

# **Análisis económico-funcional del sistema sanitario de la Comunidad Autónoma del País Vasco**

*El presente artículo describe el sistema sanitario del País Vasco enmarcándolo entre los diferentes modelos sanitarios existentes en los países del área. Pasa después a analizar las causas que subyacen en el crecimiento de los diferentes tipos de asistencia sanitaria y que incidirán en la demanda futura. El núcleo central del trabajo se dedica a evaluar los recursos empleados y los outputs obtenidos —mediante indicadores— en las seis grandes funciones en que se han dividido los servicios sanitarios: asistencia hospitalaria, extrahospitalaria, farmacia, etc. Por último, se realiza una estimación del gasto total sanitario en la C.A.P.V. y su financiación. Se incorporan unos interesantes cuadros donde se puede apreciar el tipo de financiación de cada función sanitaria y el papel que desempeñan el sector público y privado en los diferentes campos sanitarios.*

*Euskal Herriko osasunketa-sistema deskribatzen da artikulu honetan, bere inguruko herrialdeetan dauden sanitate-eredu desberdinen artean ahokatu. Ondoren, osasun-asistentzi mota desberdinen hazkundearen azpian dautzan eta etorkizuneko eskarian intzidituko duten kausak aztertzer pasatzen da. Lan honen ardatza edo muina, osasun-zerbitzuak banatu diren sei funtzio handietan (hots: ospitale-asistentzia, ospitaleez kanpoko asistentzia, farmazia, etab.etan) erabilitako baliabideak eta adierazleen bitartez lortutako outputs-ak abalutzera dedikatzen da. Eta azkenean, E.H.K.A.ko osasun gastu guztiaren eta bere finantzaketaren estimazio bat egiten da. Lagungarri modura, koadro interesgarri batzuk ere sartzen dira, non hauteman bait daiteke osasun-funtzio bakoitzaren finantzaketa-mota, eta sektore publikoak eta pribatuak sanitate-arlo desberdinetan betetzen duten funtzioa ere.*

*This article describes the health care system in the Basque Country within the framework of the different health care models existing in other countries in the area. An analysis is made of the causes underlying the growth of different types of health care services with a view to understanding their impact on future demand. The central point of the article is to evaluate the resources used and outputs obtained —as measured through indicators— of the six major functions into which health care services are divided: hospital, outpatient, pharmaceutical, etc. Finally, an estimate is made of the total cost of health care in the Basque Autonomous Community and of its financing. Included are several interesting tables showing the type of financing behind each health care function and the role played by the public and private sectors in the different areas of health care.*

- 1. Marco del análisis**
- 2. Sistemas sanitarios en los países de la O.C.D.E. y C.A.P.V.**
- 3. Condicionantes socio-demográficas**
- 4. Oferta y demanda efectiva de la asistencia sanitaria**
- 5. Financiación del sistema sanitario y destino funcional**
- 6. Algunas conclusiones**

**Fuentes utilizadas**

**Anexo Estadístico**

Palabras clave: Sistema sanitario en la CAPV, financiación del sistema sanitario.  
Nº de clasificación JEL: H51, I1, I18, R13.

Que la salud es el bien más deseado por la población, es una aseveración, casi seguro, cierta, pero de momento en la Comunidad Autónoma del País Vasco (C.A.P.V.) nos mantenemos a unos niveles de deseo moderados, según se deduce de lo que nos esforzamos en conseguirla. Medido en términos económicos, la C.A.P.V. destinó, en el año 1987, un 6,1 % de su PIB a gasto sanitario convencional. En los países de la O.C.D.E. la media en el año 1984 era el 7,2 %, por lo tanto, nos encontramos a un punto de diferencia y a la misma altura que el conjunto del Estado.

En este trabajo unimos las piezas que componen el mosaico de la financiación del sistema sanitario y establecemos la cuantía económica que destina la C.A.P.V. al mantenimiento de la salud. Dentro de las seis grandes funciones sanitarias en que hemos clasificado los recursos económicos consumidos, destaca la asistencia sanitaria, que representa el 76,2 % del total del gasto sanitario. Esta razón nos ha inducido a

incluir una somera descripción de la actividad desarrollada en la asistencia hospitalaria y extrahospitalaria y de sus principales indicadores. Con el fin de enmarcar todo ello, se incluyen las principales normas que regulan el sistema sanitario, así como comparaciones con otros países.

## **1. MARCO DEL ANÁLISIS**

La todavía reciente Ley General de Sanidad (L.G.S.), de 25 de abril de 1986, ordena el sistema sanitario del Estado, asegurando el derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 de la Constitución, en la cual se fijan como principales actuaciones de las Administraciones Públicas Sanitarias, las siguientes:

- La promoción de la salud.
- La promoción individual, familiar y social por la salud mediante la adecuada educación sanitaria de la población.

- Garantizar acciones sanitarias dirigidas a la prevención de las enfermedades y no sólo la curación de las mismas.
- Garantizar la asistencia sanitaria en todos los casos de pérdida de salud.
- Promover las acciones necesarias para la rehabilitación funcional y reinserción social del paciente.

Y establece cuatro niveles de competencias:

- Para el Estado se reserva la Sanidad Exterior y los Acuerdos Sanitarios Internacionales.
- A las Comunidades Autónomas se les asigna las reconocidas en sus estatutos y otras delegadas por el Estado. En la práctica detentarán, como es el caso de la C.A.P.V., la casi totalidad de las competencias sanitarias.
- La Administración Local, el control sanitario del medio ambiente, industrias, ruidos, vibraciones, instalaciones, edificios, distribución y suministros de alimentos, bebidas.
- Y a la Alta Inspección, las funciones de garantía y verificación del cumplimiento de las competencias estatales y de las CC.AA. en materia de Sanidad, de acuerdo con lo establecido en la Constitución y en las leyes.

Este ordenamiento vertebró el sistema sanitario en torno a los gobiernos de las Comunidades Autónomas, racionalizando la dispersión de competencias y organismos existentes hasta la fecha.

Aparte, la L.G.S. reconoce el libre ejercicio de las profesiones sanitarias de acuerdo con lo establecido en los artículos 35 y 36 de la Constitución.

Recientemente el Gobierno Vasco ha recogido, con las transferencias habidas en el año 1988, la mayor parte de las competencias del sistema sanitario que son reconocidas en el ordenamiento propuesto para el Sistema de Salud del Estado, y que a su vez eran contempladas en el Estatuto de Autonomía, en su artículo 18.

En la C.A.P.V. los efectos del nuevo marco legal se han traducido en una paulatina concentración en

manos del ejecutivo autonómico de la asistencia sanitaria; como se puede apreciar en la resumida secuencia, que recoge los principales hitos de la asunción de competencias sanitarias por parte del Gobierno Vasco:

1980: Real Decreto 2768/1980, de 26 de septiembre, por el que se traspasan los hospitales del Tórax de los órganos del Estado (AISNA) a la Comunidad.

1985: Decreto 32/1985, de 5 de marzo, por el que se aprueba el traspaso a las Instituciones Comunes de la C.A.P.V. de los servicios de los Órganos Forales de cada territorio en materia de sanidad (servicios de salud mental y hospitales generales).

1988: Decreto 391/1987, de 30 de diciembre, por el que se aprueba el traspaso a la C.A.P.V. de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD).

Por su parte el Gobierno Vasco ha desarrollado iniciativas particulares que le diferencian, en estos momentos, del resto del Estado, como son:

- La universalización del derecho a la asistencia sanitaria. Decreto 26/1988, de 16 de febrero, en el que se reconoce el derecho a la asistencia prestada por Osakidetza a quienes carezcan de suficientes recursos y no estén protegidos por la Seguridad Social.

- La implantación de la cartilla individual, abandonando el sistema de capitación, cartilla por cabeza de familia, y la delimitación de la edad pediátrica a los menores de 14 años, según el Decreto 252/ 1988, del 4 de octubre.

