

«Instrumentos para el análisis económico de la sanidad vasca»

Los recursos económicos destinados a los sistemas de salud presentan una importancia creciente en los últimos años. Este trabajo pretende ofrecer una panorámica de la sanidad vasca desde el punto de vista económico. Se efectúa una descripción del modelo de financiación del sistema de asistencia sanitaria pública de la CAPV y los cambios organizativos y financieros registrados a lo largo de los últimos años. Posteriormente se realiza un análisis de la cobertura sanitaria de la población y de la evolución del gasto sanitario, tanto en su doble vertiente público-privado como desde el punto de vista funcional con una especial referencia al consumo farmacéutico y de asistencia hospitalaria. Para finalizar se hace un repaso de los factores que incidirán en el desarrollo futuro del gasto sanitario y se cuestiona la factibilidad de su crecimiento en un entorno de crisis económica.

Sanitate-sistemetara destinatutako baliabide ekonomikoak gero eta garrantzi handiagoa hartzen ari dira azken urteotan. Lan honek euskal sanitatearen ikuspegi bat eskaini nahi du ekonomiaren aldetik aztertuta. Horretarako, E.H.K.A. osasun-asistentzia publikoko sistemaren finantzaketa-ereduaren eta azken urteotan antolamenduan eta finantzaketetan eman diren aldaketen deskripzio bat egiten da. Ondoren, biztanleriak duen sanitate-estalduraren eta osasun-gastuak eraman duen eboluzioaren azterketa bat egiten da, begiratzuz bai ikuspegi publiko-pribatutik bai ikuspegi funtzionaletik, aipamen berezia eginez farmako-kontsumoari eta ospitale-asistentziari. Eta bukatzeko, biharko eguneko osasun-gastuan eragingo duten faktoreen errepaso bat egiten da, bere hazkundearen bideragarritasuna zalantzan jarritz, ekonomiaren krisialdiko testuinguru batean aurkitzen denez gero.

The amount of money spent on the health-care service has shown an important increase over recent years. This paper gives an overview of the Basque health service from an economic viewpoint. The way the Basque public health system is financed in the Basque Country is described together with the organisational and financial changes which have occurred during recent years. Afterwards the populations' health cover is analysed together with health expenditure in both the public and private sectors and the health service's functioning, with special attention being paid to the consumption of medicines and hospital attention. Finally, a brief look is made at those factors which will influence the future development of health expenditure, and the feasibility of its growth during a time of economic crisis is questioned.

- 1. La financiación de los cuidados de salud.**
 - 2. La financiación de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social.**
 - 3. La financiación de la sanidad pública en la CAPV.**
 - 4. La cobertura sanitaria en la CAPV.**
 - 5. El gasto sanitario.**
 - 6. El gasto sanitario público del Gobierno Vasco.**
 - 7. El gasto sanitario privado.**
 - 8. El futuro del gasto sanitario.**
- Bibliografía.**

Palabras clave: Economía de la salud, financiación de la sanidad pública, gasto sanitario, consumo farmacéutico, asistencia hospitalaria.

Nº de clasificación JEL: I1, I18, H72

Existe un refrán popular que afirma que «la salud no tiene precio» lo que viene a poner de manifiesto que la salud es un bien muy apreciado y deseado, más aún si cabe en la sociedad moderna de los países desarrollados. Sin embargo, la salud sí tiene un coste que en muchos casos puede ser superior a las disponibilidades financieras de las personas e incluso a las de los Estados.

La salud y la economía están directamente relacionadas. El desarrollo económico y la mejora de los procesos de producción han generado mejoras en el nivel de salud de la población que a su vez ha incidido en los anteriores; pero por otra parte determinadas formas y hábitos de vida de la sociedad moderna generan efectos negativos en la salud.

De otro modo, la salud se puede observar como una fuente generadora de riqueza ya que emplea en su sector a una parte importante de la población activa ocupada y se nutre en su proceso productivo de bienes elaborados en otros sectores productivos (Cabasés, 1988).

Por estos motivos, es importante conocer el gasto sanitario que se genera en un país, así como la obtención de indicadores en relación con la población y con las magnitudes macroeconómicas del mismo para su utilización como instrumento del proceso de planificación y toma de decisiones. Del mismo modo, su estudio permite hacerse una idea de la importancia que los países otorgan a sus sistemas sanitarios y de su situación relativa con respecto al resto de sectores económicos.

Tan importante como conocer el gasto sanitario total es el análisis de su composición de cara a obtener una visión respecto al grado de participación de las diferentes entidades públicas y privadas como financiadoras y proveedoras de servicios sanitarios ya que éste es un tema que sirve de fuente inagotable de debate.

1. LA FINANCIACIÓN DE LOS CUIDADOS DE SALUD

El gasto que un determinado país realiza en sanidad o en los cuidados de salud de su población puede financiarse básicamente a través de:

1. Presupuestos Públicos (Presupuestos Generales del Estado, Central y Comunidades Autónomas y Corporaciones Locales), que consiste en una financiación basada en impuestos.
2. Seguros Obligatorios Públicos (Seguridad Social), basados en sistemas de cuotas.
3. Seguros Privados, de carácter voluntario u obligatorios (con o sin fines de lucro).
4. Pago directo (total o parcial) de los servicios.
5. Donativos.

A excepción del pago directo todas las demás pueden considerarse como fuentes de financiación indirectas.

El peso específico de cada una de las fuentes viene a determinar la clasificación de los sistemas sanitarios de los diversos países.

La asistencia sanitaria de la población de los países desarrollados se cubre básicamente por dos tipos de organización:

— *Servicio Nacional de Salud*, financiado públicamente a través de impuestos. El derecho a la salud es inherente a la condición de ciudadano y el Estado tiene la obligación de ofrecer a éstos una serie de servicios sanitarios en condiciones de gratuidad. Se caracteriza por ser un Sistema Universal, tanto en cobertura de población como de prestaciones y la provisión de asistencia sanitaria se realiza con medios propios.

— *Sistema de Seguros o de Seguridad Social*, financiado fundamentalmente por cotizaciones sociales de trabajadores y empresarios. El derecho a la asistencia sanitaria surge como consecuencia de la cualidad de trabajador y cotizante. Es un sistema caracterizado por ofrecer una cobertura y unas prestaciones no universales y la provisión de asistencia sanitaria se realiza con medios ajenos.

En la realidad no se da ninguno de estos dos sistemas en sentido puro, sino que existen sistemas mixtos. En cada país se ha tratado de conformar la organización adecuada para la provisión de asistencia sanitaria. En definitiva, la organización sanitaria de un país habrá surgido como resultado de la interacción de las diversas fuerzas en juego: Estado, partidos políticos, grupos y corporaciones profesionales, organizaciones empresariales, grupos ciudadanos, participación directa de los ciudadanos en sus cuidados de salud, recursos destinados al sistema y, por último, del funcionamiento del propio sistema.

En el Estado español existe un Sistema Nacional de Salud «a caballo» entre el Servicio Nacional de Salud y el Sistema de Seguridad Social clásico, financiado a través de cotizaciones sociales del

Cuadro n.º 1. **Subvenciones del Estado a la Seguridad Social**

AÑO	PORCENTAJE
1984	20,12
1985	23,80
1986	25,70
1987	28,97
1988	28,93
1989 (*)	70,80
1990	70,11

(*) Cambio en el modelo de financiación. *Fuente:* Presupuestos de la Seguridad Social.

Sistema de Seguridad Social y de los Presupuestos Generales del Estado.

Como se puede apreciar en el cuadro n.º 1, las aportaciones del Estado a los Presupuestos de la Seguridad Social en los últimos años venían suponiendo un porcentaje cercano al 25% de los mismos; esta tendencia se quiebra en el año 1989, produciéndose un fuerte incremento propiciado por un cambio en el modelo de financiación que en la práctica supone que casi las tres cuartas partes del Presupuesto del Sistema Nacional de Salud sean financiadas por los Presupuestos Generales del Estado.

2. LA FINANCIACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA DE LA SEGURIDAD SOCIAL

2.1. Breve reseña histórica

Desde un punto de vista histórico, el sistema Sanitario del Estado se ha ido conformando como unión de las diversas redes sanitarias que surgían en el transcurso del tiempo para tratar de dar

respuesta a los problemas que acuciaban en un momento determinado, pero sin una visión global y coordinada y como consecuencia de esto ha venido soportando problemas durante mucho tiempo.

La primera red asistencial pública surgió como consecuencia de la creación de centros de carácter monográfico para el tratamiento de *enfermedades de tipo infeccioso que provocaban unas elevadas tasas de mortalidad*.

El primer antecedente de la red de asistencia sanitaria del Sistema de la Seguridad Social, aunque de carácter muy restrictivo, fue el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE), creado en 1942 y que ofrecía cobertura a los trabajadores por cuenta ajena con bajos ingresos y a sus familiares; no obstante sólo se aplicaba a los productores de la industria y del comercio. Su gestión era pública, a través del Instituto Nacional de Previsión (INP), pero existía una generalización de la colaboración privada y de los servicios concertados. Posteriormente y, con su desarrollo, se convertiría en la base del actual sistema de salud.

Por otra parte y para tratar de ofrecer asistencia a las personas carentes de los suficientes recursos económicos, las Corporaciones Locales (Diputaciones y Ayuntamientos) establecieron la red de asistencia sanitaria de la Beneficencia, complementada con la aparición de entidades sin fines de lucro auspiciadas por fundaciones y por la Iglesia.

En el año 1963 se promulgó la Ley de Bases de la Seguridad Social, desarrollada en el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, de 30 de mayo de 1974, que unificaba los anteriores de los años 1966 y 1972.

Desde el punto de vista de la organización del Sistema de Seguridad Social cabe destacar un hecho importante a finales del año 1978 en que la gestión de la Seguridad Social, llevada fundamentalmente por el INP y otros organismos colaboradores de entre los cuales cabe destacar a las Mutualidades Laborales, se va a separar en varias entidades diferentes mediante el Real Decreto-Ley 36/1978, de 16 de noviembre, sobre gestión institucional de la Seguridad Social, la salud y el empleo que pretendía abordar los problemas organizativos y la falta de una coherente concepción sistemática de su estructura y funcionamiento.

Con la nueva estructura organizativa surgieron, en el ámbito de la salud, los siguientes organismos:

- * INSALUD (Instituto Nacional de la Salud), entidad gestora de la Seguridad Social en materia de prestaciones sanitarias.
- * ISM (Instituto Social de la Marina), entidad gestora de la Seguridad Social de los trabajadores del mar.
- * MPAT (Mutuas Patronales de Accidentes de Trabajo), entidades privadas colaboradoras en la gestión

de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

La gestión y administración de los servicios por estos organismos debía llevarse a cabo con sujeción a principios de simplificación, racionalización, economía de costes, eficacia social y descentralización, solidaridad financiera y unidad de caja, principios muy importantes estos dos últimos por la repercusión que tuvieron en las transferencias sanitarias a las Comunidades Autónomas.

