

La reducción del gasto sanitario en España durante la crisis*

Eduardo Bandrés** y Rosa González***

La sanidad constituye, por su volumen de gasto, la primera de las funciones atribuidas a las Administraciones regionales en España. En consecuencia, el proceso de consolidación fiscal por el lado del gasto durante los últimos años ha afectado de manera singular, en este nivel intermedio de gobierno, a las prestaciones y servicios de la sanidad pública. En el cuatrienio 2010-2013, el esfuerzo de reducción del gasto alcanzó un 12% del existente en 2009, año en el que se había situado su máximo histórico. Sin embargo, ni todas las comunidades autónomas, ni todos los servicios, ni todos los capítulos de gasto se han visto igualmente afectados. El objetivo de este trabajo es, precisamente, desentrañar la secuencia de reducción del gasto, sus hitos más relevantes, así como las diferencias entre las actividades, funciones y servicios de las diecisiete comunidades autónomas. En conjunto, algo más de las tres cuartas partes del ajuste del gasto entre 2009 y 2013 se llevó a cabo en el bienio 2012-2013, y casi una cuarta parte en el bienio anterior. El gasto se redujo especialmente en farmacia ambulatoria, remuneraciones de personal –tanto por la vía de los salarios como por la reducción de efectivos en hospitales– y en inversiones. Sin embargo, muchas de las medidas adoptadas en estos años de crisis pueden caracterizarse más como simples recortes que como verdaderos ajustes y, por tanto, es muy posible que una vez agotado su impacto más inmediato se ponga de manifiesto su escasa efectividad para mejorar la eficiencia del sistema nacional de salud.

En el marco del proceso de consolidación fiscal del sector público español, las comunidades autónomas han realizado una considerable reducción del gasto público que, dada su estructura competencial, ha afectado de forma muy notable a las principales áreas de la política social. En términos agregados, el gasto total no financiero de las comunidades autónomas alcanzó un máximo en valores absolutos de 193.522 millones de euros en

2011, un 18,0% del PIB nacional, *ratio* que todavía aumentaría una décima, hasta el 18,1% en 2012, por el descenso del PIB nominal. Sin embargo, para comprender mejor la intensidad del proceso de consolidación por el lado del gasto, hemos procedido a descontar el pago de intereses –que además se ha visto afectado por los nuevos mecanismos extraordinarios de financiación adoptados por el Gobierno en 2012–, así como las transferencias

* Agradecemos los valiosos comentarios de Alain Cuenca a una versión anterior de este trabajo.

** Universidad de Zaragoza y Funcas.

*** Funcas.

Cuadro 1

Gasto público total de las comunidades autónomas

(millones de euros)

	<i>Gasto total</i>	<i>Intereses</i>	<i>Transf. ctes. al Estado</i>	<i>Gasto primario neto</i>	
				<i>Total</i>	<i>% del PIB</i>
2008	178.911	2.855	1.860	174.196	15,6
2009	188.248	2.825	1.233	184.190	17,1
2010	188.118	3.409	5.475	179.234	16,6
2011	193.522	5.135	16.518	171.869	16,0
2012	190.645	5.894	31.339	153.412	14,5
2013	162.242	7.273	7.613	147.356	14,0
2014	163.356	7.411	8.341	147.604	13,9

Fuente: Operaciones no financieras del sector AA.PP y sus subsectores, SEC-2010, Base 2010, Intervención General de la Administración del Estado.

corrientes al Estado, que se corresponden con las liquidaciones del sistema de financiación autonómica y que, por tanto, se sustentan en una lógica más vinculada al lado del ingreso –al que deberían minorar– que al del gasto. Conseguimos así una percepción más cabal de la actuación de las comunidades autónomas sobre la provisión de los bienes y servicios públicos que forman parte de las competencias que tienen asignadas.

Como puede observarse en el cuadro 1 las transferencias corrientes al Estado experimentaron un fuerte aumento en 2011 y 2012, como resultado de las liquidaciones del sistema de financiación autonómica, fruto de unos anticipos que resultaron muy superiores a la recaudación final. A su vez, el pago de intereses está vinculado al *stock* de deuda, a la evolución de los tipos de interés y a los mecanismos de rescate que el Gobierno puso en marcha en 2012 ante la dificultad de numerosas comunidades para financiarse en los mercados. Suprimiendo ambos conceptos, nos situamos en el que denominamos “gasto primario neto”, cuya evolución refleja con mayor precisión la virtualidad del proceso de ajuste del gasto público autonómico.

De este modo, se comprueba que el valor máximo del gasto autonómico –sin intereses ni

transferencias corrientes al Estado– se alcanzó en 2009, por importe de 184.190 millones de euros, un 17,1% del PIB. El proceso de ajuste conoce así dos bienios caracterizados por su diferente intensidad¹. En 2010 y 2011 el gasto se redujo en 12.321 millones de euros, un 6,7% del existente en 2009, quedándose en el 16,0% del PIB. En cambio, en el siguiente bienio, la reducción fue prácticamente el doble, 24.513 millones, un 14,3% del gasto equivalente de 2011, resultando así en un 14,0% del PIB. El proceso de ajuste parece darse por concluido en 2014, año en que el gasto se estabiliza en cifras muy similares a las del ejercicio anterior. En conjunto, por tanto, la reducción del gasto de las comunidades autónomas entre 2009 y 2013 ha sido de 36.834 millones de euros, un 20,0% del gasto de 2009.

