferentes fuentes de financiación con que cuentan las CCAA, podemos encontrarnos con que es bastante heterogéneo. Estas diferencias en el peso de los recursos lleva, también, a una diferente evolución de la financiación que recibe cada CCAA. Sin embargo, el ITE nacional que determina la evolución del fondo de suficiencia crece (1,6935) pasa ahora a crecer por encima del PIB nominal (1,6568). Así, de la cesta de tributos que componen el ITE, el IVA es el que ha registrado un mejor comportamiento (índice de evolución entre 1999 y 2006 de 1,8328).

La recaudación estatal del IRPF crece (1,7220) claramente también por encima del ITE tras la reforma del Impuesto. A su vez, del conjunto de Impuestos Especiales (I.E.E.) (Cuadro 2), el que ha demostrado una mayor potencia recaudatoria ha sido el que corresponde a las Labores del Tabaco, con un índice de evolución entre 1999 y 2006 igual a 1,5455, muy por encima del resto. En el otro lado nos encontramos los Impuestos Especiales sobre el Alcohol (1,2464) y sobre los Hidrocarburos (1,1466) cuyo crecimiento es muy bajo en este periodo a pesar de la subida de los precios del petróleo. Tanto el IVA, como los I.E.E. se asignan a las CC.AA. en función de unos índices de

consumo y no de la recaudación real. Estos índices deberían recoger los cambios derivados de la población en las CC.AA., pero su elaboración en base a datos oficiales y su retraso, dificultan el reflejo de los incrementos de consumo atribuibles a la mayor población. Como vemos, cualquier incremento en la cesión del IVA o de los II.EE. aportará un menor dinamismo y suficiencia al total de recursos de CC.AA.

Por otro lado, las garantías de financiación sanitaria pueden entenderse en este caso de dos modos. Por un lado, para que aquellas CCAA del antiguo INSALUD-Gestión Transferida no perdiesen con el cambio del sistema no siendo de aplicación en este caso dada la positiva evolución de la financiación sanitaria. Así, las CCAA que tenían la sanidad traspasada antes de 2001, han recibido asimismo en el año 2002 la liquidación del sistema 1997/2001, como transferencia finalista. Por otro, las garantías pueden entenderse en el sentido de que se establece en la propia Ley 21/2001, de 27 de Diciembre, un mecanismo transitorio de garantía financiera dinámica por el cual durante los tres primeros años de funcionamiento del nuevo sistema (2002-2004) el Estado garantizará a las CCAA que el índice de evolución de los recursos asignados para sanidad sea el de la evolución del PIB nominal a precios de mercado (Disposición transitoria segunda de la Ley 21/2001, de 27 de Diciembre). No obstante, esta garantía ha sido ampliada tras el acuerdo de mejora de la financiación sanitaria de Septiembre de 2005, y hasta tanto se apruebe un nuevo sistema de financiación autonómica como consecuencia de la II Conferencia de Presidentes Autonómicos. El crecimiento del ITE nacional acumulado (1,6935) ha pasado ahora a ser superior al del PIB (1,6568). Este elevado crecimiento de una buena parte de la financiación de las CC.AA. provoca que en 2006 sea sólo Baleares la CCAA que recibe garantías al crecimiento de la financiación sanitaria, debiendo ésta priorizar el gasto sanitario frente a otras competencias asumidas en el futuro.

**TABLA 3. CALCULO DEL ITE NACIONAL DEFINITIVO**

ITEn	Millones de euros		Índice
	1999	2006	
IRPF	24.784.817,84	42.678.324,92	1,7220
IVA	19.977.487,87	36.615.076,48	1,8328
Alcohol	429.093,82	534.828,38	1,2464
P.Intermedios	11.892,25	13.021,24	1,0949
Cerveza	108.668,63	167.634,45	1,5426
Tabaco	2.286.868,59	3.534.451,68	1,5455
Hidrocarburos	5.365.575,09	6.152.202,82	1,1466
<b>TOTAL</b>	<b>52.964.404,09</b>	<b>89.695.539,97</b>	<b>1,6935</b>
PIB nominal			1,6568