2.2. Ley General de Sanidad

Con la aprobación de la Ley General de Sanidad (LEGSA) en el año 1986 (Ley 14/ 86, de 25 de abril) se estableció un modelo de Sistema Nacional de Salud constituido por los Servicios de Salud de las diferentes Comunidades Autónomas y se establecía que la financiación de las prestaciones de asistencia sanitaria (artículos 78 y 79) se realizaría con cargo a:

1. Cotizaciones Sociales.
2. Transferencias del Estado.
3. Tasas por prestación de servicios.
4. Aportaciones de las Comunidades Autónomas y de las Corporaciones Locales.

Asimismo, el artículo 82 de la LEGSA expresaba que la financiación de los servicios transferidos a las Comunidades Autónomas se efectuaría a través de los Presupuestos Generales del Estado o de la Seguridad Social, según correspondiese, siendo el criterio de Población Protegida el que se utilizaría para la financiación de los servicios de asistencia sanitaria de la Seguridad Social (gestionados por el INSALUD) transferidos a aquellas Comunidades Autónomas que tuviesen competencias

para asumirlos. Se establecía un período de diez años a efectos de ajustar la desviación entre el porcentaje del gasto sanitario en el momento de la transferencia y el porcentaje de la población protegida.

Diversos expertos sostienen que con esta configuración del entramado financiero se perdió la oportunidad de unificar todas las fuentes de recursos financieros en una única y de traspasar al Estado por la vía impositiva y no de la Seguridad Social la financiación de la sanidad (Sanfrutos, 1991).

2.3. Cambios en el modelo de financiación

En el ejercicio presupuestario de 1989 se produjo una novedad importante en el modelo de financiación de la sanidad en el Estado. La Ley de Presupuestos Generales del Estado para dicho año (Ley 37/ 88) contemplaba un esquema de financiación mixta del Sistema Nacional de Salud que conllevaba una cierta reordenación de los flujos financieros del INSALUD.

El presupuesto del Sistema Nacional de

Salud pasaba a ser responsabilidad directa del Ministerio de Sanidad y Consumo y la financiación de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a través del INSALUD y de los Servicios de Salud en aquellas Comunidades Autónomas con transferencias (Cataluña, Andalucía, Valencia y País Vasco), se modificó de forma sustancial, ya que la dependencia financiera del Estado se incrementó de forma considerable hasta alcanzar más del 70%, según el esquema presentado en el cuadro n.º 2.

Entre los objetivos figuraba el de la Universalización de la Asistencia Sanitaria extendiendo la cobertura a aquellas personas sin recursos económicos.

Este cambio en el modelo de financiación suponía un avance importantísimo en relación con las directrices emanadas de la Ley General de Sanidad, tendentes a la creación de un Sistema Nacional de Salud y habría que destacar como un aspecto importante del cambio la configuración del presupuesto como finalista en contraposición a la situación anterior en que el presupuesto

Cuadro n.º 2. **Fuentes de Financiación del Sistema Nacional de Salud. 1989**

Concepto	%
APORTACIONES DEL ESTADO	70,8
COTIZACIONES SOCIALES	27,2
INGRESOS POR SERVICIOS	2,0
TOTAL	100,0

Fuente: Presupuestos del INSALUD, 1989.

estaba referenciado en el conjunto del sistema de la Seguridad Social; asimismo, se simplificaron los flujos financieros existentes.

3. LA FINANCIACIÓN DE LA SANIDAD PÚBLICA EN LA CAPV

Las primeras actuaciones del Gobierno Vasco en materia sanitaria se remontan al año 1979, en que se concretaron las primeras transferencias en el área de Salud Pública, fundamentalmente en protección y promoción de la salud.

En el año 1981 se produjo la transferencia por parte del Estado de los centros y servicios de la Administración Institucional de la Sanidad Nacional (AISNA) entre los que se encontraban los llamados hospitales del tórax (Leza, Santa Marina y Amara).

La creación del Servicio Vasco de Salud/Osakidetza (Osakidetza) mediante la Ley 10/83, de 19 de mayo, como Organismo Autónomo de la Administración Común del País Vasco, introdujo una orientación hacia un Servicio Nacional de Salud a imagen de los modelos existentes en diversos países europeos. Su finalidad se concretó en la gestión de los servicios de la asistencia sanitaria pública de la CAPV.

Asimismo, en el año 1983 se promulgó la Ley 27/83, de 25 de noviembre, de Relaciones entre las Instituciones Comunes de la Comunidad Autónoma y los Órganos Forales de sus Territorios Históricos, popularmente conocida como LTH. En virtud de esta Ley, se produjo el traspaso en materia sanitaria de las competencias de los Territorios Históricos a las Instituciones Comunes, asumiendo el Gobierno Vasco en el año 1985 la gestión de los Servicios de Salud Mental (entre ellos, los Hospitales de Nuestra

Señora de las Nieves de Vitoria, Bermeo, Zaldibar y Zamudio) y de los Hospitales de las Diputaciones (Santiago Apóstol, Górliz y Gipuzkoa).

Casi como colofón a la integración en una única red de los servicios sanitarios de carácter público se produjo la transferencia de las funciones y servicios en materia de asistencia sanitaria prestada por el INSALUD. De esta forma, Osakidetza gestiona en una única estructura organizativa y financiera la casi totalidad (a excepción de algunos centros extrahospitalarios dependientes de los Ayuntamientos) de los servicios sanitarios públicos de la CAPV. El INSALUD se traspasó de forma efectiva a la CAPV el día 1 de enero de 1988, tras el Acuerdo adoptado con fecha 17 de junio de 1987 por la Comisión Mixta de Transferencias y publicado en el Real Decreto 1536/1987, de 6 de noviembre.

Como se ha comentado anteriormente, el artículo 82 de la LEGSA establecía el mecanismo de financiación para aquellas Comunidades Autónomas que tuvieran competencias para asumir el INSALUD; no obstante, en la misma LEGSA, en su Disposición Adicional Primera se establecía que «en los casos de la CAPV y de la Comunidad Foral de Navarra, la financiación de la asistencia sanitaria del Estado se regirá en tanto en cuanto afecte a sus respectivos sistemas de conciertos o convenios, por lo que establecen, respectivamente, su Estatuto de Autonomía y la Ley de Reintegración y Amejoramiento del Fuero.

En el caso de la CAPV, se remitía a la Disposición Transitoria Quinta del Estatuto de Autonomía del País Vasco en cuanto a los convenios referidos en la misma, al objeto de financiar la transferencia de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social.

En esta última se establece que «La Comisión Mixta de Transferencias que se crea para la aplicación de este Estatuto establecerá los oportunos convenios mediante los cuales la Comunidad Autónoma asumirá la gestión del régimen económico de la Seguridad Social, dentro de su carácter unitario y del respeto al principio de solidaridad, según procedimientos, plazos y compromisos que, para una ordenada gestión, se contengan en tales convenios».

Según se observa, se hace referencia a los principios de solidaridad y al carácter unitario del régimen económico comentados anteriormente cuando se hacía referencia al Real Decreto-Ley 36/1978, por el que se creó el INSALUD. El principio de unidad de caja generó bastante polémica y posturas encontradas entre los representantes políticos de la CAPV y del Estado y fue motivo, entre

otros, de que la transferencia no se hubiese realizado con anterioridad a la fecha en la que finalmente ésta se produjo.

La metodología de cálculo que se acordó de cara a establecer la cantidad a percibir por la CAPV en virtud de las transferencias del INSALUD se recoge en el cuadro n.º 3.

Para calcular el Total de Ingresos Monetarios a percibir por la CAPV por los servicios transferidos del INSALUD, habría que agregar el Total Monetario de Servicios Transferidos y los Ingresos por prestación de Servicios a Terceros en los centros transferidos que tienen la consideración de Ingresos propios de Osakidetza/Servicio Vasco de Salud.

Los servicios traspasados al País Vasco para el año 1988 se valoraron inicialmente en 82.765,4 millones de pesetas, excluidos los ingresos por prestación de

Cuadro n.º 3. Metodología del Cálculo para la Financiación del INSALUD en la Comunidad Autónoma del País Vasco

Menos Más	PRESUPUESTO INICIAL DE INSALUD-ESTADO Fondo de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social (FIS). Costes Asociados en: • Tesorería General de la Seguridad Social. • Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. • Ministerio de Sanidad y Consumo.
Menos Menos Menos	COSTE PRESUPUESTO INSALUD-ESTADO Amortizaciones. Compensación Entidades Colaboradoras. Ingresos por Servicios Prestados en Gestión Directa.
	TOTAL MONETARIO INSALUD-ESTADO
	$6,24\% \text{ s/TOTAL MONETARIO} = \text{TOTAL MONETARIO POR LOS SERVICIOS TRANSFERIDOS A LA CAPV.}$

Fuente: Elaboración propia. Real Decreto 1536/1987, de 6 de noviembre.

servicios a terceros. De éstos, un 74,85% se recibió mediante transferencias mensuales de la Tesorería General de la Seguridad Social y el 25,15% restante fue objeto de minoración en el cálculo del Cupo a satisfacer al Estado. Con posterioridad y una vez liquidado el ejercicio, se obtuvieron fondos adicionales, en las mismas condiciones anteriores, por valor de 3.570,4 millones de pesetas como consecuencia de la aplicación del coeficiente del 6,24% sobre la desviación del presupuesto estatal.

El cambio producido en el modelo de financiación en el año 1989 tiene una influencia muy importante en el aspecto monetario de las transferencias efectivas de fondos para la CAPV. Así, de recibir un 74,85% mediante transferencias mensuales de fondos se pasa a una cifra aproximada del 30% y el resto no se recibe sino que, dado el sistema de financiación a través del Concierto Económico, se dejan de remitir al Estado los fondos correspondientes a ese 70%. Este hecho genera una reducción

importante de la incertidumbre financiera para la CAPV y, además, puede resultar una fuente adicional de recursos para las arcas de la Hacienda vasca por los rendimientos que puede obtener de dichos fondos.

La cobertura del presupuesto de Osakidetza por la financiación de la Administración Central ha alcanzado el 87,59% del gasto total del período 1988-92, oscilando entre el 80,94% del año 1988 y el 91,04%, correspondiente al año 1991 (cuadro n.º 4).

Con respecto a las diferencias más significativas en relación con las transferencias efectuadas a otras Comunidades Autónomas (excluidas Navarra y Galicia), hay que señalar las siguientes:

1. La base para el cálculo de la participación en el presupuesto estatal es similar al índice de imputación para el cálculo del cupo de la CAPV al Estado (6,24%), en vez del criterio de población protegida.

Cuadro n.º 4. Financiación del presupuesto de Osakidetza. 1988-1992

(Millones ptas.)

	1988	1989	1990	1991	1992
Presupuesto de Osakidetza	106.665,8	124.043,8	141.696,1	152.475,0 (1)	168.495,0 (1)
Financiación de la Administración Central	86.635,8	109.254,7	126.314,2 (2)	138.815,0 (2)	146.598,2 (3)
Porcentaje de cobertura	80,94	88,08	89,14	91,04	87,00
* Tesorería General de la Seguridad Social (%)	74,85	29,26	29,89	31,11	29,97
* Minoración en Cupo (%)	25,15	70,74	70,11	68,89	70,03

- (1) Presupuesto inicial.
(2) Previsión de liquidación
(3) Financiación inicial.

