



Universitat
de les Illes Balears



TESIS DOCTORAL
2019

**LA SANIDAD BALEAR EN LA GRAN RECESIÓN.
GASTO, LEGISLACIÓN Y SALUD.**

Baltasar Cortés Miró



Universitat
de les Illes Balears

TESIS DOCTORAL
2019

**Programa de Doctorado en Investigación Translacional en
Salud Pública y Enfermedades de Alta Prevalencia**

**LA SANIDAD BALEAR EN LA GRAN RECESIÓN.
GASTO, LEGISLACIÓN Y SALUD.**

Baltasar Cortés Miró

Director: Dr. José Ignacio Aguiló Fuster
Directora: Dra. Cristina Gil Membrado
Director: Dr. José María Gámez Martínez
Tutor: Dr. Miguel Bennasar Veny

Doctor por la Universitat de les Illes Balears

a Marian

ÍNDICE

RESUMEN	14
---------	----

Capítulo 1. INTRODUCCIÓN (OBJETIVOS Y METODOLOGÍA)	18
---	-----------

1.1 INTRODUCCIÓN AL TRABAJO	19
1.1.1. INTRODUCCIÓN	19
1.1.2 OBJETIVOS	24
1.1.3 METODOLOGÍA	26
1.1.4 PESO DE LA SANIDAD PRIVADA BALEAR	28
1.1.5 INTRODUCCIÓN AL GASTO SANITARIO BALEAR	29
1.1.6 INTRODUCCIÓN A LOS EFECTOS DE LA CRISIS EN LA SALUD.	34
1.1.7 INTRODUCCIÓN A LAS MEDIDAS ECONÓMICAS	35
1.2 EL SISTEMA SANITARIO. CONTEXTO Y EVOLUCIÓN	36
1.2.0 EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL	36
1.2.0.1 WILLIAM HENRY BEVERIDGE (1879 - 1963)	37
1.2.0.2 LAS COBERTURAS SOCIALES EN ESPAÑA	37
1.2.0.3 FINANCIACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO	38
1.2.0.4 CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES DEL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL	39
1.2.1 ACELERADO CRECIMIENTO DEL GASTO ANUAL	41
1.2.1.1 CRECIMIENTO DEL GASTO DE GESMA (RRHH)	42
1.2.2 PROBLEMAS ESTRUCTURALES	45
1.2.3 LA ELASTICIDAD RENTA DE LA SANIDAD	46
1.2.4 LA SANIDAD BALEAR	48
1.2.5 LA INTEGRACIÓN EN EL IBSALUT	56
1.2.6 RED HOSPITALARIA PÚBLICA	56
1.2.7 COLABORACIÓN PÚBLICO-PRIVADA	57
1.3 CONTEXTO ECONÓMICO DE CRISIS	59
1.3.1 CRISIS Y SANIDAD	59
1.3.2 DESEMPLEO Y SALUD	60
1.3.3 PIB A PRECIOS DE MERCADO	62

1.3.4 DESEMPLEO	64
1.3.5 LA INDUSTRIA BALEAR	66
1.3.6 LA DEUDA PÚBLICA	67
1.3.7. LA RECAUDACIÓN TRIBUTARIA	68
1.3.8. ECONOMÍA BALEAR	70

Capítulo 2. GASTO Y FINANCIACIÓN SANITARIA **73**

2.0 INTRODUCCIÓN	75
2.1 LA INTEGRACIÓN DE LOS “4 ENTES” EN EL IBSALUT y EL M.E.P.P.	76
2.2 PRESUPUESTO SANITARIO	83
2.3 GASTO SANITARIO/ HAB. (IB) VS GASTO IBSALUT / HAB. (EGSP / DEVENGO)	84
2.3.1 GASTO SANITARIO RESPECTO AL PIB	87
2.4 EL GASTO LIQUIDADO Y EL DEVENGO	88
2.4.1 COSTE LABORAL	90
2.4.2 MATERIALES Y SUMINISTROS	91
2.4.3 TRANSFERENCIAS CORRIENTES	91
2.4.4 EVOLUCIÓN DEL GASTO LIQUIDO Y DEVENGADO POR CAPÍTULOS	93
2.5 GASTO EN SALUD BALEAR (SECTOR PÚBLICO / SECTOR PRIVADO)	96
2.5.1 GASTO SANITARIO PRIVADO	98
2.6 GASTO TOTAL	101
2.6.1 AHORRO AL SISTEMA SANITARIO BALEAR	102
2.7 DEUDA COMERCIAL SANITARIA (DCS)	103
2.7.1 DEUDA (DCS), AJUSTES Y CUENTA 409	104
2.8 GASTO CONSOLIDADO	107
2.9 INGRESOS	112
2.10 DATOS DE DEUDA PÚBLICA	115
2.11 ASISTENCIA SANITARIA CON MEDIOS AJENOS DURANTE LA CRISIS	117

Capítulo 3. POLÍTICAS ECONÓMICO-FINANCIERAS **125**

3.1 INTRODUCCIÓN	125
- ¿QUÉ MEDIDAS SE TOMARON FUERA DE EUROPA? (USA Y JAPÓN)	128
- PROBLEMAS DEL SISTEMA FINANCIERO ESPAÑOL	130

- CAMBIO DE POLÍTICA	131
3.1.1 CRÉDITO Y CONFIANZA	131
3.1.2 OTROS PAÍSES	133
3.1.3 RECUPERACIÓN DE LA CONFIANZA INTERNACIONAL PERDIDA	134
3.1.4 PACTO DEL “EURO PLUS”	135
3.1.5 PROGRAMA NACIONAL DE REFORMA DE ESPAÑA	136
3.1.6 REFORMA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	137
3.1.7 PLAN DE ACCIÓN INMEDIATA	137
3.1.8 ESTABILIDAD PRESUPUESTARIA	138
3.1.9 LA GRAVE SITUACIÓN BALEAR	138
3.1.10 EXTRAORDINARIO INCREMENTO DE LA DEUDA PÚBLICA (DE LAS CCAA)	140
3.2 PLAN ECONÓMICO-FINANCIERO DE REEQUILIBRIO (2011-2013)	141
3.2.1 GASTOS DE PERSONAL	143
3.2.2 CAPÍTULO II	145
3.2.3 CAPÍTULO IV	146
3.2.4 CAPITULO VI	147
3.2.5 RESULTADO DE LAS MEDIDAS	148
3.3 PLAN ECONÓMICO-FINANCIERO DE REEQUILIBRIO (2012 – 2014)	150
3.3.1 MEDIDAS PARA EL CAPÍTULO 1. CAIB	152
3.3.2 CAPÍTULO 1 DEL IBSALUT	153
3.3.3 CAPÍTULO 2	154
3.3.4 RACIONALIZACIÓN DEL SECTOR PÚBLICO INSTRUMENTAL (SPI)	155
3.3.5 ELIMINACIÓN DE DUPLICIDADES	156
3.3.6 (MEPP) MECANISMO EXTRAORDINARIO DE FINANCIACIÓN DE PAGO A PROVEEDORES	158
3.3.7 CENTRAL DE COMPRAS Y LOGÍSTICA DEL SERVICIO DE SALUD	159
3.3.8 EL CAPÍTULO 4	160
3.3.9 Cap 6. INVERSIÓN	162
3.3.10 COPAGO	163
3.3.11 AHORRO EN GASTOS DE LA CAIB	165
3.4 PLAN ECONÓMICO – FINANCIERO (2013)	167
3.4.1 EL CAP. I APENAS VARIÓ (2013)	167
3.4.2 COSTE LABORAL	168

3.4.3 CAPÍTULO II	170
3.4.4 CAPÍTULO IV	170
3.4.5 CONCIERTOS Y MEDIOS AJENOS	172
3.4.6 RECAPITULACIÓN P.E.F's (EFECTOS DE LAS MEDIDAS)	176
<hr/>	
Capítulo 4. REGULACIÓN SANITARIA.	178
<hr/>	
4.1 EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. TRAYECTORIA HASTA EL RDL 16/2012, DE 20 DE ABRIL	178
4.1.1 EN LAS BALEARES	180
4.1.2 SISTEMA SANITARIO PÚBLICO BALEAR	181
4.2 EL REAL DECRETO-LEY 16/2012, DE 20 DE ABRIL	183
4.2.1 ANTECEDENTES	183
4.2.2 MEDIDAS ADOPTADAS POR EL RDL 16/2012, DE 20 DE ABRIL, DE 20 DE ABRIL	185
4.2.2.1 CAMBIO DE MODELO SANITARIO	185
4.2.2.2 PERDIDA DE ACCESIBILIDAD UNIVERSAL	186
4.2.2.3 MODIFICACIÓN DE SERVICIOS COMUNES	187
4.2.2.4 COPAGO FARMACÉUTICO	188
4.2.2.5 ELIMINACIÓN DE DUPLICIDADES	189
4.2.2.6 CENTRAL DE COMPRAS Y LOGÍSTICA DEL SERVICIO DE SALUD	189
4.2.2.7 EXCLUSIÓN DE FÁRMACOS PARA LA SINTOMATOLOGÍA MENOR	190
4.2.2.8 REVISIÓN DE PRECIOS A LA BAJA PARA FÁRMACOS FINANCIADOS	190
4.2.2.9 EXTRANJEROS INDOCUMENTADOS	190
4.2.2.10 TURISTAS SANITARIOS	192
4.2.2.11 MAYORES DE 26 AÑOS SIN COTIZAR	194
4.2.3 OBJETIVOS DE LAS MEDIDAS	195
4.2.4 RECURSO DE INCONSTITUCIONALIDAD AL RDL 16/2012, DE 20 DE ABRIL	197
4.2.4.1 SUPUESTOS CONTEMPLADOS EN EL RECURSO	197
4.2.4.2 FALLO DE LA SENTENCIA NÚM. 139/2016 DE 21 JULIO. RTC 2016/139	199
4.2.4.3 VOTOS PARTICULARES	199
4.2.4.4 DEBATE DE CONVALIDACIÓN (PRESUPUESTO HABILITANTE)	200
4.3 SITUACIÓN EN BALEARES	202
4.3.1 EL DECRETO LEY 5/2012, DE 1 DE JUNIO	202
4.3.1.1 CUESTIÓN DE INCONSTITUCIONALIDAD	202

4.3.1.2 CUESTIÓN INFUNDADA	203
4.3.2 INSTRUCCIÓN DEL DIRECTOR GENERAL DEL IBSALUT, NÚM. 11899	204
Capítulo 5. RECURSOS HUMANOS DEL IBSALUT EN LA CRISIS	207
5.1 INTRODUCCIÓN	207
5.2 MEDIDAS	207
5.3 PERSONAL TOTAL	209
5.4 SECTOR PRIVADO	211
5.5 PERSONAL PÚBLICO	215
5.6 EL PERSONAL DEL SECTOR PRIVADO	217
5.7 RECAPITULACIÓN	219
5.8 GASTO EN RRHH	220
5.9 RRHH POR MILLÓN DE HABITANTES (2002-2014)	222
A MODO DE CONCLUSIÓN	224
Capítulo 6. ACTIVIDAD SANITARIA	226
6.1 ASISTENCIA SANITARIA	226
6.2 CONSULTAS y URGENCIAS / MILLÓN HAB.	229
6.2.1 CONTRATACIÓN DE SEGUROS PRIVADOS	232
6.3 PROCEDIMIENTOS MÉDICOS / MILLÓN HAB.	235
6.3.1 SINIESTRALIDAD LABORAL	240
6.4 ATENCIÓN PRIMARIA	241
6.5 LISTA DE ESPERA	247
6.6 STOCK TECNOLÓGICO	253
6.6.1 CAMAS EN FUNCIONAMIENTO. IB	255
6.6.2 EVOLUCIÓN STOCK TECNOLÓGICO SANITARIO PÚBLICO /PRIVADO. IB	256
6.6.3 QUIRÓFANOS	258
6.6.4 EQUIPOS DE HEMODIÁLISIS	259
6.6.5 STOCK POR MILLÓN DE HABITANTES (2002-2015)	261
Capítulo 7. DATOS DE SALUD PÚBLICA	264
7.1 MORBILIDAD BALEAR	265

7.2 ENFERMEDADES Y DESEMPLEO	268
7.3 DIAGNÓSTICOS CORRELACIONADOS CON EL DESEMPLEO (2002-2015)	271
CORRELACIONES CON EL DESEMPLEO	287
7.4 DEFUNCIONES	288
7.5 LISTA DE ESPERA DE CONSULTAS Y DETERMINADOS DIAGNÓSTICOS	291
<hr/>	
RESILIENCIA	294
<hr/>	
CONCLUSIONES	295
<hr/>	
TABLAS ANEXAS	338
<hr/>	
BIBLIOGRAFÍA	364
NORMATIVA	371
RESOLUCIONES JUDICIALES	376
ABREVIATURAS	377
PÁGINAS WEB	378
<hr/>	
AGRADECIMIENTOS	380
<hr/>	

RESUMEN

A causa de la grave crisis económica del 2007, la situación de la sanidad española y balear se tornó delicada desde el punto de vista financiero, de recursos y de gestión. La crisis tuvo una gran repercusión en España y en Europa, con altos niveles de desempleo y de deuda pública.

El gasto público sanitario se disparó a partir de la asunción de competencias en 2002, y con la llegada de la crisis se tomaron medidas que trataron de racionalizar el gasto que tanto había incrementado los años anteriores. Analizamos dichas medidas y cuantificamos el ahorro que se consiguió. Tanto en personal, en gastos corrientes, suministros e inversión.

Veremos cómo el sector sanitario público balear reaccionó ante esta crisis económica, mediante el análisis del gasto sanitario balear en el periodo (2007– 2014) y de las políticas económicas implantadas en el periodo de referencia.

También centramos el análisis en la evolución de variables asistenciales: consultas, procedimientos médicos, tecnología disponible.

Planteamos y analizamos una posible relación entre la evolución de la salud de la ciudadanía de Baleares y la crisis económica en el periodo (2003-2015).

Analizamos también la legislación creada y aplicada en esta crisis.

Esta tesis contiene varios subtemas con varios objetivos que tratarán de arrojar un poco de luz a lo que ocurrió durante la crisis, a partir del 2007, en lo relativo al gasto en sanidad, normativa y salud pública. Para ello analizamos también la deuda comercial sanitaria, la asistencia sanitaria con medios ajenos, la sanidad privada, la correlación de procedimientos médicos con el desempleo, las listas de espera, la correlación entre salud y paro, entre otros.

RESUM

A causa de la greu crisi econòmica del 2007, la situació de la sanitat espanyola i balear es va tornar delicada des del punt de vista financer, de recursos i de gestió. La crisi va tenir una gran repercussió a Espanya i a Europa, amb alts nivells d'atur i de deute públic.

La despesa pública sanitària es va disparar a partir de l'assumpció de competències en 2002, i amb l'arribada de la crisi es van prendre mesures que van tractar de racionalitzar la despesa que tant havia incrementat els anys anteriors. Analitzem aquestes mesures i quantifiquem l'estalvi que es va aconseguir. Tant en personal, en despeses corrents, subministraments i inversió.

Veurem com el sector sanitari públic balear va reaccionar davant aquesta crisi econòmica, mitjançant l'anàlisi de la despesa sanitària balear en el període (2007- 2014) i de les polítiques econòmiques implantades en el període de referència.

També centrem l'anàlisi en l'evolució de variables assistencials: consultes, procediments mèdics, tecnologia disponible.

Plantegem i analitzem una possible relació entre l'evolució de la salut de la ciutadania de les Balears i la crisi econòmica en el període (2003-2015).

Analitzem també la legislació creada i aplicada en aquesta crisi.

Aquesta tesi conté diversos subtemes amb diversos objectius que intentaran donar una mica de llum al que va passar durant la crisi, a partir del 2007, pel que fa a la despesa en sanitat, normativa i salut pública. Per a això vam analitzar també el deute comercial sanitària, l'assistència sanitària amb mitjans aliens, la sanitat privada, la correlació de procediments mèdics amb la desocupació, les llistes d'espera, la correlació entre salut i atur, entre d'altres.

ABSTRACT

Due to the severe economic crisis of 2007, the situation of the Spanish and Balearic health system became delicate from a financial, resource and management point of view. The crisis had a great impact in Spain and Europe, with high levels of unemployment and public debt.

Public health spending soared after becoming a competence of the local government in 2002. With the arrival of the crisis, measures were taken in order to rationalize the spending which had increased so much in previous years. We analyze these measures and quantify the savings achieved both in personnel, in current expenses, supplies and investment.

We will see how the Balearic public health sector reacted to the economic crisis, by analyzing the Balearic health expenditure during the period (2007-2014) and the economic policies implemented in the reference period.

The current research also focuses on the evolution of care variables: consultations, medical procedures, available technology.

We propose and analyze a possible relationship between the evolution of the health of the citizens of the Balearic Islands and the economic crisis in the period (2003-2015).

In addition, we analyze the legislation created and applied during the study period.

This thesis contains several sub-themes with multiple objectives that will shed some light on what happened during the crisis, starting in 2007, concerning spending on health, regulations and public health. For this reason, we also analyze the commercial health debt, outsourced healthcare services, private healthcare, the correlation of medical procedures with unemployment, waiting lists, the correlation between health and unemployment.

Capítulo 1. INTRODUCCIÓN

(OBJETIVOS Y METODOLOGÍA)

En este capítulo introducimos los temas a analizar: gasto sanitario, salud pública y planes económicos, entre otros. Exponemos los grandes objetivos: el análisis del gasto sanitario, del mecanismo extraordinario de pago a proveedores (MEPP), de la normativa, de la salud pública, de los recursos humanos, de la sanidad privada y del stock tecnológico.

Estos objetivos pueden englobarse en dos: (1) Análisis y aplicación del gasto sanitario balear en la crisis y (2) de la evolución de la salud pública de la ciudadanía en esta crisis. ¿Cómo nos ha afectado la crisis económica?

Todo ello complementado con una revisión transversal de la labor jurídica que ha acompañado a todos estos cambios y acontecimientos. Se trata también la metodología utilizada y las bases de datos explotadas. Se introduce la situación de la deuda y del desfase presupuestario.

En el punto 1.2 realizamos un análisis de la historia reciente de la sanidad balear, del sistema sanitario balear y de sus rasgos únicos; así como de la situación de las fundaciones hospitalarias y de su inclusión en el Servicio balear de Salud.

En el punto 1.3 se contextualiza la crisis, en el periodo 2006 – 2014. Se vislumbran y se observan evidencias de la gravedad de la crisis económica en Baleares a nivel económico, presupuestario, privado y público.

Veremos cómo en este periodo el gasto sanitario balear fue racionalizado con la implantación de las medidas de ahorro de los planes económico-financieros; aun así, mantuvo una senda creciente a lo largo de dicho periodo.

1.1 INTRODUCCIÓN AL TRABAJO

1.1.1. INTRODUCCIÓN

Detlef Schwefel (economista y sociólogo alemán de la Universidad de Berlín) en su artículo “Crisis económica y salud” Schwefel (1987) cita a varios autores que relacionan la crisis económica con la salud. Como a Brenner (sociólogo de la Universidad de Yale) que mantenía que el desarrollo económico tenía efectos positivos en la salud, mientras que el desempleo ocasionaba efectos negativos en la salud de las personas que experimentaban una situación de paro laboral de larga duración. En estas circunstancias se incrementaban conductas nocivas para la salud, como el abuso de alcohol y del tabaco, así como “retrocesos” en los servicios de salud según Brenner y Mooney (1983).

Carmen Delia Dávila (investigadora en economía de la salud de la Univ. de las Palmas de Gran Canaria) observó que los efectos de las crisis sobre las familias se producían por tres vías: emigración, empobrecimiento y desempleo. También advirtió que algunos menores de familias asoladas por las crisis adquirirían enfermedades crónicas que les convertían en menos aptos para la vida laboral cuando llegaban a la edad adulta “Los niños que gozan de buena salud tienen mejor rendimiento escolar y de adultos serán por ello más sanos, pues acumulan habilidades cognitivas para procesar información sobre la producción de salud” según Dávila y López-Valcárcel (2009, p. 262).

Esta crisis económica llevó a muchos países a implementar medidas de austeridad: “El sistema sanitario ha sido un ámbito recurrentemente definido como insostenible, y por tanto sujeto a este tipo de medidas de ajuste financiero” según Bacigalupe, Martín, Font, González-Rábago y Bergantiños (2016, p. 47). (La Dra. Amaia Bacigalupe es profesora de técnicas de investigación social en la UAB).

En este sentido, mantiene Inma Cortés Franch (responsable de la Unidad de Salud Laboral en la Agencia de Salud Pública de Barcelona) que España es “uno de los países donde con mayor dureza ha impactado la crisis, con un aumento rápido y alarmante del desempleo” según Cortés y López-Valcárcel (2014, p. 28). Advierte Cortés, en su mismo artículo, que se deben vigilar los cambios en el sistema sanitario y las medidas adoptadas por la crisis, y valorar su posible impacto en la salud.

Guillem López C. (catedrático de economía en la Universidad Pompeu Fabra), más optimista, apunta que “pese a la dureza de la crisis el gasto social en España no se ha hundido, [...] con el esfuerzo de muchos

profesionales se ha conseguido que las prestaciones sanitarias no se deterioren (al menos al nivel que lo han hecho la ocupación y las finanzas públicas” según López Casanovas (2014, p. 18).

Hubo que actuar con mucha rapidez dado el peligro real de que el sistema colapsara.

En cuanto a las medidas adoptadas y respecto al derecho a la prestación y a la protección sanitaria, se implementaron cambios que generaron tensiones. Apareció en este sentido la figura del asegurado que sustituyó al ciudadano como sujeto de derecho a protección sanitaria.

Rosa Urbanos (Profesora del Departamento de Economía Aplicada de la Universidad Complutense de Madrid) comenta que nos encontramos con países que también han aplicado reformas regulatorias para paliar los desequilibrios. Sin embargo algunos países han contado con agencias evaluadoras que han avalado las decisiones a tomar. Por ejemplo Canadá, que dispone de una sanidad similar a España, en 2004 creó una agencia que analizaba y rendía cuentas al Primer Ministro para evaluar y avalar las medidas o reformas a implementar según Urbanos (2010).

En cuanto a la salud pública durante la crisis, Escribà-Agüir advierte la existencia de una relación entre el desempleo y el incremento del riesgo de padecer mala salud mental, incremento de suicidios, mala salud percibida, así como una alta prevalencia de comportamientos poco saludables (consumo de alcohol, tabaco) sobre todo en los hombres jóvenes según Escribà-Agüir y Fons-Martínez (2014). Escribà es Dra. en Medicina (Centro Superior de Investigación en Salud Pública).

En el periodo (2007 - 2014) a causa de la grave crisis económica, la situación de la sanidad española y balear se tornó delicada desde el punto de vista financiero, de recursos y de gestión. Los poderes públicos y demás actores relacionados llevaron a cabo políticas específicas para reestructurar y sanear la sanidad, y así conseguir que el sistema sanitario no se colapsara. Ante estos hechos, analizamos cómo el sector sanitario público balear reaccionó ante esta crisis económica, mediante el análisis del gasto sanitario balear en el periodo (2007 - 2014) y de las políticas económicas implantadas en el periodo de referencia.

Esta crisis tuvo una gran repercusión en España y en Europa, con altos niveles de desempleo y de deuda pública. En España, el gobierno reaccionó tarde. Fue en mayo de 2010 cuando se reconoció tal situación. La reacción y la implantación de medidas en las Comunidades Autónomas tardaron un año más, tras el cambio electoral.

También centramos el análisis sobre la evolución de los recursos humanos del sector sanitario balear y de las variables asistenciales y socioeconómicas. Comprobamos cómo la respuesta en términos de políticas económicas públicas resultó beneficiosa, o no, para el funcionamiento de la sanidad balear. Nos centramos en la evolución de variables económicas y asistenciales del periodo comprendido entre el 2007 y el 2014, en la evolución del personal, equipamiento y gasto sanitario. La evolución de estas variables nos explica la relevancia y eficacia de las medidas adoptadas.

Entre otras variables, hemos analizado los presupuestos de salud, el gasto sanitario (público y privado), el gasto devengado, liquidado, el desempleo y el gasto en recursos humanos. También variables sanitarias y asistenciales como: camas, consultas, procedimientos médicos, tecnología disponible (TAC, Gammagrafía, Resonancia magnética, entre otros).

Hemos analizado una posible relación entre la evolución de la salud de la ciudadanía de Baleares y la crisis económica en el periodo (2003-2015). Hemos trabajado variables propias de salud pública como morbilidad, mortalidad, diagnósticos. Estas variables han sido enfrentadas y comparadas con la evolución del desempleo, tratando de hallar una hipotética correlación estadísticamente significativa entre la evolución del desempleo y la evolución de cada una de las variables descritas. Si así fuera, nos haría plantear una correlación entre crisis económica y salud de la ciudadanía.

En el trabajo desarrollamos una breve introducción sobre la situación sanitaria balear junto con una introducción al contexto económico, basándonos en los datos del 2007 al 2014, para así analizar someramente variables como el paro, el PIB o los presupuestos. Analizamos los PEF's que aplicó el Govern Balear: medidas, resultados y efectos. También analizamos la legislación aplicada en esta crisis y la gestión sanitaria balear.

En cuanto a la financiación, nos encontramos multitud de fuentes, estas son de varios orígenes: del Ministerio de Sanidad, de las cuentas baleares publicadas, presupuestos de la autonomía balear y artículos de investigación consultados. Principalmente las cuantías devengadas han sido obtenidas de las Estadísticas de Gasto Sanitario Público del Ministerio de sanidad (en adelante EGSP). Las cantidades presupuestadas y las liquidadas las hemos recogido de la web institucional de la CAIB.

En relación a los años 2012 y 2013, la publicación del gasto del IBSALUT liquidado anexó esta *nota* al dorso de los documentos contables. Se refiere a 3 eventualidades trascendentes que marcaron la evolución del sistema sanitario balear:

"(1) La liquidación presupuestaria del ejercicio 2012 se ve condicionada por la Ley 10/2012, de 1 de agosto, de concesión de un crédito extraordinario para poder atender gastos inaplazables con cargo a los presupuestos generales de la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares el ejercicio 2012.

(2) La liquidación presupuestaria de los capítulos 1 y 2 del ejercicio 2013 se ve condicionada por la integración de las Fundaciones Hospitalarias y GESMA dentro del presupuesto del IBSALUT.

(3) Las liquidaciones de los presupuestos de 2012 y 2013 se ven afectadas por el proceso de reestructuración del sector público instrumental".

Examinamos el gran incremento de gasto liquidado en 2012 gracias al crédito correspondiente al MEPP. Este incremento correspondió al pago de facturas pendientes. Sin embargo en el 2012 no aumentó el gasto de personal. Al contrario, disminuyó por el efecto de las medidas de los planes de contención de gasto público.

En el gasto liquidado del Capítulo I del IBSALUT de 2013 se dio un aumento considerable en su cuantía. Como hemos comentado ello fue debido a un cambio en su imputación, pues el gasto de personal de las entidades que se integraron en el Ibsalut pasó a computarse en el Cap. I de éste. En realidad, el gasto público en RRHH total sanitario no se vio alterado del 2012 al 2013.

En el sector privado, dada su naturaleza más expuesta a sufrir los efectos de una crisis económica, descendió su plantilla de personal sanitario (también descendió su gasto en RRHH en 2010 y 2012). En el sector público la disminución de personal fue mínima.

Las consultas crecieron tanto en el sector público como en el privado. Las crisis afectan a la conducta humana, y puede que parte de la ciudadanía somatizara el estrés y la preocupación creada por la incertidumbre de no saber cómo afectaría la crisis a su vida laboral y personal; ello pudo derivar en un incremento de la demanda asistencial, incrementando las consultas médicas de manera genérica, según García (2010).

En cuanto a las urgencias, en el sector privado disminuyeron.

En cuanto al gasto, vemos como desde el año 2000 el crecimiento del gasto sanitario público balear por hab. (EGSP / hab.) ha sido positivo, con altas tasas de crecimiento, hasta el 2011 (Figura 1a y 1b).

TABLA 1: GASTO SANITARIO / HAB. (EGSP)	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
EGSP Illes Balears	637	677	752	844	916	1082	1076	1174	1223	1302	1518	1423	1155	1150	1207
España (gasto medio de las CCAA)	776	818	874	954	969	1039	1129	1213	1325	1382	1360	1331	1255	1208	1226
DIFERENCIA IB VS CCAA	-139	-141	-122	-110	-53	43	-53	-39	-102	-80	158	92	-100	-58	-19

Millones euros

Fuente: Servei de Finançament Sanitari de la CAIB. EGSP.

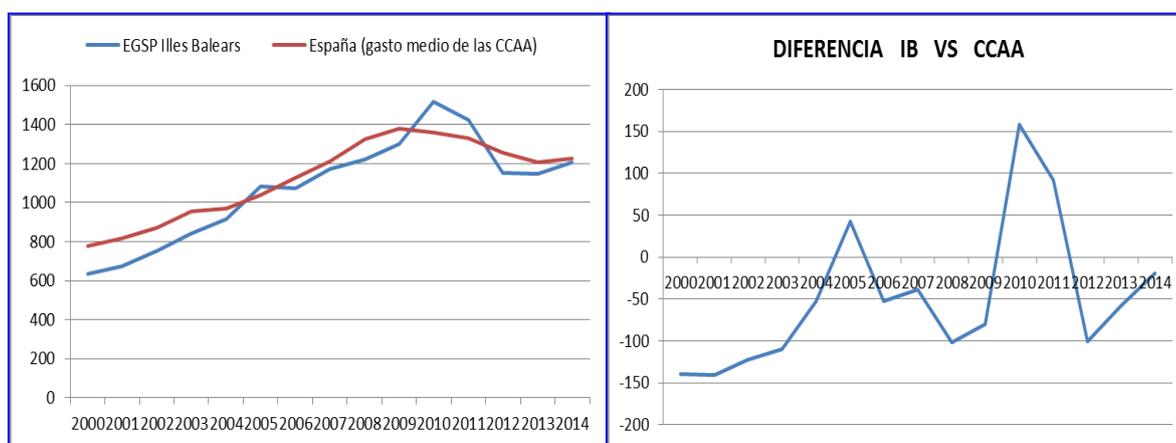


Figura 1a: Gasto sanitario público (EGSP) IB y ES (2000 – 2014)

Figura 1b: Diferencia de gasto público anual (entre IB y la media de CCAA)

Fuente: Servei de Finançament Sanitari de la CAIB. EGSP.

El gasto/hab. balear, prácticamente cada año, ha estado por debajo de la media española, según el Plan IBSALUT 2020 (2012). Se debe tener en cuenta que cada autonomía asigna sus recursos financieros a los servicios públicos según su criterio. Dada la realidad balear, en la que aprox. un 30% de la carga sanitaria es soportada y atendida por el sector privado, no sorprende la menor dotación pública de las I.B. respecto del gasto medio de las CCAA (Figura 1a).

También debemos tener en cuenta que Baleares es una de las principales comunidades autónomas receptoras de turismo, tanto a nivel nacional como extranjero según el Plan IBSALUT 2020 (2012). En Baleares nos encontramos con una población flotante, por ser destino turístico, que alcanza un 22% de la población (242.000 personas) según el Ministerio de Sanidad (EGSP); este hecho obviamente afecta al sector sanitario pues incrementa la presión asistencial a la que está sometido. Como decíamos, en cuanto a la financiación de

los servicios públicos transferidos, es la comunidad autónoma balear la que decide cual es el reparto de recursos para sanidad y educación, en base a su estructura económica y financiera.

1.1.2 OBJETIVOS

Análisis de la evolución del gasto sanitario balear, así como su aplicación, en los años en que la crisis económica asoló gran parte de Europa. Esto es entre el 2007 y el 2014. Para ello se analizan las políticas financieras que se implantaron para hacer frente a esta crisis. Analizamos también la normativa jurídico-sanitaria balear. Su encuadre y efectos.

Como vemos en profundidad, en la crisis económica del periodo estudiado las administraciones implantaron medidas de ahorro en el sector sanitario, así como en otros sectores, dada la disminución continuada de ingresos públicos e incremento de gastos sanitarios, entre otras motivaciones.

¿Qué pretendemos con esta tesis?

En los capítulos relativos al gasto sanitario intentamos dilucidar si los sucesivos planes económicos financieros, a través de sus medidas específicas, contribuyeron a racionalizar el gasto público en sanidad.

El gasto público sanitario se disparó a partir de la asunción de competencias en 2002, y con la llegada de la crisis se tomaron medidas contenidas en los PEF's que trataron de racionalizar el gasto que tanto había incrementado los años anteriores. Concretamente en el capítulo 3 analizamos dichos planes. Cuantificamos, en cada plan, el ahorro que se conseguía. Tanto en personal, en gastos corrientes, suministros, conciertos, transferencias e inversión.

En capítulos subsiguientes también analizamos muchos otros aspectos de la sanidad pública en Baleares.

Estos son:

1. Normativa.
2. Recursos humanos.
3. Sanidad privada.

4. Stock tecnológico.
5. Evolución de la salud pública.

Pues esta tesis contiene varios subtemas con varios objetivos que tratan de arrojar un poco de luz a lo que ocurrió durante la crisis, a partir del 2007, en lo relativo al gasto en sanidad, normativa y salud pública. También analizamos la deuda comercial sanitaria de cada capítulo y la asistencia sanitaria con medios ajenos, y la correlación de procedimientos médicos con el desempleo, las listas de espera, la correlación entre el estado de salud y el paro. Analizamos los posibles efectos de la crisis económica en la salud de los ciudadanos de Baleares. En definitiva, los objetivos son:

- ANÁLISIS DEL GASTO SANITARIO BALEAR Y DE LOS PEF's.
- MECANISMO EXTRAORDINARIO DE FINANCIACIÓN PARA EL PAGO A LOS PROVEEDORES. Analizamos los resultados del mecanismo extraordinario de pago a proveedores en la sanidad balear.
- NORMATIVA SANITARIA. Análisis jurídico de la sanidad balear.
- SALUD PÚBLICA. Analizamos si la crisis ha tenido efectos directos en la salud de los ciudadanos.
- RRHH. Analizamos la evolución de los Recursos Humanos del sector sanitario balear.
- SANIDAD PRIVADA. Analizamos el importante papel que juega la sanidad de titularidad privada en Baleares.
- STOCK TECNOLÓGICO. Evolución y estado.

No es objeto de este trabajo diferenciar o comparar la gestión o la eficiencia de los diferentes hospitales baleares. Tratamos una visión general de la sanidad balear. Sí observamos los diferentes escenarios, pues en 2013 varios entes sanitarios alteraron su forma jurídica, como fueron GESMA, Hospital U. Son Llàtzer, Hospital de Manacor, y Hospital de Inca, pues se integraron en el Ibsalut.

1.1.3 METODOLOGÍA

- **ANÁLISIS DEL GASTO SANITARIO BALEAR:** Analizamos los efectos de la crisis económica del periodo (2007-2014) en el sistema sanitario balear, así como la evolución del gasto y de la financiación sanitaria balear: Tendencia y evolución del gasto sanitario balear, su aplicación, análisis del gasto devengado y del gasto liquidado, análisis de los desfases presupuestarios, análisis de las políticas económico-financieras que se implantaron para hacer frente a la crisis: Planes Económico Financieros de Baleares. La tesis pretende dilucidar cómo afectó al sector sanitario balear la crisis económica y analizar las medidas que se implementaron. Para ello se lleva a cabo el análisis de las políticas económicas y jurídicas, especialmente de los PEF's.
- **MECANISMO EXTRAORDINARIO DE FINANCIACIÓN PARA EL PAGO A LOS PROVEEDORES.** Analizamos los resultados del MECANISMO EXTRAORDINARIO DE PAGO A PROVEEDORES en la sanidad balear. Mediante acuerdo del Consejo de Gobierno de 30 de marzo de 2012 la Comunidad Autónoma de las Illes Balears se adhería al mecanismo extraordinario de financiación para el pago a los proveedores de las comunidades autónomas. Analizamos el alcance de esta medida, entre otras.
- **NORMATIVA SANITARIA.** La crisis ocasionó amplia actividad legislativa en el ámbito sanitario. Identificamos medidas y políticas implementadas, así como sus efectos conseguidos una vez observados los decretos creados y sus objetivos. Examinamos para ello la legislación de este periodo, en el que se ha creado tanta normativa sanitaria, financiera y económica.
- **SALUD PÚBLICA.** Investigamos, mediante herramientas estadísticas, si la crisis ha tenido efectos directos en la salud de los ciudadanos, analizando la correlación entre variables económicas y variables de salud pública. Analizamos si algunas variables económicas de las Islas Baleares están correlacionadas estadísticamente con series de datos correspondientes a evolución de casos, diagnósticos, defunciones, datos de morbilidad o ciertas patologías. Las causas de muerte también serán objeto de estudio y de comparación con la evolución económica y la crisis. ORIGEN DE DATOS: CATEGORÍA “CCS CIE9MC”, entre otras. Algunos aspectos de salud pública que se analizan: Casos diagnosticados, morbilidad, defunciones, procedimientos médicos.

- RRHH. Analizamos la evolución de los Recursos Humanos del sector sanitario balear en la crisis según colectivo y titularidad. Efectos de la crisis en las diferentes plantillas, públicas y privadas, sanitarias y no sanitarias. Análisis del gasto en recursos humanos, y de las medidas que tomó el Govern.
- SANIDAD PRIVADA. Analizamos el importante papel que juega la sanidad de titularidad privada en Baleares. El gasto sanitario privado representa en Baleares un alto porcentaje ¿Cómo afectó al sector privado sanitario la crisis?
- STOCK TECNOLÓGICO. Analizamos la tecnología sanitaria pública y privada balear, y su evolución en la crisis.
- EXPLOTACIÓN de las bases de datos e informes oficiales a nuestro alcance:
 - 1 Auditorías IBSALUT.
 - 2 Bases de datos de Intervención General de la CAIB.
 - 3 BOE / BOIB.
 - 4 CES (Consell Econòmic i Social) de la CAIB.
 - 5 Cuentas generales de la CAIB.
 - 6 DGAVAL (Dirección General de Evaluación). CAIB.
 - 7 EGSP (Estadística de gasto sanitario público). MSSSI.
 - 8 ESCRI (Centros régimen internado). MSSSI.
 - 9 Financiación sanitaria Balear (financamentsanitari.caib.es). CAIB.
 - 10 IBESTAT (Institut Balear d'estadística). CAIB.
 - 11 INCLASNS (inclasns.msssi.es). MSSSI.
 - 12 INE (Instituto Nacional de estadística).
 - 13 Informes AES (Asociación economía de la salud).
 - 14 Informes anuales del SNS España y Baleares. CAIB y MSSSI.
 - 15 Informes IDIS (Instituto de desarrollo e integración de la sanidad).
 - 16 Informes SESPAS (Sociedad española de salud pública y administración sanitaria).
 - 17 Informes UBES (Unión balear de entidades sanitarias).
 - 18 Memorias científicas anuales (SNS España y Balears).
 - 19 Memorias IBSALUT.
 - 20 Observatorio de trabajo y empleo. CAIB.
 - 21 P.E.F. (Plan económico financiero). CAIB.
 - 22 P.ESTADISTICO. MSSSI.
 - 23 Presupuestos CAIB.
 - 24 SIAE (Atención especializada). MSSSI.

Para hallar series de gasto sanitario, de RRHH y de actividad sanitaria se han explotado varias bases de datos. Dos de las más relevantes, del Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad, son las siguientes:

- **PESTADISTICO:** Consulta Interactiva del SNS. Recuperado de <http://pestadistico.inteligenciadegestion.msssi.es/publicoSNS/comun/DefaultPublico.aspx> donde se define como:

“Herramienta de consulta sobre la salud y el sistema sanitario utilizando aplicaciones interactivas online. La información abarca las series de Estadística de Centros con Régimen de Internado y de Indicadores Hospitalarios, estando incluida entre las operaciones estadísticas del Plan Estadístico Nacional”.

- **INCLASNS:** Herramienta estadística del MSSSI. Recuperado de <http://inclasns.msssi.es> donde se define como:

“Fuente oficial, estable y sostenible de datos Recogidos de forma homogénea en cuanto a calidad y cobertura en los distintos niveles de desagregación. Incluye las perspectivas de salud pública, asistencia sanitaria y otras políticas”.

Comparamos datos y series de salud pública, con datos de gasto y datos económicos. Tratamos de hallar posibles relaciones. Analizamos el gasto sanitario balear, su evolución, comparación, correlación. Su origen y aplicación.

1.1.4 PESO DE LA SANIDAD PRIVADA BALEAR

Por otra parte, analizamos en su correspondiente capítulo, cómo el gran peso de la sanidad privada balear, consolidada año tras año, libera a la sanidad pública autonómica de una gran parte de la carga, pues el sector privado ahorra recursos al sistema público balear. “El sector sanitario privado libera recursos, favorece el ahorro del sistema público de salud, convirtiéndose en un aliado estratégico de primer orden, colaborando en su sostenibilidad y mejorando la accesibilidad y la calidad en la atención sanitaria”. IDIS (2017, p. 7). En los puntos 2.5.1 y 2.6.1 hemos calculado este ahorro en el caso balear.

El debate de este punto se centraría en si el sector privado sanitario balear se ha consolidado con tales dimensiones por insuficiencias de la sanidad pública balear o si, de otra manera, la sanidad pública balear recibe los recursos de la CAIB adaptados al hecho de que una cuarta parte del gasto no debe asumirlo, pues será atendido por el sector privado dada la estructura sanitaria balear. En Baleares hay una tradición muy arraigada de un fuerte sector privado sanitario y educativo; durante generaciones Baleares no fue estatista. En este sentido no se trata de ineficiencias de la sanidad pública, sino de que el sector privado está muy arraigado en las islas.

La sanidad privada mantiene una presencia muy alta en el panorama sanitario balear, siendo clave su actividad e imprescindible su colaboración con la sanidad pública. De hecho, los presupuestos de la sanidad pública balear se elaboran año tras año teniendo en cuenta que un 30% de la carga asistencial sanitaria la asumirá la actividad privada. (Tabla 41).

El informe de la Unión Balear de Entidades Sanitarias pone de relieve que en Baleares, a parte de su población, tienen lugar “64.000.000 de pernoctaciones al año, con una población turística soportada diaria de 175.000 personas” según UBES (2013, p. 8). Esto tiene un impacto importante en la presión sanitaria del sistema, que “colapsaría” si no fuera por la colaboración público-privada tan desarrollada en las Baleares. Según el Informe IDIS (2015, p. 17) en las I.B. existe una gran colaboración con el sector sanitario privado, como gran aliado para suplir las carencias del sistema. La tecnología también cuenta con gran participación del sector privado. “En las I.B. aproximadamente el 40% de equipos de alta tecnología están en hospitales privados y el 60% de equipos están en manos públicas” según IDIS (2015, p. 20).

En cuanto a los problemas de financiación cabe decir que no se tendría que financiar lo que no añade valor al sistema. Otros países que han sufrido crisis similares, han empleado sistemas para detectar lo que añade valor y lo que no, para así “identificar las inversiones y gastos que no lo hacen, llevar a cabo los recortes presupuestarios con rigurosidad y priorizar con acierto las decisiones sobre cartera de servicios, lista de espera” según Bernal (2011, p. 1). Bernal Delgado es Dr. en Medicina. Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. (Health Policy Unit at ISS-Aragon).

1.1.5 INTRODUCCIÓN AL GASTO SANITARIO BALEAR

Desde que se asumieron las competencias en Baleares (2002) se ha gastado más de lo presupuestado cada año. En estos gráficos se observa el gasto de personal del Ibsalut y su necesidad de crédito, pues los desfases de Cap. 1 provocan una ampliación de crédito, ya que no pueden generar deuda, (las nóminas deben pagarse cada mes). En 2012 se cumplió la previsión de gasto de personal gracias a las medidas que se llevaron a cabo. (Figuras 1c, 1d). La expansión del gasto sanitario es un problema generalizado que en Baleares se visualiza con un exceso de gasto. El capítulo 1 es representativo de ello.

TABLA 2. GASTO EN PERSONAL.

GASTO CAP. 1. GASTO EN PERSONAL		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
G. PERSONAL LIQ. y DEV.		279	311	333	378	418	464	503	488	468	427	620	637	676
G. PERSONAL PRESUPUESTADO		254	261	320	367	393	427	445	426	426	439	566	597	628
NECESIDAD DE CRÉDITO DE CAP. 1		25	50	13	11	25	37	58	62	42	-12	54	40	48

millones eur

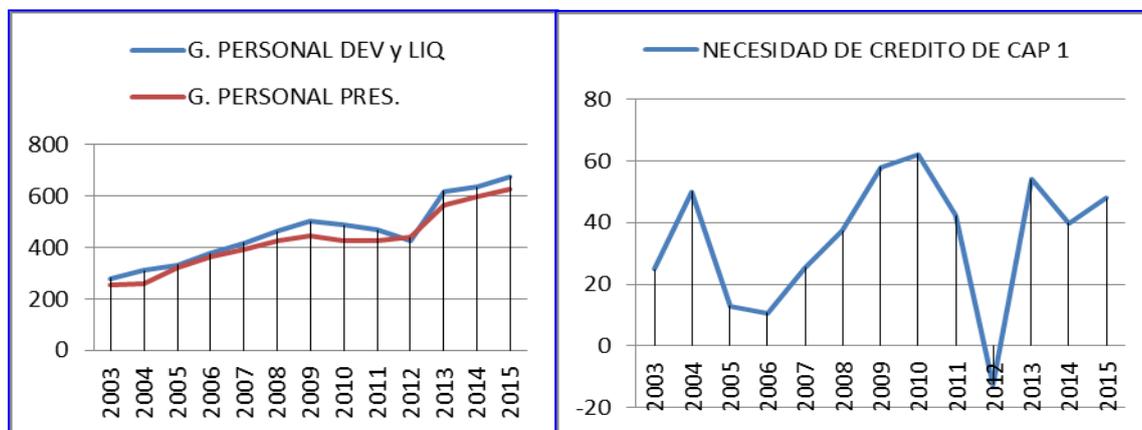


Figura 1c. Desfase presupuestario de RRHH (2003-2015) Figura 1d. Necesidad de crédito en cap.1 (2003 - 2015)
Fuente: Finances.caib. https://www.caib.es/sites/estadistiques/ca/evolucion_de_la_liquidacion_2002-2016

Figura 1e: Desfase total presupuestario (gasto devengado menos gasto presupuestado del Ibsalut). En los años 2010 y 2011 el desfase fue extraordinariamente alto. Esta desviación es de 130 mill. euros cada año, de media. Pero en los años 2010 y 2011 se alcanzaron los 500 y 400 mill. en gastos no presupuestados.

TABLA 3. DESFASE PRESUPUESTARIO

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Total IBSALUT PRESUP.	1.060.177.603	1.169.892.280	1.229.309.750	1.149.887.611	1.149.887.611	1.187.537.199	1.141.163.338	1.168.000.000	1.290.372.427
G. IBSALUT DEVENGADO (EGSP)	1.187.056.328	1.286.949.750	1.401.141.342	1.655.669.324	1.563.893.102	1.271.744.455	1.257.951.114	1.311.775.857	1.419.657.212
DESFASE PRESUPUESTARIO	-126.878.725	-117.057.470	-171.831.592	-505.781.713	-414.005.491	-84.207.256	-116.787.776	-143.775.857	-129.284.785

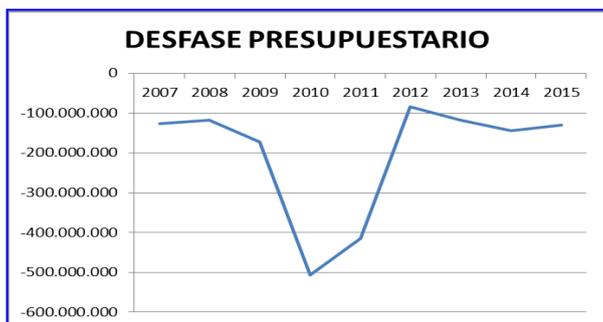


Figura 1e. Desfase presupuestario. Fuente: Web finances.caib. EGSP. www.caib.es/sites/estadistiques/ca/evolucion_de_la_liquidacion_2002-2016

En las Figuras 1f1 y 1f2, vemos la evolución del gasto devengado y liquidado. Su diferencia genera DEUDA COMERCIAL SANITARIA (DCS).

Desde que se asumieron las competencias los gastos han sido cada año superiores a los pagos generando deuda (DCS) anual de 70 mill. euros de media. Eso ha generado un gran crecimiento de la deuda acumulada sanitaria pública. Los años 2010 y 2011, dada la ingente cuantía de gastos no previstos y la falta de liquidez, la deuda (DCS) generada incrementó en gran cantidad. El 2012, gracias al MEPP, los pagos superaron a los gastos, y se disminuyó la deuda (DCS) en 402 mill. (Las transferencias se reciben con la financiación del coste efectivo).

TABLA 4. GASTO Y DEUDA COMERCIAL SANITARIA. IBSALUT

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
G. IBSALUT LIQUIDADO	685	801	947	1007	1148	1238	1302	1394	1148	1674	1191	1272	1439
G. IBSALUT DEVENGADO (EGSP)	781	854	1043	1055	1187	1287	1401	1656	1564	1272	1258	1312	1420
(DCS) ANUAL	-95	-53	-96	-48	-40	-49	-99	-262	-416	402	-67	-40	20

millones eur

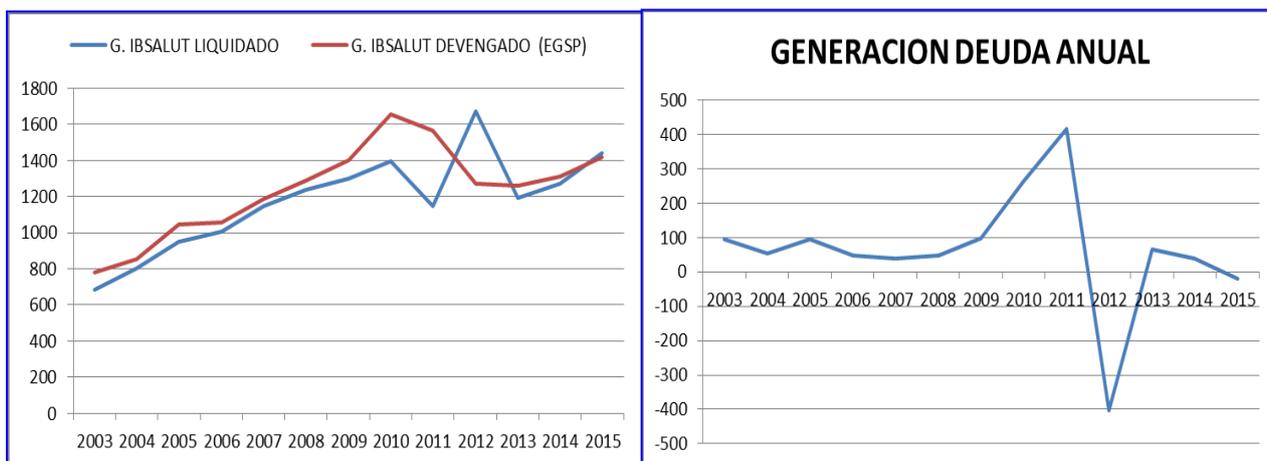


Figura 1f1. Gasto sanidad (IB) liquidado VS devengado (2003-2015)

Figura 1f2. Devengo - Líquido = DCS anual (2003-2015)

FUENTES: EGSP DEL MINISTERIO DE SANIDAD. FINANZAS CAIB. https://www.caib.es/sites/estadistiques/ca/evolucion_de_la_liquidacion_2002-2016 y <https://www.msssi.gob.es/estadestudios/estadisticas/inforrecopilaciones/gastosanitario2005/home.htm>

Esta crisis ha afectado de diferente manera al nivel de gasto público y al nivel de gasto privado, pues el gasto privado depende en más proporción de su entorno económico inmediato de lo que significa para el gasto público. El sector público dispone de más medios y puede retrasar los efectos de una crisis como esta y maniobrar de la manera más adecuada. Sin embargo, el gasto privado, a partir de los datos del Instituto

Nacional de Estadística de las cuentas que comprobaremos, sufre un estancamiento en los años más duros de la crisis. Para el trabajo hemos obtenido los datos de gasto de personal público/privado, sanitario/no sanitario, de las bases de datos del Ministerio de salud, sanidad y servicios sociales. Así como también el stock de tecnología sanitaria. Con todo ello, hemos calculado el coste sanitario total autonómico.

También hemos tratado la financiación. Contamos con las cuantías referidas a las aportaciones de las Corporaciones Locales y a las aportaciones del Estado por habitante. También hemos recabado las cantidades correspondientes a gasto en mutualidades de funcionarios por habitante. El sumatorio total de dichas cantidades corresponde al coste sanitario Consolidado. A este último coste, si lo despojamos del gasto en Mutualidades, obtenemos el coste territorializado. Sin embargo, el coste que más nos interesa será el autonómico. Más aún, el coste más directo y cercano a lo que consideramos asistencia sanitaria en términos generales, es el propio del servicio de salud (Ibsalut): es el coste sanitario “por excelencia”, que nos permite comparar y observar de manera homogénea el cambio anual de gasto y esfuerzo presupuestario sanitario, así como el seguimiento de las políticas sanitarias acometidas. Aun así trabajaremos con todas las figuras para dotar de más claridad al análisis. También diferenciamos, como es lógico, el gasto público del privado.

COSTE VS GASTO

El coste sanitario hace alusión al desembolso necesario para realizar el proceso productivo sanitario; es decir, para la consecución, fabricación o prestación de un determinado servicio sanitario. El gasto, en cambio, es el dinero necesario para prestar ese servicio o producto, venderlo, administrarlo, mantenerlo. Los costes son considerados inversiones, pues formarán parte del activo. Los gastos no formarán parte del activo, son una operación sin retorno contable (gasto de personal o gasto en material fungible). El coste sanitario es la cuantía cuyo valor formará parte de los productos sanitarios o servicios sanitarios (materias primas, productos farmacéuticos). Por otro lado, el gasto hace referencia a lo pagado, independientemente del coste.

Con todo lo dicho, dado el citado incremento de costes sanitarios, el estancamiento económico debido a la crisis y la bajada de ingresos públicos, se debían tomar medidas económicas y financieras para tratar de superar la situación. Así, se aprobaron los PEF's y demás normativa que analizamos.

Incremento del gasto. En este periodo la población creció muy rápidamente, un 11% del 2006 al 2013, según el padrón balear (IBESTAT). Este hecho, junto con el turismo y la insularidad explica el rápido crecimiento del gasto sanitario. Mulet (2008, p. 13) explicó por qué incrementa el gasto sanitario en Balears:

- “Coste de insularidad.
 - El coste de las operaciones de transporte de mercancías,
 - El coste de las operaciones de transporte de viajeros,
 - El coste de oportunidad por falta de alternativas,
 - El coste de distribución.
- Crecimiento poblacional.
- Turismo: Visitantes con necesidades sanitarias.
- Creciente población de inmigrantes con segunda residencia en las IB”.

También hay que tener en cuenta que el gasto sanitario ha crecido porque la esperanza de vida lo ha hecho también. La pirámide de población balear cambia, y por ello también se altera y aumenta la incidencia de enfermedades que adolecen las personas de avanzada edad. De cara a este trabajo, ya tenemos una perspectiva clara y suficiente como para analizar muchas de las variables sanitarias propuestas en el periodo acordado, como son gasto sanitario, personal, tecnología y morbilidad. También tenemos un horizonte temporal suficiente como para desgranar y visualizar cómo se han comportado estas variables durante los años de persistencia clara de la crisis.

Esta crisis económica ha afectado al empleo, al producto interior bruto, al número de empresas activas, al salario, a la renta per cápita; y todo esto hizo que disminuyera el nivel de ingresos públicos. Con menos ingresos públicos las Administraciones Públicas tuvieron que tomar medidas en varios servicios públicos, como la sanidad, que representa prácticamente una tercera parte del presupuesto de la C. autónoma balear.

Una parte importante de la financiación autonómica está muy vinculada al sector inmobiliario, que fue uno de los más afectados por la crisis. También, y de forma derivada, el bancario, (que ya proporcionaba financiación a los déficits crónicos). El gasto, sin embargo, continuaba su marcha ascendente.

1.1.6 INTRODUCCIÓN A LOS EFECTOS DE LA CRISIS EN LA SALUD.

Un avance de la posible relación entre crisis económica y salud que analizaremos, lo observamos en la siguiente Figura 1f3, del artículo de Carmen Delia Quintana. Visualizamos las relaciones entre crisis y salud, causas y efectos, y cómo una crisis económica puede provocar distintos problemas de salud pública. En esta figura se alude a los diferentes fenómenos y hechos que pueden ocurrir como consecuencia de una crisis, divididos según su alcance temporal, su contexto y su origen. El punto de partida es la crisis económica, que provoca una sucesión de hechos que tendrán, inevitablemente, efectos sobre la salud.

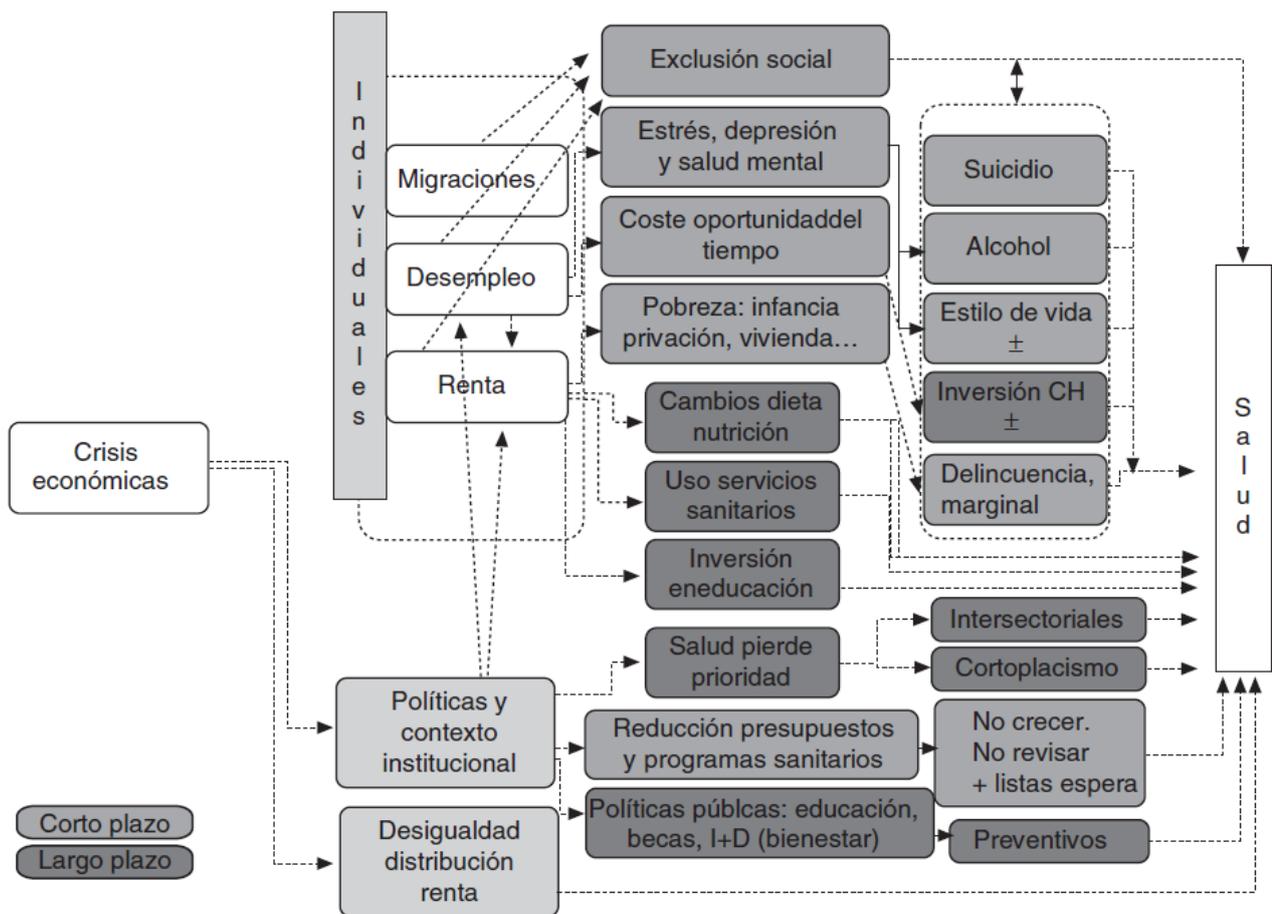


Figura 1f3. Conceptualización de los efectos de las crisis económicas sobre la salud. Quintana (2009, p. 262)

1.1.7 INTRODUCCIÓN A LAS MEDIDAS ECONÓMICAS

La principal tarea era sanear las cuentas para reducir el déficit a niveles permitidos, dentro de los lindes marcados por el Estado, y así reducir la deuda y progresivamente racionalizar y sanear el sector. La reducción del déficit era un mandato de la UE, pero lógicamente también es un asunto que atañe a la responsabilidad del buen gobernante.

Existía un cierto rechazo a las medidas a implantar, por si estas pudieran afectar al sistema de salud. “Los grupos en que se acumula una situación de desventaja son las personas desempleadas, las inmigrantes (en especial las que están en situación irregular), la infancia, las personas mayores y las personas con bajos ingresos” según Cortés (2014, p. 28).

Apunta A. Segura Benedicto, Director del área de salud pública en la Generalitat de Catalunya, que “Pacientes que devienen eventuales fuentes de infección no sólo necesitan una intervención curativa, sino medidas preventivas que eviten la difusión”. Benedicto (2014, p. 10). Este planteamiento fue recurrente en las líneas discordantes, como lo fue el caso de las medidas del Real Decreto-ley (en adelante RDL) 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, para con los inmigrantes en situación irregular. “Podía suceder que se convirtieran en un foco de infecciones”. Fue una afirmación frecuente en el debate de gestión sanitaria.

Una de las medidas que analizamos es la modificación del copago farmacéutico. Éste es relativamente bajo en España, pero el momento que se vivía de desasosiego era tal que la medida recibió fuerte oposición. En ese contexto, 417 medicamentos pasaron a no sufragarse. Medicamentos que no eran vitales para patologías concretas sino más bien para tratar síntomas menores. Fueron sustituidos por genéricos. La lista de estos fármacos se aprobó mediante Resolución de 2 de agosto de 2012. Pero 97 de éstos se mantendrían, por estar indicados para enfermedades graves o crónicas. Con todo ello se pretendió racionalizar el uso de medicamentos y de envases.

También se dejaron de sufragar algunos servicios de transporte sanitario, como los traslados no urgentes en ambulancia, por los que el paciente pasaría a pagar 5 euros por trayecto.

1.2 EL SISTEMA SANITARIO. CONTEXTO Y EVOLUCIÓN

1.2.0 EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL

El sistema sanitario español es del tipo Beveridge, cómo Reino Unido o Portugal. Con este modelo el Estado recauda tributos, y éste, según el modelo de financiación territorial, distribuye los recursos. El sistema sanitario español goza de muy buena reputación en el mundo. No es el país que más gasta por habitante, ya que se sitúa en el puesto número 17 dentro de Europa. Pero sí es uno de los que goza de mejor posición en términos de eficacia y eficiencia.

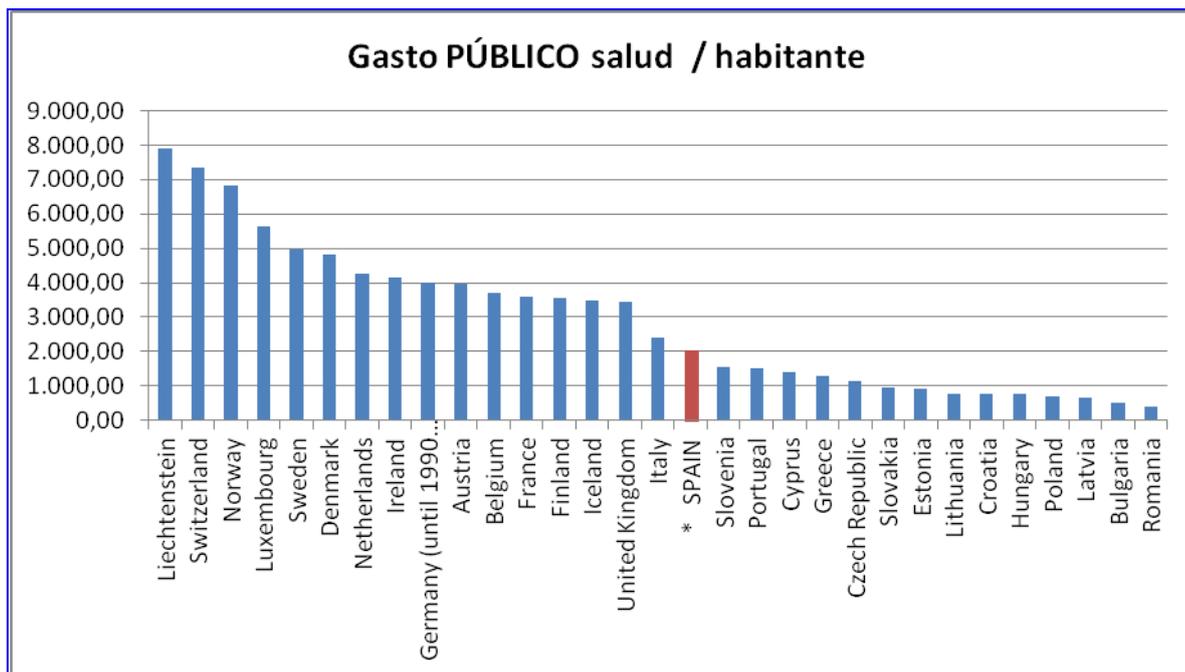


Figura 1f4. Gasto en sanidad / hab. Países de Europa. Fuente: Datos Eurostat, 2015.
F. http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare_expenditure_statistics

La sanidad española ocupa el puesto número 3 del mundo, si tenemos en cuenta la esperanza de vida, coste per cápita y coste en términos absolutos. España es superada sólo por Singapur y Hong Kong, según Du y Lu (2016). (*Datos de Bloomberg*).

El **Sistema Nacional de Salud (SNS)** es la entidad que presta servicios sanitarios a los ciudadanos españoles. Se creó en 1908, y durante el siglo XX fue extendiendo su cobertura a los ciudadanos. Existen sistemas alternativos al **Beveridge**, por ejemplo el modelo Bismark, un sistema no gubernamental y de

carácter obligatorio que se financia con cuotas de empresarios y trabajadores pagadas directamente a las entidades sanitarias.

1.2.0.1 WILLIAM HENRY BEVERIDGE (1879 - 1963)

¿Por qué nuestro sistema lleva su nombre? Fue el autor del informe *Social Insurance and Allied Services* (1942) conocido por *Informe Beveridge*. Este informe sirvió de base para la Seguridad Social Universal que deseó implantar Winston Churchill (no se llegó a implantar por la participación en la Guerra). En 1941, el Primer Ministro británico pretendía mejorar las condiciones laborales y crear una seguridad social. Se consiguió el primer sistema unificado de seguridad social gracias a este trabajo de Beveridge.

Contenido del Informe, según López del Paso (2011, p. 97):

- 1) “Establecimiento de un sistema de seguridad social unitario de cobertura universal, financiado a través de las contribuciones del Estado, los empleados y los empleadores.
- 2) Creación de un servicio nacional de salud—atención médica gratuita con cobertura universal— y de un sistema de asistencia nacional.
- 3) Extensión de los beneficios sociales a los campos de la educación, la vivienda, la atención especializada a niños y otros servicios sociales de carácter asistencial. Fue el principio del que sería el Estado de Bienestar hoy día”.

1.2.0.2 LAS COBERTURAS SOCIALES EN ESPAÑA

El reformista y regeneracionista **Francisco Silvela** (1843 - 1905) (anterior a Beveridge) marcó el punto de partida de las coberturas sociales en España.

En el ámbito sanitario, la Ley de Sanidad de 28 de noviembre de 1855 ya obligaba a los municipios a contratar médicos para realizar asistencia domiciliaria en las casas de las personas sin recursos. En la segunda mitad del S.XIX continuamente se aprobaba y derogaba normativa sanitaria. Todo ello propició una nula seguridad jurídica y una situación de caos administrativo, en la que coexistían multitud de normas sanitarias, contradictoras a menudo entre ellas. “Nuestra llamada legislación sanitaria es un abigarrado conjunto de disposiciones contradictorias, ineficaces muchas y opuestas casi todas al espíritu y a la letra de

las instituciones a cuya sombra vive la moderna sociedad española. Y mientras la alta corporación sanitaria, tal vez a su pesar, consume sus fuerzas en la oscura tramitación de expedientes, transcurren los años sin verse los resultados que la reforma hiciera concebir”. Semanario Farmacéutico. Año I. Núm. 35. Madrid (1873, p. 3).

En 1891 se aprobó por Real Decreto (en adelante RD) el Reglamento para el Servicio Sanitario de los Pueblos. “Con ello, Francisco Silvela potenciaría la Ley de Sanidad de 1855 en lo referente a la asistencia sanitaria. En 1905 se asistió en su domicilio a 3.255.260 personas” según Espuelas (2013, p. 15).

Por otro lado, el RD de 23 de abril de 1903 creó el Instituto de Reformas Sociales, que potenció el desarrollo de la legislación laboral para mejorar las condiciones de los obreros. El 30 de enero de 1900 se aprobó la Ley de accidentes de trabajo, y el 13 de marzo de 1900, la Ley de condiciones de trabajo de las mujeres y niños. Fue el inicio de la política social española. “En el año 1919 se aprobó un seguro de desempleo” según Montagut (2017).

Esos años marcaron el abandono de la filosofía del “laissez faire” y del impulso de un “intervencionismo corrector”. Se implantaron políticas para mejorar las condiciones de trabajo de la clase obrera.

1.2.0.3 FINANCIACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO

Nuestro Sistema Sanitario es un sistema de cobertura universal, de financiación pública vía impuestos, y cuyas competencias están transferidas a las comunidades autónomas desde el proceso de descentralización de 2002. De hecho la Ley 16/2003 de 28 de mayo de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud se aprobó cuando las comunidades autónomas asumieron las competencias en materia de sanidad. Se aprobó para garantizar el equilibrio autonómico sanitario tras esta descentralización.

“El objeto de esta ley es establecer el marco legal para las acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias, en el ejercicio de sus respectivas competencias, de modo que se garantice la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud” según el art 1. Ley 16/2003 de 28 de mayo.

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad desarrolla la política del ejecutivo estatal en materia de salud, y a su vez vela por el derecho a la protección de la salud de la ciudadanía.

En 1988, tras la aprobación de la Ley General de Sanidad 14/1986, de 25 de abril (en adelante LGS 14/1986) se modificaron las fuentes de financiación de la (ASSS) Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social “Pasó de financiarse por las cuotas a la Seguridad Social, a ser financiada por todos los ciudadanos españoles a través de los impuestos, mediante una aportación finalista de los Presupuestos Generales del Estado a la Seguridad Social” según Sevilla (2006, p. 16).

La sanidad, hasta el 2001, se financió con fondos independientes al resto de las competencias. El criterio era la población de cada autonomía. “Entre 2001 y 2008, las especificidades del sistema de financiación en relación con la sanidad fueron desapareciendo”. Cuenca (2016, p. 9). “Desde la aprobación de la Ley 22/2009 de 18 de diciembre, **se deja libertad a las CCAA para que empleen tales recursos del mejor modo posible, en sanidad o en otras funciones**” según Cuenca (2016, p. 9).

Luego se admite que los servicios sanitarios no serán iguales en todo el país, pues se otorga libertad a las CCAA para asignar un gasto determinado a sanidad, según criterio de los gestores autonómicos. Cuenca (2016).

1.2.0.4 CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES DEL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL

- **Universalización de la atención.** Todos los españoles tienen derecho a recibirla, así como los ciudadanos de la Unión Europea a través de la tarjeta sanitaria europea. El 2012, el RDL 16/2012, de 20 de abril, dictó que los ciudadanos no pertenecientes a la UE y en situación irregular, disfrutarían sólo del derecho a asistencia pública de urgencia, (salvo las mujeres embarazadas y los menores de 18 años, los cuales tendrían derecho asistencial “completo”).
- **Gran Descentralización.** Las comunidades autónomas deciden cómo organizar y dotar a sus servicios sanitarios. Todas las competencias sanitarias están delegadas a las comunidades autónomas.
- **Financiación.** Los gastos sanitarios públicos se sufragan principalmente con los impuestos generales del Estado y con tributos propios.
- **Atención Primaria y Atención Especializada.** Nuestro sistema está dividido entre AP (Atención Primaria) y AE (Atención Especializada).

- **El informe Euro Health Consumer Index**, que analiza el sistema sanitario de **35 países europeos**, otorgó a España el lugar 18º, según Björnberg (2017).
- **La colaboración del sector privado** con el sector público es fundamental en todas las CCAA.
- **“El número de médicos** por cada 1000 habitantes en España es mayor a la media de la UE (3,8 frente a 3,6 en 2015), el número de enfermeras está muy por debajo (5,3 por cada 1000 habitantes en España frente a 8,4 en la UE)”. State of Health in the EU. Spain. Country Health Profile (2017, p. 7).
- **Sistema Farmacéutico Español.** La Dirección General de Farmacia y de Productos Sanitarios se encarga de fijar el precio de los medicamentos. Por otra parte la Agencia Española de Medicamentos y productos sanitarios (AEMPS) garantiza la calidad y seguridad de éstos. Según la Ley 16/1997, de 25 de abril, de regulación de los servicios de oficinas de farmacia, “las oficinas de farmacia son establecimientos sanitarios privados de interés público, sujetos a la planificación que establezcan las comunidades autónomas. Sus funciones son la adquisición, custodia, conservación y dispensación de los medicamentos y productos sanitarios” según Art 1.1 de la Ley 16/1997 de 25 de abril.

“En España, el precio del medicamento está regulado por el Ministerio de Sanidad. El 80% de los medicamentos dispensados en farmacias son financiados por Sistema Nacional de Salud”. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (2012, p. 3). En España hay más de “21.000 farmacias, que garantizan el acceso al medicamento. Esta red garantiza que el 99,9% de la población disponga de una farmacia cerca de su residencia” según el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (2012, p. 4).

- **“España adoptó una serie de medidas** para contener el gasto en productos farmacéuticos y acelerar la entrada de **genéricos** en el mercado”. Country Health Profile (2017).
- **“Los gastos de salud en España** representaron el 9,2% del PIB en 2015, por debajo de la media de la UE con el 9,9%. Alrededor del 71% del gasto en salud en España se financia con fondos públicos, la media de la UE es del 79%” State of Health in the EU. Spain. Country Health Profile (2017, p. 6).

Una vez descritas las principales características, repasemos someramente los aspectos negativos y problemas de nuestra sanidad.

1.2.1 ACELERADO CRECIMIENTO DEL GASTO ANUAL

Antes de la crisis el sistema sanitario ya padecía graves problemas estructurales y un acelerado crecimiento del gasto anual que dificultaban su sostenibilidad a largo plazo.

El personal, los profesionales, los pacientes, las nuevas tecnologías sanitarias y los avances terapéuticos son factores que provocaban tensiones y que desembocaban en estos aumentos de gasto anual sanitario, según López Casanovas (2017).

Tras las transferencias competenciales del 2002 se mantuvieron, o aumentaron, las mejoras salariales del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD).

Las CCAA acumulaban año tras año deuda a proveedores, con traslado de la deuda a legislaturas siguientes, según Repullo (2008).

“El modelo no finalista de financiación autonómica hace que para el Ministerio sea sencillo crear expectativas de mejoras de servicios sin tener que afrontar la presión política ni los costes” según Repullo (2008, p. 120).

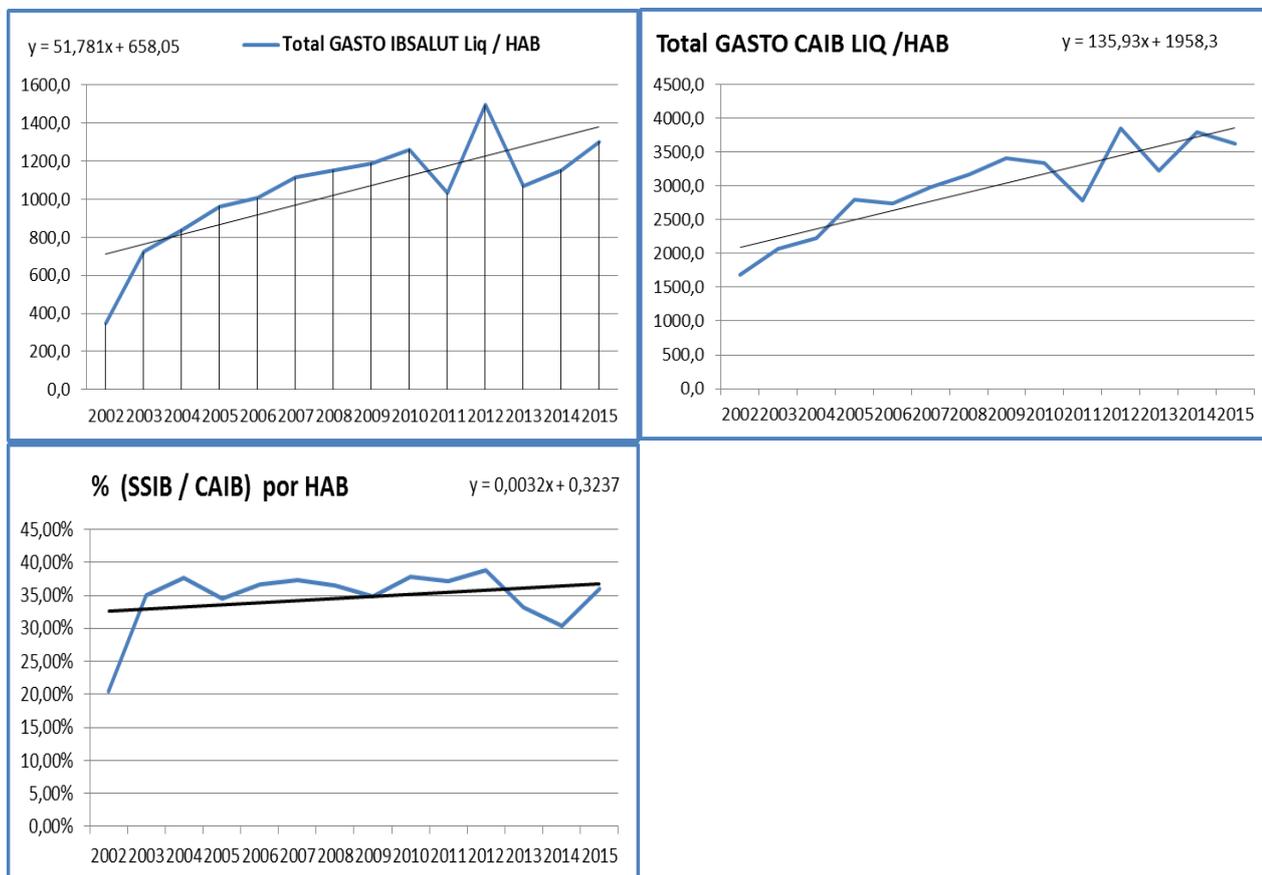
La autonomía era el ente que decidía sobre el reparto de sus finanzas: entre educación y sanidad.

En las Figuras 1g, 1h, 1i, vemos como desde que se asumen las competencias, el incremento de gasto es exponencial y muy elevado anualmente.

A parte, la relación entre gasto en salud VS gasto total de la C.A. balear, ha mantenido una tendencia creciente desde 2002.

TABLA 5. GASTO IBSALUT VS GASTO CAIB

GASTO LÍQUIDO	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Gasto IBSALUT / Hab.	347,5	723,4	838,8	963,6	1006,3	1113,4	1154,1	1188,5	1259,9	1031,6	1495,4	1071,3	1152,5	1303,3
Gasto CAIB / Hab.	1690,8	2070,6	2225,7	2795,9	2744,8	2986,1	3164,5	3406,7	3338,1	2781,8	3849,5	3220,3	3794,0	3620,1
% (SSIB / CAIB) / Hab.	20,55%	34,94%	37,69%	34,47%	36,66%	37,29%	36,47%	34,89%	37,74%	37,08%	38,84%	33,27%	30,38%	36,00%



Figuras. 1g, 1h, 1i: Gasto liq. IBSALUT, CAIB, y su relación. Fuente. Web Finances.caib <https://www.caib.es/sites/estadistiques/ca/estadistiques-68815/?campa=yes>

1.2.1.1 CRECIMIENTO DEL GASTO DE GESMA (RRHH)

Citamos de manera especial el caso de Gesma, por ser representativo de este crecimiento no racional del gasto sanitario. Gesma fue creada por el Decreto 116/1993, de 14 de octubre, de organización del Servicio Balear de Salud y creación de la empresa pública de Gestión Sanitaria de Mallorca. Esta Disposición fue modificada por el Decreto 192/1996 de 25 de octubre. Creada para gestionar el ámbito de salud mental y atención sociosanitaria, tenía encomendada la gestión y administración de los centros que componen el Complejo Hospitalario de Mallorca. Este último Decreto fue suprimido por el Acuerdo de 24 de febrero 2012, que aprobó el procedimiento de extinción de la entidad pública empresarial Gestión Sanitaria de Mallorca (GESMA) y su integración en el Servicio de Salud de las Illes Balears.

En el año 2002, con la transferencia de competencias, la C.A. balear asumió la organización del sistema sanitario balear. Hemos analizado el presupuesto de Gesma desde el año 1997. El gasto en RRHH por

trabajador, desde 1997 crecía a tasas muy elevadas: **más del 10% anual**. En 2002, con la transferencia de competencias, la CAIB asumió un coste laboral creciente de todos los trabajadores de la nueva sanidad balear, pues se adoptó la política salarial seguida en Gesma. (Figura 1k).

TABLA 6. GASTO Y PRESUPUESTO DE PERSONAL GESMA

CAP. 1 GESMA	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Presup. Gesma Cap. 1/ Trab.	9777	10241	10956	11997	13079	14844	16788	20059	21852	24507	27434	30294	31267	31207
Var % Presup. Cap. 1 Gesma / Trab. (t-1)	6,69%	4,75%	6,99%	9,50%	9,02%	13,49%	13,10%	19,48%	8,94%	12,15%	11,94%	10,42%	3,21%	-0,19%
G. Presup. Rrhh Ibsalut (Millones)						95	254	261	320	367	393	427	445	426
Presup. Rrhh / Trabajador de Sanidad Balear						ND	20.579	20.687	24.696	26.948	26.433	29.720	31.945	31.679

Tesis doctoral: Núñez C. (2012)

El gasto de capítulo 1 comprometía en cierta manera al sistema, pues dejaba menor margen al IBSALUT para maniobrar en sus demás capítulos de gasto. Éste fue uno de los motivos por los que en 2003 nos encontramos con una cierta falta de financiación en la sanidad: por un **CAPÍTULO 1 PREDOMINANTE**.

El coste de personal por trabajador se “dispara” a partir del 2000 hasta el 2008 (Figura 1j)

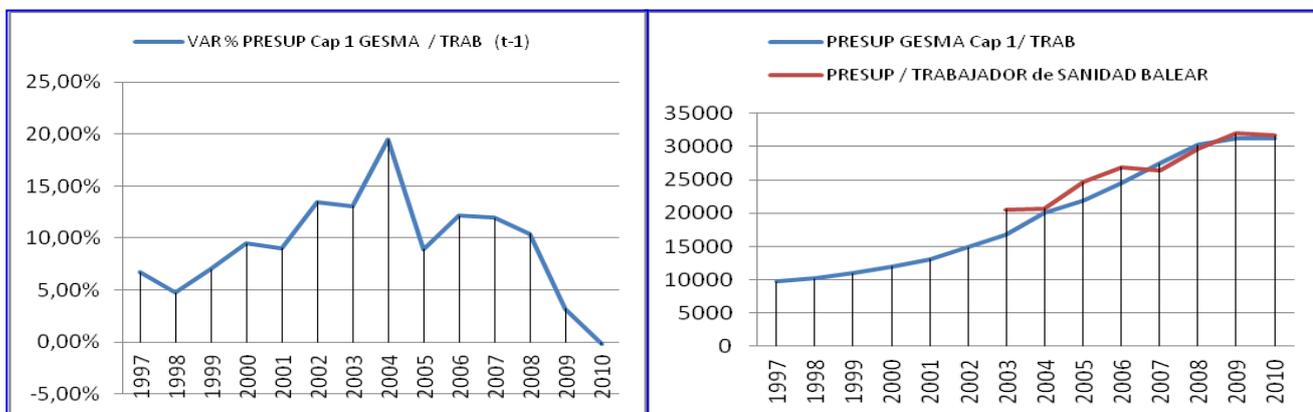


Figura 1j. Variación Porcentual del G. Cap. 1 / Trab. (GESMA)

Figura 1k. Presup. Cap. 1/ trab. (GESMA VS IBSALUT)

TABLA 7. PESO RELATIVO DE LOS RECURSOS HUMANOS

PESO RELATIVO RRHH	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Peso Presup. RRHH / Total GESMA	60,89%	57,07%	52,45%	44,78%	55,15%	55,93%	67,34%	63,32%	66,18%	67,08%	69,19%	71,04%	72,44%
Peso Presup. RRHH / Total IBSALUT						40,31%	40,33%	34,67%	36,55%	37,11%	36,50%	36,20%	37,04%

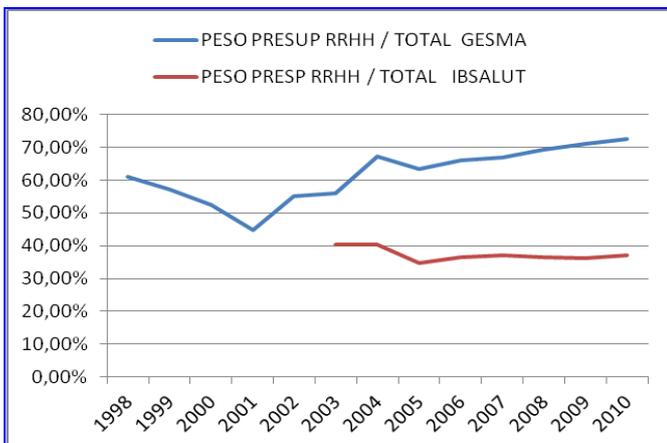


Figura 1L. Peso relativo de los presupuestos de RRHH sobre el total del Presup. (EGSP MSSSI)

Vemos que los presupuestos de Gesma contenían una partida de gasto de Cap. 1 PREDOMINANTE (Figura 1L). Por otra parte, el peso del presupuesto de RRHH en el IBSALUT ronda casi el 40% del total (Figura 1L) y su incremento anual (Figura 1c) disminuía el margen para los demás capítulos.

Desde que se asumieron las competencias completas en Baleares (2003) el gasto del IBSALUT y de la CAIB no dejó de aumentar.

De hecho, como relata el Plan Económico-Financiero del 2012 se contempló la posibilidad del cierre del hospital Joan March y del Hospital General como medida de ahorro y reestructuración sanitaria. Los cálculos de la administración contemplaban que el coste imputable por cama en un hospital de agudos era de 700€/día, en el Hospital sociosanitario (GESMA) era de 375 €/día, mientras que en el Hospital San Juan de Dios o Cruz Roja era de 165€/día aprox. según el Plan Económico-Financiero de la CAIB de 2012-2014 (2012, p. 35).

1.2.2 PROBLEMAS ESTRUCTURALES

El sistema sanitario ya tenía graves problemas estructurales, al margen de la crisis económica:

Los principales eran los siguientes:

- Sobrecarga.
- Masificación de las urgencias.
- Largas listas de espera. Demoras quirúrgicas.
- Escasez de infraestructuras en Atención Primaria existiendo diferencias entre CCAA.
- En 2003, la descentralización de la gestión sanitaria generó desigualdades, pues la atención recibida (prestaciones) era diferente según la C.A. en la que se residía. Para ello se desarrolló la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión del Sistema de Salud. Como ya hemos comentado cada C.A. decide su gasto sanitario y ello provoca lógicamente desigualdades, según Coduras y del Llano (2016).
- Se daban importantes diferencias territoriales en financiación sanitaria y en camas hospitalarias, según Coduras y del Llano (2016).
- “El principal problema del SNS es la falta de coordinación entre Asistencia Primaria y especializada, con duplicidad de historias clínicas y archivos, retrasos y duplicidad de pruebas diagnósticas y tiempos largos de espera en diagnósticos y tratamientos especializados hospitalarios” según Gestión Sanitaria Integral. www.gestion-sanitaria.com.
- “La descoordinación entre Atención Primaria y Especializada favorece la aparición de errores en los diagnósticos y en los tratamientos, con consecuencias graves para la seguridad del paciente. A esto se añade la percepción negativa por parte de los ciudadanos del funcionamiento de los servicios sanitarios como una serie de compartimentos estancos con trabas y barreras administrativas que conllevan incómodas esperas” según Campo, Camacho y Feo (2006, p. 359).
- Dificultad de coordinación entre AAPP y CCAA.
- Falta de mecanismos de evaluación.
- Falta de incentivos en RRHH.
- Falta de planificación y coordinación entre lo público y lo privado.

1.2.3 LA ELASTICIDAD RENTA DE LA SANIDAD

El gasto sanitario de las economías occidentales arroja un ratio de elasticidad renta positivo y menor a la unidad. Este gasto crece cuando crece el PIB del país, pero menos que proporcionalmente. Por ello, catalogamos al gasto público en sanidad como un bien “necesario y normal”. Si crece el PIB del país, una parte de ese crecimiento se destina a incremento de gasto sanitario público.

La elasticidad-renta de la demanda de sanidad se define como la variación del gasto sanitario de un país ante una variación en la renta de ese país. Es decir, mide la variación porcentual de la demanda de gasto sanitario, respecto a un cambio de un 1% en la renta de un país.

El gasto sanitario ha crecido mucho en los países desarrollados. “El gasto sanitario público ha ganado peso en el PIB en las principales economías, especialmente en España” según de la Hoz (2012, p. 21).

Cuanto mayor es el nivel de desarrollo de un país, mayor es el gasto sanitario y el crecimiento de éste conlleva mejoras evidentes en la salud de los ciudadanos. Por ello la sanidad es objetivo primordial para la conformación de un Estado de Bienestar, según Ullastres, Lorenzo y Martel (2005).

Según Abellán Perpiñán (2013, p. 161) esta elasticidad es de 0,53. Así que un incremento de un 1% en el PIB español se traduce en un incremento del 0,53% del gasto sanitario autonómico. En cualquier caso no tratamos con un bien de lujo, sino con un bien normal, al ser este ratio menor que 1 y mayor que 0.

“Di Matteo y Di Matteo (1998) realizaron un estudio para **Canadá** y analizaron los gastos sanitarios públicos entre 1965 y 1991 en las provincias de ese país, encontrando que la elasticidad ingreso de los gastos sanitarios públicos es 0,77 sugiriendo que en este caso estamos ante la presencia de un bien necesario pero no de lujo” según Temporelli y González (2008, p. 3).

Recordamos que el sistema de sanidad de Canadá es similar al español. Es muy relevante conocer la elasticidad renta del gasto en sanidad pública de países con similares condiciones y características, pues este ratio nos explica y guía para decidir o calcular el crecimiento idóneo anual del gasto público sanitario.

Según Morales, Rueda y Fortes (2012) hay estudios que catalogan como bien de lujo la sanidad pública; la Unión Europea calculó elasticidades renta de 1,86 para el caso de España (1972-2002) y de 1,70 para la media de países la UE; Sen, para 15 países de la OCDE, calculó elasticidades entre 0,21 y 0,51.

Estas diferencias tan acusadas en los ratios son causadas por la disparidad de criterios al elegir qué valores computan en el cálculo, tanto del gasto sanitario como en la medición de la renta de un país.

En cualquier caso, es clara la relación positiva entre crecimiento de renta de un país y crecimiento del gasto sanitario. Es más, cuando un país está desarrollando su estado de bienestar una primordial inversión es el desarrollo de las instituciones sanitarias, evolucionando éstas año tras año. La mejora continua de la atención sanitaria es clave para el éxito de una sociedad.

En el caso balear la elasticidad arroja una ratio alta, con una media de “3”. Dato que indica una sensibilidad muy alta del gasto sanitario público respecto al PIB. (Una elasticidad mayor a 1 indicaría que la sanidad balear es considerada un bien de lujo). El gasto en sanidad balear ha crecido mucho más que su PIB (*porcentualmente*) en este periodo. Los años 2011 y 2012 la elasticidad incrementó, dado que la renta se estancó, y el gasto sanitario crecía.

Esta elasticidad tan alta nos debe hacer reflexionar. No es lógico que el gasto en sanidad pública crezca tanto y tan rápido. Esta elasticidad es un dato más que avala que el gasto sanitario público estaba creciendo a unos niveles no motivados, y que se tuvieron que racionalizar para garantizar la propia supervivencia del sistema.

TABLA 8. ELASTICIDAD RENTA (IB)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
ELASTICIDAD RENTA IB	3,20	1,43	2,81	0,15	1,73	2,11	-2,26	outlier	9,04	12,44	2,13	1,36	2,08
								111,82					

F: INE, EGSP, MSSSI

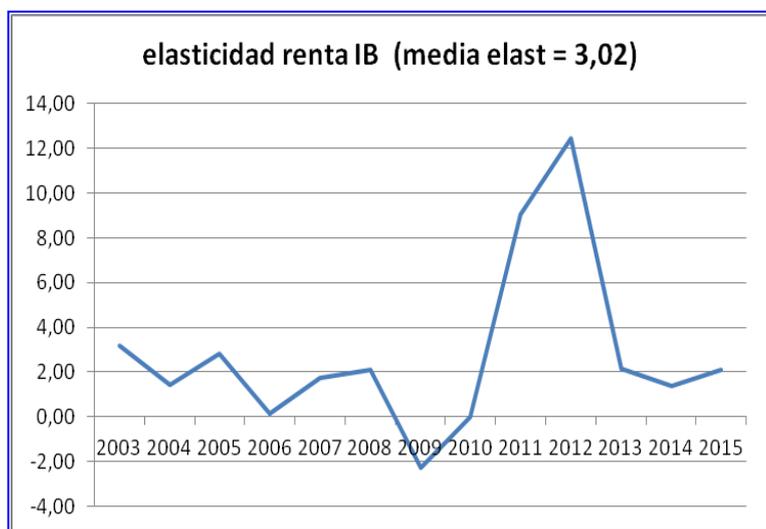


FIGURA 1m

Elasticid. Renta. IB

F: INE, EGSP, MSSSI

1.2.4 LA SANIDAD BALEAR

El IBSALUT se encarga de asegurar la prestación de los servicios sanitarios públicos con la siguiente estructura:

CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA:

- Mallorca: 45 centros de salud y 86 unidades básicas de salud
- Menorca: 5 centros de salud y 7 unidades básicas de salud
- Ibiza: 5 centros de salud y 11 unidades básicas de salud
- Formentera: 1 centro de salud

ATENCIÓN HOSPITALARIA PÚBLICA:

1. Hospital Universitario Son Espases
2. Hospital de Manacor
3. Hospital Universitario Son Llàtzer
4. Hospital Comarcal de Inca
5. Hospital General
6. Hospital Joan March
7. Hospital Psiquiátrico
8. Menorca: Hospital General Mateu Orfila
9. Ibiza: Hospital Can Misses
10. Formentera: Hospital de Formentera
11. Complejo hospitalario de Mallorca / GESMA

URGENCIAS: Atención de urgencias: 061

Las Unidades Básicas de salud (UBS) están formadas por un médico del trabajo y un enfermero, en el ámbito empresarial. Un centro de salud está destinado a la atención sanitaria de una zona o población.

El sistema sanitario balear se inició con la Ley 4/1992 de 15 de julio; ley que creó el Servei Balear de Salut (SERBASA). El SERBASA sólo gestionaba los recursos del Complejo Hospitalario de Mallorca. Era el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), creado en 1978, la entidad que gestionaba la sanidad en toda España. La Ley 4/1992, de 15 de julio del Servicio Balear de Salud fue derogada por la Ley 5/2003, de 4 de abril, de Salud de las Illes Balears.

Pero con la descentralización territorial se inició el traspaso de competencias sanitarias a las comunidades autónomas. En 2002, al finalizar estos traspasos en materia sanitaria a las CCAA, el Instituto Nacional de la Salud desapareció. En el caso de Baleares, el RD 1478/2001 de 27 de diciembre, traspasó a la CAIB las funciones y servicios propios del INSALUD. Con esta descentralización las comunidades autónomas recibieron medios económicos para dotar a cada Servicio de Salud.

La descentralización tuvo un gran efecto en el incremento de recursos sanitarios. Si comparamos datos de 2003 y 2009, el presupuesto del servicio de salud prácticamente se dobló. Aunque la población también creció, lo hizo a un ritmo mucho menor. En el punto 1.2.1 hemos tratado este rápido crecimiento del gasto sanitario público.

A partir de la asunción de competencias, la sanidad pública balear se esforzó en desarrollar la construcción de nuevos hospitales y centros de salud. Sin embargo, en Baleares, han existido siempre hechos diferenciales que han hecho más cara y compleja su sanidad según Moranta Mulet (2008, p. 13).

La Ley 5/2003 de 4 de abril, de Salud de las Illes Balears, creó el sistema sanitario público balear (Ibsalut) dotándolo de personalidad jurídica y adscribiéndolo a la Conselleria de sanitat. Se establecieron seis sectores sanitarios: Ponent, Mitjorn, Llevant, Tramuntana, Menorca, Ibiza y Formentera.

Una característica diferenciadora de la sanidad balear: es **relativamente más cara** dada la insularidad, el crecimiento poblacional, la industria turística, el turismo de salud y sanitario, y la creciente población de inmigrantes a largo plazo. La población flotante balear suponía el 25,12% del total, según de la Fuente (2015). La población flotante la forman los turistas más los trabajadores que se desplazan a Baleares para trabajar en el sector turístico. Éstos provocan una mayor presión sobre el sistema sanitario. Es más, la insularidad también provoca un incremento de los costes sanitarios, pues incrementa el transporte de material, los desplazamientos de pacientes, del personal sanitario, mayores costes de transacción.

Sobre la **titularidad** del gasto, ya al principio de este siglo se constataba que la iniciativa sanitaria **privada** en Baleares era muy importante, y su peso aproximado el 30% del total. “Esta situación se atribuye a varios factores, como son el nivel global de riqueza, la demanda de servicios mejores a los ofrecidos por la sanidad pública (comodidad y rapidez de atención hospitalaria), la insuficiencia de los recursos públicos invertidos en sanidad y el creciente número de extranjeros residentes en Baleares” según Tomás (2003, p. 81). Macià Tomàs es Doctor en Medicina, especialista en medicina del trabajo, IUNICS. La sanidad privada complementa a la pública en Baleares. Como vemos en los apartados de sanidad privada el ahorro que supuso y supone al sistema es muy importante.

En el período 1999-2009 la población balear creció de manera importante por la inmigración (33%) según IBESTAT, atraída por la buena marcha de la economía y de la construcción. El gasto sanitario incrementó mucho en Baleares (se dobló) según la EGSP, por la creciente oferta de servicios sanitarios. Creció también por la asunción de competencias sanitarias de 2002 (207% de 2002 a 2009). Se había agotado un ciclo, y las CCAA necesitaban una nueva financiación. En el 2009 se aprobó el nuevo modelo de financiación autonómica con la Ley 22/2009, de 18 de diciembre, que reguló el sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común, con los siguientes recursos, según la web del Ministerio de Hacienda y Función Pública.

- “Tributos cedidos; la capacidad tributaria de las Comunidades Autónomas.
- Fondo de Garantía de Servicios Públicos fundamentales: Se asignan según población, superficie, dispersión, pirámide de población.
- Fondo de Suficiencia Global: Cuadra el sistema para minimizar las diferencias entre CCAA.
- Estos fondos, con aportación del Estado, tienen como objetivos aproximar a las Comunidades Autónomas en términos de financiación.”

Fundaciones públicas sanitarias. Según dictó la Ley 1/2011, de 24 de febrero, de transformación de fundaciones del sector público sanitario de las I. Baleares, tuvo lugar la transformación de las entidades públicas empresariales (Fundación Hospital Comarcal Inca, Fundación Hospital Manacor y Fundación Hospital Son Llàtzer) en fundaciones públicas sanitarias; y tras el acuerdo del Consejo de Gobierno de 28 de octubre de 2011, se inició la extinción de estas entidades y su integración en el IBSALUT.

2012	2012	2013	2014
IBSALUT	Conciertos. Servicios asistenciales “4 entes”	IBSALUT	IBSALUT
Hospital Joan March Hospital U. Son Espases Gerencia AP Mallorca Hospital Mateu Orfila Hospital Can Misses Hospital de Formentera Gerencia del 061	Hospital U. Son Llàtzer Hospital de Manacor Hospital C. de Inca GESMA	Hospital Joan March Hospital Universitario Son Espases Gerencia AP de Mallorca Hospital Mateu Orfila Hospital Can Misses Hospital de Formentera Gerencia del 061 Hospital Universitario Son Llàtzer Hospital de Manacor Hospital Comarcal de Inca GESMA → GCHM	Hospital Joan March Hospital Univ. Son Espases Gerencia AP de Mallorca Hospital Mateu Orfila Hospital Can Misses Hospital de Formentera Gerencia del 061 Hospital Univ. Son Llàtzer Hospital de Manacor Hospital Comarcal de Inca

Figura 1n.
Integración 4 entes.
F. Elaboración propia

Se llevó a cabo la extinción de Gesma y también su integración en el Ibsalut, así como las extinciones e integraciones de los restantes “3 entes” con efectos de 1 de enero de 2013. Su gestión ya estaba prácticamente integrada en el funcionamiento del Ibsalut, pero fue sólo a partir de esta fecha cuando sus capítulos de gasto, y su gestión presupuestaria y financiera se integrarían totalmente en el Ibsalut.

De hecho, al final de la primera década del 2000, GESMA se había convertido en la entidad de referencia sociosanitaria balear. El año 2008 derivó a todos sus pacientes agudos a hospitales y entidades adecuadas.

El 2012 se pagó prácticamente toda la **deuda** de GESMA, según el acuerdo 6/2012, de 6 de marzo, referente al mecanismo de pago extraordinario para el pago a proveedores. “Ese año tuvo lugar el pago a proveedores de la deuda de Gesma mediante este Mecanismo por importe de 12.021.679 euros” según EY (2012, p. 37).

El Decreto 63/2012, de 20 de julio, creó la Gerencia del Complejo Hospitalario de Mallorca (GCHM) que debía asumir la gestión de GESMA. Pero el Plan de viabilidad de GESMA de 2012 ya había previsto la eliminación de la GCHM y la sectorización de sus recursos en los Servicios Centrales.

Esta última Disposición está derogada por el Decreto 81/2015, de 25 de septiembre, que establece la estructura orgánica básica del Servicio de Salud de las Illes Balears.

El Acuerdo del Consejo de Gobierno de 8 de febrero de 2013 aprobó el “Plan de Ordenación de los recursos humanos que integra el personal de la Gerencia del Complejo Hospitalario de Mallorca en los Servicios Centrales y en las gerencias territoriales del Ibsalut”. Con ello se llevó a cabo la **sectorización** de sus recursos, una vez eliminada la GCHM.

EN ESTE APARTADO EXPLICAMOS BREVEMENTE LA SITUACIÓN DE LOS HOSPITALES PÚBLICOS Y ENTES SANITARIOS MÁS REPRESENTATIVOS DE LA SANIDAD BALEAR:

1.2.4.1 Hospital General (construido el año 1456)

El **Hospital General** (98 camas). Cuenta con los mismos programas que el Joan March, exceptuando el programa de respiratorio crónico avanzado.

1.2.4.2 Hospital Joan March (año 1938). Cuenta con 100 camas.

Muchos actos médicos se realizan en este hospital “como si se hubieran realizado en el Hospital Son Llàtzer” a efectos administrativos y/o de protocolo médico; de este modo no se ha de desplazar ni el personal ni el paciente.

Tras la extinción de GESMA (2013) ésta se configuró como la Gerencia del Complejo Hospitalario de Mallorca (GCHM). El año siguiente se liquidó la GCHM y se **sectorizaron** sus recursos en los Servicios Centrales y en las gerencias territoriales. Para ello se aprobó el citado “Plan de ordenación de los recursos humanos que integra el personal de la Gerencia del Complejo Hospitalario de Mallorca en los Servicios Centrales y en las gerencias territoriales del Servicio de Salud” según el Acuerdo del Consejo de Gobierno de 8 de febrero de 2013.

Los medios del Hospital General y del Hospital Psiquiátrico se adscribieron a la Gerencia del Sector Sanitario de Ponent (Son Espases) y los del Hospital Joan March a la Gerencia del Sector Sanitario de Migjorn (Son LLàtzer).

El Hospital **Joan March** cuenta con una Unidad de Recuperación Funcional para realizar postoperatorios o recuperarse de una intervención efectuada en el Hospital Son Llàtzer. Dispone de unidades de convalecencia, rehabilitación y paliativos que desarrollan los programas de cuidados paliativos, respiratorio crónico avanzado y pluripatológicos.

1.2.4.3 Sant Joan de Deu (construido el año 1955)

Entidad privada sin ánimo de lucro, presta asistencia sanitaria desde el año 1977.

En 2009 el hospital San Joan de Deu (con 161 camas) seguía su camino hacia la consolidación (desde 2007 su labor geriátrica es muy relevante).

1.2.4.4 Fundación Hospital de Manacor (con 230 camas)

La Fundación Hospital de Manacor se constituyó en **1996**. En 2011 se produjo la transformación en fundación Pública Sanitaria, como marcó la Ley 1/2011, de 24 de febrero.

En 2013 tuvo lugar su extinción e integración de la Fundación en el servicio de salud de las Islas Baleares.

Se saldó también su deuda con el MEPP por valor de 36.152.500 euros, según EY (2012, p. 3). Todos estos entes citados, como ya hemos señalado, se integraron en el IBSALUT.

1.2.4.5 Banco de Sangre (creado en 1998)

Por su parte el **Banco de Sangre** y el **Banco de Tejidos** prestaban sus servicios a los centros hospitalarios y clínicas de las islas. En el año 2014, ya constan integrados todos los entes citados en el Servicio de Salud.

1.2.4.6 Hospital Universitario Son Llàtzer (cuenta con 419 camas)

En **2001** se inició la actividad del Hospital Son Llàtzer, y se pusieron en funcionamiento sus unidades quirúrgicas y de hospitalización, hecho que provocó la reestructuración del mapa sanitario balear, dando lugar a la asunción por parte de Son Llàtzer de servicios que hasta 2001 prestaba GESMA, según EY (2012) al margen de las competencias psiquiátricas y sociosanitarias que las asumiría la GCHM.

Más tarde, el 21 de diciembre de 2012 la Fundación Hospital Son Llàtzer se integró en el servicio Balear de salud. En dicho ejercicio 2012 Son Llàtzer también acudió al MEPP aproximadamente por la cantidad de 99 millones de euros, que se dividieron en 3 operaciones, según EY (2012, p. 25).

1. “Compensación de documentos contables pendientes por un importe de 8.702.185 euros.
2. Cancelación de la cantidad pendiente de pago de la aportación del 2010 de 12.289.301 euros.
3. La cantidad restante de 77.988.965 euros, se contabilizó como aportación del Servicio Balear para compensación de pérdidas de ejercicios anteriores, siguiendo las instrucciones del informe emitido por la Intervención General con fecha 31/10/2012”

1.2.4.7 Hospital Comarcal de Inca (cuenta con 165 camas)

La Fundación Pública Sanitaria Hospital Comarcal de Inca se constituyó en abril de **2006** como organismo público y con personalidad jurídica propia. El 31 de diciembre de 2012 dejó de ser Fundación y se integraría en el servicio de salud. También el hospital de Inca saldó sus deudas con el mecanismo comentado, MEPP, por valor de 31.207.000 euros según EY (2012, p. 3).

El 2007 se abrió la unidad de hospitalización breve de psiquiatría del hospital comarcal de Inca, y se cerró la unidad de hospitalización breve de psiquiatría del hospital psiquiátrico para cumplir con el art. 20 de la LGS 14/1986, de 25 de abril, que indicaba que las hospitalizaciones breves de psiquiatría se realizarían en hospitales generales y no psiquiátricos.

1.2.4.8 Hospital Universitario Son Espases (con 816 camas)

En referencia al H. U. Son Espases, en **2006**, se adjudicó el contrato de construcción, conservación y explotación del nuevo Hospital Universitario Son Dureta, que se llamaría Son Espases, para un plazo de 31 años y 8 meses (en la modalidad de concesión de obra pública con iniciativas de Financiación Privada). La apertura de Son Espases se hizo de forma gradual acabando el febrero de 2012 completamente. Son Espases abrió sus puertas en plena crisis económica. Fue el nuevo hospital de referencia de las Islas Baleares. El traslado concluyó en diciembre de **2011**.

1.2.4.9 Hospital Verge de la Salut

Está integrado en la estructura de Son Espases. Un centro con 3 quirófanos para pacientes de cirugía mayor ambulatoria (29 camas).

1.2.4.10 Hospital de Formentera (2007)

En 2010 se descentralizó la gestión del **Hospital de Formentera** (12 camas), el cual empezó a gestionar su presupuesto independientemente.

1.2.4.11 Hospital Can Misses (2013)

El **Hospital Can Misses** (241 camas) de Ibiza supuso una gran mejora en la atención de los usuarios de las Pitiusas a partir de 2014, acercando la asistencia sanitaria pública a sus ciudadanos.

1.2.4.12 Gabinet Tècnic, Biblioteca Virtual

El 2010 se empezó a potenciar el “**Gabinet Tècnic**” del Servicio de Salud, para adaptar el Ibsalut a las tecnologías y sistemas de información (TIC). El mismo año se reformaron los pabellones del antiguo recinto del hospital psiquiátrico. Se impulsó el proyecto de la “**Biblioteca Virtual**”

1.2.4.13 Hospital General Mateu Orfila (2017)

El Hospital está equipado con 142 camas.

1.2.4.14 La Dirección General de Planificación y Financiación

La Dirección General de Planificación y Financiación ordena y planifica la financiación sanitaria. Durante el año 2012 reorganizó la organización del Servicio de Salud. Se integraron en el Ibsalut los “4 entes”: hospital Son Llàtzer, Comarcal de Inca, el H. de Manacor, y la empresa pública GESMA. Para el ejercicio 2013 se creó el Centro de Coste (60B01) para la nueva **central de compras**, que trataría reducir costes centralizando las operaciones. Se situó en la antigua Gerencia de Gesma. Se intentó reducir el precio de compra de suministros, los costes de gestión y homogeneizar procesos.

1.2.5 LA INTEGRACIÓN EN EL IBSALUT

“La integración supuso la asunción, por parte del Servicio de Salud, de los derechos y las obligaciones de estas entidades, reflejados en los estados contables de 31 de diciembre de 2012; la homogeneización de los criterios contables de acuerdo con el Plan General de Contabilidad Pública y la eliminación de los débitos y créditos que mantenían entre sí y con el Servicio de Salud” según Informe 108/2015 de la Sindicatura de Cuentas (2013, p. 161). Las principales **adaptaciones contables** fruto de la integración, según el Informe de la Cuenta General de la Comunidad Autónoma, de la Sindicatura de Cuentas (2013, p. 161) fueron:

- “La eliminación de los derechos de uso económico sobre los activos inmuebles adscritos o cedidos por la Tesorería General de la Seguridad Social (TGSS).
- Se eliminaron subvenciones de capital y otros ingresos a plazo.
- Eliminación de las aportaciones recibidas desde el IBSALUT o de la CAIB para compensar pérdidas.”

Según relata este Informe 108/2015 del Compte general de la Comunitat Autònoma de les Illes Balears de la Sindicatura de Cuentas (2013, p. 160). “Con efectos de 1 de enero de 2013, el Servicio de Salud ha integrado dentro de su estructura funcional a GESMA, que incluye el Complejo Hospitalario de Mallorca formado por el Hospital General, el Hospital Psiquiátrico y el Hospital Joan March” y a las fundaciones públicas sanitarias: Hospital de Manacor, Hospital C. de Inca y Hospital Son Llàtzer.

1.2.6 RED HOSPITALARIA PÚBLICA

Para solventar determinados problemas de recursos, en 2013 se creó la Red Hospitalaria Pública mediante el Decreto-ley (en adelante DL) 3/2013 de 14 de junio, que permitió integrar hospitales privados sin ánimo de lucro en el Sistema sanitario de las Islas Baleares, mediante los denominados “**convenios singulares**”. Para darse esta posibilidad la entidad en cuestión no debía poseer ánimo de lucro y debía contar con la homologación pertinente y las condiciones técnicas necesarias, según dicho decreto. Estas deberían ser solventes y estar al día de sus obligaciones fiscales y para con la Seguridad social. Al integrarse en la Red Hospitalaria Pública, el régimen jurídico de estos centros pasaba a ser público, a excepción de lo que concierne a sus RRHH, para los que regiría la normativa privada, según el DL 3/2013 de 14 de junio.

San Juan de Dios, un hospital privado sin ánimo de lucro, hoy pertenece a la Red Hospitalaria Pública. La Conselleria de Salut firmó un convenio con este hospital para determinadas prestaciones sanitaria como la derivación de estancias hospitalarias, determinados procesos quirúrgicos, consultas externas, pruebas complementarias y sesiones de rehabilitación según dicho convenio. El régimen de personal seguiría siendo privado. Este hospital se ha consolidado en cuatro grandes áreas asistenciales (Geriatría, Rehabilitación, Cuidados Especiales y Cirugía Ortopédica y Traumatológica).

El Servicio de Salud suscribió también un similar “convenio singular” con el **Hospital Cruz Roja** para la prestación de asistencia sanitaria, pasando a formar parte de la Red Hospitalaria Pública de Baleares. El convenio se firmó en 2013, para 5 años. El **Hospital Virgen de la Salud**, que está integrado en la estructura administrativa de Son Espases, es un centro con 3 quirófanos para pacientes de cirugía mayor ambulatoria.

1.2.7 COLABORACIÓN PÚBLICO-PRIVADA

Según apunta Victoria Camps, los beneficios para la sanidad son (1) la descongestión de las listas de espera (con más profesionales o desviando pacientes a la privada) y (2) el ánimo de lucro. Como apunta Camps “El ánimo de lucro del sector privado parece que excluye de entrada la idea de interés general [...]. No hay ninguna razón que permita vincular el afán de lucro del sector privado con la imposibilidad de llevar a cabo un servicio que merezca la denominación de **público**” según Camps, López-Casasnovas, Puyol y Fusté (2015, p. 85). V. Camps es catedrática de Filosofía Moral y Política (UAB). Recordemos los convenios singulares firmados en Baleares y la correspondiente creación de la Red hospitalaria.

Parece ser, en este sentido, que somos reacios a la participación de lo privado, en lo que percibimos como “eminente” público. A veces, la ciudadanía no es consciente de que los servicios de la sanidad pública tienen un coste real y elevado. “Un reciente trabajo aproximaba las cifras de despilfarro en el sistema sanitario estadounidense, (problemas de calidad, coordinación, sobreutilización o fraude) a cuantías de entre el 21 % y el 34 % del gasto su sanitario” según Berwick y Hackbarth (2012, p. 1514).

Sin embargo cuando se nos ofrece pagar por salud en un sistema privado, el ciudadano de nuestro país es muy reacio, aunque suponga, sospeche o calcule que está pagando lo mismo, incluso más, por la sanidad pública, vía tributos. “La mayoría de los estudios sobre los efectos de los copagos indican que la utilización disminuye cuando aumenta la coparticipación del usuario en el coste del servicio sanitario” según Puig

Junoy (2001, p. 14) y “La evidencia de que el copago de medicamentos reduce su utilización es robusta” según López-Valcárcel y Puig-Junoy (2016, p. 33).

Se abre el debate, como es natural, de si la provisión de servicios sanitarios públicos, por el sector privado debe darse, y si sólo debe realizarse con entes sin ánimo de lucro. En Baleares se abrió la posibilidad con la red hospitalaria, y se realizó con hospitales que no tuvieran ánimo de lucro. **Tal vez sin tener en cuenta que puede que el ánimo de lucro sea el más fuerte de los incentivos para realizar un buen servicio, como apreciaba Camps y López Casasnovas, citados al principio de este apartado.**

Hoy existen varios modelos de colaboración público-privada muy extendidos; los más conocidos son el modelo Alzira y modelo P.F.I. (Private Finance Initiative). En el modelo Alzira la empresa privada construye y gestiona el hospital durante un periodo de aprox. 30 años, recibiendo un precio estipulado y periódico. En el modelo P.F.I. la empresa privada sólo se encarga del aspecto no sanitario (caso de Son Espases). No existen métodos fiables, aún, de evaluación y comparación de todos estos modelos. Apunta Sánchez-Martínez “que no hay que perder el tiempo en debatir qué modelo de gestión es superior, sino concentrar los esfuerzos en mejorar el buen gobierno y la gestión misma de los servicios sanitarios” Sánchez-Martínez y Abellán (2014, p. 75). Fernando Sánchez-Martínez es Profesor de Economía Aplicada en la universidad de Murcia e investigador en Economía de la salud y de los servicios sanitarios.

ESTRUCTURA DEL SERVICIO DE SALUD DE LAS ISLAS BALEARES (IBSALUT)

- **Presidencia**
 - **Dirección General**
 - **Hospital Universitario Son Llàtzer**
 - **Hospital Comarcal de Inca**
 - **Hospital de Manacor**
 - **Área de Salud de Menorca**
 - **Área de Salud de Ibiza y Formentera**
 - **Gerencia del 061**
 - **Hospital Can Misses**
 - **Hospital de Formentera**
 - **Hospital Mateu Orfila**
 - **Hospital Universitario Son Espases**
 - **Atención Primaria de Mallorca**
- Fundació Banc de Sang y Teixits de les Illes Balears
 - Institut d’Investigació Sanitària de les Illes Balears (IdISBa)

1.3 CONTEXTO ECONÓMICO DE CRISIS

Los primeros síntomas se notaron al inicio de 2007, en los EEUU, cuando muchos prestatarios no pudieron hacer frente a sus cuotas hipotecarias. Los bancos tuvieron problemas de liquidez y se estancó el crédito. Tuvo lugar la quiebra de Lehman Brothers en septiembre de 2008. Las llamadas hipotecas basura se endosaban a otras entidades financieras y a fondos de inversión, lo cual se expandió, contagió y propagó por toda Europa. La crisis económica del periodo estudiado afectó a buena parte de los países de nuestro entorno, y lo hizo de manera significativa en España. Las administraciones tomaron medidas de gasto en las políticas públicas de bienestar social y de sanidad, según Cortés y López-Valcárcel (2014). Se realizaron algunas reformas pendientes, y otras diseñadas con celeridad, dada la gravedad y urgencia de la situación.

Primeramente mostramos la evolución de varios indicadores de Baleares vislumbrando que en la comunidad balear, el efecto también fue perjudicial. Juan Cuadrado-Roura (Director del Instituto Universitario de Análisis Económico y Social) opina que los efectos de la crisis en Baleares, País Vasco y Navarra no fueron tan intensos como en el resto de España, pues Balears depende en gran parte del turismo y su apertura exterior compensó en parte la caída de sus ratios económicos. Sin embargo, la gran caída en Baleares del sector de la construcción ocurrió de manera muy drástica y rápida, hecho que fue de gran relevancia negativa para nuestra economía, según Cuadrado-Roura (2012). La crisis afectó mucho más a aquellas CCAA que hacen descansar su financiación en el sector inmobiliario.

1.3.1 CRISIS Y SANIDAD

“Las crisis económicas, aumentan el desempleo y el empobrecimiento de las familias. Importa saber cómo y cuánto influyen las crisis económicas sobre la salud de las poblaciones, y especialmente sobre ciertos grupos específicos (niños y ancianos)” según Quintana y Lopez-Valcarcel (2009, p. 261).

La sanidad, así como la educación, son instrumentos vertebradores económico-sociales que tratan de equilibrar la sociedad y el sistema. Estos son parte fundamental del Estado de bienestar. Con todo, su buen funcionamiento disminuye, entre otros, la desigualdad. El debate se centra en si esta crisis y sus secuelas hacen peligrar lo dicho anteriormente. Por esta razón han de ser fiscalizadas cuidadosamente todas y cada una de las medidas que se den en un sentido u otro en aras de proteger la viabilidad del sistema, y hacerlo compatible con su buen funcionamiento. En cualquier caso, no deberíamos llevar a cabo medidas correctoras que pudieran dar lugar a desigualdades mayores. Pero se debe evitar seriamente caer en una espiral negativa

de paro, o de déficit incontrolado, y claro está, el déficit se debe financiar con más deuda, por lo que ésta crecería sin control. El paro es la principal fuente de desigualdad.

En esta tesis vemos cómo en Baleares, la crisis económica provocó una disminución continuada de ingresos públicos, así como un incremento de gastos sanitarios dada la mayor demanda de asistencia, de tecnología sanitaria y por su encarecimiento. “Por la creciente extensión de las prestaciones y universalización de las mismas, junto a una mayor tendencia a recurrir a estos servicios, el mayor coste de los servicios prestados (por el progreso tecnológico y la inflación adicional de los precios de los servicios” según Fernández (2011, p. 13). Una primera reacción fue la de aumentar el gasto siguiendo recetas del pasado, que agravaron la situación.

