

Número especial Economía de la Salud

Análisis comparativo de los precios de intervenciones sanitarias entre comunidades autónomas

Luísa Serpa dos Santos Gonçalves Ferreira^{a,*} y Rosa María Urbanos-Garrido^b

^a Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

^b Departamento de Economía Aplicada, Pública y Política, Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 28 de noviembre de 2024

Aceptado el 26 de marzo de 2025

On-line el xxx

Palabras clave:

Precios públicos

Comunidades autónomas

Contabilidad analítica

Intervenciones sanitarias

Análisis comparativo de costes

R E S U M E N

Objetivo: Hacer evidentes las diferencias tarifarias aplicadas a intervenciones sanitarias por las comunidades autónomas, así como la heterogeneidad en la manera de definir los servicios de la cartera básica.

Método: Se realiza un análisis comparativo de los precios de procesos representativos de la cartera sanitaria, según información recogida en los boletines oficiales de las comunidades autónomas.

Resultados: Se observa una gran disparidad de importes para el mismo proceso entre las comunidades autónomas, además de una heterogeneidad notable en la manera de definir las prestaciones de la cartera de servicios.

Conclusiones: El Consejo Interterritorial debería favorecer la transparencia en los criterios seguidos para la fijación de tarifas y la coordinación de los servicios regionales de salud en la definición, la implementación y el desarrollo de los sistemas de contabilidad analítica, así como en la especificación de las prestaciones incluidas en la cartera común, para facilitar el análisis sobre el origen de las diferencias regionales en los costes de producción.

© 2025 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Comparative price analysis of healthcare interventions between autonomous communities

A B S T R A C T

Objective: To highlight the differences in pricing applied to health interventions by the autonomous communities, as well as the heterogeneous definition of the basic list of services.

Method: A comparative analysis of the prices of representative procedures included in the common basket of health services was conducted, based on information from official publications of the autonomous communities.

Results: Significant prices variations for the same intervention were identified across autonomous communities, along with notable heterogeneity in service definitions.

Conclusions: The Interterritorial Council should promote transparency in the criteria used to set prices and enhance the coordination of regional health services in the definition, implementation, and development of analytical accounting systems. Additionally, it should standardize the specification of services included in the common basket of benefits to facilitate the analysis of regional differences in production costs.

© 2025 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

El Sistema Nacional de Salud (SNS) español es el resultado de un largo proceso de cambios que han acompañado las transformaciones políticas, económicas y sociales que se han ido produciendo en el país. El mayor hito de su historia reciente es la aprobación de la Ley General de Sanidad en 1986¹, que objetiva por primera vez el propósito de cobertura universal y define su estructura organizativa. Otra de sus transformaciones definitorias fue la

cesión de competencias en materia de gestión de la asistencia sanitaria a las 17 comunidades autónomas (CCAA), proceso iniciado con Cataluña en 1981 y que culminó en el año 2002². Una vez finalizada la descentralización, y con el fin de fijar unas reglas de juego comunes, se promulgó la Ley de Cohesión y Calidad³ que redefine el papel del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud como órgano de cohesión y establece una cartera de servicios común al conjunto del SNS, ampliable por los servicios regionales de salud en el ámbito de sus competencias⁴.

El proceso de descentralización fue poco ordenado y, pese a la existencia de una cartera común, no existe una norma general para la definición de las diferentes prestaciones^{5,6}. Asimismo, la fijación de las tarifas vinculadas a los servicios que configuran la cartera, y que se aplican al cobro de terceros obligados al pago, es potestad de

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: luisa.serpaferreira@gmail.com
(L. Serpa dos Santos Gonçalves Ferreira).

<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2025.102494>

0213-9111/© 2025 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

las CCAA, que tienen la competencia de aplicar, revisar y actualizar los precios⁷. Según lo que se sabe, no existe una base homogénea para la definición de prestaciones ni una metodología común asociada al procedimiento de fijación tarifaria. Por lo general, la base de las tarifas aplicadas por las CCAA es la contabilidad analítica, que permite calcular el coste de un bien o servicio como el valor monetario del conjunto de factores que suponen el ejercicio de una actividad. Los costes se clasifican en directos (costes de personal y de materiales) e indirectos (los que no son atribuibles a un solo objeto de coste por ser compartidos por varios productos, servicios o departamentos). Es importante destacar que las tarifas finales tienen la consideración de precios públicos, los cuales, de acuerdo con la Ley 8/1989, de 13 de abril, de Tasas y Precios Públicos⁸, han de determinarse a un nivel que cubra, como mínimo, los costes originados por la prestación de los servicios, si bien pueden resultar inferiores cuando existan razones sociales o de interés público que así lo aconsejen. Las tarifas correspondientes son publicadas por los servicios regionales de salud de manera periódica, con frecuencia variable entre CCAA. El marco normativo que regula la vigencia del importe a reclamar no establece una periodicidad obligatoria para la revisión de las tarifas, ni tampoco existe un organismo que exija diligencia a las CCAA para llevar a cabo este proceso.

