

---

# *Análisis del Sistema Sanitario de Euskadi*

El objeto de este artículo consiste en el análisis de la evolución del Sistema Sanitario de la Comunidad Autónoma de Euskadi desde el inicio de la autonomía hasta nuestros días. Para ello, se realizará un análisis cuantitativo y cualitativo de las políticas desarrolladas tanto al nivel de objetivos de salud como de gestión sanitaria, y un balance de los cambios legislativos, organizativos y de gestión sanitaria en los diferentes niveles asistenciales y su incidencia desde las ópticas de la equidad y de la eficiencia. Asimismo, se desarrollará un análisis prospectivo de los retos de futuro y de los posibles escenarios que se le plantean al Sistema Sanitario de Euskadi en los próximos decenios, haciendo hincapié en las tendencias evolutivas del mismo y en las capacidades de adaptación para asegurar su sostenibilidad.

Artikulu honen helburua da Euskal Autonomia Erkidegoko osasun-sistemak autonomia hasi zenetik gaur egunera arte izan duen bilakaera aztertzea. Horretarako, garatutako politiken azterketa kuantitatibo eta kualitatiboa egingo da, bai osasun-helburuei dagokienez eta bai osasun-kudeaketari dagokionez ere. Halaber, laguntza-maila ezberdinetan garatutako osasunaren inguruko kudeaketa, antolaketa eta legegintzako aldaketen balantzea egingo da, bai eta ekitatearen eta eraginkortasunaren ikuspegitik izan duten eragina aztertu ere. Era berean, etorkizuneko azterketa garatuko da, bai etorkizuneko erronkei dagokienez bai eta Euskadiko osasun-sistemak hurrengo hamarkadetan izan ditzakeen aukerei dagokienez ere, bereziki aztertuz hauen garapen joerak eta egokitzeko ahalmenak iraunkortasuna lortzeko.

*The aim of this article is the analysis of developments in the health system of the Basque Country since the beginning of autonomy up to the present time. To achieve this, a quantitative and qualitative analysis of the policies pursued both at the level of health goals and health management will be made, such as a report of legislative changes, organizational changes and health management, developed at different levels of care and its impact from the point of view of equity and efficiency too. Also a prospective analysis will be developed, both a future challenges including the possible scenarios that are presented to the Health System of Euskadi in the next decades, with a particular emphasis on the options for its adaptation and evolution with a sustainability target.*

## Índice

---

1. Introducción
2. Evolución histórica
3. Análisis del Sistema Sanitario de Euskadi
4. Balance
5. El futuro

### Referencias bibliográficas

Palabras clave: gasto sanitario, sistema sanitario, asistencia sanitaria, Gobierno Vasco.

Keywords: health expenditure, health system, healthcare, Basque government.

N.º de Clasificación JEL: I1, I18, H75.

---

## 1. INTRODUCCIÓN

La salud es un bien preferente para la población de la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV) y así lo ha venido manifestando en todas las ocasiones en que ha sido consultada al respecto. Así mismo es la asistencia sanitaria pública en Euskadi el servicio público mejor valorado por la ciudadanía vasca.

La ciudadanía vasca considera que la protección y los cuidados de la salud son un derecho básico que deben tener la consideración adecuada y el firme compromiso de los poderes públicos en su defensa e impulso, siendo este un aspecto que goza de un amplio consenso social.

El aumento en la esperanza de vida y el nivel de salud de la población ha sido uno de los logros más importantes de la civilización. Prácticamente se ha doblado durante el pasado siglo y en éste ya existen predicciones que la elevan al entorno de los 100 años.

El sistema sanitario de Euskadi ha desarrollado un importante esfuerzo inversor en estos 30 años de historia reciente y realiza una aportación relevante a la economía de Euskadi.

Por último, hay que considerar su importancia para propiciar la cohesión social ya que favorece la solidaridad social y la redistribución de la renta. En definitiva, el

sistema de salud es un pilar básico del Estado de bienestar, favorece una mejora de la calidad de vida y del bienestar individual y colectivo de la sociedad.

La política sanitaria ha estado presente en la lista de prioridades de los países avanzados en los últimos decenios. La Administración de la CAPV ha tenido históricamente una especial sensibilidad por la salud de la población y ha fijado la salud como objetivo estratégico para Euskadi y las políticas de salud como prioridad política.

## 2. EVOLUCIÓN HISTÓRICA

### 2.1. Los primeros pasos, las primeras transferencias

En el año 1979 se producen las primeras actuaciones autonómicas en materia sanitaria, fruto de las transferencias en el área de Salud Pública, fundamentalmente en materia de protección y promoción de la salud, y en el ámbito de la ordenación sanitaria, mediante la publicación del Real Decreto 2209/1979, de 7 de septiembre.

El Estatuto de Autonomía para el País Vasco (Ley Orgánica 3/1979), junto con la Constitución de 1978 delimitan el ámbito competencial sanitario en la CAPV.

En el año 1981 se transfirieron entre otros los centros y servicios de la Administración Institucional de la Sanidad Nacional (AISNA). Con esta transferencia se integraron en el Gobierno vasco los llamados Hospitales del Tórax (Leza, Santa Marina y Amara).

Los comienzos de esta década se caracterizaban por una serie de rasgos:

- La existencia de una multiplicidad de redes sanitarias públicas, descoordinadas entre sí.
- No existía una cobertura total de la población, limitándose a actividades curativas sin considerar las de promoción y prevención de la salud.
- Dispersión de las fuentes de financiación y de los recursos sanitarios públicos.
- No existían criterios unificados en la asignación de recursos.
- Los servicios estaban masificados, y eran incapaces de atender la demanda, y no cubrían ciertas patologías.
- Las técnicas de gestión totalmente anticuadas o inexistentes.

El Programa del Gobierno vasco en materia sanitaria en el año 1980 planteaba los siguientes objetivos:

- *Autonomía* sanitaria en los diferentes ámbitos regionales, comarcales y municipales.
- *Integración* de todas las actividades sanitarias en un sistema global y único.
- *Universalidad*, el modelo sanitario debe ser dirigido a toda la población, sin distinciones geográficas o de renta, con similares características de calidad y eficacia.

- *Descentralización*, con autonomía sanitaria a diferentes niveles y una racional distribución de los servicios sanitarios, situándolos tan próximos al usuario como fuera posible y necesario.
- *Solidaridad*, tanto en lo relativo a la financiación como a la homogeneización progresiva del nivel de salud y servicios en las distintas áreas geográficas o estratos sociales.
- *Planificación*, el modelo debía ser planificado de forma constante y participativa y
- *Democratización*, «la participación» de la población era esencial y en consecuencia, se introducen elementos de cooperación y de control.

Para llevar a la práctica el modelo abogaba por la potenciación del sistema público, y las prioridades fueron la mejora de la atención primaria, la labor preventiva, la promoción de medidas de educación sanitaria y el fomento de los hábitos de vida saludables. Estos objetivos han perdurado en el tiempo y han servido de referencia en el desarrollo del sistema sanitario de Euskadi en estos treinta años.

Para tratar de dar respuesta a la situación anteriormente explicitada, el Gobierno Vasco se plantea la elaboración del Mapa Sanitario de Euskadi que sirva como elemento de referencia en la planificación de los recursos sanitarios, como una base objetiva para el desarrollo a futuro de las infraestructuras y servicios sanitarios. Así, estructura el territorio en cuatro áreas de salud, catorce comarcas, 55 subcomarcas y 145 unidades sanitarias locales. Posteriormente, en las sucesivas revisiones, se redujeron a tres el número de áreas y desapareció el nivel subcomarcal. En fechas más recientes, el número de comarcas sanitarias quedó reducido a siete que son las vigentes en la actualidad.

## 2.2. Osakidetza. Servicio vasco de Salud

El 1 de junio de 1983 se publicó la Ley 10/83, de 19 de mayo por la que se creaba Osakidetza-Servicio vasco de Salud como organismo autónomo administrativo, haciéndose cargo de las funciones de las delegaciones territoriales del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social así como de los hospitales y centros transferidos de la AISNA. En su artículo primero establecía que su organización y funcionamiento respondería a los principios de integración de recursos, eficacia, desconcentración y participación comunitaria.

Supone una verdadera apuesta en la línea de orientación a un servicio nacional de salud: trata de establecer una estructura sanitaria que permitiera una política integrada de salud, aúna funcionalmente las tareas de salud pública con las de asistencia sanitaria en una misma estructura organizativa y, por otra parte, integra la asistencia sanitaria por áreas procurando la coordinación de los distintos niveles asistenciales. Asimismo, la Ley prevé la descentralización y la democratización de la estructura sanitaria, para lo que se establece, por una parte, direcciones territoriales o de área y estructuras comarcales y locales, y por otra parte la creación de las Jun-

tas de Salud a los distintos niveles territoriales, dando de esta manera participación a empresarios y trabajadores.

En el año 1985, en cumplimiento de lo establecido en la conocida como Ley de Territorios Históricos, se produce la transferencia de los servicios sanitarios de las diputaciones forales de Álava, Bizkaia y Gipuzkoa al Gobierno Vasco, que posteriormente se integran en Osakidetza. Así, se traspasan los Hospitales de Santiago y Las Nieves en Álava; el Instituto de Maternología y Puericultura y los Hospitales de Górliz, Bermeo, Zaldibar y Zamudio en Bizkaia; y en Gipuzkoa, el Hospital de Gipuzkoa. Asimismo, se integran todos los centros de salud mental de los tres territorios.

Se configura Osakidetza con un total de 10 hospitales, 1 hospital general, 4 hospitales psiquiátricos, 1 hospital monográfico de cirugía ortopédica y rehabilitación y 1 hospital infantil. En total, la dotación de camas asciende a 2.249 y el personal a 2.777 empleados.

En esta etapa se desarrolla una importante labor de inversión en la adecuación de sus propios centros hospitalarios así como en la construcción de centros de salud propios en aquellas zonas en las que la dotación del Insalud era claramente insuficiente o inexistente.

### 2.3. Transferencia del Insalud

La actual configuración de Osakidetza desde el punto de vista organizativo toma verdadero cuerpo con la transferencia acordada en 1987 de los centros, servicios y personal dependientes del Insalud.

Esto suponía la integración de casi todos los centros y servicios de carácter público en una única red de servicios sanitarios y la incorporación de más de 14.000 personas. El traspaso se valoró en 82.765,4 millones de pesetas (aproximadamente 497 millones de euros), adoptándose el índice de imputación para el cálculo del Cupo al Estado (6,24%) como base para el cálculo de participación en el presupuesto estatal, a diferencia del criterio de población protegida que se utilizó para otras comunidades autónomas.

En el año 1988 se produce la universalización de la asistencia sanitaria, uno de los hechos históricos más relevantes, pionero en el Estado en lo que a equidad en el acceso a la asistencia sanitaria se refiere. Esto supuso que, en la práctica, desde el año 1988 casi el 100% de la población vasca tuviese cobertura pública de asistencia sanitaria.

Asimismo, desde el punto de vista de los objetivos de salud se desarrolla el documento «Política de salud para Euskadi: 2000» (1990), que establece los objetivos específicos a alcanzar por Euskadi en dicho año en línea con las directrices de la Organización Mundial de la Salud.

Desde el punto de vista organizativo en esta etapa se adoptan una serie de medidas muy importantes de cara a la configuración del sistema sanitario como son la

implantación de la Tarjeta Individual Sanitaria (TIS) y del Programa de Cita Previa en Atención Primaria.

Asimismo, se puso en marcha el Programa de Atención Dental Infantil (PADI) estableciendo el derecho a revisiones anuales gratuitas para los niños de 7 a 15 años de edad a los efectos de conseguir el mayor número de niños libres de caries.