En este trabajo no se recogen las posibles incidencias de estas medidas en el sistema sanitario dada su reciente promulgación, y la consiguiente carencia de datos definitivos que permitan su estudio.

La L.G.S. y los posteriores desarrollos autonómicos prevén variadas funciones al sistema sanitario. Aun así, comprobaremos que ninguna es tan determinante y definitoria como la referida a la asistencia sanitaria

orientada al restablecimiento de la salud perdida y en concreto la provisionada por la administración pública a través de sus centros hospitalarios y extrahospitalarios y completada con la subvención al consumo de bienes médicos, especialmente farmacia.

## 2. SISTEMAS SANITARIOS EN PAÍSES DE LA O.C.D.E. Y C.A.P.V.

Las diferentes organizaciones de los sistemas sanitarios de los países que hemos seleccionado, a efectos comparativos (ver cuadro n.º 1), se pueden reunir en tres grandes grupos:

- Países con un sistema sanitario público (Sistema Nacional de Salud) basado en la solidaridad, con una financiación básicamente tributaria, lo que quiere decir que se centraliza la recaudación de contribuciones y se descentraliza el gasto a través de un sistema de distribución de la financiación que tiende a reequilibrarlas áreas más desprotegidas del país.

Dentro de este grupo se encuentran Gran Bretaña, países escandinavos como Suecia y Dinamarca e Italia. Además, en estos países se consideran prestaciones de base los servicios dentales y oculista. En todos ellos la medicina privada se da en un mínimo porcentaje.

- Países donde prevalece el sistema sanitario de mutuas de seguro o seguridad social, en los cuales coexisten cotizaciones de empresas y trabajadores: Alemania Occidental, Bélgica, Francia y Holanda siguen este comportamiento, y aunque existen diferencias notables de un país a otro se puede señalar que la proporción de personas que tienen cobertura sanitaria por seguros privados es más alta que en los países con sistema nacional de salud. Estos países mantienen restricciones en el libre acceso a servicios dentales y oculista.
- Por último, Estados Unidos, país con multiplicidad de sistemas de financiación y provisión según situaciones diferentes: existe un programa para los mayores de 65 años que es el Medicare y otro para la población con mínimos niveles de

renta, el Medical, con financiación de fondos públicos, el resto de la población accede a seguros privados, bien de forma privada o profesionalmente. Queda un sustrato de población sin asegurar por ningún sistema.

La C.A.P.V., como el resto del Estado, se sitúa en el segundo grupo, ya que aunque a partir de la Ley General de Sanidad se pone en marcha un Sistema Nacional de Salud, la forma de financiación y de provisión no se ha modificado sustancialmente.

La participación del sector público en los diferentes países varía según el tipo de servicios. Así, y de forma general, es más alta para la asistencia hospitalaria que para la extrahospitalaria y más alta la participación en consultas que en medicamentos, manteniendo una baja cobertura para óptica y dentista.

## 3. CONDICIONANTES SOCIO-DEMOGRAFICAS

### 3.1. Demográficas

Los comportamientos demográficos de las anteriores décadas han configurado gran parte de los servicios que atienden a la demanda de carácter social. El sistema educativo, por ejemplo, ve comprometido su futuro en materia de personal dado que, en un breve plazo de tiempo, existirá un sobredimensionamiento de profesorado. El sistema sanitario se configura también según pautas demográficas anteriores que han variado radicalmente en poco tiempo. La nueva estructura poblacional obviamente transformará la demanda de asistencia sanitaria.

Como se puede apreciar en el cuadro n.º 2, existe una disminución del tramo de edad de 0 a 19 años, producido por el descenso de la tasa de natalidad junto con un incremento del tramo de mayores de 65 años, producido por el aumento de la esperanza de vida: 70,5 años para los varones y 77,6 en mujeres. Dichos cambios estructurales de población obligarán a la adecuación de la oferta del sistema sanitario a las nuevas demandas, mediante una reducción de los servicios maternos e infantiles, que de hecho ya se está produciendo, y desarrollo de los de media-larga estancia y gerontopsiquiatría.

Cuadro n.º 1. **Sistemas sanitarios en países de la O.C.D.E.**

PAIS	COBERTURA SEGU-RO NACIONAL	FINANCIACION	SEGUROS PRIVADOS	COBERTURA ODON-TOLOGIA Y OPTICA	PAGOS POR MEDI-CAM. POR PARTE DEL SEGURO
Alemania Occ.	88% seg. públ. 9% seg. priv. 6% ambos	Cotizaciones empre-sas trabaj.	7,5% estatal + priva-do 6,7%	60%	56%
Bélgica	Casi toda poblac. (6 grup. fondos enf.)	Cotizaciones empre-sas trabaj.	Pequeña proporción	Sí	52%
Dinamarca	S.N.S. (1973) 95% plan básico	Sist. tribut. (plan básico) Aport. pacien.	5% (estatus alto)	Sí	53%
Francia	99% seg. enf.	63% Mutuas	Cotizaciones empre-sas trabaj. Parte	Alta proporción	Parcial 65
Gran Bretaña	S.N.S. (1948) basado en solidaridad 100% pobl.	85% trib. presup., 12% S.S., 3% pac.	Pocos -7%, están au-mentando	Sí pagan las clases altas	76%
Holanda	S.N.S. (70% pobl. ren-tas bajas y normales)	Cotizaciones empresa trabaj.	30%	Parcial	64%
Italia	S.N.S. 100% pobl.	Prest. S.S. + sist. re-trib.		Opt. no. Odont. parte	64%
Suecia	S.N.S. 100% pobl.	90% impuest. 10% paciente	Pocos -5% de médi-cos priv.	Opt. hasta 15 años. Odont. parte	62%
EE.UU.	Medicare 12% (<65 años). Med. 8% (po-bre) 12% sin seg.	Fondos públ. del Plan General y distritos	75% pobl. privada o profesional		
España	96% pobl.	Cotizaciones empresa trabajadores		Básico	67%
País Vasco	98% pobl.	Cotizaciones empr. trabaj.	19%	Básico	67%

Fuentes: Financiación, cobertura y oferta asistencial en Europa. Office of Health Economics, Guía Sanitaria, P.F.P.I.A. in figures: Bruselas 1988. Simone Sandier - CREDES (París).

Cuadro n.º 2. Población por grupos de edad

(En %)

Año	0-19 AÑOS	20-64 AÑOS	65 Y MÁS AÑOS
1970 .....	36	56	8
1975 .....	36	55	9
1980 .....	34	57	9
1985.....	30	60	10
1990 .....	28	60	12
1995 .....	29	57	14
2000 .....	29	54	16

Fuentes: A partir del Censo de Población Plan Económico a Medio Plazo G.V.

### 3.2. Nuevas pautas sociales

El nuevo comportamiento demográfico no es responsable exclusivo de la reestructuración previsible del sistema sanitario. El aumento de los requerimientos en torno al concepto de vivir saludablemente por parte de la sociedad conllevará, aparte de la progresiva incorporación de hábitos más sanos individuales o grupales: alimentación, control de medio ambiente, mejoras en las condiciones de trabajo, etc., el desarrollo de la sensibilidad en cuanto a la oferta de la asistencia sanitaria dispensada, así como de su calidad o confort. Patologías no tratadas en sectores de la población, en muchos casos por simple ignorancia de los afectados, comenzarán a ser asistidas, y se abordarán problemas no tratados para el conjunto de la población.

Estas nuevas exigencias en torno al concepto de una vida saludable se sintetizan, en parte, en los objetivos planteados dentro del programa «Salud Año 2000» de la O.M.S., que ha sido transcrito y adaptado a la C.A.P.V. en el programa «Salud para Euskadi 2000» y que el documento «Plan Económico a Medio Plazo» del Gobierno sintetiza en los siguientes objetivos:

- Lograr mayor equidad, reduciendo las diferencias sanitarias.

