



ORIGINAL

El gasto sanitario en España, 2002-2008: ¿empieza el rescate presupuestario de la atención primaria?

Juan Simó Miñana

Medicina de Familia, Centro de Salud de Ansoain, Navarra, España. Plataforma 10 minutos

Recibido el 22 de octubre de 2010; aceptado el 17 de enero de 2011

Disponible en Internet el 14 de abril de 2011

PALABRAS CLAVE

Servicios sanitarios;
Gasto sanitario;
Atención primaria;
Renta;
Envejecimiento

Resumen

Objetivo: Conocer el reparto del gasto sanitario público (GSP) entre 2002 y 2008 según sectores y las eventuales diferencias relacionadas con la riqueza y el envejecimiento poblacional de las comunidades autónomas.

Diseño: Estudio longitudinal retrospectivo.

Emplazamiento: España.

Participantes: Las 17 comunidades autónomas.

Mediciones: Se analiza la relación de los gastos con la renta y el envejecimiento, su crecimiento y participación en el GSP.

Resultados: El gasto en atención primaria de salud (APS) crece un 25% más que el GSP, el hospitalario crece un 18% más que el de APS y el gasto de personal hospitalario crece un 5% más que el de personal de APS. La participación hospitalaria en el GSP aumenta el doble (10%) que la de APS (5%). Las variables de gasto hospitalario se relacionan positivamente con la renta pero apenas, o negativamente, con el envejecimiento. Las variables de gasto en APS se relacionan de forma positiva con el envejecimiento pero negativamente con la renta. Las regiones más ricas gastan menos en fármacos ($r = -0,56$, $p = 0,02$), más en hospital ($r = 0,52$, $p = 0,03$) pero no más en APS ($r = -0,07$). Las más envejecidas gastan más en APS ($r = 0,39$, $p = 0,12$) y en fármacos ($r = 0,63$, $p < 0,01$) pero apenas más en hospital ($r = 0,15$). La renta y el envejecimiento apenas se correlacionan ($r = -0,15$).

Conclusiones: Entre 2002 y 2008 se reducen las diferencias en el crecimiento presupuestario detectadas los años previos entre hospital y APS. El crecimiento del gasto hospitalario supera al de APS pero éste supera al del GSP. Se acentúa el hospitalocentrismo presupuestario en las regiones más ricas.

© 2010 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Health services;
Health expenditure;
Primary Care;

Health spending in Spain, 2002-2008. Does the Primary Care budget rescue begin?

Abstract

Objective: To determine the distribution of the public health spending (PHS) among health sectors from 2002 to 2008, and the eventual regional inequalities related to the regional income level and the ageing population.

Correo electrónico: ju.simom@gmail.com

Income;
Ageing

Design: A longitudinal and retrospective study.

Setting: Spain.

Participants: The 17 Autonomous Communities.

Methods: The relationship between health expenditure and income and ageing population in the regions, their growth and participation in PHS was analysed.

Results: Primary Care (PC) expenditure has increased 25% more than the PHS; hospital spending has grown 18% more than the PC and hospital staff spending has grown 5% more than the PC staff. Hospital participation in PHS is twice (10%) that of PC participation (5%). Hospital expenditure variables were positively correlated with income but barely, or negatively, with ageing population. PC expenditure variables were positively correlated with ageing but negative with income. The richest regions spend less on drugs ($r=-0.56$, $p=0.02$), more on hospitals ($r=0.52$, $p=0.03$) but not more on PC ($r=-0.07$). Regions with more ageing populations spend more on PC ($r=0.39$, $P=.12$) and drugs ($r=0.63$, $P<.01$) but just more on hospitals ($r=0.15$). The income level barely correlates with ageing population ($r=-0.15$).

Conclusions: Between 2002 and 2008 the differences detected during the previous years in the budget growth between hospitals and PC were reduced. The growth of spending on hospitals is higher than on PC, but this is higher than PHS. The centralising of care in hospitals is notable in the richest regions.

© 2010 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La histórica infrapresupuestación de nuestra sanidad pública en relación con la Europa desarrollada se corrigió parcialmente a partir de 1995 cuando el sector hospitalario público empezó a recibir un esfuerzo presupuestario sobre el PIB en el promedio europeo y una inversión per cápita acorde con nuestra renta. También desde entonces nuestro gasto farmacéutico público per cápita y como parte del PIB supera el promedio de la Europa desarrollada¹. Cabría esperar, pues, que desde mediados 1990 se hubiera potenciado presupuestariamente nuestra atención primaria respecto a etapas previas y a los otros 2 grandes sectores (hospital y fármacos) de la sanidad pública. Sin embargo, esto no ha sido así y nuestra atención primaria se sitúa desde 1995 en el epicentro de la infrapresupuestación relativa de la sanidad pública española respecto a Europa¹. Sabemos que el poblacional ha sido el criterio utilizado para el reparto de fondos públicos sanitarios entre las comunidades autónomas (CC.AA.) durante las últimas 3 décadas². Sólo a partir de 2002 se incluye el envejecimiento poblacional (porcentaje de población con 65 o más años) como criterio de reparto². Conocemos desigualdades interregionales en España tanto en el nivel de gasto sanitario público³ como en el del privado⁴ y las investigaciones en servicios sanitarios han puesto de manifiesto que la renta per cápita es la variable con un mayor poder explicativo de las diferencias encontradas en el gasto sanitario per cápita entre los países^{5,6}. Por estudio previo⁷, concerniente al periodo 1995-2002, sabemos que el reparto de fondos públicos y su crecimiento entre los principales sectores (atención especializada, primaria y fármacos de receta) de la sanidad pública en las CC.AA. fue muy desfavorable para nuestra atención primaria, situación que se mantuvo cuando nuevos datos oficiales permitieron prolongar el análisis hasta 2006⁸. En este contexto, una de las estrategias del