Desde el punto de vista organizativo se establecieron los Convenios de Vinculación con centros sanitarios privados sin fines de lucro, que en la práctica suponía la adecuación de sus actividades a las decisiones de planificación sanitaria establecidas por el Departamento de Sanidad y Osakidetza.

En esta etapa se incorpora a la red de Osakidetza el Hospital de San Eloy y se inauguran el Hospital del Bidasoa y el Centro Vasco de Transfusiones y Hemoderivados; por otra parte, se produce la transferencia de los servicios sanitarios municipales a la CAPV. Con estas últimas transferencias queda configurada la Red de Asistencia Sanitaria de Utilización Pública.

Otros hechos relevantes en esta etapa fueron el proceso de homologación de las condiciones del personal transferido del Insalud a las del personal propio de Osakidetza y la regulación del complemento de productividad variable.

Desde el punto de vista económico hay que indicar que en el periodo en el que se transfiere el Insalud hasta el año 1991 el gasto de Osakidetza se incrementó en un 48%; así, hay que reseñar la fuerte inversión en tecnología en dicho periodo, 1.597 millones de pesetas.

#### **2.4. Mejora de la gestión combinada con reflexión estratégica. Osasuna Zainduz**

Tras la etapa anterior en la que se estructuraron las grandes líneas del sistema y se constituyó la red de asistencia pública, la nueva se caracteriza por una mejora sustancial de la gestión y de los resultados del sistema combinada con un proceso de reflexión estratégica que trataba de promover cambios en la sanidad vasca, Osasuna Zainduz (1993).

En lo que concierne a la gestión es una etapa que se caracteriza por el alcance de unos extraordinarios resultados tanto en términos de actividad y mejora de la accesibilidad por la reducción de las listas de espera, con incremento de la actividad quirúrgica, impulsado en gran medida por la implantación del programa de autoconcertación con los propios profesionales del sistema fuera de su horario laboral, como por el establecimiento de programas innovadores (hospital de día médico, cirugía sin ingreso, ambulatorización de procesos, alternativas a la hospitalización, plan de calidad,...) todo ello además con un coste económico contenido.

Por otra parte, se promovió el inicio de un proceso de reflexión estratégico en la organización sanitaria vasca con una amplia participación de profesionales de todos

los ámbitos concernidos. Este proceso de reflexión surge como consecuencia de la situación de reformas que se venía produciendo en los países europeos y en el Estado con la creación de la Comisión para el Análisis y la Reforma del Sistema Nacional de Salud que dio lugar al conocido como «Informe Abril».

Osasuna Zaindiz, además de ofrecer un diagnóstico sobre el sistema de salud y explicitar aquellas cuestiones necesitadas de cambio, vino a plasmar el marco de la política sanitaria que el Gobierno vasco iba a desarrollar en los próximos años, con la aprobación por parte del Parlamento vasco de un conjunto de 14 resoluciones que impulsaban en la línea de las estrategias de cambio para la sanidad vasca, con una preocupación central: la eficiencia del sistema sanitario.

Asimismo, hay que indicar que en esta época se implantaron un sistema de costes y un sistema de clasificación de pacientes GRD (Grupos Relacionados por el Diagnóstico)<sup>1</sup>; de la conjunción de ambos surgió el sistema de «costes por proceso» que posteriormente iba a resultar la base para el desarrollo de la función de contratación de servicios sanitarios

Hay que mencionar además, la apertura del Hospital de Mendaro, la incorporación del Hospital de Basurto a la red de Osakidetza, la creación de la sociedad pública Osatek dedicada a la alta tecnología médica y la transferencia de los servicios sanitarios del Instituto Social de la Marina en el año 1996.

Finalmente, en esta etapa se produce uno de los hechos más importantes en el proceso de configuración de la reforma del sistema sanitario. En Octubre de 1994, se publicó el Plan de Salud 1994-2000, de la Comunidad Autónoma del País Vasco, definido como un instrumento básico de dirección y evaluación del sistema sanitario. En él se delimitaron una serie de áreas prioritarias de intervención y de prioridades en la orientación de los servicios, planteándose además una serie de 35 objetivos de salud a alcanzar en el año 2000 (2010 en el caso del cáncer) que derivaban de 2 objetivos generales:

1. Para el año 2000 aumentar la esperanza de vida a 75 años entre los varones y a 83 años entre las mujeres.
2. Para el año 2000 la esperanza de vida libre de incapacidad deberá aumentar a 65 años en los varones y 70 en las mujeres.

## 2.5. Ley de Ordenación Sanitaria de Euskadi

Como colofón a la definición de las bases para la reforma del sistema y a la puesta en marcha de las medidas planteadas, en junio de 1997 se aprueba la Ley de

---

<sup>1</sup> Sistema de clasificación de pacientes, que clasifica a todos los pacientes atendidos en régimen de hospitalización en grupos homogéneos atendiendo a su similitud clínica y a un consumo similar de recursos. Desarrollados en la Universidad de Yale, se comenzaron a utilizar como base para el sistema de financiación hospitalaria por parte de Medicare en Estados Unidos en el año 1983. Actualmente, este sistema en sus diversas versiones tiene una amplia implantación a nivel internacional.

Ordenación Sanitaria de Euskadi (LOSE). La LOSE apuesta por un modelo sanitario basado en los principios de universalidad, solidaridad, equidad, calidad de los servicios y participación ciudadana y se pretende la máxima eficiencia sanitaria en la ubicación y uso de los recursos, así como el establecimiento de las condiciones más adecuadas para el aprovechamiento de sinergias o la configuración de dispositivos de referencia para toda la CAPV.

Se crea el Sistema Sanitario de Euskadi (SSE), que tiene como objetivo último el mantenimiento, la recuperación y mejora del nivel de salud de la población y que está configurado con un carácter integral por todos los recursos sanitarios públicos de la Comunidad Autónoma de Euskadi.

Se constituye como principio programático de organización y funcionamiento del sistema sanitario de Euskadi el principio de separación de los cometidos de regulación y financiación del sistema respecto de la provisión de los servicios sanitarios. En virtud de este principio, el Departamento de Sanidad acomete las funciones propias de regulación y financiación del sistema mediante el Plan de Salud, en el que se establecen los objetivos básicos de salud para la política sanitaria y se fijan las prioridades durante su periodo de vigencia.

Se configura en la ley un nuevo concepto de gestión pública, separada de la estricta gestión del servicio sanitario e identificado bajo las expresiones de aseguramiento y contratación de servicios sanitarios. Esta contratación de los servicios sanitarios la realizan las Direcciones Territoriales del Departamento de Sanidad en función de sus planes de compra y se plasman en el Contrato-Programa. Su provisión, puede realizarse por medio de las organizaciones de servicios de Osakidetza o mediante los conciertos sanitarios.

Osakidetza se configura como un Ente Público de Derecho Privado a partir del 1 de enero de 1998 lo que produce un profundo cambio en las relaciones con el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. Del abono de una subvención mensual para financiar las operaciones del organismo autónomo Osakidetza, se pasó a una relación basada en el Contrato-Programa, cuya financiación está ligada a la actividad, calidad y precio de los servicios prestados por las organizaciones de servicios de Osakidetza. Por tanto, y como consecuencia de la modificación de la naturaleza jurídica de Osakidetza que implica el funcionamiento mediante estados contables y financieros similares a los de cualquier otra empresa o sociedad: memoria, balance y cuenta de pérdidas y ganancias, e informe de gestión, se ha pasado a un sistema en el que mediante la facturación de servicios se cuantifica y controla la actividad y calidad de los servicios prestados por el Ente. Al margen del contrato-programa, el Departamento de Sanidad, con carácter anual, subvenciona las inversiones que realiza Osakidetza en función de su plan de inversiones, transfiriéndose los fondos de forma mensual.

Este nuevo escenario organizativo conduce al establecimiento de un nuevo Modelo de Gestión Económico-Financiera, Aldabide, como soporte al nuevo modelo de gestión y de relaciones en el sistema.



El Contrato-Programa pretende vincular el presupuesto con la actividad y trata de desarrollar dos funciones; garantizar la suficiencia financiera de los centros contratados y establecer mecanismos de eficiencia asignativa de la financiación disponible. Se produce un cambio sustancial, se garantiza el equilibrio financiero del conjunto del ente público Osakidetza pero no de todas y cada una de sus organizaciones de servicios.

En esta etapa, además desarrolla el Plan de Salud 2002-2010 que tiene como uno de sus objetivos principales la reducción de las desigualdades sociales en salud.

En el ámbito normativo destacan por su impacto económico la orden por la que se establece el procedimiento para incorporar tecnologías sanitarias, el decreto por el que se establecen plazos máximos de acceso a procedimientos quirúrgicos programados y no urgentes y los decretos por los que se regula el desarrollo profesional de los profesionales de Osakidetza.

Se genera un fuerte impulso a las «actividades de calidad», con el impulso a la gestión por procesos y obteniendo numerosos reconocimientos y acreditaciones, así como a la Investigación e Innovación, con la creación en el año 2002 de la Fundación Bioef.

Por último hay que señalar que en estos diez años se ha dado un fuerte impulso a las inversiones de desarrollo de infraestructuras y a las de sistemas de información tanto en el área asistencial como en las áreas de soporte a la gestión apostando por la incorporación de las Tecnologías de la Información y Comunicación. En el período 1999-2006 el SSE destinó 489 millones de euros a infraestructuras y tecnologías de la información y de la comunicación.

### 3. ANÁLISIS DEL SISTEMA SANITARIO DE EUSKADI

Como paso previo al análisis económico propiamente dicho, vamos a desarrollar el análisis de todos aquellos aspectos relacionados con la salud de la ciudadanía y con el sistema sanitario; para ello hemos acudido a fuentes de información de carácter estadístico fundamentalmente que aparecen convenientemente citadas en la bibliografía y que por mor de la síntesis que exigen las normas de publicación no se van a presentar en tablas.

#### 3.1. Estado de salud

En el año 2008 la población de la CAPV ascendía a 2.162.944 personas. Como características más significativas de la población de Euskadi hay que citar la baja fecundidad y la alta esperanza de vida lo que se traduce en el elevado envejecimiento de la población con un 18,7% del total.

En Euskadi la esperanza de vida al nacer en el año 2008 era de 84,3 años para las mujeres y 77,2 en el caso de los hombres; cifras similares a las del Estado y a la cabeza del resto de países europeos. En los últimos 30 años, se han ganado 6,1 años en los hombres y 5,3 en las mujeres en lo relativo a la Esperanza de Vida en Euskadi, si bien se observa que existen casi siete años de diferencia entre mujeres y hombres.

Por lo que respecta a la esperanza de vida libre de incapacidad al nacer, los datos reflejan una buena situación, favorable en el contexto europeo en ambos sexos, 72,4 en las mujeres y 67,6 años en el caso de los hombres, a lo que han contribuido el aumento de la esperanza de vida total y la disminución de la frecuencia de incapacidad.

Por lo que respecta a la «autopercepción de la salud»,<sup>2</sup> el 79,9% de la población vasca mayor de 16 años considera positivo su estado de salud, 83% en el caso de los hombres y 77% en las mujeres; estas cifras son superiores a las de la Unión Europea: 73% global, 75% en los hombres y 71% en las mujeres.

Euskadi presenta en el año 2008 una de las tasas de mortalidad infantil más bajas del mundo, 2,9 por 1.000; si se atiende al conjunto de los países OCDE, Euskadi ocupa el décimo lugar en la lista, por delante de España y a la altura de países como Finlandia y Suecia. La mejora con respecto al año 1980 ha sido sustancial ya que en ese año presentaba una tasa de 13,4 niños fallecidos por cada 1.000 nacidos vivos.