Los efectos virulentos de la crisis empezaron a notarse a partir del 2008, el desempleo incrementaba de manera incontrolada. Se encendieron las alarmas en todo el país, y el Estado junto con las comunidades autónomas empezaron a trabajar para atajar y reconducir la grave situación. En España se llevó a cabo una política pretendidamente keynesiana de incremento de gasto con el fin de aumentar la actividad económica, incrementando a su vez la deuda, en los comienzos de una crisis que no se quería reconocer.

1.3.2 DESEMPLEO Y SALUD

Hemos tomado como referencia la media anual de desempleados registrados en Baleares con datos recogidos de los informes de la OTIB (Observatorio del trabajo de las IB) y del SOIB (Servei d'ocupació de les IB), en el periodo (2002-2015). Hemos constatado pues que el número de desempleados en las Baleares está correlacionado estadísticamente con series de datos correspondientes a la evolución de ciertos casos, diagnósticos y morbilidad. Los datos sanitarios se han extraído de las bases de datos comentadas en la metodología. Principalmente P.ESTADISTICO e INCLASNS.

En la tesis investigaremos si la crisis económica fue corresponsable de ciertos efectos adversos en la salud de la ciudadanía, la cual experimentó un incremento de desempleo continuado.

El desempleo (EPA) en España alcanzó los 6,2 millones de parados en 2013 (27%). Los servicios públicos eran objeto de debate por la evolución de esta situación; el impacto de la crisis ponía en riesgo muchos servicios sociales. La crisis económica produjo una desaceleración del crecimiento que afectó al sector público, pero sobre todo, al privado.

Se debían ajustar los presupuestos, incrementar la recaudación, racionalizar el gasto, implantar políticas de contención del personal y reducir el déficit. El paro era el problema más preocupante y el incremento de la economía sumergida explicaba en parte “la paz social” con la que se vivía. Incrementó la contribución directa del usuario (copago), y se modificó la cartera de servicios mediante su diferenciación en cartera básica, suplementaria y accesorio.

1.3.3 PIB A PRECIOS DE MERCADO

TABLA 9. PIB A PRECIOS DE MERCADO

<i>miles eur</i>								
PIB A PRECIOS DE MERCADO	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
PIB IB	26.144.862	27.193.863	26.153.141	26.194.558	26.030.098	25.810.429	25.837.947	26.329.125
PIB ESP	1.080.807.000	1.116.207.000	1.079.034.000	1.080.913.000	1.070.413.000	1.042.872.000	1.031.272.000	1.041.160.000

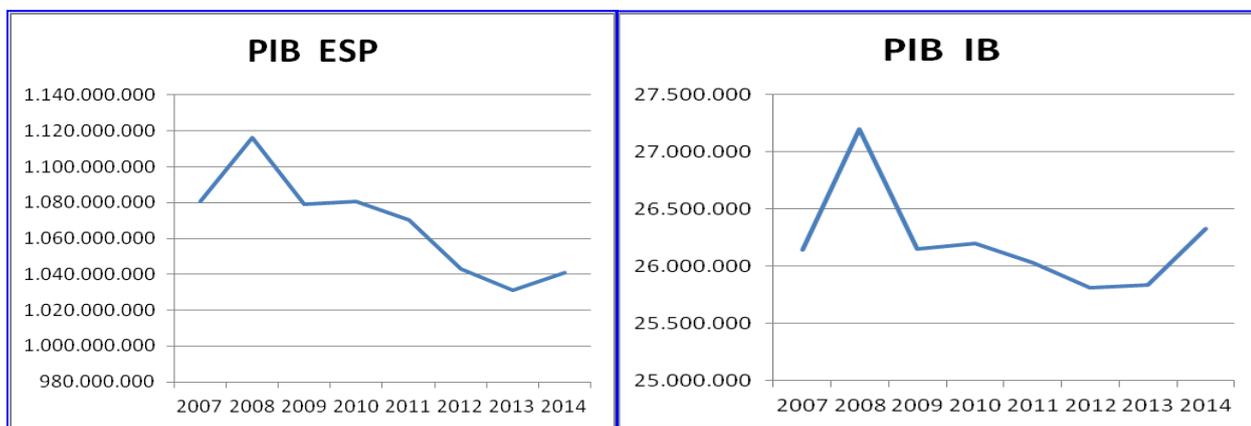


Figura 2a: PIB a precios de mercado I.B. Fuente. INE

Figura 2b: PIB a precios de mercado, España, Fuente. INE

El año 2008 el PIB comenzó a decrecer cada año hasta 2013. La burbuja inmobiliaria estalló. (Fig. 2a y 2b). La tendencia del PIB balear y español era la misma. A partir del 2012 se recuperaba mejor el PIB de las I.B. que el de España en su conjunto, gracias al turismo y a las reformas internas que se llevaron a cabo para potenciarlo. También en el sector del comercio se llevaron a cabo reformas en este sentido (Fig. 2a y 2b). El PIB per cápita de Baleares evolucionó de análoga manera al PIB agregado.

TABLA 10. PIB/Cap. anual IB

eur	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
PIB/Cap. anual IB	25502	25717	24260	24084	23762	23372	23220	23498	24394

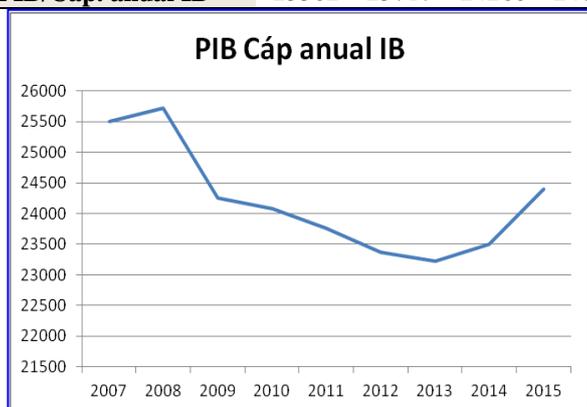


Figura 3. PIB per Cápita anual. Baleares. Fuente: INE

En 2009 cayó bruscamente un 5,6% respecto al año anterior, y un 10% en 2013 respecto al 2008, lo que fue una pérdida de poder adquisitivo muy considerable (Fig. 3).

En 2008 tuvo lugar un estancamiento económico por el incremento del precio del barril de petróleo, y por el estallido de la burbuja inmobiliaria. Los mal llamados PIGS, “volvieron al barro”, se decía en Europa. (PIGS (cerdos en inglés), es un acrónimo peyorativo que usaban los países anglosajones para referirse a Portugal, Italia, Grecia y España, dados sus problemas económicos).

Como decíamos en 2008 Lemman Brothers quebró. Las hipotecas subprime, con su riesgo mal valorado, produjeron una caída en cadena del valor de los fondos que las contenían, a la vez que una reducción drástica del crédito y aumento de la morosidad. Así empezó la crisis. Los activos estaban sobrevalorados por la superabundancia, por los intereses tan bajos y por productos financieros “alocados”. Para los países con déficit comercial que exportaban mucho, dejaron de entrar divisas. El impacto fue fuerte en la construcción y vivienda. Se dejó de comprar. Según Álvarez (2008, p. 34).

La burbuja surgió por la abundancia de estos créditos contaminados: había gran cantidad de dinero invertido en productos financieros, pero los bancos reflejaban una riqueza que no existía, ya que los activos financieros estaban en parte contaminados con créditos o activos de muy dudoso cobro. En España, en el sector de la vivienda, los efectos fueron muy negativos (Fig. 7). En 2010, en este contexto tan delicado se pusieron en marcha diversas políticas como el incremento del IVA, para reducir el déficit al 3% del PIB y disminuir la deuda pública.

La prima de riesgo incrementaba vertiginosamente. Se rescató la economía de Irlanda con 85.000 millones de euros. Se reformó la CE en su art. 135 para dar prioridad al pago de créditos e intereses sobre otros gastos. Se aprobaron, entre otros:

- RDL 3/2012, de 10 de febrero, de medidas urgentes para la reforma del mercado laboral. Disposición parcialmente modificada por la Ley General de Seguridad Social de 2015. (Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre).
- RDL 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.
- RDL 14/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes de racionalización del gasto público en el ámbito educativo.

La UE prestó 100.000 millones euros a los bancos españoles para sanear sus cuentas. Pero el paro seguía creciendo. Se incrementó de nuevo el IVA al 21 %, se suspendieron varias pagas extra de funcionarios, y la

prima seguía creciendo. En 2012 Mario Draghi pronunció sus famosas palabras en las que recalcó que el BCE haría todo lo necesario para sostener el euro, y que eso sería suficiente. Palabras que calmaron a los mercados.

1.3.4 DESEMPLEO

El desempleo (EPA) en España alcanzó los 6,2 millones de parados en 2013 (27%). Los servicios públicos eran objeto de debate dada la evolución de la situación. El impacto de la crisis ponía en riesgo los servicios sociales. El paro registrado (SOIB) creció llegando a su máximo en 2012, con 87.500 parados; cifra que casi triplicó al paro medio de las I.B. (Figura 4). En Baleares la tasa de desempleo no paró de incrementar hasta el 2012.

TABLA 11. DESEMPLEO

Evolución paro registrado SOIB (2005-2014)	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Desempleados SOIB	38.340	36.134	37.243	49.111	74.378	82.882	83.263	87.544	82.282	75.405

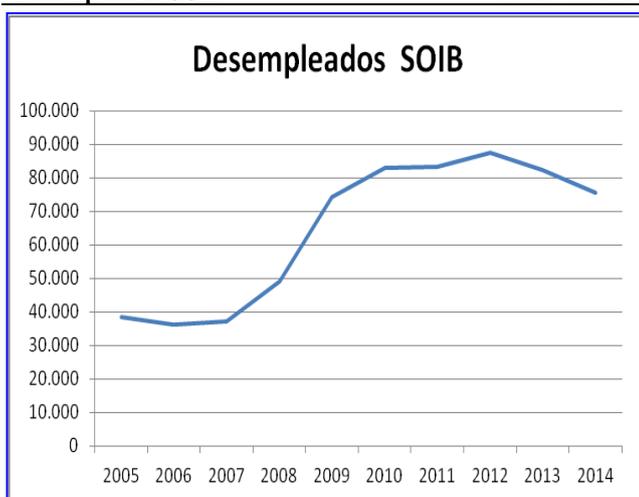


Fig. 4. Evolución desempleo. SOIB. (2005-2014)

TABLA 12. TASA DE PARO

EPA. TASA DE PARO (%)	INE				MEDIA
	T1	T2	T3	T4	
2014	26,7	19,04	15,94	18,88	20,14
2013	28,55	21,14	16,93	22,72	22,33
2012	27,85	21,32	19,56	24,3	23,25
2011	24,98	19,53	17,79	25,49	21,94
2010	22,22	19,79	16,93	21,78	20,18
2009	19,63	18,02	14,78	19,45	17,97
2008	10,98	8,4	9,32	12,05	10,18
2007	9,33	5,55	4,64	9,35	7,21

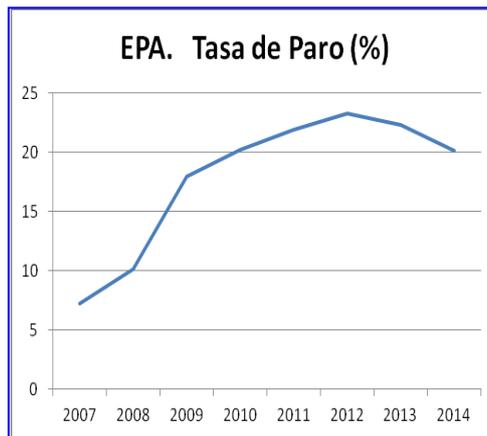


Figura 5. Evolución desempleo. EPA (2007-2014) F: INE

De 2008 a 2011 se destruyeron muchos puestos de trabajo. Sólo fue a partir de 2012 cuando se comenzaron a crear nuevos puestos. El paro en Baleares creció hasta 2012, su máximo llegó a ser 28,55% en el primer trimestre de 2013 (Fig. 5).

Los beneficiarios de prestaciones o subsidios en las I.B. Su media anual empezó a crecer en 2007 de forma abrupta hasta el 2010, alcanzando las 75.000 personas. (Fig. 6).

TABLA 13. BENEFICIARIOS PRESTACIONES

I.B.	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Benefic.	32149	33949	44962	65283	74951	70284	70580	66812	60675	53345

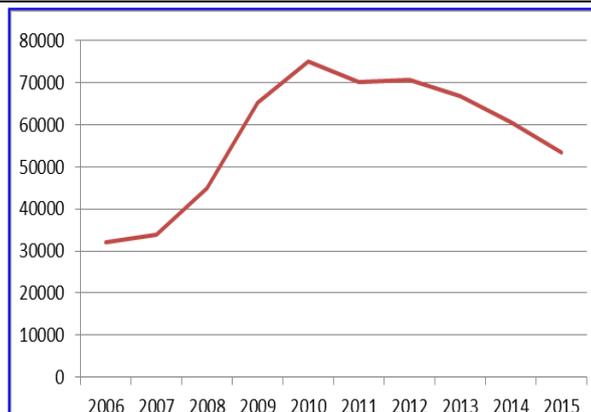


Figura 6. Media Anual de I.B. Beneficiarios de Prestaciones. F: MTIN

En 2010 los beneficiarios de prestaciones o subsidios llegaron a representar un 220% de los de 2007. Lo más preocupante es que en 2010 empezaron a disminuir los beneficiarios por agotar su derecho; pero muchos de ellos aún permanecían en situación de desempleo, lo que significó uno de los puntos más controvertidos de la crisis. Es significativo ver como disminuyeron a partir de 2008 y con tanta rapidez, las **HIPOTECAS** que se firmaban; pasando de 34.000 a 9.700 fincas hipotecadas / año (2008 a 2014). (Fig. 7).

TABLA 14. HIPOTECAS

CONSTITUCIÓN DE HIPOTECAS POR PERIODO	
ILLES BALEARS	TOTAL FINCAS
2008	33955
2009	30178
2010	27153
2011	19325
2012	14963
2013	10207
2014	9786

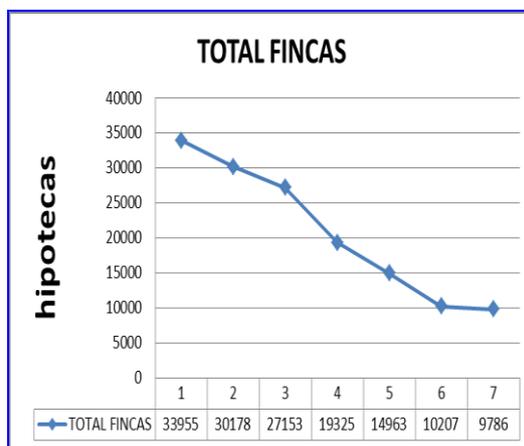


Fig. 7. Hipotecas / Periodo en las I.B. F: IBESTAT/ INE

1.3.5 LA INDUSTRIA BALEAR

También recogió los efectos de la mala situación económica y experimentó un fuerte ajuste motivado por esta crisis, reduciendo un 24 % sus establecimientos y perdiendo 8.000 trabajadores del 2008 al 2014 (Fig. 8).

TABLA 15. INDUSTRIA BALEAR

TOTAL INDUSTRIA I.B.	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Número de establecimientos	3103	2820	2875	2705	2499	2396	2351
Personal ocupado	28584	24839	24929	22068	20404	19704	20314

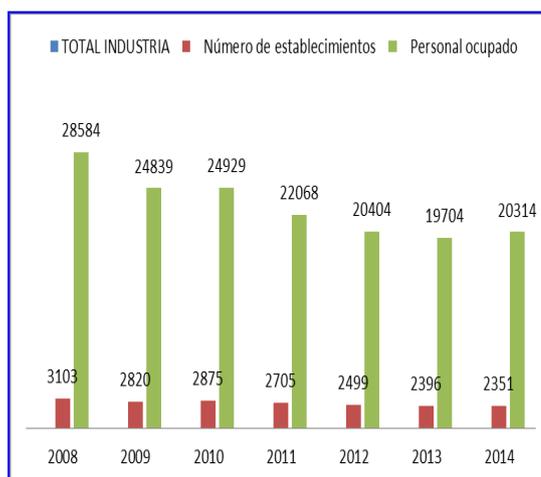


Figura 8. Establecimientos y personal ocupado. IB. F: IBESTAT

1.3.6 LA DEUDA PÚBLICA

La deuda pública por habitante balear incrementó de manera ingente pasando de 1740 eur/hab. en 2007 a 7500 eur/hab. en 2015, según los datos de la Dirección General del Tesoro, Política Financiera y del Gobierno de las Baleares y del Banco de España. (Figura 9).

TABLA 16. DEUDA PÚBLICA

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
DEUDA PUBL. / HAB.	1744	2262	2987	3738	3981	5159	5924	7045
DEUDA PUBL.	1.798.278.120	2.426.987.697	3.273.023.345	4.134.997.368	4.431.996.965	5.776.002.991	6.586.001.446	7.774.002.682

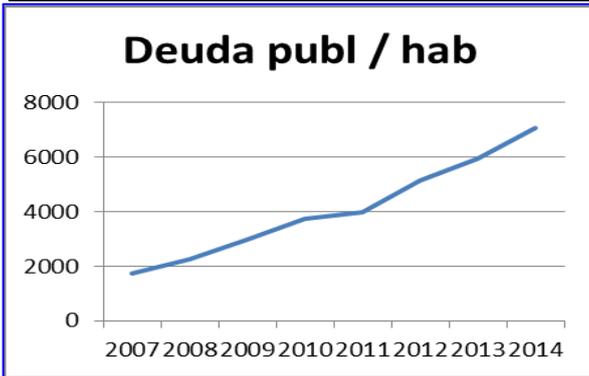


Figura 9. Deuda pública/hab. balear F: D.G.Tesoro y Banco de España

Se dio un incremento de la deuda pública de las Baleares respecto al PIB (lo hizo más rápidamente que la media de las otras CCAA) según datos del “Protocolo de Déficit Excesivo por CCAA” Banco de España. (Figura 10).

TABLA 17: DEUDA / PIB

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
IB	6,7	6,9	9,9	13,7	17	18,3	23,8	26,6	29,5
CCAA	5,9	5,7	6,6	8,6	11,4	13,6	18,1	20,3	22,7

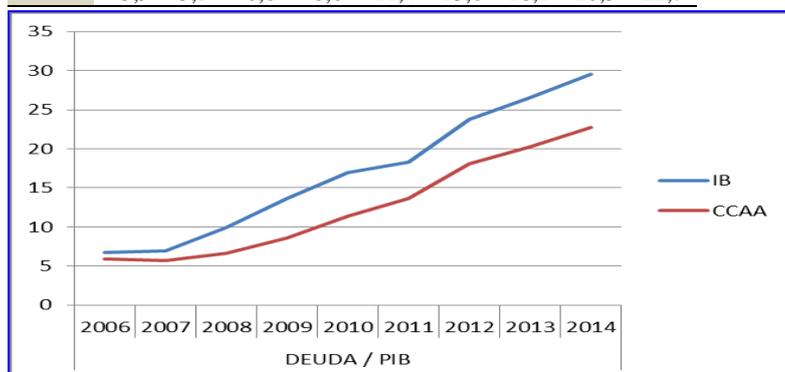


Figura 10. Deuda pública / PIB (IB y CCAA) F: Banco España

1.3.7. LA RECAUDACIÓN TRIBUTARIA

TABLA 18. RECAUDACIÓN TRIBUTARIA

RECAUDACIÓN MILES EUR	IMPUESTOS TOTALMENTE CEDIDOS				IMPUESTOS PARCIAL. CEDIDOS			IMP. NO CEDIDOS		
	SUCESIONES	TRANSM. PATRIM.	ACT. J. DOC.	TASAS	IRPF	IVA	IMPUESTOS ESPECIALES	IMP. SOC.	IRPF NO RES.	
2007	76148	365215	241241	55241	1513053	654718	13978	663097	71666	3.654.356
2008	53112	226040	154261	53654	1455747	472515	16298	434335	60026	2.925.988
2009	52268	156574	115165	44897	1235240	343518	9651	276014	39942	2.273.269
2010	56130	192568	92150	39284	1243023	489123	11982	270826	41481	2.436.568
2011	54331	170301	65654	35986	1242211	551978	14865	298984	46147	2.480.458
2012	55528	187801	61639	35170	1318305	629224	14726	347486	53808	2.703.687
2013	64969	213293	53407	29534	1299703	725129	24817	240242	58083	2.709.177
2014	80172	276620	66710	30523	1479930	875200	13407	392577	71660	3.286.798

F: Intervención General de la CAIB. Agencia Estatal Administración Tributaria

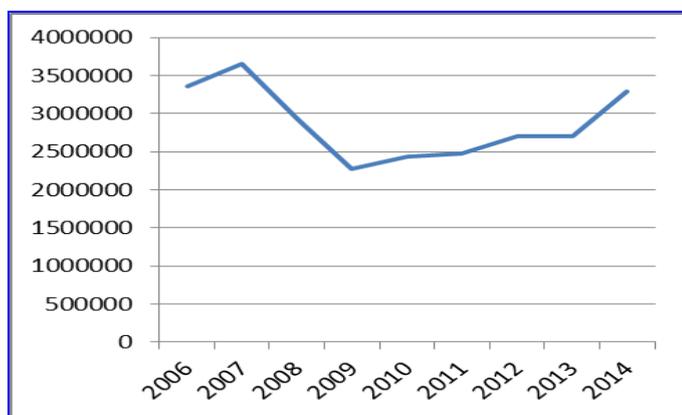


Figura 11. Recaudación Tributaria IB. Fuente: Intervención General. CAIB

La recaudación tributaria en las islas cayó hasta el 2009. Desde ese año hasta 2014 se repuso gradualmente, llegando en 2014 a niveles de recaudación del 2006. La recaudación más afectada fueron los impuestos indirectos, como el IVA, que prácticamente cayó a la mitad. Su recaudación pasó de 600 Millones en 2006 a 340 Millones en 2009. Sobre los impuestos especiales, su recaudación también disminuyó y pasó de 15 millones a 9 mill. en esos mismos años. La caída de la recaudación del impuesto de transmisiones patrimoniales y actos jurídicos documentados cayó de forma estrepitosa del 2006 a 2009. De hecho concentró la mayor caída dado que el sector público de Baleares está especialmente ligado al sector inmobiliario. La del impuesto de sociedades también se dividió entre 3 en el mismo periodo. (Figura 11).

Se daba una situación muy delicada en el periodo de crisis, pues la deuda y falta de recursos trasladaba el problema a los proveedores privados “En el caso de las Islas Baleares, el periodo medio de cobro de los proveedores es de 500 días, aproximadamente, con escasa diferencia en los periodos medios de pago a los agentes farmacéuticos y al resto de los proveedores” según el Plan IBSalut 2020 (2012, p. 8).

La reducción de ingresos tributarios y el aumento del coste sanitario hacían muy necesaria una actuación y planificación para asegurar la resistencia del sistema. Se debía tener en cuenta, como ya hemos comentado, el continuo envejecimiento de la población, que absorbe una gran parte del gasto sanitario y gasto social, y el incremento del uso de tecnología sanitaria, cada vez más cara, también era un factor de incremento de coste sanitario.

“Entre otras medidas, deben revisarse las ineficiencias del sistema sanitario y deben plantearse políticas orientadas a mejorar la eficiencia, que permitan asignar mejor los recursos disponibles mediante la colaboración de todos los agentes que componen el sistema” según el Plan IBSalut 2020 (2012, p. 12).

Incrementar los ingresos no iba a ser tarea fácil, pues las CCAA no tienen un gran margen para incrementar ingresos tributarios, por esto acaba convirtiéndose en deuda la necesidad de recursos “Por el lado de los ingresos, se ha constatado una debilidad estructural de las principales fuentes impositivas, tras las sucesivas rebajas fiscales acometidas durante anteriores etapas de expansión, lo cual en momentos de crisis dificulta en gran medida la recuperación de ingresos suficientes” según Llera y Méndez (2013, p. 49). Esta debilidad proviene también de la estructura de ingresos: el exceso de recaudación de la época de expansión se convirtió en gasto público estructural.

En cuanto al margen para incrementar tributos, como hemos comentado, era escaso, aunque sí existía la posibilidad de realizar liberalizaciones económicas que habrían permitido un mayor crecimiento, y no hay forma mejor para incrementar la recaudación que mediante el incremento de la actividad. Pero las CCAA han solido privilegiar a sectores concretos, en lugar de a la actividad económica en general.

1.3.8. ECONOMÍA BALEAR

Baleares ya había perdido su posición privilegiada en España hacía años. Su capacidad y status, aunque muy altos, descendían año tras año. La población de Baleares crecía mucho más que su PIB, y el PIB/Cap. cayó, pues no fue suficiente el buen comportamiento de la economía turística para compensar lo comentado. Por otra parte, según Aguiló y Sastre (Departamento de economía aplicada, UIB) la productividad del trabajo de Baleares crecía menos que la media española. “El cambio en la productividad de Baleares desde 1980 a 2009 ha sido de 34,27 € a 38,80 € (en euros constantes del año 2000). En cambio en España pasó de 30,08 € a 40,09 €” según Aguiló y Sastre (2016, p. 49).

Figura 12: Las I.B. perdían poder adquisitivo de la misma manera que caía el PIB per cápita balear. Los salarios agregados baleares cayeron hasta 2013 y perdieron un 12 % de su valor entre 2008 y 2013. Esta caída fue provocada por la disminución de demanda del factor trabajo por parte de las empresas baleares al caer el consumo, y por tanto, la producción.

TABLA 19. REMUNERACIÓN ASALARIADOS. IB

2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
12.425.307	13.372.568	13.001.278	12.827.073	12.695.413	11.970.852	11.807.361	12.178.552

Miles (INE)



Figura 12. Remuneración asalariados Baleares. INE

Los datos de empleo balear (Fig. 13) mantienen la misma evolución negativa como todos lo apuntados hasta ahora. Quetglas señala que entre “2008 y 2014 el número de trabajadores cae un 13,7% en las Islas. En España también se da esta circunstancia, aunque el efecto en Baleares sea menor. En el caso español, el número de trabajadores de acuerdo con las cuentas anuales presenta una variación del 15,8%” según Ibáñez, Porrás y Quetglas (2016, p. 23). Miguel Quetglas es Jefe de Servicio de Coyuntura y Planificación Económica en Govern de les Illes Balears.

TABLA 20. EMPLEADOS DE BALEARES

2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
535,8	538,3	507,1	494,1	480,4	468,8	453,7	464,3

miles



Figura 13. Evolución empleados de Baleares. Miles Fuente: INE

Si contamos con los datos de remuneración agregada y del nº de asalariados, podemos hallar la evolución y el crecimiento de los salarios en las IB (Figura 14a). Éstos cada año crecían a menor tasa, hasta que en 2012 crecieron negativamente respecto al año anterior.

TABLA 21. RETRIBUCIÓN MEDIA

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
RETRIB. MEDIA eur	23190	24842	25638	25960	26427	25535	26025	26230
Var % Retribución (t-1)		107.1%	103.2%	101.3%	101.8%	96.6%	101.9%	100.8%

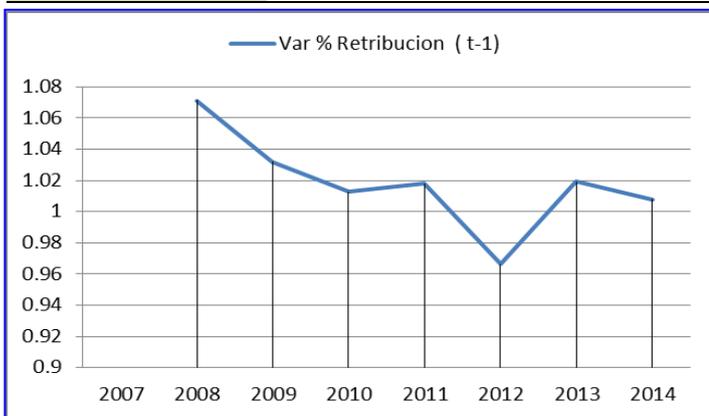


Figura 14a. Variación % anual retribución IB. F: INE

La caída del número de empresas baleares fue importante, empezando a caer el 2008 hasta el 2014. La caída de la demanda de consumo, la falta de liquidez y la inexistencia de crédito, provocaron la desaparición de mucha parte del tejido empresarial balear. Nueve mil empresas cerraron de 2008 a 2014, casi un 10% de las

que operaban en 2008. Sobre todo desaparecieron empresas del sector de la construcción (Fig. 14b). “El comportamiento de las Islas Baleares ha sido peor que la media nacional en agricultura e industria, mientras que en el caso de la construcción la caída (-45,6%) es ligeramente inferior al de la media nacional (-47,8%)” según Ibáñez, Porras y Quetglas (2016, p. 14).

Las Baleares seguían creciendo en su terciarización. Las Islas Baleares “pasan de un 79,7% de valor añadido de los servicios en el 2008, a una aportación del 87,3% sobre la producción total en el 2014, el dato más alto en comparación con el resto de CCAA” según Ibáñez, Porras y Quetglas (2016, p. 14).

TABLA 22. NÚMERO DE EMPRESAS (IB)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Número de empresas (IB) (INE)	91254	93335	91826	89562	87461	85372	85044	84270

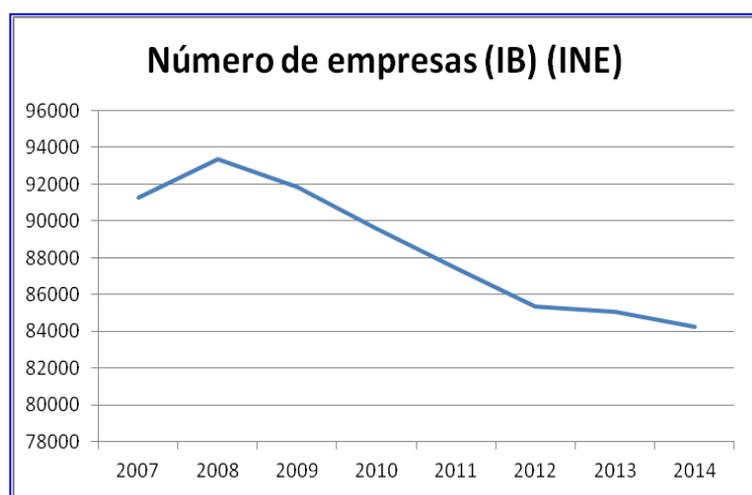


Gráfico 14b. Número de empresas (IB).

Fuente: INE

El drama del paro era sin duda el más preocupante. Apunta Casanovas que “el porcentaje de viviendas en las que todos sus miembros activos están en situación de desempleo, que ha alcanzado el 14 por 100 de los hogares en el cuarto trimestre de 2012, dos puntos porcentuales más respecto a 2011 y más de diez respecto al periodo anterior a la crisis” según López-Casanovas (2014, p. 20).

Capítulo 2. GASTO Y FINANCIACIÓN SANITARIA

En este capítulo observamos el gasto sanitario en todas sus dimensiones y vislumbramos la diferencia entre el gasto liquidado y el gasto devengado.

Asimismo se analiza (capítulo por capítulo) qué sucedió en este periodo de crisis. Se analiza el capítulo I de Recursos Humanos, el capítulo 2 de gastos corrientes, el capítulo 4 de transferencias y el capítulo 6 de inversiones; todos en su plano líquido y devengado. También se introduce el acontecimiento de la integración de los **4 entes** hospitalarios en el Servicio de Salud. **4 entes:** *En esta tesis nos referiremos así a estas cuatro entidades (fundación Hospital Son Llàtzer, Hospital Comarcal de Inca, Hospital de Manacor y a la empresa pública Gestión Sanitaria de Mallorca (Gesma), pues se integraron en el Ibsalut el 1 de enero de 2013, y presupuestariamente se liquidarían análogamente a partir de esta fecha.*

Vemos cómo en el caso de la evolución del gasto de personal, fue constante su tendencia. Sólo la tendencia del hospital de Manacor fue ligeramente descendiente en el período crítico. El hecho de utilizar gasto devengado y gasto líquido nos servirá para analizar la **deuda comercial sanitaria (retraso con proveedores)** que “se provocaba” cada capítulo y cómo se liquidó en el 2012, con el mecanismo extraordinario de pago a proveedores.

En el punto 2.4 vemos cómo la tendencia de todos los capítulos en el periodo 2005 - 2015 fue creciente; hallando esta tendencia con regresiones estadísticas. El gasto total es creciente, tanto el liquidado como el devengado. Pasa lo mismo con el capítulo 2 y el capítulo 4 (devengado y líquido). Atención primaria fue uno de los centros de coste con más perjuicios.

En el punto 2.5 analizamos la dualidad sector público y del sector privado. Determinamos el coste por habitante del gasto privado en salud. Calculamos cuál fue su peso y cuál fue su importancia relativa sobre el total. El peso del gasto privado bajó del 30% en 2007 hasta el 21% en 2010, para volver a subir al 30% en 2014; con una media de casi 500.000.000 euros anuales. El gasto privado en salud balear es uno de los mayores, relativamente, de todas las autonomías.

Así, calculamos el gasto total (público más privado) y el ahorro que puede conseguir el gasto privado para la autonomía.

En el punto 2.7 trabajamos la deuda pública en salud, la analizamos por diferencia entre el devengo y el líquido, teniendo en cuenta los ajustes y la cuenta 409, utilizadas en el presupuesto real, y en los gastos reales y líquidos, de la contabilidad presupuestaria de la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares.

También se estudia, en el punto 2.8, los diferentes escalones de gasto de salud teniendo en cuenta las transferencias del Estado, de la administración central, de la Seguridad Social y de mutualidades de funcionarios y corporaciones locales. El gasto territorializado y el gasto consolidado. También se compara el gasto devengado y el gasto liquidado para hallar la diferencia entre pagos y la deuda generada (**DCS**).

Punto 2.11 de la asistencia sanitaria con medios ajenos: comprobamos el devenir en la crisis económica de la contratación de medios ajenos, de lo importantes que fueron los programas de hemodiálisis, de diagnóstico, y conciertos de programa de transporte. También tratamos las cifras de asistencia sanitaria con medios ajenos. Obviamente caen abruptamente dada la incorporación de los 4 entes en el Servicio de Salud. Con la negociación encomendada por los planes económicos financieros, se consigue un ahorro significativo en el precio de la asistencia sanitaria concertada en 2013.

2.0 INTRODUCCIÓN

Recordemos que desde 2008 la economía española sufría un decrecimiento dando paso a un período de recesión. La Unión Europea marcó a España los objetivos de reducción del déficit (TABLA 23) según el RDL 8/2010, de 20 mayo. El Govern Balear estableció medidas de ahorro para realizar los ajustes necesarios y cumplir con los objetivos anuales de déficit permitido.

TABLA 23. OBJETIVO DE DÉFICIT (IB)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Objetivo de déficit	0,75%	0,75%	2,40%	1,30%	1,50%	1,47%	1,00%
Déficit IB	3,28%	3,25%	4,00%	4,16%	1,82%	1,24%	1,71%

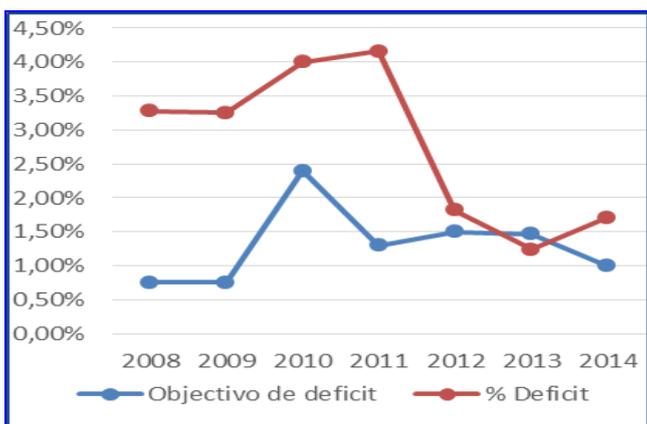


Figura 15a: Evolución déficit y objetivo déficit. IB F: www.minhafp.gob.es

Con las medidas que veremos se redujo el gasto para cumplir con estos objetivos de déficit marcados por el Gobierno Central (Figura 15a): Las medidas de los PEF's acercaron el déficit a sus objetivos.

Para analizar los gastos disponemos de los datos de gasto publicados por el Ministerio de Sanidad en los diferentes tramos y conceptos de gasto sanitario, es decir, la estadística de gasto sanitario público **DEV**. (EGSP). Éstos se podrán comparar con los datos autonómicos: presupuestados y liquidados. El gasto (EGSP/hab.) de Baleares, en el periodo de 2000 a 2009, incrementó en más de un 100%.

2.1 LA INTEGRACIÓN DE LOS “4 ENTES” EN EL IBSALUT Y EL MECANISMO EXTRAORDINARIO DE PAGO A PROVEEDORES

M.E.P.P (Mecanismo Extraordinario de Pago a Proveedores). Mecanismo extraordinario de financiación previsto en el Acuerdo 6/2012, de 6 de marzo, del Consejo de Política Fiscal y Financiera.

Lo analizamos con detenimiento en el punto 3.3.6.

La liquidación presupuestaria de 2012 se vio condicionada por la Ley 10/2012, de 1 de agosto, con la concesión de un crédito extraordinario a la CAIB. Tuvo lugar una de las medidas del Plan Económico de 2012-2014 que se implementó con el objeto de saldar la ingente deuda existente con proveedores. Se obtuvo un crédito correspondiente a este mecanismo extraordinario de pago a proveedores por un total de 1.669.039.000 euros, dividido en las partidas siguientes, según el Compte General de la CAIB (2012, p. 74).

1. “841.374.000 euros, correspondientes a 11 préstamos concertados con varias entidades financieras
2. Dos emisiones de deuda a minoristas por importe de 275.000.000 euros
3. Ampliación de una emisión de obligaciones de 2010 a largo plazo por importe de 10.000.000 eur
4. Tres préstamos con ICO por importe de 70.996.000 euros
5. 471.667.000 euros por una operación de endeudamiento (FLA)”.

Podremos comprobar como en 2012 incrementó el presupuesto liquidado del Ibsalut, con el fin de saldar deudas con proveedores mediante este mecanismo extraordinario por un importe total de 467 millones euros aproximadamente.

Recordemos que a finales de 2012 se realiza **la integración** en el Ibsalut de los “4 entes”. Mediante la ley 1/2011 de 24 de febrero, tuvo lugar la transformación de las entidades públicas empresariales Gesma, Fundación Hospital Comarcal Inca, Fundación Hospital Manacor y Fundación Hospital Son Llàtzer, en fundaciones públicas sanitarias; y tras el acuerdo del Consejo de Gobierno de 28 de octubre de 2011, se inició la extinción de estas entidades y su integración en el servicio de salud de las Illes Balears.

Así que se llevó a cabo la **extinción de GESMA** y su integración en el Ibsalut mediante acuerdo de Consejo de Gobierno de 21 de diciembre de 2012. En este mismo Consejo también se acordó la extinción e integración en el Ibsalut de la Fundación Hospital Comarcal Inca, Fundación Hospital Manacor y Fundación

Hospital Son Llàtzer, con efectos de 1 de enero de 2013. Estos cuatro entes recibieron hasta 2013 (hasta su integración en IBSALUT) financiación por parte del Servicio Balear de Salud (Fig. 15b). Hasta 2012, los recursos se cargaban a las partidas 252 (conciertos A.E.) y 444 (transferencias del Ibsalut a fundaciones sanitarias). Desde 2013 el gasto forma parte del Ibsalut.

TABLA 24. FINANCIACIÓN DE LAS FUNDACIONES SANITARIAS Y GESMA

Centro Gestor	“4 ENTES”	2010	2011	2012	2013	2014
606	Hospital Son Llàtzer	174.691.927	101.521.672	196.140.604	122.909.523	125.227.238
607	Hospital de Manacor	78.289.119	56.735.169	105.551.780	61.843.722	59.587.081
608	Hospital de Inca	56.607.684	41.332.194	72.445.936	46.411.916	48.201.470
60A	C.H.Mallorca / GESMA	50.437.103	50.248.592	47.716.188	18.061.833	0
TOTAL		360.025.833	249.837.627	421.854.508	249.226.994	233.015.789

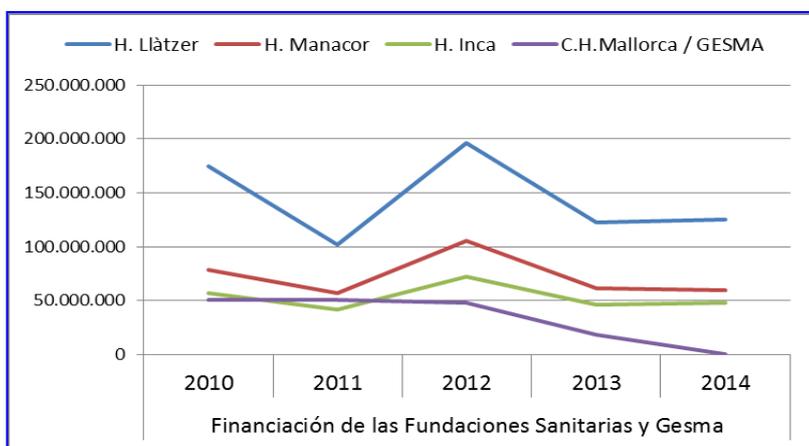


Figura 15b. Evolución de la financiación de las Fundaciones Sanitarias y Gesma. Informe Definitivo Control Financiero Ibsalut, 19/2014, 15

Tras la “integración”, **la financiación de las fundaciones sanitarias y GESMA** pasó a formar parte de las partidas y capítulos correspondientes del Ibsalut (RRHH, compras, entre otros). En 2012 las cantidades son claramente mayores, fruto del mayor gasto liquidado gracias al mecanismo extraordinario de pago a proveedores. En necesario puntualizar que en los años 2009 y 2010 el gasto también es visiblemente mayor.

En dichos ejercicios hubo un incremento de transferencias del Estado en base a un pacto político que no se correspondía con las fórmulas de cálculo. Así que no fue hasta 2011, cuando se empezaron a aplicar de una forma “precisa” las fórmulas de dicho sistema, como apunta Alain Cuenca (Profesor de economía pública en la Universidad de Alcalá y experto en financiación autonómica) “con la Ley 22/2009, de 18 de diciembre, se acordó una inyección *adicional* de recursos *nacionales* de 11.597,6 millones de euros, que se aplicarían en los ejercicios 2009 (5.236,9 millones), 2010 (2.400 millones) y 2011 (3.960,7 millones), siendo los del

último año los fondos de convergencia de 2009-11. El sistema de financiación no funcionó de hecho en 2009 ni en 2010, dado que los resultados fueron los pactados, operando el Fondo de suficiencia global como mecanismo de cierre” según Cuenca y Llera (2017, p. 7). Estos 11.597 mill. provenían del Fondo de suficiencia global, con un “ITE” del 2009 y 2010 elevado (el Estado contaba con esta liquidez fruto de un incremento tributario previo). En 2013 los gastos del capítulo 1 del IBSALUT incrementan por la comentada integración del personal de las tres fundaciones hospitalarias y de GESMA (tabla 25) en una cuantía equivalente a los gastos de personal de dichos 4 entes.

TABLA 25. GASTO LÍQUIDO. IBSALUT

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
<i>millones eur</i>							+ 4 ENTES *	+ 4 ENTES *
CAP 1	418,48	464,24	502,92	488,14	468,20	426,61	619,88 *	636,84 *
t - (t-1)				-14,78	-19,94	-41,59	193,27	16,96
CAP 2	445,93	498,99	511,78	565,85	461,02	807,13	373,69	415,87
t - (t-1)				54,07	-104,83	346,11	-433,44	42,18
CAP 4	209,08	214,72	227,33	290,74	194,37	407,76	169,32	191,33
t - (t-1)				63,41	-96,37	213,39	-238,44	22,01
CAP 6	70,02	43,96	40,62	33,35	17,81	23,41	19,20	18,01
t - (t-1)				-7,27	-15,54	5,60	-4,21	-1,19
TOTAL	1.147,53	1.238,21	1.301,96	1.393,53	1.148,30	1.673,95	1.190,97	1.271,74
t - (t-1)				91,57	-245,23	525,65	-482,98	80,77

F: Intervenció General CAIB

Parte del capítulo 2 incrementó su gasto liq. en 254,4 mill. euros (2012), como consecuencia del mecanismo extraordinario de pago a proveedores. Se eliminó el gasto por conciertos con los 4 entes públicos (valorados en 271 mill. euros), que lógicamente se transfirieron a los capítulos (1, 2, 4) de gastos del Servicio de Salud. Por ello se rebajó el concepto pres. “25” (Cap. 2) de asistencia sanitaria con medios ajenos de 402 millones a 121 millones euros.

TABLA 26. GASTO LIQUIDADO IBSALUT

*(+ 4 entes)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
1.- Personal	418.477.262	464.238.241	502.918.934	488.138.355	468.203.531	426.613.234	*619.883.423	*636.840.000
2.- G. Corriente B y S	445.929.229	498.987.610	511.781.879	565.851.676	461.017.135	807.128.335	373.685.587	415.870.000
3.- G. Financiero	2.738.177	7.983.028	8.296.353	6.838.765	4.720.303	6.856.861	6.697.539	7.510.000
4.- Transf. Corrientes	209.080.196	214.716.144	227.327.760	290.735.672	194.370.144	407.760.131	169.316.265	191.330.000
6.- Inversión Real	70.024.215	43.961.253	40.620.263	33.354.162	17.809.289	23.414.587	19.205.129	18.010.000
7.- Transf. de Capital	1.284.815	8.319.698	11.017.888	6.739.130	300.000	306.000	0	0
8.- Act. Financiero	0	0	0	0	0	0	0	0
9.- Pas. Financiero	0	0	0	1.875.000	1.875.000	1.875.000	2.181.704	2.180.000
Total	1.147.533.894	1.238.205.974	1.301.963.076	1.393.532.760	1.148.295.403	1.673.954.148	1.190.969.647	1.271.740.000

Las transferencias al Hospital Comarcal de Inca, Hospital Son Llàtzer, Hospital de Manacor y GESMA fueron de 144 mill. euros en 2012 (concepto 44), (Cap. 4) por el mecanismo de pago a proveedores. Y el concepto 489 de gastos de farmacia, aumentó por importe de 73 millones euros, pues pasó de 183 millones en 2011 a 256 mill. en 2012 (también por el efecto del MEPP). El capítulo 6 disminuyó 4 millones de euros en 2013, pues el coste de las obras de la central térmica de Son Espases no se imputó ese año.

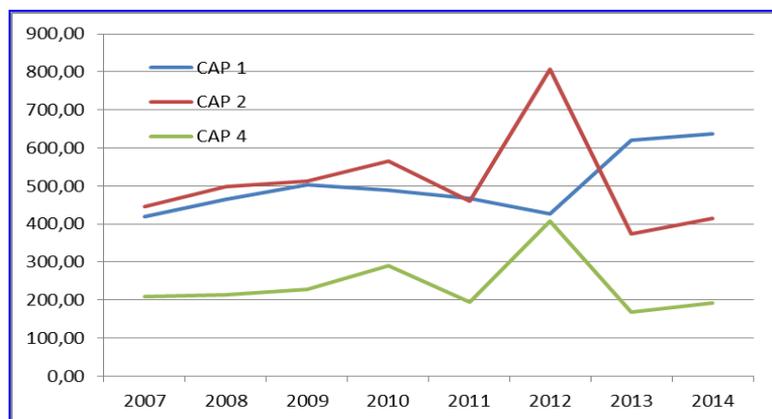


Figura 16: Evolución gasto liquidado Ibsalut. (millones) F: Web Finances.caib

En la Fig. 16 se muestra la senda de gasto LIQ. Incremento de gasto por el pago extraordinario a proveedores en 2012 y también el efecto, en 2013, de la integración del personal en el Cap. 1 del Ibsalut. Se dio un comportamiento muy abrupto, pues incluye el gran incremento de pagos del 2012.

Decíamos que el capítulo 1 de personal del Ibsalut creció en 2013 de una manera brusca por la incorporación del personal de las entidades: H. Son Llàtzer, H. Manacor, H. Inca, Gesma. En 2012 la cuantía de gasto por personal (de las 3 fundaciones y Gesma) fue de 192,4 Mill. En 2013 fue de 174,9 millones.

Podremos entonces homogeneizar las cuantías de estos 2 años para poder comparar y ver la evolución sin este sesgo. Obviamente, antes de la integración existía un coste de personal de las 4 entidades concertadas, pero éste estaba integrado en las partidas correspondientes a concertos y transferencias corrientes. A partir del 2013 el personal de los 4 entes consta en el capítulo 1 del IBSalut. Los capítulos de gasto 2 y 4, en 2012, obtienen financiación extraordinaria recibida de las MEPP como ya vimos, y se aplicaron ese año 2012, para liquidar créditos y deudas acumulados. El cap. de personal, una vez “compensada” la integración, se recupera gradualmente tras el 2012 (Fig. 17a y 17b).

TABLA 27. CAPÍTULOOS 1, 2, 4. IBSALUT

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
CAP. 1 (CON INTEGRACIÓN EN 2013)	418.480.000	464.240.000	502.920.000	488.140.000	468.200.000	426.610.000	619.880.000
CAP. 1 (SIN INTEGRACIÓN EN 2013) *	418.480.000	464.240.000	502.920.000	488.140.000	468.200.000	426.610.000	*444.980.000
CAP 2 LIQ.	445.930.000	498.990.000	511.780.000	565.850.000	461.020.000	807.130.000	373.690.000
CAP 4 LIQ.	209.080.000	214.720.000	227.330.000	290.740.000	194.370.000	407.760.000	169.320.000

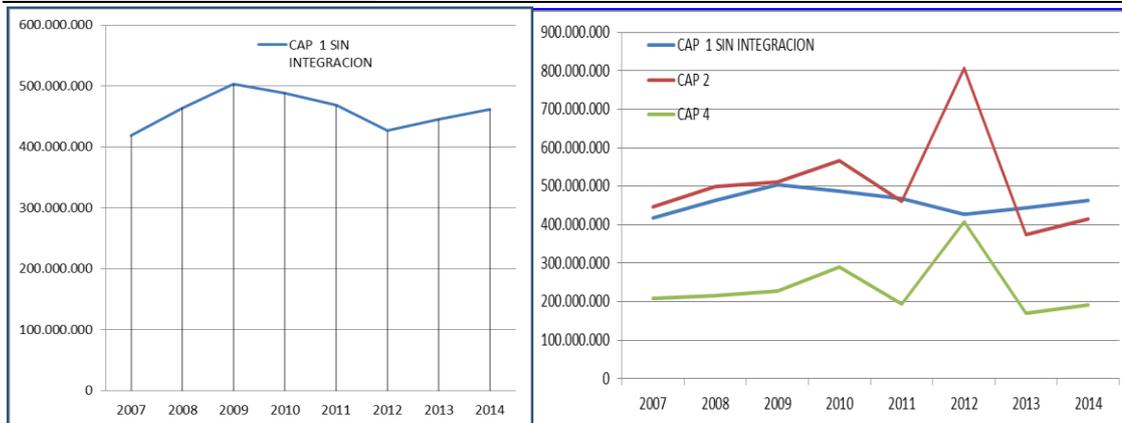


Figura 17a y 17b. Evolución gasto liquidado. Ibsalut (SIN EL PERSONAL DE LOS “4 ENTES” INTEGRADO) *

Fuente: finances.caib

Figuras 17a y 17b: El gasto de personal disminuye hasta el 2012 y se recupera tras ese año con “normalidad”, ya que hemos convertido los años consecutivos en comparables. Veamos qué ocurre si al cap. 1 del Ibsalut del 2012 le sumamos el gasto de personal de las fundaciones y de Gesma del 2012: $426.610.000 + 192,4 \text{ millones} = 619.010.000$

Obtenemos una cuantía muy similar a la del 2013 (con la integración): 619.880.000 euros.

Entonces comprobamos que entre 2012 y 2013 se logró que el gasto de personal en sanidad balear **fuera constante**.

En la tabla 28 tenemos el efecto de la integración del personal en el Ibsalut. Si al año 2012 le sumamos el gasto de personal de las fundaciones y de Gesma, el gasto resulta constante si lo cotejamos con el del 2013.

TABLA 28. IBSALUT. GASTOS PERSONAL. CAP. 1. miles de euros

CENTRO GESTOR	2013	2012	2012
SC Personal estatutario	5.690	5.098	5.098
SC Personal funcionario	8.910	7.322	7.322
Hospital General	392	531	531
Hospital Psiquiátrico	678	819	819
Hospital Joan March	271	298	298
Hospital Universitario Son Espases	196.064	182.452	182.452
Gerencia de Atención Primaria de Mallorca	105.766	104.576	104.576
Área de Salud de Menorca	48.662	48.274	48.274
Área de Salud de Eivissa	64.670	63.345	63.345
Hospital de Formentera	4.419	4.354	4.354
Gerencia del 061	9.511	9.544	9.544
Hospital de Son Llàtzer	81.600	79.336	////
Hospital de Manacor	43.489	44.051	////
Hospital Comarcal de Inca	32.232	33.024	////
GESMA	17.529	35.986	////
TOTAL	619.883	619.010	426.613

Fuente: Informe de la CAIB, Sindicatura de Cuentas, 2013

TABLA 29. GASTO DE PERSONAL SEGÚN HOSPITAL

Figura 18: La tendencia lineal es prácticamente plana, teniendo en cuenta que las medidas de los PEF's del 2011 y 2012 hicieron disminuir el coste laboral como veremos más adelante. Es decir, se disminuyó el coste de personal unitario y **se pudo mantener la plantilla pública de trabajadores del Ibsalut.**

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Ibsalut (sin 4 "entes")	418.477.262	464.238.241	502.918.934	488.138.355	468.203.531	426.613.234	445.033.000	462.634.000
Hospital de Son Llàtzer	76.915.000	86.353.000	89.413.000	89.966.000	84.822.000	79.336.000	81.600.000	93.153.000
Hospital de Manacor	46.907.000	50.439.000	53.505.000	52.538.000	49.369.000	44.051.000	43.489.000	46.752.000
Hospital Comarcal de Inca	21.770.000	34.784.000	36.597.000	35.822.000	35.357.000	33.024.000	32.232.000	34.295.000
GESMA	28.310.000	29.976.000	36.269.000	34.248.000	38.612.000	35.986.000	17.529.000	0
TOTAL	592.379.262	665.790.241	718.702.934	700.712.355	676.363.531	619.010.234	619.883.423	636.834.369
"4 entes"	173.902.000	201.552.000	215.784.000	212.574.000	208.160.000	192.397.000	174.850.000	174.200.000

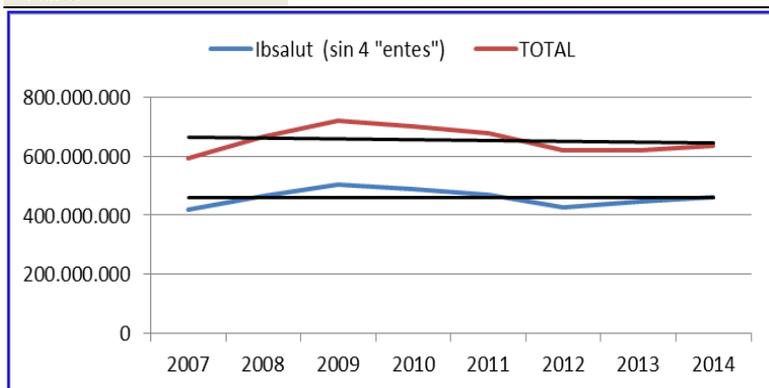


Figura 18. Evolución gasto personal fundaciones (2007-2014) F: Memorias hospitales CAIB

En los años anteriores al 2008 hubo un aumento acusado en el gasto de RRHH (Figura 1c) que los PEF's racionalizaron los siguientes años, tal y como veremos.

TABLA 30. DOS BALANCES SIMPLIFICADOS DEL IBSALUT (2012 Y 2013)

En esta tabla vemos dos balances simplificados del Ibsalut (2012 y 2013) en dos versiones: “integrando y sin integrar” las 3 Fundaciones y Gesma.

IBSALUT 2013. BALANÇ DE SITUACIÓ 2012 (EN MILERS D'EUROS)					
ACTIU	AMB INTEG. FUND. I GESMA	IBSALUT		AMB INTEG. FUND. I GESMA	IBSALUT
A. IMMOBILITZAT	355.411	317.712	A. FONTS PROPIS	79.930	93.510
I. Inversions destinades a l'ús gral.	167	167	I. Patrimoni	83.367	64.131
II. Immobilitzacions immaterials	28.419	27.926	II. Reserves	2.525	-
III. Immobilitzacions materials	326.824	289.619	III. Resultats d'exercicis anteriors	-400.796	-365.455
B. DESPESES DISTR. DIV. EXERC.	-		IV. Resultats de l'exercici	394.835	394.835
C. ACTIU CIRCULANT	319.315	314.903	B. PROVISIONS RISCS I D.	14.455	14.455
I. Existències	20.757	11.495	C. CREDITORS A LL. TERMINI	70.964	69.354
II. Deutors	298.098	302.987	II. Altres deutes a llarg termini	70.964	69.354
III. Inversions financeres temp.	23		D. CREDITORS A C. TERMINI	509.377	455.295
IV. Tresoreria	437	421	II. Deutes amb entitats de crèdit	2.476	1.974
			III. Creditors	506.900	453.321
TOTAL	674.726	632.615	TOTAL	674.726	632.615

Cuadro extraído del Informe de la CAIB. Sindicatura de Comptes (2013)

El activo incrementa lógicamente dada la incorporación del inmovilizado y de existencias en 40 millones de euros aprox. Incrementa también el pasivo exigible en más de 50 millones, toda vez que ya son entidades saneadas gracias al MEPP. Las grandes pérdidas acumuladas de todas las entidades (400 millones euros) se ven compensadas positivamente por un resultado positivo de 2013 de 394 mill. Las grandes deudas de 580 mill. provocan que el patrimonio se reduzca a 83 mill.

2.2 PRESUPUESTO SANITARIO

El presupuesto balear de sanidad, tras el 2009, disminuyó drásticamente dado el nuevo escenario de crisis y la disminución de ingresos tributarios. Sin embargo, cuando se devengaban o se ejecutaban los presupuestos se daban grandes desviaciones y desfases de gasto respecto de estos presupuestos, como veremos.

Observamos dos presupuestos. El sanitario (INE), y el presupuesto del Ibsalut. Su evolución es la misma. El valor de la diferencia refleja el gasto “común” de la Conselleria de sanidad y de los entes pertenecientes al sistema instrumental. Trabajaremos con el presupuesto del Ibsalut (incluidas las fundaciones hospitalarias y Gesma).

TABLA 31. PRESUPUESTO SALUD E IBSALUT / HAB.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
PRES. SANITARIO /HAB. (INE)	1054	1116	1148	1064	1057	1092	1056	1083
PRES. IBSALUT /HAB.	1029	1090	1122	1040	1033	1061	1027	1059

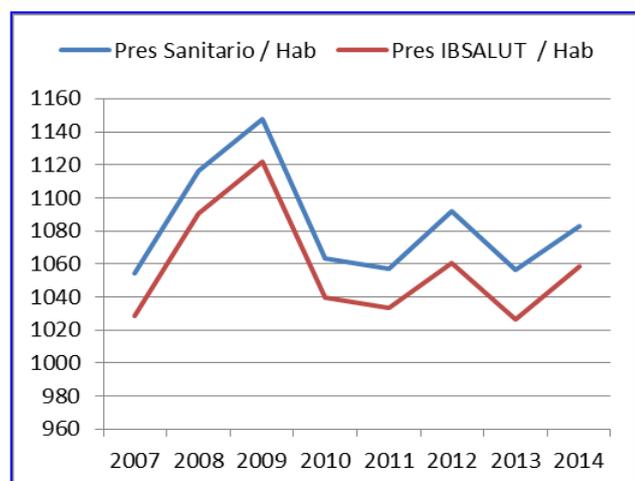


Figura 19. Presupuesto de Sanidad VS Ibsalut. F: INE, CAIB, IBESTAT

2.3 GASTO SANITARIO/HAB. (IB) VS GASTO IBSALUT/HAB. (DEVENGO)

TABLA 32. ESTADÍSTICA DE GASTO SANITARIO PÚBLICO

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
EGSP / HAB. CONSELLERIA	1174	1223	1302	1518	1423	1155	1150	1207
EGSP / HAB. IBSALUT	1152	1200	1279	1497	1405	1136	1132	1189

En cuanto a la EGSP, estadística de gasto que elabora el Ministerio, las obligaciones adquiridas muestran el esfuerzo llevado a cabo en el periodo crítico. Con datos del MSSSI, el EGSP/hab. (devengo) creció en el periodo crítico a pesar de estar inmersos en plena crisis. El EGSP es una estadística que elabora el ministerio con datos de gasto que provienen de cada autonomía. De nuevo mostramos 2 cuantías. Su diferencia es mínima. Una se refiere a la Conselleria y demás direcciones generales y la otra, la que alude a cuantías referentes al Ibsalut, hospitales y Gesma. Trabajaremos con el Ibsalut.

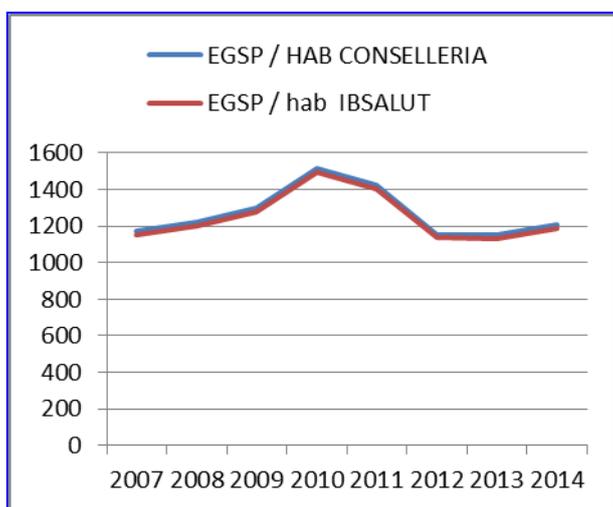


Figura 20. Gasto sanitario público / cap. (EGSP) Conselleria VS Ibsalut.
F: Servicio financiación de la Conselleria de Salud. SNS. Web finances.caib

TABLA 33. DEUDA COMERCIAL Y DESFASE PRESUPUESTARIO

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
EGSP. IBSALUT DEV.	1.187.056.328	1.286.949.750	1.401.141.342	1.655.669.324	1.563.893.102	1.271.744.455	1.257.951.114	1.311.775.857	1.419.657.212
PRES. IBSALUT	1.060.177.603	1.169.892.280	1.229.309.750	1.149.887.611	1.149.887.611	1.187.537.199	1.141.163.338	1.168.000.000	1.290.372.427
GASTOS IBSALUT LIQ.	1.147.533.894	1.238.205.974	1.301.963.076	1.393.532.760	1.148.295.403	1.673.954.148	1.190.969.647	1.271.737.051	1.439.421.186
DESFASE PRESUPUESTAR. (DCS) ANUAL	126.878.725	117.057.470	171.831.592	505.781.713	414.005.491	84.207.256	116.787.776	143.775.857	129.284.785

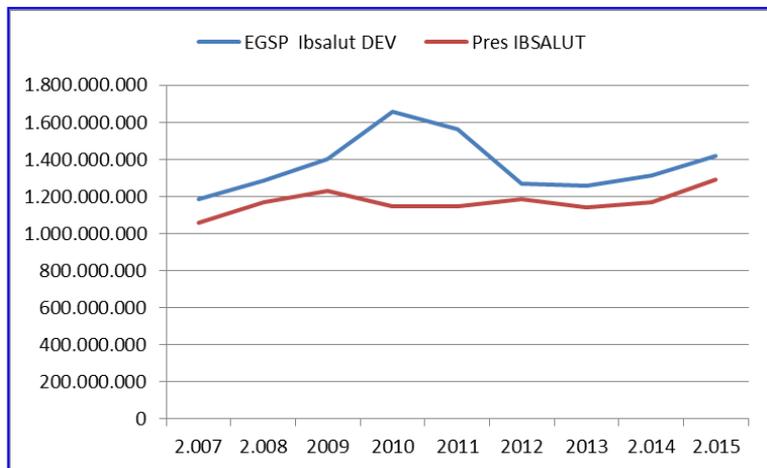


Figura 21. EGSP VS Presupuesto Ibsalut. F: Web Finances.caib. IBESTAT

Figura 21: Los gastos devengados son cada año mayores al presupuesto. **Sobre todo los años 2010 y 2011, cuando aumentó tanto el tamaño de un desfase presupuestario preexistente; tendencia que la crisis agravó.** Por ello si comparamos la EGSP/hab. con la cantidad presupuestada por la autonomía, en el transcurso de los peores años de la crisis se fue dilatando la diferencia (Figura 21). Esto fue debido, en parte, a que el año 2010 y 2011 la administración balear se comprometió a gastos mucho más elevados de los presupuestados. Una de las causas de la crisis fue la falta de transparencia general del sector público.

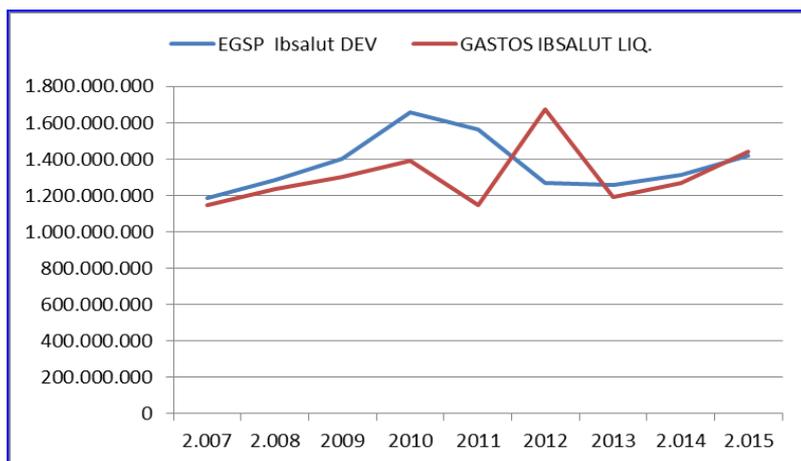


Figura 21b. Gastos Devengados Vs Gastos Liquidados (IBSALUT) F: CAIB. IBESTAT. EGSP. MSSSI

Figura 21b: **La evolución del gasto que se analiza en este trabajo.** Se observa que en el 2010 y 2011 se creó una gran deuda (**DCS**) que sería liquidada en 2012 con el mecanismo de pago extraordinario a proveedores. Por ello el 2012 el gasto líquido (real) pasó a ser mayor al devengado.

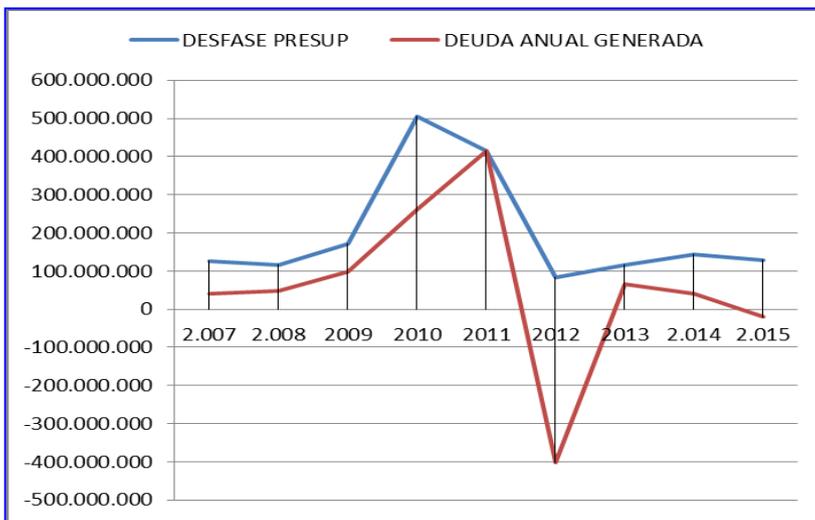


Figura 21c: Generación de (**DCS**) anual y desfase presupuestario. F: IBESTAT, EGSP, MSSSI

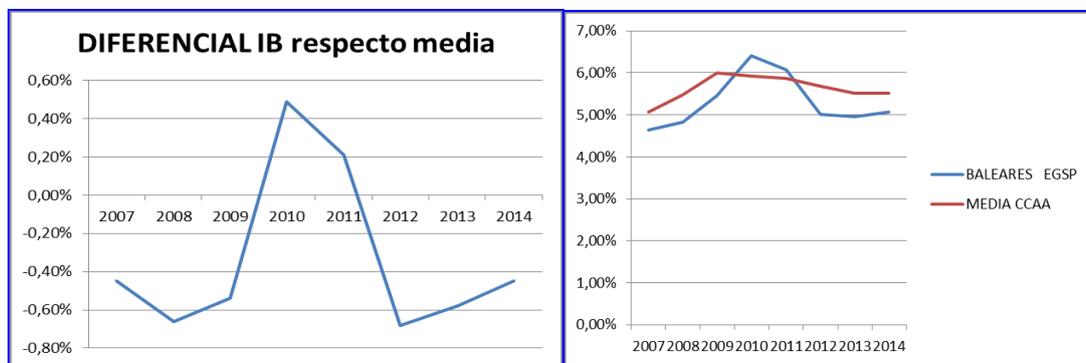
El desfase presupuestario, como comentábamos, en 2010 y 2011 crece de manera notable. La generación anual de deuda (**DCS**) la calculamos de manera indirecta con la diferencia entre devengo y líquido. Previsiblemente se crea más deuda cuando el desfase presupuestario es más alto, como en los años 2010 y 2011. El 2012 se liquidan 400 mill. de deuda (**DCS**)

2.3.1 GASTO SANITARIO RESPECTO AL PIB

Respecto al PIB, es muy relevante comprobar cómo en el periodo tan crítico (2010 y 2011) las IB destinaron más recursos a sanidad; pues Baleares, respecto a su PIB, gastó en sanidad pública un porcentaje más alto que la media española, agravando la situación (Figuras 22, 23).

TABLA 34. GASTO SANITARIO / PIB (DEVENGO)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
BALEARES (EGSP / PIB)	4,63%	4,83%	5,45%	6,41%	6,08%	5,01%	4,95%	5,06%
GASTO MEDIO CCAA / PIB	5,07%	5,48%	5,99%	5,92%	5,87%	5,69%	5,52%	5,51%
DIFERENCIAL IB (respecto a la media de CCAA)	-0,45%	-0,66%	-0,54%	0,49%	0,21%	-0,68%	-0,58%	-0,45%



Figuras 22 y 23. Gasto sanitario respecto al PIB.

F: EGSP. IBESTAT. CAIB. Financamentsanitari.com

Una vez más la pretendida política keynesiana agravó las dificultades para el sostenimiento del sistema. Lo cual se ha vuelto a repetir integrando el servicio de ambulancias.

2.4 EL GASTO LIQUIDADADO Y EL DEVENGO

El incremento de cap. 1 lo encontramos en 2013 por la integración de los 4 entes sanitarios en el Ibsalut. En 2012 la **CAIB** recibió el crédito de aprox. 1,3 mill. euros con el que sanear las deudas con proveedores. Según el Informe de la Cuenta General de la CAIB correspondiente al ejercicio 2012, los gastos LIQ. o pagos aumentan en 525.658.000 en 2012. El mecanismo extraordinario de pago a proveedores supuso, para **sanidad** unos recursos extra de 468,48 millones para el pago de deudas a proveedores, distribuidos de la siguiente manera:

- 327,5 mill. euros para cap. 2, 4 y 6 del IBSALUT (Suministros y Farmacia, básicamente).
- 141 mill. para transferencias del concepto (44) para liquidar facturas y demás gastos de las 3 Fundaciones y GESMA. Según la Cuenta General de la CAIB (2013).

El Cap. 2 incrementó en 2012, 254,4 mill. euros para suministros y 72 mill. para farmacia.

El Cap. 6 disminuyó 4,2 mill. (2013) por la obra de la central térmica de Son Espases, la cual no se computó.

En cuanto a la tendencia del gasto total liquidado del servicio de salud, ha sido creciente (Figura 24) de 2005 hasta 2015, debido a:

1º Haber podido acceder al mecanismo extraordinario de pago a proveedores (MEPP) en 2012. Con este mecanismo incrementaron los gastos liquidados de manera notable.

2º El pacto político comentado del nuevo sistema de financiación, pues antes del 2011 transfirió más recursos (2009 y 2010) al margen de la fórmula de cálculo.

El resultado del sumatorio de las variaciones de gasto anual LIQUIDADADO en el periodo es de (+124,2 mill.) lo que implica una tendencia creciente (Figura 24).

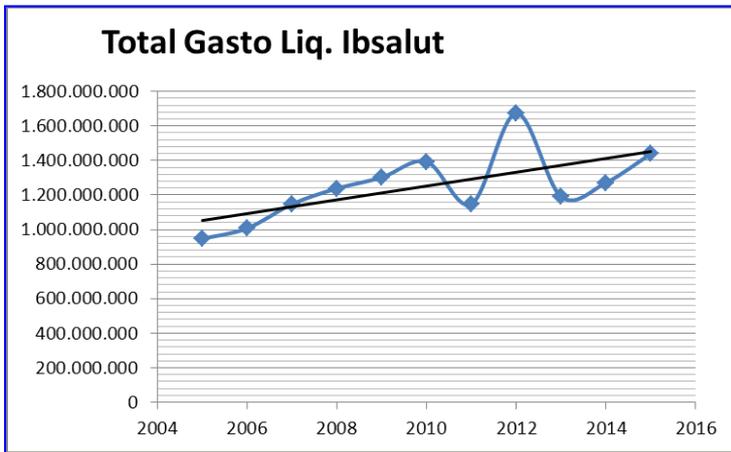


Figura 24. Tendencia del gasto **liquidado** del IBSALUT (2005 – 2015) F: CAIB. IBESTAT

Los años 2012 y 2013 fueron los ejercicios en los que más se notó el esfuerzo racionalizador del Ibsalut. (En Gasto devengado). (Figura 25). Son los años que fundamentan la continuidad del sistema.

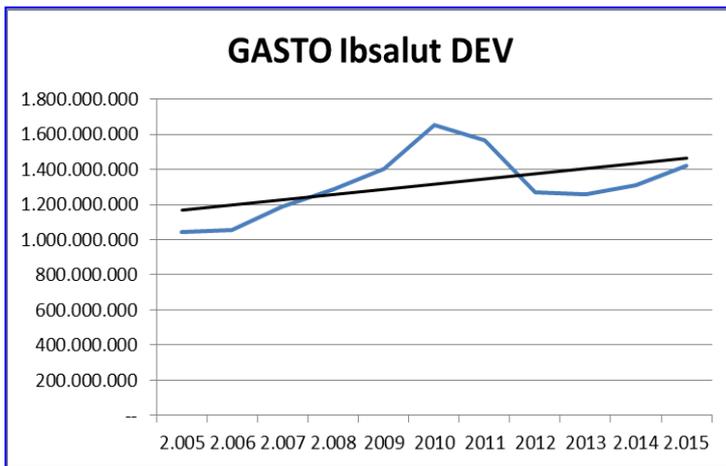


Figura 25. Tendencia del gasto **devengado** del IBSALUT (2005 – 2015) Fuente: MSSSI Y EGSP

2.4.1 COSTE LABORAL

Hemos calculado el coste laboral del personal propio del Ibsalut, con los datos de gasto de cap. 1 y del nº de trabajadores del Ibsalut (Figura 26).

TABLA 35. COSTE LABORAL

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
IBSALUT CAP. 1	418477262	464238241	502918934	488138355	468203531	426613234	445033000	462634000
PERSONAL PÚBLICO	11110	11083	10933	11119	10942	10922	10690	11064
COSTE LABORAL / N° TRAB. PUBL.	37666	41887	46000	43901	42789	39059	41630	41814
VAR % COSTE LABORAL (T/T-1)		111,21%	109,82%	95,44%	97,47%	91,28%	106,58%	100,44%

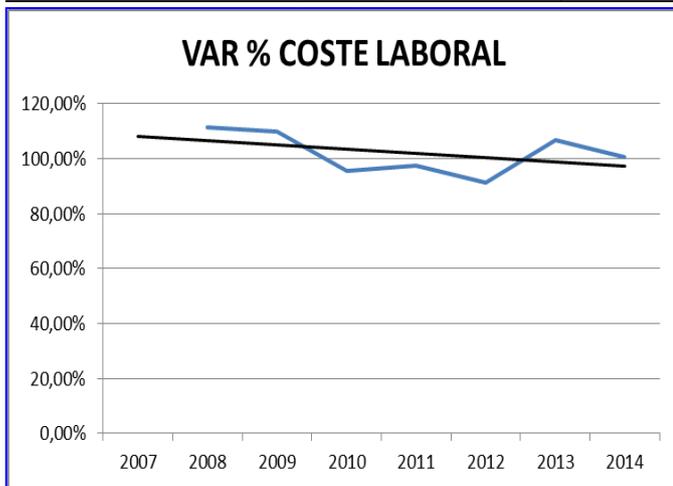


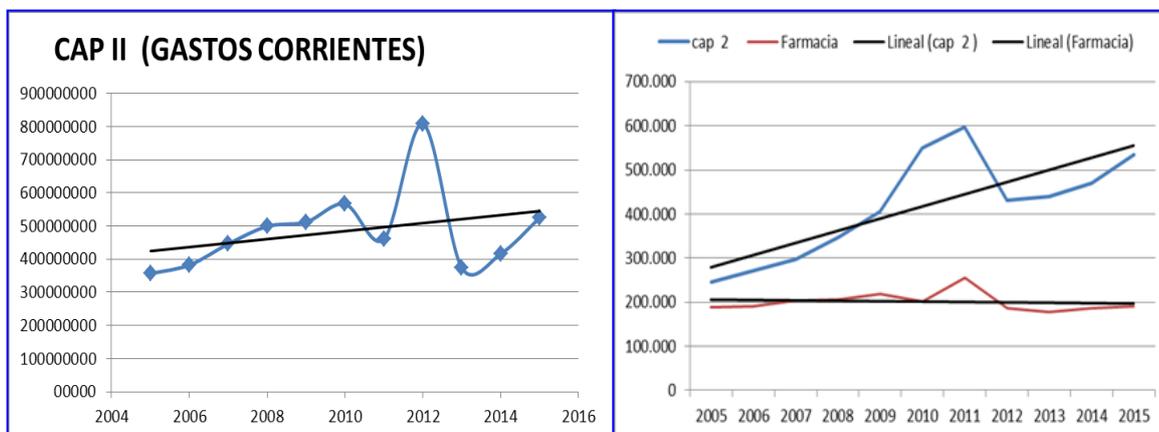
Figura 26. Var. % del coste laboral.
F: Web finances.caib
Pestadistico.com

Durante la crisis el coste laboral disminuyó del año 2010 a 2012 (Figura 26). El ajuste del personal fue mínimo en el sector público sanitario, y eso se consiguió con esta rebaja del coste laboral. Así se pudo disponer de medios y mantener el número de trabajadores. En 2008 y 2009 tuvieron lugar considerables incrementos del coste laboral (dos incrementos consecutivos del 10%) que los años siguientes se debieron racionalizar, dado el exceso anterior.

En la crisis se implantaron medidas de racionalización del gasto del Cap. 1. Como la congelación de nuevas plazas. Se animó a los jefes de servicio para que asumieran al menos el 50% de las bajas. Se congelaron acuerdos de mejoras de dietas o indemnizaciones y se llevarían sólo a cabo las contrataciones imprescindibles.

2.4.2 MATERIALES Y SUMINISTROS.

Hubo un incremento de medios y de recursos en 2010 por el pacto político, y en el 2012 con el MEPP. El cap. 2 fue creciente (tendencia). Farmacia descansó en una media de 200 mill. / año (Figuras 27 y 28).

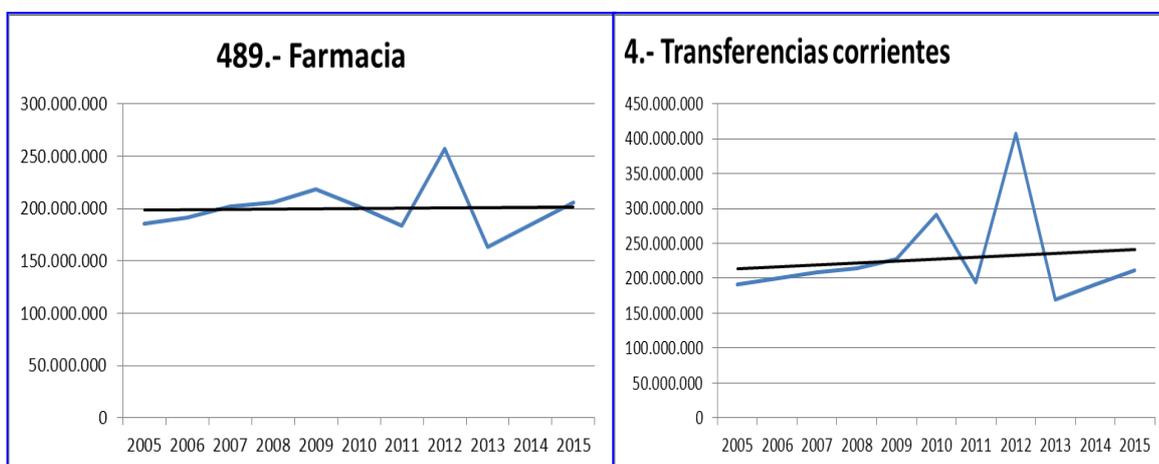


Figuras 27 y 28. Gastos de Cap. II y de farmacia. Líquidos y devengados.

F: EGSP, CAIB, IBESTAT

2.4.3 TRANSFERENCIAS CORRIENTES

Fueron ligeramente crecientes por el mecanismo extraordinario y por las políticas pactadas en 2010.



Figuras 29 y 30. Gastos de Cap. IV. Líquidos.

F: EGSP, CAIB, IBESTAT

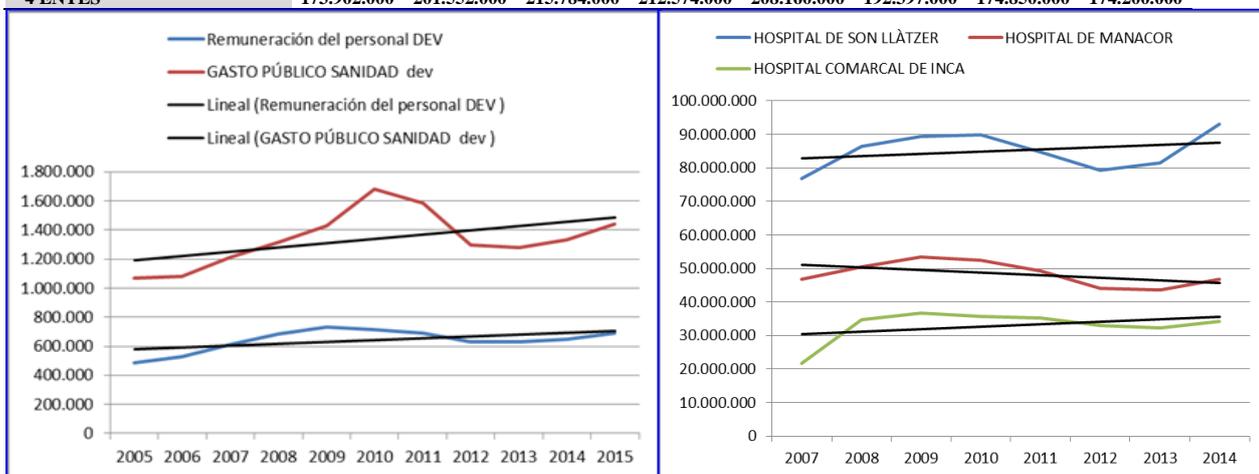
Las transferencias liq. (Figura 30) en 2012 crecieron por el mecanismo de pago a proveedores en 142 mill. como también creció el concepto (489) de farmacia en 71 millones euros por el mismo mecanismo. Recordemos que el año siguiente, 2013, se realizó el cambio de figura jurídica de las cuatro entidades

integrándose en el Ibsalut. En 2012 el gasto liq. total de Ibsalut fue 1,6 Mill. euros, y un año antes, en 2011, había sido de 1,5 Mill. euros. En este periodo, de 2005 a 2015, el gasto liquidado del Ibsalut presentó una tendencia creciente en todos los capítulos de gasto.

En 2011 los pagos se retuvieron mientras que se aumentaba el gasto devengado; en 2012 el gasto devengado bajó considerablemente e incrementó el gasto liquidado y así, se saldaron las deudas gracias al MEPP. El gasto en personal incrementó también su tendencia en el periodo estudiado. El 2012 las medidas de racionalización devolvieron el coste laboral a niveles de 2008. Así se pudieron mantener las plantillas del personal del Ibsalut, y no disminuyó el nº de trabajadores. El gasto de personal disminuyó del 2010 al 2012, y tras el 2012 se recuperó lentamente.

TABLA 36. GASTO EN PERSONAL

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
IBSALUT (SIN 4 "ENTES")	418.477.262	464.238.241	502.918.934	488.138.355	468.203.531	426.613.234	445.033.000	462.634.000
HOSPITAL DE SON LLÀTZER	76.915.000	86.353.000	89.413.000	89.966.000	84.822.000	79.336.000	81.600.000	93.153.000
HOSPITAL DE MANACOR	46.907.000	50.439.000	53.505.000	52.538.000	49.369.000	44.051.000	43.489.000	46.752.000
HOSPITAL COMARCAL INCA	21.770.000	34.784.000	36.597.000	35.822.000	35.357.000	33.024.000	32.232.000	34.295.000
GESMA	28.310.000	29.976.000	36.269.000	34.248.000	38.612.000	35.986.000	17.529.000	0
TOTAL	592.379.262	665.790.241	718.702.934	700.712.355	676.363.531	619.010.234	619.883.423	636.834.369
"4 ENTES"	173.902.000	201.552.000	215.784.000	212.574.000	208.160.000	192.397.000	174.850.000	174.200.000



Figuras 31 y 32. Gasto devengado de personal. Por hospitales. Tendencia.

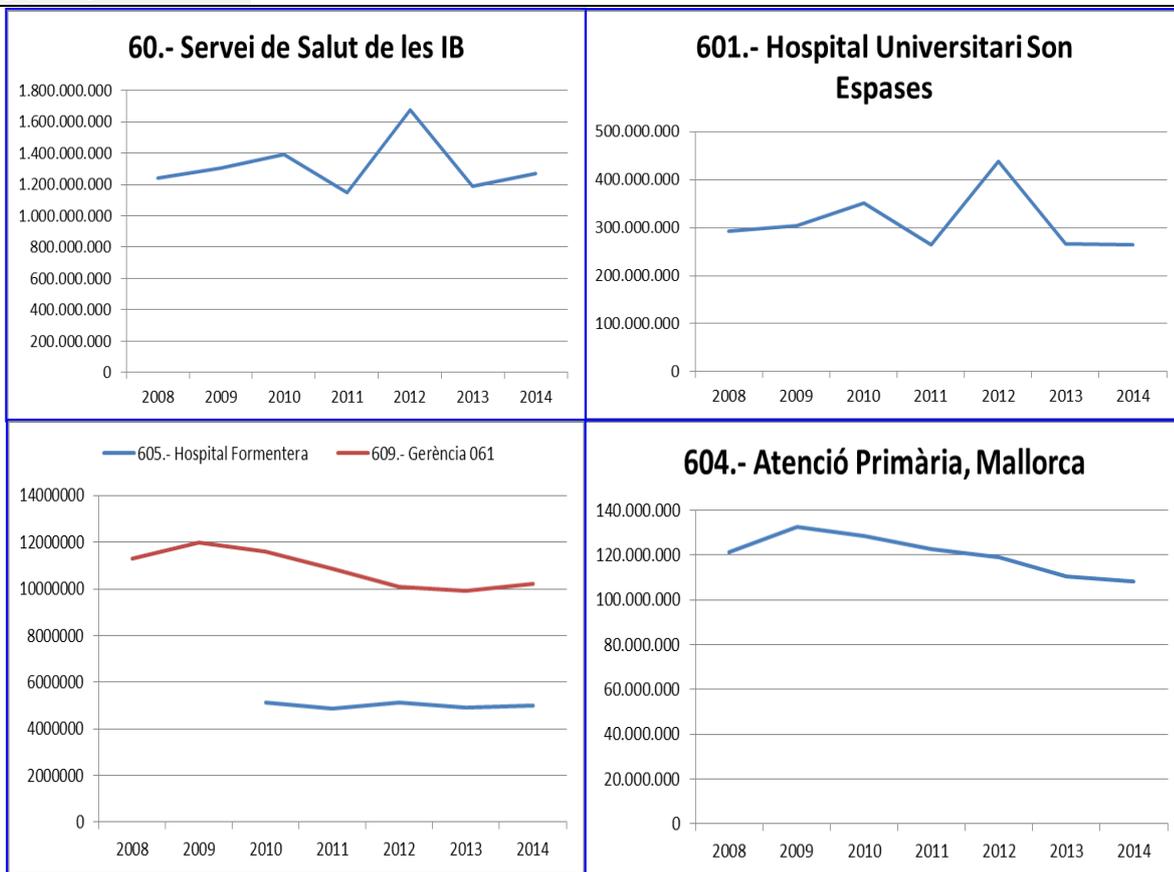
F: EGSP, IBESTAT

El gasto de personal, según la tendencia total para este periodo, fue creciente. Pero hubo un caso, el hospital de Manacor, que experimentó una leve disminución de gasto en su cap. 1, según su tendencia (Fig. 31 y 32).

2.4.4 EVOLUCIÓN DEL GASTO LÍQUIDO Y DEVENGADO POR CAPÍTULOS

TABLA 37: ESTRUCTURA ORGÁNICA DEL PRESUPUESTO LIQUIDADO DEL IBSALUT

TABLA 37	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
60.- Servei de Salut de les IB. LIQ.	1.238.205.974	1.301.963.076	1.393.532.760	1.148.295.403	1.673.954.148	1.190.969.647	1.271.737.847
600.- Serveis Centrals	645.277.486	676.902.431	709.039.766	601.681.597	867.244.481	352.583.714	392.021.000
601.- Hospital Univ. Son Espases	293.539.278	304.524.409	351.362.926	263.642.586	438.774.339	265.977.042	264.498.000
602.- Àrea Salut, Menorca	75.911.178	79.330.830	79.849.997	65.540.672	102.436.102	65.832.589	59.397.192
603.- Àrea Salut, Eivissa-Formentera	90.649.896	96.757.951	108.191.709	78.889.228	131.146.507	86.997.390	81.027.900
604.- Atenció Primària, Mallorca	121.553.876	132.454.340	128.345.262	122.807.325	119.139.267	110.485.196	108.219.000
605.- Hospital Formentera	////////	////////	5.129.549	4.850.723	5.123.991	4.899.346	5.010.925
609.- Gerència 061	11.274.259	11.993.115	11.613.552	10.883.272	10.089.459	9.922.293	10.225.955
606.- Hospital Son Llàtzer	SC	SC	SC	SC	SC	122.397.015	120.589.207
607.- Hospital Manacor	SC	SC	SC	SC	SC	61.784.504	57.966.818
608.- Hospital comarcal Inca	SC	SC	SC	SC	SC	46.408.035	46.546.850
60B.- Central de compres SSIB	////////	////////	////////	////////	////////	45.963.518	126.235.000
60A.- Complejo Hospitalario Mallorca	GESMA	GESMA	GESMA	GESMA	GESMA	17.719.006	a IBSALUT



Figuras 33, 34, 35, 36. Gasto liquidado IBSALUT, H. Son Espases, H. Formentera, 061 y AP. F: CAIB IBESTAT

Todos los entes y áreas evolucionaron de igual manera con algunas excepciones. Vemos en la tabla la integración de Gesma y de las fundaciones en el Ibsalut (2013) y cómo fue su impacto presupuestario. Los gastos liquidados de AP Mallorca, hospital de Formentera y Gerencia del 061 no tuvieron el mismo comportamiento que los demás entes (Figura 35), no incrementaron su gasto en 2012 por el mecanismo de pago a proveedores pues apenas acumulaban deuda; y como ya hemos comentado AP Mallorca tuvo una tendencia descendente en su gasto desde 2009. La evolución del gasto liquidado del Ibsalut y son Espases son similares. El gran peso del gasto del hospital repercute claramente en el total del IBSALUT (Figura 33 y 34).

Sobre el criterio de DEVENGO, ya escribió J. R. Repullo (economista español, director del Centro de Estudios Monetarios y Financieros) que “sólo el gasto REAL permitirá evaluar lo resultante del conjunto de políticas de ahorro, teniendo en cuenta la contabilización del FLA (en 2012 abonó deuda atrasada a proveedores)” Repullo (2014, p. 66).

TABLA 38. GASTO DEVENGADO Y LÍQUIDO. IBSALUT

DEVENGO	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
G. IBSALUT DEV. (SIN G. COMÚN)	1.187.056.328	1.286.949.750	1.401.141.342	1.655.669.324	1.563.893.102	1.271.744.455	1.257.951.114	1.311.775.857	1.419.657.212
GESMA DEV.	51.940.640	54.369.379	55.384.936	83.655.502	58.034.689	50.570.390	0	0	0
CAP. 2 DEV.	479.016.344	557.490.052	629.591.700	773.584.644	816.443.635	633.382.387	440.341.081	470.612.110	458.388.396
FARMACIA DEV.	202.385.901	205.651.102	218.881.624	202.122.887	255.398.881	185.331.146	178.516.779	186.041.582	190.135.042
PERSONAL	610.640.141	684.353.374	732.543.987	714.290.976	689.273.945	631.514.810	632.507.785	649.479.192	688.633.956
TRANSFERENCIAS CORR. DEV.	209.806.494	216.478.381	228.235.695	290.659.873	265.406.063	193.456.209	183.776.060	191.637.007	195.953.060
CONSELLERIA G. COMUNES DEV.	22.462.141	25.160.859	24.875.821	23.258.265	19.894.843	21.419.814	20.265.619	20.510.651	21.881.579
LÍQUIDO	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
GASTOS IBSALUT LIQ.	1.147.533.894	1.238.205.974	1.301.963.076	1.393.532.760	1.148.295.403	1.673.954.148	1.190.969.647	1.271.737.051	1.439.421.186
CAP. 2 LIQ.	445.929.229	498.987.610	511.781.879	565.851.676	461.017.135	807.128.335	373.685.587	415.870.255	524.762.336
FARMACIA LIQ.	202.385.901	205.651.102	218.881.624	202.122.887	183.526.977	256.708.748	163.657.843	184.831.698	206.042.597
TRANSFERENCIAS CORR. LIQ.	209.080.196	214.716.144	227.327.760	290.735.672	194.370.144	407.760.131	169.316.265	191.331.485	211.302.278

No podemos analizar muchas de las cuestiones de esta tesis sólo con datos devengados publicados por el Ministerio, pues no nos permiten observar la carga real, ni las liquidaciones extraordinarias a proveedores, ni el impacto real de los PEF's. Es importante una comparación del devengo y del líquido para tener una visión global del gasto sanitario. Por ello en la tabla 38 contamos con los datos líquidos y devengados de gasto de cada capítulo del Ibsalut. Gastos que analizamos en la tesis.

TABLA 39. GASTO SERVICIOS CENTRALES Y FUNDACIONES HOSPITALARIAS

En 2013, los 3 entes pasan a formar parte del Ibsalut y dejan de contabilizarse como un cargo a servicios centrales. En 2013, S.C. pasa de 867 mill. a 352, pues se libera de las 3 fundaciones hospitalarias.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
600.- Servicios Centrales	645.277.486	676.902.431	709.039.766	601.681.597	867.244.481	352.583.714	392.021.000
606.- Hospital Univ. Son Llätzer	SC	SC	SC	SC	SC	122.397.015	120.589.207
607.- Hospital de Manacor	SC	SC	SC	SC	SC	61.784.504	57.966.818
608.- Hospital Comarcal de Inca	SC	SC	SC	SC	SC	46.408.035	46.546.850
S.C. + 3 Fund. Hosp.	645.277.486	676.902.431	709.039.766	601.681.597	867.244.481	583.173.268	617.123.875

2.5 GASTO EN SALUD BALEAR (SECTOR PÚBLICO / SECTOR PRIVADO)

Según la Memoria del Consell econòmic i social (2009) el gasto en sanidad pública en Balears fue del 73%, mientras que el 27% se contrató en la privada. Este ratio puede variar hasta llegar algunos años al 30% para el gasto privado. También puede variar según las variables que se elijan para su cómputo. El déficit asistencial en la sanidad pública balear ocasionó que se siguiera desarrollando una sanidad privada muy relevante. Se podría decir que la sanidad privada es anterior a la pública en nuestra comunidad. Baleares tiene tradición de haber sido una sociedad muy dinámica que ha apostado por lo privado. Esa dinámica en gran parte ha continuado. Hoy, el sector privado sanitario es mayor que en el resto de casi todas las autonomías españolas. En la Atención Sanitaria Privada es la rapidez del sistema una de las razones por las que la población balear acude con más frecuencia y la valora más, como indica el Dictamen Sanitario Balear 11/2011.

En 2011 nos encontramos con que el aseguramiento privado era el más alto de todas las CCAA, pues se había desarrollado y madurado por las necesidades comentadas. Es importante tener en cuenta que el elevado porcentaje de nuestra población que acude al sistema privado deja de consumir recursos sanitarios públicos. Si no fuera así, se agravaría la situación del sistema público en términos de gasto, listas de espera o urgencias, pudiendo suponer una importante sobrecarga del sistema dada la situación actual, según el CES (2009). Para hacer frente a la demanda de salud existente, el Ibsalut tiene conciertos con varios centros privados de nuestra Comunidad Autónoma.

La patronal de clínicas privadas de las Baleares (UBES) afirma que “en una comunidad como la nuestra que recibe más de diez millones de turistas cada año sería una carga insostenible para el sistema público si no existiéramos. El sistema colapsaría. Así que me parece muy necesario seguir profundizando en la colaboración público-privada, sea a través de la concertación, de la gestión privada de centros públicos, o explorando otras fórmulas” según Carmen Planas (2013).

Algunas ventajas más de la colaboración público - privada sanitaria son, según Fuentes (2015, p. 7).

- “Permite obviar problemas de liquidez.
- Evita contabilizar como deuda pública la financiación necesaria para nuevas inversiones.
- Proporciona rentabilidad política (nuevas infraestructuras sin costes de oportunidad visibles).
- Introduce mejoras en la calidad dada la especialización de las empresas adjudicatarias (servicios no asistenciales).
- Induce ganancias de eficiencia (incentivos de las entidades privadas a la maximización del beneficio).
- Genera incentivos a la innovación debido a la extensión de las relaciones contractuales.
- Transfiere riesgos a la empresa concesionaria”.

Las I. Baleares, el sector turístico y la insularidad, determinan la estructura de la sanidad pública y privada. La creciente población de la inmigración residente, hace de las Islas Baleares también un destino de segunda residencia. Esto implica un aumento en costes sanitarios, (sobre todo si son inmigrantes residentes de edad elevada) mantiene Moranta Mulet (2007). Francisco José Moranta Mulet fue subdirector de Facturación y Admisiones de la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca y director de Gestión y Servicios Generales del Hospital de Manacor.

Según el informe del CES (2010, p. 476), desde antaño y gracias al sistema privado, Balears ha podido presentar ante las cuentas españolas unos ratios satisfactorios, incluso superiores a la media estatal, que no se habrían alcanzado sin el complemento de la sanidad privada. Sin embargo el gasto sanitario privado también se ha visto inmerso en la crisis económica, que ha afectado a sus resultados y actividad sanitaria.

La administración pública hace un uso constante de los recursos asistenciales privados por concertación como en el caso de los conciertos de hemodiálisis y cirugía cardíaca. La colaboración público-privada es vital. “Las principales fórmulas de colaboración público-privada aplicadas en las Baleares son los conciertos, los convenios singulares y las concesiones. En el período 2008-2014 se observa que un 22% del importe adjudicado corresponde a contratación para la prestación de servicios de hemodiálisis y un 21% del total a servicios de terapias respiratorias” según IDIS (2014, p.10).

2.5.1 GASTO SANITARIO PRIVADO

En cuanto a su cómputo y elección de variables para su cálculo, acudimos a las estadísticas publicadas por el Instituto Nacional de Estadística y recogemos datos de ciertas partidas que nos proporcionan un resultado que pone de manifiesto los efectos de la crisis económica pues disminuye la contratación de servicios sanitarios privados en el periodo de crisis. De igual manera ocurre con la partida de seguros privados. Como decíamos para calcular el gasto sanitario privado recogemos datos del INE; concretamente las partidas siguientes:

- 0611 Productos, aparatos y equipos médicos
- 0621 Servicios médicos
- 0622 Servicios de dentistas
- 0623 Servicios paramédicos no hospitalarios
- 1243 Seguros ligados a la sanidad. Seguros de enfermedad y accidentes

TABLA 40. GASTO PRIVADO SALUD. IB / CAP.

GASTO MEDIO POR PERSONA	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
0611. Productos, aparatos y equipos médicos	198,3	152,1	149,72	133,75	151	144,69	140,19	166,18
0621. Servicios médicos	12,23	9,93	10,52	11,71	17,61	11,78	9,2	8,92
0622. Servicios de dentistas	103,6	122,73	119,93	101,99	134,68	88,9	123,68	149,01
0623. Servicios paramédicos no hospitalarios	12,56	24,73	14,44	12,11	16,55	17,67	10,56	12,25
1243. Seguros ligados a la sanidad. Seguros de enfermedad y accidente	164,8	136,1	140,95	140,1	137,89	127,67	141,93	154,65
G. PRIVADO SALUD IB / CAP.	491,5	445,6	435,6	399,7	457,7	390,7	425,6	491

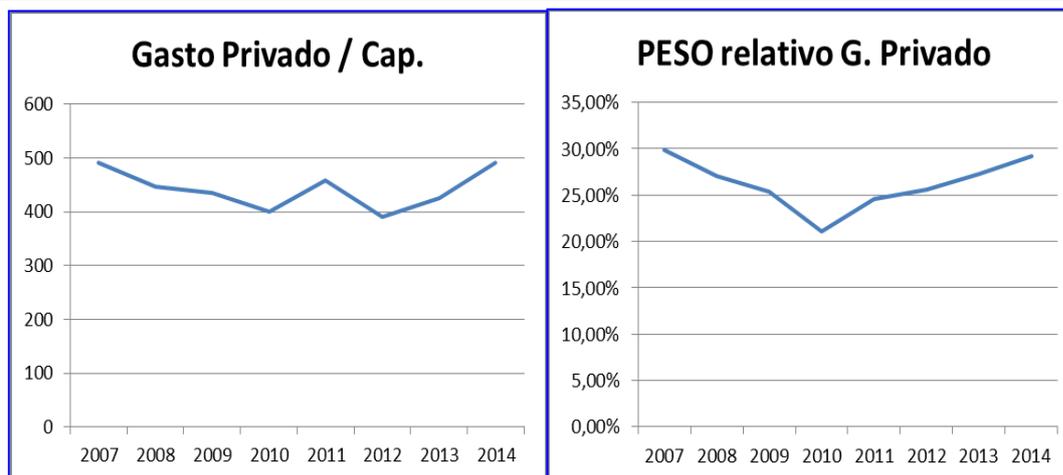
“El gasto sanitario privado de Balears se ha visto afectado igualmente por la crisis económica, además de por el crecimiento de la oferta sanitaria pública, a la cual suplía más que complementaba” según Carrió, Fuster, Vicens y Sbert (2011, p. 24). (*Efecto crowding-out del gasto público*).

El crecimiento de la población y el crecimiento de la edad media de ésta tienen un impacto muy importante en la presión sanitaria del sistema. Hemos obtenido las variables de consumo sanitario privado en el INE y las hemos dividido por el padrón anual de Balears en el periodo de estudio; con esta operación obtenemos una aproximación al gasto sanitario privado / hab.

El gasto privado calculado arroja una cantidad de 442 euros per cápita de media, por persona y año. El sistema privado balear ahorró al sistema público sanitario aprox. 483.000.000 de euros al año, cifra que ronda el 27% del gasto sanitario total balear. Se observa como la demanda de sanidad privada se ve afectada por la crisis. El gasto privado/hab. llegó a bajar un 19% de 2007 a 2010, recuperándose el 2013. Una gran cantidad de ciudadanos acude a la sanidad privada ahorrando así recursos sanitarios públicos al sistema.

TABLA 41. PESO GASTO PRIVADO - SANIDAD

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
G. IBSALUT / CAP. LIQ.	1113,4	1154,1	1188,5	1259,9	1031,6	1495,4	1071,3	1152,5
G. IBSALUT / CAP. DEV. (EGSP)	1151,8	1199,6	1279,1	1496,9	1405,0	1136,1	1131,6	1188,8
GASTO PRIVADO / CAP.	491,5	445,6	435,6	399,7	457,7	390,7	425,6	491
GASTO PRIVADO SALUD	506.564.475	478.059.286	477.167.566	442.087.785	509.472.278	437.364.817	473.128.454	541.790.022
PESO RELATIVO G. PRIVADO	29,91%	27,09%	25,40%	21,07%	24,57%	25,59%	27,33%	29,23%



Figuras 37 y 38: Evolución Gasto Sanitario privado /cap. y su peso relativo

Fuente: INE. IBESTAT

El peso relativo de gasto privado empezó a recuperarse el 2011 por varios motivos: el 2011 empezó a disminuir el gasto público y el gasto privado se empezó a recuperar el 2010: cuando los PEF's "empujaban" el gasto público hacia abajo, crecía el peso del gasto privado (Figuras 37 y 38). (*Crowding-out inverso*). El Govern balear popular creó un incentivo fiscal para los que mantuvieran un seguro sanitario privado.

En próximos capítulos veremos como la disponibilidad de camas, equipos tecnológicos o personal, reflejan una actividad muy importante del sector sanitario privado en nuestras islas, y es impensable que la sanidad pública balear pueda existir sin la privada, pues las dos se complementan y completan.

Según el TERCER BARÓMETRO DE LA SANIDAD PRIVADA del IDIS, los factores que hacen atractiva para los baleares la sanidad privada son entre otros, según el IDIS (2014).

1. “La rapidez en ser atendido
2. El confort de las instalaciones
3. El trato personal
4. La información que recibe el paciente
5. La tecnología y medios de los que disponen
6. La señalización de las rutas y vías de acceso a los servicios en los centros
7. La facilidad para concertar una cita
8. La adaptación de las infraestructuras a personas con dificultades de acceso
9. El tiempo que tarda el médico en verle desde que pide la cita
10. El tiempo de espera para la realización de una operación quirúrgica”.

2.6 GASTO TOTAL

Como decíamos debemos tener en cuenta la diferencia entre el gasto total sanitario y el del Ibsalut: La diferencia la encontramos en las cantidades correspondientes a *gastos comunes* de la Conselleria “devengados”. Esta cuantía corresponde a gastos que no pertenecen ni al Ibsalut ni a las fundaciones sanitarias:

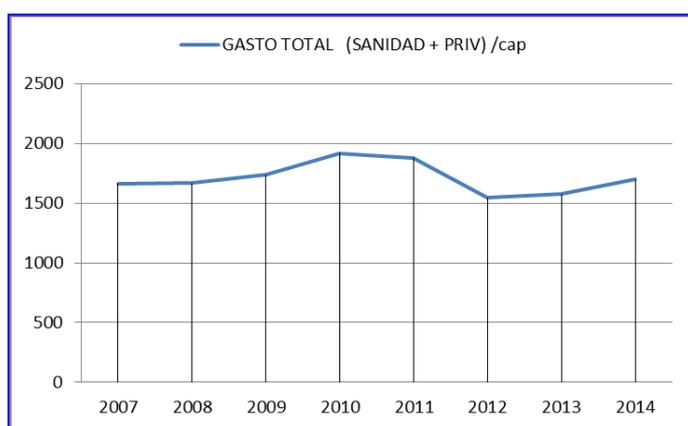
TABLA 42. ESTADÍSTICA GASTO SANITARIO PÚBLICO. SANIDAD E IBSALUT

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
EGSP / SANIDAD IB.	1.209.519.308	1.312.109.669	1.426.014.613	1.678.927.080	1.583.783.124	1.293.164.738	1.278.213.882	1.332.284.836
EGSP / IBSALUT	1.187.056.328	1.286.949.750	1.401.141.342	1.655.669.324	1.563.893.102	1.271.744.455	1.257.951.114	1.311.775.857
CONSELLERIA SANIDAD (COMÚN)	22.462.141	25.160.859	24.875.821	23.258.265	19.894.843	21.419.814	20.265.619	20.510.651

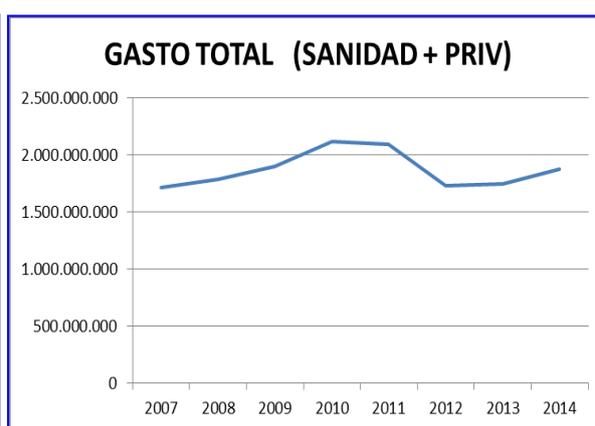
Si sumamos a estas cuantías el gasto privado tendremos el gasto en salud total balear:

TABLA 43. GASTO TOTAL, COMÚN. PRIVADO Y PÚBLICO. IBSALUT.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
CONSELLERIA (COMÚN)	22.462.141	25.160.859	24.875.821	23.258.265	19.894.843	21.419.814	20.265.619	20.510.651
GASTO PRIVADO	506.564.475	478.059.286	477.167.566	442.087.785	509.472.278	437.364.817	473.128.454	541.790.022
GASTO IBSALUT DEV.	1.187.056.328	1.286.949.750	1.401.141.342	1.655.669.324	1.563.893.102	1.271.744.455	1.257.951.114	1.311.775.857
GASTO TOTAL (SANIDAD + PRIVADO)	1.716.082.944	1.790.169.895	1.903.184.729	2.121.015.374	2.093.260.223	1.730.529.086	1.751.345.187	1.874.076.530
CONSELLERIA (COMÚN) / CAP.	22	23	23	21	18	19	18	19
GASTO PRIVADO /CAP.	492	446	436	400	458	391	426	491
GASTO IBSALUT DEV. / CAP.	1152	1200	1279	1497	1405	1136	1132	1189
GASTO TOTAL (SANIDAD + PRIVADO) /CAP.	1665	1669	1737	1918	1881	1546	1575	1698



Figuras 39 y 40. G. total sanidad /hab. y Gasto total sanidad



Fuente: CAIB / INE / IBESTAT

Y al fin obtenemos la representación del cálculo del **Gasto total**: Gasto privado y G. público. En el que computamos el Gasto del Ibsalut, el Gasto “común” sanitario y el G. privado (Fig. 40).

Teniendo en cuenta el gasto privado y el público los años con menos gasto sanitario fueron 2012 y 2013. El sector privado acortó el periodo de crisis sanitaria, pues compensó los peores años del sector público con más gasto. Como venimos comentando una gran cantidad de ciudadanos acude a la sanidad privada ahorrando así recursos sanitarios públicos al sistema.

2.6.1 AHORRO AL SISTEMA SANITARIO BALEAR

El mismo cálculo realizado para el gasto sanitario privado nos dará una aproximación del ahorro al sistema sanitario que realiza el sector privado con su actividad que, de no existir, lógicamente sería una carencia sanitaria y asistencial de las IB, que debería asumir el sistema público. La tendencia nos muestra que la crisis tuvo efectos negativos en el poder de compra de los ciudadanos, de servicios sanitarios privados.

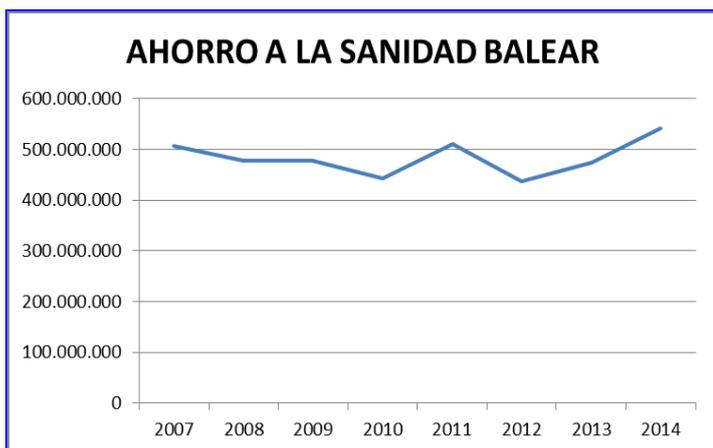


Figura 41. Ahorro a la sanidad balear F: INE / IBESTAT

2.7 DEUDA COMERCIAL SANITARIA (DCS)

En cuanto a la deuda sanitaria (DCS) en el periodo estudiado se generaron 570 millones de deuda acumulada (estos 8 años), deuda que sería mucho más alta si no se hubiera reducido en 402 mill. gracias al MEPP de 2012. En 2012, gracias al mecanismo de pago a proveedores, se saldaron deudas de suministros, farmacia y de transferencias corrientes. En el caso de farmacia se debían 72 millones que se saldaron en 2012. En el capítulo de transferencias corrientes, con un pago de 408.000.000, se saldó también la deuda. A final del año 2014, la deuda (DCS) generada en este periodo por estas diferencias era de 570.000.000 euros. Se dieron diferencias muy acusadas entre el gasto devengado y gasto liquidado. Estas son las causantes de deuda sanitaria (DCS). La (DCS) acumulada disminuye en 2012 gracias al crédito extraordinario con el que se liquidan parte de las deudas a proveedores, pero el siguiente año se imputa el débito por este mismo crédito; la deuda sigue creciendo: incrementan las deudas con entes públicos a LP y disminuye la deuda a proveedores (Figura 42).

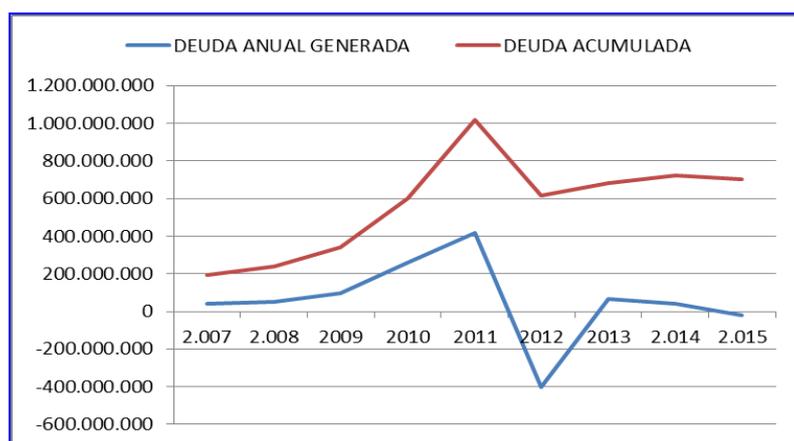


Figura 42. (DCS) Anual generada y (DCS) Acumulada. F: EGSP, CAIB - IBESTAT

2.7.1 DEUDA (DCS), AJUSTES Y CUENTA 409

En esta tesis hemos trabajado con 3 magnitudes de gasto: devengo, líquido y presupuestos. La cuenta 409 contiene el gasto no aplicado que junto con otros conceptos de gasto, conforman los ajustes totales del gasto liquidado (o real). En este periodo la cuantía de “Ajustes” es el equivalente a la diferencia entre el gasto liquidado y el devengado, teniendo en cuenta que las magnitudes no serán idénticas, ya que los ajustes se realizan sobre el presupuesto consolidado. En cambio, el gasto devengado y liquidado son cuantías del Ibsalut. Los AJUSTES son el resultado de la suma de:

AJUSTES

- A.01. Recaudación Incierta
 - A.02. BAC. Impuesto SFI / FS / FG
 - A.03. Intereses Deuda / Préstamos
 - A.04. Inv. Modo. Abono Total Precio
 - A.05. Inv. Realizadas Por Cuenta CA
 - A.06. Consolidación Transferencias AAPP
 - A.07. Venta de Acciones
 - A.08. Dividendos / Participación Beneficios
 - A.09. Fondo UE
 - A.10. Operaciones Permuta Financiera
 - A.11. Ejecución / Reintegro Avales
 - A.12. Aportaciones Capital a EEPP
 - A.13. Cancelación Deudas EEPP
 - A.14. Gastos Pendientes Aplicar (409)**
 - A.15. Otras Unidades Consideradas AAPP
 - A.16. Otros Ajustes
-

Los gastos no ejecutados se cargan a la 409, que es una cuenta no presupuestaria. En la tesis hemos calculado el desfase presupuestario como diferencia entre el devengo y el presupuesto. El devengo lo hemos obtenido de la estadística de gasto sanitario público (EGSP) publicada por el Ministerio.

El líquido (criterio de caja) o gasto real y los presupuestos los hemos obtenido de la CAIB, en el apartado de gasto de sistema sanitario. La cuenta 409 es una cuenta acumulativa que forma parte de los ajustes totales del gasto real. Los movimientos de deuda (DCS), (diferencia entre líquido y devengo), se mueven de igual manera que estos **ajustes**. El saldo total de estos ajustes vendrá dado también por la diferencia entre los capítulos (2, 4, 6) devengados y los capítulos (2, 4, 6) liquidados.

En el año 2013, a la cuenta de “Ajustes” se le ha restado 64 mill. correspondientes al concepto A06 (consolidación transferencias AAPP), ya que desvirtuaba el resultado. Los ajustes no coinciden exactamente con la generación de deuda (DCS), ya que estos ajustes son del presupuesto consolidado.

TABLA 44. DIFERENCIA ENTRE (AJUSTES - DEUDA). CUENTA 409

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
DIFERENCIA ENTRE (AJUSTES - DEUDA)	48.697.555	-34.878.299	-8.702.856	5.629.507	-23.715.848	-3.506.045
GENERACIÓN (DCS) SIST. SALUD IB (DEV - LIQ)	-74.302.445	-238.878.299	-395.702.856	423.629.507	-46.715.848	-19.528.155
AJUSTES DE PRES. CONSOLIDADO (409)	-123.000.000	-204.000.000	-387.000.000	418.000.000	-23.000.000	-16.022.110

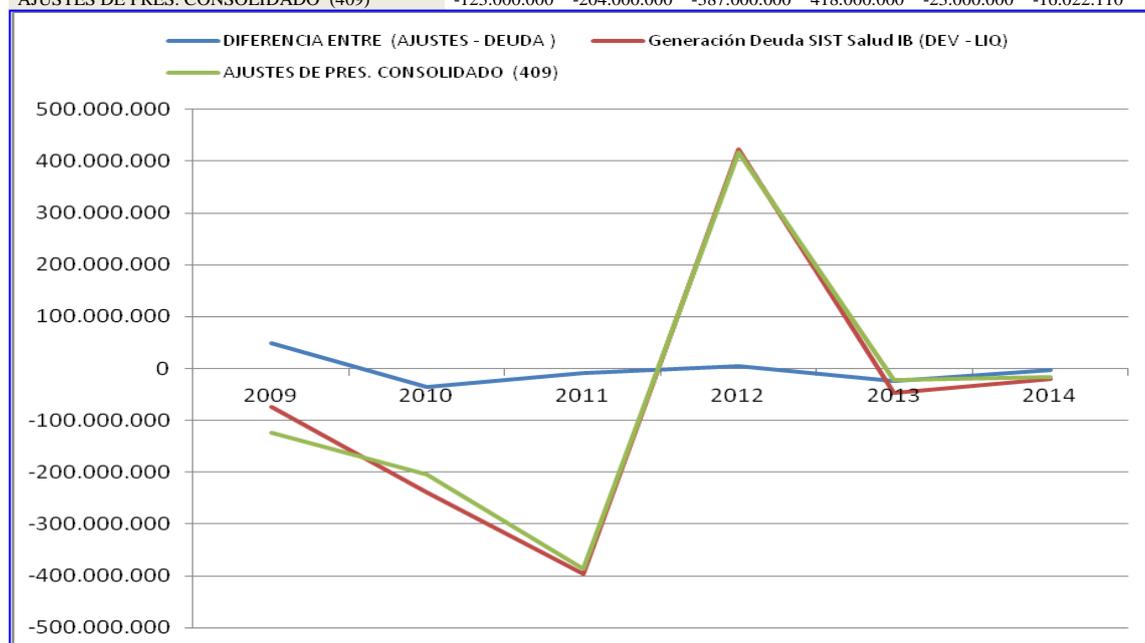


Figura 43. “Ajustes” del Presupuesto real y (DCS) anual.