Proyecto AP21 aprobado por el Consejo Interterritorial en 2006 propugna incrementar los recursos financieros destinados a la atención primaria por encima del incremento de la media de los presupuestos sanitarios públicos⁹. Se dispone actualmente de datos oficiales desagregados por CC.AA. que alcanzan el año 2008 cuyo análisis nos permitiría detectar si los resultados del periodo 1995-2002 se mantienen o acentúan o si, por el contrario, se detecta algún cambio positivo en la financiación de nuestra atención primaria entre 2002 y 2008. Esta investigación se propone, pues, conocer el reparto de fondos públicos y su crecimiento durante el periodo 2002-2008 entre los principales sectores (atención hospitalaria-especializada, primaria y fármacos de receta) de la sanidad pública en las CC.AA. y las eventuales diferencias que al respecto pudieran relacionarse con la riqueza de las regiones o su envejecimiento poblacional, y comparar los resultados con los del estudio previo referido al periodo 1995-2002, mediante idéntica metodología y fuentes de datos.

Material y método

Gasto sanitario objeto de estudio

El gasto sanitario público objeto de estudio en este trabajo y en la investigación con la que se compara⁷ incluye únicamente el de las CC.AA. Esto es, el gasto sanitario ocasionado por la asistencia sanitaria transferida a las CC.AA. y que representa actualmente más del 90% del gasto sanitario público. Por lo tanto, no se incluye el gasto sanitario público de la Administración Central del Estado, el de las Mutualidades de Funcionarios, el de las Mutualidades de Accidentes de Trabajo, el de las Corporaciones Locales ni el de las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla.

Fuentes de datos

Los datos de gasto sanitario público proceden de las Cuentas Satélite del Gasto Sanitario Público¹⁰. Proceden del Instituto Nacional de Estadística los datos de población^{11,12}, PIB¹³ y deflactor del PIB¹⁴.

Gasto sanitario y sectores funcionales del mismo

El gasto sanitario público, tanto el global como el de cada uno de los sectores (atención primaria, atención hospitalaria-especializada, farmacia de receta, personal), se ofrece en las cuentas satélite expresado en euros corrientes para cada año y comunidad autónoma.

Obtención de las variables

El gasto sanitario y el de cada uno de los sectores en términos per cápita se obtienen de la división de cada gasto en euros corrientes entre la población de cada comunidad para cada año. Del mismo modo se obtiene la renta o PIB per cápita para cada comunidad y año. El envejecimiento poblacional se mide como el porcentaje de población con 65 o más años de edad para cada año y comunidad. El peso de cada uno de los sectores dentro del gasto sanitario público se calcula y expresa en términos porcentuales para cada año y comunidad.

Cálculo del crecimiento de los gastos y de la renta

Se calcula el crecimiento de los gastos per cápita y de la renta per cápita en términos nominales (sin deflactor) y en términos reales (deflactando) para cada año y comunidad. Para lo segundo se utiliza el deflactor del PIB, también llamado deflactor implícito de precios del PIB, un índice de precios que recoge la variación que se ha producido en el nivel de precios (inflación) de un país durante un periodo determinado. Es un indicador parecido al índice de precios al consumo (IPC), si bien este último sólo tiene en cuenta aquellos bienes y servicios destinados al consumo, mientras que el deflactor del PIB considera todos los bienes y servicios producidos en el país. El incremento real del gasto se obtiene restando al crecimiento nominal el deflactor del PIB (24,44% en el periodo)¹⁴.

Variables del estudio

Las variables expresan el promedio entre 2002 y 2008 para cada comunidad autónoma y son las siguientes:

1. Población (número de habitantes).
2. PIB per cápita (PIBpc).
3. Envejecimiento poblacional (porcentaje de población \geq 65 años) (P65).
4. Gasto sanitario público per cápita (GSpc).
5. Gasto hospitalario-especializada per cápita (GHpc).
6. Gasto en atención primaria per cápita (GAPpc).
7. Gasto farmacéutico (recetas del SNS) per cápita (GFpc).
8. Gasto en personal per cápita (GPpc).
9. Gasto en personal hospitalario-atención especializada per cápita (GPHpc).