Las principales causas de mortalidad en el año 2008 fueron los tumores con un 30% del total de defunciones, las enfermedades del aparato circulatorio con un 29,3% y las enfermedades respiratorias y las digestivas, con un 10% y un 5%, respectivamente. En el caso de las mujeres la primera causa fueron las enfermedades del aparato circulatorio, seguidas de los tumores.

### 3.2. Los recursos sanitarios y su utilización

#### *Estructura del sistema sanitario*

El Sistema Sanitario de Euskadi ofrece cobertura pública universal tanto en el acceso al mismo como en lo relativo a sus prestaciones; además un 17% de la población tiene cobertura a través de un seguro privado de asistencia sanitaria.

#### *Asistencia extrahospitalaria pública*

La oferta de recursos de atención extrahospitalaria se ha incrementado considerablemente en estas tres décadas, y no sólo la oferta sino también su configuración funcional. Existen un total de 472 centros en el año 2008, que posicionan al sistema

---

<sup>2</sup> Es un indicador importante para describir el estado de salud de una población ya que refleja la apreciación global que las personas hacen de su propia salud y sintetiza diferentes aspectos subjetivos y objetivos y está fuertemente correlacionado con la utilización de servicios sanitarios y es un buen predictor de la mortalidad en personas mayores.

con una adecuada y puntera dotación de recursos, lo que pone de manifiesto la clara apuesta de Osakidetza por configurar una completa red de centros de atención primaria con una mejora importantísima en la accesibilidad de la población a los servicios y, sobre todo, en los municipios pequeños.

El número de profesionales que trabajaban en el año 2008 en la red extrahospitalaria ascendía a 8.048 personas, lo que supone un incremento de casi un 40% en el periodo de referencia.

El número total de consultas en las áreas de Medicina General y Pediatría ha crecido un 28,4% en el periodo de referencia pasando de 9,3 a casi 12 millones. En la práctica, cada persona ha consultado por término medio en 6,7 ocasiones al médico de Atención Primaria frente a las casi 5,7 del año 1985; esto quiere decir que la frecuentación de la población vasca en Atención Primaria ha crecido más de un 18%, que se ha traducido a la vez en una reducción del 10,9% en el número de consultas realizadas por cada médico.

Todos estos recursos y los costes derivados de la actividad realizada por los mismos han supuesto un gasto de casi 537 millones de euros en el año 2008, con un incremento de más del 650% entre los años 1985 y 2008. Esto quiere decir que el coste de la atención primaria de la población vasca ha resultado ser siete veces y media superior al generado en el año 1985 (249 euros frente a 33 euros por persona). El 82,5% del gasto total correspondió a Gastos de Personal, porcentaje muy similar al del año 1985 y un 3,6% a Inversiones.

### *Asistencia hospitalaria*

El número total de camas en funcionamiento en los 44 hospitales (29 de agudos, 5 de media y larga estancia y 10 psiquiátricos) de la Comunidad Autónoma de Euzkadi en el año 2008 ascendían a 80,18, de las cuales un 69,77% correspondían a Osakidetza y el 30,23% restante al sector privado con y sin fines de lucro.

Con respecto al año 1984 los recursos se han reducido en 21 centros derivado fundamentalmente por el cierre de determinados centros privados y por la unificación de otros hospitales públicos. El número de camas se ha reducido en este periodo en más de un 27% y el ratio de camas por 1.000 habitantes ha pasado de 5,1 a 3,7. A nivel de camas de agudos el ratio es de 2,6 por mil.

Por el contrario, el número de personas que trabajan en el sistema hospitalario ha crecido el 34,53% en el mismo periodo, con un aumento del 59,73% en el número de personal de enfermería y más de un 74% en el caso del personal médico.

La frecuentación hospitalaria ha crecido considerablemente, pasando de 109,0 a 144,3 ingresos por 1000 habitantes (un 32,39% más).

Desde el punto de vista de la tipología de pacientes hay que indicar que son las enfermedades del aparato circulatorio las que generan más ingresos (11,94% del total), seguidas de las enfermedades del sistema nervioso-órganos de los sentidos (11,35%) y las del aparato digestivo (11,15%); por lo que respecta al número de estancias causadas, son las enfermedades del aparato circulatorio (14,82%) y los tumores (13,57%) las que ocupan los primeros lugares.

Por otra parte, el 42,55% de las personas que fueron hospitalizadas eran mayores de 65 años y generaron el 52,79% de las estancias hospitalarias. Las personas mayores de 65 años ingresan tres veces más y consumen tres días de estancia más por cada ingreso que las personas menores de 65 años.

En el mismo periodo hay que destacar que la ratio de número de intervenciones quirúrgicas por mil habitantes casi se ha llegado a duplicar pasando de 61,13 a 111,9, con un índice del 50,18% en el año 2008. Por otra parte, las urgencias y las consultas externas han crecido muchísimo, un 163,73% y un 150,7% respectivamente.

La estancia media para el conjunto de todos los hospitales se ha situado en los 7,8 días desde los 13,4 de la situación de partida; esta reducción es mucho más significativa si atendemos a los hospitales de agudos de Osakidetza con una estancia media de 5,53 días en el año 2008. Hay que mencionar que en el periodo 1986-2008 la estancia media quirúrgica ha disminuido en 6,3 días, siendo de 3,8 días en el año 2008.

Toda esta actividad ha supuesto que los índices de ocupación de los hospitales hayan pasado del 76,9% al 82,2% en el año 2008 para el total de hospitales; un 82,7% en el caso de los hospitales de agudos de Osakidetza.

Requiere una mención específica la actividad desarrollada en el área de servicios generales clínicos, fundamentalmente en el área de radiodiagnóstico. En el periodo de análisis el uso de la tecnología en este ámbito ha crecido mucho; así, los estudios convencionales se han duplicado, las ecografías y gammagrafías se han más que triplicado y el uso del TAC se ha multiplicado por diez. Mención especial requiere la resonancia nuclear magnética que sólo en el periodo 1995-2008 ha triplicado su actividad y esto sin tener en cuenta la actividad desarrollada por la sociedad pública Osatek y aquellas otras resonancias que se realizan en los ambulatorios concertadas por las Direcciones Territoriales del Departamento de Sanidad, lo que elevaría estas cifras mucho más. Esto nos da una idea del impacto que ha tenido la tecnología, al menos una parte muy importante de la misma, en la actividad del sistema sanitario y, por consiguiente, en el gasto sanitario.

Todos estos datos reflejan el enorme esfuerzo realizado tanto a nivel de reorientación organizativa y funcional de la asistencia, y de productividad en el ámbito hospitalario.

Ahora bien, todo esto ha supuesto que en estos 24 años el gasto total del sistema hospitalario de la CAPV haya aumentado en un 681,53% en euros corrientes con un

gasto de 2.079,2 millones de euros en el año 2008. El gasto por persona ha crecido desde los 124 euros en el año 1984 hasta los 965 euros.

Por lo que respecta a la financiación del gasto hospitalario, el Sistema Sanitario de Euskadi ha pasado de financiar el 72,84% de los pacientes ingresados y el 82,71% de las estancias totales en el año 1988 a hacerse cargo en el año 2008 del 80,02% y del 88,55% respectivamente.

Por conceptos de gasto, hay que indicar que los gastos de personal suponen el 64,43% del total de gastos corrientes, 67,16% en los hospitales públicos de Osakidetza y 48,79% en los privados. Por otra parte, el gasto en farmacia hospitalaria supone un 9,73%, que en el caso de Osakidetza asciende hasta el 10,27% y en el caso de los hospitales privados representa un 6,63%. La suma de ambos conceptos supone más de las tres cuartas partes del gasto de los hospitales y en global en los hospitales de Osakidetza su representación porcentual ha crecido más de un punto en el periodo 1988-2008.

Asimismo, hay que indicar que el gasto corriente de los hospitales públicos de Osakidetza (1.492,9 millones de euros) supone en el año 2008 el 85,12% del gasto hospitalario corriente total en Euskadi (1.954,8 millones de euros).

### 3.3. Gasto sanitario

El gasto sanitario total de la Comunidad Autónoma de Euskadi para el año 2006 ascendió a un total de 4.289,8 millones de euros y representaba el 6,95% del PIB de la Comunidad y un gasto sanitario por persona de 2.013 euros. Desde el año 2000 se ha ido consolidando progresivamente este gasto ya que en el periodo 2000-2006 el gasto sanitario ha tenido un crecimiento acumulativo anual superior al del PIB (8,1% frente a 6,8%).

Por lo que respecta a la composición público-privada del gasto sanitario, en Euskadi el gasto público representa un 72,3% del gasto total que en términos de PIB supone un 5%.

Haciendo una retrospectiva histórica, se observa que con respecto al año 1982 el gasto ha crecido un 883,6% en términos nominales, casi se ha multiplicado por diez en veinticinco años. Esto ha supuesto una tasa de variación acumulativa media anual del 9,99%.

En términos de porcentaje de gasto con respecto al PIB el indicador es superior en 1,4 puntos al del año 1982, el gasto público en relación con el PIB presenta una variación de 0,9 puntos y la del año 2006 es la cifra más elevada de todo el periodo.

Si analizamos las variaciones habidas en las distintas etapas que figuran en el cuadro, se observa que en la primera de ellas el gasto total crece con una tasa de variación acumulativa media anual del 15,21% mientras que el gasto sanitario públi-

co lo hace a una tasa del 19,27%; es lógico que esto sea así en concordancia con las referencias que se han venido describiendo en el texto sobre la fase de lanzamiento del sistema sanitario en Euskadi con un proceso de crecimiento necesario ya que se partía de una posición no muy favorable; con respecto a la tasa media acumulativa anual del PIB, el gasto sanitario total crece casi tres puntos (2,97) mientras que el gasto sanitario público crece mucho más que el PIB, en concreto 7,03 puntos.

La segunda etapa que según hemos descrito anteriormente se corresponde con una etapa de fuerte desarrollo de la actividad asistencial de todo tipo se corresponde con un importante incremento del gasto sanitario público y superior al gasto sanitario total (7,84%) aunque de forma más contenida a una tasa acumulativa media anual del 9,43%; esto suponía un crecimiento del gasto público superior en dos puntos al crecimiento del PIB; no obstante, en este periodo hay que hacer constar que en los años 1994 y 1997 se congelaron las retribuciones salariales de los funcionarios públicos vascos.

Por último, en el periodo 2000-2006 tanto el gasto total como el gasto sanitario público crecen por encima de la media de crecimiento del PIB, 1,27 y 1,16 puntos respectivamente.

Atendiendo al conjunto del periodo 2006-1982, se observa un incremento del gasto sanitario total a una tasa media acumulativa anual del 9,99% mientras que el gasto sanitario público supera este valor en casi dos puntos (11,83%); con respecto al PIB se observa que, en ambos casos, gasto sanitario total y gasto sanitario público han crecido por encima de la tasa media acumulativa anual del PIB, 8,59%, 1,40 puntos en el caso del gasto sanitario total y 3,24 puntos en el caso del gasto sanitario público.

