

## Resumen

En este trabajo se analizan las principales características de la inversión pública en sanidad en España. Aunque la inversión pública en España ha crecido de forma considerable en el período 1999-2005, se mantiene por debajo del nivel medio de la UE y de la OCDE. Además, aunque se han reducido en los últimos años, especialmente en el caso de la alta tecnología médica, se mantienen considerables desigualdades en la inversión pública per cápita por comunidades autónomas. La distribución territorial de la inversión pública no puede analizarse al margen de las economías de escala y de la inversión privada (concertada o a través de otras fórmulas de gestión sanitaria pública).

*Palabras clave:* economía de la salud, gasto público sanitario, inversión sanitaria pública y privada, *stock* de capital, eficiencia, equidad.

## Abstract

In this study we examine the main features of public investment in health in Spain. Although public investment in Spain rose considerably in the period 1999-2005, it remains below the average EU and OECD level. In addition, although inequalities have been reduced in recent times, especially in the case of high medical technology, they continue to be considerable in per capita public investment by autonomous communities. Territorial distribution of public investment may not be analysed separately from economies of scale and private investment (either arranged or by way of other public health management formulas).

*Key words:* health economics, public health spending, public and private health spending, capital stock, efficiency, equity.

*JEL classification:* H51, H54, I10.

# LA INVERSIÓN PÚBLICA EN SANIDAD

Ignacio ABÁSULO ALESSÓN

*Universidad de La Laguna*

David CANTARERO PRIETO

*Universidad de Cantabria*

## I. INTRODUCCIÓN

UNO de los pilares básicos del Estado del bienestar, junto con la educación, las pensiones y la prestación por desempleo, es la sanidad. Dicha prestación ha consolidado ya el cambio desde un modelo de seguridad social (SS) al actual Sistema Nacional de Salud (SNS) desde la Ley General de Sanidad (LGS) de 1986, teniendo además un carácter descentralizado que culminó en el año 2002 (excepto para Ceuta y Melilla). Asimismo, la Ley 16/2003, de 28 de Mayo, de Cohesión y Calidad del SNS, es el marco legal que persigue garantizar la coordinación y cooperación de los distintos servicios regionales de salud (SRS), en donde el papel inversor del sector público en el caso sanitario es muy importante.

Los problemas presupuestarios en la mayoría de las comunidades autónomas (CC.AA.) se han venido reproduciendo en los últimos años como resultado de un cada vez mayor desfase entre el crecimiento de los ingresos y de los gastos regionales, lo que ha estrechado el grado de discrecionalidad presupuestaria, circunstancia ésta última que resulta importante en el caso de la sanidad. A esto habría que añadir que en el caso de las CC.AA. las inversiones, en términos de dotaciones tanto físicas como humanas, son de una enorme cuantía, y sus repercusiones se extienden a varias generaciones. 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 Nicolás, 2004; Artells, 2005; López i Casanovas *et al.*, 2005; González y Barber, 2006). Como resultado, se han producido diferencias entre CC.AA. en términos de insuficiencia que difícilmente responderán a factores claramente identificados en términos de eficiencia o circunstancias similares (Cantarero, 2007). Esto es importante, dado que el sistema sanitario español debería ser capaz de combinar en todo su territorio las diferencias entre servicios regionales de salud con la consecución de objetivos de equidad, mejorando así el bienestar social del conjunto de los ciudadanos españoles. En cualquier caso, ahora es aún más necesario contar con toda la información precisa que posibilite delimitar de manera adecuada las responsabilidades en dichas diferencias entre los niveles central y autonómico, e intentar, en cierto sentido, entenderlas.

Más volumen de recursos para las CC.AA., más autonomía y una mayor corresponsabilidad son las principales demandas que impulsan las reformas en la financiación sanitaria, en las cuales el papel inversor ha de seguir siendo significativo. Quedan así pendientes, entre otras, estas cuestiones junto con el «cierre» del diseño del Estado de las autonomías, con base en la reforma de los diferentes es-

tatutos, que parece seguir un proceso de emulación entre ellos (De la Fuente y Gundín, 2007). En todo caso, el grado de aceptabilidad de ciertas desigualdades territoriales es una cuestión no exenta de cierta complejidad y de supuestos normativos cuyo contraste aún no es del todo concluyente a partir de la evidencia empírica.

La inversión pública en sanidad, objeto de esta investigación, constituye uno de los principales recursos para cubrir las necesidades sanitarias de las CC.AA. En este punto, deben aclararse tres cuestiones. En primer lugar, el concepto de inversión en sanidad abordado en esta investigación lo constituye la inversión en recursos físicos de capital (hospitales, camas, tecnología médica, etcétera). Sin embargo, no debe ignorarse que la «inversión» en capital humano y en conocimiento, son dos elementos de vital importancia en el desarrollo del sistema sanitario, aunque queden fuera del concepto de inversión pública en sanidad. En segundo lugar, los gastos de inversión pueden oscilar considerablemente de año a año; sin embargo, las características peculiares de los bienes de inversión en cuanto a su alto coste, a su carácter duradero y al dilatado período de tiempo de producción de algunos de ellos (edificaciones como hospitales, centros de salud, etc.), otorgan mayor relevancia al análisis de la evolución del gasto en inversión en un período suficientemente largo (más que en un año concreto) y también al estudio de la dotación de recursos de capital existentes en un momento determinado. Y en tercer lugar, no debe olvidarse que más inversión pública en sanidad no necesariamente es mejor. El nivel óptimo de inversión pública en sanidad dependerá, entre otras cosas, del capital público existen-

te en cada comunidad autónoma, de la complementariedad con el capital sanitario privado disponible, de la combinación del capital con el factor trabajo y de la demanda de servicios sanitarios en relación con la escala del capital; sólo un conocimiento de estos elementos permitirá conocer si existe una infra o sobreutilización del capital existente. Aunque estos aspectos caen fuera del ámbito de esta investigación, las diferencias (o desigualdades) territoriales de la inversión pública en sanidad son, por sí mismas, relevantes, y su análisis constituye el principal objetivo de este artículo.

En este contexto, en el presente trabajo se analizan las principales características de la inversión pública en sanidad en España y sus componentes. Para ello, en primer lugar se analizan las cifras de gasto sanitario total y de gasto en inversión en el ámbito internacional. Luego se estudia la territorialización de la inversión pública en sanidad, abordando, por un lado, el gasto en inversión realizado anualmente por las administraciones públicas durante el período 1999-2005 (por ser éste el período para el que se tiene información prácticamente completa de todas las variables e indicadores analizados), y por otro, la dotación de recursos sanitarios tanto en atención primaria como especializada al principio y al final del período analizado. En tercer lugar, se analiza el peso y las características del gasto en inversión público y privado en el ámbito hospitalario por comunidades autónomas. A continuación, se analiza la aparición de nuevas fórmulas de participación y de gestión privada de la sanidad financiada públicamente, y las implicaciones que éstas pueden tener respecto a la inversión pública en sanidad. Por último, se expo-

nen las principales conclusiones del estudio.

## II. LA INVERSIÓN PÚBLICA EN SANIDAD EN ESPAÑA EN EL CONTEXTO INTERNACIONAL

La financiación pública en sanidad en nuestro país sigue apareciendo como una de las más bajas de los países de la Unión Europea (UE), lo que ha propiciado un mayor esfuerzo financiero por parte de cada una de las CC.AA. españolas para así poder asegurar una adecuada financiación para este servicio (Suhrcke et al., 2005). En general, según el OECD Health Data (2008), la asistencia sanitaria es un sector económico importante y supone más del 8 por 100 del PIB en la mayor parte de los países (ver cuadros números 1 y 2). En concreto, los Estados Unidos son, todavía en toda la década de los noventa y con distancia sobre los demás, el país que más gasta en asistencia sanitaria en porcentaje del PIB del mundo: 15,2 por 100 del PIB y 6.347 dólares per cápita en términos de paridades de poder de compra (PPC) en 2005.

Asimismo, el gasto sanitario en 2005 oscila entre el 6 por 100 (Corea) y el 15,2 por 100 (Estados Unidos) del PIB (cuadro n.º 2). De todos modos, la diferencia entre financiación pública y privada se ha acortado en las últimas tres décadas. Por ejemplo, en Estados Unidos la financiación pública se ha incrementado considerablemente (de un 23,3 por 100 en 1960 a un 45,1 por 100 sobre el total en 2006) (cuadro n.º 3).

Desde el año 2000, en España, el gasto sanitario ha estado siempre por debajo de la media de la UE y de la OCDE tanto en porcentaje del PIB como en términos

per cápita. En 2005 el gasto sanitario en España ascendió al 8,3 por 100 del PIB frente al 9,3 por 100 de la UE o el 8,6 por 100 de la OCDE; para el gasto per cápita en dicho año las cifras fueron, respectivamente, de 2.260, 3.557 y 2.953 en PPC en dólares. En los últimos años, el peso de la financiación pública sobre el total en nuestro país se ha mantenido por encima del de la UE y de la OCDE.

En cuanto al esfuerzo inversor, el cuadro n.º 4 recoge el

gasto en inversión en porcentaje del PIB. La media del gasto en inversión en el conjunto de países de la OCDE pasa de ser el 0,19 por 100 del PIB en el año 1970 al 0,3 por 100 en el año 2005. En este último año, destacan especialmente los casos de Noruega, con el 0,6 por 100, y Bélgica, con el 0,5 por 100. España, sin embargo, se encuentra entre los países con un menor esfuerzo inversor, con un 0,2 por 100 en el año 2005. Además, en vez de crecer dicho es-

fuerzo, tal y como sucede en el resto de países, en España se mantiene (o incluso desciende) el gasto en inversión respecto al PIB (pasando del 0,3 por 100 al 0,2 por 100). Aunque con esta información no podemos cuantificar la inversión pública en España en el contexto internacional, el bajo nivel de inversión total y la alta participación de la financiación pública en sanidad indican que el nivel de inversión pública se ha mantenido con los países con un esfuerzo inversor

CUADRO N.º 1

## GASTO SANITARIO EN DÓLARES PER CÁPITA, PARIDAD DE PODER COMPRA (PPC) OCDE. 1960-2005

Países	1960	1970	1980	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Australia .....			643	1.200	1.611	2.265	2.397	2.566	2.686	2.885	2.999
Austria.....	77	196	784	1.631	2.259	2.859	2.890	3.068	3.206	3.397	3.507
Bélgica.....		150	644	1.358	1.854	2.377	2.484	2.685	3.153	3.311	3.421
Canadá.....	125	301	780	1.738	2.057	2.513	2.731	2.874	3.058	3.218	3.460
República Checa.....				560	899	980	1.082	1.195	1.340	1.388	1.447
Dinamarca .....			897	1.544	1.871	2.379	2.521	2.696	2.824	3.030	3.169
Finlandia.....	63	185	571	1.367	1.440	1.794	1.913	2.089	2.210	2.412	2.523
Francia.....	69	194	669	1.449	1.997	2.421	2.590	2.780	2.988	3.117	3.306
Alemania.....		269	971	1.769	2.275	2.671	2.809	2.937	3.090	3.162	3.251
Grecia.....		161	491	853	1.264	1.429	1.669	1.792	1.928	1.991	2.283
Hungría.....					660	852	971	1.114	1.302	1.327	1.440
Islandia.....	57	175	755	1.667	1.910	2.736	2.846	3.156	3.198	3.338	3.373
Irlanda.....	43	117	516	792	1.204	1.801	2.128	2.360	2.515	2.724	3.126
Italia.....				1.359	1.538	2.053	2.215	2.223	2.272	2.401	2.496
Japón.....	30	151	585	1.125	1.551	1.967	2.080	2.137	2.224	2.337	2.474
Corea.....			89	329	502	753	907	954	1.031	1.121	1.276
Luxemburgo.....					1.911	2.554	2.738	3.081	3.582	4.083	4.153
Méjico.....				296	386	508	551	584	628	679	724
Holanda.....			741	1.416	1.799	2.337	2.556	2.833	2.988	3.156	3.192
Nueva Zelanda.....		216	508	990	1.244	1.604	1.707	1.846	1.856	2.066	2.223
Noruega.....	49	144	668	1.370	1.863	3.039	3.266	3.629	3.840	4.082	4.328
Polonia.....				290	411	583	642	733	749	808	843
Portugal.....		48	276	636	1.036	1.509	1.569	1.657	1.824	1.913	2.029
República Eslovaca.....						603	665	730	792	1.058	1.130
España.....	16	95	363	873	1.193	1.536	1.636	1.745	2.019	2.128	2.260
Suecia.....		312	944	1.592	1.746	2.284	2.511	2.707	2.841	2.964	3.012
Suiza.....	166	346	1.017	2.034	2.598	3.256	3.471	3.719	3.829	3.990	4.069
Turquía.....			70	156	173	432	456	483	502	576	591
Reino Unido.....	84	161	470	965	1.350	1.847	2.021	2.165	2.259	2.509	2.580
Estados Unidos.....	147	351	1.065	2.738	3.656	4.570	4.915	5.305	5.682	6.014	6.347
Media UE SS.....	24,33	165,00	689,43	1.379,57	2.099,00	2.639,29	2.791,14	3.014,71	3.262,29	3.459,43	3.557,00
Media UE SNS.....	26,56	125,33	537,00	1.164,22	1.479,11	2.015,00	2.201,44	2.368,67	2.501,44	2.669,56	2.838,44
Media UE.....	23,47	125,87	555,80	1.173,60	1.649,13	2.123,40	2.283,33	2.454,53	2.646,60	2.819,87	2.953,87
Coef. variación UE.....	1,03	0,45	0,32	0,26	0,19	0,17	0,16	0,16	0,16	0,17	0,16
Media OCDE.....	30,87	119,07	462,47	1.029,90	1.421,57	1.874,90	2.018,00	2.175,90	2.324,33	2.476,67	2.601,10
Coef. variación OCDE.....	150,00	72,00	58,00	58,00	52,00	50,00	49,00	49,00	49,00	48,00	48,00

Fuente: OECD (2008).