Atendiendo a la clasificación funcional del gasto, las tres partidas con mayor peso en los presupuestos autonómicos son salud, educación y asuntos económicos: en conjunto representan las tres cuartas partes del gasto primario neto tal como lo hemos definido en este trabajo. Por consiguiente, el alcance de la reducción del gasto entre 2009 y 2013 se ha concentrado también en esas tres funciones: un descenso de 11.046 millones en asuntos económicos, principalmente en inversiones y transferencias de capital,

¹ Para una revisión de la hacienda autonómica en el periodo de crisis y de la secuencia temporal de los ajustes, véase Lago Peñas y Fernández Leiceaga (2013).

8.752 millones en salud y 6.435 en educación. Al tratarse de una administración cuyas competencias la sitúan en el centro de la prestación de algunos de los servicios esenciales del Estado de bienestar, la controversia sobre el proceso de ajuste del gasto se refiere principalmente a todo cuanto tiene que ver con salud, educación y protección social.

La reducción del gasto público en salud: dos etapas

La culminación del proceso de transferencia de las funciones y servicios de sanidad desde el sector público central –y más concretamente, desde la Seguridad Social– a las comunidades autónomas, dio lugar a una reubicación del gasto público en salud en las Administraciones regionales, que absorbían el 92,0% del total en 2013. La prestación de los servicios sanitarios en España es, esencialmente por tanto, una función propia del nivel intermedio de gobierno que corresponde a las comunidades autónomas.

Para analizar la evolución del gasto sanitario de las Administraciones regionales se cuenta con dos fuentes principales de información: la elaborada por la Intervención General de la Administración del Estado

(IGAE) en términos de contabilidad nacional, según los criterios de valoración del Sistema Europeo de Cuentas Nacionales y Regionales de la Unión Europea (SEC-2010), y la Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP), basada en la cumplimentación de las cuentas satélite de la sanidad. Aunque estas últimas parten de un conjunto de reglas coherentes con el marco de contabilidad nacional (si bien en el periodo aquí estudiado los datos se basan en el SEC-95), no existe una total equivalencia entre las magnitudes de las dos fuentes estadísticas señaladas², tal como puede verse en el cuadro 2. Las principales diferencias se producen en la formación bruta de capital fijo (FBCF) y, en menor medida, en los consumos intermedios. Precisamente, uno de los cambios del SEC-2010 es que registra como FBCF la actividad de investigación y desarrollo (I+D) realizada por la Administración para uso propio, y en paralelo disminuye el consumo final por el importe de los costes asociados a la I+D. De hecho, en lo que se refiere estrictamente al gasto corriente, las diferencias entre las dos series son prácticamente testimoniales. En lo sucesivo, el análisis del gasto se basará en la EGSP, por cuanto las cuentas satélite permiten una valoración mucho más desagregada de los diferentes conceptos de gasto y, por tanto, proporcionan una interpretación más detallada del alcance de los ajustes llevados a cabo en el periodo objeto de estudio³.

Cuadro 2

Gasto público de las comunidades autónomas en Salud (Millones de euros)

	Gasto corriente		Gasto de capital		Gasto total	
	IGAE-2010	EGSP	IGAE-2010	EGSP	IGAE-2010	EGSP
2009	63.192	62.386	3.521	2.001	66.713	64.387
2010	62.313	61.876	3.117	1.842	65.430	63.718
2011	61.037	61.360	2.778	1.232	63.815	62.593
2012	57.581	58.201	1.935	894	59.516	59.094
2013	56.308	56.050	1.653	696	57.961	56.746

Fuentes: Operaciones no financieras del sector AA.PP. y sus subsectores, SEC-2010, Base 2010, Intervención General de la Administración del Estado y Estadística de gasto sanitario público (EGSP), Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

² Para una revisión de las cuestiones metodológicas en relación con las estadísticas de gasto público sanitario, véase Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013).

³ Para un examen de las relaciones entre gasto sanitario y financiación autonómica, véase Cuenca y González (2015).

Puesto que el objetivo de este artículo es analizar los factores que están detrás de la reducción del gasto sanitario en las distintas comunidades autónomas, se ha trabajado exclusivamente con magnitudes a precios corrientes. Como veremos, una parte importante del descenso del gasto se debe justamente a las reducciones en los precios del factor trabajo –salarios– y de los consumos intermedios –medicamentos y material sanitario–. Sin embargo, no se pretende realizar aquí una valoración de las prestaciones reales, habida cuenta, además, que los cambios en los precios afectan casi por igual a todas las comunidades autónomas.