**Cuadro n.º 1. GASTO SANITARIO EN EUSKADI. 1982-2006**  
(en millones de euros y %)

|                                  | 1982  | 1989    | Tasa de<br>variación<br>acumulativa<br>media anual<br>(%)<br>1989/1982 | 2000    | Tasa de<br>variación<br>acumulativa<br>media anual<br>(%)<br>2000/1989 | 2006    | Tasa de<br>variación<br>acumulativa<br>media anual<br>(%)<br>2006/2000 | Tasa de<br>variación<br>acumulativa<br>media anual<br>(%)<br>2006/1982 |
|----------------------------------|-------|---------|------------------------------------------------------------------------|---------|------------------------------------------------------------------------|---------|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| Gasto sanitario total            | 436,1 | 1.175,3 | 15,21                                                                  | 2.694,9 | 7,84                                                                   | 4.289,8 | 8,06                                                                   | 9,99                                                                   |
| Gasto sanitario público          | 211,5 | 726,3   | 19,27                                                                  | 1.956,5 | 9,43                                                                   | 3.096,0 | 7,95                                                                   | 11,83                                                                  |
| Gasto total/PIB                  | 5,6   | 6,9     | 3,03                                                                   | 6,5     | -0,54                                                                  | 7,0     | 1,24                                                                   | 0,93                                                                   |
| Gasto público/PIB                | 4,1   | 4,6     | 1,66                                                                   | 4,7     | 0,20                                                                   | 5,0     | 1,04                                                                   | 0,83                                                                   |
| Gasto per cápita (euros)         | 203   | 556     | 15,48                                                                  | 1296    | 8,00                                                                   | 2.013   | 7,62                                                                   | 10,03                                                                  |
| Gasto público per cápita (euros) | 98    | 375     | 21,13                                                                  | 941     | 8,72                                                                   | 1.453   | 7,51                                                                   | 11,89                                                                  |

Fuente: Elaboración propia. Departamento de Sanidad. EUSTAT, Cuenta de la Sanidad de Euskadi.

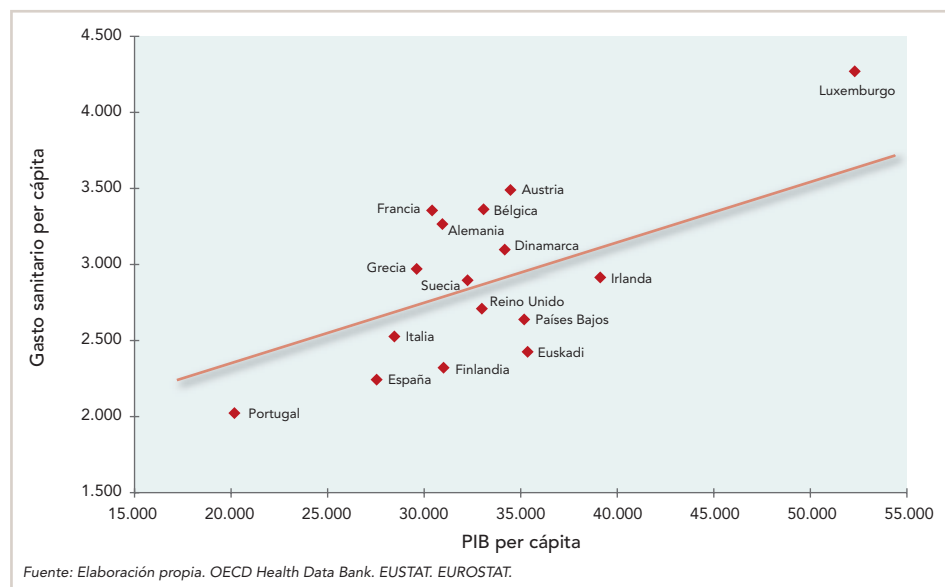
Comparando con el entorno europeo y de los países de la OCDE, se observa que Euskadi presenta la cifra más baja tanto en términos de gasto total como de gasto público en relación con el PIB en el año 2008, así como la de gasto sanitario por persona en poder de paridad de compra, más cercana a aquellos países con sistemas de corte de sistema nacional de salud que con respecto a aquellos que tienen sistemas de tipo seguridad social.

**Cuadro n.º 2. GASTO SANITARIO EN PAÍSES DE LA OCDE EN RELACIÓN CON EL PRODUCTO INTERIOR BRUTO Y GASTO SANITARIO PER CÁPITA EN PODER DE PARIDAD DE COMPRA (1980-2007)**  
(en % y euros)

| Países       | 1980 | 1989 | Gasto total 2000 | 2007  | Gasto público 2005 | 1980  | Gasto Público s/ total 1989 | 2000  | 2007  | per cápita US\$ PPP 2007 |
|--------------|------|------|------------------|-------|--------------------|-------|-----------------------------|-------|-------|--------------------------|
| Alemania     | 8,4  | 8,2  | 10,6             | 10,4  | 10,7               | 78,7  | 72,1                        | 79,8  | 76,7  | 3.619                    |
| Austria      | 7,4  | 7    | 8                | 10,3  | 10,2               | 68,8  | 73,7                        | 76,8  | 76,4  | 3.792                    |
| Bélgica      | 6,3  | 7,2  | 8,7              | 10    | 10,3               | 82,8  | 82,5                        | N.D.  | 73,5  | 3.452                    |
| Canadá       | 7    | 8,7  | 8,8              | 10,10 | 9,8                | 75,60 | 74,2                        | 70,40 | 70,30 | 3.867                    |
| Dinamarca    | 8,9  | 6,3  | 8,5              | 9,70  | 9,1                | 87,80 | 84,2                        | 82,40 | 84,50 | 3.540                    |
| España       | 5,6  | 6,8  | 7,5              | 8,40  | 8,2                | 79,90 | 78,3                        | 71,60 | 71,80 | 2.658                    |
| Finlandia    | 6,3  | 7,2  | 6,9              | 8,2   | 7,5                | 79    | 80                          | 71,1  | 74,5  | 2.900                    |
| Francia      | 7    | 8,7  | 9,3              | 11,00 | 11,1               | 80,10 | 75,0                        | 79,40 | 78,30 | 3.593                    |
| Gran Bretaña | 5,8  | 5,8  | 7,2              | 8,4   | 8,3                | 89,3  | 85,4                        | 79,3  | 82    | 2.990                    |
| Grecia       | 5,9  | 5,1  | 9,6              | 9,70  | 10,1               | 55,60 | 89,0                        | 60,00 | 60,30 | 2.687                    |
| Países Bajos | 7,4  | 8,3  | 8,7              | 9,7   |                    | 69,4  | 72,3                        | 63,1  | 62,5  | 3.844                    |
| Irlanda      | 8,2  | 7,3  | 6,2              | 7,50  | 7,5                | 82,00 | 83,9                        | 75,30 | 76,80 | 3.361                    |
| Luxemburgo   | 5,2  | 5,2  | 6,1              | 7,2   |                    | 92,8  | 92,9                        | 89,3  | 90,9  | 4.210                    |
| Italia       | 6,8  | 7,6  | 7,8              | 8,70  | 8,9                | 82,10 | 77,7                        | 72,50 | 76,40 | 2.701                    |
| Japón        | 6,5  | 6,7  | 7,7              | 8,1   |                    | 71,3  | 73,2                        | 81,3  | 81,9  | 2.729                    |
| Portugal     | 5,3  | 6,3  | 8,7              | 9,9   | 10,2               | 64,3  | 62                          | 72,5  | 71,5  | 2.151                    |
| Suecia       | 8,9  | 8,8  | 8,4              | 9,1   | 9,1                | 92,5  | 89,3                        | 84,9  | 81,7  | 3.349                    |
| EE.UU.       | 9    | 11,8 | 13,4             | 15,7  | 15,3               | 40,8  | 41,9                        | 43,2  | 45,5  | 7.290                    |
| Euskadi      | 5,6  | 6,9  | 6,5              | 7     | 6,9                | 73,8  | 68,8                        | 72,3  | 72,2  | 2.446                    |

Fuente: OECD Health Data Bank 2010. EUSTAT, Cuenta de la Sanidad. Departamento de Sanidad.

Gráfico n.º 1. **GASTO SANITARIO PER CÁPITA EN RELACIÓN CON EL NIVEL DE RENTA (2005)**  
(en US\$ PPP)



Hay que hacer constar que en estos últimos años la economía vasca ha crecido a unas tasas que le han situado por encima del nivel de renta media europea. Por otra parte, la estancia media en los hospitales de agudos del Sistema Sanitario de Euskadi es inferior en 0,4 días a la media de los países de la OCDE en el año 2005.

Por lo que respecta al porcentaje de gasto sanitario público sobre el gasto total, Euskadi presenta unas cifras superiores a las de países como España, Portugal, Grecia, Países Bajos, Canadá y Estados Unidos.

### 3.4. Gasto del Sistema Sanitario de Euskadi. Cuestiones generales

El Sistema Sanitario de Euskadi está configurado con un carácter integral por todos los recursos sanitarios públicos de la CAPV o dicho de otro modo por todas las instancias públicas con responsabilidades en materia de sanidad. En definitiva, en este punto vamos a describir el gasto realizado por el Departamento de Sanidad y por Osakidetza-Servicio vasco de Salud.

En el año 2009 el Sistema Sanitario de Euskadi consumió recursos por valor de 3.570,1 millones de euros; de estos Osakidetza gastó 2.448,7 millones de euros y el Departamento de Sanidad 1.121,4 millones de euros.

El Departamento de Sanidad financió el 99% del gasto total del sistema, siendo financiado el 1% restante por Osakidetza a través de sus ingresos propios.



**Cuadro n.º 3. EVOLUCIÓN DEL GASTO DEL SISTEMA SANITARIO DE EUSKADI**  
(en miles de euros, % e índice)

|                                                     | Gasto total euros corrientes | Gasto total euros constantes | Variación anual corriente | Variación anual constante | Índice corriente 1988 = 100 | Índice constante 1988 = 100 | Gasto per cápita euros corrientes | Gasto per cápita euros constantes |
|-----------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|---------------------------|---------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| 1981                                                | 14.370                       |                              |                           |                           |                             |                             |                                   |                                   |
| 1982                                                | 17.796                       |                              |                           |                           |                             |                             |                                   |                                   |
| 1983                                                | 21.270                       |                              |                           |                           |                             |                             |                                   |                                   |
| 1984                                                | 24.305                       |                              |                           |                           |                             |                             |                                   |                                   |
| 1985                                                | 74.988                       |                              |                           |                           |                             |                             |                                   |                                   |
| 1986                                                | 88.619                       |                              |                           |                           |                             |                             |                                   |                                   |
| 1987                                                | 118.472                      |                              |                           |                           |                             |                             |                                   |                                   |
| 1988                                                | 654.786                      | 654.786                      | —                         | —                         | 100,00                      | 101,00                      | 308                               | 308                               |
| 1989                                                | 756.058                      | 712.590                      | 15,47                     | 8,83                      | 115,47                      | 108,83                      | 357                               | 337                               |
| 1990                                                | 863.024                      | 764.480                      | 14,15                     | 7,28                      | 131,80                      | 116,75                      | 410                               | 363                               |
| 1991                                                | 984.848                      | 831.643                      | 14,12                     | 8,79                      | 150,41                      | 127,01                      | 468                               | 395                               |
| 1992                                                | 1.082.251                    | 868.720                      | 9,89                      | 4,46                      | 165,28                      | 132,67                      | 514                               | 413                               |
| 1993                                                | 1.182.631                    | 903.230                      | 9,28                      | 3,97                      | 180,61                      | 137,94                      | 562                               | 429                               |
| 1994                                                | 1.196.968                    | 874.813                      | 1,21                      | -3,15                     | 182,80                      | 133,60                      | 570                               | 416                               |
| 1995                                                | 1.284.582                    | 894.992                      | 7,32                      | 2,31                      | 196,18                      | 136,68                      | 612                               | 426                               |
| 1996                                                | 1.373.381                    | 924.502                      | 6,91                      | 3,30                      | 209,75                      | 141,19                      | 656                               | 442                               |
| 1997                                                | 1.428.307                    | 940.779                      | 4,00                      | 1,76                      | 218,13                      | 143,68                      | 684                               | 450                               |
| 1998                                                | 1.531.748                    | 986.229                      | 7,24                      | 4,83                      | 233,93                      | 150,62                      | 735                               | 473                               |
| 1999                                                | 1.619.099                    | 1.012.107                    | 5,70                      | 2,62                      | 247,27                      | 154,57                      | 779                               | 487                               |
| 2000                                                | 1.711.297                    | 1.030.579                    | 5,69                      | 1,83                      | 261,35                      | 157,39                      | 823                               | 496                               |
| 2001                                                | 1.832.811                    | 1.067.463                    | 7,10                      | 3,58                      | 279,91                      | 163,02                      | 879                               | 512                               |
| 2002                                                | 1.967.088                    | 1.120.665                    | 7,33                      | 4,98                      | 300,42                      | 171,15                      | 941                               | 536                               |
| 2003                                                | 2.113.723                    | 1.154.836                    | 7,45                      | 3,05                      | 322,81                      | 176,37                      | 1.009                             | 551                               |
| 2004                                                | 2.265.589                    | 1.199.427                    | 7,18                      | 3,86                      | 346,00                      | 183,18                      | 1.077                             | 570                               |
| 2005                                                | 2.477.998                    | 1.265.071                    | 9,38                      | 5,47                      | 378,44                      | 193,20                      | 1.171                             | 598                               |
| 2006                                                | 2.662.446                    | 1.304.892                    | 7,44                      | 3,15                      | 406,61                      | 199,29                      | 1.240                             | 612                               |
| 2007                                                | 2.961.409                    | 1.409.968                    | 11,23                     | 8,05                      | 452,27                      | 215,33                      | 1.367                             | 656                               |
| 2008                                                | 3.285.916                    | 1.516.024                    | 10,96                     | 7,52                      | 501,83                      | 231,53                      | 1.519                             | 701                               |
| 2009                                                | 3.570.148                    | 1.642.233                    | 8,65                      | 8,33                      | 545,24                      | 250,80                      | 1.651                             | 759                               |
| Tasa variación acumulativa media anual. 2009-1988 % |                              |                              | 8,41                      | 4,48                      |                             |                             | 8,32                              | 4,39                              |