FUENTE: CAIB, EGSP, IBESTAT

En la gráfica de ajustes totales (que contienen la cuantía de la cta. 409) superpuestos a la generación de deuda (DCS), evolucionan prácticamente de la misma manera, con puntuales diferencias puesto que los ajustes y la cta. 409 están calculados sobre el gasto **consolidado** (CAIB, ATIB, IBSALUT).

En 2012 la cuenta 409 contuvo cargos de:

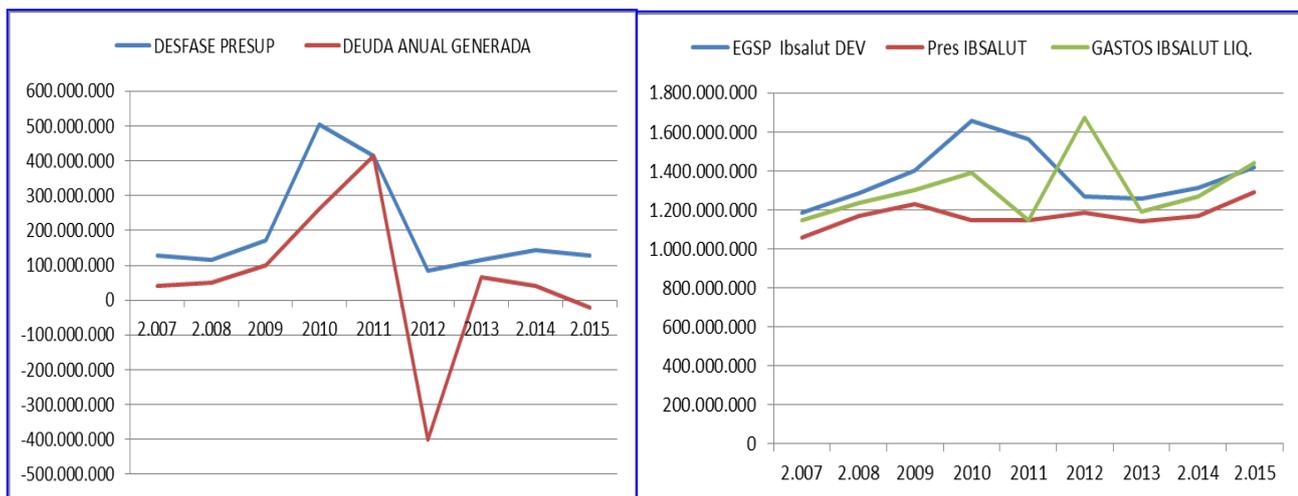
- Capítulo II: 244,40 millones (Suministros).
- Capítulo IV: 72,7 millones (Farmacia).

“dada la previsión de recibir el préstamo extraordinario del MEPP. Por ello en 2012 hay un saldo altamente positivo, lo que significa que se saldaron grandes deudas, ya que el gasto líquido fue muy superior al G. devengado”.

Según el Dictamen de la Sanidad Balear (2011, p. 100) la deuda acumulada del 2006 era de 152.528.000. Así que tomamos ese punto de partida.

TABLA 45. (DCS) ANUAL GENERADA. (DCS) ACUMULADA

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
EGSP IBSALUT DEV.	1.187.056.328	1.286.949.750	1.401.141.342	1.655.669.324	1.563.893.102	1.271.744.455	1.257.951.114	1.311.775.857	1.419.657.212
PRES. IBSALUT	1.060.177.603	1.169.892.280	1.229.309.750	1.149.887.611	1.149.887.611	1.187.537.199	1.141.163.338	1.168.000.000	1.290.372.427
G. IBSALUT LIQ.	1.147.533.894	1.238.205.974	1.301.963.076	1.393.532.760	1.148.295.403	1.673.954.148	1.190.969.647	1.271.737.051	1.439.421.186
DESFASE PRESUP.	126.878.725	117.057.470	171.831.592	505.781.713	414.005.491	84.207.256	116.787.776	143.775.857	129.284.785
(DCS) ANUAL GENERADA	39.522.434	48.743.776	99.178.266	262.136.564	415.597.700	-402.209.693	66.981.467	40.038.806	-19.763.974
(DCS) ACUMULADA	192.050.434	240.794.210	339.972.476	602.109.040	1.017.706.740	615.497.048	682.478.515	722.517.320	702.753.346



Figuras 44 y 45. Desfase Presup. y (DCS) sanitaria. G. Devengo, Líquido y Presupuesto. F: DICTAMEN SANITARIO 2011. SINDICATURA. CAIB 2013. IBESTAT. EGSP

Estos desfases entre gasto liquidado y devengado arrojan una cantidad de 521 eur/hab. que corresponde a la deuda sanitaria (DCS) generada los 8 años estudiados según los desfases entre devengo y liquidación que se han ido saldando. Fue de 570 mill. la deuda sanitaria (DCS) generada por el desfase entre obligaciones y liquidaciones estos 8 años. La deuda creció en gran cantidad el 2011, pues durante los planes de contención se “bloquearon” muchos pagos. El 2012 decreció a 615 millones pues se liquidaron cuantías importantes con el crédito extraordinario (MEPP).

2.8 GASTO CONSOLIDADO

Para hallar el gasto consolidado de salud, (sin tener ahora en cuenta el gasto privado) debemos contemplar unos nuevos valores: debemos tener en cuenta las magnitudes correspondientes a la aportación al gasto de la:

1. Administración Central, 2. Seguridad Social, 3. Mutualidades de Funcionarios, 4. Corporaciones Locales.

TABLA 46. GASTO CONSOLIDADO / HAB.

APORTACIÓN / HAB.	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
ADMINISTRACIÓN CENTRAL	19,91	20,15	26,04	19,26	17,61	15,36	14,78	12,44
SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL	40,09	39,43	34,76	35,99	34,12	30,35	30,61	31,61
MUTUALIDADES DE FUNCIONARIOS	41,03	42,72	43,93	44,15	44,18	44,31	45,22	44,96
CORPORACIONES LOCALES	23,88	25,00	27,33	21,44	19,39	16,69	14,72	14,03
EGSP/HAB. DEV. IB	1174	1223	1302	1518	1423	1155	1150	1207
G. CONSOLID. DEV./HAB. IB	1298,91	1350,30	1434,07	1638,85	1538,30	1261,71	1255,34	1310,04
G. TERRITOR. DEV./HAB. IB	1217,79	1268,15	1355,37	1558,71	1460,00	1187,05	1179,51	1233,47

GASTO TERRITORIALIZADO: El gasto territorializado incluye el gasto realizado por la comunidad autónoma, el gasto de las corporaciones locales y el gasto del Estado. En el gasto territorializado no se computa el gasto de sistema de seguridad social ni las mutualidades de funcionarios, según Abellán (2013). (Fig. 46). José María Abellán fue el Presidente de la (AES) Asociación de Economía de la Salud.

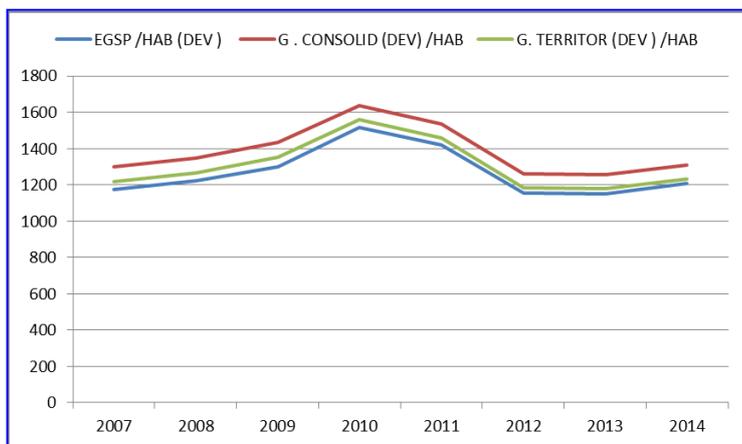


Figura 46. G. Consolidado y territorializado. Fuente INE, MSSSI, EGSP

TABLA 47. DATOS AGREGADOS

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
ADMINISTRACIÓN CENTRAL	20.522.598	21.620.593	28.525.811	21.306.384	19.599.942	17.193.983	16.435.774	13.730.700
SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL	41.316.078	42.304.728	38.080.189	39.801.366	37.978.279	33.970.415	34.030.873	34.879.752
MUTUALIDADES DE FUNCIONARIOS	42.291.532	45.836.727	48.126.908	48.835.627	49.177.000	49.605.744	50.270.399	49.605.574
CORPORACIONES LOCALES	24.612.068	26.816.322	29.934.644	23.718.374	21.583.666	18.684.190	16.365.955	15.478.887
EGSP (IB) DEV.	1.209.518.000	1.312.111.000	1.426.017.000	1.678.928.000	1.583.788.000	1.293.164.000	1.278.217.000	1.332.287.000
G. CONSOLID. DEV. (IB)	1.338.262.282	1.448.691.378	1.570.686.561	1.812.591.760	1.712.128.898	1.412.620.343	1.395.322.013	1.445.983.927
G. TERRITORIALIZADO (IB)	1.254.652.665	1.360.547.916	1.484.477.455	1.723.952.757	1.624.971.608	1.329.042.173	1.311.018.728	1.361.496.587
G. CONSOLIDADO DEV. / HAB.	1298,5	1350,3	1433,9	1638,8	1538,1	1261,9	1255,2	1310,4
G. TERRITOR. DEV. / HAB.	1217,3	1268,2	1355,2	1558,7	1459,8	1187,2	1179,3	1233,9

Como decíamos, el gasto total consolidado incluye las aportaciones del Estado, de las CC.LL, de la seguridad social y de las mutualidades de funcionarios. Cerca del 95% del gasto total consolidado lo soporta el gasto ya calculado de la comunidad autónoma.

También analizaremos la evolución del GASTO según su función (AP y AE) y los efectos de las políticas implementadas. Por ej. en las Figuras 47, 48 vemos que el gasto líquido incrementa en 2012 gracias a los pagos del MEPP.

TABLA 48. ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN SALUD

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
AT. ESPECIALIZADA DEV.	708478000	799933000	880437000	995135000	1015838000	829734000	816590000	876184000
AT. ESPECIALIZADA LIQ.	735164604	783719265	808209399	925645045	724103048	1160908782	699991501	719714000

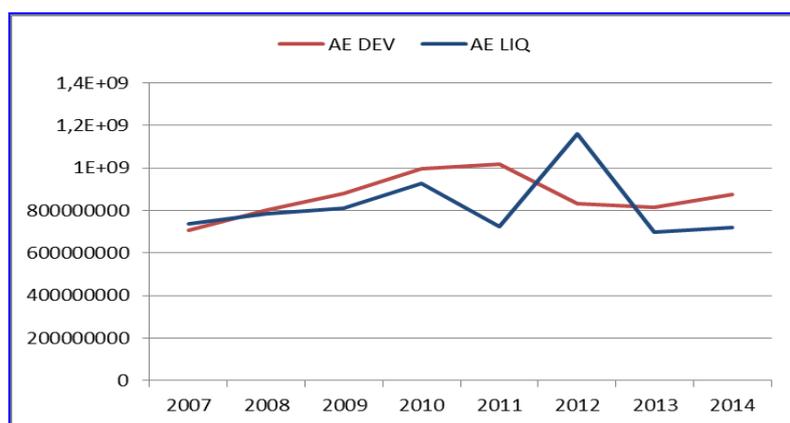


Figura 47. Evolución del Gasto liq. y devengado de At. Especializada. F: CAIB Y EGSP

ATENCIÓN ESPECIALIZADA: Es la partida más cuantiosa del sistema sanitario (Figura 47). Su tendencia fue creciente en el periodo estudiado.

ATENCIÓN PRIMARIA: Veremos que sus recursos disminuyeron a lo largo del período.

TABLA 49. GASTO ATENCIÓN PRIMARIA. LIQUIDADO

ATENCIÓN PRIMARIA	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
	354.161.292	390.596.093	419.187.057	398.396.412	363.712.252	457.205.146	327.458.263	347.210.000

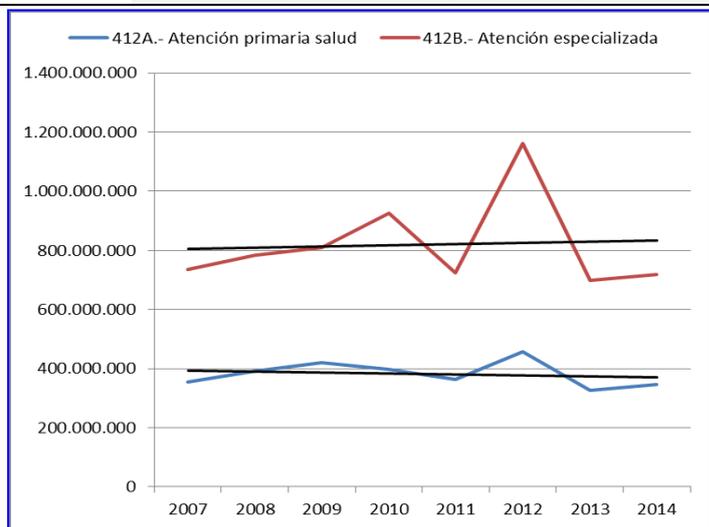
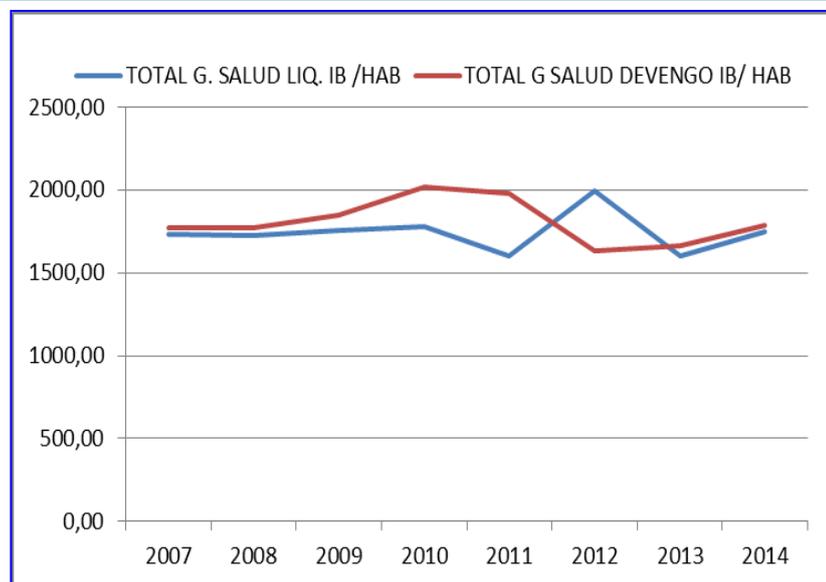


Figura 48. Gasto atención especializada y primaria (G. liquidado) Fuente: Web finances.caib

Y al fin tenemos todos los datos para hallar el total del gasto en salud. Sumaremos todos los escalones de gasto en DOS cuadros: en uno operamos con los gastos sanitarios autonómicos liquidados, con criterio de caja, y en el otro computamos las cantidades de EGSP devengadas. A parte, también añadimos el gasto privado calculado anteriormente.

TABLA 50. TOTAL GASTO CONSOLIDADO / HAB. (LÍQUIDO Y DEVENGADO)

CRITERIO CAJA	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	
Administración Central	19,91	20,15	26,04	19,26	17,61	15,36	14,78	12,44	
Sistema Seguridad Social	40,09	39,43	34,76	35,99	34,12	30,35	30,61	31,61	
Mutualidad de Funcionarios	41,03	42,72	43,93	44,15	44,18	44,31	45,22	44,96	
Corporaciones Locales	23,88	25,00	27,33	21,44	19,39	16,69	14,72	14,03	
Gasto IBSALUT LIQ. / Cap.	1113,41	1154,13	1188,54	1259,92	1031,61	1495,35	1071,33	1152,52	
Gasto Privado / Cap.	491,50	445,60	435,60	399,70	457,70	390,70	425,60	491,00	
Gasto TOTAL	1729,82	1727,03	1756,20	1780,46	1604,61	1992,76	1602,26	1746,56	
CRITERIO DEVENGO	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	
Administración Central	19,91	20,15	26,04	19,26	17,61	15,36	14,78	12,44	
Sistema de Seguridad Social	40,09	39,43	34,76	35,99	34,12	30,35	30,61	31,61	
Mutualidad de Funcionarios	41,03	42,72	43,93	44,15	44,18	44,31	45,22	44,96	
Corporaciones Locales	23,88	25,00	27,33	21,44	19,39	16,69	14,72	14,03	
EGSP / Cap.	1151,76	1199,57	1279,08	1496,92	1404,97	1136,06	1131,00	1188,80	
Gasto Privado / Cap.	491,50	445,60	435,60	399,70	457,70	390,70	425,60	491,00	
Gasto TOTAL	1768,17	1772,47	1846,74	2017,46	1977,97	1633,47	1661,93	1782,84	
TOTAL G. SALUD LIQ. IB/HAB.	1729,82	1727,03	1756,20	1780,46	1604,61	1992,76	1602,26	1746,56	13.940
TOTAL G. SALUD DEV. IB/HAB.	1768,17	1772,47	1846,74	2017,46	1977,97	1633,47	1661,93	1782,84	14.461



(DCS) / HAB EN 8 AÑOS	521
(DCS) EN 8 AÑOS	570.353.654

Figura 49: Evolución gasto salud (EGSP) y G. liquidado (CAIB)

Hemos añadido todos los escalones de gasto (Figura 49) superponiendo el gasto liquidado al devengado. Como ya habíamos calculado anteriormente, la diferencia entre las 2 filas agregadas es de (+/-) 521 eur/hab, que corresponde a la DCS / hab. generada por las diferencias entre el devengo y el gasto liquidado en todo el periodo. Equivale a una DCS media de 65 euros / hab. / año, en estos 8 años.

2.9 INGRESOS

Hoy día en España utilizamos el modelo de Sistema Nacional de Salud (SNS) creado por la LGS 14/1986 de 25 de abril, y financiado por impuestos. Como ya hemos dicho nuestro sistema es del tipo Beveridge (como en Reino Unido) en el que la recaudación tributaria es responsabilidad del Estado, y éste distribuye los recursos según el modelo de financiación vigente. Según el Ministerio de Hacienda y F. Pública la Ley 22/2009 de 18 de diciembre regula el sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común. Los recursos son, según el Sistema de Financiación de CCAA del Ministerio de Hacienda y Función Pública, en <http://www.minhap.gob.es>.

- **“Los tributos cedidos, (capacidad tributaria de las Comunidades Autónomas).**
 - Recaudación del ITPAJD, del Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones.
 - Recaudación del Impuesto sobre las Ventas Minoristas.
 - La Tarifa autonómica del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (50%).
 - Cesión del 50% de la recaudación líquida por Impuesto sobre el Valor Añadido.
 - Cesión del 58% de la recaudación líquida por los Impuestos Especiales.
 - Cesión del 100% de la recaudación líquida por el Impuesto sobre la Electricidad.

- **Fondo de Garantía de Servicios Públicos Fundamentales.**
 - Según población, superficie, dispersión, edad, pirámide de población.

- **El Fondo de Suficiencia Global: que cierra el sistema.**
 - Los Fondos de Convergencia.
 - El Fondo de Competitividad (desincentiva la competencia fiscal).
 - El Fondo de Cooperación (equilibra y armoniza el desarrollo regional).

Estos fondos, aportados por el Estado, tienen como objetivo aproximar a las Comunidades Autónomas en términos de financiación”.

Este modelo de financiación no contemplaba la actualización de los padrones desde el año 1999 (ley 21/2001 de 27 de diciembre) y la población balear había crecido enormemente desde entonces.

(Sistema de financiación que se derogó en parte por la Ley 22/2009, de 18 de diciembre, que reguló el (nuevo) sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía y modificó determinadas normas tributarias).

Para compensar la falta de liquidez se llevaron a cabo, entre otras, las siguientes medidas:

1. Fondo de garantía asistencial (art. 3, RDL 16/2012, de 20 de abril).
2. Medidas de ahorro y contención gasto de personal, de gasto corriente y de ahorro en el sector público. Se ahorraron 536 millones de euros. Plan económico-financiero de reequilibrio (2011).

TABLA 51. INGRESOS Y GASTOS. IBSALUT

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
INGRESOS IBSALUT	1131940284	1243258959	1308234595	1411218611	917371337	1764904959	1199719812
GASTOS IBSALUT	1147533894	1238205974	1301963076	1391657760	1146420403	1672079148	1188787943

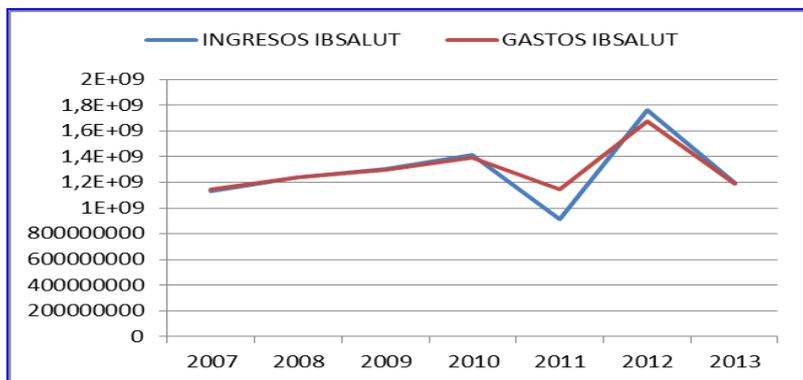


Figura 50. Ingresos y gastos liq. IBSALUT. CAIB. F: Presup. liquidados CAIB. IBESTAT

INGRESOS: el crédito extraordinario (MEPP) de 2012 permitió sobrepasar a los gastos del ejercicio y así liquidar parte de la deuda acumulada con proveedores y demás acreedores. Un año antes, en 2011 disminuyeron mucho los ingresos (fueron menores que los gastos líquidos) y se creó gran cantidad de deuda (DCS), dada la imposibilidad de pagar a proveedores.

Los ingresos de la CAIB cayeron de manera generalizada; no sólo cayó la recaudación de tributos autonómicos, también lo hizo la recaudación de impuestos estatales. Aun así, hemos visto como la dinámica del gasto en salud era exponencialmente expansiva (Punto 1.2.1).

La financiación de la sanidad y su alcance, depende de las decisiones de los administradores autonómicos. Las comunidades autónomas deciden si dedican el presupuesto a hospitales, escuelas, televisión autonómica, observatorios, promoción de un idioma. No existe una partida finalista en este sentido. **El estado reparte lo recaudado con impuestos y las comunidades gastan en lo que consideran prioritario. Decimos, en este sentido, que la educación y la sanidad forman parte de la “financiación incondicionada” (recursos no finalistas).**

Con todo ello se financian nuestros servicios sanitarios: una cartera de servicios “común” (de mínimos), y la cartera complementaria y suplementaria. En las 2 últimas encontramos diferencias entre las prestaciones que ofrecen las diferentes CCAA, fruto de decisiones también autonómicas.

Por todo ello, podemos aseverar que la tan utilizada expresión “*Madrid me mata*” no ha lugar ni se corresponde con la realidad, pues no existe partida ni gasto que no sea fruto de una decisión autonómica.

Cosa distinta es que una CA en cuestión pueda considerar que su financiación total, o la totalidad de sus recursos, sean insuficientes para el desarrollo de sus políticas de gasto y de inversión. En cualquier caso es una problemática de ámbito autonómico y estatal, pero no competencial.

Los recursos de las CCAA son limitados y por supuesto susceptibles de toda crítica y exigencia, y sus gestores deben anhelar incrementarlos. Pero en su conjunto, los gestores autonómicos son responsables del reparto de sus recursos entre sus servicios públicos.

Este tipo de financiación obedece a los artículos 156, 157 y 158 de la CE: “Las comunidades autónomas gozarán de autonomía financiera para el desarrollo y ejecución de sus competencias con arreglo a los principios de coordinación con la Hacienda estatal y de solidaridad entre todos los españoles” (art. 156.1 CE).

Fuentes de financiación son:

- Impuestos cedidos estatales.
- Impuestos autonómicos.
- Rendimientos patrimoniales.
- Ingresos.

2.10 DATOS DE DEUDA PÚBLICA

Obviamente la crisis económica afectó a los ingresos públicos, y ralentizó el pago a los proveedores. Los ingresos autónomos tributarios tenían una tendencia negativa, y no eran suficientes. Se tuvo que acudir a dicho mecanismo extraordinario de pago a proveedores. El 2012 y el 2014 se incrementa la deuda pública total de la CAIB de manera importante. El 2012, el incremento de deuda contiene el crédito extraordinario para el pago a proveedores.

TABLA 52. DEUDA PÚBLICA

	IB	Población	Deuda/ Cap.	Deuda PUBL.	Incremento Anual DEUDA PUBL.
	2007	1.030.650	1.744,80	1.798.278.120	
	2008	1.072.844	2.262,20	2.426.987.697	628.709.577
	2009	1.095.426	2.987,90	3.273.023.345	846.035.649
	2010	1.106.049	3.738,53	4.134.997.368	861.974.023
	2011	1.113.114	3.981,62	4.431.996.965	296.999.597
	2012	1.119.439	5.159,73	5.776.002.991	1.344.006.027
	2013	1.111.674	5.924,40	6.586.001.446	809.998.454
	2014	1.103.442	7.045,23	7.774.002.682	1.188.001.236

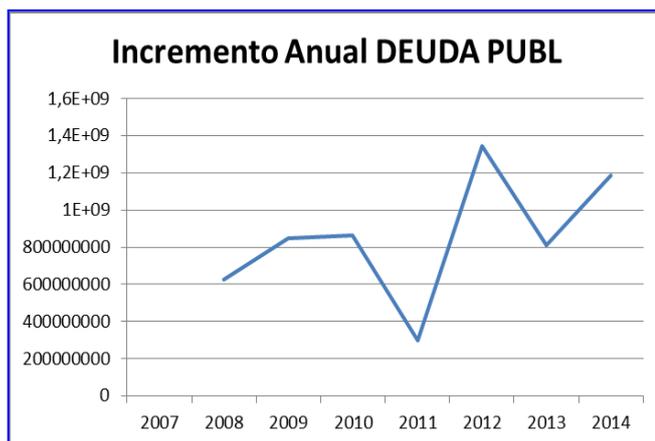


Figura 51. Incremento anual deuda pública/ hab. (IB). Fuente: INE

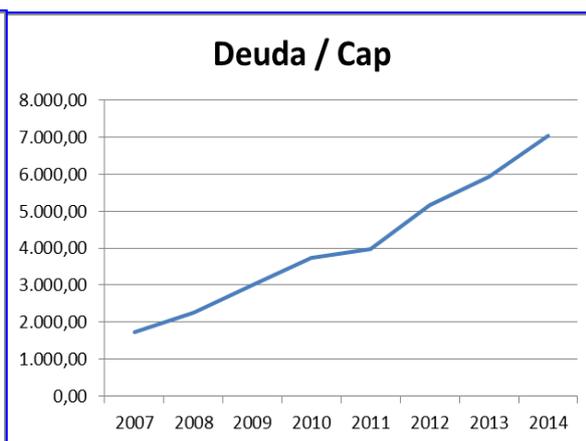


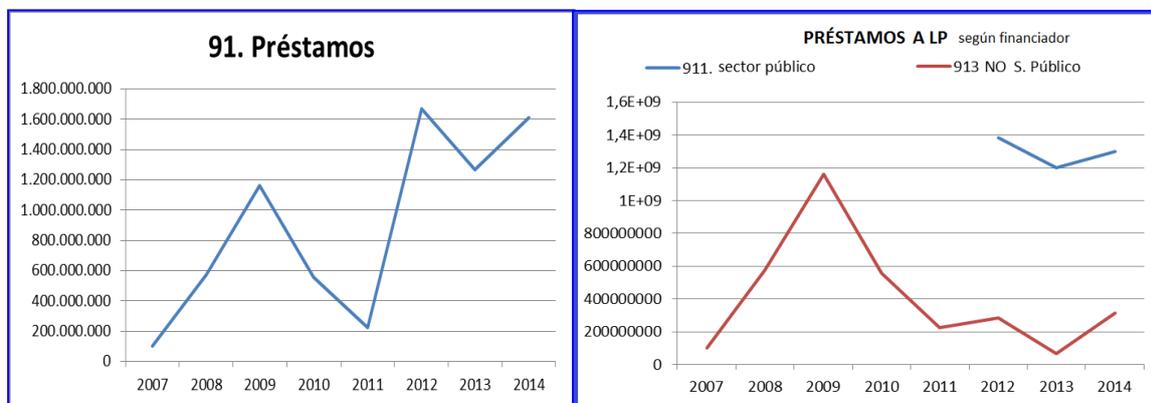
Figura 52. Deuda pública / cap. (IB) Fuente: INE

El año 2011 el incremento fue menor por las medidas de contención de gasto (Figura 51).

El gran incremento anual de deuda de los años (2012, 2013, 2014) corresponde a los préstamos recibidos de entes del **SECTOR PÚBLICO**, en estos 3 años (Figura 54).

TABLA 53. PRÉSTAMOS CAIB

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
91. Préstamos	98.720.539	574.532.351	1.160.084.462	555.351.655	224.500.000	1.668.784.184	1.268.173.632	1.610.949.000
911. L/P del Sector Público						1.384.038.802	1.201.507.946	1.299.245.000
913. L/P NO Sector Público	98.720.539	574.532.351	1.160.084.462	555.351.655	224.500.000	284.745.383	66.665.686	311.704.000
Deuda Pública	1.798.278.120	2.426.987.697	3.273.023.345	4.134.997.368	4.431.996.965	5.776.002.991	6.586.001.446	7.774.002.682
Incremento Anual DEUDA PÚBLICA		628.709.577	846.035.649	861.974.023	296.999.597	1.344.006.027	809.998.454	1.188.001.236



Figuras 53 y 54: Préstamos (financiación) de la CAIB y préstamos según financiador (S. público / S. privado) F: CAIB

La deuda pública pasó de 4,4 mill. a 7,7 mill. en 2014 por estos 3 créditos (de 2011 a 2014). (Concepto 911). El crédito del 2012 contiene la suma del M.E.P.P.

2.11 ASISTENCIA SANITARIA CON MEDIOS AJENOS DURANTE LA CRISIS

“La actividad asistencial sanitaria concertada por el IBSALUT se basa en la necesidad de atender con dispositivos sanitarios ajenos la demanda asistencial sanitaria que no se puede cubrir con los medios y recursos públicos” según la Sindicatura de Comptes (2012, p. 15).

La **Asistencia sanitaria con medios ajenos** es un sistema de producción privada de servicios sanitarios con financiación pública (no suele denominarse así, por determinadas reticencias ideológico-políticas).

Se dio una gran concertación de servicios de hemodiálisis y de servicios de transporte (Fig. 57, 58). Se creó la red hospitalaria, los convenios singulares y los conciertos con entidades privadas. Todo ello permitió que no se comprometiera el sistema. En 2013 se creó dicha **Red Hospitalaria Pública** (DL 3/2013 de 14 de junio). Esta Red permitió integrar hospitales privados sin ánimo de lucro en el Sistema sanitario de las Islas Baleares, mediante los denominados “convenios singulares”. Para darse esta posibilidad la entidad en cuestión no debía poseer ánimo de lucro y debía contar con la homologación pertinente y las condiciones técnicas necesarias. Estas deberían ser solventes y estar al día de sus obligaciones fiscales.

San Juan de Dios, un hospital privado sin ánimo de lucro, pertenece a la Red Hospitalaria Pública. La Conselleria de Salut firmó un convenio con este hospital para determinadas prestaciones sanitarias como la derivación de estancias hospitalarias, determinados procesos quirúrgicos, consultas externas, pruebas complementarias y sesiones de rehabilitación. El régimen de personal seguiría siendo privado.

El Servicio de Salud suscribió también un similar “convenio singular” con el **Hospital Cruz Roja** para la prestación de asistencia sanitaria, pasando a formar parte de la Red Hospitalaria Pública de Baleares. El convenio se firmó en 2013, para 5 años. **El Hospital Virgen de la Salud**, que está integrado en la estructura administrativa de Son Espases, es un centro con quirófanos para pacientes de cirugía mayor ambulatoria.

El 2013 cambió la estructura del Ibsalut en cuanto a conciertos se refiere, integrándose los citados 4 entes concertados, en la estructura del Ibsalut. Tras la integración, estas entidades pasarían a formar parte del Ibsalut (2013): Hospital Son Llätzer, Hospital de Manacor, Hospital Comarcal de Inca y GESMA.

Principales servicios sanitarios concertados:

1. Prácticamente una cuarta parte de los servicios de hemodiálisis se realizan por medio de concertos con el sector privado.
2. Son muy relevantes los convenios con el Hospital Sant Joan de Déu y el Hospital Cruz Roja Española.
3. El contrato de resonancias magnéticas nucleares con Ibclinic.
4. Las densitometrías de Área de Salud de Menorca y las resonancias magnéticas contratados con la Clínica Salus Menorca.
5. La Diálisis peritoneal de Son Espases y de Menorca.

Tablas 54-55: En 2013 disminuyó en gran cuantía el concepto pres. (25), pues con la integración, el coste de los “4 entes” dejó de aplicarse a este concepto para pasar a diluirse en todas las partidas del Ibsalut.

TABLA 54.
SERVICIOS CONCERTADOS

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
25200.-Servicios Concertados con instituciones atención especializada.	2.562.418,20	3.122.841,00	4.534.420,94	33.573.898,13	25.852.340,94	29.957.853,74	23.120.310,60
25201.- Serv. asistencial GESMA	40.796.175,70	45.228.827,00	44.634.525,54	42.352.482,76	43.999.591,95	41.336.865,59	IBSALUT
25203.- Serv. asistencial H. Manacor	66.856.540,96	69.081.187,78	68.241.730,00	59.848.061,96	54.751.730,06	67.222.569,84	IBSALUT
25204.- Serv. asistencial H. Son Llatzer	123.907.567,00	125.378.266,16	132.275.396,23	114.044.300,62	99.675.045,26	117.058.644,93	IBSALUT
25218.- Serv. asistencial H. Comarcal de Inca	33.299.999,96	41.934.088,45	44.360.213,00	44.473.000	40.632.193,73	45.417.358,11	IBSALUT

TABLA 55.
PROGRAMAS. MEDIOS AJENOS

25.- ASIST. SANITARIA MEDIOS AJENOS (COSTE TOTAL LIQ.)	317.760.694	339.436.522	351.993.378	337.746.398	348.683.066	402.132.225	120.766.212
251.- Conciertos AP	289.906	549.149	608.668	899.962	964.874	1.229.601	1.066.034
252.- Conciertos AE	288.742.751	309.511.301	319.951.710	294.949.696	264.910.902	300.993.292	23.120.311
253.- Conciertos programa especial hemodiálisis	2.374.731	2.170.073	2.562.038	1.623.154	3.423.634	4.492.757	5.812.228
254.- Conciertos diagnosis, tratam. y terapias	5.938.885	5.414.250	5.218.369	6.833.993	6.157.377	9.544.840	8.525.735
255.- Conciertos programa especial de transporte	20.161.525	21.637.203	23.508.414	24.817.800	24.401.300	25.994.427	28.455.191
259.- Otros Serv. Asistencia Sanitaria	252.897	154.547	144.179	8.621.793	48.824.979	59.877.308	53.782.915

Las tablas 54 y 55 nos muestran la nueva distribución del gasto sanitario con medios ajenos tras la integración de los “4 entes” (2013) en el IBSALUT.

- En 2012 incrementó el gasto liq. de todas las partidas con el M.E.P.P.
- Con la integración (2013) en el IBSALUT, de los 4 entes, obviamente disminuyó el concepto 25 (Figura 56).
- Dado el cambio de estructura de concertación incrementó la partida de asistencia sanitaria concertada (concepto 259).
- El gasto en concertación de servicios de diagnóstico y tratamiento creció también considerablemente a partir de 2012.
- De importancia creciente fueron los contratos de servicios de hemodiálisis (Figura 57).
- La Figura 58 muestra cómo se concerta crecientemente el transporte sanitario.

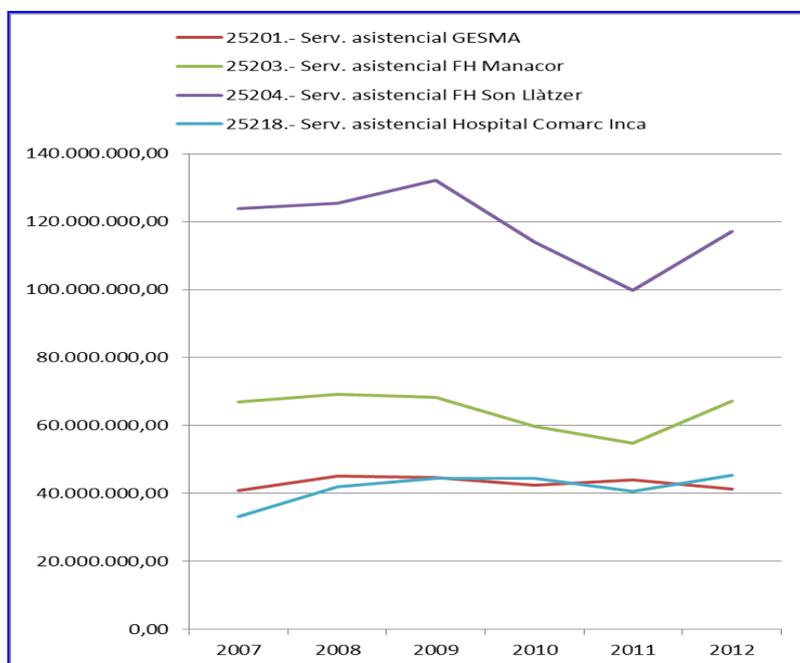


Figura 55. Gasto servicios concertados con Instituciones. Fuente: Web finances.caib. IBESTAT

- Figura 55. Evolución del gasto liq. de las 4 entidades que se integraron en 2013 en el IBSALUT. Éstas dejaron de pertenecer a servicios concertados considerados presupuestariamente como medios ajenos, para pasar a formar parte del IBSALUT.

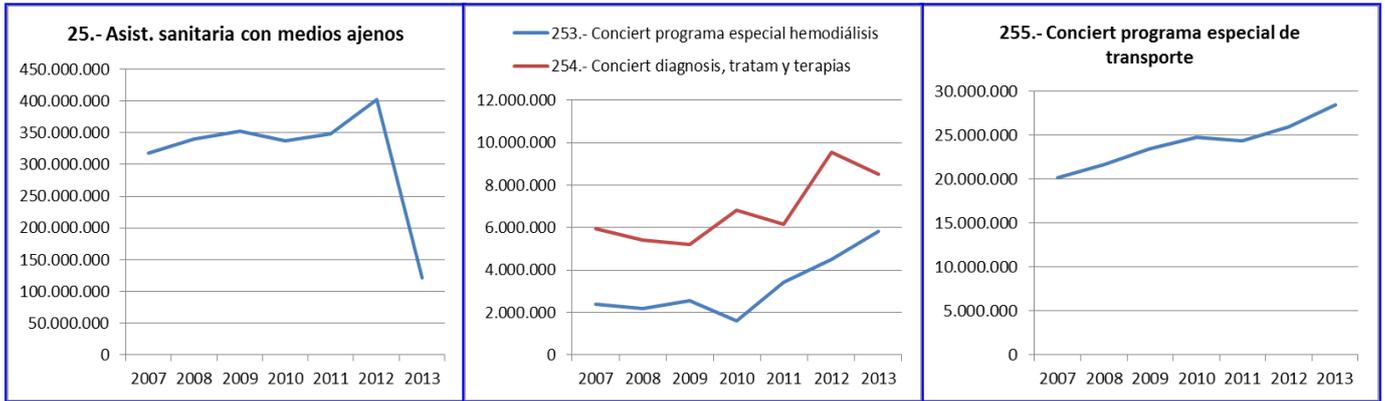


Figura 56. Servicios sanitarios con medios ajenos.
Fuente: Web finances.caib. IBESTAT. (presupuestos liquidados)

Figura 57. Conciertos hemodiálisis. IBSALUT

Figura 58. Conciertos transporte urgente.

TABLA 56. GASTO CONCIERTOS. DEVENGADO. IB. (EGSP)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
G. CONCIERTOS DEV. IB (EGSP)	53.703.855	55.683.053	61.021.160	65.564.287	85.507.734	128.232.475	116.668.914	123.164.393	155.817.873	145.018.762

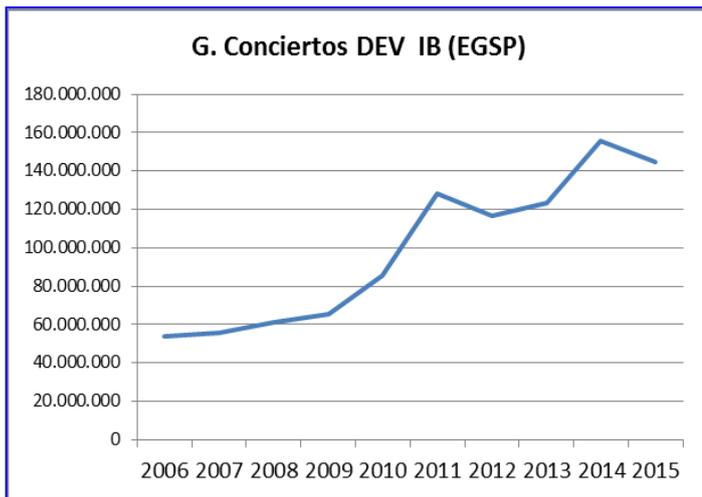


Figura 58b. Gasto en concertación devengada (sin 4 entes) F: EGSP

Sin tener en cuenta los 4 entes, el gasto en concertación de servicios sanitarios con medios ajenos fue creciente todo el periodo, exceptuando el año 2012, dadas las medidas racionalizadoras de gasto. (Fig. 58b).

Según el Informe de la Cuenta General de la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares, en los años 2012 y 2013, dada la nueva estructura del Ibsalut, se firmaron varios conciertos para servicios de **hemodiálisis y resonancias magnéticas nucleares**, entre otras. (Fig. 57). Las compañías a tal efecto fueron las siguientes:

- Agrupación Médica Balear, SA (Policlínica Miramar).
- Air Products Sud Europa, SL.
- Alliance Medical Diagnósticos, SL.
- Fresenius Medical Care España, SA.
- Air Products Sud Europa, SL.
- Centre Mèdic de Medicina Avançada, SL.
- Baxter, SL.
- Air Products Sud Europa, SL.
- Ibiclinic, SL.
- Nefdial, SL.
- Clínica Salud Menorca, SL.

Por otro lado y dadas las necesidades coyunturales a consecuencia del **traslado al Hospital de Son Espases** (2011), se concertaron servicios médicos con las siguientes compañías (Fig. 58b).

- Sanitaria Balear, SA (Clínica Rotger).
- Agrupación Médica Balear, SA (Policlínica Miramar).
- Hospital General de Muro, SL.
- USP Baleares (Clínica Palmaplanas).
- Ruber Internacional.
- Instituto Valenciano de Oncología.
- Institut Clínic Manacor (Laser Clínic).
- Instituto Balear de Oftalmología.
- Radiocirugía San Francisco de Asís.
- TAC Gabinete Dr. Rovira, SL.
- Gabinete Radiológico Dr. Rovira, SL.
- Clínica Salus Menorca, SL.
- Clinic Balear, SL.
- Centro Ocular Oftalmedic, SL.
- Centro de Especialidades Médicas Lluçmajor, SL.
- Altemeba, SA.
- Margarita González Barbosa.
- Mutua Balear.

COMPOSICIÓN PRESUPUESTARIA DEL GASTO SANITARIO POR CONCEPTOS (DE MEDIOS AJENOS).
(Ver tablas 54, 55).

Los siguientes conceptos presupuestarios corresponden a la tabla de gasto liquidado de concertación y subcontratación de servicios sanitarios, cuya evolución se analiza en el **PUNTO 3.4.**

<p>251.- CONCIERTOS CON INSTIT. DE AP 25100 Servicios concertados instituciones AP 25101 Servicios concertados para prevención del cáncer de mama 25102 Servicios concertados para PADI</p>	<p>254.- CONCIERTOS CON INSTITUCIONES DE DIAGNOSTICO, TRATAMIENTOS, ETC 25400 Conciertos para litotricias renales extracor. 25403 Servicios asistenciales. Clínica Femenia ,GRIP 25404 Servicios asistenciales. Clínica Palma 25405 Servicios asistenciales. Medi sub cámara hiperbárica 25406 Servicios concertados de terapias respirat. 25413 Servicios asistenciales. Oxigenoterapia 25414 Servicios asistenciales. Aerosol terapia 25408 Servicios concertados de resonancia magnética nuclear 25409 Otras técnicas de diagnóstico por imagen 25410 Servicios concertados rehabilitación neurorefl. 25411 Servicios asistenciales Fundación Kovacs 25700 Otros servicios concertados 25900 Otros servicios de asistencia sanitaria</p>
<p>252.- CONCIERTOS CON INSTIT. DE AE 25200 Conciertos con instituciones de atención esp 25205 Servicios asistenciales. Sant Joan de Déu 25206 Servicios asistenciales. Hospital Cruz Roja Española 25207 Servicios asistenciales. Policlínica Ntra. Sra. del Roser 25209 Servicios asistenciales. Policlínica Ntra. Sra. del Roser, lista de espera 25210 Servicios asistenciales. Policlínica Ntra. Sra. del Roser, hemodinámica 25212 Servicios asistenciales. Clínica Rotger cirugía cardíaca 25216 Servicios asistenciales. Clínica Palma</p> <p>Servicios asistenciales sanitarios con centros privados 25201 Servicios asistenciales GESMA 25203 Servicios asistenciales FH Manacor 25204 Servicios asistenciales FH Son Llatzer 25218 Servicios asistenciales. Hospital Comarcal de Inca</p>	<p>255.- CONCIERTOS CON INSTIT. TRANSPORTE Servicios asistenciales con entidades públicas 25500 Conciertos para el transporte sanitario terrestre. 25501 Conciertos para el transporte sanitario aéreo</p>
<p>253.- CONCIERTOS CON INSTIT. hemodiálisis 25300 Conciertos para programas especiales de hemodiálisis 25301 Club diálisis</p>	

TABLA 57. HOSPITALES CONCERTADOS

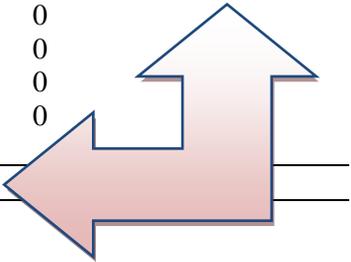
	2011	2012	TRANSFERIDO A	2013	2014
25203.- Serv. Asist. H. Manacor	54.751.730	67.222.570	607.- Hospital Manacor	61.784.504	57.966.818
25204.- Serv. Asist. H. Son Llatzer	99.675.045	117.058.645	606.- Hospital Univ. Son Llatzer	122.397.015	120.589.207
25218.- Serv. Asist. Hospital Inca	40.632.194	45.417.358	608.- Hospital comarcal Inca	46.408.035	46.546.850

Estos 3 hospitales (concertados hasta 2012) en 2013 pasaron a tener una partida propia de gasto del Ibsalut, cuya cuantía fue similar. En este sentido el coste en 2012 de los “4 entes” coincide con la minoración de

gasto de la partida (25) en 2013. De 2013 en adelante, la cuantía de partida (25), correspondería sólo al gasto de los servicios concertados con entes privados comentados con anterioridad. Lo vemos en la siguiente tabla.

TABLA 58. ASISTENCIA SANITARIA CON MEDIOS AJENOS

	2012	2013	DIFERENCIA
ASIST. SANITARIA MEDIOS AJENOS	402.132.224,82	120.766.211,91	281.366.012,91
25201.- Serv. Asist. GESMA	41.336.865,59	0	
25203.- Serv. Asist. Manacor	67.222.569,84	0	
25204.- Serv. Asist. Son Llatzer	117.058.644,93	0	
25218.- Serv. Asist. Inca	45.417.358,11	0	
TOTAL "4 ENTES"	271.035.438,47		



Hasta el 2013 los "4 entes" se imputaban como medios ajenos. Sin embargo los Hospitales de Son Llàtzer, Inca, Manacor y Gesma, eran y son propiedad de la CAIB.

En este sentido hay que tener más en cuenta las cuantías que se han mostrado sin los "4 entes", pues son estas magnitudes las que reflejan el crecimiento real de las necesidades de concertación, que como hemos explicado, han sido crecientes, sobre todo en algunas disciplinas o especialidades apuntadas. La colaboración público-privada en el ámbito de las concertaciones es creciente, como no puede ser de otra manera, dado el importante crecimiento de las necesidades de los ciudadanos.

La estructura sanitaria convive con un músculo privado fuerte y de grandes dimensiones, pero en cualquier caso, la sanidad pública tiene el deber de llegar a todos los ciudadanos, con todas las especialidades que la cartera de servicios disponga; por ello la práctica de concertación es y será creciente sin duda.

La contratación de centros privados fue en su mayor parte con entidades sin ánimo de lucro, como San Juan de Dios o Cruz Roja.

En cuanto a la Central de Compras Unificada, surgieron problemas para decidir si las Fundaciones Hospitalarias podían adherirse a esta Central de Compras.

Con todo, Baleares destinó 145 millones de euros en conciertos sanitarios en 2015, (10 % del gasto en sanidad). El gasto destinado a conciertos en 2007 fue del 4,7%. En 2014 fue del 12% (sobre el total del gasto sanitario); datos que ponen de relieve el gran incremento.

La demanda asistencial crece exponencialmente. Se presentan nuevos retos: como el envejecimiento demográfico y la cronicidad. Se hace muy necesaria la cooperación público-privada. Nuestro éxito dependerá de que gestionemos con eficacia los recursos disponibles, tanto públicos como privados.

Según Fernández-Valmayor. IDIS. (2017, p. 5).

“Qué diferente sería el panorama actual si consiguiéramos entre todos impulsar y estimular la necesaria cooperación entre todos los operadores y agentes del sector. Sólo el consenso, el diálogo en un contexto de despolitización de nuestra Sanidad ahuyentando el fantasma del cortoplacismo son las bases sobre las que sustentar una estrategia sólida de futuro”.

“El emprendimiento privado en Sanidad es fundamental en el sostenimiento del sistema sanitario. También en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad” según el IDIS (2017, p. 5).

Capítulo 3. POLÍTICAS ECONÓMICO-FINANCIERAS

En el capítulo 3 analizamos los tres planes económico-financieros que se implementaron; básicamente por los incumplimientos de los objetivos de déficit. Veremos como el plan del 2013 consiguió cumplir el objetivo. Cuantificaremos, en cada plan, y capítulo por capítulo, el ahorro que se conseguía. Tanto en personal, como en gastos corrientes, suministros, conciertos, transferencias e inversión.

Así, vislumbraremos los resultados de los planes en cuanto al presupuesto liquidado, y su resultado en cuanto al gasto devengado ¿Cuánto ahorró cada plan?

El sistema sanitario ya padecía graves problemas estructurales y un acelerado crecimiento del gasto anual que dificultaban su sostenibilidad. Característica que se agravó con la crisis. Las CCAA acumulaban año tras año deuda a proveedores, con traslado de la deuda a legislaturas siguientes, según Repullo (2008).

Inicialmente en España se llevó a cabo una política keynesiana de incremento de gasto con el fin de aumentar la actividad económica, incrementando a su vez la deuda, en los comienzos de una crisis que no se quería reconocer. Tras ello, se impulsaron políticas racionalizadoras.

3. 1 INTRODUCCIÓN

El sistema sanitario de un país debe ser el que le permita su capacidad económica.

La sanidad pasó por un momento delicado. Los planes económicos financieros que se implantaron este periodo introdujeron medidas de racionalización para mantener el sistema y controlar el déficit; la crisis económica provocó una caída de ocupación y de la renta per cápita. Hasta el 2010, cada año el déficit se alejaba del mercado por el Estado. Tras el 2011, el déficit y su ratio objetivo se acercaron. Los PEF's se impulsaron básicamente por los incumplimientos de estos objetivos.

Es más, el déficit no se podía financiar con deuda si sobrepasaba al mercado por el Estado, así que se debía perseguir con tenacidad el cumplimiento del límite de déficit marcado. Por otra parte este cumplimiento también era condición para acceder al mecanismo extraordinario de pago a proveedores (MEPP). “Las CCAA adheridas debían elaborar un plan de ajuste que asegurara el cumplimiento de los objetivos de déficit

y deuda individuales así como el reembolso” según Delgado, Hernández de Cos, Hurtado y Pérez (2015, p. 14).

Se aplicaron medidas de racionalización de gasto público, así como una disminución del sector público instrumental. El Plan de austeridad de la Administración General del Estado (2011-2013) redujo en una cuantía importante las empresas públicas y cargos directivos.

La reducción del sector público instrumental fue una medida más de racionalización, pues mientras el Estado ya lo había reconvertido en empresas privadas, las CCAA habían optado por su constitución.

Durante el período (2007-2010) la caída de ingresos produjo un incremento del déficit que hacía imposible el cumplimiento de los objetivos. El gran déficit generado esos años sólo podía financiarse con remanentes de tesorería de otros años o incrementando la presión fiscal autonómica.

Baleares se encontraba con un déficit mucho mayor al permitido y con una deuda que no podía financiar; debía tomar medidas. Con el mecanismo extraordinario de pago a proveedores Baleares pudo contar con una financiación con la que en 2012 liquidar muchas deudas con proveedores. La principal tarea fue sanear las cuentas para reducir el déficit a sus niveles permitidos dentro de los lindes marcados por el Estado y así reducir la deuda, para progresivamente racionalizar y sanear el sector.

Los presupuestos de 2011, al no disponer la nueva administración balear de mayoría absoluta en el parlamento de la CAIB, se prorrogaron en cumplimiento del artículo 21.2 de la Ley Orgánica 8/1980, de 22 de septiembre, que establece la prórroga de los mismos. El gran déficit generado esos años no podía ser refinanciado con deuda, sólo podía financiarse con remanentes de tesorería de otros años, o incrementando la presión fiscal autonómica. Los presupuestos fueron prorrogados, pero no presentados, con informe de incumplimiento por parte de la Sindicatura de Cuentas.

En 2011 los problemas de tesorería de la CAIB tenían su origen en el cierre de los mercados financieros a las CCAA, y los límites fijados a las operaciones de endeudamiento que dependían del cumplimiento de los objetivos de déficit.

Por otra parte la caída de ingresos en 659 millones el 2011, fue determinante para no cumplir estos objetivos de déficit. Es más, el Ministerio de Economía y Hacienda comunicó que no se realizarían anticipos sobre los Fondos de Convergencia.

En 2011, el endeudamiento total autorizado sumaba los 587 millones. Dado el incumplimiento del objetivo de déficit en 2010, y la previsión de incumplimiento en 2011, el Ministerio autorizó 388 millones.

El 2011 se realizó una emisión de bonos de la CAIB por importe de 300 millones, a un interés del 4,75%. Dinero que en junio de ese mismo año ya no estaba disponible.

Antes de aprobar los planes económico-financieros estudiados en esta tesis, se habían elaborado planes de saneamiento no publicados, presentados en cuatro ocasiones al Ministerio de Elena Salgado, y por cuatro veces fueron rechazaron por el Consejo de Política Fiscal y Financiera, haciendo casi imposible, de esta forma, el acceso al crédito.

Se convocó una huelga de ambulancias motivada por impagos del Ibsalut. También se convocó huelga de transporte escolar y de agencias de viaje, que reclamaban el pago de los servicios que prestaban a los hospitales.

Los Ayuntamientos llevaban tiempo sin recibir su nómina. A estos entes se les había “prometido” la financiación de la “Ley de barrios” (Ley 2/2009, de 19 de marzo) que habían ejecutado y no conseguían cobrar. Lo mismo ocurrió con los planes de empleo, que se cobraban dependiendo de la administración local. Todo con un malestar cercano al colapso.

La alarma llegó al punto en que muchos funcionarios pensaban que no cobraría sus nóminas, algo que ocurrió con algunas personas contratadas a través de planes de empleo.

Las obras del Palacio de Congreso se paralizaron.

Todo el país tenía problemas financieros, pero se vigilaba con lupa a Cataluña, Castilla la Mancha y Baleares.

La finalidad de los **Planes Económico Financieros** de la CAIB fue la de reparar la situación económico-financiera que atravesaban las Islas Baleares, para recuperar la confianza y la credibilidad perdidas. La CAIB mostró su compromiso en el cumplimiento de los objetivos.

¿QUÉ MEDIDAS SE TOMARON FUERA DE EUROPA? (USA Y JAPÓN)

LA SOLUCIÓN ESTADOUNIDENSE

Medidas de la Reserva Federal: Reducción del tipo de interés del 5,25% al 2% con el fin de estimular el mercado financiero en 2007-2008. Por su parte, el Congreso de los Estados Unidos modificó la regulación bancaria para, según Nadal Belda (2008).

- Mejorar la regulación financiera.
- Mantener la renta disponible.
- Evitar el aumento de las ejecuciones hipotecarias.

Las medidas de política fiscal consistieron en:

- Reembolso de impuestos para las rentas más bajas.
- Incentivos para la inversión privada.

La “*HOUSING AND ECONOMIC RECOVERY ACT*” fue una ley promulgada para recobrar la confianza del mercado de hipotecas. Se creó una agencia que compraría los “activos dañados” a la banca para venderlos en los mercados, según Nadal Belda (2008).

En 2009 se presentó una propuesta para reformar el sistema de regulación financiera de los Estados Unidos, abordando, según Pineda (2011, p. 194).

- “La consolidación de las agencias reguladoras.
- Regulación integral de los mercados financieros.
- Reformas de protección del consumidor con:
 - Una agencia de protección al consumidor
 - Fortalecimiento de la protección del inversor.
- Un “*régimen de resolución*” para permitir el desmantelamiento ordenado de empresas en quiebra y otorgamiento de créditos en circunstancias inusuales o extremas”

La Reserva Federal y el Departamento del Tesoro realizarían en marzo 2009, una declaración sobre las medidas necesarias para garantizar la estabilidad financiera.

- 1) El Tesoro y la Reserva Federal mejorarían el funcionamiento de los mercados de crédito y fomentarían la estabilidad financiera.
- 2) Se fomentaría la estabilidad monetaria.
- 3) Se fomentaría un régimen para las instituciones financieras.

“Los Estados Unidos anunciarían los detalles de un plan para comprar hasta 1 billón de dólares de activos tóxicos para ayudar a reparar el equilibrio de los bancos” según Pineda (2011, p. 192).

ENTRADA DE CAPITAL DE PAÍSES EMERGENTES:

“La crisis de las hipotecas subprime dañó los balances y las cuentas de los principales bancos del mundo. Países emergentes como China, Singapur o Emiratos Árabes lo aprovecharon inyectando 21.700 millones de euro” según Pineda (2011, p. 198).

El 15 de julio de 2010 el Congreso llevó a cabo mayor reforma en materia financiera. Los principales puntos de reforma fueron, según Pineda (2011, p. 199).

1. “Mayores requerimientos de capital para las instituciones financieras.
2. Requerimientos de liquidez más fuertes para las instituciones financieras.
3. Un mayor foco en riesgos sistémicos.
4. Regulación más fuerte de las instituciones sistémicamente importantes.
5. “Autoridad de resolución” expandida para que los reguladores puedan controlar instituciones financieras en problemas.
6. Una consolidación modesta de las funciones regulatorias.
7. Nuevas regulaciones para las titularizaciones.
8. Nuevas regulaciones para los derivados”.

Con la “Regla de Volcker” de 2010 “las entidades bancarias no podrían realizar operaciones por cuenta propia ni apadrinar fondos de capital riesgo” según Pineda (2011, p. 213).

JAPÓN

Japón puso en marcha la política denominada de “las tres flechas”, en las que el aumento de gasto se combinaba con reformas, según el Centro Asia Pacífico, (en www.asia.udp.cl).

TRES FLECHAS DE “ABENOMICS” DE SHINZO ABE (PRIMER MINISTRO DE JAPÓN).

1. **“Política Fiscal flexible** con el fin de expandir la inversión pública. Para esto se introdujo un paquete de estímulo de USD 110 mil millones equivalentes al 2% del PIB.

2. **Política Monetaria** para mejorar las exportaciones. La depreciación de la divisa japonesa frente al dólar estadounidense ha ayudado a aumentar los envíos y las ganancias, aunque no del todo esperado.
3. **Reformas estructurales** para elevar el crecimiento económico. Aumento de los impuestos en dos etapas: de un 5% a un 8% el 2014 y a un 10% en el 2015”.

PROBLEMAS DEL SISTEMA FINANCIERO ESPAÑOL

FALTA DE AHORRO. Con los primeros enfoques de aumento de gasto público para atajar la crisis, nuestra economía perdió por completo su credibilidad y por tanto su crédito “En la actual crisis la falta de ahorro interno obliga a la economía española a solicitar financiación adicional cada año a inversores extranjeros por una cuantía aproximada de 50.000 millones de euros anuales, equivalente al 5% del PIB (cantidad que se ha reducido desde el 10% en 2007)” según Sánchez-Quñones (2010).

FALTA DE CRÉDITO. Los bancos se encontraban en una situación de vulnerabilidad dado el ingente capital que se encontraba en situaciones delicadas. Sus activos y pasivos estaban totalmente expuestos. Se habían realizado reformas muy permisivas por parte del BCE y el FMI respecto a los criterios contables de créditos incobrables.

Según el Banco Central en España (2009) se restringió un 40% el crédito a las sociedades, un 30% al sector hipotecario y un 40% al consumo. A su vez, estas restricciones al crédito disminuyeron el consumo y aumentaron los impagos, afectando al crecimiento y generando mayor desempleo.

La prima de riesgo aumentaba, alertando de que la situación era cada vez más grave y de que era urgente llevar a cabo reformas como:

- Mayor control del gasto público.
- Reforma laboral.
- Reforma del sector financiero.

Los problemas eran graves y de muy difícil solución dada la baja expectativa de crecimiento, la tasa de paro, un déficit público incontrolado. A parte, el gasto público crecía en gran cantidad dada la elevada y creciente cuantía de prestaciones y subsidios por desempleo.

CAMBIO DE POLÍTICA

Tras la noche del 9 de mayo de 2010, el Presidente de España J.L. Rodríguez Zapatero tuvo que dar un giro radical a su política económica, como consecuencia de la pérdida de credibilidad de nuestro país, que impedía la refinanciación de una parte de la deuda. La posibilidad de ser intervenidos se tornó real. (Una intervención como la de Grecia). Este temor bastó para que el Presidente diese este giro a su política económica. Lo primordial pasó a ser la reducción del déficit, como trazó la UE, que exigió un ahorro de 15.000 millones a España.

En España, primeramente se había encarado la crisis con políticas fiscales expansivas y realizando inversiones públicas, siguiendo políticas “keynesianas”.

En 2010 la situación se tornó muy grave. En la UE reinaba una gran preocupación, pues la idea de rescatar un país tan grande como España resultaría muy costosa y traumática. La idea de la desaparición del Euro era real.

Hasta el Presidente Obama se puso en contacto con el Presidente Zapatero para advertirle de la preocupación sobre la situación de España, y de si sería capaz de disminuir el déficit hasta el 6% (hasta 2011).

Los mercados permanecían expectantes ante la posibilidad de otorgar o retirar de nuevo la confianza a España.

3.1.1 CRÉDITO Y CONFIANZA

El crédito y la confianza de España a nivel internacional se perdieron. Una economía capitalista está basada en el crédito. El crédito y la confianza varían según la certeza que tiene la comunidad internacional de que el país en cuestión cumplirá sus compromisos futuros. Si existe incertidumbre, inseguridad jurídica, expectativas de riesgo elevadas, los empresarios no invierten para crecer sino para cubrir pérdidas o devolver deuda. Se produce una caída de la confianza con efecto dominó, pues las entidades bancarias se dan cuenta de que los créditos sólo se piden para cubrir pérdidas y no para invertir; y estas entidades desconfiarán de la futura devolución de esa deuda. Así que incrementarán las dificultades y aumentarán las trabas de acceso al crédito. Asimismo los inversores internacionales en deuda pública desconfían de los países con falta de crédito, y pasan a exigir niveles de rentabilidad superiores para comprar su deuda.

Existía mucha inversión privada de familias y de entidades financieras en activos tóxicos muy vulnerables con alto riesgo de perder su valor. El crédito internacional disminuía cada día pues los agentes internacionales vigilaban todos estos hechos. Los inversores internacionales observaban el ingente nivel de deuda de todos los Agentes económicos de España: familias, empresas e instituciones financieras. Eso generaba poca confianza y existía riesgo de que el sistema fallara por impago generalizado.

España tardó en admitir la incidencia de la crisis financiera sobre nuestra economía. Se llevaron a cabo multitud de obras públicas para incrementar la actividad que se pagaron con cargo a endeudamiento con el exterior, incrementando la deuda. La economía española había asumido un nivel de riesgo muy alto. Era urgente eliminar la desconfianza que afectaba a las entidades financieras españolas pues la confianza en el sector financiero español y la falta de crédito en España no mejoraba. Para ello, en el año 2012, se implantaron nuevas medidas para sanear los balances de las entidades de crédito españolas con la ayuda de la Unión Europea.

Con la Ley 9/2012, de 14 de noviembre de reestructuración y resolución de entidades de crédito, se creó la Sociedad de Gestión de Activos Procedentes de la Reestructuración Bancaria (SAREB) para administrar las entidades nacionalizadas y/o receptoras de ayudas públicas. El conocido “banco malo” que recibiría financiación de la Unión Europea a través del FROB y del Banco Central Europeo.

Ya en 2009, el RDL 9/2009, de 26 de junio, creó el comentado FROB (Fondo de Reestructuración Ordenada Bancaria) para llevar a cabo las reformas necesarias en el sector financiero y trabajar para su recuperación. La dotación del FROB fue de 9.000 millones euros, que se ampliaron a 15.000 millones según la DA 4ª del RDL 2/2012, de 3 de febrero. El FROB, según el RDL 9/2009, de 26 de junio, “gestionaría los procesos de reestructuración de entidades de crédito”. Esta disposición fue derogada por la Ley 9/2012, de 14 de noviembre, de reestructuración y resolución de entidades de crédito.

En junio de 2012, la UE (el Eurogrupo) prestó 100.000 millones euros a los Bancos españoles para sanear el sector bancario, recapitalizar Bankia y otras entidades en crisis. Aprox. el 10% del PIB español. Europa impuso 32 condiciones a España que debería cumplir en unos plazos determinados. Estas condiciones implicaban la vigilancia del cumplimiento de las medidas. Se exigió a España que reforzara la consolidación fiscal y que reestructurara y readaptara la normativa del mercado de trabajo. Y sobre todo, **que ajustase el gasto de las comunidades autónomas** y que elevara el IVA.

Las 32 CONDICIONES se basaban en proporcionar los datos necesarios para el seguimiento del sector bancario, preparar planes de reestructuración o liquidación, proporcionar a los consultores la información para las pruebas de estrés, cargar pérdidas sobre accionistas, reforzar las competencias del FROB, preparar el plan del llamado “banco malo”, mejorar la transparencia de los bancos, realizar planes de recapitalización y de reestructuración, establecer órganos rectores de las cajas de ahorros, reglamentar provisiones estandarizadas de los bancos, modificar la estructura de provisiones, emitir “Cocos” (bonos convertibles en acciones), exigir un 9% de capital de alta calidad y revisar y mejorar el sistema de crédito.

Sobre cómo solventar los problemas de la banca circularon teorías: la primera era que los accionistas y acreedores debían asumir las pérdidas. Por otra parte, la frase tan comentada “demasiado grande para caer” en la que el Gobierno asumiría las pérdidas.

3.1.2 OTROS PAÍSES

Para luchar contra los efectos de la crisis el **Reino Unido** aplicó medidas severas. Se realizaron medidas para disminuir el gasto público y aumentos de impuestos significativos de 2010 a 2015. Lo principal era la reducción del déficit público; para ello los salarios de los trabajadores públicos se congelaron y se redujo el personal público. Se disminuyeron las prestaciones al desempleo. La edad legal de jubilación se aumentó a 66 años, y el presupuesto en sanidad bajó en un 33%. Hubo disminuciones de todo tipo en las prestaciones sociales.

En **Dinamarca** se llevó a cabo una modificación de las políticas fiscales: rebaja impositiva para estimular la economía. Pero en 2010 se aprobó el llamado “paquete de Recuperación” que aumentó los impuestos. Además, se redujo el período máximo prestaciones por desempleo de cuatro a dos años y se recortaron los presupuestos de educación e investigación. Se adoptaron medidas para desincentivar la inmigración. La sanidad no sufrió reformas importantes (pues se habían realizado pocos años antes). Sí se endurecieron las condiciones para la jubilación anticipada.

Francia no modificó el gasto en el Estado de bienestar, pero experimentó una gran reducción de ingresos. A pesar de ello mantuvo los niveles de protección social, y se aprobaron varios planes de reactivación de la economía. Entre las principales reformas se llevó a cabo una reducción de impuestos para los más ricos, se incrementó la edad legal de jubilación, se aprobó una simplificación del sistema de asistencia social existente. El sistema francés de prestaciones familiares y de ayuda para la vivienda no se modificó a pesar de

la crisis. Pero sí se llevaron a cabo medidas desincentivadoras para los inmigrantes no comunitarios, en la solicitud de prestaciones, mediante el aumento de requisitos para conseguirlas.

Alemania optó por la consolidación fiscal con el objetivo de equilibrar por completo sus cuentas.

En general se intentó estimular la economía, para después adoptar medidas de estabilidad presupuestaria. Todos los países utilizaron el Estado de bienestar para suavizar el impacto social de la crisis. Salvo el Reino Unido que fue más partidario de la restricción del gasto público. El camino que llevó a cabo el BCE fue el de realizar un estímulo monetario con una reducción de tasas de interés.

3.1.3 RECUPERACIÓN DE LA CONFIANZA INTERNACIONAL PERDIDA

Para conseguir estabilidad presupuestaria e impulsar la **confianza internacional**, se **reformó el art. 135 de la CE**, el 27 de septiembre de 2011. Se prohibió a las AAPP que incurrieran en un déficit estructural superior al marcado por la UE. Se estableció que primaría el pago de la deuda, y que las Administraciones Públicas primarían la estabilidad presupuestaria. El Estado y las Comunidades Autónomas no incurrirían en un déficit que superara los márgenes establecidos, salvo en caso de catástrofes naturales, recesión económica o situaciones de emergencia extraordinaria.

En la **EXPOSICIÓN DE MOTIVOS** se recalcó que este cambio perseguía garantizar el principio de estabilidad presupuestaria y la sostenibilidad económica y social de nuestro país.

El punto 2 y 3 son muy claros al respecto (Art. 135 CE).

2. “El Estado y las Comunidades Autónomas no podrán incurrir en un déficit estructural que supere los márgenes establecidos, en su caso, por la Unión Europea para sus Estados Miembros.
3. El Estado y las Comunidades Autónomas habrán de estar autorizados por ley para emitir deuda pública o contraer crédito”.

3.1.4 PACTO DEL “EURO PLUS”

En marzo de 2011 se adoptó el pacto del “EURO PLUS” aprobado en el Consejo Europeo con medidas para establecer políticas orientadas al crecimiento, reforzar la competitividad, la convergencia y coordinar las políticas económicas de los Estados de la UE con orientaciones para mejorar la gestión de la crisis, según Llorente Pérez (2011).

Según Arantza Llorente Pérez (2011, p. 2-3), Responsable de Asuntos Europeos de la Confederación Empresarial Valenciana, las diez acciones recomendadas eran:

- 1) “Aplicar una consolidación fiscal rigurosa.
- 2) Corregir los desequilibrios macroeconómicos.
- 3) Garantizar la estabilidad del sector financiero.
- 4) Valorizar el trabajo.
- 5) Reformar los sistemas de pensiones.
- 6) Reincorporar a los desempleados al mercado de trabajo.
- 7) Conseguir un equilibrio entre seguridad y flexibilidad.
- 8) Aprovechar el potencial del Mercado Único.
- 9) Atraer capital privado para financiar el crecimiento.
- 10) Crear un acceso asequible a la energía”.

3.1.5 PROGRAMA NACIONAL DE REFORMA DE ESPAÑA

La economía española estaba totalmente estancada y desequilibrada dada la anterior política fiscal expansiva, la cual tuvo efectos asimétricos desequilibradores. Ello, unido a la situación de crisis económica perjudicó al crecimiento y al empleo, que acabó con la confianza internacional del sistema financiero español e hizo desaparecer el necesario flujo de crédito. Esta situación necesitaba urgentemente de medidas para instaurar disciplina fiscal y así recuperar flexibilidad y competitividad. El Programa Nacional de Reforma de España fue el compromiso de nuestro país con el Pacto del Euro Plus. “Los Estados miembros se comprometieron a llevar a cabo una serie de medidas para conseguir los objetivos marcados en el Pacto; reflejando estas medidas en Programas Nacionales de Reforma que serían evaluados por la Comisión, el Consejo y el Eurogrupo” según Llorente Pérez (2011, p. 5). Después el Consejo Europeo emitiría recomendaciones para la elaboración de sus presupuestos nacionales.

España, en abril de 2011, presentó las medidas de su Programa Nacional de Reforma con unos retos de carácter económico, para el crecimiento y el empleo, según Llorente (2011, p. 7).

- 1) “Corregir el desequilibrio del sector inmobiliario.
- 2) Reforzar el sistema financiero.
- 3) Corregir el desequilibrio exterior.
- 4) Reforma del mercado de trabajo.
- 5) Impulsar los servicios profesionales.
- 6) Crear una comisión asesora de competitividad
- 7) Realizar una nueva ley concursal.
- 8) Nuevas políticas activas de empleo (RDL 1/2011, de 11 de febrero, de medidas urgentes para promover la transición al empleo estable y la recualificación profesional de las personas desempleadas).
- 9) Modernización de la formación profesional.
- 10) Plan contra el empleo irregular (RDL 5/2011 de 29 de abril, de medidas para la regularización y control del empleo sumergido y fomento de la rehabilitación de viviendas).
- 11) Estabilidad presupuestaria mediante una regla de gasto.
- 12) Estabilidad financiera mediante la adaptación del sistema financiero a los requisitos de capitalización de las entidades financieras, en especial para las cajas de ahorro”.

Los Estados de la Unión Europea envían cada año a la Comisión Europea sus Programas Nacionales de Reformas, para recibir el visto bueno y las oportunas orientaciones de la UE.

3.1.6 REFORMA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

El **Plan Nacional de Reforma Español del 2012** fue muy relevante para la sanidad pública. Incluyó la reforma del sistema nacional de salud para racionalizar el gasto sanitario. Algunas de sus medidas fueron: racionalización del gasto de personal y la revisión de los conciertos. También se abordó el concepto del “*asegurado*”, adecuándolo a la normativa comunitaria. Programa Nacional de Reformas de España (2012).

Programa Nacional de Reformas de España del 2013. Algunas de las medidas del Programa Nacional de Reformas de España (2013) fueron:

- “Racionalizar el gasto sanitario
- Ordenación de la Cartera de Servicios
- Ordenación de los Recursos Humanos del Sistema
- Mejora de la eficiencia de la oferta sanitaria a través de compras centralizadas
- La racionalización de la oferta y demanda farmacéutica
- Definición del concepto de Asegurado”.

También se creó el MEPP (Mecanismo Extraordinario de Pago a Proveedores) con el que pagarían las deudas con los proveedores.

3.1.7 PLAN DE ACCIÓN INMEDIATA

A nivel estatal las primeras medidas de ajuste de gasto, se aprobaron en 2010 con el “Plan de Acción Inmediata” y con el “Plan de austeridad de la Administración General del Estado (2011-2013)”.

Éstas abordaron la reducción del precio de los medicamentos genéricos para incentivar el consumo de éstos mediante el RDL 4/2010, de 26 de marzo, que rebajó hasta un 30% el precio de estos medicamentos. También se redujo un 5% anual el salario de los trabajadores públicos.

El problema fue que estos planes no fueron liderados por las CCAA, que son las responsables del gasto sanitario. El diseño de estos planes no fue efectivo. Estos 2 planes formaron parte de las medidas extraordinarias para reducir el gasto público de acción más inmediata:

El Plan de Acción Inmediata de 2010, a través de acuerdos de no disponibilidad, “reducirá el gasto público en 5.250 millones de euros adicionales este mismo año y en otros 10.000 millones más en 2011”, según la Referencia del Consejo de Ministros de Jueves 20 de mayo de 2010.

El Plan de Austeridad (2011-2013) según el Ministerio de Hacienda planteó “un ahorro del 2,6% del PIB y definió una senda de reducción del déficit del sector público de un 11,2% en 2009; 9,8% en 2010; 7,5% en 2011; 5,3% en 2012 y 3% en 2013”.

Otras medidas fueron dirigidas a las Comunidades Autónomas, las cuales deberían presentar PLANES ECONÓMICOS FINANCIEROS por no haber cumplido su objetivo de déficit, mandato del RDL 20/2012 de 13 de julio. Los planes debían contener medidas para reducir los gastos e incrementar ingresos.

El saneamiento de las cuentas públicas era objetivo prioritario y el reto de la economía española era la salida de la crisis mediante:

- La consolidación presupuestaria.
- El fortalecimiento del sistema financiero.
- Impulso de la economía real.

3.1.8 ESTABILIDAD PRESUPUESTARIA

A menudo no coincidía la contabilidad con la realidad. Se aprobaban presupuestos sin considerar el gasto total de las partidas. Esa falta de realismo contable también fue uno de los elementos de la crisis.

En 2012, para mejorar la disciplina presupuestaria se aprobó la Ley Orgánica 2/2012, de 27 de abril, de estabilidad presupuestaria y sostenibilidad financiera, y en 2013, la Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de acceso a la información pública y buen gobierno, con el fin de atajar estas confusiones anuales. En 2012, a través de la Ley de Estabilidad Presupuestaria, se implantó una exigencia a las administraciones: **Presentar mayor información, más clara y transparente cuando solicitaran medidas de liquidez.** Lo que obligó a las AAPP a buscar el máximo equilibrio en las cuentas públicas.

3.1.9 LA GRAVE SITUACIÓN BALEAR

En 2009 la crisis y la disminución de ingresos por tributos impidieron cumplir los objetivos de déficit. El nuevo modelo de financiación autonómica (Ley 22/2009 de 18 de diciembre), no fue suficiente para compensar la caída de la recaudación (Figura 59). Durante el período (2007-2010) esta caída produjo un incremento del déficit imparable que hacía imposible el cumplimiento de los objetivos de déficit. Por estos motivos se debían presentar los “**Planes Económico-Financieros**”. En la financiación del 2009, se dispuso de **300 millones** más aprox. por efecto del “pacto político” comentado con anterioridad. (Fig. 59 y 60). Este incremento de financiación se acompañó de un incremento tributario.

TABLA 59. FINANCIACIÓN CONSOLIDADA AGIB / ATIB / SSIB

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
1.- Tributos Cedidos	840.298.926	579.871.945	391.069.168	420.451.498	347.132.576	392.171.697	460.035.765
2.- Tributos Propios	52.177.473	51.205.952	55.124.864	58.179.993	53.984.721	59.666.567	72.426.085
3.- Tasas	111.797.617	101.836.529	99.621.308	145.469.360	92.800.766	98.099.676	111.219.685
4.- Financiación Autonómica	1.650.919.323	1.736.399.600	2.079.792.360	1.763.847.425	1.616.393.613	1.968.698.333	1.960.141.205
5.- Aportaciones Ajenas	141.821.496	175.953.193	291.589.988	279.704.750	267.738.011	127.169.361	138.326.157
6.- Financiación Ajena, Préstamos	98.720.539	574.532.351	1.160.084.462	555.351.655	224.500.000	1.668.784.184	1.268.173.632
TOTAL FINANCIACIÓN AGIB/ATIB/SSIB	2.895.735.374	3.219.799.570	4.079.665.133	3.223.004.683	2.602.549.687	4.314.589.819	4.010.322.528

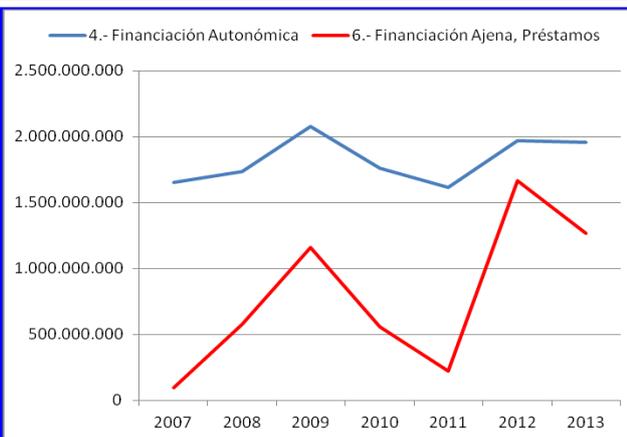
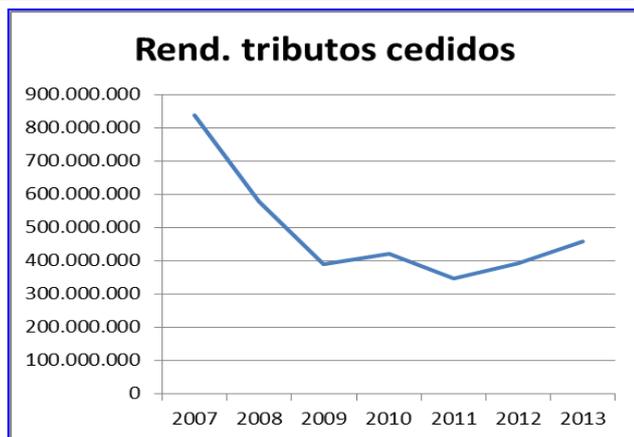


Figura 59. Recaudación Tributaria IB. F: finances.caib. IBESTAT

Figura 60. Financiación y préstamos IB F: finances.caib. IBESTAT

En los años 2010 y 2011, tanto la recaudación como la financiación disminuyeron a niveles muy bajos. (Fig. 61, 62). No se podían pagar las deudas a proveedores. Tampoco generar “nueva deuda pública” dado el incumplimiento de los objetivos de déficit. **Se aplicaron los PEF’s junto al MEPP para reconducir esta situación y equilibrar el déficit, una vez superado el periodo electoral.**

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
1.-DIRECTOS	700.325.614	778.907.032	841.995.319	717.346.679	845.473.704	1.095.649.717	837.025.477
10.- IRPF	560.172.804	656.134.027	780.583.204	640.386.100	781.305.724	1.027.657.604	725.130.681
2. INDIRECTOS	2.005.759.038	1.774.439.678	1.448.088.736	1.190.368.893	1.568.524.171	2.227.539.892	1.784.791.684
21.- IVA	974.369.334	995.902.231	762.167.139	487.192.850	850.245.880	1.418.520.033	1.022.329.079
Recaudación Total (DIRECTA + INDIRECTA)	2.706.084.652	2.553.346.710	2.290.084.055	1.907.715.572	2.413.997.875	3.323.189.609	2.621.817.161

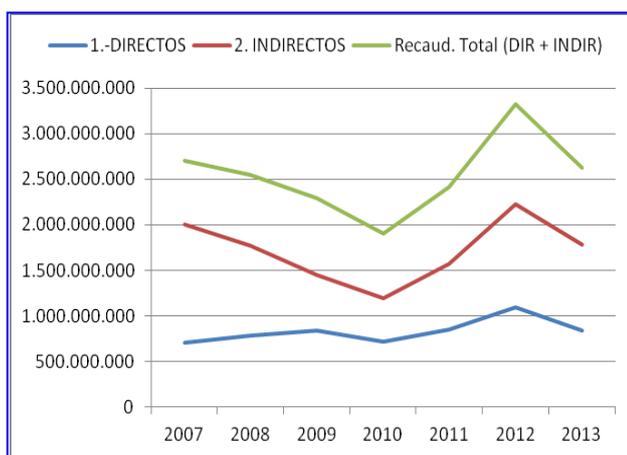


Figura 61. Recaudación Tributaria. IB F: finances.caib. IBESTAT

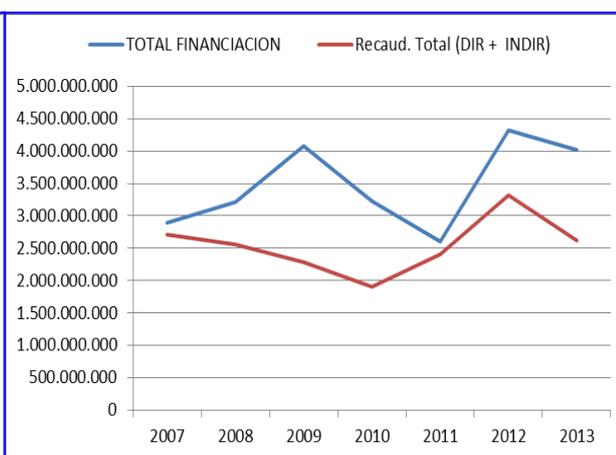


Figura 62. Financiación vs Recaudación. IB F: finances.caib. IBESTAT

3.1.10 EXTRAORDINARIO INCREMENTO DE LA DEUDA PÚBLICA (DE LAS CCAA)

Las CCAA más endeudadas, entre ellas la nuestra, se enfrentaban a un grave problema, los impagos. Éstos tuvieron como efecto una gran crispación social. El 2011 y 2012 podrían ser los años de más manifestaciones de la historia balear. El Govern no pudo elaborar los presupuestos del 2011 y comenzó a impagar.

El Gobierno Central de 2012 puso en marcha una serie de **mecanismos extraordinarios para proporcionarles liquidez** y volver a la normalidad. En Julio de 2012 se puso en funcionamiento el **FLA** (entonces se decía que era mejor que el Plan E, pues poder hacer frente a los vencimientos de deuda aumentaba la reputación de España como país, mientras que intentar mantener a flote la dañada producción del sector de la construcción contribuía a lo contrario).

Según los mecanismos de financiación descritos por el Ministerio de Hacienda (2018).

“El RDL 21/2012, de 13 de julio, de medidas de liquidez de las Administraciones Públicas creó el FLA como mecanismo de apoyo a la liquidez de las CCAA. Se trata de un mecanismo temporal y voluntario destinado a financiar vencimientos de deuda así como el resto del endeudamiento permitido por la normativa de estabilidad presupuestaria”. Disposición derogada por el RDL 17/2014, de 26 de diciembre, de medidas de sostenibilidad financiera de las comunidades autónomas y entidades locales y otras de carácter económico.

Al FLA se le añadió la llamada **FACILIDAD FINANCIERA PARA LAS CCAA CUMPLIDORAS**, con la que se recibieron 21.000 millones de euros. La Facilidad Financiera se destinó a las regiones que cumplían los objetivos deuda.

A través de todos estos mecanismos, el Estado prestó más de 200.000 millones de euros durante estos 6 años (2012 - 2017). Un ingente esfuerzo financiero que sirvió para que ninguna CA incumpliera sus obligaciones financieras, lo cual les permitió retomar las perdidas posibilidades de endeudamiento que constituían el elemento necesario para iniciar la recuperación.

3.2 PLAN ECONÓMICO-FINANCIERO DE REEQUILIBRIO (2011-2013)

Los principales datos que se analizan de los diferentes planes económico-financieros son:

- Cap. I (de Personal)
- Gasto Sanitario
- Extinción de Gesma y de las Fundaciones hospitalarias
- Conciertos
- M.E.P.P.
- Sector Privado
- Salud Pública
- Normativa
- Stock Tecnológico

En 2011, tras las elecciones autonómicas, la CAIB presentó al Consejo de Política Fiscal y Financiera un Plan de Saneamiento Financiero para tratar de recuperar la difícil situación económica de Baleares. Al superar el límite de déficit y por mandato del artículo 7.2 de la Ley Orgánica 5/2001, de 13 de diciembre, de Estabilidad Presupuestaria las Islas Baleares, se presentó este PEF de reequilibrio para el periodo 2011-2013. Esta disposición quedó derogada por la Ley Orgánica 2/2012, de 27 de abril, de Estabilidad Presupuestaria y Sostenibilidad Financiera.

La CAIB presentó el Plan económico Financiero de Reequilibrio (2011-2013) y el Consejo de Política Fiscal y Financiera consideró idóneas las medidas contenidas. Las razones principales para su presentación fueron contar con una previsión de déficit superior al 0,75% del PIB en 2011 y el incumplimiento del Objetivo de Estabilidad Presupuestaria. El Govern debía tomar medidas para cumplir el objetivo de reducción del déficit y saneamiento de las cuentas, (también para poder acogerse al MEPP). Por todo ello y dada la urgente necesidad de reducción del déficit se hizo muy conveniente poner en marcha este plan. Éste aplicó medidas para reducir el gasto público a lo largo del segundo semestre del 2011. El objetivo de déficit para el año 2011 fue del 1,3% del PIB. Dos de las medidas más trascendentes fueron:

1. Políticas de racionalización del gasto público.
2. Disminución de sector público instrumental.

A parte de lo dicho, todos los gastos y pagos serían fiscalizados y vigilados muy escrupulosamente y sólo se pagarían nóminas, tributos y gastos financieros. También se respondería a los gastos de acreditado interés público.

La urgente necesidad de reducir el déficit y de llevar a cabo reformas estructurales hizo conveniente poner en marcha el PLAN DE EQUILIBRIO ECONÓMICO DE LAS ISLAS BALEARES - PLAN DE MEDIDAS DE IMPULSO Y AHORRO DE LAS IB. Se perseguían 5 objetivos:

1. “Garantizar la sostenibilidad económica de la Comunidad y poner en marcha las reformas necesarias para favorecer el crecimiento económico.
2. Acceder al mecanismo extraordinario de pago a proveedores.
3. Garantizar los servicios esenciales de nuestra comunidad.
4. Medidas para el ahorro: realizar un ajuste aproximado de 350 millones de euros necesarios para cumplir con el objetivo de déficit del 1,5% del PIB marcado por el Gobierno Central.
5. Medidas para el impulso: creación y modificación de una serie de medidas de carácter legislativo y administrativo para crear un marco adecuado para el crecimiento económico sostenible. Se buscaba la simplificación administrativa y la seguridad jurídica”.

El Govern tomó medidas para cumplir el objetivo de déficit, para sanear las cuentas y poder acogerse al mecanismo extraordinario de financiación para el pago a proveedores.

Uno de los motivos del incumplimiento de los objetivos de déficit era el hecho de que ya no se podían prever los ingresos dada la gran volatilidad de la recaudación tributaria (además, el Ministerio de Economía redujo el volumen de las entregas a cuenta). Nuestro sistema financiero-tributario es muy vulnerable al ciclo económico. Nadie se ha atrevido a realizar la reforma necesaria que nos coloque a la altura de los países de nuestro entorno. Es una de las reformas pendientes de más importancia.

Cuando se elaboró el primer Plan Económico Financiero no se contaba con ningún precedente de cómo debía hacerse. Pero para recuperar el crédito era necesario anunciar la firme voluntad de reequilibrar el presupuesto público.

El reequilibrio debía alcanzarse **rápida y contundentemente**. “La demora de la reacción de la política contribuyó a agravar los problemas de confianza y, en última instancia, obligó a dar respuestas más contundentes cuando ya el margen de maniobra se había estrechado considerablemente” según Ortega y Peñalosa (2013, p. 35).

MEDIDAS

3.2.1 GASTOS DE PERSONAL

Un primer conjunto de medidas concretas destinadas a reducir los gastos de personal fueron las siguientes:

1. “Congelación de nuevas plazas,
2. Reducción de altos cargos,
3. Política racionalizadora de retribuciones,
4. Bajada de retribuciones recogidas en el RDL 8/2010, de 20 de mayo, por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público” según el Plan Económico-Financiero de reequilibrio (2011, p. 617).

El plan de reequilibrio implantó medidas de choque en el capítulo 1 de gastos de personal con el fin de atajar y racionalizar el sector sanitario en su dimensión laboral. Este plan empezó a aplicarse en junio de 2011.

La política racionalizadora de retribuciones se basó en medidas como: suspensión de complementos retributivos, de ayudas de atención social y una reducción del 50% del coste derivado de contratos eventuales, según las medidas de contención del gasto de 2011, recogidas en el plan económico-financiero de reequilibrio (2012-2014, p. 23).

El RDL 8/2010, de 20 de mayo, también reduciría un 5% anual el salario de los trabajadores públicos. “En el primer capítulo, se recogen las disposiciones encaminadas a reducir, con criterios de progresividad, la masa salarial del sector público en un 5% en términos anuales” según el RDL 8/2010, de 20 de mayo. Este Real-Decreto Ley fue una medida del Gobierno de la nación, no de las CCAA. Como antes mencionábamos hubo demasiado retraso en la reacción de las CCAA. Sin embargo tuvieron claros efectos en el capítulo 1 de personal de sanidad, efectos que permitieron racionalizar este capítulo.

MEDIDAS DE LA POLÍTICA RETRIBUTIVA

- Se congelaron todos los acuerdos de mejora en las retribuciones.
- Se congelaron dietas e indemnizaciones.
- Se llevarían a cabo sólo las contrataciones imprescindibles, según el Plan Económico-Financiero (2011, p. 622).

Las medidas específicas en materia de personal, (en cuanto a su gasto **liquidado consolidado**) consiguieron reducirlo con medidas como:

- Reducción de altos cargos.
- Suspensión del nombramiento de nuevo personal.
- Reducción de las dotaciones presupuestarias para ayudas de atención social, según las medidas de contención del gasto adoptadas en 2011, contenidas en el Plan 2012-2014. (2012, p. 22-23).

El capítulo I de gasto **consolidado** liquidado para el ejercicio 2010 fue de 1.149 millones de euros. En el 2011 este gasto fue de 1.107 millones. Se ahorraron **42 millones de euros**. La situación requería de medidas y decisiones rápidas, para la que la siempre lenta administración no estaba preparada. Existía un debate teórico de si eran mejores las medidas graduales o las contundentes. La gravedad de la situación sólo permitía las segundas.

Las medidas del PEF de 2011, en el CAP. 1, tuvieron un gran alcance tanto en el ámbito cuantitativo de personal como en el de gasto, así como un importante efecto racionalizador, sentando las bases de lo que supondría la política de personal en esta crisis.

El gasto de personal del **IBSALUT** se redujo en 2011, en **19.9 millones €**. Se rebajó de 488 millones (2010) a 468 millones (2011) euros el gasto liquidado de personal. (**Disminuyó 24.2 mill. si tenemos en cuenta los “4 entes”**).

TABLA 61. RECURSOS HUMANOS PÚBLICOS

Nº RRHH PÚBLICOS VINCULADOS	2009	2010	2011	2012
PERSONAL SANITARIO	8335	8390	8390	8467
PERSONAL NO SANITARIO	2578	2698	2531	2443
ENFERMERÍA	3028	3258	3206	3215
MÉDICOS	1717	1744	1769	1798
TOTAL PERS. PÚBLICO	10933	11119	10942	10922

Comprobamos que en 2011 las políticas de contratación del PEF 2011 fueron cumplidas. En el caso del personal sanitario público vinculado, se mantuvo en 8390 (2011). En las demás categorías disminuyó tímidamente, menos en el conjunto de médicos que aumentó tan sólo en 25 efectivos.

Existieron muchas **resistencias** en el ámbito de RRHH al implantar estas medidas de capítulo I, sobre todo por parte del colectivo sindical, pues existía una dinámica y una inercia que contemplaba el crecimiento anual de la plantilla, hecho que fue difícil de negociar y frenar. El total de personal disminuyó un 1,6% y el personal de enfermería tan sólo bajó un 1,6%.

El personal **público** que más sufrió la crisis fue el personal no sanitario y el personal de enfermería (Tabla 61).

En cuanto al sector **privado** fue el gran afectado de la crisis. El 2011 creció en 112 trabajadores: de 3753 a 3865. En cualquier caso el gran ajuste del sector privado se realizó en 2010 pasando de 4329 trabajadores a 3753 (-13,3%), volviéndose a recuperar parcialmente en 2013. Todos los estamentos disminuyeron menos el colectivo médico. El ajuste más doloroso fue el de trabajadores no vinculados.

3.2.2 CAPÍTULO II

En cuanto a los gastos corrientes (**CAPÍTULO II**) en el 2011 se tomaron medidas como:

- Ahorro de materiales y suministros.
- Ahorro en reparaciones y conservación.
- Revisión de conciertos con IBSALUT, según el PEF (2011-2013, p. 624).

El gasto **liquidado** del **Capítulo II** en el año **2010** del IBSALUT fue de 565,8 millones de euros, y para el año 2011 se previó una disminución de 81,86 millones de euros. Al final, el gasto liquidado disminuyó 104,8 millones en 2011 (**461 mill**) gracias a la minoración del gasto en suministros (partida 22) pues se liquidaron 114 millones euros menos que en 2010. La partida 25 (conciertos) no disminuyó, sino que aumentó 11 millones.

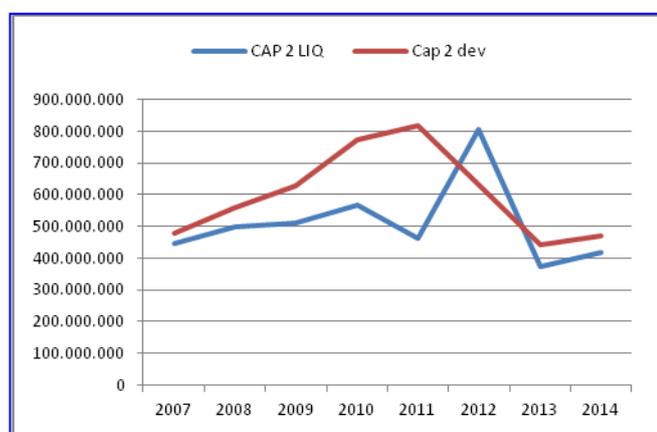


Figura 63. Cap. 2. Liquidado vs Devengo. F: EGSP. CAIB. IBESTAT

El año 2011 se devengaron 816,7 millones en el capítulo 2, así que se dejaron de pagar más de 355 millones que se saldarían, en parte, en 2012 gracias al MEPP. (Se devengaron 774 mill. en 2010). HUBO UN MAYOR GASTO DE 42.7 MILL. RESPECTO A 2010.

TABLA 62. CUADRO DEL P.E.F. 2011. AHORRO PREVISTO EN CAP. 2 (2011, p. 624)

2. Gastos corrientes en Bienes y Servicios (IBSALUT)	Liquidado 2010	AHORRO previsto 2011
20 Arrendamientos y cánones	1,13	0,23
21 Reparaciones, mantenimiento y conser.	6,4	2,6
22 Material, Suministros y otros	219,7	31,9
23 Indemnizaciones por razón del servicio	0,8	0,23
25 Asistencia sanitaria con medios ajenos	337,75	46,9
Total	565,85	81,86

3.2.3 CAPÍTULO IV

Las medidas aplicadas en el **CAPÍTULO IV** de gasto CONSOLIDADO consiguieron una reducción muy considerable en el ejercicio 2011, respecto al gasto liquidado consolidado en 2010. Concretamente, la reducción respecto al ejercicio 2010 alcanzó los 179 mill. Las medidas que afectaron al **IBSALUT** en su Cap. 4, previendo una reducción liq. de 42,25 millones, al final consiguieron un ahorro liq. de 96 millones.

TABLA 63. CUADRO DEL P.E.F. 2011. AHORRO PREVISTO EN CAP. 4 (2011, p. 625)

4. Transferencias corrientes (IBSALUT)	Liquidado 2010	AHORRO previsto 2011
44 A empresas públicas y otros entes	80,3	13,59
48 A familias e instituciones sin fines lucrat	197,5	28,66
Total	279,1	42,25

El concepto pres. (44) incorpora las transferencias a las fundaciones hospitalarias, mientras que el (48) incluye el gasto farmacéutico (489). Se redujeron las partidas al mínimo imprescindible (nóminas, impuestos, gasto financiero). El capítulo IV de gasto liquidado CONSOLIDADO **disminuyó 179 millones de euros** (por la disminución del sector instrumental)

Decíamos que **la disminución del gasto liquidado** que afectó al IBSALUT en el Capítulo IV alcanzó los 96 millones respecto al 2010. Las transferencias corrientes devengadas fueron de 265 mill. en 2011, se liquidaron 194 mill. Entonces afloraron (265-194 mill) = 71 mill. pendientes de pago. El concepto (44) de transferencias liquidadas a empresas públicas se redujo en 78 millones, prácticamente su totalidad.

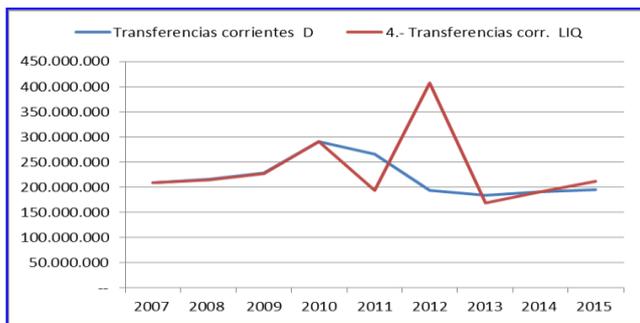


Figura 64. Cap. 4. Liq. y devengo. F: EGSP. CAIB. IBESTAT

Se redujeron todas las partidas al mínimo imprescindible (nóminas, impuestos, gasto financiero). Éste constituyó un gran esfuerzo que hicieron en 2011 las fundaciones y empresas públicas sanitarias que existían. El concepto presupuestario (489) de farmacia disminuyó 19 mill. euros con las medidas adoptadas. Se devengaron 255 mill. en farmacia (489), y se pagaron 183. Es decir, quedaron pendientes de pago más de 71 millones. El gasto dev. del Cap. 4 (de 2010 a 2011) disminuyó de 290 a 265 mill.

AHORRO DE 25 MILL. EN CAPÍTULO 4.

El gasto farmacéutico incrementó 53 mill. en 2011, hecho que permitió que disminuyeran las transferencias a las fundaciones hospitalarias, lo que propició este ahorro de 25 mill.

3.2.4 CAPITULO VI

TABLA 64. CUADRO DEL P.E.F. 2011. AHORRO PREVISTO EN CAP. 6 (2011, p. 626)

6. Inversiones Reales (IBSALUT)	Liquidado 2010	AHORRO previsto 2011
60 Inversión nueva en inf. (uso general)	0,01	0
62 Inversión nueva funcion. Oper. Serv.	20,1	3,6
63 Inversión de repos. Funcion. Oper. Serv	6,7	0,3
64 Inversiones de carácter inmaterial	6,5	1,4
Total	33,4	5,3

Se previó una disminución de 5,3 millones, pero los gastos liq. disminuyeron mucho más. Especialmente la inversión nueva. Los gastos liq. disminuyeron por el concepto (62) de inversión nueva. Ésta disminuyó 13 millones y el concepto (63) Inv. de reposición disminuyó 5,5 millones. El total del Cap. 6 se redujo 15,54 mill. liq. en 2011. La **variación del gasto devengado fue de (-92 mill)** pues se venía de una situación (2010), en la que Son Espases provocó una gran inversión en capital fijo (114 mill. en 2010). En 2011 las medidas fueron:

- Paralización de inversiones.
- Disminución de transferencias de capital al sector público instrumental.
- Cancelación de proyectos de inversión, según el P.E.F. (2011, p. 626).

El capítulo de inversiones siempre es el más susceptible de modificación ante una eventualidad.

3.2.5 RESULTADO DE LAS MEDIDAS

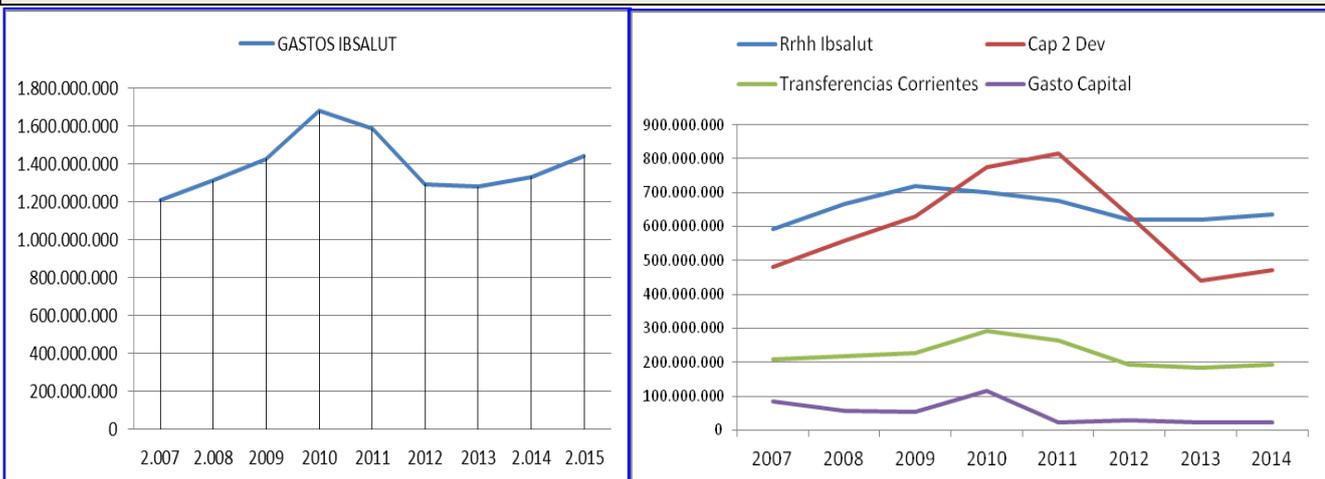
Así que el resultado de las medidas del P.E.F. de reequilibrio que hemos examinado, de 2010 a 2011 supusieron una **contundente reducción del gasto del IBSALUT (gasto liquidado) de aprox. 244 mill. y de 95,14 mill. (devengados)**. Pero este ajuste de gastos no reparó la situación pues la bajada de ingresos autonómicos “compensó” lo que se había conseguido vía reducción de gastos. Los ingresos disminuyeron de 1.411.218.000 euros (en 2010) a 917.371.000 euros (en 2011). Los gastos líquidos fueron 1147 mill. El saldo resultante fue de **(-229 mill)**. Todo ello diluyó en parte el esfuerzo del PEF 2011. Aun así las bases de la racionalización estaban ya asentadas.

TABLA 65. ESTRUCTURA ECONÓMICA

	2010	2011	2012	2013
Ingresos LIQ. IBSALUT	1.411.218.611	917.371.337	1.764.904.959	1.199.719.812
Gastos LIQ. IBSALUT	1.391.657.760	1.146.420.403	1.672.079.148	1.188.787.943
Saldo	19.560.851	-229.049.066	92.825.811	10.931.869

El gasto sanitario total en 2011 disminuyó en 95,4 millones eur** respecto al 2010. Fue de 1585 mill. del cual se liquidaron en total 1148 mill. generando una (DCS) de 437 mill. que se saldaría, en parte, el año siguiente mediante los recursos del MEPP.

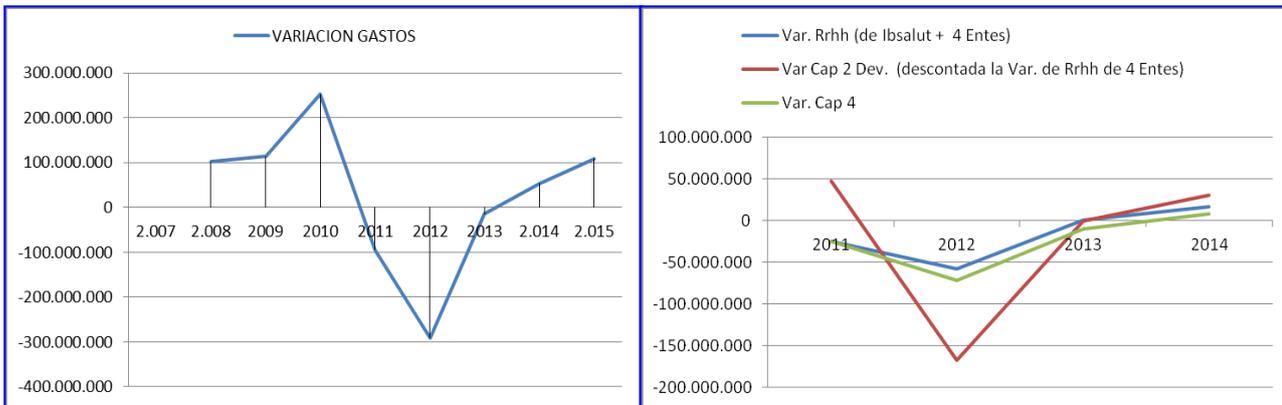
2011: MENOR GASTO DE 95 MILL. = 20 MILL. (RRHH) - 43 MILL. (CAP. 2) + 25 MILL. (CAP. 4) + 92 MILL. (CAP. 6)



Figuras 65 y 66. Evolución Gasto devengado, por capítulos de gasto.

F. EGSP. MSSSI

Se generó una inercia que haría evolucionar al sector hacia una disminución de su dimensión (Fig. 65 y 66). Las deudas generadas en 2011 por las retenciones de crédito y DCS, se saldarían al año siguiente mediante el MEPP. Este año 2011 no se logró cumplir el objetivo de déficit, pero sí se marcó una senda de racionalización del sector.



Figuras 67 y 68: Variación anual de gastos devengados.

F: EGSP. MSSSI

Prácticamente la totalidad de la “maniobra financiera” se realizó mediante las partidas (489) de farmacia, (44) de transferencias corr. y (22) de material y suministros: en 2011 se retendrían pagos de estas partidas, para en 2012, liquidarlos con el MEPP.

Figuras 67 y 68. Fueron los efectos de los planes (PEF's) sobre el gasto devengado de cada capítulo.

GASTO DEVENGADO VS LÍQUIDO DEL IBSALUT

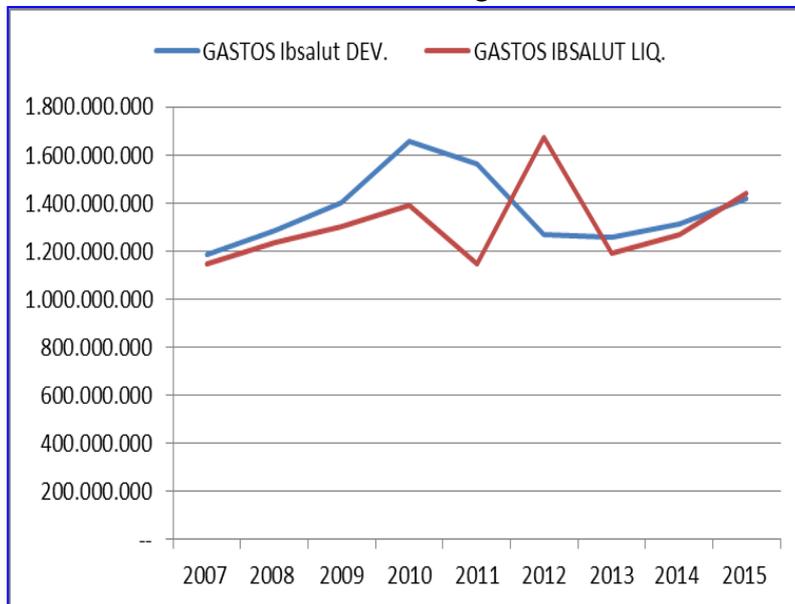


Figura 69. Gasto Ibsalut devengado y líquido. F: MSSSI. CAIB. IBESTAT

3.3 PLAN ECONÓMICO-FINANCIERO DE REEQUILIBRIO (2012 – 2014)

“Formulado por la Comunidad Autónoma en abril de 2012, presentado ante la Administración del Estado y considerado idóneo por el Consejo de Política Fiscal y Financiera el día 17 de mayo de 2012”, según DL 5/2012, de 1 de junio.

En 2012 y 2013 tuvieron lugar tres acontecimientos determinantes en la política económica balear y en el IBSALUT.

1. La concesión de un crédito extraordinario (M.E.P.P).
2. La integración de las Fundaciones Hospitalarias y de GESMA en el IBSALUT.
3. La reestructuración del sector público instrumental.

En 2011 hubo una disminución de gastos por el efecto de las medidas del PEF 2011. En 2012, un gran incremento de gasto liq. por el mecanismo extraordinario de pago a proveedores y en 2013 los gastos del capítulo 1 del Ibsalut incrementaron por la comentada integración del personal de las tres fundaciones hospitalarias y de Gesma en cuantía equivalente a los gastos de personal de dichos 4 entes.

De manera análoga al anterior plan, se presentó el nuevo Plan económico-financiero de reequilibrio (2012-2014), dado el incumplimiento de los objetivos de déficit, superando el 4% del PIB balear del 2011 (equivalente a una cuantía de 1064 mill. Superior al límite de 2,4% del PIB).

En 2011 alcanzamos el 4% de déficit (límite máximo del 1,3%). Se necesitaban más de **476 millones** de euros, entre ahorro e incremento de ingresos, para cumplir con dicho objetivo.

Sanidad logró un saldo positivo de casi 93 millones en 2012, que a pesar de su gran dimensión, **resultó insuficiente.**

TABLA 66. INGRESOS Y GASTOS IBSALUT (2012)

2012	
Ingresos	1.764.904.959
Gastos	1.672.079.148
Saldo	+ 92.825.811

Para cumplir los límites marcados por el Estado respecto al déficit (1,5 % para el año 2012 y 1,1 % para el 2013), el P.E.F. (2012-2014) complementó al DL 5/2012, de 1 de junio, de medidas urgentes en materia de personal y administrativas para la reducción del déficit público.

Como consecuencia del no-reflejo de la realidad en las cuentas públicas de les Illes Balears afluó un abultado aumento del **déficit público**. “Las cifras de entregas a cuenta de 2012 se basaban en datos extremadamente optimistas y por ello, la información sobre las entregas a cuenta definitivas facilitadas por el Ministerio de Hacienda Administraciones Públicas en abril de 2012, puso de manifiesto una reducción de las entregas por importe de 190 millones de euros” según el P.E.F. del 2012 (2012, p. 6).

El déficit público de **España** alcanzó en 2012 el 7% del PIB (10,6 % si se incluye el impacto de las ayudas al sector financiero) frente al 11,2% de 2009. Se trata de uno de los más altos de la UE, según el Banco de España (2012, p. 109).

En 2012 también afluó la mala situación de algunas **instituciones bancarias** de gran tamaño. Hubo un recrudecimiento de la crisis. En el sector financiero se dio, según Martínez (2017, p. 13)

- “Incremento de la morosidad.
- Caída en el crédito al sector privado.
- Incertidumbre sobre solvencia de algunas entidades.
- Crecimiento de la deuda pública en las entidades de depósito.
- Rentabilidad **negativa** de los bancos del 21% en 2012”.

Todo hizo repuntar la prima de riesgo de forma extraordinaria.

PRIMA DE RIESGO

25/07/2012	612
24/07/2012	637
23/07/2012	631

F. Bloomberg

“Las necesidades en las IB a efectos del cumplimiento del Objetivo de Estabilidad Presupuestaria eran de **1063 millones de euros**, lo que representaba el **4% del PIB regional**, significativamente por encima del límite máximo fijado en el **1,3%**” según el P.E.F. del 2012 (2012, p. 4).

3.3.1 MEDIDAS PARA EL CAPÍTULO 1. CAIB

Los gastos de personal de la CAIB se rebajaron mediante las siguientes medidas:

1. Disposiciones adicionales de la Ley 9/2011, de 23 de diciembre, de Presupuestos de las Baleares (2012), para realizar la suspensión de incentivos, de la carrera profesional y de la acción social.
2. DL 5/2012, de 1 de junio, de medidas urgentes de personal y administrativas para reducción del déficit público.

Este plan del (2012 - 2014) fue el más efectivo, pues consiguió racionalizar buena parte del sector sanitario y de la administración de la comunidad. En cuanto al Cap. 1 de toda la CAIB, las medidas de este P.E.F. fueron muy efectivas. Las enumera el P.E.F. 2012 -2014 (2012, p. 25-27).

La disminución del concepto presupuestario “12” del capítulo 1 del G. liquidado de la CAIB fue de 43 millones. **Cifra que coincide con todo lo estimado y previsto. El gasto pasó de 527 millones a 484 mill. en 2012.**

TABLA 67. GASTO LIQUIDADO - CAIB (2011 - 2012)

	2011	2012
12.- Retribución de funcionarios y del personal estatutario	527 mill.	484 mill.

3.3.2 CAPÍTULO 1 DEL IBSALUT

Las Medidas y previsiones de ahorro para el capítulo 1 del **IBSALUT** fueron las siguientes. Medidas enumeradas en el PEF del 2012-2014 (2012, p. 30-31).

- “1) Elaboración de una Relación de Puestos de Trabajo (RPT) para el personal del IBSALUT.
- 2) Aprobación de un plan de recursos humanos en el cual se regularan los supuestos excepcionales en los que el personal estatutario del IBSALUT pudiera prolongar la permanencia en el servicio activo. Previsión ahorro: 2.600.000€.
- 3) Flexibilización horaria en todos los centros hospitalarios y centros de salud. Previsión ahorro: 5.000.000€.
- 4) Suspensión del acuerdo de acción social relativo al complemento de pensión de jubilación. Previsión ahorro: 500.000€.
- 5) Reducción en uno de los días de licencia para asuntos propios, pasando de los actuales 7 a 6.
- 6) Reducción temporal en un 32% del complemento retributivo de carrera. Previsión ahorro: 6.000.000€.
- 7) Suspensión del complemento de productividad variable. Previsión ahorro: 7.200.000€.
- 8) Modificación de horarios de Centros de Salud. Previsión ahorro: 1.700.000 €.
- 9) Ajuste de las guardias de los residentes en todos los centros hospitalarios. Previsión ahorro: 500.000€.
- 10) Eliminación de la libranza después de las guardias. Previsión ahorro: 2.900.000€”.

Así, el ahorro agregado previsto era de **26.4 millones euros**. El concepto presupuestario “12” del gasto liquidado del IBSALUT fue **de 257 millones en 2012, y de 284 mill. en 2011**. Así que **se cumplió la previsión de ahorro LIQ. y DEV.** de las medidas del plan para el Cap. 1 del IBSALUT.

El ahorro total de personal de sanidad, respecto al 2011, (teniendo en cuenta los RRHH de los “4 entes” que aún no pertenecían al Ibsalut) fue de **57.4 mill.** respecto al año anterior. Este ahorro se dividió en: **41.6 mill.** en el Ibsalut y **15.8 mill.** en los “4 entes”.

Las demás medidas que completaron este ahorro fueron: la disminución de los incentivos al rendimiento en **9 mill.** y la bajada de retribuciones referentes a la acción social en **4.6 mill.**

26.4 mill. + 9 mill. + 4.6 mill. = 40 mill. (APROX. AHORRO DE PERSONAL DEL IBSALUT).

Algunas medidas de este plan, para el Cap.1, tuvieron muchas resistencias, dado que los trabajadores las consideraban un ataque a sus derechos adquiridos. Por ejemplo: la suspensión de la convocatoria de ayudas por acción social en cumplimiento del artículo 10.5 del RDL 16/2012, de 20 de abril: El concepto presupuestario “16” de gasto social pasó de 90,4 mill. en 2011 a 85,8 mill. en 2012, generando un ahorro de **4,6 millones**.

3.3.3 CAPÍTULO 2

Llegamos al capítulo 2 de gasto corriente. La evolución del cap. 2 del presupuesto **liquidado** del IBSALUT fue la siguiente, según los datos oficiales de gasto:

TABLA 68. CAPÍTULO 2 LIQUIDADO. IBSALUT

	2011	2012	2013
CAP. 2 LIQ.	461.020.000	807.130.000	373.690.000
EVOLUCIÓN	-105 mill.	+ 346 mill.	-433,4 mill.

El capítulo 2 incrementó 346 millones liq. ya que contiene parte de los 254,4 mill. que corresponden a pagos del M.E.P.P. Estos 254,4 mill. se aplicaron en buena parte al concepto (22) de material y suministros (que creció 292 mill. en 2012).

TABLA 69. CAPÍTULO 2 DEVENGADO. IBSALUT

	2010	2011	2012
CAP. 2 DEV.	773.818.644	816.443.635	633.382.387

El gasto devengado total del cap. II fue de 633 mill. (807 mill. se liquidaron). Los 254,4 mill. del MEPP se dividieron en 224,4 para DCS de suministros y 30 millones para deudas de “sanidad con medios ajenos”.

TABLA 70. GASTO MATERIAL Y SUMINISTROS. IBSALUT

	2011	2012	2013
22.- Material, suministros	105.061.473	397.129.559	245.855.437
EVOLUCIÓN	-114,6 mill.	292,06 mill.	-151,2 mill.

EL CAPÍTULO 2 DE 2012 DISMINUYÓ EN **167 MILL.**

En 2012 se racionalizó el gasto en suministros (150 mill.) y demás partidas, y al mismo tiempo se liquidaba una DCS muy importante mediante el MEPP, (807,1 mill. se liquidaron, y 254,4 tenían su origen en el MEPP).

3.3.4 RACIONALIZACIÓN DEL SECTOR PÚBLICO INSTRUMENTAL (SPI)

A finales de 2011 se aprueba el “Proyecto de Reestructuración del Sector Público Instrumental de la Comunidad Autónoma de les Illes Balears”. Fue también una medida muy controvertida.

Formó parte de las medidas de racionalización de gasto público.