Pues bien, tomando ya de ahora en adelante los datos de la EGSP, se observan también para el gasto sanitario los dos bienios señalados anteriormente para el conjunto del gasto autonómico. En 2010 y 2011 la disminución del gasto sanitario apenas alcanza una media anual del -1,4%, mientras que en 2012 y 2013, la media desciende hasta el -4,8% anual.

El proceso de reducción del gasto público sanitario se desarrolla en dos bienios caracterizados por su diferente intensidad: en 2010/2011 la disminución del gasto apenas alcanza una media anual del -1,4%, mientras que en 2012/2013 la media desciende hasta el -4,8%.

Las primeras medidas de ajuste del gasto se adoptan en enero de 2010, cuando el Gobierno aprueba la actualización del *Programa de Estabilidad y Crecimiento* con un conjunto de actuaciones de consolidación fiscal que se estructuran en los denominados *Plan de Acción Inmediata 2010* y *Plan de Austeridad de la Administración General del Estado 2011-2013*. Poco después, en marzo de 2010 el Consejo de Política Fiscal y Financiera (CPFF) aprueba un *Acuerdo Marco sobre Sostenibilidad de las Finanzas Públicas 2010-2013*, que sería actualizado tres meses después, y en el que plantea un compromiso de reducción del déficit público mediante una senda de contención de las retribuciones, una estrategia restrictiva en

las ofertas de empleo público y una política de racionalización de recursos humanos. De forma complementaria, también en marzo se aprueba un plan de racionalización del gasto farmacéutico por importe de 1.500 millones de euros, mediante una reducción del precio industrial de los medicamentos genéricos y la simplificación del sistema de precios de referencia.

De mayor calado son las medidas adoptadas en mayo de 2010, con la aprobación del Real Decreto Ley 8/2010, que fija una reducción de la masa salarial en un 5% anual para todas las administraciones. A tal efecto, y desde el 1 de junio de 2010, las retribuciones anuales se reducen en ese porcentaje respecto a las vigentes a 31 de mayo de ese mismo año, para todos los empleados públicos, excepto para aquellos que se situaban por debajo de 1,5 veces el salario mínimo interprofesional en jornada completa. El Real Decreto contempla también medidas para la reducción del gasto farmacéutico: una rebaja del 7,5% en el precio regulado de los medicamentos, tanto en los que se dispensan en las oficinas de farmacia como en los que se adquieren por los hospitales o centros de atención primaria; y otras medidas de racionalización del consumo y adquisición centralizada de los suministros.

Naturalmente, estas medidas se dejaron notar en el gasto de las comunidades autónomas desde mediados de 2010, aunque su efecto final fue todavía limitado. De hecho, en 2010 puede hablarse más de contención del gasto que de reducción, probablemente porque a pesar del endurecimiento de los objetivos de déficit, los anticipos del sistema de financiación autonómica creaban una situación de espejismo alejada del desplome que se estaba produciendo en la recaudación. En la práctica, en ese primer año se reduce de forma significativa la inversión y se perciben los primeros recortes en personal, consumos intermedios (farmacia hospitalaria, material sanitario) y administración. En 2011 continúa el ajuste suave del gasto de personal, más intenso en atención primaria que en servicios hospitalarios, pero el aumento del consumo intermedio en hospitales termina por situar el gasto sanitario en produc-

Cuadro 3

Gasto sanitario público de las comunidades autónomas, por capítulos

(Millones de euros)

	2009	2010	2011	2012	2013
Remuneraciones de personal	29.361	29.073	28.536	26.286	26.133
Consumo intermedio	13.529	13.270	14.318	15.233	13.737
Consumo de capital fijo	260	271	295	293	284
Total producción pública	43.150	42.614	43.149	41.813	40.153
Conciertos	5.790	5.759	5.801	5.662	5.407
Farmacia y prótesis	13.027	13.047	11.988	10.361	10.112
Total producción privada	18.817	18.805	17.789	16.023	15.519
Transferencias corrientes	420	457	423	365	378
Gasto de capital	2.001	1.842	1.232	894	696
Gasto total	64.387	63.718	62.593	59.094	56.746

Fuente: *Estadística de gasto sanitario público*, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

ción pública en una cifra prácticamente igual que la existente dos años antes: 43.149 millones en 2011 frente a 43.150 en 2009 (cuadro 3). Tampoco la concertación con el sector privado se ve apenas afectada en este bienio, y solamente el gasto en la prestación farmacéutica (-8,1%) y un severo descenso de la inversión (-33,6%), colocan el gasto total en 2011 un 1,7% por debajo del correspondiente al año anterior. En conjunto, por tanto, en el bienio 2010-2011, aunque se inicia la senda de un cierto control de gasto sanitario, por la vía del gasto de personal y los recortes de inversión y de farmacia, el aumento de los consumos intermedios en los servicios hospitalarios deja las cifras de gasto total tan solo 2,8 puntos porcentuales menos que dos años antes.