Fuente: Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco.

Gráfico n.º 2. **EVOLUCIÓN DEL GASTO DEL SISTEMA SANITARIO DE EUSKADI (1987-2009)**  
(en miles de euros)

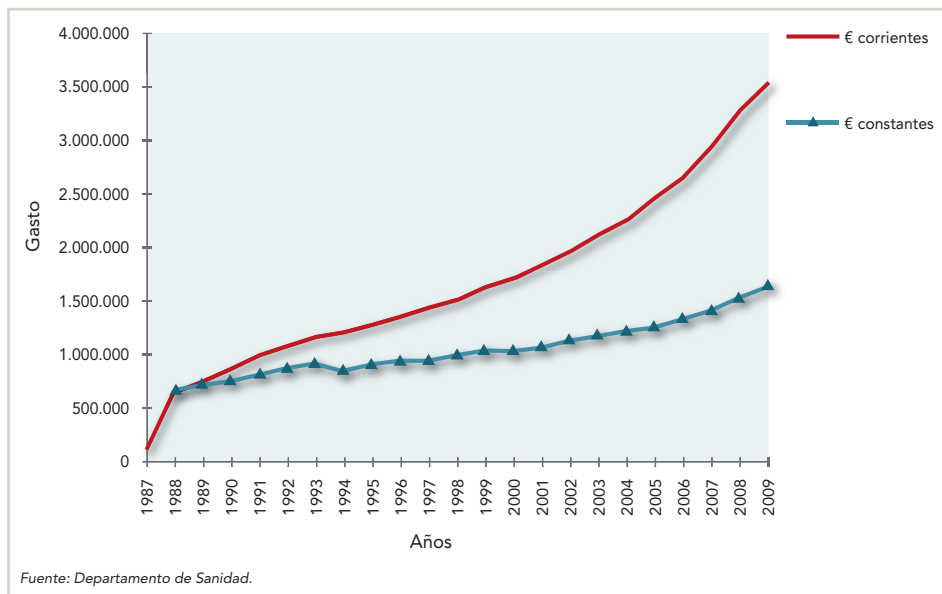
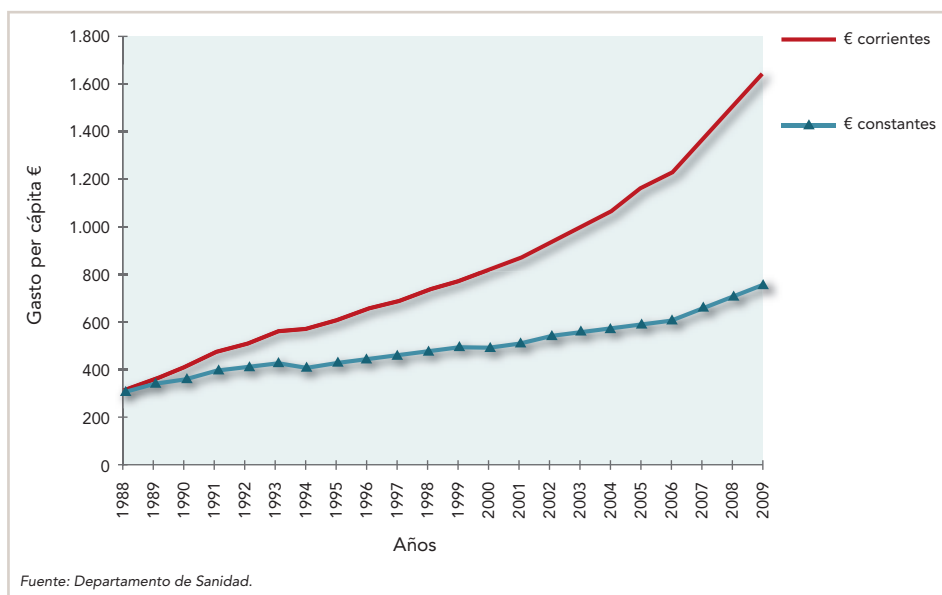


Gráfico n.º 3. **GASTO PER CÁPITA DEL SISTEMA SANITARIO DE EUSKADI (2009-1988)**



Cuadro n.º 4. **DISTRIBUCIÓN TERRITORIAL Y FUNCIONAL DE LA FINANCIACIÓN DE OSAKIDETZA.**  
**CONTRATO-PROGRAMA (1998-2008)**  
(en miles de euros y %)

|      | Total     | Araba | Bizkaia | Gipuzkoa | Supraterritoriales | Agudos | Media y<br>L/Estancia | Psiquiatría | Atención<br>primaria | Supraterritoriales | Total  |
|------|-----------|-------|---------|----------|--------------------|--------|-----------------------|-------------|----------------------|--------------------|--------|
| 1998 | 1.011.084 | 14,63 | 51,93   | 28,31    | 5,14               | 68,78  | 2,24                  | 5,11        | 18,74                | 5,14               | 100,00 |
| 1999 | 1.058.670 | 14,60 | 52,53   | 28,50    | 4,37               | 70,03  | 2,19                  | 5,05        | 18,36                | 4,37               | 100,00 |
| 2000 | 1.118.467 | 14,51 | 52,46   | 28,52    | 4,51               | 70,23  | 2,18                  | 4,98        | 18,10                | 4,51               | 100,00 |
| 2001 | 1.205.630 | 14,67 | 52,23   | 28,56    | 4,54               | 70,11  | 2,17                  | 5,06        | 18,12                | 4,54               | 100,00 |
| 2002 | 1.290.460 | 14,72 | 52,08   | 28,12    | 5,08               | 70,11  | 2,17                  | 5,03        | 17,60                | 5,08               | 100,00 |
| 2003 | 1.373.095 | 14,57 | 51,93   | 28,33    | 5,17               | 70,21  | 2,16                  | 4,95        | 17,51                | 5,17               | 100,00 |
| 2004 | 1.472.973 | 14,70 | 51,88   | 28,52    | 4,90               | 71,25  | 2,11                  | 4,87        | 16,86                | 4,90               | 100,00 |
| 2005 | 1.592.760 | 14,65 | 51,78   | 28,50    | 5,08               | 70,77  | 2,05                  | 4,71        | 17,40                | 5,08               | 100,00 |
| 2006 | 1.760.449 | 14,79 | 51,78   | 28,60    | 4,83               | 71,30  | 2,06                  | 4,65        | 17,16                | 4,83               | 100,00 |
| 2007 | 1.953.801 | 14,73 | 51,60   | 28,49    | 5,18               | 70,69  | 2,11                  | 4,61        | 17,41                | 5,18               | 100,00 |
| 2008 | 2.181.692 | 14,82 | 51,50   | 28,49    | 5,19               | 70,61  | 2,15                  | 4,53        | 17,52                | 5,19               | 100,00 |

Fuente: Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco.

En el año 2008, Osakidetza recibió financiación del Departamento de Sanidad por importe de 2.181,7 millones de euros a través de los Contratos Programa para la financiación de sus organizaciones de servicios sanitarios, Bizkaia recibió el 51,50% del total de la financiación, un 28,49% a Gipuzkoa y un 14,82% a Araba. El 5,19% restante se destinó a financiar las actividades de las organizaciones de servicios de carácter supraterritorial: Emergencias, Centro Vasco de Transfusiones y Organización Central de Osakidetza.

A nivel funcional, el 70,61% de la financiación se destinó a hospitales de agudos, el 17,52% a las comarcas de atención primaria, un 2,15% a hospitales de media y larga estancia, la psiquiatría (hospitales y centros de salud mental extrahospitalaria) obtuvieron el 4,53% de la financiación y finalmente, el 5,19% restante a las organizaciones de ámbito supraterritorial.

Por lo que hace referencia a la distribución del coste de los hospitales de agudos de Osakidetza por áreas de actividad durante el año 2008, los pacientes del área de hospitalización consumieron el 58,20% de los recursos hospitalarios totales; las consultas externas absorbieron el 11,98% del coste total y las urgencias no ingresadas el 6,60%; el 23,22% restante se consumió en actividades relacionadas con aquellos servicios exteriores que presta el hospital, entre las que se incluye la farmacia dispensada de forma ambulatoria.

Destaca que siete categorías diagnósticas mayores (CDM) del sistema de clasificación de pacientes GRD representan el 67,94 % de la actividad total y el 62,35% del coste total.

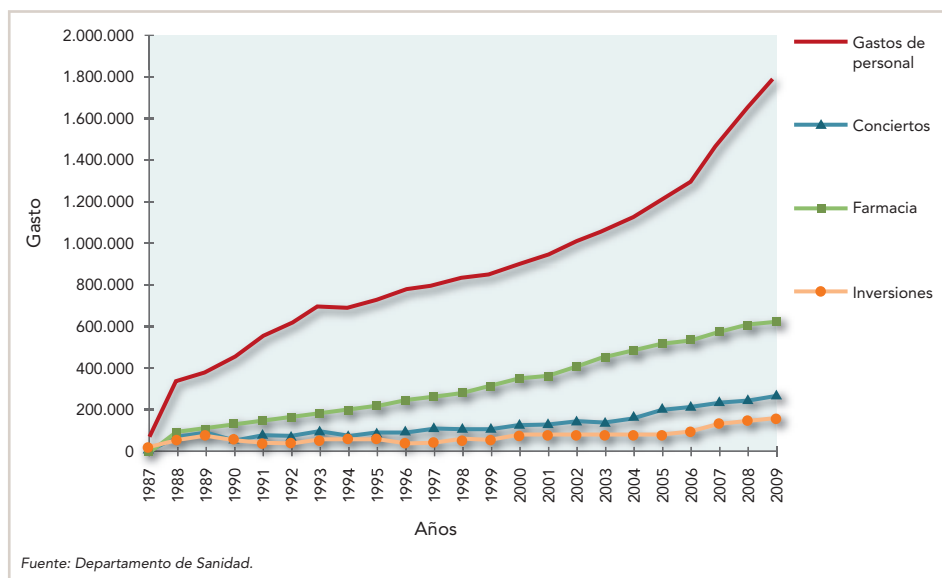
En cuanto a la tipología de pacientes y su distribución por grupos de edad, se observa que los pacientes mayores de 65 años han representado el 45% del total de altas en el año 2008 lo que viene a suponer el 52,15% del total de pesos de complejidad y el 52,7% de las estancias de los hospitales de agudos de Osakidetza; todo esto supone que generen el 47% del coste total. Como promedio un paciente mayor de 65 años presenta una complejidad media un 33% superior al de pacientes menores de 65 años, con una estancia media superior en un 36% y genera un coste al Sistema Sanitario de Euskadi superior en un 8% al coste medio unitario del resto de los pacientes.