- Aumento de la esperanza de vida y disminución de la tasa de mortalidad infantil y general.
- Potenciación del nivel primario y prevención de la salud.
- Acercamiento de los servicios de salud a la población e implicación de los ciudadanos en la salud.
- Cooperación internacional e interinstitucional.

Buena parte de los objetivos encuadrados por los programas Salud 2000 requiere que sectores ocupados de otras sensibilidades, al margen de la sanidad, incorporen criterios y funciones que vamos a llamar saludables, vía legislativa, imponiendo restricciones o estimulando iniciativas y probablemente, y más difícil, dotando de programas específicos a sus presupuestos. Este conjunto de intenciones marcará, previsiblemente, el desarrollo del sistema sanitario en la C.A.P.V.

### 4. OFERTA Y DEMANDA EFECTIVA DE LA ASISTENCIA SANITARIA

Existe una buena disponibilidad de datos sobre la oferta y demanda efectiva de asistencia sanitaria, nucleada en torno a los centros hospitalarios, tanto públicos como privados.

Cuadro n.º 3. **Hospitales según capacidad**

TAMAÑOS	TOTAL	PRIVADOS
Total	57	38
< 49	12	11
50-99	13	13
100-199	17	10
200-499		3
500-1000	5	1
> 1000	1	—

No ocurre lo mismo con la asistencia extrahospitalaria de atención primaria y especializada, de la que se dispone información general completa del sector público, teniendo que recurrir para el sector privado a captarlo por aproximaciones, a través de encuestas a familias como las Encuestas de Salud de la C.A.P.V. o del Estado, la Encuesta de Presupuestos Familiares, y datos de las entidades de seguros libres.

Este punto de partida de mayor control y mayor disponibilidad de información a nivel hospitalario, es similar en todos los países comunitarios que mantienen un seguimiento detallado por parte de la administración pública sobre la red hospitalaria, homologando los requisitos que deben reunir.

En la C.A.P.V., como en Cataluña, debido a la fuerte expansión económica de los años sesenta, la iniciativa privada en la asistencia hospitalaria ha tenido gran relevancia, quedando todavía hoy mayor proporción de centros hospitalarios privados que en el resto del Estado. Existe una estrecha colaboración pública-privada, subcontratando o concertando el sector público servicios al sector privado, situación que se da en menor medida en la asistencia extrahospitalaria.

#### 4.1. Asistencia Hospitalaria

Los centros hospitalarios dispensan esencialmente asistencia sanitaria que requiere internamiento y aunque éste sea su principal rasgo diferenciador, también ofertan asistencia que no precisa internamiento:

- Consultas externas, en su mayor parte generadas por pacientes que han estado ingresados.
- Labores de diagnóstico, determinaciones y pruebas específicas de alto contenido tecnológico.
- Urgencias sin internamiento.
- Por otra parte, la asistencia maternal, que según la metodología SEEPROS (1) se debe considerar diferenciada del conjunto de la asistencia sanitaria cuando se trata de procesos normales, tratándose como una prestación social más a efectos estadísticos. Esta desagregación funcional es, en la práctica, imposible en la actualidad, por lo que en este trabajo se conserva el tradicional análisis sanitario.

##### 4.1.1. Recursos

La oferta de recursos hospitalarios de la C.A.P.V. en 1987 (2) se concentra en 57 centros (ver cuadro n.º 3), con un volumen de 10.395 camas. De este total de camas un 73 % se destinaba a procesos agudos y un 27 % a procesos a media y larga estancia, incluyéndose en el total de crónicos las camas de psiquiátricos, que constituían un 18 % del total.

(1) SEEPROS - Sistema Europeo de Estadísticas Integradas de Protección Social.

(2) Siempre que no se haga referencia específica, los datos que se ofrecen se refieren al año 1987.

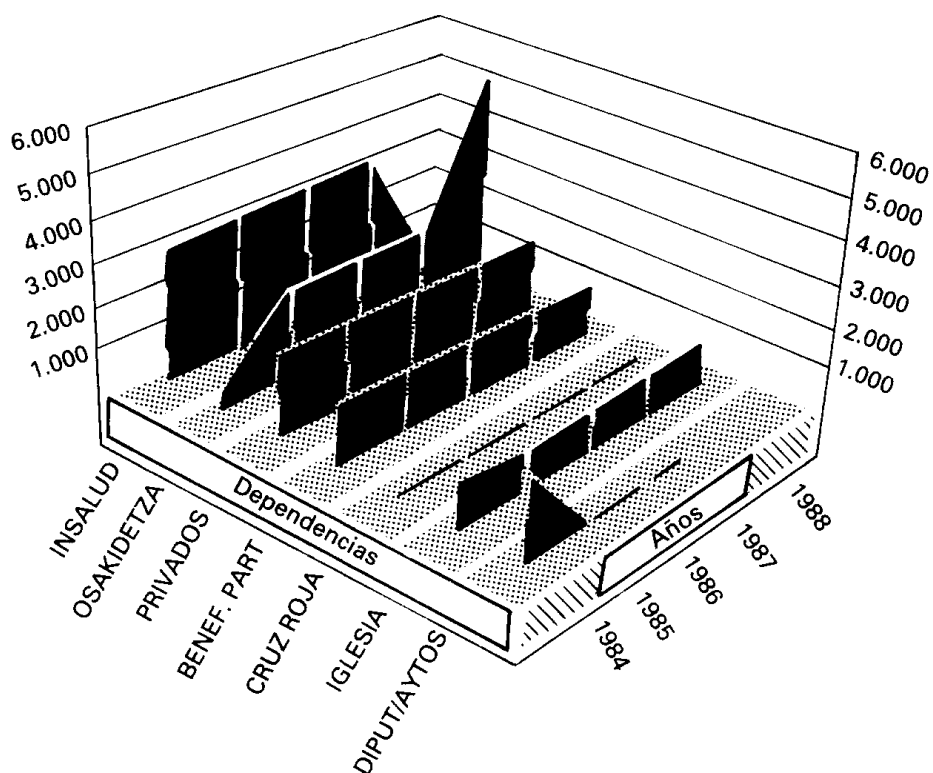
Debido a la asunción de las diferentes transferencias en materia de sanidad, la multiplicidad de dependencias de los hospitales actuando de forma paralela se simplifica, según se aprecia en el gráfico n.º 1, encontrándonos desde comienzos de 1988 con tres tipos de dependencias:

- El sector público, cuya gestión es asumida por Osakidetza desde 1988, cuenta con un 70 % de las camas, incluyendo el hospital de Basurto.
- El sector privado sin ánimo de lucro de carácter benéfico-privado, Cruz Roja e Iglesia, los cuales están en su mayoría subvencionados por el sector público, reúne un 10 % de las camas.
- El sector privado con fines comerciales cuenta con un 20 % de las camas, que en un 40 % están concertadas con el sector público.

Tanto el número de centros como el de camas han evolucionado de forma recesiva, cerrándose nueve centros hospitalarios entre los años 1984 a 1987, la mayor parte de ellos privados: cuatro maternos, cuatro quirúrgicos, uno de rehabilitación y uno infantil. Por otra parte, inician su funcionamiento el Hospital Comarcal de Galdácano, y se está invirtiendo en la puesta a punto de dos hospitales comarcales. El número de camas por su parte, ha disminuido en un 5 %, afectando especialmente a los servicios de pediatría y maternidad, con una reducción de camas del 22 % y 18 %, respectivamente.

Se está produciendo, por lo tanto, una reestructuración del sector hospitalario, con el fin de poder contener el incremento de gastos, aumentando su tamaño medio y cerrándose los que tienen escaso número de camas y equipamiento. También han influido razones obvias de mercado, como es la disminución

Gráfico n.º 1. Camas por dependencia





de la natalidad y el subsiguiente sobredimensionamiento de los servicios maternos hospitalarios y posterior clausura de algunos de los mismos.