Fuente: Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco.

2. La CAPV participa en las ampliaciones e incorporaciones de créditos aprobados en el ejercicio corriente en el presupuesto del INSALUD en concepto de anticipos a cuenta de la liquidación, en cambio, en las otras Comunidades los créditos son limitativos.
3. La participación en la liquidación definitiva del presupuesto del INSALUD (desviaciones) se efectúa con carácter provisional si ésta no se ha cerrado antes del 1 de junio del ejercicio siguiente; en el resto esto se demora hasta la fecha definitiva de cierre.
4. La habilitación de fondos en el resto de Comunidades se efectúa mediante transferencias mensuales para el 100% del presupuesto.

4. LA COBERTURA SANITARIA EN LA CAPV

La Constitución promulgada en el año 1978 en el Estado español reconoce en su artículo 43 el derecho a la protección de la salud para todos los ciudadanos; asimismo, en su artículo 41 obliga a los poderes públicos a mantener una Seguridad Social Pública para todos los ciudadanos que garantice asistencia y prestaciones suficientes ante situaciones de necesidad y establece que serán libres la asistencia y prestaciones complementarias.

Asimismo, el artículo 3 de la Ley General de Sanidad (LEGSA) establece la extensión a toda la población española del derecho a la asistencia sanitaria, basando en condiciones de igualdad efectiva el acceso y las prestaciones; es decir, la LEGSA hace equivalente el derecho a la protección de la salud con la

Cuadro n.º 5. Cobertura Sanitaria de la Población de la CAPV. 1989

(En %)

COBERTURA SANITARIA	CAPV	ÁLAVA	BIZKAIA	GIPUZKOA
Seguridad Social (Osakidetza)	94,5	93,2	95,4	93,7
Mutuas Privadas (1)	9,8	10,7	14,5	1,6
Mutuas Afiliación Colectiva (2)	5,6	5,8	4,8	7,0
Iguala Médica (3)	0,3	0,5	-	0,6
Ninguna	0,1	0,3	-	0,1
TOTAL	110,3	110,5	114,7	103,0

(1) Entidades de Seguro Libre de Asistencia Sanitaria (v.gr. Igualatorios, Sanitas, Aegón).

(2) Incluye Mutualidades de Funcionarios (v.gr. Muface, Isfas, Mugeju, Munpal) y Entidades Colaboradoras de la Seguridad Social en materia de asistencia sanitaria (v.gr. Telefónica, S.A., Tabacalera, S.A., Puerto Autónomo de Bilbao, Lagun-Aro).

(3) Acuerdos entre Médicos y Particulares para la prestación de asistencia sanitaria.

Fuente: La Sanidad Vasca en cifras (1991).

Cuadro n.º 6. **Evolución de la Cobertura Sanitaria en la CAPV**

(En %)

	1985	1989	% Variación
Seguridad Social	93,2	94,5	1,4
Mutuas Afiliación Colectiva	7,6	5,6	(26,3)
Mutuas Privadas	12,8	9,8	(23,4)
Beneficencia	0,2	-	-
Otras	0,5	0,3	(40,0)
Ninguna	0,6	0,1	(83,3)
TOTAL	114,9	110,3	(4,0)

Fuente: Elaboración propia.
Encuesta de Salud de la CAPV (1988)
La Sanidad Vasca en cifras (1991).

igualdad en el acceso al servicio sanitario público. Esta propuesta de la LEGSA se centra en la universalización de la asistencia sanitaria, extendiendo la cobertura de Asistencia Sanitaria Pública a toda la población de forma progresiva, tal y como se establece en la Disposición Transitoria Quinta.

No obstante, para que la universalización fuese efectiva se debería atender no solo a las prestaciones, sino también a la financiación, extremo éste que no parece garantizado por la actual Ley (Betolaza y Cabaes, 1990).

En la CAPV, el número medio de coberturas sanitarias poseídas (cuadro n.º 5) se situaba en el año 1989, en un índice del 1,10 y, a nivel geográfico, era Bizkaia el territorio que representaba un mayor número de coberturas con 1,15 de media. Por otra parte, la población carente de cualquier tipo de cobertura era prácticamente inexistente acercándose a una cifra aproximada del 0,1 % del total. Estas cifras han supuesto una

considerable reducción con respecto a las del año 1985, que eran de 1,14 y 0,6, respectivamente (cuadro n.º 6).

4.1. Cobertura pública

La cobertura pública está conformada por la Seguridad Social y las Mutuas de Afiliación Colectiva que incluyen a las Mutualidades de Funcionarios (de la Administración Civil del Estado: MUFACE; de la Administración Local: MUNPAL; Mutua Foral de Álava; SASFAL, de Gipuzkoa; de la Administración de Justicia: MUGEJU y Militares: ISFAS); Mutualidades de profesionales liberales con cobertura de asistencia sanitaria (v.gr. Arquitectos) y Entidades Colaboradoras de la Seguridad Social (Lagun-Aro (1), Tabacalera, Puerto Autónomo, Telefónica, Firestone...).

(1) Lagun-Aro: Entidad de previsión social que garantiza, entre otras prestaciones, la asistencia sanitaria a los trabajadores de las cooperativas del «Grupo Mondragón» asociadas a la misma y a sus familiares beneficiarios.

Cuadro n.º 7. Distribución de la Población de la CAPV, según el tipo de Cobertura Sanitaria

(En %)

COBERTURA SANITARIA	CAPV	ALAVA	BIZKAIA	GIPUZKOA
Seguridad Social (*)	94,48	93,21	95,36	93,69
Mutuas Privadas (**)	0,25	0,78	0,22	—
Mutuas Afiliación Colectiva (**)	5,21	5,75	4,42	6,24
Iguales Médicas (**)	—	—	—	—
Ninguna	0,06	0,26	—	0,07
TOTAL	100,00	100,00	100,00	100,00
COBERTURA PUBLICA (*) (1)	99,69	98,96	99,78	99,93
COBERTURA PRIVADA (**) (2)	0,25	0,78	0,22	—
NINGUNA COBERTURA	0,06	0,26	—	0,07

(*) Se incluyen todos los individuos que tienen esa cobertura.

(**) Se reflejan aquellos individuos que tienen esa cobertura en exclusiva.

(1) Cobertura Pública: Incluye Seguridad Social y Mutuas de Afiliación Colectiva.

(2) Cobertura Privada: Incluye Mutuas Privadas e Iguales Médicas.

Fuente: La Sanidad Vasca en cifras (1991).

En el año 1989 prácticamente la totalidad de la población de la CAPV, en concreto el 99,7% tenía garantizada la cobertura de asistencia sanitaria mediante un seguro de carácter público, siendo Gipuzkoa y Bizkaia los territorios con un porcentaje de cobertura pública más elevado (cuadro n.º 7).

De este porcentaje, un 94,5% recibía prestaciones sanitarias de la Seguridad Social, un 2,9% tenía cobertura a través de Entidades Colaboradoras de la Seguridad Social, incluida Lagun-Aro, con un 1,9% y el resto, 2,3% correspondía a Mutualidades de Funcionarios (Betolaza, 1990).

En el período 1985-1989 la cobertura pública se incrementó en más de dos puntos porcentuales, destacando el territorio de Bizkaia con un crecimiento

de 3,2 puntos.

A nivel del conjunto del Estado, según los resultados de una encuesta encargada por la Secretaría General de Asistencia Sanitaria en el año 1987 (Elola y Mengual, 1990), la CAPV se encontraba en el duodécimo lugar en cuanto a cobertura sanitaria pública en relación al conjunto de las diecisiete comunidades autónomas.

En la última década, la población cubierta por la Seguridad Social en la CAPV creció cerca de siete puntos (cuadro n.º 8), debido fundamentalmente a la incorporación de nuevos colectivos al sistema entre los que cabe destacar el de los trabajadores autónomos en el año 1984 y el de personas mayores de 26 años carentes de cobertura de Seguridad

Cuadro n.º 8. **Evolución de las Coberturas Pública y de la Seguridad Social en la CAPV**

	(En %)					
	1980		1985-86		1989	
	Pública	S. Social	Pública	S. Social	Pública	S. Social
ÁLAVA	—	94,6	98,5	93,4	99,0	93,2
BIZKAIA	—	87,4	96,6	94,1	99,8	95,4
GIPUZKOA	—	85,7	97,6	91,3	99,9	93,7
CAPV	—	87,8	97,5	93,2	99,7	94,5

Fuente: Elaboración propia.
Memorándum de datos básicos de la salud en Euskadi.
1982. Encuesta de salud de la CAPV. 1988. La sanidad vasca en cifras. 1981.

Social y pertenecientes a hogares donde el titular ya disponía de ella, en el año 1987.

En el año 1988 se promulgó el Decreto de «Universalización» (2) de la Asistencia Sanitaria que supuso un hito importante desde el punto de vista de la equidad en el acceso a la atención sanitaria, por el cual se incrementó en un 0,7% de la población vasca el número de personas con cargo al sistema sanitario público vasco.

Del total de población cubierta por la Seguridad Social, casi un 90% tenía esta cobertura en exclusiva mientras que el 10,5% pagaba además otro tipo de seguro. Entre los que la compartían con otro tipo de cobertura, lo hacían mayoritariamente, 9,9% de los casos, con coberturas privadas.

(2) Decreto 26/88, de 26 de febrero, por el que se reconocía el derecho a la asistencia sanitaria prestada por Osakidetza a todos los ciudadanos vascos carentes de los suficientes recursos económicos y no protegidos por el Sistema de la Seguridad Social.

El análisis de la relación entre la posesión de cobertura de Seguridad Social y la pertenencia a una determinada clase social pone de manifiesto que las clases sociales más favorecidas presentan un menor nivel de cobertura a través de la Seguridad Social; en concreto, los ciudadanos de clase social alta presentan una diferencia de 6,3 puntos con respecto al total de los ciudadanos poseedores de Seguridad Social. En las clases bajas ocurre lo contrario, existiendo una mayor cobertura porcentual con respecto al total cifrada en 1,7 puntos (3). A nivel estatal (Elola y Mengual, 1990), las diferencias eran de 5 y 2,9 puntos, respectivamente.

Los motivos por los que se posee Seguridad Social como cobertura exclusiva son fundamentalmente de

(3) Datos obtenidos del «Estudio sobre la cobertura sanitaria y gasto sanitario privado de los hogares de la CAPV». Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco.

origen económico, el elevado coste de las coberturas privadas es el factor que dificulta el acceso a las mismas. Por otra parte, la gratuidad parcial o total de las medicinas es otro factor que condiciona la posesión y el uso de la Seguridad Social como cobertura única.

Las personas afiliadas en las Mutualidades de Funcionarios (a excepción de la Mutua Foral de Álava y Sasfal de Gipuzkoa que gestionan de forma directa la contratación de las prestaciones de asistencia sanitaria) gozan de un sistema de libre opción para contratar la atención sanitaria a través de entidades aseguradoras privadas (Igualemequisa, Asisa, Sanitas, Adeslas...) o a través de la Seguridad Social. En el año 1989, la opción mayoritariamente elegida fue, en un 93% de los casos, la de las entidades privadas. En la práctica, este fenómeno crea cierta controversia por lo paradójico que puede resultar el hecho de que los trabajadores de empresas privadas deban cubrir sus riesgos de forma obligatoria a través del sector público y, en cambio, los funcionarios que trabajan para el Estado puedan elegir entidades privadas para su cobertura.