Por lo que respecta a su clasificación económica, el gasto corriente supuso un 95,72% del total y los gastos de capital el 4,28%.

Mención especial merecen tres aspectos de gasto por lo que cada uno de ellos supone: los gastos de personal y de farmacia por la carga que suponen con respecto al global del sistema, y el gasto en conciertos sanitarios por lo que supone de elemento de debate político.

Por grandes partidas de gasto, observamos que los gastos de personal suponen el 50,32%, la farmacia el 17,50%, los conciertos el 7,20% y las inversiones el 4,27% del gasto total.

Gráfico n.º 4. **EVOLUCIÓN DE LAS GRANDES PARTIDAS DE GASTO DEL SISTEMA SANITARIO DE EUSKADI (1987-2009)**  
(en miles de euros)



Por lo que respecta al gasto total de personal en el Sistema Sanitario de Euzkadi, hemos de decir que en el año 2009 los gastos de personal de Osakidetza ascendieron a un total de 1751,3 millones de euros, lo que supone un 71,50% de su gasto corriente total. Hay que hacer notar la importancia de este gasto en el conjunto del sistema ya que el valor de un punto de desviación del mismo supone 17,5 millones de euros.

El número de personas en plantilla de Osakidetza ha pasado de las 18.110 en el año 1988 a las 23.146 del año 2008, un incremento de más de 5.000 personas en un periodo de 20 años.

En este apartado es necesario señalar aquellas cuestiones principales que han enmarcado la actividad y desarrollo del área de personal en el sistema; así podemos citar, desde la confluencia en una única red de personas provenientes de diferentes organizaciones con culturas y estilos de gestión diferentes pasando por el histórico acuerdo regulador de las condiciones de trabajo del año 1991, la apuesta en la Ley de Ordenación Sanitaria por la estatización del personal, la puesta en marcha en el año 2000 de Gizabide como nuevo modelo de gestión, la implantación de la jornada de 35 horas en el año 2001, el decreto de normalización del uso del Euskera y el Plan de Euskaldunización, el Decreto de puestos funcionales en el año 2005 y la implantación del desarrollo profesional de los profesionales de Osakidetza. Todo ello ha generado un marco de relaciones laborales que, a pesar de algunas circunstan-

cias difíciles que se han producido en todo este tiempo, puede considerarse bastante adecuado tanto desde el punto de vista retributivo y de las condiciones laborales del personal, con un 95% de la plantilla de carácter fijo, como desde el punto de vista de la implicación de los profesionales en el desarrollo de la actividad asistencial y que ha alcanzado unos niveles de realización tan elevados.

El gasto en conciertos con otras instituciones sanitarias ajenas al sistema sanitario público ascendió en el año 2009 a 256,9 millones de euros que suponen un 7,20% del gasto total.

La farmacia financiada por el Departamento de Sanidad supuso un gasto de 624,9 millones de euros, este gasto supone un 17,50% del total y para hacernos una verdadera idea de su dimensión e importancia hemos de señalar que el gasto del año 2009 en términos corrientes es siete veces el gasto del año 1988. Asimismo, se observa que para el período citado el número total de recetas dispensadas se ha duplicado sobrepasando los 41 millones en el año 2009, al igual que el número de recetas por persona, y que el gasto medio por receta se ha más que triplicado; esto viene a presentar una situación en la que el gasto por persona se ha multiplicado por siete.

En este ámbito es necesario indicar que la población pensionista representando un 19,5% de la población consume aproximadamente recetas por valor del 75% del coste total de la prestación farmacéutica a través de receta. Esto supone una importante variación con respecto al año 1990 en que las cifras eran del 12,59% y 69,48% respectivamente.

En los últimos años y tras la aplicación de los descuentos a la facturación y las sucesivas órdenes de precios de referencia se ha observado cierta contención en el incremento interanual del gasto en recetas de farmacia. No obstante, el contrapunto lo marca el hecho de que en esos mismos años el gasto en farmacia hospitalaria se ha elevado considerablemente, 5,8 veces en el periodo 1995-2009. En este sentido, si se suman los costes de las dispensaciones en oficinas de farmacia con las hospitalarias, la Farmacia supone un 23,04% del gasto total del Sistema Sanitario de Euskadi en el año 2009, si bien hay que indicar que en el año 2005 alcanzó su máximo con un 26,22% del total.

En el año 2009, el conjunto de gastos de personal y de farmacia dispensada a través de receta y de consumo hospitalario suponen 2.619 millones de euros, el 76,64% del gasto corriente total del Sistema Sanitario de Euskadi. Analizando la evolución con respecto al año 1988 (65,35%), hay que decir que su peso específico ha crecido 8 puntos.

Por lo que respecta a la evolución temporal, el gasto total en el periodo 2009-1988 ha crecido un 545,24 % en euros corrientes y un 250,80 en euros constantes; esto supone una tasa de variación acumulativa media anual del 8,41% y del 4,48% respectivamente. Este 8,41% supone una tasa de variación media anual para el periodo superior a la del PIB, 6,71%; esto viene a coincidir con los análisis de Cantarero (2006) para el caso europeo.

Conviene enfocar el análisis del gasto sanitario público con otra óptica para hacer justicia a un sistema que habitualmente siempre figura como un consumidor voraz de recursos, la de la riqueza o el impacto económico que aporta a la sociedad. Según López-Casasnovas (2005) centrar el análisis en las cuestiones de gasto del sistema sanitario puede hacernos perder la perspectiva de la eficiencia social. El foco de estudio adecuado para el análisis de la innovación sanitaria debe centrarse en el valor social de la salud ya que esta contribuye a incrementar el valor de la economía, por su influencia en la fuerza laboral y en la productividad del sistema económico, según lo que concluyó Robert Fogel (1993).

Según los datos facilitados por el Departamento de Sanidad, el Sistema Sanitario de Euskadi aporta 2.263 millones de euros o lo que es lo mismo un 3,43% del PIB, genera 45.305 empleos entre los directos y los indirectos lo que supone un 5% del empleo total en la CAPV y retornó 527 millones de euros a las haciendas forales vascas en término de impuestos recaudados, 1 de cada 6 euros destinados a sanidad.

### 3.5. Etapas en la evolución del gasto sanitario

Si analizamos cada uno de los periodos que hemos establecido al describir la evolución histórica, iniciando el análisis tomando como punto de partida el año 1988 observamos las siguientes cuestiones:

1. 1990-1988. En los primeros años tras la transferencia del Insalud, la tasa de variación media anual fue de un 14,81% en términos corrientes y un 8,05% en términos constantes con una variación media anual de los gastos de personal del 16,56% y de las inversiones del 14,64%; la farmacia creció a una media anual del 13,71% y, por el contrario, los conciertos bajaron un 13,73%. En dicho periodo el gasto nominal creció 3,17 puntos por encima de la variación media anual del PIB.
2. 1998-1991. Es la etapa en la que se aprueba Osasuna Zainduz y se empiezan a aplicar las medidas derivadas del mismo combinadas con importantes mejoras de la gestión, el gasto del Sistema Sanitario de Euskadi creció ligeramente por debajo del PIB, con una variación media anual del 6,51%, si bien hay que recordar que en este periodo hubo dos congelaciones salariales en los años 1994 y 1997; así los gastos de personal crecieron de media anual menos de un punto en relación al crecimiento del PIB. Es importante destacar que el gasto en farmacia creció 4 puntos por encima del crecimiento del PIB.
3. 2009-1998. Es la etapa más cercana al momento actual tras la aprobación de la LOSE, con un incremento medio anual del gasto superior al del PIB (8,00% frente 5,77%), si bien se pueden distinguir dos etapas intermedias: la primera en la que el gasto sanitario crece ligeramente por encima del PIB que va desde 1998 a 2005; la segunda que comprende los años 2005 y 2009 en la que la variación media anual del gasto sanitario es muy superior, en casi 6 puntos, a la del PIB. Esto es fruto de la combinación de dos factores, uno co-

rresponde al elevado incremento del gasto en este periodo, y el otro a la menor subida, incluso con descenso en el año 2009, del PIB.

En este periodo todas las partidas importantes de gasto crecen por encima del PIB, con diferenciales de 1,21 en el caso de la farmacia, de 4,6 en conciertos, de 6,78 en el caso de personal y de 19,83 puntos en el caso de las inversiones. En el caso de conciertos hay que tener en cuenta el convenio que se firmó con Lagunaro a tres años para la atención hasta el año 2008 de sus mutualistas por el hecho de haber perdido la condición de empresa colaboradora de la Seguridad Social en materia de asistencia sanitaria. En el ámbito de personal hay que considerar el impacto de la aplicación de la carrera profesional y del acuerdo de condiciones laborales.

### 3.6. Unas notas sobre la equidad y eficiencia del sistema

#### *Equidad*

La accesibilidad en atención primaria es crucial ya que constituye la puerta de entrada al conjunto del sistema. En relación con la evolución de la distribución territorial de las ratios del número de personas por cada médico general en el período 1985-2008, se ha producido una importante mejora superior al 30% en cada uno de los territorios, siendo más sustancial la mejora en Bizkaia; en términos comparativos, las diferencias interterritoriales con Araba se han reducido en un 1,12% en el caso de Bizkaia en el periodo 1985-2008 mientras que para el mismo periodo han aumentado un 0,95% en Gipuzkoa, si bien en el periodo 1985-2005 se habían reducido en un 2,06%. Quizás esta variación en el período 2005-2008 se deba a otros factores, como por ejemplo el sistema de provisión privada de la atención domiciliaria en Gipuzkoa con una mayor cobertura relativa que en el resto de territorios.

En lo que a desigualdades sociales en relación con la autopercepción del estado de salud, se observa que el estado de salud en el periodo 1992-2007 ha mejorado en los grupos sociales menos favorecidos tanto en hombres como en mujeres. El 6,5 % de los hombres de los grupos sociales menos favorecidos declaraba que su salud era mala o muy mala en el año 2007 frente a un 10,6% en el año 1992, la relación con respecto a los grupos más favorecidos ha mejorado en un 62,5% en el periodo de referencia; por lo que respecta a las mujeres, estos porcentajes pasan del 9% en 1992 a un 3,7% en 2007 habiéndose reducido en un 12% la diferencia en dicho periodo en relación con la percepción de los grupos sociales más favorecidos.

Los resultados obtenidos concuerdan con los presentados en un reciente estudio de Mackenbach *et al.* (2008), comparativo de las desigualdades sociales en salud en 22 países europeos. Asimismo, este estudio muestra que en el ámbito de desigualdades sociales en relación con la mortalidad por cualquier causa por nivel educativo para los datos del periodo 1996-2001, Euskadi presenta los niveles más bajos de desigualdad tanto en hombres como en mujeres.