10. Gasto en personal de atención primaria per cápita (GPAPpc).
11. Gasto hospitalario-atención especializada como porcentaje del gasto sanitario (GH%GS).
12. Gasto en atención primaria como porcentaje del gasto sanitario (GAP%GS).
13. Gasto farmacéutico como porcentaje del gasto sanitario (GF%GS).
14. Gasto de personal como porcentaje del gasto sanitario (GP%GS).

Los resultados del test de Kolmogorov-Smirnov aplicado a las variables permite asumir su distribución normal y, por tanto, utilizar el coeficiente de correlación de Pearson para determinar asociaciones entre ellas.

Universo:

Las 17 comunidades autónomas españolas

Variables analizadas

por comunidad autónoma:

Socioeconómicas:

Población (número de habitantes)
Producto interior bruto per cápita.
Porcentaje de población \geq 65 años.

Relativas al gasto sanitario público (GSP):

Gasto sanitario público per cápita.
Gasto hospitalario-especializada per cápita.
Gasto en atención primaria per cápita.
Gasto farmacéutico (recetas SNS) per cápita.
Gasto en personal per cápita.
Gasto en personal hospitalario per cápita.
Gasto en personal de atención primaria per cápita.
Gasto hospitalario como porcentaje del GSP.
Gasto en atención primaria como porcentaje del GSP.
Gasto farmacéutico como porcentaje del GSP.
Gasto en personal como porcentaje del GSP.

Esquema general del estudio: Estudio longitudinal, retrospectivo, para conocer el reparto del presupuesto sanitario público entre 2002 y 2008.

Resultados

La [tabla 1](#) muestra la distribución de las variables del estudio entre las comunidades autónomas. El resto de tablas contienen el resumen numérico del análisis de los datos.

Crecimiento de la población y del envejecimiento poblacional

La población española pasó de 41.062.518 habitantes en 2002 a 46.008.985 en 2008, lo que significa un incremento del 12%, más del doble que el ocurrido entre 1995 y 2002 (5%) ([tabla 2](#)). El incremento poblacional entre 2002 y 2008 en términos absolutos ha sido de 4.946.467 habitantes ([tabla 2](#)), mientras que entre 1995 y 2002 fue de 1.847.568⁷. La proporción de habitantes de 65 o más años durante el periodo

Tabla 1 Distribución de las principales variables del estudio entre las comunidades autónomas: valores promedio del periodo 2002-2008 (n = 17)

	Población	P65	PIBpc ^a	GSpca	GHpca	GAPpca	GFpca	GPpca	GPHpca	GPAPpca	GH%GS	GAP%GS	GF%GS	GP%GS
<i>Andalucía</i>	7.837.136	14,7	15.889	987	535	169	223	463	311	128	54	17	23	47
<i>Aragón</i>	1.266.751	20,7	22.273	1.162	636	161	254	582	399	135	55	14	22	50
<i>Asturias (Principado de)</i>	1.075.949	22,0	18.363	1.172	669	147	265	556	393	124	57	13	23	47
<i>Baleares (Islas)</i>	986.723	13,9	23.042	1.010	577	130	180	500	356	112	57	13	18	49
<i>Canarias</i>	1.960.028	12,2	18.672	1.095	620	136	218	484	336	118	57	12	20	44
<i>Cantabria</i>	561.730	18,8	20.422	1.238	662	153	229	593	386	122	54	12	19	48
<i>Castilla y León</i>	2.511.650	22,7	19.547	1.112	558	175	243	550	343	152	50	16	22	50
<i>Castilla-La Mancha</i>	1.899.147	19,0	16.121	1.052	511	161	252	494	316	132	48	15	24	47
<i>Cataluña</i>	6.961.199	16,7	24.472	1.069	585	166	235	301	157	120	54	16	22	28
<i>Comunidad Valenciana</i>	4.679.269	16,3	18.909	1.006	522	130	270	396	259	106	52	13	27	40
<i>Extremadura</i>	1.082.889	19,2	13.962	1.172	573	199	257	555	345	168	49	17	22	47
<i>Galicia</i>	2.760.839	21,4	16.917	1.092	592	127	285	467	323	113	54	12	26	43
<i>Madrid (Comunidad de)</i>	5.910.939	14,4	27.260	965	600	117	173	471	339	96	62	12	18	49
<i>Murcia (Región de)</i>	1.330.749	13,9	17.345	1.098	609	132	247	473	332	110	55	12	23	43
<i>Navarra (Comunidad Foral de)</i>	593.453	17,6	25.986	1.205	686	185	228	616	432	140	57	15	19	51
<i>País Vasco</i>	2.127.609	18,3	26.495	1.211	686	178	237	593	416	137	57	15	20	49
<i>Rioja (La)</i>	299.498	18,7	22.438	1.260	619	154	229	558	377	131	49	12	19	45
<i>Promedio comunidades autónomas</i>		17,7	20.477	1.112	602	154	237	509	342	126	54	14	22	46
DE		3,1	4017	91	54	23	29	80	64	18	4	2	3	6
CV		0,18	0,20	0,08	0,09	0,15	0,12	0,16	0,19	0,14	0,07	0,13	0,13	0,12

CV: coeficiente de variación; DE: desviación estándar; GAP%GS: gasto en atención primaria como % del gasto sanitario; GAPpc: gasto en atención primaria pc; GF%GS: gasto farmacéutico como % del gasto sanitario; GFpc: gasto farmacéutico (recetas SNS) pc; GH%GS: gasto hospitalario-especializada como % del gasto sanitario; GHpc: gasto hospitalario-especializada pc; GP%GS: gasto en personal como % del gasto sanitario; GPAPpc: gasto en personal de atención primaria pc; GPHpc: gasto en personal hospitalario-especializada pc; GPpc: gasto en personal pc; GSpca: gasto sanitario pc; P65: Porcentaje (%) de población con 65 o más años; PIBpc: Producto Interior Bruto per cápita (pc); Población: número de habitantes;

^a Unidades monetarias: euros corrientes.

