

CRISIS, GASTO PÚBLICO SANITARIO Y POLÍTICA

Francisco Florido Alba (1), Nuria García-Agua Soler (1,2), Ángel Martín Reyes (1,2) y Antonio J García Ruiz (2)

(1) Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de Málaga. Málaga. España.

(2) Cátedra de Economía de la Salud y Uso Racional del Medicamento. Departamento de Farmacología y Terapéutica Clínica. Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA). Universidad de Málaga. Málaga. España.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

RESUMEN

Fundamentos: La crisis económica española se inició en el año 2008 y según el Ministerio de Economía, Industria y Competitividad concluyó en el año 2014. Durante la crisis los principales indicadores macro-económicos tuvieron una evolución adversa y los efectos se han prolongado durante más de seis años hasta la actualidad. El objetivo de este trabajo fue valorar la influencia en el gasto público (sanitario y farmacéutico) que han tenido las políticas gobernantes y el tiempo de crisis sufrido.

Métodos: Se compara el gasto público por habitante (sanitario y farmacéutico) según el período de estudio (pre, crisis y post), la ideología política del partido gobernante (conservador/progresista) y cada comunidad autónoma en referencia al PIB por habitante en cada una de ellas respecto de la media nacional (pobres, en la media o ricas) según los cuartiles. Las fuentes de los datos han sido el INE (PIB y habitantes de cada CCAA y periodo de estudio) y del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (gasto público sanitario y farmacéutico). El examen estadístico (SPSS 24) incluyó análisis descriptivo e inferencial del gasto sanitario y farmacéutico público según el período de estudio e ideología, también se realizó un ajuste de regresión para conocer la importancia relativa de las variables predictoras.

Resultados: Durante el período de crisis hubo diferencias en el gasto sanitario público por habitante en los distintos tipos de CCAA (pobres/medias/ricas) y según ideología política gobernante ($p < 0,05$). El gasto farmacéutico público pasó de 327 €/hab (pre-crisis) a 366 €/hab en el período final del estudio. Hubo diferencias estadísticamente significativas en el gasto farmacéutico según los distintos tipos de CCAA. De igual forma se encontraron diferencias en el gasto farmacéutico por habitante entre las CCAA regentadas por conservadores y tipo de CCAA a lo largo de todo el período de estudio.

Conclusiones: El gasto farmacéutico comunitario por habitante ha disminuido en más del 13% desde 2006 hasta 2017, mientras que el gasto farmacéutico hospitalario se ha incrementado en más del 84%. Las CCAA ricas invierten más en gasto sanitario y las pobres más de medicamentos.

Palabras clave: Gasto sanitario, Gasto farmacéutico, PIB, Crisis económica, Inversión en salud, Ideología política.

Correspondencia:
Antonio J García Ruiz
Departamento de Farmacología
Facultad de Medicina
Boulevard Louis Pasteur, 32
29010 Málaga, España
ajgr@uma.es

ABSTRACT

Crisis, Public Spending on Health and Policy

Background: The Spanish economic crisis began in 2008 and according to the Ministry of Economy, Industry and Competitiveness it concluded in 2014. During the crisis the main macro-economic indicators had an adverse evolution and the effects have lasted for more than six years to the present. Aim: To assess the influence on public spending (health and pharmaceutical) that the governing policies have had and the time of crisis suffered.

Methods: Public expenditure per inhabitant (health and pharmaceutical) is compared according to the study period (pre, crisis and post), the political ideology of the ruling party (conservative / progressive) and each autonomous community in reference to GDP per inhabitant in each of them respect the national average (poor, average or rich) according to the quartiles. The sources of the data have been the National Statistics Institute (GDP and inhabitants of each Autonomous Community and study period) and the Ministry of Health, Social Services and Equality (public health and pharmaceutical expenditure). The statistical procedures (SPSS v24) included descriptive and inferential analysis for public healthcare and pharmaceutical expenditure according to the period of study and ideology. There was also a regression fit to know the relative importance of predictor variables.

Results: During the crisis period there were differences in public health expenditure per inhabitant in the different types of Autonomous Communities (poor / medium / rich) and according to political ideology ($p < 0.05$). Public pharmaceutical expenditure was € 327 / inhab (pre-crisis) to € 366 / inhabitant in the final period of the study. There were statistically significant differences in pharmaceutical expenditure according to the different types of CCAA. Likewise, differences were found in per capita pharmaceutical expenditure between the Autonomous Communities run by conservatives and type of Autonomous Communities throughout the study period.

Conclusions: The community pharmaceutical expenditure per capita has decreased by more than 13% since 2006 until 2017, while the hospital pharmaceutical expenditure has increased by more than 84%. Rich regions invest more in the health care costs and the poor more than drugs.

Key words: Health expenditure, Pharmaceutical expenditure, GDP, Economic crisis, Investment in health, Political ideology.

Cita sugerida: Florido Alba F, García-Agua Soler N, Martín Reyes A, García Ruiz AJ. Crisis, gasto público sanitario y política. Rev Esp Salud Pública. 2019;93: 22 de febrero e201902007.

INTRODUCCIÓN

La crisis económica española^(1,2), se refiere a los problemas económicos que se iniciaron en el año 2008 y que, según fuentes del Ministerio de Economía, Industria y Competitividad, dependiente de la Administración General del Estado, concluyó en el año 2014⁽³⁾. Esta crisis se enmarca dentro de la crisis económica mundial de 2008 que afectó a la mayor parte de países del mundo, en especial a los países desarrollados⁽⁴⁾.

Sin embargo, hasta la actualidad (2018) la economía española no ha recuperado los valores previos a la crisis, en particular en cuanto a desempleo, por lo que aún no queda claro el final de la crisis económica existiendo división de opiniones sobre en qué fecha situar el final de esta crisis⁽⁵⁾.

A partir del año 2008 los principales indicadores macro-económicos tuvieron una evolución adversa. Los efectos se han prolongado durante más de seis años hasta la actualidad (figura 1), no sólo en el plano económico sino también en el político, social y sanitario⁽⁵⁾.