CUADRO N.º 2

## GASTO SANITARIO EN PORCENTAJE DEL PIB EN LA OCDE. PERIODO 1960-2005

Países	1960	1970	1980	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Australia.....			6,3	6,9	7,4	8,3	8,4	8,6	8,6	8,8	8,8
Austria.....	4,3	5,2	7,5	8,4	9,7	9,9	10	10,1	10,2	10,3	10,3
Bélgica.....		3,9	6,3	7,2	8,2	8,6	8,7	9	10,5	10,7	10,7
Canadá.....	5,4	6,9	7	8,9	9	8,8	9,3	9,6	9,8	9,8	9,9
República Checa.....				4,7	7	6,5	6,7	7,1	7,4	7,2	7,1
Dinamarca.....			8,9	8,3	8,1	8,3	8,6	8,8	9,3	9,4	9,4
Finlandia.....	3,8	5,5	6,3	7,7	7,7	7	7,2	7,6	8	8,1	8,3
Francia.....	3,8	5,4	7	8,4	9,9	9,6	9,7	10	10,9	11	11,2
Alemania.....		6	8,4	8,3	10,1	10,3	10,4	10,6	10,8	10,6	10,7
Grecia.....		5,4	5,9	6,6	8,6	7,8	8,4	8,2	8,5	8,3	9
Hungría.....					7,3	6,9	7,2	7,6	8,4	8,2	8,5
Islandia.....	3	4,7	6,3	7,8	8,2	9,5	9,3	10,2	10,4	9,9	9,4
Irlanda.....	3,7	5,1	8,3	6,1	6,7	6,3	6,9	7,1	7,3	7,5	8,2
Italia.....				7,7	7,3	8,1	8,2	8,3	8,3	8,7	8,9
Japón.....	3	4,6	6,5	6	6,9	7,7	7,9	8	8,1	8	8,2
Corea.....			3,4	4	3,9	4,6	5,2	5,1	5,4	5,5	6
Luxemburgo.....		3,1	5,2	5,4	5,6	5,8	6,4	6,8	7,6	8,1	7,8
Méjico.....				4,8	5,6	5,6	6	6,2	6,3	6,5	6,4
Holanda.....			7,4	8	8,3	8	8,3	8,9	9,4	9,5	9,2
Nueva Zelanda.....		5,2	5,9	6,9	7,2	7,7	7,8	8,2	8	8,5	8,9
Noruega.....	2,9	4,4	7	7,6	7,9	8,4	8,8	9,8	10	9,7	9,1
Polonia.....				4,8	5,5	5,5	5,9	6,3	6,2	6,2	6,2
Portugal.....		2,5	5,3	5,9	7,8	8,8	8,8	9	9,7	10	10,2
República Eslovaca.....						5,5	5,5	5,6	5,9	7,2	7,1
España.....	1,5	3,5	5,3	6,5	7,4	7,2	7,2	7,3	8,1	8,2	8,3
Suecia.....		6,8	8,9	8,2	8	8,2	9	9,3	9,4	9,2	9,2
Suiza.....	4,9	5,4	7,3	8,2	9,7	10,3	10,7	11	11,4	11,4	11,4
Turquía.....			3,3	3,6	3,4	4,9	5,6	5,9	6	5,9	5,7
Reino Unido.....	3,9	4,5	5,6	6	6,9	7,2	7,5	7,6	7,7	8	8,2
Estados Unidos.....	5,1	7	8,7	11,9	13,3	13,2	13,9	14,7	15,1	15,2	15,2
Media UE SS.....	1,35	4,14	7,01	7,70	8,79	8,93	9,17	9,49	10,11	10,23	10,19
Media UE SNS.....	1,59	3,80	6,24	7,12	7,67	7,79	8,16	8,41	8,69	8,77	8,94
Media UE.....	1,40	3,79	6,42	7,25	8,02	8,07	8,35	8,57	9,05	9,17	9,31
Coef. variación UE.....	0,74	0,31	0,19	0,14	0,14	0,14	0,13	0,12	0,12	0,11	0,11
Media OCDE.....	1,51	3,17	5,06	6,26	7,17	7,54	7,84	8,13	8,47	8,56	8,62
Coef. variación OCDE..	72,00	39,00	30,00	28,00	27,00	25,00	23,00	24,00	24,00	23,00	22,00

Fuente: OECD (2008).

bajo (Islandia, Finlandia, Luxemburgo, etcétera).

En todo caso, tal y como se apuntó anteriormente, no debemos olvidar, por un lado, que los gastos de inversión pueden sufrir importantes oscilaciones de un año a otro y, por otro, que muchas veces la inversión más importante es la inversión en capital humano y en conocimiento, más que la inversión en infraestructura física.

### III. TERRITORIALIZACIÓN DE LA INVERSIÓN PÚBLICA EN SANIDAD

#### 1. Gasto público anual en inversión

Una vez que se ha finalizado en 2002 con el proceso de transferencias sanitarias a todas las CC.AA., el ejercicio de las competencias ha resultado en cierta variabilidad en políticas, prestaciones, niveles de salud, gasto, así como inversión en

sanidad, lo cual genera notables tensiones en la cohesión y equidad territorial. Ahora las CC.AA. tienen más margen de maniobra para poder decidir qué parte de sus presupuestos sanitarios se dedica fundamentalmente a inversiones, mientras que antes del año 2002 la opción del Estado consistía en repartir dichos recursos escasos bien siguiendo un criterio de equidad, como podía ser la renta per cápita, o bien a través de la población (Martínez, 2002). Ello como

CUADRO N.º 3

## GASTO SANITARIO PÚBLICO SOBRE EL TOTAL EN PORCENTAJE EN OCDE. 1960-2005

Países	1960	1970	1980	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Australia.....			62,6	66,2	65,8	67	65,9	66,6	66,5	66,9	67
Austria.....	69,4	63	68,8	72,8	72,6	75,8	75,6	75,4	75,2	75,6	76,5
Bélgica.....					78,5						
Canadá.....	42,6	69,9	75,6	74,5	71,4	70,4	70	69,6	70,3	70,3	70,2
República Checa.....		96,6	96,8	97,4	90,9	90,3	89,8	90,5	89,8	89,2	88,6
Dinamarca.....			87,8	82,7	82,5	82,4	82,7	82,9			
Finlandia.....	54,1	73,8	79	80,9	74,1	73,4	73,9	74,2	73,9	74,4	75
Francia.....	62,4	75,5	80,1	76,6	78,6	78,3	78,3	78,6	79,9	79,8	79,9
Alemania.....		72,8	78,7	76,2	81,6	79,7	79,3	79,2	78,7	77	77
Grecia.....		42,6	55,6	53,7	52	60,9	63,8	63,5	62,8	61,8	62,8
Hungría.....					84	70,7	69	70,2	71,9	71,3	70,9
Islandia.....	66,7	66,2	88,2	86,6	83,9	81,1	81	81,9	81,7	81,2	81,4
Irlanda.....	76	81,7	81,6	71,7	71,9	73,5	74,1	76	77,2	78,6	79,5
Italia.....				79,5	70,8	72,5	74,6	74,5	74,5	76	76,7
Japón.....	60,4	69,8	71,3	77,6	83	81,3	81,7	81,5	81,5	81,7	82,7
Corea.....			23,2	39,5	38,1	48,5	54,5	53,1	51,7	52,4	53,1
Luxemburgo.....		88,9	92,8	93,1	92,4	89,3	87,9	90,3	89,8	90,1	90,2
Méjico.....				40,4	42,1	46,6	44,9	43,9	44,1	46,4	45,5
Holanda.....			69,4	67,1	71	63,1	62,8	62,5			
Nueva Zelanda.....		80,3	88	82,4	77,2	78	76,4	77,9	78,3	77,2	77,4
Noruega.....	77,8	91,6	85,1	82,8	84,2	82,5	83,6	83,5	83,7	83,6	83,5
Polonia.....				91,7	72,9	70	71,9	71,2	69,9	68,6	69,3
Portugal.....		59	64,3	65,5	62,6	72,5	71,5	72,2	73,3	72	71,8
República Eslovaca.....						89,4	89,3	89,1	88,3	73,8	74,4
España.....	58,7	65,4	79,9	78,7	72,2	71,6	71,2	71,3	70,4	70,5	70,6
Suecia.....		86	92,5	89,9	86,6	84,9	81,8	82,1	82,5	81,8	81,7
Suiza.....				52,4	53,8	55,6	57,1	57,9	58,5	58,5	59,6
Turquía.....			29,4	61	70,3	62,9	68,2	70,4	71,6	72,3	71,4
Reino Unido.....	85,2	87	89,4	83,6	83,9	80,9	83	83,4	85,5	86,3	86,9
Estados Unidos.....	23,3	36,3	41,2	39,4	45,3	43,7	44,6	44,6	44,5	44,8	45,1
Media UE SS.....	21,97	42,89	55,69	62,60	75,50	63,11	63,00	63,41	54,59	54,43	54,74
Media UE SNS.....	32,57	57,97	70,59	76,70	74,29	75,94	76,56	76,92	68,16	68,28	68,66
Media UE.....	27,05	53,05	67,99	71,47	75,42	70,59	70,70	71,07	61,58	61,59	61,91
Coef. variación UE.....	0,53	0,33	0,20	0,16	0,13	0,12	0,11	0,12	0,13	0,14	0,13
Media OCDE.....	22,55	43,55	53,96	63,26	67,61	67,66	68,08	68,38	63,65	63,17	63,39
Coef. variación OCDE..	77,00	37,00	37,00	26,00	21,00	18,00	17,00	18,00	19,00	18,00	18,00

Fuente: OECD (2008).

contraposición a repartos de la inversión pública en sanidad sobre la base de criterios de eficiencia, por los que el Estado beneficiaría a regiones cuya escasez de infraestructuras sanitarias respecto a su PIB o capital privado fuese clara, o incluso basándose en supuestos efectos secundarios por los cuales mayor inversión sanitaria en regiones ricas les haría luego más generosas al ser más propensas a la solidaridad a favor de regiones más pobres vía impuestos, prestaciones

sanitarias, atención a desplazados, financiación, etc. En definitiva, en el caso del reparto territorial de la inversión pública en sanidad, como en todo problema de política pública con recursos escasos, se trataría de resolver un complejo dilema de difícil resolución técnica, pero con obvios condicionantes políticos: determinar el *trade-off* equidad-eficiencia relevante para la toma de decisiones en la asignación territorial de recursos sanitarios y, cómo no, de las inversiones

públicas. Dicho *trade-off* condicionará el sistema de reparto y las variables relevantes consideradas a la hora de distribuir regionalmente la inversión pública en sanidad. Estas variables pueden ir desde la población hasta el PIB pasando por la superficie, la insularidad u otras variables de necesidad sanitaria, como es el propio estado de salud. Un ejemplo de este último (Abásola, 1998) consistiría en distribuir la inversión pública en sanidad ponderando relativamente más a

CUADRO N.º 4

## TOTAL GASTO EN INVERSIÓN SOBRE EL PIB EN PORCENTAJE EN LA OCDE. 1960-2005

Países	1960	1970	1980	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Australia.....			0,5	0,5	0,5	0,5	0,6	0,5	0,4	0,4	
Austria.....	0,2	0,3	0,4	0,4	0,5	0,5	0,5	0,4	0,4	0,4	0,4
Bélgica.....					0,6	0,5	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5
Canadá.....	0,5	0,4	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4	0,5	0,4	0,4
República Checa.....				0,6	0,8	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,3
Dinamarca.....			0,4	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,4	0,4	0,4
Finlandia.....	0,4	0,5	0,3	0,4	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Francia.....	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3
Alemania.....		0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
Grecia.....				0,3	0,3	0,5	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
Hungría.....					0,5	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	
Islandia.....			0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,2	0,1	0,2
Irlanda.....			0,5	0,3	0,5	0,8	0,8	0,7	0,6	0,4	0,4
Italia.....				0,4	0,2	0,4	0,4	0,4	0,3	0,4	0,4
Japón.....		0,2	0,2	0,2	0,4	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	
Corea.....				0,2	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
Luxemburgo.....			0,4			0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2
Méjico.....						0,1	0,1	0	0	0	0,2
Holanda.....			0,4	0,5	0,5	0,4	0,4	0,4	0,5	0,4	
Nueva Zelanda.....											
Noruega.....	0,2	0,4	0,5	0,4	0,5	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6
Polonia.....				0,4	0,3	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,4
Portugal.....		0,1	0,3	0,1	0,2	0,4	0,4	0,3	0,5	0,4	0,4
República Eslovaca.....						0,1	0,1	0	0,3	0,6	0,3
España.....	0,1	0,3	0,2	0,3	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2
Suecia.....		0,9	0,6	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
Suiza.....	0,1	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3		
Turquía.....				0,3		0,3	0,3	0,4	0,3	0,3	0,4
Reino Unido.....		0,3	0,3	0,4	0,4						
Estados Unidos.....	0,3	0,5	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
Media UE SS.....	0,05	0,13	0,27	0,23	0,36	0,34	0,33	0,33	0,37	0,31	0,26
Media UE SNS.....	0,07	0,24	0,32	0,32	0,32	0,39	0,37	0,34	0,37	0,34	0,34
Media UE.....	0,05	0,19	0,29	0,28	0,32	0,35	0,33	0,32	0,35	0,33	0,30
Coef. variación UE.....	2,83	1,99	0,43	0,48	0,41	0,53	0,52	0,46	0,32	0,30	0,38
Media OCDE.....	0,06	0,15	0,20	0,24	0,29	0,30	0,29	0,28	0,31	0,28	0,26
Coef. variación OCDE..	238,00	140,00	58,00	49,00	55,00	54,00	55,00	56,00	43,00	48,00	39,00

Fuente: OECD (2008).

aquellas CC.AA. que no llegan a un *fair innings* (en términos de la esperanza de vida ajustada por calidad), y relativamente menos a las que lo sobrepasan (1).

