

2.6.- O SECTOR SANITARIO PRIVADO na Comunidade Autónoma de Galicia

Este capítulo sobre o sector sanitario privado na Comunidade Autónoma de Galicia estrutúrase nos seguintes apartados:

2.6.1.- A delimitación do sector sanitario privado en Galicia.

2.6.2.- O gasto sanitario.

2.6.3.- O gasto sanitario das familias a partir da Enquisa de presupostos familiares.

2.6.1.- A delimitación do sector sanitario privado en Galicia

O debate sobre a participación do sector privado nun sistema, como o español, no que predomina tanto a propiedade como a provisión e o financiamento públicos, non é un tema nin novo nin orixinal no noso entorno. Sen embargo, os termos nos que se sitúa o debate actual si están dotados dalgunha novidade, a pesar de que as ideas son, en certa medida, importadas dos aires de reforma xerencial (*public managerialism*) procedentes do exterior.

Nun sistema nacional de saúde cunha provisión maioritariamente pública, como o español, un dos elementos principais do debate céntrase nos déficits de eficiencia do sistema vixente, do que as súas causas atribúense, principalmente, á insuficiente competencia na contratación da provisión de servizos sanitarios e ó alto grao de complexidade acadado polas organizacións burocráticas. Neste sentido, a introducción dun ente institucional con capacidade axeitada para actuar de comprador de servizos plantéxase como un instrumento cunha capacidade axeitada para paliar boa parte dos problemas creados pola falla dun sistema xerador de sinais, tal e como pode se-lo mercado.

Nese contexto, o comprador de servizos sanitarios público ou privado, con ou sen ánimo de lucro, actúa coma un axente dos usuarios, colocándose nunha situación privilexiada para reclama-la mellora das condicións económicas e establece-las necesarias garantías de calidade dos produtos ofrecidos polos provedores dos

Cadro 2.6.1.

Presuposto inicial, liquidación presupostaria e gasto real do Sergas 1995-97: distribución por capítulos

(en miles de pesetas)

	Presuposto inicial	%	1997		Desviacións presupostarias					
			Liquidación presupostaria	Gasto real	1995		1996		1997	
					LP/PI(1)	GR/PI(2)	LP/PI(1)	GR/PI(2)	LP/PI(1)	GR/PI(2)
Operacións correntes										
Capítulo 1	256.569.375	93,9	258.544.457	259.561.550	105,6	100,2	102,5	100,6	100,8	101,2
Capítulo 2	127.287.229	46,6	126.980.129	126.938.933	98,3	98,4	104,2	104,1	99,8	99,7
Capítulo 4	68.687.846	26,1	69.534.506	70.063.163	118,8	97,7	99,7	92,9	101,2	102,0
	60.594.300	22,2	62.029.822	62.559.454	106,5	107,1	102,4	103,1	102,4	103,2
Operacións de capital	16.393.729	6,0	14.610.945	14.538.723	77,2	76,3	89,3	87,8	89,1	88,7
Capítulo 6	16.243.729	5,9	14.324.068	14.381.558	74,4	74,0	87,6	87,5	88,2	88,5
Capítulo 7	150.000	0,1	286.877	157.165			251,4	117,2	191,3	104,8
Operacións financeiras	165.000	0,1	531.385	531.385	566,9	566,9	192,2	192,2	322,1	322,1
Capítulo 8	165.000	0,1	531.385	531.385	566,9	566,9	192,2	192,2	322,1	322,1
Servicio Galego de Saúde	273.128.104	100,0	273.686.787	274.631.658	103,2	98,2	101,8	100,0	100,2	100,6

(1) % liquidación presupostaria/presuposto inicial

(2) % gasto real/presuposto inicial

Fonte: elaboración propia a partir de Sergas. División de Recursos Económicos

bens e servizos sanitarios. Co recoñecemento da existencia de incertidume, imperfeccións e asimetrías de información, permiten considerar positiva a presenza desta terceira instancia compradora de servizos sanitarios que medie entre os intereses contrapostos de demandantes e oferentes.

Sen embargo, o sistema sanitario español ten suficientes elementos peculiares que fan complexo o trasvase directo de medidas correctoras directamente importadas coa etiqueta da súa suposta eficacia. Con todo, a separación de funcións non se cuestiona na actualidade, pero os modelos nos que se incorpora esta idea son diversos e cunhas características diferenciadas.

Nese sentido, pódese cita-la existencia de, polo menos, catro formas de modelización distintas. A primeira sería a dun modelo compatible cun sistema nacional de saúde centralizado; a segunda recollería o caso extremo dun sistema de libre competencia entre aseguradoras privadas, exclusivamente. Claramente, os elos intermedios están constituídos por modelos que incorporan a figura dun ente institucional con diferentes graos de autonomía e competencias á hora de comprar servizos sanitarios. Por tanto, as alternativas terceira e cuarta estarían formadas por dous modelos intermedios, que incorporan a figura dun comprador público institucional con diferentes competencias e peso no conxunto do mercado.

No modelo posto en práctica polo Sergas ou o Insalud-Xestión directa o financiador coincide co modelo no que o planificador actúa de maneira centralizada. O financiamento privado do sistema limítase ás vontades dos demandantes de servizos non contemplados na cobertura pública; os servizos concurrentes cos ofrecidos polo sistema público, pero que algúns usuarios prefiren obter dos recursos privados e os servizos privados adquiridos polo sistema público como complemento da súa oferta. Desafortunadamente, a práctica puxo de manifesto que con esa forma de actuación

do ente público non se poñen en marcha suficientes incentivos á eficiencia e resulta extremadamente complexo establecer mecanismos eficaces de control do gasto.