4.2. Cobertura privada

El 9,8% de la población de la CAPV tenía cobertura privada, de este porcentaje solamente el 0,2% la poseía de forma exclusiva y el resto poseía algún otro tipo de cobertura de carácter público. Este aspecto pone de manifiesto la complementariedad de la cobertura privada, fundamentalmente de la Seguridad Social (96% de los casos) y puede ser indicativo en cuanto a la reivindicación de un servicio y un trato no satisfechos por el sistema público.

A nivel geográfico, se observan variaciones significativas; el territorio con una mayor implantación de la cobertura privada es Bizkaia, con un 14,5%; por contra en Gipuzkoa su presencia es muy reducida con un 1,6%.

Según los resultados del estudio sobre cobertura sanitaria y gasto sanitario privado de los hogares de la CAPV que van a servir de base para los próximos comentarios, la cobertura privada está más asentada en los núcleos urbanos (80%) y semiurbanos (11,6%), no obstante, hay que reseñar que en el hábitat rural de Bizkaia existe una fuerte implantación, un 9,8%, superior en casi un punto y medio al porcentaje de la CAPV y muy superior a Gipuzkoa (4,5%) y a Álava (3,7%).

Son las clases sociales más favorecidas o económicamente más desahogadas las poseedoras en mayor medida de un seguro privado, el 53,7% de los individuos de clase alta y el 35,2% de los de clase media-alta frente al 0,5% de los de clase social media-baja o modesta.

Con respecto a los datos del año 1986 se ha producido una evolución a la baja en la población con seguro privado, tanto en el total (del 13 al 9,8%) como en aquellos que lo poseían de forma exclusiva (del 1,6 al 0,2%).

4.3. Cobertura pública vs cobertura privada

La contratación de una segunda cobertura privada paralela a la pública afecta en la CAPV a más de 200.000 personas, este hecho está motivado por una serie de factores que están directamente relacionados con la prestación de servicios. Fundamentalmente, se justifica en parámetros de calidad, trato y solvencia económica.

El seguro privado se utiliza, en algunos casos, como alternativa de respuesta a la asistencia pública; en otros, su contratación surge como fruto de una reacción frente a una experiencia negativa en el sistema público y algunos lo mantienen en base a la tradición como una herencia que pasa de padres a hijos y que les supone un signo de status social.

En el período 1985-1989, se ha producido una reducción cercana al 14% en el número de personas que contrataban una segunda cobertura.

En el caso de que existiese libertad de elección para la cobertura de riesgos en materia de asistencia sanitaria, una mayoría de hogares encuestados (54%) se declaraba partidaria de la cobertura pública; no obstante, es de destacar el porcentaje de hogares que se inclinaron por la privada (38,3 %). Como se ha reseñado anteriormente, son las clases sociales más elevadas las que con mayor intensidad se declaran partidarias de la privada y las clases menos favorecidas se declaran mayoritariamente partidarias de la pública.

4.4. Utilización de servicios

Como se ha podido observar anteriormente, existen determinados grupos de población que poseen más de un seguro para cubrir su riesgo sanitario; ligado a esto es de interés el estudio de qué tipo de servicios se utilizan, ya que tiene una relación directa, como se podrá comprobar en los capítulos posteriores, con la financiación de los cuidados de salud. En este punto se analiza cuál de las alternativas, en cuanto a prestaciones sanitarias se refiere, se ha utilizado.

El sector público es el más utilizado, casi en el 90% de los casos, de los que un 85% lo fueron de forma exclusiva, mientras que el resto utilizaron la pública, con mayor o menor grado de preferencia, combinada con otras.

Al sector privado acudieron en un 12,8% de casos y el médico particular fue visitado por el 36,6% de los hogares, siendo Gipuzkoa el territorio donde, quizás por la composición de su oferta de seguros privados, este porcentaje se acentúa más, situándose en un 46,8%. Es de destacar que de los hogares que acuden al médico particular son poseedores de cobertura pública el 91,4% de los mismos y el resto tienen cobertura pública y privada; el 75% de estos últimos acuden a la consulta del dentista.

La cobertura privada y el médico particular se utilizan en mayor grado que la pública para las especialidades de Pediatría, Ginecología, Oftalmología, Traumatología y Odontología.

En el futuro, el porcentaje de doble cobertura pudiera resultar un buen indicador para evaluar las reformas sanitarias públicas y la mejora en la calidad asistencial (Cuervo, et al., 1985).

5. EL GASTO SANITARIO

Los agentes que intervienen en el entramado sanitario vasco, tanto los que realizan una función de financiadores o pagadores de servicios como los que efectúan la provisión de la asistencia sanitaria y en algunos casos ambas, son principalmente los que se presentan en el cuadro n.º9.

Cuadro n.º 9. **Agentes Económicos de la Sanidad Vasca**

SECTOR PUBLICO	SECTOR PRIVADO
1. ADMINISTRACION AUTONOMICA * Gobierno Vasco. Departamento de Sanidad y Osakidetza.	5. INSTITUCIONES PRIVADAS SIN FINES DE LUCRO (Cruz Roja, Iglesia, Fundaciones).
2. ADMINISTRACION LOCAL * Diputaciones. * Ayuntamientos.	6. FAMILIAS
3. SISTEMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL * ISM. * MPAT.	7. MEDICOS Y CENTROS PRIVADOS
4. OTRAS ADMINISTRACIONES DE LA SEGURIDAD SOCIAL * Mutualidades Públicas: (Muface, Municipal, Isfas, Mugeju...). * Entidades de Previsión Social Voluntarias.	

Fuente: Elaboración propia.

En el año 1989, el gasto sanitario realizado en la CAPV ascendió a 195.547,7 millones de pesetas (cuadro n.º 10). Su evolución en términos nominales desde el año 1982 ha significado un incremento del 167,8%.

El gasto sanitario representó el 6,9% del Producto Interior Bruto (PIB) vasco para dicho año y se ha incrementado en 1,3 puntos en el período 1982-1989, siendo el sector privado con 1,1 puntos el principal responsable del mismo. Por otra parte, el sector público financió un gasto equivalente al 4,6% del PIB.

Por término medio, cada ciudadano vasco consumió recursos sanitarios por valor de 90.632 pesetas, cifra que representaba un incremento algo menor, un 165,3%, al del gasto total para el período 1982-1989.

Como se puede observar, el principal

financiador de gasto sanitario fue el Gobierno Vasco, fundamentalmente a través del Departamento de Sanidad y de Osakidetza, con un 63,56% del gasto total y, si se analiza el gasto financiado públicamente, se concluye que soportó el 92,38% del gasto del sector.

La financiación pública, al igual que en la mayoría de los países europeos, era muy importante y representaba en 1989 un 68,8% del gasto total; no obstante, se ha producido una disminución de más de cinco puntos con respecto al año 1982, si bien se estima que en los años más recientes se ha iniciado un cambio de tendencia.

La financiación privada, fundamentalmente a través del pago directo por parte de los hogares vascos, pasó del 26 al 31,2% en el período de referencia.

Cuadro n.º 10. **Gasto Sanitario de la CAPV según fuentes de financiación. Período 1982-1989**

(Millones de ptas.)

	1989		1988	1982
	Millones ptas.	%	%	%
SECTOR PUBLICO	134.537,7	68,8	67,2	73,8
ADMINISTRACIÓN AUTONÓMICA	124.287,9	63,6	62,0	4,0
Departamento de Sanidad	1.783,9	0,9	1,2	3,5
S.V.S./Osakidetza.	121.614,9	62,2	60,4	—
Seguridad de Higiene en el Trabajo	889,1	0,5	0,4	0,5
ADMINISTRACIÓN LOCAL	2.028,2	1,0	1,1	8,6
SISTEMA SEGURIDAD SOCIAL	3.793,8	1,9	2,0	59,0
INSALUD	—	—	—	56,3
I.S.M.	789,8	0,4	0,4	0,6
M.P.A.T.	3.004,0	1,5	1,6	2,1
OTRAS ADMINISTRACIONES DE S. SOCIAL	4.427,8	2,3	2,1	2,1
Muface	1.662,8	0,9	0,8	0,7
E.P.S.V.	1.309,9	0,7	0,7	0,9
Mutuas Forales (MUNPAL)	1.455,1	0,7	0,6	0,5
SECTOR PRIVADO	61.010,0	31,2	32,8	26,2
ENTIDADES PRIVADAS SIN FINES DE LUCRO	752,0	0,4	0,4	0,5
FAMILIAS	60.258,0	30,8	32,4	25,7
TOTAL	195.547,7	100,0	100,0	100,0
	—	—	(175.298,2)	(72.566,5)

Fuente: Elaboración propia. Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco.

Hay que reseñar que en estos últimos años y al hilo de lo referido en otro punto anterior de este artículo sobre la evolución de la estructura organizativa del sector público, la composición de la financiación pública se ha modificado de forma sustancial, siendo la Administración de la CAPV quien ha adquirido un mayor peso específico con un incremento de casi 60 puntos. Este hecho ha sido generado fundamentalmente por la incorporación del conjunto de recursos sanitarios públicos a la red de Osakidetza.

Por lo que hace referencia a la provisión de asistencia sanitaria, el sector público prestó con medios propios, en el año 1989, servicios sanitarios por valor de 120.508,8 millones de pesetas, lo que supuso un 61,63% del total, en tanto que la provisión privada alcanzó el 38,37% (cuadro n.º 11). A este respecto, es necesario reseñar que la provisión pública de servicios se incrementó en más de 13 puntos entre los años 1982 y 1989, lo que, entre otros factores, ha podido estar motivado por la política de mejor

Cuadro n.º 11. **Provisión de Cuidados de Salud en la CAPV. Período 1982-1989**

	1989		1988	1982
	Millones ptas.	%	%	%
SECTOR PUBLICO	120.850,8	61,6	62,6	48,5
ADMINISTRACION AUTONOMICA	116.422,6	59,5	60,4	3,8
Departamento de Sanidad Consumo	1.201,6	0,6	0,7	3,3
S.V.S./Osakidetza.	114.331,9	58,5	59,3	—
Seguridad de Higiene en el Trabajo	889,1	0,4	0,4	0,5
ADMINISTRACION LOCAL	1.475,1	0,8	0,8	9,2
SISTEMA SEGURIDAD SOCIAL	2.611,1	1,3	1,4	35,5
INSALUD	—	—	—	33,6
I.S.M.	422,1	0,2	0,2	0,3
M.P.A.T.	2.189,0	1,1	1,1	1,6
OTRAS ADMINISTRACIONES DE S. SOCIAL	—	—	—	—
SECTOR PRIVADO	75.038,9	38,4	37,4	51,5
TOTAL	195.547,7	100,0	100,0 (175.298,2)	100,0 (72.566,5)

Fuente: Elaboración propia. Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco.

aprovechamiento de los recursos propios por parte del sector público tendente a equilibrar la relación entre la financiación y la prestación pública de los servicios. El gasto sanitario de la

CAPV representaba en 1989 un 6,43% del gasto de todo el Estado. El gasto per-cápita superaba al del Estado (78.515 pesetas) en más de un

Cuadro n.º 12. **El Gasto Sanitario en la CAPV. y en el Estado (1989)**

	CAPV	ESTADO
GASTO TOTAL (Millones ptas.)	195.547,7	3.040.500,0
% GASTO TOTAL/PIB	6,9	6,8
% GASTO PUBLICO/PIB	4,6	5,2
% FINANCIACIÓN PUBLICA	68,8	78,3
GASTO PER-CAPITA (ptas.)	90.632	78.515
GASTO PUBLICO PER-CAPITA (ptas.)	62.355	60.745

Fuente: Elaboración propia.

Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud (1991).

15%, si bien en términos de gasto público la diferencia se reducía al 2,6% (cuadro n.º 12).

Con respecto a otros países del entorno occidental, la CAPV presenta un gasto en porcentaje del PIB similar al del Estado e inferior en 0,5 puntos a la media de los países europeos y un poco más en relación con el conjunto de países de la OCDE (cuadro n.º 13).

En relación con la composición público-privada, en la CAPV el gasto privado representa, con respecto al gasto total, casi nueve puntos más que en el conjunto del Estado.

Si se restringe el análisis al terreno del gasto público, se observa que la

desviación con respecto al Estado es de 0,63 puntos y con la media de los países de la OCDE es negativa y superior a un punto.

Sin embargo, hay que señalar que en el caso del gasto total, el diferencial existente con respecto a la media de la OCDE se ha reducido de forma importante en relación con el inicio de la década de los ochenta (1,36 vs 0,50) y esto ha sido debido fundamentalmente a la financiación privada, ya que el sector público únicamente ha reducido en 0,13 puntos su desviación.

El crecimiento del gasto sanitario en estos últimos años ha estado motivado por la conjunción de varios factores, fundamentalmente relacionados con el

Cuadro n.º 13. Gasto Sanitario en algunos países de la OCDE como porcentaje del PIB. 1980-1989

PAÍSES	GASTO TOTAL		GASTO PUBLICO		GASTO PUBLICO S/TOTAL (%)	
	1980	1989	1980	1989	1980	1989
Alemania	8,5	8,2	6,3	5,9	75,0	72,1
Bélgica	6,3	7,2	5,5	6,1	82,8	82,5
Canadá	7,4	8,7	5,5	6,4	74,7	74,2
Dinamarca	6,8	6,3	5,8	5,4	85,2	84,2
Francia	7,6	8,7	6,0	6,6	78,8	75,0
Gran Bretaña	5,8	5,8	5,0	5,0	89,3	85,4
Grecia	4,3	5,1	3,5	4,5	81,4	89,0
Holanda	8,2	8,3	6,0	5,8	74,7	72,3
Irlanda	9,0	7,3	8,0	6,1	88,8	83,9
Italia	6,8	7,6	5,6	5,9	82,1	77,7
Japón	6,4	6,7	4,5	4,9	70,8	73,2
Portugal	5,9	6,3	3,6	3,9	61,0	62,0
Suecia	9,5	8,8	8,7	7,8	92,5	89,3
U.S.A.	9,3	11,8	3,9	4,9	42,0	41,9
España	5,6	6,8	4,5	5,2	79,9	78,3
C.A.P.V.	5,6 (*)	6,9	4,1 (*)	4,6	73,8	68,8

(*) 1982.

Fuente: OCDE, Health Data Bank. Comisión para la evaluación del Sistema Nacional de Salud, 1991
OCDE, Eco-Santé, 1991.
Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco.

Cuadro n.º 14. Componentes del incremento del Gasto Sanitario Público en el Estado español

Factor	Período 1985-1989
POBLACION	0,42
ENVEJECIMIENTO	0,38
COBERTURA	1,92
UTILIZACION DE SERVICIOS	3,14
CRECIMIENTO DEL GASTO REAL	6,47

Fuente: COLL, P. «La dimensión del sector sanitario español ayer y hoy: variaciones y causas». ICE n.º 681-682.

envejecimiento de la población, el aumento en la cobertura sanitaria pública, la incorporación de nuevas tecnologías, la consideración preferencial de la sanidad por parte de la población que genera nuevas y mayores demandas de servicios, sin olvidarse del impacto de la inflación.

Asimismo, el nivel de renta es un factor que afecta al incremento del gasto sanitario y hace que éste crezca en mayor proporción que la renta debido a que la elasticidad del gasto sanitario en relación con el PIB es superior a la unidad; en el período 1975-1984 en los países europeos de la OCDE la media fue de 1,3 (4), al igual que en el Estado para el período 1984-1989.

A nivel del Estado, se ha estimado que para el período 1985-1989, la tasa real de crecimiento del gasto sanitario público (una vez deflactado con el índice de Precios de Servicios Médicos) ha sido de 6,47 puntos, de los que 3,14 correspondieron a un aumento en la utilización de servicios por parte de la población (Coll, 1990) (Véase cuadro n.º 14).

(4) Comisión para la Evaluación del Sistema Nacional de Salud.

5.1. El Gasto en Asistencia Extrahospitalaria

La asistencia extrahospitalaria pública de la CAPV en el año 1990 disponía de 428 centros asistenciales en los que trabajaban 6.610 personas (excluido el personal sustituto) y consumió recursos por valor de 25.815 millones de pesetas, de los que casi el 84% fueron gastos de personal y más del 4% se destinó a inversiones; en éstas, casi la mitad se destinaron a remodelación o construcción de centros (cuadro n.º 15).

En el capítulo de personal es de destacar la cifra de 1.529,6 millones de pesetas generadas por el personal sustituto que supone el 7% del total de gastos de personal. Asimismo, hay que hacer notar que los médicos generales y los pediatras suponen un 33% del coste del personal en cuanto a retribuciones (deducidas las cifras de personal sustituto y las cargas sociales), porcentaje muy similar al del personal de enfermería.

En el último sexenio, el gasto total en centros extrahospitalarios se ha duplicado en términos nominales, al igual que los

Cuadro n.º 15. Evolución del gasto en Asistencia Extrahospitalaria Pública de la CAPV por capítulos económicos. Período 1985-1990

(Millones ptas.)

	GASTOS DE PERSONAL	OTROS GASTOS CORRIENTES	INVERSIONES	GASTO TOTAL
1985	9.780,5	1.398,7	719,5	11.898,7
1986	11.467,9	1.783,3	605,2	13.856,4
1987	15.772,5	2.023,2	611,6	18.407,3
1988	17.727,8	2.313,0	822,2	20.863,0
1989	19.067,9	2.489,3	1.608,2	23.165,4
1990	21.682,7	3.056,0	1.076,5	25.815,2

Fuente: Estadística Extrahospitalaria Pública Gobierno Vasco, Departamento de Sanidad-EUSTAT

gastos de personal. Asimismo, hay que destacar que el volumen acumulado de inversiones en inmuebles ha ascendido a 2.562 millones de pesetas, que se traducen en 4.966 si se tiene en cuenta la adquisición de equipo. Esto es debido, fundamentalmente, al desarrollo del

proceso de reforma y transformación de la antigua estructura de Atención Primaria. A nivel territorial, Bizkaia representa el 56% del gasto total, con un gasto per-cápita aproximado de 12.500 pesetas, superior al de Gipuzkoa en un 2,8% y en un 7% al de Álava (cuadro n.º 16).

Cuadro n.º 16. Distribución territorial del gasto en Asistencia Extrahospitalaria Pública de la CAPV. Período 1985-1990

(Millones ptas.)

	ÁLAVA	BIZKAIA	GIPUZKOA	C.A.P.V.
1985	1.378,7	6.590,9	3.929,1	11.898,7
1986	1.706,3	7.804,2	4.345,9	13.856,4
1987	2.167,4	10.331,7	5.908,2	18.407,3
1988	2.544,0	12.159,7	6.159,3	20.836,0
1989	3.266,8	12.818,9	7.079,7	23.165,4
1990	3.184,8	14.400,7	8.229,7	25.815,2
Gasto per-cápita (*)	11.692	12.510	12.165	12.246

(*) Pesetas. Año 1990.

Fuente: Estadística Extrahospitalaria Pública.

Cuadro n.º 17. Distribución del Gasto en Asistencia Extrahospitalaria Pública de la CAPV por institución financiadora (1990)

INSTITUCIÓN	%
OSAKIDETZA	92,2
I.S.M.	2,1
MPAT	4,1
AYUNTAMIENTOS	1,6
TOTAL	100,0

Fuente: Elaboración propia. Estadística Extrahospitalaria Pública.

La principal institución financiadora en este sector es Osakidetza, con el 92,2% del volumen total del gasto realizado, seguida a mucha distancia, con un 4,1% por las Mutuas Patronales de Accidentes de Trabajo (cuadro n.º 17).

A nivel de centros, una vez deducida la cifra de gasto en personal sustituto por su dificultad de imputación a centros concretos, son los ambulatorios y centros de salud los mayores consumidores de recursos extrahospitalarios con más del 60% del gasto total.

5.2. El Gasto en Asistencia Hospitalaria

La oferta hospitalaria de la CAPV en el año 1990 se componía de 56 hospitales, con 10.024 camas en funcionamiento, de las que aproximadamente el 75% se destinaban a pacientes con procesos agudos y el 70% pertenecían al sector público y en los que trabajaban 17.400 personas en términos de personal equivalente a una dedicación superior a las 36 horas semanales.

El gasto total realizado en el sector fue superior a los 93.720 millones de pesetas, de los que casi el 95% correspondieron a gastos corrientes y el 5,2% a inversiones (cuadro n.º 18). El 81,7% del gasto total correspondió a los hospitales de Osakidetza, incluido el hospital de Basurto.

De la composición del gasto corriente cabe destacar el capítulo de Personal, que se aproxima al 70% en el conjunto de la CAPV. Esto pone de manifiesto la gran importancia de los recursos humanos en el sector hospitalario, que precisamente se caracteriza por ser muy intensivo en factor trabajo y, por tanto, su influencia en los costes.

Las inversiones realizadas en la CAPV superaron los 4.800 millones de pesetas y los hospitales de Osakidetza materializaron más del 80% de las mismas.

A nivel territorial, fue en Bizkaia donde se generó un mayor gasto hospitalario, cercano a los 50.000 millones de pesetas, lo que representa más del 53% del total de la CAPV (cuadro n.º 19). Esto es debido a que este territorio cuenta con los dos hospitales de mayor tamaño de la Comunidad, que son Cruces y Basurto.

Cuadro n.º 18. **Evolución del gasto en Asistencia Hospitalaria en la CAPV. Período 1985-1990**

(Millones ptas.)