**Fuente:** Mº Hacienda (2008).

**TABLA 4. EVOLUCION DEL SISTEMA DE FINANCIACION AUTONOMICA EN SANIDAD (1999-2006). Millones de euros**

CCAA	1999	2002	Garant.	Garant.	2003	Garant.	Garant.	2004	Garant.	Garant.	2005	Garant.	Garant.	2006	Garant.	Garant.	Índice	Índice	Índice	Índice	Índice
			2002	% s/fina sanidad		2003	% s/fina sanidad		2004	% s/fina sanidad		2005	% s/fina sanidad		2006	% s/fina sanidad	99/02	99/03	99/04	99/05	99/06
Cataluña	3975,88	4860,03	35,48	0,73	5206,03	35,77	0,69	5549,99	73,09	1,32	6187,43	0	0	6925,39	0	0,00	1,2224	1,3094	1,3959	1,5562	1,7419
Galicia	1735,67	2100,25	36,87	1,76	2234,35	53,95	2,41	2347,65	107,11	4,56	2621,62	32,73	0,09	2926,24	0	0,00	1,2101	1,2873	1,3526	1,5104	1,6859
Andalucía	4402,48	5401,17	19,61	0,36	5811,06	0	0	6161,61	64,81	1,05	6929,66	0	0	7778,03	0	0,00	1,2268	1,32	1,3996	1,574	1,7667
Asturias	744	901,63	14,46	1,6	958,06	22,83	2,38	996,94	55,3	5,55	1101,81	35,99	0,1	1239,13	0	0,00	1,2119	1,2877	1,34	1,4809	1,6655
Cantabria	399,68	492,41	0	0	527,81	0	0	557,78	7,48	1,34	626,21	0	0	697,69	0	0,00	1,232	1,3206	1,3956	1,5668	1,7456
La Rioja	202,83	244,49	5,26	2,15	264,37	3,04	1,15	281,48	5,38	1,91	312,69	0	0	353,78	0	0,00	1,2054	1,3034	1,3878	1,5416	1,7442
Murcia	674,07	835,6	0	0	898,51	0	0	962,77	0	0	1084,23	0	0	1229,77	0	0,00	1,2396	1,333	1,4283	1,6085	1,8244
C.Valenciana	2475,47	3045,97	2,08	0,07	3277,49	0	0	3500,89	0,15	0,01	3933,28	0	0	4408,96	0	0,00	1,2305	1,324	1,4142	1,5889	1,7811
Aragón	826,85	986,3	10,8	1,1	1078,24	11,88	1,1	1138,99	30,42	2,67	1275,52	0	0	1438,15	0	0,00	1,1928	1,304	1,3775	1,5426	1,7393
C.La Mancha	1094,09	1339,77	7,39	0,55	1440,57	1,88	0,13	1530,12	17,26	1,13	1722,52	0	0	1939,02	0	0,00	1,2246	1,3167	1,3985	1,5744	1,7723
Canarias	1034,4	1274,1	0	0	1358,18	5,57	0,41	1409,81	53,14	3,77	1585,59	0	0	1786,01	0	0,00	1,2317	1,313	1,3629	1,5329	1,7266
Extremadura	692,02	839,51	12,58	1,5	896,24	16,12	1,8	938,09	40,64	4,33	1049,69	8,62	0,02	1176,48	0	0,00	1,2131	1,2951	1,3556	1,5168	1,7001
Baleares	516,81	612,06	24,29	3,97	658,33	23,03	3,5	692,22	38,7	5,59	764,42	25,94	0,07	843,09	14,01	1,66	1,1843	1,2738	1,3394	1,4791	1,6313
Madrid	2990,63	3788,04	0	0	4043,99	0	0	4325,71	0	0	4853,67	0	0	5491,97	0	0,00	1,2666	1,3522	1,4464	1,623	1,8364
Castilla y León	1609,41	1941,6	40,07	2,06	2071,85	49,99	2,41	2176,86	99,33	4,56	2425,21	39,9	0,11	2719,23	0	0,00	1,2064	1,2873	1,3526	1,5069	1,6896
<b>Total</b>	<b>23374,31</b>	<b>28662,91</b>	<b>208,9</b>	<b>0,73</b>	<b>30725,12</b>	<b>224,08</b>	<b>0,73</b>	<b>32570,94</b>	<b>592,84</b>	<b>1,82</b>	<b>36473,59</b>	<b>143,18</b>	<b>0,39</b>	<b>40952,94</b>	<b>14,01</b>	<b>0,03</b>	<b>1,2263</b>	<b>1,3145</b>	<b>1,3935</b>	<b>1,5604</b>	<b>1,7520</b>
<b>ITE nacional</b>																	1,2129	1,2951	1,3325	1,5046	1,6935
<b>PIB</b>																	1,2313	1,3184	1,4143	1,5293	1,6568

Fuente: Elaboración propia a partir de Ministerio de Hacienda (2004, 2005, 2006 y 2007).