También es sabido que desde 2009 los servicios sanitarios públicos españoles han sufrido una agresión continuada con un proceso de recortes muy importante, entre 15.000 y 21.000 millones de euros menos de presupuesto según diversas fuentes, recortes que se han producido en todas las CCAA sin excepción, pero cuya intensidad ha variado mucho de unas a otras⁽⁶⁾.

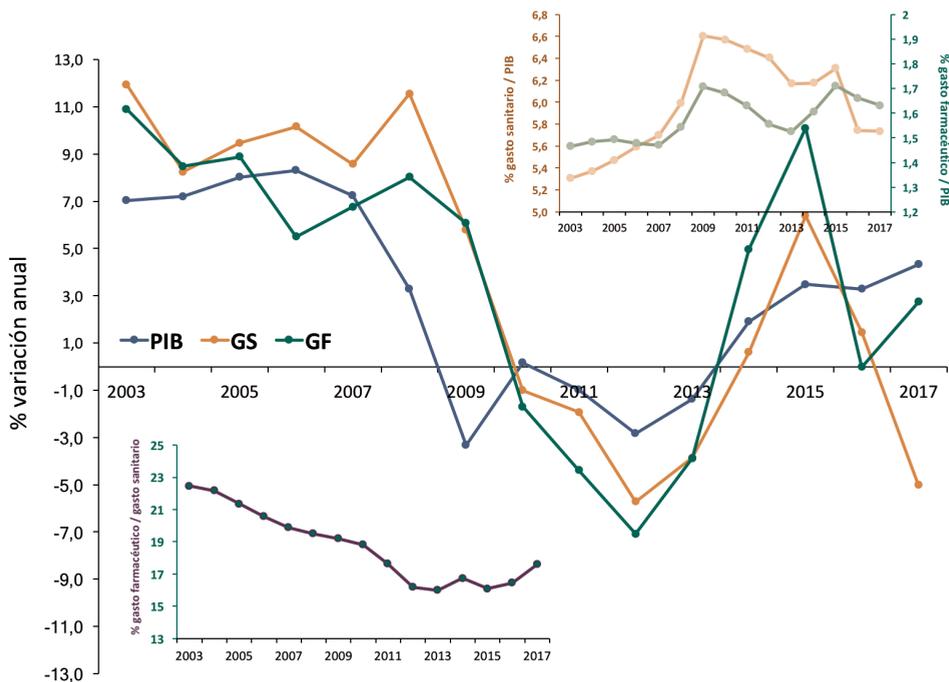
Durante los últimos 15 años la participación del gasto farmacéutico sobre el gasto sanitario público y el porcentaje que estos representan en el PIB ha presentado altibajos y diferencias importantes como se muestra en la figura 1.

Actualmente, el gasto farmacéutico público es, a pesar del descenso producido en los porcentajes de incremento en los últimos años, una de las partidas más importantes dentro

del gasto sanitario de nuestro país, tanto en el ámbito hospitalario como en atención primaria, situándose casi en el 16%⁽⁷⁾. Todo ello, junto a las expectativas de mejora de la eficiencia de nuestro sistema sanitario, ha contribuido a que se pusieran en marcha una serie de medidas de contención del gasto farmacéutico. Entre estas medidas puestas en práctica en España durante el período 1995-2003 destacaron las siguientes: la rebaja de márgenes farmacéuticos, una lista negativa de medicamentos, la reducción de precios, la fijación de márgenes farmacéuticos según el medicamento dispensado (vigente desde el 2000), el establecimiento efectivo del sistema de precios de referencia, la aprobación del Real Decreto Ley 16/2012⁽⁸⁾ y otras serie de medidas (regionales/nacionales) como fueron los sistemas de prescripción electrónica, los comités de evaluación de medicamentos, los incentivos a la prescripción/penalización de innovaciones, los indicadores y algoritmos de prescripción, los contratos programa, las subastas de medicamentos, los programas de intercambio terapéutico⁽⁹⁾, los informes de posicionamiento terapéutico (IPT)⁽¹⁰⁾ y la posterior reevaluación en las CCAA, entre otras.

Uno de los indicadores más utilizado, hasta ahora, para analizar estas y otras medidas es el gasto por habitante, que puede estar influido por múltiples factores^(11,12,13,14,15,16,17) que podríamos agrupar en tres grandes grupos: factores estructurales (demográficos, socio-económicos, medioambientales, estilos de vida, patrones de morbi-mortalidad, etc.); factores de comportamiento (estilos de práctica médica, la regulación sectorial, la información suministrada a pacientes y profesionales, desgaste profesional⁽¹⁸⁾, etc.) y factores aleatorios (epidemias, los cambios en la incidencia de enfermedades de tipo estacional, etc.). Sin embargo, poco o casi nada sabemos de la influencia que tienen o han tenido las políticas gobernantes durante el tiempo de crisis sufrido y cómo se ha reflejado a nivel del gasto sanitario en nuestro país.

Figura 1
Porcentaje de variación anual en el PIB, gasto sanitario y farmacéutico en las CCAA durante el periodo de estudio.



Por todo ello, nuestro objetivo en este trabajo fue valorar la influencia que la crisis ha tenido en el gasto sanitario público en los últimos años.

SUJETOS Y MÉTODOS

Tiempo de crisis e Ideologías políticas predominantes en las CCAA. Se clasificaron los años de estudio en tres categorías: pre-crisis (a los años 2006-2007); crisis (2008-2013) y post-crisis (2014-2017) de acuerdo con los datos del Ministerio de Economía, Industria y Competitividad⁽¹⁹⁾. Por tanto, el horizonte temporal ha sido desde 1 de enero de 2006 hasta el 31 de diciembre de 2017.

Asimismo, se agruparon las CCAA de acuerdo con la ideología conservadora o progresista de

las fuerzas políticas que las gobiernan⁽²⁰⁾, con la finalidad de evaluar la influencia de las mismas en el gasto sanitario y/o farmacéutico.