El bienio 2012-2013 conoce, en cambio, una reducción mucho más notable del gasto sanitario. El Gobierno que surge de las elecciones de noviembre de 2011 adopta con rapidez un con-

junto de medidas con las que se pretende hacer frente a los problemas de sostenibilidad del gasto. Siguiendo con la política de contención de los gastos de personal, se congelan las retribuciones de los empleados públicos en el año 2012 así como la oferta de empleo público, limitando al 10% la tasa de reposición en los centros del sistema nacional de salud y estableciendo severas restricciones a la contratación de personal temporal.

El Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril, modifica la regulación sobre aseguramiento, excluyendo de la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos a los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España, salvo en los casos de urgencia y embarazos. Asimismo, se modifican los criterios de aportación de los beneficiarios en la prestación farmacéutica ambulatoria –la que se corresponde con las recetas de farmacia–, incluyendo por primera vez a los pensionistas y vinculándola al nivel de renta⁴. Poco después, el Real

⁴ En el caso de los trabajadores en activo, la aportación general, que era del 40%, se mantiene en ese porcentaje solo para aquellos cuya renta anual no exceda los 18.000 euros, aumentando hasta el 50% para los que se encuentran entre esa cifra y los 100.000 euros, y al 60% para los que superan los 100.000 euros anuales. Para los pensionistas, la aportación se fija en dos tramos: 10% o 60% según se alcancen o no los 100.000 euros de renta, pero con unos topes de 8 euros al mes para aquellos con rentas inferiores a los 18.000 euros anuales, 18 euros para los que están entre esa cifra y los 100.000 euros, y 60 euros mensuales para los que superan los 100.000 euros. Finalmente, se mantienen exentos determinados colectivos perceptores de prestaciones de asistencia social.

Decreto Ley 20/2012, de 13 de julio, suprime la paga extraordinaria de diciembre y algunos de los días de libre disposición para todos los empleados públicos, aumentando asimismo la jornada laboral hasta las 37,5 horas semanales. Y finalmente, en la Ley de Presupuestos para 2013 vuelven a congelarse las retribuciones de todo el personal, si bien se restaura la paga extraordinaria de diciembre.

En el bienio 2010/2011 los recortes se producen en remuneraciones de personal (-2,8% entre los dos años), farmacia (-8,0%) y gastos de capital (-38,4%); en el bienio 2012/2013 las partidas afectadas fueron las mismas, pero con una mayor intensidad: -8,4% en personal, -15,6% en farmacia y -43,5% en gastos de capital.

Las comunidades autónomas, por su parte, toman diferentes medidas de contención del gasto que inciden, de forma desigual, en los colectivos de profesionales sanitarios. Así sucede con la suspensión de la carrera profesional o la disminución de las retribuciones asociadas a la misma, la minoración de los pagos por horas de guardia o la limitación de los días de formación.

El resultado comparativo de cuatro años de ajuste, atendiendo a la clasificación económica del gasto, puede resumirse del modo siguiente: en el bienio 2010-2011 los recortes se producen en remuneraciones de personal (-2,8% entre los dos años), gasto en farmacia (-8,0%) y gastos de capital (-38,4%); a su vez, en el bienio 2012-2013 las partidas más afectadas fueron las mismas, pero la intensidad fue mucho mayor: -8,4% en personal, -15,6% en farmacia y prótesis y -43,5% en gastos de capital.

Diferencias y singularidades por comunidades autónomas

La pauta que siguen las diecisiete comunidades autónomas ofrece signos diferenciados en ambos bienios. En conjunto, algo más de las tres

cuartas partes del ajuste del gasto entre 2009 y 2013 se llevó a cabo en el bienio 2012-2013. Sin embargo, tres comunidades, Andalucía, Canarias y, sobre todo, Galicia, adoptan tempranamente una estrategia de reducción del gasto que vuelca en 2010-2011 la parte fundamental del ajuste, siendo Andalucía la que presenta una trayectoria descendente más estable, con menos oscilaciones. De hecho, Galicia y Canarias son las dos únicas comunidades que tienen crecimientos positivos en 2013. En el lado opuesto, cinco comunidades, Baleares, Madrid, Comunidad Valenciana, Murcia y Aragón, mantenían en 2011 un volumen de gasto igual o incluso algo superior al de dos años antes. Las otras nueve, habían iniciado ya procesos de ajuste con mayor o menor intensidad, pero con unos parámetros similares a la media nacional.

Tres comunidades autónomas, Andalucía, Canarias y, sobre todo, Galicia, adoptan tempranamente una estrategia de reducción del gasto que vuelca en el primer bienio la parte fundamental del ajuste. En el lado opuesto, Baleares, Madrid, Comunidad Valenciana, Murcia y Aragón mantenían en 2011 un volumen de gasto igual o incluso algo superior al de dos años antes.