Finalmente, otras de las fuentes de diferencias territoriales alude a la posible existencia de un “déficit sanitario” que puede entenderse como la diferencia entre el volumen de recursos disponibles para la prestación de servicios sanitarios y el gasto efectivamente realizado. La estimación de dicho déficit es un ejercicio complejo, tanto desde la perspectiva del gasto como desde la de los ingresos, y puede incluso no tener sentido en un proceso de descentralización fiscal “de segunda generación” (López I Casanovas, 2005). La razón es que el modelo de financiación autonómica vigente ha hecho que la sanidad dejara de financiarse de forma específica, de ahí que el volumen de ingresos para esta partida sea el resultado de la voluntad y autonomía en el gasto de cada CCAA.

Por ello, el análisis del déficit en sanidad únicamente puede ser evaluado por el lado del gasto efectivamente realizado y las tensiones registradas en los últimos años, y muy especialmente, desde 1999, año base de aplicación de las variables de reparto de la restricción inicial destinado a satisfacer las necesidades de gasto sanitario de cada CCAA (bloque de sanidad). Por supuesto, otra de las dificultades al intentar estimar el déficit en sanidad es la escasa información sanitaria disponible en nuestro país (Borraz y Pou, 2005). Con estos condicionantes, no resulta pertinente estimar un posible déficit en la sanidad y mucho menos establecer condicionantes específicos a su reducción en una hipotética negociación del modelo de financiación.

### **2.3. Utilización, acceso e indicadores de salud territorializados**

Además de los factores anteriormente mencionados que explicarían en parte las diferencias territoriales en gasto y financiación aparecen otros elementos que pueden explicarlas.

Existen también diferencias en la utilización de los servicios sanitarios entre ámbitos geográficos distintos, incluso en el caso en el que las poblaciones que se comparan tengan patrones de morbi-mortalidad similares. En cuanto a la justificación de estas diferencias parecen responder a factores que tienen que ver en parte con la oferta disponible (González, Urbanos y Ortega, 2004; Martín, 2006; Abásolo y Cantarero, 2008), especialmente las que se puede medir en términos de infraestructura física más que otras (cobertura de programas asistenciales y carteras de servicios). Aparecen así diferencias significativas (“desigualdades visibles”) en Atención Primaria (y la implantación del nuevo modelo) y Especializada, oferta privada no benéfica, Dotaciones de aparatos de Alta Tecnología Médica-ATM y oferta geriátrica y de psiquiatría.

La demanda inducida por la oferta operaría también a este nivel y diversos trabajos empíricos demuestran que cuanto mayor es la cantidad de recursos disponibles, en términos de camas

hospitalarias, alta tecnología o recursos humanos (profesionales sanitarios), mayores son los niveles de utilización (“desigualdades menos visibles”) (González y Barber, 2006).

Además, una mayor utilización de los servicios sanitarios no implica necesariamente mejores resultados en salud. En la Tabla 5 puede observarse que la mayor dispersión entre CCAA se da en el número de plazas ofertadas de Médico Interno Residente (MIR) por millón de habitantes así como en el número de hospitales por 100.000 habitantes.