En la práctica, en el sector sanitario parece haber primado más, en términos políticos, la equidad que la eficiencia al intentar repartir la inversión pública estatal sanitaria basándose en la población, para garantizar así un mismo *stock* de infraestructuras a todos

los ciudadanos del país, con independencia del lugar de residencia del ciudadano, lo cual ha beneficiado a las regiones relativamente más desfavorecidas. Asimismo, los diferentes acuerdos de transferencias sanitarias se cerraron en su momento con cada una de las CC.AA. con planes de inversión cuantificados y financiados en gran parte. A ello se unirían razones por las cuales los gobiernos centrales intentaban atender las presiones de gobiernos regiona-

les del mismo color político que el central (aún más cuando las distancias electorales fuesen más estrechas) o de gobiernos regionales nacionalistas con influencia en las Cortes Generales. Ahora, el clásico dilema de la eficiencia frente a la equidad se ha trasladado al ámbito de cada gobierno regional, que ha de decidir, ante el presupuesto del cual dispone cuánto ha de destinar a sanidad y, dentro de ello, cuál es el volumen de inversión que efectuará.

¿Cómo ha evolucionado la inversión pública en sanidad en las CC.AA.? Una forma de aproximarla es a través del gasto anual de capital de las administraciones públicas en sanidad por CC.AA., información recogida de la estadística del gasto sanitario público (MSC, 2007a). Esta estadística tiene sus principales referencias metodológicas en la Contabilidad Nacional y en el Sistema Europeo de Cuentas (SEC-95). El gasto de capital englobaría la formación bruta de capital fijo (activos fijos materiales como hospitales, alta tecnología médica, otras edificaciones, etc., y activos fijos inmateriales). Dicho gasto de capital en el sector sanitario público prácticamente se duplicó en España entre 1999 y 2005, pasando de 946 a 1.824 millones de euros (ver cuadro n.º 5).

Además, este crecimiento es superior al crecimiento del gasto

público en sanidad, ya que el gasto en capital aumentó su importancia relativa en el conjunto del gasto sanitario público, pasando del 3,5 al 4 por 100 (ver cuadro número 6). Es decir, un incremento a una tasa acumulativa de crecimiento medio anual (TAM) del 12 por 100 (cuadro n.º 7). Ni el peso relativo del gasto en capital ni su crecimiento a lo largo del período analizado ha sido homogéneo por comunidades autónomas.

En el período 1999-2005, el peso del gasto en capital respecto al gasto público sanitario de algunas comunidades es muy superior al de la media nacional (es el caso de Asturias, Cantabria y La Rioja, entre otras), mientras que otras tienen un peso sistemáticamente inferior a la media (es el caso de Andalucía y Cataluña). En este sentido, con las transferencias sanitarias producidas en 2002

se han producido diversos planes específicos de inversiones con financiación transferida directamente del Estado, acordada en el momento de dicha negociación; de ahí que en estos últimos años hayan tenido más gasto en inversión. Precisamente, CC.AA. con transferencias sanitarias más lejanas en el tiempo, como Andalucía y Cataluña, ya habían hecho en su momento esas inversiones de nivelación.

Las cifras de gasto de capital por persona protegida no hacen más que confirmar esta variabilidad territorial. En el cuadro n.º 8 se observa que, respecto a la media (de 43 euros) en 2005, Andalucía y Cataluña tienen un gasto en capital inferior (22 y 23 euros respectivamente), mientras que otras tienen un gasto en inversión muy superior, como Cantabria con 116 euros y La Rioja con 166 eu-

CUADRO N.º 5

## GASTO PÚBLICO DE CAPITAL POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS (1999-2005)

	MILES DE EUROS CORRIENTES						
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Andalucía .....	61.840	84.774	115.867	121.373	148.339	167.060	167.565
Aragón .....	37.056	34.743	30.625	43.653	27.965	44.675	52.851
Asturias .....	33.501	30.023	43.261	38.634	46.658	45.275	45.119
Baleares .....	31.966	24.180	36.921	55.627	48.468	37.746	130.631
Canarias .....	85.099	96.233	88.719	87.904	86.035	99.010	162.741
Cantabria .....	21.576	24.978	34.421	52.987	64.885	73.228	62.561
Castilla y León .....	65.879	101.369	94.010	122.978	138.221	145.893	142.125
Castilla-La Mancha .....	49.506	51.855	69.981	138.553	90.524	93.736	114.742
Cataluña .....	55.322	69.981	90.521	120.758	163.418	150.668	163.044
Comunidad Valenciana .....	84.272	64.354	81.596	111.363	160.186	151.855	163.981
Extremadura .....	38.310	35.324	27.126	95.059	37.627	54.425	68.709
Galicia .....	121.242	126.256	135.154	88.801	127.571	147.676	155.416
Madrid .....	129.881	135.590	233.184	164.926	179.536	190.098	191.267
Murcia .....	41.077	44.256	55.167	60.172	83.657	71.647	63.903
Navarra .....	21.278	24.810	21.820	22.717	17.870	24.591	15.531
País Vasco .....	56.662	62.217	63.891	62.076	64.526	63.652	72.087
Rioja (La) .....	9.171	9.562	11.225	15.351	14.257	26.214	48.303
Ceuta .....	1.605	1.561	773	1.289	1.932	1.359	1.730
Melilla .....	682	2.237	2.780	1.120	702	926	2.033
<b>GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR CC.AA. ....</b>	<b>945.926</b>	<b>1.024.305</b>	<b>1.237.042</b>	<b>1.405.341</b>	<b>1.502.377</b>	<b>1.589.734</b>	<b>1.824.339</b>

Fuente: MSC (2007a).

CUADRO N.º 6

## PESO DEL GASTO DE CAPITAL SOBRE EL TOTAL DEL GASTO PÚBLICO SANITARIO POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS

	PORCENTAJE SOBRE EL TOTAL DEL GASTO DE LA COMUNIDAD						
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Andalucía .....	1,33	1,61	2,11	2,07	2,30	2,38	2,23
Aragón .....	4,31	3,80	3,04	4,02	2,27	3,26	3,66
Asturias .....	4,22	3,56	4,77	3,93	4,23	3,84	3,60
Baleares .....	6,63	4,71	6,47	8,05	6,08	4,33	12,32
Canarias .....	6,96	7,20	6,24	5,51	4,77	5,19	7,56
Cantabria.....	5,52	5,89	7,26	10,06	10,59	11,07	8,71
Castilla y León.....	3,92	5,58	4,85	5,93	5,80	5,75	5,16
Castilla-La Mancha.....	4,49	4,38	5,44	9,34	5,62	5,79	5,51
Cataluña .....	1,27	1,48	1,79	2,20	2,61	2,28	2,26
Comunidad Valenciana .....	3,15	2,18	2,57	3,18	4,01	3,53	3,53
Extremadura .....	5,26	4,50	3,27	9,79	3,54	4,83	5,66
Galicia .....	6,24	6,15	6,06	3,81	5,01	5,22	5,30
Madrid .....	3,81	3,78	5,98	3,90	3,90	3,60	3,35
Murcia .....	5,52	5,40	6,17	6,11	7,41	5,70	4,57
Navarra.....	4,65	5,04	4,21	4,05	2,92	3,70	2,23
País Vasco.....	3,50	3,64	3,49	3,15	3,05	2,81	2,90
Rioja (La) .....	5,05	4,82	5,24	6,29	5,24	8,43	13,69
Ceuta .....	3,60	3,31	1,55	2,34	3,20	2,05	2,43
Melilla .....	1,58	4,56	5,11	1,96	1,15	1,36	2,71
<b>GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR CC.AA.....</b>	<b>3,46</b>	<b>3,45</b>	<b>3,89</b>	<b>4,05</b>	<b>3,88</b>	<b>3,79</b>	<b>3,99</b>

Fuente: MSC (2007a).

CUADRO N.º 7

## TASAS DE CRECIMIENTO ANUAL Y ACUMULATIVA DE LOS GASTOS DE CAPITAL POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS

	PORCENTAJE DE VARIACIÓN INTERANUAL						
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	TAM 99/05
Andalucía .....	37,09	36,68	4,75	22,22	12,62	0,30	18,07
Aragón .....	-6,24	-11,85	42,54	-35,94	59,75	18,30	6,10
Asturias .....	-10,38	44,09	-10,69	20,77	-2,96	-0,34	5,09
Baleares .....	-24,36	52,69	50,67	-12,87	-22,12	246,08	26,44
Canarias .....	13,08	-7,81	-0,92	-2,13	15,08	64,37	11,41
Cantabria.....	15,77	37,80	53,94	22,46	12,86	-14,57	19,41
Castilla y León.....	53,87	-7,26	30,81	12,40	5,55	-2,58	13,67
Castilla-La Mancha.....	4,75	34,96	97,99	-34,67	3,55	22,41	15,04
Cataluña .....	26,5	29,35	33,40	35,33	-7,80	8,21	19,74
Comunidad Valenciana .....	-23,64	26,79	36,48	43,84	-5,20	7,99	11,73
Extremadura .....	-7,79	-23,21	250,43	-60,42	44,64	26,25	10,23
Galicia .....	4,14	7,05	-34,30	43,66	15,76	5,24	4,23
Madrid .....	4,40	71,98	-29,27	8,86	5,88	0,62	6,66
Murcia.....	7,74	24,66	9,07	39,03	-14,36	-10,81	7,64
Navarra .....	16,60	-12,05	4,11	-21,34	37,61	-36,84	-5,11
País Vasco.....	9,80	2,69	-2,84	3,95	-1,36	13,25	4,09
Rioja (La) .....	4,26	17,39	36,76	-7,13	83,87	84,26	31,90
Ceuta .....	-2,74	-50,49	66,73	49,89	-29,66	27,27	1,25
Melilla .....	228,10	24,27	-59,72	-37,35	31,95	119,54	19,97
<b>GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR CC.AA.....</b>	<b>8,29</b>	<b>20,77</b>	<b>13,60</b>	<b>6,90</b>	<b>5,81</b>	<b>14,76</b>	<b>11,57</b>

Fuente: MSC (2007a).



CUADRO N.º 8

## GASTOS DE CAPITAL POR PERSONA PROTEGIDA

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
<b>TOTAL ESTATAL</b> .....	<b>24</b>	<b>26</b>	<b>31</b>	<b>34</b>	<b>36</b>	<b>38</b>	<b>43</b>
Andalucía .....	8	12	16	16	19	22	22
Aragón .....	32	30	26	38	23	37	43
Asturias .....	32	29	42	37	45	43	43
Baleares .....	40	28	42	59	50	38	136
Canarias.....	54	59	52	50	47	54	86
Cantabria.....	43	49	67	101	121	137	116
Castilla y León.....	28	43	40	51	59	61	59
Castilla-La Mancha.....	30	31	41	79	52	52	61
Cataluña .....	9	11	14	18	24	22	23
Comunidad Valenciana .....	20	16	19	25	35	34	35
Extremadura .....	37	35	27	92	34	51	65
Galicia .....	47	49	52	34	49	57	59
Madrid .....	28	28	47	32	34	35	34
Murcia.....	39	41	49	52	70	58	50
Navarra.....	40	46	39	40	31	42	26
País Vasco.....	28	30	31	30	31	31	34
Rioja (La).....	36	38	42	56	51	91	166
Ceuta.....	28	27	13	21	33	23	29
Melilla .....	16	44	52	21	13	17	40
Coefficiente de variación (porcentaje) ....	56,36	54,96	48,61	57,80	45,61	47,93	60,97

Fuente: MSC (2007a).

ros. Los coeficientes de variación en todo el período muestran que estas desigualdades en inversión pública per cápita por CC.AA. son considerables y, lejos de reducirse, parece que dicha variabilidad se mantiene o se aumenta (como es el caso del año 2005).

Como ya se mencionó anteriormente, es preciso matizar que las economías de escala que caracterizan al sector sanitario pueden explicar, al menos en parte, que aquellas comunidades con menor población tengan un gasto en inversión per cápita superior para mantener una prestación sanitaria similar a la del conjunto nacional. Esto no explica, sin embargo, que la variabilidad en la inversión per cápita se mantenga, a lo largo del tiempo, entre comunidades que tienen mayor población. En todo caso, entre los inconvenientes de la descentralización en un sistema sanitario está justamente el no aprovechar suficien-

temente las ventajas de comparar y coordinar, entre otros, los gastos de capital, así como las economías de red y de información. Por otra parte, tal y como se recoge en el informe del grupo de trabajo sobre el gasto sanitario (MSC, 2007a), es preciso tener en cuenta que muchas CC.AA. financian las infraestructuras sanitarias mediante sistemas de concesión administrativa, con lo que las cifras presentadas en estos cuadros estarían infraestimando el gasto efectivo en capital.