Datos de consumo de medicamentos y variables de estudio. Los datos correspondientes al gasto sanitario, farmacéutico y el número de recetas prescritas en las distintas CCAA se obtuvieron del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad^(21,22). Los datos de población de cada CCAA y del PIB proceden del Instituto Nacional de Estadística^(23,24).

El gasto farmacéutico público está formado por el gasto farmacéutico hospitalario (gasto devengado derivado de medicamentos financiados con fondos públicos en los hospitales y centros de atención sanitaria y socio sanitaria

del Sistema Nacional de Salud) y el gasto en productos farmacéuticos y sanitarios por recetas médicas u ordenes de dispensación (gasto devengado derivado de medicamentos y/o productos sanitarios que, financiados con fondos públicos, se dispensan en oficinas de farmacia a través de receta oficial u orden de dispensación hospitalaria del Sistema Nacional de Salud en territorio nacional)⁽²⁵⁾.

Variables de estudio. Para cada CCAA y año de estudio extrajeron las siguientes variables de estudio: PIB por habitante, gasto sanitario público por habitante, número de recetas por habitante y gasto farmacéutico público por habitante.

Clasificación de las CCAA. Se calcularon los cuartiles del PIB por habitante durante cada año de estudio para la clasificación de las CCAA. Según el PIB por habitante medio anual se clasificaron las CCAA en: pobres (PIB/hab < 1º cuartil), en la media (PIB/hab = 1º-3º cuartil) y ricas (PIB/hab > 3º cuartil).

Análisis estadístico. Se realizó con el software SPSS v24, licenciado para la Universidad de Málaga. El análisis descriptivo para variables cuantitativas incluyó la media y la desviación estándar. Para las variables cualitativas la frecuencia y la proporción. Para conocer la relación entre variables cuantitativas se empleó el coeficiente de correlación de Pearson/Spearman, según la naturaleza de las variables.

En el análisis inferencial se empleó el test Student o Anova de una vía para los datos cuantitativos temporales, el test de U-Mann-Whitney o Kruskal-Wallis para variables cuantitativas anuales y el test de chi-cuadrado para las cualitativas.

También se efectuó un modelo explicativo para conocer la influencia que tiene el signo político predominante, el período de estudio

(precrisis, crisis y postcrisis) y tipo de CCAA (v. independientes) sobre los distintos gastos y consumo por habitante (sanitario, farmacéutico, número de recetas y coste medio) (v. dependiente).

En los resultados ofrecidos por este tipo de análisis además del coeficiente de regresión y las diferentes significaciones de las variables independientes (período de estudio, política gobernante, tipo de CCAA), nos interesó conocer la magnitud que cada variable independiente tiene en las distintas variables dependientes (gasto sanitario y farmacéutico por habitante, número de recetas y coste medio por receta). La importancia variable se puede definir de muchas maneras diferentes⁽²⁶⁾. En nuestro trabajo, consideramos que una variable es “importante” si es informativa sobre la respuesta y, por lo tanto, si su inclusión en el predictor aumenta la varianza explicada o, de forma equivalente, reduce el error de predicción. Para ello nos basamos en el coeficiente denominado “importancia”, que es una medida relativa de la repercusión de las variables predictoras en el modelo de regresión^(27,28,29), mediante la regresión del valor de Shapley se calcula la importancia relativa de las variables de predicción en la regresión lineal.

RESULTADOS

PIB por habitante y porcentaje medio anual. El PIB medio por habitante en las CCAA antes de la crisis (2006/07) fue de 23.142 €, disminuyendo un 1,9% durante la crisis (2008/13: 22.693 €/hab) y aumentado un 2,3% después de la crisis (2014/17: 23.207 €/hab).

En la **tabla 1** se muestran los datos correspondientes al PIB por habitante según período de estudio (pre-crisis; crisis; postcrisis), ideología política gobernante en la CCAA (conservador/progresista) y dependiendo del tipo de CCAA (pobre, media, rica).

Tabla 1
PIB, gasto sanitario y farmacéutico por habitante según ideología política predominante, tipo de CCAA y periodo de estudio.