**TABLA 5**  
**OFERTA SANITARIA, ACCESO Y UTILIZACION EN 2005**

Concepto	Hospitales por 100.000 habitantes	Camas en funcionamiento por 1.000 habitantes	Médicos por hospitales por 10.000 habitantes	Tasa de plazas ofertadas MIR por millón de habitantes	Altas hospitalarias por 1.000 habitantes
Andalucía	1,19	2,55	12,71	122,17	103,42
Aragón	2,24	3,93	19,18	102,67	127,85
Asturias	1,89	3,56	17,75	81,94	121,41
Baleares	2,26	3,28	14,85	42,53	153,90
Canarias	2,38	3,87	14,80	67,80	106,39
Cantabria	1,80	3,72	16,08	193,84	109,14
Castilla y León	1,66	3,91	14,26	80,23	119,87
Castilla La Mancha	1,44	2,55	15,58	31,42	99,30
Cataluña	2,55	4,27	17,44	86,07	132,56
C. Valenciana	1,29	2,45	13,05	75,35	112,56
Extremadura	1,78	3,43	14,56	51,26	106,98
Galicia	1,73	3,56	14,51	69,41	116,56
Madrid	1,22	3,14	14,07	183,09	117,36
Murcia	1,97	3,09	13,81	66,83	118,82
Navarra	2,22	3,79	21,14	193,77	135,04
País Vasco	2,13	3,82	13,27	67,83	134,85
La Rioja	1,68	3,11	14,48	53,26	99,20
Ceuta y Melilla	2,90	2,73	15,13	n.d.	105,39
<b>Promedio</b>	1,73	3,31	14,74	135,84	117,43
<b>Coefficiente Variación (%)</b>	0,27	0,16	0,15	0,41	0,12

FUENTE: Elaborado a partir de Mº Sanidad y Consumo (2007b, c).

Por tanto, las diferencias territoriales antes planteadas en cuanto a gasto y financiación no responden exactamente a diferencias en la oferta sanitaria. Además de afectar especialmente a los grupos sociales más vulnerables, pueden deberse bien a una sobreutilización de servicios no efectivos (que incrementan el gasto sanitario y lo convierten en innecesario) bien a una infrautilización de recursos o tecnologías de demostrada eficacia o a su mala utilización.

Incluso la existencia de deseconomías de escala en CCAA con tamaños poblacionales no muy elevados explicaría un elevado gasto sanitario y un acentuado “hospitalocentrismo” (Simó, 2007; Puig-Junoy, 2007). Suele así argumentarse que el tamaño óptimo poblacional en sanidad sean los 500.000 habitantes de las áreas británicas (Smith, 1999) o los 200.000-250.000 de las áreas españolas de la Ley General de Sanidad de 1986, si bien el problema no es tanto el tamaño general de la población sino la conjunción de poblaciones, pacientes y equipos profesionales que conduzca a un uso eficiente y de calidad de los servicios sanitarios incluidos los servicios de referencia.

Asimismo, las diferencias en la oferta y acceso a los servicios sanitarios (variabilidad de utilización entre áreas de salud), injustificadas en ocasiones, resultan más intuitivas que las de salud, incluso a pesar del escaso sistema de información y, en todo caso, a que sea homogénea entre CCAA.

Por otro lado, la inequidad puede entenderse también en términos de desigualdades (“injustas”) en salud (input o componente del capital humano que genera bienestar), siendo éstas objeto de planes específicos en algunas CCAA y más importantes que las diferencias en utilización de servicios sanitarios. Las diferencias en salud entre CCAA medidas a través de las diferencias entre algunos indicadores seleccionados se mantienen entre ellas e incluso aumentan si las comparasemos en el tiempo en términos de esperanza de vida (al nacer, libre de incapacidad, en buena salud), tasa de mortalidad infantil y autovaloración de salud. Asimismo, los indicadores de salud muestran un patrón de desigualdad Noroeste-Suroeste (Benach *et al.*, 2001).

Puede que en ocasiones incluso gastando más no se consigan mejores resultados en salud y patrones de morbimortalidad. Ejemplos como el de los Estados Unidos, que dedican más recursos a sanidad que España sin conseguir indicadores de salud similares, deben hacernos reflexionar acerca de la efectividad de la política sanitaria, tal y como se ha orientado tradicionalmente.

En este sentido, más gasto en sanidad especialmente en los países desarrollados como España y, en su caso a nivel territorial, puede no suponer mejoras claras en los indicadores básicos de salud (esperanza de vida, reducción de tasas de mortalidad infantil, etc). Ello se debería a que estos países estarían alcanzando la parte en la que se producen rendimientos decrecientes en la producción sanitaria, lo que junto con el aumento de los costes marginales del gasto sanitario apenas mejoraría los resultados en salud (Appleby y Harrison, 2006; Martín, 2006; Pita Barros, 2006).