El resultado final del proceso de reducción del gasto ofrece también contrastes importantes (cuadro 4). A la altura de 2013, y comparativamente con la situación existente cuatro años antes, la media de las comunidades autónomas presenta un descenso de casi 12 puntos porcentuales. Castilla-La Mancha y Aragón lideran el *ranking* de ajuste, con más de 20 puntos porcentuales, seguidas de Comunidad Valenciana, Canarias y Andalucía, con unos 15 puntos. Por el contrario, Cantabria y Castilla y León solo descienden 1,4 y 4,2 puntos respectivamente. Menores caídas que la media tienen también País Vasco (-5,9 puntos), Murcia (-7,6) y Madrid (-8,0). En las demás comunidades, las cifras finales son muy parecidas al total nacional.

De todos modos, algunos de los datos de la EGSP referentes a los consumos interme-

Cuadro 4

Evolución del gasto sanitario por conceptos, 2009-2013

(Tasa de variación entre 2009 y 2013, %)

	TOTAL	Personal	Consumos interm.	Suma producc. pública	Prod. privada	Farmacia y prótesis	Gasto de capital
Andalucía	-14,25	-16,45	-0,50	-11,80	-21,15	-13,27	-72,77
Aragón	-19,28	-8,52	-37,47	-15,33	-29,99	-26,85	-46,17
Asturias	-13,04	-10,08	-4,43	-8,24	-19,00	-27,96	-22,56
Baleares	-10,36	-13,66	-6,73	-12,15	87,85	-18,64	-56,35
Canarias	-14,73	-10,14	-16,25	-12,04	-8,05	-22,62	-60,84
Cantabria	-1,36	-10,36	52,92	6,42	1,59	-26,09	-15,37
Castilla y León	-4,21	-5,56	44,44	6,00	5,28	-24,21	-14,53
Castilla-La Mancha	-20,89	-19,08	0,67	-14,02	-36,59	-24,69	-88,12
Cataluña	-11,99	-9,11	3,04	-4,26	-10,87	-29,30	-44,14
Com. Valenciana	-14,72	-10,10	0,29	-5,79	-10,18	-31,69	-81,06
Extremadura	-11,82	-7,13	1,15	-5,25	2,89	-19,47	-93,62
Galicia	-12,44	-9,65	2,10	-6,08	-6,81	-20,65	-64,38
Madrid	-7,95	-12,58	-1,83	-8,90	29,35	-12,56	-78,34
Murcia	-7,61	-8,02	15,41	-1,70	-15,00	-22,50	-30,64
Navarra	-11,30	-6,52	-2,59	-5,37	-1,13	-31,42	-49,82
País Vasco	-5,89	-3,49	8,39	0,37	-5,92	-18,63	-65,15
La Rioja	-11,33	-13,66	3,83	-8,43	11,27	-24,49	-88,10
TOTAL	-11,87	-11,00	1,53	-6,95	-6,60	-22,38	-65,24

Fuente: Estadística de gasto sanitario público., Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

dios presentan abiertas discrepancias con los equivalentes de la IGAE, como sucede especialmente en los casos de Aragón y Cantabria. Ello puede deberse a los diferentes procesos de imputación a presupuesto de gastos correspondientes a otros ejercicios, de forma que en un año determinado las cifras pueden estar sobrevaloradas y en otro todo lo contrario. Por ello conviene matizar los resultados de estas dos comunidades⁵.

⁵ En el caso de Aragón, la suma del gasto en consumos intermedios de los años 2012 y 2013 es prácticamente igual con los datos de la EGSP y de la IGAE, pero la distribución entre ambos años muestra una caída muy fuerte en 2013 con datos de la EGSP que, sin embargo, es mucho menor con datos de la IGAE. En Cantabria, sin embargo, la diferencia se sitúa en el año 2012, con una cifra muy superior en términos de la EGSP, debido a la imputación a presupuesto de pagos tramitados mediante el mecanismo de pago a proveedores que se aplicó por primera vez en ese año.

Evolución del gasto por servicios

El gasto sanitario de las comunidades autónomas tiene tres grandes componentes: la producción pública de servicios sanitarios, que comprende principalmente los servicios hospitalarios y especializados y los servicios primarios de salud; la adquisición de servicios privados mediante concertados, dirigidos sobre todo a la atención especializada y hospitalaria; y finalmente la prestación

Cuadro 5

Gasto sanitario público de las comunidades autónomas, por servicios

(Millones de euros)