Se pasó de 175 a 75 entidades.

Los consorcios pasaron de 110 a 30 entes, las Fundaciones de 30 a 17 entes, las Sociedades mercantiles de 28 a 22 entes y los organismos autónomos de 7 a 6 entes, según la CAIB. FINANÇAMENT SANITARI. (2017)

TABLA 71.
FONDOS PROPIOS DE ENTIDADES (SPI)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
F.P. del SPI	-326,65	-564,12	-551,94	-227,04	-328,48	9,89	33,89	159,03	144,16	173,24

millones eur

F. CAIB

Servei de Finançament

A partir del año 2012 se regularizaron los fondos del S.P.I. (Tabla 71). Los fondos propios del S.P.I. pasaron de (-328 mill.) en 2011 a (+9.89 mill.) en 2012, liquidando así la importante deuda de estas entidades.

En lo concerniente al ámbito de salud se integraron los “**4 entes**” en el IBSALUT:

- GESMA (Gestión Sanitaria de Mallorca).
- Fundación Hospital Son Llàtzer.
- Fundación Hospital de Manacor.
- Fundación Comarcal de Inca.

Su activo y su pasivo se integraron y consolidaron en el patrimonio del IBSALUT.

3.3.5 ELIMINACIÓN DE DUPLICIDADES

Esta medida fue efectiva. Se consigue que disminuya el uso de algunos procedimientos. La cartera de servicios propiciaba la duplicidad de algunas pruebas diagnósticas; su reestructuración fue en base al capítulo II del RDL 16/2012 de 20 de abril. Se estimó un ahorro de 5.6 mill. en 2012.

Hemos analizado procedimientos médicos de la “CATEGORÍA CIE9MC”, constatando que hubo una disminución en la indicación de algunos procedimientos (**mientras la actividad sanitaria crecía**).

Se consiguieron resultados satisfactorios para esta medida dado que algunos procedimientos empiezan a mostrar reducciones importantes en su aplicación los años 2013, 2014, y 2015. En el cuadro vemos el peso de procedimientos médicos (2015), que mostraron disminución, (en relación al 2012).

En este punto NO se han considerado “procedimientos /millón de hab.”, pues las medidas se habían planificado sobre datos “absolutos” (no relativos).

TABLA 72. NÚMERO DE PROCEDIMIENTOS

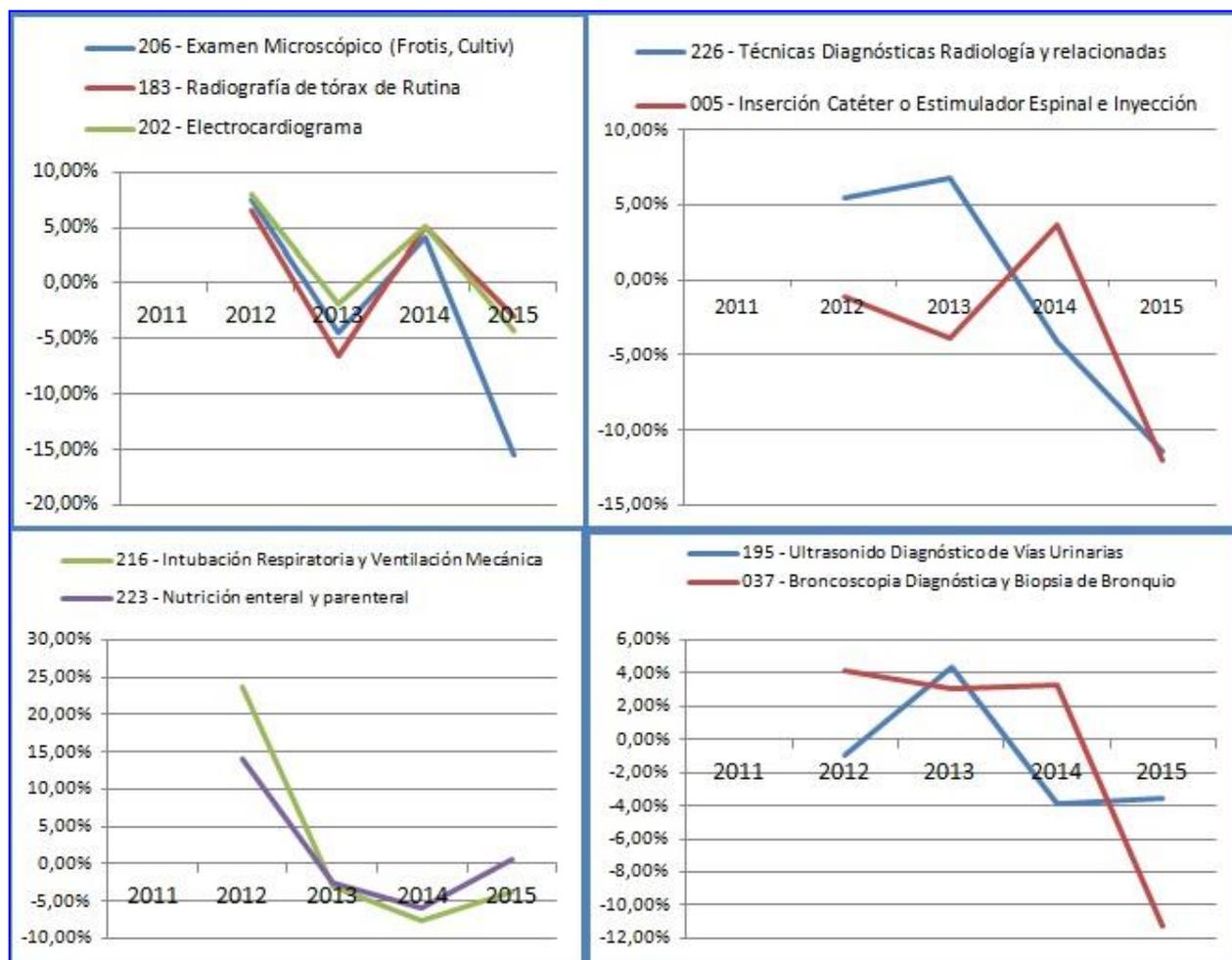
CAPÍTULO - CATEGORÍA CIE9MC	2011	2012	2013	2014	2015	2015 / 2012
206 - Examen Microscópico (Frotis Bact. Cultivo)	41.621	44.721	42.687	44.454	37.556	83,98%
183 - Radiografía de Tórax de Rutina	16.755	17.860	16.675	17.521	17.003	95,20%
202 - Electrocardiograma	13.031	14.068	13.812	14.525	13.904	98,83%
226 - Técnicas Diagnósticas Radiología y relacionadas	7.798	8.222	8.784	8.426	7.467	90,82%
005 - Inserción Catéter o Estimul. espinal e Inyección	4.904	4.850	4.660	4.833	4.249	87,61%
216 - Intubación Respiratoria y Ventilación mecánica	3.432	4.246	4.114	3.798	3.655	86,08%
223 - Nutrición enteral y parenteral	1.740	1.986	1.933	1.820	1.830	92,15%
195 - Ultrasonido Diagnóstico de Vías Urinarias	1.583	1.568	1.636	1.572	1.516	96,68%
037 - Broncoscopia Diagnóstica y Biopsia de Bronquio	853	888	915	945	839	94,48%
133 - Episiotomía	1.118	1.105	939	871	808	73,12%

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales
<http://pestadistico.inteligenciadegestion.msssi.es/publicosns>

TABLA 73. VARIACIÓN PORCENTUAL (T / T-1)

	2011	2012	2013	2014	2015
206 - Examen microscópico (Frotis, Cultivo)		107,4%	95,5%	104,1%	84,5%
183 - Radiografía de tórax de rutina		106,6%	93,4%	105,1%	97,0%
202 - Electrocardiograma		108,0%	98,2%	105,2%	95,7%
226 - Técnicas diagnósticas radiología y relacionadas		105,4%	106,8%	95,9%	88,6%
005 - Inserción Catéter o estimulador espinal e Inyección		98,9%	96,1%	103,7%	87,9%
216 - Intubación respiratoria y ventilación mecánica		123,7%	96,9%	92,3%	96,2%
223 - Nutrición enteral y parenteral		114,1%	97,3%	94,2%	100,5%
195 - Ultrasonido Diagnóstico de vías urinarias		99,1%	104,3%	96,1%	96,4%
037 - Broncoscopia diagnóstica y biopsia de bronquio		104,1%	103,0%	103,3%	88,8%
133 - Episiotomía		98,8%	85,0%	92,8%	92,8%

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales <http://pestadistico.inteligenciadegestion.mssi.es/publicosns>



Figuras 70a, 70b, 71a, 71b. Evolución porcentual de procedimientos médicos.

F: PESTADISTICO

Figuras 70a, 70b, 71a, 71b. Disminuye porcentualmente el uso de los procedimientos médicos analizados realizados en los años 2013, 2014 y 2015. Técnicas como “Examen Microscópico”, “Radiografía de Tórax de Rutina” o “Electrocardiograma” disminuyeron de forma clara.

3.3.6 MECANISMO EXTRAORDINARIO DE FINANCIACIÓN PARA EL PAGO A PROVEEDORES

La restricción al crédito de la economía española durante la crisis propició el impago de facturas por parte de las AAPP a los proveedores, debido a la incapacidad inicial de contener el gasto público. La ley Orgánica de Estabilidad Presupuestaria y Sostenibilidad Financiera reguló este **mecanismo de financiación** para el pago a proveedores con duras condiciones de acceso.

“Estas medidas son en gran parte impuestas por la llamada Troika, formada por el Banco Central Europeo (BCE), la Comisión Europea (CE) y el Fondo Monetario Internacional (FMI). La troika decide imponer medidas de tipo austero para lograr sanear las finanzas públicas de aquellos países que se encuentren excesivamente endeudados” según Faja (2015, p. 50).

Las CCAA detallarían las medidas de gastos e ingresos para poder acceder a estos préstamos. Así, con los pagos a proveedores, esta medida dotaría de liquidez a las empresas. Gracias a este M.E.P.P. hemos visto como en 2012 se reducía de manera muy importante la deuda con los proveedores del IBSALUT.

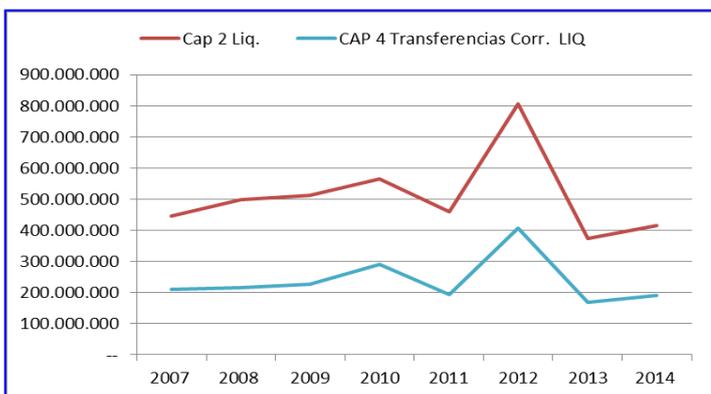


Figura 72. Gasto líquido. Cap. 2 y 4.

F: Web finances.caib

Con este mecanismo se dio un cambio muy significativo en la composición de la deuda de Baleares. La dependencia con el Estado fue determinante para poder pagar a proveedores y reducir el déficit público. Los pagos hechos a proveedores permitieron reactivar la actividad económica, el empleo y ganar credibilidad. También, el mecanismo de pago a proveedores, hizo frente a una situación difícil con suministros y farmacia, pues se debían liquidar 296 millones de euros. Así como transferencias por valor de 141 mill. para las “cuatro entidades”, que se integraron en el servicio balear de salud, y 30 mill. pendientes de pago a conciertos de A.E. (252).

Liquidar las deudas fue muy importante para con los proveedores de servicios, de tecnología, para las farmacias y para crear un clima de confianza. Este crédito extraordinario, contenido en el RDL 7/2012, de 9 de marzo, fue una de las medidas más importantes del Plan Económico de 2012-2014.

Se implementó con el objeto de saldar la ingente deuda existente con proveedores. Se obtuvo un crédito de 1.669.039.000 euros. De este montante, al IBSALUT, se destinaron **467 millones** euros aprox. con el fin de saldar deudas con proveedores en 2012:

Al capítulo 2 se destinaron 254,4 mill. y al capítulo 4, aprox. 213 millones, que se dividieron en:

1. 140.988.000 euros de transferencias para los hospitales de Inca, Son Llàtzer, Manacor y GESMA.
2. Pago de recetas médicas pendientes por valor de 71.774.000 euros.

3.3.7 CENTRAL DE COMPRAS Y LOGÍSTICA DEL SERVICIO DE SALUD

La Central de compras unificada suponía un ahorro de gasto, en base al capítulo IV del RDL 16/2012, de 20 de abril. Se estimó un ahorro de 11.600.000 €. El RDL 16/2012, de 20 de abril, en su disposición adicional cuarta observó medidas de eficiencia en el ámbito del Sistema Nacional de Salud, donde concretó que se fomentaría la creación y el uso de un mecanismo de compra centralizado. Ésta se puso en marcha en junio de 2013. Consiguió solventar problemas de logística. El gasto devengado de farmacia, de 2012 a 2013, disminuyó casi **8 mill.** (de 185 mill. a 178 mill). Se logró este ahorro con la unificación de precios y productos en los catálogos de farmacia hospitalaria e implantología.

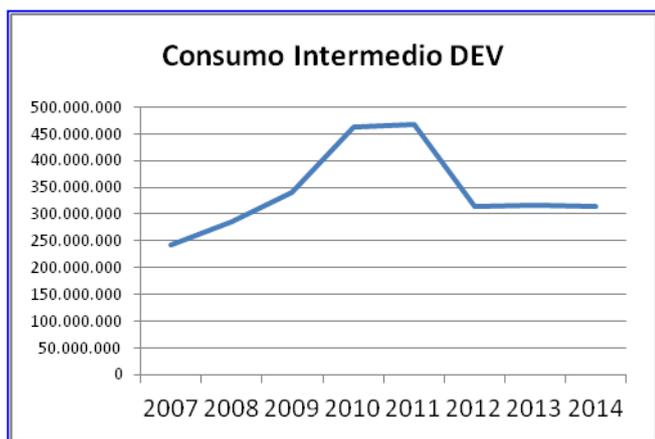


Figura 73. Cap. II Dev. (consumo intermedio) F: MSSSI. EGSP

Con el ahorro en las compras de suministros, también se consiguió un menor gasto de capítulo 2 (2012), (ahorro de 150 millones). Gracias a la eficiencia que se consiguió se mantuvo un menor gasto los años siguientes, como vemos en el Figura 73.

TABLA 74. CONSUMO INTERMEDIO DEVENGADO

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Consumo Intermedio DEV.	241.568.000	285.885.000	339.827.000	463.658.000	468.164.000	315.018.000	316.956.000	314.300.000
VARIACIÓN ANUAL		44.317.000	53.942.000	123.831.000	4.506.000	-153.146.000	1.938.000	-2.656.000

3.3.8 EL CAPÍTULO 4

El capítulo 4 LIQ. incrementó en 2012 un 109,78% motivado por el efecto del mecanismo extraordinario de pago a proveedores. Por una parte tuvo lugar una transferencia extraordinaria para el Hospital Comarcal de Inca, Son Llätzer, H. Manacor y GESMA, que tuvo un importe conjunto de 141 millones de euros para el abono de las facturas impagadas.

Por otra parte, y para el pago de recetas médicas (concepto presupuestario 489) de ejercicios anteriores, se destinaron casi 72 millones, según el informe 108/2015, CAIB (2013, p. 147). Con los 407 mill. liquidados del Cap. IV (que contenían 213 mill. del M.E.P.P) se liquidaron dichos saldos pendientes, de farmacia y transferencias corrientes pendientes.

TABLA 75. CAPÍTULO 4. DEVENGADO

	2010	2011	2012
CAP. 4 DEV.	290.659.873	265.406.063	193.456.209
FARMACIA	202.122.887	255.398.881	185.331.146

El gasto DEVENGADO del Cap. 4 de 2012 fue de 193,5 mill. (**72 mill. menor al 2011**). En 2011 fue de 265 mill. Disminución gracias al menor gasto en farmacia.

GASTO FARMACÉUTICO: Si descontamos al gasto líquido del 2012 de farmacia, el apoyo del MEPP: (256,7 mill. – 71,7 mill. del MEPP), obtenemos **185 mill. es decir, el gasto devengado de farmacia en 2012.**

Así que, en 2012 se liquidaron 256,7 mill. en la cuenta de farmacia para cubrir:

- (1) 185 mill. devengados de 2012.
- (2) 71 mill. impagados de 2011, también de farmacia.

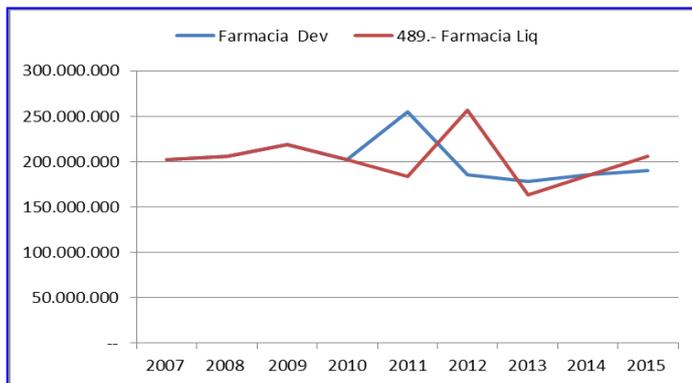


Figura 74. Gasto de farmacia líquido y dev. F: MSSSI. CAIB. IBESTAT

La reducción del gasto farmacéutico se desarrolló en base al capítulo IV del RDL 16/2012, de 20 de abril. El ahorro estimado para 2012 fue de 24.000.000€. Otra vez el incremento de gasto en 2011, y no liquidado, se saldaba en 2012 (M.E.P.P).

En 2012 se implantaron medidas de racionalización para pagar las deudas de los años anteriores, con la ayuda del M.E.P.P. **Hubo una minoración de gasto farmacéutico de 71 mill. de 2011 a 2012, y de 8 mill. en 2013.**

3.3.9 CAPÍTULO 6. INVERSIÓN

Las inversiones reales y la formación bruta de capital fijo disminuyeron prácticamente todo el periodo. En 2013 vemos la NO dotación de la central térmica de Son Espases (-4.2 millones). La inversión y la formación bruta de capital caen en el periodo crítico dado el menor esfuerzo inversor.

TABLA 76. VARIACIÓN ANUAL (DEVENGADA) DE LA INVERSIÓN

t - (t-1)	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
VAR. ANUAL	-28.182.000	-4.384.000	61.219.000	-92.372.000	6.649.000	-5.476.000	-726.000

En 2010 se produce un incremento de 61 mill. por la puesta en funcionamiento de Son Espases y de todas sus nuevas inversiones requeridas. Incrementó la Formación bruta de capital fijo por la apertura de Son Espases y la implantación de cuantiosa maquinaria en sus dependencias. El salto se produjo por la diferencia entre todo el capital que se dio de baja, y el que se dio de alta en el activo de son Espases (Figura 74b).

TABLA 77. CAPÍTULO 6. LÍQUIDO y DEVENGO

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Cap. 6 Liq.	70.024.215	43.961.253	40.620.263	33.354.162	17.809.289	23.414.587	19.205.129	18.010.686
Cap. 6 Dev.	85.766.000	57.584.000	53.200.000	114.419.000	22.047.000	28.696.000	23.220.000	22.494.000

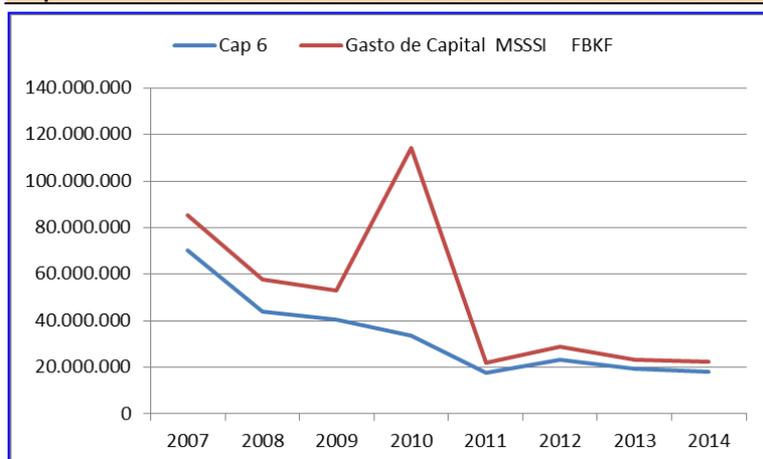


Figura 74b. Cap. 6 (dev. y liq.) F.B.K.F. Web finances.caib F: CAIB. EGSP

La **inversión** disminuyó en toda la etapa de crisis. Las inversiones reales y la formación bruta de capital fijo disminuyeron. En el presupuesto liquidado vemos un incremento de pagos en 2012 gracias al mecanismo extraordinario de pagos a proveedores. La imposibilidad de realizar inversiones estaba motivada por la necesidad de afrontar el cúmulo de impagos. Pese a todo, el esfuerzo inversor se mantuvo aunque, lógicamente, en menor cuantía.

“La disminución de 4,2 mill. euros respecto del ejercicio anterior está motivada por la imputación al presupuesto de 2012 de la obra de la central térmica del nuevo Hospital de Son Espases, que en 2013 no se produjo” según la Sindicatura de comptes. Informe 108/2015. (2015, p. 147).

Las inversiones disminuyeron durante todo el periodo de crisis. En 2010 incrementó la Formación bruta de capital fijo por la apertura de son Espases y la implantación de cuantiosa maquinaria en sus dependencias (Figura 74b).

3.3.10 COPAGO

Se aplicó una reducción del precio de los medicamentos genéricos para incentivar el consumo de éstos mediante el RDL 4/2010, de 26 de marzo, el cual rebajó hasta un 30% el precio de éstos. El copago farmacéutico también se modificó y llegó a aplicarse a los pensionistas (con un máximo de 18 euros). Los ciudadanos (no pensionistas) deberían hacerse cargo de un copago según sus ingresos.

Fue un intento de racionalizar el consumo de fármacos evitando el gran despilfarro que su producía durante la etapa anterior, consecuencia de que con la gratuidad, algunas farmacéuticas aumentaban el tamaño de sus envases y el uso de sus marcas. El efecto del nuevo copago en Baleares supuso una disminución de un 4,9% en la facturación farmacéutica de 2013, según Antares Consulting (2013, p. 19).

El copago es relativamente modesto, pero el momento que se vivía de crispación era tal que la medida recibió fuerte oposición. Los pensionistas pasarían a pagar un 10% del precio de los medicamentos con un límite mensual (18 euros), y las personas activas un máximo de 50% - 60%, dependiendo de su nivel de renta.

En este sentido, 417 medicamentos pasaron a no sufragarse y a sustituirse por genéricos. Medicamentos estos que no eran vitales para patologías concretas sino más bien para tratar síntomas menores. Fue criticada la no sufragación de algunos transportes sanitarios que provocarían un incremento de pago al paciente, a veces inasumible para éste en el caso de tratamientos frecuentes o crónicos, pues encarecía demasiado la asistencia, ya que el desplazamiento es frecuente en caso de cronicidad o tratamiento de larga duración, aunque con frecuencia se utilizaban ambulancias para trasladar pacientes con lesiones mínimas.

Rosa Urbanos aludía a la preferencia de la fórmula del copago evitable que “se basa en hacer pagar al paciente la diferencia entre el precio de venta de un medicamento y el de otro considerado equivalente o similar que es más barato. De esta forma, el paciente puede evitar el copago” según Urbanos y Puig-Junoy (2014, p. 87).

Según Urbanos (2014) hasta el momento, el alto número de medicinas con un copago (tan sólo del 10%) y correspondiente a fármacos indicados a gente de edad avanzada (que frecuentemente consumen fármacos de manera excesiva), convirtió a España en uno de los países con más consumo de medicamentos por persona del mundo.

Antes de la aprobación de esta nueva normativa, el copago era del (30% a 40%) y para los pensionistas (gratuito). Con la nueva ley (art 3.13) es de 60% para rentas superiores a 100.000€, 50% para rentas entre 18.000 y 100.000€, y 40% para rentas inferiores a 18.000€. (10% para los pensionistas).

El capítulo 3 de INGRESOS por tasas del Ibsalut, **pasó de 13,9 mill. en 2012 a 20 mill. en 2013** (Figura 75).

TABLA 78.
TASAS IBSALUT

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
3.- TASAS IBSALUT	6.831.750	7.238.520	13.438.730	8.669.325	10.782.949	10.722.981	12.083.579	13.930.113	20.015.779	18.474.510	15.907.661

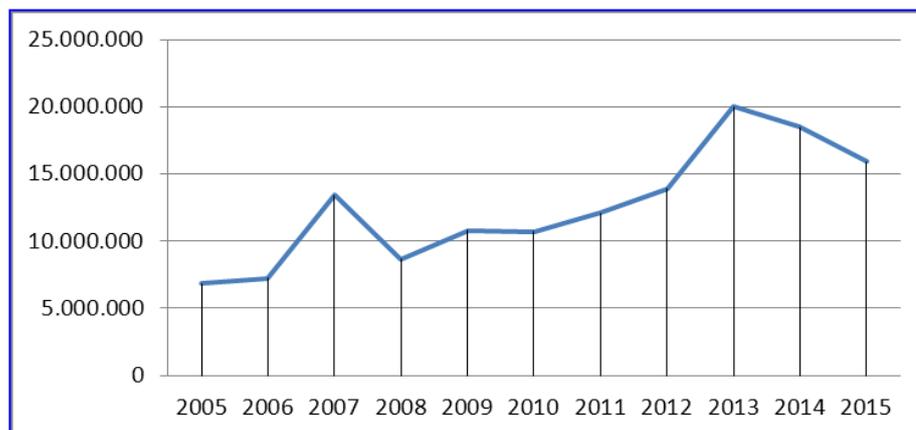


Figura 75. Ingresos por tasas Ibsalut. Líquido. F: Web finances.caib. IBESTAT

La suma de las minoraciones y ahorros relatados de gasto de 2012 respecto a 2011, fue de **290 mill. euros aprox.** Para este plan fue crucial la nueva normativa: en 2012 se aprueban sendos RDL 14/2012 de 20 de abril, y el RDL 16/2012, de 20 de abril.

1. Menor gasto de 57.4 mill. en RRHH.
2. Menor gasto de 167 mill. en Capítulo 2 (descontada la variación en RRHH de los “4 entes”).
3. Menor gasto de 72 mill. en Capítulo 4.
4. Menor gasto de (-6) mill. en Capítulo 6.

TOTAL: 290 MILLONES EUR. AHORRO

TABLA 79. GASTOS SALUD TOTAL. DEVENGADO.

	2011	2012
CAP. 1 DEV.	689.273.945	631.514.810
CAP. 2 DEV.	816.443.635	633.382.387
CAP. 4 DEV.	265.406.063	193.456.209
CAP. 6 DEV.	22.000.000	28.000.000
GASTOS SALUD TOTAL DEV.	1.583.788.000	1.293.164.000
VARIACIÓN GASTOS TOTALES	-95.140.000	-290.624.000

3.3.11 AHORRO EN GASTOS DE LA CAIB

Ahorro en GASTOS de la CAIB: **263 Mill.** Las medidas del plan consiguieron una disminución de gasto de 263 millones euros. El efecto TOTAL del plan, en la CAIB fue:

Incremento ingresos (143 mill.) + disminución gastos (263 mill.) = **406 millones euros** según el Ministerio de Hacienda. **RESULTÓ INSUFICIENTE** para los problemas estructurales acumulados durante tanto tiempo. No obstante supuso un paso hacia la sostenibilidad del sistema.

1. Se **necesitaban 476** millones euros entre ahorro e incremento de ingresos para cumplir con dicho objetivo.
2. El año 2012, gracias a las medidas, se ahorraron **290** millones (1293 – 1583 mill).
3. Se liquidaron **1674** mill. en Ibsalut (**400 millones** más de lo devengado) gracias al **MEPP**.
4. El plan resultó **insuficiente**.
5. Gracias al M.E.P.P. se consiguió liquidar **deuda** con proveedores.

AHORRO EN GASTOS DE LA CAIB: 263 mill.

CAIB Cap. I Disminución de 116 Millones euros.

CAIB Cap. II Disminución de 79 Millones euros.

CAIB Cap. IV Indisponibilidad de Créditos. Disminución de 36 Millones euros.

CAIB Cap. VI Indisponibilidad de Créditos. Disminución de 9 Millones euros.

CAIB Cap. VII Indisponibilidad de Créditos. Disminución de 23 Millones euros.

INFORMACIÓN OBTENIDA DE WWW.MINHAFP.GOB.ES

INCREMENTO INGRESOS CAIB: 143 mill.

CAP I. Plan extraordinario de lucha contra el fraude: 6 Millones.

CAP II. 60 Millones euros.

- Plan extraordinario de lucha contra el fraude: 10 Millones euros.
- Incremento ITP y AJD: 23 Millones euros.
- Incremento IVMDH: 26 Millones euros.
- Incremento IEDMT: 1 Millón euros.

CAP VI. Un total de 77 Millones euros.

- Enajenación de patrimonio: 11 Millones euros.
- Resto CAP VI: 66 Millones euros.

Efecto Total CAIB (Ingresos + Ahorro) = 263 + 143 = 406 Millones Euros. CAIB

INFORMACIÓN OBTENIDA DE WWW.MINHAFP.GOB.ES

3.4 PLAN ECONÓMICO – FINANCIERO (2013)

Mediante el artículo 21 de la Ley Orgánica 2/2012 de 27 de abril, y dado el límite de déficit objetivo de 1,3% del PIB, se aprobó el presente plan. Como sabemos un hecho de gran trascendencia en 2013 fue la integración de las Fundaciones Hospitalarias y de GESMA en el IBSALUT, del ejercicio 2013 en adelante. (Se debía reducir en **91,9 mill.** el gasto de la CAIB para poder cumplir con el objetivo).

El Plan Económico de 2013, ya se realiza sobre la experiencia previa de los anteriores, aunque todavía en unas condiciones económicas difíciles. El mayor volumen de reducción de gastos efectivos de los anteriores planes proviene del capítulo 1. Este nuevo Plan difiere, en este sentido, de los anteriores.

3.4.1 EL CAPÍTULO I APENAS VARIÓ (2013)

Algunas medidas retributivas generales de capítulo 1 contenidas en el plan, (que se añadieron a las que ya operaban vigentes fruto del anterior plan) según el informe de seguimiento de los planes económico-financieros (2013, p. 40) fueron:

- Suspensión del nombramiento de personal.
- Reducción proporcional de jornada y retribuciones.
- Reducción/supresión gratificaciones productividad.

Las medidas relativas a nombramientos y a la congelación de plantilla redujeron un 5% el personal no sanitario y un 2% el colectivo médico.

El gasto de personal de los “4 entes” aparece por primera vez incluido en el capítulo 1 del Ibsalut. Sin embargo, el gasto de personal de 2013 y 2012 resultó ser muy similar (si sumamos al capítulo 1 del 2012 el gasto de personal de los 4 entes, para hacerlo homogéneo al año 2013, obtenemos una cifra similar de 619 millones). Comprobamos entonces que el cap. 1 no varía, si comparamos los 2 años con esta operación. La sanidad es intensiva en mano de obra, lo que hacía que los planes no se centraran en este capítulo más allá de su simple racionalización.

TABLA 80. GASTO DE PERSONAL IBSALUT

IBSALUT	2011	2012	2013
G. DE PERSONAL	468.203.531	426.613.234	619.883.423

Esta tabla, el 2013, contiene los 4 entes. En 2012 el valor es de 426,6 millones, y si le sumamos el gasto de personal de los 4 entes de dicho año (192,4 mill), obtenemos 619 millones.

Cifra muy similar al gasto de 2013. Luego comprobamos que el gasto en personal total es constante estos 2 años. El gasto en personal de los “4 entes” integrados en Ibsalut el 2013 fue de 174’9 millones euros.

En 2012 la **disminución del gasto de personal total sanitario** fue de aprox. de 57 millones. En 2011 de 25 mill. y en 2010 de 18 mill. Desde el 2010 se implantó una senda de racionalización en las retribuciones y en la contratación de personal.

La llegada del PEF 2013 estabilizó el camino andado en este ámbito. El gasto en **personal** de los “4 entes”, que se integraron en Ibsalut el 2013, fue de 174’9 millones euro, que sumados al gasto del IBSALUT, se igualaban en 619 mill. en 2012 y 2013. (TABLA 28).

3.4.2 COSTE LABORAL

TABLA 81. COSTE LABORAL /TRABAJADOR (IBSALUT)

	2010	2011	2012
CTE. LABORAL / TRAB.	43.901	42.790	39.060
t / (t-1)	95,4%	97,5%	91,3%

Los datos muestran la relación entre el coste de personal del Ibsalut (*sin los 4 entes*) y la cuantía de trabajadores del sector. En 2012 se consiguió no disminuir el personal sanitario, disminuyendo el coste medio por trabajador de 2009 a 2012. Ajustando los salarios. El ajuste máximo se realizó en 2012.

A partir de este año se empezaría de nuevo a incrementar el salario medio. Se consiguió un aumento de recursos vía disminución del coste laboral del sector sanitario. Así, se pudo mantener la plantilla de personal. El gasto en RRHH, en 2014, ya estaba recuperado y con niveles de 2008 aplicando las medidas racionalizadoras.

TABLA 82. VARIACIÓN PORCENTUAL DEL COSTE LABORAL

COSTE LABORAL	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
IBSALUT Cap. 1	418477262	464238241	502918934	488138355	468203531	426613234	445033000	462634000
Personal Público	11110	11083	10933	11119	10942	10922	10690	11064
Coste Laboral / Trab.	37666	41887	46000	43901	42789	39059	41630	41814
Var. % Coste Laboral (t / t-1)		111,21%	109,82%	95,44%	97,47%	91,28%	106,58%	100,44%

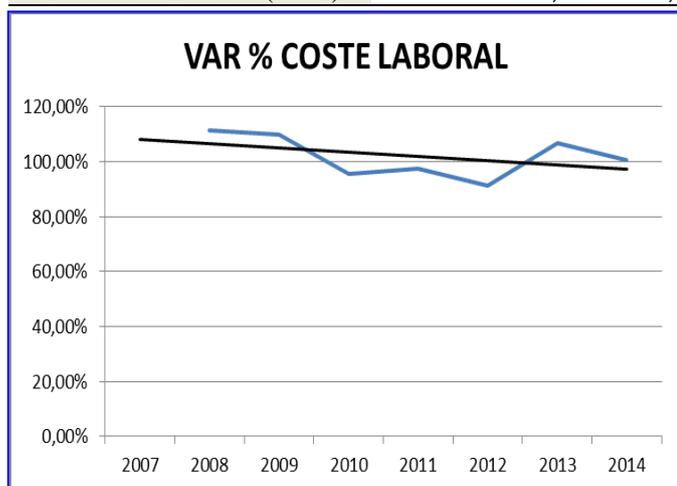


Figura 76. Var. % del coste laboral.

Web finances.caib
PESTADISTICO.COM

La previsión de los efectos de las medidas del P.E.F. 2013 en el **Capítulo I** era de un importe de -21,6 mill. euros, dada la suspensión de la paga extraordinaria de diciembre que se debía liquidar en el ejercicio 2013. El gasto en RRHH no disminuyó en 2013, y el resultado fue el provocado por los **21,6 mill. de la paga extra (como pasivo)**.

3.4.3 CAPÍTULO II

Se tomaron medidas de racionalización y de reducción de gastos derivados de la compra centralizada.

No hubo variación de gasto devengado (descontando la variación del gasto de RRHH de los “4 entes”). En el 2013 el gasto devengado de Cap. 2 fue de 440 mill.

En el 2012 el gasto real de Cap. 2. fue de (633 mill. -193 mill.) = 440 mill. (Los 193 mill. fueron el gasto de RRHH de los “4 entes” en 2012).

El liquidado fue de 373,7 mill. (440 - 373,7 = **66,3 mill:** Aumento de la DCS).

“La rebaja de precios unitarios que ha supuesto la puesta en marcha de la Central de Compras, se ha visto contrarrestada por el incremento de actividad sanitaria en el 2013 con respecto al 2012, lo cual ha supuesto un mayor gasto” según el informe del P.E.F. (2013, p. 39), (tabla 74). El incremento de la actividad sanitaria dificultó la implementación de reformas y mejoras estructurales. El ahorro conseguido en otras partidas no se materializó en un menor gasto total del cap. 2, dado ese incremento de actividad.

3.4.4 CAPÍTULO IV

En 2013 el gasto devengado del cap. 4 fue de 183,7 mill. y se liquidaron 169,3 mill. Se generaron 14,4 mill. de DCS. **Se dio un menor gasto de 9,7 mill. respecto al año anterior, gracias al ahorro en farmacia.** El gasto devengado de 2013 de **farmacia** fue de 178,5 mill. Se pagaron 164 mill.

El ahorro en **farmacia** fue de 6.8 mill.

Se generó un crédito de **214** mill. ya que en 2012 los gastos liq. de este capítulo crecieron a causa del mecanismo de pago a proveedores: **142** mill. (el concepto 44), y el (concepto 489) de farmacia en **72** mill.

La disminución líquida del cap. 4 en 238,4 mill. del 2012 al 2013, ocurrió porque el gasto de 2012 había aumentado por el MEPP:

- En **140,9** mill. por las transferencias a los “4 entes”, que dejaron de realizarse en 2013.
- Pagos de recetas médicas (concepto presupuestario 489) por **71,7** millones.

La evolución del gasto DEV. en **farmacia** fue:

TABLA 83. FARMACIA (DEVENGO)

2011	2012	2013
255.3	185.3	178.5

millones

“A partir de julio 2013 el gasto farmacéutico se incrementa, por la comercialización de nuevos medicamentos con precios más elevados, contrarrestando así la bajada del primer semestre del año” según el informe de seguimiento del P.E.F. (2013, p. 39). Tal vez la comercialización de medicamentos con precios más elevados fuera una reacción de las compañías.

3.4.5 CONCIERTOS Y MEDIOS AJENOS

Se consiguió un ahorro de casi **7 mill.** gracias a la negociación de precios que contenía como medida el plan económico financiero. Por otra parte, la apuesta de concertar y subcontratar servicios de hemodiálisis creció en 1,3 millones. También hubo negociación de precios con instituciones y servicios de diagnóstico ahorrando un millón de euros.

En 2013 se eliminó el gasto de **conciertos** por los “4 entes” (por integrarse en el Ibsalut); pasando el gasto liq. de 402 mill. en 2012 a 120,7 millones (concepto 25) en 2013.

Más de 120 millones de euros fue el gasto correspondiente a las partidas de las diferentes entidades que daban servicio a la sanidad balear mediante conciertos (2013).

TABLA 84. ASISTENCIA SANITARIA CON MEDIOS AJENOS

	2012	2013
Conc. 25 ASISTENCIA SANITARIA CON MEDIOS AJENOS	402.132.225	120.766.212
		-281.366.013

***Con la integración de los 4 entes (2013) en el Ibsalut, el concepto (252) habría supuesto un gasto de 30 millones (300.9 mill. – 271 mill.), si no fuera por la revisión de precios que se llevó a cabo, consiguiendo un menor gasto de *6,83 mill. (29,95 - 23,12), con un precio final de 23,12** mill. para el conjunto de servicios según el conc. (252).

TABLA 85. CONCIERTOS ATENCIÓN ESPECIALIZADA

252. CONCIERTOS INSTITUCIONES, AT. ESPECIALIZADA	2012	2013
25200 Conciertos con instituciones de atención especializada	300.993.292	23.120.311
25205 Servicios asistenciales. Sant Joan de Déu		***
25206 Servicios asistenciales. Hospital Cruz Roja Española		
25207 Servicios asistenciales. Policlínica Ntra. Sra. del Roser	29.95 MILL.	** 23.12 MILL.
25209 Servicios asistenciales. Policlínica Ntra. Sra. del Roser, lista de espera		
25210 Servicios asistenciales. Policlínica Ntra. Sra. del Roser, hemodinámica		
25212 Servicios asistenciales. Clínica Rotger cirugía cardíaca		
25216 Servicios asistenciales. Clínica Palma		
	2012	2013
	CONCIERTOS	IBSALUT
	271.035.438	249.226.994
25201 Servicios asistenciales GESMA	41.336.866	18.061.833
25203 Servicios asistenciales FH Manacor	67.222.570	61.843.722
25204 Servicios asistenciales FH Son Llätzer	117.058.645	122.909.523
25218 Servicios asistenciales. Hospital Comarcal de Inca	45.417.358	46.411.916
Precio 2012 (252)	AHORRO	
300,99 mill. – 271,03 mill. = 29,95 mill.	29.95 - 23.12 = 6.83 mill. *	

Se potenció la subcontratación de programas de hemodiálisis, que creció en 1,3 mill.

TABLA 86. PROGRAMA ESPECIAL HEMODIÁLISIS

	2012	2013
253. CONCIERTOS: PROGRAMA ESPECIAL HEMODIÁLISIS	4.492.757	5.812.228
25300 Conciertos para programas especiales de hemodiálisis		+ 1.319.471
25301 Club diálisis		

Los conciertos para “diagnósticos y tratamiento asistencial” de las siguientes entidades también fueron objeto de negociación y revisión de precio consiguiendo un ahorro de 1 mill.

TABLA 87. DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, TERAPIA

	2012	2013
254. CONCIERTOS. SERVICIOS DIAGNOSTICO, TERAPIA	9.544.840	8.525.735
25400 Conciertos para litotricias renales extracor.		-1.019.105
25403 Servicios asistenciales. Clínica Femenía ,GRIP		
25404 Servicios asistenciales. Clínica Palma		
25405 Servicios asistenciales. Medi sub cámara hiperbárica		
25406 Servicios concertados de terapias respirat.		
25413 Servicios asistenciales. Oxigenoterapia		
25414 Servicios asistenciales. Aerosol terapia		
25408 Servicios concertados de resonancia magnética nuclear		
25409 Otras técnicas de diagnóstico por imagen		
25410 Servicios concertados rehabilitación neurorefl.		
25411 Servicios asistenciales Fundación Kovacs		

El transporte sanitario incrementó su actividad.

TABLA 88. PROGRAMA ESPECIAL TRANSPORTE

	2012	2013
255. CONCIERTOS. PROGRAMA ESPECIAL TRANSPORTE	25.994.427	28.455.191
Servicios asistenciales con entidades públicas		+ 2.460.764
25500 Conciertos para el transporte sanitario terrestre		
25501 Conciertos para el transporte sanitario aéreo		

Se potenció la subcontratación de programas de hemodiálisis, que creció en 1,3 mill. Y los conciertos para “diagnósticos y tratamiento asistencial” también fueron objeto de negociación y revisión de precio consiguiendo un ahorro de **1 mill.** El transporte sanitario incrementó asimismo su actividad en 2,4 mill.

El gasto devengado de los servicios concertados (Figura 77a). Del 2009 al 2011 se reajustó la cuantía concertada, en previsión del cambio de status de los “4 entes” a realizar en 2013 y de los ajustes que se iban a producir. Este gasto en conciertos se estabiliza al verse forzadas también, las entidades, a racionalizar todos sus procedimientos.

TABLA 89.
GASTO DEVENGADO IBSALUT

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
GASTO CONCIERTOS DEV. (sin 4 entes)	55.683.000	61.021.000	65.564.000	85.508.000	128.232.000	116.669.000	123.164.000
VAR T-1		5.338.000	4.543.000	19.944.000	42.724.000	-11.563.000	6.495.000
GASTO CONCIERTOS LIQ. (sin 4 entes)	52.900.410	57.814.152	62.481.513	77.028.553	109.624.505	131.096.786	120.766.212
VAR T-1		4.913.742	4.667.361	14.547.039	32.595.952	21.472.281	-10.330.574

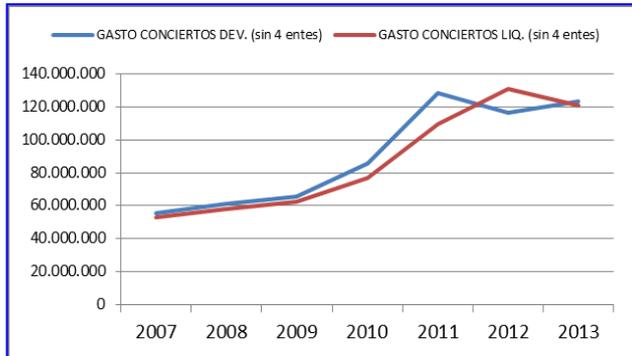


Figura 77a. GASTO CONCIERTOS

F: EGSP. Web finances.caib

Las diferencias entre el devengo y el líquido de los servicios sanitarios concertados, no dieron lugar a deudas importantes (DCS).

TABLA 90a. G. MEDIOS AJENOS

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
259.- OTROS SERV. ASISTENCIA SANITARIA	252.897	154.547	144.179	8.621.793	48.824.979	59.877.308	53.782.915



Figura 77b. SERV. ASISTENCIA SANITARIA

F: EGSP

En la tabla 90a se ve claramente el ahorro de más de **6 mill. del año 2013.**

Dado que se debía reducir en **91,9 millones** el gasto de la CAIB para poder cumplir con el objetivo de estabilidad en 2013 y se obtuvo un ahorro total de **142 millones** de euros, fue más que **suficiente**.

Hubo una **minoración** del gasto total de 15 mill. respecto a 2012 en el IBSALUT (1294 mill. – 1279 mill.):

- 1.0 mill. Menor gasto, Cap. 2
- 9.7 mill. Menor gasto, Cap. 4
- 5.4 mill. Menor gasto, Cap. 6

En 2013 se devengaron 1279 mill. y se pagaron 1191: **se generó una DCS de 89 mill.**

El informe de seguimiento del PEF (2013) concluyó que no existió una total correlación entre el gasto final y las medidas, ya que parte del ahorro fue causado por la inejecución de créditos. Los datos del 2013 fueron consistentes lo cual permitió el cumplimiento del objetivo de estabilidad fijado, según el Informe del PEF (2013).

3.4.6 RECAPITULACIÓN PLANES ECONÓMICO-FINANCIEROS (EFECTOS DE LAS MEDIDAS)

En 2011 disminuyó el gasto en 95 mill. En 2012 disminuyó en 290 mill. y en 2013 en 15 mill. El gasto de 2011 fue alto, teniendo en cuenta las medidas del plan económico financiero; se retuvieron los pagos, y se liquidaron en 2012. La DCS que se generó en 2011 por los impagos se pagó en 2012, gracias al mecanismo económico de pago a proveedores.

Los 290 mill. euros de menor gasto de 2012 se consiguieron con un ahorro en personal de 57.4 mill. de euros, disminución del gasto en 71 mill. euros en farmacia y con el cap. 2, que disminuyó 163 mill. Las medidas de 2011 tuvieron efecto en 2012 y la inercia hizo que se comenzara a racionalizar el gasto.

En el 2010 se generaron 262 millones de DCS; en el 2011, 415 mill; y en 2012, con el mecanismo de pagos a proveedores y con el menor gasto, se pudo disminuir la deuda en más de 400 mill. de euros. El IBSALUT acumuló una DCS en 2014 de 570 mill. generada en el periodo (2007 – 2014). (En base a cantidades del IBSALUT (CAIB) y del Ministerio (EGSP)).

La **INTEGRACIÓN** en el IBSALUT de GESMA y de las 3 “fundaciones sanitarias” en 2013, fue un éxito de gestión y racionalización de la política sanitaria, que puso en “orden” cuatro de los entes más importantes de la sanidad balear, incorporándolos en la estructura económica y jurídica del IBSALUT.

Tabla 90b. EFECTOS DE LAS MEDIDAS				(mill. €)
CAPÍTULO 1	2011	2012	2013	2014
Efectos estimados				
Plan de RRHH para prolongar la permanencia en el servicio activo. (Disminución mill.)		2,6	2,6	2,6
Flexibilización horaria en los centros hospitalarios y centros de salud.		5	7	7
Suspensión acción social relativo al compl. de pensión de jubilación. (Disminución mill.)		0,5	0,7	
Reducción temporal en un 32% del complemento retributivo de carrera.		6	8,5	
Suspensión complemento productividad variable. (Disminución mill.)		7,2	10,5	4,3
Modificación de horarios de Centros de Salud. (Disminución mill.)		1,7	2,5	1,7
Ajuste de guardias de los residentes en todos los centros hospitalarios		0,5	0,8	0,5
Eliminación de la libranza después de las guardias. (Disminución mill.)		2,9	4	3
Ibsalut (sin "4 entes") DISMINUCIÓN GASTO	19,9	41,9	-18,5	-17,5
Disminución de los incentivos al rendimiento	6	9		
Disminución de retribuciones referentes a la acción social	2	4,6		
Disminución retribución funcionarios	9,5	26		
Disminución retribución personal laboral	2,4	2,3		
"4 entes" (Disminución mill.)	4,3	15,8	17,5	0,6
DISMINUCIÓN GASTO CAP. 1	24,2	57,8	-1	-16,9
CAPÍTULO 2 (descontada la variación en RRHH de los "4 entes")	2011	2012	2013	2014
Análisis cartera servicios sanitarios. (Duplicidades) (Disminución porcentual)		1%	5%	4%
Análisis cartera servicios sanitarios. ESTIMADO (Duplicidades) (Disminución mill.)		5,6	11	11
Central de compras. Ibsalut (Disminución mill.)			8,3	8
Central de compras. ESTIMADO		11,6	20	20
Turismo sanitario (aumento cargos efectuados por las IB)	4,9	-0,4	3,8	1,3
Turismo sanitario (disminución visitas turismo salud)			35000	3000
Turismo sanitario (cargos efectuados por las IB)	14,3	13,9	17,7	19,1
Turismo sanitario. ESTIMADO		11	20	20
Suministros, material (Disminución mill.)		150	2	
Asistencia Sanitaria con Medios Ajenos (Disminución mill.)		11,5	7	
Entes Públicos Instrumentales (nº entes)	161	121	75	71
Rdo. Entes Públicos Instrumentales (millones euros)	-206,4	-37,3	-19,6	-5,1
Consumo Intermedio (Suministros, material)	468	315	317	314
DISMINUCIÓN GASTO CAP. 2	-47	167	1	-30
***MEPP		254,4		
CAPÍTULO 4 (Disminución mill.)	2011	2012	2013	2014
Farmacia (Copago. Efecto en 2013)			6,8	
Estimado. Copago		24	32,4	32,4
DISMINUCIÓN GASTO CAP. 4	25	72	9,7	-7,8
***MEPP		213		
CAPÍTULO 6 (Disminución mill.)	2011	2012	2013	2014
Disminución y suspensión de inversiones	5,3		5,4	
DISMINUCIÓN GASTO CAP. 6	92	-6,7	5,4	0,7
SERVICIOS HOSPITALARIOS ESPECIALIZADOS (Disminución mill.)		186	13	
DISMINUCIÓN GASTO TOTAL	94	290	15	-54

F. Elaboración propia

CAPÍTULO 4. REGULACIÓN SANITARIA.

El Sistema Nacional de Salud (SNS) es la entidad que presta servicios sanitarios a los ciudadanos españoles. Como hemos comentado en el **punto 1.2** se creó en 1908 y durante el siglo XX fue extendiendo su cobertura a toda la población. Los recursos sanitarios se concentraban en los hospitales de las grandes ciudades. Su gestión estaba totalmente centralizada.

Hoy nuestro Sistema Sanitario es un sistema de financiación pública vía impuestos cuyas competencias, originariamente centralizadas, se transfirieron a las comunidades autónomas con un gran proceso de descentralización de la sanidad española. Este proceso, que se inició en 1981, llevó a cabo la transferencia a las autonomías de los servicios que prestaba en ellas el INSALUD. El proceso concluyó en 2002 y el INSALUD pasó a denominarse Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA) tras la aprobación del RD 840/2002, de 2 de agosto, por el que se modificó y desarrolló la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad y Consumo. Disposición derogada por Real Decreto 1087/2003, de 29 de agosto, por el que se establece la estructura orgánica del Ministerio de Sanidad y Consumo. En Baleares, la transferencia de competencias del INSALUD se llevó a cabo con el RD 1478/2001 de 27 de diciembre (**punto 1.2.4**).

Hoy, con el sistema actual de financiación que regula la Ley 22/2009 de 18 de diciembre, cada autonomía decide cuánto debe dedicar a sanidad o a educación. En este sentido la Ley 16/2003, de 28 de mayo de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud se aprobó para garantizar el equilibrio autonómico sanitario tras la descentralización.

4.1 EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. TRAYECTORIA HASTA EL RDL 16/2012, de 20 de ABRIL

El SNS, explicado en el **punto 1.2.0** abarca el conjunto de medios coordinados de los Servicios de Salud del Estado y de las Comunidades Autónomas que proveen a los ciudadanos españoles de prestaciones sanitarias públicas. La estructura jurídica que configura el pilar del SNS lo encontramos en la Constitución Española de 1978, en la LGS 14/1986, de 25 de abril, y en la Ley 16/2003, de 28 de mayo. En 1974 con el Decreto 2065/1974, de 30 de mayo, se aprobó el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social y se establecieron las modalidades de prestación médica en el artículo 104: en el domicilio del enfermo, en régimen ambulatorio/internado u hospitalización por motivos quirúrgicos. Decreto derogado parcialmente por el RDL 16/2012, de 20 abril. La CE de 1978 estableció, en su artículo 43, el derecho a la protección de la

salud y a la atención sanitaria a todos los ciudadanos. Los principios que lo hicieron posible se regularon en la LGS 14/1986, de 25 de abril. Estos principios se concentraron en dos pilares básicos: financiación pública universal gratuita y descentralización de la sanidad en las Comunidades Autónomas.

La LGS 14/1986, de 25 de abril, reconoció el derecho de asistencia sanitaria a todos los ciudadanos y a los extranjeros residentes en España, y otorgó a las Comunidades Autónomas las competencias sanitarias, con una estructura muy descentralizada.

La CE estableció que los poderes públicos deben mantener un régimen público de Seguridad Social que garantice la asistencia y las prestaciones sociales a todos los ciudadanos (art. 41 CE).

El INSALUD, creado en 1978, fue el ente encargado de proveer la cobertura sanitaria a los ciudadanos españoles pero como ya hemos comentado, las competencias sanitarias del INSALUD se transfirieron a las comunidades autónomas. La Administración del Estado gestiona aún la sanidad en las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, a través del INGESA.

Hoy el sistema vela para que las Comunidades Autónomas estén dotadas correctamente para prestar los servicios sanitarios con garantías. Para ello decíamos, la Ley 16/2003 de 28 de mayo se aprobó, para asegurar y garantizar esta equidad y calidad del sistema en todas las CCAA y para garantizar el equilibrio autonómico sanitario tras la descentralización. El Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social desarrolla la política estatal en materia de salud, y a su vez vela por el derecho a la protección de la salud de la ciudadanía. Hoy las Comunidades Autónomas gestionan su propio Servicio de Salud, administrativa, asistencial y financieramente. La LGS 14/1986 de 25 de abril creó el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud para coordinar la sanidad a nivel estatal.

Como ya hemos visto en el Cap. 2 de esta tesis y en lo que se refiere al RDL 16/2012, de 20 de abril, la financiación se realiza con transferencias del Estado, aportaciones de las Comunidades Autónomas y corporaciones locales. La población cubierta por el SNS comprende a todos los españoles y extranjeros de la Unión Europea. La asistencia a los extranjeros no pertenecientes a la UE depende de los tratados y convenios suscritos entre su país y España. Los extranjeros irregulares tienen derecho a asistencia pública de urgencia; (las mujeres embarazadas y los menores de 18 años tienen derecho a asistencia sanitaria en cualquier caso). Los niveles de asistencia se dividen en atención primaria y atención especializada. La AP se encarga de los problemas de salud más frecuentes, promoción de la salud y prevención.

4.1.1 EN LAS BALEARES

La Ley 4/1992 de 15 de julio, creó el Servei Balear de Salut (SERBASA). Hasta que el RD 1478/2001 de 27 de diciembre, traspasó a la CAIB las funciones y servicios propios del INSALUD. Más tarde la Ley 5/2003 de 4 de abril, de Salud de las Illes Balears, creó el servicio sanitario público balear, derogando la Ley 4/1992, de 15 de julio. El IBSalut es el ente encargado de organizar y coordinar la sanidad balear. Con la Ley 1/2011, de 24 de febrero, las entidades públicas empresariales (Fundación Hospital Comarcal Inca, Fundación Hospital Manacor y Fundación Hospital Son Llàtzer) se transformaron en fundaciones públicas sanitarias y en octubre de 2011, se inició la extinción de estas entidades y su integración en el servicio de salud de las Illes Balears. También se llevó a cabo la extinción de Gesma y su integración en el Ibsalut. GESMA era la entidad de referencia de la actuación sociosanitaria balear.

Por otra parte, el peso de la **sanidad privada balear**, mantiene una presencia alta en la realidad sanitaria, siendo imprescindible su concurso, con un peso del 28% sobre el total autonómico balear, según nuestros cálculos en el punto 2.5.1.

La crisis llegó a las finanzas públicas en 2008. En los años 2008, 2009 y 2010 las autonomías disfrutaron de una liquidez, al margen de los cálculos del nuevo sistema de financiación, según Cuenca y Llera (2017, p. 7). Según Repullo (2014), la nueva regulación española persiguió la racionalización de gastos a partir de 2010, desde la comentada rectificación del 10 mayo de 2010.

Primeramente, el gobierno socialista, mediante el RDL 4/2010, de 26 de marzo, redujo los precios de los medicamentos genéricos hasta un 30% y puso en marcha políticas de racionalización del gasto farmacéutico. Más tarde el RDL 8/2010, de 20 de mayo, llevó a cabo una reducción del 5% de la retribución de los trabajadores públicos (retribución aún no recuperada) junto con la congelación de pensiones. Las medidas de Rodríguez Zapatero empezaron a desgastar la presidencia socialista, según Sánchez Cuenca (2014) pues sólo fueron medidas estatales, y es que no se implementó ninguna medida ni ajuste en las CCAA, por lo que comenzaron los impagos en las autonomías. En septiembre del mismo año se llevó a cabo la tan estudiada reforma del artículo 135 de la CE, con la que los intereses y deuda pública tendrían prioridad ante otras obligaciones financieras, de acuerdo con los consejos de la Unión Europea. En noviembre de 2011 pasó a gobernar el Partido Popular. Con el RDL 20/2011, de 30 de diciembre, congeló los sueldos y aumentó la jornada laboral a 37,5 horas. También se congeló la oferta pública de empleo, según Repullo (2014), algo que no se hizo en 2010.

El nuevo gobierno popular, desde diciembre de 2011, continuó con las políticas de racionalización. La situación aún era muy compleja; en julio de 2012 la prima de riesgo alcanzó los 637 puntos según datos de Bloomberg.

Mediante la Ley Orgánica 2/2012, de 27 de abril, se establecieron controles férreos para con las CCAA, y se exigió más transparencia a las administraciones públicas. Poco después, el RDL 20/2012, de 13 de julio, redujo los días libres a disfrutar por los funcionarios, y anuló la paga extra de diciembre. Se incrementó el IVA del 18% al 21%, según Repullo (2014).

Tras éste, el RDL 21/2012, de 13 de julio, creó el MEPP, estudiado en este trabajo. Decreto derogado por el RDL 17/2014, de 26 de diciembre. Más tarde en julio de 2012, el Fondo de Estabilidad Financiera prestaría 100.000 millones de euros a la banca española exigiendo el cumplimiento de 35 condiciones repasadas en el trabajo. Se trató de la “asistencia financiera externa para reestructuración y recapitalización bancaria”.

El RDL 1192/2012, de 3 de agosto, reguló la polémica condición de asegurado que surgía del RDL 16/2012, de 20 de abril y de la Resolución de 2 de agosto de 2012 de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia, se excluyeron los ya mencionados 417 medicamentos de la lista de medicamentos sufragados. Este año se aprobó el RDL 16/2012, de 20 de abril, como norma protagonista de medidas urgentes y estrategia central, según Repullo (2014). El RDL 1192/2012, de 3 de agosto, fue modificado por el RD 576/2013, de 26 de julio, por el que se establecen los requisitos básicos del convenio especial de prestación de asistencia sanitaria a personas que no tengan la condición de aseguradas ni de beneficiarias del Sistema Nacional de Salud. El RD 576/2013, de 26 de julio, reguló el convenio especial de asistencia a los ciudadanos irregulares, con el pago de 60 o 157 euro/mes, para menores o mayores de 65 años respectivamente.

4.1.2 SISTEMA SANITARIO PÚBLICO BALEAR

En cuanto a la sanidad pública balear, cuya evolución se ha tratado en el **punto 1.2.4**, la Ley 5/2003 de 4 de abril creó el **sistema sanitario público balear** (Ibsalut) dotándolo de personalidad jurídica y adscribiéndolo a la Conselleria de sanitat. Se establecieron seis sectores sanitarios: Ponent, Mitjorn, Llevant, Tramuntana, Menorca, Ibiza y Formentera. En esta ley se enumeran los derechos y deberes sanitarios de los ciudadanos. La ley estructuró la organización sanitaria pública y creó el Servicio de Salud de las Illes Balears como ente público con personalidad jurídica. Se estructuraron los servicios asistenciales en diferentes niveles de atención sanitaria: AP, especializada y de urgencias. **Se creó un sistema público de**

salud universal y gratuita. El RD 1478/2001, de 27 de diciembre, traspasó a la CAIB las funciones del INSALUD. Éste fue el decreto constitutivo del servicio de salud autonómico.

Una de las leyes más trascendentes es Ley 16/2010, de 28 de diciembre. **La Ley de Salud Pública de las Illes Balears.** Esta ley tuvo gran voluntad modernizadora del sistema de salud balear. Sentó las bases para crear mecanismos para “la protección de la salud pública, la promoción de la salud, la educación para la salud, la prevención de enfermedades” según su exposición de motivos. Esta ley aumentó el gasto sin considerar la necesidad de una reestructuración. Se quiso poner el foco en la gestión y estudio de los determinantes de salud, como “la salud laboral, la seguridad alimentaria, la salud ambiental, la salud sexual y reproductiva, la salud mental, las condiciones de vida, las adicciones, la alimentación y la actividad física” continuando con su exposición de motivos. Mediante el estudio y seguimiento de estos determinantes se emprenderían e implementarían políticas para favorecer la mejora de la salud pública. Con dicha ley se creó la **Agencia de Salud Pública de las Illes Balears** que “tiene por objeto la planificación de las políticas de salud y la prestación de los servicios que integran la cartera de servicios de salud pública” art. 19, Ley 16/2010, de 28 de diciembre.

Según Boldo, St-Pierre, Mendell y Benoit (2011) una gran innovación de esta ley fue la voluntad de desarrollar e implantar métodos de evaluación del impacto en la salud. Los autores señalaron que ya entonces era un factor muy recomendado por la Organización Mundial de la Salud y que eran métodos ya presentes en Alemania y Canadá, sin embargo un aspecto reprochable fue que no se realizaron consideraciones económicas, hecho que resultó contraproducente.

En el año 2009, España y el resto de Europa se encontraban en plena crisis financiera. Comenzó entonces una etapa en la que se aprobaron varias normas y medidas de choque estudiadas todas en el **Capítulo 3**. Muchas de las políticas que se pusieron en marcha afectaron a sectores del Estado de Bienestar como son la educación y la sanidad. En 2009 se aprobó un nuevo modelo de financiación autonómica (Ley 22/2009, de 18 de diciembre). Como hemos estudiado en el **punto 2.9**, este nuevo modelo creado en plena crisis no fue suficiente para compensar la caída de la recaudación. Un nuevo modelo de financiación en el que para mantener el *statu quo* hubo que incrementar los tributos 11.000 millones adicionales con los que dotarlo. Este incremento de fiscalidad en pleno inicio de la crisis fue contraproducente. Durante el período 2007-2010, los menores ingresos conllevaron a un incremento del déficit que hizo imposible el cumplimiento de los objetivos de déficit (y que no podía ser refinanciado con deuda), sólo podía financiarse con remanentes de tesorería de otros años o incrementando la presión fiscal autonómica.

4.2 EL REAL DECRETO-LEY 16/2012 de 20 de ABRIL

Tras aproximadamente cuatro años de crisis, el RDL 16/2012, de 20 de abril de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, implementó medidas económicas y financieras para salvaguardar el sistema sanitario.

4.2.1 ANTECEDENTES

El RDL 16/2012 de 20 de abril fue una de las normas más relevantes y contestadas en el conjunto de medidas que se implementaron en la lucha contra la crisis. El debate que se suscitó nació a causa de los extranjeros no regularizados, pero empadronados, que dejaron de ser beneficiarios del sistema. En su exposición de motivos, el RDL 16/2012 de 20 de abril alude a “la ausencia de normas comunes sobre el aseguramiento en todo el territorio nacional, el crecimiento desigual en las prestaciones del catálogo, [...]” Advierte que se ha perdido eficacia en la gestión de recursos sanitarios, y que ello es una de las causas más importantes del gran crecimiento del déficit. Según este Real Decreto-Ley se hizo urgente la adopción de medidas por diferentes motivos, pues existían ya notables diferencias asistenciales entre las comunidades autónomas. La Ley 16/2003, de 28 de mayo encontraba dificultades para ser aplicada. Peligraba la sostenibilidad del sistema dada la crisis que estábamos padeciendo, y por la estructura tan asimétrica del SNS.

Según la exposición de motivos del RDL 16/2012 de 20 de abril, el envejecimiento de la población y el incremento de tecnología demandada incrementarían el gasto sanitario. Eran necesarias reformas para mejorar la eficiencia, y para garantizar la igualdad asistencial mediante una cartera básica de servicios comunes. Por ejemplo, advierte la exposición de motivos de este Real Decreto-Ley de los “altos costes de destrucción de productos desechados sin utilizar” y de la “necesidad de mejorar la eficiencia en el proceso de prescripción, dispensación y uso de medicamentos”.

También se reguló con urgencia una nueva condición de asegurado, dado el uso que se estaba haciendo de la asistencia sanitaria, que ponía en riesgo la sostenibilidad del Sistema. Indica este Real Decreto-Ley el caso de la prestación asistencial a extranjeros no comunitarios con la correspondiente imposibilidad de facturación al país de origen, o bien el caso de la asistencia a extranjeros comunitarios asegurados en su país de origen, país al que tampoco se le realizaba la correcta facturación o cobro. Se decretaron dichas medidas mediante la figura del Real Decreto-Ley, pues el Gobierno consideró que existía una “extraordinaria y

urgente necesidad” y es más, la situación de impagos a proveedores, suministros y servicios, ponía en riesgo el sistema.

El Tribunal de Cuentas manifestó que era necesaria una “definición inequívoca de la condición de asegurado, a efectos de la prestación de servicios sanitarios”. Este Real Decreto-Ley también implantó medidas de racionalización en el gasto en medicamentos e hizo que se actualizara el sistema de copagos.

El gasto en recursos humanos se vería alterado con múltiples medidas. El ingente gasto de capítulo 1 se presentaba ya como un verdadero problema que impedía mejorar la eficiencia de la sanidad en las comunidades autónomas, dado el escaso margen de gasto que dejaba a los demás capítulos. Pero tan importante como esto, era la gran multitud de grados, titulaciones, rangos o destinos, que hacían “urgente una reorganización y homogeneización del personal de sanidad en las CCAA”.

Bleda García (2015, p. 7) cita que la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública achacó a este decreto:

“una reducción del gasto sanitario, implantar el copago en medicamentos, traslados no urgentes en ambulancias, prótesis, sillas de ruedas; potenciar el aseguramiento privado; excluir a ciertos colectivos de población de la cobertura del sistema sanitario público (inmigrantes, población dependiente, pacientes crónicos, jubilados y pensionistas, personas con rentas económicas bajas y población rural)”.

José María Bleda es profesor de Sociología en la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales de la UCLM en Toledo, director de la revista sociológica Praxis Sociológica.

4.2.2 MEDIDAS ADOPTADAS POR EL RDL 16/2012, DE 20 DE ABRIL

Se reguló la asistencia sanitaria “la cartera de servicios, la prestación farmacéutica, la financiación del sistema, los recursos humanos y la salud pública. Se puede decir que es una *nueva ley de sanidad*, pues afecta casi a todo lo fundamental del Sistema Nacional de Salud” según Bleda García (2015, p. 5).

4.2.2.1 CAMBIO DE MODELO SANITARIO

Rivadeneira, Lorenzo, Purroy y Calderón hacen alusión al RDL 16/2012, de 20 de abril, del cual critican tres aspectos (2014, p. 14-15).

“(1º) Ha dejado en España 873.000 «residentes no autorizados» que han sido privados del derecho a recibir asistencia sanitaria, salvo en condiciones de urgencia. (2º) Este decreto incrementa la contribución directa del usuario, en especial en materia de medicamentos. Por último, (3º) reduce la cartera de servicios mediante su diferenciación en cartera básica, suplementaria y accesorio”.

El Plan Nacional de Reforma (2012), incluyó la reforma del Sistema Nacional de Salud para racionalizar el gasto sanitario. Algunas de sus medidas fueron la racionalización del gasto de personal y la revisión de los concertos. En definitiva, medidas racionalizadoras del gasto público sanitario. También se abordó el concepto del *asegurado*, adecuándolo a la normativa comunitaria. Se persiguió la generación interna de recursos: “Las ganancias de eficiencia productiva (evitando el despilfarro, mejorando la coordinación y favoreciendo la delegación) y la eficiencia asignativa (ahorrar en servicios inapropiados) son fuentes de generación de recursos” según Repullo (2014, p. 66).

La transparencia era otra necesidad perentoria, puesto que desde el inicio de las transferencias nunca se presupuestaban las cantidades correctas.

El RDL 16/2012, de 20 de abril, fue una de las normas más relevantes en cuanto a la puesta en marcha de medidas contra la crisis. Dispuso que los asegurados fueran los trabajadores, los pensionistas, y los desempleados que hubieran agotado la prestación, según el art. 3 RDL 16/2012, de 20 de abril. El nuevo decreto también incluye a los extranjeros comunitarios. En cualquiera de estos supuestos se debía acreditar no tener ingresos superiores a 100.000 euros anuales. El gran debate que se suscitó nació a causa de los extranjeros no regularizados, pero empadronados, que dejaron de ser beneficiarios del sistema. Según Repullo (2014) los puntos, metas y objetivos centrales del RDL 16/2012 de 20 de abril son:

1. “Austeridad sanitaria.
2. Mejorar e innovar en gestión clínica.
3. Desinversión de servicios inapropiados.
4. Reducir el déficit.
5. Estabilizar o reducir el gasto sanitario”.

J. M. Piqué, Director General del Hospital Clinic de Barcelona, asegura que el sistema sanitario español es de los mejores del mundo, “pues cuenta con cobertura universal, tiene una cartera de servicio de las más amplias de la sanidad pública mundial, no tiene restricciones de uso y cuenta con un copago tan solo de una parte muy limitada en el uso de medicamentos” Piqué (2013, p. 514).

Sin embargo y sobre lo dicho, el informe de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública de 25 de abril de 2012, advierte que el RDL 16/2012, de 20 de abril, supuso cambios importantes en el sistema sanitario público: “limitación del derecho de los extranjeros no regularizados a las urgencias, embarazos y a menores” F.A.D.S.P. (2012, p. 1).

La lucha política en las democracias hace que surjan muchos organismos con fuertes intereses en el mantenimiento del gasto público, y por lo tanto enfrentados a cualquier forma de racionalización. Nunca ofrecen alternativas más allá del incremento incesante de las aportaciones dinerarias.

Repullo (2014, p. 65) enumera los cambios y alteraciones más trascendentes de esta ley en la normativa sanitaria:

- “Capítulo I de la ley: La condición de asegurado dependerá de la situación de cada uno, excepto residentes no regularizados y personas con rentas mayores a 100.000 euros.
- El Capítulo II divide la cartera de servicios en 3 categorías.
- El Capítulo III establece el Fondo de Garantía Asistencial para compensar a las comunidades autónomas por el coste de los pacientes de otras CCAA.
- El Capítulo IV deja de sufragar 417 fármacos y pone en marcha un nuevo sistema de copagos”.

4.2.2.2 PÉRDIDA DE ACCESIBILIDAD UNIVERSAL

En nuestro país todos los españoles tienen derecho a recibir asistencia, así como los ciudadanos de la Unión Europea a través de la tarjeta sanitaria europea. Pero el RDL 16/2012, de 20 de abril, dictó que los ciudadanos no pertenecientes a la UE tendrían sólo derecho a asistencia pública de urgencia (salvo las

mujeres embarazadas y los menores de 18 años, los cuales mantienen derecho asistencial *íntegro*). Con la aparición de la figura de **asegurado**, que sustituyó al ciudadano como “sujeto” con derechos a protección sanitaria, los residentes no autorizados dejarían de recibir asistencia sanitaria gratuita, salvo en condiciones de urgencia, como se ha explicado. Apunta J. Repullo (2014, p. 65) que “resultó llamativo el cambio del concepto de afiliación, con un retorno inesperado a la inspiración «bismarckiana» (seguro social sanitario) y la correspondiente aparición del Instituto Nacional de Seguridad Social (INSS)”.

Se pretendía poner fin a una práctica que frecuentemente podía considerarse abusiva.

4.2.2.3 MODIFICACIÓN DE SERVICIOS COMUNES

La ley estableció una cartera de servicios en 3 modalidades (básica, complementaria y accesoria). Las 2 últimas bajo la fórmula del copago. Según el art. 2 del RDL 16/2012, de 20 de abril se diferenciaron:

1. “Cartera común básica de servicios asistenciales (con financiación pública).
2. Cartera común suplementaria (sujeta a aportación del usuario / copago).
3. Servicios accesorios”.

Esta diferenciación era necesaria para minimizar el impacto del ajuste.

El RDL 16/2012, de 20 de abril, respecto al punto 1º, diseñó una cartera común para proveer asistencia sanitaria en condiciones de igualdad gratuitamente para todos los españoles independientemente de la Comunidad Autónoma de residencia. “Pasaron a no incluirse en esta cartera las técnicas asistenciales que no probasen claramente la contribución a la mejora del paciente”. Punto 2º. El legislador consideró que las prestaciones de este grupo debían financiarse con aportaciones de los usuarios, como fueron el transporte sanitario no urgente y las prestaciones ortoprotésicas. Fue discutido el caso del copago al transporte sanitario, imprescindible para algunos tratamientos, pues encarecería la asistencia ya que el desplazamiento es frecuente en caso de cronicidad o tratamiento de larga duración. Punto 3º. “Servicios no esenciales de apoyo para la mejora de una enfermedad crónica”. Se financiarían con las aportaciones del usuario.

Se cuantificó la medida en un ahorro de 5,6 mill. en 2012 y 11 mill. para 2013 y 2014 cada año, según el PEF de reequilibrio de la CAIB para el 2012-2014 (2012, p. 48). Podemos ver en el punto 3.3.5, el efecto que tuvo la modificación de estas modalidades en cuanto al objetivo de eliminar las duplicidades de procedimientos.

4.2.2.4 COPAGO FARMACÉUTICO

El copago sanitario español no es abusivo, pero el momento que se vivía de crispación social y política era tal que la medida recibió fuerte oposición. “Las personas que por ello hayan dejado de tomar alguna medicina pertinente para el problema que padecían se habrán perjudicado” según Segura (2014, p. 10). Antes de la aprobación de esta nueva ley, el copago era del 40% y para los pensionistas, gratuito. Con el nuevo Real Decreto-Ley: en el art. 94bis. RDL 16/2012, de 20 de abril:

- “60% para rentas superiores a 100.000 €.
- 50% para rentas entre 18.000 y 100.000 €.
- 40% para rentas inferiores a 18.000€.
- 10% para los pensionistas”.

El copago farmacéutico llegó a los pensionistas (con un límite máximo precisado a continuación) y al resto de ciudadanos (no pensionistas) que deberían hacerse cargo de un copago según sus ingresos. Los pensionistas pasarían a pagar un 10% del precio de los medicamentos con un límite máximo mensual, y las personas activas un máximo del 40% al 60%, dependiendo de su nivel de renta. Se modificó el copago sanitario aludiendo a la sostenibilidad del SNS.

Límites máximos: A los **pensionistas** se les aplican unos máximos mensuales: 8€ para rentas menores de 18.000€, 18€ para las situadas entre 18.000 y 100.000 €; y 60€ para las superiores a esta cantidad. Las sumas pagadas por encima de estos máximos serán reintegradas por la comunidad autónoma semestralmente, como máximo, según el art. 94bis del RDL 16/2012, de 20 de abril, y F.A.D.S.P. (2012, p. 6). Rosa Urbanos (2014, p. 87) aludía a la preferencia de la fórmula del **copago evitable**,

“que se basa en hacer pagar al paciente sólo la diferencia entre el precio de venta de un medicamento y el de otro considerado equivalente o similar que es más barato. De esta forma, el paciente puede evitar el copago eligiendo el medicamento con el precio de referencia”.

Según Urbanos, el alto número de medicinas con un copago (tan sólo del 10%) y correspondiente a fármacos indicados a gente de edad avanzada (que a menudo consumen fármacos de manera excesiva), convirtió a España en uno de los países con más consumo de medicamentos por persona del mundo. Con el “**copago evitable**” se incentiva la compra de genéricos pues el cliente sólo paga la diferencia entre el medicamento y su genérico. Se calculó un menor gasto de **24 millones euros**, según el PEF de reequilibrio de la CAIB para el 2012-2014 (2012, p. 36). Se presentaron **propuestas alternativas** al **copago**, como “mejorar la

financiación sanitaria, dotar de carácter finalista la financiación sanitaria, despolitizar la gestión sanitaria, crear una agencia de compras para el Sistema Nacional de Salud” según García, M. M. (2014, p. 53).

El gasto farmacéutico de 2014 fue mayor al estimado. Las medidas de 2012 fueron correctas, pero a partir de la 2ª mitad de 2013 el gasto creció, según el informe de seguimiento del P.E.F. (2013, p. 39).

El copago tiene en nuestro país una larga tradición, como el copago en los servicios educativos en los que alrededor del 10% - 15% del coste lo paga el usuario en concepto de matrícula. El debate fue alentado como arma de lucha política no real.

TABLA 90c. GASTO FARMACÉUTICO

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Farmacia LIQ.	202.122.886,81	183.526.976,65	256.708.748,13	163.657.843,09	184.831.698,32	206.042.597,19
VAR.		-9,2%	39,9%	-36,2%	12,9%	11,5%

Pasado un año desde la puesta en marcha de las medidas, el gasto farmacéutico se incrementó, dada la venta de nuevos medicamentos más caros, según el Informe de seguimiento de los planes Económico-Financieros (2013).

4.2.2.5 ELIMINACIÓN DE DUPLICIDADES

La cartera de servicios propiciaba la duplicidad de algunas pruebas diagnósticas. Su reestructuración fue en base al capítulo II del RDL 16/2012, de 20 de abril. Se consiguió que disminuyera el uso de algunos procedimientos del año 2013 a 2015; como por ej. los exámenes microscópicos, radiografías de tórax de rutina o electrocardiogramas. Se calculó un ahorro para 2012 de 5.600.000 € y parece que se mantuvo esa disminución de duplicidades de algunos procedimientos, revisada en el capítulo relativo al P.E.F. 2012 (Punto 3.3.5). Fue notable la disminución de la prescripción de algunas pruebas y procedimientos médicos.

4.2.2.6 CENTRAL DE COMPRAS Y LOGÍSTICA DEL SERVICIO DE SALUD

La Central de compras unificada suponía un ahorro en las compras. El RDL 16/2012 de 20 de abril, en su disposición adicional cuarta observó medidas de eficiencia en el ámbito del Sistema Nacional de Salud, donde concretó que se “fomentaría la creación y el uso de un mecanismo de compra centralizado”. Se puso en marcha en junio de 2013. La central de compras consiguió 8.3 millones de euros ahorrados el 1er. año de

una cantidad total de 178 mill. con la unificación de precios y productos en los catálogos de farmacia hospitalaria e implantología. Se consiguió un ahorro de 8 mill. para 2014. Fue un verdadero centralizador de compras del servicio de salud, y obtuvo reducciones de precios mediante el incremento de volúmenes de compra, pero este ahorro se vio contrarrestado por el incremento de actividad sanitaria de 2013, según el informe de seguimiento de los Planes Económico-Financieros (2013).

4.2.2.7 EXCLUSIÓN DE FÁRMACOS INDICADOS PARA LA SINTOMATOLOGÍA MENOR

Algunos medicamentos fueron excluidos de la financiación pública; una razón fue la sintomatología menor de las patologías y la existencia otros fármacos que no necesitan de prescripción médica. art. 85 ter RDL 16/2012, de 20 de abril. Los medicamentos excluidos tenían una alternativa que sí estaba sufragada. Se dejaron de sufragar 417 medicamentos indicados para síntomas menores. La medida fue vista con pesimismo por la ciudadanía. Se calculó un ahorro de 24 mill. en 2012, y de 32,4 mill. para 2013 y 2014, cada año, según el PEF de reequilibrio de la CAIB para el 2012-2014 (2012, p. 48). El ahorro fue fruto de la racionalización en el uso de medicamentos.

4.2.2.8 REVISIÓN DE PRECIOS A LA BAJA PARA FÁRMACOS FINANCIADOS

Se procedió a la actualización y equiparación a la baja de los precios de referencia, según el artículo 4.7 RDL 16/2012, de 20 de abril. Por su parte el RDL 4/2010, de 26 de marzo rebajó los precios de los genéricos hasta un 30% y se aplicó una reducción del precio de los medicamentos no genéricos, mediante el RDL 8/2010 de 20 de mayo, de un 7,5%. Para los medicamentos huérfanos, el descuento fue del 4%.

4.2.2.9 EXTRANJEROS INDOCUMENTADOS

Los extranjeros no registrados residentes en España, sólo recibirían asistencia por urgencia, asistencia al embarazo y parto. Los extranjeros menores de 18 años seguirían accediendo a la asistencia sin ninguna modificación. Es decir, pasaron a no disponer de tarjetas sanitarias pues quedaron anuladas según este Real Decreto, que establecía que los extranjeros irregulares dejarían de gozar de la asistencia completa convencional. Tendrían, eso sí, total acceso a urgencias, también mantendrían el derecho en caso de

enfermedad grave o accidente; y asistencia completa en caso de embarazo o si se tratara de menores de 18 años, según el art. 1.3 RDL 16/2012, de 20 de abril.

El Tribunal Constitucional (en adelante, TC) en la STC 139/2016 de 21 de julio, consideró que esta medida se ajustaba a derecho y a la CE dada la extraordinaria y urgente necesidad del SNS por el grave contexto económico. Por ello se debían tomar drásticas medidas para hacer frente al déficit de las cuentas públicas.

Se dio una nueva redacción al art. 3 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo (de la condición de asegurado), pues aprobado el nuevo RDL 16/2012, de 20 de abril, la asistencia sanitaria se garantizaría al asegurado. Tendrían la condición de asegurado los trabajadores, los afiliados a la Seguridad Social, los pensionistas y los perceptores de cualquier otra prestación de la Seguridad Social, así como los que figurasen inscritos como demandantes de empleo, según el art. 3 de la Ley 16/2003 de 28 de Mayo. Aparte, los ciudadanos de la Unión Europea y de Suiza que residieran en España, ostentarían la condición de asegurado. Los no asegurados podrían suscribir un convenio especial (art. 3.5 Ley 16/2003) cuyo precio mensual es de 60 euros o 157 euros, para menores de 65 años, o mayores, respectivamente. Las voces discordantes aludían al peligro de la ruptura del **principio de universalidad** que durante tantos años se había consolidado en España y que dejó de ser aplicable al sistema sanitario, pasando a ser un modelo de aseguramiento.

Este hecho lógicamente provocó la modificación ulterior de otras **dos leyes**: (1º) artículo 12 de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero “Derecho a la asistencia sanitaria. Los extranjeros tienen derecho a la asistencia sanitaria en los términos previstos en la legislación vigente en materia sanitaria”. (2º) Artículo 1 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo “Asistencia sanitaria en situaciones especiales. Los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España, recibirán asistencia sanitaria en las siguientes modalidades: a) de urgencia por enfermedad grave o accidente [...], b) de asistencia al embarazo, parto y puerperio [...]”.

Algunas Comunidades Autónomas anunciaron la presentación de **recursos de inconstitucionalidad** en contra de esta disposición.

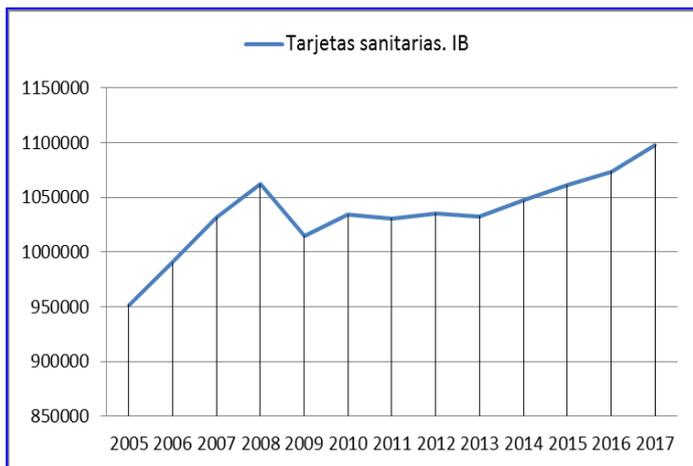


Figura 77c. Tarjetas sanitarias. IB

F. IBESTAT

Hay diferentes criterios en lo que a este asunto se refiere. Hoy día, aún se está litigando por la devolución, o no devolución, de alrededor de 10.000 tarjetas sanitarias.

(La nueva definición de asegurado era una adecuación a la normativa europea).

4.2.2.10 TURISTAS SANITARIOS

El RDL 16/2012, de 20 de abril, aplicó medidas para frenar el turismo sanitario por parte de extranjeros no residentes en España, pues algunos ciudadanos de la Unión Europea venían a España a recibir tratamientos gratuitamente o a bajo coste. “La falta de concreción de los requisitos para acceder a la prestación sanitaria ha abierto las puertas a los abusos del llamado turismo sanitario y ha ocasionado gastos indebidos” según STC 139/2016 de 21 de julio. Para ello, el RDL 16/2012, de 20 de abril, modificó el RD 240/2007 de 16 de febrero, sobre entrada, libre circulación y residencia en España.

Para acabar con este “abuso” que padecía el sistema se exigió a los ciudadanos que desearan permanecer durante un periodo superior a 3 meses en España, disponer de recursos suficientes para poder afrontar una eventual carga asistencial. También se exigió contar con un seguro de enfermedad que cubriera posibles percances o enfermedades.

En cuanto a la modificación del RD 240/2007, de 16 de febrero, su artículo 7 trata la residencia superior a tres meses: “Un ciudadano de la UE podrá residir en España si: a) es un trabajador por cuenta ajena o por

cuenta propia en España, b) dispone, para sí y los miembros de su familia, de recursos suficientes, c) está matriculado en un centro público o privado, reconocido o financiado por la administración educativa” art. 7 del RD 240/2007 de 16 de febrero. En cuanto a los medios económicos “suficientes” se tendrá en cuenta la situación de los miembros de un Estado miembro de la Unión Europea. Este decreto implantó una nueva definición de asegurado adecuándose a la normativa europea requiriendo así el domicilio legal en España. Se calculó un ahorro para 2012 de 11 mill. euros, y de 20 mill. para 2013 y 2014, cada año.

TABLA 90d. EXTRANJEROS. VISITA POR MOTIVOS SANITARIOS. IB

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Extranjeros. Motivos sanitarios. IB	126843	54073	81666	93398	58446	55438
Var.		-72770	27593	11732	-34952	-3008

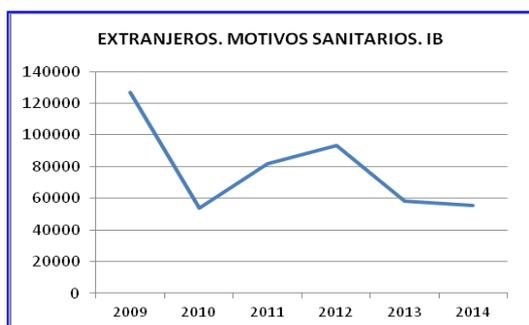


Figura 77d. Extranjeros. Motivos sanitarios. IB F. IBESTAT

Las medidas del RDL 16/2012, de 20 de abril hicieron efecto en 2013 y 2014, en cuanto al número de visitantes por motivos médicos. En cuanto al siguiente ratio de facturación internacional, es decir, la relación entre el importe facturado por Baleares por estancia turística internacional y el total de estancias internacionales de las islas, respondió bien a las medidas. Este ratio nos indica la relación entre el importe facturado por gasto turístico internacional en Baleares y el importe facturado por parte del INSS. A partir del 2012 crece de manera continuada en las IB.

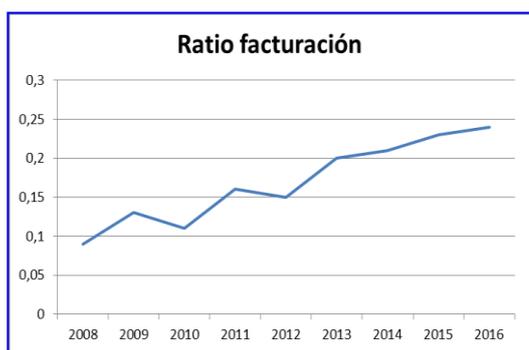


Figura 77e. Ratio facturación. F. FRONTUR. INE. SERVEI DE FINANÇAMENT

Respecto a los datos de facturación emitida por Baleares a otros Estados, también mejoran a partir del 2012.

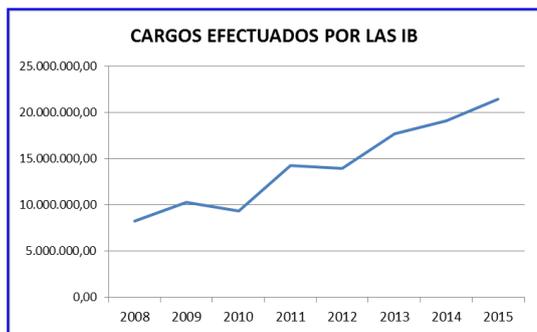


Figura 77f. Facturación balear por estancias hospitalarias internacionales F. MSSSI. INE. INSS

Durante los primeros años, el poco énfasis puesto en la gestión permitió un amplio margen de maniobra.

Por último, también mejoran los datos propios al fondo de cohesión sanitaria, que reciben las I.B. a partir del 2012.

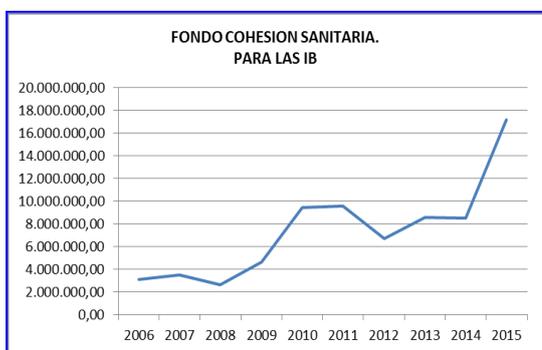


Figura 77g. Fondos de cohesión sanitaria F. MSSSI. INSSS. SERVEI de FINANÇAMENT

4.2.2.11 MAYORES DE 26 AÑOS SIN COTIZAR

El RDL 16/2012, de 20 de abril, dispuso que los ciudadanos mayores de 26 años, no estuvieran cubiertos por la tarjeta sanitaria de sus padres. Por ello deberían acreditar bajos ingresos para poder recibir asistencia de la sanidad pública. Se trataba de ciudadanos, españoles o con permiso de residencia, que no cotizaban y mayores de 26 años. Éstos podían solicitar la tarjeta si no ingresaban más de 100.000 euros anuales.

En caso de que ingresaran más, se les exigiría la suscripción de un convenio especial o el pago del servicio sanitario. Más adelante analizaremos el fallo de la sentencia del TC y cómo se pronunció cuando trató este asunto, entre otros, previo recurso de inconstitucionalidad interpuesto al RDL 16/2012, de 20 de abril.

4.2.3 OBJETIVOS DE LAS MEDIDAS

Las medidas implementadas perseguían unos determinados objetivos: Incremento de recursos para el sistema, control de gastos y aumento de la eficiencia, y sobre todo continuidad y sostenibilidad futura. Como ya hemos visto, según el informe de Repullo (2014) los puntos, metas y objetivos centrales del RDL 16/2012, de 20 de abril, son: austeridad sanitaria, mejorar en gestión clínica, desinversión de servicios inapropiados, reducir el déficit y estabilizar o reducir el gasto sanitario. Dicho Real Decreto Ley también pretendía *poner en orden* la inmigración no regularizada, así como el turismo sanitario. Parte de la reforma se basa en la capacidad económica del paciente y en su situación laboral. Se incorporó así el copago sanitario aludiendo a la sostenibilidad del SNS, pero estableciendo límites máximos para pensionistas. La ley estableció también una cartera de servicios del SNS en 3 modalidades (básica, complementaria y accesorio). Las 2 últimas bajo la fórmula del copago. Según la Exposición de Motivos del RDL 16/2012, de 20 de abril, se perseguía: “la sostenibilidad del sistema, mejorar la eficiencia en la gestión, promover el ahorro, [...] y garantizar la igualdad en todo el territorio nacional con una cartera básica de servicios comunes”. Se buscaba el ahorro y la eficiencia en la gestión “ampliando el copago a algunas prestaciones y a nuevos colectivos”. según Salinas (2015, p. 50).

Anteriormente hemos citado muchas de las medidas que se tomaron desde 2011 divididas en 3 planes económico-financieros, que se desarrollan en el capítulo 3 de esta tesis y en los capítulos de RRHH. Se tomaron medidas en todos los capítulos de gasto. Medidas racionalizadoras de personal, de gasto corriente, de inversión, de centralización de compras, de incremento de ingresos y de ahorro en los gastos que permitieron en 2013 alcanzar el objetivo de déficit marcado por el Estado y, con un gran esfuerzo, equilibrar la situación financiera del sistema sanitario balear.

OTROS LOGROS DE LAS MEDIDAS ADOPTADAS

- La **INTEGRACIÓN** en el IBSALUT de GESMA y de las 3 “fundaciones sanitarias” en 2013 reorganizó cuatro entes importantes de la sanidad balear, incorporándolos en la estructura económica y jurídica del IBSALUT.

- **PROYECTO DE REESTRUCTURACIÓN DEL SECTOR PÚBLICO**

Fue una medida muy controvertida. Formó parte de las medidas de racionalización de gasto público. **Se pasó de 175 a 75 entidades.**

- **M.E.P.P.**

Liquidar deudas fue muy importante para los proveedores. Este crédito extraordinario, contenido en el RDL 7/2012, de 9 de marzo, fue una de las medidas más importantes del Plan Económico de 2012-2014. Se obtuvo un crédito de 1.669.039.000 euros. Al IBSALUT, se destinaron **467 millones** euros con el fin de saldar deudas con proveedores en 2012.

- **CAP. 1 de RRHH**

En 2012 la disminución del gasto de personal fue de 57 millones. En 2011 de 24 mill. y en 2010 de 18 mill. Desde el 2010 se implantó una senda de racionalización en las retribuciones y en la contratación de personal.

Las diferentes posturas políticas no coincidían con las medidas que se estaban adoptando, ni con el análisis, ni con el origen del problema. La oposición no veía con buenos ojos las políticas que se estaban realizando, ya fuera por la manera, por el fondo o por las circunstancias. Esto pone de manifiesto las graves dificultades que afronta todo proyecto reformista, por afectar a intereses creados.

4.2.4 RECURSO DE INCONSTITUCIONALIDAD AL RDL 16/2012 de 20 de ABRIL

El Parlamento de Navarra interpuso un recurso de inconstitucionalidad, el 5 de julio de 2012, (núm. 4123-2012) al RDL 16/2012 de 20 de abril. (1º) Por inobservancia de los límites impuestos por el art. 86.1 CE para dictar Decretos-leyes. (2º) Por incumplir el mandato derivado del derecho a la protección de la salud establecido para los poderes públicos en el art. 43 CE. (3º) Por no respetar las competencias de la Comunidad Foral en lo que se refiere a asistencia sanitaria y en materia tributaria, según STC 139/2016 de 21 de julio.

4.2.4.1 SUPUESTOS CONTEMPLADOS EN EL RECURSO

El Instrumento legislativo utilizado, el RDL. “La demanda argumenta que la norma impugnada infringe el art. 86.1 CE tanto en lo que se refiere a los límites materiales de una norma de este tipo como respecto a la concurrencia de una situación de extraordinaria y urgente necesidad” según antecedentes STC 139/2016 de 21 de julio. La demanda explicó que la forma jurídica que iba a modificar el acceso a la asistencia sanitaria no era la correcta ya que nos hallábamos ante un hecho muy trascendente desde el punto de vista jurídico, pues trataba derechos fundamentales que no podían ser regulados por Decreto-Ley.

Nuevo concepto de asegurado y beneficiario del SNS. Exclusión de colectivos. Se argumentó que se modificaba sustancialmente el sistema de protección de salud de los inmigrantes en situación irregular y no se justificó la exclusión de estos inmigrantes de la sanidad pública, sufragada con fondos públicos, fondos de los que estos ciudadanos también eran acreedores, pues participaban en su sustento. Se alegó que la norma eliminaba el derecho a una asistencia sanitaria reconocida en el art. 12 de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España. También se alegó que para la modificación de esta norma se requería otra Ley Orgánica. El Real Decreto-ley se habría usado en un ámbito que no le corresponde.

Según el Artículo 86 de la CE “En caso de extraordinaria y urgente necesidad, el Gobierno podrá dictar disposiciones legislativas provisionales que tomarán la forma de Decretos-leyes”. Por otro lado, las Leyes Orgánicas se aprueban para determinadas materias, las cuales cuentan con “reserva de ley orgánica”, y a este principio aludió parte del contenido del recurso. Éste ponía en cuestión la existencia de la urgencia necesaria, y por otro lado advertía de la obligada reserva de ley de las materias que el RDL 16/2012, de 20 de abril, estaba regulando.

Derecho universal a la asistencia sanitaria. Se alegó que el art. 43.1 de la CE dispuso en su día que se debía crear un servicio de asistencia sanitaria a la población, sin exclusiones de ningún tipo. La cartera de servicios contempló un catálogo de prestaciones que se dispensarían en todo el país gracias a que la LGS 14/1986, de 25 de abril, creó un sistema de salud universal.

Inmigrantes sin recursos. Con la nueva ley los inmigrantes en situación irregular no podrían obtener la condición de asegurados. El art. 12 de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, posibilitaba a los extranjeros empadronados el derecho a la asistencia sanitaria. La demanda se basó en la discrecionalidad del legislador en cuanto a su potestad para limitar derechos de los extranjeros en España, según la STC 263/2007 de 20 de diciembre. En esta Sentencia del TC se aludía a la dignidad de la persona, como límite para el legislador a la hora de regular la libertad de los ciudadanos.

Cartera común de servicios del SNS. Se establecieron tres modalidades: 1. Cartera común básica de servicios asistenciales (con financiación pública). 2. Cartera común suplementaria (sujeta a aportación del usuario / copago). 3. Servicios accesorios. La demanda aludía a que esta remodelación precisaba de garantía presupuestaria según los criterios de estabilidad.

Aportación de los usuarios en la prestación farmacéutica. Se llevaba a cabo una reforma de las aportaciones de los usuarios en el gasto farmacéutico que debía ser regulada por Ley.

Cesión de información tributaria sin consentimiento del interesado. El nuevo sistema de copago necesitaba información sobre el nivel de renta para calcular el copago correspondiente, acto que implicaba una cesión de datos personales sin el requerido consentimiento del interesado, incumpliendo así la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre. Ley Orgánica derogada parcialmente por la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

Uno de los supuestos de inconstitucionalidad, planteados por Parlamento de Navarra se basó en la nueva redacción que se le daba al art. 3.3 de la ley 16/2003 de 28 de mayo, que ampliaba los casos en los que se accedería a la condición de asegurado, añadiendo al artículo “siempre que acrediten que no superan el límite de ingresos determinado reglamentariamente”. Esta restricción, se estimó era contraria al art. 14 de la CE en relación con el art. 43 de la CE.

4.2.4.2 FALLO DE LA SENTENCIA NÚM. 139/2016 DE 21 JULIO. RTC 2016/139

El TC (Pleno) decidió:

1) “**Declarar inconstitucional y nulo el inciso -siempre que acrediten que no superan el límite de ingresos determinado reglamentariamente-** en el art. 3.3 de la Ley 16/2003 de 28 de mayo, y la redacción dada al mismo por el art.1 del RDL 16/2012, de 20 de abril” STC 139/2016 de 21 de julio. El TC consideró que el nuevo art. 3.3 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, se debía declarar inconstitucional y nulo, pues contenía un precepto que ignoraba la reserva de ley del art. 43.2 CE, según la STC 139/2016 de 21 de julio. También se consideró que tal colectivo recibiría un trato discriminatorio que incurría en inconstitucionalidad por infracción del art. 43 CE según cita la STC 139/2016 de 21 de julio. Por otra parte, Miñarro (2016, p. 149) considera que esta declaración de nulidad, que afecta a una minoría de personas (con altos recursos), resulta “llamativa por la preocupación que mostró el TC por quienes tienen más recursos”.

2) **Desestimar el recurso en “todo lo demás”** STC 139/2016 de 21 de julio. Entendió el alto tribunal que no se vulneraba el art. 43 CE al tratarse de un derecho cuyas condiciones pueden ser legisladas, por pertenecer al ámbito de los principios rectores de la política social y económica. La sentencia del Tribunal Constitucional diferenció entre universalidad y gratuidad. El TC consideró que la universalidad, propia del art. 43 CE y entendida como un deber del sistema y un derecho del ciudadano, no debía equipararse o confundirse con un derecho de gratuidad de cualquier persona que se hallare en España en un momento determinado. Por otro lado, el TC aceptó las explicaciones del Gobierno en cuanto a la presencia de presupuesto habilitante en la necesaria urgente necesidad, para poder legislar vía real decreto. En cuanto al derecho a la protección de la salud, el TC aludió al ámbito de los principios rectores de la política social y económica, luego no había lugar para el reproche jurídico.

4.2.4.3 VOTOS PARTICULARES

Se formularon dos votos particulares: (1) El Magistrado don Fernando Valdés, al que se adhirió la Magistrada doña Adela Asua Batarrita. (2) El Magistrado don Juan Antonio Xiol Ríos.

El Magistrado Don Fernando Valdés manifestó que el Gobierno necesitaba de una norma con rango y fuerza de ley en el caso que nos ocupa, a la par que observó con rotundidad la debida inconstitucionalidad de la exención del acceso de los extranjeros irregulares a las prestaciones sanitarias y advirtió que no se justificaba suficientemente el presupuesto habilitante de la extraordinaria y urgente necesidad.

El Magistrado Don Juan Antonio Xiol Ríos defendió la inconstitucionalidad del Real Decreto-ley ya que la urgencia alegada por el Gobierno no daba sentido a la exclusión de los inmigrantes irregulares de la asistencia sanitaria. Tampoco admitió ni encontró la conexión de sentido entre esta urgencia y la motivación del decreto. Según Lomas Hernández (2016, p. 7-8) los cuatro puntos más importantes de los votos particulares fueron: “(1) Discrepancia de la concurrencia de presupuesto habilitante de la extraordinaria y urgente necesidad. (2) Ausencia de conexión entre las finalidades perseguidas por la norma de urgencia y las medidas adoptadas. (3) Vulneración del art. 43 de la CE: Los magistrados discrepantes ponen de manifiesto en cierto modo la simpleza del argumento empleado por el TC para descartar que se haya infringido el art. 86.1 CE. (4) Modificación desproporcionada del sistema de protección de la salud que venían disfrutando los extranjeros sin permiso de residencia” El Gobierno creía “imprescindible regular, sin más demora la condición de asegurado” pero el decreto comienza hablando de inmigrantes que ya tienen cubierta su asistencia sanitaria por su seguridad social en su país de origen o por seguro privado, y obviamente no era el caso que nos ocupaba.

4.2.4.4 DEBATE DE CONVALIDACIÓN (*presupuesto habilitante*)

En el debate de convalidación del RDL 16/2012, de 20 de abril, el Gobierno recalcó tres puntos en referencia al presupuesto habilitante, según STC 139/2016 de 21 de julio:

- “Situación de especial relevancia y gravedad que afecta a la sostenibilidad y la viabilidad económica del SNS.
- Contexto de ausencia de normas claras respecto a la universalización de la asistencia sanitaria.
- Abusos del llamado turismo sanitario ocasionando gastos indebidos”.

En dicho debate, según el Diario de Sesiones del Congreso de los Diputados, núm. 31, de 17 de mayo de 2012, la Sra. Ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, afirmó que España y su SNS se encontraban en una situación de extraordinaria complejidad, y que se debía actuar con urgencia para impedir que el SNS pudiera colapsar o verse superado por aquella situación tan adversa. Una situación tan grave impedía el normal funcionamiento del SNS. En este sentido el abogado del Estado explicó la clara existencia de la **urgencia requerida** pues “la existencia de una crisis económica sin precedentes que exige de fuertes ajustes presupuestarios y que ha afectado a la sanidad pública hasta el punto de poner en riesgo su sostenibilidad” según STC 139/2016 de 21 de julio.

Respecto del **Principio de Universalidad** y de la limitación de la asistencia sanitaria a los inmigrantes con situación irregular cabe decir, como expresó el abogado del Estado, que el principio de universalidad de la asistencia sanitaria estaba ya recogido en el artículo 2 de la Ley 16/2003 de 28 mayo: “todos los españoles son titulares de los derechos a la protección de la salud y a la asistencia sanitaria” Pero aseveró el abogado del Estado que el principio de universalidad tampoco fue “integral” entonces, pues la asistencia sanitaria estaba, en 2003, condicionada a la afiliación a la Seguridad Social o a la falta de recursos económicos. STC 139/2016 de 21 de julio.

En cuanto al **turismo sanitario** afirmó que “la falta de claridad en los requisitos para acceder a la prestación sanitaria dio pie a los abusos del turismo sanitario ocasionando gastos por valor de más de 1000 millones de euros” según consta en la STC 139/2016 de 21 de julio.

4.3 SITUACIÓN EN BALEARES

En Baleares la situación era muy compleja. El DL 5/2012, de 1 de junio, de medidas urgentes en materia de personal y administrativas para la reducción del déficit público, trató la emergencia económica en la que se encontraba Baleares, y expuso motivos para que se pudieran dictar medidas legislativas para reconducir la situación. La crisis era grave, contábamos con un presupuesto prorrogado, y con muchos servicios públicos al borde del colapso.

4.3.1 EL DECRETO LEY 5/2012 DE 1 DE JUNIO

La situación de crisis junto con los objetivos de déficit público requería adoptar medidas de control del gasto. El Plan Económico-Financiero del 2012-2014 de Baleares, de abril de 2012 puso en funcionamiento las medidas estudiadas en **el Cap. 3**. Se trataba de reducir el gasto público, sobre todo, reduciendo el gasto de personal. El personal público debía hacer un esfuerzo tal y como estaban haciendo los trabajadores del sector privado. También se regularon los planes de ordenación del sistema sanitario y de su personal. La situación de extraordinaria necesidad permitió al Govern dictar estas medidas provisionales mediante un Decreto ley.

Las medidas aprobadas en las Islas Baleares también fueron objeto de recursos. El Tribunal Superior de Justicia de las Illes Balears, en adelante TSJIB, mantenía que este DL 5/2012, de 1 de junio, vulneraba preceptos constitucionales y que legislaba sobre la jubilación, cuestión regulada por normativa estatal.

4.3.1.1 CUESTIÓN DE INCONSTITUCIONALIDAD

Por todo lo dicho, el TSJIB interpuso cuestión de inconstitucionalidad núm. 4913-2014, al art. 9.3 del DL 5/2012, de 1 de junio. El TSJIB alegó que se estaba vulnerando el art. 86.1 de la CE. El art. 9.3 del DL 5/2012, de 1 de junio, dispone que:

“se mantienen las autorizaciones de prolongación en el servicio activo vigentes. A partir de la entrada en vigor del presente decreto-ley, estas autorizaciones sólo se podrán prorrogar [...] cuando la persona interesada no haya cumplido el periodo mínimo de cotización”.

Este art. 9.3 trata de la jubilación forzosa del personal público de la CAIB. La parte demandante consideró que el artículo cuestionado era contrario al art. 86.1 CE y a los arts. 14, 23.2 y 35.1 CE en asuntos y temas relacionados con la igualdad de derechos. También alegó y recordó que el art. 60.2 de la Ley 3/2007, de 27 de marzo, de función pública de las Islas Baleares, dispone que **“la jubilación se rige por la normativa estatal que resulte de aplicación”** El Govern utilizó la vía rápida del Decreto-ley por el contexto derivado de la crisis económica. Para ello, en el Decreto, deberían haberse explicado las circunstancias que provocaban la urgente necesidad. **La parte demandante alegó que no se hizo.**

4.3.1.2 CUESTIÓN INFUNDADA

Mediante el **Auto 101/2015** de 9 de junio de 2015 se inadmitió a trámite esta cuestión de inconstitucionalidad. El TC declaró que era cuestión infundada.

El Fiscal General del Estado alegó que sí se daba el presupuesto habilitante de la “extraordinaria y urgente necesidad”. Ya se había puesto en marcha el plan económico-financiero de reequilibrio de la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares de 30 de abril de 2012, con medidas para la reducción del gasto y el aumento de los ingresos públicos, y este decreto era una más entre todas esas medidas, y dada la gravedad de la crisis económica justificaba la extraordinaria y urgente necesidad.

“Todos aquellos casos en que hay que alcanzar los objetivos marcados para la gobernación del país que, por circunstancias difíciles o imposibles de prever, requieren una acción normativa inmediata o en que las coyunturas económicas exigen una rápida respuesta” según la STC 6/1983 de 4 de febrero. El Fiscal General del Estado alegó que el Decreto-ley no vulneraba ni contradecía al art. 86.1 CE.

La cuestión se consideró infundada por lo siguiente: En cuanto a la extraordinaria y urgente necesidad, en el preámbulo ya se definió como muy grave la situación económica española y balear, y por tanto urgente, la medida aprobada, en el mismo sentido que lo alegado por el Fiscal General. Por otra parte, dadas las variaciones en los objetivos de déficit público, tan difíciles de alcanzar, esta medida se consideró necesaria. Además, este decreto era complementario al P.E.F. del 2012.

En cuanto a la conexión de sentido entre el *presupuesto habilitante* y *la medida* se alegaba que este decreto se sumaba ya a otras medidas adoptadas en Baleares, como ya alegó el Fiscal General. Se debía disminuir el gasto público, en especial el gasto de capítulo 1.

Por todo ello el Pleno del TC afirmó que DL 5/2012, de 1 de junio, satisfacía la necesidad de extraordinaria y urgente necesidad. La conexión de sentido quedó demostrada (entre las necesidades y las medidas adoptadas). Se rechazó por ello “ab initio” la vulneración del art. 86.1 CE, se declaró cuestión de inconstitucionalidad infundada y **se inadmitió a trámite**.

4.3.2 INSTRUCCIÓN DEL DIRECTOR GENERAL DEL IBSALUT, NÚM. 11899

“Instrucción del Director General del servicio de salud núm. 11899 de 17 de julio de 2015 por la que se establece, con carácter de urgencia, los trámites que se han de llevar a cabo con el objeto de garantizar el derecho al acceso a la asistencia sanitaria de las personas extranjeras sin recursos económicos suficientes, en el ámbito de gestión del Servicio de Salud de las Illes Balears”.

La situación económica balear comenzó a mejorar en 2013, y para el año 2015 el ritmo de crecimiento fue extraordinario adelantando Baleares casi 2 años la llegada de la bonanza económica.

Los gobernantes, en 2015, intentaron devolver los derechos originales a los inmigrantes ilegales vía *instrucción administrativa*. El RDL 16/2012, de 20 de abril de medidas urgentes, modificó la Ley 16/2003 de 28 de mayo y reguló la condición de asegurado y de beneficiario. Se “endureció” el acceso a la asistencia sanitaria a las personas extranjeras en situación irregular.

El nuevo Govern autonómico se posicionó en contra de esta medida. Por ello, día 17 de julio de 2015, indicó a la Conselleria de Salut que adoptase las medidas pertinentes para devolver la totalidad de los derechos de asistencia sanitaria a las personas que se les había revocado. **Se retornaría pues el derecho de asistencia sanitaria a las personas extranjeras en situación irregular, a las que el RDL 16/2012, de 20 de abril, había revocado el derecho parcialmente**. Esta instrucción fue objeto de impugnación por parte de la Administración General del Estado ante el Tribunal Superior de Justicia de las Illes Balears.

SENTENCIA DEL TSJIB 373/2017 DE 5 DE SEPTIEMBRE DE 2017

La **Instrucción del Director General del IBSALUT** de fecha 17 de julio de 2015 fue objeto de impugnación por parte de la Administración General del Estado, interponiendo Recurso Contencioso el 19 de octubre de 2015. La Abogacía del Estado defendió que la regulación del acceso a las prestaciones sanitarias por parte de los extranjeros corresponde al Estado (art. 149, 16 y 17 de la CE). La CAIB alegó que esta instrucción no se trataba de una Disposición General, y que la Administración Central estaba impugnando una **instrucción autonómica** invadiendo sus competencias. El debate jurídico trató acerca de si esta instrucción era una disposición general o un simple acto administrativo organizativo.

En sentencia del Tribunal Supremo (en adelante, TS) de 30 de julio de 1996 se señaló que “sólo merecen la consideración de instrucciones aquellas directivas de actuación que no innovan propiamente el ordenamiento jurídico; de modo que sólo obligan en función de la obediencia propia e inherente a la jerarquía administrativa”. Sin embargo parece ser que la Instrucción del Director General del IBSalut de 17 de julio de 2015 que fue objeto de impugnación trataba de regular la cobertura sanitaria.

Su artículo 1º expresaba: “Se reconoce el derecho al acceso a la asistencia sanitaria en el Servicio Público de Salud de las Illes Balears a las personas extranjeras que residen irregularmente y sin recursos en las Illes Balears”. **Por tanto su contenido excedía del de una Instrucción.** Este reconocimiento a los extranjeros irregulares como Beneficiarios del sistema asistencial fue un derecho que esta Instrucción estaba reconociendo. Por ello estaba “**creando**” **legislación (innovando)**, lo que es propio de una disposición general. Por ello se consideró que la instrucción se estaba extralimitando de su ámbito competencial.

Las instrucciones impugnadas reconocían el derecho a la asistencia sanitaria a todos los residentes; y a los extranjeros no residentes la cobertura de la totalidad de la cartera de servicios. El TS declaró la **nulidad de pleno derecho de la Instrucción impugnada en su totalidad**, pues es el Estado quien tiene competencia para definir el concepto de asegurado y beneficiario. A parte, el principio de jerarquía normativa de la CE prohíbe “que las disposiciones de inferior rango contradigan las de nivel superior”.

Nuestros sistemas político y parlamentario, elaboraron e implementaron las necesarias normas durante los años de esta gran crisis. Nuestra sanidad necesitaba de un importante paquete de normativa de choque, contenida, en gran parte, en los planes económicos financieros que hemos estudiado, así como en el RDL 16/2012 de 20 de abril, entre otros. Todo ello fue clave en la reestructuración del sistema sanitario y en la racionalización del gasto.

Las decisiones que se tomaron en Baleares de racionalización del gasto y de reestructuración, en varios de sus capítulos de gasto, fueron fundamentales. Crear la central de compras, la racionalización de la contratación de capítulo 1, el ajuste de retribuciones, así como el resto de medidas que se tomaron, pudieron desarrollar su contenido y ejecutarse en buena medida, para conseguir los efectos deseados, en muchos de los casos. Todo ello pudo realizarse gracias al imprescindible aparato legislativo - jurídico, y a su correcto funcionamiento, para su futuro soporte legal y correcta implementación.

Capítulo 5. RECURSOS HUMANOS DEL IBSALUT EN LA CRISIS

En el capítulo de recursos humanos vemos cuál fue el impacto de la crisis económica del 2006 al 2014, en cuanto al número de trabajadores y al gasto en Recursos Humanos. Lo analizamos según su titularidad (pública o privada) y según la asistencia (sanitaria o no sanitaria). También nos referimos al colectivo de médicos, de enfermeros, de trabajadores vinculados y de colaboradores. Veremos que el sistema privado sufrió mucho la crisis con una disminución muy acusada de enfermeros y médicos. También el personal colaborador disminuyó. En cuanto al sistema público, veremos que prácticamente sólo el personal no sanitario y el colaborador disminuyeron. Veremos cómo al haber disminuido el coste laboral público unitario se consiguió mantener la plantilla.

5.1 INTRODUCCIÓN

El estudio de los capítulos de gasto muestra como el capítulo I es el más cuantioso y de más peso entre todos los capítulos de gasto en sanidad. En el periodo estudiado, debido a la crisis y falta de recursos, se iniciaron una serie de medidas de reestructuración encaminadas al ahorro y al incremento de ingresos, como ya hemos visto en capítulos anteriores. En este capítulo vemos cómo evoluciona el capítulo 1 de personal, tanto desde el punto de vista cuantitativo como económico. También diferenciamos su evolución según la titularidad, sector público o privado, si son trabajadores sanitarios o no sanitarios, y si están vinculados al sistema o son colaboradores. Analizamos en este capítulo la evolución de los RRHH del sector sanitario balear.

5.2 MEDIDAS

Vemos cómo las medidas en el sector público tienen unos efectos mínimos en las plantillas, menos cuantiosos que los ajustes que el propio mercado realiza en el sector privado en el periodo de crisis. La falta de recursos originó que se tomaran medidas contenidas en los planes financieros. En 2011, el Plan de reequilibrio, llevó a cabo múltiples medidas para disminuir el gasto del capítulo 1. Lo vemos en el P.E.F. del 2012, “medidas adoptadas en el P.E.F. 2011” (2012, p. 22-23).

- “Reducción de altos cargos.
- Suspensión del nombramiento de nuevo personal funcionario interino y de la contratación de personal laboral.
- Suspensión temporal de la prolongación en el servicio activo del personal funcionario.
- Reducción del coste de contratos eventuales y de sustitución de personal no sanitario”.

El P.E.F. de 2012-2014, también contenía medidas de ajuste y racionalización del gasto del Cap. 1 según las políticas económico-financieras (2012, p. 25-26).

- “Congelación de la oferta de empleo público durante los años 2012 y 2013.
- Incremento de las 35 a las 37,5 h. semanales de la jornada general de trabajo de todo el personal.
- Suspensión de nombramiento de funcionarios interinos y de la contratación de personal laboral temporal.
- Ajuste de las guardias de los residentes en todos los centros hospitalarios.
- Congelación de nuevas plazas.
- Reducción altos cargos y personal interino de las Consellerias.
- Suspensión de cualquier ayuda en concepto de acción social”.

También y en el mismo sentido, el P.E.F. 2013 suprimió la paga extraordinaria de diciembre del 2012 en base al RDL 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad.

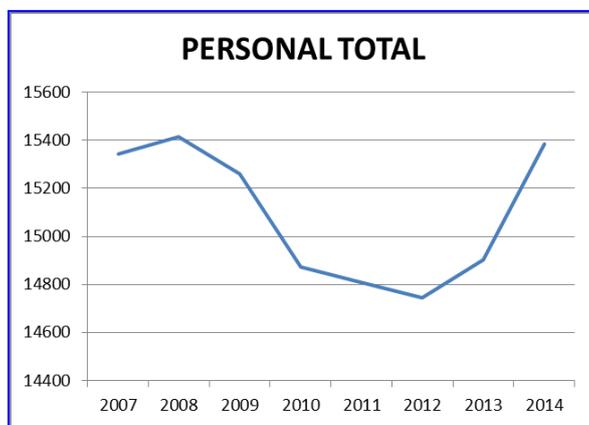


Figura 77h. Personal total (público y privado) F. EGSP Y MSSSI

Figura 77h. Evolución total del personal tanto privado como público. En la crisis hubo una disminución de trabajadores, pero tendremos que analizarlo según la titularidad del centro (público / privado). También según categoría y especialidad. Y así tener una visión de lo que ocurrió, pues el “personal total” contiene al personal público y al privado, por ello no se observa claramente la evolución real de cada colectivo, como veremos más adelante por separado.

TABLA 91. PERSONAL TOTAL SANIDAD

RRHH TOTAL	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Personal Sanitario Vinculado	10714	10686	10365	10246	10266	10285	10280	10691
Personal Vinculado No Sanitario	3.553	3.674	3.583	3.668	3.508	3.494	3.454	3.544
Enfermería Vinculados	3.836	3.937	3.754	3.934	3.899	3.882	3.974	4.166
Médicos Vinculados	1.949	1.968	1.952	1.982	2.003	2.041	2.017	2.097
Personal Total Vinculado	14267	14360	13948	13914	13774	13779	13734	14235
Personal Total	15342	15415	15262	14872	14807	14743	14904	15383

5.3 PERSONAL TOTAL

En cualquier caso es clara la disminución de trabajadores en el periodo crítico, para recuperarse en 2013. El personal total llegó a disminuir un 4,3 % en número de trabajadores si comparamos datos del 2012 respecto al 2008. La pérdida de puestos de trabajo en el periodo lo protagoniza el sector privado. En el sector público la caída fue mucho más tímida. El personal colaborador tuvo el peor comportamiento y no fue hasta 2013 cuando se recuperó y volvió a niveles de 2008. Es el colectivo más precario, movido fundamentalmente por las fuerzas del mercado y al que le afectó mucho más la dureza de la crisis.