La literatura no es concluyente al respecto y muestra en ocasiones como la descentralización territorial de la Sanidad no conduce a mejoras de salud (Peckham *et al.*, 2005) al no mejorar la eficiencia de las organizaciones, si bien en Nixon y Ullmann (2006) se muestra como en un contexto más descentralizado pueden seguir mejorándose los indicadores de salud.

### 3. Descentralización y farmacia y sus implicaciones en I + D + I

En los últimos años se ha producido un crecimiento importante del gasto de tipo farmacéutico por expectativas de una sociedad cada vez más “medicalizada”, el sobreconsumo y el uso de nuevos fármacos. Según el Informe de la IGAE, el Gasto Farmacéutico total (hospitalario y extrahospitalario) suponía en 2003 un 30,13% frente al 27,71% de 1999 (Tablas 6 y 7)

**TABLA 6**

**GASTO FARMACEUTICO COMO % GASTO TOTAL**

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Australia	11,2	11,5	11,7	12	12,7	13,5	14	14,1	13,3	12,8
Austria	9,2	9,3	11,1	12,1	12,7	12,6	12,3	12,8	13,1	13
Canada	13,8	14	14,8	15,2	15,5	15,9	16,2	16,7	17	17,7
Dinamarca	9,1	8,9	9	9	8,7	8,8	9,2	9,8	10	9,4
Finlandia	14,1	14,4	14,8	14,6	15	15,5	15,8	16	16	16,3
Francia	17,6	17,6	18	18,6	19,5	20,3	20,9	18,7	18,8	18,9
Alemania	12,8	13	13,1	13,5	13,5	13,6	14,2	14,4	14,6	14,1
Grecia	15,7	16,1	16,2	13,9	14,4	15	15,1	16,2	17,1	17,4
Islandia	13,4	14	15,1	14,8	14,3	15,1	14,4	14,7	14,5	14,8
Irlanda	10,4	10,5	10,2	10,4	10,5	10,6	10,3	11	11,8	12,4
Italia	21,1	21,3	21,5	22	22	21,9	22,1	21,8	21,6	21,1
Corea	31,4	30,2	27,7	25,8	25,1	27,8	27,6	27,9	27,6	27,4
Luxemburgo	12	11,5	12,6	12,3	11,9	11	11,5	10,3	9,4	8,5
Noruega	9	9,1	9,1	8,9	8,9	9,5	9,3	9,4	9,2	9,5
España	19,2	19,8	20,8	21	21,5	21,3	21,1	21,8	22,8	22,8
Suecia	12,3	13,6	12,4	13,6	13,9	13,8	13,2	13	12,6	12,3
Suiza	10	10	10,3	10,2	10,5	10,7	10,6	10,3	10,5	10,4
Estados Unidos	8,9	9,3	9,7	10,3	11,1	11,7	12	12,3	12,4	12,3

Fuente: OECD Health Data (2006)

**TABLA 7**

**GASTO EN FARMACIA HOSPITALARIA**

	Porcentaje de variación interanual				TAM 99/03
	2.000	2.001	2.002	2.003	
Andalucía	18,07	14,76	16,17	17,01	16,50
Aragón	16,90	18,00	14,91	20,30	17,51
Asturias (Principado de)	16,10	18,88	36,72	24,96	23,92
Baleares (Islas)	23,80	17,58	26,64	17,61	21,34
Canarias	24,98	20,04	42,62	16,74	25,71
Cantabria	14,51	19,40	--	--	27,88
Castilla y León	34,36	24,72	-32,43	17,07	7,30
Castilla-La Mancha	50,45	21,64	9,91	9,01	21,69
Cataluña	19,62	15,87	19,29	17,08	17,96
Comunidad Valenciana	15,92	21,07	19,63	17,62	18,54
Extremadura	24,08	37,03	1,22	0,21	14,60
Galicia	7,78	15,30	36,91	-20,10	7,98
Madrid (Comunidad de)	22,70	24,72	25,66	25,36	24,60
Murcia (Región de)	15,80	28,31	8,50	21,81	18,38
Navarra (Comunidad Foral de)	6,00	20,77	12,63	19,21	14,50
País Vasco	13,50	11,36	11,46	13,90	12,55
Rioja (La)	25,36	9,94	15,65	40,18	22,26
Ceuta	-1,01	6,87	20,26	23,23	11,90
Melilla	23,10	37,23	39,03	48,37	36,63
<b>GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR CCAA</b>	<b>20,23</b>	<b>18,39</b>	<b>14,32</b>	<b>18,47</b>	<b>17,83</b>