Periodo	Partido político gobernante	Media ±DE	Tipo de CC.AA.			Valor de p	
			PIB < 1º cuartil	PIB = 1-3º cuartil	PIB > 3º cuartil		
PIB	Pre-crisis	Conservador	24.527 ± 4.272	20.199 ± 1.120	21.964 ± 1.847	29.948 ± 1.333	0,002
		Progresista	21.583 ± 4.168	17.825 ± 1,643	23.576 ± 2.596	27.761 ± 963	0,002
		media	23.142 ± 4.418	18.122 ±1.737	22.591 ± 2.244	29.401 ± 1.558	0,000
		valor de p	0,035	n.s.	n.s.	0,096	-
	Crisis	Conservador	22.810 ± 4.251	17.815 ± 1.585	21.865 ± 2.037	29.004 ± 1.957	0,000
		Progresista	22.350 ± 4.982	17.637 ± 1.228	22.773 ± 2.709	29.499 ± 1.429	0,000
		media	22.693±4.428	17.741 ± 1.421	22.033 ± 2.177	29.128 ± 1.823	0,000
		valor de p	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	-
	Post-crisis	Conservador	24.290 ± 5.040	19.109 ± 753	21.899 ± 2.263	31.145 ± 2.299	0,000
		Progresista	22.124 ± 4.704	17.329 ± 1.205	22.898 ± 2.360	29.651 ± 1.019	0,000
		media	23.207 ± 4.960	17.774 ± 1.346	22.343 ± 2.328	30.585 ± 2.019	0,000
		valor de p	0,064	0,021	n.s.	n.s.	-
Gasto Sanitario Público	Pre-crisis	Conservador	1.294 ± 179	1.267 ± 281	1.322 ± 204	1.245 ± 146	n.s.
		Progresista	1.231 ± 93	1.219 ± 116	1.251 ± 80	1.202 ± 73	n.s.
		media	1.264 ± 146	1.225 ± 109	1.295 ± 167	1.234 ± 128	n.s.
		valor de p	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	-
	Crisis	Conservador	1.387 ± 132	1.456 ± 117	1.370 ± 120	1.375 ± 159	0,049
		Progresista	1.426 ± 179	1.308 ± 196	1.474 ± 117	1.544 ± 132	0,020
		media	1.397 ± 146	1.395 ± 168	1.390 ± 125	1.417 ± 167	n.s.
		valor de p	n.s.	0,069	0,016	0,039	-
	Post-crisis	Conservador	1.375 ± 131	1.412 ± 109	1.360 ± 75	1.391 ± 214	n.s.
		Progresista	1.359 ± 161	1.283 ± 174	1.384 ± 137	1.442 ± 153	n.s.
		media	1.367 ± 146	1.285 ± 160	1.370 ± 106	1.410 ± 190	n.s.
		valor de p	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	-
Gasto Farmacéutico Público	Pre-crisis	Conservador	320,8 ± 24,9	343,7 ± 25,9	329,4 ± 22,5	301,4 ± 19,3	0,044
		Progresista	334,1 ± 36,2	329,6 ± 30,5	340,9 ± 47,4	325,9 ± 5,2	n.s.
		media	327,1 ± 31,0	331,4 ± 28,6	333,9 ± 33,5	307,5 ± 20,0	n.s.
		valor de p	n.s.	n.s.	n.s.	0,046.	-
	Crisis	Conservador	348,9 ± 43,1	358,9 ± 30,6	358,7 ± 46,4	317,1 ± 25,5	0,000
		Progresista	352,4 ± 46,2	331,3 ± 50,6	376,2 ± 46,6	347,8 ± 10,6	n.s.
		media	349,8 ± 43,7	347,4 ± 41,5	361,9 ± 46,5	324,8 ± 26,2	0,001
		valor de p	n.s.	n.s.	n.s.	0,014	-
	Post-crisis	Conservador	362,2 ± 33,8	358,3 ± 16,8	377,8 ± 29,2	332,5 ± 28,0	0,002
		Progresista	369,6 ± 52,0	361,5 ± 60,6	380,8 ± 53,0	355,7 ± 23,7	n.s.
		media	365,9 ± 43,7	360,7 ± 52,4	379,1 ± 40,9	341,2 ± 28,1	0,006
		valor de p	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	-

Pre-crisis: 2006-2007; Crisis: 2008-2013; Pos-crisis:2014-2017; n.s.: estadísticamente no significativo.

La asociación entre las variables ideología política y PIB/hab solo fue significativa en la etapa pre-crisis ($p=0,035$), no hallándose diferencias significativas en el PIB/hab en el periodo de crisis ni en la etapa post-crisis ($p=0,064$) (tabla 1).

Al comparar el porcentaje de variación medio anual del PIB/hab y tipo de CCAA, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (tabla 2, figura 1). Estas diferencias si

fueron estadísticamente significativas al comparar cada tipo de CCAA con los periodos pre y post-crisis. No se encontraron diferencias entre el porcentaje de variación del PIB/hab y la ideología política gobernante en la CCAA.

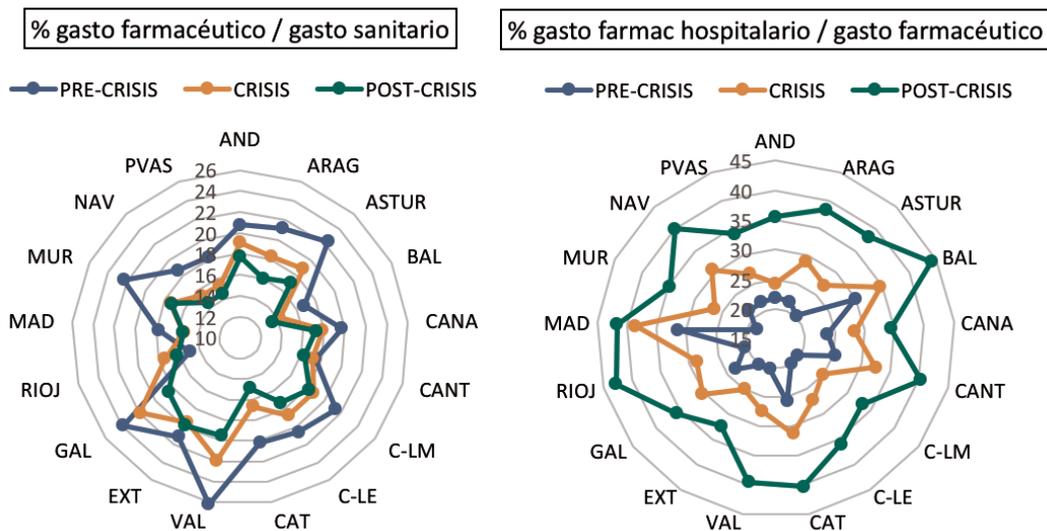
Gasto sanitario y farmacéutico público. Antes de la crisis (2003-2008) el rango entre las CCAA fue de 775 €/habitante, durante la crisis (2009-2013) fue de 716 €/habitante y descendió a 609 €/habitante en

Tabla 2
Porcentaje de variación media anual entre tipo de CCAA y periodo de estudio.