	2009	2010	2011	2012	2013
Serv. hospitalarios y especializados	31.393	31.151	31.953	31.219	29.895
Servicios primarios de salud	8.694	8.541	8.209	7.634	7.284
Docencia MIR	973	979	1.001	992	1.003
Servicios de salud pública	695	638	628	572	558
Suma servicios individuales	41.754	41.309	41.792	40.416	38.739
Investigación y formación	166	174	254	263	254
Gastos de administración general	1.230	1.131	1.104	1.133	1.160
Suma servicios colectivos	1.396	1.305	1.357	1.396	1.414
Suma producción pública	43.150	42.614	43.149	41.813	40.153
Servicios primarios de salud	181	191	196	193	195
Servicios especializados	902	970	970	1.160	1.054
Servicios hospitalarios	3.691	3.528	3.556	3.352	3.288
Traslado de enfermos	1.017	1.070	1.079	958	869
Suma producción privada	5.790	5.759	5.801	5.663	5.407
Farmacia	12.856	12.873	11.836	10.225	9.994
Prótesis y aparatos terapéuticos	170	174	152	136	118
Gasto en farmacia y prótesis	13.027	13.047	11.988	10.361	10.112
Transferencias corrientes	420	457	423	365	378
Formación bruta de capital fijo	1.959	1.807	1.201	873	677
Transf. de capital a entes privados	43	35	32	21	19
Suma gasto de capital	2.001	1.842	1.233	894	696
Gasto total	64.387	63.718	62.593	59.094	56.746

Fuente: *Estadística de gasto sanitario público*, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

farmacéutica ambulatoria. En conjunto, esas tres grandes partidas representan el 97% del gasto sanitario de las comunidades autónomas, siendo la atención primaria algo más del 13%, la especializada y hospitalaria un 49%, la compra de servicios privados un 9% —de los que más de un 7% son hospitalarios y especializados— y las recetas de farmacia un 21% (cuadro 5).

La reducción del gasto en la producción pública de servicios sanitarios fue especialmente intensa en los servicios primarios de salud, en los que se

registra una caída continuada desde 2010 hasta 2013, cerrándose el cuatrienio con un descenso del 16,2%. En la atención hospitalaria y especializada el descenso fue bastante menor (-4,8%), sobre todo por las dificultades para afrontar una estabilización del gasto en consumos intermedios, que de hecho aumentó a lo largo del periodo.

La contratación externa de servicios apenas se vio afectada hasta 2012 con una ligera reducción del gasto en servicios hospitalarios y traslado de enfermos. El ajuste final del gasto en producción privada

a lo largo del cuatrienio es por tanto ligeramente inferior al aplicado a los servicios individuales de producción pública: -6,6% y -6,9% respectivamente.

Sin embargo, la partida que concentra el mayor ajuste de gasto en términos absolutos es la dedicada a farmacia extrahospitalaria y prótesis y aparatos terapéuticos, que desciende un 22,4% entre 2009 y 2013, como resultado principalmente de las medidas adoptadas en el precio regulado de los medicamentos y del menor consumo de recetas, tras el aumento en la participación de los usuarios en el coste de las recetas de farmacia.

Las medidas de recorte del gasto se han extendido al cierre de consultorios y dispositivos de atención continuada, limitación de horarios en centros de salud, reducción del número de camas, consultas y quirófanos en hospitales, etc. Así por ejemplo, el número de camas en funcionamiento en los hospitales del sistema nacional de salud pasó de 115.418 en 2010 a 109.484 en 2013, con una reducción del 5,2%. El descenso con relación al año en que se alcanzó el máximo de cada comunidad fue proporcionalmente más elevado en Castilla-La Mancha (-13,6%), Cataluña (-8,2%), Cantabria (-7,3%) y Navarra (-6,8%), y mucho más limitado en Canarias (-1,6%), Murcia (-2,1%), Asturias (-2,3%), Extremadura (-3,3%) y Andalucía (-3,3%), aumentando únicamente en La Rioja (véase Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015a).

Pero en términos absolutos, más de las tres cuartas partes del ajuste del gasto se corresponden con el capítulo de personal y las recetas de farmacia, factores ambos a los que nos referimos a continuación.

Gasto de personal y recursos humanos

La reducción del gasto de personal se ha sustentado, por una parte, en las rebajas y congelaciones salariales aprobadas por el Gobierno central así como en distintas medidas de control adopta-

das por las propias comunidades y, por otra, en la disminución de las plantillas (interinidades, contratos eventuales, jubilación a los 65 años). En el primero de los casos no cabe, al menos *a priori*, deducir efectos negativos sobre la atención sanitaria, salvo posibles afecciones sobre la productividad de difícil cuantificación. En el segundo, en cambio, las consecuencias sobre la calidad de la atención sanitaria, listas de espera, etc. son mucho más plausibles, de modo que se pueden detectar con mayor precisión las comunidades donde el impacto de los recortes puede haber sido más negativo.

En el conjunto de profesionales vinculados al sistema nacional de salud, las bajas se han concentrado en la asistencia hospitalaria y especializada, siendo menor el impacto en el ámbito de la atención primaria, a pesar de lo cual y como ya hemos visto, los efectos en términos de gasto fueron proporcionalmente mayores en primaria que en especializada. En atención primaria (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015c), el número de profesionales se cifraba en 85.267 en 2009 y, tras un leve descenso en 2010, alcanzó un máximo de 85.852 en 2011, situándose finalmente en 84.651 en 2013. Los cambios fueron, por tanto, poco relevantes y centrados principalmente en el personal no sanitario (en médicos de familia, pediatras y enfermería apenas existen ligeras variaciones), aunque en algunas comunidades autónomas sí se detectan mayores ajustes; pero no hay una pauta común en la evolución del número de profesionales durante los años del periodo analizado. Solo en los casos de Asturias, Castilla y León, País Vasco y La Rioja puede observarse un descenso algo mayor del número de efectivos de atención primaria respecto a los máximos alcanzados por cada una de ellas en distintos momentos del periodo.