El presente trabajo tiene como principal objetivo realizar un análisis comparativo de los precios aplicados por las diferentes CCAA a algunas intervenciones representativas de la cartera básica de servicios sanitarios del SNS. Dichos precios tienen un impacto marginal sobre la provisión, puesto que no se aplican a los ciudadanos con derecho a la asistencia sanitaria financiada por el SNS, sino a terceros responsables: seguros privados obligatorios, mutualidades cuando los asegurados o beneficiarios están adscritos a aseguradoras privadas, empresas colaboradoras, mutuas de accidentes de trabajo y ciudadanos extranjeros no residentes, entre otros obligados al pago⁹. Por otra parte, carecen de relevancia en la financiación de los centros implicados o del propio SNS, dado que se ingresan en las correspondientes haciendas autonómicas, sin que la recaudación derivada se afecte a una finalidad concreta. Sin embargo, el análisis de las tarifas autonómicas puede servir de aproximación a un estudio comparativo de costes entre CCAA, ya que se asume, de acuerdo con la normativa, que los precios publicados en las disposiciones para las intervenciones sanitarias se fijan sobre la base de sus costes reales de producción. Este mismo enfoque se ha empleado en trabajos previos¹⁰. Además, los precios fijados sirven como referencia para contratos con el sector privado o acuerdos entre administraciones, por lo que su análisis resulta de interés. Como objetivo secundario, se tratará de documentar la heterogeneidad en la definición de las prestaciones entre los diferentes servicios regionales de salud. Pese a que existen análisis comparativos de costes para problemas concretos de salud^{10,11} y se dispone de una base reciente que recopila las tarifas publicadas por las CCAA¹², según lo que se sabe este es el primer trabajo que analiza las diferencias tarifarias entre CCAA para un conjunto representativo de procedimientos. Este tipo de análisis contribuye a visualizar las desigualdades en la definición de las prestaciones y los costes a los que se enfrentan las CCAA, y facilita el análisis de los factores que subyacen a esas diferencias.

Método

El análisis comparativo parte de las tablas de precios vigentes publicadas por los servicios regionales de salud, información desglorada en los Boletines Oficiales de las CCAA, de acceso público en los portales de transparencia de las CCAA. En el [Material suplementario del Apéndice online](#) se detallan el año de publicación y la norma reguladora correspondiente. En algún caso, las normas empleadas difieren de las recogidas en el proyecto *Concept-costs*¹²,

ya sea porque se han actualizado (Andalucía y Canarias) o bien porque la propia CA ha confirmado la vigencia de la normativa citada (Galicia).

Para llevar a cabo el análisis se han seleccionado procedimientos representativos de la actividad asistencial para algunas categorías de la cartera básica común de servicios del SNS. Se excluyen las prestaciones de salud pública, farmacéutica, ortoprotésica, dietética y de transporte sanitario, limitándose por tanto la comparación a la atención especializada, la atención de urgencia y la atención primaria⁹. Dado que la clasificación de los servicios sanitarios prestados dentro de dichas categorías difiere de manera notable entre CCAA, la comparación se restringe al subconjunto de intervenciones más característico de cada una de ellas. En atención especializada se incluyen la asistencia hospitalaria con ingreso, la cirugía mayor ambulatoria, la consulta externa y las pruebas complementarias; en el ámbito de la atención urgente se analiza la urgencia sin ingreso, y en atención primaria se consideran las consultas primera y sucesiva. Además de las tarifas de las CCAA, se toman como referencia las publicadas por el Ministerio de Sanidad. En este caso, para los procedimientos con internamiento se han empleado los datos de la aplicación del CMBD-RAE para 2023, correspondientes a la versión 38 de los *All Patient Refined-Diagnosis Related Groups (APR-DRG)*¹³. La información sobre los procedimientos ambulatorios y las pruebas complementarias se extrajo de la normativa que actualiza el Fondo de Cohesión¹⁴. Para el resto de las intervenciones, los precios corresponden a los aplicables por los centros sanitarios del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA) de Ceuta y Melilla¹⁵.

La determinación del precio público en el ámbito de la asistencia hospitalaria con ingreso se establece según dos sistemas. Por un lado, mediante la fijación de un precio por estancia hospitalaria independientemente del diagnóstico al alta. Este método ha ido quedándose obsoleto, pero se mantiene en Aragón, Asturias, Canarias, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Extremadura y Galicia. El segundo sistema, que mayoritariamente ha sustituido al anterior, sigue la codificación de Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), que permite establecer un coste por proceso basado en el cálculo de los costes directos e indirectos del mismo a través de un sistema de control interno de costes. Se emplea este método en las diez CCAA restantes, si bien una de ellas (Región de Murcia) establece la codificación según la versión anterior CIE-9. Solo en ausencia de un GRD específico para la intervención se emplea la facturación de hospitalización como estancia. Teniendo en cuenta este doble sistema, se presenta la comparación de precios de la atención hospitalaria tanto en actividad facturada por estancia como por proceso.

En la modalidad de facturación por estancia, la mayoría de las CCAA especifican qué prestaciones se incluyen en el importe, que en general son la asistencia por equipo médico, enfermería y personal auxiliar, pruebas diagnósticas y terapéuticas básicas, alimentación parenteral y enteral, tratamiento farmacológico (normalmente estableciendo un límite, que en caso de ser superado tiene una facturación individual), así como sangre y hemoderivados, curas y material fungible (exceptuando las prestaciones de material implantable), y el informe médico al alta. La manera de definir el concepto de estancia varía entre las CCAA. En algunas se estipula un precio único, mientras que en otras se diferencia por unidad de ingreso como médico o quirúrgico. En consecuencia, la comparación considerará estos dos subgrupos. Se excluyen Asturias, Castilla y León, y Cataluña, que separan el precio por tramos según la clasificación del hospital, y también la Comunidad de Madrid, dado que no especifica ningún precio para día de hospitalización.