Tabla 2 Variación (en porcentaje) de la población, del envejecimiento poblacional y de la participación de algunos sectores en el gasto sanitario público en el periodo 2002-2008 y comparación con el periodo 1995-2002. Promedio comunidades autónomas (n = 17)

	Promedio CC.AA. (%) 2002	Promedio CC.AA. (%) 2008	Variación (%) 2002-2008	Variación (%) 1995-2002 ^a
Gasto hospitalario-especializada como porcentaje del gasto sanitario público	51,3	56,4	10	- 5
Gasto en atención primaria como porcentaje del gasto sanitario público	13,6	14,3	5	- 10
Gasto farmacéutico como porcentaje del gasto sanitario público	22,6	19,9	-12	15
Gasto de personal como porcentaje del gasto sanitario público	45,0	47,5	6	- 10
Envejecimiento (porcentaje de población con 65 o más años)	16,95	17,38	2,5	11
Total CC.AA.	Total CC.AA. 2002	Total CC.AA. 2008	Variación (%) 2002-2008	Variación (%) 1995-2002 ^a
Población (número de habitantes)	41.062.518	46.008.985	12	5

^a Fuente: Simó J⁷.

2002-2008 pasó del 16,95 al 17,38%, lo que significa un incremento del 2,5%, inferior al ocurrido entre 1995 y 2002 (11%) (tabla 2).

Variación de la participación de algunos sectores en el gasto sanitario público

La tabla 2 muestra la variación de la participación en el gasto sanitario público de algunos sectores funcionales del mismo en el periodo 2002-2008 comparada con la del periodo 1995-2002. Entre 2002 y 2008 aumentan su participación los mismos sectores que la redujeron en el periodo 1995-2002. El gasto de personal aumenta un 6% su participación y también la incrementan la atención primaria y la especializada, aunque el aumento de ésta última (10%) duplica al de atención primaria (5%). Al contrario que ocurrió durante el periodo previo, el gasto farmacéutico reduce un 12% su participación entre 2002 y 2008.

Crecimiento de la renta y de algunos gastos

La tabla 3 muestra el incremento acumulado y anual, nominal y real, de la renta (PIB per cápita) y de algunos gastos durante el periodo de estudio. El incremento acumulado real del gasto per cápita en atención primaria es del 39,6% y el hospitalario del 46,6% (un 18% más que el de primaria). La diferencia en el incremento presupuestario entre ambos sectores se reduce comparada con la existente en el periodo 1995-2002 cuando el gasto hospitalario creció en términos reales un 36% más que el de primaria. El incremento acumulado real del gasto per cápita en personal de atención primaria es del 39,6% y el de atención especializada del 41,6% (un 5% más que el de primaria). Se reduce, pues, muchísimo la magnitud de la diferencia en el crecimiento real del gasto de personal entre ambos sectores respecto al periodo 1995-2002 cuando el hospitalario creció un 146% más que el de primaria. En contraste con lo ocurrido entre 1995 y 2002, el gasto farmacéutico per cápita es el gasto

que menos crece durante el periodo 2002-2008. Al comparar ambos periodos, se detecta un mayor crecimiento del gasto sanitario público entre 2002 y 2008, con un incremento anual del 5,27% (un 16% superior al del periodo 1995-2002). Este mayor crecimiento entre 2002 y 2008 del gasto sanitario público respecto al periodo previo se refleja en un mayor crecimiento también de todos los sectores (hospital, primaria y personal) excepto el de farmacia. Ocurre esto en un contexto de menor crecimiento económico reflejado en un menor incremento anual de la renta per cápita durante el periodo 2002-2008 (2,43%) respecto al ocurrido entre 1995 y 2002 (3,79%).

Renta y gasto sanitario público

Como se aprecia en la tabla 4, durante el periodo 2002-2008 el nivel de renta de las comunidades autónomas se correlaciona positiva pero muy débilmente el gasto sanitario público per cápita ($r=0,12$), pero muestra una correlación más importante con algunos de sus componentes. Así, a mayor renta encontramos un menor gasto farmacéutico per cápita ($r=-0,56$, $p=0,02$) y un mayor gasto per cápita en atención especializada ($r=0,52$, $p=0,03$). Las comunidades más ricas también muestran como parte de su gasto sanitario público un mayor gasto hospitalario ($r=0,60$, $p=0,01$) y un menor gasto farmacéutico ($r=-0,63$, $p<0,01$). Sin embargo, las regiones más ricas no muestran una mayor inversión en atención primaria ni en términos per cápita ($r=-0,07$) ni como parte de su gasto sanitario público ($r=-0,17$).