## ***Eficiencia***

Para complementar esta visión de la equidad, vamos a presentar una serie de indicadores que muestran los elevados niveles de eficiencia productiva y de eficiencia económica conseguidos.

Para ello, hemos analizado la evolución de los siguientes indicadores: minutos por visita en atención primaria, estancia media, índice de ocupación, índice de rotación, procesos ambulatorizados y lista de espera quirúrgica en el caso de la eficiencia productiva y costes unitarios de la asistencia hospitalaria en el de la eficiencia económica.

En todos ellos según se observa en el cuadro se presentan unas mejoras sustanciales, destacando sobre todo los relativos a estancia media, procesos realizados en régimen de ambulatorización y lista de espera quirúrgica, lo que sitúa a la sanidad vasca en posiciones de vanguardia en el contexto europeo.

En un informe del Defensor del Pueblo (2003) sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud en el año 2001, se analizaban los tiempos medios de espera en los procesos más frecuentes por comunidades autónomas; excepto en la hiperplasia benigna de próstata, Euskadi era la única comunidad autónoma que figuraba en todos los procesos en el ámbito de menor tiempo de espera.

Según el último Informe sobre Listas de espera en el Sistema Nacional de Salud (2009) con datos relativos al año 2008, la demora media en el conjunto del Estado ascendía a 71 días; por tanto, Euskadi presenta un diferencial positivo de 19,1 días con respecto al Estado.

Por lo que respecta a los costes unitarios de los productos del área de hospitalización de los hospitales de agudos (peso GRD,<sup>3</sup> alta, consulta externa y urgencia no ingresada), hemos de anotar que si hacemos el análisis en términos constantes del año 1993, observamos que tanto los costes unitarios por alta y por consulta externa han disminuido un 11%, con variaciones medias interanuales negativas del 0,81% y 0,75% respectivamente y el coste unitario de la urgencia no ingresada se mantiene en las mismas cifras de dicho año de referencia.

En lo relativo a la complejidad, analizaremos dos periodos, 1993-1998 (PMC)<sup>4</sup> y 1998-2008 (GRD). Así, en el primer periodo se observa una disminución en el coste unitario por peso de intensidad relativa (PIR)<sup>5</sup> del 16% en términos corrientes.

<sup>3</sup> Peso GRD: Incorpora el valor esperado en cuanto a consumo de recursos utilizados en el tratamiento de un determinado grupo de pacientes en el sistema de clasificación de pacientes GRD.

<sup>4</sup> PMC: *Patient Management Categories*. Sistema de Clasificación de Pacientes desarrollado por un panel de médicos para la *Blue Cross of Western Pennsylvania* en el año 1985 y su mantenimiento y desarrollo fue gestionado por el *Pittsburgh Research Institute*.

<sup>5</sup> PIR: Puntos de Intensidad Relativa, representa la intensidad de recursos requerida para la gestión de los pacientes incluidos en una determinada categoría.

Cuadro n.º 5. **ÍNDICES DE FUNCIONAMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA Y HOSPITALES DE AGUDOS. OSAKIDETZA (1988-2008)**

|      | Minutos/Visita<br>M. General | Minutos/Visita<br>Pediatria | Estandia<br>media | Índice de<br>ocupación (%) | Índice de<br>rotación | %<br>Ambulatorización | Pacientes<br>L.E.O. | Días<br>Demora media | % Pacientes<br>> 3 meses |
|------|------------------------------|-----------------------------|-------------------|----------------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------|----------------------|--------------------------|
| 1988 | —                            | —                           | 10,3              | 79,2                       | —                     | —                     | —                   | —                    | —                        |
| 1989 | —                            | —                           | 10,3              | 76,7                       | —                     | —                     | —                   | —                    | —                        |
| 1990 | —                            | —                           | 10,1              | 76,4                       | —                     | —                     | —                   | —                    | —                        |
| 1991 | 5,60                         | 8,00                        | 9,5               | 76,0                       | —                     | —                     | —                   | —                    | —                        |
| 1992 | 5,57                         | 9,20                        | 9,1               | 75,0                       | 30,5                  | —                     | 16.825              | 142,5                | 61,3                     |
| 1993 | 5,80                         | 9,40                        | 8,4               | 78,0                       | 34,0                  | 6,59                  | 12.232              | 83,1                 | 30,7                     |
| 1994 | 6,20                         | 9,34                        | 7,8               | 78,2                       | 37,0                  | —                     | 12.837              | 63,3                 | 22,6                     |
| 1995 | 6,40                         | 9,30                        | 7,2               | 78,0                       | 39,5                  | 6,14                  | 13.848              | 65,7                 | 22,5                     |
| 1996 | 6,60                         | 9,40                        | 6,9               | 80,3                       | 42,5                  | 7,01                  | 14.416              | 65,7                 | 23,3                     |
| 1997 | 6,90                         | 9,60                        | 6,7               | 80,5                       | 43,7                  | 7,86                  | 13.384              | 55,5                 | 16,1                     |
| 1998 | 6,80                         | 9,50                        | 6,5               | 80,8                       | 44,9                  | 13,60                 | 14.198              | 58,2                 | 20,4                     |
| 1999 | 7,10                         | 9,80                        | 6,3               | 81,2                       | 46,4                  | 15,20                 | 13.845              | 55,8                 | 18,8                     |
| 2000 | 7,40                         | 10,40                       | 6,1               | 82,2                       | 48,1                  | 16,08                 | 14.225              | 57,1                 | 18,1                     |
| 2001 | 8,10                         | 10,80                       | 6,0               | 83,5                       | 48,5                  | 17,36                 | 13.538              | 53,7                 | 15,4                     |
| 2002 | 8,21                         | 10,42                       | 6,1               | 84,3                       | 45,4                  | 17,43                 | 13.576              | 55,2                 | 16,6                     |
| 2003 | 8,48                         | 10,47                       | 5,9               | 84,5                       | 46,6                  | 17,93                 | 13.759              | 53,8                 | 15,4                     |
| 2004 | 8,64                         | 11,26                       | 6,0               | 84,4                       | 46,2                  | 18,48                 | 15.906              | 56,1                 | 18,3                     |
| 2005 | 8,64                         | 10,79                       | 6,0               | 84,5                       | 44,8                  | 18,13                 | 15.706              | 55,2                 | 18,3                     |
| 2006 | 8,99                         | 11,12                       | 5,8               | 82,5                       | 46,3                  | 19,30                 | 15.944              | 51,4                 | 15,5                     |
| 2007 | 8,75                         | 10,90                       | 5,9               | 83,9                       | 47,0                  | 19,00                 | 16.086              | 53,0                 | 15,0                     |
| 2008 | 8,98                         | 11,14                       | 5,7               | 82,5                       | 48,5                  | 19,90                 | 14.866              | 51,9                 | 13,8                     |

Fuente: Osakidetza.

En el período 1998-2008, se observa que el coste por peso GRD varía en un 55% en términos corrientes y en un 11% en términos constantes, que traducido a variaciones medias interanuales supone un 4,5% y un 1,07% respectivamente.

Cooper *et al.* (2010) han estudiado el impacto de la competencia sobre la eficiencia de los hospitales en el National Health Service inglés desde el año 2006 y han obtenido unos resultados que sugieren que la competencia entre hospitales en mercados con precios fijados puede incrementar la eficiencia de los hospitales. Otros autores como Navarro (1995) apuntan a que la introducción del mercado en los sectores sociales no supone por sí solo la reducción de costes. González y Barber (1996) analizaron la eficiencia técnica de los hospitales públicos en el período 1991-1993 tras la introducción de los contratos-programa y observaron un incremento significativo en los niveles de eficiencia relativa de la mayoría de ellos.

En mi opinión, los resultados obtenidos en el ámbito de la eficiencia hospitalaria en el Sistema Sanitario de Euskadi derivan de la combinación del desarrollo de una gestión comprometida, tanto desde el impulso y el compromiso político como por la implicación por parte de los directivos y, por supuesto los profesionales, y de la implantación y desarrollo del Contrato-Programa que ha alineado la compra de servicios con los objetivos del Plan de Salud y ha desarrollado una adecuada política de precios fundamentada en dos principios básicos: precios básicos iguales para productos iguales y situar a todos los centros en una posición de partida similar.

Cuestión que merece especial consideración por su aspecto innovador, es que se aplican incentivos negativos por incumplimiento de los compromisos de calidad pactados con los centros asistenciales, entre otros la satisfacción del usuario, los re- ingresos, las listas de espera, la ambulatorización de intervenciones quirúrgicas, los cuidados de enfermería, el control de la infección nosocomial, la personalización de la asistencia, la información y el consentimiento informado; por otra parte, se incluyen criterios de calidad de determinados procesos singulares. El grado de cumplimiento de los compromisos tiene una repercusión económica directa sobre la financiación de los centros y parece que pueda ser una vía de profundización en la mayor implicación de los profesionales sanitarios en los ámbitos de la gestión.

De hecho, en ausencia de competencia, política de precios e incentivos por cumplimiento de la calidad parecen ser los únicos elementos de promoción de la eficiencia.

#### 4. BALANCE

La administración de la CAPV ha tenido históricamente una especial sensibilidad por la salud de la población y ha fijado la salud como objetivo estratégico y las políticas de salud como prioridad política. En este sentido, ha desarrollado un modelo de sanidad eminentemente público que es el servicio público mejor valorado y lo ha colocado en los primeros lugares del Estado.

La labor realizada en estos tres últimos decenios en el Sistema Sanitario de Euskadi se ha traducido en el logro de una alta valoración social y elevados resultados en niveles de salud y de rendimiento del sistema sanitario. Se han alcanzado unos elevados grados de equidad, eficacia y eficiencia, gracias al desarrollo precoz de una visión estratégica, con la puesta en marcha de reformas, combinándola con actuaciones en el nivel operativo de gestión.

Esta valoración se ha realizado tanto por la ciudadanía como por los agentes sociales externos al sistema lo que refuerza la credibilidad del diagnóstico positivo. La ciudadanía opina que el sistema sanitario es el servicio público que mejor funciona y que lo hace mejor que en el resto del Estado. Además con un menor nivel relativo de desigualdades sociales en materia de salud que en otros ámbitos geográficos.

En resumidas cuentas, que el Sistema Sanitario de Euskadi ha conseguido muy buenos resultados tanto desde el punto de vista de la equidad en el acceso y utilización de los servicios sanitarios por parte de su población como de la productividad del sistema en cuanto a actividad desarrollada con unos recursos dados y niveles obtenidos en cuanto a indicadores sanitarios, y todo ello con un elevado nivel de eficiencia y de valoración por parte de la ciudadanía vasca y con elevados reconocimientos en el ámbito de la calidad concedidos por organismos evaluadores independientes.

Si se observa el Programa del Gobierno vasco del año 1980 en materia sanitaria, se puede afirmar que los objetivos en él contenidos, que son los que han guiado la trayectoria del Sistema Sanitario de Euskadi, han sido satisfactoriamente alcanzados.

## 5. EL FUTURO

El reto que en estos momentos tiene el Sistema Sanitario de Euskadi es doble, por un lado adecuar su estructura organizativa y asistencial a lo que la nueva caracterización de enfermedades y tipología de pacientes requiere, manteniendo al mismo tiempo los estándares de cantidad y calidad logrados hasta el momento en la prestación de servicios y resultados y, por otra parte, hacer frente al inevitable incremento de gasto sanitario y conseguir la suficiente financiación para garantizar la sostenibilidad del mismo.

Es necesario preguntarse si el sistema tiene capacidad suficiente para influir sobre los principales generadores de coste: los profesionales, los pacientes, la industria farmacéutica; las dinámicas internas del propio sistema, las demandas sociales y las presiones derivadas de los objetivos políticos.