## 2. Dotación de recursos sanitarios de capital

Los indicadores de gasto público anual en inversión dan una idea del esfuerzo inversor del sector público en sanidad de las distintas comunidades autónomas a lo largo de un período determinado. Sin embargo, y aunque contribuyen al *stock* de capital públi-

co en sanidad, no dicen nada de la dotación de recursos físicos de cada comunidad en un momento dado, que es lo que, en última instancia, determina (o al menos influye en) la utilización y acceso a los servicios sanitarios públicos por parte de los ciudadanos. La evidencia disponible muestra que existen diferencias territoriales en la utilización de los servicios sanitarios incluso en el caso en el que las poblaciones que se comparan tengan patrones de morbi-mortalidad similares. Parte de esas diferencias parecen responder a factores que tienen que ver en parte con la oferta disponible (González, Urbanos y Ortega, 2004; Martín, 2006), heredera de las inversiones realizadas en cada región, especialmente las que se puede medir en términos de infraestructura física más que otras (cobertura de programas asistenciales y carteras de servicios). En este epígrafe, nos referiremos a los recursos públicos de capital, tanto en

el nivel primario de atención (básicamente, disponibilidad de centros de salud) como en el nivel de atención especializada y hospitalaria (disponibilidad de camas, quirófanos y equipos de alta tecnología médica). Antes de centrarnos en los recursos en ambos niveles de atención, habría que decir que el peso que los servicios hospitalarios y especializados tienen en el gasto público sanitario total se ha mantenido en torno al 54 por 100 a lo largo de todo el período 1999-2005, mientras que el peso del gasto en servicios primarios de salud sólo ha representado en torno al 14 por 100, también durante todo el período analizado (MSC, 2007a). Esos porcentajes son muy distintos en el entorno internacional (desde 1995 nuestro gasto hospitalario público se ajusta a nuestra renta y, como parte del PIB, se sitúa en los promedios europeos, si bien a la atención primaria le sucede lo contrario desde hace tiempo) lo

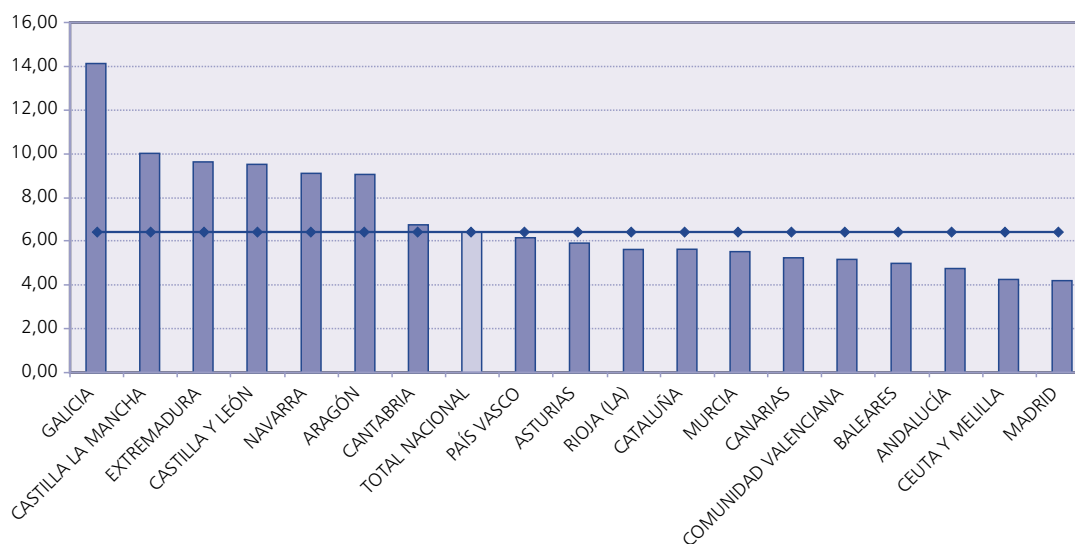
que muestra el acentuado (y consolidado a lo largo del tiempo) «hospitalocentrismo» en nuestro Sistema Nacional de Salud (Simó, 2007). Si el nivel primario de atención es potencialmente capaz de resolver más del 90 por 100 de las demandas, parece aún más claro dicho desequilibrio de recursos entre ambos niveles de atención sanitaria.

Con respecto al nivel de atención primaria, el gráfico 1 muestra la tasa de centros de salud por 100.000 habitantes para 2005 por CC.AA. (2). Puede apreciarse una importante variabilidad en este indicador (con un coeficiente de variación del 37 por 100), yendo desde los catorce centros de salud por 100.000 habitantes de Galicia (o diez de Castilla-La Mancha y Extremadura) hasta los cuatro de Madrid (ó los cinco de Andalucía, Baleares y Valencia). Además, estas cifras podrían ser más preocupantes si tenemos en cuenta los resul-

tados de un reciente estudio que muestra que el acceso al médico general podría explicarse en parte por la disponibilidad de centros de salud a escala de CC.AA., una vez ajustado por necesidad sanitaria y características socioeconómicas y demográficas a escala individual (Abásolo, Pinilla y Negrín, 2008). Por tanto, puede decirse que aún en 2005 existen importantes diferencias en la dotación de estos recursos físicos, y además pueden ser determinantes en el acceso al nivel de atención primaria de sanidad.

En relación con la atención especializada, y en particular en cuanto al número de hospitales, así como el de camas, tras el proceso de redimensionamiento hospitalario para la reducción de dicho número, la dotación sigue siendo desigual entre CC.AA. (González y Barber, 2006). Eso mismo se observa si comparamos el número de camas y de quirófanos por 100.000

GRÁFICO 1  
CENTROS DE SALUD POR 100.000 HABITANTES. AÑO 2005



Fuente: Elaboración propia a partir del SIAP (MSC).

habitantes en 1999 y 2005 (ver cuadro n.º 9). El número total de camas por 100.000 habitantes en 2005 fue de 331 (40 menos que en 1999), de las que el 65 por 100 (217) son públicas y el 35 por 100 (113) son privadas. Existe una cierta desigualdad en cuanto a la distribución territorial de las camas públicas en 1999, que prácticamente se mantiene en 2005 (con un coeficiente de variación invariable en torno al 16 por 100).

Sin embargo, la distribución de camas privadas es mucho más desigual (coeficiente de variación superior al 65 por 100), hecho que se da tanto en 1999 como en 2005. La mayor presencia privada coincide en aquellas comunidades en las que hay una menor dotación relativa de camas públicas: por ejem-

plo, Cataluña, con la menor dotación de camas públicas por 100.000 habitantes (156), tiene la mayor dotación de camas privadas (270). Sin embargo, otras comunidades, como Aragón, Extremadura y Castilla-La Mancha, con un número de camas públicas sensiblemente superior a la media estatal, son las que cuentan con menor número de camas privadas (3). Además, esta realidad se da tanto en 1999 como en 2005, con lo que no podemos decir que haya habido cambios en el mapa de distribución de camas. Esta aparente relación de complementariedad entre lo público y lo privado, a la hora de formar la dotación total de recursos hospitalarios, se reproduce en idéntico sentido con los quirófanos por 100.000 habitantes. El número de quirófanos prácticamente se man-

tiene entre 1999 y 2005, aunque el cambio más notable es que se reduce considerablemente la desigualdad en la dotación de quirófanos totales (el coeficiente de variación pasa del 19 al 13 por 100), no tanto por una distribución más igualitaria de los públicos, sino sobre todo por una distribución más equilibrada de los privados. En todo caso, la medida en que el papel de los recursos privados permita, de hecho, una reducción en las desigualdades de acceso a los cuidados hospitalarios que podrían existir de haber sólo recursos públicos es algo incierto, que depende, entre otras cosas, del número de camas y quirófanos concertados por CC.AA. (información no disponible). Eso asumiendo un mismo nivel de calidad en ambos ámbitos de la atención hospitalaria, y asumiendo

CUADRO N.º 9

**DOTACIÓN PÚBLICA Y PRIVADA DE CAMAS Y QUIRÓFANOS**  
(Por 100.000 habitantes)

	AÑO 1999						AÑO 2005					
	Camas			Quirófanos			Camas			Quirófanos		
	Total	Pública	Privada	Total	Pública	Privada	Total	Pública	Privada	Total	Pública	Privada
Andalucía.....	294,3	227,1	67,2	7,4	5,3	2,1	254,8	192,2	62,5	7,7	5,6	2,2
Aragón.....	432,1	357,8	74,2	8,3	6,4	1,9	392,9	318,7	74,2	7,8	5,9	1,9
Asturias.....	369,7	284,2	85,5	7,7	5,4	2,3	356,5	270,5	86,0	8,2	5,7	2,5
Baleares.....	412,0	276,0	136,0	10,1	4,5	5,6	328,4	215,3	113,1	9,4	4,7	4,7
Canarias.....	487,1	318,3	168,8	9,3	5,6	3,7	387,7	238,5	149,2	7,9	4,2	3,7
Cantabria.....	397,4	270,6	126,8	7,6	5,1	2,5	371,9	255,6	116,3	7,8	5,7	2,1
Castilla y León.....	429,6	305,0	124,6	8,4	6,3	2,1	391,0	263,1	128,0	8,0	5,5	2,5
Castilla-La Mancha.....	293,0	265,7	27,3	5,9	4,4	1,5	255,3	232,3	23,0	5,9	4,5	1,3
Cataluña.....	468,2	172,5	295,6	9,6	3,7	5,9	426,6	155,9	270,7	8,9	3,3	5,6
Comunidad Valenciana.....	287,0	237,7	49,2	8,9	6,1	2,8	245,0	204,4	40,7	8,3	5,8	2,5
Extremadura.....	351,0	324,2	26,7	6,3	4,9	1,4	343,3	311,3	32,0	8,1	6,1	2,0
Galicia.....	367,3	282,1	85,3	8,8	5,3	3,4	356,1	276,4	79,7	9,2	6,2	3,0
Madrid.....	373,6	248,7	124,9	9,8	5,9	3,9	313,8	202,2	111,6	8,9	5,3	3,6
Murcia.....	345,0	239,3	105,6	7,8	5,0	2,7	309,0	211,6	97,5	8,3	5,4	2,9
Navarra.....	433,3	261,9	171,4	11,7	6,7	5,0	379,0	223,1	155,9	11,1	6,1	5,1
País Vasco.....	396,8	257,6	139,3	9,6	5,6	4,0	382,1	265,2	116,9	9,0	5,5	3,5
Rioja (La).....	333,4	314,5	18,9	5,7	4,9	0,8	311,2	270,0	41,2	7,0	5,6	1,3
Ceuta y Melilla.....	326,9	326,9	0,0	6,9	6,9	0,0	273,5	273,5	0,0	8,5	8,5	0,0
Máximo.....	487,1	357,8	295,6	11,7	6,9	5,9	426,6	318,7	270,7	11,1	8,5	5,6
Mínimo.....	287,0	172,5	0,0	5,7	3,7	0,0	245,0	155,9	0,0	5,9	3,3	0,0
Coef. variación.....	15,7	16,0	69,6	19,0	15,2	55,9	16,1	17,4	66,0	13,0	18,9	49,8
TOTAL ESTATAL.....	372,2	249,4	122,8	8,6	5,3	3,3	330,7	217,3	113,4	8,4	5,1	3,2

Fuente: Elaboración propia a partir de MSC (2007b,c).

también que la colaboración privada resulta más económica que la titularidad pública de esos recursos hospitalarios (aspectos que merecerían un análisis más detallado).

Con respecto a la alta tecnología médica (ATM), en las últimas décadas hemos asistido a una rápida sucesión de cambios tecnológicos que han tenido especial impacto en el ámbito sanitario. La incorporación de los avances tecnológicos al Sistema Nacional de Salud supone un aumento en el gasto público en inversión sanitaria, pero también generan claras mejoras en la calidad y la efectividad de la atención sanitaria. Es por ello por lo que resulta relevante conocer su distribución por CC.AA., ya que de ello depende, al menos en parte, el acceso igualitario de los pacientes del SNS a los beneficios de estas nuevas tecnologías.

Para este análisis, hemos considerado los siguientes equipos tecnológicos: aceleradores lineales (AL), tomografía axial computarizada (TAC), equipos de resonancia magnética (RM), salas de hemodinámica (SH), equipos de angiografía digital (AD) y gammacámaras (GC).

Los cuadros n.ºs 10 y 11 recogen la dotación por millón de habitantes de dichos equipos de alta tecnología. Los coeficientes de variación (c.v.) del total de equipos muestran que en 1999, había considerables desigualdades, las más importantes se producían en los AL (con un c.v. del 98 por 100), seguidos de la RM (c.v. 64 por 100), SH (c.v. 61 por 100), AD (c.v. 58 por 100), GC (57 por 100) y TAC (45 por 100). Aunque en 2005 los c.v. muestran que se mantiene una notable desigualdad en equipos de

ATM, de forma distinta a lo que observábamos con las camas y quirófanos, de 1999 a 2005 se ha producido una considerable reducción en dicha desigualdad, tal y como muestra la reducción significativa de los c.v., especialmente en los casos de los AL (que se reduce al 59 por 100 en 2005), de la RM (47 por 100), de las SH (50 por 100) y TAC (36 por 100). Las diferencias territoriales en la dotación de otros equipos de ATM no se han reducido de forma tan acentuada: AD (55 por 100) y GC (51 por 100) en 2005.