Este proceso de concentración de camas en menos centros no parece que haya finalizado todavía, dado que si se considera como no eficientes, en términos económico-asistenciales, los centros con un tamaño inferior a 100 camas, la agrupación ha de ser inevitable. Como se observa en el cuadro n.º 3, de los 57 centros hospitalarios existentes, 25 tienen una dotación inferior a cien camas, siendo 24 de ellos privados, por lo que es previsible pensar que la agrupación afectará especialmente a la oferta privada.

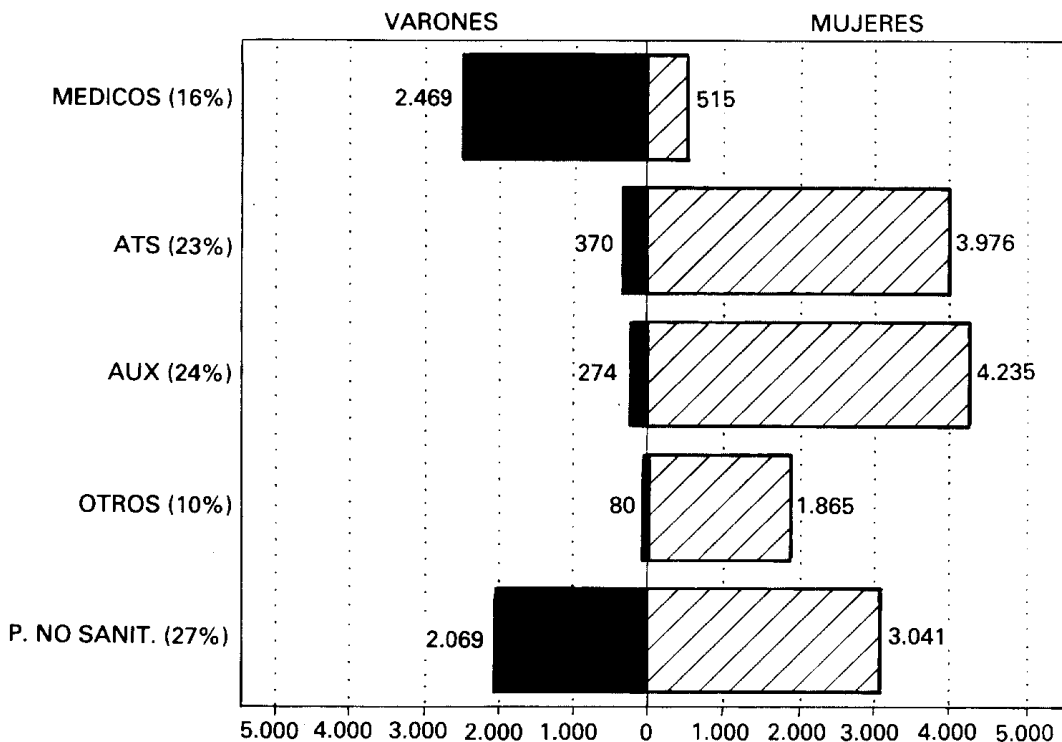
En cuanto a los recursos humanos, representaban un 66 % de los gastos en los centros hospitalarios, porcentaje que se supera ampliamente en los centros extrahospitalarios (87 %). Por otra parte,

la cifra de personal es creciente, con un incremento de 6 % del 84 al 87, de lo que se deduce que en este sector, la reestructuración no disminuye el empleo, sino que, aunque sea mínimamente, lo genera.

Trabajan 17.341 personas en la red hospitalaria de la C.A.P.V., de las cuales un 58 % es personal sanitario y un 42 % no sanitario. La configuración del personal sanitario está compuesta por un 25 % de médicos, un 36 % de ATS y un 37 % de auxiliares. Tanto el peso específico de cada grupo profesional, como su distribución por sexo se puede apreciar en el gráfico n.º 2.

Los médicos de la red hospitalaria se reparten un 60 % en el sector público y un 40 % en el privado. Existen problemas para la equivalencia persona/puesto de trabajo en el sector privado, ya que más de 2/3 partes no tienen vinculación de contrato con los centros.

Gráfico n.º 2. Estructura del Personal Hospitalario



Los índices de personal suponen un 2,4 de personal sanitario respecto al no sanitario; existen 1,45 ATS por médico y 1,5 auxiliares por médico, siendo la relación auxiliares/ATS uno a uno.

Los centros públicos, excluyendo los que se dedican a procesos crónicos, tienen 2,3 A-TS/médico y 2,08 aux/médico siendo la relación ATS/aux. de 1,2. Dicha estructura difiere de la de los centros privados en los cuales existe mayor número de auxiliares que de ATS, 1,4 aux./ATS. En los países comunitarios se tiende a incrementar el número de personal de enfermería y auxiliares respecto a los médicos, siendo en el año 1984 la media de 5 enfermeras/médico.

#### 4.1.2. Actividades e indicadores

En el período 1984-87 se incrementó la actividad en consultas externas y sobre todo en urgencias, decreciendo ligeramente la actividad de hospitalización (ingresos-estancias), junto con una estabilización de las intervenciones quirúrgicas.

En el área de hospitalización el volumen de pacientes ingresados fue de 213.975, lo que supone un índice de frecuentación de 10,2 por cada 1.000 habitantes, los cuales generaron un total de 2.932.000 estancias. Con respecto al año 1984 estas cifras suponen una disminución de 18.000 ingresos (8%) y 162.000 estancias (5%).

La actividad de consultas externas, con 1.117.748, tiene un aumento de un 12 % respecto a 1984. Únicamente

han disminuido las consultas de psiquiatría, debido a la derivación de la atención psiquiátrica sin internamiento a los Centros de Salud Mental.

En los servicios de urgencias se atienden 555.046 casos (31 % más que en 1984), siendo los grandes hospitales de la Comunidad los que soportan el 70 % del volumen total. El número de casos que requiere ingresos es bajo, como puede apreciarse en el cuadro n.º 4; solamente uno de cada cinco atendidos en urgencias es ingresado. En los cinco grandes hospitales que concentran la mayor parte de las mismas; la presión de urgencias, es decir, el número de pacientes que ingresa por esta vía, se eleva por encima del 70 %.

Resumiendo, en el cuadro n.º 5 se han elegido una serie de indicadores que ilustran las observaciones anteriores.

El índice personal/cama es un buen indicador para valorar la relación entre el capital físico/capital humano. En la red hospitalaria, el cambio del perfil de la morbilidad atendida junto con el criterio de asistencia integral, ha significado un cambio en los recursos humanos que impulsa e incrementa el personal auxiliar y de enfermería. Aun así no basta con señalar la relación cama por médico, siendo preciso valorar todo el conjunto de personal sanitario. En la C.A.P.V. en términos globales existe un sanitario por cama; esta relación es mayor en los hospitales de agudos, en los cuales el capital humano es muy alto debido a los tratamientos intensivos y a la alta tecnología, ocurriendo lo contrario con los hospitales de media-larga estancia.