En cambio, en la atención hospitalaria y especializada sí existe una reducción significativa de personal en casi todas las comunidades autónomas (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015b). Debido a la ruptura de la serie que se produce en 2010, cuando se sustituye la *Estadística de Establecimientos Sani-*

tarios en Régimen de Internado (ESCRI) por el Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE), solo podemos establecer comparaciones homogéneas tomando como referencia el periodo 2010-2013. En ese intervalo de tiempo la disminución del personal total vinculado en centros públicos o asimilados del sistema nacional de salud fue de 21.011 personas, un 4,5% del existente en 2010. En este caso, también se observan comportamientos distintos entre comunidades autónomas. Tomando como referencia el año en el que se produce un máximo en la dotación de personal (2009 en diez comunidades y 2010 en las siete restantes), los mayores ajustes se producen en Castilla-La Mancha, Navarra, Madrid, Andalucía y Cataluña, mientras que los menores tienen lugar en el País Vasco —donde incluso aumenta la dotación de personal—, La Rioja, Extremadura y Galicia.

Entre los profesionales vinculados al sistema nacional de salud, las bajas se han concentrado en la asistencia hospitalaria y especializada, siendo menor el impacto en atención primaria. A su vez, los ajustes en hospitales se han volcado sobre el personal de enfermería, técnicos sanitarios y personal no sanitario, con efectos apenas perceptibles en el caso de los médicos.

El examen más pormenorizado de las categorías profesionales del personal de los servicios de atención hospitalaria y especializada ofrece resultados interesantes sobre dónde se ha focalizado el recorte de efectivos. Así, apenas existe reducción de personal en el caso de los médicos, que pasan de 76.691 en 2010 a 76.481 en 2013, con alguna excepción muy concreta en Castilla-La Mancha y Cataluña. Por el contrario, los ajustes se vuelcan sobre el personal de enfermería, los técnicos sanitarios y el personal no sanitario. En el primer caso, sobre un máximo de 135.921 personas en 2010, se baja hasta 131.811 en 2013, un descenso de 4.110, un 3,0%. Las comunidades proporcionalmente más afectadas respecto al máximo de personal

alcanzado en 2010 o 2011 fueron Andalucía, Castilla-La Mancha, Madrid, Cataluña y Murcia, y las menos afectadas, País Vasco —que crece—, La Rioja, Baleares, Cantabria y Extremadura. En los técnicos sanitarios (auxiliares y técnicos superiores), la disminución de efectivos fue de 5.936, un 4,8%, con Castilla-La Mancha, Comunidad Valenciana, Andalucía y Madrid, a la cabeza de los recortes, y Galicia, País Vasco, Canarias y Baleares en el extremo opuesto. En cuanto al personal no sanitario, la reducción ascendió a 8.898 personas, un 7,4% menos que en 2010, dejando la cifra final en 111.548 en 2013. En este caso, las comunidades que realizaron un mayor ajuste relativo fueron Navarra, Castilla-La Mancha, Baleares, Madrid, Murcia, Andalucía y Asturias, en tanto que País Vasco, Comunidad Valenciana, La Rioja y Galicia fueron las menos afectadas. Cabe concluir, por tanto, que en el área sanitaria las comunidades autónomas han cargado los recortes de plantillas en las categorías inferiores, tanto en atención primaria como en hospitalaria y especializada.

La farmacia ambulatoria

La farmacia extrahospitalaria ha sido una de las partidas más afectadas por el proceso de ajuste. En el conjunto del periodo objeto de estudio, el gasto en farmacia, incluidas prótesis y aparatos terapéuticos, descendió un 22,4%, con una pauta similar a la trayectoria del conjunto del gasto: un descenso inicial del 8,0% en el bienio 2010-2011 —en realidad el ajuste se manifiesta en las cifras de gasto en 2011 pues en 2010 apenas hay variación— y posteriormente otro, más intenso, del 15,6% en 2012-2013, también con un balance muy centrado en el año 2012. Las comunidades con una mayor reducción del gasto a lo largo de los cuatro años han sido la Comunidad Valenciana (-31,7%), Navarra (-31,4%), Cataluña (-29,3%) y Asturias (-28,0%); en sentido inverso, los menores descensos se produjeron en Madrid (-12,6%) y Andalucía (-13,3%).

La importante reducción de este tipo de gasto ha estado vinculada a dos factores: el número

de recetas facturadas y el gasto medio por receta (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015b). El número de recetas alcanzó un máximo en 2011 con 970,9 millones, tras crecimientos cada vez menores, pero todavía positivos, en los años precedentes. Entre 2012 y 2013 se produce un descenso del número de recetas facturadas cercano al 12%, repartido casi a partes iguales entre los dos años. Pero también en este punto existen singularidades en algunas comunidades autónomas. Aunque la pauta está muy próxima a la media nacional en la mayoría de los casos, destacan las caídas de la Comunidad Valenciana (-16,3%) y Cataluña (-14,7%), frente a los menores descensos de Canarias (-7,6%) y Extremadura (-8,3%).