Envejecimiento y gasto sanitario público

En la tabla 4 se aprecia cómo las comunidades autónomas más envejecidas muestran, más claramente que entre 1995 y 2002, un mayor gasto sanitario per cápita ($r=0,51$, $p=0,04$) que se refleja en un mayor gasto per cápita en atención primaria ($r=0,39$, $p=0,12$), en farmacia de receta ($r=0,63$, $p<0,01$) y en personal ($r=0,41$, $p=0,10$), especialmente

Tabla 3 Incremento acumulado y anual, nominal^a y real^b, de la renta per cápita y de algunos gastos sanitarios públicos per cápita. Promedio comunidades autónomas (n = 17) en el periodo 2002-2008 y comparación con el periodo 1995-2002

	Promedio CC.AA. ^a 2002	Promedio CC.AA. ^a 2008	Incremento acumulado nominal ^a (%) 2002-2008	Incremento acumulado real ^b (%) 2002-2008	Incremento acumulado real ^c (%) 1995-2002	Incremento anual real (%) 2002-2008	Incremento anual real (%) 1995-2002
Renta per cápita (PIB per cápita)	16.875	23.484	39	14,6	26,5	2,43	3,79
Gasto sanitario público per cápita	881	1.373	56	31,6	31,5	5,27	4,50
Gasto hospitalario-atención especializada per cápita	453	774	71	46,6	22,5	7,77	3,21
Gasto en atención primaria per cápita	120	197	64	39,6	16,5	6,60	2,36
Gasto de personal per cápita	401	653	63	38,6	16,5	6,43	2,36
Gasto de personal hospitalario-atención especializada per cápita	266	442	66	41,6	18,5	6,93	2,64
Gasto de personal en atención primaria per cápita	99	162	64	39,6	7,5	6,60	1,07
Gasto farmacéutico (recetas SNS) per cápita	194	272	37	15,6	55,5	2,60	7,93

^a Euros corrientes.

^b Incremento real = incremento nominal - deflactor del PIB (deflactor del PIB acumulado periodo 2002-2008 = 24,44%).

^c Fuente: Simó J⁷.

Tabla 4 Coeficientes de correlación lineal de Pearson entre algunos gastos sanitarios públicos y otras variables de interés (renta y envejecimiento). Promedios periodos 1995-2002 y 2002-2008 en comunidades autónomas (n = 17)

	r	PIBpc		P65	
		Periodo 1995-2002 ^a	Periodo 2002-2008	Periodo 1995-2002 ^a	Periodo 2002-2008
Producto interior bruto per cápita (pc)	r			-0,17	-0,15
Gasto sanitario (GS) per cápita	r	0,22	0,12	0,13	0,51 ^b
Gasto hospitalario-atención especializada per cápita	r	0,39 ^c	0,52 ^b	0,06	0,15
Gasto en atención primaria per cápita	r	0,06	-0,07	0,37 ^c	0,39 ^c
Gasto farmacéutico per cápita	r	-0,62 ^d	-0,56 ^b	0,36 ^e	0,63 ^d
Gasto en personal per cápita	r	0,11	0,10	0,28	0,41 ^f
Gasto en personal hospitalario-atención especializada per cápita	r	0,11	0,18	0,12	0,26
Gasto en personal de atención primaria per cápita	r	-0,09	-0,24	0,44 ^f	0,52 ^b
Gasto hospitalario-atención especializada como porcentaje del GS	r	0,38 ^c	0,60 ^b	-0,06	-0,43 ^f
Gasto en atención primaria como porcentaje del GS	r	-0,09	-0,17	0,36 ^c	0,15
Gasto farmacéutico como porcentaje del GS	r	-0,63 ^d	-0,63 ^d	0,18	0,30
<i>Gasto de personal como porcentaje del GS</i>	r	0,007	0,06	0,23	0,19

p: nivel de significación estadística; P65: porcentaje de población ≥ 65 años; r: coeficiente de correlación lineal de Pearson.

^a Fuente: Simó J⁷.

^b $p < 0,05$.

^c $p < 0,15$.

^d $p < 0,01$.

^e $p < 0,20$.

^f $p < 0,10$.

en personal de atención primaria ($r=0,52$, $p=0,03$). Pero este mayor gasto sanitario en las comunidades autónomas más envejecidas es inapreciable en el gasto hospitalario per cápita ($r=0,15$); de hecho, las regiones más envejecidas muestran un menor gasto hospitalario como parte del sanitario público ($r=-0,43$, $p=0,09$).

Discusión

Limitaciones del estudio

Tamaño muestral y significación estadística

En principio, el pequeño tamaño muestral (las 17 comunidades autónomas) podría afectar al nivel de significación estadística (valor de p) de los coeficientes de correlación. Así, algunos coeficientes relevantes por su magnitud pudieran ser erróneamente despreciados por resultar estadísticamente no significativos. Importa señalar que no hablamos estrictamente de una muestra pues se incluyen todas las comunidades autónomas. Por ello, algunos coeficientes, por su magnitud, podrían ser relevantes resulten o no estadísticamente significativos.