Cabe recordar aquí –véxase ó respecto o comentario realizado con anterioridade ó cadro 2.2.7. para o Insalud-Xestión directa– que, entre 1986 e 1994, as desviacións presupostarias, é dicir, as diferencias entre o gasto previsto e o liquidado, foron a norma e non a excepción, cuns ratios que acadaron valores de dous díxitos ó longo de todo o período sinalado. A maior desviación rexistrouse en 1993, cun 15,26% do presuposto inicial. En Galicia, a partir de 1995, como se aprecia no **cadro 2.6.1.**, as limitacións financeiras establecidas nos Consellos de Política Fiscal y Financiera de 21/09/94 e de 21/11/97 e a disciplina presupostaria do Sergas situaron as desviacións presupostarias nuns ratios que poden ser calificados de aceptables, en comparación con cifras pasadas, posto que o valor máis alto da desviación global, que corresponde a 1995, acada o 3,2% do presuposto inicial.

Co obxecto de contribuir desde a xestión ó mantemento do modelo actual de financiamento sanitario público, introducíronse os contratos-programa, que permiten dispor de instrumentos efectivos para a separación das funcións de provisión e financiamento. Para o éxito deste plantexamento é fundamental unha distribución de riscos entre as partes contratantes, non necesariamente contrapostas, que establecen condutas de acordo con funcións obxectivo e prioridades distintas.

A incorporación da figura do comprador de servizos presenta á súa vez dúas modalidades. Por unha banda, o modelo baseado na actuación do comprador público que se ocupa de estudar-lo mercado de provedores e negocia-las condicións e os prezos dos servizos.

Por outra banda, o modelo baseado na figura do administrador directo dun fondo

Cadro 2.6.2.

Distribución provincial da actividade e facturación de hospitalización e consultas en centros concertados 1996-97

	A Coruña			Lugo			Ourense			Pontevedra			Galicia		
	1996	1997	97/96	1996	1997	97/96	1996	1997	97/96	1996	1997	97/96	1996	1997	97/96
Ingresos pago por estadia	6.956	5.753	-17,3	2.707	2.664	-1,6	3.011	3.255	8,1	13.125	13.329	1,6	25.799	25.001	-3,1
Estadías	119.555	103.725	-13,2	30.291	27.850	-8,1	24.074	23.863	-0,9	183.521	164.684	-10,3	357.441	320.122	-10,4
Primeiras consultas	3.231	3.569	10,5	1.284	1.203	-4,8	15.315	15.514	1,3	38.468	67.145	74,5	58.278	87.431	50,0
Consultas sucesivas	3.076	3.357	9,1	868	900	3,7	24.515	29.289	19,5	101.002	154.051	52,5	129.461	187.597	44,9
Procesos cirúrxicos	4.286	5.637	31,5	n/d	n/d	n/d	1.784	2.073	16,2	3.440	2.508	-27,1	9.510	10.218	7,4
Intervencións ambulatorias	2.202	2.084	-5,4	1.780	1.631	-8,4	722	796	10,2	4.113	6.305	53,3	8.817	10.816	22,7
Urxencias non ingresadas	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	9.471	9.810	3,6	38.172	42.970	12,6	47.643	52.780	10,8
TAC (1)	285	1.284	350,5	116	158	36,2	71	109	53,5	1.376	2.383	73,2	1.848	3.934	112,9
RM (1)	1	n/d	n/d	22	n/d	n/d	40	70	75,0	1.401	7.386	427,2	1.464	7.456	409,3
Cardioloxía intervencionista	55	21	-61,8	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	315	2.250	147,5	964	2.271	136,6
Litotricias	n/d	n/d	n/d	7	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	291	291	-7,6	322	291	-9,6
Medicina nuclear	6.540	7.069	8,1	2.749	3.228	17,4	252	225	-10,7	6.703	7.750	15,6	16.444	18.272	12,5
Radioterapia (2)	1.498	1.531	2,2	566	656	15,9	153	187	22,2	1.025	536	-47,7	3.242	2.910	-10,2
Quimioterapia (2)	1.229	1.649	34,2	489	423	-13,5	29	39	34,5	1.723	810	-12,0	2.470	2.921	18,3
Cirurxía cardíaca	32	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	335	488	45,7	367	488	33,0

(1) actividade pagada a través das Direccións Provinciais do SERGAS

(2) procesos

Fonte: elaboración propia a partir de Sergas, Subdirección Xeral de Planificación Sanitaria e Aseguramento

Cadro 2.6.3.

Facturación anual do Sergas por actividades concertadas 1997

(en miles de pesetas)

	A Coruña		Lugo		Ourense		Pontevedra		Galicia	
	Facturación	97/96	Facturación	97/96	Facturación	97/96	Facturación	97/96	Facturación	97/96
Hospitalización e consultas	2.694.550	-1,4	462.425	-5,1	1.451.726	7,4	8.648.077	7,5	13.256.778	5,1
Dialísis	858.260	9,4	286.488	7,9	95.287	14,8	381.130	12,1	1.621.165	10,0
Rehabilitación	41.126	17,4	15.033	7,9	30.848	48,8	138.981	16,8	225.988	19,8
Transporte sanitario (2)	489.682	22,5	342.025	64,9	446.775	12,3	850.026	22,0	2.128.608	25,0
Ortopedia (3)	212.605	29,9	93.107	-11,4	114.697	-42,2	201.477	-37,8	621.862	0,3
Oxigenoterapia	499.959	52,0	177.160	15,7	169.703	6,7	218.440	22,6	1.065.336	30,1
Total prestacións	4.796.182	8,9	1.376.238	11,5	2.309.036	4,5	10.438.131	7,6	18.919.737	8,6

(2) en ambulancias; empresas concertadas e con autorización de uso

(3) extrahospitalaria; ortopedíases e vehículos

Fonte: elaboración propia a partir de Sergas, Subdirección Xeral de Planificación Sanitaria e Aseguramento

que, na versión británica, coincide con determinadas asociacións de profesionais sanitarios. Estes administradores ocúpanse de xestionar o fondo e adquirir servizos doutros provedores para garantir a asistencia global dos seus asociados. O financiamento resólvese mediante as aportacións dos integrantes do fondo.