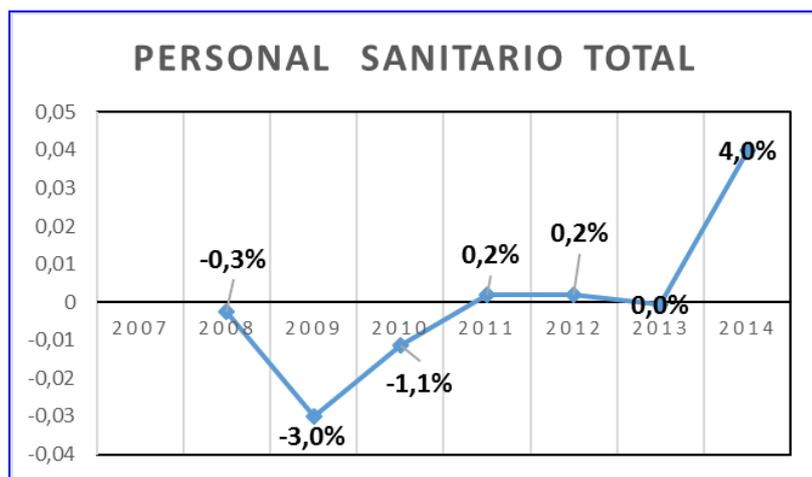


Figura 78. Personal sanitario total. Var % (t / t-1) F: PESTADISTICO, INCLANSNS

Si tenemos en cuenta la evolución del personal sanitario total, el 2009 disminuyó un 3% y un 1% el 2010, sobre el año anterior. Debemos analizar qué colectivo fue el perjudicado y cuál era su titularidad.

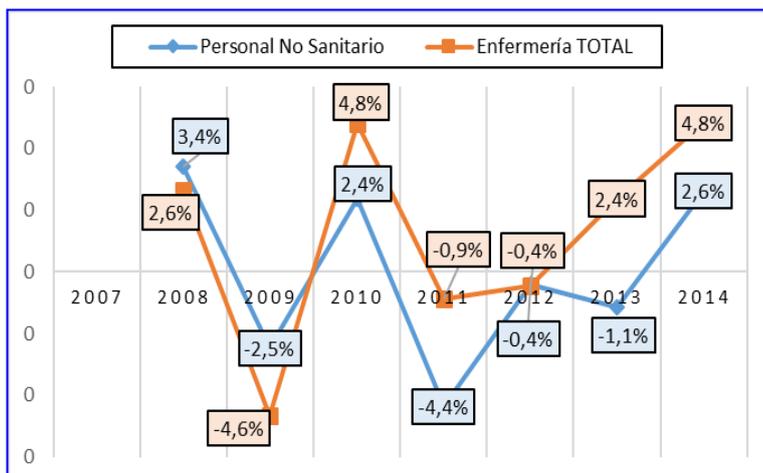


Figura 79: Personal no sanitario total y enfermería total. Var % (t / t-1) F: PESTADISTICO, INCLANSNS

Los cálculos que muestran claramente la variación de las plantillas son las variaciones porcentuales. Con estos cálculos obtenemos que las variaciones del sector privado son mucho mayores a las del sector público, si las comparamos relativamente. (Al ser la plantilla pública mucho mayor a la privada, los cambios deberán compararse porcentualmente). Según el agregado total de trabajadores sin tener en cuenta la titularidad, enfermería disminuyó en 2009 y el personal no sanitario en 2011. Enfermería solventaría su escasez al año siguiente. Pero el personal no sanitario pasó 4 años, desde el 2011, con plantillas menores que las anteriores a la crisis.

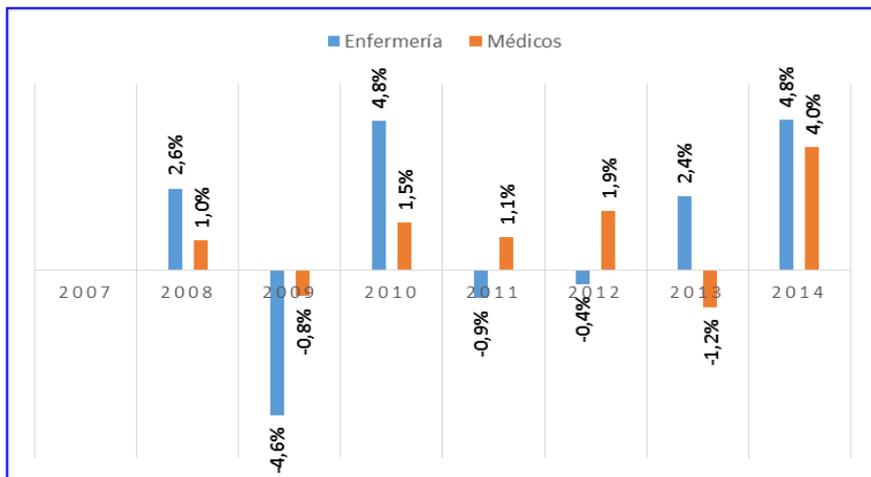


Figura 80. Enfermeros y médicos totales. Var % (t / t-1) F: PESTADISTICO, INCLANSNS

Sin observar la titularidad, enfermería se recuperó en 2010. Sin embargo el colectivo médico no sufrió mermas en esta crisis (Figura 80). En el Ibsalut se realizaron reducciones modestas en las plantillas de trabajadores no sanitarios. El personal sanitario **privado** padeció la crisis de una manera más acusada. En 2013 se repuso. Los recursos humanos públicos que sufrieron más la crisis fueron del colectivo “no sanitario”.

5.4 SECTOR PRIVADO

TABLA 92. RECURSOS HUMANOS PRIVADOS

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Personal Vinculado Sanitario Priv.	2242	2284	2030	1856	1876	1818	1939	2082
Personal Vinculado No Sanitario Privado	949	1030	1005	970	977	1051	1117	1114
Enfermería Vinculados Privado	783	836	726	676	693	667	704	757
Médicos Vinculados Privado	328	304	235	238	234	243	258	328
Personal Total Vinculado Privado	3191	3314	3035	2826	2853	2869	3056	3196
Personal Total Privado	4232	4332	4329	3753	3865	3821	4214	4319
Colaboradores Privados	1041	1018	1294	927	1012	952	1158	1123

En el sector privado el colectivo de enfermería y el no vinculado disminuyeron considerablemente. El colectivo colaborador (no vinculado) está formado por trabajadores con poca capacidad de negociación dentro del sistema; fueron los que perdieron su trabajo o vieron su salario mermado. En el sector público, los médicos no sufrieron mermas en su conjunto y los enfermeros públicos disminuyeron levemente. El personal no sanitario público tuvo un ajuste más duro (aprox. un 12% de 2008 a 2013). En el sector privado tuvieron un ajuste duro todos los colectivos, pero sobre todo el colectivo colaborador, no vinculado (Figura 82). El personal total del IBSALUT llegó a disminuir un 3,8% de 2007 a 2013.

TABLA 93. PERSONAL

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Personal Total	15342	15415	15262	14872	14807	14743	14904	15383
Personal Privado	4232	4332	4329	3753	3865	3821	4214	4319
Personal Público	11110	11083	10933	11119	10942	10922	10690	11064

El sector privado estuvo bastante desprotegido. La labor sindical en España se concentra en el sector público, donde cualquier “modificación” da una importante visibilidad, de la que no goza el sector privado.

Los P.E.F. contenían medidas de suspensión de nombramiento de interinos y de personal laboral. Por ello algunos colectivos de sanidad pública disminuyen (Figura 87), pero no tanto como el personal de sanidad del sector privado que cayó bruscamente en 2010. Principalmente por la caída del personal colaborador y enfermería. (Figura 82).

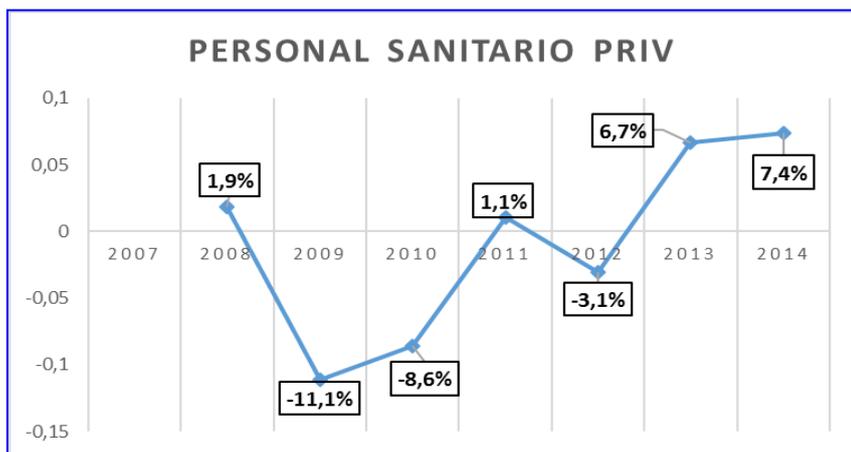


Figura 81. Personal sanitario privado. Var % (t / t-1) F: PESTADISTICO, INCLANSNS

Sector privado: La crisis le afectó de manera muy brusca (Figura 81). En el 2009 y 2010 su personal bajó en grandes proporciones. La crisis afectó mucho a sus recursos. La pérdida de puestos de trabajo en el periodo la protagoniza el sector privado. Los trabajadores privados con contrato estable sufrieron un ajuste menor, pero la evolución del personal privado soportó una importante caída en 2010 ocasionada por el personal de enfermería y por el personal colaborador con contrato eventual / no-fijo (outsiders) (Figura 82).

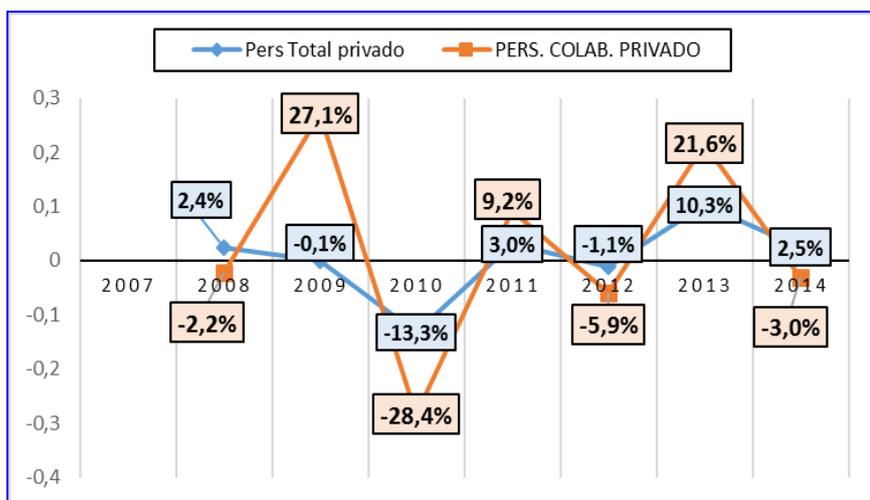


Figura 82. Var % (t / t-1) personal privado F: PESTADISTICO, INCLANSNS

Una característica del mercado laboral español es que es **dual**, en el que los llamados derechos sociales sólo son disfrutados por una parte de la población, con el beneplácito y concurso de los sindicatos. En 2010 se dio una disminución de un 13.3% en la plantilla total privada, pero el personal colaborador fue el verdadero colectivo que sufrió esta crisis con una disminución del 28% en 2010. Se recuperaría un año más tarde, pero volvería a disminuir. Es el colectivo más precario, movido fundamentalmente por las fuerzas del mercado, y al que le afectó mucho más la dureza de la crisis. (Figura 82). El S. Privado disminuyó por un ajuste de mercado que expulsó del sistema a un porcentaje de trabajadores al producirse un incremento de desempleo tan importante. La enfermería privada cayó un 13.2% en 2009. (Figura 83).

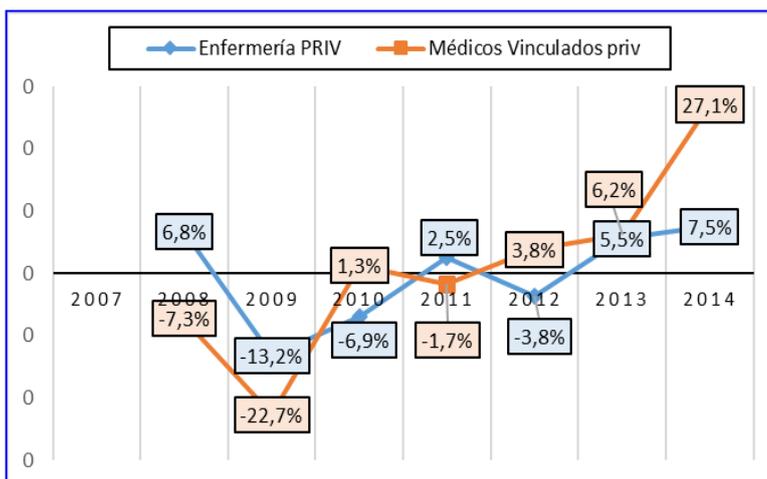


Figura 83 Var % (t / t-1) Sector privado. Var. Plantilla F: PESTADISTICO, INCLANSNS

Los médicos privados cayeron un 22% en 2009. Se recuperarían en 2013. El sector privado está más expuesto al mercado y sus trabajadores están menos sindicalizados y unidos que en el sector público. Las medidas se tomaron en base al DL 5/2012, de 1 de junio, de medidas urgentes en materia de personal y administrativas para la reducción del déficit público, por el cual se establecieron medidas adicionales para garantizar la estabilidad presupuestaria y fomentar la competitividad.

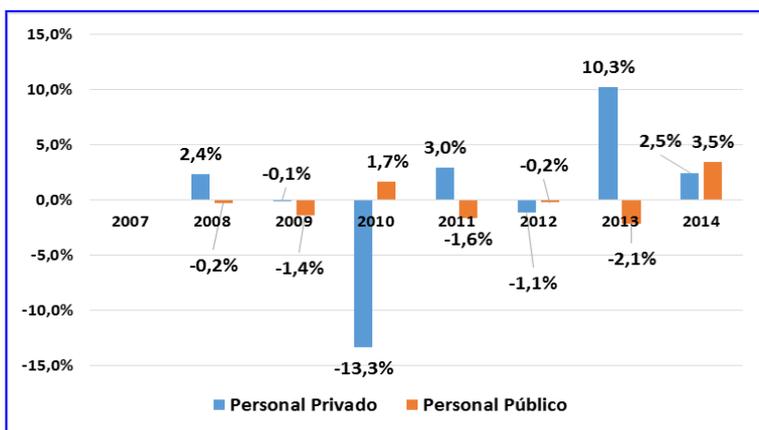


Figura 84: Var % (t / t-1) Variación personal privado y público F: PESTADISTICO, INCLANSNS

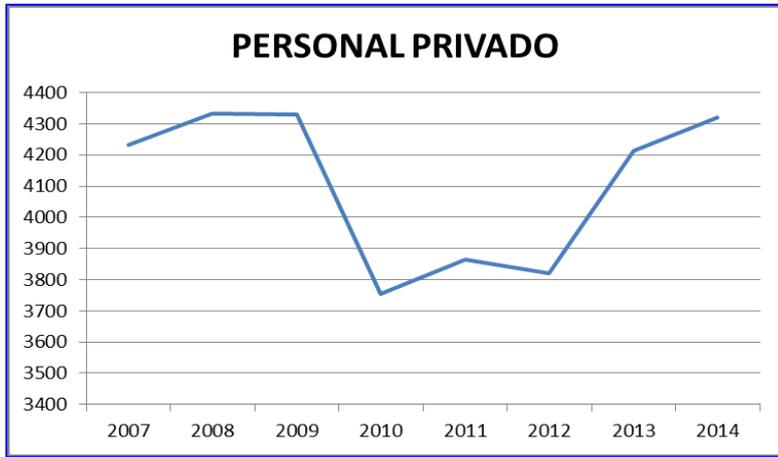


Figura 85. Personal sanidad privada. F. BBDD P.ESTADISTICO. MSSSI

5.5 PERSONAL PÚBLICO

Figura 84. Las medidas aplicadas por el P.E.F. 2011 y por el P.E.F. 2012-2014 mantienen la cuantía de trabajadores constante, o disminuyen en un porcentaje muy modesto si lo comparamos con el sector privado. Así, este sector público disminuye un 1,6% en 2011 y 2,1% en 2013. (Figura 86). El sector público no sufrió una caída excesiva. La sensible caída del personal público en 2013, se debió básicamente a la disminución de personal no sanitario; el colectivo médico no sufrió recortes en su cuantía. En cuanto a los enfermeros y médicos públicos, vinculados al sistema sanitario, se realizó un esfuerzo en la administración pública para mantener el nivel cuantitativo, aun así el colectivo de enfermeros vinculados al sistema disminuyó.

TABLA 94. RECURSOS HUMANOS PÚBLICOS

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Personal Vinculado sanitario público	8472	8402	8335	8390	8390	8467	8341	8609
Personal Vinculado no sanitario público	2.604	2.644	2.578	2.698	2.531	2.443	2.337	2.430
Enfermería Vinculados público	3.053	3.101	3.028	3.258	3.206	3.215	3.270	3.409
Médicos Vinculados público	1.621	1.664	1.717	1.744	1.769	1.798	1.759	1.769
Personal Total Vinculado público	11076	11046	10913	11088	10921	10910	10678	11039
Personal Total público	11110	11083	10933	11119	10942	10922	10690	11064

En cualquier caso las medidas de los PEF'S encaminadas a congelar la contratación surtieron efecto dada la ausencia de crecimiento de las plantillas como hemos visto en capítulos anteriores, **disminuyendo el coste laboral por trabajador**, conseguido mediante la reducción de complementos salariales y el incremento de la jornada.

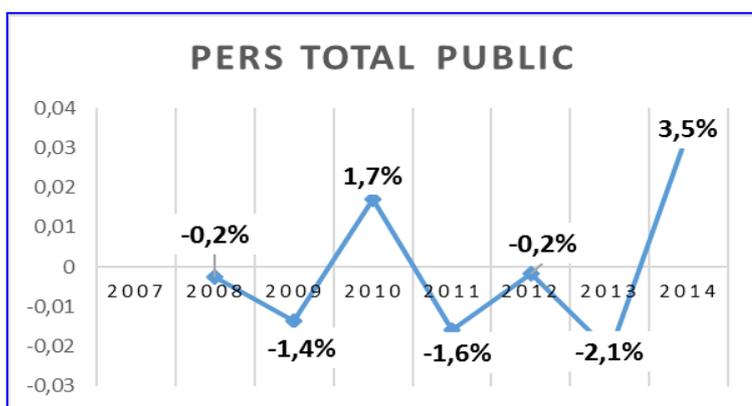


Figura 86 Var % (t / t-1) Var. Personal público. F: PESTADISTICO, INCLANSNS

Los planes económicos PEF's racionalizaron la contratación y provocaron que no creciera la plantilla durante la crisis; y con la disminución del coste laboral público sanitario que hemos visto, se pudo mantener el volumen de plantilla fija. El PEF del 2013 contenía unas fuertes medidas de suspensión de nombramiento de interinos y de personal laboral. Por ello en 2013 algunos colectivos de sanidad caen de manera clara. El colectivo médico creció progresivamente a un ritmo lento, y cayó muy ligeramente en 2009 y 2013.

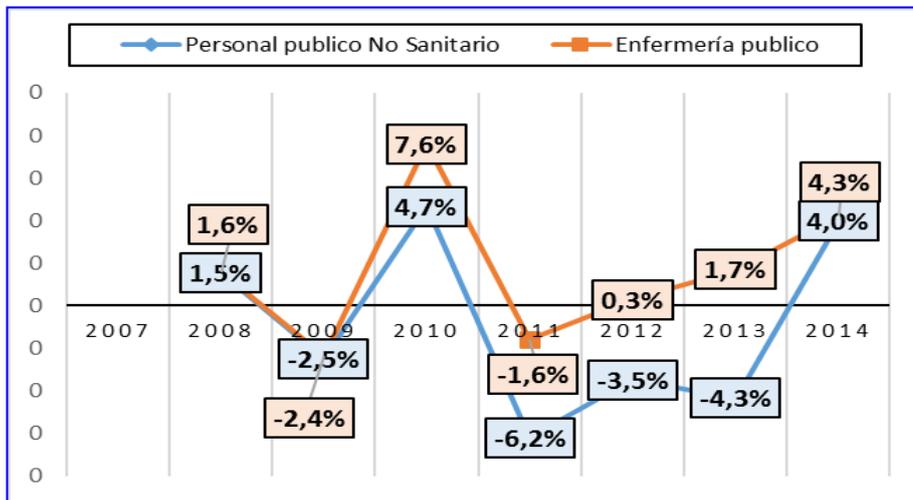


Figura 87. Var % (T / T-1) Var. Personal Público F: PESTADISTICO, INCLANSNS

El personal no sanitario público: Si comparamos el personal no sanitario de 2013 con el de 2008, el colectivo cayó un 11,6%. En 2014 empezó a recuperarse (Figura 87). Del 2011 al 2013 el no sanitario fue el colectivo público más perjudicado. Ello es achacable a medidas del P.E.F. 2012, pues el gasto por sustitución de profesionales disminuyó respecto a 2011, ya que se solicitó que se asumieran las bajas y ausencias. (Figura 92, 93).

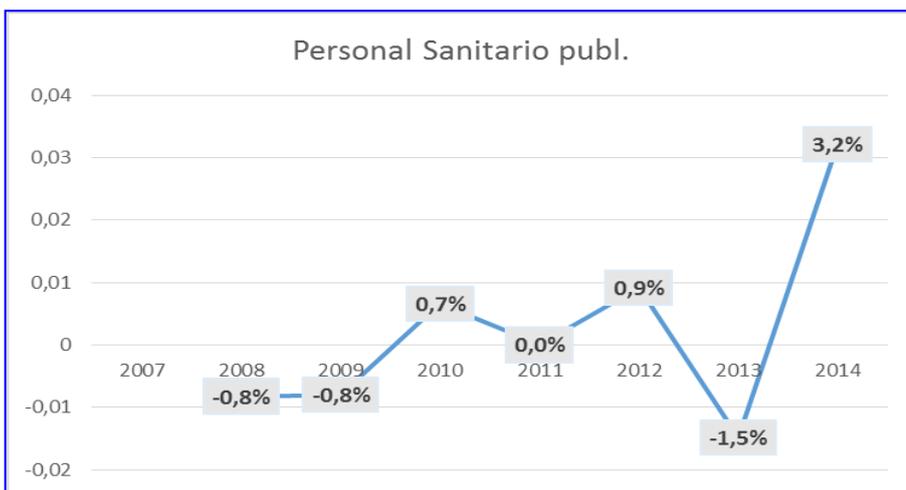


Figura 88: Var. % (T / T-1) Personal Sanitario Público F: PESTADISTICO, INCLANSNS

El agregado sanitario público no sufrió ninguna disminución en la crisis (Figura 88). El colectivo de enfermeros disminuyó un 2.4% en 2009 (Figura 87). También cayó ligeramente en 2011 por la aplicación del P.E.F. 2011.

NOTA: “Se considera **personal vinculado** al que depende del centro mediante contrato, ya sea como funcionario, laboral, estatutario, o de otro tipo, desarrollando su actividad en jornada completa aunque su cómputo semanal sea inferior a 36 horas semanales; o en jornada a tiempo parcial. Incluye, en centros del sector público, al personal que desarrolla su labor en los Centros de Especialidades dependientes del Hospital. No incluye el personal colaborador, es decir, el que no tiene ningún tipo de contrato con el Hospital, [...]” según las Estadísticas de Centros Sanitarios. MSSSI. (2015).

5.6 EL PERSONAL DEL SECTOR PRIVADO

Padeció un efecto claramente negativo en esta crisis como ya hemos visto, aunque hay que aclarar que los trabajadores de este sector con contrato estable, sufrieron un ajuste menor. La evolución del personal privado total sufrió una caída abrupta el 2009 y 2010 (Figura 85), pues este dato contiene al personal con contrato inestable (outsiders) en su cómputo; pero el nº total vinculado privado, al estar este colectivo más protegido contractualmente y pertenecer al colectivo de “insiders”, cayó con más suavidad (Figura 83).

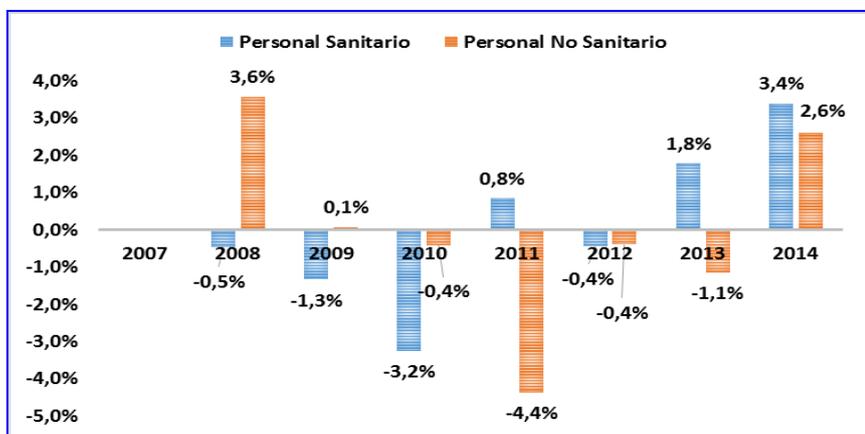


Figura 89. Var. % (t / t-1) Sanitario VS no sanitario. Total. F: PESTADISTICO, INCLANSNS

El sector NO sanitario TOTAL disminuyó un 4.4% en 2011 y el sanitario también disminuyó (2010), arrastrados por las mermas del S. privado (Figura 89).

En el sector privado el colectivo de enfermeros llegó a disminuir un 13% en 2009 respecto a 2008. Los médicos disminuyeron un 23% para el mismo periodo. Datos muy negativos para el sector privado, y peores que en el sector público.

El nº de médicos (Figura 80) creció lentamente gracias a sus mejores condiciones, y empujados por un sector público que perjudicó muy poco a este colectivo. El personal de GESTIÓN SANITARIA (pública) sufrió un ajuste en plena crisis (Figura 87): fue uno de los colectivos castigados por los efectos de la crisis, perdiendo un 13% de sus trabajadores de 2010 a 2013.

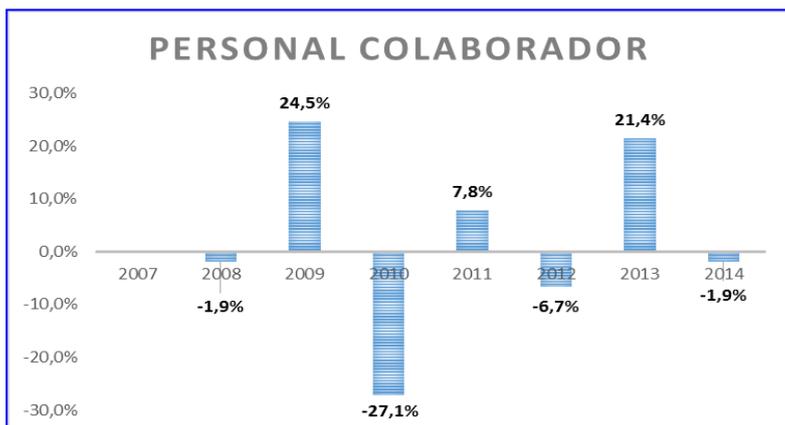


Figura 90. Var. % (T / T-1) Personal Colaborador F: PESTADISTICO, INCLANSNS

El personal colaborador total en 2010 sufrió un gran ajuste (Figura 90). Del 2009 al 2012 la evolución de la plantilla del IBSalut se estabiliza por varios motivos. En 2009, dada la disminución de ingresos públicos y de recursos. Más tarde por el efecto de las medidas de los PEF's.

El S. Privado disminuyó por un propio ajuste del mercado, que expulsó del sistema a un porcentaje elevado de trabajadores al producirse el incremento del desempleo tan importante. Según relata la memoria del SNS del 2013, y en referencia a las medidas del P.E.F. 2012 de Baleares, el gasto por sustitución de profesionales disminuyó respecto a 2011. Como decíamos “se solicitó a los equipos y servicios que asumieran las coberturas de: bajas, ausencias, días de libre disposición y vacaciones con la máxima eficiencia, intentando siempre en la medida de lo posible utilizar los recursos disponibles” según el Sistema Nacional de Salud (2013, p. 13). El sector privado, en 2013, aumenta de manera importante el gasto, y por tanto distribuye entre sus trabajadores la recuperación de la crisis. Por ello, el sector privado en 2013 hizo un gran esfuerzo al incrementar este gasto y realizar un justo reparto de la recuperación económica. (Figura 83 y 85).

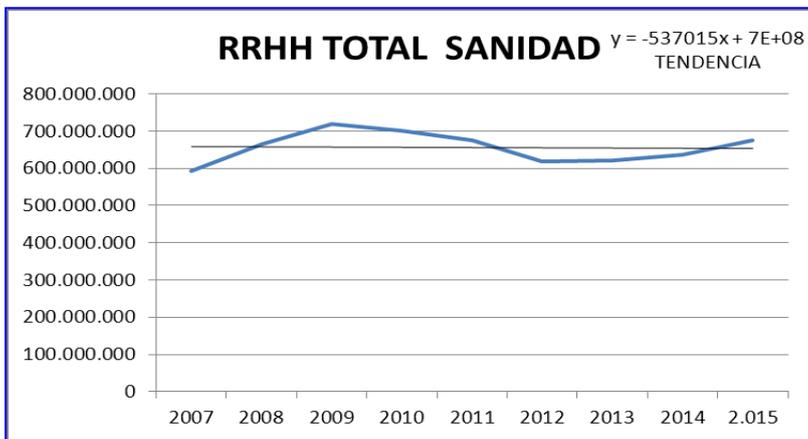


Figura 91. Tendencia del Gasto Devengado (público) RRHH en Sanidad. F. MSSSI EGSP

5.7 RECAPITULACIÓN

El sector **público** sanitario no sufrió una caída traumática como hemos visto (ni el colectivo de enfermeros, ni el col. médico). De distinta manera se comportó la evolución del personal no sanitario. La caída del personal público en 2013 se debe básicamente a la disminución de personal no sanitario, y a la amortización de puestos de trabajo de gestión (Figura 87 de personal no sanitario).

En el sector **privado**: El colectivo de enfermeros llegó a disminuir un 13% en 2009 respecto a 2008. Los médicos disminuyeron un 23% para el mismo periodo. Fueron unos datos negativos del sector privado, y eran peores que los del sector público.

En el periodo 2005-2015, el gasto en recursos humanos **públicos totales**, (teniendo en cuenta el gasto en RRHH de los cuatro “entes”) presentó una línea de tendencia **totalmente plana** en el periodo de crisis (Figura 91). El gasto en RRHH del Ibsalut de (2009 al 2012) disminuyó, equiparando el gasto de 2012 al del 2007, dadas las medidas y los mecanismos de los PEF's.

5.8 GASTO EN RECURSOS HUMANOS

Figura 92, 93. Este gasto total en RRHH corresponde a todas las plantillas sanitarias de Balears, con independencia de su pertenencia al Ibsalut. El gasto en personal del IBSALUT, (sin los cuatro “entes”), presentó una tendencia positiva desde el 2005 hasta el 2015. Las entidades que sufrieron una leve **disminución** en su tendencia de gasto en RRHH fueron los “4 entes”, pues fue un tanto negativa del año 2007 al 2014, dada la disminución de recursos para RRHH en **Gesma y en el hospital de Manacor**. (Figura 93, 94).

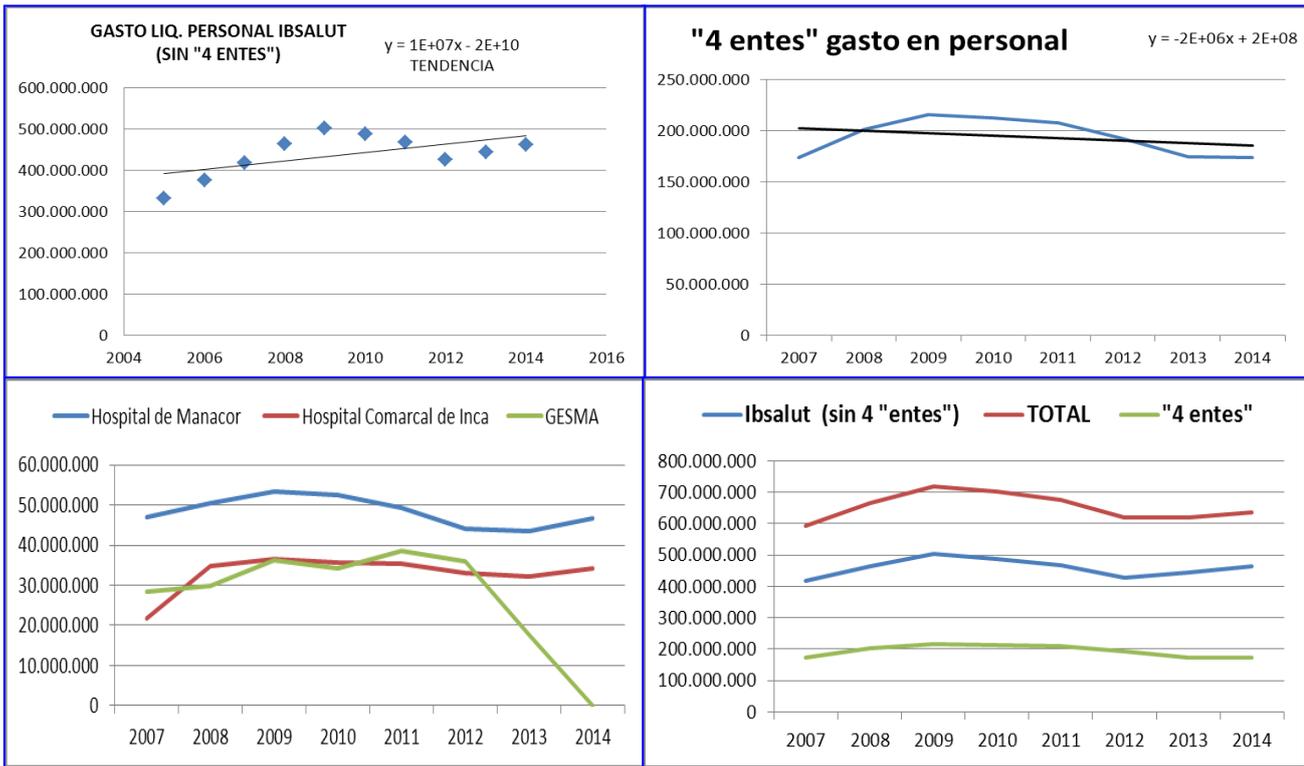


Figura 92, 93, 94 y 95. Evolución gasto RRHH / hospitales Balears

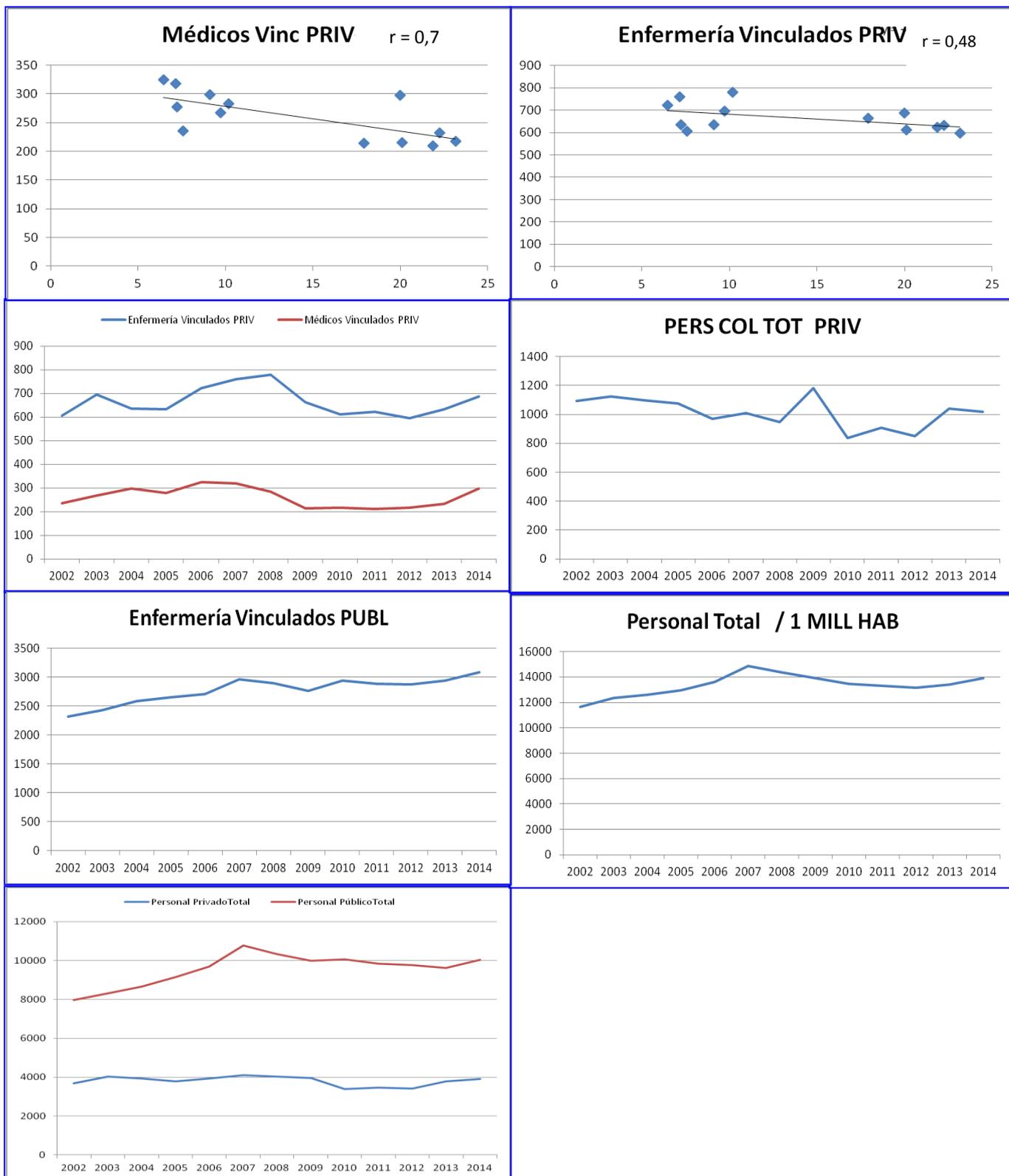
F: Web finances.caib. MSSSI

El gasto en RRHH de GESMA en 2013 y 2014 disminuyó progresivamente hasta su liquidación. El del hospital de Manacor sufrió un fuerte descenso en 2011 y 2012. Todos los restantes hospitales financiaron sus RRHH con una tendencia levemente ascendente en el periodo de referencia.

TABLA 95. GASTO PERSONAL

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
IBSALUT (Sin 4 "Entes")	418.477.262	464.238.241	502.918.934	488.138.355	468.203.531	426.613.234	445.033.000	462.634.000
Hospital Son Llätzer	76.915.000	86.353.000	89.413.000	89.966.000	84.822.000	79.336.000	81.600.000	93.153.000
Hospital de Manacor	46.907.000	50.439.000	53.505.000	52.538.000	49.369.000	44.051.000	43.489.000	46.752.000
Hospital C. de Inca	21.770.000	34.784.000	36.597.000	35.822.000	35.357.000	33.024.000	32.232.000	34.295.000
Gesma	28.310.000	29.976.000	36.269.000	34.248.000	38.612.000	35.986.000	17.529.000	0
Total	592.379.262	665.790.241	718.702.934	700.712.355	676.363.531	619.010.234	619.883.423	636.834.369
"4 Entes"	173.902.000	201.552.000	215.784.000	212.574.000	208.160.000	192.397.000	174.850.000	174.200.000

5.9 RECURSOS HUMANOS POR MILLÓN DE HABITANTES (2002-2014)



Figuras 95 (a, b, c, d, e, f, g) Personal Sanidad Total / Mill. Hab. (2002 – 2015) F. BBDD P.ESTADISTICO MSSSI

Hemos calculado la evolución de los recursos humanos por millón de habitantes desde el 2002 hasta el 2014. En el sector privado, la evolución del colectivo de médicos y enfermeros, en el periodo estudiado de crisis, sufren una disminución muy importante que los lleva a niveles del 2004. (Figura 95c). En el sector privado fue muy importante el descenso de trabajadores.

El personal colaborador **privado**, aún no se ha recuperado, comparando niveles de 2014 con niveles del 2002 (Figura 95d). La disminución en el sector privado, tanto de médicos como de enfermeros, **está correlacionada con el desempleo**. ($r = 0,7$ en series de médicos privados VS desempleo). (Figura 95a).

En el sector **público** se dio una racionalización en la cantidad total de personal. Había crecido de una manera muy importante desde 2002 hasta 2007 (Figura 95 g). En la crisis el personal público se racionaliza.

En el colectivo de **enfermeros públicos** no hubo disminución (Figura 95e); los médicos vinculados del sector público siguieron creciendo. En cuanto al personal total, se dio un descenso en el período de crisis que fue provocada por el sector privado. (Figura 95f).

En el **sector público** hablamos de racionalización. En el **sector privado** hay una vinculación del colectivo a la evolución de la crisis. (Figura 95a, b).

A MODO DE CONCLUSIÓN

En cuanto a las plantillas de personal privado y público, y a sus variaciones porcentuales respecto al año anterior, podemos constatar que en el **público** se llevó a cabo una racionalización del sector en cuanto al número de efectivos. Del 2003 al 2007 crece anualmente un tanto por ciento elevado (más de un 5% anual). El 2008 y 2009 se racionaliza con porcentajes de -4% y -3% respecto al año anterior.

TABLA 96. RECURSOS HUMANOS / MILL. HAB. VAR. % (T / T-1)

RRHH / MILL. HAB.	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Personal TOTAL	12334	12594	12946	13626	14886	14368	13932	13446	13302	13170	13407	13941
Personal Privado / mill. hab.	4020	3942	3785	3932	4106	4038	3952	3393	3472	3413	3791	3914
Personal Privado Var. % (t / t-1)	8,83%	-1,94%	-3,98%	3,88%	4,43%	-1,66%	-2,13%	-14,14%	2,33%	-1,70%	11,08%	3,24%
Personal Público / mill. hab.	8315	8652	9162	9694	10780	10330	9981	10053	9830	9757	9616	10027
Personal Público Var. % (t / t-1)	4,30%	4,05%	5,89%	5,81%	11,20%	-4,17%	-3,38%	0,72%	-2,22%	-0,74%	-1,45%	4,27%

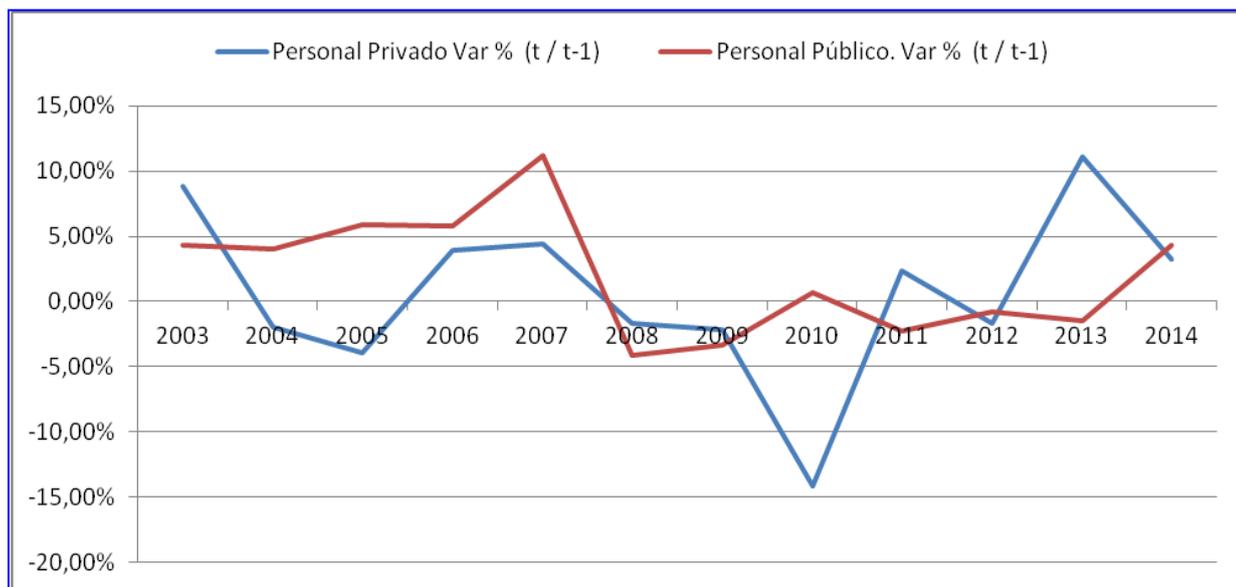


Figura 95h. Variaciones porcentuales respecto del año anterior. Público y privado.

F. EGSP

El sector privado, desde el 2003 mantiene un comportamiento zigzagueante, hasta la fecha en que la crisis le obliga a disminuir su plantilla (en 2010 descienden casi un 15% sus efectivos) y se mantienen constantes hasta el 2012. Después, en 2013 crece respecto al año anterior.

En el periodo 2005-2015, el gasto en recursos humanos **públicos**, presentó una línea de tendencia totalmente plana (Figura 91).

Con todo ello podemos aseverar que se dieron los dos siguientes hechos:

1. Racionalización de la plantilla sanitaria del sector público a partir del 2008.

2. Gran afectación por la crisis, del sector privado, del 2010 hasta el 2013; provocando una gran caída en su plantilla.

Capítulo 6. ACTIVIDAD SANITARIA

- En el capítulo 6 hemos analizado la evolución del gasto público (devengado y líquido), en asistencia sanitaria (atención especializada y atención primaria). También la evolución de las listas de espera y la evolución del stock tecnológico.
- También hemos podido comprobar que hay procedimientos médicos correlacionados con el desempleo. Algunos procedimientos han evolucionado como el desempleo con un índice de correlación muy alto.
- Las listas de espera (de consultas y quirúrgica), a partir del año 2013, respondieron a las medidas del plan de choque que se llevó a cabo el 2012/2013.
- La complementación de sector público y del sector privado ha conseguido allanar las carencias del sistema y menguar las disminuciones de algunos de estos equipos.

6.1 ASISTENCIA SANITARIA

La distribución de los recursos sanitarios de Baleares es la siguiente:

“Hospitales de agudos.

- Hospital Universitario Son Espases.
- Hospital de Manacor.
- Hospital Universitario Son Llàtzer.
- Hospital Comarcal de Inca.
- H. Mateu Orfila (Menorca).
- Hospital Can Misses (Ibiza).
- Hospital de Formentera.

Necesidades sociosanitarias y de salud mental.

- Hospital General.
- Hospital Joan March.
- Hospital Psiquiátrico.

La Atención de urgencias cuenta con:

- Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP).
- Servicio de urgencias del 061.
- Transporte sanitario urgente (terrestre, aéreo, marítimo).
- Servicios de urgencias de los hospitales de agudos”. (IBSALUT.ES/IBSALUT/CA/SERVEI-DE-SALUT/CARTERA-DE-SERVEIS).

Baleares cuenta con un relevante y extenso sector **privado** sanitario.

Hospitales Privados con ánimo de lucro:

- USP Clínica Palmaplanas.
- C. Rotger.
- Clínica Juaneda Menorca.
- Policlínica Miramar.
- Policlínica Verge de Gràcia.
- Hospital General de Muro.
- Policlínica Nostra Senyora del Rosari.
- Serveis Integrals de Sanitat, SL (Juaneda).
- Clínica Femenias.
- Hospital de Levante (Pto. Cristo).
- Clinic Balear.

Hospitales Privados sin ánimo de lucro:

- Mutua Balear.
- Hospital Sant Joan de Déu.
- Hospital Creu Roja.

La atención sanitaria la dividimos en atención especializada y atención primaria. Según el RD 1277/2003, de 10 de octubre, los hospitales generales están destinados a la atención de patología aguda, los hospitales de salud mental proporcionan diagnóstico y tratamiento a pacientes con enfermedades mentales y los hospitales de media y larga estancia proporcionan cuidados sanitarios por procesos crónicos y a pacientes con movilidad reducida.

La atención hospitalaria balear incrementó el gasto liq. en 2012 con el mecanismo extraordinario de pago a proveedores (liquidando 331 mill. de DCS acumulada). Tras la crisis, en 2013, la asistencia hospitalaria se encontraba a niveles de gasto del 2008. Empezó a remontar en 2014. (Figura 96). Hubo una disminución de recursos en **atención primaria** (Figura 97).

TABLA 97. GASTO ASISTENCIA ESPECIALIZADA

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
SERV. HOSP. Y ESPECIALIZADOS DEV.	708.478.081	799.932.981	880.437.377	995.134.739	1.015.838.160	829.733.695	816.590.341	876.184.347
SERV. HOSP. Y ESPECIALIZADOS LIQ.	735.164.604	783.719.265	808.209.399	925.645.045	724.103.048	1.160.908.782	699.991.501	719.714.000

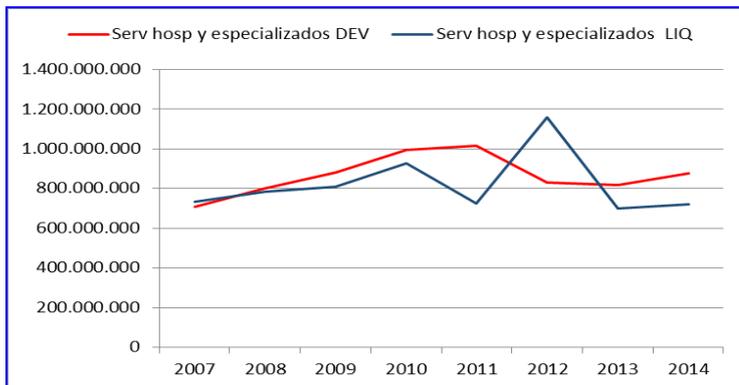


Figura 96. Gasto en A.E. Devengo VS líquido. F: Web finances.caib. MSSSI. EGSP

TABLA 98. GASTO EN ATENCIÓN PRIMARIA Y ASISTENCIA ESPECIALIZADA

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
412a A.P.	354.161.292	390.596.093	419.187.057	398.396.412	363.712.252	457.205.146	327.458.263	347.210.000
412b A.E.	735.164.604	783.719.265	808.209.399	925.645.045	724.103.048	1.160.908.782	699.991.501	719.714.000

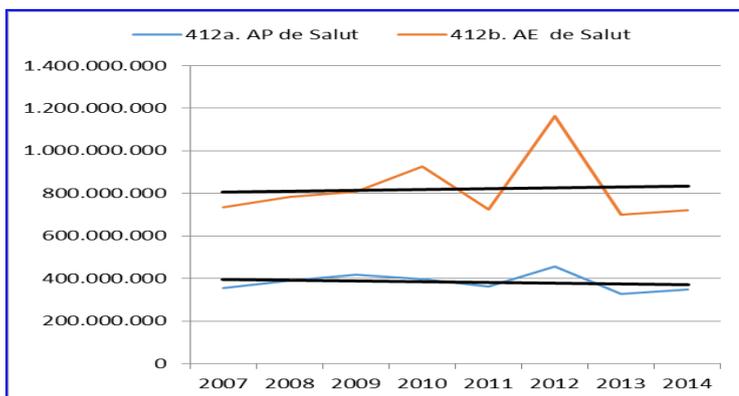


Figura 97. Gasto A.P. VS A.E. Liq. F: Web finances.caib

6.2 CONSULTAS y URGENCIAS / MILL. HAB.

Según datos del MSSSI, representaremos la evolución de urgencias y consultas en Balears.

En cuanto a las **CONSULTAS**, sostenemos que este periodo de crisis sometió a un estrés y ansiedad continuados a la ciudadanía, dada la incertidumbre generada y la preocupación derivada del desempleo propio o familiar, y de la posibilidad de perder el puesto de trabajo. La crisis afectó a la conducta humana, y parte de la ciudadanía “somatizó” este estrés y preocupación por no saber cómo afectaría la crisis a su vida laboral o personal. Esto derivó en un incremento de la demanda asistencial, incrementando así las consultas médicas de manera genérica. También en un cambio de hábitos, pues una cuantía importante de consultas que disminuyó en AP, incrementó en las consultas hospitalarias.

Planteamos que la población somatizó este malestar y acudió con más frecuencia al especialista. Las **CONSULTAS** son crecientes en los 2 sectores (público y privado) en el periodo estudiado (Figuras 100, 101). De hecho, el crecimiento de las consultas médicas en el periodo estudiado está totalmente correlacionado con la evolución del desempleo ($r = 0.806$). (Figuras 98, 99, 100).

En cuanto a las **URGENCIAS**, en el sector privado disminuyeron. Las urgencias públicas aumentaron de manera correlacionada al desempleo. Y, probablemente, como puente a una asistencia especializada más precoz, es decir, una manera de evitar la lista de espera.

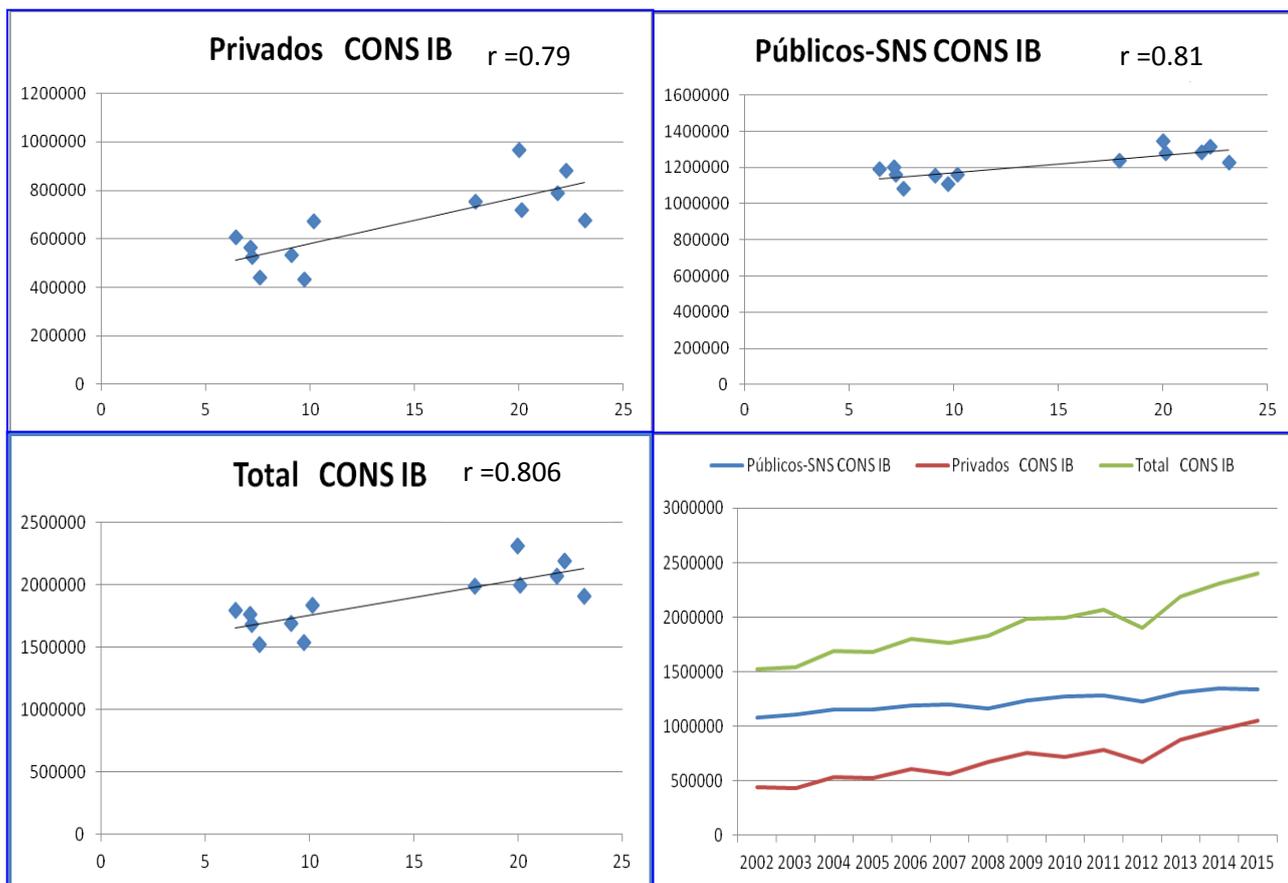
ACTIVIDAD EN HOSPITALIZACIÓN Y EN CONSULTAS / MILL. HAB.

TABLA 99. NÚMERO CONSULTAS / MILLÓN. HAB. IB

IB / MILL. HAB.	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Público Cons.	1108249	1152738	1158300	1189376	1201866	1159140	1237226	1277887	1282587	1228543	1312754	1343860
Priv. Cons.	432535	534682	524862	607376	564259	673360	752138	718935	788156	677002	879986	967779
Total Cons.	1540784	1687420	1683162	1796752	1766125	1832499	1989364	1996822	2070744	1905545	2192740	2311639
Público Urg.	309147	324912	324934	337136	372180	367257	368804	408819	403077	383243	391359	407010
Priv. Urg.	328688	337783	331696	344399	340798	284299	276943	263262	260962	264199	290614	306814
Total Urg.	637835	662695	656631	681535	712977	651556	645748	672081	664039	647442	681973	713825

Fuente: Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE)

Dirección de la web: <http://pestadistico.inteligenciadegestion.msssi.es/publicosns>



Figuras 98, 99. Correlación con Desempleo. Consultas Médicas. Privadas - Públicas.

F. PESTADISTICO, SOIB

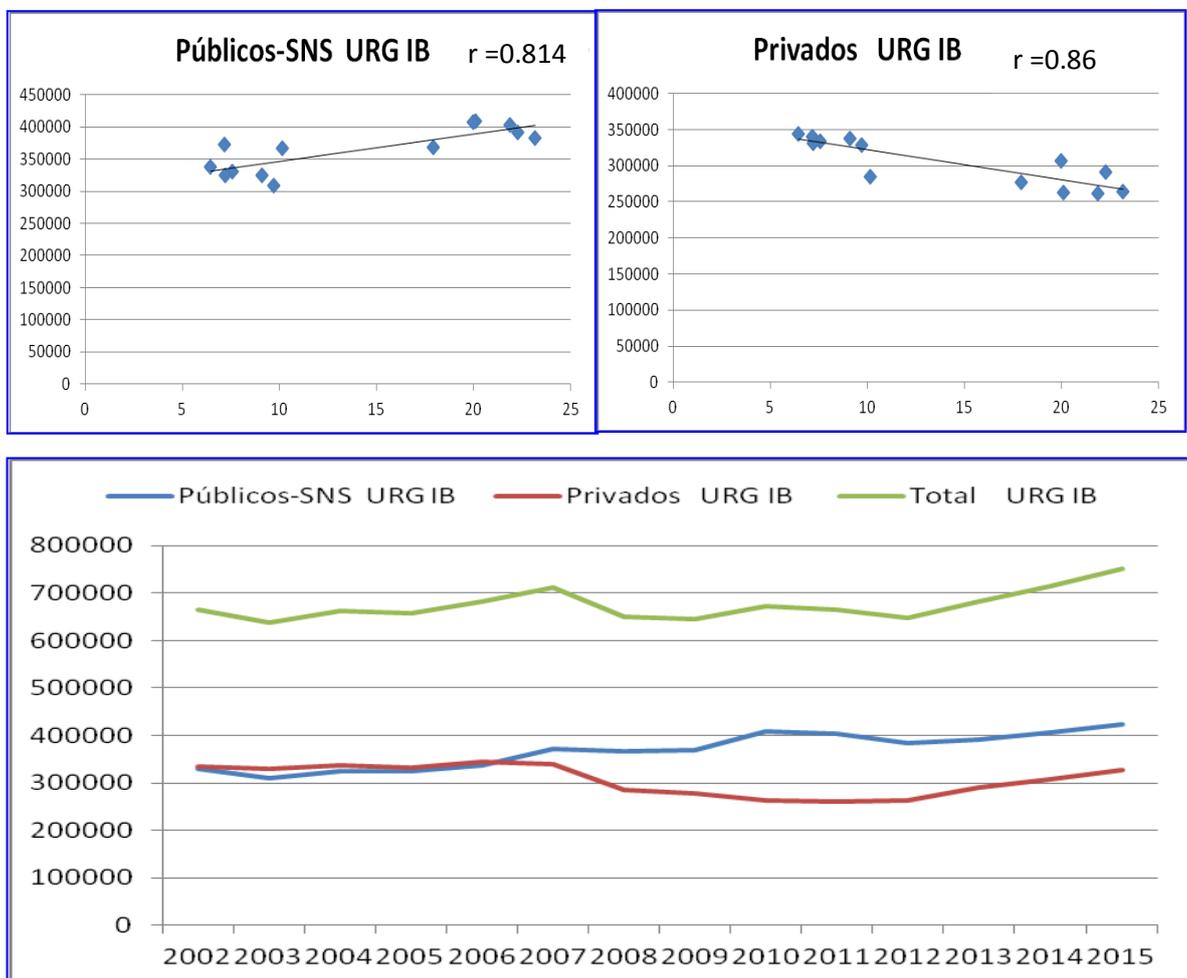
Figuras 100, 101. Correlación con Desempleo. Consultas Médicas. Total.

F. PESTADISTICO, CAIB, SOIB

TABLA 99: Las consultas del sector público aumentaron en un 13% del 2006 al 2014.

Las **URGENCIAS** privadas en el periodo de crisis disminuyen.

Esta disminución de atención de urgencias del sector privado la absorbe el sistema público, pues al sector privado le afecta más la crisis y no puede asumir operativamente las urgencias que venía atendiendo hasta el 2007. Informe IDIS (2015).

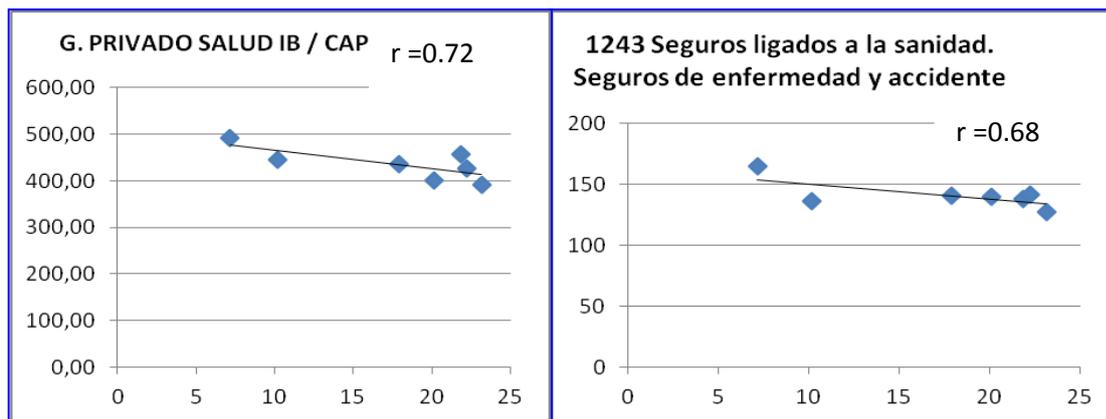


Figuras 102, 103, 104a. Urgencias por titularidad. Evolución urgencias. F. CAIB. PESTADISTICO. IBESTAT

Las **URGENCIAS PÚBLICAS** crecieron correlacionadamente ($r = 0.814$) con el desempleo (Figura 102) dado el incremento de demanda sanitaria, en este periodo, correlacionada altamente con la evolución del desempleo. Las **URGENCIAS PRIVADAS** mantuvieron una correlación negativa ($r = 0.86$) con el paro (Figura 103) vislumbrando la disminución de medios de los hospitales privados.

6.2.1 CONTRATACIÓN DE SEGUROS PRIVADOS

La contratación de seguros privados de salud disminuyó. El paro y las urgencias privadas evolucionaron correlacionados negativamente (Figuras 104b, 104c). Dadas las dificultades ocasionadas por la crisis en los hospitales privados, las urgencias atendidas por éstos disminuyeron sensiblemente. Esta disminución fue asumida por el sector público. Por otra parte, vemos que el gasto privado sanitario/hab. y el gasto/hab. en seguros privados, mantuvieron correlación negativa con el paro, lo cual es una consecuencia lógica de la disminución de renta disponible de la ciudadanía y de la disminución del gasto privado en salud.

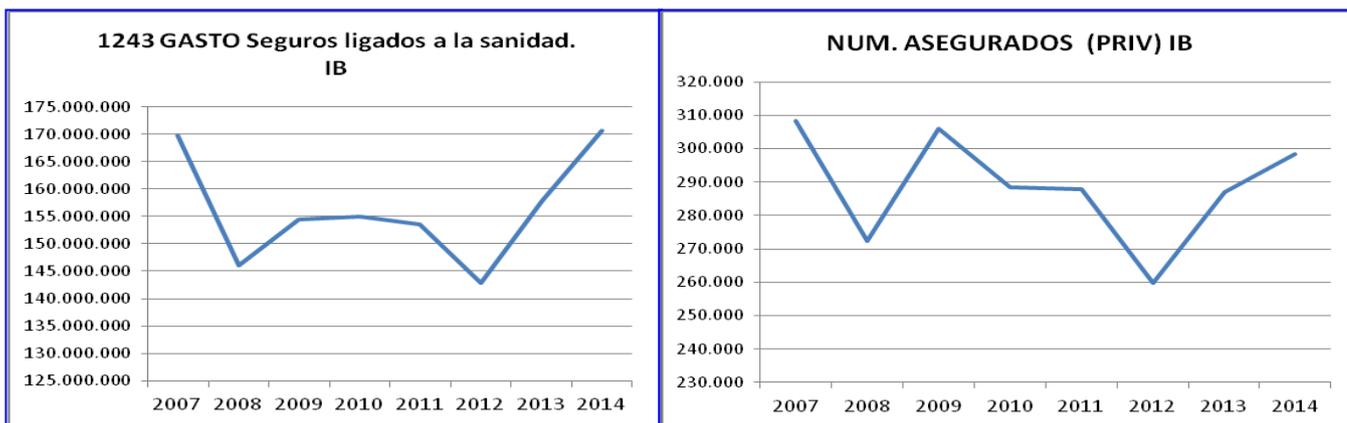


Figuras 104b, 104c. Correlación del G. Privado/hab. y del G. Seguros/hab. VS Desempleo. F: INE, CAIB, SOIB, EGSP

TABLA 100. GASTO. SEGUROS LIGADOS A LA SANIDAD

IB	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Gasto Seguros sanidad	169.851.120	146.014.068	154.400.295	154.957.465	153.487.289	142.918.777	157.779.891	170.647.305
Núm. Asegurados (Priv.) IB	308.267	272.288	306.062	288.570	287.800	259.706	287.030	298.550

F: ICEA, INE, IDIS, UNESPA



Figuras 104d, 104e. Gasto Seguros ligados a la sanidad.

Núm. Asegurados (Priv.) IB

F: ICEA, INE, IDIS, UNESPA

La contratación de seguros privados de salud disminuyó en Baleares en el periodo estudiado. Lo hizo drásticamente los años 2008 (principio de crisis) y 2012 (peor momento de la crisis). El número de asegurados disminuyó de forma sustancial el 2012 (-9.8%) en 28094 asegurados, y en 2008 (-11.7%) en 35979. **Sin embargo, los dos ejercicios se recuperaron inmediatamente al año siguiente** (Tabla 100b). Ello nos hace sospechar que el efecto renta no tuvo un gran peso en la variación de visitas a urgencias privadas (de todo el periodo). Lógicamente, el paro y las urgencias privadas evolucionaron correlacionadas y negativamente. (Figuras 104b, 104c) dada la disminución de urgencias privadas y el incremento del paro, en similares proporciones.

Una de las teorías que explica esta disminución de visitas en urgencias privadas es la que defiende que, dadas las dificultades ocasionadas por la crisis en los hospitales privados y la merma de medios en estos hospitales del sector privado, las urgencias atendidas por éstos disminuyeron sensiblemente, y que esta disminución fue asumida por el sector público. En cuanto a los medios del sector público (RRHH) se mantuvieron prácticamente constantes.

Por otra parte, como ya hemos visto en la (tabla 100), el gasto privado sanitario/hab. y el nº de pólizas, mantuvieron correlación negativa con el paro, lo cual es una consecuencia lógica de la disminución de renta disponible de la ciudadanía y de la disminución del gasto privado en salud. En el 2008 las visitas a urgencias privadas cayeron en 56499, coincidiendo con una caída de 36000 pólizas privadas. De hecho, este año (2008) muy probablemente parte de la caída de urgencias privadas fue causada por este hecho. Pero como sabemos, el año 2009 se recupera el nº de pólizas. A partir de este año 2009, una posibilidad es que las urgencias públicas absorbieran progresivamente esa disminución, con un aumento progresivo de las visitas a urgencias públicas, ya que como veremos seguidamente los datos lo indican así.

Veamos que al final del periodo, el sumatorio de variaciones coincide en los 2 sectores, es decir, el sumatorio de las variaciones anuales de visitas a urgencias privadas (2007-2014) es de -33984 visitas. En el sector público es de +34830 urgencias (tabla 99b). Eso nos hace sospechar que la disminución de urgencias privadas fue absorbida por el sistema público, ya que las cuantías coinciden de manera casi exacta. Ello también arroja un efecto neutro en las urgencias totales, en el periodo de crisis.

Podríamos concluir que las urgencias públicas compensaron la disminución de visitas privadas (+/-34000 visitas urgentes que pasaron del privado al público). Y es que a partir 2008, la merma de medios en las urgencias de hospitales privados provocó colapsos que derivaron en que la ciudadanía incrementara su frecuentación relativa al sistema público (consultas y urgencias). En la crisis, sobre todo el año 2008 y 2012,

los hospitales privados, por su disminución de medios, se vieron colapsados y esa, mantenemos que fue la causa principal del trasvase de visitas de urgencias privadas a públicas (en 34000 casos). **El incremento de consultas públicas y privadas tiene que ver con el incremento generalizado de demanda sanitaria. Las consultas privadas no se vieron colapsadas, pues dicho colapso se produjo en urgencias. Las consultas privadas mantuvieron su calidad y comodidad asistencial tan valoradas, (no así las urgencias privadas).** Como en todos los subgrupos se dio un retroceso en 2012, al incrementar tanto del desempleo.

Cómo no, una porción de este efecto fue provocada por la disminución de pólizas (sobre todo en 2008), pero fue una parte residual, pues la disminución de seguros privados fue corta en tiempo y en cuantía. De hecho, la teoría de que las urgencias privadas disminuyeron porque bajó el nº de pólizas, no es satisfactoria, pues en 2012 nos encontramos con una de los mayores descensos de pólizas, y las urgencias privadas, en 2012, no disminuyen respecto al año anterior. Las urgencias privadas sólo disminuyen fuertemente en el 2008, con 56499 visitas menos. Es más, el sumatorio de variaciones de pólizas vivas de 2007 a 2014 es de (-9700), una cantidad bastante pequeña, relativamente.

TABLA 100b. VAR. NÚM. ASEGURADOS (PRIV.) IB	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	TOTAL
VAR.% (t / t-1)	-11,7%	12,4%	-5,7%	-0,3%	-9,8%	10,5%	4,0%	-0,48%
VAR. (t- t-1)	-35979	+33774	-17492	-770	-28094	+27324	+11520	-9717
TABLA 99b. VAR. N° URGENCIAS / MILL. HAB. IB	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	TOTAL
Público Urgencias VAR. (t- t-1)	-4923	1547	40015	-5742	-19834	8116	15651	34830
Privado Urgencias VAR. (t- t-1)	-56499	-7356	-13681	-2300	3237	26415	16200	-33984
Total Urgencias VAR. (t- t-1)	-61421	-5808	26333	-8042	-16597	34531	31852	848

6.3 PROCEDIMIENTOS MÉDICOS / MILL. HAB.

En este punto vemos cómo la evolución en la indicación de algunos **procedimientos médicos** está **correlacionada** con el **desempleo**, como nos demuestran los datos estudiados y su índice de correlación. **Antes, con las tablas (101 a 104) deberemos desarrollar unos cálculos preliminares.**

TABLA 101. PROCEDIMIENTOS / MILL. HAB.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
206 - Examen microscópico (frotis bacteriano, cultivo y toxicología)	36168	37016	34718	35079	39525	40810	45047	43041	37391	39949	38399	40287
183 - Radiografía de tórax de rutina	16600	16113	15841	14483	15024	14830	15391	15179	15052	15954	15000	15878
202 - Electrocardiograma	14589	14015	13910	12446	12525	12455	12594	12129	11707	12567	12425	13163
217 - Otra terapia respiratoria	11271	10847	11020	9927	9784	9952	9919	9973	10017	11499	11586	12770
227 - procedimientos diagnósticos (entrevista, evaluación y consulta)	7469	6336	7428	5810	5509	5598	5808	5566	5646	7608	8273	8001
226 - Otras técnicas diagnósticas radiológica y relacionadas	7572	8069	7836	7814	7530	7934	7741	7809	7006	7345	7902	7636
193 - Ultrasonido diagnóstico de corazón (ecocardiograma)	6251	6972	6558	6305	6260	6208	6129	5975	6390	6336	6545	7063
196 - Ultrasonido diagnóstico de abdomen o retroperitoneo	6204	6283	5888	5797	5781	5843	5646	5581	5456	5595	5892	6308
179 - TAC de abdomen	3480	3614	3643	3702	3639	3819	4141	4314	4496	4848	5372	5746
177 - TAC de cabeza	4985	4845	4730	4779	4585	4661	4645	4818	4847	4773	5007	5345
178 - TAC de tórax	2686	2724	2503	2672	2703	2657	2845	3008	3096	3248	3355	3655
180 - Otro TAC	661	631	553	580	665	776	743	858	924	989	1087	1251
TAC TOTAL	11813	11815	11430	11734	11593	11913	12374	12998	13363	13858	14821	15996
54 - Otro cateterismo vascular no cardíaco	2089	2415	2554	2747	3935	4195	4218	4356	3813	4165	4186	5525
5 - Inserción catéter o estimulador espinal e inyección canal espinal	3653	3817	3937	4220	4458	4894	4657	4710	4406	4333	4192	4380
218 - Evaluación y terapia psicológica y psiquiátrica	2839	4165	3503	3052	3608	3681	4040	4261	4094	4099	4122	4303
197 - Otro ultrasonido diagnóstico	3591	3486	3462	3249	3150	3218	3444	3473	3643	3431	3951	4290
216 - Intubación respiratoria y ventilación mecánica	2664	2632	2791	2961	3000	3164	3101	3069	3083	3793	3701	3442
47 - Cateterismo cardíaco diagnóstico y arteriografía coronaria	3982	4115	4271	4136	4309	4535	3916	3315	2376	2123	2175	2408
198 - Resonancia magnética	1913	1976	1982	2117	2062	2107	2284	2416	2344	2044	2195	2370
203 - Monitorización electrográfica cardíaca	903	1062	1181	1182	1130	782	889	1024	1157	1469	1744	1946
192 - Ultrasonido diagnóstico de cabeza y cuello	1713	1717	1727	1763	1832	1759	1849	1727	1687	1741	1905	1814
223 - Nutrición enteral y parenteral	1266	1278	1247	1288	1419	1338	1434	1591	1563	1774	1739	1649

F: PESTADISTICO. MSSSI

TABLA 102. PADRÓN IB

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
	983131	1001062	1030650	1072844	1095426	1106049	1113114	1119439	1111674	1103442

En el periodo 2005 – 2014 la población aumentó un 12,2%, por ello se hace necesario transformar las magnitudes a tasas por millón, como hemos hecho.

TABLA 103. DESEMPLEO TASA. IB

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
	7,21	10,18	17,97	20,18	21,94	23,25	22,33	20,14

La tasa de paro respecto a la población activa se multiplicó por 3 en el periodo estudiado.

TABLA 104. CONSULTAS / MILL. HAB.

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Públicos-SNS / mill.	1.100.579	1.161.749	1.153.069	1.172.591	1.127.886	1.083.854	1.108.249	1.152.738	1.158.300
Privados / mill.	241.549	316.255	323.420	383.607	413.158	438.679	432.535	534.682	524.862
Cons. Total / mill.	1.342.128	1.478.004	1.476.489	1.556.198	1.541.044	1.522.533	1.540.784	1.687.420	1.683.162

Las consultas por mill. (publ.+ priv.) crecieron un 25% en el periodo (1997 – 2005), (sin embargo, las consultas públicas sólo lo hicieron un 5%). Fueron las consultas privadas las que absorbieron ese espectacular crecimiento, como vemos en la tabla. Crecieron un 117%.

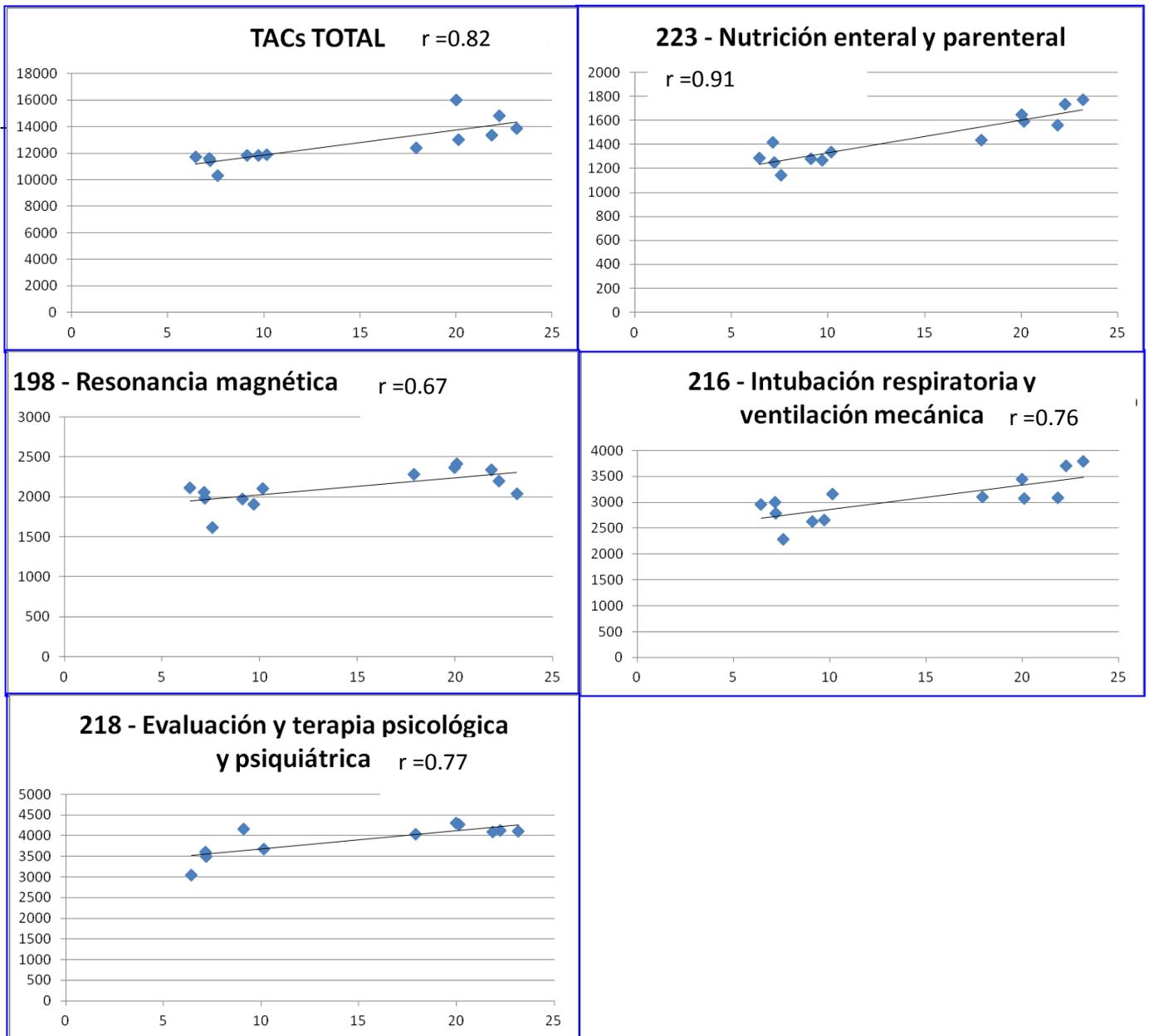
Hemos recogido la evolución cuantitativa de los **PROCEDIMIENTOS/MILL. HAB/AÑO** en el periodo de crisis. En la tabla siguiente hemos calculado su correlación “r” con la evolución de desempleo (2002-2014). Hemos desechado los procedimientos médicos que no mantenían relación alguna, por arrojar una “r” baja.

TABLA 105. CORRELACIÓN “r” DE PROCEDIMIENTOS VS DESEMPLEO

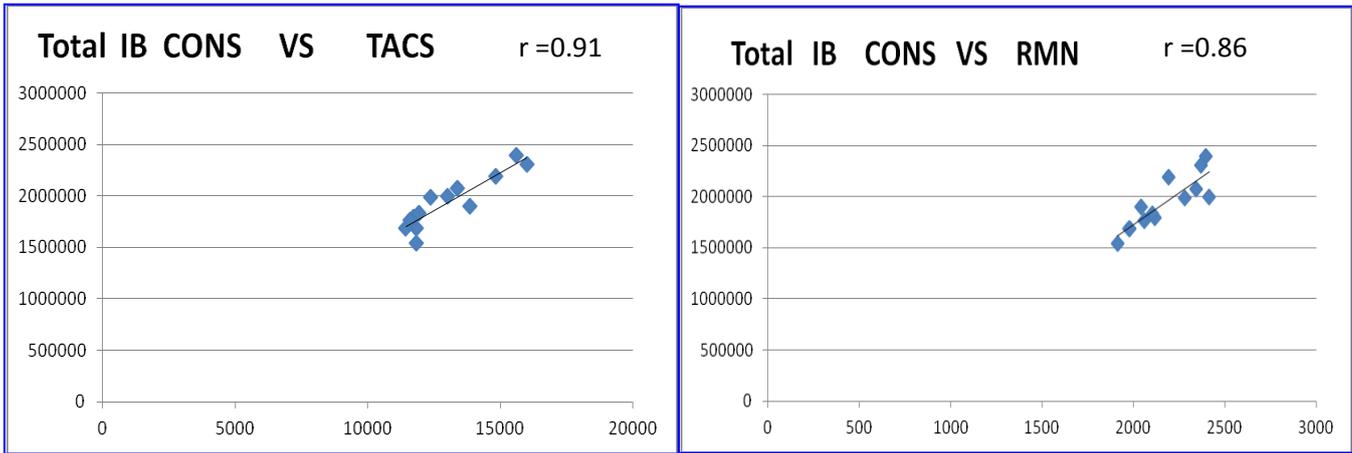
PROCEDIMIENTOS	r
223 - Nutrición enteral y parenteral	0,91064839
180 - Otro TAC	0,8547135
179 - TAC de abdomen	0,83046079
TAC's TOTAL	0,82174132
178 - TAC de tórax	0,81940713
216 - Intubación respiratoria y ventilación mecánica	0,76023056
54 - Otro cateterismo vascular no cardiaco	0,70032837
198 - Resonancia magnética	0,66664443
218 - Evaluación y terapia psicológica y psiquiátrica	0,6495256
197 - Otro ultrasonido diagnóstico	0,58430977
203 - Monitorización electrográfica cardíaca	0,55599966
206 - Examen microscópico (frotis bacteriano, cultivo y toxicología)	0,54214589
5 - Inserción catéter o estimulador espinal e inyección canal espinal	0,43536181
217 - Otra terapia respiratoria	0,40250328
177 - TAC de cabeza	0,32327422
192 - Ultrasonido diagnóstico de cabeza y cuello	0,27774017
183 - Radiografía de tórax de rutina	0,18130558
193 - Ultrasonido diagnóstico de corazón (ecocardiograma)	0,15936156
227 - procedimientos diagnósticos (entrevista, evaluación y consulta)	0,12488501
226 - Otras técnicas diagnósticas radiológica y relacionadas	-0,06230576
196 - Ultrasonido diagnóstico de abdomen o retroperitoneo	-0,20550455
202 - Electrocardiograma	-0,48987151
47 - Cateterismo cardíaco diagnóstico y arteriografía coronaria	-0,89076602

Seguidamente graficamos los procedimientos médicos correlacionados con la evolución de desempleo.

Algunas “r” son altas y manifiestan una correlación inequívoca (Figuras 105, 106, 107, 108, 109).



Figuras 105, 106, 107, 108, 109. Correlación procedimientos médicos con evolución desempleo IB (2005 – 2015) F: PESTADISTICO. CAIB. SOIB



Figuras 109a, 109b. Correlación de consultas médicas con indicaciones de TACS y RMN.

F: PESTADISTICO. MSSSI

Hemos calculado los procedimientos por millón de habitantes desde el 2002 hasta el 2015. Como decíamos, encontramos procedimientos correlacionados con el desempleo, como los TAC's, la nutrición enteral, la resonancia magnética, la intubación respiratoria y la evaluación psicológica, que tuvieron una correlación clara con el desempleo "r"; pues creció su indicación cuando lo hizo el desempleo, y con la misma intensidad (Figuras 105, 106, 107, 108).

Lógicamente, la indicación de TAC y RMN está vinculada a la evolución de las consultas médicas (Figuras 109 a, b) y éstas al desempleo. Las consultas evolucionaron, como ya hemos visto, como el desempleo.

Estos procedimientos médicos mantuvieron correlación con la evolución del desempleo. En el caso de la Figura 109 encontramos una fuerte relación de la demanda de servicios psicológicos con la evolución de la crisis económica.

6.3.1 SINIESTRALIDAD LABORAL

Su evolución estuvo relacionada negativamente con el desempleo, (con un $r = 0.978$). Los datos muestran que el desempleo en la crisis derivó en una minoración de “partes de incidencias laborales”. Esto nos podría haber hecho suponer que los trabajadores “preferían” no dar parte de un determinado accidente laboral dada la precariedad del mercado laboral en la crisis. Sin embargo, carece de sentido afirmar que la **totalidad** de esta minoración de siniestros pueda estar explicada por el temor a posibles represalias.

Los datos, dada la tan alta correlación, hacen suponer que es, lógicamente, una consecuencia estadística de la menor cantidad de individuos ocupados; **por lo que sucedían menos accidentes en idéntica proporción.**

TABLA 106. ACCIDENTES DE TRABAJO. PARO

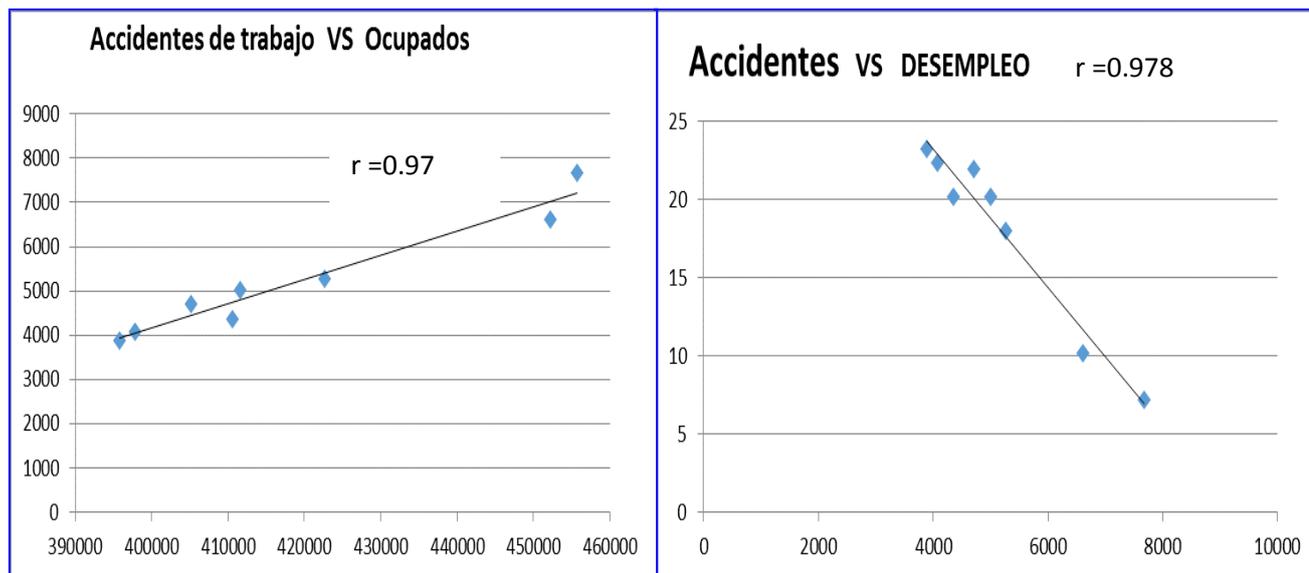
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Incidencia de accidentes de trabajo	7677,29	6614,1	5269,73	5006,52	4702,6	3885,07	4070,08	4357,43
Tasa paro	7,21	10,18	17,97	20,18	21,94	23,25	22,33	20,14

F. INCLASNS

TABLA 107. AFILIACIÓN TRABAJADORES BALEARES

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Afiliación trabajadores Baleares	455694	452244	422638	411617	405113	395784	397861	410635

F. OTIB. TGSS



Figuras 110a, 110b. Correlación desempleo, ocupados, partes de siniestros laborales. F. PESTADISTICO. CAIB. OTIB. INCLASNS

6.4 ATENCIÓN PRIMARIA

Se visualiza claramente una lenta disminución de recursos en atención primaria desde 2009. Los profesionales de atención primaria, en cuanto a su cuantía, experimentan un estancamiento en su contratación. Ello respondía a la demanda del ciudadano que era acudir “por costumbre” al hospital tradicional. Este fenómeno se denomina “hospitalocentrismo” de las comunidades ricas, en las que se huye de la AP. Juan Simó (2011) (especialista en Medicina de Familia y Salud Pública, Servicio Navarro de Salud) en su artículo “*El gasto sanitario público por sectores entre 1995 y 2008, comparación entre Comunidades Autónomas*” comenta que a partir del 2002, el presupuesto balear para sanidad empieza a crecer de manera notable pero marginando a AP. La tendencia del gasto liquidado fue negativa en la A.P. balear (Figura 111).

TABLA 108. GASTO LIQ. ATENCIÓN PRIMARIA

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
AP. IB.	354.161.000	390.596.000	419.187.000	398.396.000	363.712.000	457.205.000	327.458.000	347.214.000

euros

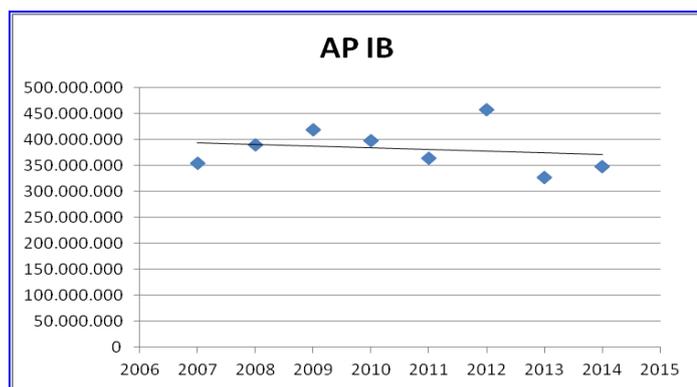


Figura 111. Gasto Liq. AP Baleares. F: Web finances.caib. IBESTAT

La atención primaria es el primer nivel de asistencia sanitaria. “Los centros de salud son el primer lugar en donde se debe acudir cuando alguien tiene un problema de salud. Mallorca dispone de 18 centros de salud en Palma y 26 en la parte foránea, complementados por las unidades básicas de salud que dependen de cada uno” según la web de AP del IBSALUT.

LOS RECURSOS LOGÍSTICOS DE A.P. DE BALEARES SON:

- 57 Centros de salud (EAP).
- 103 Consultorios (UBS).
- 12 Servicios de urgencias (SUAP).
- 23 Puntos de atención continuada (PAC), según la Gerencia Atención Primaria (web IBSALUT).

EL RITMO DE CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA DISMINUYÓ.

Las consultas de medicina, en AP, disminuyen en este periodo (2007-2014) en 601.000 (un 13%). Según los datos, podría ser que esta disminución fuera absorbida por el incremento de las consultas y urgencias públicas (309.700), más el incremento de las urgencias en AP (267.800).

TABLA 109. CONSULTAS, MEDICINA, ENFERMERÍA, URGENCIAS

ATENCIÓN PRIMARIA IB	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Consultas medicina AP.	4.664.457	4.685.070	4.554.450	4.424.761	4.437.791	4.091.366	3.869.826	4.063.197
Consultas enfermería AP.	2.603.787	2.722.596	2.667.632	2.546.580	2.546.597	2.462.417	2.349.871	2.470.921
Urgencias AP.	386.985	602.596	606.808	604.709	575.127	573.764	593.872	654.726

TABLA 110. CONSULTAS/ TRABAJADOR

ATENCIÓN PRIMARIA IB	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Medicina de familia	491	517	525	528	526	528	529	527
Pediatría	133	136	141	139	136	137	139	139
Enfermería	510	536	545	547	540	541	551	535
Médicos AP + Pediatras AP	624	653	666	667	662	665	668	666
Cons. / facultativo * AP	8095,26	8097,498	7749,637	7540,435	7572,384	7015,233	6682,183	7083,968
Cons. / enfermero AP	5105,465	5079,47	4894,738	4655,539	4715,92	4551,603	4264,739	4618,544

* SUMAMOS: CONSULTAS MÉDICAS AP + URGENCIAS AP. PARA HALLAR LA CARGA POR MÉDICO (AP).

TABLA 111. FACULTATIVOS IB

Médicos	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Médicos Sector Público	1.621	1.664	1.717	1.744	1.769	1.798	1.759	1.769
Médicos (AP) + pediatras (AP)	-624	-653	-666	-667	-662	-665	-668	-666
Facultativos hospitalarios	997	1.011	1.051	1.077	1.107	1.133	1.091	1.103

TABLA 112.

CONSULTAS HOSPITALARIAS PÚBLICAS Y URGENCIAS HOSPITALARIAS PÚBLICAS

Consultas (números absolutos)	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Público SNS CONS. IB	1.238.703	1.243.576	1.355.290	1.413.406	1.427.666	1.375.279	1.459.354	1.482.872
Público SNS URG. IB	383.587	394.009	403.997	452.174	448.671	429.017	435.064	449.112
Total CONS. + URG.	1.622.291	1.637.586	1.759.287	1.865.579	1.876.336	1.804.296	1.894.418	1.931.983
Consultas / médico hospitalario	1627,17203	1619,76841	1673,91724	1732,20008	1694,97398	1592,49436	1736,40524	1751,57162

TABLA 113. CONSULTAS

PÚBLICAS Y PRIVADAS

Consultas (números absolutos)	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Público CONS. IB	1.238.703	1.243.576	1.355.290	1.413.406	1.427.666	1.375.279	1.459.354	1.482.872
Privado CONS. IB	581.554	722.410	823.912	795.177	877.307	757.862	978.258	1.067.888
Total CONS. IB	1.820.257	1.965.986	2.179.201	2.208.583	2.304.974	2.133.141	2.437.612	2.550.760

En las tablas anteriores comprobamos que la carga de trabajo en AP disminuyó. Para los facultativos un 13% y para enfermería de AP disminuyó un 10%. (Tabla 110).

Si restamos a la cuantía de médicos del SNS, la de médicos de AP, obtendremos la cantidad de médicos hospitalarios, para así calcular una variable instrumental de la variación de la carga de trabajo de los facultativos de consultas hospitalarias. Esta carga de trabajo de Facultativo Especialista aumentó un 8% (de 1627 a 1751). (Tabla 112).

Buena parte de la disminución de la carga de AP la absorbió la consulta y la urgencia hospitalaria pública (309.700 visitas), en parte por el fenómeno explicado en la página siguiente de **“hospitalocentrismo”**.

Las consultas públicas incrementaron un 20% (244.169). (Tabla 113).

TABLA 114. CENTROS Y CONSULTORIOS. IB

Por mill. hab.	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Centros de salud AP	51	55	57	57	57	57	57	58
Consultorios locales AP	97	104	103	103	105	103	103	101

Debemos tener en cuenta que los CENTROS DE SALUD de atención primaria no aumentaron al ritmo requerido sino que se estancaría su inversión. Los consultorios locales de atención primaria disminuyeron como consecuencia de las medidas de austeridad en la inversión (Figuras 114, 115). Son datos que tal vez se sumaron al **“hospitalocentrismo”** comentado.

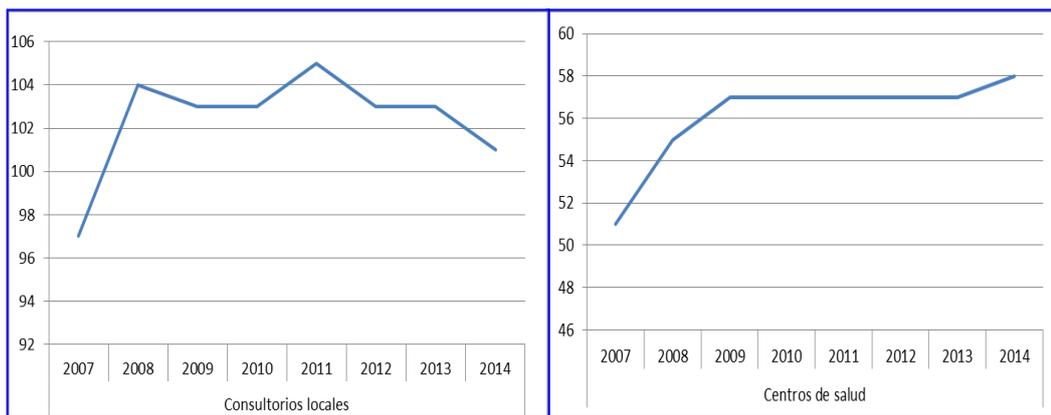
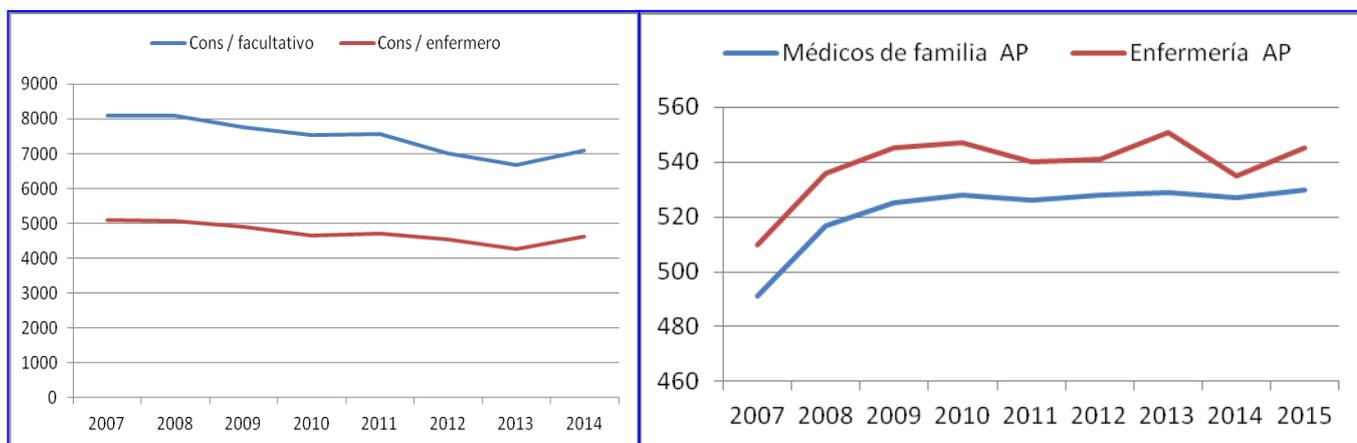


Figura 114. Evolución consultorios locales AP. IB

Figura 115. Evolución centros de salud. F. EGSP. MSSSI

Desde AP se considera preocupante el **estancamiento** de la evolución del número de médicos de familia en AP. Se debería aumentar el presupuesto de atención primaria y que se convirtiera en un verdadero filtro del sistema, sobre todo en este periodo crítico de merma y disminución de recursos globales. Por supuesto, para ello no basta con incrementar los recursos sino que es necesario atraer a los ciudadanos a AP cuando sea aconsejable, y desincentivar el hecho de que se acuda al hospital tradicional por cualquier motivo. En lugar de acometer estas políticas, lo que se hizo fue responder a la demanda del ciudadano, que era acudir “por costumbre” al hospital tradicional. **“El presupuesto puede aumentar, si la Atención Primaria es capaz de sustituir a la Atención Especializada. La función de filtro del médico de cabecera puede mejorar la eficiencia del sistema”** según Hernansanz (2012, p. 164). Lógicamente no sólo en época de crisis.



Figuras 116, 117. Evolución de consultas / profesional (AP). Evolución médicos y enfermeros de AP. IB. F. PESTADISTICO. EGSP

Según las medidas del PEF 2012, la sustitución de profesionales disminuyó respecto a 2011, ya que se solicitó que se asumieran las bajas y ausencias, según el Informe Anual del Sistema Nacional de Salud de España (IB) (2013, p. 13). Aun así vemos que la carga de trabajo de AP disminuyó y la de especialistas se incrementó. (Figuras 116, 117 b, c).

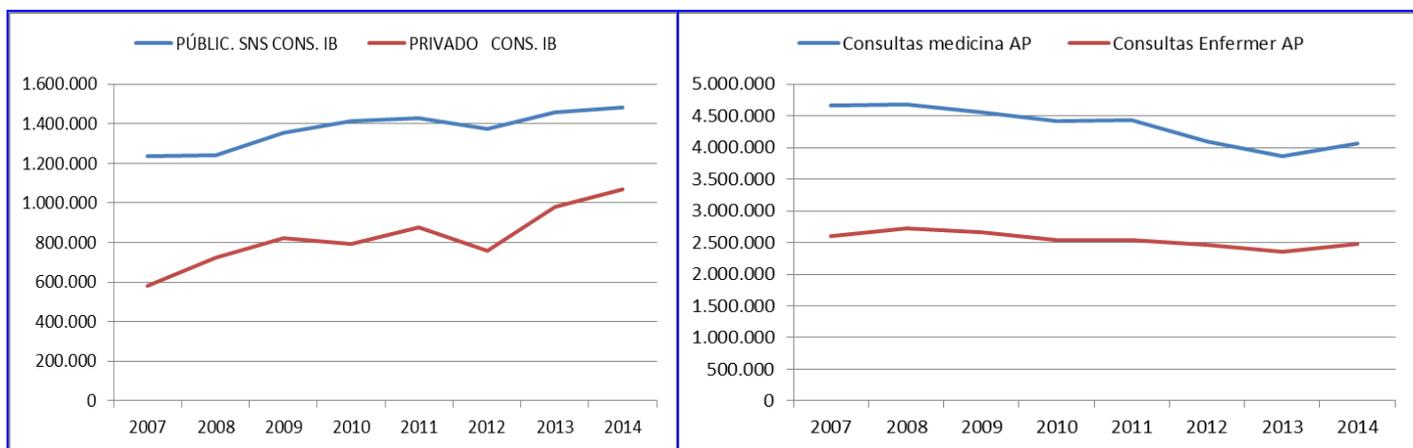
Explicó Simó el fenómeno del “hospitalocentrismo” presupuestario de las comunidades autónomas ricas, en las que se huye de la AP en pro de la atención especializada. Se relacionan positivamente renta con “aversión” a la AP. “Logra el acceso directo al especialista el creciente colectivo con la «doble cobertura», formado por personas con derecho a la asistencia sanitaria pública que prefieren [...] el aseguramiento privado” según Simó (2012, p. 38).

El colectivo de **médicos de familia de atención primaria (2007-2014)** creció un 8%, los enfermeros un 7% (Figura 117). Pero por las indicaciones de los PEF's este colectivo se mantuvo bastante estable los años 2011, 2012 y 2013.

En cuanto a los **médicos especialistas hospitalarios**, hemos visto como han incrementado ligeramente su cuantía en el periodo estudiado; un 10%. Su carga de trabajo aumentó, al contrario que la del personal de AP, que disminuyó. (Figuras 116, 117b, 117c).

Gasto en AP: Se dio un pequeño incremento de liquidez en 2012 gracias al crédito del mecanismo extraordinario de pago a proveedores (Figura 111).

El gasto sanitario público balear en AP, porcentualmente, y sobre el total del gasto sanitario público IB, **disminuyó**, al igual que en el resto de España (Figura 118). (EGSP, INCLASNS).



Figuras 117b, 117c. Evolución de consultas de (enfermeros / médicos) (hospital / AP) (público / privado) F: PESTADISTICO. MSSSI

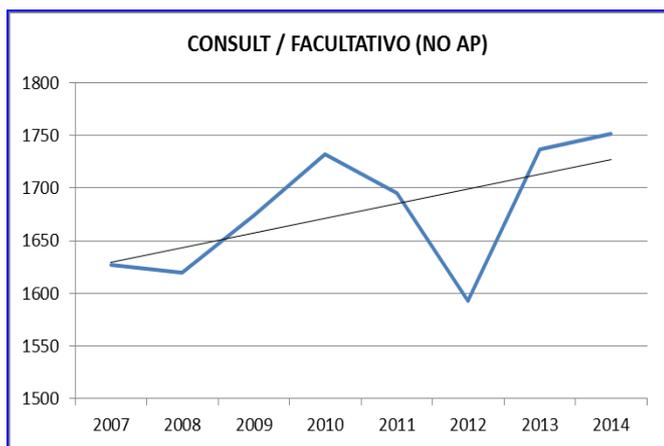


Figura 117d. Carga de consultas / médico hospitalario. F: PESTADISTICO. MSSSI

La importancia relativa de AP durante la crisis ha disminuido tanto en España como en Baleares. En las islas su peso sobre el total es menor que en el resto de España (Figura 118).

TABLA 115. PORCENTAJE DEL GASTO SANITARIO DESTINADO A ATENCIÓN PRIMARIA

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Balears (IB)	13	13,92	13,89	13,11	12,81	12,65	12,59	13,15
España (ES)	14,4	14,5	14,32	14,19	13,77	13,55	12,95	13,4

La atención primaria de salud debería ser la puerta de entrada al sistema Sanitario, donde se deberían resolver aprox. el 80% de los problemas de salud, según los criterios de:

- Marciano Sánchez, Portavoz de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (2015).
- CECOVA: “Potenciar la Atención Primaria resolvería el 80% de los problemas de salud” según el Consejo de Enfermería de la Comunitat Valenciana. CECOVA (2015) en el Portal Cecova.

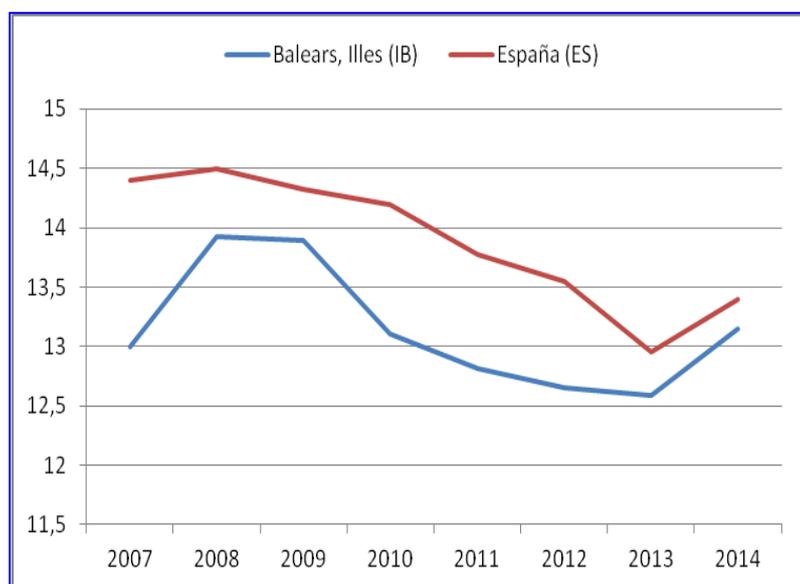


Figura 118. Porcentaje del G. sanitario destinado a AP. F: EGSP. MSSSI. INCLASNS.

La proximidad a la ciudadanía es el gran activo de AP. El eje central de AP deben ser las actividades preventivas, coordinadas, acciones de promoción de la salud y con participación de la ciudadanía. Estos son y deben ser sus grandes activos.

6.5 LISTA DE ESPERA

Tras la asunción de competencias en marzo de 2002, la lista de espera quirúrgica ya era de 8278 pacientes y en 2003, de 11489. Siempre ha sido un problema de difícil solución, según Tomàs Salvà (2003). En el año 2012, el conjunto de medidas de productividad hizo que se cumplieran los tiempos de espera máximos del RD 1039/2011, de 15 de julio. El crecimiento de las listas de espera se produjo por un aumento de la demanda de servicios hospitalarios y de consultas, y una oferta de servicios sanitarios que se mantuvo constante (o que disminuyó), sobre todo, en el periodo de crisis, en lo que se refiere a personal, suministros e inversión. En 2011 se aprobó dicho RD en el que se establecían tiempos máximos de espera. La sanidad balear se adaptó mediante un plan: “El objetivo es reducir el tiempo de espera de los pacientes para ser operados o para ser atendidos por el especialista”. Se actuaría en base a los siguientes puntos estratégicos del plan de actuación para reducir las listas de espera, según el IBSALUT (2013).

1. “Ampliación de la jornada laboral un 7% como consecuencia de la aplicación del horario de 37,5 horas semanales.
2. Habilitación de un quirófano en Son Espases para reducir la lista de espera de intervenciones de prótesis de rodilla y de cadera.
3. Derivación al Hospital Cruz Roja y Hospital Sant Joan de Déu de procesos quirúrgicos previstos en el RD 1039/2011, de 15 de julio.
4. Consultas rápidas de triaje canalizadas desde AP”.

El objetivo era que a 31 diciembre de 2012 ningún paciente debería esperar más de 180 días para ser operado en determinados procesos de cirugía. La lista de espera y demora media crecieron en 2011 en parte por las medidas de ahorro para volver a recuperarse a medida que mejoraba el sector y mediante el plan de choque que se llevó a cabo.

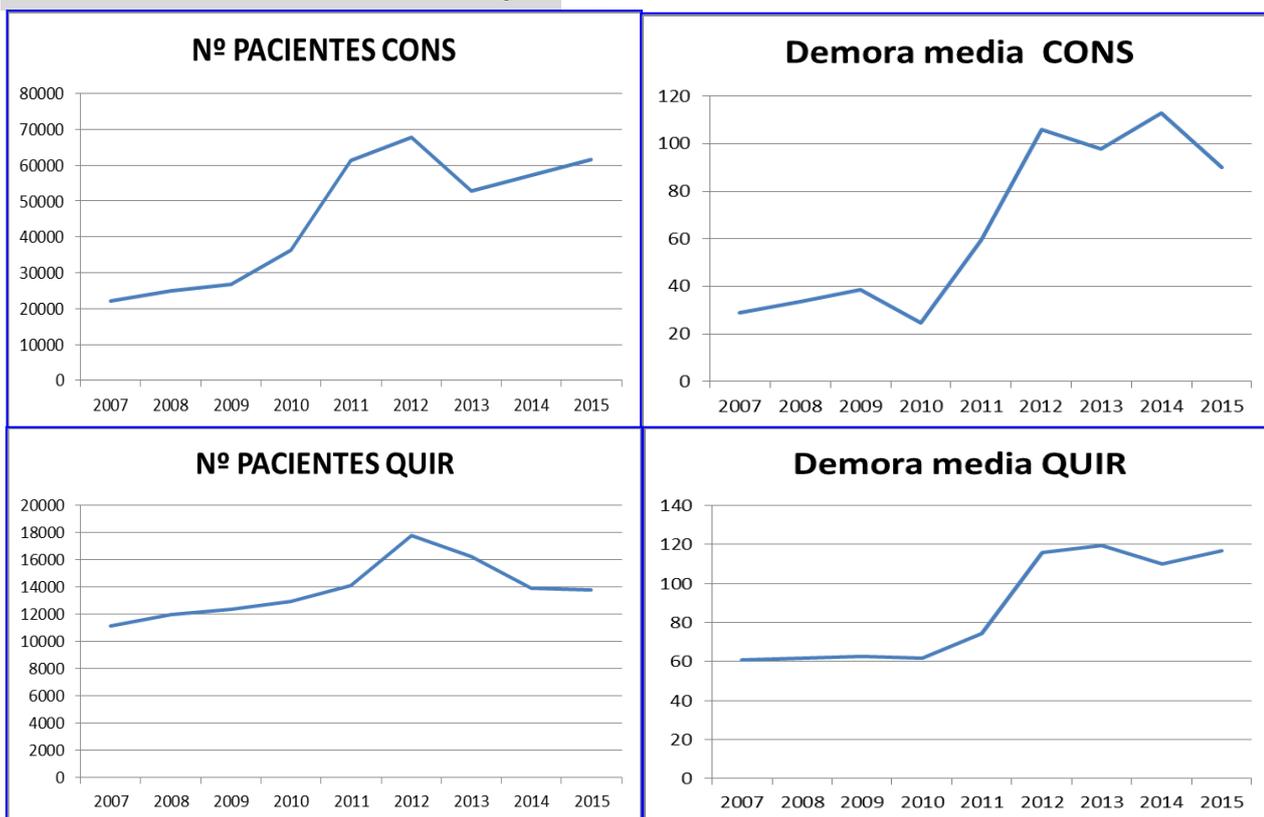
El Servicio de Salud trabajó para que ningún paciente esperara más de 180 días para una intervención quirúrgica o más de 60 días para una consulta. En el año 2012, el conjunto de medidas hizo que se cumplieran los tiempos de espera máximos del **RD 1039/2011, de 15 de julio**, *por el que se establecen los criterios marco para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud*. A 31 de diciembre de 2012 ningún paciente esperó más de 180 días para acceder a:

1. Cirugía cardíaca coronaria.
2. Cirugía cardíaca valvular.
3. Prótesis de rodilla.
4. Prótesis de cadera.
5. Cataratas.

LISTA DE ESPERA: en 2010, 2011 y 2012 incrementó su cuantía llegando a 67709. A partir de 2013 empezaría su bajada. La demora media creció en 2012 y 2013 y empezó a descender en 2013.

TABLA 116. LISTAS DE ESPERA

Lista Espera Consultas	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Nº PACIENTES CONS.	22140	24964	26852	36353	61406	67709	52930	57255	61496
Demora Media CONS.	29	33,4	38,5	24,7	59,6	106	98	113	90
Lista Espera Quirúrgica	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Nº PACIENTES QUIR.	11150	11988	12376	12931	14089	17795	16253	13908	13763
Demora Media QUIR.	60,83	61,92	62,53	61,67	74,3	115,8	119,7	110	117



Figuras 119 y 120. Lista de espera de consultas (IB) y demora media F: IBSALUT Y CES 2011
 Figuras 121 y 122. Lista de espera quirúrgica (IB) y demora media F: IBSALUT Y CES 2011

TABLA 117. VARIACIÓN PORCENTUAL (T / T-1)
 DE LAS LISTAS DE ESPERA

VAR. % (T / T-1)	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Nº PACIENTES CONS.		12,8%	7,6%	35,4%	68,9%	10,3%	-21,8%	8,2%	7,4%
Demora media CONS.		15,2%	15,3%	-35,8%	141,3%	77,9%	-7,5%	15,3%	-20,4%
VAR. % (T / T-1)	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Nº PACIENTES QUIR.		7,5%	3,2%	4,5%	9,0%	26,3%	-8,7%	-14,4%	-1,0%
Demora media QUIR.		1,8%	1,0%	-1,4%	20,5%	55,9%	3,4%	-8,1%	6,4%

Según el Ibsalut (2015)

“la media general de demora es de 104,65 días. En el caso de las operaciones de prioridad 1 es de 29,9 días. En los casos de las intervenciones oncológicas de prioridad 1, los pacientes esperan una media de 15,7 días”.

En la tabla 117 de variaciones porcentuales se vislumbra como en 2011 y 2012 se dispara la lista de espera. A partir de 2013 se contiene y disminuye por efectos de las medidas y planes emprendidos.

La lista de espera quirúrgica: Creció hasta 2012 llegando a 17800 personas para después empezar a descender. La demora media llegó a su techo en 2013 con 119 días; para entonces empezar a descender.

En 2013 otra medida para disminuir la lista de espera fue adjudicar un contrato, mediante concurso público, a la Policlínica Miramar por 6,5 millones euros durante 2 años, para colaborar con la reducción de las listas, tanto de consulta como quirúrgica.

Según www.ibsalut.es/ibsalut/es/ciudadania/noticias-ciudadania/1086-El-Servicio-de-Salud-adjudica-un-contrato-para-reducir-las-listas-de-espera. Y según el INFORME Y PROPUESTA DE RESOLUCIÓN C/0506/13 RED ASISTENCIAL JUANEDA / AGRUPACIÓN MÉDICA BALEAR I. ANTECEDENTES que con fecha 26 de abril de 2013 ha tenido entrada en la Comisión Nacional de la Competencia notificación de la operación de concentración consistente en la toma de control exclusivo de AGRUPACIÓN MÉDICA BALEAR, S.A.

Puede que las vacantes de jubilados no repuestos provocaran un incremento en las listas de espera, que obligaran al empleo de recursos privados, por ejemplo, el concierto con la Policlínica Miramar. Este contrato con la Policlínica, junto con los 2 convenios singulares trató de incrementar la reducción de las listas de espera, sin conseguir un logro muy significativo.

En 2014, de un total de 13700 pacientes en espera de intervención quirúrgica:

- El Hospital Sant Joan de Déu atendió a 290 pacientes.
- El Hospital de Cruz Roja atendió a 142 pacientes.
- La Policlínica Miramar atendió a 65 pacientes.

En la lista de espera de consultas con especialista (2014), de 61000 pacientes:

- El Hospital Sant Joan de Déu atendió a 81 pacientes.
- El Hospital de Cruz Roja atendió a 303 pacientes.
- La Policlínica Miramar atendió a 6 pacientes.

En la lista de espera de consultas con especialista (2015), de un total de 52700:

- El Hospital Sant Joan de Déu atendió a 74 pacientes.
- El Hospital de Cruz Roja atendió a 341 pacientes.
- La Policlínica Miramar atendió a 248 pacientes.

En 2015, de un total de 13166 pacientes en espera de intervención quirúrgica:

- El Hospital Sant Joan de Déu atendió a 214 pacientes.
- El Hospital de Cruz Roja atendió a 153 pacientes.
- La Policlínica Miramar atendió a 169 pacientes.

Mediante los convenios singulares, 2 de estos hospitales pasaban a pertenecer a la red pública de sanidad balear, pero con regulación -de sus recursos humanos- privada. (Cruz Roja y San Juan de Dios).

“Mediante el DL 3/2013, de 14 de junio, de creación de la Red Hospitalaria Pública de las Illes Balears, el 19 de diciembre de 2013 se firmó el Convenio singular entre el Ibsalut y el Hospital Sant Joan de Déu, y el 2 de diciembre de 2013 se firmó el Convenio singular entre el Servicio de Salud y el Hospital Cruz Roja”.

Una comisión de expertos analizaba y analiza periódicamente los problemas de lista de espera de cada hospital, para ir buscando soluciones a cada problema estructural o logístico que surgía.

Una de las medidas que en 2013 ayudó a disminuir la lista de espera quirúrgica fue la implicación del personal quirúrgico. Por ejemplo: accedieron a cambiar el horario o el centro de algunas cirugías cuando fuera oportuno y/o necesario. Los médicos y enfermeros empezaron a operar por la tarde si era posible, y en otros casos, si los quirófanos estaban ocupados, se trasladaban a otros centros con quirófanos disponibles. En el caso de las cirugías oncológicas se aceleró la asistencia quirúrgica para impedir el empeoramiento del paciente. En el caso de la lista de espera de consultas, se realizó una campaña en la que se animaba a los ciudadanos a avisar si no podían acudir a la cita, hecho que hizo que mucha gente en lista de espera de consultas se recolocara.

En cuanto a la elaboración de las listas de espera, hay que partir del hecho de que nos encontramos a menudo con un “exceso de demanda como consecuencia de la gratuidad de la mayoría de los servicios sanitarios (**a coste cero, demanda infinita**)” como nos recuerda López Saludas (2013, p. 25).

La lista de espera se elabora como nos cita Cañizares y Santos (2011, p. 12).

- 1º. Personas con patologías de urgencia vital.
- 2º. Pacientes graves.
- 3º. Pacientes no urgentes, clasificados **por fecha**.