La mayor parte de la reducción de esta desigualdad es atribuible a la mayor inversión pública en ATM en los casos de los AL, RM y TAC, lo cual no significa que no haya habido también un aumento importante de la inversión privada en este campo. En todo caso, no debemos olvidar que las desi-

CUADRO N.º 10

**DOTACIÓN PÚBLICA Y PRIVADA DE ALTA TECNOLOGÍA MÉDICA. AÑO 1999**  
(Por millón de habitantes)

	ACELER. LINEAL (AL)			TAC			RESON. MAGN (RM)			SALA HEMODIN. (SH)			ANGIOGRAF DIG (AD)			GAMMACAMARA (GC)		
	Total	Públic.	Priv.	Total	Públic.	Priv.	Total	Públic.	Priv.	Total	Públic.	Priv.	Total	Públic.	Priv.	Total	Públic.	Priv.
Andalucía .....	1,4	1,2	0,1	9,2	6,2	3,0	1,5	0,4	1,1	2,7	1,9	0,8	1,6	1,4	0,3	3,3	3,0	0,3
Aragón .....	0,8	0,8	0,0	10,1	8,4	1,7	4,2	1,7	2,5	4,2	2,5	1,7	5,1	2,5	2,5	4,2	3,4	0,8
Asturias .....	0,9	0,9	0,0	12,9	9,2	3,7	2,8	0,9	1,8	1,8	0,9	0,9	3,7	2,8	0,9	3,7	2,8	0,9
Baleares .....	1,2	1,2	0,0	20,7	8,5	12,2	7,3	1,2	6,1	3,7	1,2	2,4	3,7	1,2	2,4	4,9	1,2	3,7
Canarias .....	2,4	2,4	0,0	13,8	7,8	6,0	2,4	0,6	1,8	6,0	5,4	0,6	6,0	5,4	0,6	6,0	4,2	1,8
Cantabria .....	3,8	1,9	1,9	9,5	7,6	1,9	3,8	1,9	1,9	3,8	3,8	0,0	3,8	3,8	0,0	3,8	3,8	0,0
Castilla y León .....	1,2	1,2	0,0	10,0	7,2	2,8	2,0	0,8	1,2	1,6	1,6	0,0	2,4	2,4	0,0	2,8	2,4	0,4
Castilla-La Mancha .....	0,0	0,0	0,0	7,5	4,1	3,5	2,9	0,0	2,9	1,2	0,6	0,6	2,3	1,7	0,6	1,7	1,2	0,6
Cataluña .....	1,9	1,3	0,6	10,1	3,5	6,6	3,9	1,1	2,7	3,4	1,6	1,8	3,4	1,3	2,1	4,3	2,4	1,9
Comunidad Valenciana .....	2,2	1,2	1,0	10,6	7,4	3,2	3,2	0,5	2,7	4,7	3,0	1,7	3,4	2,5	1,0	3,2	2,5	0,7
Extremadura .....	0,9	0,9	0,0	7,5	7,5	0,0	0,9	0,9	0,0	0,9	0,9	0,0	0,9	0,9	0,0	3,7	2,8	0,9
Galicia .....	0,7	0,0	0,7	13,2	7,3	5,9	5,5	1,1	4,4	2,9	1,5	1,5	5,1	3,3	1,8	3,7	1,5	2,2
Madrid .....	3,1	2,3	0,8	12,2	7,4	4,9	7,2	2,7	4,5	5,4	3,3	2,1	4,9	3,1	1,7	7,6	6,4	1,2
Murcia .....	1,8	1,8	0,0	8,8	6,2	2,7	2,7	0,9	1,8	1,8	1,8	0,0	0,9	0,9	0,0	2,7	2,7	0,0
Navarra .....	7,4	1,9	5,6	14,9	7,4	7,4	5,6	1,9	3,7	3,7	1,9	1,9	3,7	1,9	1,9	9,3	3,7	5,6
País Vasco .....	2,4	1,4	1,0	11,0	7,1	3,8	3,8	1,0	2,9	4,3	2,9	1,4	4,3	3,8	0,5	5,7	3,8	1,9
Rioja (La) .....	0,0	0,0	0,0	0,8	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,4	0,0
Ceuta y Melilla .....	0,0	0,0	0,0	0,8	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Máximo .....	7,4	2,4	5,6	20,7	9,2	12,2	7,3	2,7	6,1	6,0	5,4	2,4	6,0	5,4	2,5	9,3	6,4	5,6
Mínimo .....	0,0	0,0	0,0	0,8	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Coef. variación .....	98,1	67,1	206,2	45,3	38,8	78,9	64,2	73,9	70,4	60,9	70,9	88,3	58,4	65,2	102,1	57,6	56,8	113,7
TOTAL ESTATAL .....	1,8	1,3	0,5	10,8	6,5	4,3	3,6	1,0	2,6	3,4	2,2	1,2	3,3	2,3	1,1	4,3	3,1	1,2

Fuente: Elaboración propia a partir de MSC (2007b,c).

CUADRO N.º 11

**DOTACIÓN PÚBLICA Y PRIVADA DE ALTA TECNOLOGÍA MÉDICA. AÑO 2005**  
(Por millón habitantes)

	ACELER. LINEAL (AL)			TAC			RESON. MAGN (RM)			SALA HEMODIN. (SH)			ANGIOGRAF. DIG (AD)			GAMMACAMARA (GC)		
	Total	Públic.	Priv.	Total	Públic.	Priv.	Total	Públic.	Priv.	Total	Públic.	Priv.	Total	Públic.	Priv.	Total	Públic.	Priv.
Andalucía.....	2,0	1,9	0,1	11,2	7,6	3,6	5,0	2,5	2,4	3,8	2,5	1,3	2,5	2,0	0,5	4,1	3,6	0,5
Aragón.....	1,6	1,6	0,0	14,2	11,0	3,2	5,5	2,4	3,2	3,2	1,6	1,6	3,2	2,4	0,8	5,5	4,7	0,8
Asturias.....	2,8	2,8	0,0	14,9	11,1	3,7	6,5	3,7	2,8	2,8	1,9	0,9	2,8	1,9	0,9	3,7	2,8	0,9
Baleares.....	3,1	2,0	1,0	17,3	7,1	10,2	10,2	2,0	8,1	7,1	2,0	5,1	4,1	2,0	2,0	5,1	2,0	3,1
Canarias.....	3,0	3,0	0,0	12,7	7,6	5,1	7,1	1,5	5,6	5,1	3,6	1,5	5,1	3,6	1,5	6,1	3,6	2,5
Cantabria.....	5,3	5,3	0,0	10,7	8,9	1,8	5,3	3,6	1,8	3,6	3,6	0,0	3,6	3,6	0,0	3,6	3,6	0,0
Castilla y León.....	2,8	2,4	0,4	10,8	8,4	2,4	3,6	1,2	2,4	3,2	2,4	0,8	2,4	2,0	0,4	4,0	3,6	0,4
Castilla-La Mancha.....	1,1	1,1	0,0	12,7	7,9	4,8	9,0	4,2	4,8	2,6	2,1	0,5	3,2	2,6	0,5	3,2	2,1	1,1
Cataluña.....	2,6	1,9	0,7	10,4	5,1	5,3	5,3	2,3	3,0	4,7	2,0	2,7	4,0	2,0	2,0	4,3	2,4	1,9
Comunidad Valenciana.....	3,2	1,9	1,3	13,2	8,5	4,7	6,6	2,8	3,8	5,1	3,2	1,9	3,8	2,3	1,5	4,0	2,8	1,3
Extremadura.....	1,8	1,8	0,0	14,8	11,1	3,7	8,3	5,5	2,8	2,8	1,8	0,9	0,9	0,9	0,0	5,5	4,6	0,9
Galicia.....	3,3	2,2	1,1	17,4	10,5	6,9	10,1	4,0	6,2	3,6	2,2	1,4	5,8	4,3	1,4	4,0	2,2	1,8
Madrid.....	3,9	2,5	1,3	12,4	7,4	5,0	11,4	4,4	7,0	6,5	4,2	2,3	5,7	3,9	1,8	7,7	6,2	1,5
Murcia.....	2,2	2,2	0,0	13,5	11,2	2,2	4,5	3,0	1,5	3,0	2,2	0,7	1,5	1,5	0,0	1,5	1,5	0,0
Navarra.....	6,7	1,7	5,1	15,2	8,4	6,7	8,4	3,4	5,1	5,1	1,7	3,4	5,1	1,7	3,4	8,4	3,4	5,1
País Vasco.....	3,8	2,8	0,9	12,7	8,9	3,8	6,1	1,4	4,7	4,7	2,8	1,9	5,2	4,2	0,9	5,6	3,3	2,4
Rioja (La).....	0,3	0,3	0,0	1,3	0,7	0,7	1,3	0,7	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,3	0,0
Ceuta y Melilla.....	0,0	0,0	0,0	1,4	1,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Máximo.....	6,7	5,3	5,1	17,4	11,2	10,2	11,4	5,5	8,1	7,1	4,2	5,1	5,8	4,3	3,4	8,4	6,2	5,1
Mínimo.....	0,0	0,0	0,0	1,3	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Coef. variación.....	59,0	54,4	181,9	36,3	37,9	58,6	47,0	52,9	60,0	50,1	48,9	85,9	55,4	56,1	94,9	51,5	51,5	98,1
TOTAL ESTATAL.....	2,8	2,2	0,7	12,6	8,0	4,6	7,0	2,9	4,1	4,4	2,7	1,8	3,8	2,6	1,2	4,8	3,4	1,3

Fuente: Elaboración propia a partir de MSC (2007b,c).

gualdades territoriales en ATM aún existen, y que son importantes por tratarse de equipos de diagnóstico o tratamiento de enfermedades que muchas veces comprometen seriamente la esperanza y calidad de vida de los pacientes.

#### IV. TERRITORIALIZACIÓN DE LA INVERSIÓN PÚBLICA Y PRIVADA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

El principal componente de la inversión sanitaria pública es el de la inversión hospitalaria. La Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado, EESCRI (MSC, 2007b) recoge la inversión realizada en cada año por hospitales públicos y centros de especialidades dependientes (que llamaremos «hospitales» de ahora en

adelante). Además, también contiene dicha información para hospitales privados con y sin fin de lucro, lo que puede ayudar a entender el mapa territorial de la inversión en hospitales públicos y su evolución. De acuerdo con la información de la EESCRI, la inversión realizada en el año corresponde a los gastos en bienes duraderos de un cierto valor, adquiridos con el fin de utilizarlos durante más de un ejercicio, como por ejemplo aparatos de radiodiagnóstico, mesas de quirófano, instalaciones de climatización, cocinas, etc. Concretamente, se agruparían en las siguientes partidas:

1) Gastos de establecimiento, que comprenderían los gastos de constitución, de primer establecimiento y de ampliación de capital, en el año.

2) Inversiones en inmovilizado inmaterial, que recogerían el valor de todas las inversiones realizadas en el año en elementos patrimoniales intangibles (principalmente, gastos en investigación y desarrollo y gasto en aplicaciones informáticas -I+D+AI-).

3) Inversiones en inmovilizado material, es decir, elementos patrimoniales tangibles, muebles o inmuebles, adquiridos con el fin de utilizarlos durante varios ejercicios (terrenos, edificios hospitalarios, centros de salud, alta tecnología médica, otras instalaciones técnicas, maquinaria, mobiliario, elementos de transporte, etcétera). Se considera el valor de las compras de bienes inventariables o de capital fijo realizadas en el año de referencia, independientemente del momento en que se

efectúe el pago. El cuadro n.º 12 recoge la inversión así calculada en los hospitales públicos para el promedio del período 1999-2005. La inversión pública en los hospitales españoles ascendió, en promedio, 336 millones de euros, siendo el inmovilizado material el principal componente de gasto de inversión con 289 millones de euros (un 86 por 100); 18 millones fueron gastos en investigación, desarrollo y aplicaciones informáticas (I+D+AI; un 5,3 por 100); 2 millones de euros, gastos de establecimiento (0,6 por 100) y el resto, 27 millones de euros, otros gastos de inversión (8,1 por 100).

El cuadro n.º 13 presenta la evolución del gasto en inversión de hospitales públicos por 1.000 habitantes por CC.AA. para el período 1999-2005. Lo primero que se aprecia es que a escala nacional hay un considerable aumento de la inversión, con una tendencia creciente, especialmente en los

primeros años, pasando de 1.916 euros por 1.000 habitantes en 1999 a 11.404 en 2005, lo que supone una tasa acumulativa de crecimiento medio anual (TACM) del 34,6 por 100. Sin embargo, hay importantes diferencias en el gasto en la inversión pública hospitalaria por CC.AA. Por ejemplo, en 2005 los hospitales públicos de Galicia sólo invirtieron 3.292 euros por 1.000 habitantes, frente a los 26.867 de Murcia, los 21.095 de La Rioja, Ceuta y Melilla, o los 21.028 de Cantabria, debido en gran parte al efecto de los planes específicos de inversión post-transferencial tras 2002. Pero lo más importante es que estas desigualdades territoriales en inversión son elevadas a lo largo de todo el período analizado, tal y como muestra el alto c.v. en los distintos años (que oscila aproximadamente entre el 47 por 100 y el 70 por 100), y el propio c.v. en el promedio de la inversión pública en dicho período (48 por

100). Aunque también debe apreciarse que, contrariamente a lo que sucede en la inversión privada, tal y como se verá luego, en el período hay una tendencia a la reducción de las desigualdades.

El gráfico 2 muestra la evolución de la inversión por 1.000 habitantes de las cinco CC.AA. con mayor inversión, y también las cinco con menor inversión por habitante (ordenadas por la inversión promedio a lo largo de todo el período 1999-2005).

Nótese que hasta el año 2001 la inversión hospitalaria por habitante de todas las CC.AA. se mantuvo bastante baja; sin embargo, a partir de 2002 todas ellas aumentan su inversión de forma considerable, dados, por un lado, las inversiones que se produjeron a raíz del cierre del traspaso de competencias sanitarias a las CC.AA. y, por otro, el mayor margen de maniobra en términos de cestas de

CUADRO N.º 12

## INVERSIÓN DE HOSPITALES PÚBLICOS EN EL PERÍODO 1999-2005 (PROMEDIO) POR COMPONENTES DE INVERSIÓN

	Establecimientos	I+D+AI	Inmovilizado material	Otras inversiones	Total inversiones
Andalucía.....	0	647.357	28.033.265	1.139.635	29.820.257
Aragón.....	0	39.688	6.652.101	38.463	6.730.252
Asturias.....	0	241.691	5.958.004	264.987	6.464.682
Baleares.....	1.315.989	239.579	9.856.891	1.027.829	12.440.289
Canarias.....	10.229	178.122	14.937.035	-2.820.836	12.304.550
Cantabria.....	0	44.427	7.814.115	0	7.858.542
Castilla y León.....	2.256	260.339	18.499.128	731.077	19.492.800
Castilla-La Mancha.....	0	47.881	13.622.371	6.100	13.676.352
Cataluña.....	57.679	3.075.504	49.480.161	1.045.667	53.659.011
Comunidad Valenciana.....	90.309	587.844	27.025.183	17.100.733	44.804.069
Extremadura.....	3.891	71.025	8.057.868	0	8.132.784
Galicia.....	127	45.199	3.972.086	467.668	4.485.080
Madrid.....	12.138	2.693.210	47.149.170	1.212.461	51.066.979
Murcia.....	303.957	9.468.079	16.874.335	213.990	26.860.361
Navarra.....	0	0	7.657.738	0	7.657.738
País Vasco.....	200.342	93.713	18.729.384	6.772.240	25.795.679
Rioja (La).....	2.795	44.633	2.760.061	41.750	2.817.421
Ceuta y Melilla.....	0	58.469	1.600.784	0	1.650.900
Total estatal.....	1.997.715	17.828.408	288.679.682	27.211.943	335.717.748
Porcentajes estatales.....	0,6	5,3	86,0	8,1	100,0

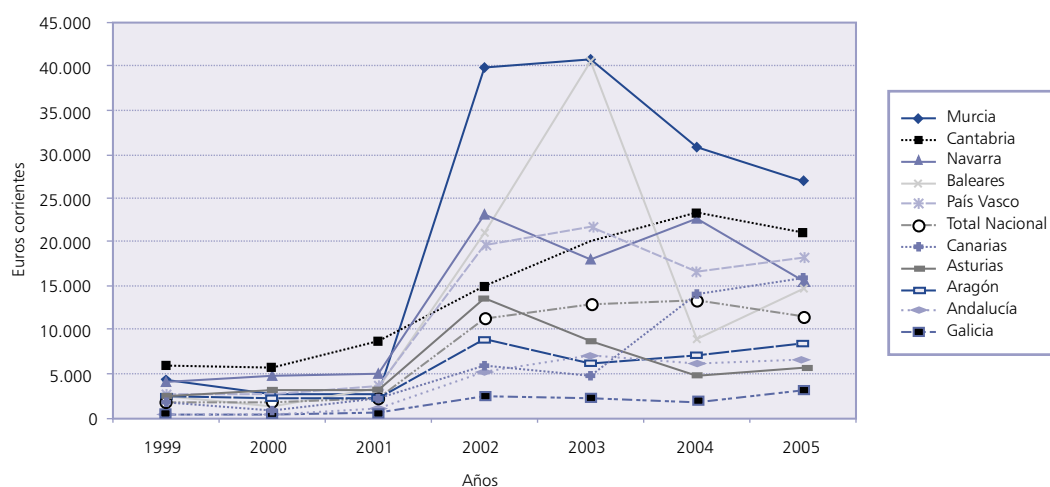
Fuente: Elaboración propia a partir de MSC (2007b,c).