Finalmente, nun sistema de competencia entre aseguradoras privadas, estas operan no mercado para conseguir maiores cotas e fixar os prezos. O financiamento é mixto: por unha parte, hai unha prima que garante un catálogo de prestacións básicas e, por outra, cóntase cunha prima adicional para completar o catálogo anterior. Segundo este sistema, a primeira póliza financiaríase publicamente e a prima adicional sería financiada de forma privada e con carácter voluntario.

Características do sector

Estes modelos de plantexamento sanitario son os que contribuíron ó desenvolvemento da rede do sector sanitario privado de Galicia, do que as súas características fundamentais son as seguintes:

a) Sector concertado. O sector sanitario privado mantén concertos tanto con institucións públicas como con entidades privadas. Entre elas cabe destacar os que mantén, por un lado, co Sergas, a Consellería de Sanidade e Servizos Sociais, as mutualidades obrigatorias de funcionarios (Muface, Mugeju e Isfas), entre as institucións públicas, as mútuas patronais de accidentes de traballo, como asociacións, autorizadas e tuteladas polo Ministerio de Traballo co único obxecto de que colaboren na xestión das ditas continxencias e, por outro lado, coas entidades de seguros sanitarios privados (Asisa, Sanitas, Adeslas e outras).

No que se refire ós concertos do sector privado co Sergas, dispónse de información dos mantidos en hospitalización e consultas, diálise, rehabilitación, transporte, orto-

pedia e osíxenoterapia. Os concertos do sector sanitario privado acadaron o 6,9% no ano 1996 e o 7,0% no ano 1997 sobre o total do gasto sanitario público.

A actividade concertada de **hospitalización e consultas**, como se pode apreciar no **cadro 6.2.2.**, supuxo durante 1996, entre outras, a realización de 8.817 intervencións ambulatorias, 367 de cirurxía cardíaca e 187.739 consultas. Como se pode apreciar no dito cadro, entre 1997 e 1996 rexistráronse taxas de crecemento significativas en case a totalidade das actividades concertadas, reducíndose, unicamente, as correspondentes a ingresos con pago por estancia, as propias estancias, as litotricias e a utilización de radioterapia.

En 1997, ver **cadro 2.6.3.**, a actividade de hospitalización e consultas concretouse na realización de 10.816 intervencións ambulatorias, cunha taxa de crecemento anual do 22,7%; 488 intervencións de cirurxía cardíaca, cunha taxa de variación anual do 33%; e 275.028 consultas, que experimentaron un crecemento anual do 46,5%. A facturación en 1997 supuxo, aproximadamente, 13.257 millóns de pesetas, o que significa un crecemento anual do 5,1%.

En 1997, a actividade concertada de **diálise** supuxo a realización de 111.743 sesións, cun crecemento anual do 3,5 por cento, que implicaron unha facturación de 1.621 millóns de pesetas, rexistrando un crecemento anual do 10 por cento.

As sesións de **rehabilitación** realizadas en 1997 acadaron a cifra de 346.280, supoñendo un incremento anual do 7%, cunha facturación duns 226 millóns de pesetas, que implica unha taxa de crecemento anual do 19,6%.

En 1997, o **transporte sanitario** acadou unha facturación de 2.128,5 millóns de pesetas, mentres que a facturación de 1996 foi de 1.701,6 millóns de pesetas, o que representa un crecemento anual do 25,1%.

A facturación por **ortopedia** concertada pasou de 620,3 millóns de pesetas, en 1996, a 621,9 millóns en 1997, o que supón unha taxa de variación anual do 0,3%.

Finalmente, a facturación dos servizos concertados de **osíxenoterapia** pasou de 818,6 millóns de pesetas en 1996 a 1.065,3 millóns de pesetas en 1997, cun crecemento anual do 30,1%.

O **total de prestacións concertadas** acadou, en 1997, unha facturación de 18.919 millóns de pesetas, o que supuxo unha taxa de crecemento anual do 8,6%. No que respecta á distribución provincial deste crecemento, a facturación na Coruña creceu a un ritmo do 8,9% anual, Lugo rexistrou unha taxa de crecemento do 11,5%, Ourense, do 4,5%, e, finalmente, Pontevedra, un 7,6% de incremento anual.

b) Aseguradoras privadas. O papel que xogan as entidades de seguros sanitarios privados no sector sanitario é crecentemente importante. O acceso ás mesmas realízase de forma individual ou familiar, a través das mutualidades públicas ou mutualidades de funcionarios (Muface, Mugeju e Isfas) ou mediante a contratación de pólizas de seguro colectivas con empresas privadas.

No que se refire ás mutualidades públicas, as características principais do aseguramento sanitario en Galicia non ofrecen unhas prestacións diferentes ás do conxunto do Sistema Nacional de Saúde. A distribución poboacional do aseguramento en Galicia corresponde en, aproximadamente, un 94,2 % –equivalente a uns 2,572 millóns de persoas–, á asistencia sanitaria proporcionada polo Sergas; o 5,8% restante, equivalente a unhas 160.000 persoas, corresponde nun 59,5 % a Muface, un 31,2 % a Isfas, un 6,9 % a Mupal e o resto a Mugeju.