Por una parte, debemos tener en cuenta que la salud ha pasado de ser un bien de carácter preferente a un bien de consumo, con un alto grado de medicalización de la salud, que hará que su demanda se mantenga en los actuales parámetros o incluso

siga creciendo. Además, debemos tener en cuenta que las proyecciones de población apuntan a que en el año 2020 el 22,5% de la población será mayor de 65 años.

Por otra parte, es de esperar que el volumen de enfermedades crónicas ligadas no sólo al envejecimiento siga aumentando con lo que ello supone de un consumo creciente de recursos permanente que podrá variar en función de la estrategia de cuidados y de atención que se plantee.

Precisamente, son las tecnologías las que han crecido considerablemente en estos últimos años, no sólo las relativas a la actividad clínica sino también las de sistemas de información. Suponiendo unos importantes desembolsos no sólo la inversión inicial sino el mantenimiento de las mismas, en línea con lo apuntado por Ortún (1990) y Puig-Junoy (2009). El sistema sanitario es intensivo en el uso de mano de obra y tecnologías; además el incremento de costes en los últimos años no sólo ha venido derivado de la implantación de la alta tecnología sino también a la utilización de tecnologías de bajo coste pero de consumo elevado. Apoyarse en el futuro en las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación, podrá variar los parámetros de coste del sistema.

Llegados a este punto debemos preguntarnos cuál es el volumen de gasto necesario y suficiente para garantizar la sostenibilidad del Sistema Sanitario de Euskadi y si será posible hacer frente a las crecientes necesidades de financiación.

Precisamente en estos momentos de crisis económica es difícil dar una respuesta a la segunda cuestión, pero al margen de que los recursos destinados crezcan o no en los términos que lo hará el gasto, probablemente deban adoptarse otras medidas. En primera instancia, habrá que calibrar el impacto de las posibles nuevas medidas organizativas que se planteen, relacionadas con las prestaciones del sistema y con la forma de prestar las mismas, ya que el sistema goza en estos momentos de unas elevadas cotas de eficiencia que serán muy difíciles de mejorar de forma sustancial.

Por otra parte, deberemos plantear una reflexión objetiva sobre las prestaciones, técnicas y procedimientos que el sistema ofrece en estos momentos y su impacto real sobre el estado de salud de la población ya que no siempre es mejor hacer más. Hay que trabajar en el análisis de la adecuación de las indicaciones y profundizar en el análisis coste-efectividad de las actividades que desarrollamos para centrarnos en aquellas cuestiones que realmente aporten valor a la salud de los ciudadanos.

Como cuestiones específicas en la agenda de la política sanitaria, podemos referir la estrategia de atención a los enfermos crónicos y la de integración y continuidad de cuidados.

En el ámbito de los enfermos crónicos se plantea modificar el actual sistema de atención a los mismos promoviendo una proactividad mayor en la interacción y relación de los mismos con el sistema, un mayor cuidado de su salud, una detección

más temprana, una protección frente a la progresión de la enfermedad y un control continuo para evitar reagudizaciones y complicaciones; se pretende mantener a este tipo de pacientes en su domicilio, y evitar hospitalizaciones innecesarias y costosas de manera que se mejore su calidad de vida.

La integración asistencial pretende introducir cambios organizativos que reorienten el sistema asistencial hacia modelos más integrados, que se adapten mejor a los distintos perfiles de necesidades de los pacientes; en definitiva como una estrategia de continuidad asistencial centrada en el paciente que, además, incremente la eficiencia del sistema.

En definitiva, dos grandes retos en cuanto a innovación aplicada al sistema de salud que deberán ser pilares del gran reto del sistema en el siglo XXI, el de la sostenibilidad.

Aunque los tres retos expuestos no son contradictorios entre sí. Si atendemos a los tres componentes que intervienen en el sistema: personas, estructura organizativa-procesos y tecnología, podemos concluir que para garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario, preservando sus principios, deberemos seguir aplicando la innovación de manera permanente.

Porque no hemos de olvidar que el sistema sanitario ha estado permanentemente en crisis, de escasez de recursos en algunos casos, de crecimiento en otros y de sostenibilidad como en el momento actual; en cada una de estas fases se han ido aplicando reformas organizativas y productivas que han servido para reajustar el modelo y mantenerlo en el tiempo en una permanente situación de equilibrio inestable. Bien es cierto que, unido a esto, no se ha aplicado el enfoque adecuado ante determinadas cuestiones relacionadas con la eficacia y la eficiencia del sistema, como la introducción y el uso adecuado de las tecnologías, el uso racional del medicamento, la coordinación de todas las estructuras organizativas así como una mayor implicación de los profesionales en la gestión. Son todos ellos factores que inciden en el devenir de la salud del paciente y de la colectividad, auténticos objetivos últimos del sistema.

Son cuestiones que han estado en el discurso de los agentes del sistema históricamente, si bien es cierto que no se han afrontado de una manera decidida y se ha seguido funcionando, en muchos casos, con esquemas organizativos segmentados pese a todos los grados de avance conseguidos. Pero el futuro nos demanda otras perspectivas y métodos organizativos. En mi opinión, hemos de aplicar una vez más la innovación organizativa con el mismo nivel de dinamismo con el que se introducen las innovaciones técnicas y tecnológicas pero lo hemos de hacer en términos de «innovación *disruptiva*» tal y como plantean Christensen *et al.* (2006), cuyo postulado explicita la exigencia de prácticas de gestión diferentes para gestionar bien este tipo de innovación.

Ante este reto nos encontramos con un sistema con estructuras físicas, organizativas y humanas poco flexibles y con un sistema de producción complejo.

En cualquier caso el futuro problemático que se atisba requiere nuevas fórmulas organizativas centradas en la tipología de pacientes y la medicina personalizada y cada vez lo exige a una mayor velocidad.

Otra línea de actuación, de gran importancia, será el desarrollo de una política efectiva de prevención y de promoción de la salud, aspectos estos que como no tienen un reflejo en resultados a corto plazo no se afrontan con la suficiente energía y recursos, pero que en el fondo son las actuaciones que en el largo plazo pueden tener un mayor impacto en el estado de salud de la población. En esta línea es recomendable comenzar a introducir el enfoque de salud en todas las políticas aplicando la evaluación de impacto en salud, Lalonde (1974) y Marmot (2006) y concienciar al conjunto de la sociedad para que asuma responsabilidades sobre su salud a través del autocuidado y de la puesta en práctica de unos estilos de vida más saludables.

Para ello, estas líneas de actuación deberán establecerse y llevarse a la práctica sobre la base del consenso político con el que se acordó el actual sistema y deberá incorporar la participación, el esfuerzo e implicación de los principales agentes del sistema: la ciudadanía y los profesionales.

Esperemos que dentro de otros 30 años podamos presentar un balance tan satisfactorio como el conseguido durante estos tres últimos decenios.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CANTARERO, D. (1996): «Determinantes del gasto sanitario: un análisis empírico para el caso europeo», Documentos EEE 228, Fedea.
- CHRISTENSEN, C.; BAUMANN, H.; RUGGLES, R. Y SADTLER, T.M. (2006): «Innovación disruptiva para el cambio social», *Harvard Business Review. América Latina*, diciembre 2006. Reimpresión r0612e-e, Harvard Business School Publishing Corporation.
- COOPER, Z.; GIBBONS, S.; JONES, S. Y MCGUIRE, A (2010): «Does Hospital Competition Improve Efficiency? An Analysis of the Recent Market-Based Reforms to the English NHS», CEP Discussion Paper No 988, June 2010, Centre for Economic Performance, The London School of Economics.
- DEFENSOR DEL PUEBLO (2003): «Listas de espera en el Sistema Nacional de Salud», Madrid: [www.defensordelpueblo.es](http://www.defensordelpueblo.es)
- DEPARTAMENTO DE HACIENDA Y FINANZAS (1990): *10 años de Gobierno Vasco. Las políticas de gasto público 1981-1989*, Servicio Central de Publicaciones, Gobierno Vasco, Vitoria-Gasteiz.
- DEPARTAMENTO DE SANIDAD Y SEGURIDAD SOCIAL (1982): *Mapa Sanitario de la Comunidad Autónoma Vasca*, Servicio Central de Publicaciones, Gobierno Vasco, Vitoria-Gasteiz.
- DEPARTAMENTO DE SANIDAD Y CONSUMO (1990): *Política de salud para Euskadi: 2000-Euskadiraiko osasun politika: 2000*, Juan María Fdz. de Gamarra Betolaza (coord.), Servicio Central de Publicaciones, Gobierno Vasco, Vitoria-Gasteiz
- 1990: *Informe de gestión 1987-1990*, Gobierno Vasco, Vitoria-Gasteiz.
- DEPARTAMENTO DE SANIDAD (1993): *Osasuna Zainduz: Estrategias de Cambio para la Sanidad Vasca*, Servicio Central de Publicaciones, Gobierno Vasco, Vitoria-Gasteiz.
- 2007: *Informe sobre la Sanidad Pública Vasca*, Departamento de Sanidad, Vitoria-Gasteiz.
- 2007: *Encuestas de Salud 1987, 1992, 1997, 2002, 2007*, Servicio Central de Publicaciones, Gobierno Vasco, Vitoria-Gasteiz
- EUROSTAT: «Health Statistics», <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/introduction>
- EUSTAT (1984-2008): «Estadísticas sobre Población, Cuentas Económicas y Salud», [http://www.eustat.es/idioma\\_c/ci\\_ci/indice.html](http://www.eustat.es/idioma_c/ci_ci/indice.html)
- FOGEL, R.W. (1993): «Economic growth, population theory, and physiology: the bearing of long-term processes on the making of economic policy». Nobel lecture, [http://nobelprize.org/nobel\\_prizes/economics/laureates/1993/fogel-lecture.pdf](http://nobelprize.org/nobel_prizes/economics/laureates/1993/fogel-lecture.pdf)
- GONZÁLEZ, B. Y BARBER, P. (1996): «Changes in the efficiency of Spanish Public hospitals after the introduction of program-contracts», *Investigaciones Económicas*, XX, 3: 377-402.
- LALONDE, M. (1974): *Nouvelles perspectives de la santé des canadiens*, Ministère de Santé Nationale et du Bien-être Social, Ottawa.
- LÓPEZ-CASASNOVAS, G.; RIVERA, B. Y CURRAIS, L. (eds.) (2005): *Health and Economic Growth: findings and policy implications*, Massachusetts Institute of Technology.
- MACKENBACH, J.P. et al. (2008): «Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries», *New England Journal of Medicine*, 358: 2468-81.
- MARMOT, M. Y WILKINSON, R.G. (eds.) (2006): *Social determinants of health* (second edition), Oxford University Press.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL (2008): *Estadísticas Sanitarias*, Sistema de Información Sanitaria del Sistema Nacional de Salud.
- NAVARRO, V. (1995): «El debate sobre la separación entre las funciones de financiación y provisión en el Estado del Bienestar y su relevancia para España», *Gaceta Sanitaria*, 9: 202-209.
- OECD (2010): *Source OECD. OECD Health Data 2010*.
- ORTÚN, V. (1990): «Incorporación de los criterios de eficiencia económica a las decisiones clínicas», *Información Comercial Española*, mayo-junio: 117-129.
- OSAKIDETZA/SERVICIO VASCO DE SALUD (1984-2008): *Memorias anuales*, Osakidetza, Vitoria-Gasteiz.
- PUIG-JUNOY, J. Y PUIG, R. (2009): *El impacto de la demografía sobre el gasto sanitario futuro de las CCAA*, Fundación Pfizer, David Casado (coord.).