CUADRO N.º 13

**INVERSIÓN DE HOSPITALES PÚBLICOS 1999-2005**  
 (Euros corrientes por 1.000 habitantes)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Promedio	TACM
Andalucía.....	371	481	1.128	5.287	7.147	6.100	6.797	3.901	62,4
Aragón .....	2.528	2.341	2.271	9.014	6.288	7.086	8.698	5.461	22,9
Asturias.....	2.563	3.305	3.068	13.633	8.791	4.892	5.821	6.011	14,7
Baleares .....	2.461	1.430	3.526	21.140	40.405	8.998	14.745	13.244	34,8
Canarias.....	1.673	723	2.289	5.885	4.694	14.052	15.929	6.464	45,6
Cantabria .....	5.959	5.856	8.755	14.976	20.284	23.339	21.028	14.314	23,4
Castilla y León .....	1.998	3.703	2.646	18.978	8.240	9.240	10.006	7.830	30,8
Castilla-La Mancha .....	2.233	1.831	2.718	12.735	11.572	9.703	11.763	7.508	31,9
Cataluña .....	3.453	2.389	1.473	9.130	11.380	18.809	9.436	8.010	18,2
Comunidad Valenciana.....	764	925	1.235	7.356	21.810	20.352	16.988	9.919	67,7
Extremadura .....	1.942	3.085	2.404	23.840	7.686	6.390	7.620	7.567	25,6
Galicia.....	501	389	637	2.568	2.336	1.700	3.292	1.632	36,9
Madrid.....	1.979	2.379	4.218	12.313	13.333	16.650	11.952	8.975	34,9
Murcia .....	4.305	2.834	2.798	39.843	40.837	30.863	26.867	21.192	35,7
Navarra .....	4.017	4.925	5.045	23.021	18.015	22.624	15.502	13.307	25,2
País Vasco .....	2.886	2.880	3.635	19.547	21.833	16.553	18.111	12.207	35,8
Rioja (La).....	1.396	1.192	3.501	15.979	15.331	10.173	20.585	9.737	56,6
Ceuta y Melilla .....	787	3.022	1.452	16.546	16.871	20.112	22.183	11.568	74,5
Mínimo .....	371	389	637	2.568	2.336	1.700	3.292	1.632	
Máximo .....	5.959	5.856	8.755	39.843	40.837	30.863	26.867	21.192	
Coefficiente de variación.....	62,0	61,2	63,1	58,2	70,8	56,9	46,9	48,0	
TOTAL ESTATAL .....	1.916	1.877	2.288	11.360	12.906	13.272	11.404	7.860	34,6

Fuente: Elaboración propia a partir de MSC (2007b,c).

**GRÁFICO 2**  
**INVERSIÓN HOSPITALES PÚBLICOS POR 1.000 HABITANTES POR CC.AA.**


Fuente: Elaboración propia a partir de MSC (2007b,c).

impuestos y transferencias estatales que permitía el nuevo modelo de financiación, aunque unas mu-

cho más destacadas que otras. Entre las comunidades con una inversión superior a lo largo de to-

do del período se encuentran (por este orden) Murcia, Cantabria, Navarra, Baleares y País Vasco; de és-

tas, las que más crecieron fueron Murcia, País Vasco y Baleares. Por su parte, las CC.AA. con una menor inversión hospitalaria pública son Galicia, Andalucía, Aragón, Asturias y Canarias; tanto Galicia como Andalucía, pese al fuerte incremento en inversión en el período, no dejan de ser las que registran la menor inversión por habitante al finalizar el período.

Como se ha mencionado anteriormente, las diferencias territoriales en la inversión pública sanitaria no pueden analizarse al margen de la distinta implantación de la inversión privada (con o sin fin de lucro) por CC.AA., especialmente dado el papel complementario que distintos proveedores hospitalarios privados juegan en la cobertura sanitaria de los pacientes del sistema sanitario público.

En el gráfico 3 se presenta la evolución de la inversión hospitalaria pública y privada para el período 1999-2005 en el conjunto español. Se aprecia que, a escala nacional, el aumento de la inversión de los hospitales públicos ha

ido acompañada de un fuerte aumento de la inversión de los hospitales privados, hasta el punto de que, en los últimos años, el crecimiento de la inversión privada ha sido ligeramente superior al de la pública (con una más clara tendencia al estancamiento). Además, cuando diferenciamos la inversión privada entre hospitales sin fin de lucro y hospitales con fin de lucro, se observa que la inversión de los hospitales con fin de lucro prácticamente multiplica por tres a la inversión de los hospitales sin fin de lucro, y además tiene un mayor dinamismo, como lo muestran las mayores tasas de crecimiento a lo largo del período 1999-2005 (gráfico 4).

El cuadro n.º 14 recoge la importancia de la inversión privada por CC.AA. El gasto en inversión por 1.000 habitantes ha pasado de 1.116 euros en 1999 a 11.032 euros en 2005, lo que ha supuesto una tasa de crecimiento acumulada del 46,5 por 100. Recordemos que, respecto a la inversión privada, la inversión de hospitales públicos empezó siendo algo menos que el doble en 1999 (con 1.916

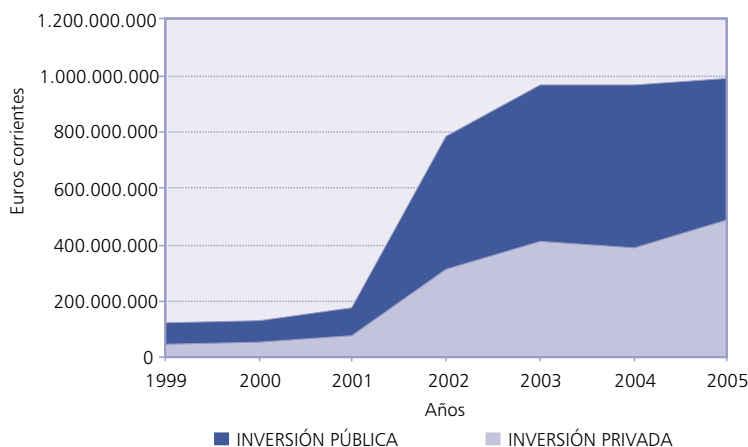
euros) para prácticamente igualarse en 2005 (con 11.404 euros), fruto del menor crecimiento en el período (sólo un 34,6 por 100).

Por CC.AA., se aprecia una gran variabilidad de la inversión privada a lo largo de todo el período estudiado, superior a la mostrada en la inversión pública y con tendencia a mantenerse; nótese cómo los c.v. están por encima del 70 por 100 y el del promedio de inversiones de todo el período alcanza el 73 por 100 (veinticinco puntos porcentuales por encima del correspondiente a la inversión de los hospitales públicos). El gráfico 5 muestra el peso de la inversión privada sobre el total de la inversión hospitalaria de las cuatro CC.AA. con mayor y menor peso relativo (según el promedio a lo largo del período 1999-2005).

Se puede apreciar que las CC.AA. con un mayor esfuerzo inversor privado a lo largo de todo el período han sido Galicia, Canarias, Cataluña y Baleares. Mientras que aquellas donde la participación del capital privado hospitalario es menor son La Rioja, Extremadura, Cantabria y Castilla-La Mancha. El alto coeficiente de variación a lo largo de todo el período no hace más que confirmar el desigual esfuerzo inversor privado por comunidades autónomas.

Un aspecto que no puede ignorarse en el análisis de la inversión hospitalaria del sector privado (especialmente de la inversión «nueva») es el de la rentabilidad económica del sector hospitalario privado en las distintas CC.AA. El cuadro número 15 muestra los valores de este indicador por CC.AA. en el período 1999-2005. La rentabilidad económica se definiría como el cociente entre el resultado del ejercicio y el total de activo, es decir, el rendimiento medio que obtiene el sec-

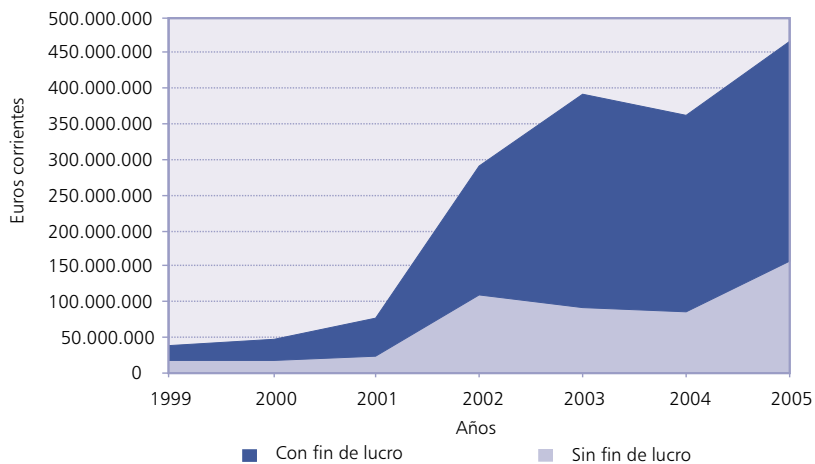
GRÁFICO 3  
INVERSIÓN HOSPITALARIA (PÚBLICA/PRIVADA)



Fuente: Elaboración propia a partir de MSC (2007b).



GRÁFICO 4  
INVERSIÓN DE HOSPITALES PRIVADOS (CON Y SIN FIN DE LUCRO)



Fuente: Elaboración propia a partir de MSC (2007b).

tor como consecuencia de sus inversiones en activos. La rentabilidad económica del agregado nacional presenta un valor promedio de 2,5 por 100 en el período 1999-

2005, aproximadamente oscilando entre el 1,5 por 100 y el 3 por 100, lo que no deja de ser una cifra bastante pequeña y que apunta a un sector con márgenes, en

media, relativamente reducidos. Sin embargo, por CC.AA. sí que se aprecian márgenes sensiblemente mayores y menores, denotando importantes diferencias. Las CC.AA. que presentan un mayor promedio de rentabilidad económica en el período son Murcia, Andalucía, Canarias, Asturias y Valencia (por encima de la media estatal), mientras que las que tienen menor rentabilidad son La Rioja, Castilla-La Mancha, Aragón, Cantabria y Cataluña (muy por debajo de la media estatal y con índices negativos o próximos a cero).

Cabría pensar, en un primer momento, que las comunidades con mayores problemas estructurales, tradicionalmente dotadas de menos infraestructuras públicas, son las que más han favorecido el negocio privado sanitario. Sin embargo, una vez consolidado el tamaño del sector sanitario privado, es de espe-