As aseguradoras privadas posúen a súa propia rede asistencial de medicina ambulatoria, concertos con centros hospitalarios e centros propios. En Galicia, hai un 4,5%

de cidadáns con dobre cobertura, dereito a prestacións do sistema público coincidente cun seguro privado, unha porcentaxe menor que o 7% rexistrado na Comunidade de Madrid, por exemplo.

Nos últimos anos, conséntase un crecemento do número de pólizas, así como do volume de ingresos das aseguradoras privadas. Malia que existe un gran número de entidades competindo no mercado, o 70% dos asegurados pertencen tan só a dúas delas, Sanitas e Asisa, co acumulan o 80% da recadación total en concepto de primas. En Galicia destaca tamén a presenza de Adeslas.

c) Hospitais privados. En 1996, os hospitais privados, con e sen ánimo de lucro, dispoñían de 3.151 camas hospitalarias, o que supoñía un 28% do total de camas instaladas en Galicia; en 1997, o número de camas foi de 3.123, o que se traduciu nunha lixeira redución do ratio de participación no total, que se situou no 27,8%. Estes datos se recollen no **cadro 2.6.4.**

En Galicia, hai un total de 41 centros privados, dos cales 38 se consideraban, pola súa dependencia patrimonial, privados non benéficos e 3 correspondían á categoría de privados benéficos. Por provincias, na Coruña había 14 centros privados non benéficos e 2 privados benéficos; en Lugo, 3 centros privados non benéficos; en Ourense, 5 centros privados non benéficos; e en Pontevedra, 16 centros privados non benéficos e 1 centro privado benéfico.

d) Medicina privada. Un sector do que non se dispón practicamente de información é o das consultas e clínicas privadas, cunha diversidade de prestación de servizos sanitarios, como análises clínicas, rehabilitación, odontoloxía, oftalmoloxía, laserterapia e outras.

En definitiva, produciuse un cambio notable na natureza do sistema sanitario co traslado das concepcións de seguro obliga-

Camas hospitalarias instaladas en Galicia e taxas por 1000 habitantes 1996-97: distribución segundo dependencia funcional

Cadro 2.6.4.

	Camas			Camas/1.000 habs.		
	1996	1997	97/96	1996	1997	97/96
Públicos	8.109	8.118	0,1	2,97	2,97	0,0
Sergas	7.366	7.391	0,3	2,70	2,70	0,0
Outros Públicos	743	727	-2,2	0,27	0,26	-3,7
Privados	3.151	3.123	-0,9	1,15	1,14	-0,9
Total	11.260	11.241	-0,2	4,12	4,11	-0,2

(1) inclúe hospitais privados con e sen ánimo de lucro

Fonte: elaboración propia a partir de Xunta de Galicia, Catálogo de Hospitais 1997

torio de enfermidade ata a actual referencia en forma do sistema nacional de saúde e, xunto a esta evolución de concepto subxacente, prodúcense variacións organizativas que acadan tamén ás fontes financeiras do sistema. Na actualidade presérvase a cota maioritaria de financiamento a partir das fontes de ingresos fiscais e a aportación que provén dos presupostos xerais do Estado pasa a se-lo concepto de maior peso específico.

Ademáis da cobertura dos gastos sanitarios proporcionados pola rede asistencial pública, os usuarios do sistema sanitario poden necesitar dalgunhas prestacións que lles supoñan a realización de pagos persoais. Os consumos de medicamentos están garantidos sen cargo algún só para os pensionistas e xubilados. O resto dos medicamentos e outros produtos de farmacia subvencionados implican un pago dun *tiquet moderador* que na actualidade se situa, en moitos casos, no 40% do importe do produto.

En conxunto, o gasto privado, entendido como a suma dos pagos efectuados polas familias e as entidades sen ánimo de lucro, supón aproximadamente o 30% do gasto sanitario global. Este gasto privado inclúe tanto os pagos directos (por compras en farmacia, en consultas privadas, hospitalizacións e probas diagnósticas) como os de tipo indirecto (primas satisfeitas pola compra de pólizas de seguros sanitarios).

Finalmente, desde unha perspectiva de creación e mantemento do emprego, aínda a pesar das limitacións das fontes de información estatística para o sector privado, cabe afirmar que, no período de estudio, se observa unha tendencia crecente na contratación de recursos humanos no sector sanitario privado galego, se ben nunha menor medida que no sector público e cunha modalidade de contratación característica do sector privado, que é a da **colaboración**, modalidade que se rexistra especialmente no colectivo de médicos. O mesmo sucede no resto do Estado.

2.6.2.- O gasto sanitario privado

Este epígrafe está adicado ó análise da información oficial sobre a estrutura do gasto sanitario financiado privadamente en España. Debido á falta de información territorial desagregada, asúmese como un indicador representativo, en liñas xerais, do gasto efectuado na comunidade autónoma de Galicia. Para formar esa estrutura inclúense como gasto sanitario privado tódolos pagos realizados de forma directa polos individuos co obxecto de consumir bens e servizos sanitarios. Así mesmo, inclúense os gastos realizados para o aseguramento de posibles contingencias en saúde, é dicir, os gastos en seguros voluntarios realizados directamente con cargo ó presupuesto das familias.

Na actualidade, a única información estatística oficial existente para estudia-lo

Cadro 2.6.5.**Distribución do gasto sanitario privado**

Capítulo de gasto	Gasto total (1)	Gasto medio por fogar (2)	Gasto medio por persoa (2)
Medicamentos subvencionados	40.387	3.547,5	1.049,2
Medicamentos non subvencionados	97.020	8.587,0	2.520,4
Outros produtos de farmacia	88.750	7.855,0	2.305,6
Material terapéutico subvencionado	10.785	954,6	280,2
Material terapéutico non subv.	57.209	5.063,4	1.486,2
Servicios médicos (Med. xeral)	7.482	662,2	194,4
Servicios médicos (Med. espec.)	80.001	7.080,7	2.078,2
Radioloxía e laboratorio	7.905	699,6	205,3
Outros servicios médicos	11.724	1.037,7	304,6
Servicios de dentista	218.570	19.345,0	5.678,0
Servicios hospitalarios	30.536	2.702,7	793,3
Primas de seguros privados	82.020	7.259,4	2.130,7
Outros gastos non desglosables	2.983	264,0	77,5
Total	735.372	65.085,8	19.103,6

(1) en millóns de pesetas correntes

(2) en pesetas correntes

Fonte: Encuesta de presupuestos familiares 1990/1991, INE. Elaboración propia.