“La respuesta tradicional es ajustar la oferta de recursos a la demanda existente, **pero parece que el aumento aislado de recursos no es la solución, ya que el tiempo medio de espera parece disminuir, pero la lista se alarga por la cola**”.

Los datos de las listas de espera estudiados en este apartado son relativos, pues hemos tenido en cuenta las listas de espera estructurales, **que no incluyen aplazamientos ni segundas visitas**. Sí vemos una mejoría gracias al efecto del plan de choque. Sin embargo los datos de las listas de espera serían más altos si se tuvieran en cuenta dichos aplazamientos y segundas visitas. En cualquier caso, no se tienen en cuenta debido a decisiones o conveniencias determinadas.

TABLA 117b. INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS. IB

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Públicos-SNS	48.743	52.279	56.074	52.836	58.607	57.237	65.903	62.666	59.291	65.924	67.793	67.487
Privados	46.975	52.499	55.224	52.602	53.525	59.993	48.254	50.133	47.507	49.593	57.749	56.425
Total	95.718	104.778	111.298	105.438	112.132	117.230	114.157	112.799	106.798	115.517	125.542	123.912

Fuente: PESTADISTICO

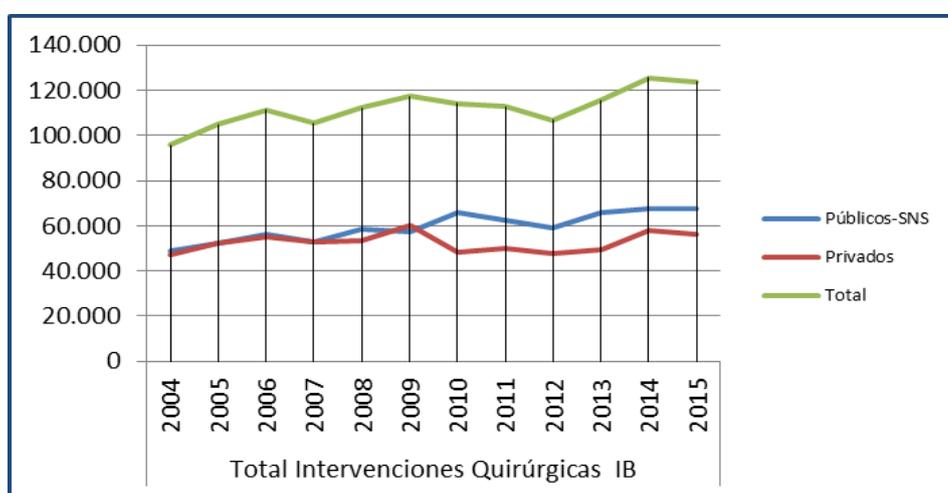


Figura 122 bis. Evolución intervenciones quirúrgicas. Baleares. Públicas y privadas (2004 – 2015)
F: PESTADISTICO

Las intervenciones públicas y privadas coincidían en su cuantía anual hasta el comienzo de la crisis. A partir del 2010, el sector público incrementó sus intervenciones respecto al privado, pues dada la merma de medios que provocó la crisis, el sector privado no pudo asumir parte de las intervenciones que venía realizando. Del año 2009 al 2012 las intervenciones totales disminuyeron, sobre todo en 2012, coincidiendo con un incremento importante de la lista de espera quirúrgica, como es lógico. Es importante resaltar que hemos aplicado los datos de manera absoluta y no relativa (por millón de habitantes), pues debemos analizar la capacidad de respuesta del sistema de salud quirúrgico balear, y cómo evolucionó en periodo de crisis. Así que hemos trabajado con los datos en términos absolutos, que nos muestran una merma de capacidad quirúrgica en el periodo de crisis, aumentando por ello la lista de espera.

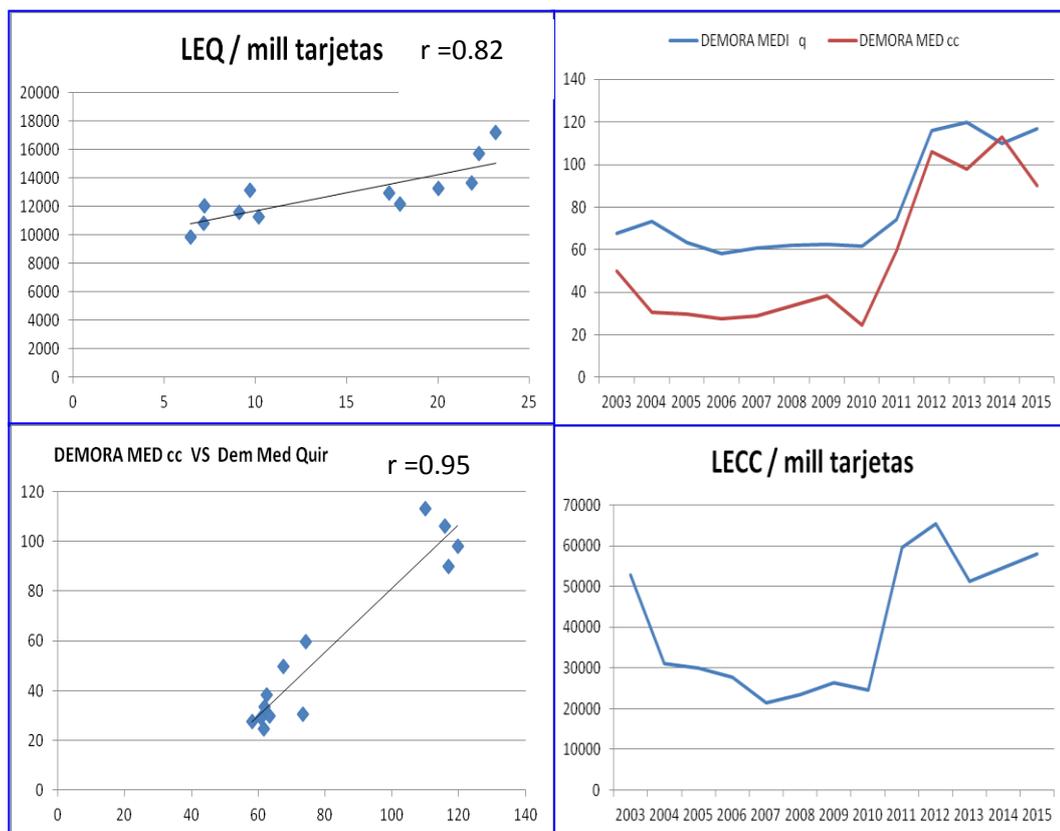
TABLA 118. LISTA DE ESPERA POR MILL. DE TARJETAS SANITARIAS

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
LECC /Mill. Tarjetas	52913,7	31028,0969	29924,2408	27775,6178	21461,6821	23501,2803	26451,9669	24658,8905	59563,0594	65389,4002	51256,9	54669,8
LEQ /Mill. Tarjetas	13133,3	11570,7422	12051,2573	9852,99776	10808,39	11285,5852	12191,626	outlier	13666,1555	17187,657	15739,2	13280
Demora Media QUIR.	67,53	73,37	63,4	58,14	60,83	61,92	62,53	61,67	74,3	115,8	119,7	110
Demora Media CC.	49,8	30,5	29,7	27,6	29	33,4	38,5	24,7	59,6	106	98	113
Públicos IB CONS. /Mill.	1108249	1152738,35	1158300,37	1189375,88	1201865,81	1159139,63	1237226,43	1277887,33	1282587,41	1228543,05	1312754	1343860
Privados IB CONS. /Mill.	432535	534681,612	524861,895	607375,967	564259,448	673359,78	752137,525	718934,695	788156,469	677001,605	879986	outlier
Total IB CONS. /Mill.	1540784	1687419,96	1683162,26	1796751,85	1766125,26	1832499,41	1989363,96	1996822,02	2070743,88	1905544,65	2192740	2311639

Como vemos, hemos calculado la lista de espera por millón de tarjetas sanitarias.

En el caso de la lista de espera quirúrgica, ésta incrementa de manera correlacionada con el desempleo (r=0.82) poniendo de manifiesto que el desempleo creó ineficiencias en el sistema.

La demora media quirúrgica y demora media de consultas están totalmente correlacionadas entre ellas. A partir del 2012/2013 se puso freno al crecimiento de la demora media que tanto había incrementado los años anteriores. La lista de espera de consultas creció en el periodo de crisis y frenó en 2012/2013 (Fig. 122a, b, c, d).



Figuras 122a, b, c, d. Correlación lista espera con desempleo. Demora media. Correlación demoras medias. Lista espera CC (2003 – 2014)
F: IBSALUT. CES

6.6 STOCK TECNOLÓGICO

Según informe del IDIS (2015, p. 63) Cataluña, Baleares y Galicia son las comunidades autónomas que tienen un mayor porcentaje de equipos en hospitales privados. En el caso de las IB, prácticamente el 40% de equipos de tecnología sanitaria está en hospitales privados.

En Baleares existen convenios entre hospitales públicos y empresas de equipamiento y material sanitario, para la dotación y mantenimiento de maquinaria o tecnología sanitaria, según el IDIS (2015). En los hospitales privados de Baleares encontramos la mayoría de equipos de litotricia renal, salas de hemodinámica y resonancia magnética. En los hospitales públicos hay mayor número de equipos de hemodiálisis y de quirófanos.

Las inversiones reales y la formación bruta de capital fijo disminuyeron en este período de crisis económica. En la tabla siguiente del presupuesto liquidado vemos la disminución de inversión en 2011 en los conceptos presupuestarios 62 y 63. También un incremento de pagos en 2012 en el concepto 62, gracias al mecanismo extraordinario de pagos a proveedores. En 2013 vemos la NO dotación de la central térmica de Son Espases: disminución de 4,2 mill. euros respecto del ejercicio anterior, motivada por la no imputación de la central térmica de Son Espases (2013) según la Sindicatura de Comptes (2015).

TABLA 119. INVERSIÓN LIQUIDADADA IBSALUT

	2010	2011	2012	2013
62.- Inversión nueva	20.036.397	7.107.914	13.175.301	9.087.628
Var. anual		-12.928.483	6.067.387	-4.087.674
63.- Inversión de reposición	6.736.831	1.055.764	976.682	1.698.943
Var. anual		-5.681.067	-79.083	722.261

La inversión y la formación bruta de capital caen en el periodo crítico dado el menor esfuerzo inversor de 2012 y 2013.

TABLA 120. FORMACIÓN BRUTA DE CAPITAL FIJO. VARIACIÓN ANUAL

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Cap. 6 Liq.	70.024.215	43.961.253	40.620.263	33.354.162	17.809.289	23.414.587	19.205.129	18.010.686
Cap. 6 Dev.	85.766.000	57.584.000	53.200.000	114.419.000	22.047.000	28.696.000	23.220.000	22.494.000
No Liquidado	15.741.785	13.622.747	12.579.737	81.064.838	4.237.711	5.281.413	4.014.871	4.483.314
Var. Anual Dev.		-28.182.000	-4.384.000	61.219.000	-92.372.000	6.649.000	-5.476.000	-726.000

En 2010 hay un incremento por la puesta en funcionamiento de Son Espases y de todas sus nuevas inversiones requeridas.

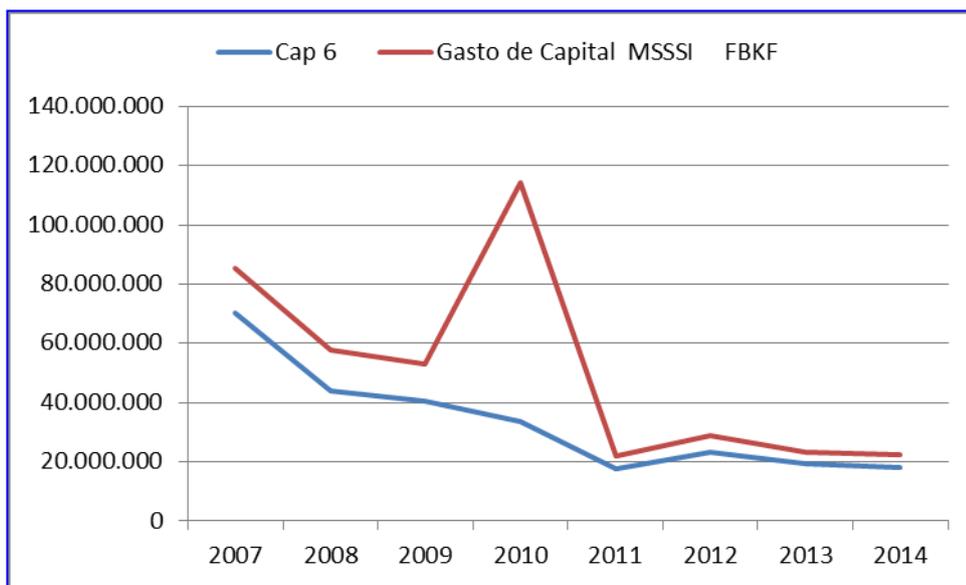


Figura 123. Formación Bruta Capital Fijo en Sanidad y Cap. 6 F: CAIB. IBSALUT. Web finances.caib. MSSSI

Las inversiones disminuyeron durante todo el periodo de crisis. En 2010 incrementó la FBKF por la apertura de son Espases y la implantación de cuantiosa maquinaria en sus dependencias.

El salto de la FORMACIÓN BRUTA DE CAPITAL FIJO en 2010 se produjo por la diferencia entre todo el capital que se dio de baja, y el que se dio de alta en el activo de son Espases (Figura 123).

6.6.1 CAMAS EN FUNCIONAMIENTO. IB

TABLA 121. CAMAS EN FUNCIONAMIENTO

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Públicas en funcionamiento	2323	2351	2331	2364	2345	2334	2223
Privadas en funcionamiento	1075	1074	1011	992	944	952	1066
TOTAL camas en funcionamiento	3398	3425	3342	3356	3289	3286	3289



Figuras 124, 125, 126. Camas en funcionamiento según titularidad

F: EGSP. MSSSI. PESTADISTICO. IBESTAT

El sector **público**, en 2013, perdió 111 camas. El sector **privado** lo compensó aumentando sus camas en funcionamiento un 12%.

TABLA 122. VARIACIÓN % (t / t-1) CAMAS EN FUNCIONAMIENTO. IB.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Públicas, en funcionamiento	1,2%	-0,9%	1,4%	-0,8%	-0,5%	-4,8%
Privadas, en funcionamiento	-0,1%	-5,9%	-1,9%	-4,8%	0,8%	12,0%
TOTAL camas, funcionamiento	0,8%	-2,4%	0,4%	-2,0%	-0,1%	0,1%

En el periodo de crisis las camas totales disminuyeron 109 unidades. Al final de la crisis, el sector público disminuyó y el sector privado compensó esa caída. De 2007 a 2013 las camas en funcionamiento totales, en las islas, disminuyeron sólo un 3,3% en el periodo estudiado (de 3398 a 3289 camas). La disminución drástica de camas del sector público ocurrió en 2013, cuando disminuyó su stock público en 111 camas. Ese mismo año el sector privado aumentó 114 camas, y compensó la caída del sector público. Los datos totales nos indican que el sector sanitario total perdió en el periodo, y de manera progresiva, 109 camas. **Pero en 2015, contábamos ya con 3500 camas gracias al esfuerzo público-privado.**

El sector privado fue esencial para esta total recuperación. Tuvieron un efecto decisivo los **convenios singulares (2013)**, pues produjeron un “trasvase de camas” intersectorial, al pasar a pertenecer a la Red Pública, la Cruz Roja y San Juan de Dios (Figuras 124, 125, 126).

6.6.2 EVOLUCIÓN STOCK TECNOLÓGICO SANITARIO PÚBLICO / PRIVADO. IB

- TAC: El sector privado sufrió una pequeña disminución de su stock durante la crisis que fue en parte compensada por el sector público. Este último, en el periodo de crisis, incrementó su disponibilidad de TAC y de equipos de Resonancia Magnética (Tabla 124).
- La disponibilidad de TAC's Privados disminuyó. En el sector público aumentó “rescatando” este stock.
- RMN: Los 2 sectores aumentaron (Tabla 124).
- La cuantía **total** pasó de 13 a 20 equipos de R. Magnética y de 20 a 21 en el caso de los TAC, (sufriendo éstos una leve disminución durante el periodo de crisis). El sector **público** incrementó de 8 a 11 los equipos de TAC y de 4 a 8 los equipos de R. Magnética (Tabla 124).
- Los equipos de hemodiálisis públicos llegaron a disminuir de manera preocupante (Tabla 124).

TABLA 123. STOCK TECNOLÓGICO TOTAL. IB.

TOTAL EQUIPOS	HEMODIÁLISIS	GAMMA-CÁMARA	ANGIOGRAFÍA DIGITAL	HEMO-DINÁMICA	LITOTRIZIA RENAL	RESONANCIA MAGNÉTICA	TAC.
2007	165	5	5	8	5	13	20
2008	163	5	5	8	5	13	20
2009	159	5	6	8	5	13	19
2010	129	5	5	6	5	15	18
2011	131	5	5	8	5	18	18
2012	128	5	6	8	5	16	18
2013	157	7	6	9	4	19	22
2014	156	6	5	8	4	20	21

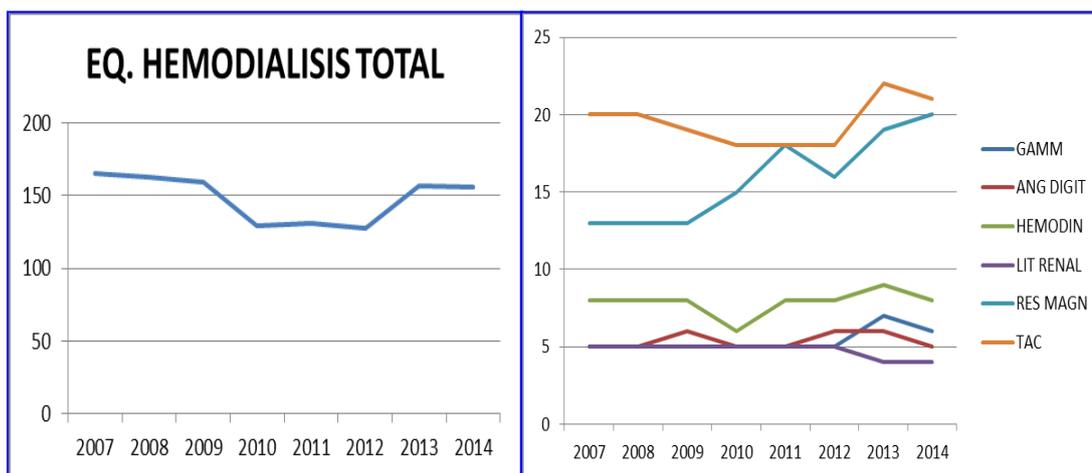
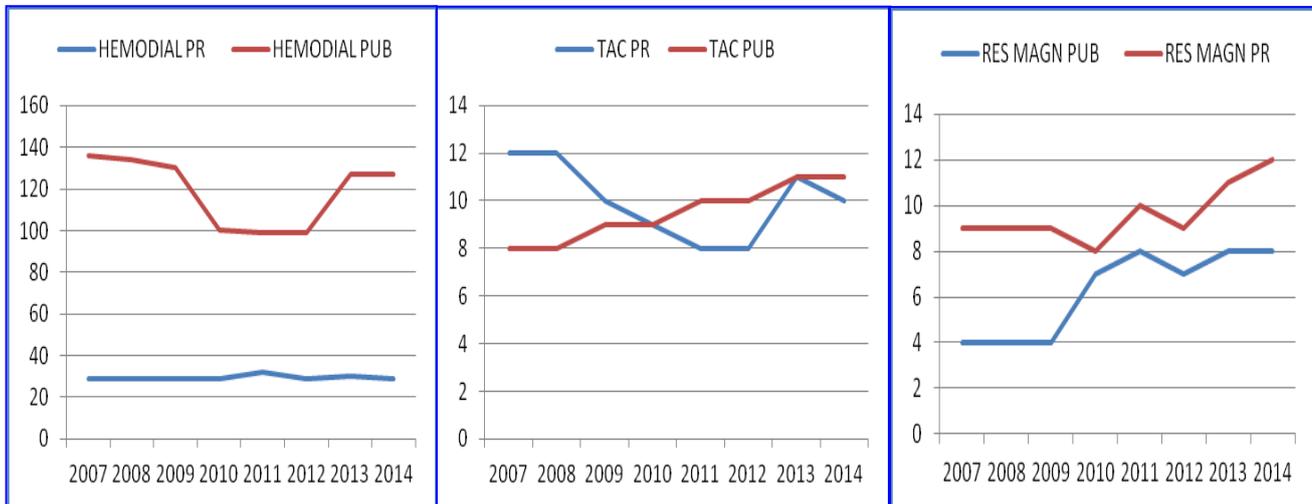


Figura 127. Equipos de hemodiálisis IB. F: EGSP

Figura 128. Evolución stock total tecnológico sanitario IB F: EGSP

TABLA 124.
STOCK TECNOLÓGICO

PÚBLICO (EQUIPOS)		HEMODIÁLISIS	GAMMA-CÁMARA	ANGIOGRAFÍA DIGITAL	HEMO-DINÁMICA	LITOTRICIA RENAL	RESONANCIA MAGNÉTICA	TAC
2007		136	2	2	2	1	4	8
2008		134	2	2	2	1	4	8
2009		130	2	3	2	1	4	9
2010		100	2	2	2	1	7	9
2011		99	2	2	3	1	8	10
2012		99	2	3	3	1	7	10
2013		127	4	3	3	1	8	11
2014		127	4	3	3	1	8	11
PRIVADO (EQUIPOS)		HEMODIÁLISIS	GAMMA-CÁMARA	ANGIOGRAFÍA DIGITAL	HEMO-DINÁMICA	LITOTRICIA RENAL	RESONANCIA MAGNÉTICA	TAC
2007		29	3	3	6	4	9	12
2008		29	3	3	6	4	9	12
2009		29	3	3	6	4	9	10
2010		29	3	3	4	4	8	9
2011		32	3	3	5	4	10	8
2012		29	3	3	5	4	9	8
2013		30	3	3	6	3	11	11
2014		29	2	2	5	3	12	10



Figuras 129, 130, 131. EQ. HEMODIÁLISIS. TAC. RMN. IB. (Públicos y privados)

F: EGSP. IB. PESTADISTICO

6.6.3 QUIRÓFANOS

El sector privado tuvo que cerrar quirófanos durante la crisis; pasó de 51 a 42 (de 2008 a 2011). La cuantía de quirófanos totales se mantuvo gracias al esfuerzo público / privado, sobre todo a partir de 2012. En 2013 disminuyeron los quirófanos públicos e incrementaron los quirófanos privados gracias a convenios y a la red pública hospitalaria. En 2013, en Baleares contábamos con 11 quirófanos más que en 2007 (111 quirófanos en total). La actuación pública fue positiva, incrementando el nº de quirófanos en esta etapa.

TABLA 125. QUIRÓFANOS

IB	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Quirófanos públicos	55	58	58	59	61	65	61
Quirófanos privados	45	51	45	45	42	43	50
Quirófanos TOTAL	100	109	103	104	103	108	111
VAR. % IB	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Quirófanos públicos		5,5%	0,0%	1,7%	3,4%	6,6%	-6,2%
Quirófanos privados		13,3%	-11,8%	0,0%	-6,7%	2,4%	16,3%
Quirófanos TOTAL		9,0%	-5,5%	1,0%	-1,0%	4,9%	2,8%

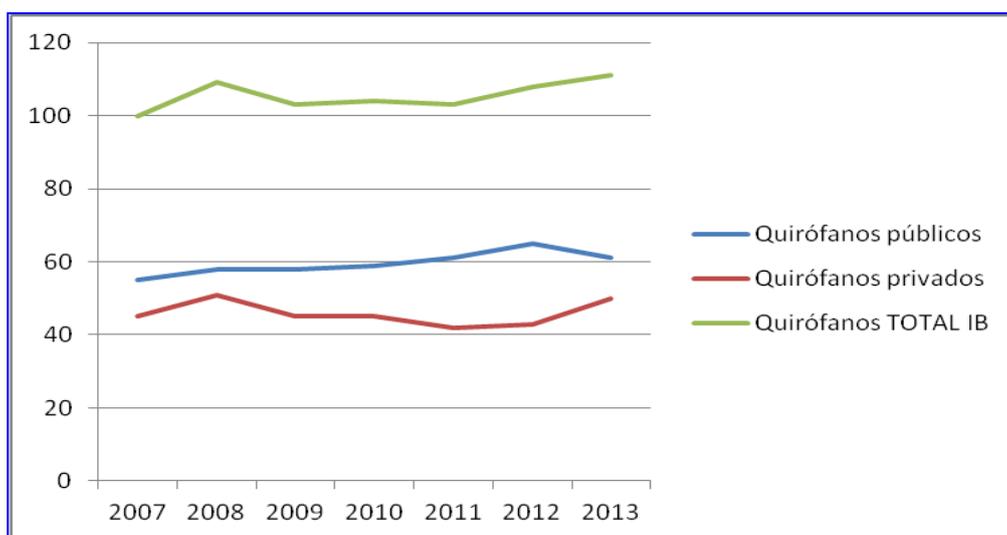


Figura 132. Quirófanos según titularidad. Baleares.

F. EGSP MSSSI

6.6.4 EQUIPOS DE HEMODIÁLISIS

Referente a los conciertos del IBSALUT “un 22% del importe adjudicado corresponde a contratación para la prestación de servicios de hemodiálisis” según el IDIS (2014, p. 10). El sector público pasó de tener un peso de 82% a un 75% en 2011 en cuanto a la titularidad de estos equipos. Sufrieron una importante disminución en 2010 (-23%).

La titularidad de los equipos de hemodiálisis es privada en un porcentaje importante, del 20% al 25% del total del stock balear.

En 2010 disminuyó el stock total de las islas de 159 a 129 equipos de hemodiálisis. El 2013 incrementaron a 157 dado que el Sector público adquirió 30 equipos, pues los equipos de hemodiálisis llegaron a disminuir de manera preocupante. Los años 2010, 2011 y 2012 prácticamente se funcionó con un 20% menos de equipos de hemodiálisis a causa de la disminución de 30 equipos del sector público.

Según la UBES (2014) Balears cuenta con un buen stock tecnológico. Sólo tilda de preocupante la situación referente a las salas de rayos X, pues su cantidad se encuentra por debajo de la media nacional (en las I.B. es de 49,41 equipos /millón). La media española es de 66,69 equipos de RX / millón de hab. (sectores privado y público). Todos los demás equipos están bien posicionados y es en parte gracias a la complementariedad y suma de esfuerzos de la sanidad privada con la pública, lo que ayuda a conseguirlo. En el periodo de crisis el peso relativo público de la titularidad de los **equipos de hemodiálisis** disminuyó a medida que incrementaba el peso privado. A partir del 2012 el sector público se repuso en este sentido (Figura 133).

TABLA 126. EQUIPOS HEMODIÁLISIS

EQUIPOS	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Hemodial. Total	165	163	159	129	131	128	157	156
Hemodial. Públicos	136	134	130	100	99	99	127	127
Hemodial. Privados	29	29	29	29	32	29	30	29
		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Hemodial. Total VAR.%		-1,2%	-2,5%	-18,9%	1,6%	-2,3%	22,7%	-0,6%
Hemodial. Públicos VAR.%		-1,5%	-3,0%	-23,1%	-1,0%	0,0%	28,3%	0,0%
Hemodial. Privados VAR. %		0,0%	0,0%	0,0%	10,3%	-9,4%	3,4%	-3,3%

TABLA 127. EQUIPOS DE HEMODIÁLISIS EN FUNCIONAMIENTO (% SNS)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
IB	73,45	75	82,42	82,21	81,76	77,52	75,57	77,34	80,89	81,41
ESP	77,52	77,89	78,3	79,5	80,35	85,02	85,41	84,94	84,86	85,62

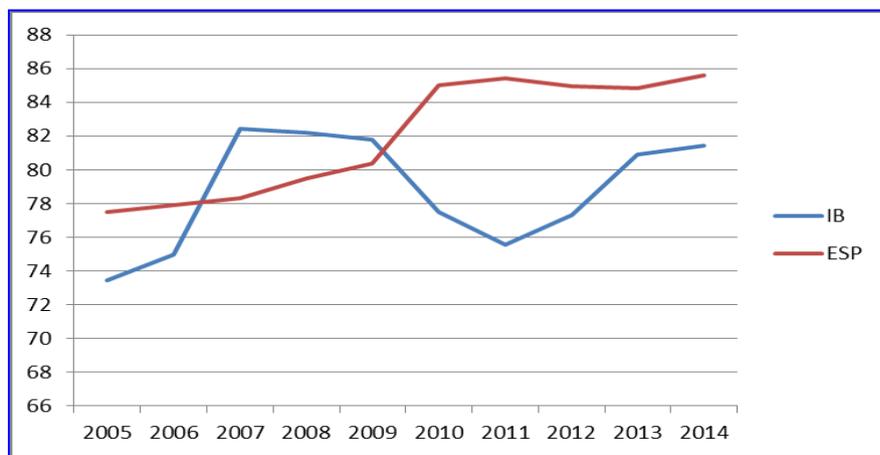


Figura 133. Equipos de hemodiálisis en funcionamiento (% SNS) F: INCLASNS

6.6.5 STOCK POR MILLÓN DE HABITANTES (2002-2015)

Camas en funcionamiento: en el sector privado disminuyen. A partir del 2013 incrementa el total de camas por 1000 habitantes, con el fin de la crisis. En cualquier caso la tasa de camas en funcionamiento por cada 1000 habitantes, desde el 2002 al 2011, fue descendiendo lentamente **hasta que los dos sectores empezaron a incrementar.**

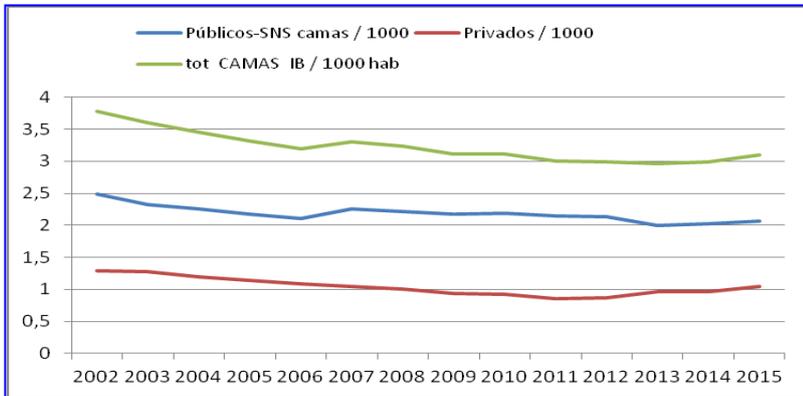


Figura 134a. CAMAS por cada 1000 hab. IB F. PESTADISTICO MSSSI

Quirófanos / 100.000 habitantes: se consigue mantener el stock de quirófanos, tomando protagonismo el sector público, a partir del 2006, en detrimento del sector privado. En cualquier caso, el total de quirófanos abiertos se mantuvo constante incluso llega, como hemos visto, **a incrementar al final de la crisis gracias a los dos sectores.**

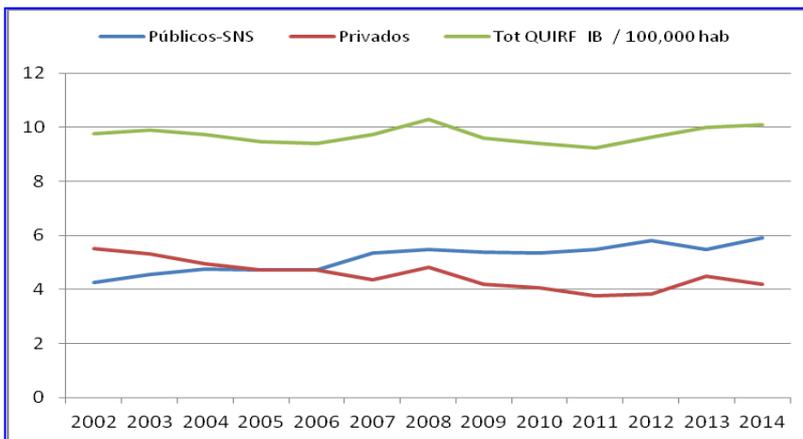


Figura 134b. Tasa de QUIRÓFANOS por cada 100.000 hab. IB F. PESTADISTICO MSSSI

Equipos de Resonancia magnética / mill. hab: antes de la crisis, en las IB, estos equipos estaban totalmente dominados por el sector privado. A partir de 2010, la cantidad de aparatos de resonancia magnética por millón incrementó sustancialmente en el sector público. En España los equipos de resonancia magnética han ido incrementando de manera constante.

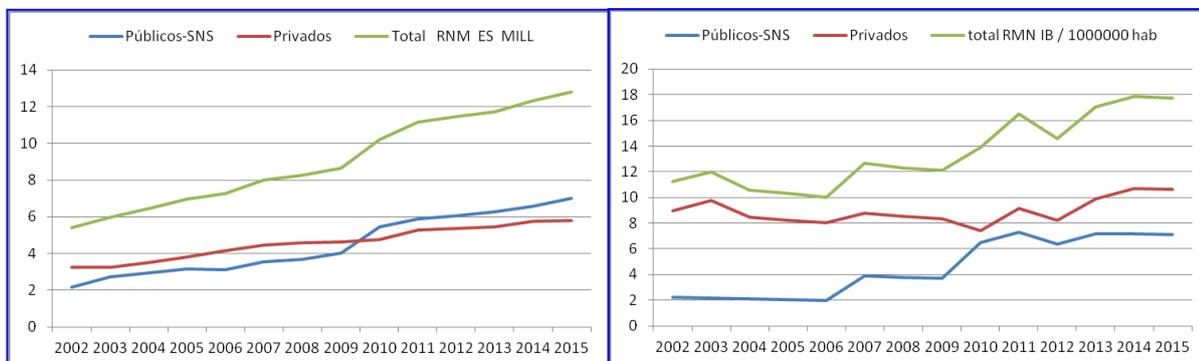


Figura 134 c, d. EQ. de RMN en España y en IB por cada mill. hab.

F. PESTADISTICO MSSSI

Equipos de TAC por millón de habitantes: también el sector público, a partir del 2010, toma relevancia y consigue, junto al sector privado, que el total de equipos no disminuya en el periodo de crisis de una manera notoria (IB).

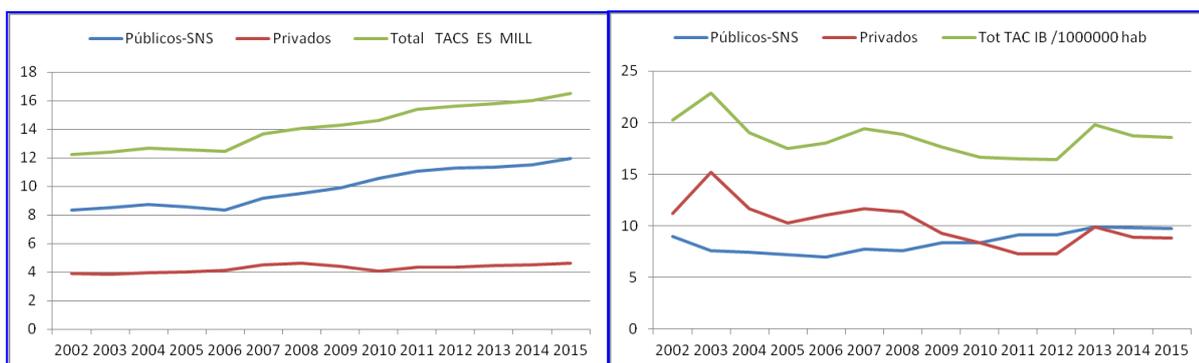


Figura 134e, f. Eq. de TAC en España y en IB por cada mill. hab.

F. PESTADISTICO MSSSI

En España (en cuanto a equipos de TAC, equipos de Resonancia magnética o equipos de Hemodiálisis) se partía de una situación precaria hasta llegar a niveles aceptables en 2015. En Baleares la situación del stock de estos equipos es muy positiva, teniendo en cuenta la importante cuantía que aporta el sector privado balear.

Equipos de hemodiálisis / mill. hab. IB: en el periodo de crisis disminuyó recuperándose a partir del 2013 gracias a un incremento de equipos en el sector público. Como pasó con los TAC's, hubo una disminución del total en el período de crisis, que se salvó a partir del 2013 gracias a un incremento del sector público y/o privado.

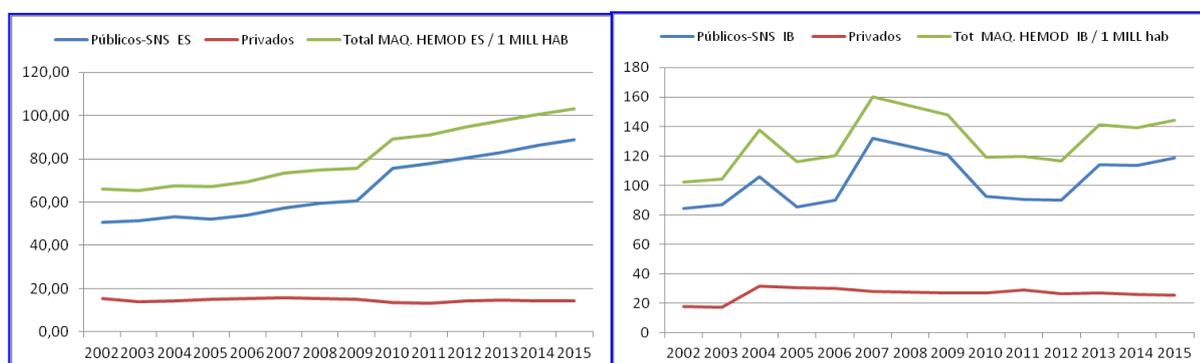


Figura 134 g, h. EQ. de HEMOD. en España y en IB por cada mill. hab.

F. PESTADISTICO MSSSI

En el caso español, las máquinas de hemodiálisis por millón partían de una tasa muy inferior a la balear, que ha ido incrementando hasta llegar a una cantidad considerable en el 2015.

La posición balear, comparada con la nacional, es muy superior -en cuanto al stock tecnológico sanitario- gracias a la colaboración público-privada tan significativa que se da en Baleares, y a las sinergias que surgen de esta colaboración.

Capítulo 7. DATOS DE SALUD PÚBLICA

En el capítulo de salud pública analizamos si existe o no correlación entre el estado de salud de los ciudadanos y la evolución de magnitudes socioeconómicas. La variable del desempleo es una variable multidimensional, con rasgos socioeconómicos claros. Indica el devenir económico pero también nos da información sobre la situación social de una comunidad o país.

Por ello planteamos que la evolución del desempleo en el periodo de crisis, en Baleares, está correlacionada con la evolución de la morbilidad de algunas patologías.

La serie de datos de desempleo balear es enfrentada a datos de Salud Pública (consultas, morbilidad, diagnósticos, defunciones) y hemos comprobado que hay ciertas enfermedades que arrojan una correlación “r” alta con el desempleo. (r: Coeficiente de correlación de Pearson).

Estas altas correlaciones con la serie de datos de desempleo del periodo estudiado nos hacen afirmar que la incidencia y morbilidad de estas patologías se ven alteradas, con el mismo ritmo y variación, que el desempleo en el periodo estudiado.

También se han tomado series de casos diagnosticados de “factores de riesgo” de patología concretas. Estos factores de riesgo, junto al desempleo, conforman las variables independientes.

La Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (2011, p. 16-17) realizó el siguiente comunicado: “La crisis económica actual pone al sistema sanitario público ante el reto de dar respuesta un aumento creciente de la demanda asistencial. Durante estos periodos se produce un incremento de la mayoría de las enfermedades”.

Durante las crisis económicas también se incrementan las “separaciones, rupturas familiares y aumento de la violencia doméstica [...]. Existe una relación directa entre las crisis económicas y el desempleo” según Sánchez (2011, p. 16). Marciano Sánchez Bayle es portavoz de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública.

En este trabajo hemos intentado encontrar y vislumbrar lo acontecido en Baleares durante la crisis, en lo referente a la sanidad, respecto al gasto sanitario, a la normativa, a la gestión, y a cómo ha evolucionado nuestro sistema en este duro periodo. Veamos entonces algunos datos de salud pública y cómo se vieron afectados por esta crisis.



Figura 135: Consultas psiquiatría en Baleares. F: PESTADISTICO. MSSSI

Incrementaron en Baleares las consultas psiquiátricas totales en el periodo de crisis. Casi un 90%.

7.1 MORBILIDAD BALEAR

Hay muchas enfermedades en las que su diagnóstico incrementa en el periodo estudiado. Pero, este incremento, ¿es achacable a la crisis? Como mantiene Rafael Sirera, profesor del Departamento de Biotecnología de la Universitat Politècnica de Valencia, “el estrés psicológico puede alterar la función del sistema inmunitario. El sistema inmunológico juega un papel importante en la regulación del crecimiento tumoral” según Camps, Sánchez y Sirera (2006, p. 42-43).

En este sentido asegura que “los cambios inmunológicos ante el estrés son del tipo y magnitud que puede influenciar el desarrollo de los tumores y la aparición de las metástasis. Se cree que en las situaciones de estrés se puede romper este equilibrio y favorecer el desarrollo y la metástasis tumoral” según Camps, Sánchez y Sirera (2006, p. 44).

Según J. P. Arbizu (2000, p. 175) “el estrés puede influir sobre la iniciación del cáncer de varias maneras:

1. Aumentando la exposición del sujeto a un carcinógeno;
2. Interactuando con los efectos de un carcinógeno;
3. Permitiendo la expresión de un potencial genético latente a través de un cambio en el sistema hormonal”.

Tras haber observado la evolución de muchas patologías nos encontramos con que su incidencia evoluciona como el desempleo, en el periodo estudiado. Tratamos de demostrar que el malestar generalizado provocado por la crisis y el desempleo mantiene correlación con esta evolución de diagnósticos. Es más, ante varias patologías se tratará de demostrar que el desempleo fue una variable independiente y significativa que, junto con otros factores de riesgo, causó incrementos en la evolución del número de casos de diversas patologías.

Un estudio de Delia Dávila Quintana, apunta que la crisis de 1996 hizo aumentar la mortalidad entre un 5% y un 7% en México, y que en el Sudeste Asiático se observó un excesivo bajo peso al nacer de los recién nacidos. También apunta Delia que en el periodo de la crisis Rusa (1990 -1994), la mortalidad aumentó un 30%. Así como el desempleo, apunta Quintana, se ha asociado siempre a un aumento de la mortalidad general y de suicidios, según Delia Dávila Quintana y López-Valcárcel (2009).

Las causas de muerte también pueden ser objeto de estudio y de comparación con la evolución económica y la crisis. Un ejemplo son las muertes de pacientes con trastorno mental diagnosticado, que incrementan en el período crítico. Dado que hay más personas con trastorno mental diagnosticado en este periodo, morirán más personas con dicho trastorno. Esta enfermedad ha incrementado su incidencia en el periodo crítico pero no se puede aseverar que hayan fallecido por dicho trastorno.

El desempleo produce un descenso de la satisfacción con la vida, que a su vez provoca un incremento de la ansiedad o estrés. Ello es favorecedor del desarrollo de estados patológicos, causados por estrés, intranquilidad y preocupación producida por dificultades laborales y vitales como hemos explicado. La crisis obviamente merma las condiciones de vida y de trabajo. Inestabilidad y ausencia de trabajo.

En Baleares se da una incidencia creciente en el número de casos diagnosticados. Algunas de estas enfermedades están directamente **correlacionadas** con la evolución del desempleo de las Baleares. El desempleo que asoló las Baleares en el periodo estudiado pudo haber generado un incremento en la morbilidad y mortalidad de ciertas patologías. **Por ello planteamos si la crisis produjo un empeoramiento de la salud de los ciudadanos.** Durante el periodo estudiado incrementaron enfermedades ligadas al estrés y a la ansiedad. Hubo un aumento de enfermedades cardiovasculares, de ciertas tumoraciones y de patologías que empeoran o aparecen con el estrés y ansiedad que causa una situación de crisis económica.

Alexandra Foscolou planteó que la crisis financiera modificó el estilo de vida de muchos adultos y que ello afectó a la prevalencia de la hipertensión y de la diabetes mellitus. Afirmaba que adultos del mediterráneo abandonaron su alimentación saludable por motivos económicos, según Foscolou, Tyrovolas, Soulis, Mariolis, Piscopo, y Valacchi (2017).

Por otra parte, Hermann Nabi postuló que el estrés afectaba a la salud y lo asoció a un mayor riesgo de padecer una enfermedad coronaria. Según Nabi, Kivimaki, Batty, Shipley, Britton y Brunner (2013).

Helga Birgisdóttir investigó una desviación significativa en casos de hipertensión, consumo de drogas y mortalidad por enfermedades circulatorias. Auguró un impacto en la salud, a largo plazo, debido a la crisis. Según Birgisdóttir, Jónsson y Ásgeirsdóttir (2017).

Elias A. Sanidas afirmó que durante la crisis financiera aumentaron los casos de enfermedades coronarias y que ello estaba relacionado con las condiciones de vida cambiantes por la crisis. También observó variaciones en los casos de Diabetes, según Sanidas, Papaioannou, Papadopoulos, Tatsi, Velliou y Dalianis (2018).

7.2 ENFERMEDADES Y DESEMPLEO

La evolución de ciertas enfermedades está correlacionada con la evolución del desempleo. Podemos afirmar que existe correlación desde un punto de vista estadístico. Se han realizado test de correlación (r) entre las series de los datos comentados.

La ansiedad y estrés que provocó la crisis económica, así como los problemas laborales y personales, dieron pie a una incidencia más alta de la morbilidad de algunas patologías. También, en parte se explica el aumento de consultas, dados los estados de ansiedad y preocupación continuada, los cuales causan síntomas de muchas enfermedades y provocan aumentos de las consultas a especialistas. “Los cambios inmunológicos ante el estrés son del tipo y magnitud que puede influenciar el desarrollo de los tumores y la aparición de las metástasis” según Camps, Sánchez y Sirera (2006, p. 44).

Hemos analizado la evolución de las enfermedades de la categoría “CCS CIE9MC” en cuanto al número de diagnósticos (2003 - 2014). CCS CIE9MC es la “Clasificación Internacional de Enfermedades. 9ª Revisión” según el PESTADISTICO del MSSSI.

El trastorno mental ha incrementado en el periodo crítico (estrés, intranquilidad y preocupación producida por dificultades laborales y vitales como hemos explicado). “El riesgo de enfermedad cardiovascular está incrementado por respuestas exageradas al estrés. En 1991, voluntarios humanos fueron inoculados con 5 virus diferentes de catarro común y como resultado, muchos de ellos enfermaron y otros no. La probabilidad de enfermar con catarro fue directamente proporcional a la cantidad de estrés que los individuos dijeron haber experimentado durante los años anteriores” según Sánchez Segura, González García, Marsán Suárez, y Macías Abraham (2006, p. 2). La Dra. Miriam Sánchez Segura es hematóloga e inmunóloga.

SALUD MENTAL

La crisis obviamente merma las condiciones de vida y de trabajo. En cuanto a la salud mental, y guiándome por Margalida Gili, ex Decana de la Facultad de Medicina de la UIB y Doctora en Psicología, sabemos que muchos estudios han tratado de averiguar si existe correlación entre crisis económica y salud, en este caso tratamos la salud mental. Estar a gusto en el lugar de trabajo, tener las necesidades primarias y secundarias

cubiertas y la estabilidad, son por definición estados saludables. Luego, lo contrario: la precariedad económica, la inestabilidad, ausencia de trabajo, paro, se concibe como carencia de salud social, merma de la salud.

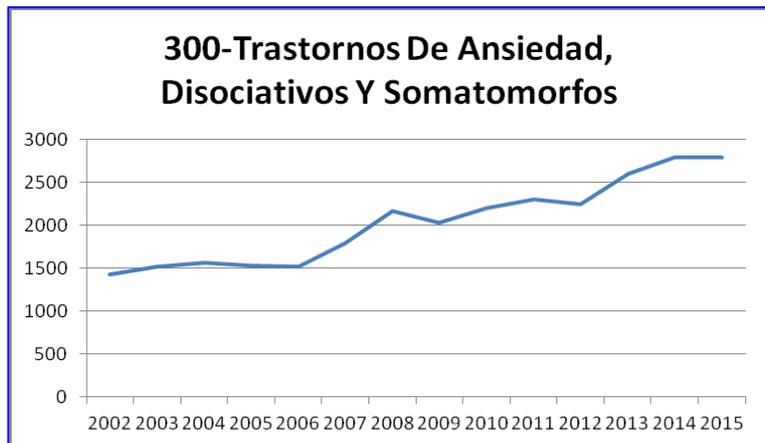


Figura 136. Trastornos de ansiedad / mill. hab. IB. F. PESTADISTICO EGSP

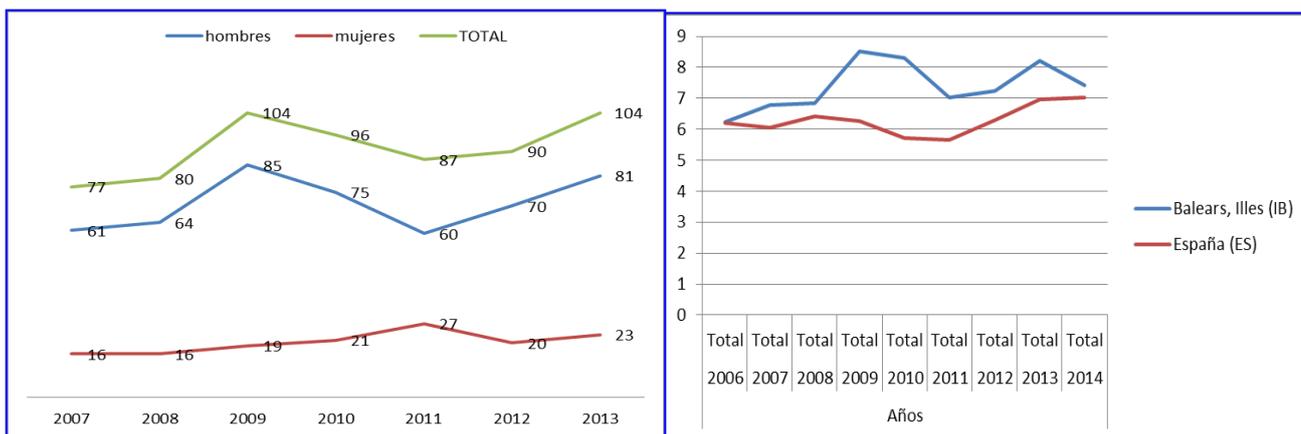


Figura 137. Suicidios /sexo. IB. F: FSME (observatorio suicidio)

Fig.138. Tasa mortalidad por suicidio/100000 hab. IB. F. PESTADISTICO

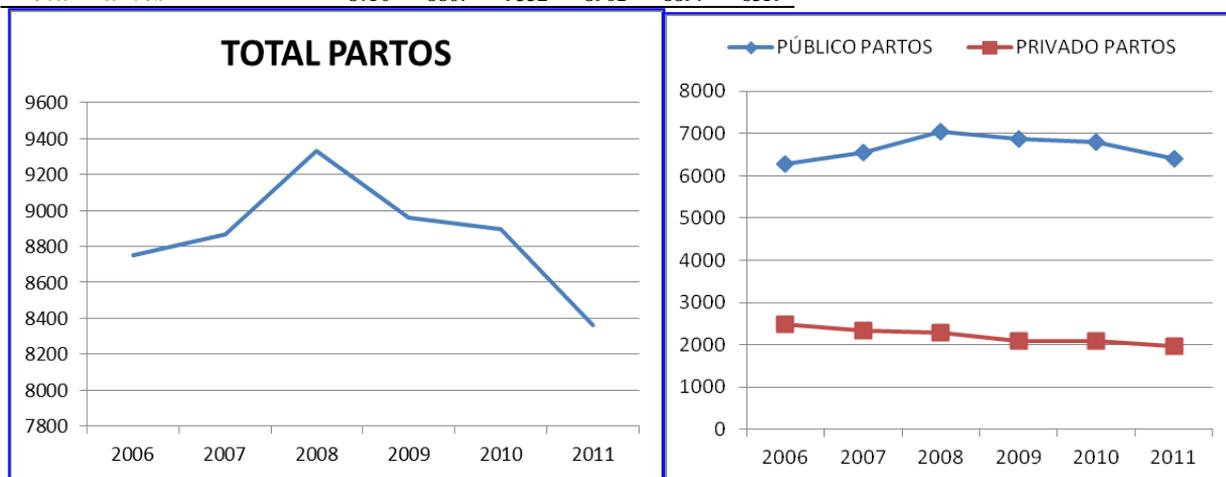
La crisis ha aumentado la frecuencia de trastornos de salud mental y/o problemas de abuso de alcohol en España, especialmente en familias que sufren desempleo y/o dificultades de pago de la hipoteca, según Gili, Roca, Basu, McKee y Stuckler (2012). Los casos de suicidio son ejemplarizantes de un periodo crítico que trajo incremento de sufrimiento y de enfermedades mentales, así como un agravamiento de estas. La tasa de suicidios podría verse incrementada tras aumentos del desempleo. Margalida Gili correlacionó la crisis económica y la salud mental. Observó que ciertas enfermedades mentales incrementaban con el desempleo, según Gili, García, y Roca (2014).

LA EVOLUCIÓN DE PARTOS

Ha disminuido en el período de crisis. La variación de la tasa de natalidad es un fenómeno socioeconómico, y no sorprende que haya disminuido en un periodo de incertidumbre económica y de incremento del desempleo. Obviamente en los hospitales se traduce en un menor n° de partos, lo que observamos en la figura 139. En el sector privado la disminución empezó antes, en el sector público hay un cambio de tendencia en el 2008. En el “total partos” observamos que a partir del 2008 los nacimientos disminuyen claramente.

TABLA 129. PARTOS. IB

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Público. Partos	6273	6542	7054	6869	6796	6403
Privado. Partos	2477	2325	2278	2092	2101	1956
Total Partos	8750	8867	9332	8961	8897	8359



Figuras 139, 140. Evolución partos (IB)

F. UBES

7.3 DIAGNÓSTICOS CORRELACIONADOS CON EL DESEMPLEO (2002-2015)

Hay patologías en Baleares que muestran una incidencia correlacionada con el desempleo. Una vez registrada la incidencia y morbilidad de las patologías según la categoría señalada se ha extraído su coeficiente de determinación y de correlación con la serie de desempleados Baleares (2002 a 2015). Hemos obtenido series completamente correlacionadas entre ellas que ponen de manifiesto una probable relación estrecha con la crisis económica. En la siguiente tabla obtenemos la evolución y el crecimiento porcentual de la morbilidad de ciertas patologías. Una vez escogidas las patologías que han incrementado considerablemente, las correlacionamos con la serie de desempleo balear. Entonces seleccionamos las patologías con una “r” alta.

Encontramos enfermedades mentales, neoplasias y patologías cardíacas, que muestran incrementos en este periodo. Estos diagnósticos, y su evolución, se han comparado y correlacionado con la evolución del desempleo de las I. Balears (2002-2015).

COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON “r”

El coeficiente de determinación “r” de algunas de estas patologías arrojan una correlación positiva muy alta, del 2002 al 2015, **con el desempleo**. Los datos muestran que la evolución del paro en el periodo de crisis está correlacionado con los incrementos de patologías diversas. **También se ha correlacionado la incidencia de determinadas patologías con la LISTA DE ESPERA, en el punto 7.5.**

Para estudiar y comprobar esto último trabajamos con las patologías que arrojan las **correlaciones más elevadas ($r > 0,8$)** (más de 20 enfermedades).

Enfermedades del corazón, hipertensión, ciertos tumores, enfermedades mentales. Estas enfermedades crecen de una manera correlacionada con la evolución del desempleo del 2002 al 2015.

Hemos obtenido la **información relativa a la totalidad de diagnósticos registrados**, de las BBDD “PESTADISTICO”, del “SNS” y de “INCLASNS”.

Decíamos que, a parte de las correlaciones, se han realizado regresiones lineales utilizando como variables: el desempleo, patologías correlacionadas con el desempleo, patologías relacionadas con la ansiedad y patologías que actúan como factores de riesgo, inductoras de otras patologías. Se han obtenido resultados altamente significativos para el periodo (2002-2014).

En cualquier caso, tenemos en cuenta que una N=14 es insuficiente para dar absoluta verosimilitud a regresiones lineales; aun así la significación arrojada es importante. Los diagnósticos se han tomado desde el año 2002 al 2015, calculándolos por millón de habitantes.

Hemos realizado regresiones múltiples añadiendo factores independientes: los factores de riesgo, junto al desempleo. Y tomando como variable dependiente la enfermedad a la que nosotros le suponemos el efecto del desempleo. Es decir, los factores de riesgo según literatura citada, actúan como variables independientes a las que añadimos el desempleo como otra variable independiente o factor de riesgo añadido. La variable dependiente es la enfermedad observada. Los factores de riesgo y el desempleo, como variables independientes, resultan a menudo significativamente ligadas a la evolución de la variable dependiente.

La crisis obviamente merma las condiciones de vida y de trabajo. Muchos estudios han tratado de averiguar si existe correlación entre crisis económica y salud. El estrés favorece el desarrollo de ciertas enfermedades y es un factor que influye en la salud del individuo, incrementando las probabilidades de desarrollar ciertas enfermedades.

Las siguientes regresiones muestran patologías cuya evolución, durante los años de crisis, estuvo correlacionada con el desempleo y con sus factores de riesgo.

Mostramos que estas patologías han evolucionado correlacionadamente con el desempleo durante la crisis económica en Baleares y que el estrés y preocupación que implica una situación de paro en crisis económica puede afectar, y ha afectado, a la salud pública de la ciudadanía balear.

Como hemos dicho, las regresiones se han realizado con las series de las patologías que han mostrado una correlación de Pearson alta con el desempleo. Los datos que se han tomado para calcular la correlación de **Pearson** “r” han sido: la serie de la tasa de desempleo, del 2002 al 2015, y los datos de la morbilidad de la enfermedad en cuestión, para el mismo periodo. Sus gráficas recogen y plasman las “r” de Pearson entre el paro y cada enfermedad principal. Las tablas incluyen las series de las incidencias de las enfermedades que son factores de riesgo (más el paro). La enfermedad principal es la variable dependiente.

La **distribución** de los datos de la tasa de desempleo es cercana a la **normal**, su media y su mediana coinciden. Así mismo la distribución es un poco platicúrtica y levemente asimétrica positiva. En cuanto a la distribución de los datos y series de las patologías también es cercana a la normal. En cualquier caso una distribución levemente platicúrtica de los datos, y levemente asimétrica, podría provocar que las r de Pearson fueran un poco elevadas.

Para comprobar la fiabilidad de los resultados de las correlaciones entre variables observadas y desempleo, hemos realizado, a posteriori y de manera paralela, correlaciones entre los logaritmos neperianos de las enfermedades observadas y el *ln* del paro. Observamos que los nuevos resultados son muy cercanos a los iniciales.

***Todas las regresiones y correlaciones que hemos realizado a continuación se han calculado con datos “por millón de habitantes baleares”, así como la tasa de desempleo como porcentaje de la población activa. El intervalo de confianza de las regresiones es del 95%.**

*ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO

Existe correlación entre esta patología y el desempleo (Figura 141). M. Sánchez detalla algunos F.R. como la diabetes mellitus e hipertensión esencial, Sánchez Segura (2006, p. 2). En la regresión la hipertensión, la ansiedad y el desempleo son significativos. Con una **R² ajustada de 0,99**. Podemos aceptar que la HTA, la ansiedad y el desempleo, con 14 observaciones, y con una R² ajustada alta, han tenido la misma evolución que las enfermedades del sistema circulatorio y que la conjunción de estos 3 factores exógenos ha reforzado, posiblemente, la incidencia de la enfermedad observada. Lógicamente la DM también es factor de riesgo. Pero entre la DM y la HTA, al estar correlacionadas entre sí, aflora colinealidad; entonces se rechaza la DM, en este modelo. (Figura 145b).

7-ENFERMEDADES SISTEMA CIRCULATORIO	250-DIABETES MELLITUS	401-HIPERTENSIÓN ESENCIAL	PARO	300-TRASTORNOS DE ANSIEDAD	660 - Trastornos relacionados con el alcohol
46654,84	8612,07	12331,9	7,58	1432,98	3735,13
49110,10	9561,29	13197,7	9,71	1523,1	3959,41
50398,67	9848,75	13791	9,11	1562,23	3789,35
52335,85	10197,01	14279,9	7,21	1529,80	3613,96
49360,57	9594,81	13435,7	6,44	1520,38	3408,38
52617,28	9770,53	13923,3	7,16	1795,95	3846,11
58159,43	10570,96	15264,1	10,16	2169,00	4001,51
57310,12	10426,99	14704,8	17,92	2030,26	4013,05
61103,98	11042,91	15815,8	20,12	2203,33	3754,80
64107,53	11299,83	16924,6	21,86	2298,95	3871,12
62809,13	11227,05	15526,5	23,17	2243,98	3747,41
64894,92	11674,28	16499,4	22,26	2600,58	4115,41
68194,79	11995,19	17216,1	20	2785,82	4186,89
69614,72	12146,90	17859,1	17,31	2788,64	4493,52

Coefficiente determinación R ²	0,995176578
R ² ajustado	0,992161939
Error típico	675,1987431
Observaciones	14

	Grados de libertad	F
Regresión	5	330,1146864
Residuos	8	
Total	13	

	Coefficientes	Error típico	Estadístico t	Probabilidad
Intercepción	7976,913486	6137,667259	1,2997	0,229912901
250-DIABETES MELLITUS	1,067865053	1,016514893	1,0505	0,324176324
401-HIPERTENSIÓN	1,696128233	0,63075971	2,689	0,027538226
Paro	130,3320503	55,13720332	2,3638	0,045688067
300-TRAST. DE ANSIEDAD	6,543712959	1,739596611	3,7616	0,00553145
660 - Trastorno rel. con el alcohol	-0,604632781	1,223839952	-0,494	0,634552169

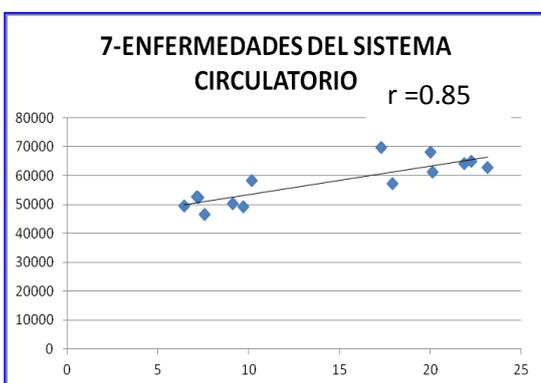


Figura 141. Correlación Enfermedades S. Circulatorio VS Desempleo. IB. F: PESTADISTICO (2002-2015)

402-ENFERMEDAD CARDIACA HIPERTENSIVA*	DIABETES MELLITUS	HIPERTENSIÓN ESENCIAL	TRASTORNOS NUTRICIONALES	PARO	SOBREPESO OBESIDAD
1014,21	8612	12331,95	3145,14	7,58	1886,65
1114,67	9561,2	13197,71	3181,46	9,71	2040,40
1010,42	9848,7	13790,97	3312,93	9,11	2159,06
1160,57	10197	14279,89	3580,39	7,21	2374,04
1068,86	9594,8	13435,73	3605,17	6,44	2442,40
1219,61	9770,5	13923,25	3658,85	7,16	2610,97
1273,25	10570,9	15264,1	4508,57	10,16	3088,05
1262,52	10426,9	14704,78	5023,61	17,92	3486,31
1381,49	11042,9	15815,76	5611,86	20,12	3735,82
1502,09	11299,8	16924,59	5643,62	21,86	3872,02
1297,97	11227	15526,53	5676,9	23,17	3863,54
1295,34	11674,2	16499,44	6653,92	22,26	4472,53
1396,53	11995,1	17216,13	6850,38	20	4693,49
1432,34	12146,9	17859,1	7137,3	17,31	4928,11

Estadísticas de la regresión

Coefficiente de correlación múltiple	0,963489825
Coefficiente de determinación R ²	0,928312643
R² ajustado	0,883508045
Error típico	52,98587911
Observaciones	14

	Grados de libertad	F	Valor crítico de F
Regresión	5	20,71914	0,000218119
Residuos	8		
Total	13		

	Coefficientes	Error típico	Estadístico t	Probabilidad
Intercepción	498,9442665	401,1643	1,243740506	0,248802952
250-DIABETES MELLITUS	-0,167095119	0,081914	-2,03987758	0,075688217
401-HIPERTENSIÓN ESENCIAL	0,166288007	0,047943	3,468422651	0,008462337
58 - TRASTORNOS NUTRICIONALES	-0,262941688	0,132665	-1,98199982	0,082792067
PARO	11,41133009	4,728608	2,413253505	0,042292947
278-SOBREPESO, OBESIDAD	0,34194459	0,192828	1,773313075	0,114108333

***ENFERMEDAD CARDÍACA HIPERTENSIVA.** Los factores de riesgo, según la Dra. Guevara son: diabetes, hipertensión, trastornos nutricionales. Guevara-Gasca y Galán-Cuevas (2010). Junto con el desempleo conforman las variables independientes del modelo, que arroja una R² ajustada de 0,88. Guevara-Gasca cita a Tapia y Labiano: “La HTA cuando es descontrolada, aumenta las probabilidades de sufrir derrames cerebrales, insuficiencias cardiacas, infartos” según Tapia y Labiano (2004). La HTA y el desempleo están correlacionados con la evolución de la patología, y además son significativos en la regresión. En cuanto a la DM es también FR. No aparece significativa dada la colinealidad con la HTA. La HTA y el desempleo, según este modelo, habrían participado en la incidencia de la patología endógena en este periodo. (Figura 145b).

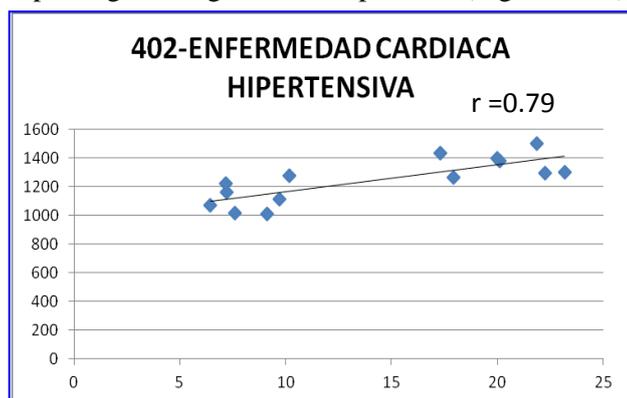


Figura 142. Correlación Enfermedad cardíaca hipertensiva VS Desempleo. IB. F: PESTADISTICO (2002-2015)

*NEOPLASIAS

También correlacionadas con el desempleo. Según J. P. Arbizu (2000), consideramos a los trastornos de ansiedad como factores de riesgo determinantes que, junto con el paro, arrojan resultados significativos, **con R^2 ajustada de 0,94**, que indica bondad del ajuste, y que nos da pie a plantear que el desempleo, en la crisis, tuvo una determinada relación positiva con la evolución de las Neoplasias.

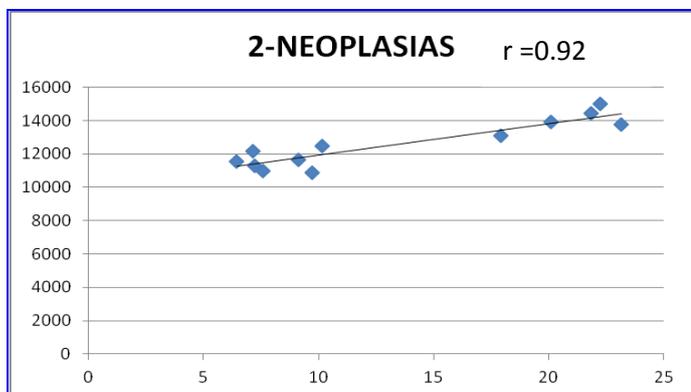


Figura 143 Correlación Neoplasias VS Desempleo. IB. F: PESTADISTICO (2002-2014)

2-NEOPLASIAS	Paro	300-TRASTORNOS DE ANSIEDAD, DISOCIATIVOS		
10982,93	7,58			1432,98
10877,58	9,71			1523,17
11662,27	9,11			1562,23
11275,20	7,21			1529,80
11536,74	6,44			1520,38
12156,40	7,16			1795,9
12472,45	10,16			2169
13070,71	17,92			2030,26
13899,92	20,12			2203,33
14411,82	21,86			2298,95
13759,57	23,17			2243,98
15006,19	22,26			2600,58
Coeficiente de determinación R^2		0,95257		
R^2 ajustado		0,94203		
Error típico		339,614		
Observaciones		12		
F				
90,3838				
	Coeficientes	Error típico	Estadístico t	Probabilidad
Intercepción	7101,71	685,057	10,3666	2,6E-06
Paro	70,2884	30,4893	2,30535	0,04659
300-TRASTORNOS DE ANSIEDAD, DISOCIATIVOS	2,37686	0,5273	4,50761	0,00147

*NEOPLASIA MALIGNA DE PRÓSTATA

La hiperplasia de próstata es factor de riesgo, según Arbizu (2000). El F.R. y el desempleo son significativos. El modelo arroja una R^2 ajustada de 0,818 y P. values < 0.05. Al igual que en las neoplasias “genéricas” el desempleo aparece como variable significativa en la evolución de estas neoplasias.

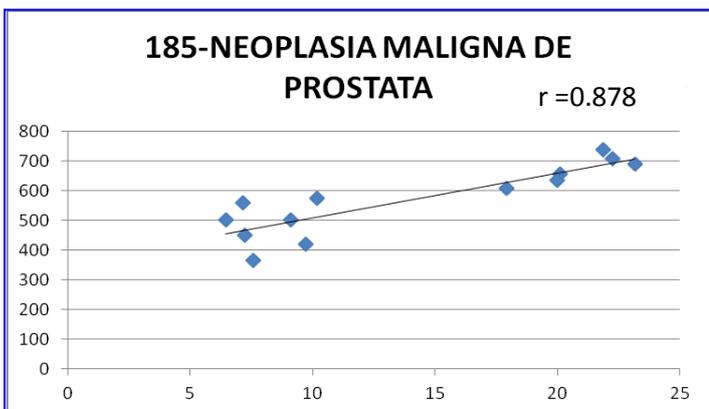


Fig. 144. Correlación Neoplasia maligna de próstata VS Desempleo. IB. F: PESTADISTICO (2002-2014)

185-NEOPLASIA MALIGNA DE PRÓSTATA				
	Paro	164 - Hiperplasia de la próstata		
366,42	7,58	1845,21		
420,11	9,71	2116,40		
500,49	9,11	2190,47		
450,60	7,21	2196,04		
500,46	6,44	2099,77		
557,9	7,16	2134,57		
573,24	10,16	2325,59		
608,89	17,92	2310,51		
656,39	20,12	2531,53		
737,57	21,86	2579,25		
689,63	23,17	2268,99		
707,04	22,26	2478,24		
635,28	20	2565,60		
Coefficiente de determinación R^2	0,8490618			
R^2 ajustado	0,8188741			
Error típico	49,509029			
Observaciones	13			
<i>F</i>				
28,12613564				
	<i>Coefficientes</i>	<i>Error típico</i>	<i>Estadístico t</i>	<i>Probabilidad</i>
Intercepción	-112,2445	211,193	-0,531478	0,606690826
Paro	8,9119448	3,4596	2,576005	0,027604828
164 - Hiperplasia de la próstata	0,2440786	0,10841	2,251414	0,048064114

***Los TRASTORNOS DE ANSIEDAD y LAS NEOPLASIAS DE HÍGADO** están totalmente correlacionadas entre sí como vemos, con una ($r = 0.92$). Ello nos indica, una vez más, que los estados de ansiedad continuada están correlacionados con la aparición de varios tipos de tumores. “El estrés puede alterar la función del sistema inmune de forma que se pueda influenciar el desarrollo o crecimiento de las enfermedades neoplásicas” según Camps, Sánchez y Sirera (2006, p. 42). Lo vemos en la Figura 145. Una total correlación entre ansiedad y neoplasias de hígado, que viene a reforzar nuestros argumentos.

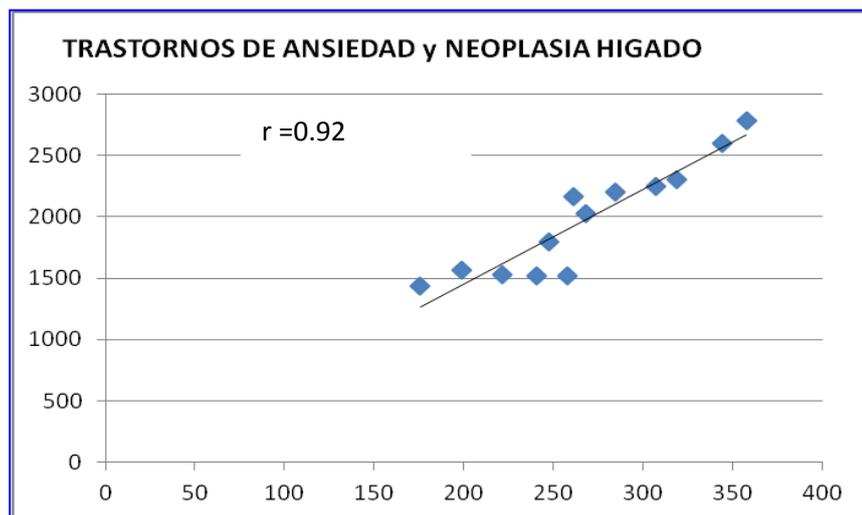


Figura 145. Correlación trastornos de ansiedad VS Neoplasia hígado. IB. F: PESTADISTICO (2002-2014)

***La alta correlación entre HTA y DM**, causante de la **COLINEALIDAD** comentada, nos hace suponer que en varios de los modelos presentados con HTA significativa y DM no significativa, se esconde el factor de esta colinealidad, como causante de la no significatividad de la DM.

La colinealidad es un problema en los análisis de regresión. Ocurre si en la estimación de los parámetros, alguna variable independiente es combinación lineal de otra, en ese caso el modelo será fallido y se “estropearán” los resultados. El coeficiente de correlación entre ambas variables será muy cercano a 1. Se considera que existe “un problema grave” si $R^2 > 0,90$.

“La HTA presenta una alta comorbilidad en relación con la diabetes mellitus (DM), ya que hay una fuerte vinculación entre la variación del metabolismo y los niveles de presión arterial” según Hernández-Ronquillo, Téllez-Zenteno y Garduño-Espinosa (2003).

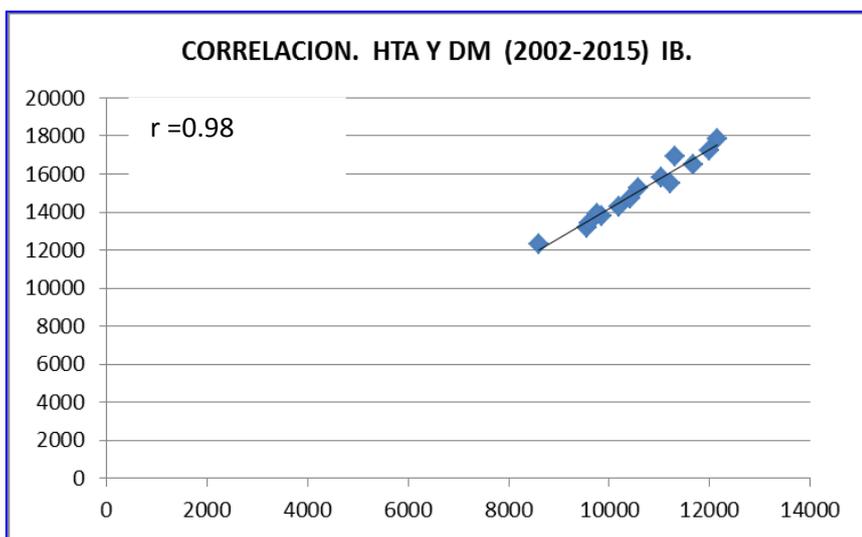


Figura 145b. Correlación entre HTA VS DM. IB F: PESTADISTICO (2002-2015)

*ENFERMEDAD CARDÍACA Y RENAL CRÓNICA HIPERTENSIVA

Con una R^2 ajustada alta de **0,98** el modelo es aceptado. Hemos trabajado los factores de riesgo explicados por Guevara y Galán (2010). El desempleo y la hipertensión son factores totalmente correlacionados con la evolución de la morbilidad de esta patología, y significativos sus parámetros. La DM arroja colinealidad con HTA (Figura 145b) sin embargo es un FR (no significativo en este modelo). El desempleo y la HTA, en este modelo, influyen en la incidencia de la patología.

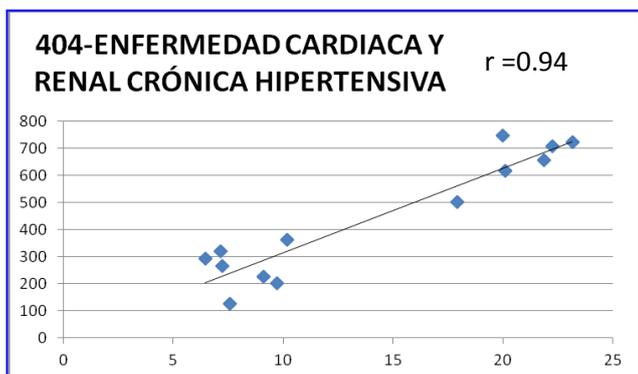


Figura 146. Correlación entre ECRCH VS Desempleo. IB. F: PESTADISTICO (2002-2014)

404-ENFERMEDAD CARDIACA Y RENAL CRÓNICA HIPERTENSIVA	250-DIABETES MELLITUS	Hipertensión con complicaciones	278-SOBREPESO, OBESIDAD	PARO
127	8612	2145	1887	7,58
202	9561	2559	2040	9,71
226	9849	2870	2159	9,11
265	10197	3469	2374	7,21
292	9595	3573	2442	6,44
320	9771	3899	2611	7,16
362	10571	4314	3088	10,16
502	10427	4721	3486	17,92
618	11043	5079	3736	20,12
656	11300	5430	3872	21,86
722	11227	5544	3864	23,17
707	11674	5583	4473	22,26
746	11995	5936	4693	20

Coeficiente de determinación R^2	0,99085695
R^2 ajustado	0,98628543
Error típico	26,185122
Observaciones	13

F=216,7454

	Coeficientes	Error típico	Estadístico t	Probabilidad
Intercepción	-280,643953	200,661119	-1,39859657	0,19948462
250-DIABETES MELLITUS	0,00719291	0,02712359	0,26519034	0,79756805
99 - HIPERTENSIÓN CON COMPLICACIONES	0,09272053	0,0277469	3,34165362	0,01020605
278-SOBREPESO, OBESIDAD Y OTROS TIPOS	0,02957405	0,04243073	0,69699597	0,50555101
PARO	11,4909324	2,57326798	4,46550162	0,0020957

*OSTEOPOROSIS

Obtenemos correlación y bondad del ajuste de 0,96 (R^2 ajustado). Vemos que el factor de riesgo “sobrepeso y obesidad” según Hermoso de Mendoza (2003), es significativo, junto con el desempleo.

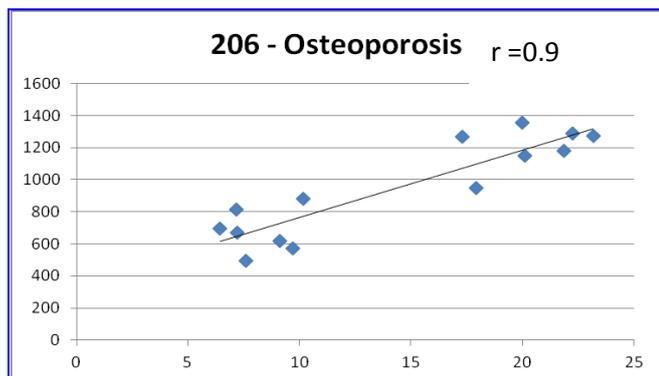


Figura 147. Correlación entre Osteoporosis VS Desempleo. IB. F: PESTADISTICO (2002-2014)

206 - OSTEOPOROSIS	58 - Otros trastornos nutricionales	278-sobrepeso, obesidad	paro	
491,83	3145,14	1886,65	7,58	
572,11	3181,46	2040,40	9,71	
618,81	3312,9	2159,06	9,11	
670,3	3580,39	2374,04	7,21	
696,26	3605,17	2442,40	6,44	
812,10	3658,85	2610,97	7,16	
880,83	4508,5	3088,05	10,16	
945,75	5023,61	3486,31	17,92	
1149,1	5611,86	3735,82	20,12	
1180,4	5643,6	3872	21,86	
1272,06	5676,95	3863,54	23,17	
1289,94	6653,92	4472,53	22,26	
1354,85	6850,38	4693,49	20	
1270,28	7137,30	4928,11	17,31	
Coeficiente de determinación R^2				
	0,9714653			
R^2 ajustado				
	0,96290488			
Error típico				
	58,6799052			
Observaciones				
	14			
F= 113,48348				
	<i>Coefficientes</i>	<i>Error típico</i>	<i>Estadístico t</i>	<i>Probabilidad</i>
Intercepción	120,044996	72,7263894	1,65063875	0,12982426
58 - TRASTORNOS NUTRICIONALES	-0,22034734	0,14552055	-1,5142009	0,16092213
278-SOBREPESO, OBESIDAD	0,51009086	0,19517516	2,61350296	0,02588472
PARO	15,6496348	5,11073451	3,0621107	0,0120012

*INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Patología correlacionada con el desempleo ($r=0,9$). En la regresión, el factor de riesgo “hipertensión” Cabrera (2004), y el desempleo arrojan una alta significación. El R^2 ajustado es 0.85.

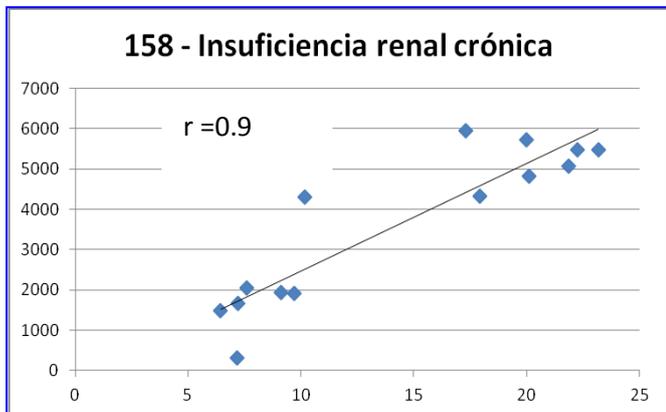


Figura 148. Correlación entre IRC VS Desempleo. IB.

F: PESTADISTICO (2002-2014)

158 - INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA	401- HIPERTENSIÓN	PARO
2041,51	12331,9	7,58
1903,18	13197,71	9,71
1945,45	13790,97	9,11
1670,17	14279,88	7,21
1490,41	13435,73	6,44
320,186	13923,25	7,16
4316,56	15264,10	10,16
4321,60	14704,78	17,92
4836,13	15815,7	20,12
5080,34	16924,59	21,86
5481,31	15526,52	23,17
5480,0	16499,44	22,26
5734,78	17216,12	20
5953,03	17859,09	17,31

Coefficiente de determinación R^2	0,8793888
R^2 ajustado	0,85745949
Error típico	732,21252
Observaciones	14

F=40,10

	<i>Coefficientes</i>	<i>Error típico</i>	<i>Estadístico t</i>	<i>Probabil</i>
Intercepción	-6116,27172	2479,40946	-2,466826	0,03129
401-HIPERTENSIÓN ESENCIAL	0,48591217	0,19951753	2,43543599	0,03308
PARO	168,925848	50,5739088	3,3401778	0,00659

*ÚLCERA CRÓNICA DE LA PIEL.

Serie correlacionada con el desempleo. FR: Diabetes, según Aizpitarte Pegenaute (2005). En la regresión múltiple, el F.R. junto con el paro arrojan datos significativos (con una R^2 ajustada de 0.91).

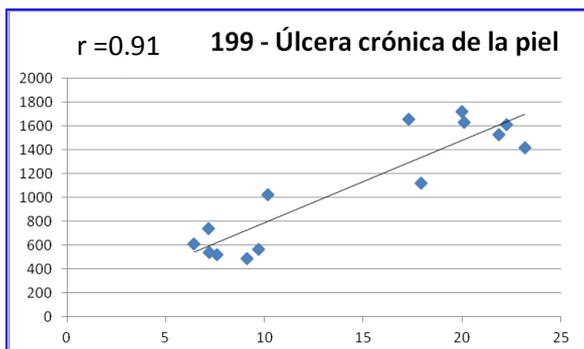


Figura 149. Correlación entre Úlcera crónica piel VS Desempleo. IB. F: PESTADISTICO (2002-2014)

199 - ÚLCERA CRÓNICA DE PIEL	250-DIABETES MELLITUS	PARO
523,46	8612,07	7,58
566,83	9561,29	9,71
490,02	9848,75	9,11
541,12	10197	7,21
612,34	9594,81	6,44
742,25	9770,5	7,16
1024,3	10570,9	10,16
1120,1	10426,99	17,92
1631,03	11042,91	20,12
1529,94	11299,83	21,86
1420,35	11227,05	23,17
1610,18	11674,28	22,26
1720,07	11995,19	20
1656,88	12146,90	17,31

Coefficiente de determinación R^2	0,9256368
R^2 ajustado	0,91211622
Error típico	146,947179
Observaciones	14

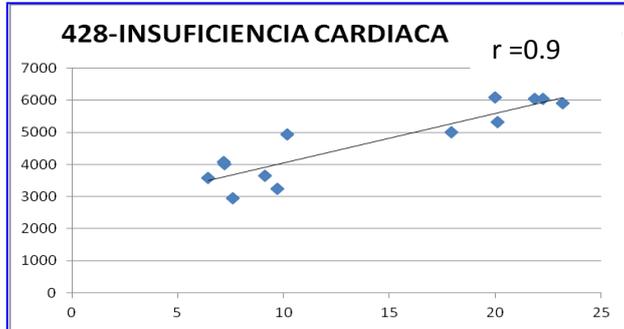
	Coefficientes	Error típico	Estadístico t	Probab
Intercepción	-2090,14004	604,733466	-3,4562996	0,0053680
250-DIABETES MELLITUS	0,25129894	0,06848618	3,6693378	0,0036938
PARO	36,3313235	10,8363181	3,35273689	0,0064462

F=68,4613

*INSUFICIENCIA CARDÍACA

Serie correlacionada con el desempleo. Factores de riesgo indicados: diabetes mellitus, hipertensión, sobrepeso, según Guevara-Gasca (2010). Junto con el desempleo obtenemos una **R² ajustada de 0,97**. Variables significativas: paro, diabetes y HTA. Estas 3 variables, combinadas en este periodo, podrían haber influido en la incidencia de la patología observada.

Figura 150. Correlación entre Insuficiencia Cardíaca VS Desempleo. IB. F: PESTADISTICO (2002-2014)

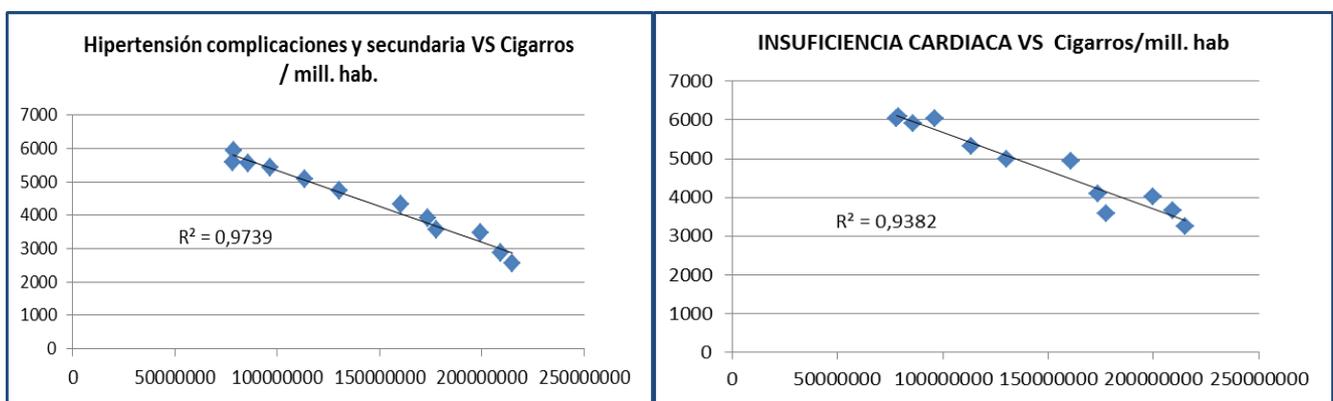


428-INSUFICIENCIA CARDÍACA	250-diabetes mellitus	hipertensión con complicaciones	278-sobrepeso, obesidad	paro
2943	8612	2145	1887	7,58
3248	9561	2559	2040	9,71
3654	9849	2870	2159	9,11
4010	10197	3469	2374	7,21
3574	9595	3573	2442	6,44
4089	9771	3899	2611	7,16
4931	10571	4314	3088	10,16
4997	10427	4721	3486	17,92
5315	11043	5079	3736	20,12
6034	11300	5430	3872	21,86
5916	11227	5544	3864	23,17
6033	11674	5583	4473	22,26
6096	11995	5936	4693	20
6150	12147	6066	4928	17,31
<hr/>				
coeficiente de determinación R ²	0,98381214			
R² ajustado	0,97661754			
error típico	179,508535			
observaciones	14			
<hr/>				
			<i>F</i>	
				136,743
<hr/>				
	<i>coeficientes</i>	<i>error típico</i>	<i>estadístico t</i>	<i>probab</i>
intercepción	-1456,57296	1364,636	-1,06737029	0,31359
250-DIABETES MELLITUS * (pvalue > 90%)	0,3486862	0,185659	1,87809204	0,09308*
99 - HIPERTENSIÓN CON COMPLICACIONES	0,57653651	0,178328	3,23299951	0,01027
278-sobrepeso, obesidad	-0,15189965	0,244890	-0,62027493	0,55045
PARO	37,2320217	14,76486	2,52166311	0,03267

La variable “cigarros vendidos / millón de hab. IB” está correlacionada con las defunciones por enfermedades isquémicas del corazón ($r = 0,88$) y con las defunciones por enfermedades cerebrovasculares ($r = 0,91$). Pero si añadimos esta variable “cigarros” a los análisis de regresión de incidencias de patologías, se presentan problemas de colinealidad que estropean los modelos.

El consumo de tabaco es indudablemente un FR de enfermedades cardiacas, entre otras, pero en nuestros modelos, en los cuales consideramos la HTA y la DM como FR, se producen problemas estadísticos si añadimos las tres: DM, HTA y tabaco.

La variable “cigarros/millón” presenta colinealidad con varias patologías. Asumimos que es FR, pero no la utilizamos en las regresiones por los problemas estadísticos que ocasiona.



Figuras 151 a, b. R^2 entre: Venta cigarros / mill. hab. IB. VS HTA e Insuficiencia Cardiaca. IB.

***SEPTICEMIA**

Obtenemos una R^2 ajustada de 0,95. Con el factor de riesgo “sobrepeso” según nos indican Sánchez, González, Marsán y Macías (2006). En la regresión, el sobrepeso y el paro arrojan resultados significativos.

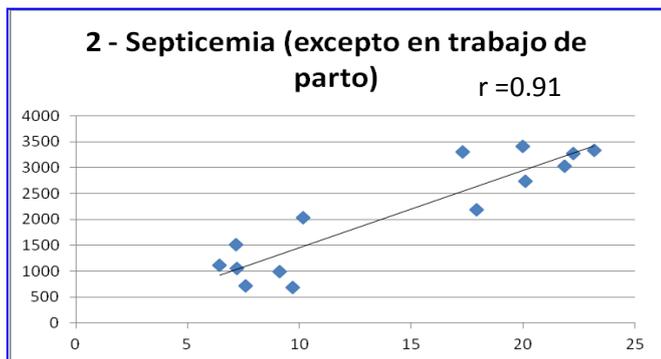


Figura 152. Correlación Septicemia VS Desempleo IB.
F: PESTADISTICO (2002-2014)

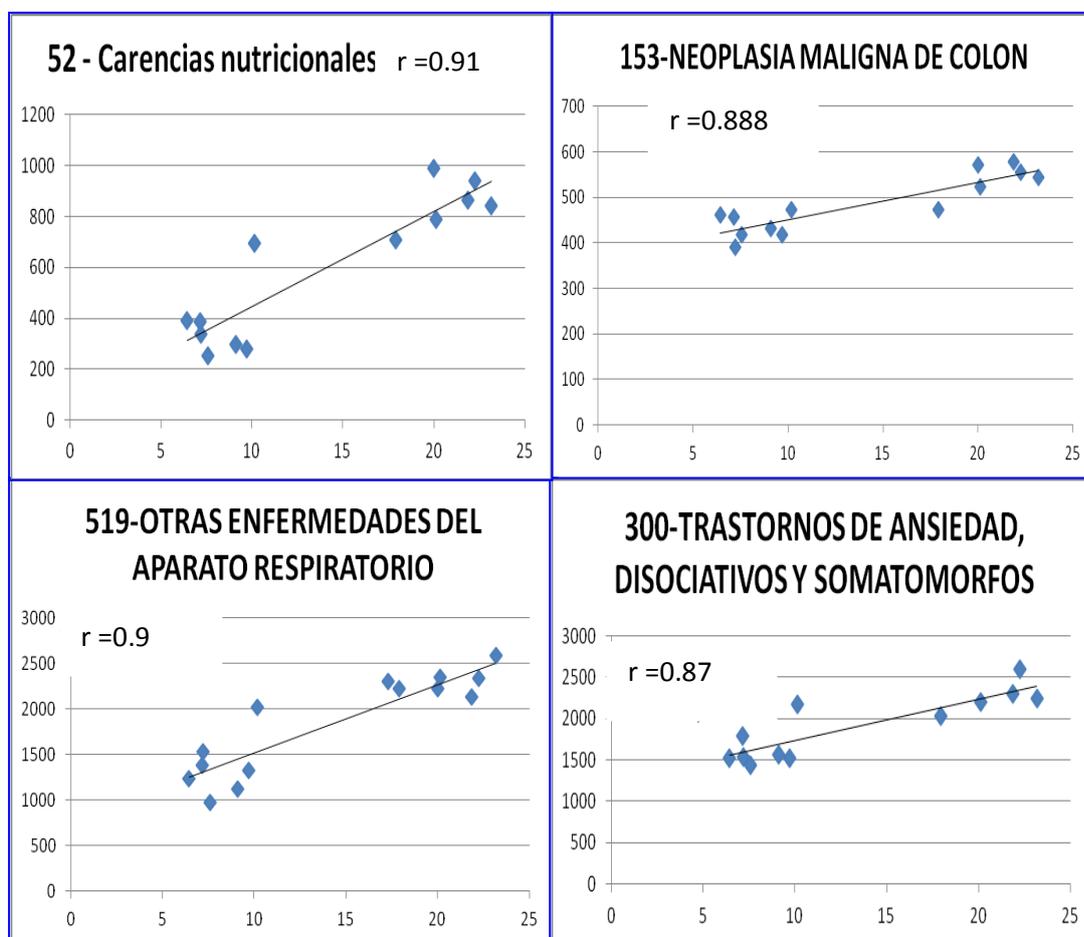
2 - SEPTICEMIA (EXCEPTO EN TRABAJO DE PARTO)	250-Diabetes Mellitus	278-Sobrepeso, Obesidad	Paro	401-Hipertensión
713	8612	1887	7,58	12332
681	9561	2040	9,71	13198
986	9849	2159	9,11	13791
1049	10197	2374	7,21	14280
1114	9595	2442	6,44	13436
1514	9771	2611	7,16	13923
2037	10571	3088	10,16	15264
2184	10427	3486	17,92	14705
2734	11043	3736	20,12	15816
3028	11300	3872	21,86	16925
3339	11227	3864	23,17	15527
3264	11674	4473	22,26	16499
3413	11995	4693	20	17216
3305	12147	4928	17,31	17859

R ²	0,96913
R² Ajustado	0,9554
Error Típico	226,35
Observaciones	14

	<i>F</i>			
	70,64			
	<i>Coefficientes</i>	<i>Error Típico</i>	<i>Estadístico T</i>	<i>Probab</i>
Intercepción	-1663,35391	1664,43666	-0,99934948	0,343
250-Diabetes Mellitus	-0,0063722	0,34895567	-0,01826078	0,9858
278-SOBREPESO, OBESIDAD	0,61533627	0,25829906	2,38226295	0,0410
PARO	53,5887683	18,7804257	2,85343736	0,0189
401-Hipertensión	0,07012345	0,20478743	0,34242066	0,7398

*CORRELACIONES CON EL DESEMPLEO (2002 - 2014)

*Trastornos de ansiedad, carencias nutricionales, neoplasia de Colón y enfermedades del aparato respiratorio. Están totalmente correlacionadas con el desempleo. Hemos correlacionado estas patologías, (con datos por millón), con las tasas desempleo. Obtenemos unas “r” muy altas, lo que indica una vez más, que numerosas patologías evolucionaron tal y como lo hizo el paro.



Figuras 153, 154, 155, 156. Correlación (r) Morbilidad VS desempleo (2002 - 2014) F: PESTADISTICO. CAIB. IBESTAT

En el punto 7.5 correlacionamos las patologías con la lista de espera.

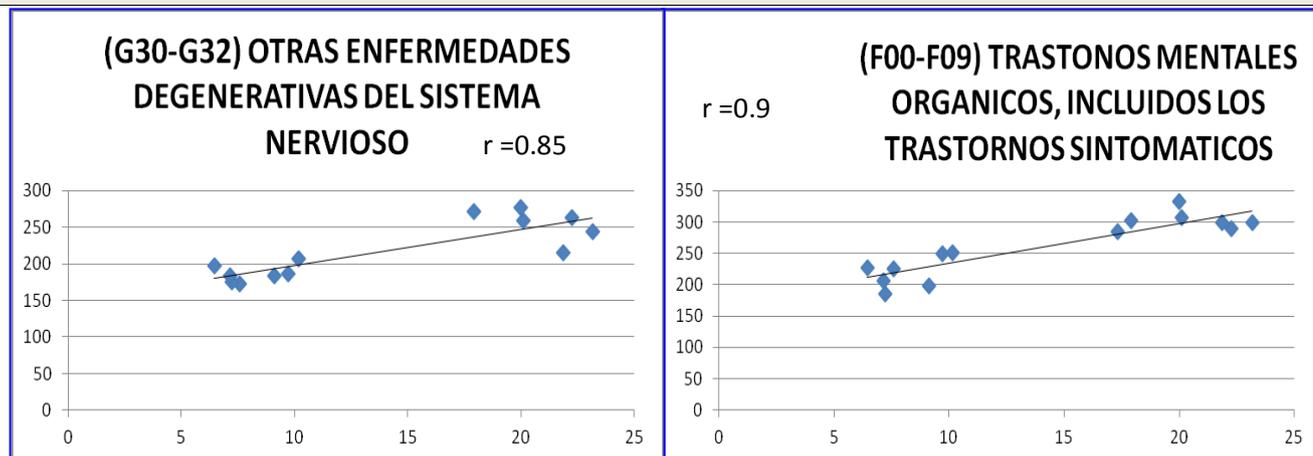
7.4 DEFUNCIONES

En el caso de las defunciones hemos realizado las mismas operaciones que en el caso de la morbilidad y hemos obtenido altas correlaciones en dos enfermedades: Trastornos mentales orgánicos y enfermedades degenerativas del sistema nervioso. El número de defunciones por estas dos patologías mantiene correlación con la evolución del desempleo, desde el 2002 hasta el 2015. Del mismo modo que anteriormente, se han tomado los datos de fallecimientos por diagnóstico y se han enfrentado a datos de evolución de desempleo. Hemos hallado casos en que la evolución esta correlacionada. Estas enfermedades están relacionadas con el estrés, intranquilidad, preocupación producida por dificultades laborales y vitales. Para el período 2002 - 2015 se ha calculado su coeficiente de correlación con la serie de desempleo. El caso de fallecimientos de pacientes con diagnósticos de: tumores, enfermedades del sistema nervioso y trastornos mentales, están correlacionados con la evolución del paro estos años, dada su “r”.

TABLA 130. DEFUNCIONES. CORRELACIÓN CON DESEMPLEO (2002-2015)

	r
(G30-G32) Otras Enfermedades Degenerativas del Sistema Nervioso	0,852
(F00-F09) Trastornos Mentales Orgánicos, Incluidos los Trastornos Sintomáticos	0,898
(C64-C68) Tumores Malignos de Vías Urinarias	0,686
(N17-N19) Insuficiencia Renal	0,571

Existe correlación en el caso defunciones de personas con trastornos mentales con el desempleo (Fig. 158) dada su “r” de 0,9. **No podemos afirmar que el paro incremente el número de defunciones por trastornos mentales, pero se hace patente una alta correlación.**



Figuras 157, 158. Correlación “r” entre defunciones VS desempleo.

F. PESTADISTICO. CAIB. IBESTAT

*DEFUNCIONES POR ENFERMEDADES ISQUÉMICAS DEL CORAZÓN

*DEFUNCIONES (I20-I25) ENFERMEDADES ISQUÉMICAS DEL CORAZÓN	401-Hipertensión Esencial	Paro	Cigarros / Mill.	278- Sobrepeso, Obesidad	300-Trastornos de Ansiedad
777,6	12331,9	7,58	207897113,1	1886,65	1432,98
809,6	13197,7	9,71	215059518	2040,40	1523,1
743,4	13791	9,11	209260449,1	2159,06	1562,23
783,2	14279,9	7,21	199521738,9	2374,04	1529,80
665,3	13435,7	6,44	177606225,2	2442,40	1520,38
658,8	13923,3	7,16	173672935,3	2610,97	1795,95
617,1	15264,1	10,16	160603043	3088,05	2169,00
699,3	14704,8	17,92	130465616,1	3486,31	2030,26
632,9	15815,8	20,12	113448637,4	3735,82	2203,33
602,8	16924,6	21,86	96411779,25	3872,02	2298,9
588,7	15526,5	23,17	85886717,36	3863,54	2243,98
587,4	16499,4	22,26	78191852,11	4472,53	2600,58
584,5	17216,1	20	78908755,51	4693,49	2785,82
613,9	17859,1	17,31	79805160,62	4928,11	2788,64

Estadísticas de la regresión

Coefficiente de correlación múltiple	0,97078275
Coefficiente de determinación R ²	0,942419147
R² ajustado	0,906431115
Error típico	24,41852305
Observaciones	14

ANÁLISIS DE VARIANZA

	Grados de libertad	F	Valor crítico de F
Regresión	5	26,18701478	9,24227E-05
Residuos	8		
Total	13		

	Coefficientes	Error típico	Estadístico t	Probabilidad
Intercepción	-195,7856224	241,948785	-0,809202748	0,44179864
401-HIPERTENSIÓN ESENCIAL	-0,017235312	0,01510302	-1,141182482	0,28680097
PARO	9,45507219	2,73707197	3,454447771	0,00863806
CIGARROS / 1 MILL.	4,48634E-06	8,0591E-07	5,566780236	0,00053044
278-SOBREPESO, OBESIDAD Y OTROS TIPOS DE HIPERALIM	0,235362354	0,06149630	3,827259852	0,00503748
300-TRASTORNOS DE ANSIEDAD	-0,207161348	0,08002976	-2,588553871	0,03218538

El caso de las defunciones por enfermedades isquémicas del corazón. Observamos 14 años, incluyendo el periodo de crisis. Hemos incluido la venta en Baleares de cigarros por millón de habitantes, la hipertensión, paro, sobrepeso y trastornos de ansiedad. Ocurriendo que el paro, el tabaco y el sobrepeso resultan variables significativas en esta regresión de defunciones por enfermedades isquémicas del corazón; con una R² ajustada de 0,90. Los datos nos indican que el desempleo, el tabaco y el sobrepeso han influido en la evolución de estas defunciones.

-Como con los diagnósticos, se ha tomado la cantidad de defunciones / millón de hab.

TABLA 131. DEFUNCIONES / MILL.
HAB. IB. (por causa de muerte)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
(I30-I52) OTRAS FORMAS DE ENFERMEDAD DEL CORAZÓN	867,0	846,6	711,0	797,5	798,2	702,5	777,4	803,3	758,6	751,0	724,5	699,8	663,4	682,7
(C15-C26) TUMORES MALIGNOS DE ÓRGANOS DIGESTIVOS	567,1	589,0	589,5	593,0	585,4	556,9	558,3	580,6	571,4	600,1	602,1	628,8	612,6	668,2
(I20-I25) ENFERMEDADES ISQUÉMICAS DEL CORAZÓN	777,6	809,6	743,4	783,2	665,3	658,8	617,1	699,3	632,9	602,8	588,7	587,4	584,5	613,9
(I60-I69) ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	738,3	723,1	685,8	562,5	570,4	570,5	494,0	464,7	502,7	414,2	475,2	409,3	411,4	426,4
(C30-C39) TUMORES MALIGNOS DE ÓRGANOS RESPIRATORIOS E INTRATORÁVICOS	431,9	435,9	494,2	433,3	498,5	460,9	450,2	451,9	460,2	429,4	471,7	418,3	445,9	393,9
(G30-G32) ENFERMEDADES DEGENERATIVAS SISTEMA NERVIOSO	172,3	185,8	184,3	176,0	196,8	183,4	206,9	272,0	258,6	215,6	243,9	262,7	277,3	327,8
(J40-J47) ENFERMEDADES CRÓNICAS DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS INFERIORES	302,1	313,5	255,5	306,2	232,8	237,7	209,7	301,3	236,9	242,6	278,7	240,2	286,4	324,1
(I10-I15) ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS	116,7	146,7	158,1	169,9	201,8	168,8	178,0	168,0	156,4	186,9	215,3	233,0	259,2	316,0
(F00-F09) TRASTORNOS MENTALES ORGÁNICOS, INCLUIDOS LOS TRASTORNOS SINTOMÁTICOS	225,7	250,2	197,9	186,1	226,8	205,7	251,7	302,2	306,5	299,2	298,4	288,8	332,6	284,3
(E10-E14) DIABETES MELLITUS	169,0	223,8	209,4	185,1	184,8	192,1	187,4	166,1	159,1	178,8	190,3	204,2	212,1	278,0
(J95-J99) OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	114,5	124,6	107,8	126,1	92,9	155,2	95,1	73,9	71,4	104,2	127,7	151,1	151,3	188,3
(J09-J18) INFLUENZA [GRIPE] Y NEUMONÍA	223,6	197,4	172,8	208,5	171,8	187,3	187,4	118,7	129,3	169,8	225,1	156,5	143,2	187,4
(C81-C96) TUMORES MALIGNOS PRIMARIOS DE TEJIDO LINFÁTICO, ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS	141,8	162,6	142,4	167,8	138,9	132,9	132,4	157,9	142,9	111,4	155,4	137,6	142,3	173,8
(C64-C68) TUMORES MALIGNOS DE VÍAS URINARIAS	128,7	129,8	126,7	120,0	127,9	120,3	120,2	116,8	150,1	150,9	148,3	131,3	139,6	152,1
(N17-N19) INSUFICIENCIA RENAL	123,2	117,2	115,2	162,7	134,9	130,0	161,3	147,0	163,6	168,9	181,3	142,1	137,8	150,3
(A30-A49) OTRAS ENFERMEDADES BACTERIANAS	41,4	49,6	58,6	63,1	44,0	55,3	48,5	36,5	39,8	45,8	45,6	65,7	70,7	145,8
(C50) TUMORES MALIGNOS DE MAMA	133,0	129,8	116,2	117,0	142,8	141,7	99,7	134,2	131,1	129,4	120,6	117,8	113,3	127,7
(K70-K77) ENFERMEDADES DEL HÍGADO	127,6	118,2	118,3	112,9	98,9	115,5	122,1	137,8	114,8	126,7	100,1	102,5	106,0	106,8
(C60-C63) TUMORES MALIGNOS DE ÓRGANOS GENITALES MASCULINOS	151,6	128,8	117,3	105,8	104,9	111,6	110,0	92,2	113,9	102,4	109,0	93,6	107,8	92,4

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto de Información Sanitaria. Mortalidad por causa de muerte. <http://pestatistico>

(CIE 10)

7.5 LISTA DE ESPERA DE CONSULTAS Y DETERMINADOS DIAGNÓSTICOS

Por último hemos querido averiguar si hay correlación entre la LISTA DE ESPERA DE CONSULTAS y determinados diagnósticos. Hemos recogido la “r” de las listas de espera VS diag. para hacer aflorar qué patologías están correlacionadas con la lista de espera. (Tabla 132 y 133).

Obtenemos que: las bronquitis, las neumonías, las enfermedades del aparato respiratorio, las insuficiencias cardíacas y las enfermedades infecciosas, son enfermedades correlacionadas con la lista de espera de CC, y ello nos da una idea de dónde y cómo habría que implementar políticas de choque, ya que estas enfermedades tienen más relación con la evolución de dicha lista de espera de consultas. **Se han tenido en cuenta las enfermedades que, aparte de arrojar una “r” alta, presentan valores absolutos considerables.**

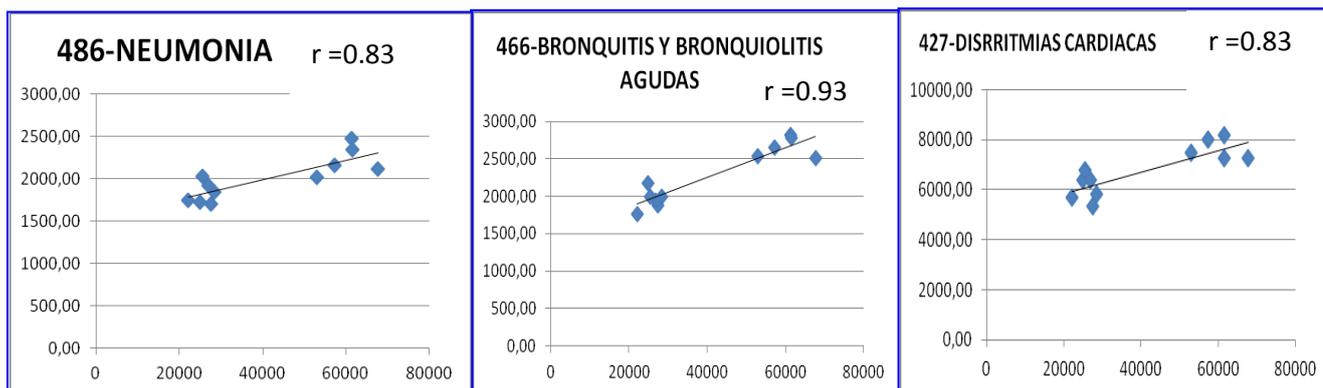
Nos encontramos con un fenómeno sanitario en el ámbito de la lista de espera. El hecho de que exista la lista de espera da lugar a que en la evolución de determinadas patologías con diferentes fases de gravedad, el paciente empeore con el paso del tiempo. Pacientes que están en una fase determinada de gravedad, pueden pasar a otra fase más grave en la siguiente visita. La lista de espera, por lo tanto, puede provocar el empeoramiento de dichos pacientes. En cualquier caso, es por ello que pacientes visitados en una fecha determinada, pueden empeorar y mostrar una fase más avanzada de su enfermedad cuando vuelven a la consulta del médico. Por ello la lista de espera estará lógicamente correlacionada con el empeoramiento de determinadas patologías que empeoran con el tiempo. Al contrario, hay patologías que evolucionan de una determinada manera y acaban remitiendo; tendrán entonces una correlación nula o negativa con la lista de espera.

Si se contase con microdatos podría estudiarse la correlación de la demora de espera con el empeoramiento de una patología o de un grupo de pacientes (GRD).

La correlación que nosotros hemos llevado a cabo nos sirve para probar cómo ciertas patologías evolucionan de una manera correlacionada con la lista de espera. Ello quiere decir que esas patologías incrementan la lista de espera más que otras que no están correlacionadas con la evolución de la lista de espera. Las que sí lo están, necesitarán de un cuidado especial, con el fin de no incrementar la demora más de lo conveniente.

TABLA 132: CORRELACIONES LISTA ESPERA DE CONSULTAS VS DIAGNÓSTICOS (2005 – 2015)

	r
466-Bronquitis y Bronquiolitis Agudas	0,93
427-Disritmias Cardiacas	0,83
486-Neumonía Organismo sin Especificar	0,83
1-Enfermedades Infecciosas y Parasitarias	0,83
428-Insuficiencia Cardiaca	0,82
8-Enfermedades del Aparato Respiratorio	0,81
518-Otras Enfermedades Pulmonares	0,81
403-Enfermedad del Riñón Hipertensiva Crónica	0,81
6-Enfermedades Sistema Nervioso y de los Órganos de los Sentidos	0,81
3-Enfermedades Endocrinas, de la Nutrición y Metabólicas	0,81
244-Hipotiroidismo adquirido	0,80
250-Diabetes Mellitus	0,80



Figuras 159, 160, 161: Correlaciones de lista espera de consultas VS diagnósticos.
F: PESTADISTICO

TABLA 133. LISTA DE ESPERA DE CONSULTAS Y DIAGNÓSTICOS (2005-2015)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
LECC	28471	27505	22140	24964	26852	25504	61406	67700	52930	57255	61496
466-Bronquitis y Bronquiolitis Agudas	1997,70	1873,01	1756,17	2181,12	1948,10	1994,49	2826,31	2517,33	2543,01	2658,95	2785,02
486-Neumonía Org. Sin Especificar	1848,18	1697,20	1747,44	1727,18	1917,06	2027,03	2479,53	2117,13	2014,98	2158,70	2346,81
1-Enferm. Infecciosas y Parasitarias	8127,10	8135,36	8493,67	9492,53	9789,80	10575,48	11538,80	11267,25	12379,53	12827,14	12408,57
3-Enfermedades endocrinas, de la nutrición y metabólicas y trastornos de la inmunidad	25930,42	25746,66	26509,48	30243,91	31022,63	34288,72	36078,96	35823,30	39256,11	41763,86	43221,28
6-Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	9731,15	8905,54	9243,68	12803,35	12434,43	13915,30	14925,69	15429,16	16986,99	17366,57	17513,23
8-Enferm. del Aparato Respiratorio	24244,99	21389,28	22713,82	25216,15	26177,03	26261,95	28831,73	27744,25	27589,92	28771,79	29115,09
250-Diabetes Mellitus	10197,01	9594,81	9770,53	10570,97	10426,99	11042,91	11299,83	11227,05	11674,29	11995,19	12146,90
427-Disritmias Cardiacas	5800,85	5342,33	5693,49	6389,56	6377,43	6795,36	7285,87	7270,61	7498,60	8011,30	8175,80
518-Otras Enfermedades Pulmonares	5588,27	4895,80	5088,05	5471,44	5793,18	5714,94	5888,88	6379,09	5931,60	6293,94	6163,99
403-Enfermedad del Riñón Hipertensiva	1892,93	2077,79	2215,11	2559,55	2813,52	2914,88	3070,66	3357,93	3435,36	3634,08	3779,16
244-Hipotiroidismo Adquirido	1015,12	1043,89	1218,65	1363,67	1429,58	1625,61	1849,77	1732,12	1941,22	2231,20	2197,42

TABLA 134. CORRELACIÓN LISTA ESPERA CONSULTAS VS DIAGNÓSTICOS (2005 - 2015)

	r
125 - BRONQUITIS AGUDA	0,929
038-SEPTICEMIA	0,905
157 - INSUFICIENCIA RENAL AGUDA Y NO ESPECIFICADA	0,862
653 - DEMENCIA CON DELIRIUM, TRASTORNOS AMNÉSICOS Y OTROS TRASTORNOS COGN	0,861
584-INSUFICIENCIA RENAL AGUDA	0,860
569-OTRAS ALTERACIONES INTESTINALES	0,851
146 - DIVERTICULOSIS Y DIVERTICULITIS	0,848
293-TRASTORNOS MENTALES TRANSITORIOS DEBIDOS A ENFERMEDADES CLASIFICADAS	0,836
492-ENFISEMA	0,835
404-ENFERMEDAD CARDIACA Y RENAL CRÓNICA HIPERTENSIVA	0,835
427-DISRITMIAS CARDIACAS	0,833
159 - INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS	0,830
416-ENFERMEDAD CARDIOPULMONAR CRÓNICA	0,829
486-NEUMONÍA ORGANISMO SIN ESPECIFICAR	0,829
161 - OTRAS ENFERMEDADES DEL RIÑÓN Y URÉTERES	0,826
428-INSUFICIENCIA CARDIACA	0,825
108 - INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA NO HIPERTENSIVA	0,824
2 - SEPTICEMIA (EXCEPTO EN TRABAJO DE PARTO)	0,821
99 - HIPERTENSIÓN CON COMPLICACIONES E HIPERTENSIÓN SECUNDARIA	0,821
111 - ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES MAL DEFINIDAS Y OTRAS	0,819
294-TRASTORNOS MENTALES PERSISTENTES DEBIDOS A ENFERMEDADES CLASIFICADAS	0,819
437-OTRA ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR Y ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR	0,814
103 - ENFERMEDAD CARDIOPULMONAR	0,814
29 - CÁNCER DE PRÓSTATA	0,813
518-OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES	0,813
206 - OSTEOPOROSIS	0,812
403-ENFERMEDAD DEL RIÑÓN HIPERTENSIVA CRÓNICA	0,811
95 - OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA NERVIOSO	0,809
599-OTRAS ALTERACIONES DE URETRA Y VÍAS URINARIAS	0,808
564-ALTERACIONES FUNCIONALES DIGESTIVAS N.C.O.C.	0,807
81 - OTRAS AFECCIONES DEL SISTEMA NERVIOSO HEREDITARIAS Y DEGENERATIVAS	0,807
84 - CEFALEA INCLUIDA LA MIGRAÑA	0,806
244-HIPOTIROIDISMO ADQUIRIDO	0,804
250-DIABETES MELLITUS	0,804
226 - FRACTURA DE CUELLO DEL FÉMUR (CADERA)	0,803
244 - OTRAS LESIONES Y AFECCIONES DEBIDAS A CAUSAS EXTERNAS	0,800

RESILIENCIA

Si analizamos la resiliencia de la salud balear, o de la población balear, vemos que una vez que han *menguado* las causas originales, detonantes de esta evolución de la morbilidad, el 2015 sigue arrojando datos superiores a los del 2008. Tal vez por ello también podremos hablar de un proceso de histéresis.

En el período de crisis, tomando ahora como referencia del 2008 al 2015, calculamos que la media de incrementos de diagnósticos por millón es de un 22%.

Podemos aseverar que una vez que han desaparecido, aparentemente, las causas de esa evolución diagnóstica, enfermamos un 22% más, según la incidencia media por millón de las patologías observadas. En cuanto a las defunciones, para el mismo periodo y con los mismos cálculos, han incrementado un 11%.

Tengamos en cuenta que el mismo proceso vital acelera las consultas y los diagnósticos. Cada vez los ciudadanos acudimos con más frecuencia a las consultas médicas, lo que sin duda provoca aumentos en los diagnósticos.

Sin embargo, es muy probable que exista un desfase entre la realidad social y los datos macro que acabará mostrándonos cómo las aguas vuelven muy probablemente a su cauce original. Sin embargo hay fuerzas que son contrarias. El envejecimiento de la población provoca más morbilidad y aumento de la esperanza de vida.

Consideramos que, tras la crisis, se han movido algunos cimientos que han provocado el comentado proceso de histéresis y que, una vez disminuidas las causas, los efectos parecen restar consolidados en las cuantías comentadas.

CONCLUSIONES TESIS

**LA SANIDAD BALEAR EN LA GRAN RECESIÓN.
GASTO, LEGISLACIÓN Y SALUD.**

Como apuntaba Alberto Alesina en 2018, la crisis obligaba a reducir el déficit mediante la reducción del gasto público con objeto de poder ir desplazando recursos de proyectos poco o nada rentables del Gobierno a los más rentables del sector privado.

Con cada convocatoria electoral las comunidades autónomas incrementan su gasto en aquellos sectores con potenciales votantes, lo que acaba generando un crecimiento irracional del gasto, que también aumenta las barreras sectoriales.

En cambio la libertad económica de un país favorece su prosperidad mejor que su riqueza material o sus infraestructuras. Por otro lado reconocer y defender el derecho a la sanidad y su decisivo papel en la cohesión social exige tener presente sus dificultades reales, desoyendo intereses parciales sectoriales.

La ciencia económica se encarga de estudiar las consecuencias y las causas de la cooperación humana. Pero si adapta sus razonamientos a intereses de grupo deja de ser ciencia, para convertirse en un ariete político. Además, el mayor elemento redistributivo es el propio crecimiento económico ya que todos, incluidos los más desfavorecidos, pueden disfrutar de más recursos sin que nadie vea disminuidos los suyos. Lo más negativo de la ausencia de crecimiento económico es que la economía se convierte en un juego de suma cero, en donde para que unos ganen, otros tienen que perder; lo que genera un potente incentivo a desfigurar la realidad.