	GASTOS DE PERSONAL	OTROS GASTOS CORRIENTES	INVERSIONES	GASTO TOTAL
1985	31.797,4	14.752,9	2.119,2	48.669,5
1986	34.803,3	17.509,2	2.592,8	54.905,3
1987	40.008,2	18.784,1	2.220,7	61.013,0
1988	45.831,1	21.420,2	4.972,6	72.223,9
1989	53.594,8	23.052,6	8.019,9	84.667,3
1990	62.111,8	26.755,0	4.853,4	93.720,2

Fuente: Estadística Hospitalaria.

No obstante, si se efectúa la comparación a nivel de la población de cada territorio, se observa que Bizkaia presenta un menor gasto por persona que Álava y Gipuzkoa en un 12 y 3%,

respectivamente, diferencias que podrían verse aumentadas si se tiene en cuenta que el hospital de Cruces sirve como centro de referencia para el conjunto de la CAPV en determinadas especialidades.

Cuadro n.º 19. **Distribución territorial del gasto en Asistencia Hospitalaria en CAPV. Período 1985-1990**

(Millones ptas.)

	ÁLAVA	BIZKAIA	GIPUZKOA	C.A.P.V.
1985	7.727,0	24.799,7	16.142,8	48.669,5
1986	8.278,9	29.272,7	17.353,7	54.905,3
1987	9.241,2	31.997,6	19.774,2	61.013,0
1988	10.481,3	38.802,3	22.940,3	72.223,9
1989	11.811,4	45.175,1	27.680,8	84.667,3
1990	13.429,4	49.973,5	30.317,3	93.720,2
Gasto per-cápita (*)	49.300	43.414	44.815	44.544

(*) Pesetas. Año 1990.

Fuente: Estadística Hospitalaria. Gobierno Vasco. Departamento de Sanidad-EUSTAT.

Cuadro n.º 20. **Distribución de los enfermos atendidos y las estancias causadas en los hospitales de la CAPV por Régimen Económico (1990)**

(En %)

Régimen Económico	Enfermos atendidos	Estancias
Osakidetza	74,1	84,6
I.S.M. e INSALUD	0,4	0,5
Mutuas Forales	0,7	1,6
MPAT	2,8	1,6
Accidentes Tráfico	2,5	1,6
Entidades Seguro Privado	16,1	7,1
Particulares	3,3	2,9
Otros	0,1	0,1
TOTAL	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia. Estadística Hospitalaria.

Los regímenes económicos de carácter público (Osakidetza, ISM, MPAT, MUNPAL) financiaron la asistencia del 78% de los enfermos dados de alta y el 88,4% de las estancias generadas por los mismos (cuadro n.º 20).

Es Osakidetza quien, lógicamente y debido a la progresiva universalización del derecho a la asistencia sanitaria, asume la mayor carga de actividad hospitalaria, soportando desde el punto de vista económico el 74% de las altas en los hospitales de la CAPV y el 84,6% de las estancias. Si se excluye del análisis la actividad psiquiátrica, el porcentaje en cuanto a estancias se reduce al 80,4%. A continuación, le siguen en importancia las entidades aseguradoras privadas con el 16% de los pacientes y el 7% de las estancias.

Desde el punto de vista monetario, Osakidetza financió el 84,2% de la actividad hospitalaria total de la CAPV,

correspondiendo un 17,2% a los concertados que mantiene con centros privados y de carácter benéfico-particular.

La mayor parte del gasto en concertados hospitalarios correspondió a Bizkaia debido, en gran medida, a que el hospital de Basurto, a pesar de estar integrado en la red de Osakidetza a nivel de gestión, funcionaba como un centro concertado o cuasi-concertado a nivel de su financiación; no obstante, era Gipuzkoa el territorio donde mayor fuerza tenía el sector concertado en relación con la población

5.3 Consumo Farmacéutico

Los ciudadanos vascos con cobertura farmacéutica de la Seguridad Social consumieron en el año 1991 un total de 22,2 millones de recetas (cuadro n.º 21), lo que supuso un incremento de un 2,7% respecto al año anterior, superior en más

Cuadro n.º 21. **Indicadores de la prestación farmacéutica de la Seguridad Social en la CAPV. 1988-1991**

	1988	1989	1990	1991
GASTO FARMACEUTICO (Millones ptas.)	15.371	18.278	21.111	25.187
COSTE FARMACEUTICO ADMON. (Mill. ptas.)	13.378	16.090	18.796	22.613
NUMERO DE RECETAS (Miles)	19.563	20.784	21.616	22.199
RECETAS POR PERSONA Y MES	0,78	0,82	0,83	0,85
Activos	0,45	0,45	0,44	0,44
Pensionistas	2,24	2,34	2,39	2,51
COSTE POR RECETA Y MES (Ptas.)	684	774	870	1.019
Activos	488	554	621	742
Pensionistas	849	948	1.055	1.211
GASTO POR PERSONA Y MES (Ptas.)	534	634	724	869
Activos	215	249	276	325
Pensionistas	1.900	2.217	2.516	3.045
DESVIACION S/PRESUPUESTO INICIAL	13,16	11,42	1,15	21,02
% APORTACION USUARIO	12,97	11,98	10,97	10,22
% POBLACION PROTEGIDA PENSIONISTA	18,91	19,66	19,98	19,98
% PENSIONISTAS S/TOTAL RECETAS	54,17	55,88	57,27	58,93
% PENSIONISTAS S/GASTO TOTAL	58,56	60,21	61,86	62,91
% PENSIONISTAS S/COSTE FARMACEUTICO	67,28	68,41	69,48	70,07

Fuente: Osakidetza. Subdirección de Farmacia y Prestaciones Complementarias

de un punto al registrado en el conjunto del Estado.

Desde las transferencias del INSALUD a la CAPV (1988) hasta el año 1991 se ha producido un incremento en el número de recetas consumidas del 13,5%, siendo el incremento interanual más elevado el registrado en el año 1989 con un 6,2%.

A nivel territorial hay que destacar que Bizkaia registra el incremento más elevado en el citado período, un 15,4%.

La relación entre el número de recetas por persona activa y por pensionista es bastante baja (0,17) y prácticamente idéntica a la media estatal (0,18). Esto indica que los pensionistas generan una prescripción casi seis veces mayor que la de los trabajadores en activo.

La CAPV presenta, junto con la Comunidad de Madrid, las cifras más bajas de todo el Estado relativas al número de recetas por persona protegida, 0,89 (5); siendo Álava el territorio que registra el consumo más bajo de todo el Estado, con un indicador de 0,80.

Sin embargo, el número de recetas no resulta un indicador muy adecuado para medir y establecer comparaciones en lo referente al consumo farmacéutico, ya que en el global de recetas se incorporan unidades del todo heterogéneas que presentan unos precios totalmente diferentes; por ello, es más lógico establecer las comparaciones en términos monetarios.

5) INSALUD. Indicadores de la prestación farmacéutica

En este sentido, los usuarios de Osakidetza consumieron en el año 1991 medicamentos mediante receta por un valor de 25.187 millones de pesetas, lo que supuso un 4,6% del gasto conjunto a nivel del Estado. La Administración financió casi un 90% de dicho gasto y los usuarios pagaron más de un 10%; estos porcentajes surgen como resultado de la combinación de gasto generado por los trabajadores en activo, a los que se les financia el 60% del gasto y, por los pensionistas, a los que se les financia el 100% del gasto en recetas.

En el período 1988-1991, el incremento nominal del gasto farmacéutico financiado por Osakidetza fue de un 69% y con respecto al año 1985 creció casi un 150%. Estas cifras ponen de manifiesto la importancia del gasto en farmacia en el conjunto del sistema de asistencia sanitaria; en el año 1991 supuso casi un 15% del presupuesto total de Osakidetza. Analizando el gasto realizado y comparándolo con el presupuesto inicial, se observa una elevada desviación, superior al 21%; en Álava se elevó al 28,02%.

El porcentaje de pago por parte del usuario se ha reducido en casi tres puntos desde el año 1988, mientras que el porcentaje de la población protegida pensionista se ha incrementado en más de un punto hasta alcanzar la cifra del 19,98%. El análisis del consumo en función de la población protegida (Activos y Pensionistas) permite afirmar que los pensionistas consumen el 58,93% de las recetas y generan el 70,07% del coste, aumentando su proporción en el total en casi tres puntos desde el año 1988.

El coste medio de cada receta prescrita en la CAPV ascendió a 1.019 pesetas, lo que supone que a nivel estatal sea el segundo más elevado después de Aragón.

El coste medio global de las recetas de pensionistas es casi un 20% superior al de los activos y si se reduce el análisis al coste que generan para la Administración, esta cifra se transforma en más de un 62%. A nivel territorial, es en Bizkaia donde la receta es más cara y costosa para Osakidetza, tanto a nivel global como en recetas de pensionistas; en cambio, Álava es la que presenta la receta de mayor coste en el caso de los activos.

El coste medio por persona protegida y mes fue de 869 pesetas; los usuarios activos tuvieron un coste de 325 pesetas mensuales frente a las 3.045 pesetas de los pensionistas, lo que viene a significar una carga nueve veces mayor para la Administración. En el período 1988-1991 el coste por persona protegida se incrementó en más de un 62%.

Para contener este gasto que no deja de incrementarse (en el presupuesto del año 1992 se establece un incremento del 19%) se han introducido una serie de medidas de política farmacéutica a lo largo de estos últimos años, desde el establecimiento de listas con los médicos mayores prescriptores pasando por el control administrativo de los precios de los medicamentos y, por último, se está propugnando la supresión de la oferta y financiación pública de especialidades de dudosa eficacia terapéutica (6). No obstante, la demanda de medicamentos parece que no debiera ser contemplada de una forma aislada del resto del sistema sanitario, ya que es una demanda derivada originada como consecuencia de la prestación de servicios de asistencia sanitaria y, portante, parece lógico pensar que

(6) Real Decreto 83/1993, de 22 de enero, por el que se regula la selección de los medicamentos a efectos de su financiación por el Sistema Nacional de Salud. B.O.E. n.º 43 de 19 de febrero de 1993.

Cuadro n.º 22. **Osakidetza. Presupuesto de Ingresos y Gastos. Año 1992**

INGRESOS		GASTOS	
Transferencias del Departamento de Sanidad	165.512,1	Organización e Informática	852,3
Ingresos Patrimoniales	471,4	Estructura y Apoyo	4.762,1
Variación Activos Financieros	180,0	Salud Pública	1.578,1
Tasas y otros ingresos del SVS/ Osakidetza	2.331,5	Atención Primaria	27.575,3
		Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental	6.947,4
		Asistencia Hospitalaria	88.759,6
		Asistencia Concertada	11.537,9
		Docencia e Investigación	2.267,5
		Farmacia y P. Complementarias	24.214,8
TOTAL	168.495,0	TOTAL	168.495,0

Fuente: Presupuestos de Sanidad 1992. Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco.

evolucione en función de los cambios que se produzcan en toda la estructura del sector sanitario.

6. EL GASTO SANITARIO PÚBLICO DEL GOBIERNO VASCO

El presupuesto sanitario del Gobierno

Vasco para el año 1992 asciende a 170.482,9 millones de pesetas, destinados prácticamente en su totalidad (98,8%) a cubrir las prestaciones otorgadas a través de Osakidetza (cuadro n.º 22). Esta cifra supone un gasto per cápita de 81.757 pesetas y una participación del 4,71% en el PIB de la CAPV.