Cadro 2.6.6.**Distribución do gasto sanitario privado total e per cápita**

Capítulo de gasto	Gasto total (1)		Gasto medio por fogar (2)		Gasto medio por persoa (2)		Porcentaxes sobre o gasto sanitario total		Frecuencias de gasto cero	
	1980/1981	1990/1991	1980/1981	1990/1991	1980/1981	1990/1991	1980/1981	1990/1991	1980/1981	1990/1991
Medicamentos e outros produtos de farmacia	84.070	294.151	8.386,0	26.034,5	2.267,0	7.641,6	40,6	40,0	nd	41,5
Servicios médicos	59.775	140.630	5.963,0	12.442,9	1.602,0	3.653,5	28,9	19,1	nd	74,5
Extrahospitalarios	52.770	110.094	5.264,0	9.744,2	1.423,0	2.860,0	25,5	14,9		
Hospitalarios	7.005	30.536	699,0	2.702,7	189,0	793,3	3,4	4,2		
Servicios de dentista	34.785	218.570	3.470,0	19.345,0	938,0	5.678,0	16,8	29,7	nd	81,7
Primas de seguros	28.371	82.020	2.830,0	7.259,4	765,0	2.130,7	13,7	11,2	nd	89,7
Total	207.001	735.372	20.649,0	65.085,8	5.582,0	19.013,6	100	100		28,9

(1) en millóns de pesetas correntes

(2) en pesetas correntes

Fonte: Encuesta de presupuestos familiares 1990/1991, INE. Elaboración propia.

gasto sanitario privado en España é a que proporciona o Instituto Nacional de Estadística na Enquisa de Presupuestos Familiares (EPF)¹. A partir da información proporcionada pola EPF obtéñense trece capítulos distintos de gasto sanitario, tal e como se reflicte no **cadro 2.6.5.**, que ofrecen as estimacións do gasto total, así como as do gasto medio por persoa e fogar.

O nivel de desagregación utilizado permite valorar con precisión estatística e conceptual os capítulos do gasto segundo correspondan ós consumos realizados en artigos comercializados nas oficinas de far-

macia, os pagos realizados polos servicios médicos recibidos e os gastos en seguros, como recolle o **cadro 2.6.6.**

En canto ós servicios médicos, a información permite distingui-los servicios de dentista dos demais. A realización desta desagregación responde tanto á importancia económica deses servicios como ó seu tratamento xenérico derivado da non inclusión da maior parte da atención bucodental na cobertura pública.

Como se pode apreciar no **cadro 2.6.5.**, segundo o gasto declarado na EPF realiza-

da en 1990/1991, o gasto sanitario medio por persoa foi de 19.103,6 pesetas, o que supón unha cifra promedio de 65.085,8 pesetas por fogar.

Os medicamentos e produtos farmacéuticos representan o 40,2% da factura sanitaria dos fogares españois, mentres que o gasto en dentista é o 29,9%. A prevención de riscos mediante compañías aseguradoras de natureza privada supón para as familias españolas, aproximadamente, o 11,2% do seu gasto sanitario.

Non obstante, é importante precisar que o volumen de familias que non declaran gasto é importante: dous de cada tres familias enquisadas declaran algún tipo de gasto sanitario; sen embargo, cando se descende na desagregación segundo capítulos de gasto atopamos cifras moito máis elevadas. Neste sentido, o 60% das familias pagaron por algún produto expendido nas oficinas de farmacia; nembargantes, únicamente o 25% pagaron por servizos médicos, e só o 20% da poboación declara ter consultado ó dentista con cargo ó presuposto.

Outra información ofrecida no **cadro 2.6.5.** é a que se refire á noción de complementariedade do gasto. Neste sentido manéxanse dous grupos de gasto: o gasto concurrente e o non concurrente. Un gasto recibe o calificativo de concurrente cando se refire a un ben ou servizo sanitario cuberto polo sistema público. Neste caso, o gasto realízase acudindo ó sistema privado e é un gasto que poidera ter sido evitado.

O gasto non concurrente é o realizado en contraprestación a un servizo recibido desde o sistema privado por razón da súa non inclusión na póliza do seguro público e gratuito.

A evidencia² dispoñible pon de manifesto que o individuo decide utiliza-lo sistema privado por razóns diversas, entre as que sobresaen o custe de oportunidade atribuí-

do ó tempo de espera, a valoración dos elementos de hostelería e as demandas crecentes de comodidades e de aumento do tempo dedicado ó trato persoal.

A evolución da importancia do gasto privado analízase mediante a comparación de dúas fontes homoxéneas, como son as estimacións deducidas das enquisas de presupostos realizadas en 1980/1981 e 1990/1991, como amosa o **cadro 2.6.6.**

Ademais das estimacións dos gastos inclúense tamén as porcentaxes de familias que declaran ter realizado o gasto, o que induce a unha primeira valoración en termos de desigualdade no acceso ó sistema sanitario. A principal modificación na estrutura do gasto sanitario apréciase nos servizos médicos. Globalmente, a cifra dedicada presenta un lixeiro aumento en termos porcentuais sobre o gasto sanitario privado total, do 45% en 1980/1981 ó 49% en 1990/1991.