Lo urgente durante la crisis fue reducir el déficit con medidas coyunturales, mientras que lo importante, lo estructural, era modernizar el Estado de Bienestar adecuándolo a las exigencias de la población. La austeridad siempre disminuye el bienestar, pero sabemos que es más perjudicial la quiebra y el colapso. La austeridad es equivalente a seriedad en la gestión; es eficiencia y rigor, y por todo ello, también justicia.

En esta tesis doctoral, que hemos titulado **“La sanidad balear en la gran recesión. Gasto, legislación y salud”** se ha revisado la evolución del gasto sanitario balear, así como su aplicación, en los años en que la crisis económica asoló gran parte de Europa, y de forma especial a los países del Sur como el nuestro. Esto es entre el 2007 y el 2014. Para ello se han analizado las políticas financieras que se implantaron para hacer frente a esta crisis. Esencialmente se han revisado tres planes económicos financieros que se implementaron en Baleares (en 2011, 2012 y 2013) y se ha realizado un análisis de sus medidas y efectos.

El genoma jurídico sanitario balear ha sido parte relevante de este trabajo.

Por otro lado se ha tratado de averiguar y cuantificar la relación que ha habido y los efectos de esta crisis con la salud de los ciudadanos de Baleares. Se han analizado varios aspectos de salud pública como son: casos diagnosticados, morbilidad, defunciones y procedimientos. Es decir, se ha tratado de dilucidar si la crisis ha tenido efectos en la salud de los ciudadanos analizando, primero, la correlación entre variables económicas y variables de salud pública. Después se han realizado regresiones lineales múltiples entre factores de riesgo, desempleo y patologías observadas.

También se ha revisado y analizado la evolución de los diferentes colectivos de RRHH de la sanidad balear, y se han cuantificado los efectos de la crisis en las diferentes plantillas.

Se han analizado también diferentes variables relativas a la sanidad balear y su evolución durante la crisis (stock tecnológico, sector privado) así como su respuesta a las medidas implementadas por el ejecutivo.

En este trabajo hemos intentado vislumbrar lo acontecido en Baleares durante la crisis en lo referente a la sanidad, al gasto sanitario, a la normativa y a la gestión. Cómo ha evolucionado nuestro sistema en este periodo, y cómo ha incidido la crisis en nuestra salud.

La **crisis económica** provocó que en España el paro superase el 26% (INE), tras más de 15 años de expansión económica. Europa no estaba preparada. El diseño del Euro presentaba problemas y nadie en la UE era capaz de ejercer liderazgo. Al final lo desempeñó el Gobernador, que era el menos “indicado”, pues las autoridades bancarias no deben tener protagonismo político. La UE tiene un presidente del Consejo, un presidente de la Comisión y un presidente del ECOFIN, que no desempeñaron ningún papel relevante.

La estrategia que se tomó fue la de trabajar todos los países de la UE de manera coordinada. Así, se evitó el colapso de los mercados financieros o del mismo sistema sanitario. La Unión Europea respondió a la crisis con tres líneas básicas: consolidación presupuestaria, reestructuración del sector financiero y reformas estructurales.

En Baleares, la crisis económica provocó una disminución continuada de ingresos públicos, así como un incremento de gastos sanitarios dada la mayor demanda de asistencia y tecnología sanitaria. Los efectos virulentos de la crisis empezaron a notarse a partir del 2008, el desempleo incrementaba de manera incontrolada. Se encendieron las alarmas en todo el país, y el Estado, junto con las comunidades autónomas empezaron a trabajar para atajar y reconducir la grave situación. En el ámbito de la sanidad balear, se llevaron a cabo numerosas medidas de contención del gasto y de racionalización. La deuda pública crecía y

se estaba perjudicando al proveedor comercial, de tecnología y de servicios, además de otros efectos devastadores.

La variable más representativa de esta crisis es sin duda el desempleo. Hemos visto como a partir del año 2008 el paro incrementaba sin cesar hasta que en 2013 comenzó a avistarse una desaceleración del crecimiento. Por ello, hemos tomado como referencia de esta magnitud, la media anual de desempleados registrados en Baleares con datos recogidos de los informes de la OTIB y del SOIB, en el periodo (2002-2015). Hemos constatado que la evolución anual de ciertos diagnósticos, morbilidad y ciertas patologías está correlacionada estadísticamente con la tasa de desempleo anual en las Baleares.

La tesis plantea que la crisis económica ocasionó efectos negativos en la salud de una ciudadanía que experimentó un contexto de incremento de desempleo continuado. También planteamos que el incremento de situaciones estresantes (estar desempleado en un contexto de crisis) incrementó a su vez las probabilidades de desarrollar ciertas patologías. Hemos estudiado esta relación en enfermedades de origen muy variado: trastornos de salud mental, tumoraciones y cardiopatías. Algunas están correlacionadas con la evolución del desempleo en este periodo tratado.

AVANCE DE LAS PRINCIPALES CONCLUSIONES

1. **LA TENDENCIA DEL GASTO TOTAL** del servicio de salud fue creciente de 2005 hasta 2015 (Cap. 2).
2. **EL GASTO EN PERSONAL.** El ajuste del personal fue mínimo en el sector público sanitario, y ello se consiguió, en parte, con disminuciones del coste laboral. Se pudieron mantener las plantillas de personal del Ibsalut, y no implementar ajustes numerosos en el sector (Cap. 2.2 y 5). En el sector privado las plantillas disminuyeron en importantes cuantías (2010).
3. **EL P.E.F. DE 2013 CUMPLIÓ** con el objetivo de estabilidad y de déficit. (Cap. 3).
4. **LOS P.E.F.** contribuyeron a la racionalización del gasto sanitario balear en todas sus dimensiones (Cap. 3).
5. **RDL 16/2012 DE 20 DE ABRIL.** Se reguló la asistencia sanitaria, la cartera de servicios, la prestación farmacéutica, la financiación del sistema, los recursos humanos y la salud pública. Fue una nueva ley de sanidad (Cap. 4).
6. **LA FRECUENTACIÓN DE LAS CONSULTAS** presenta un incremento en los dos sectores (público y privado). La población acudió con más frecuencia al especialista. La evolución de las consultas está correlacionada estadísticamente con la evolución del desempleo. (Cap. 6).
7. **LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA INCREMENTÓ** sus recursos, sin embargo la AP se estancó. (Cap. 6).
8. **EL PARO Y LAS URGENCIAS PRIVADAS** evolucionan en el periodo de una manera correlacionada negativamente. En el periodo de crisis, se dio un trasvase de urgencias privadas al sector público de 34.000 visitas, pues dada la merma de medios, los hospitales privados no pudieron responder como hasta entonces. La disminución de urgencias privadas la absorbió el sistema público, pues las urgencias privadas no pudieron asumir el volumen de visitas que venían atendiendo. (Cap. 6).
9. **LA COLABORACIÓN** público-privada operó como factor positivo en la viabilidad del sistema sanitario balear (Cap. 6).
10. **LAS CONSULTAS EN AP DISMINUYEN** en el periodo (2007-2014) en 601.000 (un 13%). Podría ser que esta disminución fuera absorbida por el incremento de las consultas y urgencias públicas (309.700), más el incremento de las urgencias en AP (267.800). (Cap. 6).
11. **ALGUNOS TIPOS DE NEOPLASIAS**, enfermedades cardiológicas y enfermedades relacionadas con la salud mental, en el periodo (2003 - 2015) muestran una correlación (r) con el desempleo alta (Cap. 7).
12. **SE HAN REALIZADO REGRESIONES LINEALES MÚLTIPLES.** En varias regresiones de las realizadas (sobre todo relacionadas con enfermedades cardíacas) las variables independientes arrojan resultados significativos, y en muchas de éstas, el desempleo junto con factores de riesgo, como la HTA, son también significativos. Además, los modelos arrojan R^2 ajustadas altas indicando la bondad de dichos modelos. (Cap. 7).
13. **DURANTE LA CRISIS SE PRODUJO UN EMPEORAMIENTO DE LA SALUD** de los ciudadanos. (Cap. 7).

ENUMERACIÓN DE LAS MEDIDAS PRINCIPALES

MEDIDAS COYUNTURALES

1. **RRHH.** En la crisis los RRHH públicos sanitarios apenas disminuyeron. El personal sanitario privado padeció la crisis de una manera más acusada. (Cap. 2.2 y 5).
2. **RED HOSPITALARIA PÚBLICA:** fue una medida positiva del ejecutivo, que consiguió grandes logros, y además impulsó la ya creciente colaboración público-privada de la sanidad balear. (Cap. 2.3).
3. **CONCIERTOS Y MEDIOS AJENOS:** se consiguió un ahorro de casi 7 mill. gracias a la negociación de precios que contenía como medida el plan económico financiero. (Cap. 2.7).
4. **MECANISMO EXTRAORDINARIO DE FINANCIACIÓN PARA EL PAGO A PROVEEDORES (MEPP).** Esta fue una de las medidas más trascendentes, dada la gran cuantía y alcance. (Cap. 3.3).
5. **MEDIDAS DE AHORRO PARA EL CAPÍTULO 1 DEL IBSALUT.** Aunque rechazadas fueron importantes, dado que muchos trabajadores y sindicatos no estaban de acuerdo con las medidas de racionalización. (Cap. 3.3).
6. **LAS MEDIDAS DE LOS PEF's EN CAP. 1** tuvieron un gran alcance en el ámbito del gasto y tuvieron un importante efecto racionalizador. (Cap. 3.4).

MEDIDAS ESTRUCTURALES

7. **RACIONALIZACIÓN DE SECTOR PÚBLICO INSTRUMENTAL.** Fue también una medida controvertida, ajustada a las medidas de racionalización de gasto público. Se pasó de 175 a 75 entidades. Se liquidó la deuda del SPI, en 2012, de 328 millones euros. (Cap. 3.3).
8. **ELIMINACIÓN DE DUPLICIDADES.** Esta medida fue efectiva; se consigue que disminuyan muchos procedimientos que podían estar duplicándose (Cap. 3.3).
9. **CENTRAL DE COMPRAS Y LOGÍSTICA DEL SERVICIO DE SALUD.** La central de compras no consiguió el alcance esperado, fueron 8.3 millones de euros ahorrados el 1er año. Sin embargo la central de compras “mantuvo” relativamente bajo el gasto los años siguientes. (Cap. 3.3).
10. **COPAGOS.** Se pretendía racionalizar el gasto. El copago farmacéutico se modificó y llegó a aplicarse a los pensionistas (con un tope máximo). Los ciudadanos (no pensionistas) deberían hacerse cargo de un copago según sus ingresos. (Cap. 3.3).
11. **LA INTEGRACIÓN PRESUPUESTARIA Y JURÍDICA EN EL IBSALUT de GESMA** y de las 3 “fundaciones sanitarias” en 2013, fue un logro en la gestión y racionalización de la política sanitaria, que puso en “orden” cuatro de los entes más importantes de la sanidad balear, incorporándolos en la estructura económica y jurídica del Ibsalut. (Cap. 3.4).
12. **LA COLABORACIÓN PÚBLICO-PRIVADA** fue capaz de reducir las listas de espera, de mantener seguros los stocks de tecnología, de mantener la asistencia lejos del colapso y de garantizar la sostenibilidad del sistema en todos los ámbitos de la sanidad. (Cap. 6.4).

El **Sistema Nacional de Salud (SNS)** es la entidad que presta servicios sanitarios a los ciudadanos españoles. Se creó en 1908, y durante el siglo XX fue extendiendo su cobertura a los ciudadanos. El Sistema Nacional de Salud español es del tipo “**Beveridge**” (como en el Reino Unido) en el que la recaudación tributaria depende del Estado y éste distribuye los recursos según el modelo de financiación vigente. Existen sistemas alternativos al Beveridge, como por ejemplo el modelo **Bismark**, un sistema no gubernamental y de carácter obligatorio que se financia con cuotas de empresarios y trabajadores pagadas directamente a las entidades sanitarias. Por ejemplo, en Alemania los trabajadores suscriben obligatoriamente un seguro al que deben destinar un porcentaje de su salario. Las cuotas dependen de los ingresos y del coste de la póliza. Los empresarios aportan un tanto por ciento del salario del trabajador. El Estado sólo tiene un papel regulador.

El sistema sanitario español (**Beveridge**), es un sistema de cobertura universal, de financiación pública vía impuestos, y cuyas competencias están transferidas a las comunidades autónomas desde el proceso de descentralización de 2002. La Ley 16/2003, de 28 de mayo se aprobó cuando las comunidades autónomas asumieron las competencias en materia de sanidad. Se aprobó para garantizar el equilibrio autonómico sanitario tras esta descentralización. En nuestro país todos los españoles tienen derecho a recibir asistencia, así como los ciudadanos de la Unión Europea a través de la tarjeta sanitaria europea. Desde el 2012, sin embargo, la norma dicta que los ciudadanos no pertenecientes a la UE (en situación irregular) tienen únicamente derecho a asistencia pública de urgencia (salvo las mujeres embarazadas y los menores de 18 años, los cuales tienen derecho asistencial “total”).

La Ley 21/2001, de 27 de diciembre, reguló el sistema de financiación. Hay quien defiende que éste fue insuficiente pues no se tuvo en cuenta la población flotante, que en Baleares es cuantiosa debido a factores como el turismo o segundas residencias. Pero sí se tiene en cuenta, a través de la tarjeta de la UE. En cuanto a la financiación de los servicios públicos transferidos, es la comunidad autónoma balear la que decide cual es el reparto de recursos para sanidad o educación en base a la estructura financiera creada año tras año.

(Sistema de financiación que se derogó en parte por la Ley 22/2009, de 18 de diciembre, que reguló el (nuevo) sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía y modificó determinadas normas tributarias).

Desde el año 2003, el gasto autonómico balear se ha multiplicado por 3. La sanidad lo ha hecho en cuantía menor.

Sin embargo, **el gran peso de la sanidad privada** balear libera a la sanidad pública autonómica de una gran parte de la carga, pues el sector privado sanitario, año tras año se ha consolidado y ahorra, como hemos calculado, casi 500 millones de euros / año al sistema balear.

La sanidad balear es relativamente más costosa dada la insularidad, el crecimiento poblacional, la industria turística, el turismo de salud y sanitario, y la creciente población de inmigrantes a largo plazo.

Cuando llegó, en 2002, la transferencia de competencias, la CAIB asumió un coste laboral creciente de todos los trabajadores de la nueva sanidad balear. El capítulo 1 comprometía en cierta manera al sistema, pues dejaba menor margen para maniobrar en sus demás capítulos de gasto. Éste fue uno de los motivos por los que en 2003 nos encontramos con una cierta falta de financiación en la sanidad: por un capítulo 1 predominante que, cuando se asumieron las competencias no dejó de aumentar; y dada la tradición y costumbres, la **sanidad privada** completó y complementó año tras año a la pública, desarrollándose en el gran “vacío” que existía.

Durante el periodo de crisis el paro seguía creciendo. Se sucedieron normas, decretos y planes. Se incrementó el IVA, se suspendieron pagas extra de funcionarios. En 2012 Mario Draghi (Presidente del Banco Central Europeo) pronunció sus famosas palabras en las que recalcó que el BCE haría todo lo necesario para sostener el euro, y que eso sería suficiente. Palabras que calmaron los mercados. El desempleo (EPA) en España alcanzó los 6,2 millones de parados en 2013. Los servicios públicos eran objeto de debate por la evolución de esta situación; el impacto de la crisis ponía en riesgo muchos servicios sociales. La crisis económica produjo una desaceleración del crecimiento que afectó al sector público, pero sobre todo, al privado. Se debían ajustar los presupuestos, incrementar la recaudación, racionalizar el gasto, implantar políticas de contención del personal y reducir el déficit. La crisis ocasionó que se regularan derechos de prestación y asistencia. Apareció la figura del “asegurado” que sustituyó al ciudadano como “sujeto” con derechos a protección sanitaria. Se relacionó la prestación con la cotización y se trató de diseñar un sistema más justo, evitando ciertos abusos.

Los “residentes no autorizados” dejarían de recibir asistencia sanitaria gratuita, salvo en condiciones de urgencia, como se ha explicado. Incrementó la contribución directa del usuario (copago), y se modificó la cartera de servicios mediante su diferenciación en cartera básica, suplementaria y accesorio.

Las consultas médicas totales crecieron. Se dio un incremento de la demanda asistencial de manera genérica.

La CAIB aplicó medidas de oferta y de austeridad. La principal tarea era sanear las cuentas para reducir el déficit a niveles permitidos, dentro de los lindes marcados por el Estado, y así reducir la deuda y progresivamente racionalizar y sanear el sector.

El sistema financiero español tenía un gran problema: la **falta de crédito**, pues los bancos se encontraban en una situación de vulnerabilidad dado el ingente capital que se encontraba en situaciones delicadas. Sus activos y pasivos estaban totalmente expuestos. Se debía conseguir que el crédito volviera a fluir para evitar el colapso total. A parte, España estaba perdiendo su prestigio y su crédito como país, incapaz de afrontar reformas necesarias.

Los PEF's acometieron las medidas necesarias para racionalizar el gasto de la administración pública, en nuestro caso en la sanidad. La sanidad pasó por un momento muy delicado pues disminuían los ingresos y se hacía insostenible su organización. Los planes económicos financieros que se implantaron este periodo introdujeron medidas de racionalización que debían poner "en orden" las cuentas públicas para poder mantener el sistema y controlar el déficit.

La situación era de numerosos impagos, huelgas y malestar generalizado. Un paro que crecía a gran velocidad, y un gobierno que tuvo que recurrir a bonos patrióticos.

COMENTARIO PRELIMINAR A ALGUNAS POLÍTICAS

Según el informe de Repullo (2014) los puntos, metas y objetivos centrales del RDL 16/2012, de 20 de abril, son: austeridad sanitaria, mejorar e innovar en gestión clínica, desinversión de servicios inapropiados, reducir el déficit y estabilizar o reducir el gasto sanitario.

En Baleares, hasta el 2010, el déficit se alejaba del permitido por el Estado, haciendo inabarcable la creciente deuda. Tras este año, el déficit y su objetivo comenzaron a aproximarse gracias a las medidas de los planes. Estos planes se impulsaron básicamente por dichos incumplimientos. Es más, ningún ente o país deseará financiar con deuda un déficit si sobrepasa al marcado por el Estado, así que se deberá perseguir con tenacidad el cumplimiento del límite del déficit marcado. Más adelante, este cumplimiento también fue condición para acceder al mecanismo extraordinario de pago a proveedores (MEPP). Este crédito extraordinario, contenido en el RDL 7/2012, de 9 de marzo, fue una de las medidas más importantes. Al IBSALUT se destinaron **467 millones euros** con el fin de saldar deudas con proveedores en 2012.

El gran déficit generado esos años no podía ser refinanciado con deuda. Antes de esta regulación podía financiarse con remanentes de tesorería de otros años, después incrementando la presión fiscal autonómica. **Con los planes económicos financieros** se tomaron medidas de choque, estructurales, de gestión y económicas, que racionalizaron la estructura de gasto del Ibsalut en todos sus ámbitos y capítulos.

Se perseguían dos grandes propósitos. Era urgente contener el déficit para recuperar el crédito. Algo coyuntural que se traduce en medidas de austeridad. Y había que racionalizar el sistema. El gasto debía crecer con la lógica de las necesidades, y no de forma exponencial desmotivada.

El objetivo de déficit para el año 2011 fue del 1,3% del PIB. No se cumplió, llegó al 4,1%. Como venimos diciendo se aplicaron políticas basadas en racionalización del gasto público, así como una disminución de sector público instrumental que liquidó multitud de empresas públicas.

Hemos analizado también la **sanidad privada**. El sector privado sanitario y la sanidad pública consiguieron que nuestro sistema de salud no colapsara. (El sector privado padeció mucho más la crisis que el público).

El **copago** farmacéutico se modificó evitando abusos de farmacéuticos y desperdicio de medicamentos. Llegó a los pensionistas (con un límite máximo). Los demás ciudadanos (no pensionistas) deberían hacerse

cargo de un copago según sus ingresos. Los pensionistas pasarían a pagar un 10% del precio de los medicamentos con un tope mensual, y las personas activas un máximo de 50% - 60%, dependiendo de su nivel de renta. **El primer año se consiguió un ahorro en este gasto. Pasado un año desde la puesta en marcha, el gasto farmacéutico se incrementó ligeramente, sin alcanzar los niveles previos, dada la venta de nuevos medicamentos más caros, según el Informe de seguimiento de los planes Económico-Financieros (2013).**

Eliminación de Duplicidades (con el análisis de la cartera de servicios). Revisada en el capítulo relativo al P.E.F. 2012. **Se consiguió disminuir el número de procedimientos médicos realizados** (Punto 3.3.5). Hubo cierta contestación social, ya que fue notable la disminución de la prescripción de algunas pruebas y procedimientos médicos que el paciente desea realizarse.

La Central de compras consiguió reducciones de gastos, pero este ahorro se vio contrarrestado por el incremento de actividad sanitaria de 2013.

Se dejaron de sufragar 417 medicamentos indicados para síntomas menores. Se sustituyeron por genéricos con idénticas propiedades. Se aplicó una reducción del precio de los **medicamentos no genéricos** mediante el RDL 8/2010 de 20 de mayo, el cual rebajó un 7,5% el precio de éstos. Para los medicamentos huérfanos, el descuento fue del 4%.

El **personal sanitario** público apenas disminuyó. El sector privado se vio más perjudicado en este sentido (dada su naturaleza más expuesta a sufrir los efectos de una crisis económica) y descendió su contratación de personal. **En 2012 el ahorro de personal público fue de 57 millones. En 2011 de 25 mill. y en 2010 de 18 mill. Desde el 2010 se implantó una senda de racionalización en las retribuciones y en la contratación de personal.**

Los **convenios singulares** trataron de mejorar la situación con la denominada “RED HOSPITALARIA BALEAR” en cuanto a la **evolución de las listas de espera.** Estos convenios produjeron un “trasvase de camas” intersectorial, al pasar a pertenecer a la Red Pública, la Cruz Roja y Sant Joan de Deu (Figuras 124, 125, 126).

Aunque el cómputo de la **lista de espera** prioriza las primeras visitas, y no se tienen en cuenta las segundas, lo que no permite dar una imagen fiel de la situación de esta variable, ni de su evolución.

RDL 16/2012, de 20 de abril. (Inmigrantes no regularizados). Endureció la asistencia sanitaria a los extranjeros que no contaban con su situación regularizada como residentes en España, (menos en los casos

de embarazo y/o de urgencia). Hay juristas que mantienen que se cambió el paradigma que existía hasta el momento (principio de universalidad). Los extranjeros no registrados residentes en España, recibirían asistencia por urgencia, asistencia al embarazo y parto. Los extranjeros menores de 18 años seguirían accediendo a la asistencia sin ninguna modificación. Hoy día, aún se está litigando por la devolución de alrededor de 10.000 tarjetas sanitarias en las IB. La Ley se centró en el colectivo que realizaba aportaciones, evitando el abuso.

Turistas sanitarios. El RDL 16/2012, de 20 de abril, contenía medidas para frenar el turismo sanitario por parte de extranjeros no residentes en España. Algunos ciudadanos de la Unión Europea venían a España a recibir tratamientos que no disfrutaban en sus países. Se exigió a los ciudadanos que desearan permanecer durante un periodo superior a 3 meses en España, disponer de recursos suficientes para poder afrontar una eventual carga asistencial. **Las medidas del RDL 16/2012, de 20 de abril, hicieron efecto en 2013 y 2014, en cuanto al nº de visitantes por motivos médicos. El importe facturado por parte del INSS creció de manera continuada en las I.B. También mejoraron los datos propios al fondo de cohesión sanitaria, que recibieron las I.B. a partir del 2012.**

De hecho el Parlamento de Navarra interpuso un **Recurso de Inconstitucionalidad** a dicho Real Decreto Ley por el instrumento legislativo utilizado, por la exclusión de colectivos, por la nueva cartera común de servicios del SNS, por la aportación de los usuarios en la prestación farmacéutica y por la cesión de información tributaria sin consentimiento del interesado.

Se admitió UN supuesto de Inconstitucionalidad: declarar inconstitucional y nulo el inciso: “*siempre que acrediten que no superan el límite de ingresos determinado reglamentariamente*” del art. 3.3 de la ley 16/2003 de 28 de mayo, según STC 139/2016 de 21 de julio. Se **desestimó** el recurso en “todo lo demás” según la misma sentencia.

CRÉDITO

El crédito estaba muy **restringido**. Según el Banco Central, en España (2009), se restringió un 40% a las sociedades, un 30% al sector hipotecario y un 40% al consumo. A su vez, las restricciones al crédito disminuyeron el consumo y aumentaron los impagos, afectando esto al crecimiento y generando mayor desempleo.

En otro sentido, el crédito y la **confianza** de España a nivel internacional se perdieron. Una economía capitalista está basada en el crédito. El crédito y la confianza varían según la certeza que tiene la comunidad internacional de que el país en cuestión cumplirá sus compromisos futuros. Asimismo los inversores internacionales en deuda pública, desconfiarán de los países con falta de crédito, y pasarán a exigir niveles de rentabilidad superiores para comprar su deuda. Era urgente eliminar la desconfianza que afectaba a las entidades financieras españolas pues la confianza en el sector financiero español y la falta de crédito en España no mejoraba. Para ello, en el año 2012, se implantaron nuevas medidas para sanear los balances de las entidades de crédito españolas con la ayuda de la Unión Europea. Cristóbal Montoro fue el primer Ministro que reforzó la unidad de todos los consejeros de hacienda de todas las CCAA. Juntos lucharían contra el déficit con el objetivo de evitar la división territorial en la gestión económica.

Se creó la Sociedad de Gestión de Activos Procedentes de la Reestructuración Bancaria (**SAREB**) para administrar las entidades nacionalizadas y/o receptoras de ayudas públicas. El conocido “banco malo”. Este banco recibiría financiación de la Unión Europea a través del FROB y del Banco Central Europeo. En junio de 2012 la UE (el Eurogrupo) prestó 100.000 millones euros a los Bancos españoles para sanear el sector bancario, recapitalizar Bankia y otras entidades en crisis. Aprox. el 10% del PIB español. Europa impuso 32 condiciones a España que debería cumplir en unos plazos determinados.

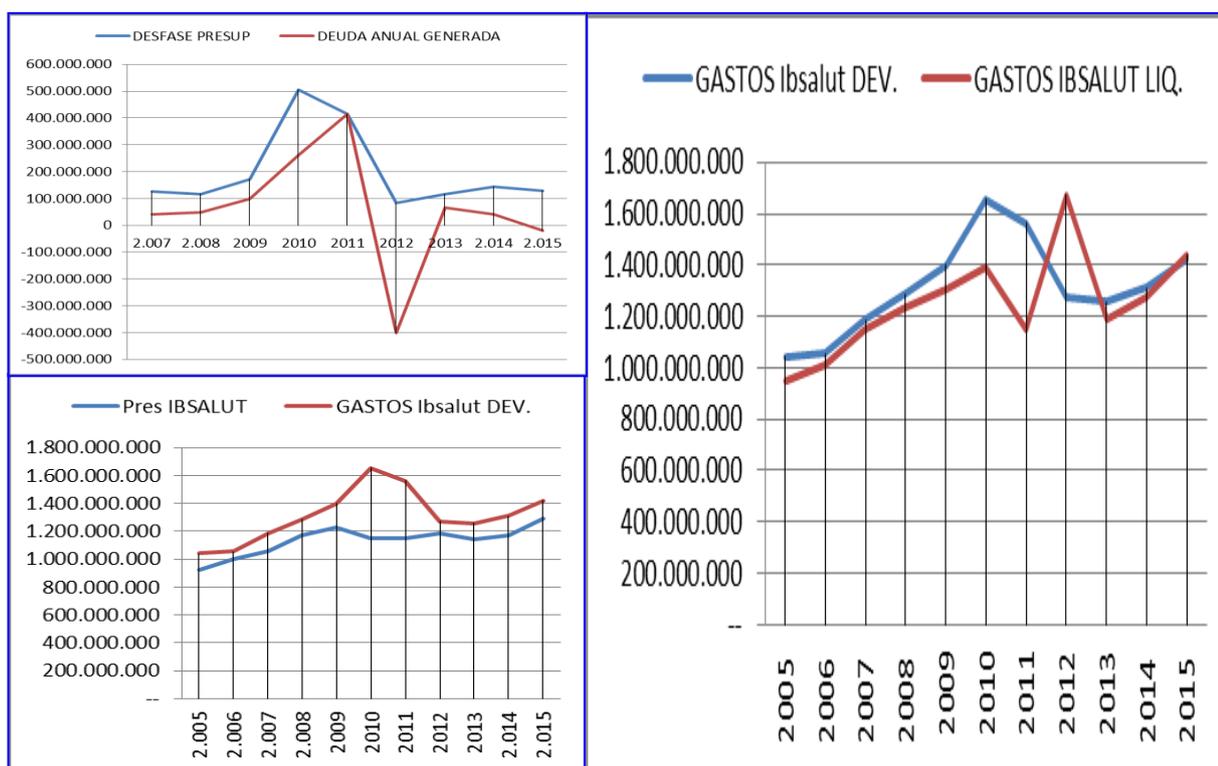
Se exigió a España que reforzara la consolidación fiscal y evitara el mal funcionamiento del mercado de trabajo. Y sobre todo, que **ajustase el gasto de las comunidades autónomas** y que elevara el IVA.

QUÉ HICIERON OTROS PAÍSES

En general se intentó estimular la economía, para después adoptar medidas de estabilidad presupuestaria. Todos los países sin excepción utilizaron el Estado de bienestar para suavizar el impacto social de la crisis. Salvo el Reino Unido que fue partidario de la restricción del gasto público. Las recetas para las crisis siguen siempre el mismo esquema: reequilibrio del presupuesto público y medidas liberalizadoras que faciliten la correcta gestión de los recursos escasos. El Reino Unido tenía menos sectores pendientes de liberalización.

GASTO SANITARIO Y DEUDA COMERCIAL SANITARIA

Los gastos devengados sanitarios fueron más altos que los liquidados, generando así DCS año tras año hasta el 2012. La diferencia entre gastos y pagos (devengo y líquido) genera DCS, que coincide con los “AJUSTES” presupuestarios de la contabilidad pública presupuestaria (que contienen la partida 409). Es una cuantía que se corresponde con la generación anual de deuda comercial sanitaria. Se ve claramente en la gráfica cómo se generó DCS hasta 2012, año que con el MEPP se redujo en 400 mill. esta deuda. Único año en que se pagó más de lo que se gastó.



Figuras 162, 163, 164. Desfases, presupuestos, gastos devengados y líquidos. F: PESTADISTICO. CAIB. EGSP

Es necesario, en lo que se refiere a la contabilidad presupuestaria, tener en cuenta el funcionamiento de la cuenta 409. En esta tesis lo hemos hecho de manera “indirecta”, pues hemos trabajado con 3 magnitudes de gasto: devengo, líquido y presupuesto. La cuenta 409 contiene el gasto no aplicado que, junto con otros conceptos de gasto, suman los ajustes totales del gasto liquidado (o real). Esta cuantía de “Ajuste” es el equivalente a la diferencia entre el gasto liquidado y el devengado, teniendo en cuenta que las magnitudes no serán idénticas, ya que los AJUSTES se realizan sobre el **presupuesto consolidado**. En cambio, los gastos devengados y liquidados *utilizados* en este trabajo son cuantías del Ibsalut.

- Los gastos no ejecutados se cargan a la 409, que es una cuenta no presupuestaria.
- El gasto devengado lo hemos obtenido de la estadística de gasto sanitario público (EGSP) publicada por el Ministerio.
- El líquido (criterio de caja) o gasto real, y los presupuestos los hemos obtenido de las cuentas generales de la CAIB, del apartado de gasto de sistema sanitario.

La cuenta 409 es una cuenta acumulativa que forma parte de los ajustes totales del gasto real. Los movimientos de DCS, (diferencia entre líquido y devengo), se mueven de igual manera que estos **ajustes**.

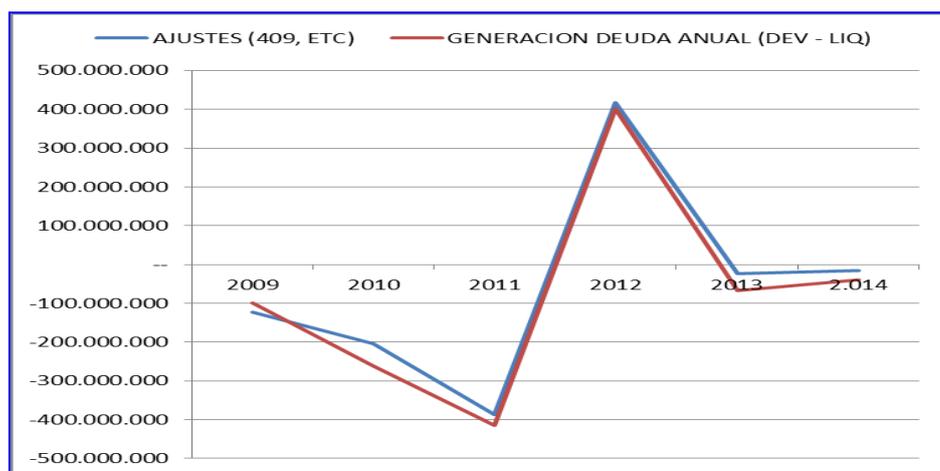


Figura 165. Cta. 409 VS DCS

F: PESTADISTICO. CAIB. EGSP

En el año 2013, a la cuenta de “Ajustes” se le ha restado 64 mill. del concepto A06. (Consolidación transferencias AAPP)

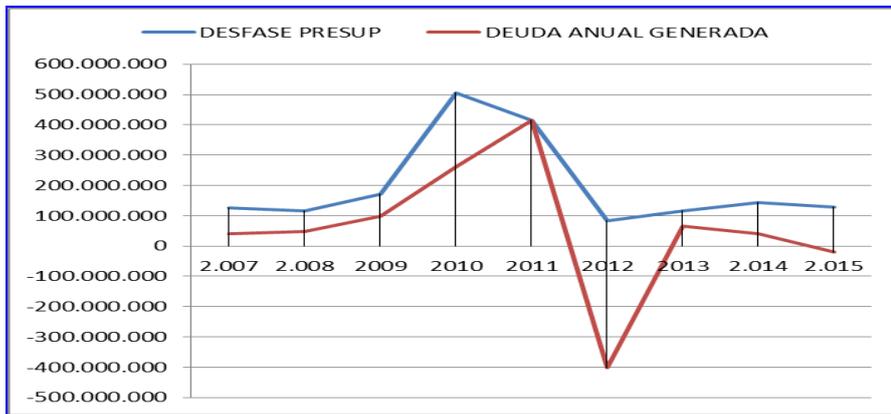


Figura 166. Desfase VS DCS

F: PESTADISTICO. CAIB. EGSP

Como decíamos los ajustes no coinciden exactamente con la generación de DCS, ya que estos ajustes son del presupuesto consolidado. En la gráfica de ajustes totales (que contienen la cuantía de la cta. 409) superpuestos a la generación de DCS, vemos que evolucionan prácticamente de la misma manera, con puntuales diferencias puesto que como decíamos, los ajustes y la cta. 409 están calculados sobre el **gasto consolidado**. (CAIB, ATIB, IBSALUT).

En cuanto a la **deuda comercial sanitaria**, en el periodo total se generaron 570 millones de DCS acumulada (estos 8 años), deuda que sería mucho más alta si no se hubiera reducido en 402 mill. gracias al MEPP de 2012. Como vemos en 2012, gracias al mecanismo de pago a proveedores se saldaron deudas de farmacia y de suministros. Para hacernos una idea de la gran magnitud de la DCS, en 2010 el gasto sanitario público en las I.B. fue de 1655 mill. La DCS generada fue de 262 mill. euros.

La **EGSP** (estadística de gasto sanitario público) indica las obligaciones devengadas generadas. Estas fueron siempre mayores a las presupuestadas por el Govern; y mayores al gasto liquidado generando DCS. No fue así en 2012, pues disminuyó la DCS gracias al mecanismo extraordinario de pago a proveedores. En 2013 disminuyeron los pagos liquidados. **Pero la DCS generada en 2013 y años subsiguientes, fue menor.** Estos 8 años se generó una DCS media (por año y persona) de 65 € (equivale aproximadamente a 570 mill. de euros en todo el periodo).

PROGRAMAS NACIONALES DE REFORMAS

Eran medidas contenidas en el Pacto del Euro. Los PNR se pusieron en marcha a partir del 2011 con el fin de restaurar el crédito, la actividad económica, dar impulso al crecimiento, a la competitividad y a la creación de empleo. Otra medida contenida en el Pacto del Euro, fue dirigida a todas las Comunidades Autónomas, las cuales deberían presentar PLANES ECONÓMICOS FINANCIEROS por no haber cumplido su objetivo de déficit (-1,5 % del PIB). Los planes debían contener medidas para reducir los gastos e incrementar ingresos. El plan nacional de reforma del 2012, incluyó la reforma del **Sistema Nacional de Salud** para racionalizar el gasto sanitario. Se abordó el concepto del “**ASEGURADO**”, adecuándolo a la normativa comunitaria.

Todas las Comunidades Autónomas presentaron planes Económico-Financieros dado el mandato del RDL 20/2012, de 13 de julio; con medidas de ahorro y con planes para reducir el déficit público.

El saneamiento de las cuentas públicas era objetivo prioritario y el reto de la economía española era la salida de la crisis mediante la consolidación presupuestaria, el fortalecimiento del sistema financiero y el impulso de la economía real.

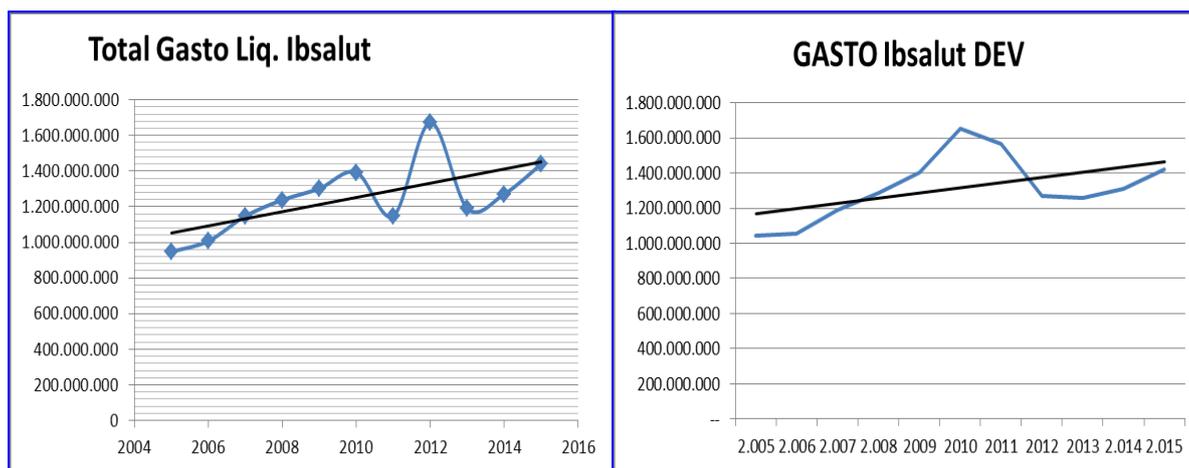
Pero pocos países del sur de Europa siguieron las recomendaciones del Pacto y de los programas, que se centraban en el mantenimiento de los equilibrios presupuestarios a medio plazo y en la liberalización de sectores.

CONCLUSIONES GENÉRICAS DE GASTO

La tendencia del gasto total del servicio de salud ha sido creciente de 2005 hasta 2015, debido a dos hechos importantes que han hecho posible este incremento de recursos:

1º Haber podido acceder al mecanismo extraordinario de pago a proveedores (MEPP) en 2012. Con este mecanismo incrementaron los gastos liquidados de manera notable (2012).

2º El pacto político comentado del nuevo sistema de financiación: Antes del 2011 se transfirieron más recursos (el 2009 y 2010) al margen de la fórmula de cálculo.



Figuras 167, 168. Gasto líquido y devengado. IBSALUT

F: CAIB. EGSP

Los años 2011, 2012 y 2013 fueron los ejercicios que contaron con un mayor esfuerzo racionalizador en este periodo estudiado, en el Ibsalut. Es más, en 2011 se dio un incremento de DCS notable que afectó a muchos proveedores. Deuda saldada en 2012.

El resultado del sumatorio de las variaciones de gasto anual liquidado en el periodo es (+124,2 mill.). Lo que implica un crecimiento global del gasto. **Lo mismo ocurre, con este análisis, para el gasto devengado.**

Esta crisis económica ha afectado al empleo, al producto interior bruto, al número de empresas activas, al salario, a la renta per cápita; y todo esto ha hecho que disminuyera el nivel de ingresos públicos. Con menos ingresos públicos las Administraciones Públicas han tenido que racionalizar el gasto de los servicios, como la sanidad, que representa prácticamente una tercera parte del presupuesto de la C.A. balear.

Esta crisis ha afectado de diferente manera al **nivel de gasto público y al nivel de gasto privado**, pues el gasto privado depende en más proporción de su entorno económico inmediato. El sector público posee más recursos que le permiten gozar de un “desfase” con el cual poder retrasar los efectos de una crisis como esta, y maniobrar de la manera más adecuada.

COSTE LABORAL. Hemos calculado el coste laboral del personal propio del Ibsalut, con los datos de gasto de Cap. 1 y del nº de trabajadores del Ibsalut. **Durante la crisis, el coste laboral disminuyó del año 2010 al 2012. El ajuste del personal fue mínimo en el sector público sanitario. Se consiguió con disminuciones de costes laborales.** Así, se pudo disponer de medios y mantener el número de trabajadores.

TABLA 135. VARIACIÓN % DEL COSTE LABORAL RESPECTO AL AÑO ANTERIOR

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
% Var. Coste Laboral / Trab. (IBSALUT)	11,21%	9,82%	-4,56%	-2,53%	-8,72%	6,57%

EN CUALQUIER CASO CABE RECORDAR QUE EN 2008 Y 2009 HUBO UN CONSIDERABLE INCREMENTO DEL COSTE LABORAL. Dos incrementos consecutivos de +/- 10% que los años siguientes se debieron racionalizar. Para ello en la crisis se implantaron medidas impopulares que debían llevarse a cabo, como la congelación de nuevas plazas. Se propuso a los jefes de servicio que asumieran, al menos, el 50% de las bajas. Se congelaron acuerdos de mejoras de dietas o indemnizaciones y se llevarían sólo a cabo las contrataciones imprescindibles.

MATERIALES Y SUMINISTROS (CAP. 2). Hubo incrementos de gasto en 2010 y 2011, que en el 2012 se **pagaron** con el **MEPP**. En el 2012 se aprecia una gran disminución de gasto de 150 mill.

La tendencia del (489) (**FARMACIA**), es totalmente plana, descansando su tendencia estadística lineal en los **200.000.000 euros anuales** de 2005 a 2015. Lo que se gastó de más en 2011, se pagó en 2012 con el MEPP (72 mill.).

En este periodo de 2005-2015 el gasto liquidado del Ibsalut, presentó una tendencia creciente en todos los capítulos de gasto. En 2011 los pagos se retuvieron y en 2012 el gasto devengado bajó considerablemente, e incrementó el gasto liquidado, que saldó la DCS, gracias al MEPP.

El gasto en personal incrementa también en su tendencia: el 2012 las medidas de racionalización devolvieron el coste laboral a niveles de 2008, (ya hemos visto que en 2009 y 2010 hubo un incremento de coste laboral per cápita “no racional”). Por todo ello, y en la totalidad del periodo, se pudieron mantener las plantillas de personal del Ibsalut, y no implementar ajustes numerosos en el sector.

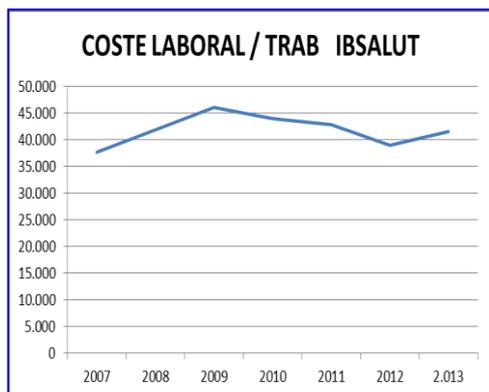


Figura 169. Coste laboral. IBSALUT F: PESTADISTICO. CAIB. EGSP

En el Ibsalut, se realizaron ajustes “mínimos” en las plantillas de trabajadores no sanitarios y enfermeros. En los capítulos del gasto devengado, la tendencia lineal es creciente, excepto en el capítulo de farmacia, que muestra tendencia plana.

ASISTENCIA SANITARIA

La frecuentación de las Consultas presenta un incremento. La población acudió con más frecuencia al especialista. La evolución de esta variable está correlacionada estadísticamente con la evolución de desempleo. La **ATENCIÓN ESPECIALIZADA** incrementó sus recursos, sin embargo la atención primaria no. El gasto en **atención primaria** muestra una tendencia lineal ligeramente descendente.

Se visualiza una disminución de recursos en atención primaria desde 2009. Los profesionales de atención primaria, en cuanto a su cuantía, experimentan un estancamiento en su contratación. Ello respondía a la demanda del ciudadano, que era acudir “por costumbre” al hospital tradicional. Este fenómeno se denomina “**hospitalocentrismo**” de las comunidades ricas, en las que se huye de la AP.

En el periodo estudiado se dio un gran descenso de consultas en AP.

EL PARO Y LA ASISTENCIA

La **frecuentación** de consultas es mayor en el ámbito público que en el privado, sin embargo el sector privado ha traspasado ya el 40 % del total; tanto en urgencias como en consultas (2014). El sector público atiende al 60 % aprox.

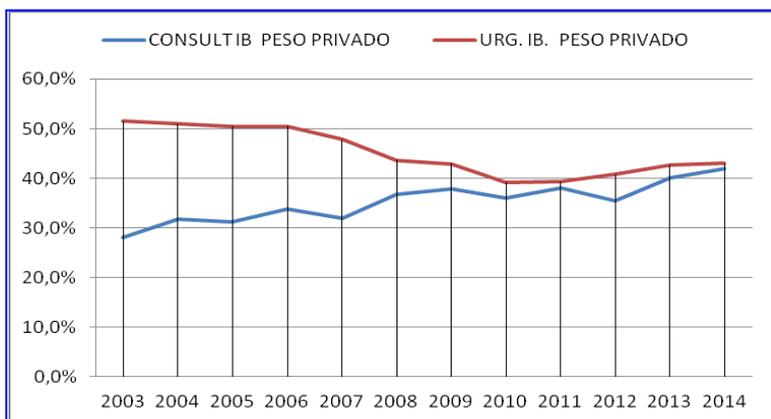


Figura 170. Peso privado de las consultas y urgencias. IBSALUT F: PESTADISTICO

SALUD PÚBLICA

El desempleo suele producir insatisfacción con la vida, y a su vez provocar un incremento de la ansiedad o estrés. Ello puede favorecer el desarrollo de estados patológicos, como ya hemos explicado. La crisis obviamente merma las condiciones de vida y de trabajo. Según las estadísticas del Ministerio de sanidad (EGSP), en Baleares se da una incidencia creciente en el número total de casos diagnosticados / mill. hab.

La incidencia de algunas de estas enfermedades está directamente correlacionada con la evolución del desempleo de las Baleares.

El desempleo que asoló las Baleares en el periodo estudiado pudo haber sido una de las causas del cambio en la evolución de la morbilidad de ciertas patologías.

DURANTE LA CRISIS SE PRODUJO UN EMPEORAMIENTO DE LA SALUD DE LOS CIUDADANOS.

Hemos analizado la evolución de las enfermedades de la categoría “CCS CIE9MC” en cuanto al número de diagnósticos (2002 - 2015). Muchas enfermedades han incrementado su incidencia en el periodo estudiado. Algunos tipos de tumores, patologías relacionadas con cardiopatías y osteoporosis, entre otras, muestran incrementos en sus diagnósticos **correlacionados** con la evolución del desempleo de las Illes Balears (2002-2015). El coeficiente de correlación “r” de estas patologías arroja una correlación positiva alta del 2002 al 2015.

Evolución de enfermedades correlacionadas con la evolución del desempleo. Coeficientes de correlación elevados (mayores a 0,8) en más de 20 enfermedades. Enfermedades del corazón, hipertensión, ciertos tumores, enfermedades mentales. Estas enfermedades crecen de una manera correlacionada con la evolución del desempleo del 2002 al 2015.

Se han realizado regresiones lineales, test de correlación, de determinación (r) entre las series de los datos comentados durante la crisis y hemos cuantificado la correlación entre la evolución del desempleo y la incidencia de estas patologías. Las regresiones se han realizado con los F.R. y con el desempleo.

1. Las regresiones múltiples se han realizado tomando la patología observada “y” como variable dependiente.
2. El desempleo y los factores de riesgo (FR) *aceptados para cada patología*, como variables independientes “x”.

Las regresiones han arrojado resultados convincentes en patologías en las que factores de riesgo y desempleo mostraban un valor $p < 0,05$; una “t” > 2 , y una R^2 ajustada $> 0,8$ aceptándose por todo ello el modelo para varias patologías, en las que como decíamos, el desempleo aparece como variable independiente significativa. Por ello aceptamos que algunas patologías de las estudiadas han evolucionado correlacionadamente con el desempleo en todo este periodo; **siendo a su vez el desempleo, una variable explicativa y causal más, en la evolución de la incidencia de la variable endógena, es decir, de las patologías observadas.**

En la crisis, en este caso el desempleo, podría haber sido una causa más; un factor de riesgo más, explicativo de la evolución de la morbilidad de algunas patologías. La alta cantidad de correlaciones y regresiones en la que el desempleo aparece muy unido a la evolución de diversas patologías hace sospechar ciertamente de la implicación de esta variable socioeconómica en la morbilidad, especialmente de dolencias cardiacas.

Las causas de muerte también han sido objeto de estudio y de comparación con la evolución económica y la crisis. Las muertes de pacientes con trastornos mentales diagnosticados evolucionan correlacionadas con el desempleo (Figura 158).

DEFUNCIONES

Las causas de muerte, la evolución económica y la crisis. Un ejemplo son las muertes de pacientes con trastorno mental diagnosticado, que incrementan en el período crítico. Esto ocurre ya que, dado que incrementan las personas con un trastorno mental diagnosticado, fallecerán más personas con dicho trastorno. Claramente esta enfermedad se ha incrementado en el periodo crítico.

En el caso de las **defunciones** según enfermedad (período 2002 - 2015) se ha calculado su coeficiente de correlación con la serie de desempleo. En el caso de tumores, enfermedades del sistema nervioso y trastornos mentales, los fallecimientos están correlacionados con la evolución del paro estos 14 años, con una “r” alta.

Podemos aseverar que hay correlación entre fallecimientos de personas con trastornos mentales y desempleo, dada su “r” de 0,9. **No podemos aseverar que los trastornos mentales sean causa directa de las defunciones, pues no disponemos de datos como el número de suicidios en la población con trastorno mental. Sin embargo, mostramos la evidencia de la correlación existente entre las defunciones en pacientes con trastorno mental y el desempleo.**

Muchos estudios han tratado de averiguar si existe correlación entre crisis económica y salud. Tener las necesidades primarias y secundarias cubiertas, la estabilidad, son por definición estados saludables. Al contrario, el estrés favorece el desarrollo de enfermedades, como la depresión, que incrementa a su vez las probabilidades de desarrollar otras enfermedades.

PLANES ECONÓMICO - FINANCIEROS

PLAN ECONÓMICO FINANCIERO (2011 - 2013)

Acuerdo 12/2011, de 27 de julio, del Consejo de política fiscal y financiera. En 2011 la CAIB presentó al Consejo de política fiscal y financiera un Plan de Saneamiento Financiero para tratar de recuperar la difícil situación económica de Baleares. Al superar el límite de déficit y por mandato del artículo 7.2 de la Ley Orgánica 5/2001, de 13 de diciembre, de Estabilidad Presupuestaria las Islas Baleares, debían presentar este P.E.F. de reequilibrio para el periodo 2011-2013. Disposición derogada por la Ley Orgánica 2/2012, de 27 de abril, de Estabilidad Presupuestaria y Sostenibilidad Financiera.

Con un gasto sanitario creciente y una disminución de los ingresos tributarios, el déficit difícilmente cumpliría los objetivos. La inminente convocatoria electoral en Baleares provocaba resistencias políticas a llevar a cabo reformas o racionalizaciones. Es más, el año 2011 no se había podido aprobar el presupuesto autonómico, el cual se hubo de prorrogar. Ello provocaría desajustes y distorsiones. El 22 de mayo de 2011 se celebraron las comentadas elecciones autonómicas, las cuales cambiaron el color del Govern.

Las Baleares presentaron el Plan económico financiero de Reequilibrio (2011-2013) y el Consejo de Política Fiscal y Financiera consideró idóneas las medidas contenidas. El Govern debía tomar medidas para cumplir el objetivo de reducción del déficit y saneamiento de las cuentas. Se perseguían 3 objetivos: crecimiento económico, garantizar los servicios públicos y realizar un ajuste de **350 millones** para cumplir con el objetivo de déficit.

Este plan aplicó medidas para reducir el gasto público a lo largo del segundo semestre del 2011. El objetivo de déficit para el año 2011 fue del 1,3% del PIB. Llegó al 4,1%. Dos de las medidas más trascendentes fueron: políticas de racionalización del gasto público y disminución de sector público instrumental. A parte de lo dicho, todos los gastos y pagos serían fiscalizados y vigilados muy escrupulosamente y sólo se pagarían nóminas, tributos y gastos financieros. También se respondería a los gastos de acreditado interés público.

CAP. 1º de Gastos de Personal: El plan de reequilibrio financiero del 2011 tomó medidas de choque en el capítulo 1 de gastos de personal: reducción de altos cargos, suspensión del nombramiento de nuevo personal, suspensión de complementos retributivos y de ayudas de atención social y reducción del 50% del coste derivado de contratos eventuales.

Las medidas del (PEF de 2011) en el CAP. 1 tuvieron un gran alcance en el de gasto; y tuvieron un importante efecto racionalizador, sentando las bases de lo que supondría la política de personal en la crisis. El gasto de personal del IBSALUT se redujo en 2011, en 20 millones €. Se rebajó de 488 millones (2010) a 468 millones (2011) euros el gasto liquidado de personal. **(Disminuyó 24.2 mill. si tenemos en cuenta los “4 entes”)**.

TABLA 136. RECURSOS HUMANOS PÚBLICOS

Nº RRHH PÚBLICOS VINCULADOS	2009	2010	2011	2012
PERSONAL SANITARIO	8335	8390	8390	8467
PERSONAL NO SANITARIO	2578	2698	2531	2443
ENFERMERÍA	3028	3258	3206	3215
MÉDICOS	1717	1744	1769	1798
TOTAL PÚBLICO	10933	11119	10942	10922

En 2011 las políticas de contratación del PEF 2011 fueron cumplidas. En el caso del personal sanitario público vinculado se mantuvo en 8390. En las demás categorías disminuyó tímidamente menos en el conjunto de médicos que aumentó tan sólo en 25 efectivos. Existieron **resistencias** en el ámbito de RRHH al implantar estas medidas de capítulo I, sobre todo por parte del colectivo sindical. El personal público que más padeció la crisis fue el personal no sanitario, que disminuyó un 6,2% en 2011.

En cuanto al sector **privado**, fue el gran afectado en la crisis. El gran ajuste del sector privado se realizó en 2010, disminuyendo de 4329 personas a 3753 (-13,3%).

En cuanto a los **GASTOS CORRIENTES DEL CAPÍTULO II**, en el 2011 se tomaron medidas como: ahorro de materiales y suministros, ahorro en reparaciones y conservación y revisión de conciertos con IBSALUT.

El año 2011 se **DEVENGARON 816,6 MILLONES EN EL CAPÍTULO II**. Hubo un **mayor** gasto respecto a 2010 de 43 mill.

La disminución del gasto **liquidado** que afectó al IBSALUT en el **CAPÍTULO IV** alcanzó los 96 millones respecto al 2010. Se redujeron todas las partidas al mínimo imprescindible (nóminas, impuestos, gasto financiero). El gasto **devengado** de este cap. 4, de 2010 a 2011, fue de 290 a 265 mill. **Un menor gasto de 25 mill.**

CAPITULO VI. Los ajustes afectaron especialmente a la inversión nueva. Las medidas fueron: aplazamiento de inversiones, disminución de transferencias de capital al sector público instrumental y congelación de proyectos de inversión.

El menor gasto del ejercicio, más el efecto de las medidas del P.E.F. de reequilibrio que hemos revisado en el capítulo 3.2, de 2010 a 2011, supusieron una **reducción del gasto del IBSALUT (liquidado) de aprox. 244 mill. y de 95 mill. (devengados).**

Pero este ajuste de gastos no reparó la situación pues la disminución de ingresos autonómicos compensó lo que se había conseguido vía reducción de gastos. Los ingresos disminuyeron de 1.411.218.000 euros (en 2010) a 917.371.000 euros (en 2011). Los gastos líquidos fueron 1147 mill. El saldo resultante fue de (-229 mill). Prácticamente **se ingresaron 494 millones euros menos**, hecho que **diluyó** en parte el esfuerzo del (PEF 2011). Aun así las bases de la racionalización estaban ya asentadas.

El gasto sanitario total en 2011 **disminuyó en 95,1 millones euros** respecto al 2010. Se generaría así una inercia que haría evolucionar al sector hacia una disminución de su dimensión. La DCS generada en 2011 por las retenciones de crédito y débitos, se saldaría al año siguiente mediante el MEPP. Este año 2011 no se logró cumplir el objetivo de déficit, pero sí se marcó una senda de racionalización del sector. En 2011 se retendrían pagos, para en 2012 liquidarlos con el MEPP.

AVANCE:

- En 2011 se dio una disminución de gasto liquidado y devengado por el efecto de las medidas del PEF 2011.
- En 2012 hubo un gran incremento de pagos por el mecanismo extraordinario de pago a proveedores.
- En 2013 los gastos del capítulo 1 del Ibsalut incrementan por la comentada integración del personal de las tres fundaciones hospitalarias y de Gesma en cuantía equivalente a los gastos de personal de dichos 4 entes.

PLAN ECONÓMICO FINANCIERO (2012-2014)

De manera análoga al anterior plan, se presentó el nuevo Plan económico-financiero de reequilibrio (2012-2014). Balears presentó este nuevo plan económico-financiero cuyas medidas fueron declaradas idóneas por el Pleno del Consejo de Política Fiscal y Financiera de 17 de mayo de 2012. En el 2012 el objetivo de déficit fijado por el Estado fue del 1,3% del PIB. Se necesitaban **476 millones** de euros entre ahorro e incremento de ingresos para cumplir con dicho objetivo. Sanidad logró un saldo positivo de casi 93 millones en 2012, que resultó insuficiente.

Se aprobó el DL 5/2012, de 1 de junio, de medidas urgentes en materia de personal y administrativas para la reducción del déficit público de les Illes Balears. Este Decreto-ley, junto con la Ley 9/2011, de 23 de diciembre, de Presupuestos Generales del 2012, **complementaron al plan de Reequilibrio (P.E.F. 2012-2014).**

CAPÍTULO 1: Los gastos de **personal** se rebajaron mediante las siguientes medidas: Suspensión de incentivos, de la carrera profesional y de la acción social. Este plan del (2012 - 2014) fue el más efectivo, pues consiguió racionalizar buena parte del sector sanitario y de la administración de la comunidad.

MEDIDAS Y PREVISIONES DE AHORRO PARA EL CAPÍTULO 1 DEL IBSALUT. Fueron tan importantes como rechazadas, dado que trabajadores y sindicatos no estaban de acuerdo con las medidas de racionalización. Este ahorro agregado previsto fue de 27 millones. El ahorro total de personal de sanidad respecto al 2011, (teniendo en cuenta los RRHH de los “4 entes” que aún no pertenecían al Ibsalut) fue de 57.4 mill. respecto al año anterior. Este ahorro se dividió en: 41.6 mill. en el Ibsalut y 15.8 mill. en los “4 entes”. Dichas medidas de este plan para el Cap. 1 eran **RACIONALIZADORAS**. Tuvieron **resistencias** dado que los trabajadores consideraban un ataque a sus derechos adquiridos, algunas de las medidas del plan.

CAPÍTULO 2 de gasto corriente LIQUIDADO de IBSALUT (807 mill.): Incrementó 346 millones respecto al 2011, de los cuales 254,4 mill. correspondían al mecanismo extraordinario de pago a proveedores. El gasto **DEVENGADO** total del cap. II fue de 633 mill.

Los 254,4 mill. del MEPP se dividieron en **224,4** para DCS de suministros, y **30** millones para deudas con “medios ajenos”. **El total de CAPÍTULO 2 DEV. de 2012 disminuyó 167 mill.** (*descontada la variación de RRHH de los “4 entes”*).

En 2012 se racionalizó el gasto en suministros (-150 mill.) y al mismo tiempo se liquidó una DCS muy importante mediante el MEPP: 807,1 mill. se liquidaron y 254,4 mill. tenían su origen en el MEPP.

MECANISMO EXTRAORDINARIO DE FINANCIACIÓN PARA EL PAGO A PROVEEDORES (MEPP) (Medida coyuntural)

Crédito extraordinario, contenido en el RDL 7/2012, de 9 de marzo (Plan económico-financiero de 2012-2014).

Esta fue una de las medidas más trascendentes, dada la gran cuantía y alcance. Sus efectos llegaron a muchos capítulos de gasto y ámbitos de la Sanidad, (y a toda la CAIB en general). La ley Orgánica de Estabilidad Presupuestaria y Sostenibilidad Financiera reguló este MECANISMO DE FINANCIACIÓN para el pago a proveedores con duras condiciones de acceso. Duras pero mucho mejores que las vigentes. Supuso una indudable mejora a la que se adhirieron todas las CCAA. La filosofía era financiar a cambio de reequilibrio presupuestario y reformas estructurales.

Las CCAA detallarían las medidas de ajustes de gastos e incremento de ingresos para poder acceder a estos préstamos. Así, con los pagos a proveedores, esta medida dotaría de liquidez a las empresas. Gracias a este M.E.P.P. hemos visto como en 2012 se reducía de manera muy importante la deuda comercial con los proveedores del IBSALUT. Los pagos hechos a proveedores, acompañados de reformas, permitieron reactivar la actividad económica, el empleo y ganar credibilidad.

Liquidar las DCS fue muy importante para con los proveedores de servicios, de tecnología, para las farmacias y para crear un clima de confianza. Este crédito extraordinario contenido en la Ley 10/2012, de 01 de agosto, fue una de las medidas más importantes del Plan Económico de 2012-2014. Se implementó con el objeto de saldar la DCS existente con proveedores. Se obtuvo un crédito de 1.669.039.000 euros. De este montante, al IBSALUT, se destinaron 467 millones euros aprox. con el fin de saldar deudas con proveedores en 2012.

***Al capítulo 2 se destinaron 254,4 mill.**

***Al capítulo 4, 213 millones, que se dividieron en:**

- 140.988.000 euros por (transferencias al H. de Inca, a las fundaciones Son Llätzer, H. Manacor y GESMA).
- Liquidación de recetas médicas pendientes por valor de 71.774.000 euros.

RACIONALIZACIÓN DE SECTOR PÚBLICO INSTRUMENTAL (Medida estructural)

Fue una medida controvertida. Ajustada a las medidas de austeridad, contención y racionalización de gasto público. Se pasó de 175 a 75 entidades. Se liquidó la deuda del SPI, en 2012, de **328 millones euros según la CAIB**. Del año 2011 al 2014 las pérdidas disminuyeron en 200 mill.

ELIMINACIÓN DE DUPLICIDADES EN CARTERA DE SERVICIOS (Medida estructural)

Esta medida fue efectiva. Se consigue que disminuyan procedimientos que podían estar duplicándose. La cartera de servicios propiciaba la duplicidad de pruebas diagnósticas. Su reestructuración fue en base al capítulo II del RDL 16/2012, de 20 de abril. Hemos analizado el nº de procedimientos médicos de la “CATEGORÍA CIE9MC” de 2015 respecto a 2012 constatando que hubo una significativa disminución de procedimientos mientras que la ACTIVIDAD SANITARIA crecía. Se consiguen resultados satisfactorios para esta medida dado que algunos procedimientos, en el 2015, empiezan a mostrar reducciones importantes. Se estimó un ahorro para 2012 de 5.600.000 € y parece que se mantuvo esa disminución de duplicidades de algunos procedimientos (Punto 3.3.5). Se ejecutó un 67% de la medida.

CENTRAL DE COMPRAS Y LOGÍSTICA DEL SERVICIO DE SALUD (Medida estructural)

La central de compras no consiguió el alcance esperado. Fueron 8.3 millones euros ahorrados el 1er. año y 8 mill. el 2º año. El RDL 16/2012, de 20 de abril, en su disposición adicional cuarta observó las medidas de eficiencia en el ámbito del Sistema Nacional de Salud, donde concretó que se fomentaría la creación y el uso de un mecanismo de compra centralizado. Esta se puso en marcha en junio de 2013. Consiguió solventar problemas de logística. Se logró el ahorro con la unificación de precios y productos en los catálogos de farmacia hospitalaria e implantología. El ahorro se vio contrarrestado por el incremento de actividad sanitaria de 2013.

EL CAPÍTULO 4 (liq.) incrementó en 2012 un 109,78% motivado por el efecto del mecanismo extraordinario de pago a proveedores. Por una parte tuvo lugar una transferencia extraordinaria para el Hospital Comarcal de Inca, fundaciones de Son Llätzer y Manacor, y GESMA, que tuvo un importe conjunto de 141 millones de euros para el abono de las facturas impagadas. Por otra parte y para el pago de recetas médicas (concepto presupuestario 489) de ejercicios anteriores, se destinaron casi 72 millones. Con los 407 mill. liquidados del cap. IV que contenían los 213 mill. del (MEPP) se liquidaron los saldos pendientes de farmacia y las transf. corrientes pendientes. El gasto del cap. 4 de 2012 fue de 193,5 mill. (**72 mill. menor al 2011**). En 2011 fue de 265 mill.

GASTO FARMACÉUTICO. En 2012 se liquidaron 256,7 mill. en la cuenta de farmacia, para cubrir los 185 mill. devengados de 2012 más los 71 mill. impagados de 2011, también de farmacia. Otra vez el incremento de gasto devengado en 2011 y no liquidado, se saldaba en 2012.

La reducción del gasto farmacéutico se consiguió mediante el capítulo IV del RDL 16/2012, de 20 de abril. Disminuyó 71 mill. el gasto farmacéutico de 2011 a 2012, y 7 mill. en 2013. **La disminución del Cap. 4 en 2012, fue de 72 millones aprox.**

EL COPAGO FARMACÉUTICO (Medida coyuntural). Se modificó y llegó a aplicarse a los pensionistas (con un límite máximo). Los ciudadanos (no pensionistas) deberían hacerse cargo de un copago según sus ingresos. Pasado un año desde la puesta en marcha de las medidas, el gasto farmacéutico se incrementó, dada la venta de nuevos medicamentos más caros. Se estimó un ahorro de 24 mill. para el 2012 y de 32.4 mill. para el 2013. Se dio una disminución de 6.8 mill. en el gasto de farmacia, en 2013.

REDUCCIÓN DEL PRECIO DE LOS MEDICAMENTOS GENÉRICOS. Para incentivar el consumo de éstos, mediante el RDL 4/2010, de 26 de marzo, se rebajó un 30 % el precio. Para los medicamentos huérfanos, el descuento fue del 4%.

417 MEDICAMENTOS DEJARON DE SUFRAGARSE (Medida coyuntural). (Indicados para síntomas menores). La medida fue vista con pesimismo por la ciudadanía.

Menor gasto total del IBSALUT (2012): 290 mill. euros.

CAIB: El **efecto total** del plan fue de 406 millones de euros. Se necesitaban 476 millones euros entre ahorro e incremento de ingresos para cumplir con dicho objetivo. El plan resultó insuficiente. Aunque gracias al MEPP se consiguió liquidar la deuda de proveedores.

Gracias a este plan y al de otras CCAA se consiguió dar una imagen de unidad nacional a la hora de afrontar los problemas económicos. Esa fue la baza que permitió diseñar el MEPP.

PLAN ECONÓMICO – FINANCIERO (2013)

Mediante el artículo 21 de la Ley Orgánica 2/2012, de 27 de abril, y dado el límite de déficit objetivo de 1,3% del PIB, se aprobó el presente plan. Como sabemos un hecho de gran trascendencia en 2013 fue la integración de las Fundaciones Hospitalarias y de GESMA en el presupuesto del IBSALUT del ejercicio 2013 en adelante.

EL CAP. I NO VARIÓ (2013). Se consiguió mantener el nivel de empleo sanitario, disminuyendo el coste medio por trabajador de 2009 a 2012, ajustando los salarios. El gasto en RRHH, en 2014, ya estaba recuperado y con niveles de 2008 aplicando las medidas racionalizadoras. El gasto de personal de los “4 entes” aparece por 1ª vez en 2013 incluido en el capítulo 1 del Ibsalut.

El gasto total de PERSONAL de 2013 y 2012 resultó ser muy similar (si sumamos al capítulo 1 del 2012 el gasto de personal de los “4 entes” para hacerlo homogéneo al año 2013, obtenemos una cifra similar, de 619 millones).

CAPÍTULO II. Se tomaron medidas de racionalización y reducción de gastos. El gasto en suministros mantuvo el ahorro del año anterior.

En cuanto a los “**CONCIERTOS Y MEDIOS AJENOS**” se consiguió un ahorro de 11.5 mill. (2012) y de 7 mill. (2013) gracias a la negociación de precios que contenía como medida el plan económico financiero. Por otra parte, la apuesta de concertar y subcontratar servicios de hemodiálisis creció en 1,3 millones.

CAPÍTULO IV. El gasto correspondiente a farmacia disminuyó 6.8 mill. El cap. 4 lo hizo en 9.7 mill.

CAPÍTULO VI. El gasto disminuyó 5.4 mill.

PEF 2013: Se debían incrementar recursos vía ahorro y/o vía ingresos en 91,9 millones de la CAIB para poder cumplir con el objetivo de estabilidad en 2013. Se realizó un **menor gasto** total de 142 millones de euros; fue más que suficiente. Hubo **una minoración del gasto total de 15 mill. respecto a 2012** en el IBSALUT. El gasto devengado tuvo una tendencia racionalizadora. El gasto liquidado se contuvo en 2011 para, en 2012 liquidarse buena parte de la DCS del sistema con la ayuda del MEPP.

Año 2011. El menor gasto fue de 95 mill.

Año 2012. El menor gasto fue de 290 mill.

Año 2013. El menor gasto fue de 15 mill.

El gasto de 2011, fue alto teniendo en cuenta las medidas del plan económico financiero; se retuvieron los pagos, y se liquidaron en 2012. La DCS que se generó en 2011 por los impagos se pagó en 2012, gracias al mecanismo económico de pago a proveedores.

En el 2010 se generaron 262 millones de DCS, en el 2011, 415 mill. y en 2012 con el mecanismo de pagos a proveedores y con el menor gasto, se pudo disminuir la DCS en más de 400 mill. de euros. Se alcanzó una DCS acumulada en 2014, en sanidad, de 570 mill. generada en el periodo (2007 – 2014) (en base a cantidades de la Conselleria de Sanidad y del Ministerio (EGSP).

La integración en el IBSALUT de GESMA y de las 3 “fundaciones sanitarias” en 2013, fue un éxito de gestión y racionalización de la política sanitaria, que puso en “orden” cuatro de los entes más importantes de la sanidad balear, incorporándolos en la estructura económica y jurídica del Ibsalut.

RECURSOS HUMANOS

En la crisis los RRHH públicos sanitarios apenas disminuyeron. El personal sanitario privado padeció la crisis de una manera más acusada, pero en 2013 se repuso. Los recursos humanos públicos que padecieron la crisis fueron los trabajadores del colectivo “no sanitario”. En el sector privado el colectivo de enfermería y el no vinculado disminuyeron considerablemente. El colectivo colaborador, está formado por trabajadores con poca capacidad de negociación dentro del sistema; fueron los que perdieron su trabajo o vieron su salario mermado.

En el sector público, los médicos no sufrieron mermas en su conjunto; los enfermeros públicos disminuyeron muy levemente, como hemos visto, y el personal no sanitario tuvo un ajuste más duro (aprox. un 12% de 2008 a 2013).

En el sector privado tuvieron un ajuste duro todos los colectivos, pero sobre todo el colectivo colaborador, no vinculado.

En el periodo 2005-2015 el gasto en recursos humanos públicos totales, (teniendo en cuenta el gasto en RRHH de los cuatro “entes”) presentó una línea de tendencia totalmente plana. El gasto en personal del IBSALUT, (sin los cuatro “entes”), presentó tendencia positiva desde el 2005 hasta el 2015. Las entidades que sufrieron una leve disminución en su tendencia de gasto en RRHH fueron los “4 entes”. Pues su tendencia es un tanto negativa del año 2007 al 2014.

El personal total del IBSALUT llegó a disminuir un 4% de 2008 a 2013. Los efectos de la crisis en el sector privado fueron mucho peores. El personal de sanidad del sector privado cayó bruscamente en 2010, un 14% el número de sus efectivos, principalmente por la caída del personal colaborador y enfermería. El sector público no sufrió una caída excesiva. La sensible caída del personal público en 2013, se debió básicamente a la **disminución de personal no sanitario y de auxiliares**; el colectivo médico no sufrió ajustes en su cuantía.

La pérdida de puestos de trabajo en el periodo la protagoniza el sector **privado**. Los trabajadores privados con contrato estable sufrieron un ajuste menor. La evolución del personal privado total soportó una importante caída el 2010 ocasionada por el personal de enfermería y por el personal colaborador con contrato inestable (outsiders). **Enfermería privada cayó un 20% de 2008 a 2010**. El sector privado está más expuesto al mercado y sus trabajadores están menos sindicalizados y unidos que en el sector público.

El P.E.F. del 2013 contenía medidas de suspensión de nombramiento de interinos y de personal laboral. Por ello en 2013 algunos colectivos de sanidad disminuyen.

Personal no sanitario público. Si contrastamos el personal NO sanitario de 2013 con el de 2008, el sector cayó, con datos acumulados, un 12%. En 2014 empezó a recuperarse.

En referencia a medidas del P.E.F. 2012, el gasto por sustitución de profesionales disminuyó respecto a 2011 ya que se solicitó que se asumieran las bajas y ausencias.

El personal colaborador privado sufrió la mayor caída. En el 2010 cayó un 29 % aprox. su contratación. No fue hasta 2013 cuando se recuperaría a los niveles de 2008. Es el colectivo más precario, movido fundamentalmente por las fuerzas del mercado, y al que le afectó mucho más la dureza de la crisis. El S. Privado disminuyó por un ajuste de mercado que expulsó del sistema a un porcentaje de trabajadores al producirse un incremento de desempleo tan importante.

Con todo ello podemos aseverar que se dieron los dos siguientes hechos:

1. Racionalización de la plantilla sanitaria del sector público a partir del 2008.

2. Gran afectación por la crisis del sector privado, del 2010 hasta el 2013; provocando una gran caída en su plantilla.

EL STOCK TECNOLÓGICO

Dada la disminución de la inversión, hubo alguna una merma en los stocks de ciertos equipamientos y tecnologías sanitarias. Las inversiones reales y la formación bruta de capital fijo disminuyeron en este período de crisis económica.

Camas en funcionamiento: el montante privado disminuyó en la crisis un 10%. El sector público mantuvo su stock. Al final de la crisis disminuyó la cuantía pública, y el sector privado lo compensó aumentando sus camas en funcionamiento. La disminución total de estas camas no fue traumática, perdiéndose del orden de unas 110 camas en total. Es decir, de 2007 a 2013 las camas en funcionamiento totales en las islas disminuyeron sólo un 3,3% en el periodo estudiado (de 3398 a 3289 camas). En 2015 se recuperaron y contábamos ya con 3500; el sector privado fue esencial para esta total recuperación.

Equipos de hemodiálisis: sufrieron una importante disminución en el sector público (-20% en 2010). En 2010 disminuyó el stock total de las islas de 159 a 129 equipos de hemodiálisis. El 2013 incrementaron a 157 dado que el sector público adquirió 30 equipos, pues éstos llegaron a disminuir de manera preocupante.

Equipos de TAC: el sector público “compensó” al sector privado, el cual sufrió una pequeña disminución de stock durante la crisis. El público, en el periodo de crisis, incrementó su disponibilidad de TAC y de equipos de Resonancia Magnética.

Quirófanos: aumentó el nº de quirófanos públicos. El sector privado tuvo que cerrar quirófanos por la crisis (pasó de 51 a 42 en 2011). La cuantía de quirófanos totales se mantuvo gracias al esfuerzo público y privado. En 2013, en Baleares contábamos con 11 quirófanos más que en 2007 (111 quirófanos en total). La actuación pública fue positiva, incrementando el nº de quirófanos en esta etapa.

LISTA DE ESPERA

En 2011 se aprobó el RD 1039/2011, de 15 de julio, en el que se establecían tiempos máximos de espera. La sanidad balear se adaptó mediante un plan de choque. El Servicio de Salud trabajó para que ningún paciente esperara más de 180 días para una intervención quirúrgica o más de 60 días para una consulta. En el año 2012, el conjunto de medidas hizo que se cumplieran los tiempos de espera máximos del RD 1039/2011, de 15 de julio.

Lista espera estructural: en 2010, 2011 y 2012 incrementó su cuantía llegando a 67709. A partir de 2013 empezaría su bajada. La demora media creció en 2012 y 2013 y empezó a descender en 2013.

La lista de espera quirúrgica: Creció hasta 2012 llegando a 17800 personas para después empezar a descender. La demora media llegó a su techo en 2013 con 119 días; para entonces empezar a descender.

Una de las medidas que en 2013 ayudó a disminuir la lista de espera quirúrgica fue la implicación del personal quirúrgico. Accedieron a cambiar el horario o el centro de algunas cirugías. Los médicos y enfermeros empezaron a operar por la tarde si era posible.

Las bronquitis, las neumonías, las enfermedades del aparato respiratorio, las insuficiencias cardíacas y las enfermedades infecciosas, son enfermedades correlacionadas con el aumento en la lista de espera de CC. (Tabla 132 y 133).

SECTOR PRIVADO

El sector privado ha contribuido para que nuestra sanidad no se colapse. De hecho en 2013 la sanidad privada hace un gran esfuerzo para contratar más personal e incrementar su actividad, pues el privado estuvo muy afectado por la crisis. En la sanidad balear ha existido en determinados periodos legislativos una gran colaboración público-privada. No sólo para la asistencia a pacientes y apoyo al sistema sanitario público. También para acceder a nuevas tecnologías.

Con el crecimiento de la población y el crecimiento de la edad media de ésta, el gasto irá incrementándose y sólo se salvará, este sistema, si se toman medidas estructurales. Esto tiene un impacto muy importante en la presión sanitaria del sistema, que colapsaría si no fuera por la colaboración público-privada tan desarrollada en las Baleares.

El sector privado sanitario balear es mayor que en el resto de casi todas las autonomías españolas. Es importante tener en cuenta que el elevado porcentaje de nuestra población que acude al sistema privado deja de consumir recursos sanitarios públicos. El gasto privado calculado arroja una cantidad de 443 euros per cápita de media, por persona y año.

El sistema privado balear ahorró al sistema público sanitario aprox. 483.000.000 de euros al año, cifra que ronda el 27% del gasto sanitario total balear. Se observa como la demanda de sanidad privada se ve afectada por la crisis. El gasto privado llegó a bajar un 19% de 2007 a 2010, recuperándose el 2013. Una gran cantidad de ciudadanos acude a la sanidad privada ahorrando así recursos sanitarios públicos al sistema. Para hacer frente a la demanda de salud existente, el IBSalut tiene conciertos con varios centros privados de nuestra Comunidad Autónoma. La administración pública hace uso de los recursos asistenciales privados por concertación (diagnóstico por imagen, laboratorio, terapias respiratorias, hemodiálisis, radioterapia).

Otro asunto es el envejecimiento de la población y las enfermedades crónicas. Estas ocupan una parte del gasto muy importante. Y crecerá en las próximas décadas. Pensemos entonces que el gasto llegará a unas cotas inasumibles por el sector público. La ya existente colaboración público-privada será más necesaria aún.

RED HOSPITALARIA PÚBLICA

Fue una medida que impulsó la creciente colaboración público - privada de la sanidad balear. En 2013 se creó la Red Hospitalaria Pública (DL 3/2013 de 14 de junio). Esta Red permitió integrar hospitales privados sin ánimo de lucro en el Sistema sanitario de las Islas Baleares, mediante los denominados “convenios singulares”. San Juan de Dios, un hospital privado sin ánimo de lucro, pertenece a la Red Hospitalaria Pública. El Servicio de Salud suscribió también un similar “convenio singular” con el Hospital Cruz Roja para la prestación de asistencia sanitaria, pasando a formar parte de la Red Hospitalaria Pública de Baleares. Se abrió el debate, como es natural, de si la provisión de servicios sanitarios públicos, por el sector privado debe darse, y si sólo debe realizarse con entes sin ánimo de lucro. En Baleares se abrió la posibilidad con la red hospitalaria, y se realizó con hospitales que no tuvieran ánimo de lucro.

ASISTENCIA SANITARIA CON MEDIOS AJENOS

Destacar la gran colaboración que hay en el sector de hemodiálisis y de transportes, junto con la red hospitalaria, los convenios singulares y los conciertos con entidades privadas, que posibilitan que no se comprometa el sistema. El concierto del transporte urgente, también imprescindible, creció desde el 2007 hasta el 2014. El 2013 cambió la estructura del Ibsalut en cuanto a conciertos se refiere, integrándose los citados 4 entes concertados, en la estructura del Ibsalut. Tras la integración, estas entidades pasarían a formar parte del Ibsalut (2013): Hospital Son Llàtzer, Hospital de Manacor, Hospital Comarcal de Inca y GESMA.

RECURSOS HUMANOS

En el sector público los esfuerzos de la administración y la rebaja en la retribución real que se llevó a cabo, consiguieron no mermar las diferentes plantillas del servicio de salud de las Islas Baleares. Como hemos comentado, en el sector privado, como en la empresa privada, la plantilla sufrió recortes a partir del año 2010 de manera clara.

PLANES ECONÓMICOS FINANCIEROS

Se pusieron en marcha para lograr los objetivos de déficit. Han logrado racionalizar de manera efectiva los diferentes capítulos de gasto con las medidas enumeradas en este trabajo y en estas conclusiones. Unas medidas han tenido mayor efecto que otras, unas han funcionado más que otras. En conjunto, los planes económicos financieros que se detallan en este trabajo contribuyeron a racionalizar el capítulo 1 de gastos y a disminuir el gasto corriente, así como a racionalizar la situación de las fundaciones hospitalarias y de GESMA integrándolas en el Servicio de Salud.

SALUD PÚBLICA

Se constata una probable causalidad entre desempleo y algunas afecciones cardíacas dada la correlación y significación del desempleo en las regresiones realizadas, y la bondad del ajuste de los modelos, que nos indica la R^2 ajustada.

EN EL PLANO JURÍDICO

Las normas analizadas, posicionando centralmente el RDL 16/2012, de 20 de abril, consiguen dotar a la sanidad Balear de los mecanismos necesarios para llevar a cabo todas las medidas relatadas en esta tesis.

EN EL PLANO ASISTENCIAL

Se ha comprobado cómo han incrementado las consultas genéricamente y han disminuido las consultas en AP.

LOS QUIRÓFANOS

Así como las camas en funcionamiento y demás stock, logran reponerse a partir del 2013, sin que la crisis ocasionara ningún gran perjuicio en estas variables.

ELASTICIDAD

La elasticidad renta arroja una ratio muy alta, con una media de “3”. Esta elasticidad es un dato más que avala que el gasto sanitario público estaba creciendo a unos niveles muy altos que se tuvieron que racionalizar para garantizar la propia supervivencia del sistema.

GASTO PRIVADO

El gasto privado calculado arroja una cantidad de 442 euros per cápita de media, por persona y año. El sistema privado balear ahorró al sistema público sanitario aprox. 483.000.000 de euros al año, cifra que ronda el 27% del gasto sanitario total balear.

DEUDA COMERCIAL SANITARIA

En el 2010 se generaron 262 millones de DCS, y en el 2011, 415 mill. En 2012 con el mecanismo de pagos a proveedores y con un menor gasto, se pudo disminuir la deuda en más de 400 mill. de euros.

LA INTEGRACIÓN

La integración en el IBSALUT de GESMA y de las 3 “fundaciones sanitarias” en 2013 reorganizó cuatro entes importantes de la sanidad balear, incorporándolos en la estructura económica y jurídica del IBSALUT.

CREACIÓN DE UNA AGENCIA EVALUADORA.

El ejemplo es el *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) británico. Pues las decisiones que tomare el servicio de salud de cada autonomía o el Ministerio de salud, serían más creíbles, respetadas y avaladas, pues todas tendrían que contar con el aval de dicha agencia. El HISPANICE independiente. En un sistema sanitario muy parecido al español, el canadiense, opera un organismo centralizado que evalúa de manera vinculante las acciones y decisiones de los sistemas sanitarios de cada región o comunidad dentro de su país con independencia y transparencia.

Este tipo de entes permite hacer reformas evitando reacciones contrarias. Pero su creación es adecuada cuando se dispone de tiempo, es decir, en periodos de auge.

El National Health Service (NHS) incorpora una nueva prestación a su catálogo si el NICE la recomienda positivamente, mientras que las recomendaciones negativas quedan a discrecionalidad del NHS (SNS en el caso español). Así se vigilan y evalúan las decisiones de cada comunidad y del Estado. En otras autonomías españolas sí existen organismos o agencias similares a las comentadas. Debemos evaluar la cartera de servicios; implantar un organismo evaluador análogo al “National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) del Reino Unido, que con un sistema de coste-efectividad evalúa las prácticas médicas.

El National Health Service (NHS) incorpora una nueva prestación si el NICE la recomienda. El NICE británico: un organismo evaluador sanitario que crea un “feedback”, que da información para evaluar tanto al sistema público, como al sistema privado, con mecanismos homogéneos y comparables, para tener datos fiables de la evolución, eficacia y eficiencia. Todos los hospitales deberían medir de igual manera su gasto, su personal y su actividad.

FUTURO

Todo indica que la salud ocupa una parte creciente del PIB de las Naciones más avanzadas, lo que supone un gran reto tanto en su organización como en su financiación.

El sistema Sanitario no es simplemente una institución que cura o sana, también da trabajo a miles de personas, es fuente de intercambio comercial, es creador de riqueza. Empresas biomédicas, empresas tecnológicas, farmacéuticas. Son sus proveedores y clientes. Es la casa de miles de trabajadores, en donde desempeñan su función muchos sindicatos, y es también asunto a tratar de muchos informadores. Es donde

desarrollan su carrera analistas, sanitarios, epidemiólogos, abogados, economistas e ingenieros. Donde alcanzan sus metas muchos científicos. La sanidad, entonces, hay que observarla desde un prisma universal, con perspectiva holística, pues forma parte de la sociedad. Hay que actuar para que nuestro sistema sanitario sea sostenible a largo plazo.

En cuanto al gasto sanitario per cápita, nuestro sistema es más eficiente que el de países avanzados de nuestro entorno. Nuestra sanidad está bien valorada mundialmente.

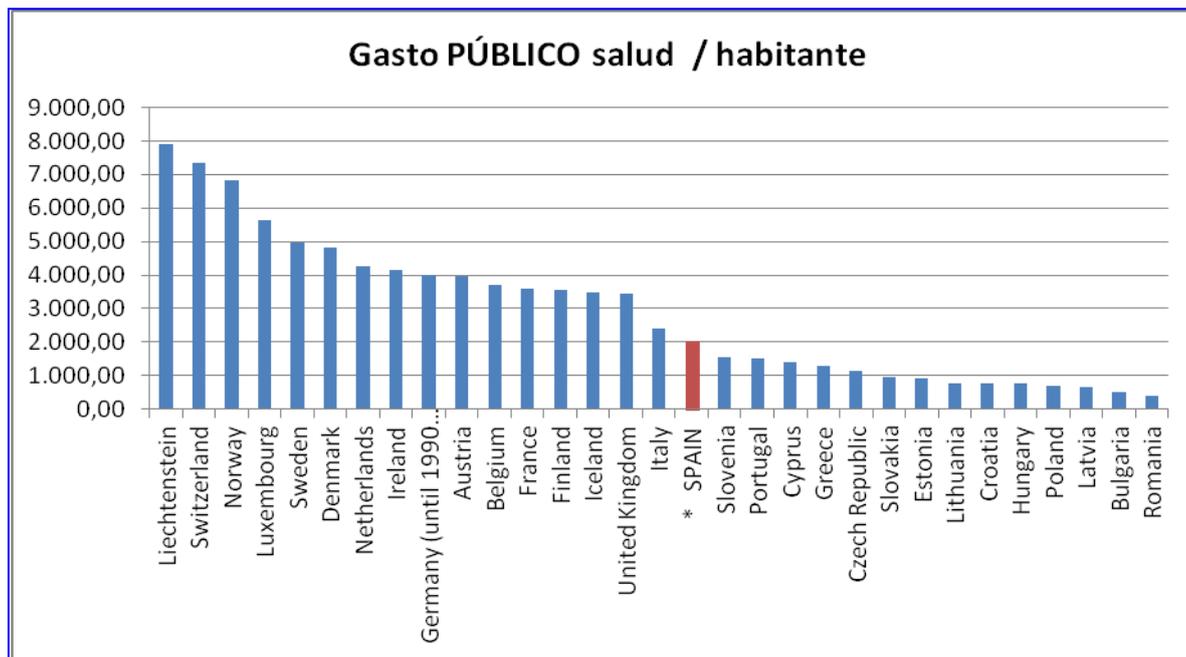


Figura 171. Gasto público Salud. Países Europa

F: Datos Eurostat, 2014

El sistema depende de la salud económico-financiera del país. En este sentido la disminución de ingresos públicos del periodo de crisis pudo saldarse gracias a la fuente de liquidez que emanó del Estado.

Las necesidades futuras serán difíciles de atajar y los problemas que se avecinan serán complejos. Los costes sanitarios se incrementarán hasta cotas difícilmente salvables con los sistemas actuales. Será el momento de tomar decisiones difíciles de control de gasto, de eficiencia y de creación de sistemas de control independientes no políticos, y con poder vinculante.

La crisis ha demostrado que la sanidad pública es difícil de evaluar pues no existe referencia válida. ¿Con qué se puede comparar un sistema sanitario público? No existe referencia, ni disponemos del necesario “grupo control”, o de un país modélico, o una región comparable con la que se puedan cotejar situaciones de

gasto o de sanidad, pues cada país es diferente y cada sistema sanitario aún lo es más. Sí cabe apuntar al sistema sanitario canadiense como uno bastante similar al español, en el que existen y operan entes evaluadores con poder vinculante.

SITUACIÓN FISCAL Y FINANCIERA

En cuanto a la situación fiscal y financiera hay que tener en cuenta que debido a la crisis la recaudación tributaria disminuyó en las autonomías y en el Estado. La posibilidad hacer frente a las obligaciones presupuestarias sanitarias se complicó y por ello en momentos tan difíciles como los pasados es imprescindible un pacto de Estado y un pacto entre partidos políticos, incluso entre sindicatos e instituciones para estabilizar la situación y llevar a cabo las reformas que sean necesarias.

La recaudación tributaria fue insuficiente. Pero ello no fue por los tipos aplicados vigentes de IRPF, IVA o Impuesto de Sociedades, los cuales rozan la media europea o la superan. El problema recayó en que los ingresos fueron bajos, la recaudación de impuestos en España está a la cola de Europa. Así que éste es un factor clave que no está ligado a la gestión sanitaria sino a la gestión tributaria y/o administrativa. Por ello es también urgente luchar por y para incrementar la recaudación, luchar contra el fraude. Esta es una parte importante del problema dado que si los recursos destinados a la sanidad provienen de los impuestos tanto autonómicos como del Estado, incrementar los ingresos públicos es un factor crucial.

Por otra parte, la recaudación tributaria siempre resulta insuficiente. Debemos tener en cuenta que en los años previos a la crisis la recaudación casi se triplicó, y continuó siendo insuficiente. El presupuesto de la CAIB se ha triplicado desde la culminación de las transferencias y se ha considerado insuficiente siempre.

RECOMENDACIONES

- Potenciar copagos evitables (diferencia entre el precio del genérico y del medicamento).
- Retribución variable.
- Premiar el esfuerzo y el éxito.
- Gradual desfuncionarización.
- Potenciar y evaluar la colaboración público-privada.

La crisis son tiempos de cambio, de corregir los errores acumulados con el paso del tiempo.

Con la primera gestión de la recesión, que consistió en negar la crisis e incrementar el gasto, se perdió por completo el crédito nacional. La primera rectificación del Gobierno Central consistió en iniciar ajustes estatales para posteriormente exigir a las comunidades autónomas otro ajuste.

A diferencia de los grupos de interés, debemos recordar siempre que los recursos son escasos y que hay que saberlos administrar con la mejor eficiencia posible en cada momento, lo que en muchas ocasiones comporta la ardua tarea de “no escuchar” a determinados grupos de interés. Las comunidades autónomas añaden más complejidad a esa gestión, puesto que tenderán a desviar responsabilidades “a Madrid”.

La crisis demostró que el sistema sanitario, aunque puede ser considerado muy bueno, había acumulado defectos que debían ser corregidos para otorgarle sostenibilidad. Por otro lado, la urgencia de la situación obligó a tomar simultáneamente medidas coyunturales que permitieran recuperar el crédito del país, lo cual se consiguió con el plan de pagos que marcaría el inicio de la recuperación. No obstante quedaron muchas reformas estructurales pendientes que no se han abordado.

TABLAS ANEXAS

RECURSOS HUMANOS

	2007			2008			2009			2010		
	Público	Priv.	Total									
Balears												
Personal Vinculado Sanitario	8472	2242	10714	8402	2284	10686	8335	2030	10365	8390	1856	10246
Personal Vinculado No Sanitario	2.604	949	3.553	2.644	1.030	3.674	2.578	1.005	3.583	2.698	970	3.668
Enfermería Vinculados	3.053	783	3.836	3.101	836	3.937	3.028	726	3.754	3.258	676	3.934
Médicos Vinculados	1.621	328	1.949	1.664	304	1.968	1.717	235	1.952	1.744	238	1.982
Personal Total Vinculado	11076	3191	14267	11046	3314	14360	10913	3035	13948	11088	2826	13914
Personal Total	11110	4232	15342	11083	4332	15415	10933	4329	15262	11119	3753	14872

	2011			2012			2013			2014		
	Público	Priv.	Total									
Balears												
Personal Vinculado Sanitario	8390	1876	10266	8467	1818	10285	8341	1939	10280	8609	2082	10691
Personal Vinculado No Sanitario	2.531	977	3.508	2.443	1.051	3.494	2.337	1.117	3.454	2.430	1.114	3.544
Enfermería Vinculados	3.206	693	3.899	3.215	667	3.882	3.270	704	3.974	3.409	757	4.166
Médicos Vinculados	1.769	234	2.003	1.798	243	2.041	1.759	258	2.017	1.769	328	2.097
Personal Total Vinculado	10921	2853	13774	10910	2869	13779	10678	3056	13734	11039	3196	14235
Personal Total	10942	3865	14807	10922	3821	14743	10690	4214	14904	11064	4319	15383

VARIACIÓN PORCENTUAL DE RECURSOS HUMANOS

TOTAL % VAR.								
T / T-1	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Personal Sanitario Total		-0,3%	-3,0%	-1,1%	0,2%	0,2%	0,0%	4,0%
Personal No Sanitario		3,4%	-2,5%	2,4%	-4,4%	-0,4%	-1,1%	2,6%
Enfermería Total		2,6%	-4,6%	4,8%	-0,9%	-0,4%	2,4%	4,8%
Médicos Vinculados		1,0%	-0,8%	1,5%	1,1%	1,9%	-1,2%	4,0%
Personal Total Vinculado		0,7%	-2,9%	-0,2%	-1,0%	0,0%	-0,3%	3,6%
Personal Total		0,5%	-1,0%	-2,6%	-0,4%	-0,4%	1,1%	3,2%

PÚBLICO % VAR.								
T / T-1	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Personal Vinculado Sanitario		-0,8%	-0,8%	0,7%	0,0%	0,9%	-1,5%	3,2%
Personal Publico No Sanitario		1,5%	-2,5%	4,7%	-6,2%	-3,5%	-4,3%	4,0%
Enfermería Publico		1,6%	-2,4%	7,6%	-1,6%	0,3%	1,7%	4,3%
Médicos Vinculados Publico		2,7%	3,2%	1,6%	1,4%	1,6%	-2,2%	0,6%
Personal Total Vinculado		-0,3%	-1,2%	1,6%	-1,5%	-0,1%	-2,1%	3,4%
Personal Total Publico		-0,2%	-1,4%	1,7%	-1,6%	-0,2%	-2,1%	3,5%

PRIVADO % VAR.								
T / T-1	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Personal Sanitario Privado		1,9%	-11,1%	-8,6%	1,1%	-3,1%	6,7%	7,4%
Personal No Sanitario Privado		8,5%	-2,4%	-3,5%	0,7%	7,6%	6,3%	-0,3%
Enfermería Privado		6,8%	-13,2%	-6,9%	2,5%	-3,8%	5,5%	7,5%
Médicos Vinculados Privado		-7,3%	-22,7%	1,3%	-1,7%	3,8%	6,2%	27,1%
Personal Total Vinculado Privado		3,9%	-8,4%	-6,9%	1,0%	0,6%	6,5%	4,6%
Personal Total Privado		2,4%	-0,1%	-13,3%	3,0%	-1,1%	10,3%	2,5%
Personal Colabor. Privado		-2,2%	27,1%	-28,4%	9,2%	-5,9%	21,6%	-3,0%

RECURSOS HUMANOS IB	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Personal Total	15342	15415	15262	14872	14807	14743	14904	15383
Personal Privado	4232	4332	4329	3753	3865	3821	4214	4319
Personal Público	11110	11083	10933	11119	10942	10922	10690	11064
Personal Colaborador	1075	1055	1314	958	1033	964	1170	1148
Personal Vinculado	14267	14360	13948	13914	13774	13779	13734	14235
Personal Sanitario	11789	11735	11579	11204	11299	11249	11450	11839
Personal No Sanitario	3553	3680	3683	3668	3508	3494	3454	3544
Personal Total	15342	15415	15262	14872	14807	14743	14904	15383
Personal Total Vinculado Sanitario	10.714	10.686	10.365	10.246	10.266	10.285	10.280	10.691
Personal Total Vinculado No Sanitario	3.553	3.674	3.583	3.668	3.508	3.494	3.454	3.544
Personal Total Vinculado	14.267	14.360	13.948	13.914	13.774	13.779	13.734	14.235
Enfermería Vinculados	3.836	3.937	3.754	3.934	3.899	3.882	3.974	4.166
Médicos Vinculados	1.949	1.968	1.952	1.982	2.003	2.041	2.017	2.097
Médicos Colaboradores	1024	1003	1160	902	963	920	1121	1075
Médicos	2.973	2.971	3.112	2.884	2.966	2.961	3.138	3.172

RECURSOS HUMANOS /mill. hab.	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Personal Total	11666	12334	12594	12946	13626	14886	14368	13932	13446	13302	13170	13407	13941
Personal Privado Total	3694	4020	3942	3785	3932	4106	4038	3952	3393	3472	3413	3791	3914
Personal Público Total	7972	8315	8652	9162	9694	10780	10330	9981	10053	9830	9757	9616	10027
Personal Colaborador Total	1098	1126	1097	1077	969	1043	983	1200	866	928	861	1052	1040
Personal Sanitario Total	8703	9366	9797	9867	10433	11438	10938	10570	10130	10151	10049	10300	10729
Personal No Sanitario Total	2963	2968	2797	3079	3193	3447	3430	3362	3316	3152	3121	3107	3212
Personal Total Vinculado Sanitario	7610	8240	8701	8791	9465	10395	9960	9462	9264	9223	9188	9247	9689
Personal Total Vinculado No Sanitario	2963	2968	2797	3079	3193	3447	3425	3271	3316	3152	3121	3107	3212
Enfermería Vinculados Total	2922	3130	3220	3289	3424	3722	3670	3427	3557	3503	3468	3575	3775
Médicos Vinculados Total	1414	1554	1642	1631	1750	1891	1834	1782	1792	1799	1823	1814	1900
Médicos Colaboradores Total	1010	1034	1040	1020	936	994	935	1059	816	865	822	1008	974
Médicos Total	2424	2588	2682	2651	2686	2885	2769	2841	2607	2665	2645	2823	2875
Personal Vinculado Sanitario Público	5917	6294	6798	6954	7386	8220	7832	7609	7586	7537	7564	7503	7802
Personal Vinculado NO Sanit. Público	2055	2020	1854	2207	2308	2527	2464	2353	2439	2274	2182	2102	2202
Enfermería Vinculados Público	2315	2434	2585	2656	2702	2962	2890	2764	2946	2880	2872	2942	3089
Médicos Vinculados Público	1179	1287	1343	1353	1425	1573	1551	1567	1577	1589	1606	1582	1603
Personal Total Vinculado Público	7972	8315	8652	9162	9694	10747	10296	9962	10025	9811	9746	9605	10004
Personal Vinculado Sanitario Privado	1693	1945	1904	1837	2079	2175	2129	1853	1678	1685	1624	1744	1887
Personal Vinculado NO Sanit. Privado	908	948	942	872	885	921	960	917	877	878	939	1005	1010
Enfermería Vinculados Privado	606	696	635	634	722	760	779	663	611	623	596	633	686
Médicos Vinculados Privado	236	267	298	278	325	318	283	215	215	210	217	232	297
Personal Total Vinculado Privado	2601	2893	2846	2709	2964	3096	3089	2771	2555	2563	2563	2749	2896
Personal Total Privado	3694	4020	3942	3785	3932	4106	4038	3952	3393	3472	3413	3791	3914
Personal Colaborador Total Privado	1093	1126	1096	1076	968	1010	949	1181	838	909	850	1042	1018

VARIACIÓN PORCENTUAL DE RECURSOS HUMANOS / MILL. HAB.

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Personal Total	12946	13626	14886	14368	13932	13446	13302	13170	13407	13941
		5,25%	9,25%	-3,48%	-3,03%	-3,49%	-1,07%	-0,99%	1,80%	3,98%
Personal Privado Total	3785	3932	4106	4038	3952	3393	3472	3413	3791	3914
		3,88%	4,43%	-1,66%	-2,13%	-14,14%	2,33%	-1,70%	11,06%	3,26%
Personal Público Total	9162	9694	10780	10330	9981	10053	9830	9757	9616	10027
		5,81%	11,20%	-4,17%	-3,39%	0,72%	-2,22%	-0,75%	-1,44%	4,27%
Personal Colaborador Total	1077	969	1043	983	1200	866	928	861	1052	1040
		-10,04%	7,64%	-5,72%	21,98%	-27,79%	7,14%	-7,21%	22,22%	-1,15%
Personal Sanitario Total	9867	10433	11438	10938	10570	10130	10151	10049	10300	10729
		5,73%	9,64%	-4,37%	-3,36%	-4,17%	0,21%	-1,01%	2,50%	4,17%
Personal No Sanitario total	3079	3193	3447	3430	3362	3316	3152	3121	3107	3212
		3,69%	7,98%	-0,50%	-1,98%	-1,36%	-4,97%	-0,96%	-0,45%	3,37%
Personal Total Vinculado Sanitario	8791	9465	10395	9960	9462	9264	9223	9188	9247	9689
		7,66%	9,83%	-4,18%	-5,00%	-2,10%	-0,44%	-0,38%	0,65%	4,77%
Personal Total Vinculado No Sanitario	3079	3193	3447	3425	3271	3316	3152	3121	3107	3212
		3,69%	7,98%	-0,66%	-4,49%	1,39%	-4,97%	-0,96%	-0,45%	3,37%
Enfermería Vinculados Total	3289	3424	3722	3670	3427	3557	3503	3468	3575	3775
		4,10%	8,69%	-1,40%	-6,61%	3,79%	-1,52%	-1,00%	3,08%	5,61%
Médicos Vinculados Total	1631	1750	1891	1834	1782	1792	1799	1823	1814	1900
		7,34%	8,05%	-3,00%	-2,86%	0,56%	0,42%	1,32%	-0,49%	4,74%
Médicos Colaboradores Total	1020	936	994	935	1059	816	865	822	1008	974
		-8,25%	6,15%	-5,90%	13,27%	-22,99%	6,09%	-5,00%	22,70%	-3,39%
Médicos Total	2651	2686	2885	2769	2841	2607	2665	2645	2823	2875
		1,34%	7,39%	-4,00%	2,59%	-8,22%	2,19%	-0,73%	6,72%	1,84%
Personal Vinculado Sanitario Público	6954	7386	8220	7832	7609	7586	7537	7564	7503	7802
		6,21%	11,29%	-4,73%	-2,84%	-0,31%	-0,63%	0,35%	-0,80%	3,98%
Personal Vinculado No Sanitario Público	2207	2308	2527	2464	2353	2439	2274	2182	2102	2202
		4,54%	9,49%	-2,46%	-4,51%	3,65%	-6,79%	-4,02%	-3,67%	4,76%
Enfermería Vinculados Público	2656	2702	2962	2890	2764	2946	2880	2872	2942	3089
		1,74%	9,62%	-2,42%	-4,37%	6,56%	-2,22%	-0,29%	2,42%	5,03%
Médicos Vinculados Público	1353	1425	1573	1551	1567	1577	1589	1606	1582	1603
		5,37%	10,33%	-1,38%	1,06%	0,60%	0,79%	1,07%	-1,49%	1,32%
Personal Total Vinculado Público	9162	9694	10747	10296	9962	10025	9811	9746	9605	10004
		5,81%	10,86%	-4,19%	-3,24%	0,63%	-2,13%	-0,67%	-1,44%	4,15%
Personal Vinculado Sanitario Privado	1837	2079	2175	2129	1853	1678	1685	1624	1744	1887
		13,16%	4,64%	-2,13%	-12,95%	-9,45%	0,44%	-3,64%	7,40%	8,18%
Personal Vinculado No Sanitario Privado	872	885	921	960	917	877	878	939	1005	1010
		1,53%	4,04%	4,27%	-4,44%	-4,41%	0,08%	6,97%	7,02%	0,48%
Enfermería Vinculados Privado	634	722	760	779	663	611	623	596	633	686
		13,97%	5,19%	2,57%	-14,95%	-7,78%	1,86%	-4,30%	6,28%	8,33%
Médicos Vinculados Privado	278	325	318	283	215	215	210	217	232	297
		16,92%	-1,97%	-10,96%	-24,29%	0,30%	-2,30%	3,26%	6,91%	28,08%
Personal Total Vinculado Privado	2709	2964	3096	3089	2771	2555	2563	2563	2749	2896
		9,42%	4,46%	-0,23%	-10,31%	-7,78%	0,31%	-0,01%	7,26%	5,36%
Personal Total Privado	3785	3932	4106	4038	3952	3393	3472	3413	3791	3914
		3,88%	4,43%	-1,66%	-2,13%	-14,14%	2,33%	-1,70%	11,06%	3,26%
Personal Colaborador Total Privado	1076	968	1010	949	1181	838	909	850	1042	1018
		-10,05%	4,35%	-6,06%	24,49%	-29,05%	8,48%	-6,46%	22,49%	-2,30%

TABLAS DE GASTO

PRESUPUESTO GASTO IBSALUT								
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
CAP. 1	393.479.481	427.011.908	445.054.693	425.959.335	425.959.335	438.749.403	565.586.055	596.975.095
CAP. 2	412.277.591	466.265.733	494.154.024	465.608.805	465.608.805	501.004.131	375.890.445	374.430.524
CAP. 3	2.609.021	5.661.201	11.850.000	13.725.000	13.725.000	13.725.000	11.031.704	8.269.853
CAP. 4	208.437.820	219.510.987	226.731.796	196.972.626	196.972.626	209.641.471	169.534.642	165.042.344
CAP. 6	42.173.690	47.706.451	40.666.349	38.643.956	38.643.956	22.917.194	19.120.492	23.282.184
CAP. 7	1.200.000	3.736.000	10.852.888	8.977.889	8.977.889	1.500.000		
Total	1.060.177.603	1.169.892.280	1.229.309.750	1.149.887.611	1.149.887.611	1.187.537.199	1.141.163.338	1.168.000.000

GASTO DEVENGO IBSALUT								
CLASIFICACIÓN FUNCIONAL	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Servicios hospitalarios y especializados	708.478.000	799.933.000	880.437.000	995.135.000	1.015.838.000	829.734.000	816.590.000	876.184.000
Servicios primarios de salud	148.553.000	178.728.000	194.143.000	288.280.000	207.627.000	168.611.000	166.303.000	172.588.000
Servicios de salud pública	10.369.000	10.711.000	10.741.000	10.419.000	9.677.000	9.351.000	8.559.000	9.625.000
Servicios colectivos de salud	30.004.000	33.110.000	40.499.000	38.643.000	41.422.000	41.596.000	52.897.000	33.049.000
Farmacia	202.386.000	205.651.000	218.882.000	202.123.000	255.399.000	185.331.000	178.517.000	186.042.000
Traslado, prótesis y aparatos terapia	24.254.000	26.448.000	28.116.000	29.909.000	31.778.000	29.846.000	32.131.000	32.304.000
Gasto de capital	85.474.000	57.530.000	53.200.000	114.419.000	22.047.000	28.696.000	23.220.000	22.494.000
GASTO PÚBLICO EN SANIDAD TOTAL	1.209.518.000	1.312.111.000	1.426.018.000	1.678.928.000	1.583.788.000	1.293.165.000	1.278.217.000	1.332.286.000

GASTO LIQUIDADO IBSALUT								
ESTRUCTURA ECONÓMICA	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
CAP. 1	418.477.262	464.238.241	502.918.934	488.138.355	468.203.531	426.613.234	619.883.423	636.834.369
CAP. 2	445.929.229	498.987.610	511.781.879	565.851.676	461.017.135	807.128.335	373.685.587	415.870.255
CAP. 3	2.738.177	7.983.028	8.296.353	6.838.765	4.720.303	6.856.861	6.697.539	7.508.553
CAP. 4	209.080.196	214.716.144	227.327.760	290.735.672	194.370.144	407.760.131	169.316.265	191.331.485
CAP. 5				1.875.000	1.875.001	1.875.000	2.181.704	2.181.703
CAP. 6	70.024.215	43.961.253	40.620.263	33.354.162	17.809.289	23.414.587	19.205.129	18.010.686
CAP. 7	1.284.815	8.319.698	11.017.888	6.739.130	300.000	306.000	0	0
Total	1.147.533.894	1.238.205.974	1.301.963.076	1.393.532.760	1.148.295.403	1.673.954.148	1.190.969.647	1.271.737.051

GASTO SANIDAD IBSALUT								
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
LÍQUIDO IBSALUT (SIN GASTO COMÚN)	1.147.533.894	1.238.205.974	1.301.963.076	1.393.532.760	1.148.295.403	1.673.954.148	1.190.969.647	1.271.737.051
DEVENGO IBSALUT (SIN GASTO COMÚN)	1.187.056.328	1.286.949.750	1.401.141.342	1.655.669.324	1.563.893.102	1.271.744.455	1.257.951.114	1.311.775.857
DEUDA COMERCIAL SANIT. GENERADA	39.522.434	48.743.776	99.178.266	262.136.564	415.597.699	-402.209.693	66.981.467	40.038.806

GASTO SANIDAD IBSALUT		SUMA PERIODO
LIQ. IBSALUT (SIN GASTO COMÚN)		10.366.191.953
DEV. IBSALUT (SIN GASTO COMÚN)		10.936.181.272
DCS GENERADA		569.989.319

GASTO DEVENGADO	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
TOTAL	1.209.517.975	1.312.110.228	1.426.017.468	1.678.927.716	1.583.787.882	1.293.164.060	1.279.625.081	1.333.728.110
CONSELLERIA. GASTOS COMUNES DEV.	22.462.141	25.160.859	24.875.821	23.258.265	19.894.843	21.419.814	20.265.619	20.510.651
GASTO IBSALUT DEV. (SIN G. COMÚN)	1.187.056.328	1.286.949.750	1.401.141.342	1.655.669.324	1.563.893.102	1.271.744.455	1.257.951.114	1.311.775.857
VARIACIÓN GASTOS		99.893.422	114.191.592	254.527.982	-91.776.222	-292.148.647	-13.793.342	53.824.743

DCS GENERADA ANUAL	-39.522.434	-48.743.776	-99.178.266	-262.136.564	-415.597.700	402.209.693	-66.981.467	-40.038.806
DESFASE PRESUPUESTARIO	-126.878.725	-117.057.470	-171.831.592	-505.781.713	-414.005.491	-84.207.256	-116.787.776	-143.775.857

GASTO LIQUIDADADO IBSALUT	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
CAP. 1	418.477.262	464.238.241	502.918.934	488.138.355	468.203.531	426.613.234	619.883.423	636.834.369
CAP. 2	445.929.229	498.987.610	511.781.879	565.851.676	461.017.135	807.128.335	373.685.587	415.870.255
CAP. 3	2.738.177	7.983.028	8.296.353	6.838.765	4.720.303	6.856.861	6.697.539	7.508.553
CAP. 4	209.080.196	214.716.144	227.327.760	290.735.672	194.370.144	407.760.131	169.316.265	191.331.485
CAP. 5				1.875.000	1.875.001	1.875.000	2.181.704	2.181.703
CAP. 6	70.024.215	43.961.253	40.620.263	33.354.162	17.809.289	23.414.587	19.205.129	18.010.686
CAP. 7	1.284.815	8.319.698	11.017.888	6.739.130	300.000	306.000	0	0
Total	1.147.533.894	1.238.205.974	1.301.963.076	1.393.532.760	1.148.295.403	1.673.954.148	1.190.969.647	1.271.737.051

COSTE LABORAL	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Gasto Personal Ibsalut	418.477.262	464.238.241	502.918.934	488.138.355	468.203.531	426.613.234	444.983.000
Trabajadores Ibsalut	11.110	11.083	10.933	11.119	10.942	10.922	10.690
Coste Laboral / Trab. Ibsalut	37.667	41.887	46.000	43.901	42.790	39.060	41.626
% Var. Coste Laboral /Trab. Ibsalut		111,21%	109,82%	95,44%	97,47%	91,28%	106,57%

GASTO PERSONAL

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Ibsalut (Sin 4 "Entes")	418.477.262	464.238.241	502.918.934	488.138.355	468.203.531	426.613.234	445.033.000	462.634.000
Hospital Son Llätzer	76.915.000	86.353.000	89.413.000	89.966.000	84.822.000	79.336.000	81.600.000	93.153.000
Hospital Manacor	46.907.000	50.439.000	53.505.000	52.538.000	49.369.000	44.051.000	43.489.000	46.752.000
Hospital C. Inca	21.770.000	34.784.000	36.597.000	35.822.000	35.357.000	33.024.000	32.232.000	34.295.000
Gesma	28.310.000	29.976.000	36.269.000	34.248.000	38.612.000	35.986.000	17.529.000	0
Total	592.379.262	665.790.241	718.702.934	700.712.355	676.363.531	619.010.234	619.883.423	636.834.369
"4 Entes"	173.902.000	201.552.000	215.784.000	212.574.000	208.160.000	192.397.000	174.850.000	174.200.000

GASTO DEVENGADO

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
RRHH Ibsalut	436.738.000	482.801.000	516.760.000	501.717.000	481.114.000	439.118.000	632.508.000	649.479.000
Consumo Intermedio	241.568.000	285.885.000	339.827.000	463.658.000	468.164.000	315.018.000	316.956.000	314.300.000
Consumo Capital Fijo	8.451.000	9.001.000	8.406.000	12.078.000	12.125.000	9.178.000	0	0
Conciertos + G. RRHH (4 Entes)	229.585.000	262.573.000	281.348.000	298.082.000	336.392.000	309.066.000	123.164.000	155.818.000
Transferencias Corrientes	209.806.000	216.478.000	228.236.000	290.660.000	265.406.000	193.456.000	183.776.000	191.637.000
Gasto Capital	85.766.000	57.584.000	53.200.000	114.419.000	22.047.000	28.696.000	23.220.000	22.494.000
TOTAL GASTO DEVENGADO	1.211.914.000	1.314.322.000	1.427.778.000	1.680.614.000	1.585.248.000	1.294.532.000	1.279.625.000	1.333.728.000

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
RRHH IBSALUT (Sin 4 Entes)	436.738.000	482.801.000	516.760.000	501.717.000	481.114.000	439.118.000	632.508.000	649.479.000
Cap. 2 Devengado	479.604.000	557.459.000	629.581.000	773.818.000	816.681.000	633.262.000	440.120.000	470.118.000
Transferencias Corrientes	209.806.000	216.478.000	228.236.000	290.660.000	265.406.000	193.456.000	183.776.000	191.637.000
Gasto de Capital	85.766.000	57.584.000	53.200.000	114.419.000	22.047.000	28.696.000	23.220.000	22.494.000
TOTAL GASTO DEVENGADO	1.211.914.000	1.314.322.000	1.427.778.000	1.680.614.000	1.585.248.000	1.294.532.000	1.279.625.000	1.333.728.000

VARIACIÓN ANUAL	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Var. RRHH (Ibsalut + 4 Entes)		73.713.000	48.191.000	-18.253.000	-25.017.000	-57.759.000	993.000	16.971.000
Var. Cap. 2 (descontada la Var. de RRHH de "4 Entes")		50.205.000	57.890.000	147.447.000	47.277.000	-167.656.000	-745.000	29.998.000
Var. Cap. 4		6.672.000	11.758.000	62.424.000	-25.254.000	-71.950.000	-9.680.000	7.861.000
Var. Cap. 6		-28.182.000	-4.384.000	61.219.000	-92.372.000	6.649.000	-5.476.000	-726.000
VARIACIÓN GASTO DEVENGADO		102.408.000	113.455.000	252.837.000	-95.366.000	-290.716.000	-14.908.000	54.104.000

GASTO PERSONAL PRIVADO SALUD

IB

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Gasto Personal PRIVADO salud IB	79.416.757	85.199.825	86.864.560	85.836.348	89.750.724	85.181.051	92.774.658	101.334.256	108.626.855

GASTO FARMACIA

IB	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
G. FARMACIA DEV.	202.385.901	205.651.102	218.881.624	202.122.887	255.398.881	185.331.146	178.516.779	186.041.582
G. FARMACIA LIQ.	202.385.901	205.651.102	218.881.624	202.122.887	183.526.977	256.708.748	163.657.843	184.831.698
DEUDA GENERADA					71.871.904	-71.377.602	14.858.936	1.209.884