Estimación del crecimiento real del gasto

Se ha propuesto la utilización de un deflactor específico del gasto sanitario público nominal en lugar del recurso habitual al deflactor del PIB¹⁵. Aunque la construcción de un deflactor específico para el gasto sanitario público nominal no está exento de dificultades metodológicas, disponemos en la literatura médica de una propuesta¹⁶ en la que sus autores estimaron un deflactor específico del gasto sanitario público español para el periodo 1986-1994. El deflactor específico del gasto sanitario público estimado por los autores creció

durante este periodo a una tasa anual media del 4,91%, mientras que el deflactor del PIB lo hizo a una tasa media del 6,02%. Por lo tanto, la utilización del deflactor del PIB infraestimaría levemente el crecimiento real acumulado del gasto sanitario público durante el periodo 1986-1994. No disponemos de un deflactor específico del gasto sanitario público que podamos utilizar para el periodo de estudio del presente trabajo (2002-2008). No obstante, es posible, tal y como ocurría durante el periodo 1986-1994, que la utilización del deflactor del PIB infraestime levemente el crecimiento real del gasto sanitario público durante el periodo 2002-2008. Sin embargo, es improbable que esa eventual infraestimación invalide los principales resultados y conclusiones de este trabajo.

El envejecimiento se asocia a más gasto sanitario público, especialmente en atención primaria y farmacia de receta

Durante el periodo 2002-2008 el envejecimiento poblacional de las comunidades autónomas se relaciona muy claramente con una mayor inversión en sanidad pública, algo que no ocurría tan claramente entre 1995 y 2002 (tabla 4). Aunque el envejecimiento poblacional no regía como criterio de reparto entre 1995 y 2002², algunos gastos ya se asociaban positivamente con el envejecimiento en ese periodo. Tal es el caso del gasto per cápita en atención primaria, en personal de atención primaria y en farmacia de receta. Todos ellos mostraron durante el periodo 1995-2002 correlaciones positivas con el envejecimiento. También las muestran entre 2002 y 2008 y, además, de mayor magnitud (tabla 4). En cambio, el gasto per cápita hospitalario y su gasto de personal siguen manteniendo, en ambos periodos, débiles correlaciones positivas con el envejecimiento muy

inferiores a las de sus homónimos gastos de atención primaria o a la del gasto farmacéutico per cápita (tabla 4). Por lo tanto, el gasto hospitalario contribuye muy escasamente a la consecución del criterio de reparto del presupuesto sanitario público entre comunidades autónomas que atiende al envejecimiento poblacional.

La diana del «control» del gasto: del gasto de personal al gasto farmacéutico

El gasto de personal en la sanidad pública fue la diana del «control» del gasto durante el periodo 1995-2002⁷. Junto con el gasto en atención primaria, fue el segundo gasto que menos creció durante dicho periodo (después del gasto de personal de atención primaria), y su participación en el gasto sanitario público se redujo un 10% (tabla 2). También redujeron su participación el gasto hospitalario (un 5%) y, sobre todo, el gasto en atención primaria (un 10%) (tabla 2). Parte de este espacio lo ocupó un gasto farmacéutico que aumentó su participación un 15% (tabla 2). En cambio, durante el periodo 2002-2008 aumentan su participación en el gasto aquellos sectores que durante el periodo previo la redujeron: el gasto de personal (6%), el de atención primaria (5%) y, especialmente, el gasto hospitalario (10%) (tabla 2). Por el contrario, el gasto farmacéutico reduce un 12% su participación durante el periodo 2002-2008 (tabla 2). El gasto farmacéutico se revela como la diana del «control» del gasto durante el periodo 2002-2008, con un incremento anual en términos per cápita (2,6%) muy inferior al producido entre 1995 y 2002 (7,93%), y también muy inferior al de los otros 2 sectores (primaria y hospital) (tabla 3). Al margen del mayor o menor éxito de las estrategias de control del gasto farmacéutico desarrolladas en ambos periodos, el gran aumento poblacional ocurrido entre 2002 y 2008, en buena parte debido a la inmigración de personas relativamente jóvenes y sanas en busca de trabajo (con, además, relativo bajo consumo farmacéutico), ha desacelerado el proceso de envejecimiento poblacional que entre 1995 y 2002 se producía a una tasa promedio anual del 1,6% que se reduce al 0,4% durante el periodo 2002-2008. Probablemente, esta desaceleración del envejecimiento poblacional entre 2002 y 2008 haya contribuido, por pura aritmética, al «control» del gasto farmacéutico público per cápita pues éste se correlaciona positivamente con el envejecimiento poblacional tanto en España como en el conjunto de los países europeos desarrollados¹⁷.