Sen embargo, os servizos de dentista supoñen un incremento de 12 puntos porcentuais na factura sanitaria das familias, ó pasar do 16,8% ó 29,9%, mentres que os gastos derivados das consultas médicas, hospitalizacións e probas diagnósticas descenden do 28,7% ó 19,2%.

Nos últimos trinta anos produciuse un xiro considerable nas responsabilidades financeiras do sistema sanitario en España. A asistencia sanitaria prestada pola Seguridade Social, xa sexa directamente ou ben pola vía dos concertos con entidades privadas, estaba financiada na súa maioría polas cotizacións sociais. En 1960, as cotizacións supoñían o 90% do financiamento de dita asistencia sanitaria.

A Lei 49/1998, de 30 de decembro, de Presupostos Xerais do Estado para 1999, prevé a asunción polo Estado da totalidade da financiación da asistencia sanitaria, a través do presuposto do Insalud, suprimíndose a referencia á aportacións proceden-

Cadro 2.6.7.

Gasto medio sanitario por fogar 1985-1995

	(en pesetas)	Participación no gasto total medio por fogar (%)		
	Gasto medio por fogar	1985	1990	1995
Total grupo 5	83.934	2,11	2,39	2,94
Medicinas e outros produtos farmacéuticos	19.729	0,52	0,56	0,69
Medicinas	13.494	0,41	0,35	0,47
Medicamentos con subvención	3.577	0,15	0,14	0,13
Medicamentos sen subvención	9.917	0,26	0,21	0,35
Outros produtos farmacéuticos e de hixiene	6.236	0,15	0,21	0,22
Aparellos terapéuticos e outro material	9.603	0,28	0,30	0,34
Aparellos terapéuticos con subvención	392	0,04	0,01	0,01
Aparellos terapéuticos sen subvención	9.211	0,24	0,29	0,32
Servicios médicos e outros servicios sanitarios	41.202	0,96	1,25	1,44
Servicios médicos	16.613	0,40	0,47	0,58
Servicios de dentistas	22.932	0,53	0,74	0,80
Servicios de enfermeiras e outros sanitarios	1.657	0,03	0,04	0,06
Coidados en hospitais e asimilados	2.596	0,05	0,04	0,09
Seguros contra accidentes e de enfermidade	10.770	0,24	0,24	0,38
Gastos non desglosables	33	-	-	-

Fonte: elaboración propia a partir de INE, Encuesta de Presupuestos Familiares 1990/1991

tes de cotizacións sociais. Con iso prodúcese a desvinculación total da Seguridade Social no plano financeiro.

En Galicia, o gasto sanitario representa, aproximadamente, o 7% do PIB, porcentaxe similar á do estado español. Ese gasto finánciase maioritariamente por parte do sector público e, o resto, con cargo ó sector privado. A proporción do gasto total que se financia publicamente creceu desde pouco máis da metade, na década dos sesenta, ata o 80%, na década dos oitenta. Esta proporción estabilizouse nos derradeiros anos, tal como se reflicte na información proporcionada no capítulo 2.4. do presente informe.

A tradución do volume das actividades productivas sanitarias en termos de gasto tamén mereceu neste informe unha análise desde a dimensión temporal, ver capítulo 2.4., que puxo de manifesto que detrás do crecemento do gasto sanitario nominal atópanse factores asociados ás variacións dos

prezos, a demografía e a forma e intensidade no uso dos recursos que, á súa vez, están supeditadas á propia organización da súa provisión e financiamento.

2.6.3. O gasto sanitario das familias a partir da Enquisa de presupostos familiares

As diferentes partidas de gasto recollidas nos cuestionarios das Enquisas de Presupuestos Familiares (EPF) codifícanse utilizando unha adaptación da clasificación internacional de bens e servicios, que serve para a presentación do Consumo Final Privado por funcións da Contabilidade Nacional. Esta clasificación contén no seu grupo 5: Servicios médicos e gastos sanitarios, diversas categorías xerarquizadas, mediante as que se identifican os distintos bens e servicios de consumo para a satisfacción directa das necesidades sanitarias da poboación. Existen, obviamente, outras actividades de consumo relacionadas indi-

rectamente con este campo, das que o caso máis claro é o dos gastos en alimentación, dos que a súa explotación permite a realización dos estudos de nutrición, de gran interese para o seguimento do estado de saúde da poboación.

Na información relativa a ese grupo 5, ponse de manifesto de maneira particular a orientación da EPF á satisfacción de obxectivos informativos múltiples. Por unha banda, para actualizalas ponderacións base do sistema IPC ou para desenvolver aplicacións relacionadas coa Contabilidade Nacional (CN) o que interesa medir é o dato agregado relativo a un dominio territorial completo. Por outra banda, a EPF permite estudar o comportamento do gasto sanitario en relación coas diferentes características de cada unidade última, fogares e persoas, tal e como son o nivel e orixe dos ingresos, o tipo de fogar, o nivel de estudos, a relación coa actividade, entre outras variables demográficas e socioeconómicas de gran importancia para a identificación de obxectivos e o seguimento do impacto das políticas neste campo, así como para o coñecemento das necesidades da poboación polo sistema nacional de saúde.

Desde a perspectiva da CN, a análise da sanidade como unha actividade económica iníciase, igual que ocorre en calquera outro sector productivo, co estudio do Valor Engadido Bruto (VEB). A partir deste indicador, co desglose informativo que figura no esquema adxunto, obtense que as actividades incluídas no sector sanitario de Galicia xeraban, en 1996, un 6,8% do VEB de Galicia a prezos correntes. Deste ratio, o 86,5% do gasto sanitario correspondía a asistencia sanitaria e os 13,5 puntos restantes, a outros gastos, que inclúen servizos xerais, investigación, docencia e investimentos.