Variables	Periodo / tipo de CCAA	PIB < 1º cuartil	PIB = 1-3º cuartil	PIB > 3º cuartil	Valor de p	Media ± DE
PIB por habitante	Pre-crisis	6,32 ± 0,92	5,85 ± 1,42	6,11 ± 1,10	n.s.	6,02 ± 1,23
	crisis	-1,68 ± 2,29	-1,70 ± 2,37	-1,22 ± 2,09	n.s.	-1,58 ± 2,27
	Post-crisis	2,86 ± 1,86	3,04 ± 1,47	3,59 ± 0,60	n.s.	3,13 ± 1,44
	Valor de p (pre vs post)	<0,001	<0,001	<0,001	-	<0,001
Gasto sanitario público por habitante	Pre-crisis	8,79 ± 2,81	7,86 ± 6,90	8,30 ± 1,84	n.s.	8,18 ± 8,52
	crisis	0,21 ± 7,54	-0,31 ± 9,78	0,79 ± 6,52	n.s.	0,07 ± 8,55
	Post-crisis	1,13 ± 3,52	1,60 ± 6,16	1,23 ± 4,76	n.s.	1,40 ± 5,26
	Valor de p (pre vs post)	<0,001	0,005	<0,001	-	<0,001
Gasto farmacéutico por habitante⁽¹⁾	Pre-crisis	5,08 ± 2,25	5,90 ± 2,62	3,71 ± 1,06	n.s.	5,19 ± 2,47
	crisis	-0,83 ± 5,36	-0,89 ± 5,94	-0,93 ± 5,44	n.s.	-0,88 ± 5,64
	Post-crisis	4,58 ± 3,11	5,19 ± 5,85	4,83 ± 5,15	n.s.	4,96 ± 5,10
	Valor de p (pre vs post)	0,850	0,755	1,000	-	0,733
Gasto farmacéutico hospitalario por habitante	Pre-crisis	8,38 ± 10,30	12,74 ± 13,17	4,58 ± 6,13	n.s.	9,79 ± 11,47
	crisis	6,95 ± 10,41	6,64 ± 8,91	6,05 ± 7,32	n.s.	6,58 ± 8,87
	Post-crisis	7,38 ± 10,01	8,08 ± 15,15	6,63 ± 11,00	n.s.	7,57 ± 13,03
	Valor de p (pre vs post)	0,925	0,307	0,508	-	0,214
Gasto farmacéutico comunitario por habitante	Pre-crisis	4,40 ± 1,13	4,14 ± 1,04	3,75 ± 1,70	n.s.	4,11 ± 1,22
	crisis	-3,16 ± 6,61	-3,64 ± 7,05	-3,85 ± 5,97	n.s.	-3,58 ± 6,65
	Post-crisis	3,42 ± 3,00	3,85 ± 2,69	4,04 ± 5,25	n.s.	3,79 ± 3,46
	Valor de p (pre vs post)	0,086	0,331	0,358	-	0,037
Número de recetas por habitante	Pre-crisis	3,76 ± 1,13	3,36 ± 1,44	3,49 ± 1,12	n.s.	3,48 ± 1,28
	crisis	0,23 ± 4,23	-0,12 ± 4,33	-0,50 ± 4,28	n.s.	-0,13 ± 4,26
	Post-crisis	1,86 ± 0,81	1,61 ± 1,92	0,79 ± 2,92	n.s.	1,48 ± 2,03
	Valor de p (pre vs post)	0,001	0,001	0,002	-	-

(1): gasto farmacéutico comunitario + gasto farmacéutico hospitalario; Precrisis: 2006-2007; Crisis: 2008-2013; Poscrisis: 2014-2017; n.s.: estadísticamente no significativo.

Figura 2
Comparativa entre CCAA gasto público sanitario y farmacéutico.



el período post-crisis (2014-2017). Estos descensos en el rango se han producido fundamentalmente a expensas del valor máximo, que paso de 1.806€/hab (La Rioja, 2007) en el período pre-crisis a 1.650€/hab después de la crisis (País Vasco, 2017). A pesar de estas diferencias, dentro de cada período de estudio (pre, crisis y post) no se encontraron diferencias significativas en el gasto sanitario medio según el PIB de cada CCAA.

Antes de la crisis el porcentaje de variación anual en gasto sanitario y farmacéutico de las CCAA estudiadas era de un 8,2% y 5,0% respectivamente, durante la crisis este porcentaje decreció (0,1% y -1,0% respectivamente) y volvió a aumentar en el período post-crisis aunque en menor medida (1,5% y 4,9% respectivamente). Aunque en las CCAA con PIB bajo este aumento (crisis – postcrisis) ha sido tan solo del 0,26% (tabla 2).

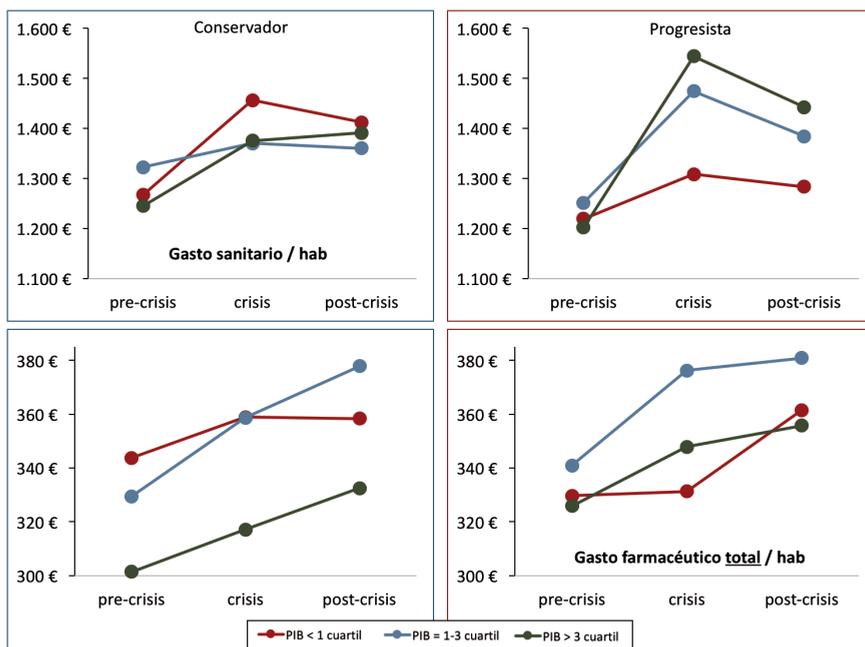
El gasto sanitario público por habitante fue de 1.264 €/hab durante la fase de pre-crisis, 1.397 €/hab durante la crisis y de 1.339 €/hab en la fase actual (tabla 1, figuras 1, 2 y 3).