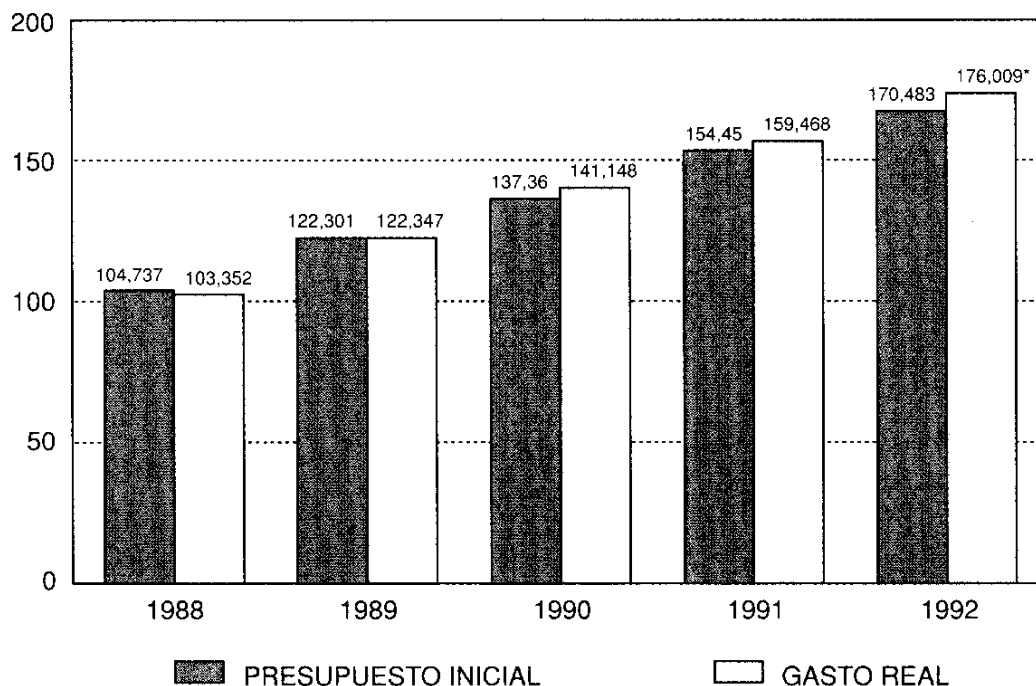
Cuadro n.º 23. **Distribución territorial del Gasto Sanitario del Gobierno Vasco. 1992**

(Millones ptas.)

ÁREA SANITARIA	DEPARTAMENTO DE SANIDAD	OSAKIDETZA	%
Álava	—	25.165,6	15,0
Bizkaia	—	76.491,6	45,4
Gipuzkoa	—	50.082,8	29,7
Servicios Centrales	—	16.755,0	9,9
C.A.P.V.	1.987,9	168.495,0	100,0

Fuente: Presupuestos de Sanidad 1992. Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco

Gráfico n.º 1. Evolución del presupuesto inicial y del gasto real en sanidad del Gobierno Vasco. Período 1988-1992



(*) Previsión de cierre.

A nivel territorial, una vez deducidos los gastos de servicios centrales, es Bizkaia el área sanitaria que consume más de la mitad de los recursos, aunque en relación con la población está por debajo de Álava y de Gipuzkoa, en un 9 y un 5,7%, respectivamente (cuadro n.º 23).

Los gastos de personal consumen más de la mitad (53,5%) de los recursos financieros disponibles en Osakidetza; le siguen en importancia los gastos de funcionamiento con un 22%, entre los que hay que destacar el gasto por servicios concertados que supone casi un tercio de los mismos y las transferencias corrientes con un 21,1 % del total del presupuesto de gastos (cuadro n.º 24).

Dentro del capítulo de transferencias corrientes hay que reseñar que el presupuesto de farmacia supone el 63,8% del mismo y un 13,5% del gasto total. Asimismo, en este capítulo se incluyen 11.380,2 millones para asistencia hospitalaria destinados prácticamente en su totalidad a cubrir los gastos de funcionamiento del hospital de Basurto.

Los gastos de capital representan el 3,4% del total, siendo las inversiones reales el capítulo más importante con 4.825 millones de pesetas.

Desde el punto de vista funcional y analizando el presupuesto por programas y subprogramas de gasto, se observa

Cuadro n.º 24. Análisis Comparativo del Presupuesto de Osakidetza por capítulos económicos. Período 1988-1992

	1988	1989	1990	1991	1992
Personal	52.820,2	59.904,3	69.972,7	81.795,2	90.128,9
Gastos Funcionamiento	28.263,3	30.507,2	28.155,7	33.898,0	37.166,1
Transferencias corrientes	13.893,9	18.577,3	30.422,9	31.270,0	35.595,0
GASTOS CORRIENTES	94.977,4	108.988,8	128.551,3	146.963,2	162.890,0
Inversiones reales	6.625,8	9.437,2	4.907,5	3.769,3	4.825,0
Transferencias de capital	1.232,2	1.882,0	1.923,5	1.535,0	480,0
Variación Activos Financieros	—	200,0	50,0	200,0	300,0
GASTOS DE CAPITAL	7.858,0	11.519,2	6.881,0	5.504,3	5.605,0
TOTAL	102.835,4	120.508,0	135.432,3	152.467,5	168.495,0

Fuente: Presupuestos de Sanidad 1992. Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco.

que el grueso del mismo, un 81%, se destina a Asistencia Sanitaria y dentro de este programa la dotación para Asistencia Hospitalaria supone el 65,1% y la

Atención Primaria el 20,2%. Los hospitales y los centros de atención primaria de Osakidetza consumen el 69% del presupuesto total (cuadro n.º 25).

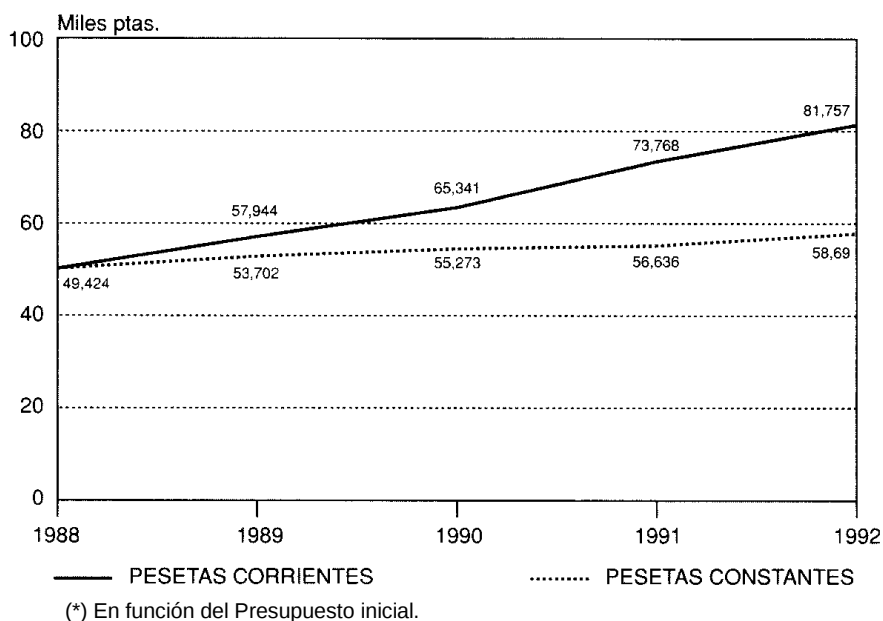
Cuadro n.º 25. Análisis Comparativo del Presupuesto por Programas de Osakidetza. Período 1988-1992

(Millones ptas.)

	1988	1989	1990	1991	1992
INFORMATICA	727,0	822,0	441,0	710,4	852,3
ESTRUCTURA Y APOYO	6.836,3	7.028,9	5.416,7	7.571,6	4.762,1
SALUD PUBLICA	2.429,9	1.381,3	1.553,7	1.617,9	1.578,1
ATENCION PRIMARIA	18.101,1	20.746,3	24.010,2	25.455,4	27.575,3
SALUD MENTAL	4.862,3	5.345,6	5.329,0	6.303,3	6.947,4
ASISTENCIA HOSPITALARIA	45.368,7	55.470,2	69.701,3	78.346,7	88.759,6
ASISTENCIA CONCERTADA	11.823,8	12.999,6	7.750,1	10.202,4	11.537,9
DOCENCIA E INVESTIGACION	873,2	1.048,4	855,6	1.930,6	2.267,5
FARMACIA Y PRESTACION COMPLEMENTARIAS	11.813,5	15.665,7	20.374,7	20.329,2	24.214,8
TOTAL	102.835,4	120.508,0	135.432,3	152.467,5	168.495,0

Fuente: Presupuestos de Sanidad 1992. Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco

Gráfico n.º 2. Gasto sanitario por persona en Osakidetza. Período 1988-1992 (*)



Desde la asunción de las transferencias del INSALUD, el presupuesto de Osakidetza se ha incrementado en conjunto hasta el año 1992 en un 58% en términos nominales que en pesetas constantes del año 1988 supone un aumento del 25,7%. No obstante, si se deflacta el presupuesto del año 1992 en función de la inflación sanitaria específica (7), el incremento resultante se reduce al 12,8%.

El gasto por persona ha pasado en este quinquenio de 49.424 a 81.757 pesetas (65.069 en pesetas constantes y 58.690 en pesetas constantes sanitarias), lo que supone un incremento del 65,4% (31,7%

y 18,2% en pesetas constantes) (gráfico n.º2).

El porcentaje de participación del gasto con respecto al PIB ha crecido en el mismo período 0,47 puntos, pasando del 4,24 al 4,71%.

Con respecto a las partidas que más se han incrementado en el período, aparte de la farmacia, que ya ha sido analizada en otro punto, cabe resaltar los aumentos de los costes de personal y el presupuesto destinado a inversiones.

El gasto de personal ha crecido un 50,46% desde el año 1988 hasta el año 1992 y ha estado motivado fundamentalmente por tres factores: el incremento porcentual anual, la homologación del personal realizada

(7) Informe de gestión 1987-1990. Departamento de Sanidad-Osakidetza.

por la gran diversidad de categorías y de sistemas retributivos existentes hasta el momento y el incremento de la plantilla, tanto en atención primaria como en los hospitales, que en el período 1988-90 supuso la incorporación de casi 1.500 nuevas personas a la organización sanitaria.

Con respecto a las inversiones hay que hacer notar que en el período 1988-92 Osakidetza ha desarrollado una inversión de más de 29.500 millones de pesetas sustentada en el esfuerzo por superar la asunción de un sistema obsoleto en muchas facetas, principalmente la tecnología, y en la construcción de nuevos centros. Solamente en los años 1988 y 1989, se desarrollaron inversiones hospitalarias por el mismo valor en términos nominales a las realizadas en el período 1980-1987, que en pesetas constantes se tradujo en el 70% de las mismas. En el cuatrienio 1988-91 las inversiones en alta tecnología ascendieron a más de 1.597 millones de pesetas, adquiriéndose siete TACs (Scanner), cuatro angiógrafos digitales, dos salas

de hemodinámica, dos RNMs (Resonancia nuclear magnética) y un litotriector renal.