Fuentes: Serie Gto farmac. MSC y OECD Health Data

Ante esto las preguntas que se plantean son obvias: si dicho resulta excesivo ya que no deja de ser otro input más en las políticas relacionadas con la salud, si el copago actual es escaso, etc. No obstante, es verdad que ha estado sujeto a posibles medidas de oferta o demanda en los últimos años de muy corto plazo (listas negativas, precios de referencia, control de precios, introducción de genéricos, etc) que están aún por debajo de lo que hacen otros países europeos y con la duda de si afectan realmente a los agentes implicados. En todo caso, la farmacia genera externalidades claramente positivas por sus actividades de I+D+I, lo que requiere marcos estables al igual que otros sectores y también Acuerdos de tipo general que no excluyan a alguna de las partes.

Lo que sí es cierto es que la descentralización sanitaria, en algunos casos desequilibrada, han cambiado el sector en los últimos años. Así, la mayoría de laboratorios farmacéuticos se encuentran con que han de contar con direcciones de relaciones institucionales, profesionales y 17 “*dispares*” Administraciones autonómicas (según su poder de control sobre la demanda, normativas, modelos de gestión, evaluaciones de medicamentos y control del gasto, etc). Es decir, han de mejorar y “*comunicarse*” por ejemplo en aspectos como la “*visita médica*” (¿fragmentada e hiperregulada?, primar calidad frente a cantidad), cooperación en investigación, formación, defensa de nuevo fármaco (con posibles beneficios) frente al maduro, además de contar con un mayor poder de decisión de la farmacia dónde se promociona la prescripción por principio activo y genérico. Igualmente, es de importancia la armonización legislativa del Estado y homogeneización del uso de nuevas tecnologías (receta electrónica) así como la utilización de medicamentos de terapia avanzada empleados en muchos países europeos.

Es el sector farmacéutico el que realiza más de un quinto del total de la inversión en I+D+I española y, por tanto, es sensible a diferentes regulaciones vía gasto-ventas y a su propio Valor Añadido Bruto. Precisamente la naturaleza de dicha I+D+I (con fármacos sujetos al control de precios o los de en proceso desarrollo con “*costes hundidos e indivisibles*”) tiene un alto riesgo y coste además de bajas tasas de éxito de dicha investigación, afectada por regulaciones diferentes además de la propia protección de derechos de propiedad. Es decir, menos medicamentos innovadores afectan finalmente a la salud y bienestar de los propios pacientes y a todo el Sistema Nacional de Salud vía menor calidad de vida.

Por ello, el valor de la propia industria farmacéutica trasciende al sector en sí mismo haciendo que en muchos casos para la Unión Europea y en contextos descentralizados se pierda competitividad frente a Estados Unidos por el mayor grado de intervención pública en Europa. La descentralización debería depender así de la calidad del grado intervención (regulación).

Ser “*free-rider*” (beneficiarse de I+D+I) que paguen otros puede no ser tan óptimo en el largo plazo dados los posibles imitadores además del retraso en la aparición de fármacos innovadores y la baja relación innovación-calidad.

#### 4. Conclusiones

En los últimos años se ha producido un desfase entre la evolución de los recursos autonómicos y el gasto en sanidad. Parece entonces lógico que, junto a la necesidad de incrementar los recursos financieros destinados a sanidad, se introduzcan medidas de racionalización del gasto sanitario autonómico así como de corresponsabilidad fiscal, si además tenemos en cuenta que la descentralización ha supuesto en muchos casos la duplicación de servicios en ciertas CCAA al existir pocos incentivos a participar en acuerdos de cooperación entre las mismas.

Dado que las CCAA siguen precisando de recursos financieros para la sanidad, éstos no deberían proceder únicamente del ejercicio de su capacidad normativa en los tributos de su competencia, ya que tendría sentido para mejorar el nivel de prestación pero no para mantener una situación de partida que podría ser insuficiente en términos financieros para algunas CCAA.

En este trabajo se ha descrito el funcionamiento del sistema actual de financiación territorial autonómica analizándose sus últimas liquidaciones disponibles (2002-2006). Lo importante en todo caso, y tal y como se reflejó en el Acuerdo de mejora de la financiación sanitaria de 2005, es que el problema es de evolución del propio gasto sanitario (necesidades), en parte motivado por un fuerte desequilibrio vertical que genera insuficiencia de recursos para el conjunto de CCAA.