Cuadro n.º4. **Evolución de las Urgencias Hospitalarias**

URGENCIAS	1987	100 = 84
Total .....	555.046	131
• Altas .....	433.987 (78,2%)	138
• Ingresos y tras .....	120.585 (21,8%)	111
• Fallecidos .....	474	117

Cuadro n.º 5. **Resumen de Indicadores Hospitalarios según Finalidad**

	Total		Gener.	Quir.	Infantil	Maternal	Tórax	Psiquiat.	Otros
	1984	1987							
<i>Pers. por cama</i>									
Total general	1.4	1.6	2	1.4	2	1.3	0.8	0.6	1
Total sanitario	1	1.1	1.4	1	1.3	0.9	0.4	0.4	0.7
Médicos	0.2	0.3	0.3	0.5	0.1	0.6	0.1	0	0.2
A.T.S.	0.3	0.4	0.6	0.2	0.2	0.1	0.2	0.1	0.1
Auxiliares	0.4	0.4	0.5	0.3	1	0.2	0.1	0.3	0.3
Índice de ocupación	76.9	77.3	77.1	57.2	55.5	43.4	68.4	94.7	83.4
Estancia media	13.2	13.7	10.5	7.6	29.6	4.8	19.8	279.8	44
Índice de rotación	21.2	20.6	26.7	27.5	6.9	32.9	12.6	1.2	6.9
Camas por mil habitantes	5	4.9	2.9	0.6	0.1	0	0.2	0.9	0.2
Índice frecuentación %	10.7	10.0	7.7	1.6	0	0.1	0.2	9).1	0.1
<i>Gastos medios (miles ptas.)</i>									
Estancia	13	20	27	16	30	15	14	6	12
Ingreso	178	275	283	121	877	73	284	1658	506
Cama	3.553	5.297	7.039	3.147	6.014	2.255	2.519	2.048	3.505

El índice de rotación y la estancia media se comportan de forma inversamente proporcional. Los centros con servicios que atienden procesos de larga estancia como los psiquiátricos, con una estancia media de 280 días, tienen un índice de rotación de 1,2 y, por contra, los hospitales que atienden una mayoría de procesos agudos como los generales, la estancia media es de 10 días y 27 su índice de rotación.

Respecto al índice de ocupación de nuestros hospitales cabe decir que como promedio tienen un índice de ocupación del 77 %, índice válido para los hospitales generales, ya que está en los márgenes del que se considera óptimo, alrededor del 80 %. Los psiquiátricos, por el tipo de asistencia de larga estancia, son los centros que mayor saturación tienen, con un índice de ocupación del 94,7 %.

Por su parte los gastos medios por estancia, ingreso y cama reflejan fundamentalmente dos cosas, la duración del proceso y la densidad de cualificación del centro. Así, los centros que atienden procesos muy largos, como son los psiquiátricos, tienen un alto componente de su gasto fundado en los cuidados

y la hostelería; la estancia representa un gasto cinco veces menor que en los hospitales generales, que son los que centralizan la alta tecnología y una mayor densidad de personal cualificado, dado que su componente curativo/asistencial es mucho mayor que el de cuidados/hostelería.

En relación con los países europeos de la O.C.D.E. (ver cuadro n.º 6), la dotación de la C.A.P.V. en camas es baja, siendo similar a la del resto del Estado y Portugal. A este respecto, en estudios recientes y últimas recomendaciones de la O.M.S., se indica como cifra idónea seis camas por 1.000 habitantes, por lo que las camas existentes en Europa se consideran excesivas, y se ha comenzado a reducir su número ante los altos gastos de funcionamiento y la mayor aceleración en el tratamiento de los procesos agudos; en EE.UU. están en 5,6. Por ello creemos que en la C.A.P.V. de existir un déficit de camas, se da en las destinadas a procesos de larga estancia, aparte de servicios específicos altamente congestionados, que no se pueden paliar aumentando el número de camas, sino con la ampliación o creación de servicios que evidentemente no se pueden improvisar.

Cuadro n.º 6. **Indicadores de recursos y actividad hospitalaria**

País	I. de Frecuentación	Estancia Media Días	Camas (0/00 hab.)
	1982(1)	1982(1)	1984(2)
Alemania	18.1	18.7	11.1
Bélgica	13.9	13.5	9.3
Dinamarca	18.7	11.9	7.7
Francia	12.1	14.1	10.9
Gran Bretaña	12.7	18.6	7.8
Italia	15.6	12.4	7.0
Países Bajos	11.9	34.1	11.9
Portugal	9.6	14.4	5.3
Suecia	18.9	22.9	14.8
EE.UU.	17.0	9.0	5.6
España	9.2	14.4	5.0
C.A.P.V. (1987)	10.0	13.7	4.9

Fuente: (1) Santé en Chiffres. O.C.D.E.

(2) United Nations, Demographic Yearbook 1984 (New York, United Nations, 1986).

La estancia media en la C.A.P.V. es relativamente baja, similar a la que presenta Bélgica, Dinamarca e Italia, llamando la atención las largas estancias de los Países Bajos y Suecia, probablemente debido a la gran atención de procesos de media y larga estancia. Por último, destaca EE.UU., con la estancia media más reducida, nueve días por proceso, junto con uno de los mayores índices de frecuentación.

4.1.3. Gasto

De los pacientes atendidos en la red hospitalaria, un 85 % de los mismos los hacían con cargo a entidades públicas (Osakidetza, Insalud), ya sea en sus propios centros o en centros privados mediante concierto, un 11 % a cargo de seguros o mutuas privadas y un 3 % particularmente.

Los gastos de la red hospitalaria ascendieron a 58.792 millones de pesetas, sin incluir inversiones en nuevos centros y los pagos efectuados por las entidades de seguro libres directamente a los médicos que atienden consultas hospitalarias, con un incremento lineal en pesetas corrientes de un 10 % por año desde 1984.

La estructura del gasto queda reflejada en el gráfico n.º 3, donde se puede apreciar la importancia del capítulo de personal, que representa el 66 %.

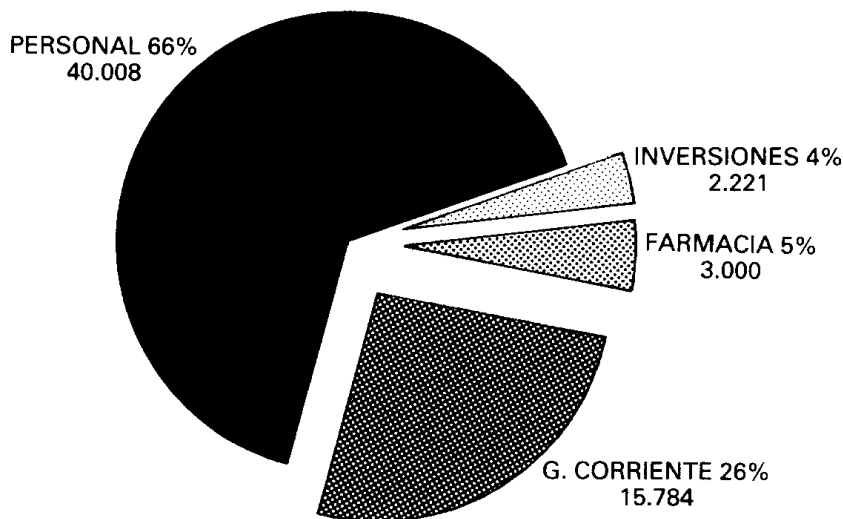
4.2. Asistencia Extrahospitalaria Pública

La asistencia especializada y primaria de carácter extrahospitalario, que se atiende en el sector público, se encuentra en pleno proceso de transformación, especialmente tras la propuesta de impulso y mejora propugnada por la L.G.S. Así, en el momento actual coexisten estructuras nuevas, como son los centros de salud, en los que se trabaja en equipo, prestando una atención integral, junto con ambulatorios, consultorios, casas de médico, etc.

La descripción, lejos de ser exhaustiva en cuanto a la actividad asistencial, que es muy diferente de unos centros a otros, pretende cuantificar los recursos en cuanto a dotación, personal y financiación de los mismos, dando una idea globalizada de la utilización de dichos recursos.

En la C.A.P.V. existen 426 centros extrahospitalarios públicos. El número de

Gráfico n.º 3. Gastos hospitalarios 1987 (En millones de pesetas)



dichos centros se ha incrementado en los últimos años; en 1987 entraron en funcionamiento 20 nuevos centros —16 centros de salud y cuatro centros de salud mental—. Su distribución por tipo de establecimiento se puede ver en el cuadro n.º7.

Aunque existan once tipos diferentes de centros, las denominaciones ocultan funciones similares, pudiéndose reducir a cuatro los tipos de centros según funciones: asistencia especializada (ambulatorios), primaria o general, urgencias y otros centros de programas específicos. Las dimensiones de los mismos, según el número de personas que trabajan en ellos, muestran también cuatro tamaños diferentes, desde los ambulatorios con una media de 100 personas a las casas de médico con dos.

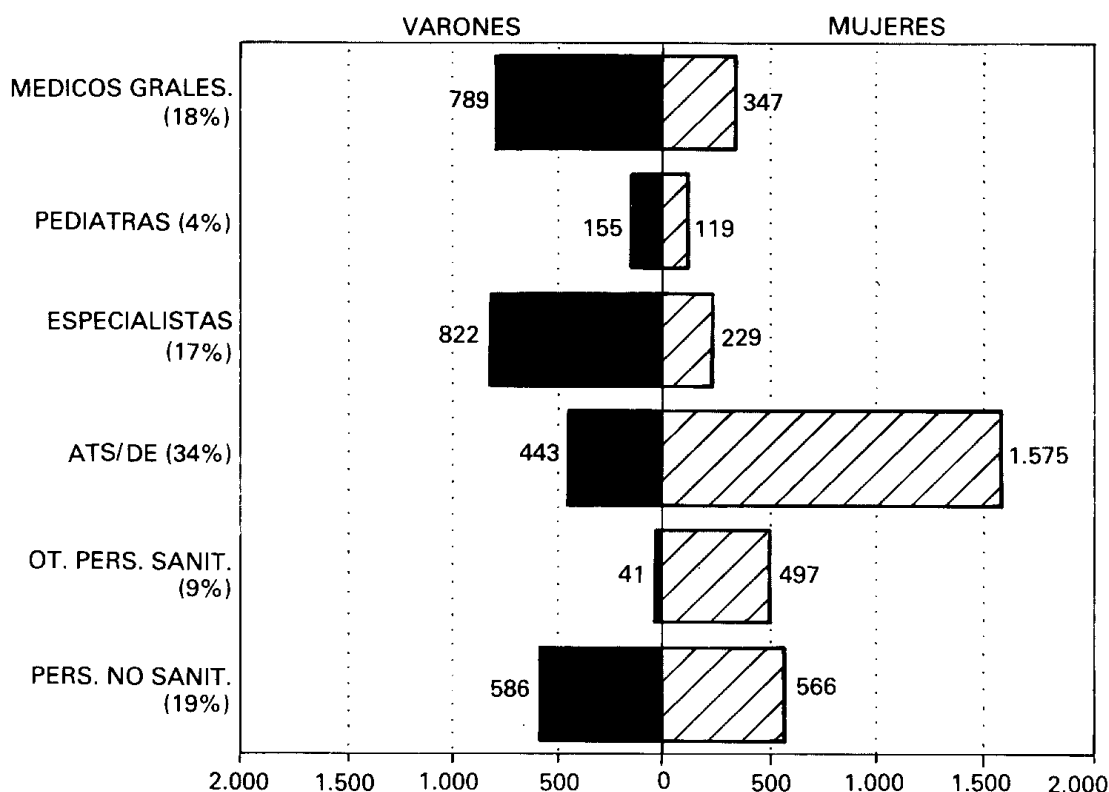
El total de puestos de trabajo asciende a 6.169, pero en la asistencia primaria y especializada extrahospitalaria pública

existe un alto porcentaje de puestos de trabajo que se cubren por personal sustituto, que de hecho representa el 10 % del gasto de la red.

Según dedicación, el 82 % del personal tiene una dedicación mayor de 30 horas semanales. El 66 % de los médicos tienen dedicación de más de 30 horas y el resto, en su mayoría especialistas, tienen menor dedicación. La proporción de médicos con dedicación de más de 30 horas se incrementa respecto a otros años, debido a los médicos especialistas que se acogen a la jerarquización y a la apertura de Centros de Salud. Los ambulatorios, que representan el 6 % de los centros, albergan el 42 % del personal.

El número de consultas atendidas fue de 13.433.000 (ver cuadro n.º8), con una proporción de 1,5 consultas sucesivas por cada consulta nueva, proporción que varía según la especialidad de que se trate.

Gráfico n.º4. Personal extrahospitalario público 1988



Cuadro n.º 7. Centros y Personal por tipos de establecimiento

Tipo de Establecimiento	Centros	Personal	
		Total	Médicos
Total .....	426	6.169	2.461
Ambulatorio .....	26	2.599	1.157
Consultorio .....	79	1.155	499
Centro de Salud .....	35	627	229
Servicio de Urgencias .....	31	522	181
Casa de Médico .....	119	280	128
C. de Salud Mental .....	39	284	75
C. Asist. Mutual .....	47	264	67
Cuarto de Socorro .....	12	84	22
C. Mun. de Salud .....	6	53	16
C. Planif. Familiar .....	18	94	26
Otros .....	14	207	61

Por especialidades, en medicina general se atiende un volumen del 72 % respecto al total; el resto de consultas, es decir, un 28 %, son atendidas por especialistas.

Disminuyen paulatinamente las consultas en las especialidades de pediatría, aumentando las de medicina general, psiquiatría y rehabilitación. Los médicos de medicina general tienen una media de 8.500 consultas al año; en especialidades como estomatología, pediatría, dermatología y endocrinología y

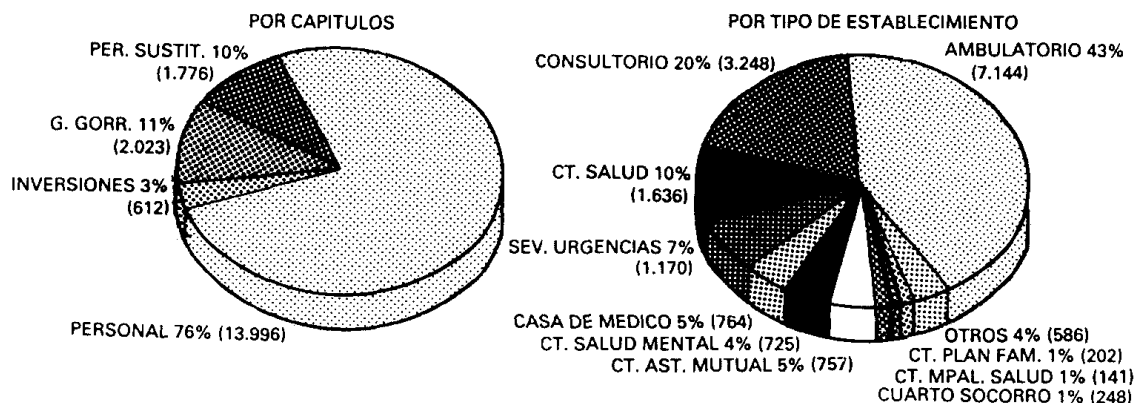
nutrición tienen una media anual alta (próxima a 4.000) comparando con otras especialidades.

Cabe resaltar otro tipo de indicadores: en los centros extrahospitalarios públicos por cada 870 habitantes trabaja un médico, se acude a una consulta médica un promedio de seis veces al año, cada médico atiende una media de 5.500 consultas al año. Se efectúan tres determinaciones de laboratorio y una radiografía por cada cuatro habitantes al año.

Cuadro n.º 8. Consultas en centros Extrahospitalarios Públicos

(En miles)

Consultas .....	C.A.P.V.
Total .....	13.433
Pediatría .....	9.732
Cirugía General .....	1.068
Otras especialidades .....	167
	2.466
Determ. de Laboratorio .....	7.221
Radiografías .....	840

Gráfico n.º 5. **Gastos en Centros Extrahospitalarios** (En millones de pesetas)

La estructura del gasto en los centros extrahospitalarios públicos difiere sustancialmente de la de los centros hospitalarios (ver gráfico n.º 5). Los gastos de personal representan un 86 % del total, frente a un 66 % en los centros hospitalarios. En los centros extrahospitalarios, a diferencia de los centros hospitalarios, no se incluyen los gastos de farmacia, ni el resto de gastos derivados de la hospitalización, materiales específicos, etc. En 26 ambulatorios se consume el 43 % del gasto total y los centros dependientes de Osakidetza e Insalud representan el 89/5%.

#### 4.3. Asistencia Extrahospitalaria Privada

En la provisión de asistencia sanitaria extrahospitalaria, comercial o privada, concurren los profesionales del sector que se deciden por el ejercicio denominado libre de su profesión. Creemos que esta actividad pierde su carácter de servicio social, dado que es una atención destinada a un segmento de población con niveles de renta altos que pueden acceder a una existencia sanitaria de tipo selectivo. Esta observación es real en parte, ya que el sector privado, como vamos a ver, es ciertamente más complejo que el simple ejercicio libre de la profesión sanitaria en régimen de mercado competitivo, dado que actualmente conviven:

- a) Entidades de seguro libre, que ejercen de intermediarios financiadores, tanto de asistencia hospitalaria como de asistencia extrahospitalaria, especializada o general. En algún caso ejercen, contra las recomendaciones del sector de seguros—que indican la conveniencia de separar la provisión de la provisión— como proveedores de asistencia sanitaria. La propiedad de centros de asistencia sanitaria, en concreto hospitales, por parte de las entidades de seguro libre, entra en conflicto con las directivas de la Comunidad Europea y la Ley 33/84 del Seguro Privado que exige exclusividad de objeto social de las compañías de seguros.

«Esto significa que tan sólo tienen que dedicarse a la emisión de pólizas y a la inversión de las provisiones según determinados criterios de diversificación para poder hacer frente al pago de compromisos» (3).

Su clientela está captada entre tres tipos de asegurados:

- Asegurados sin ningún otro tipo de prestación social sanitaria y que contratan directamente con las compañías.

(3) León Benelbas, Dr. G., Seguros P. Gestión Sanitaria, abril 1988.



- Asegurados protegidos por algún organismo colaborador de la seguridad social y que eligen para la provisión de la asistencia sanitaria a sus protegidos las entidades de seguro libre, en vez del Insalud (ahora Osakidetza).
- Asegurados que, estando protegidos por el sistema de la seguridad social y asistidos por Insalud-Osakidetza, optan por tener doble seguro y contratan, a su vez, con las entidades de seguro libre.

La provisión se hace por medio de médicos o sanitarios asociados a las citadas entidades de seguro libre que facturan a la misma, cuotas establecidas por consulta o asistencia en general. El mismo proceso se sigue con la asistencia hospitalaria. Se ha incluido en este apartado la atención sanitaria que ofrece Lagun-Aro, aunque dadas sus características se podría considerar como organismo del sistema de la seguridad social y por tanto, sector público.

- b) La oferta libre de asistencia sanitaria sin ningún tipo de intermediación. El núcleo fundamental de la actividad sanitaria comercial lo constituyen los dentistas, que estimamos representa

el 80 % de la actividad comercial extrahospitalaria, debido a la débil cobertura de la misma por parte del Sistema de Seguridad Social, y que beneficia obviamente a este grupo profesional compuesto por 400 profesionales en la Comunidad, 17 por cada cien mil habitantes, en España 12, siendo el país con menor proporción de la Comunidad Europea en esta especialidad; por poner algún ejemplo, Francia tiene una media de 62, Alemania 57, Dinamarca 88 y Bélgica 57. En algunos países los sistemas nacionales cubren estas prestaciones. Parece evidente que existe un camino por recorrer hasta su provisión por el sector público; su cobertura representa al menos un 7,6 % del total del gasto sanitario en la C.A.P.V.

En la actualidad las consultas médicas a dentistas alcanzan un 12 % del total de consultas extrahospitalarias, y representan el 25 % del total de recursos económicos destinados a asistencia extrahospitalaria, pública y privada.

El resto de las especialidades representan el 20 % de la actividad extrahospitalaria privada, y a su vez la mayoría de los profesionales que la ejercen no se

Cuadro n.º 9. **Resumen integrado de Consultas Médicas sin Internamiento**

(En miles)

	Total	Externas Hosp. (1)	Extra h. Púb. (1)	E.S. Libre (2)	Privadas (3)
Total	18.512	1.550	13.433	829	2.700
Méd. y Espec.	15.675	1.117	13.169	789	600
Urgencias con altas	433	433	—	—	—
Dentistas	2.404	—	264	40	2.100

Fuentes: (1) Estadísticas Hospitalarias y Extrahospitalarias. EUSTAT.

(2) Memorias de las entidades de seguros libres.

(3) Encuesta de Salud del Departamento de Sanidad.

Encuesta de Salud del M. Sanidad. Resultados provisionales.

Cuadro n.º 10. **Participación del Gasto Sanitario en el P.I.B.**

	Millones ptas.	Gto. San./PIB %
Total PIB .....	2.139.035	100,0
Gto. Total S. Sanit. ....	132.214	6,1
Presup. Admón. ....	21.295	4,7
Sist. S. Social .....	80.030	4,7
Particular, Priv. ....	30.789	1,4

dedican en exclusiva al ejercicio libre de la misma, sino como complemento de su actividad, asociada con las entidades de seguros libres, o en algún centro público.

Si se observa el conjunto integrado de consultas médicas que no requieren internamiento (ver cuadro n.º 9), se obtiene una frecuencia de 8,7 visitas al médico por persona al año, excluidas las consultas realizadas en las empresas, determinaciones de laboratorios y radiografías. En la Encuesta de Salud realizada por el Departamento de Sanidad y Consumo en el año 1984 resultaba una frecuencia de 8,6 por persona/año.

##### 5. FINANCIACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO Y DESTINO FUNCIONAL

Para determinar el origen de los recursos económicos destinados a la asistencia sanitaria en la C.A.P.V., ha sido preciso realizar una tarea de recopilación de información entre las diferentes entidades financiadoras y suministradoras de asistencia sanitaria y bienes médicos para posteriormente proceder a la integración de la misma (4).

(4) Se ofrecen las fuentes utilizadas al final del artículo. Las notas con los procesos de contraste y en algunos casos de estimación realizados se encuentran a disposición del lector interesado, aunque no se han incluido en esta publicación por considerarlas excesivamente prolijas.

La financiación del sistema sanitario proviene de tres elementos diferentes: los presupuestos de las administraciones públicas, que se nutren de los diferentes impuestos, el sistema de la seguridad social que obtiene sus recursos vía cotizaciones, y los particulares a través de su consumo directo o de donativos. Los dos primeros, con el fin de asegurar a la población el bien de la asistencia sanitaria, están guiados por criterios de equidad o redistribución de la riqueza.

Por su parte, la provisión de la asistencia sanitaria añade a los elementos citados, las entidades de seguros libres que actúan en gran parte de intermediarios financieros y la asistencia privada suministrada por entidades sin fines de lucro.

En el cuadro n.º 10 se ofrece la participación del gasto sanitario en el total del P.I.B. de la C.A.P.V. en el año 1987, que alcanza el 6,1 %, correspondiendo al sector público el 4,7 %.

Para el año 1984, último año disponible, la media porcentual del gasto destinada a sanidad en los países de la O.C.D.E. era del 7,2 %, oscilando del 10,7 % en los EE.UU. a 4,6 % de Grecia. Por su parte, la participación del sector público varía bastante de unos países a otros, teniendo como media el 78 % sobre el total del gasto sanitario, media que coincide con el porcentaje de financiación pública de la C.A.P.V. (ver cuadros n.ºs A.1 y A.2 del Anexo).