En la modalidad de facturación por procesos se siguen dos criterios para la selección de intervenciones a comparar. En primer lugar, se comparan las intervenciones más frecuentes de tipo médico,

obstétrico y quirúrgico, según el número de altas hospitalarias recogido por el sistema de información sanitaria (registro de atención especializada) para el año 2022^{16,17}, que son la hospitalización por neumonía según el Sistema de Clasificación Clínica (a la que corresponden los GRD 137, 138 y 139 en la APR-GRD versión 38), el parto vaginal (GRD 560) y la cesárea (GRD 540), respectivamente. El objetivo en este caso es comparar procesos que representen una parte significativa de la actividad asistencial. En segundo lugar, con la intención de analizar alguna intervención de alto impacto económico, se comparan los procedimientos sobre válvulas cardíacas (GRD 162 y 163)¹⁸. Estas intervenciones figuran entre las de mayor coste medio y, simultáneamente, representan el mayor porcentaje de altas dentro de este subconjunto de procesos.

Respecto a la hospitalización domiciliaria, el importe establecido se factura por día e incluye visitas programadas o de urgencia, medicación, curas, toma de muestras y cualquier otro proceso terapéutico o diagnóstico. Del análisis se excluyen Aragón, Extremadura y Murcia, dado que no presentan ningún concepto relativo a este tipo de prestación.

En asistencia ambulatoria se seleccionan la consulta externa de atención especializada (diferenciando entre primera y sucesiva) y la colecistectomía como ejemplo de cirugía mayor ambulatoria, por ser uno de los procedimientos que se realizan con más frecuencia¹⁷. En Aragón no se diferencia entre primera consulta y sucesivas, por lo que se asume que se factura el mismo precio para ambas. En las CCAA con precios diferentes para consulta presencial y telemática, se elige la primera para comparar. Se excluyen Asturias y Castilla y León, que distinguen precios según la clasificación del hospital, y la Comunidad Valenciana, que no establece ningún precio para este concepto.

En el caso de la cirugía ambulatoria, algunas CCAA crean un listado de procedimientos a cobrar y otras fijan un precio único para el concepto de cirugía mayor ambulatoria sin especificar más detalles. Se excluyen de nuevo Asturias, que establece el precio por tiempo de utilización de quirófano, y Castilla y León, sin tarifa para este concepto.

En lo que respecta a los listados de exámenes complementarios se verifica una gran diversidad de definiciones, por lo que muchos procesos no tienen conceptos comparables entre las CCAA. Por este motivo se han seleccionado los procedimientos con un menor número de valores perdidos; en particular, la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica y la litotricia renal extracorpórea. En la primera se excluyen Aragón, Cataluña y Cantabria, porque no tienen definido ese concepto.

En la atención de urgencias sin ingreso se excluye únicamente a Cataluña por distinguir según la gravedad en función del Método Andorrano de Triaje.

Finalmente, en atención primaria se elige la consulta médica presencial diferenciando entre primera y sucesiva, y en aquellos casos en que no aparecen desagregadas se asume nuevamente que se factura el mismo precio para ambas.

Para hacer posible la comparación de las tarifas correspondientes, teniendo en cuenta que los años de publicación difieren entre CCAA y con el propio Ministerio, todos los precios están expresados en euros de 2023. Para ello, se emplea el índice de precios de consumo correspondiente a sanidad que publica periódicamente el Instituto Nacional de Estadística¹⁹.

El análisis comparativo se realiza a partir de estadísticos básicos descriptivos de los procesos seleccionados, resumiendo el conjunto de importes mediante medidas de tendencia central (precio medio) y de dispersión (desviación estándar y coeficiente de variación), así como la ratio entre el valor máximo y el mínimo.

Resultados

El proceso de selección de intervenciones descrito en el apartado anterior ilustra la importante heterogeneidad en la definición de las prestaciones de la cartera común por parte de los servicios regionales de salud. Se aprecia una llamativa variación en la manera de desagregar tanto las consultas externas de atención primaria y especializada como los procedimientos de cirugía mayor ambulatoria. También se observan diferencias relevantes en el listado de pruebas complementarias que recogen los distintos servicios regionales de salud. En lo que respecta a la hospitalización, la mayor parte de las CCAA utilizan los GRD como base para la fijación de tarifas, lo que proporciona un estándar más homogéneo de comparación, pero aún hay siete CCAA que no los emplean.

Asimismo, es destacable la variedad de instrumentos utilizados por los servicios regionales de salud para hacer públicos los precios (véase el [Material suplementario del Apéndice online](#)), que van desde la orden hasta la ley, pasando por la resolución, el acuerdo y el decreto, todos ellos con distinto rango jurídico. Tampoco existe homogeneidad en la frecuencia de actualización de las normas reguladoras, y se constata que las más recientes versiones de los decretos sanitarios corresponden a años distintos, apreciándose en algunos casos considerables retrasos. Del conjunto de las CCAA, 12 han actualizado las tarifas en los últimos 3 años. De las cinco restantes, tres (las dos Castillas y Galicia) emplean tarifas con una antigüedad igual o superior a una década, al igual que ocurre en el INGESA.

Las [tablas 1 a 5](#) muestran los resultados del análisis comparativo de tarifas en los procesos seleccionados. Las CCAA que más veces se excluyen de las comparaciones, tanto por no presentar el concepto en cuestión como por diferencias en la definición que imposibilitan la comparación, son Asturias, Castilla y León, y Cataluña (cada una ausente en tres de las comparaciones). Además, la comparación relativa a estancia es la que tiene más valores faltantes (se excluyen cuatro CCAA).

La dispersión en los costes por estancia hospitalaria ([tabla 1](#)) resulta amplia, con coeficientes de variación superiores al 40%, correspondiendo el mayor valor a la hospitalización a domicilio (49%). La ratio máximo/mínimo registra un valor comparativamente alto (cerca de 10) para las CCAA que aplican un precio único por estancia, pese a su menor coste medio. Por el contrario, las diferencias entre precios máximos y mínimos se reducen de manera considerable para las tarifas que distinguen estancia médica y quirúrgica, a pesar de que el coste medio es más elevado, en particular en el ámbito quirúrgico. El precio por estancia publicado por el Ministerio se encuentra por debajo de la media del considerado por los servicios regionales de salud, al contrario de lo que sucede con la hospitalización a domicilio.

La dispersión en las tarifas se reduce significativamente para los procesos definidos a partir de los GRD ([tablas 2 a 4](#)), con coeficientes de variación que se sitúan alrededor del 24% para la neumonía, con un rango entre el 16% y el 37% ([tabla 2](#)), más cerca del 30% para el parto y la cesárea ([tabla 3](#)), y del 20% para los procedimientos de válvulas cardíacas ([tabla 4](#)). No obstante, no se aprecia que el coeficiente de variación y la ratio entre máximo y mínimo sigan alguna distribución relacionada con la gravedad de los procesos. Las Islas Baleares destacan por registrar las tarifas más altas en este conjunto de procedimientos, mientras que las más bajas se aprecian mayoritariamente en la Comunidad Valenciana, La Rioja y Cantabria. La media autonómica se sitúa, en general, por encima de la publicada por el Ministerio, con algunas excepciones correspondientes a procesos por parto.

Tabla 1

Precios aplicados a la estancia hospitalaria para hospitalización de agudos y hospitalización domiciliaria por los servicios regionales de salud (euros de 2023). Análisis estadístico básico

	Estancia			Hospitalización domicilio
	Precio único	Unidad médica	Unidad quirúrgica	
Andalucía		762	1345	159
Aragón	112			
Principado de Asturias				334
Islas Baleares		1112	1420	390
Canarias	709			248
Cantabria	500			200
Castilla y León				173
Castilla-La Mancha		652	1062	344
Cataluña				542
Comunidad Valenciana		310	341	100
Extremadura	854			
Galicia		560	1091	85
La Rioja	677			406
Comunidad de Madrid				200
Región de Murcia	594			
Comunidad Foral de Navarra	696			418
País Vasco	1104			253
Ministerio de Sanidad	583			350
Media comunidades autónomas	656	679	1052	275
Desviación estándar	285	294	427	134
Coefficiente de variación	43%	43%	41%	49%
Ratio máximo/mínimo	9,9	3,6	4,2	6,3

Fuente: elaboración propia a partir de las normas reguladoras vigentes de las CCAA y el Ministerio de Sanidad.

Tabla 2

Precios aplicados a los procesos de neumonía por los servicios regionales de salud (euros de 2023). Análisis estadístico básico

	Neumonía											
	GRD 137.1	GRD 137.2	GRD 137.3	GRD 137.4	GRD 138.1	GRD 138.2	GRD 138.3	GRD 138.4	GRD 139.1	GRD 139.2	GRD 139.3	GRD 139.4
Andalucía	3656	4732	6728	9878	2007	2970	5231	11733	2636	3599	5249	8377
Islas Baleares	5695	5864	6617	11090	3907	5236	5713	13389	3659	4828	5833	11128
Cantabria	3431	4169	6483	11211	1428	2003	4288	10504	2047	2950	4912	9803
Cataluña	4881	6349	9466	16487	2283	3496	8524	20890	3333	4698	7425	14533
Comunidad Valenciana	4319	5105	5394	7847	3069	3616	4278	8700	2912	3811	4596	7691
La Rioja	2671	3245	5046	8726	3323	4375	5130	11439	2016	2677	4839	9657
Comunidad de Madrid	— ^a	— ^a	6392	11312	4387	5188	7382	13714	2779	3804	4682	8519
Comunidad Foral de Navarra	2839	3450	5364	9277	3533	4651	5454	12161	2144	2846	5145	10266
País Vasco	3870	4703	7312	12645	1611	2258	4836	11846	2309	3327	5540	11057
Ministerio de Sanidad	3173	4070	4971	9602	2496	3320	3507	7612	2548	3572	4202	6819
Media comunidades autónomas	3920	4702	6533	10941	2839	3755	5649	12709	2648	3616	5358	10115
Desviación estándar	1019	1082	1330	2556	1049	1196	1421	3409	582	768	873	2037
Coefficiente de variación	26%	23%	20%	23%	37%	32%	25%	27%	22%	21%	16%	20%
Ratio máximo/mínimo	2,1	2,0	1,9	2,1	3,1	2,6	2,0	2,4	1,8	1,8	1,6	1,9

GRD: Grupos Relacionados por el Diagnóstico. GRD 137: infecciones e inflamaciones pulmonares; GRD 138: neumonía por virus respiratorio sincitial 2; GRD 139: otra neumonía.

^a Los precios correspondientes a los GRD 137.1 y 137.2 publicados en la normativa son inconsistentes con el grado de gravedad, dado que la tarifa correspondiente al GRD 137.2 es menor que la que corresponde al GRD 137.1. Por ese motivo, se excluyen de la tabla.

Fuente: elaboración propia a partir de las normas reguladoras vigentes de las CCAA y RAE-CMBD.

Tabla 3

Precios aplicados a los procesos de parto y cesárea por los servicios regionales de salud (euros de 2023). Análisis estadístico básico

	Parto				Cesárea			
	GRD 560.1	GRD 560.2	GRD 560.3	GRD 560.4	GRD 540.1	GRD 540.2	GRD 540.3	GRD 540.4
Andalucía	1776	1957	2756	4186	2937	3527	4961	9792
Islas Baleares	3733	4267	5285	13280	6944	7777	10826	25536
Cantabria	1583	1802	2675	9404	2711	3261	4861	14802
Cataluña	2476	2792	4062	12103	4196	5017	7191	20344
Comunidad Valenciana	2146	2307	2925	6063	3578	4052	6376	10704
La Rioja	2143	2439	3622	12732	4185	5034	7503	22846
Comunidad de Madrid	2947	3339	4573	10029	5031	5796	8353	20128
Comunidad Foral de Navarra	2276	2591	3847	13522	4445	5346	7968	24263
País Vasco	1785	2032	3017	10607	3058	3678	5483	16694
Ministerio de Sanidad	2786	3187	3760	6287	3903	4261	5718	11935
Media comunidades autónomas	2318	2614	3640	10214	4120	4832	7058	18345
Desviación estándar	671	778	895	3253	1310	1416	1907	5712
Coefficiente de variación	29%	30%	25%	32%	32%	29%	27%	31%
Ratio máximo/mínimo	2,4	2,4	2,0	3,2	2,6	2,4	2,2	2,6

GRD: Grupos Relacionados por el Diagnóstico. GRD 560: parto vaginal; GRD 540: cesárea.

Fuente: elaboración propia a partir de las normas reguladoras vigentes de las CCAA y RAE-CMBD.

Tabla 4
Precios aplicados a los procesos de intervención sobre válvulas cardíacas por los servicios regionales de salud (euros de 2023). Análisis estadístico básico

	Procedimientos sobre válvulas cardíacas							
	GRD 162.1	GRD 162.2	GRD 162.3	GRD 162.4	GRD 163.1	GRD 163.2	GRD 163.3	GRD 163.4
Andalucía	25644	28902	38705	59030	21350	23621	31172	49406
Islas Baleares	39675	45840	62620	84100	28743	35098	48060	77406
Cantabria	21412	24792	33674	53607	18974	20848	27687	49887
Cataluña	33592	37831	49115	77018	27914	31941	40910	66259
Comunidad Valenciana	19555	21343	31115	44479	13320	15691	28016	38073
La Rioja	24959	28897	45158	71889	22761	27125	43180	59845
Comunidad de Madrid	30483	31510	41382	66636	24831	25819	34201	72911
Comunidad Foral de Navarra	26400	30566	47766	76041	24076	28692	45673	63301
País Vasco	24151	27963	37981	60464	21401	23515	31229	56268
Ministerio de Sanidad	24429	29183	39540	53288	18838	22476	31766	48865
Media comunidades autónomas	27319	30849	43057	65918	22597	25817	36681	59262
Desviación estándar	6289	7220	9514	12653	4683	5820	7848	12370
Coefficiente de variación	23%	23%	22%	19%	21%	23%	21%	21%
Ratio máximo/mínimo	2,0	2,1	2,0	1,9	2,2	2,2	1,7	2,0

GRD: Grupos Relacionados por el Diagnóstico. GRD 162: procedimiento sobre válvulas cardíacas con infarto agudo de miocardio o diagnóstico complejo; GRD 163: procedimiento sobre válvulas cardíacas sin infarto agudo de miocardio o diagnóstico complejo.

Fuente: elaboración propia a partir de las normas reguladoras vigentes de las CCAA y RAE-CMBD.

Tabla 5
Precios aplicados a los procesos de asistencia ambulatoria (cirugía mayor ambulatoria y consulta externa), pruebas complementarias, urgencias sin ingreso y consulta de atención primaria por los servicios regionales de salud (euros de 2023). Análisis estadístico básico

	Asistencia ambulatoria			Pruebas complementarias		Urgencia sin ingreso	Consulta atención primaria	
	CMA Colecistectomía	Consulta externa Primera Sucesiva		CPRE	Litotricia		Primera	Sucesiva
Andalucía	2149	106	53	65	2218	206	53	53
Aragón	1425	30	30		860	40	73	36
Principado de Asturias				420	1212	144	67	33
Islas Baleares	1105	157	94	1116	1573	356	86	44
Canarias	2484	145	87	751	1320	241	70	30
Cantabria	1606	174	110		1186	174	57	57
Castilla y León				267	1075	108	78	71
Castilla-La Mancha	829	161	96	580	1568	250	66	66
Cataluña	2254	194	91		2979		55	55
Comunidad Valenciana	997			271	1303	240	63	35
Extremadura	809	238	143	983	1714	285	64	64
Galicia	2893	185	62	1006	4213	383	73	37
La Rioja	1715	202	132	568	1933	226	76	76
Comunidad de Madrid	871	132	79	640	1308	185	50	50
Región de Murcia	1982	169	102	450	1533	282	92	46
Comunidad Foral de Navarra	2438	262	161	666	2267	214	100	100
País Vasco	1260	217	109	428	559	200	59	59
Ministerio de Sanidad	2446	150	90	1131	1377	282	93	93
Media comunidades autónomas	1655	169	96	587	1695	221	70	54
Desviación estándar	682	58	35	303	867	85	14	18
Coefficiente de variación	41%	34%	36%	52%	51%	39%	20%	34%
Ratio máximo/mínimo	3,6	8,7	5,4	17,2	7,5	9,6	2,0	3,3

CMA: cirugía mayor ambulatoria; CPRE: colangiopancreatografía retrógrada endoscópica.

Fuente: elaboración propia a partir de las normas reguladoras vigentes de las CCAA y Ministerio de Sanidad.

Por último, los precios definidos para los demás procedimientos se resumen en la [tabla 5](#), en la que se localizan los coeficientes de variación más altos, que corresponden a las pruebas complementarias (51% y 52%). Pese a que resulta difícil identificar un patrón claro, se observa que Galicia y Navarra tienden a establecer los importes más elevados. El coeficiente de variación oscila entre el 35% y el 40%, excepto en la primera consulta de atención primaria (20%), que además registra el menor coste medio, y en las pruebas complementarias (superior al 50%), con un coste medio comparativamente más alto. En consultas externas destaca Aragón por su tarifa reducida (30 €), muy por debajo del resto, donde oscila entre 106 € y 262 € para la primera consulta y entre 53 € y 161 € para las consultas sucesivas. Algo similar ocurre en las urgencias sin ingreso, en las que los 40 € de Aragón se alejan notablemente del resto (de 108 € a 383 €). En esta última tabla se localizan la mayoría de los procedimientos en los que las tarifas publicadas por

el Ministerio superan en valor a la media autonómica; así ocurre en los ejemplos analizados de cirugía mayor ambulatoria, pruebas complementarias y consultas de atención primaria.

Discusión

Los resultados ponen de manifiesto la diversidad que se registra en la manera de definir las prestaciones incluidas en la cartera de servicios común, y permiten apreciar la heterogeneidad en los precios públicos de las intervenciones sanitarias por CCAA. Pese a que, según lo que se sabe, no existen trabajos similares con los que comparar nuestros resultados, las diferencias de tarifas son compatibles con lo mostrado por estudios previos que analizan los costes medios del tratamiento de problemas de salud concretos¹¹.

Las tarifas aplicadas a terceros obligados al pago tienen su origen en la Ley, pero su modificación implica unos trámites habi-

tualmente poco ágiles. De este modo, el rango normativo del instrumento empleado para publicar los precios es importante desde el punto de vista de la aplicación práctica, ya que la herramienta debe adecuarse a la necesidad de adaptación de las tarifas a los constantes cambios de coste económico del servicio que se presta. La elección de un instrumento ágil *a priori* facilitaría su actualización, aunque una de las tres CCAA con precios más desactualizados los publica a través de una orden (de fácil modificación); las otras dos, en cambio, los publican mediante decretos (solo superados por la ley en lo que concierne a dificultad de modificación).

Hasta el momento no existe una metodología de contabilidad analítica homogénea generalizada en el SNS. La única iniciativa de ámbito nacional viene dada por el proyecto de estimación de pesos y costes hospitalarios del SNS, iniciado en 1999, que registra un fuerte impulso con la incorporación en 2015 de la Red Española de Costes Hospitalarios (RECH)²⁰. En la actualidad, la RECH está integrada por 37 hospitales españoles que corresponden únicamente a nueve CCAA (un hospital en Asturias, tres en Cantabria, uno en Castilla-La Mancha, 16 en Cataluña, uno en Galicia, uno en Madrid, nueve en Murcia, dos en La Rioja y tres en Navarra)²¹. Pese a la utilidad que se deriva de disponer de un sistema de contabilidad de costes como herramienta de gestión^{22,23}, no existen incentivos para su desarrollo como consecuencia de su escasa aplicación en la práctica²⁴.

Cabría esperar que la incorporación de la RECH al proyecto de contabilidad analítica del SNS y la publicación del Real Decreto 69/2015, que regula el registro de actividad de asistencia sanitaria especializada, hubieran supuesto una reducción de la variabilidad en las tarifas de internamiento en los servicios regionales de salud. Con el fin de comprobar esta hipótesis, se rastreó la normativa de fijación de precios previa a 2016 y únicamente se localizó el listado de precios para cinco CCAA: Andalucía (2015), Baleares (2006), Cantabria (2011), Madrid (2013) y Navarra (2014). Hay que tener en cuenta que, a la dificultad que entraña localizar la normativa vigente para cada CA, se añade que se trata de normativa que ya no está en vigor. Otra dificultad añadida radica en que los GRD de esos años se basan en la CIE-9, por lo que no es posible comparar directamente los procedimientos seleccionados con los publicados en las normas previas a 2016. En cualquier caso, se calcularon los coeficientes de variación de las tarifas para los procedimientos más similares (expresadas en euros de 2023) y se compararon con los resultantes de las tarifas actualmente vigentes para las mismas CCAA. El resultado es dispar: aunque sí se registra una dispersión bastante menor en los procedimientos con válvulas cardíacas, para los procedimientos relacionados con la neumonía apenas hay variaciones. En cambio, la dispersión en las tarifas aplicables a partos y cesáreas parece haber aumentado.

De acuerdo con las normas consultadas, se asume que los precios públicos reflejan el coste efectivo del bien y se entiende que las diferencias proceden de la variabilidad de los costes directos e indirectos, así como de la productividad de los servicios de salud, que se refleja en los costes medios, aspecto este último que no se analiza. En lo que respecta a los costes indirectos, como los administrativos, de infraestructura o de personal compartido, es importante considerar que se asignan mediante criterios de imputación que pueden variar considerablemente entre sistemas contables. Tanto las diferencias en la estructura de los centros de coste como en los criterios empleados para asignar los costes indirectos pueden estar detrás de las discrepancias en los precios aplicados por las CCAA. Por otra parte, es importante señalar que, aunque las tarifas deben reflejar los costes de producción, en algunos casos pueden fijarse por encima o por debajo, sin que se conozca la cuantía de las desviaciones o a qué responden. Estos elementos añaden dificultades al análisis comparativo. No obstante, es de esperar que, pese a que afectan al valor absoluto de las tarifas, no expliquen las diferencias que se producen en los distintos procedimientos en el orden que las

CCAA ocupan cuando se disponen de mayor a menor precio. Además, la ausencia de información sobre la versión de los GRD y los pesos empleados en la mayor parte de las CCAA dificulta transformar los GRD a un patrón común que permita analizar qué parte de la variabilidad se debe a los precios y qué parte a la heterogeneidad en las clasificaciones.

Por último, el presente trabajo tiene un alcance limitado, pues analiza únicamente una selección de procedimientos que son parte de la cartera común de servicios. No obstante, del análisis puede concluirse que los procesos de fijación de precios por parte de las CCAA resultan, al menos en apariencia, desordenados, estableciendo importes muy dispares para una misma intervención sin que se pueda identificar un patrón aparente.

El Instituto de Información Sanitaria ha identificado las características comunes y diferenciadoras de los sistemas de contabilidad analítica empleados por cada gerencia regional en la elaboración de los costes de hospitalización. El *Informe de Contabilidad Analítica de Costes Hospitalarios*²⁵ refleja la diversidad en el procedimiento de obtención de información, designación y estructura de los centros de costes entre las CCAA. La variabilidad de sistemas de contabilidad y la heterogeneidad en los conceptos que se incorporan dificultan los análisis comparativos. Por esta razón, desde el Ministerio de Sanidad se han propuesto ajustes con la intención de homogeneizar dichos protocolos y crear una información de costes comparable²⁶, sin que hasta el momento se hayan conocido avances en este sentido.

La falta de una metodología de contabilidad de costes común y la diversidad inherente a la descentralización, poco regulada en muchos aspectos, explican parcialmente la variabilidad observada. Estos problemas obstaculizan los análisis comparativos, generando falta de transparencia y desconocimiento.

Conclusiones

Sería conveniente que el Consejo Interterritorial actuase como órgano de cohesión para garantizar la actualización periódica de las tarifas, que deben reflejar de algún modo el coste de los servicios. Dado que la normativa permite que dichas tarifas se establezcan por debajo o por encima del coste de producción, deberían conocerse los criterios seguidos por los servicios regionales de salud para desviarse de esa referencia, de modo que sea posible analizar los factores que explican la variabilidad de costes. En este sentido, la fijación de criterios comunes para la implementación y el desarrollo de los sistemas de contabilidad analítica en el conjunto del SNS, y no solo en el ámbito hospitalario, facilitaría el análisis comparativo y permitiría identificar los factores determinantes de su variabilidad. Un análisis de estas características sería útil, por ejemplo, para seleccionar las variables de reparto de la financiación del Fondo de Garantía de los Servicios Públicos Fundamentales, que forma parte importante del sistema de financiación autonómica de las CCAA de Régimen Común. Asimismo, el Consejo Interterritorial debería favorecer la coordinación de los servicios regionales de salud en la especificación de las prestaciones incluidas en la cartera común, para garantizar una igualdad efectiva a lo largo del territorio.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.gaceta.2025.102494](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2025.102494).

Disponibilidad de bases de datos y material para réplica

Todos los datos analizados son de acceso público, y aparecen referenciados en los apartados de Bibliografía y Material adicional.

¿Qué se sabe sobre el tema?

Las comunidades autónomas definen las prestaciones de la cartera común según su criterio, ante la falta de mecanismos de coordinación centralizados. Tampoco existe una contabilidad analítica común que sirva de base para la fijación de los precios que se cobran a terceros por las intervenciones sanitarias.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

El presente trabajo cuantifica la disparidad en las tarifas correspondientes a un conjunto representativo de prestaciones sanitarias, como aproximación a las diferencias en los costes de prestación entre los servicios regionales de salud.

¿Cuáles son las implicaciones de los resultados obtenidos?

Los resultados destacan la necesidad de coordinar los sistemas de contabilidad analítica y la definición de las prestaciones de la cartera común, como paso previo al análisis de las desigualdades regionales en los costes de producción.

Declaración de transparencia

La autora principal (garante responsable del manuscrito) afirma que este manuscrito es un reporte honesto, preciso y transparente del estudio que se remite a GACETA SANITARIA, que no se han omitido aspectos importantes del estudio, y que las discrepancias del estudio según lo previsto (y, si son relevantes, registradas) se han explicado.

Contribuciones de autoría

Ambas autoras han participado por igual en los apartados de diseño del estudio, recogida y análisis de datos, escritura y revisión crítica del texto, y aprobación de la versión final, discutida y revisada para su publicación.