Durante el período de crisis hubo diferencias en el gasto sanitario público por habitante en los distintos tipos de CCAA (pobres/medias/ricas) y la ideología política gobernante ($p < 0,05$). No se encontraron diferencias significativas en las fases de pre y post-crisis.

Respecto del porcentaje de variación media anual del gasto sanitario por habitante no hubo diferencias entre las distintas CCAA y períodos de estudio, si las hubo dentro de cada tipo de CCAA entre el período pre y post crisis (tabla 2, figura 3).

El gasto farmacéutico público pasó de 327 €/hab en el período de pre-crisis a 366 €/hab en el período final del estudio (tabla 1). Hubo diferencias estadísticamente significativas en el gasto farmacéutico por habitante según los distintos tipos de CCAA. De igual forma se encontraron diferencias en el gasto farmacéutico por habitante entre las CCAA regentadas por conservadores y tipo de CCAA en todo el período de estudio (pre-crisis; crisis; postcrisis).

Figura 3
Gasto sanitario y farmacéutico público por habitante según ideología política, período de estudio y tipo de CCAA según PIB.



Respecto del porcentaje de variación media anual del gasto farmacéutico por habitante no hubo diferencias entre las distintas CCAA y períodos de estudio. Aunque si las hubo dentro las CCAA pobres y medias entre el período pre y post crisis (tabla 2, figuras 1, 2 y 3).

Número de recetas y coste medio. El número de recetas prescritas por habitante pasó de 18,5/hab en el período pre-crisis a más de 19,7 en el período post-crisis. Hubo diferencias estadísticamente significativas entre el número de recetas y tipo de CCAA en cada período de estudio (pre-crisis $p=0,013$; crisis $p=0,000$; post-crisis $p=0,000$).

Se encontraron diferencias significativas entre las ideologías políticas gobernantes (conservador/progresista) en las CCAA ricas en todos los periodos de estudio ($p=0,046$; $0,020$ y $0,005$, respectivamente).

Respecto del porcentaje de variación media anual, en el número de recetas/habitante no hubo diferencias entre las distintas CCAA y períodos de estudio. Si se encontraron diferencias estadísticamente significativas dentro de cada tipo de CCAA entre el período pre y post crisis (tabla 2).

El coste medio por receta prescrita con cargo al SNS paso de 13,7€ en el período pre-crisis, a 11,3€ durante la post-crisis. No se encontraron diferencias respecto al coste medio por receta ni entre CCAA, ni ideología política, ni período de estudio a excepción de las CCAA pobres en la pre-crisis según ideología ($p=0,05$).

Estructura del gasto sanitario. En la tabla 3 se muestran los datos correspondientes al porcentaje del gasto sanitario dedicado en cada CCAA a los servicios de atención primaria, servicios de atención especializada y gasto en farmacia.

Hubo diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) en el porcentaje dedicado a gasto en farmacia y atención especializada entre los tipos de CCAA en todos los períodos de estudio.

Magnitud de las variables analizadas (importancia relativa). En el análisis de regresión entre el gasto sanitario público por habitante y las variables período de crisis, partido político gobernante y tipo de CCAA mostró un coeficiente de regresión (R2) de 0,194. La variable que mostro más importancia relativa fue el tipo de CCAA (85,4%) seguida de la ideología (14,6%).

Respecto al gasto farmacéutico público por habitante y las variables estudiadas mostró un coeficiente de regresión (R2) de 0,367, y la variable que más importancia tuvo fue el período de estudio (90,5%). Entre el gasto farmacéutico hospitalario y los factores estudiados el coeficiente de regresión (R2) fue de 0,701, y las variables que revelaron

más importancia relativa fueron tipo de CCAA (88,0%) seguida del tipo de ideología (12,0%).

En relación al número de recetas prescritas con cargo al SNS y los factores período de crisis, ideología política gobernante y tipo de CCAA mostró un coeficiente de regresión (R2) de 0,448, siendo la variable tipo de CCAA la que mostro más importancia relativa (79,1%) destacando dentro de estas las CCAA ricas (con el 63,9%). En el coste medio por receta prescrita el coeficiente de regresión (R2) fue de 0,444, siendo la variable período de análisis la que mostró tener mayor importancia relativa (71,3%) y la que más dentro de esta el período post-crisis (82,4%).

Donde obtuvo mayor importancia la ideología política predominante fue en el incremento del gasto farmacéutico comunitario por habitante (R2 = 0,366; importancia relativa ideología 79,8%).

Tabla 3
Porcentaje del gasto sanitario que representan los servicios de atención primaria, atención especializada y farmacia en las CCAA según período de estudio.

Variables		% del gasto sanitario en servicios (media \pm DE)		
Periodo	Tipo de CCAA	Atención Primaria	Atención Especializada	Farmacia
Pre-crisis	PIB<1 cuartil	15,6 \pm 2,7	55,1 \pm 2,8	23,0 \pm 2,1
	PIB=1-3 cuartil	13,6 \pm 1,3	57,8 \pm 2,7	21,9 \pm 2,7
	PIB>3 cuartil	14,7 \pm 1,1	59,8 \pm 2,8	19,8 \pm 1,2
	Valor de p	0,062	0,013	0,014
Crisis	PIB<1 cuartil	15,8 \pm 1,9	57,5 \pm 3,0	20,1 \pm 1,5
	PIB=1-3 cuartil	14,2 \pm 1,7	60,2 \pm 3,5	19,8 \pm 3,3
	PIB>3 cuartil	14,4 \pm 1,5	62,7 \pm 3,4	16,9 \pm 1,5
	Valor de p	0,002	<0,001	<0,001
Post-crisis	PIB<1 cuartil	15,3 \pm 1,8	60,0 \pm 3,2	18,5 \pm 1,2
	PIB=1-3 cuartil	13,8 \pm 1,4	63,5 \pm 2,7	17,2 \pm 3,3
	PIB>3 cuartil	13,8 \pm 1,6	65,4 \pm 3,2	14,6 \pm 0,4
	Valor de p	0,129	0,006	0,001

Pre-crisis: 2006-2007; Crisis: 2008-2013; Post-crisis: 2014-2017.