Menos maltrato presupuestario de la atención primaria pero más hospitalocentrismo presupuestario

Entre 1995 y 2002 el gasto real en atención especializada creció un 36% más que el de atención primaria (tabla 3)⁷. Esta diferencia se superó con mucho en el gasto de personal: el de atención especializada creció un 146% más que el de primaria (tabla 3)⁷. Durante el mismo periodo, la participación de la atención primaria en el gasto sanitario público se redujo el doble que lo hizo la participación del gasto hospitalario (tabla 2). Hablábamos entonces de un «maltrato» presupuestario hacia la atención primaria y de un

«hospitalocentrismo» presupuestario en la sanidad pública⁷. Este «hospitalocentrismo» presupuestario fue más intenso en las comunidades autónomas más ricas pues en ellas fue mayor el gasto en atención especializada (per cápita y como parte del sanitario) que en las más pobres (tabla 4). Además, las regiones más ricas mostraban un menor gasto per cápita en medicamentos de receta y destinaban a este capítulo también una menor parte de su gasto sanitario (tabla 4). Esta situación les permitió «liberar» recursos que hubieran podido destinar tanto a la atención primaria como a la especializada. Pero no fue así, y la tendencia a favorecer presupuestariamente al hospital en detrimento del centro de salud fue especialmente notable entre las regiones más ricas que destinaron a su hospital parte de los recursos «liberados» por su menor gasto farmacéutico, pero no actuaron así con su atención primaria. Gran parte de lo ocurrido entre 1995 y 2002 se repite durante el periodo 2002-2008 (tabla 4), con la salvedad de que durante este último periodo las diferencias entre atención primaria y hospital en el crecimiento de los gastos se reducen considerablemente, sobre todo en lo relativo al capítulo de personal (tabla 3). No obstante, el gasto hospitalario es el que más crece de todos (tabla 3). Además, el gasto per cápita hospitalario y el gasto hospitalario como parte del sanitario intensifican entre 2002 y 2008 las correlaciones positivas (no precisamente débiles) que mostraban con la renta durante el periodo 1995-2002; todo ello con una correlación muy débil entre renta y envejecimiento en ambos periodos que apoyaría muy escasamente al envejecimiento como factor de confusión en la correlación gasto hospitalario-renta (tabla 4). Persiste y se acentúa, pues, la preferencia por la inversión hospitalaria entre las regiones más ricas. En contraste, el gasto per cápita en atención primaria y el gasto en atención primaria como parte del gasto sanitario mantienen correlaciones débiles pero negativas con la renta de las regiones (tabla 4).

Inversión en atención primaria y Proyecto AP21

El 11 de diciembre de 2006, el Consejo Interterritorial del SNS aprueba el Proyecto AP21 cuya estrategia n.º 36 propugna «Incrementar los recursos financieros destinados a Atención Primaria de salud por encima del incremento de la media de los presupuestos sanitarios públicos, de manera que permita dotar a la Atención Primaria de los recursos y herramientas necesarias para reforzar su papel en el Sistema Nacional de Salud»⁹. Los datos confirman, sin embargo, que entre 1980 y 2008 el gasto sanitario público crece un 134% más que el de primaria en términos nominales^{18,19}. Por lo tanto, en el conjunto de los últimos 30 años nos hemos encontrado en las antípodas de lo que tal estrategia propugna. Desde 1980 hasta 2008 el gasto en atención primaria creció todos los años menos que el gasto sanitario público, excepto en 9 ejercicios (1980, 1981, 1985, 1991, 1994, 1999, 2004, 2005 y 2007)^{18,19}. Tres de ellos se incluyen en el periodo analizado en este trabajo (2002-2008) y ello permite que, en el promedio del periodo, el gasto en atención primaria crezca más que el gasto sanitario público, tanto en términos nominales (64 vs. 56%) como en términos reales (39,6 vs. 31,6%) (tabla 3). Sólo por este camino es posible recuperar el déficit de financiación que nuestra atención primaria acumula desde hace décadas.

Lo conocido sobre el tema

- Sabemos que el reparto de fondos públicos y su crecimiento entre los principales sectores (atención especializada, primaria y fármacos de receta) de la sanidad pública en las comunidades autónomas durante el periodo 1995-2002 fue muy desfavorable para nuestra atención primaria.
- Entre 1995 y 2002, las variables relacionadas con el gasto hospitalario público crecieron mucho más (o decrecieron mucho menos) que las relacionadas con el gasto en atención primaria, especialmente en lo relativo al capítulo de personal. La participación de la atención primaria en el gasto sanitario público se redujo el doble que la participación del hospital. Las variables relacionadas con el gasto hospitalario se relacionaron positivamente con la renta de las comunidades autónomas pero apenas, o negativamente, con su envejecimiento. Las variables relacionadas con el gasto en atención primaria se relacionaron positivamente con el envejecimiento pero no, o negativamente, con la renta.
- Entre 1995 y 2002, se constató un «maltrato» presupuestario hacia la atención primaria y un «hospitalocentrismo» presupuestario, especialmente en las regiones más ricas.