Se observa también la ausencia de un claro patrón redistributivo dada la dispersión en el año base (situación de partida) de aplicación del modelo de financiación sanitaria autonómica tanto per capita como con índice ponderado y la evolución del modelo mantiene esa dispersión. Así, las diferencias en la ordenación de CC.AA según su situación de partida, incremento en cantidad y calidad de las prestaciones, coste de los factores productivos, niveles de acceso y utilización (oferta sanitaria relacionada con la renta y grado de descentralización), indicadores de salud (patrones de morbilidad) y demás elementos no siguen la misma ordenación que la efectuada según criterios de gasto (o financiación) en sanidad y ni incluso fórmulas sofisticadas de asignación descentralizada de recursos según necesidades pueden justificarlas.

La descentralización sanitaria, en algunos casos desequilibrada, han cambiado el sector farmacéutico que ha de mejorar y “*comunicarse*” por ejemplo en temas como la “*visita médica*”, cooperación en investigación, formación, defensa de nuevo fármaco frente al maduro, además de

contar con un mayor poder de decisión de la farmacia dónde se promociona la prescripción por principio activo y genérico.

En definitiva, diversos factores van a seguir presionando sobre el gasto sanitario especialmente en el medio y largo plazo, por lo que se precisará de medidas de financiación acordadas entre la Administración Central y las CCAA que fomenten la corresponsabilidad fiscal de éstas últimas aunque sin perder el carácter de bien preferente en cuanto a su suministro.

### Referencias bibliográficas

- ABASOLO, I. y CANTARERO, D. (2008): “La inversión pública en sanidad”. *Papeles de Economía Española*; 118: 197-219.
- APPLEBY J. y HARRISON, A. (2006): *Spending on Health Care. How much is enough?*. King's Fund.
- BANKAUSKAITE, V. y SALTMAN, R.B. (2007): “Central issues in the decentralization debate”, en SALTMAN, R.B., BANKAUSKAITE, V. y VRANGBAEK, K. (eds.): *Decentralization in health care*. Glasgow: European Observatory on Health Systems and Policy Series, OUP-Mc Graw Hill-WHO Europe; 141-166.
- BENACH, J., YASUI, Y., BORRELL, C., ROSA, E., PASARIN, I., BENACH, N., ESPAÑOL, E. MARTINEZ, J.M. y DAPONTE, A. (2001): *Atlas de mortalidad en áreas pequeñas en España (1987-1995)*. Barcelona: Universidad Pompeu Fabra.
- BORRAZ, S. y POU, V. (2005): “Razones para una reforma de la financiación del gasto sanitario”. *Cuadernos de Información Económica*; 188: 51-61.
- CABASES, J.M<sup>a</sup>. (2006): *La financiación del gasto sanitario desde la perspectiva de la experiencia comparada*. Fundación BBVA, Madrid.
- CANTARERO, D. (2003): “Análisis del gasto sanitario autonómico y su nueva financiación en España”. Madrid: *Investigaciones*; nº 8/03, Instituto de Estudios Fiscales.
- CANTARERO, D. (2006): “Descentralización y financiación autonómica del sistema sanitario español”. *Economistas*; nº 108: 201-205.
- CANTARERO, D. y LAGO, S. (2008): “The determinants of health care expenditure: a re-examination”. *Applied Economics Letters*; in press.
- COSTA-FONT, J. y PONS-NOVELL, J. (2006): “Public health expenditure and spatial interactions in a decentralized national health system”. *Health Economics*; 16(3): 291-306.
- GARCIA GOÑI, M. (2006): “Análisis descriptivo del gasto sanitario español: evolución, desglose, comparativa internacional y relación con la renta”. *Papeles de Trabajo del Instituto de Estudios Fiscales*; PT Nº. 24/06.