DISCUSIÓN

El gasto y presupuesto que las distintas CCAA dedican a la sanidad pública son un exponente de la preocupación por atender las competencias recibidas en esta materia y a la vez abrir un abanico de financiación por habitante y año entre todas ellas. Sin embargo, no todas las CCAA financian en la misma medida los costes sanitarios públicos de los habitantes y mucho menos durante los años de la pasada crisis. Sin embargo, aunque todas las CCAA tuvieron similar comportamiento, este fue diferente según el PIB de cada una. Así, la crisis tuvo mayores consecuencias en las CCAA con PIB bajo y estas se están recuperando (post-crisis) de forma más lenta que las que tiene PIB mayor.

Como bien sabemos el mercado de medicamentos al igual que otros bienes de la salud, está sujeto a ciertas características como la asimetría de la información, la demanda inducida, el riesgo moral, la selección adversa o las externalidades, entre otras cosas, pero los medicamentos poseen ciertas características típicas, tanto en la oferta como en la demanda, que lo hacen diferente a otros mercados sanitarios⁽³⁰⁾.

Desde la oferta encontramos una industria que se coloca en la vanguardia de la innovación tecnológica liderando tanto el desarrollo del conocimiento como el económico, mientras que la demanda se caracteriza por ser inducida, es decir, quien consume no es quien decide y quien decide no es quien paga⁽³¹⁾.

Dado que el precio de los medicamentos es igual para todas las CCAA (pobres, en la media o ricos), el peso que los mismos tienen en la canasta de consumo de los primeros es obviamente mayor, evidenciando la regresividad en su financiamiento. En cifras, en nuestro estudio la diferencia entre CCAA ricas y pobres fue superior a 4 puntos porcentuales en cada período

de estudio. En el período actual (2014-2017), el porcentaje del gasto sanitario que representa el consumo farmacéutico fue ligeramente mayor en las CCAA pobres respecto de las ricas.

Como se ha podido comprobar no se han encontrado diferencias significativas entre las CCAA y el signo político de quien ostenta el gobierno respecto del PIB/hab. Aunque las políticas económicas han tenido distinto signo parecen que están enmarcadas en una línea neoliberal con algunos matices diferenciados (% de atención primaria vs atención especializada), pero en definitiva muy parecidas.

A pesar de ello, el diferencial en el PIB/hab entre CCAA gobernadas por políticas conservadoras y progresista fue notable. En todos los casos las CCAA con ideología conservadora tuvieron un PIB/hab mayor que aquellas con ideología progresista, a excepción de las CCAA situadas en la media (1 cuartil < PIB > 3 cuartil) de las cuales las CCAA con ideología conservadora tuvieron un PIB/hab menor que aquellas con ideología progresista.

En el único período de estudio donde se han encontrado diferencias estadísticamente significativas ha sido durante la crisis, donde sí hubo diferencias entre la ideología política predominante y el gasto sanitario y gasto farmacéutico por habitante. Todas las CCAA aumentaron las partidas económicas por habitante tanto en gasto sanitario como farmacéutico durante la crisis y quienes más lo hicieron fueron las CCAA con gobierno progresista.

Donde sí ha habido impacto de la crisis y reformas del sistema sanitario (copago) ha sido en el número de recetas por habitante, aunque como dicen Urbanos y Puig⁽³²⁾: “desconocemos sus efectos sobre la adherencia al tratamiento, el acceso a tratamientos necesarios y efectivos, y en última instancia sobre la salud”, siendo esto lo realmente importante.

Resulta paradójico que en período de crisis nuestros gobernantes decidan continuar con los mismos gastos (y a veces aumentarlos), si bien esto puede ser un reflejo de la necesidad en la continuidad de la atención sanitaria en todos los niveles (comunitaria y hospitalaria). La salvedad la han marcado las políticas de reposición de personal en las distintas CCAA con diferentes criterios y marcadas por el gobierno central en la última etapa de este análisis.

Sin embargo, hay que destacar el trasvase que ha habido en el gasto farmacéutico desde la parte comunitaria al gasto hospitalario en este punto cada lector podrá hacer diferentes conjeturas, pero lo cierto es que el gasto farmacéutico comunitario por habitante ha disminuido en más del 13% desde 2006 hasta 2017, mientras que el gasto farmacéutico hospitalario se ha incrementado en más del 84%.

Tal vez sea tiempo de análisis más profundos de estos datos, pues, aunque nuestro sistema sanitario “aún no ha traspasado líneas rojas”⁽³³⁾ resulta evidente que hay que debatir las estrategias en cuanto a cobertura y efectividad de nuestras acciones, donde tanto los análisis de coste-efectividad y la priorización de políticas efectivas deben ser herramientas claves.