A su vez, el gasto medio por receta se redujo ya levemente en 2009 y lo hizo con mayor intensidad en el bienio 2010-2011, en que cayó 1,95 euros/receta, es decir, un 14,6% en comparación con 2009. Posteriormente, en 2012-2013 el descenso acumulado fue menor, 0,76 euros, un 6,6% en comparación con 2011 y prácticamente todo concentrado en 2012. En total, el gasto medio por receta pasó de 13,39 euros en 2009 a 10,68 euros en 2013 (-20,6%). Los mayores descensos respecto a los máximos de cada comunidad alcanzados en 2008 o 2009 se produjeron en Baleares (-26,0%), Asturias (-24,3%), Canarias (-24,2%), Castilla y León (-24,2%) y La Rioja (-24,0%); los menores, en el País Vasco (-15,0%), Cantabria (-16,7%) y Andalucía (-17,4%). El resultado final es que el gasto medio por receta facturada del sistema nacional de salud en 2013 está por encima de la media en País Vasco, Comunidad Valenciana, Galicia y Cantabria, y claramente por debajo en Andalucía y Cataluña.

A modo de conclusión

La disminución del gasto sanitario ha pivotado, en síntesis, sobre cuatro vectores: las reducciones salariales, la caída de efectivos en las categorías profesionales inferiores, los recortes en el precio de los medicamentos y la práctica eliminación de las inversiones. En términos generales, las comu-

nidades autónomas con mayores problemas de déficit tuvieron que realizar ajustes más severos en sus servicios sanitarios: Castilla-La Mancha, Comunidad Valenciana, Cataluña o Andalucía aparecen así con reducciones importantes en la mayoría de indicadores manejados en este trabajo. En cambio, País Vasco, Madrid, Castilla y León o Galicia presentan ajustes mucho más suaves.

El análisis revela que la mayor parte de la reducción del gasto sanitario autonómico ha provenido de decisiones adoptadas por el Gobierno central ante las urgencias de la consolidación fiscal (salarios, empleo público y precios regulados en farmacia), si bien las comunidades con mayores problemas de déficit tuvieron que realizar ajustes más severos en todos sus servicios.

Es verdad que el simple análisis de las cifras de gasto no permite vislumbrar las posibles reformas o innovaciones organizativas que han llevado a cabo algunas comunidades autónomas con la vista puesta en la mejora de la eficiencia de los servicios sanitarios. Y también es verdad que en última instancia el análisis aquí realizado concierne exclusivamente a una contabilización de *inputs*, sin abordar sus efectos sobre los *outputs* intermedios de carácter sanitario o, lo que sería mucho más difícil, sobre el *output* final en términos de salud de la población. Pero la simple descripción de hechos y cifras refleja con claridad que la mayor parte de la reducción del gasto sanitario autonómico ha provenido de decisiones adoptadas por el Gobierno central ante las urgencias de la consolidación fiscal (salarios, empleo público, precios de farmacia, etc.). Por ello, mucho nos tememos que las medidas adoptadas en estos años de crisis puedan caracterizarse más como simples recortes que como verdaderos ajustes, y que, por tanto, una vez agotado su impacto más inmediato, se ponga de manifiesto su escasa efectividad para mejorar la eficiencia del sistema nacional de salud.

Referencias

CUENCA, A., y GONZÁLEZ, R. (2015), "Sistema de financiación autonómica y gasto sanitario en España", *Papeles de Economía Española*, 143: 75-93

LAGO PEÑAS, S., y FERNÁNDEZ LEICEAGA, X. (2013), "Las finanzas autonómicas: expansión y crisis, 2002-2012", *Papeles de Economía Española*, 138: 130-146.

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD (2013), *Estadística de Gasto Sanitario Público. Metodología*. (<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egspMetodologiaGeneral.pdf>).

– (2015a), *Sistema de información de atención especializada (SIAE). Dotación*, (<http://pestadistico.inteligenciadegestion.msssi.es/publicoSNS/comun/Cubo.aspx?IdNodo=14036#no-back-button>).

– (2015b), *Sistema de información de atención especializada (SIAE). Personal y formación*, (<http://pestadistico.inteligenciadegestion.msssi.es/publicoSNS/comun/Cubo.aspx?IdNodo=14037#no-back-button>).

– (2015c), *Sistema de información de atención primaria (SIAP). Recursos*, (<http://pestadistico.inteligenciadegestion.msssi.es/publicoSNS/comun/Cubo.aspx?IdNodo=6407#no-back-button>).

– (2015d), *Facturación de recetas médicas*, (<http://www.msssi.gob.es/profesionales/farmacia/datos/home.htm>).