CUADRO N.º 14

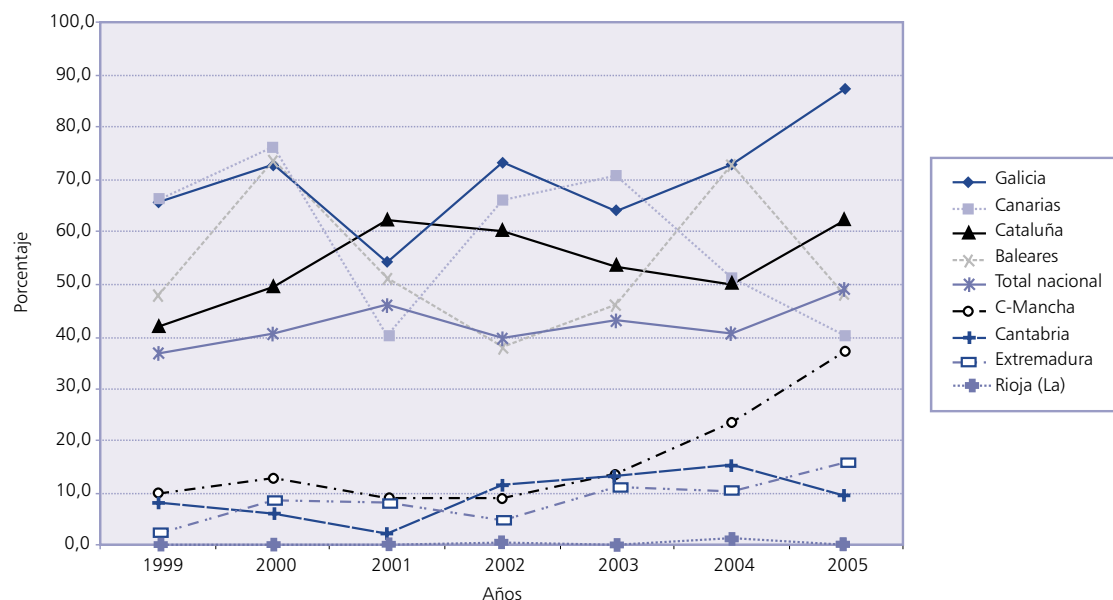
INVERSIÓN DE HOSPITALES PRIVADOS POR CC.AA. (EUROS CORRIENTES/1.000 HABITANTES)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Promedio (1999-2005)
Andalucía .....	304	447	3.887	2.704	3.375	4.475	4.698	2.841
Aragón .....	365	485	458	1.914	70.392	1.663	5.428	11.529
Asturias .....	622	440	679	7.695	6.455	5.634	2.848	3.482
Baleares .....	2.258	4.033	3.685	12.798	34.417	24.040	13.586	13.545
Canarias .....	3.277	2.328	1.538	11.578	11.455	14.663	10.716	7.936
Cantabria .....	533	367	197	1.962	3.135	4.230	2.267	1.813
Castilla y León .....	560	1.759	891	6.061	2.623	3.550	10.660	3.729
Castilla-La Mancha .....	249	264	273	1.249	1.838	2.976	6.917	1.967
Cataluña .....	2.479	2.344	2.418	13.832	13.116	18.845	15.646	9.811
Comunidad Valenciana .....	614	1.036	1.001	10.478	6.262	11.244	11.538	6.025
Extremadura .....	48	285	213	1.173	980	734	1.444	697
Galicia .....	952	1.040	747	7.087	4.135	4.528	22.845	5.905
Madrid .....	1.538	1.559	2.259	8.649	11.621	9.683	15.078	7.198
Murcia .....	302	979	2.895	6.672	8.825	4.023	5.375	4.153
Navarra .....	1.389	2.266	2.323	16.328	15.970	16.859	38.745	13.411
País Vasco .....	1.225	1.145	1.357	3.805	6.806	8.229	7.447	4.288
Rioja (La) .....	0	1	0	149	65	294	6	74
Mínimo .....	0	1	0	149	65	294	6	74
Máximo .....	3.277	4.033	3.887	16.328	70.392	24.040	38.745	13.545
Coefficiente de variación .....	95,1	86,2	84,9	74,2	144,6	86,8	91,8	73,1
TOTAL ESTATAL .....	1.116	1.277	1.956	7.447	9.709	9.069	11.032	5.944

Nota: Se excluyen Ceuta y Melilla por no haber hospitales privados.

Fuente: Elaboración propia a partir de MSC (2007b,c).

GRÁFICO 5  
**PESO DE LA INVERSIÓN PRIVADA SOBRE INVERSIÓN HOSPITALARIA TOTAL**



Fuente: Elaboración propia a partir de MSC (2007b,c).

rar que las decisiones sobre inversión privada adicional se vean condicionadas por la rentabilidad económica esperada, que, en última instancia, dependerá de distintos factores como la estructura de mercado, el grado de competencia, la importancia relativa de los conciertos y sus expectativas, etcétera (4).

## V. NUEVAS FÓRMULAS DE PARTICIPACIÓN DEL CAPITAL Y DE LA GESTIÓN PRIVADA EN LA SANIDAD FINANCIADA PÚBLICAMENTE

En el caso de nuestro país, no es algo nuevo la participación del capital privado en la atención sanitaria. Así, históricamente, hemos convivido con la participación del capital privado de dos formas. Por un lado, a través de los conciertos, que está previsto que se

establezcan cuando los proveedores públicos no son capaces de cubrir convenientemente las necesidades sanitarias de los pacientes del Sistema Nacional de Salud y, por tanto, se contrata a clínicas y demás proveedores privados para cubrir dicha atención sanitaria a los pacientes del SNS. De hecho, es común en casi todas las regiones —especialmente, en Andalucía, Cataluña, Comunidad Valenciana, Madrid y Canarias— que donde no llega la provisión pública de sanidad se cubra con colaboraciones del sector privado a través de conciertos. Por otro lado, a través de la participación de aseguradoras privadas en el sistema sanitario de los funcionarios del Estado pertenecientes a MUFACE, ISFAS o MUGEJU, los cuales pueden elegir recibir su asistencia sanitaria bien a través de un asegurador privado (como Sanitas, Adeslas, Previa, etcétera), bien a través del asegurador público

(de hecho, en el caso de MUFACE, por ejemplo, casi el 85 por 100 de los asegurados optan anualmente por una de las entidades aseguradoras privadas).

Sin embargo, éstas no han sido las únicas modalidades de participación privada en la asistencia sanitaria dentro del SNS. En concreto, a partir de 1997 empiezan a darse pasos en una nueva dirección, que culminan en el año 2000 con la regulación, entre otras figuras, de las nuevas fórmulas de gestión (NFG) tales como fundaciones públicas sanitarias (FPS), empresas públicas sanitarias (EPS) y consorcios públicos sanitarios (CPS), que habían ido surgiendo como nuevas formas organizativas y de gestión directa de asistencia sanitaria a raíz del proceso de descentralización de las competencias a los diferentes servicios regionales de salud.

CUADRO N.º 15

## RENTABILIDAD ECONÓMICA DEL SECTOR SANITARIO PRIVADO

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Promedio (1999-2005)
Andalucía .....	4,1	4,0	5,7	8,7	6,4	5,6	8,3	6,1
Aragón .....	-12,3	-6,1	1,2	1,9	2,3	1,3	1,1	-1,5
Asturias .....	5,8	4,3	3,5	4,1	6,2	3,5	4,6	4,6
Baleares .....	3,8	3,4	3,1	0,7	5,3	1,7	-5,6	1,8
Canarias.....	2,7	3,0	6,7	5,5	6,4	6,9	8,4	5,7
Cantabria.....	-5,8	-5,4	-0,5	0,3	3,6	2,0	1,8	-0,6
Castilla y León.....	2,6	0,6	-2,5	2,4	4,2	2,9	0,2	1,5
Castilla-La Mancha.....	2,7	-9,2	-3,3	-1,0	0,9	-2,0	-7,4	-2,8
Cataluña.....	1,2	0,7	-6,2	-1,5	-0,3	1,4	1,4	-0,5
Comunidad Valenciana.....	2,4	2,8	4,2	2,8	4,4	3,7	3,9	3,4
Extremadura .....	-1,0	-2,4	-0,8	4,9	1,2	-0,1	-2,3	-0,1
Galicia.....	2,3	2,8	2,8	2,3	1,6	-0,1	2,7	2,0
Madrid.....	3,7	2,4	2,4	1,1	1,9	2,8	-1,5	1,8
Murcia.....	10,4	11,4	9,3	3,8	4,2	3,7	4,1	6,7
Navarra.....	6,6	1,5	-3,0	3,5	2,9	2,4	2,9	2,4
País Vasco.....	2,8	1,5	0,3	2,1	2,1	1,1	3,8	1,9
Rioja (La).....	-10,5	3,1	-8,4	-63,4	0,8	-3,7	41,3	-5,8
TOTAL ESTATAL.....	2,6	2,3	1,5	2,4	3,1	2,8	2,4	2,5

Fuente: Giner et al. (2007).

El cuadro n.º 16 muestra cómo, durante la pasada década de los noventa, se ha producido una cierta proliferación de dichas fórmulas sin un patrón homogéneo de desarrollo y con cierta improvisación, si bien aún es pronto para evaluar definitivamente sus resultados, dada su heterogeneidad (figuras implantadas en regiones y períodos temporales diferentes). Estos sistemas o fórmulas jurídico-sanitarias son básicamente los siguientes:

a) *Consortios públicos sanitarios (CPS)*. Modalidad jurídica más común en Cataluña en los últimos años, al verse favorecida por la Ley 15/1990, de 9 de Julio, de Ordenación Sanitaria Catalana, con el referente del Consorcio Sanitario de Barcelona creado en 1988 y formado por la Generalitat y el Ayuntamiento de Barcelona. Son convenios de colaboración entre dos o más administraciones y entidades privadas sin ánimo de lucro cuyo objeto sea la gestión y administración de los centros, ser-

vicios y establecimientos de atención sanitaria.

b) *Empresas públicas sanitarias (EPS)*. Implantadas como experiencias piloto en algunos SRS, en especial en Cataluña, con la experiencia en Andalucía del Hospital Costa del Sol, la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias, el Hospital de Poniente y el de Andújar como fórmulas de flexibilización de la gestión sanitaria, frente a las rigideces de los organismos autónomos sanitarios sometidos al derecho administrativo y al régimen estatutario de personal.

c) *Fundaciones públicas sanitarias (FPS)*. A pesar de haber sido apenas utilizadas en el pasado, han sido las formas jurídico-organizativas más discutidas en nuestro país en los últimos años, al introducir matices de titularidad pública a las tradicionales formas fundacionales privadas. Con ello se pretende potenciar la participación, garantizando el régimen

estatutario del personal, así como reforzar el papel de los profesionales e impulsar las herramientas de gestión clínica. Están presentes en modelos como el catalán (Igalada y Puigcerdá) y el gallego (Hospital da Verín, Barbanza de Ribeira, Vires da Xunqueira, da Cee y Villagarcía de Arousa, Centro Gallego de Transfusiones y Hospital de Salnés).

La referencia en este caso sigue siendo La Ribera, hospital que el gobierno valenciano financia en Alzira desde 1999 como primer hospital público de España gestionado en términos médicos, asistenciales y de servicios por una unión de empresas privadas, con supuesta mayor eficiencia que mediante una gestión pública directa. La concesión administrativa se firmaba por diez años, construyendo así las empresas el hospital y prestando la asistencia y servicios mientras que la Administración regional creaba el «comisionado» como figura de control. Dichas empresas recibían una cantidad por

CUADRO N.º 16

## FÓRMULAS DE GESTIÓN DE CENTROS SANITARIOS EN ESPAÑA

Concepto	Entes de Derecho Público	Sociedades Mercantiles estatales	Consorcios públicos sanitarios	Fundaciones Públicas sanitarias
1. Servicio Andaluz de Salud	Hospital Costa del Sol (1993). Marbella. Emp. Pbca Emergencias sanitarias (1994). H. de Poniente (1997). H. Andújar (1999).		C. Hospital del Aljarafe (2003).	
2. Servicio Canario Salud	Gestión Sanitaria Canaria.			
3. Servicio Catalán de Salud	Instituto Diagnóstico por Imagen (1991). Gestión de Servicios Sanitarios (1992). Instituto Asistencia Sanitaria (1992). Gestión y Prestación de Servicios de Salud (1992). H. de Pallars. Agencia Evaluación de Tecnología Médica (1994). Instituto Catalán de Oncología (1995). Banco de Sangre (1995). H. Mora de Ebre.	Energética de Instalaciones Sanitarias, S.A. (1991). Sistema de Emergencias Médicas, S.A. (1992).	C. Hospitalario Vic (1986). C. Hospitalario Parc Taulí (1986). C. Sanitario de Terrassa (1988). C. de Hospitales de Barcelona (1988). C.U.D. Imagen Alta Tecnología (1990). C. Cruz Roja Hospitalet (1991). C. Laboratorio Anoia (1992). C. Sanitario Selva (1992). C.I.S. Pública (1994) y Alt Penedés (1994).	F. Sanitaria de Igualada. F. Puigcerdá.
4. Servicio Gallego de Salud		MEDTEC S.A. Instituto de Medicina Técnica.		Hospital da Verín y Barbanza, hasta 2008 Vires da Xunqueira. F. Cee y V. Arousa. Ctro Transfusiones. F. H. de Salnés (2000).
5. Servicio Vasco de Salud	Diagnóstico por imagen (OSATEK). Centro Transfusión (1997).	Alta Tecnología Sanitaria, S.A. (1992).		
6. Servicio Valenciano de Salud			C. H.Gral Valencia (2000)/Castellón (2003).	Hospital de La Ribera (Alzira) (1999). Denia, Alcoy y Torrevieja
7. INSALUD y, tras 2002, cada uno de respectivos servicios regionales de salud.			C. Jove y Arriendas (Asturias) (1997). C. Fuenlabrada y P.Hierro (Madrid) (2000). C. C.Real y Toledo (Cast-Mancha) (2001). (Cast-La Mancha) (2000). C. Ceuta (2000) y S.Pedro (La Rioja) (2000) C. Valladolid, Tomelloso, Villarobledo y Burgos (Castilla y León) (2001). C. Mahón e Inca (Baleares) (2001). C. Zafra (Extremadura) (2002). C. H.Gral. Universitario (Valencia) (2002).	Hospital Jove (Asturias). Hospital de Arriendas (Asturias) (1997). Hospital Alcorcón (1998), Infanta Sofía, Henares, Infanta Leonor, Sureste, Infanta Cristina, Tajo, Puerta del Hierro Majadahonda, Infanta Elena, Fuenlabrada y Valdemoro (Madrid). Hospital Manacor (Baleares). Hospital de Calahorra (La Rioja) (2000). Palma II (Son Llátzer) (Baleares) (2001)

Fuente: Elaboración propia a partir de INSALUD y servicios regionales de salud.

cada uno de los usuarios de la sanidad pública en esa área de salud, pudiendo también asistir y cobrar aparte a cualquier persona procedente de otras áreas sanitarias. El riesgo para dichas empresas se reducía, al no tener que hacer frente a gastos elevados y difíciles de rentabilizar de los cuales se ocupa la Administración pública regional, como la farmacia, prótesis, transporte sanitario y oxigenoterapia. La propiedad del hospital, finalmente revertiría en la Generalitat Valenciana al terminar la concesión (5).

Igualmente, es necesario mencionar que, a partir de dicho modelo Alzira, han surgido nuevas iniciativas, algunas bajo ese mismo formato y otras más centradas en los aspectos meramente financieros como es el caso de la Comunidad de Madrid, donde, a partir de la experiencia del hospital de Valdemoro, ampliada a otros hospitales de esta Comunidad (en un número muy por encima de otra región), se establece una concesión para la gestión de la asistencia sanitaria integral. En estos modelos se exige al concesionario la inversión en nuevas infraestructuras sanitarias y, como compensación, se recibe un pago per cápita que tiene la consideración de prima de seguro. Además, se introduce un sistema de pagos cruzados entre la concesionaria y la administración sanitaria para hacer frente a los servicios de los desplazados.