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales. PESTADISTICO

Diagnósticos / Millón hab.	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
1-ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	7069	7625	8109	8127	8135	8494	9493	9790	10575	11539	11267	12380	12827	12409
2-NEOPLASIAS	10983	10878	11662	11275	11537	12156	12472	13071	13900	14412	13760	15006	16036	15998
3-ENFERMEDADES ENDOCRINAS, DE LA NUTRICIÓN Y METABÓLICAS Y TRASTORNOS DE LA INMUNIDAD	20240	22849	24195	25930	25747	26509	30244	31023	34289	36079	35823	39256	41764	43221
4-ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS	4839	5640	6632	6881	7363	7326	8093	8032	8670	9318	8753	9498	9933	9306
5-TRASTORNOS MENTALES	20330	21756	21297	20879	20943	21932	23829	22848	22676	22031	21860	23683	24054	25148
6-ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO Y DE LOS ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS	9199	9444	9701	9731	8906	9244	12803	12434	13915	14926	15429	16987	17367	17513
7-ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	46655	49110	50399	52336	49361	52617	58159	57310	61104	64108	62809	64895	68195	69615
8-ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO	19872	22550	22192	24245	21389	22714	25216	26177	26262	28832	27744	27590	28772	29115
9-ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO	18740	19948	20736	20901	19600	19659	21999	21001	23111	24292	22217	24413	24369	24622
401-HIPERTENSIÓN ESENCIAL	12332	13198	13791	14280	13436	13923	15264	14705	15816	16925	15527	16499	17216	17859
250-DIABETES MELLITUS	8612	9561	9849	10197	9595	9771	10571	10427	11043	11300	11227	11674	11995	12147
305-ABUSO DE DROGAS SIN DEPENDENCIA	9176	9963	9693	9860	9956	10271	10351	10077	9952	9320	9125	9812	9508	10588
427-DISRITMIAS CARDIACAS	5104	5542	5512	5801	5342	5693	6390	6377	6795	7286	7271	7499	8011	8176
518-OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES	4021	4712	5063	5588	4896	5088	5471	5793	5715	5889	6379	5932	6294	6164
428-INSUFICIENCIA CARDIACA	2943	3248	3654	4010	3574	4089	4931	4997	5315	6034	5916	6033	6096	6150
414-OTRAS FORMAS DE ENFERMEDAD CARDIACA ISQUÉMICA CRÓNICA	4573	5066	5057	5273	5094	5594	5924	5599	5813	6170	6119	5990	5999	6128
278-SOBREPESO, OBESIDAD Y OTROS TIPOS DE HIPERALIMENTACIÓN	1887	2040	2159	2374	2442	2611	3088	3486	3736	3872	3864	4473	4693	4928
403-ENFERMEDAD DEL RIÑÓN HIPERTENSIVA CRÓNICA	802	1122	1475	1893	2078	2215	2560	2814	2915	3071	3358	3435	3634	3779
285-OTRAS ANEMIAS Y ANEMIAS NO ESPECIFICADAS	1544	2010	2768	2917	3437	3692	3584	3750	3972	4274	4328	3350	3587	3283
491-BRONQUITIS CRÓNICA	3407	3777	3524	3563	3019	3368	3116	3162	3169	3229	2960	2806	2940	2813
300-TRASTORNOS DE ANSIEDAD, DISOCIATIVOS Y SOMATOMORFOS	1433	1523	1562	1530	1520	1796	2169	2030	2203	2299	2244	2601	2786	2789
466-BRONQUITIS Y BRONQUIOLITIS AGUDAS	1512	2000	1750	1998	1873	1756	2181	1948	1994	2826	2517	2543	2659	2785
493-ASMA	1712	1948	1830	1959	1868	1900	2057	2030	2132	2194	1986	2226	2210	2404
197-NEOPLASIA MALIGNA SECUNDARIA DE APARATO RESPIRATORIO Y DIGESTIVO	1385	1248	1393	1456	1555	1661	1729	1757	1996	1849	1897	2080	2342	2355
486-NEUMONÍA ORGANISMO SIN ESPECIFICAR	1607	1973	1697	1848	1697	1747	1727	1917	2027	2480	2117	2015	2159	2347
519-OTRAS ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO	974	1321	1120	1532	1240	1381	2018	2227	2345	2135	2581	2332	2225	2306
496-OTRAS OBSTRUCCIONES CRÓNICAS VÍAS RESPIRATORIAS N.C.O.C.	1863	1768	1790	1879	1656	1713	2004	1858	1899	1896	1930	2123	2155	2288
571-ENFERMEDAD HEPÁTICA Y CIRROSIS CRÓNICA	2046	2344	2363	2288	2056	2190	2461	2080	2176	2200	1933	2285	2276	2252
244-HIPOTIROIDISMO ADQUIRIDO	631	800	965	1015	1044	1219	1364	1430	1626	1850	1732	1941	2231	2197
311-TRASTORNO DEPRESIVO NO CLASIFICADO BAJO OTROS CONCEPTOS	1781	1917	1767	1873	1826	1987	2281	1965	2025	1904	1770	1978	2057	2095
303-SÍNDROME DE DEPENDENCIA DEL ALCOHOL	1872	2051	1814	1671	1665	1802	1955	1816	1492	1352	1411	1528	1634	1584
402-ENFERMEDAD CARDIACA HIPERTENSIVA	1014	1115	1010	1161	1069	1220	1273	1263	1381	1502	1298	1295	1397	1432
440-ATEROSCLEROSIS	1147	1001	1008	1059	963	1102	1008	1045	1196	1154	1186	1312	1344	1378
198-NEOPLASIA MALIGNA SECUNDARIA DE OTROS SITIOS ESPECIFICADOS	974	876	976	877	932	977	1068	1080	1250	1206	1239	1338	1465	1364
410-INFARTO AGUDO MIOCARDIO	1372	1390	1420	1375	1194	1151	1239	1313	1228	1295	1310	1242	1233	1356

401-HIPERTENSIÓN ESENCIAL	12331,9	13197,7	13791,0	14279,9	13435,7	13923,3	15264,1	14704,8	15815,8	16924,6	15526,5	16499,4	17216,1	17859,1
53 - TRASTORNOS DEL METABOLISMO LIPÍDICO	4971,8	5865,8	6667,7	7191,3	7378,2	8281,2	9225,9	9394,5	10458,8	11079,7	11116,3	12441,6	13622,8	14637,7
250-DIABETES MELLITUS	8612,1	9561,3	9848,8	10197,0	9594,8	9770,5	10571,0	10427,0	11042,9	11299,8	11227,1	11674,3	11995,2	12146,9
101 - ATEROSCLEROSIS CORONARIA Y OTRAS CARDIOPATÍAS	8998,1	9158,1	8893,8	9184,9	8726,7	9346,5	9826,2	9610,0	10062,8	10297,2	9961,2	10014,6	10629,5	10808,7
305-ABUSO DE DROGAS SIN DEPENDENCIA	9175,9	9963,5	9692,7	9860,3	9956,4	10271,2	10351,0	10077,4	9951,6	9319,8	9125,1	9812,2	9508,4	10587,8
49 - DIABETES MELLITUS SIN COMPLICACIONES	5983,9	6634,2	6938,9	7096,7	6889,7	7141,1	7814,7	7735,8	8343,2	8534,6	8364,0	8604,1	8980,1	9265,9
3 - OTRAS INFECCIONES BACTERIANAS	2864,9	3204,7	3646,9	3716,7	4121,6	4765,9	5347,5	5682,7	6499,7	6621,1	6766,8	7703,7	8998,2	9071,2
427-DISRITMIAS CARDIACAS	5103,8	5541,7	5511,8	5800,9	5342,3	5693,5	6389,6	6377,4	6795,4	7285,9	7270,6	7498,6	8011,3	8175,8
130 - PLEURESÍA, NEUMOTÓRAX Y COLAPSO PULMONAR	4912,9	5852,0	6509,6	7106,9	6279,3	6643,4	7170,7	7586,1	7609,1	7634,4	7800,3	7343,0	7969,6	7896,9
58 - OTROS TRASTORNOS NUTRICIONALES, ENDOCRINOS Y METABÓLICOS	3145,1	3181,5	3312,9	3580,4	3605,2	3658,9	4508,6	5023,6	5611,9	5643,6	5677,0	6653,9	6850,4	7137,3
253 - REACCIONES ALÉRGICAS	4635,9	4951,6	4872,0	5046,1	5231,4	5146,3	5320,4	5317,6	6139,0	5997,6	4772,9	5183,2	6870,3	6928,2
127 - ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA Y BRONQUIECTASIA	5761,4	6023,0	5783,0	6013,4	5186,5	5691,6	5825,6	5929,2	6122,7	6376,7	6280,8	6555,9	6775,2	6910,0
041-INFECCIONES BACTERIANAS EN ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRO CONCEPTO SITIO NO ESPECIFICADO	2751,5	3079,1	3478,4	3442,1	3802,0	4242,0	4769,6	5008,1	5503,4	5649,9	5866,3	6406,6	6654,6	6569,6
59 - ANEMIAS CARENCIALES Y OTRAS	3151,7	3726,1	4241,7	4623,0	5176,5	5526,6	5766,9	5575,9	6066,6	6569,0	6256,7	6501,9	6917,4	6314,3
108 - INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA NO HIPERTENSIVA	3129,9	3350,4	3763,2	4076,8	3621,2	4130,4	4971,8	5038,2	5349,7	6053,3	5939,6	6053,0	6111,8	6164,9
518-OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES	4020,9	4712,0	5062,6	5588,3	4895,8	5088,1	5471,4	5793,2	5714,9	5888,9	6379,1	5931,6	6293,9	6164,0
428-INSUFICIENCIA CARDIACA	2943,4	3248,0	3654,3	4009,6	3574,2	4088,7	4930,8	4997,1	5315,3	6034,4	5916,4	6033,2	6096,4	6150,4
414-OTRAS FORMAS DE ENFERMEDAD CARDIACA ISQUÉMICA CRÓNICA	4572,7	5065,7	5057,4	5272,9	5093,6	5593,6	5924,4	5598,7	5813,5	6170,1	6119,1	5990,1	5999,4	6127,8
99 - HIPERTENSIÓN CON COMPLICACIONES E HIPERTENSIÓN SECUNDARIA	2145,1	2558,7	2870,0	3468,5	3573,2	3899,5	4313,8	4721,5	5079,3	5429,8	5543,8	5583,5	5936,0	6066,2
158 - INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA	2041,5	1903,2	1945,5	1670,2	1490,4	320,2	4316,6	4321,6	4836,1	5080,3	5481,3	5480,0	5734,8	5953,0
96 - TRASTORNOS DE LAS VÁLVULAS CARDÍACAS	3007,7	3065,4	3239,6	3464,4	3072,7	3367,8	3963,3	3811,3	4508,8	4468,5	4441,5	4567,0	5290,7	5360,0
585-NEFROPATÍA CRÓNICA	1581,3	1466,2	1446,0	1262,3	1065,9	0,0	3725,6	4147,2	4338,0	4535,0	4933,7	4932,2	5129,4	5268,5
42 - NEOPLASIAS MALIGNAS SECUNDARIAS	2683,8	2440,5	2684,7	2720,9	3012,8	3186,3	3326,7	3462,6	4070,3	3887,3	4094,9	4585,0	5244,5	5022,3
278-SOBREPESO, OBESIDAD Y OTROS TIPOS DE HIPERALIMENTACIÓN	1886,7	2040,4	2159,1	2374,0	2442,4	2611,0	3088,1	3486,3	3735,8	3872,0	3863,5	4472,5	4693,5	4928,1
95 - OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA NERVIOSO	1963,0	2220,9	2151,7	2164,5	2190,7	2080,2	2658,4	2874,7	3662,6	3720,2	3843,9	4485,1	4639,1	4662,8
211 - OTRA ENFERMEDAD DEL TEJIDO CONECTIVO	2679,5	3385,2	3429,2	3650,6	3745,0	3939,3	4389,3	3178,7	4867,8	4537,7	3324,0	3856,3	4443,4	4602,2
660 - TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL ALCOHOL	3735,1	3959,4	3789,4	3614,0	3408,4	3846,1	4001,5	4013,1	3754,8	3871,1	3747,4	4115,4	4186,9	4493,5
155 - OTROS TRASTORNOS DEL APARATO DIGESTIVO	2126,6	2284,2	2332,9	2563,2	2477,4	2644,9	2954,8	2716,8	3432,0	3448,9	3452,6	4025,5	4032,8	4330,5
55 - TRASTORNOS DE FLUIDOS Y ELECTRÓLITOS	1609,7	2023,5	1977,9	2346,6	2372,5	1818,3	2548,4	2734,1	3459,2	3911,5	3797,4	4071,3	4250,3	4180,3
276-TRASTORNOS DEL EQUILIBRIO OSMÓTICO/ELECTROLÍTICO/ACIDO-BÁSICO	1599,8	2018,2	1963,3	2332,3	2345,5	1797,9	2524,1	2722,2	3451,0	3887,3	3792,1	4054,2	4242,2	4161,2
599-OTRAS ALTERACIONES DE URETRA Y VÍAS URINARIAS	2165,8	2531,2	2621,9	2417,8	2648,2	2761,4	3220,4	2678,4	3602,0	3978,9	3683,1	4050,6	4051,9	4118,7
653 - DEMENCIA CON DELIRIUM, TRASTORNOS AMNÉSICOS Y OTROS TRASTORNOS COGNITIVOS	1584,6	1809,2	2016,7	1869,5	1993,9	1871,6	2228,7	2567,0	2842,6	3150,6	3584,8	3850,0	4157,9	4112,3
159 - INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS	2306,5	2626,2	2673,2	2440,2	2707,1	2803,1	3201,8	3047,2	3404,9	3899,9	3650,9	3930,1	3915,0	4027,2
403-ENFERMEDAD DEL RIÑÓN HIPERTENSIVA CRÓNICA	801,6	1122,1	1475,3	1892,9	2077,8	2215,1	2559,6	2813,5	2914,9	3070,7	3357,9	3435,4	3634,1	3779,2
157 - INSUFICIENCIA RENAL AGUDA Y NO ESPECIFICADA	1222,5	1418,7	1691,0	1868,5	1805,1	1923,1	2272,5	2448,4	2751,2	3174,9	3294,5	3549,6	3897,8	3739,3
584-INSUFICIENCIA RENAL AGUDA	912,8	1142,1	1449,1	1613,2	1611,3	1752,3	2092,6	2309,6	2630,1	3070,7	3215,9	3480,3	3834,4	3681,4

149 - ENFERMEDADES DE VÍAS BILIARES	2740,6	2932,4	3007,2	3064,7	2819,0	2944,7	3347,2	3052,7	3291,9	3539,6	3469,6	3883,3	3704,8	3667,8
205 - ESPONDILOSIS, TRASTORNOS DEL DISCO INTERVERTEBRAL Y OTROS PROBLEMAS DE LA ESPALDA	1481,0	1597,1	1630,3	1566,4	1589,3	2077,3	2236,1	2247,5	3119,2	3356,3	2675,4	3091,7	3449,2	3642,4
163 - SÍNTOMAS GENITOURINARIOS Y AFECCIONES MAL DEFINIDAS	1872,5	2078,4	2146,5	2116,7	2098,8	2055,0	2924,9	1981,9	3452,8	2990,7	2802,3	3219,5	3422,9	3439,6
133 - OTRA ENFERMEDAD DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS INFERIORES	2394,8	2928,1	2872,1	3338,3	2922,9	2518,8	3295,9	3239,8	3148,1	3061,7	3432,1	3265,3	3350,4	3434,2
143 - HERNIA ABDOMINAL	2874,7	3369,4	3699,3	3587,5	3370,4	2949,6	3310,8	3208,8	3319,0	3319,5	2933,6	3380,5	3399,4	3375,3
48 - TRASTORNOS TIROIDEOS	1282,5	1511,6	1677,4	1789,2	1827,1	1990,0	2261,3	2319,6	2603,0	2914,3	2666,5	3017,1	3410,2	3341,8
2 - SEPTICEMIA (EXCEPTO EN TRABAJO DE PARTO)	713,2	680,8	986,3	1048,7	1113,8	1513,6	2036,6	2183,6	2734,1	3028,4	3339,2	3264,4	3413,0	3304,7
50 - DIABETES MELLITUS CON COMPLICACIONES	2693,7	2989,4	2970,5	3142,0	2888,9	2832,2	3102,0	3062,7	3221,4	3266,5	3397,2	3617,1	3460,1	3298,4
122 - NEUMONÍA (EXCEPTO LA CAUSADA POR TUBERCULOSIS O ETS)	2549,7	2982,0	2696,2	2921,3	2642,2	2961,2	3201,8	3364,0	3198,8	3733,7	3164,1	3006,3	3223,5	3290,2
285-OTRAS ANEMIAS Y ANEMIAS NO ESPECIFICADAS	1544,2	2009,8	2768,5	2917,2	3437,3	3691,8	3583,9	3750,1	3971,8	4273,6	4328,1	3349,9	3587,0	3283,0
238 - COMPLICACIONES DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS O ATENCIÓN SANITARIA	2125,5	2138,6	2604,1	2451,4	2600,2	2424,7	2705,0	2550,6	2886,9	2763,4	3124,8	3419,2	3293,3	3271,2
151 - OTRAS HEPATOPATÍAS	2611,9	2816,2	3027,1	3293,6	2981,8	2978,7	3333,2	2431,0	2922,1	3032,0	2855,0	3212,3	3261,6	3235,9
203 - OSTEOARTRITIS	1943,4	2214,6	2324,5	2340,5	2265,6	2519,8	2858,8	2799,8	3180,7	3016,8	2747,8	3144,8	3246,2	3166,2
424-OTRAS ENFERMEDADES DE ENDOCARDIO	1748,2	1948,6	2015,6	2191,0	1845,0	2107,4	2350,8	2387,2	2650,9	2714,0	2763,0	2820,1	3187,3	3025,0
193 - TRAUMATISMO DEL PERINEO Y LA VULVA	1113,5	1357,5	1624,0	1857,3	2045,8	1968,7	2469,1	2556,1	2773,8	2777,8	2786,2	2722,0	2802,1	2859,3
491-BRONQUITIS CRÓNICA	3406,9	3776,8	3524,4	3563,1	3018,8	3367,8	3116,0	3162,2	3168,9	3228,8	2960,4	2805,7	2939,9	2813,1
300-TRASTORNOS DE ANSIEDAD, DISOCIATIVOS Y SOMATOMORFOS	1433,0	1523,2	1562,2	1529,8	1520,4	1796,0	2169,0	2030,3	2203,3	2299,0	2244,0	2600,6	2785,8	2788,6
125 - BRONQUITIS AGUDA	1511,5	2000,3	1749,7	1997,7	1873,0	1756,2	2181,1	1948,1	1994,5	2826,3	2517,3	2543,0	2659,0	2785,0
164 - HIPERPLASIA DE LA PRÓSTATA	1845,2	2116,4	2190,5	2196,0	2099,8	2134,6	2325,6	2310,5	2531,5	2579,3	2269,0	2478,2	2565,6	2690,9
280-ANEMIAS POR CARENCIA DE HIERRO	1042,6	1327,9	1209,4	1350,8	1498,4	1452,5	1651,7	1653,2	1646,4	1853,4	1512,4	2784,1	2912,7	2679,1
574-COLELITIASIS	2121,1	2273,7	2381,0	2374,0	2165,7	2121,0	2443,0	2291,3	2453,8	2651,1	2532,5	2823,7	2643,5	2641,1
553-OTRA HERNIA ABDOMINAL SIN MENCIÓN DE OBSTRUCCIÓN NI GANGRENA	1965,2	2363,4	2412,5	2401,5	2228,6	2167,6	2447,7	2376,2	2438,4	2444,5	2240,4	2670,7	2658,0	2630,2
160 - CÁLCULO DE VÍAS URINARIAS	1695,8	1645,6	1359,1	1425,0	1589,3	1824,1	1881,9	1614,9	1900,5	2198,3	1645,5	2024,0	2333,6	2619,3
117 - OTRA ENFERMEDAD CIRCULATORIA	2064,4	1983,4	2007,2	2032,3	1897,0	1923,1	2273,4	2281,3	2510,7	2395,1	2175,2	2471,0	2869,2	2558,7
128 - ASMA	1712,2	1947,5	1830,3	1959,0	1868,0	1899,8	2057,1	2030,3	2131,9	2193,8	1985,8	2226,4	2210,4	2403,8
486-NEUMONÍA ORGANISMO SIN ESPECIFICAR	1607,5	1972,8	1697,3	1848,2	1697,2	1747,4	1727,2	1917,1	2027,0	2479,5	2117,1	2015,0	2158,7	2346,8
224 - OTRAS AFECCIONES PERINATALES	2092,8	2423,6	2535,0	2164,5	2355,5	2454,8	2302,3	2528,7	2715,1	2387,0	2534,3	2378,4	2496,7	2326,9
519-OTRAS ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO	973,9	1320,5	1120,4	1531,8	1239,7	1380,7	2018,0	2227,4	2345,3	2135,5	2580,8	2331,6	2224,9	2306,1
496-OTRAS OBSTRUCCIONES CRÓNICAS VÍAS RESPIRATORIAS N.C.O.C.	1862,7	1768,1	1790,5	1878,7	1656,2	1713,5	2004,0	1857,7	1898,7	1895,6	1930,4	2122,9	2155,1	2288,0
571-ENFERMEDAD HEPÁTICA Y CIRROSIS CRÓNICA	2045,9	2344,4	2363,2	2287,6	2055,8	2189,9	2460,7	2080,5	2176,2	2200,1	1933,1	2284,8	2275,6	2251,7
244 - OTRAS LESIONES Y AFECCIONES DEBIDAS A CAUSAS EXTERNAS	597,6	527,8	576,9	609,3	729,2	556,9	975,9	1108,2	1376,1	1331,4	1637,4	1668,7	2022,8	2214,6
237 - COMPLICACIÓN DE DISPOSITIVO, IMPLANTE O INJERTO	1256,3	1274,1	1308,8	1401,6	1443,5	1361,3	1894,0	1691,6	1692,5	1784,2	1724,1	1894,4	2011,9	2203,8
661 - TRASTORNOS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS	2066,6	2039,3	2269,0	2028,2	2051,8	2114,2	2369,4	2056,7	2089,4	2010,6	1917,0	2154,4	2018,2	2201,0
244-HIPOTIROIDISMO ADQUIRIDO	631,4	800,1	965,4	1015,1	1043,9	1218,6	1363,7	1429,6	1625,6	1849,8	1732,1	1941,2	2231,2	2197,4
311-TRASTORNO DEPRESIVO NO CLASIFICADO BAJO OTROS CONCEPTOS	1780,9	1916,9	1767,5	1872,6	1826,1	1987,1	2280,9	1964,5	2025,2	1903,7	1769,6	1978,1	2057,2	2095,1
134 - OTRA ENFERMEDAD DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	1157,1	1169,6	1242,9	1414,9	1329,6	941,2	1812,0	1925,3	2216,9	2219,0	2009,9	2058,2	2085,3	1930,3

191 - POLIHIDRAMNIO Y OTROS PROBLEMAS DE LA CAVIDAD AMNÍOTICA	1451,5	1546,4	1719,3	1810,5	1778,1	1900,7	2367,5	2169,0	2042,4	2019,6	2060,9	2060,0	2112,5	1929,4
103 - ENFERMEDAD CARDIOPULMONAR	982,6	1058,7	1082,7	1076,2	1107,8	1153,6	1184,7	1242,4	1360,7	1431,1	1482,0	1570,6	1742,7	1844,3
114 - ATROSCLEROSIS PERIFÉRICA Y VISCERAL	1439,5	1270,9	1321,4	1334,5	1305,6	1559,2	1444,8	1436,9	1548,8	1507,5	1552,6	1655,2	1724,6	1773,7
146 - DIVERTICULOSIS Y DIVERTICULITIS	741,6	754,7	751,8	754,7	783,2	927,6	985,2	1028,8	1263,1	1461,7	1457,0	1558,9	1790,8	1771,0
47 - OTRAS NEOPLASIAS BENIGNA Y NEOPLASIAS BENIGNA NO ESPECIFICADAS	1027,3	1106,2	1144,4	1113,8	1078,9	1147,8	1175,4	1311,8	1548,8	1489,5	1264,9	1567,9	1798,9	1745,6
10 - INMUNIZACIONES Y CRIBAJE DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS	1313,0	2141,7	2102,5	1942,8	1896,0	1943,4	2253,8	1746,4	1926,7	1778,8	1587,4	1483,3	1714,6	1687,7
199 - ÚLCERA CRÓNICA DE LA PIEL	523,5	566,8	490,0	541,1	612,3	742,3	1024,4	1120,1	1631,0	1529,9	1420,4	1610,2	1720,1	1656,9
118 - FLEBITIS, TROMBOFLEBITIS Y TROMBOEMBOLISMO	817,9	851,8	872,2	926,6	925,0	992,6	1163,3	1037,0	1122,0	1134,7	1040,7	1240,5	1528,9	1650,6
161 - OTRAS ENFERMEDADES DEL RIÑÓN Y URÉTERES	1245,4	1180,1	1256,5	1158,5	1190,7	1219,6	1221,1	1255,2	1461,1	1533,5	1493,6	1649,8	1691,1	1639,7
426-ALTERACIONES DE CONDUCCIÓN	1160,3	1268,8	1120,4	1054,8	898,0	1066,3	1274,2	1191,3	1313,7	1313,4	1185,4	1424,9	1669,3	1610,7
138 - TRASTORNOS ESOFÁGICOS	953,1	939,5	1029,3	1104,6	971,0	1088,6	1205,2	1299,0	1383,3	1355,7	1216,7	1398,8	1505,3	1590,8
303-SÍNDROME DE DEPENDENCIA DEL ALCOHOL	1872,5	2051,0	1813,5	1671,2	1665,2	1801,8	1954,6	1815,7	1491,8	1352,1	1411,4	1528,3	1634,0	1583,6
24 - CÁNCER DE MAMA	1004,4	1141,1	1042,9	1045,6	1053,9	1108,0	1030,0	1184,9	1281,1	1331,4	1146,1	1178,4	1520,7	1482,1
97 - PERI, ENDO Y MIOCARDITIS Y MIOCARDIOPATÍA (EXCEPTO LA CAUSADA POR TUBERCULOSIS O ETS)	853,9	917,3	961,2	910,4	1036,9	1036,2	1176,3	1061,7	1132,9	1211,0	1331,0	1486,0	1370,3	1465,8
402-ENFERMEDAD CARDIACA HIPERTENSIVA	1014,2	1114,7	1010,4	1160,6	1068,9	1219,6	1273,3	1262,5	1381,5	1502,1	1298,0	1295,3	1396,5	1432,3
83 - EPILEPSIA Y CONVULSIONES	1330,5	1369,1	1265,9	1266,4	1134,8	1268,1	1423,3	1376,6	1355,3	1510,2	1411,4	1493,2	1533,4	1425,1
109 - ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES AGUDAS	1514,8	1534,8	1504,6	1545,1	1505,4	1415,6	1524,9	1526,3	1596,7	1604,5	1411,4	1433,9	1484,4	1418,8
564-ALTERACIONES FUNCIONALES DIGESTIVAS N.C.O.C.	519,1	592,2	680,6	659,1	621,3	686,9	776,4	826,2	996,3	1055,6	1055,0	1252,2	1278,7	1403,4
437-OTRA ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR Y ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR MAL DEFINIDA	480,9	545,7	619,9	720,1	837,1	856,7	969,4	1054,4	1113,9	1247,0	1226,5	1310,6	1451,8	1379,8
440-ATEROSCLEROSIS	1147,3	1000,7	1008,3	1058,9	963,0	1102,2	1007,6	1045,3	1196,1	1153,5	1186,3	1312,4	1344,0	1378,0
111 - ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES MAL DEFINIDAS Y OTRAS	429,7	534,1	609,4	710,0	828,1	846,1	951,7	1044,3	1096,7	1229,0	1221,1	1290,8	1437,3	1368,1
94 - OTROS TRASTORNOS DEL OÍDO Y DE LOS ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS	717,6	728,3	822,0	812,7	740,2	846,1	1030,0	938,4	1044,3	1105,0	1075,5	1144,2	1354,9	1365,3
100 - INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO	1371,9	1390,2	1419,8	1375,2	1193,7	1150,7	1238,8	1312,7	1227,8	1294,6	1310,5	1242,3	1232,5	1356,3
592-CÁLCULO DE RIÑÓN Y URÉTER	910,6	840,2	721,4	773,0	879,1	903,3	933,0	840,8	916,8	1062,8	941,5	1189,2	1277,8	1340,0
32 - CÁNCER DE VEJIGA URINARIA	719,8	850,8	884,8	930,7	925,0	969,3	984,3	985,9	1050,6	1205,6	1051,4	1156,8	1244,3	1328,2
416-ENFERMEDAD CARDIOPULMONAR CRÓNICA	753,6	790,6	857,6	868,7	852,1	892,6	905,1	971,3	1066,0	1102,3	1142,5	1234,2	1290,5	1321,0
62 - COAGULACIÓN Y TRASTORNOS HEMORRÁGICOS	724,1	708,3	854,4	917,5	855,1	805,3	1025,3	1002,3	1109,4	1224,5	1108,6	1299,8	1299,6	1298,3
530-ENFERMEDADES DEL ESÓFAGO	879,0	859,2	909,9	931,7	845,1	917,9	980,6	1086,3	1100,3	1103,2	1044,3	1170,3	1246,1	1297,4
038-SEPTICEMIA	450,4	420,1	451,3	497,4	454,5	585,1	609,6	618,9	885,1	1070,0	1227,4	1178,4	1288,7	1292,0
294-TRASTORNOS MENTALES PERSISTENTES DEBIDOS A ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRO LUGAR	124,3	183,7	218,8	220,7	311,7	300,8	372,8	508,5	559,6	644,1	837,0	967,9	1132,8	1277,5
206 - OSTEOPOROSIS	491,8	572,1	618,8	670,3	696,3	812,1	880,8	945,8	1149,1	1180,5	1272,1	1289,9	1354,9	1270,3
6 - HEPATITIS	925,9	993,3	962,3	860,5	842,1	766,5	876,2	1110,1	1151,8	1171,5	1051,4	1392,5	1325,9	1264,8
14 - CÁNCER DE COLON	621,6	643,9	734,0	725,2	753,2	725,8	808,1	790,6	986,4	1024,2	896,9	977,8	1102,0	1252,2
492-ENFISEMA	220,3	185,8	191,6	242,1	254,7	292,0	383,1	533,1	576,8	721,4	849,5	1055,2	1146,4	1240,4
29 - CÁNCER DE PRÓSTATA	439,5	519,3	604,2	584,9	685,3	759,7	783,9	846,2	996,3	1105,9	1040,7	1075,0	1122,9	1214,1
229 - FRACTURA DE MIEMBRO SUPERIOR	1136,4	1188,6	1198,9	1303,0	1135,8	1237,1	1231,3	1248,8	1353,5	1422,1	1190,8	1216,2	1186,3	1213,2
86 - CATARATA	1067,6	1184,3	1262,8	1116,8	982,0	964,4	1007,6	984,1	1110,3	1206,5	625,3	518,1	1150,0	1199,7
345-EPILEPSIA Y CRISIS RECURRENTE	1086,2	1072,5	1024,0	1021,2	905,0	1026,5	1131,6	1111,0	1054,2	1175,1	1128,2	1211,7	1287,8	1196,0
425-MIOCARDIOPATÍA	672,9	697,7	740,3	705,9	811,1	824,7	904,1	830,7	892,4	919,0	1049,6	1213,5	1106,5	1196,0

389-PÉRDIDA DEL OÍDO	510,4	554,2	646,0	612,3	583,4	677,2	852,9	756,8	856,2	901,1	923,7	967,9	1170,9	1174,3
19 - CÁNCER DE BRONQUIO; PULMÓN	815,7	865,6	938,2	901,2	933,0	817,0	900,4	976,8	1011,7	1072,7	965,7	1003,9	1160,9	1171,6
070-HEPATITIS VÍRICA	705,6	723,1	727,7	726,3	712,2	616,1	720,5	957,6	981,9	990,9	911,2	1212,6	1152,8	1143,5
81 - OTRAS AFECCIONES DEL SISTEMA NERVIOSO HEREDITARIAS Y DEGENERATIVAS	534,4	556,3	548,7	582,8	586,4	577,3	749,4	755,0	802,9	879,5	881,7	985,9	1043,1	1096,4
197 - INFECCIONES DE LA PIEL	928,1	1007,0	952,8	912,4	928,0	853,8	947,9	875,5	993,6	1052,0	858,5	997,6	986,0	1082,9
226 - FRACTURA DE CUELLO DEL FÉMUR (CADERA)	916,1	842,3	926,7	921,5	925,0	901,4	951,7	940,3	998,1	1096,0	1013,0	1100,1	999,6	1077,4
511-PLEURESÍA	796,1	850,8	959,1	845,3	817,1	1038,2	1039,3	961,3	1079,5	1197,5	1196,1	1146,0	1201,7	1075,6
659 - ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS	1007,7	1076,7	1024,0	1040,6	961,0	937,3	1086,8	1056,2	1038,8	1083,4	1077,3	1036,3	1023,2	1069,3
156 - NEFRITIS, NEFROSIS Y ESCLEROSIS RENAL	703,4	773,7	842,9	854,4	786,2	771,4	775,5	760,4	860,7	854,4	934,4	1061,5	1076,6	1042,1
52 - CARENCIAS NUTRICIONALES	253,0	281,8	298,4	335,7	390,6	389,1	694,4	708,4	790,2	864,2	841,5	939,1	989,6	1041,2
293-TRASTORNOS MENTALES TRANSITORIOS DEBIDOS A ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRO LUGAR	403,5	363,1	435,6	434,3	463,5	453,1	551,8	570,6	658,2	740,3	806,7	957,1	1005,0	1033,1
651 - TRASTORNOS POR ANSIEDAD	686,0	634,4	592,6	609,3	526,4	698,6	809,1	758,6	823,7	876,8	805,8	971,5	996,9	1012,2
87 - DESPRENDIMIENTOS Y DEFECTOS DE LA RETINA, OCLUSIÓN VASCULAR Y RETINOPATÍA	850,6	918,3	966,4	979,5	808,1	826,7	984,3	854,5	887,8	894,8	941,5	992,2	1053,1	1005,0
438-EFECTOS TARDÍOS DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR	971,7	976,4	856,5	833,1	859,1	942,1	834,2	901,0	1050,6	1021,5	1032,7	1003,0	1114,7	992,3
535-GASTRITIS Y DUODENITIS	633,6	747,3	665,9	662,2	655,3	771,4	970,3	882,8	993,6	910,1	882,6	1032,7	1021,3	982,4
140 - GASTRITIS Y DUODENITIS	629,2	742,1	663,8	659,1	655,3	768,4	968,5	880,9	991,8	909,2	875,4	1030,0	1019,5	980,6
219 - GESTACIÓN DE CORTA DURACIÓN, BAJO PESO AL NACER Y RETRASO DEL CRECIMIENTO FETAL	524,6	629,1	970,6	891,0	1058,9	1061,5	1120,4	1089,1	1157,3	945,1	988,0	980,5	1036,8	979,6
153 - HEMORRAGIA DEL APARATO DIGESTIVO	1320,7	1249,8	1223,0	1153,5	1036,9	966,4	973,1	815,2	915,9	1009,8	904,0	948,1	879,1	962,4
230 - FRACTURA DE MIEMBRO INFERIOR	1209,4	1099,9	1145,5	1128,0	1085,8	1054,7	1012,3	958,5	1103,9	957,7	954,0	922,9	867,3	941,6
577-ENFERMEDADES PANCREÁTICAS	852,8	820,2	773,8	893,1	851,1	828,6	936,8	927,5	878,8	947,8	888,8	860,0	939,8	932,6
145 - OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SIN HERNIA	755,8	776,9	811,5	972,4	846,1	842,2	918,1	888,2	997,2	1114,0	949,6	937,3	975,1	929,9
104 - CARDIOPATÍAS MAL DEFINIDAS Y OTRAS	512,6	609,1	526,7	643,9	476,5	476,4	899,5	877,3	847,2	746,6	724,5	689,1	730,4	915,4
434-OCCLUSIÓN DE ARTERIAS CEREBRALES	895,3	952,1	979,0	995,8	1058,9	1043,0	1073,8	1122,9	1162,7	1128,4	973,7	970,6	967,9	882,8
569-OTRAS ALTERACIONES INTESTINALES	557,3	596,4	601,0	613,3	569,4	587,0	622,6	647,2	685,3	704,3	802,2	841,1	792,1	879,1
411-OTRAS FORMAS AGUDAS Y SUBAGUDAS CARDIOPATÍA ISQUÉMICA	1175,6	1169,6	1026,1	986,6	972,0	989,7	975,0	1022,4	900,5	810,3	817,4	805,1	800,2	875,5
142 - APENDICITIS Y OTRAS ENFERMEDADES RELACIONADAS CON EL APÉNDICE	856,1	818,1	871,2	832,0	779,2	805,3	859,4	921,1	909,5	1079,0	846,0	876,2	835,6	875,5
246 - FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO	639,1	750,5	601,0	618,4	648,3	613,2	651,5	0,0	616,6	835,5	781,6	1031,8	1076,6	871,9
84 - CEFALEA INCLUIDA LA MIGRAÑA	364,2	367,3	347,6	314,3	397,6	463,8	516,4	458,3	671,8	821,1	670,0	748,4	823,8	866,5
1 - TUBERCULOSIS	1028,4	1121,0	1092,1	1089,4	943,0	905,3	961,9	930,2	949,3	989,1	820,9	794,3	924,4	845,6
4 - MICOSIS	568,2	573,2	635,6	675,4	595,4	605,4	708,4	751,3	716,1	746,6	746,8	754,7	880,0	839,3
429-DESCRIPCIÓN Y COMPLICACIONES DE ENFERMEDAD CARDIACA MAL DEFINIDAS	474,4	605,9	528,8	654,0	506,5	439,5	857,5	842,6	793,8	689,1	651,2	644,1	690,6	837,5
121 - OTRAS ENFERMEDADES DE LAS VENAS Y VASOS LINFÁTICOS	647,8	679,8	684,8	595,0	645,3	700,5	652,5	636,3	697,1	707,9	710,2	788,0	799,3	836,6
192 - COMPLICACIÓN DEL CORDÓN UMBILICAL	594,4	841,3	841,8	853,4	768,2	641,3	822,1	938,4	1085,8	861,5	781,6	735,8	880,0	835,7
212 - OTRA ENFERMEDAD ÓSEA O DEFORMIDAD OSTEOMUSCULAR	507,1	565,8	511,0	557,4	534,4	559,8	682,3	686,5	858,0	794,2	732,5	824,9	874,5	835,7
540-APENDICITIS AGUDA	811,4	781,1	820,9	782,2	743,2	771,4	800,7	858,1	853,5	1020,6	776,3	807,8	793,0	821,2
412-INFARTO ANTIGUO DE MIOCARDIO	1248,7	1000,7	927,7	809,7	589,4	515,2	625,4	626,2	747,7	644,1	736,1	675,6	814,7	806,7
7 - OTRAS INFECCIONES VÍRICAS	510,4	662,9	606,3	583,8	568,4	562,8	596,5	557,8	613,9	718,7	574,4	806,9	840,1	802,2

433-OCCLUSIÓN Y ESTENOSIS ARTERIAS PRECEREBRALES	713,2	635,4	583,2	616,4	592,4	765,5	826,8	797,9	828,2	810,3	941,5	806,9	825,6	791,3
296-TRASTORNOS EPISÓDICOS DEL HUMOR	658,7	675,6	668,0	577,7	555,4	644,3	755,9	673,7	667,2	674,7	728,0	752,9	833,8	786,8
51 - OTROS TRASTORNOS ENDOCRINOS	431,9	434,9	435,6	425,2	513,5	492,9	504,3	551,4	549,7	523,8	558,3	671,1	772,1	785,9
593-OTRAS ALTERACIONES DE RIÑÓN Y URÉTER	594,4	574,2	567,5	552,3	525,4	617,1	587,2	597,0	651,0	676,5	692,3	799,7	785,7	782,3
332-ENFERMEDAD DE PARKINSON	450,4	556,3	520,4	557,4	546,4	558,9	686,0	747,7	724,2	751,0	734,3	716,9	834,7	781,4
507-NEUMONITIS POR SÓLIDOS Y LÍQUIDOS	225,7	262,8	331,9	355,0	328,7	409,5	473,5	573,3	591,3	654,0	629,8	641,4	743,1	779,6
304-DEPENDENCIA DE DROGAS	1356,6	1268,8	1294,2	1069,0	1067,9	1024,6	1214,5	923,8	897,8	813,0	696,8	796,1	845,5	778,6
120 - HEMORROIDES	539,8	563,7	662,8	565,5	557,4	520,1	549,0	545,9	635,6	586,6	569,9	708,8	735,9	777,7
129 - NEUMONITIS POR ASPIRACIÓN DE ALIMENTOS O VÓMITOS	215,9	257,6	325,6	347,9	322,7	404,6	462,3	556,9	580,4	642,3	619,1	636,9	733,2	772,3
213 - ANOMALÍAS CONGÉNITAS CARDÍACAS Y CIRCULATORIAS	374,1	382,1	461,8	495,4	518,4	516,2	605,9	667,3	637,4	584,8	645,0	656,7	743,1	769,6
82 - PARÁLISIS	628,2	603,8	534,0	560,5	514,5	553,0	537,8	539,5	773,0	771,7	748,6	779,0	703,3	766,9
287-PURPURA Y OTRAS CONDICIONES HEMORRÁGICAS	455,9	453,9	539,2	587,9	579,4	517,1	699,1	677,4	762,2	804,1	723,6	779,0	821,1	763,3
459-OTRAS ALTERACIONES DEL APARATO CIRCULATORIO	576,9	578,4	612,5	543,2	554,4	650,1	638,5	611,6	662,7	670,2	672,7	723,2	746,8	763,3
44 - NEOPLASIAS DE NATURALEZA NO ESPECIFICADA O COMPORTAMIENTO INCIERTO	692,5	502,4	507,8	543,2	515,5	376,5	623,6	597,9	639,2	670,2	548,5	604,5	589,1	762,4
396-ENFERMEDADES DE LA VÁLVULA MITRAL Y AORTICA	419,9	403,2	438,7	477,0	439,5	442,4	641,3	550,5	737,8	658,5	670,0	637,8	656,1	758,7
365-GLAUCOMA	362,1	348,3	373,8	459,8	373,6	439,5	565,8	463,7	509,0	557,0	552,1	646,8	735,0	756,9
88 - GLAUCOMA	362,1	348,3	373,8	459,8	373,6	439,5	565,8	463,7	509,0	557,0	552,1	646,8	735,0	756,9
198 - OTRA AFECCIÓN INFLAMATORIA DE LA PIEL	412,2	401,1	439,8	433,3	469,5	522,0	588,2	511,2	575,0	562,4	551,2	684,6	741,3	753,3
139 - ÚLCERA GASTRODUODENAL (EXCEPTO LA HEMORRÁGICA)	1495,1	1310,0	1205,2	1018,2	987,0	949,9	906,0	823,4	994,5	977,4	577,1	580,2	786,6	752,4
404-ENFERMEDAD CARDIACA Y RENAL CRÓNICA HIPERTENSIVA	126,5	201,6	226,2	265,5	291,7	320,2	361,7	502,1	617,5	655,8	721,8	707,0	745,8	746,1
572-ABSCESO HEPÁTICO Y SECUELAS DE ENFERMEDAD HEPÁTICA CRÓNICA	470,0	549,9	594,7	782,2	664,3	635,5	706,5	667,3	691,7	646,8	603,0	690,9	701,4	743,3
558-OTRAS GASTROENTERITIS Y COLITIS NO INFECCIOSAS O NO ESPECIFICADAS	622,7	768,5	743,4	749,6	829,1	880,0	843,6	668,2	1081,3	1121,2	795,0	664,8	704,2	733,4
141 - OTROS TRASTORNOS DEL ESTÓMAGO Y DUODENO	437,3	477,1	494,2	475,0	496,5	515,2	644,1	620,8	818,2	934,3	722,7	864,5	766,7	733,4
79 - ENFERMEDAD DE PARKINSON	412,2	522,5	494,2	533,0	510,5	533,6	663,7	707,5	677,2	713,3	690,5	646,8	780,3	724,3
233 - LESIÓN INTRACRANEAL	836,5	770,6	860,7	813,7	812,1	791,7	711,2	676,4	850,8	891,2	690,5	717,8	709,6	708,9
583-NEFRITIS Y NEFROPATÍA NO ESPECIFICADA COMO AGUDA NI CRÓNICA	425,3	477,1	547,6	573,7	522,4	517,1	497,7	491,1	578,6	537,2	661,0	763,7	728,6	701,7
295-TRASTORNOS ESQUIZOFRÉNICOS	679,4	763,2	732,9	746,6	683,3	645,2	765,3	765,0	676,3	720,5	725,4	707,9	685,1	698,1
249 - SHOCK	453,7	500,3	608,3	645,9	600,4	672,4	714,9	692,0	679,9	718,7	792,4	771,8	762,2	695,4
290-DEMENCIAS	721,9	824,4	814,6	677,4	672,3	621,9	697,2	763,2	795,6	820,2	864,7	783,5	824,7	685,4
301-TRASTORNOS DE PERSONALIDAD	463,5	561,6	531,9	437,4	492,5	533,6	552,7	648,1	588,6	624,4	610,1	709,7	673,3	680,9
15 - CÁNCER DE RECTO Y ANO	473,3	462,3	426,2	489,3	440,5	501,6	553,7	544,1	598,5	611,8	571,7	631,5	692,4	676,3
60 - ANEMIA POSTHEMORRÁGICA AGUDA	349,0	555,2	781,1	666,2	680,3	542,4	431,6	560,5	626,6	631,6	530,6	664,8	617,2	675,4
576-OTRAS ALTERACIONES DEL TRACTO BILIAR	432,9	425,4	426,2	480,1	425,5	528,8	568,6	502,1	506,3	574,1	621,7	678,3	724,1	666,4
135 - INFECCIÓN INTESTINAL	598,7	609,1	578,0	549,3	601,4	473,5	510,8	446,4	523,5	941,5	563,7	572,1	667,0	663,7
190 - SUFRIMIENTO FETAL Y CONTRACCIONES ANÓMALAS EN EL PARTO	780,8	1110,5	970,6	1024,3	891,1	905,3	1035,6	975,0	901,4	889,4	838,8	842,0	766,7	660,0
110 - OCCLUSIÓN O ESTENOSIS DE LAS ARTERIAS PRECEREBRALES	599,8	466,6	481,7	497,4	500,5	718,0	724,2	714,8	745,0	723,2	844,2	699,8	696,9	659,1
550-HERNIA INGUINAL	774,3	898,3	1166,4	1056,8	1031,9	683,1	768,1	736,7	779,4	778,0	587,8	596,4	640,7	651,0
154 - GASTROENTERITIS NO INFECCIOSA	519,1	670,3	654,4	659,1	759,2	791,7	742,9	614,4	951,1	1028,6	694,1	582,0	632,6	638,3

245 - SÍNCOPE	640,2	587,9	546,6	513,7	507,5	564,7	568,6	515,8	637,4	810,3	554,7	641,4	641,6	637,4
189 - CESÁREA ANTERIOR	265,0	255,4	326,7	413,0	514,5	552,1	601,2	635,4	672,7	693,5	624,4	622,5	652,5	636,5
288-ENFERMEDADES DE GLÓBULOS BLANCOS	415,5	451,8	496,3	483,2	426,5	138,7	577,0	584,2	509,9	536,3	519,0	645,0	684,2	634,7
63 - ENFERMEDADES LEUCOCITARIAS	415,5	451,8	496,3	483,2	426,5	138,7	579,8	585,2	509,9	537,2	519,9	645,0	684,2	634,7
175 - OTROS TRASTORNOS GENITALES FEMENINOS	749,2	818,1	1106,8	985,6	1167,8	1130,4	1172,6	1028,8	857,1	958,6	607,4	690,0	777,6	634,7
162 - OTRAS ENFERMEDADES DE LA VEJIGA URINARIA Y URETRA	359,9	356,8	414,6	403,8	443,5	476,4	486,6	524,0	542,5	499,5	515,4	587,4	600,8	631,1
451-FLEBITIS Y TROMBOFLEBITIS	315,2	302,9	366,5	409,9	200,8	292,0	433,4	340,5	234,2	299,2	303,7	347,2	580,9	628,4
222 - ICTERICIA HEMOLÍTICA E ICTERICIA PERINATAL	395,9	527,8	549,7	508,6	594,4	713,1	747,5	696,5	796,5	637,0	594,9	626,1	715,0	628,4
443-OTRA ENFERMEDAD VASCULAR PERIFÉRICA	397,0	489,8	479,6	430,3	449,5	555,0	542,5	517,6	487,3	488,7	547,6	620,7	651,6	623,8
187 - POSICIÓN DEFECTUOSA Y PRESENTACIÓN ANÓMALA	567,1	668,2	823,0	694,7	757,2	769,4	826,8	801,5	711,5	544,4	503,8	482,2	551,0	618,4
397-ENFERMEDADES DE OTRAS ESTRUCTURAS ENDOCARDICAS	155,9	139,3	142,4	173,9	152,8	147,5	208,8	188,1	280,3	297,4	291,2	358,0	501,2	615,7
413-ANGINA DE PECHO	847,4	803,3	770,6	758,8	703,3	787,9	672,0	570,6	594,0	642,3	622,6	623,4	564,6	603,9
126 - OTRAS INFECCIONES DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	784,1	836,0	739,2	879,8	666,3	671,4	723,3	767,7	706,1	941,5	620,0	647,7	602,7	599,4
204 - OTROS TRASTORNOS ARTICULARES NO TRAUMÁTICOS	424,2	394,8	476,4	359,1	372,6	448,3	431,6	422,7	570,5	512,1	469,9	536,1	536,5	587,6
11 - CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO	546,4	526,7	619,9	576,7	552,4	592,8	580,7	603,4	540,7	524,7	568,1	542,4	560,1	583,1
147 - AFECCIONES ANALES Y RECTALES	477,7	576,3	642,9	542,1	522,4	486,1	494,0	535,0	584,1	575,0	519,9	521,7	522,0	577,6
225 - TRASTORNOS ARTICULARES Y LUXACIONES RELACIONADAS CON TRAUMATISMO	497,3	776,9	775,9	785,2	604,4	542,4	695,3	790,6	1382,4	1186,8	658,4	585,6	476,7	569,5
670 - TRASTORNOS MENTALES MISCELÁNEOS	788,5	1056,6	943,4	818,8	830,1	808,2	793,2	622,6	622,0	597,4	527,0	504,6	560,1	568,6
242 - INTOXICACIÓN POR OTROS MEDICAMENTOS Y DROGAS	356,6	369,4	406,3	435,3	382,6	237,7	505,2	492,0	495,5	498,6	587,8	608,1	642,5	563,2
662 - SUICIDIO Y LESIONES INTENCIONADAMENTE AUTOINFLIGIDAS	277,0	268,1	341,3	335,7	291,7	332,8	386,8	428,1	433,1	433,0	410,9	528,0	593,6	560,4
93 - AFECCIONES ASOCIADAS CON MAREO O VÉRTIGO	299,9	315,6	301,6	345,8	355,6	416,2	494,9	433,6	542,5	699,8	476,1	544,2	530,2	551,4
251 - DOLOR ABDOMINAL	712,1	649,2	635,6	616,4	564,4	496,8	514,5	504,8	593,1	972,0	556,5	587,4	637,1	541,4
215 - ANOMALÍAS CONGÉNITAS GENITOURINARIAS	446,0	463,4	547,6	476,0	434,5	425,9	484,7	511,2	544,3	508,5	536,9	532,5	592,7	536,9
23 - OTRO CÁNCER NO EPITELIAL DE PIEL	302,1	297,7	313,1	368,2	372,6	348,3	310,4	354,2	475,6	416,0	317,1	390,4	496,6	529,7
92 - OTITIS MEDIA Y AFECCIONES RELACIONADAS	492,9	536,2	580,1	576,7	435,5	385,2	510,8	452,8	489,1	672,9	515,4	474,1	548,3	524,2
184 - PARTO PREMATURO O AMENAZA DE PARTO PREMATURO	892,1	892,0	912,0	891,0	966,0	944,1	757,8	763,2	700,7	648,6	622,6	564,9	582,7	523,3
38 - LINFOMA NO HODGKIN	361,0	343,1	398,9	456,7	387,6	506,5	413,9	514,0	463,8	442,9	446,7	430,0	569,1	518,8
144 - ENTERITIS Y COLITIS ULCEROSA REGIONAL	317,4	320,9	365,4	313,3	287,7	325,0	398,0	385,2	431,3	429,4	446,7	505,5	500,3	493,4
209 - OTRAS DEFORMIDADES ADQUIRIDAS	356,6	349,4	454,4	464,8	453,5	531,7	473,5	456,4	564,2	527,3	431,5	572,1	536,5	473,5
39 - LEUCEMIAS	354,4	324,1	426,2	407,9	312,7	423,0	398,0	340,5	337,2	418,6	385,9	458,8	525,6	469,9
124 - AMIGDALITIS AGUDA Y CRÓNICA	286,8	321,9	528,8	541,1	403,6	353,2	429,7	339,6	389,7	720,5	429,7	439,9	495,7	468,1
202 - ARTRITIS REUMATOIDE Y ENFERMEDADES RELACIONADAS	306,4	310,3	313,1	319,4	352,6	387,1	345,8	398,0	423,1	406,1	426,1	445,3	527,4	468,1

(r y R²) CORRELACIÓN. DIAGNÓSTICOS VS DESEMPLEO (2002 – 2014)

	r Pearson	R²
404-enfermedad cardiaca y renal crónica hipertensiva	0,9220	0,8490
2 - septicemia (excepto en trabajo de parto)	0,9140	0,8350
199 - úlcera crónica de la piel	0,9140	0,8350
585-nefropatía crónica	0,9120	0,8320
141 - otros trastornos del estómago y duodeno	0,9060	0,8220
134 - otra enfermedad de las vías respiratorias superiores	0,9050	0,8200
206 - osteoporosis	0,9030	0,8160
158 - insuficiencia renal crónica	0,9020	0,8140
519-otras enfermedades del aparato respiratorio	0,9010	0,8110
108 - insuficiencia cardíaca congestiva no hipertensiva	0,8980	0,8060
276-trastornos del equilibrio osmótico/electrolítico/acido-básico	0,8960	0,8040
55 - trastornos de fluidos y electrólitos	0,8950	0,8010
428-insuficiencia cardiaca	0,8930	0,7980
153-neoplasia maligna de colon	0,8903	0,7926
172-melanoma maligno de piel	0,8868	0,7864
212 - otra enfermedad ósea o deformidad osteomuscular	0,8850	0,7840
6-enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	0,8840	0,7810
238-neoplasia de comportamiento no determinado de otro sitios y tejidos de sitio no especificado	0,8836	0,7807
1-enfermedades infecciosas y parasitarias	0,8820	0,7790
95 - otros trastornos del sistema nervioso	0,8790	0,7730
52 - carencias nutricionales	0,8790	0,7730
185-neoplasia maligna de próstata	0,8790	0,7726
159 - infecciones de vías urinarias	0,8760	0,7670
8-enfermedades del aparato respiratorio	0,8760	0,7680
198-neoplasia maligna secundaria de otros sitios especificados	0,8706	0,7580
144 - enteritis y colitis ulcerosa regional	0,8700	0,7570
58 - otros trastornos nutricionales, endocrinos y metabólicos	0,8660	0,7490
584-insuficiencia renal aguda	0,8650	0,7490
070-hepatitis vírica	0,8650	0,7480
041-infecciones bacterianas en enfermedades clasificadas en otro concepto sitio no especificado	0,8650	0,7480
157 - insuficiencia renal aguda y no especificada	0,8640	0,7470
507-neumonitis por sólidos y líquidos	0,8620	0,7430
29 - cáncer de próstata	0,8610	0,7410
332-enfermedad de parkinson	0,8600	0,7400
653 - demencia con delirium, trastornos amnésicos y otros trastornos cognitivos	0,8600	0,7390
129 - neumonitis por aspiración de alimentos o vómitos	0,8600	0,7390
424-otras enfermedades de endocardio	0,8570	0,7340
427-disritmias cardiacas	0,8520	0,7270

287-purpura y otras condiciones hemorrágicas	0,8520	0,7270
278-sobrepeso, obesidad y otros tipos de hiperalimentación	0,8520	0,7260
99 - hipertensión con complicaciones e hipertensión secundaria	0,8520	0,7260
427-disritmias cardiacas	0,8520	0,7270
7-enfermedades del sistema circulatorio	0,8520	0,7250
198-neoplasia maligna secundaria de otros sitios especificados	0,8510	0,7240
205 - espondilosis, trastornos del disco intervertebral y otros problemas de la espalda	0,8490	0,7210
146 - diverticulosis y diverticulitis	0,8490	0,7210
6 - hepatitis	0,8470	0,7170
301-trastornos de personalidad	0,8460	0,7160
161 - otras enfermedades del riñón y uréteres	0,8450	0,7150
227-neoplasia benigna de otras glándulas endocrinas y sus estructuras	0,8437	0,7119
599-otras alteraciones de uretra y vías urinarias	0,8430	0,7100
437-otra enfermedad cerebrovascular y enfermedad cerebrovascular mal definida	0,8420	0,7090
511-pleuresía	0,8410	0,7070
62 - coagulación y trastornos hemorrágicos	0,8400	0,7060
84 - cefalea incluida la migraña	0,8390	0,7050
81 - otras afecciones del sistema nervioso hereditarias y degenerativas	0,8390	0,7040
50 - diabetes mellitus con complicaciones	0,8380	0,7030
111 - enfermedades cerebrovasculares mal definidas y otras	0,8380	0,7020
49 - diabetes mellitus sin complicaciones	0,8360	0,6980
3-enfermedades endocrinas, de la nutrición y metabólicas y trastornos de la inmunidad	0,8360	0,6980
564-alteraciones funcionales digestivas n.c.o.c.	0,8330	0,6940
416-enfermedad cardiopulmonar crónica	0,8330	0,6930
151-neoplasia maligna de estomago	0,8330	0,6938
82 - parálisis	0,8320	0,6930
244-hipotiroidismo adquirido	0,8300	0,6900
2-neoplasias	0,8300	0,6890
79 - enfermedad de Parkinson	0,8290	0,6870
48 - trastornos tiroideos	0,8290	0,6870
155-neoplasia maligna de hígado y canales biliares intrahepaticos	0,8280	0,6857
193 - traumatismo del perineo y la vulva	0,8260	0,6820
244 - otras lesiones y afecciones debidas a causas externas	0,8250	0,6810
9-enfermedades del aparato digestivo	0,8250	0,6800
250-diabetes mellitus	0,8200	0,6720
569-otras alteraciones intestinales	0,8200	0,6720
250-diabetes mellitus	0,8200	0,6720
203 - osteoartritis	0,8180	0,6690
242 - intoxicación por otros medicamentos y drogas	0,8180	0,6680
492-enfisema	0,8170	0,6680
149 - enfermedades de vías biliares	0,8160	0,6660
396-enfermedades de la válvula mitral y aortica	0,8150	0,6650

96 - trastornos de las válvulas cardíacas	0,8150	0,6640
403-enfermedad del riñón hipertensiva crónica	0,8150	0,6640
293-trastornos mentales transitorios debidos a enfermedades clasificadas en otro lugar	0,8120	0,6600
228-hemangioma y linfangioma, cualquier sitio	0,8111	0,6578
300-trastornos de ansiedad, disociativos y somatomorfos	0,8110	0,6580
535-gastritis y duodenitis	0,8080	0,6530
3 - otras infecciones bacterianas	0,8080	0,6530
15 - cáncer de recto y ano	0,8080	0,6530
140 - gastritis y duodenitis	0,8060	0,6500
530-enfermedades del esófago	0,8050	0,6470
4-enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,8050	0,6480
226 - fractura de cuello del fémur (cadera)	0,8030	0,6450
518-otras enfermedades pulmonares	0,8030	0,6440
154-neoplasia maligna de recto, unión rectosigmoidal y ano	0,8018	0,6429
574-colelitiasis	0,8010	0,6420
155 - otros trastornos del aparato digestivo	0,8000	0,6400
101 - aterosclerosis coronaria y otras cardiopatías	0,7970	0,6350
272-trastornos metabolismo de lípidos	0,7970	0,6350
197-neoplasia maligna secundaria de aparato respiratorio y digestivo	0,7969	0,6351
42 - neoplasias malignas secundarias	0,7950	0,6320
53 - trastornos del metabolismo lipídico	0,7950	0,6320
93 - afecciones asociadas con mareo o vértigo	0,7940	0,6300
402-enfermedad cardiaca hipertensiva	0,7930	0,6290
414-otras formas de enfermedad cardiaca isquémica crónica	0,7930	0,6290
402-enfermedad cardiaca hipertensiva	0,7930	0,6290
414-otras formas de enfermedad cardiaca isquémica crónica	0,7930	0,6290
651 - trastornos por ansiedad	0,7920	0,6270
401-hipertensión esencial	0,7910	0,6260
138 - trastornos esofágicos	0,7890	0,6220
255 - ingresos por causas sociales y administrativas	0,7860	0,6180
196-neoplasia maligna secundaria y n.e.o.m. de ganglios linfáticos	0,7853	0,6168
486-neumonía organismo sin especificar	0,7850	0,6150
433-oclusión y estenosis arterias precerebrales	0,7820	0,6120
103 - enfermedad cardiopulmonar	0,7820	0,6120
294-trastornos mentales persistentes debidos a enfermedades clasificadas en otro lugar	0,7820	0,6110
83 - epilepsia y convulsiones	0,7790	0,6080
97 - peri, endo y miocarditis y miocardiopatía (excepto la causada por tuberculosis o ets)	0,7780	0,6050
202 - artritis reumatoide y enfermedades relacionadas	0,7770	0,6040
593-otras alteraciones de riñón y uréter	0,7770	0,6040
47 - otras neoplasias benignas y neoplasias benignas no especificadas	0,7750	0,6010
4 - micosis	0,7750	0,6010
662 - suicidio y lesiones intencionadamente autoinfligidas	0,7720	0,5960

203-neoplasias inmunoproliferativas y mieloma múltiple	0,7691	0,5915
466-bronquitis y bronquiolitis agudas	0,7680	0,5890
157-neoplasia maligna de páncreas	0,7660	0,5867
197-neoplasia maligna secundaria de aparato respiratorio y digestivo	0,7530	0,5670
162-neoplasia maligna de tráquea, bronquios y pulmón	0,7484	0,5601
211-neoplasia benigna de otras partes aparato digestivo	0,7216	0,5207
220-neoplasia benigna de ovario	0,7208	0,5195
493-asma	0,7140	0,5100
193-neoplasia maligna de tiroides	0,7027	0,4937
188-neoplasia maligna de la vejiga	0,7017	0,4924
225-neoplasia benigna de cerebro y otras partes sistema nervioso	0,6697	0,4485
218-leiomioma uterino	0,6568	0,4314
189-neoplasia maligna de riñón y otros órganos urinarios y órganos sin especificar	0,6303	0,3973

F: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. PESTADISTICO / Diagnóstico Hospitalización / Categoría CCS CIE9MC

CORRELACIÓN. In DIAGNÓSTICOS IB VS In DESEMPLEO IB (2002-2014)	r Pearson
95 - otros trastornos del sistema nervioso	0,912
141 - otros trastornos del estómago y duodeno	0,909
199 - úlcera crónica de la piel	0,909
212 - otra enfermedad ósea o deformidad osteomuscular	0,904
144 - enteritis y colitis ulcerosa regional	0,900
070-hepatitis vírica	0,894
653 - demencia con delirium, trastornos amnésicos y otros trastornos cognitivos	0,889
134 - otra enfermedad de las vías respiratorias superiores	0,888
58 - otros trastornos nutricionales, endocrinos y metabólicos	0,887
276-trastornos del equilibrio osmótico/electrolítico	0,886
55 - trastornos de fluidos y electrolitos	0,884
108 - insuficiencia cardíaca congestiva no hipertensiva	0,882
159 - infecciones de vías urinarias	0,880
519-otras enfermedades del aparato respiratorio	0,879
244 - otras lesiones y afecciones debidas a causas externas	0,879
6 - hepatitis	0,878
492-enfisema	0,876
146 - diverticulosis y diverticulitis	0,876
038-septicemia	0,876
427-disritmias cardiacas	0,875
205 - espondilosis, trastornos del disco intervertebral	0,874
52 - carencias nutricionales	0,874
428-insuficiencia cardiaca	0,873
81 - otras afecciones del sistema nervioso hereditarias y degenerativas	0,873
332-enfermedad de Parkinson	0,873
424-otras enfermedades de endocardio	0,873
301-trastornos de personalidad	0,872
206 - osteoporosis	0,872
404-enfermedad cardiaca y renal crónica hipertensiva	0,869
564-alteraciones funcionales digestivas	0,869
278-sobrepeso, obesidad y otros tipos de hiperalimentación	0,864
2 - septicemia (excepto en trabajo de parto)	0,864
157 - insuficiencia renal aguda y no especificada	0,855
507-neumonitis por sólidos y líquidos	0,853
041-infecciones bacterianas en enfermedades clasificadas en otro concepto sitio no especificado	0,850
84 - cefalea incluida la migraña	0,850
161 - otras enfermedades del riñón y uréteres	0,850
96 - trastornos de las válvulas cardíacas	0,849
129 - neumonitis por aspiración de alimentos o vómitos	0,849
530-enfermedades del esófago	0,847
416-enfermedad cardiopulmonar crónica	0,846
300-trastornos de ansiedad, disociativos y somatomorfos	0,846
293-trastornos mentales transitorios debidos a enfermedades clasificadas en otro lugar	0,844

584-insuficiencia renal aguda	0,843
569-otras alteraciones intestinales	0,843
79 - enfermedad de Parkinson	0,842
49 - diabetes mellitus sin complicaciones	0,842
535-gastritis y duodenitis	0,841
294-trastornos mentales persistentes debidos a enfermedades clasificadas en otro lugar	0,840
140 - gastritis y duodenitis	0,839
396-enfermedades de la válvula mitral y aortica	0,839
599-otras alteraciones de uretra y vías urinarias	0,837
29 - cáncer de próstata	0,834
62 - coagulación y trastornos hemorrágicos	0,834
50 - diabetes mellitus con complicaciones	0,830
48 - trastornos tiroideos	0,830
287-purpura y otras condiciones hemorrágicas	0,829
15 - cáncer de recto y ano	0,828
203 - osteoartritis	0,828
101 - aterosclerosis coronaria y otras cardiopatías	0,828
3 - otras infecciones bacterianas	0,828
511-pleuresía	0,828
250-diabetes mellitus	0,827
149 - enfermedades de vías biliares	0,825
651 - trastornos por ansiedad	0,825
47 - otras neoplasias benignas y neoplasias benignas no especificadas	0,823
138 - trastornos esofágicos	0,822
103 - enfermedad cardiopulmonar	0,820
244-hipotiroidismo adquirido	0,819
155 - otros trastornos del aparato digestivo	0,816
662 - suicidio y lesiones intencionadamente autoinfligidas	0,815
389-pérdida del oído	0,814
158 - insuficiencia renal crónica	0,814
94 - otros trastornos del oído y de los órganos de los sentidos	0,813
42 - neoplasias malignas secundarias	0,812
117 - otra enfermedad circulatoria	0,809
574-colelitiasis	0,809
401-hipertensión esencial	0,809
82 - parálisis	0,808
4 - micosis	0,807
83 - epilepsia y convulsiones	0,807
486-neumonía organismo sin especificar	0,804
99 - hipertensión con complicaciones e hipertensión secundaria	0,803
53 - trastornos del metabolismo lipídico	0,802
437-otra enfermedad cerebrovascular y enfermedad cerebrovascular mal definida	0,799
402-enfermedad cardiaca hipertensiva	0,798
242 - intoxicación por otros medicamentos y drogas	0,796

93 - afecciones asociadas con mareo o vértigo	0,796
593-otras alteraciones de riñón y uréter	0,793
215 - anomalías congénitas genitourinarias	0,790
111 - enfermedades cerebrovasculares mal definidas y otras	0,788
414-otras formas de enfermedad cardiaca isquémica crónica	0,784
202 - artritis reumatoide y enfermedades relacionadas	0,783
226 - fractura de cuello del fémur (cadera)	0,782
14 - cáncer de colon	0,782

STOCK TECNOLÓGICO

Equipos de TAC NACIONAL	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Públicos-SNS	348	364	376	378	374	414	438	463	496	521	533	534	538	557
Privados	164	165	171	176	184	204	212	206	192	205	206	209	211	214
TOTAL NACIONAL	512	529	547	554	558	618	650	669	688	726	739	743	749	771

Resonancia Magnética NACIONAL	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Públicos-SNS	91	116	127	140	140	160	170	188	257	278	287	295	308	326
Privados	135	139	152	167	185	202	212	216	223	249	254	257	269	271
TOTAL NACIONAL	226	255	279	307	325	362	382	404	480	527	541	552	577	597

Camas funcionamiento/1000 hab. IB	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Públicos-SNS camas / 1000	2,49	2,32	2,26	2,18	2,1	2,26	2,22	2,17	2,19	2,15	2,13	2	2,02	2,07
Privados / 1000	1,29	1,28	1,2	1,14	1,09	1,05	1,01	0,94	0,92	0,86	0,87	0,96	0,97	1,04
TOTAL CAMAS IB / 1000 hab. IB	3,78	3,6	3,46	3,32	3,19	3,31	3,23	3,11	3,11	3,01	2,99	2,96	2,99	3,1

Quirófanos por 100.000 hab. IB	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Públicos-SNS	4,27	4,57	4,76	4,73	4,71	5,35	5,48	5,4	5,33	5,48	5,81	5,49	5,9
Privados	5,51	5,33	4,97	4,73	4,71	4,37	4,82	4,19	4,07	3,77	3,84	4,50	4,2
TOTAL Quirófanos IB	9,78	9,9	9,73	9,46	9,42	9,72	10,3	9,59	9,40	9,25	9,65	9,98	10,1

Equipos de TAC / mill. hab. IB	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Públicos-SNS	8,99	7,62	7,41	7,2	7,01	7,78	7,56	8,37	8,33	9,15	9,11	9,89	9,82	9,74
Privados	11,24	15,23	11,64	10,29	11,02	11,67	11,33	9,3	8,33	7,32	7,29	9,89	8,92	8,86
TOTAL TAC IB	20,23	22,85	19,05	17,49	18,03	19,45	18,89	17,67	16,67	16,48	16,4	19,77	18,74	18,6

RMN por 1.000.000 hab. IB	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Públicos-SNS	2,25	2,18	2,12	2,06	2	3,89	3,78	3,72	6,48	7,32	6,38	7,19	7,14	7,08
Privados	8,99	9,79	8,47	8,23	8,02	8,75	8,5	8,37	7,41	9,15	8,2	9,89	10,71	10,63
TOTAL RMN IB	11,24	11,97	10,59	10,29	10,02	12,64	12,28	12,09	13,89	16,48	14,58	17,08	17,85	17,71

Equipos de Litotricia Renal por 1.000.000 hab. IB	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Públicos-SNS	1,12	1,09	1,06	1,03	1	0,97	0,94	0,93	0,93	0,92	0,91	0,9	0,89	0,89
Privados	0	0	3,17	3,09	4,01	3,89	3,78	3,72	3,7	3,66	3,65	2,7	2,68	2,66
TOTAL IB	1,12	1,09	4,23	4,12	5,01	4,86	4,72	4,65	4,63	4,58	4,56	3,59	3,57	3,54

Salas de Hemodinámica por 1.000.000 hab. IB	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Públicos-SNS	2,25	2,18	2,12	2,06	2	1,94	1,89	1,86	1,85	2,75	2,73	2,7	2,68	2,66
Privados	3,37	3,26	4,23	5,15	6,01	5,83	5,67	5,58	3,7	4,58	4,56	5,39	4,46	4,43
TOTAL IB	5,62	5,44	6,35	7,21	8,01	7,77	7,56	7,44	5,56	7,32	7,29	8,09	7,14	7,08

Equipos de Angiografía Digital por 1.000.000 hab. IB	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Públicos-SNS	2,25	2,18	2,12	2,06	2	1,94	1,89	2,79	1,85	1,83	2,73	2,7	2,68	2,66
Privados	2,25	3,26	2,12	2,06	3,01	2,92	2,83	2,79	2,78	2,75	2,73	2,7	1,78	2,66
TOTAL IB	4,5	5,44	4,24	4,12	5,01	4,86	4,72	5,58	4,63	4,58	5,47	5,39	4,46	5,31

Eq. de hemodiálisis / mill. NACIONAL	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Públicos-SNS	50,65	51,34	53,29	52,08	54,06	57,41	59,58	60,71	75,77	77,75	80,55	83,00	86,42	88,79
Privados	15,44	14,00	14,24	15,10	15,34	15,91	15,36	15,02	13,36	13,29	14,28	14,81	14,30	14,41
TOTAL EQ. HEMODIÁLISIS NACIONAL	66,09	65,34	67,53	67,18	69,40	73,32	74,94	75,73	89,13	91,04	94,83	97,82	100,72	103,21

Eq. de hemodiálisis / mill. hab. IB	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Públicos-SNS	84,31	87,05	105,83	85,41	90,18	132,21	126,57	120,94	92,59	90,62	90,22	114,14	113,35	118,67
Privados	17,99	17,41	31,75	30,87	30,06	28,19	27,39	26,98	26,85	29,29	26,43	26,96	25,88	25,68
TOTAL EQ. HEMODIÁLISIS IB	102,3	104,46	137,58	116,28	120,24	160,4	153,96	147,92	119,44	119,91	116,65	141,1	139,23	144,35

TACS NACIONAL /mill.	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Públicos - SNS	8,32	8,52	8,70	8,57	8,37	9,16	9,49	9,90	10,55	11,04	11,28	11,33	11,50	11,95
Privados	3,92	3,86	3,96	3,99	4,12	4,51	4,59	4,41	4,08	4,34	4,36	4,43	4,51	4,59
Total TACS NACIONAL	12,24	12,38	12,66	12,56	12,48	13,67	14,08	14,31	14,63	15,38	15,64	15,76	16,01	16,54

RMN NACIONAL / mill	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Públicos-SNS	2,18	2,72	2,94	3,17	3,13	3,54	3,68	4,02	5,47	5,89	6,07	6,26	6,59	6,99
Privados	3,23	3,25	3,52	3,79	4,14	4,47	4,59	4,62	4,74	5,28	5,37	5,45	5,75	5,81
Total RMN NACIONAL	5,40	5,97	6,46	6,96	7,27	8,01	8,28	8,64	10,21	11,17	11,45	11,71	12,34	12,80

TAC IB / mill. IB	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Públicos-SNS	8,99	7,62	7,41	7,2	7,01	7,78	7,56	8,37	8,33	9,15	9,11	9,89	9,82	9,74
Privados	11,24	15,23	11,64	10,29	11,02	11,67	11,33	9,3	8,33	7,32	7,29	9,89	8,92	8,86
Total TAC IB/ mill. IB	20,23	22,85	19,05	17,49	18,03	19,45	18,89	17,67	16,67	16,48	16,4	19,77	18,74	18,6

RMN / mill. IB	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Públicos-SNS	2,25	2,18	2,12	2,06	2	3,89	3,78	3,72	6,48	7,32	6,38	7,19	7,14	7,08
Privados	8,99	9,79	8,47	8,23	8,02	8,75	8,5	8,37	7,41	9,15	8,2	9,89	10,71	10,63
Total RMN /mill. IB	11,24	11,97	10,59	10,29	10,02	12,64	12,28	12,09	13,89	16,48	14,58	17,08	17,85	17,71

PROCEDIMIENTOS MÉDICOS / 1.000.000 HAB.

PROCEDIMIENTOS / 1.000.000 hab.	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
206 - Examen microscópico (frotis bacteriano, cultivo y toxicología)	27799	36168	37016	34718	35079	39525	40810	45047	43041	37391	39949	38399	40287	34003
183 - Radiografía de tórax de rutina	13757	16600	16113	15841	14483	15024	14830	15391	15179	15052	15954	15000	15878	15395
202 - Electrocardiograma	12956	14589	14015	13910	12446	12525	12455	12594	12129	11707	12567	12425	13163	12589
217 - Otra terapia respiratoria	9524	11271	10847	11020	9927	9784	9952	9919	9973	10017	11499	11586	12770	12668
227 - procedimientos diagnósticos (entrevista, evaluación y consulta)	8463	7469	6336	7428	5810	5509	5598	5808	5566	5646	7608	8273	8001	5897
226 - Otras técnicas diagnósticas radiológicas y relacionadas	6577	7572	8069	7836	7814	7530	7934	7741	7809	7006	7345	7902	7636	6761
193 - Ultrasonido diagnóstico de corazón (ecocardiograma)	5651	6251	6972	6558	6305	6260	6208	6129	5975	6390	6336	6545	7063	6903
196 - Ultrasonido diagnóstico de abdomen o retroperitoneo	5411	6204	6283	5888	5797	5781	5843	5646	5581	5456	5595	5892	6308	6049
179 - TAC de abdomen	2727	3480	3614	3643	3702	3639	3819	4141	4314	4496	4848	5372	5746	5791
177 - TAC de cabeza	4952	4985	4845	4730	4779	4585	4661	4645	4818	4847	4773	5007	5345	5168
178 - TAC de tórax	2060	2686	2724	2503	2672	2703	2657	2845	3008	3096	3248	3355	3655	3545
180 - Otro TAC	583	661	631	553	580	665	776	743	858	924	989	1087	1251	1082
TAC TOTAL	10323	11813	11815	11430	11734	11593	11913	12374	12998	13363	13858	14821	15996	15586
54 - Otro cateterismo vascular no cardiaco	1491	2089	2415	2554	2747	3935	4195	4218	4356	3813	4165	4186	5525	7105
5 - Inserción catéter o estimulador espinal e inyección canal espinal	3355	3653	3817	3937	4220	4458	4894	4657	4710	4406	4333	4192	4380	3847
218 - Evaluación y terapia psicológica y psiquiátrica	1614	2839	4165	3503	3052	3608	3681	4040	4261	4094	4099	4122	4303	4005
197 - Otro ultrasonido diagnóstico	3377	3591	3486	3462	3249	3150	3218	3444	3473	3643	3431	3951	4290	3967
216 - Intubación respiratoria y ventilación mecánica	2284	2664	2632	2791	2961	3000	3164	3101	3069	3083	3793	3701	3442	3309
47 - Cateterismo cardíaco diagnóstico y arteriografía coronaria	3862	3982	4115	4271	4136	4309	4535	3916	3315	2376	2123	2175	2408	2283
198 - Resonancia magnética	1619	1913	1976	1982	2117	2062	2107	2284	2416	2344	2044	2195	2370	2398
203 - Monitorización electrográfica cardíaca	661	903	1062	1181	1182	1130	782	889	1024	1157	1469	1744	1946	1505
192 - Ultrasonido diagnóstico de cabeza y cuello	1686	1713	1717	1727	1763	1832	1759	1849	1727	1687	1741	1905	1814	1748
223 - Nutrición enteral y parenteral	1142	1266	1278	1247	1288	1419	1338	1434	1591	1563	1774	1739	1649	1657

BIBLIOGRAFÍA

- Abellán, J. M. (2013). El sistema sanitario público en España y sus comunidades autónomas: sostenibilidad y reformas. Fundación BBVA.
- Aguiló, E. & Sastre, F. (2016). La economía balear: de la expansión a la recesión ya la recuperación. Papeles de economía española, (148), 44-56.
- Aguirre, J. L. B. (2012). Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del sistema nacional de salud. Análisis crítico en relación con los derechos ciudadanos y las competencias autonómicas. Revista Aranzadi Doctrinal, (3), 191-207.
- Alesina, A., Favero, C. A., & Giavazzi, F. (2018). Saliendo del abismo de la deuda: Finanzas y desarrollo: publicación trimestral del Fondo Monetario Internacional y del Banco Mundial, 55(1), 7-11.
- Álvarez, J. A. (2008). La banca española ante la actual crisis financiera. Estabilidad financiera, 15, 23-38.
- Arbizu, J. P. (2000). Factores psicológicos que intervienen en el desarrollo del cáncer y en la respuesta al tratamiento. In Anales del sistema sanitario de Navarra, (24), 173-178.
- Bacigalupe, A., Martín, U., Font, R., González-Rábago, Y., & Bergantiños, N. (2016). Austeridad y privatización sanitaria en época de crisis: ¿existen diferencias entre las comunidades autónomas?. Gaceta Sanitaria, 30(1), 47-51.
- Belda, A. N. (2008). La crisis financiera de Estados Unidos. Boletín económico de ICE, 19-29.
- Benedicto, A. S. (2014). Recortes, austeridad y salud. Informe SESPAS 2014. Gaceta Sanitaria, 28, 7-11.
- Bernal, E. (2011). La sanidad pública ante la crisis. Recomendaciones para una actuación pública sensata y responsable. Economía y salud: boletín informativo, (73), 21-22.
- Berwick, D. M. y Hackbarth, A. D. (2012), Eliminating waste in US health care, *Jama*, 307:1513-6
- Birgisdóttir, K. H., Jónsson, S. H., & Ásgeirsdóttir, T. L. (2017). Economic conditions, hypertension, and cardiovascular disease: analysis of the Icelandic economic collapse. *Health economics review*, 7(1), 20.
- Björnberg, Health Consumer Powerhouse 2017. ISBN 978 91-980687-5-7
- Boldo, E., St-Pierre, L., Mendell, A., & Benoit, F. (2011). La institucionalización de la evaluación del impacto en la salud en Quebec: ¿un modelo factible en España?. Gaceta Sanitaria, 25(6), 535-541.
- Brenner, M. H., & Mooney, A. (1983). Unemployment and health in the context of economic change. *Social Science & Medicine*, 17(16), 1125-1138.
- Cabrera, S. S. (2004). Definición y clasificación de los estadios de la enfermedad renal crónica. Prevalencia. Claves para el diagnóstico precoz. Factores de riesgo de enfermedad renal crónica. *Nefrología*, 24(6), 27-34.

- Campo, J. M. F., Camacho, J. G., & Feo, J. J. O. (2006). La coordinación entre Atención Primaria y Especializada: ¿ reforma del sistema sanitario o reforma del ejercicio profesional?. *Revista de administración sanitaria siglo XXI*, 4(2), 357-382.
- Camps, C., Sánchez, P. T., & Sirera, R. (2006). Inmunología, estrés, depresión y cáncer. *Psicooncología*, 3(1), 35-48
- Camps, V., López-Casasnovas, G., Puyol, A., & Fusté, J. (2015). La interacció públic-privat en sanitat/La interacción público-privado en sanidad. 85
- Cañizares Ruiz, A., & Santos Gómez, A. (2011). Gestión de listas de espera en el Sistema Nacional de Salud. Documento de trabajo, 174, 2011.
- Carrió, Fuster, Vicens y Sbert. (2011) El Gasto Sanitario Público y Privado en Baleares.
- Coduras & del Llano. (2016) La Sanidad Española en Cifras.
- Conselleria de Salut, Família i Benestar Social. Pla IBSalut 2020. Promoció de la Salut. Mallorca: Govern de les Illes Balears, 2012.
- Cortès-Franch, I., & López-Valcárcel, B. G. (2014). Crisis económico-financiera y salud en España. Evidencia y perspectivas. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28, 1-6.
- Cuadrado-Roura, J. R. (2012). La crisis económica actual y sus efectos regionales. *Panorama general, perspectivas y posibles salidas. Cuadernos de Ciencias Económicas y Empresariales*, 63, 113-136.
- Cuenca, A. (2016). El gasto sanitario de las comunidades autónomas y su financiación.
- Dávila Quintana, C. D., & López-Valcárcel, B. G. (2009). Crisis económica y salud.
- De La Fuente, A. (2015). El cálculo de las necesidades de gasto regionales: notas para la discusión.
- De la Hoz, A. U. (2012). La sanidad en España: problemas, soluciones y retos. *eXtoikos*, (5), 21-24.
- Delgado Téllez, M., Hernández de Cos, P., Hurtado, S., & Pérez, J. (2015). Los mecanismos extraordinarios de pago a proveedores de las Administraciones Públicas en España (No. 1501). Banco de España.
- Dictamen 11/2011 del Consell Econòmic i Social de les Illes Balears sobre El sistema sanitari de les Illes Balears.
- Du, L., & Lu, W. (2016). US Health-Care System Ranks as one of the least-efficient. *Bloomberg*.
- Escribà-Agüir, V., & Fons-Martinez, J. (2014). Crisis económica y condiciones de empleo: diferencias de género y respuesta de las políticas sociales de empleo. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28, 37-43.
- Espuelas, S. (2013). La evolución del gasto social público en España, 1850-2005. Banco de España.
- EY. Informe Auditoría. Fundació Hospital Comarcal d'Inca. Cuentas Anuales correspondientes al ejercicio terminado el 31 de diciembre de 2012.

- EY. Informe Auditoría Fundació H. Manacor. Cuentas anuales ejercicio terminado el 31 diciembre de 2012.
- EY. Informe Auditoría, Cuentas anuales Gestió sanitaria de Mallorca (2012).
- EY. Informe Auditoría. Fundación Hospital Son Llatzer. cuentas anuales ejercicio el 31 diciembre de 2012.
- FADSP. Comienza la contrarreforma sanitaria análisis del RDL 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (2012).
- Fernández, J. V. (2011). Sostenibilidad del sistema sanitario: crisis económica, prestaciones sanitarias y medidas de ahorro. *DS: Derecho y salud*, 21(2), 13-34.
- Foscolou, A., Tyrovolas, S., Soulis, G., Mariolis, A., Piscopo, S., Valacchi, G., ... & Bountziouka, V. (2017). The Impact of the Financial Crisis on Lifestyle Health Determinants Among Older Adults Living in the Mediterranean Region: The Multinational MEDIS Study (2005-2015). *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 50(1), 1.
- García, A. C., & Llera, R. F. (2017). El sistema de financiación autonómica: convergencia de los recursos por habitante. In *XXIV Encuentro de Economía Pública* (p. 42). Universidad de Castilla-La Mancha.
- García, A. M. (2010). Mercado laboral y salud. Informe SESPAS 2010. *Gaceta Sanitaria*, 24, 62-67.
- García, J. M. Bleda (2015) El sistema sanitario español en un escenario de crisis económica y social. De la búsqueda del consenso al conflicto social.
- García, M. M. (2014). El copago sanitario: resultados para el sistema sanitario y los pacientes. Fundación Alternativas.
- Garrido, R. U., & Puig-Junoy, J. (2014). Políticas de austeridad y cambios en las pautas de uso de los servicios sanitarios. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28, 81-88.
- Gili, M., Campayo, J., & Roca, M. (2014). Informe SESPAS Crisis económica y salud mental. *Revista Gaceta Sanitaria*, 28(S1), 104-108.
- Gili, M., Roca, M., Basu, S., McKee, M., & Stuckler, D. (2012). The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *The European Journal of Public Health*, 23(1), 103-108.
- Guevara-Gasca, M. D. P., & Galán-Cuevas, S. (2010). El papel del estrés y el aprendizaje de las enfermedades crónicas: Hipertensión arterial y diabetes. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual/Latin American Journal of Behavioral Medicine*, 1(1).
- Hermoso de Mendoza, M. T. (2003). Clasificación de la osteoporosis: Factores de riesgo. Clínica y diagnóstico diferencial. In *Anales del sistema sanitario de Navarra* (Vol. 26, pp. 29-52). Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.
- Hernansanz, Gervas Camachoby, Ana Clavería Fontánc (2012). Conclusiones y recomendaciones. Informe

SESPAS 2012. Informe SESPAS 2012, 26, 162-164.

IDIS (2014) “Tercer Barómetro de la Sanidad Privada”.

IDIS, Análisis de Situación, Equipamiento alta tecnología en hospitales por comunidad autónoma, 2013.

Informe 108/2015 de la Cuenta General de la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares Correspondiente al Ejercicio 2013. Sindicatura comptes.

Informe 68/2012. Sobre el Gasto de Asistencia Sanitaria con medios ajenos del servicio de salud de las Balears. Sindicatura comptes.

Informe 98/2014 de La Cuenta General de la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares correspondiente al ejercicio 2012.

Informe Anual del Sistema Nacional de Salud de España, 2013, Illes Balears. MSSSI.

Informe Anual, 2012, La Economía Española. Banco de España.

Informe de la Cuenta General de la CAIB de 2012.

Informe de la Cuenta General de la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares correspondiente al ejercicio 2013.

Informe de seguimiento de los planes económico-financieros 2013 correspondiente al 4º trimestre. Ministerio, 2013.

Informe Seguimiento Planes Económico-Financieros 2013 Secretaría General Coordinación Autonómica y Local. Ministerio Administraciones Publicas.

Informe Definitivo Control Financiero IBSALUT, 19/2014.

Informe Fundación IDIS (2017) Sanidad privada aportando valor análisis de situación.

Informe SESPAS 2014. Gaceta Sanitaria, 28, 18-23.

Juana Faja, L. (2015). La Financiación de las Comunidades Autónomas: la deuda pública.

Junoy, J. P. (2001). Los Mecanismos De Copago En Servicios Sanitarios: Cuando, Cómo y Porqué. Hacienda Pública Española, (158).

La Federación de asociaciones para la defensa de la sanidad pública. Noviembre de 2011, Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) y Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP). Crisis económica y repercusiones sobre la salud.

Llera, R. F., & Méndez, E. M. (2013). Las Comunidades Autónomas en la crisis: cifras, planes y retos de control. Auditoría Pública, 59, 39-50.

- López i Casanovas, G. (2017). La crisis, los datos y su impacto en el sistema sanitario.
- López-Casanovas, G. (2014). La crisis económica española y sus consecuencias sobre el gasto social. Informe SESPAS 2014. Gaceta Sanitaria, 28, 18-23.
- Lopez-Valcarcel, B. G., Puig-Junoy, J. (2016). Copagos sanitarios. Revisión de experiencias internacionales y propuestas de diseño (No. 2016-04). FEDEA.
- Martínez A.M. Sistema Financiero. Jornada Secciones de Crédito, 13, Banco de España. 2017.
- Memoria del Consell econòmic i social (2009).
- Memoria Ibsalut (2014).
- Miñarro Yanini, M. (2016). La regresividad del derecho a la asistencia sanitaria: La pérdida de la universalidad se ceba en los «inmigrantes irregulares»: comentario a la Sentencia del Tribunal Constitucional 139/2016, de 21 de julio.
- Morales, A. M., Rueda, A. G., & Fortes, I. A. (2012). ¿Cómo evoluciona el gasto en sanidad en los países ricos? Cincuenta años en perspectiva. eXtoikos, (5), 37-41.
- Mulet, F. J. M. (2008). Financiación de la Sanidad Pública Balear. Medicina balear, 23(1), 11-16.
- Nabi, H., Kivimäki, M., Batty, G. D., Shipley, M. J., Britton, A., Brunner, E. J., ... & Singh-Manoux, A. (2013). Increased risk of coronary heart disease among individuals reporting adverse impact of stress on their health: the Whitehall II prospective cohort study. European Heart Journal, 34(34), 2697-2705.
- Núñez C. (2012). *Variables determinantes de las indisposiciones laborales: análisis en una empresa sociosanitaria pública de Baleares (1995-2010)* (Tesis doctoral) UIB, Baleares.
- Ortega, E., & Peñalosa, J. (2013). Algunas reflexiones sobre la economía española tras cinco años de crisis. N.º 1304, Banco De España.
- PEF 2011. Acuerdo 12/2011, de 27 de julio, del consejo de política fiscal y financiera relativo a la idoneidad de las medidas contenidas en el plan económico-financiero de reequilibrio 2011-2013 presentado por la comunidad autónoma de ILLES BALEARS.
- Pegenaute, E. A., de Galdiano Fernández, A. G., Ciarrusta, N. Z., Coscojuela, M. Á. M., & Erro, M. C. A. (2005). Úlceras por presión en cuidados intensivos: valoración del riesgo y medidas de prevención. Enfermería intensiva, 16(4), 153-163.
- Pérez, A. L. (2011). El Pacto por el Euro Plus: aumentar la competitividad y la convergencia reforzando la coordinación de la política económica de la Unión Europea. Unión Europea Aranzadi, (6), 55-59.
- Pineda, L. (2011). La crisis financiera de los Estados Unidos y la respuesta regulatoria internacional. Revista Aequitas: Estudios sobre historia, derecho e instituciones, (1), 129-214.

- Piqué, J. M. (2013). ¿Dónde está y hacia dónde va nuestro sistema sanitario? *Medicina Clínica*, 140(11), 514-519.
- Plan contra el empleo irregular. Real Decreto-ley 5/2011 de 29 de abril, de medidas para la regularización y control del empleo sumergido y fomento de la rehabilitación de viviendas. (BOE núm 108, 6 de mayo de 2011).
- Plan Económico-Financiero de reequilibrio (2012-2014). Plan Económico-Financiero de Reequilibrio de la Comunidad Autónoma de las Illes Balears para el periodo 2012-2014.
- Plan Económico-Financiero de Reequilibrio 2011-2013. Presentado por la Comunidad Autónoma de Illes Balears
- Plan IBSalut 2020 Promoción de la salud CAIB.
- Programa Nacional de reformas 2013. Ministerio de empleo y Seguridad Social.
- Quetglas M. Cuadernos de Economía de Baleares. (2016).
- Quintana, C. D. D., & Lopez-Valcarcel, B. G. (2009). Crisis económica y salud. *Gaceta Sanitaria*, 23(4), 261-265.
- Repullo, J. R. (2014). Cambios de regulación y de gobierno de la sanidad. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28, 62-68.
- Repullo, J. R., & Freire, J. M. (2008). Gobernabilidad del Sistema Nacional de Salud: mejorando el balance entre los beneficios y los costes de la descentralización. Informe SESPAS 2008. *Gaceta Sanitaria*, 22, 118-125.
- Rivadeneira-Sicilia, A., Lorenzo, S. M., Purroy, C. A., & Calderón, S. M. (2014). Lecciones desde fuera. Otros países en ésta y otras crisis anteriores. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28, 12-17.
- Salinas Gabiña, I. (2015). Atención médica frente a la economía y la diversidad. Dykinson.
- Saludas, J. M. L. (2013). ¿Se debe reunificar la sanidad pública?. *eXtoikos*, (12), 21-30.
- Salvà, M. T., & i Dubon, F. D. L. (2003). Aproximació a la sanitat de les Illes Balears: Recursos assistencials i indicadors. *Medicina balear*, 18(2), 79-92.
- Sánchez Cuenca (2014). La política en los Gobiernos de José Luis Rodríguez Zapatero. In *España en democracia: Actas del IV Congreso de Historia de Nuestro Tiempo* (pp. 97-109). Universidad de La Rioja.
- Sánchez Segura, M., González García, R. M., Marsán Suárez, V., & Macías Abraham, C. (2006). Asociación entre el estrés y las enfermedades infecciosas, autoinmunes, neoplásicas y cardiovasculares. *Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia*, 22(3), 0-0.
- Sánchez-Martínez, F. I., Abellán-Perpiñán, J. M. (2014). La privatización de la gestión sanitaria: efecto secundario de la crisis y síntoma de mal gobierno. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28, 75-80.
- Sanidas, E. A., Papaioannou, T. G., Papadopoulos, D. P., Tatsi, K., Velliou, M., Dalianis, N., ... & Tsioufis, K. (2018). The Impact of Financial Crisis in Coronary Artery Disease Burden in Greece. *Hellenic Journal of Cardiology*.
- Schwefel, D. (1987). Crisis económica y salud. *Boletín Económico de Información Comercial Española* (revista

en internet), 2078, 1159-1164.

Sevilla, F. (2006). La universalización de la atención sanitaria: Sistema nacional de salud y seguridad social. Fundación Alternativas.

Simó, J. El gasto sanitario público por sectores entre 1995 y 2008, comparación entre Comunidades Autónomas. 2011

Simó, J., & Gervas, J. (2012). Gasto sanitario en atención primaria en España: insuficiente para ofrecer servicios atractivos para pacientes y profesionales. Informe SESPAS 2012. Gaceta Sanitaria, 26, 36-40.

State of health in the EU. SPAIN. Country health profile, (2017). OECD and world health organization.

Temporelli, K. L., & González, G. H. (2008). Elasticidad ingreso de los gastos sanitarios: Un análisis a diferentes niveles de ingreso. Estudios de Economía aplicada, 26(1).

UBES (Unión Balear de Entidades Sanitarias), en el “Análisis y perspectivas de la realidad sanitaria balear de 2012-2013”

Ullastres, J. A. G., Lorenzo, P. A. T., & Martel, P. J. (2005). El sector de la sanidad y la economía. In Actualizaciones año 2005 (pp. 23-46). Difusión Avances de Enfermería.

Urbanos, R. (2010). La salud en todas las políticas. Tiempo de crisis, ¿tiempo de oportunidades? Informe SESPAS 2010. Gaceta Sanitaria, 24, 7-11.

Vicente-Fuentes, F. (2015). Colaboración público privada en la gestión de los centros y servicios sociosanitarios: experiencias en Europa y en España. Cartagena: Instituto de Mayores y Servicios Sociales.

NORMATIVA

Ley de Sanidad, de 28 de noviembre de 1855. Gaceta de Madrid núm. 1068, de 7 de diciembre de 1855.

Real Decreto de 14 de junio de 1891, que crea el Reglamento para el Servicio Sanitario de los Pueblos. Gaceta de Madrid núm. 167, de 16 de Junio de 1891.

Ley de accidentes de trabajo, de 30 de enero de 1900. Gaceta de Madrid núm. 211, de 30 de Julio de 1900.

Ley de condiciones de trabajo de las mujeres y niños, de 13 de marzo de 1900. Gaceta de Madrid núm. 320, de 16 de Noviembre de 1900.

Real Decreto de 23 de abril de 1903, que crea el Instituto de Reformas Sociales. Gaceta de Madrid núm. 120, de 30 de abril de 1903.

Decreto 2065/1974, de 30 de mayo, que aprobó el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. BOE núm. 173, de 20 de julio de 1974. Derogado parcialmente por el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 abril. BOE núm. 98, de 24 de abril, de 2012.

Constitución Española. BOE núm. 311 de 29 de diciembre de 1978.

Ley Orgánica 8/1980, de 22 de septiembre, de la financiación de las Comunidades Autónomas. BOE núm. 236, de 1 de octubre, de 1980.

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE núm. 102 de 29 de Abril de 1986.

Ley 4/1992, de 15 de julio, del Servicio Balear de Salud que crea y regula el Servicio de Salud. BOIB núm. 98, de 15 de agosto de 1992. Ley derogada por la Ley 5/2003, de 4 de abril, de Salud de las Illes Balears. BOIB núm. 55, de 22 de abril de 2003.

Decreto 116/1993, de 14 de octubre, de organización del Servicio Balear de Salud y creación de la empresa pública de Gestión Sanitaria de Mallorca. BOCAIB núm. 130, de 26 de octubre de 1993. Modificado por el Decreto 192/1996, de 25 de octubre. BOIB núm. 144, de 21 de noviembre de 1996. Decreto suprimido por el Acuerdo de 24 de febrero 2012 que aprobó el procedimiento de extinción de la entidad pública empresarial Gestión Sanitaria de Mallorca y su integración en el Servicio de Salud de las Illes Balears. BOIB núm. 32, de 1 de marzo de 2012.

Ley 16/1997, de 25 de abril, de Regulación de Servicios de las Oficinas de Farmacia. BOE núm. 100, de 26 de abril de 1997.

Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre por la que se regula la Protección de Datos de Carácter Personal. BOE núm. 298, de 14 de diciembre de 1999. Derogada parcialmente por la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. BOE núm. 294, de 6 de diciembre de 2018.

Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social.

BOE núm. 10, de 12 de Enero de 2000.

Ley Orgánica 5/2001 de 13 de diciembre de Estabilidad Presupuestaria las Islas Baleares. BOE núm. 299, de 14 de diciembre. Esta disposición queda derogada por la Ley Orgánica 2/2012, de 27 de abril, de Estabilidad Presupuestaria y Sostenibilidad Financiera. BOE núm. 103, de 30 de abril de 2012.

Real Decreto 1478/2001, de 27 de diciembre. Traspaso a la Comunidad Autónoma de las Illes Balears de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud. BOE núm. 311, de 28 diciembre de 2001.

Ley 21/2001, de 27 de diciembre, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía. BOE núm. 313 de 31 de Diciembre de 2001. Derogada en parte por la Ley 22/2009, de 18 de diciembre, por la que se regula el sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía y se modifican determinadas normas tributarias. BOE núm. 305, de 19 de diciembre de 2009.

Real Decreto 840/2002, de 2 de agosto, que modifica y desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad y Consumo. BOE núm. 185, de 3 de agosto de 2002. Disposición derogada por Real Decreto 1087/2003, de 29 de agosto, por el que se establece la estructura orgánica del Ministerio de Sanidad y Consumo. BOE núm. 208, de 30 agosto de 2003.

Ley 5/2003, de 4 de abril, de Salud de las Illes Balears. BOIB núm. 55, de 22 de abril de 2003.

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE núm. 128, de 29 de Mayo de 2003.

Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios. BOE núm. 254, de 23 de octubre de 2003.

Real Decreto 240/2007, de 16 de febrero, de libre circulación y residencia en España de ciudadanos de los Estados miembros de la Unión Europea y de otros Estados parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo. BOE núm. 51, de 28 de febrero de 2007.

Ley 3/2007, de 27 de marzo. Ley de Función Pública de la comunidad autónoma de las Illes Balears. BOIB núm. 49, de 3 de abril de 2007.

Ley 2/2009, de 19 de marzo. Normas reguladoras de rehabilitación y mejora de barrios de los municipios de las Illes Balears. BOIB núm. 44, de 26 marzo de 2009.

Real Decreto-ley 9/2009, de 26 de junio, sobre reestructuración bancaria y reforzamiento de los recursos propios de las entidades de crédito. BOE núm. 155 de 27 de Junio de 2009. Disposición derogada por Ley 9/2012, de 14 de noviembre, de reestructuración y resolución de entidades de crédito. BOE núm. 275, de 15 de noviembre de 2012.

Ley 22/2009, de 18 de diciembre, por la que se regula el sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía y se modifican determinadas normas tributarias. BOE núm. 305, de 19 de diciembre de 2009.

Real Decreto-ley 4/2010, de 26 de marzo. Racionalización del gasto farmacéutico con cargo al Sistema Nacional de Salud. BOE núm. 75, de 27 de marzo de 2010.

Real Decreto-ley 8/2010, de 20 mayo, de medidas extraordinarias para la reducción del déficit público. BOE núm. 126, de 24 de mayo, de 2010.

Ley 16/2010, de 28 de diciembre, de Salud Pública de las Illes Balears. BOIB núm. 2, de 4 de enero de 2011.

Real Decreto-ley 1/2011, de 11 de febrero, de medidas urgentes para promover la transición al empleo estable y la recualificación profesional de las personas desempleadas. BOE núm. 37, de 12 de febrero de 2011.

Ley 1/2011, de 24 de febrero, de transformación de fundaciones del sector público sanitario de las Illes Balears y de determinación del régimen jurídico de las fundaciones públicas sanitarias. BOIB núm. 30, de 28 de febrero de 2011.

Real Decreto-ley 5/2011, de 29 de abril. Medidas para la regularización y control del empleo sumergido y fomento de la rehabilitación de viviendas. BOE núm. 108, de 6 mayo de 2011.

Real Decreto 1039/2011, de 15 de julio, por el que se establecen los criterios marco para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud. BOE núm. 207, de 29 de agosto de 2011.

Acuerdo del Consejo de Gobierno de 28 de octubre de 2011 por el que se autoriza el inicio del procedimiento de extinción de las fundaciones públicas sanitarias de la Comunidad Autónoma de las Illes Balears y su integración en el Servicio de Salud de las Illes Balears. BOIB núm. 168, de 10 de noviembre de 2011.

Ley 9/2011, de 23 de diciembre, de Presupuestos de las Baleares (2012), para realizar la suspensión de incentivos, de la carrera profesional y de la acción social. BOIB núm. 195, de 30 de diciembre de 2011.

Real Decreto-ley 20/2011, de 30 de diciembre. Medidas urgentes en materia presupuestaria, tributaria y financiera para la corrección del déficit público. BOE núm. 315, de 31 de diciembre de 2011.

Real Decreto-ley 2/2012, de 3 de febrero, de saneamiento del sector financiero. BOE núm. 30, de 04 de Febrero de 2012.

Real Decreto-ley 3/2012, de 10 de febrero, de medidas urgentes para la reforma del mercado laboral. BOE núm. 36, de 11 de febrero de 2012. Disposición parcialmente modificada por la Ley General de Seguridad Social de 2015. (Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre). BOE núm. 261, de 31 octubre de 2015.

Real Decreto-ley 7/2012, de 9 de marzo, por el que se crea el Fondo para la financiación de los pagos a proveedores. BOE núm. 60, de 10 de Marzo de 2012.

Acuerdo del Consejo de Gobierno de 30 de marzo de 2012 por el que se aprueba la primera fase del proyecto de reestructuración del sector público instrumental de las Illes Balears. BOIB núm. 47, de 31 de marzo de 2012.

Resolución de 13 de abril de 2012, de la Secretaría General de Coordinación Autonómica y Local, por la que se publica el Acuerdo 6/2012, de 6 de marzo, del Consejo de Política Fiscal y Financiera, por el que se fijan las líneas generales de un mecanismo extraordinario de financiación para el pago a los proveedores de las Comunidades

Autónomas. BOE núm. 90, de 14 de abril de 2012.

Real Decreto-ley 14/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes de racionalización del gasto público en el ámbito educativo. BOE núm. 96, de 21 de abril, de 2012.

Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. BOE núm. 98, de 24 de abril de 2012.

Ley Orgánica 2/2012, de 27 de abril, de Estabilidad Presupuestaria y Sostenibilidad Financiera. BOE núm. 103, de 30 de abril de 2012.

Diario de Sesiones del Congreso de los Diputados, núm. 31, de 17 de mayo de 2012.

Decreto-ley 5/2012, de 1 de junio, de medidas urgentes en materia de personal y administrativas para la reducción del déficit público del sector público de la comunidad autónoma de las Illes Balears y de otras instituciones autonómicas. BOIB núm. 79 de 01 de Junio de 2012.

Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad. BOE núm. 168, de 14 de julio de 2012.

Real Decreto-ley 21/2012, de 13 de julio, de medidas de liquidez de las Administraciones Publicas. BOE núm. 168, de 14 de julio de 2012. Disposición derogada por el Real Decreto-ley 17/2014, de 26 de diciembre, de medidas de sostenibilidad financiera de las comunidades autónomas y entidades locales y otras de carácter económico. BOE núm. 315, de 30 de diciembre de 2014.

Decreto 63/2012, de 20 de julio por el que se establece la estructura orgánica básica del Servicio de Salud, se asignan a la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca los recursos humanos necesarios para que desarrolle su actividad. BOIB núm. 106, de 21 de julio de 2012. Disposición Derogada por el Decreto 81/2015, de 25 de septiembre, que establece la estructura orgánica básica del Servicio de Salud de las Illes Balears. BOIB núm. 141, de 26 de septiembre de 2015.

Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, que regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud. BOE núm. 186, de 4 de agosto de 2012. Disposición modificada por el Real Decreto 576/2013, de 26 de julio. BOE núm. 179, de 27 de julio de 2013.

Ley 10/2012, de 1 de agosto, de concesión de un crédito extraordinario para poder atender gastos inaplazables con cargo a los presupuestos generales de la Comunidad Autónoma de las Illes Balears del ejercicio de 2012. BOIB núm. 115 de 09 de Agosto de 2012.

Resolución de 2 de agosto de 2012 por la que se procede a la actualización de la lista de medicamentos que quedan excluidos de la prestación farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud. BOE núm. 197, de 17 de agosto de 2012.

Ley 9/2012, de 14 de noviembre, de reestructuración y resolución de entidades de crédito. BOE núm. 275, de 15 de noviembre de 2012.

Acuerdo del Consejo de Gobierno de 21 de diciembre de 2012 por el que se aprueba la extinción de la entidad pública empresarial Gestión Sanitaria de Mallorca y su integración en el Servicio de Salud. BOIB núm. 192, de 22 de diciembre de 2012.

Acuerdo del Consejo de Gobierno de 21 de diciembre de 2012 por el que se aprueba la extinción de las fundaciones públicas sanitarias de la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares y su integración en el Servicio de Salud. BOIB núm. 192, de 22 de diciembre de 2012.

Acuerdo del Consejo de Gobierno de 8 de febrero de 2013 por el que se aprueba el Plan de ordenación de los recursos humanos que integra el personal de la Gerencia del Complejo Hospitalario de Mallorca en los Servicios Centrales y en las gerencias territoriales del Servicio de Salud. BOIB núm. 21, de 12 de febrero de 2013.

Decreto-ley 3/2013, de 14 de junio, de creación de la Red Hospitalaria Pública de las Illes Balears y el procedimiento de vinculación de centros privados de atención especializada. BOIB núm. 85, de 15 de junio de 2013.

Real Decreto 576/2013, de 26 de julio, por el que se establecen los requisitos básicos del convenio especial de prestación de asistencia sanitaria a personas que no tengan la condición de aseguradas ni de beneficiarias del Sistema Nacional de Salud. BOE núm. 179, de 27 de julio de 2013.

Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno. BOE núm. 295, de 10 de diciembre, de 2013.

Instrucción del Director General del servicio de salud núm. 11899 de fecha 17 de julio de 2015. BOIB núm. 109 de 18 de julio de 2015.

Decreto 81/2015, de 25 de septiembre, que establece la estructura orgánica básica del Servicio de Salud de las Illes Balears. BOIB núm. 141, de 26 de septiembre de 2015.

RESOLUCIONES JUDICIALES

Sentencia del Tribunal Constitucional núm. 6/1983, de 4 febrero de 1983. RTC 1983\6.

Sentencia del Tribunal Supremo de 30 de julio de 1996. RJ 1996\6363.

Sentencia del Tribunal Constitucional núm. 263/2007, de 20 diciembre de 2007. RTC 2007\263

Auto del Tribunal Constitucional 101/2015, de 9 de junio de 2015. RTC 2015\101 AUTO.

Sentencia del Tribunal Constitucional núm. 139/2016, de 21 de julio de 2016. RTC 2016\139.

Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Baleares 373/2017, de 5 de septiembre. Disponible en www.caib.es/pidip/annexes/2017/9/8/2187380.pdf. Consultada fecha: 12 abril 2018.

ABREVIATURAS

ACT (Activo)
AE (Atención Especializada)
AES (Asociación Economía de la Salud)
AP (Atención Primaria)
ASIST (Asistencia)
B y S (Bienes y Servicios)
BOE (Boletín Oficial Estado)
BOIB (Butlletí Oficial Illes Balears)
CAP (Capítulo)
CCS CIE9MC (Clasificación Internacional Enfermedades, 9ª Revisión)
CE (Constitución Española)
CES (Consell Econòmic i Social)
CONC (Concepto)
CONS (Consulta)
CORR (Corriente)
DCS (Deuda Comercial Sanitaria)
DEV (Devengado)
DL (Decreto Ley)
EGSP (Estadística Gasto Sanitario Público)
ESCRI (Estadística Centros Régimen Internado)
EY (Ernst & Young)
G (Gasto)
GCHM (Gerencia Complejo Hospitalario de Mallorca)
GESMA (Gestió Sanitària de Mallorca)
HAB (Habitantes)
IB (Illes Balears)
IBESTAT (Institut Balear Estadística)
IBSALUT (Servei de Salut Balear)
IDIS (Instituto de Desarrollo e Integración de la Sanidad)
INCLASNS (Indicadores Clave SNS)
INE (Instituto Nacional Estadística)
LECC (Lista Espera Consultas)
LEQ (Lista Espera Quirúrgica)
LGS (Ley General Sanitaria)
LIQ (Líquido)
MEPP (Mecanismo Extraordinario de Pagos a Proveedores)
MILL (Millón)
MSSSI (Ministerio Salud, Servicios Sociales e Igualdad)
NÚM (Número)
P. ESTADISTICO (Portal Estadístico Salud)
PAS (Pasivo)
PEF (Plan Económico Financiero)
PRESUP (Presupuesto)
PRIV (Privado)
PUBL (Público)
RD (Real Decreto)
RDL (Real Decreto Ley)
RRHH (Recursos Humanos)
SC (Servicios Centrales)
SERV (Servicios)
SESPAS (Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria)
SIAE (Sistema Atención Especializada)
SNS (Sistema Nacional de Salud)
TRANSF (Transferencia)
UBES (Unión Balear de Entidades Sanitarias)
UNIV (Universitario)
URG (Urgencia)
VAR (Variación)

PÁGINAS WEB

CECOVA (2015) AP. *Recuperado de <http://portalcecova.es/output/files/14%20de%20abril%20de%202015%20lavanguardia.pdf>*

EGSP DEL MSSSI. <https://www.msssi.gob.es/estadestudios/estadisticas/inforrecopilaciones>

EN JAPÓN ¿QUÉ SON LAS “ABENOMICS”? *Recuperado de http://www.asia.udp.cl/Informes_CEAP/doc/Abenomics.pdf*

ESPECIALIDADES FARMACÉUTICAS, C. (2006). CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS. *Recuperado de http://www.lopez-santiago.com/pdfs/gabinete_lopez-santiago_1317.pdf. Pag. 3-4*

ESTADÍSTICAS DE CENTROS SANITARIOS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA. *Hospitales y Centros sin Internamiento. Año 2015. <https://www.msssi.gob.es/estadestudios/estadisticas/docs/tablassiae2015/>*

FINANÇAMENT SANITARI. www.finançamentsanitari.com

FINANZAS CAIB. https://www.caib.es/sites/estadistiques/ca/evolucio_de_la_liquidacio_2002-2016

GASTO EN SANIDAD/HAB. PAÍSES DE EUROPA. FUENTE: DATOS EUROSTAT, 2015. *Recuperado de http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare_expenditure_statistics*

GESTIÓN SANITARIA INTEGRAL: Pública y Privada. <https://www.gestion-sanitaria.com>

IDIS (2014) LA COLABORACIÓN PÚBLICO-PRIVADA EN SANIDAD. *Recuperado de www.fundacionidis.com/wp-content/.../anexoidis_aportvalor2014_web.pdf*

INCLASNS: HERRAMIENTA ESTADÍSTICA DEL MSSSI. <http://inclasns.msssi.es>

LISTA ESPERA. ces.caib.es/www/cd_memoria2011/data/annexos/cuadroscapiii/sheet075.htm

LÓPEZ DEL PASO, R. (2011) “William H. Beveridge y su influencia en los sistemas públicos de previsión social”, *Extoikos*, nº 2. *Recuperado de http://www.extoikos.es/pdf/n2/extoikos2_Beveridge.pdf*

MECANISMOS DE FINANCIACIÓN: Total Comunidades Autónomas y Entidades Locales. www.hacienda.gob.es/documentacion/publico/cdi/mecanismos%20financiacion%20total_ccaa_eell.xlsx

MEMORIA DEL CES 2009; *Recuperado de <http://www.caib.es/sacmicrofront/elementodocumento.do?idsite=16&cont=34974&lang=ES>*

MEMORIA DEL CES 2010. *Recuperado de <http://www.caib.es/sacmicrofront/elementodocumento.do?idsite=16&cont=51932&lang=ES>*

MONTAGUT. LA CUESTIÓN DEL DESEMPLEO EN LA ESPAÑA DE ALFONSO XIII. *Recuperado de <https://losojosdehipatia.com.es/cultura/historia/la-cuestion-del-desempleo-en-la-espana-de-alfonso-xiii/>*

NOTA ANEXA AL GASTO LIQUIDADADO DE LA CAIB Y DEL IBSALUT (2012 y 2013). *Recuperado de www.caib.es/sites/estadistiques/ca/evolucion_de_la_liquidacion2002-2016*.

OBJETIVOS DE DEFICIT DE LAS CCAA. [www.minhfp.gob.es/documentacion/publico/cdi/.../serie %20objetivos %20ep.xls](http://www.minhfp.gob.es/documentacion/publico/cdi/.../serie%20objetivos%20ep.xls)

PESTADISTICO: Consulta Interactiva del SNS. <http://pestadistico.inteligenciadegestion.msssi.es/>

PLAN DE ACTUACION LISTA DE ESPERA. *Recuperado de <https://www.ibsalut.es/ibsalut/es/ciudadania/noticias-ciudadania/360-El-Servicio-de-Salud-ha-elaborado-un-plan-de-actuacion-para-reducir-las-listas-de-espera>*

PLAN DE AUSTERIDAD: EL GOBIERNO APRUEBA UN PLAN DE MEDIDAS EXTRAORDINARIAS PARA REDUCIR EL GASTO PÚBLICO EN 15.000 MILLONES MÁS EN DOS AÑOS. *Recuperado de http://www.hacienda.gob.es/es-es/prensa/en%20portada/2010/paginas/plan_medidas_extraordinarias.aspx*

PLAN DE CHOQUE LISTA ESPERA (2015). *Recuperado de [www.ibsalut.es/ibsalut/attachments/article/1174/04-08-15%20Ndp%20SSCC%20LL EE%20a %2030%20de%20Juny %20de%20201_ESP%20def%20.doc](http://www.ibsalut.es/ibsalut/attachments/article/1174/04-08-15%20Ndp%20SSCC%20LL%20EE%20a%2030%20de%20Juny%20de%20201_ESP%20def%20.doc)*

PLAN DE MEDIDAS DE IMPULSO Y AHORRO DEL GOIB / PLAN DE EQUILIBRIO ECONÓMICO DE LAS ISLAS BALEARES. *Recuperado de [http://www.caib.es/sacmicrofront/contenido.do?mkey=M12042712_47211040694935&lang= ES& cont= 47401](http://www.caib.es/sacmicrofront/contenido.do?mkey=M12042712_47211040694935&lang=ES&cont=47401)*

PODER JUDICIAL. <http://www.poderjudicial.es/cgpj/es/temas/violencia-domestica-y-de-genero>

REFERENCIA DEL CONSEJO DE MINISTROS, 20 de mayo de 2010. *Recuperado de http://www.lamoncloa.gob.es/consejo_de_ministros/referencias/Paginas/2010/refc20100520.aspx*

SÁNCHEZ-QUIÑONES. BLOG. 2010. EL DÉFICIT PÚBLICO, UN PROBLEMA MUY SENCILLO DE ENTENDER. *Recuperado de https://blogs.elconfidencial.com/economia/informacion-privilegiada/2010-06-22/el-deficit-publico-un-problema-muy-sencillo-de-entender_613490*

SEMANARIO FARMACÉUTICO. AÑO I. NÚM. 35. MADRID 1 DE JUNIO DE 1873. PAG. 3. *Recuperado de [http:// bibliotecavirtual.ranf.com/i18n/catalogo_imagenes/grupo.cmd?path=3019143](http://bibliotecavirtual.ranf.com/i18n/catalogo_imagenes/grupo.cmd?path=3019143)*

SISTEMA DE FINANCIACIÓN. *Recuperado de [http://www.hacienda.gob.es/gl-es/areas%20tematicas /financiacion %20autonomica /paginas/regimen%20comun.aspx](http://www.hacienda.gob.es/gl-es/areas%20tematicas/financiacion%20autonomica/paginas/regimen%20comun.aspx)*

WEB DEL MINISTERIO HACIENDA Y FUNCION PÚBLICA. [www.minhap.gob.es/es-s/areas tematicas/financiación](http://www.minhap.gob.es/es-s/areas-tematicas/financiacion).

WEB IBSALUT AP. <https://www.ibsalut.es/ibsalut/es/servicio-de-salud/carera-de-servicios/quienes-somos>

WEB M° DE HACIENDA. FINANCIACIÓN. [www.minhap.gob.es/es-s/areas tematicas/financiación](http://www.minhap.gob.es/es-s/areas-tematicas/financiacion)

AGRADECIMIENTOS

La investigación económica en salud y en gestión sanitaria ha recorrido ya un importante camino. Son amplias las posibilidades y muchos los retos que presenta esta disciplina, que aún no se está explotando en Baleares. En nuestras Islas, la evaluación económica debe aterrizar sin dilación en la sanidad pública.

Así lo hacen varios entes en toda España desde un prisma académico muy elevado. Tal vez esta tesis contribuya humildemente a esta labor que en un futuro, que ya está aquí, será disciplina de gran impacto y trascendencia. La evaluación económica del sistema sanitario y de las tecnologías sanitarias debe ser una prioridad en la agenda de nuestras Islas. Así como la creación de una agencia evaluadora con poder vinculante, para evaluar y avalar las inversiones y decisiones sanitarias.

Esta disciplina cuenta con un margen importante para que la investigación académica trate de hallar respuestas a temas complejos relativos a la sanidad y a su gestión. Los resultados dependen tanto de los datos como del devenir legislativo, político y económico. Las series de datos a considerar pueden ser veraces o sesgadas. La verdad, lo justo, lo exacto, aplicado a una ciencia social, tal vez nunca se alcanza.

Sólo somos hormigas intentando acercarnos un poco más, cada día, a una ratio, a un número o a un dato que pueda satisfacer nuestra curiosidad o explicar un hecho. Pero no cabe duda de que ante un sistema institucional de la envergadura del sistema sanitario público español o balear, debemos cuestionarnos todas las decisiones que se tomen. Si en el pasado se tomaron decisiones arbitrarias, debemos aprender de esos errores, y trabajar para que nunca más se vuelvan a tomar decisiones sin ser evaluadas.

El frecuente cheque en blanco de la administración pública y la nula responsabilidad asumida a veces nos empuja a no evaluar y a no valorar los datos que recibimos. Es nuestro deber, aunque caiga a menudo en saco roto, valorar, calcular, medir la gestión realizada. El mundo académico lo debe hacer. Es el ente obligado a valorar la gestión pública, desde un prisma elevado.

El camino de este trabajo ha sido complicado y apasionante a la vez. Quiero agradecer la ayuda y consejos a Verónica Leoni estos años; a Toni Costa por sus importantes indicaciones; a Javier Franconetti por sus consejos estadísticos.

Gracias a mis codirectores José I. Aguiló, Cristina Gil y José M^a Gámez, por enseñarme a investigar con esmero, orden y disciplina. Esta tesis es suya también, como no podría ser de otra manera.

Agradecer también a Félix Grases y a Miquel Bennàsar sus ánimos y consejos. A Magdalena Mas su ayuda impagable en tantas gestiones administrativas, tan importantes. Así como agradecer a las tan eficientes trabajadoras de la Escuela de Doctorado, que me han indicado y ayudado tantas veces.

Agradecer también a dos grandes gestores del Ibsalut, Joan M. Barceló y Alfonso Macías, por sus indicaciones y orientaciones.

Gracias a Paula Aguiló, Toni Riera, Àngel Bujosa, Andreu Sansó, Micaela Comendeiro, Eugeni Aguiló, Francisco Sastre, Javier Rey, Vicente Ramos, Cati Torres, Elisabeth Valle, Dolores Tirado, Toni Alcover, Jaume Rosselló, Gonçal López,... por su compañerismo y ánimos recibidos.

Gracias a Barto Burguera y a Joan Soriano por sus ánimos y consejos.

Agradezco a la Facultad de Economía de la UIB, al Departamento de Economía Aplicada de la UIB y al IUNICS las facilidades y el apoyo recibido.

El haber compaginado la docencia universitaria con la elaboración de la tesis ha sido fundamental para la consecución de ésta.

Y cómo no, agradezco a mi familia haberme apoyado tanto en este largo camino.