BIBLIOGRAFÍA

1. Krugman P. Europe's Economic Suicide. New York Times. 15 abril 2012. Disponible en: <https://www.nytimes.com/2012/04/16/opinion/krugman-europes-economic-suicide.html>. Accedido el 8 de mayo de 2018
2. González F. Diario ABC 15 may 2013. Disponible en: <http://www.abc.es/economia/20130528/abci-felipe-gonzalez-depresion-paro-201305281649.html>. Accedido el 8 de mayo de 2018
3. Jiménez Latorre F. Ministerio de Economía, Industria y Competitividad. 27 de febrero de 2014. Disponible en: <http://www.mineco.gob.es/portal/site/mineco/menuitem>. acc30f9268750bd56a0b0240e026041a0/?vgnextoid=b33e97b5ef274410VgnVCM1000001d04140aRCRD&vgnnextchannel=864e154527515310VgnVCM1000001d04140aRCRD. Accedido el 8 de mayo de 2018.
4. The Financial Crisis Inquiry Report Index. The Financial Crisis Inquiry Commission. Pursuant to public law 111-21, January 2011. Disponible en: <https://fcic.law.stanford.edu/report>. Accedido el 8 de mayo de 2018.
5. Crisis económica española (2008-actualidad). Wikipedia, La enciclopedia libre. Disponible en https://es.wikipedia.org/wiki/Crisis_espa%C3%B1ola_de_2008-actualidad. Accedido el 20 de diciembre de 2018.
6. Prats J. Los presupuestos sanitarios caen un 11% por persona respecto a 2010. Diario El País. Disponible en: https://elpais.com/sociedad/2013/01/21/actualidad/1358799390_141009.html. Accedido el 15 de mayo de 2018.
7. Lillo JM, Rodríguez MC. Estadística del gasto sanitario público 2016. Principales resultados. Edición marzo de 2018. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egspPrincipalesResultados.pdf>. Accedido el 20 de mayo de 2018.
8. Paz-Ares T, Cocina B. El sistema de precios de referencia: quince años de experiencia. Actualidad Jurídica. 2012. Disponible en: <https://www.uria.com/documentos/publicaciones/3585/documento/A2.pdf?id=4387>. Accedido el 20 de mayo de 2018.
9. Programas de intercambio terapéutico. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH). Disponible en: <https://gruposdetrabajo.sefh.es/genesis/genesis/Enlaces/PITsHospitales.htm>. Accedido el 15 de junio de 2018.
10. Informes de Posicionamiento Terapéutico. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/informesPublicos/home.htm>. Accedido el 15 de junio de 2018.
11. Lomeña JA, Ceballos M, Medina MT, Mediavilla E, Sarmiento F, Hernández JL. Gasto farmacéutico en

- atención primaria según el origen de las prescripciones. *Aten Primaria* 1996; 18: 35-38.
12. Catalán A, Madrideo R, Font M, Pané O, Jiménez J, Huguet M. Factores asociados a la prescripción de medicamentos. *Gac Sanit* 1989; 3: 497-501.
13. Torralba M, Monteserín R, González JA, Morera R, Calero MI, Serrasolsas RM et al. Factores condicionantes de la calidad de la prescripción, medida en valor intrínseco y grado potencial de uso. *Aten Primaria* 1994; 14: 1069-1072.
14. Jiménez A, Ordóñez MV, Córdoba JA, Fernández MA. Factores relacionados con el gasto y la calidad de la prescripción farmacéutica en atención primaria. *Aten Primaria* 1995; 16: 131-136.
15. Blanco LE, Plata AM, Iñesta A. Indicadores de la prescripción farmacéutica y coste en el Área de Salud de Ávila 1995. *Aten Primaria* 1998; 22: 159-164.
16. Vega L, García S. Factores asociados a la prescripción farmacéutica en centros de atención primaria. *Medifam* 1995; 5: 283-284.
17. Blanco LE. Factores explicativos del gasto farmacéutico en atención primaria. *Aten Primaria* 2000; 25: 518.
18. Cebría J. Sobrequés, C. Rodríguez, J. Segura. Influencia del desgaste profesional en el gasto farmacéutico de los médicos de atención primaria. *Gac Sanit* 2003; 17 (6):483-9.
19. Jimenez Latorre F. La economía española cierra 2013 con un crecimiento del 0,2%, una décima superior al trimestre previo. Ministerio de Economía, Industria y Competitividad. Disponible en: <http://www.mineco.gob.es/portal/site/mineco/menuitem.ac30f9268750bd56a0b0240e026041a0/?vgnnextoid=b33e97b5ef274410VgnVCM1000001d04140aRCRD&vgnnextchannel=864e154527515310VgnVCM1000001d04140aRCRD>. Accedido el 18 de febrero de 2018.
20. Anexo: Partidos políticos de España. Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Anexo:Partidos_pol%C3%ADticos_de_Espa%C3%B1a. Accedido el 15 de mayo de 2018.
21. Datos provisionales de facturación de receta médica. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: <http://www.msbs.gob.es/profesionales/farmacia/datos/home.htm>. Accedido el 12 de abril de 2018.
22. Financiación y Gasto Sanitario. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social. Disponible en: <http://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/fin-GastoSanit.htm>. Accedido el 12 de abril de 2018.
23. Cifras de población. Instituto Nacional de Estadística. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=10262>. Accedido el 11 de mayo de 2018.
24. PIB. Contabilidad Regional de España. Resultados por comunidades y ciudades autónomas. Disponible en: http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736167628&menu=resultados&dp=1254735576581. Accedido el 11 de mayo de 2018.
25. Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación. Última actualización publicada 23/12/2015. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2010/12/17/1718/con>.
26. Firth, D. (1998). Relative importance of explanatory variables. In Conference on Statistical Issues in Social Sciences, Stockholm, October 1998.
27. Pratt, J. W. (1987). Dividing the indivisible: using simple symmetry to partition variance explained. In Pukkila, T. and Puntanen, S., editors, Proceedings of the Second International Tampere Conference in Statistics, pages 245–260.
28. Ochieng CO, Zumbo BD. Examination of a variable ordering index in linear regression models: An assessment of the relative Pratt index in Likert data. Disponible en: <http://faculty.educ.ubc.ca/zumbo/ins2001/pratt.pdf>.
29. Liu Y, Zumbo BD, Wu AD. Relative importance of predictors in multilevel modeling. *J of Modern Applied Statistical Meth* 2014; 13 (1): 2-22.
30. Puig-Junoy J, editor. Análisis económico de la financiación pública de medicamentos. Springer; 2001.

31. Vázquez Velasques J, Gómez Portilla K, Castaño Vélez E, Cadavid Herrera JV, Ramírez Hassan A. Elasticidad de la demanda por medicamentos en el mercado farmacéutico privado en Colombia. *Ecos de Economía*. 2013; 17 (36): 147-72.
32. Urbanos-Garrido RM, Puig Junoy J. Políticas de austeridad y cambios en las pautas de uso de los servicios sanitarios. Informe SESPAS 2014. *Gac Sanit*. 2014;28 (Supl 1): 81-8.
33. López-Casasnovas G. La crisis económica española y sus consecuencias sobre el gasto social. Informe SESPAS 2014. *Gac Sanit* 2014; 28 (Supl 1): 18-23.