Con respecto a la implicación que este tipo de fórmulas genera sobre la inversión pública sanitaria, ahora el sector público no tiene que gastar en construir directamente dichos hospitales, pudiendo invertir más en otros lugares y mejorando así los centros de gestión pública. Lo que no es un gasto de inversión se traduce en un gasto corriente, como es el canon anual

pagado por la Administración por cada usuario. Al terminar la concesión, habría que evaluar la propiedad en ese momento, que pasaría a formar parte del *stock* de capital de la Administración pública correspondiente; en otras palabras, con fórmulas como ésta, la inversión pública queda diferida en el tiempo (6).

La valoración económica de este tipo de fórmulas alternativas de gestión sanitaria no se ha llevado a cabo aún en nuestro país, por lo que no podemos hacer una evaluación argumentada de ellas. De momento, sólo podemos informar de los estudios que se han realizado, basados en otros países con más tradición de participación privada sanitaria. Así, un informe de la Organización Mundial de la Salud de McKee *et al.* (2006) analizaba decenas de experiencias de este tipo en todo el mundo, en especial en países como Estados Unidos, Reino Unido y Australia, pioneros desde hace diecisiete años en desarrollar el modelo de gestión mixta pública y privada (PFI, *Private Finance Initiative*, por sus siglas en inglés).

Pese a que se admite que la colaboración entre el sector privado y el público ha tenido relativo éxito en el desarrollo de infraestructuras como las carreteras, han existido más problemas en los intentos de trasladar dicho modelo a la gestión de la sanidad pública. A modo de ejemplo, el resultado de 149 casos en Estados Unidos de entidades sociosanitarias con y sin ánimo de lucro concluye que, en 88 casos, los centros sin ánimo de lucro funcionaban mejor, 43 no encontraron diferencias y otros 18 optaban por las entidades con ánimo de lucro.

En dicho estudio se señala que los nuevos servicios han sido, en general, más costosos, especial-

mente a largo plazo, prohibitivamente complejos y dejan a un lado más a menudo las mejoras en la calidad que si se hubieran empleado los métodos tradicionales de gestión y financiación pública. Ello es así porque la financiación pública cubriría los mayores costes financieros que soportan las empresas privadas concesionarias, así como el reparto de dividendos a sus accionistas. También la Organización Mundial de la Salud sugiere otro motivo por el que serían más caros, y es la enorme cantidad de recursos públicos que los gobiernos nacionales han de dirigir a rescatar financieramente a los hospitales de gestión privada si éstos no alcanzan beneficios, lo cual esconde el interés de los gobiernos en aplicar este tipo de fórmulas de gestión en sus inversiones para así no aumentar su deuda.

En definitiva, todo ello estaría recomendando, en países como el nuestro, que el proceso de introducción de nuevas formas organizativas con participación privada se haga prudentemente, y más guiado por la evidencia que por la ideología.

Así, sería posible evaluar comparativamente si se trata de reformas plausibles antes de generalizarlas a todo el SNS. Para ello, sería necesario establecer la manera de evaluar la calidad de su propia sanidad pública, sea cual sea la forma de gestión (pública, privada o mixta), para así poder realizar una evaluación adecuada de los modelos empleados y decidir entonces si ha de existir colaboración público-privada, bajo qué condiciones y de qué manera.

## VI. CONCLUSIONES

En este trabajo se ha estudiado la inversión pública en sanidad

poniendo especial énfasis en la perspectiva autonómica. Los resultados muestran, en primer lugar, que el gasto en inversión total en España se encuentra por debajo de la media de la UE y de los países de la OCDE. Ello no es óbice para que en nuestro país el gasto de capital en el sector sanitario público prácticamente se haya duplicado en el período 1999-2005, crecimiento que es superior al crecimiento del gasto público en sanidad, lo que le ha hecho aumentar su participación en el mismo. Sin embargo, el gasto público en capital y su crecimiento han seguido patrones muy distintos en las diferentes CC.AA. Incluso, una vez promediado por la población, se mantienen considerables desigualdades en inversión pública per cápita y, lejos de reducirse, parece que dicha variabilidad se mantiene o se aumenta.

En este sentido, hay que hacer dos apreciaciones. Por un lado, las economías de escala que caracterizan al sector sanitario pueden explicar, al menos en parte, que aquellas comunidades con menor población tengan un gasto en inversión per cápita superior para mantener una prestación sanitaria similar a la del conjunto nacional; de hecho, es lo que estaría sucediendo con el mayor gasto relativo en inversión de comunidades como Cantabria y La Rioja. En todo caso, entre los inconvenientes de la descentralización en un sistema sanitario, está justamente el no aprovechar suficientemente las ventajas de compartir y coordinar, entre otros, los gastos de capital, así como las economías de red y de información. En segundo lugar, las diferencias en gasto público en inversión no debidas a razones de economías de escala no pueden interpretarse como desigualdades no deseables ya que depende, entre otras cosas, del *stock* de capi-

tal que tiene cada comunidad autónoma en el año de origen.

En segundo lugar, la comparación entre el *stock* de capital en 1999 y en 2005 refleja que hay desigualdades territoriales importantes en la dotación pública de recursos de capital. Respecto a la atención primaria, en 2005 se mantiene una clara desigualdad en la distribución regional de los centros de salud. Además, hay evidencia de que el número de centros de salud per cápita tiene un efecto positivo sobre el acceso a los cuidados de medicina general, con lo que esta desigualdad adquiere especial relevancia desde el punto de vista de la equidad en sanidad. Respecto a la atención especializada, también hay desigualdades en la dotación pública de camas y quirófanos que se mantienen a lo largo de este período, aunque no hay evidencia muy clara de que estas diferencias en dotación generen desigualdades en el acceso a los cuidados en el nivel de atención especializada por CC.AA. Sin embargo, donde se producen desigualdades más acentuadas es en la distribución regional de la alta tecnología médica, que, pese a haberse reducido notablemente en el período analizado, mantiene unas diferencias considerables, diferencias que pueden ser especialmente relevantes desde el punto de vista de la equidad en el acceso, ya que se trata de tecnología de diagnóstico o tratamiento de enfermedades que muchas veces comprometen la esperanza y calidad de vida de los pacientes.

En tercer lugar, parte de la reducción de las desigualdades en dotación pública de recursos de capital durante el período 1999-2005 puede deberse al esfuerzo inversor de los hospitales públicos, como lo muestra el fuerte crecimiento de la inversión de este tipo (por encima del gasto sanita-

rio público en inversión total), aunque también este crecimiento es desigual entre CC.AA. Por otra parte, el aumento de la inversión pública ha ido acompañada de un aumento aún mayor de la inversión en hospitales privados. El peso de la inversión privada hospitalaria sobre el total es desigual entre CC.AA., y responde a una estructura hospitalaria bien distinta: por un lado, estarían las comunidades con un mayor esfuerzo inversor privado (Galicia, Canarias, Cataluña y Baleares), y por otro, las comunidades con menor participación del capital privado (Extremadura, Cantabria, Castilla-La Mancha y Murcia). Por último, dentro de la inversión hospitalaria privada, el sector con ánimo de lucro se ha mostrado más dinámico que el sector privado benéfico.

En los últimos años están proliferando nuevas modalidades de participación del capital y de la gestión privadas en la sanidad financiada públicamente (concesiones administrativas, PFI, etc.). Estas nuevas fórmulas, de las que el referente más claro es Alzira, hacen que, a corto y medio plazo, se reduzcan las necesidades de gasto en inversión (que corren a cargo de las empresas concesionarias), liberando así recursos para invertirlos más en otros recursos sanitarios de titularidad pública. La conveniencia de estas nuevas fórmulas de gestión sanitaria desde el punto de vista económico está aún por demostrar en nuestro país, por lo que aún es pronto para evaluar su implantación, y mucho menos aún una posible generalización, dentro del Sistema Nacional de Salud.

#### NOTAS

(\*) Los autores agradecen los comentarios a una versión preliminar del artículo de los profesores José Barea, Beatriz González, Victorio Valle y José Villaverde. Las opiniones de este artículo, así como cualquier error, son responsabilidad única de sus autores.

(1) El principio del *fair innings* es un criterio de asignación de recursos sanitarios escasos basados en la edad: aquéllos que han vivido, digamos 75 años, se dice que han disfrutado de la mayor parte de sus años de vida (han tenido un *fair innings*), con lo que la prioridad debería darse a aquellos que aún no han llegado a esa duración de vida (WILLIAMS, 1997). Este principio aplicado al reparto autonómico de recursos (o de inversión) supondría una redistribución a favor de aquellas CC.AA. cuya esperanza de vida media (ajustada por calidad) no llegue a un *fair innings* previamente establecido.

(2) La información del año 1999 no está disponible en el SIAP (MSC).

(3) No en vano existe una correlación negativa entre ambos tipos de camas ( $R^2$  cerca del 25 por 100).

(4) En todo caso, se trata de hipótesis que requieren un análisis y una información más detallados.

(5) No obstante, la Generalitat Valenciana rescindió la concesión administrativa en 2003 (seis años antes de lo previsto), sacando a concurso una nueva concesión que incluía ahora no sólo la atención especializada del área, sino también la primaria, y subiendo el canon anual que pagaba la Generalitat por cada usuario de la Ribera.

(6) Este modelo Alzira se ha extendido posteriormente a otras comarcas de la Comunidad Valenciana; por ejemplo, Denia, Alcoi y Torrevieja. Por el contrario, en 2008 Galicia ha cambiado la política de fomento de las fundaciones públicas, y en casos como el hospital de Verin han vuelto ser hospitales públicos tradicionales.

## BIBLIOGRAFÍA

ABÁSOLA, I. (1998), «Equidad y política autonómica en salud: una aplicación del principio del *fair innings*», PAPELES DE ECONOMÍA ESPAÑOLA, 76: 244-258.

ABÁSOLA, I.; PINILLA, J., y NEGRÍN, M. (2008), «Equidad en la utilización de servicios sanitarios públicos por comunidades autó-

nomas en España: un análisis multinivel», *Hacienda Pública Española, Revista de Economía Pública*, 187 (en prensa).

ARTELLS, J. (2005), *Desarrollo y sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud descentralizado*, Fundación Salud, Innovación, Sociedad.

CANTARERO, D. (2007), «Desigualdades territoriales y equidad en el sistema sanitario español», *Cuadernos Económicos del ICE*, número 75: 141-166.

DE LA FUENTE, A., y GUNDÍN, M. (2007), «El sistema de financiación de las comunidades autónomas de régimen común: situación actual, perspectivas y propuestas de reforma», *Workshop sobre la Financiación en los Nuevos Estatutos Autonómicos*, IAE, 6 de febrero, Barcelona.

GARCÍA GÓMEZ, P., y LÓPEZ NICOLÁS, A. (2004), «Regional differences in socio-economic health inequalities in Spain», *Working Paper n.º 40*, Research Centre on Health Economics (CRES), Universidad Pompeu Fabra.

GINER, J.; LORENZO, R., y ABÁSOLA, I. (2007), «Análisis financiero de las empresas hospitalarias en Canarias: un estudio comparado en el conjunto español», comunicación oral presentada en el *X Encuentro de Economía Aplicada*, 14-16 de junio, Logroño.

GONZÁLEZ, B.; URBANOS, R., y ORTEGA, P. (2004), «Oferta pública y privada de servicios sanitarios por comunidades autónomas», en Carme Borrell, M<sup>a</sup> del Mar García-Calvente y J.V. Martí-Boscà (coord.), *Informe SESPAS 2004. La salud pública desde la perspectiva de género y clase social*, *Gaceta Sanitaria*, volumen 18 sup.1, mayo: 82-9.

GONZÁLEZ, B., y BARBER, P. (2006), «Desigualdades territoriales en el Sistema Nacional de Salud (SNS) de España», Fundación Alternativas, *Documento de Trabajo* 90/2006.

[http://www.map.es/documentacion/politica\\_autonomica/info\\_ecofin/3inverpub/inver\\_pub\\_territ](http://www.map.es/documentacion/politica_autonomica/info_ecofin/3inverpub/inver_pub_territ)

<http://www.sgpg.pap.meh.es/Presup/>

LOPEZ I CASASNOVAS, G.; COSTA-FONT, J., y PLANAS, I. (2005), «Diversity and regional inequalities in the Spanish 'system of health care services'», *Health Economics*, 14(1): S221-S235.

MARTÍN, 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.

MARTÍNEZ, D. (2002), «Tres ensayos sobre inversión pública», *Investigaciones*, n.º 4/02, Madrid.

MC KEE, M.; EDWARDS, N., y ATUN, R. (2006), «Public-private partnerships for hospitals», *Bulletin of the World Health Organization*, 84(11), noviembre.

MSC (2007a), «Informe del grupo de trabajo sobre gasto sanitario. (1999-2005)», Ministerio de Sanidad y Consumo.

— (2007b), *Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado – EESCRI (1999-2005)*, Ministerio de Sanidad y Consumo.

— (2007c), *Catálogo nacional de hospitales (1999-2005)*, Ministerio de Sanidad y Consumo.

OECD (2008), *OECD Health Data File 2008*, Paris.

REIG, E. (2007), *Competitividad, crecimiento y capitalización de las regiones españolas*, Fundación BBVA, Bilbao.

SIMÓ, J. (2007), «El gasto sanitario en España, 1995-2002: La atención primaria, ciencia del Sistema Nacional de Salud», *Atención Primaria*, 39(3): 127-132.

SUHRCKE, M.; MCKEE, M.; SAUTO, R.; TSOLOVA, S., y MORTENSEN, J. (2005), *The Contribution of Health to the Economy in the European Union*, Health and Consumer Protection.

WILLIAMS, A. (1997), «Intergenerational equity: an exploration of the fair innings argument», *Health Economics*, 6: 117-132.