Respecto á asistencia sanitaria, 2,7 puntos porcentuais correspondían a aparellos e equipos; 17 puntos, a produtos de farmacia; 50 puntos porcentuais, a sanidade non destinada á venda; e 17 puntos, a sanidade

destinada á venda³. Desde unha perspectiva do financiamento do gasto, ese 6,8% do VEB de Galicia era financiado en, aproximadamente, un 80% polo sector público e o 20% restante, polo sector privado.

No caso concreto da CN, a utilización do dato obtido nas EPF obriga, en principio, a que o montante observado se aproxime ó concepto de consumo final privado, que é o agregado que constitúe o obxectivo contable. Pero o consumo final se compón a súa vez do gasto de consumo efectuado polos fogares, en forma monetaria ou non monetaria, para a satisfacción directa das súas necesidades, máis as chamadas transferencias sociais en especie, que son a parte dos gastos efectuados polas administracións públicas e as institucións privadas sen fins de lucro en bens e servizos que non ten carácter colectivo, proporcionados ós fogares.

O fogar receptor non efectúa un gasto de consumo, como por exemplo ó recibir unha atención hospitalaria gratuita da Seguridade Social, pero, lóxicamente, a valoración deste servizo é unha parte importante do consumo final privado. Plántase, pois, o problema de medición, a través das EPF, do gasto sanitario con fines de CN. Normalmente, a alternativa elixida consiste en limitarse a recoller a información sobre o gasto de consumo sanitario, dada a gran dificultade de valorar a nivel de fogar (ou persoa) as transferencias en especie no campo da sanidade.

A valoración desta compoñente do consumo deberase realizar, *a posteriori*, a través de fontes administrativas, podendo complementarse con información obtida nas propias Enquisas de Presupostos Familiares ou outras enquisas de fogares sobre as características dos usuarios do sistema nacional de saúde, número de consultas, pernoctacións en hospitais, parte do gasto de consumo efectuado polo fogar en medicamentos e servizos subvencionados e outros métodos.

Non obstante, hai que ter en conta que o estudio do nivel de vida dos fogares, reflectido a través do seu esforzo no cuidado da saúde, pode quedar desvirtuado se se elixe a óptica do consumo incluíndo o valor das transferencias en especie, especialmente no caso das persoas maiores, cun gran consumo sanitario debido as súas características vitais, o que repercutiría nunha sobrevaloración do seu nivel de vida.

Outro elemento de gasto a ter en conta é o efectuado en seguros sanitarios. O gasto en seguros sanitarios que recollen as EPF fai referencia ós seguros do ramo non vida (accidentes, enfermidade) de carácter non obligatorio, e tamén aquí resulta imposible na práctica adaptarse completamente á noción de consumo final de CN posto que isto obrigaría, no caso das primas de seguros, a recoller só a parte que é remuneración do servizo e non a que se adica a reservas técnicas do asegurador privado.

As EPF deben recoller, por razóns prácticas, a totalidade da prima, o que tamén repercute na forma de evaluar o gasto total do fogar nestes servizos. En efecto, para evita-la dobre contabilización na eventualidade dun sinistro, os gastos nos que incurrir o fogar, para ser sumables co valor das primas, deberanse considerar netos, é dicir, descontando as indemnizacións da entidade aseguradora.

As consideracións realizadas anteriormente respecto ó seguimento do gasto sanitario nas EPF revelan diferencias conceptuais e metodolóxicas que separan o dato observado nas EPF das cifras obtidas pola CN. Sen perder de vista estas diferencias, o estudio a través das EPF da estrutura e evolución do gasto sanitario, por grupos sociais e por territorios, proporciona estatísticas e indicadores sociais de primordial importancia para o sistema de información sanitaria.

Segundo a Enquisa Continua de Presupostos Familiares do INE, recollida no

cadro 2.6.7., o gasto dos fogares en sanidade suporía en 1985 un 2,11% do gasto total medio por fogar, pero a súa importancia no presuposto do fogar ven crescendo ata supoñer practicamente un 3% do gasto total en 1995, pasando polo 2,39% en 1990.

Das 83.934 pts de gasto sanitario medio por fogar en 1995, practicamente a metade, 41.202 pts, adicaronse a servizos médicos e outros servizos non hospitalarios, e algo menos da cuarta parte a menciñas e outros produtos farmacéuticos (19.729 pts), incluíndo o gasto en produtos subvencionados e non subvencionados, do que o seu desglose ofrece a enquisa. Como é natural, a importancia do gasto en hospitais é moito menor pola forte participación da prestación gratuita destes servizos.