- GIANNONI, M. y HITIRIS, T. (2002): The regional impact of health care expenditure: the case of Italy. *Applied Economics*; 14: 1829-1836.
- GONZALEZ, B., BARBER, P. (2006): “Desigualdades territoriales en el Sistema Nacional de Salud (SNS) de España”. *Documentos de Trabajo de la Fundación Alternativas* 90/2006.
- GONZALEZ, B., BARBER, P. (2008): “Coordinación sanitaria. Recursos humanos del sistema sanitario”. *Revista de Administración Sanitaria*; Vol. 6, Nº 1: 63-68.
- GONZALEZ, B., URBANOS, R.M. y ORTEGA, P. (2004): “Oferta pública y privada de servicios sanitarios por Comunidades Autónomas”. *Gaceta Sanitaria*; 18(supl. 1): 82-89.
- LLANO, J. (2009): *Sanidades autonómicas: ¿solución o problema?*. Círculo de sanidad, Madrid.
- LOPEZ I CASASNOVAS, G. (2005): “Descentralización sanitaria de segunda generación”. XXV *Jornadas de la Asociación de Economía de la Salud (AES)*. Barcelona: 59-70.
- MARTIN, J.J. (2006): “Balance crítico de la descentralización territorial de la sanidad”. *Un balance del Estado de las Autonomías*; Colección estudios socioeconómicos, Fundación Cajamar: 385-404.
- MILLS, A. y VAUGHAN, J. et al. (1990): *Health System Decentralization: Concepts, Issues and Country experience*. Geneva, World Health Organization.
- MINISTERIO DE ECONOMÍA Y HACIENDA (varios años): *Financiación de las CCAA por los impuestos cedidos, Fondo de Suficiencia y Garantías de financiación de los servicios de asistencia sanitaria y liquidación definitiva de dicho ejercicio*.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (2007a): *Informe del Grupo de Trabajo sobre Gasto Sanitario (1999-2005)*. Madrid: MSC.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (2007b): *Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado – EESCRI (1999-2005)*. Madrid: MSC.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (2007c): *Catálogo Nacional de hospitales (1999-2005)*. Madrid: MSC.
- NIXON, J. y ULLMANN, P. (2006): “The relationship between health care expenditure and health outcomes”. *Europea Journal of Health Economics*; 7: 7-18.
- OECD (2008): *OECD Health Data File 2008*. Paris.
- PECKHAM, S., EXWORTHY, M., POWELL, M., GREENER, I. (2005): “Decentralisation, centralisation and devolution in publicly funded health services: decentralisation as an organisational model for health care in England”. *Report for the NHS Service Delivery and Organisation*, July 2005.
- PITA BARROS, P. (2006): “Gasto sanitario: ¿es más siempre mejor?”. *Revista Asturiana de Economía*; Nº 35: 7-21:
- PUIG-JUNOY, J. (2007): “Tensiones actuales y futuras sobre el bienestar sanitario. A la búsqueda del necesario equilibrio entre lo deseable y lo sostenible”. *Papers de la Fundació Rafael Campalans*; 148.

- REPULLO, J.R. (2007): "Gasto sanitario y descentralización: ¿saldrá a cuenta haber transferido el INSALUD?". *Presupuesto y Gasto Público*; 49/2007: 47-66.
- SIMO, J. (2007): "El gasto sanitario en España, 1995-2002. La atención primaria, Cenicienta del Sistema Nacional de Salud". *Atención Primaria*; 39(3): 127-132.
- SMITH, P.C. (1999): "Setting budgets for general practice in new NHS". *British Medical Journal*; 318: 776-779.
- URBANOS, R. (2006a): "El acuerdo de financiación sanitaria y su repercusión para el Sistema Nacional de Salud". *Presupuesto y Gasto Público*; 42: 229-240.
- URBANOS, R. (2006b): "El gasto sanitario y su financiación: evolución, tendencias y reflexiones para el futuro". *Revista Asturiana de Economía*; 35: 45-65.
- UTRILLA, A. (2002): "Los efectos del nuevo sistema de financiación autonómico sobre la suficiencia y la equidad", En Salinas, J. (ed.): *El nuevo modelo de financiación autonómica (2002)*, pp. 61-110, Estudios de Hacienda Pública, Instituto de Estudios Fiscales, Madrid.
- UTRILLA, A. (2006): "La financiación de la sanidad en España para las Comunidades Autónomas de régimen común: resultados del actual modelo y consideraciones para su reforma", En Cabasés, J.M. (dir.): *La financiación del gasto sanitario desde la perspectiva de la experiencia comparada*, pp. 161-204, Fundación BBVA, Madrid.