Qué aporta este estudio

- El reparto de fondos públicos y su crecimiento entre los principales sectores (atención especializada, primaria y fármacos de receta) de la sanidad pública en las comunidades autónomas durante el periodo 2002-2008 ha sido menos desfavorable para nuestra atención primaria que el ocurrido entre 1995 y 2002.
- Entre 2002 y 2008, las variables relacionadas con el gasto hospitalario crecen más que las relacionadas con el gasto en atención primaria, pero las diferencias se reducen mucho en relación con las existentes en el periodo 1995-2002, especialmente en lo relativo al gasto de personal. Entre 2002 y 2008, las variables relacionadas con el gasto hospitalario aumentan la correlación positiva con la renta de las comunidades autónomas detectada en el periodo 1995-2002 pero apenas se correlacionan positivamente (o lo hacen de forma negativa) con el envejecimiento. Las variables relacionadas con el gasto en atención primaria se relacionan positivamente con el envejecimiento pero negativamente con la renta.
- Entre 2002 y 2008, tal y como recomienda la estrategia AP21, el crecimiento del gasto en atención primaria es, en el conjunto del periodo, ligeramente superior al del gasto sanitario público tanto en términos nominales como reales; sin embargo, persiste y se acentúa el «hospitalocentrismo» presupuestario entre las comunidades autónomas más ricas. La preponderancia presupuestaria del hospital es manifiesta pues su gasto es el que más crece en términos per cápita y también como parte del gasto sanitario público.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Simó J, Gervas J, Seguí M, de Pablo R, Domínguez J. El gasto sanitario en España en comparación con el de la Europa desarrollada, 1985-2001. La atención primaria española, *Cenicienta europea. Aten Primaria*. 2004;34:472-81.
2. Utrilla A, López RM. Financiación y gasto sanitario. Anexo III. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud. 2003. Observatorio del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo, pág. 207-255. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/informeAnualSNS/informe2003.htm>
3. Cantarero D. Descentralización y gasto sanitario: evidencia en las regiones españolas. *Presupuesto y Gasto Público*. 2004;36:99-123.
4. Gil J. El gasto de las familias en servicios sanitarios privados. Anexo III.1. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud. 2003. Observatorio del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo, p. 257-271. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/informeAnualSNS/informe2003.htm>
5. Reinhardt UE, Hussey PS, Anderson GF. Cross-national comparisons of health systems using OECD Data 1999. *Health Aff (Millwood)*. 2002;21:169-81.
6. Huber M. Health expenditure trends in OECD countries, 1970-1997. *Health Care Financ Rev*. 1999;21:99-117.
7. Simó J. El gasto sanitario en España, 1995-2002. La atención primaria, *Cenicienta del Sistema Nacional de Salud. Aten Primaria*. 2007;39:127-32.
8. Simó J. Financiación del hospital y de la atención primaria españoles. Periodo. 1995-2006. En: Palomo L, editor. *Expectativas y realidades en la atención primaria española*. Madrid: Fundación 1.º de Mayo y Ediciones GPS; 2010.
9. Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012. Proyecto AP-21. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
10. Cuentas Satélite del Gasto Sanitario Público. Tablas estadísticas. Estadística del gasto sanitario público. Principios de Devengo (2002-2008). Evolución y clasificaciones por subsectores de gasto. Comunidades Autónomas. Disponible en: http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egsp_gasto_real.xls
11. Instituto Nacional de Estadística. Cifras de población. Series históricas de población. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t20/e245/p05&file=inebase>.
12. Instituto Nacional de Estadística. Padrón municipal: explotación estadística y Nomenclátor. Explotación estadística del Padrón. Datos nacionales, por CCAA y por provincias. Población por sexo, comunidades y provincias y edad. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft20%2Fe245&file=inebase&L=0>.
13. Instituto Nacional de Estadística. Cuentas económicas. Contabilidad Regional de España. Producto interior bruto a precios del mercado. Tablas por comunidades autónomas. Serie 1995-2009. Disponible en: http://www.ine.es/daco/daco42/cre00/serieh/cre00_sh.htm
14. Instituto Nacional de Estadística. Producto Interior Bruto (PIB). Base. 2000. Crecimiento en volumen. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/pib.tabla.cne.htm>
15. Murillo C, Baró E. Los deflatores sanitarios públicos: construcción y seguimiento de las variaciones en las prestaciones sanitarias medias. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1999.

16. Blanco A, de Bustos A. El gasto sanitario público en España: diez años de Sistema Nacional de Salud. Hacienda Pública Española. 1996;3:3-27.
17. Simó J, Gervás J. Gasto sanitario en España y en Europa (1995-2002): el "despilfarro" español, un mito sin fundamento. Rev Adm Sanit. 2007;5:1-15.
18. Cuentas Satélite del Gasto Sanitario Público. Tablas Estadísticas EGSP. Gasto Sanitario Público. Total consolidado. Serie 1960-2003. Clasificación Funcional. Disponible en: http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/serie_60_01_imprensa.xls#FUNCIONAL!A1.
19. Cuentas Satélite del Gasto Sanitario Público. Tablas estadísticas. Estadística del gasto sanitario público. Principios de Devengo. (2002-2008). Gasto total consolidado. Clasificación por conceptos de cuenta satélite. Disponible en: http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egsp_gasto_real.xls.