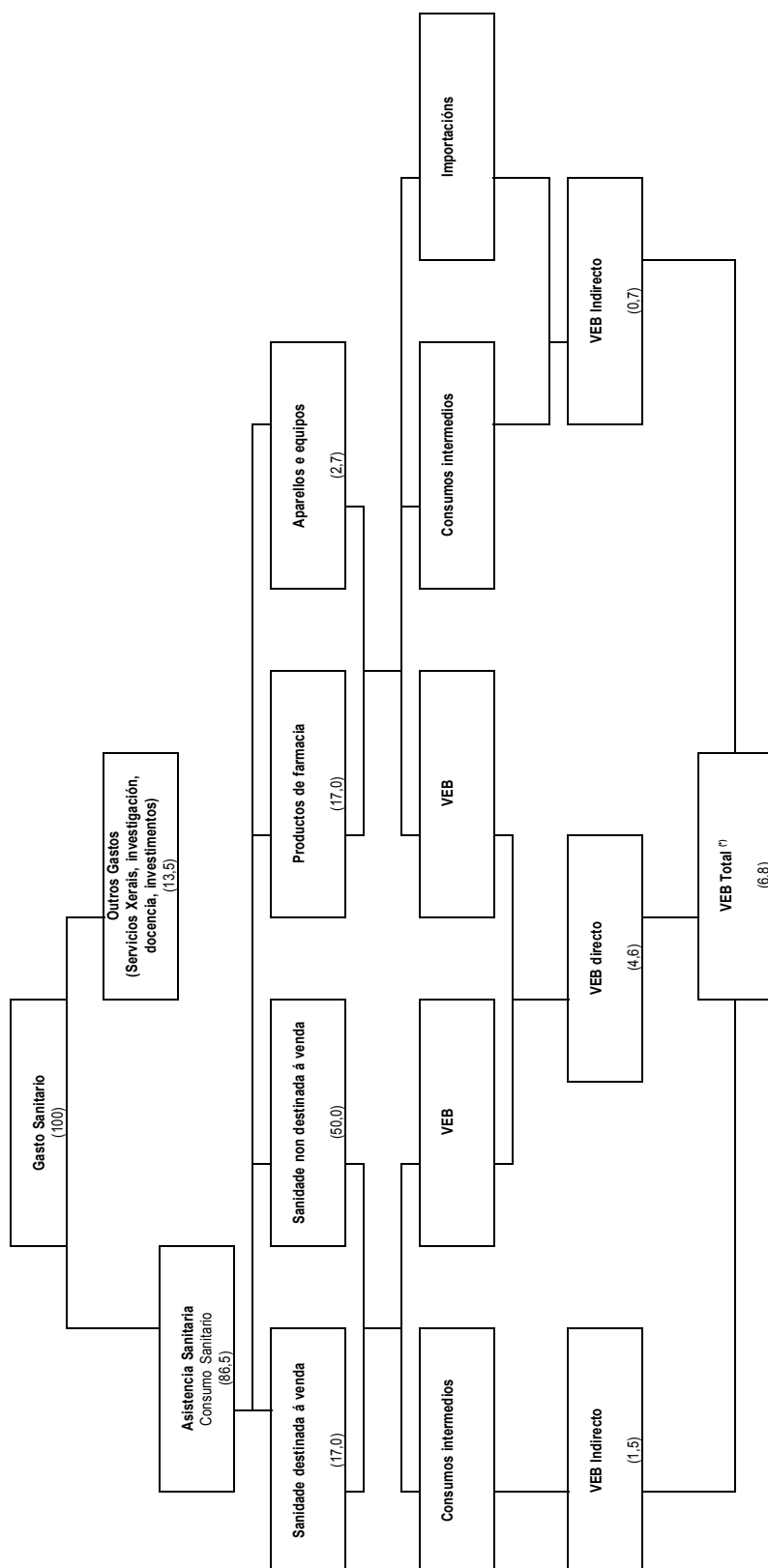
Destaca a crecente importancia dalgúns gastos no presuposto sanitario do fogar, que reflicte por unha banda a evolución do sistema de protección social español, e, por outra banda, a influencia de diferentes factores sociais que se manifestan no nivel de vida da poboación. É o caso, por exemplo, do gasto en servizos de dentista, que supón xa en 1995 un 27% do gasto sanitario do fogar, tendo duplicado, desde 1985, a súa participación no gasto total medio dos fogares. Tamén aumentou a importancia relativa no presuposto total do fogar das compras de medicamentos non subvencionados e as primas de seguros non obrigatorios de accidentes e enfermidade, reflexo dunha tendencia que moi probablemente se manterá no futuro. ■

NOTAS DO CAPÍTULO 2.6.

1 A Encuesta de Presupuestos Familiares realizada entre 1990 e 1991 ofrece información dos denominados, na nomenclatura do INE, "gastos médicos e en servizos de saúde". A enquisa fai referencia a unhas 30.000 familias españolas. Neste sentido os gastos sanitarios corresponden aos realizados polos integrantes das familias enquisadas e os seus resultados foron elevados ao conxunto da poboación española residente. A mostra utilizada é de 21.155 fogares pertencentes a todo o territorio nacional. Debido a algúns erros atopados na análise dos datos utilizados procedeuse a

Cadro 2.6.8.

Relación do gasto sanitario e a actividade económica en Galicia



(1) ratio porcentual sobre o VEB total da economía galega en 1996

Fonte: elaboración propia a partir de INE, Contabilidad de España, base 1986; INE, Tablas Input-output INE, e IGE, Taboas Input-output

imputar un gasto máximo de 120.000 ptas. por persoa naqueles casos nos que o gasto declarado per cápita en concepto de seguro privado superaba a cifra mencionada.

² RODRÍGUEZ, M., MURILLO, C. e CALONGE, S. (1993): Evolución de la cuantía y la natureza del gasto sanitario privado en la década de los ochenta, Hacienda Pública Española. Monografías, I/1993, páxinas 143-152.

³A separación informativa entre sanidade destinada á venda e non destinada á venda é unha distinción realizada polo INE, que resulta un tanto confusa por canto se refire, únicamente, á titularidade xurídica dos establecementos sanitarios (AAPP por unha banda, e o resto de institucións por outra banda), sen reflectir a existencia ou non dunha contraprestación económica dos usuarios pola utilización dos servizos sanitarios. Neste sentido, os concertos do SERGAS con establecementos privados dan lugar a un tipo de prestacións que non son satisfeitas polos usuarios, posto que non hai venda ao consumidor, pero que ao ser facturadas ao sector público inclúense como sanidade destinada á venda. Tamén se inclúe neste mesmo grupo a produción dos centros privados sen ánimo de lucro, aínda cando non cobren os seus servizos aos usuarios.