Financiación

Ninguna.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Ley General de Sanidad. L. N.º 14/1986, de 25 de abril. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/1986/04/25/14/con>.
2. Ley por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía. L. N.º 21/2001, de 27 de diciembre. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/2001/12/27/21>.
3. Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. L. N.º 16/2003, de 28 de mayo. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/2003/05/28/16/con>.
4. Freire JM. Los antecedentes internos: del Seguro Obligatorio de Enfermedad a un Sistema Nacional de Salud imperfecto. *Amf.* 2023;19:184-91.
5. Navarro C, Ortega M, Urbanos R. Elementos de cohesión en el Sistema Nacional de Salud: tareas pendientes. En: Pedraja F, Suárez J, Urbanos R, editores. Retos de

- la financiación territorial en tiempos de postpandemia. Un homenaje a Alfonso Utrilla de la Hoz. Madrid: Instituto de Estudios Fiscales; 2023. p. 67-83.
6. Meneu R, Ortún V, Urbanos R. La sanidad en la encrucijada post-COVID. Financiación, organización y gestión. *Health Policy Papers Collection 2023-3*. Barcelona: Centre de Recerca en Economia i Salut, Universitat Pompeu Fabra; 2023.
 7. Ley Orgánica de Financiación de las Comunidades Autónomas. L. N.º 8/1980, de 22 de septiembre. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/lo/1980/09/22/8/con>.
 8. Ley de Tasas y Precios Públicos. L. N.º 8/1989, de 13 de abril. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/1989/04/13/8/con>.
 9. Real Decreto por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. L. N.º 1030/2006, de 15 de septiembre. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2006/09/15/1030/con>.
 10. Martínez-Moragán E, Serra-Batlles J, De Diego A, et al. Coste económico del paciente asmático en España (estudio AsmaCost). *Arch Bronconeumol.* 2009;45:481-6.
 11. Bartra A, Caeiro JR, Mesa-Ramos M, et al. Coste de la fractura de cadera osteoporótica en España por comunidad autónoma. *Rev Esp Cir Ortop Traumatol.* 2019;63:56-68.
 12. Valcárcel-Nazco C, Rodríguez-Díaz B, Guirado-Fuentes C, et al. CONCEPT-COSTS. Compendium of healthcare costs in Spain (CONCEPT-COSTS Database). Zenodo; 2024.
 13. Ministerio de Sanidad, Portal Estadístico, Área de Inteligencia de Gestión. RAE-CMBD. Grupos Relacionados por el Diagnóstico. 2025. Disponible en: <https://peestadistico.inteligenciadegestion.sanidad.gob.es/publicoSNS/N/rae-cmbd/rae-cmbd/grupos-relacionados-por-el-diagnostico-grd>.
 14. Orden por la que se actualizan los anexos I, II y III del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de Cohesión Sanitaria. *SND/976/2024*, 6 de septiembre. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/o/2024/09/06/snd976>.
 15. Resolución del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, sobre revisión de precios a aplicar por los centros sanitarios del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria en Ceuta y Melilla, por las asistencias prestadas en los supuestos cuyo importe ha de reclamarse a los terceros obligados al pago o a los usuarios sin derecho a la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, así como por los servicios prestados por el Centro Nacional de Dosimetría y por la reproducción de documentos de la biblioteca de la entidad gestora. 19 de julio de 2013. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/res/2013/07/19/12>.
 16. Ministerio de Sanidad. Altas, estancia media (días) y coste medio (€) de los 25 procesos de tipo médico más frecuentes en hospitalización, Hospitales de agudos. 2022. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/gl/estadEstudios/estadisticas/docs/CMBD/2022Medicos.pdf>.
 17. Ministerio de Sanidad. Altas, estancia media (días) y coste medio (€) de los procesos obstétricos y quirúrgicos más frecuentes en hospitalización, Hospitales de agudos. 2022. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/CMBD/2022Obstetricos-Quirurgicos.pdf>.
 18. Ministerio de Sanidad. Altas, estancia media (días) y coste medio (€) de los procesos con mayor coste medio, Hospitales de agudos. 2022. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/CMBD/2022Procesos_mayor_coste_medio.pdf.
 19. Instituto Nacional de Estadística. Índices de precios nacionales por grupos ECOI-COP. 2024. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=50934&L=0>.
 20. Ministerio de Sanidad. Estimación de pesos y costes de los procesos hospitalarios en el Sistema Nacional de Salud: metodología y principales resultados. Proyecto 2019. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/CMBD/INF.PROC.ESTIM.COST.HOSP_SNS.2019.pdf.
 21. Red Española de Costes Hospitalarios. 2025. Disponible en: <https://www.rechosp.org/cms/es/vision/152/1>.
 22. Busse R, Geissler A, Quentin W, et al. Diagnosis Related Groups in Europe. Moving towards transparency efficiency and quality in hospitals. Berkshire: Open University Press; 2011.
 23. Allué N, Chiarello P, Bernal Delgado E, et al. Impacto económico de los eventos adversos en los hospitales españoles a partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos. *Gac Sanit.* 2014;28:48-54.
 24. Chiarello P. Análisis del coste por paciente como instrumento para la evaluación del resultado de la actividad asistencial. Definición de un estándar operativo y de referencia para el sistema nacional de salud. Tesis doctoral. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 2020.
 25. Instituto de Información Sanitaria. Análisis de los sistemas de contabilidad analítica en los hospitales del SNS. Año 2011. Volumen I. Informe. 2012. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/en/estadEstudios/estadisticas/docs/Informe_SCA_hospitalarios_en_SNS.WEB.pdf.
 26. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. Guía de recomendaciones para la obtención homogénea de costes de hospitalización en el SNS. 2013. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/REC.OBT.HOM.COST.HOSPIT_SNS.pdf.