7. EL GASTO SANITARIO PRIVADO

El sector privado financió en el año 1989 servicios sanitarios por valor de 61.000 millones de pesetas, lo que representa el 31,2% del gasto sanitario total y un 2,15% del PIB. Como media el gasto anual aproximado de cada ciudadano vasco fue de 28.210 pesetas.

Casi la práctica totalidad del gasto (98,8%) correspondió al realizado por las familias y el resto, fundamentalmente, a entidades privadas sin fines de lucro.

De los 60.258 millones de pesetas que gastaron las familias, un 92,6% lo realizaron mediante el pago directo a los profesionales de la salud, mientras que el 7,4% lo realizaron a través de intermediarios como son las Entidades privadas de Seguros de Asistencia Sanitaria (cuadro n.º 27).

Cuadro n.º 27. Evolución del Gasto Sanitario de los hogares de la CAPV en el período 1981-1989

CONCEPTO	1981		1989	
	Millones de ptas.	%	Millones de ptas.	%
Medicinas y productos farmacéuticos	3.265,8	21,95	15.236,3	25,28
Material terapéutico	1.784,7	11,99	9.351,6	15,52
Servicios médicos y de otros sanitarios	6.694,5	44,99	30.881,6	51,25
Cuidados en hospitales	763,5	5,13	318,5	0,53
Seguros médicos	2.371,0	15,94	4.470,0	7,42
TOTAL	14.879,5	100,00	60.258,0	100,00

Fuente: Encuesta Presupuestos Familiares 1980-81. INE.
Encuesta sobre cobertura sanitaria y gasto sanitario de los hogares de la CAPV, 1989 Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco.

En la CAPV funcionaban un total de seis compañías privadas de asistencia sanitaria de ámbito de actuación exclusivamente comunitario, además de otras de ámbito estatal con una menor relevancia a nivel comunitario. Estas compañías aseguraban a más de 335.000 personas y tenían unos ingresos por primas que superaban los 7.600 millones de pesetas (7% del total del Estado) de los que casi 4.500 correspondían a las cuotas de las familias. De entre todas, la de mayor magnitud era el Igualeatorio Médico Quirúrgico de Bizkaia, que ocupaba el cuarto lugar en el ranking de entidades a nivel de todo el Estado (8).

El gasto privado se produce más en el ámbito de la asistencia extrahospitalaria que en el de la hospitalaria. Esta última únicamente representaba el 0,53% del total y, lógicamente, esto está motivado porque la cobertura de riesgos de hospitalización que, en general son muy costosos, se realiza o bien a través del sector público o bien a través de las compañías privadas de seguros.

El 51,25% del gasto privado lo realizaron las familias en servicios médicos y otros sanitarios entre los que se incluyen los dentistas, que supone la partida más importante con un 41,06% del gasto total.

El gasto en medicinas y otros productos de farmacia ascendió a 15.236 millones de pesetas, que supusieron el 25,28% del gasto total. Casi las tres cuartas partes corresponden a productos adquiridos sin receta y carentes de subvención mientras que en concepto de medicamento subvencionados, bien por Osakidetza o bien por otras entidades, se consumió el 26,23%.

(8) Informe Social del País Vasco y Navarra 1990. IKEI.

Si se comparan las cifras de gasto privado del año 1989 con respecto a las del año 1982, se observa que en ese período el gasto total se ha más que triplicado, suponiendo un incremento del 228%, que en términos relativos de gasto por persona se acrecienta aún más llegando a suponerla cifra del año 1989 más de cuatro veces la de 1982.

En pesetas constantes (9), el incremento del gasto total ascendió a más del 94%, mientras que en gasto per-cápita creció en un 140%.

Las variaciones más importantes en la composición del gasto en dicho período se concretan fundamentalmente en una disminución en los cuidados hospitalarios (5,1 vs 0,5%) y en los pagos a compañías de seguros (16 vs 7,4%) y, por contra, en incrementos de más de tres puntos en medicinas, sobre todo en productos carentes de subvención en casi nueve puntos, y material terapéutico (gafas, lentillas, audífonos, prótesis...) y de seis puntos en servicios de médicos y otros sanitarios.

8. EL FUTURO DEL GASTO SANITARIO

El reto que en estos momentos tiene el sistema sanitario y la sociedad en su conjunto es la factibilidad de asumir el gasto sanitario futuro que se prevé crecerá de forma irremisible, incluso por encima del crecimiento del nivel de renta. Esta previsión está basada en la combinación de varios factores que a continuación se van a tratar de analizar con mayor profundidad.

(9) INE. Índice de Precios de Servicios Médicos de la CAPV.

Factor demográfico

La estructura demográfica es un gran condicionante para la organización de los servicios sanitarios. En la CAPV, la edad media de la población pasará de 34,7 años en 1986 a 42,8 años en el año 2016, con una ligera disminución en el total de población (10).

En la población más mayor, la que supera los 65 años, el crecimiento va a ser más que proporcional y se estima que en el período anteriormente referido se producirá un incremento del 75,7% (11). Para el año 2000 se prevé que el 18,5% de la población de la CAPV tendrá más de 65 años frente al 12,5% del año 1990 y la llamada «cuarta edad» (mayores de 85 años) representará el 2,3% (12).

Las personas mayores consumen aproximadamente de tres veces y media a seis veces más que la media del conjunto de la población y su propensión al consumo crece a mayor ritmo (13), por lo que es de esperar que el componente demográfico genere un incremento del gasto que algunos autores cifran en un 15% de aquí al año 2015 (Ipiña y Doria, 1991).

Factor epidemiológico

La vida moderna se caracteriza por ser una era en que se han incrementado las enfermedades crónicas y degenerativas que resultan muy costosas de tratar. Asimismo, la aparición y el rápido desarrollo del SIDA, enfermedad que en la CAPV presenta tasas de las más elevadas a nivel de toda Europa (532 casos por mil habitantes en el período 1984-1991), está

generando aumentos de costes y en función de las proyecciones epidemiológicas que se están elaborando se espera que éstos tengan un fuerte incremento.

Factor demanda

Como se ha descrito anteriormente, la consideración de la salud como un bien preferente por parte de la población está generando incrementos continuos de la demanda que no demuestra signos de remisión, tanto a nivel de los servicios ya ofertados en este momento como en el nivel de calidad de los mismos y se plantean nuevas necesidades que en estos momentos quedan fuera del marco de la sanidad oficial.

Factor tecnológico

En los últimos años se ha producido un incremento importantísimo de la tecnología aplicada al sector sanitario con un grado de desarrollo elevadísimo en cuanto a generación de nuevos y más sofisticados modelos que, en muchos casos, no hay posibilidad de evaluar correctamente y que ejercen una presión considerable sobre los costes del sector. Y esto, no solo es debido a la alta tecnología sino también y en una parte muy importante, a la utilización de la tecnología de bajo coste y consumo elevado. Basta apuntar que en el período 1984-1990 el número de TACs (Scanner) realizados en la CAPV se incrementó en más de un 245% (14) y que en el trienio 1988-1990 se invirtieron en Osakidetza más de 1.370 millones en alta tecnología (15).

Una vez analizados los factores que previsiblemente generarán un aumento

(10) y (11) Escenarios Demográficos. Horizonte 2016. Departamento de Economía y Planificación del Gobierno Vasco.

(12) Plan Gerontológico de Euskadi. Departamento de Trabajo y Seguridad Social del Gobierno Vasco.

(13) Informe Social del País Vasco y Navarra 1990. IKEI.

(14) Estadística Hospitalaria de la CAPV. Gobierno Vasco. Departamento de Sanidad y EUSTAT.

(15) Informe de Gestión 1987-1990. Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco.

del gasto sanitario habría que formular dos preguntas cuyas respuestas parece que puedan estar directamente relacionadas:

- ¿Cuáles son los límites del gasto sanitario?
- ¿Es factible en la práctica hacer frente a los incrementos previstos?

Quizás si se trata de dar respuesta a la segunda cuestión se puede fijar la respuesta de la primera. El escenario económico para los próximos años se presenta poco halagüeño, con unas bajas tasas de crecimiento, una presión fiscal que está alcanzando su techo y un Plan de Convergencia para el ingreso en la Unión Europea y Monetaria cuyo objetivo fundamental es la contención del gasto público y la reducción del déficit. Estas perspectivas conducirán casi con toda probabilidad a un estancamiento del crecimiento del gasto sanitario en relación con el PIB y más teniendo en cuenta que en estos momentos la posición a nivel

europeo en relación al nivel de renta está perfectamente ajustada (16).

La factibilidad de compaginar un estancamiento relativo del gasto sanitario con unos factores que impulsan en sentido contrario vendrá determinada por una combinación de medidas que tiendan a mejorar la eficiencia del sistema sanitario y no sólo con una mera política administrativa de control de costes. Sería conveniente incrementar la evaluación en el sistema y, en base a ella, utilizar instrumentos que permitan fórmulas de gestión más modernas que las actuales en la línea de la descentralización y de la autogestión a nivel de centros que fomenten la responsabilidad sobre los costes e incrementar la flexibilidad del sistema para adaptarse a las características de las nuevas demandas.

Asimismo, sería deseable que el conjunto de la sociedad asumiera funciones de responsabilidad sobre su salud a través del autocuidado y de la puesta en práctica de una vida más saludable.

BIBLIOGRAFÍA

- BETOLAZA, J.I. (1990): «La cobertura sanitaria y el gasto sanitario de los hogares de la CAPV». SISVA, n.º 7. Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz.
- BETOLAZA, J.I. y CABASES, J.M. (1990): «Coste de la Universalización de la Asistencia Sanitaria en la Comunidad Autónoma del País Vasco». Salud y Equidad. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.
- CABASES, J.M. (1988): «Política de salud y sanitaria en Navarra». Papeles de Economía Española, n.º 6. Fundación FIES. Madrid.
- COLL, P. (1990): «La dimensión del sector sanitario español ayer y hoy: variaciones y causas». Información Comercial Española, n.º 681-682. Ministerio de Economía y Hacienda. Madrid.
- CUERVO, J.I., et als. (1985): «Cobertura sanitaria y utilización de los servicios sanitarios públicos en la ciudad de Barcelona». Aspectos económicos de la reforma sanitaria. Consejería de Salud y Consumo. Junta de Andalucía. Sevilla.
- ELOLA, J., MENGUAL, E. y VELAYOS, J. (1990): «Asistencia sanitaria pública en España. Gasto y cobertura». Salud y Equidad. Ministerio de Sanidad Consumo. Madrid.
- IPÍÑA, A. y DORIA, R. (1991): «Dimensiones económicas del envejecimiento de la población. Referencia a la CAPV». Nuevas necesidades, nuevas prestaciones. Asociación de Economía de la Salud. Barcelona.
- SANFRUTOS, N. (1991): «La financiación de los servicios regionales de salud. Problemas y posibles soluciones». Gaceta Sanitaria, n.º. 26, vol. 5. SESPAS-Masson, S.A. Barcelona.

(16) Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud.