

El proyecto de presupuestos de la Comunidad Autónoma, presentado por la Consejería de Hacienda, propone un gasto para el año 2026 de **2.549,1** millones de euros, frente a los 2.366,3 millones del pasado ejercicio, lo que supone un aumento de unos 135,2 millones y un crecimiento cercano al 5,7%. En palabras del gobierno regional, “el mayor presupuesto de la historia”.

**Introducción. Consideraciones acerca de la presentación de los presupuestos.** Ya es una costumbre que la lectura de los presupuestos suponga un ejercicio farragoso, quizás apropiado para contables o políticos, pero no para facilitar el acceso a una información relevante, a la que tiene derecho la ciudadanía.

Hay subconceptos insuficientemente definidos y no se puede entender, en el caso particular de Asturias, porque esto no ocurre en otras Comunidades Autónomas, que en una sanidad sectorizada, no consten expresamente las partidas destinadas a Atención Primaria, Hospitalaria, Salud mental, Atención Sociosanitaria..., o que no sepamos cuánto se destina a investigación o formación de los profesionales. Una información que llega, total o parcialmente, más tarde, por fuera de los presupuestos, en comparecencias posteriores de la Consejería de Salud.

Por otra parte, los presupuestos que se presentan se deben comparar con los presupuestos ejecutados en el año precedente (gasto consolidado), y no, como hace la Consejería, con los presupuestados en el anterior ejercicio, porque esa no es la comparación que procede. También aquí volvemos a tropezar con poca transparencia.

También hay hacer algunas consideraciones referidas a los ingresos. No es lógico que la financiación de la sanidad proceda de la caja común y no tenga carácter finalista, como tantas veces hemos reivindicado, sino que, además, hay que destacar negativamente el peso creciente, abusivo, de los impuestos indirectos en el conjunto de los ingresos.

Cuando lord Beveridge dio forma en términos de políticas sociales al Sistema Nacional de Salud, perseguía redistribuir dinero transformándolo en salud, para que los ricos finciasen la salud de los pobres. Sin embargo, en la actualidad, la mayoría de la recaudación proviene de impuestos indirectos. Ya no es verdad que paga más quien más tiene, sino que paga más quien más consume. El ideal de Beveridge ha devenido en una quimera.

Así mismo, no se puede separar la inversión en salud de otras inversiones sociales como Empleo, Educación, Vivienda, Bienestar social, etc. Los presupuestos de la Sanidad hay que incluirlos dentro de un capítulo más amplio y “comprensivo” de inversiones al servicio de unas condiciones de vida dignas. De la cuna a la tumba como se afirmaba en el Informe Beveridge, para enfrentarse a los 5 gigantes:

pobreza y exclusión, ignorancia, enfermedad, desempleo y abandono. La salud de nuestra población (de cualquier población) es mucho más que asistencia sanitaria y depende fundamentalmente del grado de cohesión social, del nivel cultural, de la calidad del medio ambiente y de la acción de las políticas públicas sobre los determinantes sociales de la salud.

### **Los números del presupuesto sanitario y algunas consideraciones al respecto**

**Presupuesto: 2.549.313**, supone el **37,09%** del total de la Comunidad Autónoma.

El presupuesto seguramente nos volverá a colocar en el pelotón de cabeza en relación con otras Comunidades Autónomas, quizás la primera, como el pasado año, lo que significa que hay un compromiso del gobierno regional, mayor que otras Comunidades, con los servicios públicos y, en particular, con la sanidad pública.

**Capítulo I**, el gasto del personal sanitario, **1.200,7** millones de euros, (**48% del total**) con un incremento del **3,9%**, con respecto al anterior ejercicio. Dado que el personal sanitario es el principal activo del sistema y que ha experimentado una importante precarización en los años precedentes, el esfuerzo que se propone no parece muy relevante, máxime cuando el incremento de bienes corrientes y servicios es del 7,9%.

Contrasta, sin embargo, que el crecimiento del 3,9% de gasto en personal, claramente por debajo del incremento del 7,9% en el capítulo II-

En este mismo capítulo, nos gustaría saber si hay una apuesta real por la formación de los trabajadores sanitarios. Las empresas “socialmente responsables” dedican el 1% de su presupuesto a la formación de sus trabajadores. ¿Hace lo mismos el SESPA, o deja el campo libre para la influencia espuria de la industria farmacéutica y tecnológica? Las consecuencias son muy evidentes no sólo sobre la calidad, sino también por los costes de las prestaciones.

Como curiosidad, en el capítulo 1 llama la atención una partida de 928 mil € de retribuciones por Ensayos Clínicos, cuando es un campo de experimentación al servicio de la industria farmacéutica...

**Capítulo 2**, bienes corrientes y servicios, **809,5** millones ( **32,4% del total**). Un aumento de unos 59 millones respecto al año previo (un incremento del 7,9%).

- **265,9 M€** en **Farmacia Hospitalaria** (y hemoderivados), si se mantiene la misma tendencia del gasto consolidado en 2025 ( 252M€), el incremento será de 13,9 M€
- **294,1 M€** en dispositivos sanitarios (prótesis, catéteres, laboratorio y otro material)
- **170.7 M€** en Asistencia sanitaria con medios ajenos (115 M sector privado)

El gasto farmacéutico hospitalario crece de forma vertiginosa y es paradigmático por varios motivos: 1. Consta de forma independiente y desagregada del gasto farmacéutico total, quizás porque la fuente de los datos es IMS, una consultora privada al servicio de la Industria Farmacéutica. 2. Existe una enorme variabilidad entre hospitales, no justificada, que pagan precios muy diferentes por los mismos medicamentos, independientemente del volumen de compra. 3. Gran parte de este gasto corresponde a pacientes ambulatorios con dispensación hospitalaria, que precisan medicación oncológica y productos biológicos en patologías crónicas, que tienen costes altísimos, pero que no pueden esconder las importantes carencias en la gestión. Por ejemplo, en la introducción de biosimilares, la no aplicación de la equivalencia terapéutica, el uso indebido de fármacos “huérfanos”, el defectuoso sistema de compras, etc. Medidas que, en su conjunto, permitirían ahorrar grandes sumas de dinero al conjunto del sistema.

La asistencia con medios ajenos es otra partida al alza, mayoritariamente a centros /servicios con ánimo de lucro. Representa algo más del 6% del presupuesto.

**Capítulo 4**, transferencias corrientes, 445,4 millones, unos 17,9 millones más que en 2025.

- **371,5** millones en **recetas** farmacéuticas (14,57% del total del gasto). 11,5 M€ con respecto al año anterior, si se mantiene la misma tendencia del gasto consolidado en 2025 (estimado en 360 M€)
- 66 millones el contrato-programa con Gispasa.

El gasto en recetas sigue subiendo, tanto por el incremento del número de recetas (28,6 recetas /habitante /año) como por el precio de la receta. No es fácil la comparación con otros países por la diversidad de la cuantía de los copagos o de dispensación en el hospital) pero estamos ante un gasto muy elevado (innecesariamente elevado), una de las principales fuentes de ahorro potencial para el sistema sanitario.

El resto se reparte entre subvenciones y otras transferencias, como ayudas por desplazamientos, órtesis y sillas de ruedas, zonas de especial singularidad (ZES) o convenios con otros servicios de salud.

**El gasto sectorizado.** Con la información disponible en estos momentos, según declaraciones de la Consejera de Salud, la partida de la **Atención Primaria** será de 698 M€, según esta información hay un incremento de 42 M€ con la creación de 120 plazas de distintas categorías. En total, la Consejería dice que le dedica al sector el 28% de presupuesto, pero realmente se restamos el 14,57% del gasto en recetas, el gasto real será el **13,43%**.

La estimación que podemos hacer con respecto al gasto en **Salud Pública**, cifra la inversión en el **1,2%**. Mientras que, también por declaraciones de la Consejera, a Salud Mental le corresponderán 97,2 M€ (incremento del 3,2%).

Desconocemos la cuantía del gasto en Atención Especializada, mientras que se anuncian 69,2 M€ para un denominado “plan estructural” (sic) contra las listas de espera.

**Discusión.** Muy probablemente el presupuesto de la sanidad en Asturias, año 2026, será el más alto en términos de gasto per cápita e incluso de PIB, si nos comparamos con las demás CC.AA., pero bastante por debajo de otros países de nuestro entorno, que en muchos casos se sitúan por encima de los 3.500 euros per cápita. Difícilmente se puede hablar, pues, de unos presupuestos “expansivos” porque se generan en un contexto de crecimiento económico y porque, además, tenemos una cobertura social varios puntos de PIB por debajo de la mayoría de los países de nuestro entorno, lo que repercute de muy diversas maneras sobre el sistema sanitario.

Una valoración global nos permite afirmar que los presupuestos que se presentan son básicamente continuistas o conservadores, en la medida en que perseveran en las coordenadas del actual modelo de la sanidad pública.

En una primera aproximación, valoramos positivamente que los presupuestos no muestren tendencias privatizadoras, como estamos viendo en otras Autonomías gobernadas por la derecha, que entienden el gasto en el sector público como un agujero negro que hay que revertir, en bien de una “economía sana y eficiente” al servicio de los denominados “mercados”, como acabamos de comprobar en Andalucía con el cribado de cáncer de mama o con las estrategias del hospital de Torrejón de Madrid.

Sin embargo, en la medida en que los presupuestos establecen de hecho la jerarquía y las prioridades de las políticas asistenciales y de salud, tenemos que hacer una crítica radical a los presupuestos, no por la magnitud de gasto asignado, sino por su estructura y distribución. El “continuismo” conlleva asistencialismo, hospitalocentrismo y subordinación tecnológica acrítica.

Estos presupuestos no pueden ser insensibles a los problemas crónicos de la Sanidad Pública en Asturias, que están claramente identificados: La marginación de la Salud Pública, el desgaste de la Atención Primaria, las interminables listas de espera, la desmotivación de los profesionales sanitarios o el preocupante crecimiento de los seguros y la medicina privada.

El sistema no puede continuar pasivo ante la ineficiencia social de los recursos y la deslegitimación de la sanidad pública. Problemas estructurales que exigen cambios en las prioridades y en la asignación de las partidas presupuestarias.

Cierto es que las tendencias inerciales (la dependencia de la senda, como expresan los economistas) son muy poderosas y los intereses creados son muy poderosos por lo que se necesita coraje y voluntad política para cambiar y enderezar el rumbo del sistema sanitario.

Del análisis pormenorizado de los presupuestos, podemos deducir, como ha declarado el propio Ministerio de Sanidad, que un porcentaje muy elevado de los recursos se destinan a proveedores privados (industria farmacéutica, fabricantes de dispositivos, complementos fungibles y otras tecnologías, conciertos con centros privados, consultorías, modalidades PPP...). En el caso de Asturias, esta es la finalidad del 44,1% del presupuesto, sumado el gasto en medicamentos, tecnología sanitaria y asistencia con medios ajenos.

Está demostrado que el motor principal del incremento del gasto sanitario reside en las nuevas tecnologías – especialmente farmacéuticas – cuyos precios no cesan de aumentar<sup>1</sup>. La factura farmacéutica en Asturias (hospital + recetas) es de 619,7 representa el 24,3% Mientras que otros factores, como el envejecimiento de la población, son importantes, pero no tiene el mismo peso en comparación con las nuevas tecnologías.

La Farmacia es una partida en la que se puede ahorrar (como propone la AIReF<sup>2</sup>) sin perder calidad, o, mejor dicho, ganando calidad. Consumir menos medicamentos (solo los necesarios) requiere políticas coste-efectivas de uso racional, de centralización de las compras... Generando recursos que se pueden derivar a otras partidas presupuestarias que están claramente desfavorecidas y subfinanciadas como es el caso de la Atención Primaria y la Salud Pública. Mientras el gasto hospitalario es alto, cinco veces el gasto en Primaria, con un evidente desbalance asistencial.

La Primaria sigue siendo el pariente pobre (13,4 % del presupuesto, muy lejos del 25% reivindicado) y descontado el programa de vacunaciones, se puede afirmar que la Sanidad Pública es poco más del 1% del presupuesto, incluyendo además en esta partida unos 4 M€ para subvencionar a las asociaciones de pacientes. Muy lejos de la reivindicación del 4%. Sin partidas económicas, difícilmente puede haber políticas y resultados. Tampoco hay ninguna asignación presupuestaria para crear una oficina antifraude, una de las prioridades en cualquier sistema sanitario. Y, sin embargo, GISPASA sigue, a pesar de la voluntad contraria manifestada en su día por el Parlamento, con una asignación de 60 millones de euros, lo que podría indicar desconfianza del gobierno en la propia administración pública...

---

<sup>1</sup> [https://esip.eu/publications/health\\_positions/2023-05\\_ESIP-MEDEV\\_Survey\\_Trends-in-Pharmaceutical-Expedityre.pdf](https://esip.eu/publications/health_positions/2023-05_ESIP-MEDEV_Survey_Trends-in-Pharmaceutical-Expedityre.pdf)

<sup>2</sup> <https://www.airef.es/es/estudio-2-medicamentos-con-receita-medica/>

**Para terminar.** Pedimos transparencia y accesibilidad en la presentación de los presupuestos. Pedimos que los presupuestos orienten el gasto sanitario hacia las necesidades reales de salud de la población, que no son otras que la equidad, la calidad y la sostenibilidad de las prestaciones, y que no orienten el crecimiento del gasto hacia el consumismo, la medicalización y los intereses de la industria farmacéutica. Pedimos, finalmente, rigor y rendición de cuentas en la ejecución de los presupuestos.

**Diciembre 2025**

**Asociación para la defensa de la sanidad pública**

**Plataforma por la salud y la sanidad pública de Asturias**