Nos encontramos, por tanto, un punto por debajo de los países de la O.C.D.E. El

Gobierno Vasco, en su Plan Económico a Medio Plazo, realiza previsiones en las que estima su participación en el 5,1 %, lo que situaría el total del gasto público en sanidad, con el 0,3 % de participación de otras administraciones públicas, en torno al 5,4 % con lo que, añadiendo el 1,4 % del gasto privado, nos situará en un 6,8 %, aún medio punto por debajo de la media O.C.D.E.

Los criterios políticos que estructuran el sistema sanitario tienen su reflejo en la distribución del origen de su financiación:

a) *Asistencia sanitaria*

- El gasto en asistencia hospitalaria, que representa el 46 % del total (5), está financiado en un 93 % por el sector público, aunque sólo suministra el 85 % de la misma, y los centros privados el 15%. Los centros privados contratan un 20 % directamente con particulares y un 80 % con el sector público. Estos porcentajes constatan el papel determinante de los diferentes organismos que componen el sector público en la asistencia hospitalaria.
- El gasto en asistencia extrahospitalaria representa un 30,2 % del total, financiado en un 58 % por el sector público. En este punto, es imprescindible señalar de nuevo la importancia de la atención dental que representa un 25 % del total, siendo esta asistencia la laguna más importante a cubrir por parte de la Administración Pública.

b) *Consumo de bienes extrahospitalarios*

El consumo de bienes médicos agrupa tres apartados: el consumo de productos farmacéuticos, el de gafas correctoras y prótesis.

- El consumo de productos farmacéuticos extrahospitalarios, globalmente está subvencionado en un 65 % por el sistema de seguridad

(5) Este porcentaje incluye las consultas externas, que aproximadamente representan un 1,3 %, con lo que quedaría situado en un 45 %.

social. En conjunto se consumen 21.000 millones de pesetas en la C.A.P.V. Un 85 % se adquiere en farmacias y un 15 % es adquirido directamente por los centros hospitalarios a los distribuidores. El porcentaje subvencionado por la seguridad social es de los más altos de los países de la O.C.D.E., sólo superado por Gran Bretaña.

El consumo en productos farmacéuticos adquiridos directamente por los particulares, excluido por tanto el consumo farmacéutico hospitalario, representa el 13,6 % del total del gasto sanitario.

- Por su parte, el consumo en gafas correctoras y prótesis representan el 2,8 % del total, y está financiado en un 25 % por el sector público. Consideramos que este resultado (3.700 millones) se puede considerar como un mínimo, siempre revisable al alza, si se tiene en cuenta que un 50 % de población necesita algún tipo de gafas correctoras (6).

c) *Otros programas*

Englobamos los programas de transporte de enfermos y otros programas de Salud Pública que prácticamente en su totalidad están financiados por el sector público, representando un 7,4 % del gasto sanitario. Comprenden: salud escolar, ambiental, transporte, etc.

Por último, señalar que el gasto sanitario por persona/año fue de 62.100 pesetas y se ofrece desglosado por funciones en el cuadro n.º 11, así como la correspondiente participación pública en el mismo.

A falta de otras comparaciones, en Francia que tienen un PIB por habitante que es el doble del de la C.A.P.V., gastan el triple en cuidados sanitarios. Este fenómeno se reproduce en todos los países, a mayor renta per cápita, mayor consumo sanitario en términos relativos.

(6) Fuente: Encuesta de Salud. M.º de Sanidad y Consumo. 1988, resultados provisionales.

Cuadro n.º 11. Gasto por persona/año en 1987

Funciones	C.A.P.V. (1)		Francia (2)
	Total ptas. pers./año	Gasto Púb. pers./año	Total pers./año
Total .....	62.100	47.600	157.000
Hospitalaria .....	28.500	26.600	77.000
Extrahospitalaria .....	18.700	10.800	43.000
Farmacia .....	8.500	5.200	27.340
Gafas y prótesis .....	1.800	500	3.131
Otros programas .....	4.600	4.500	7.000

(1) Elaboración propia.

(2) Elaboración propia a partir del Annuaire de la France 1988.

## 6. ALGUNAS CONCLUSIONES

Los indicadores del sistema sanitario y más ampliamente de salud, sitúan a la C.A.P.V. dentro de unas coordinadas comunitarias medias, salvo en los recursos económicos, que están situados un punto por debajo de la media O.C.D.E. y quizá el número de camas. De todas formas es difícil establecer comparaciones, dado que los indicadores que se han manejado no ofrecen información sobre la calidad de los resultados del sistema sanitario.

Se constata que una de las principales dificultades que tenía el sistema sanitario, que radicaba en la absoluta dispersión de responsabilidades, parece estar en vías de solución tras la promulgación de la L.G.S. y las transferencias habidas en materia de sanidad.

Por su parte, la asistencia hospitalaria, creemos que seguirá su proceso de concentración en menos centros, que afectará especialmente al sector privado. Se incrementarán los servicios destinados a pacientes crónicos degenerativos y se deberá paliar la sobredemanda de los servicios de urgencias en los grandes centros hospitalarios.

Los centros hospitalarios seguirán siendo eje fundamental del conjunto del sistema sanitario, dada la alta densidad cualitativa concentrada en ellos de recursos humanos y de tecnología. Añadido a ello parece que el

conjunto de la asistencia especializada, tanto hospitalaria como extrahospitalaria, se vertebrará en torno a los hospitales.

La asistencia primaria extrahospitalaria pública incrementará la cobertura y utilización de sus servicios, especialmente con la extensión de los centros de salud.

Creemos que la mejora de los servicios y prestaciones sanitarias públicas no significará una disminución de la asistencia sanitaria y bienes médicos adquiridos directamente por los particulares. Pensamos que incluso puede aumentar el porcentaje destinado por los particulares al gasto sanitario. Esta tendencia está comprobada en los países de mayor PIB por habitante. A mayor renta per cápita, mayor porcentaje del presupuesto familiar destinado al consumo sanitario.

Evidentemente, todo lo dicho, de cumplirse, se traducirá en un aumento de la participación del gasto sanitario respecto al PIB. El gran reto del sistema sanitario consistirá en encontrar fórmulas capaces de conjugar buenos servicios médicos con un gasto público equilibrado; esto mismo se cuestiona en el resto de Europa. Inglaterra e Italia viven estos días una intensa polémica sobre el futuro del sistema sanitario. El debate más importante de los próximos años girará, con toda probabilidad, en torno a los límites de la financiación pública a las diferentes prestaciones sanitarias.

#### FUENTES UTILIZADAS

- Estadística Hospitalaria. EUSTAT. Gobierno Vasco.
- Estadística Extrahospitalaria. EUSTAT. Gobierno Vasco.
- Estadística de Presupuestos Municipales. EUSTAT.
- Tablas Input-Output. EUSTAT. C.A.P.V.
- Encuesta de Salud. Departamento de Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco (1984).
- Gasto Sanitario en la C.A.P.V. Departamento Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco (1984).
- Cuenta General. Gobierno Vasco (1987).
- Cuentas de la S.S. y Mutuas Patronales de la C.A.P.V. Dirección de S.S., Dpto. de Trabajo y S.S. Gobierno Vasco (1987).
- Plan Económico a Medio Plazo. Gobierno Vasco (1988).
- Presupuestos Diputaciones y Ayuntamientos de Álava, Vizcaya y Guipúzcoa (1987).
- Memoria Delegación del Gobierno en Vitoria-Gasteiz. Informe 1987.
- Anuario Estadístico del M.º de Defensa (1986).
- Encuesta de Presupuestos Familiares I.N.E. (1980-81 y 1985).
- Anteproyecto de Presupuesto 1988. Datos y Cifras. M.º de Sanidad y Consumo.
- Encuesta de Salud. M.º de Sanidad (1989). Resultados provisionales.
- Balances y Cuentas. M.º de Economía y Hacienda. Dirección General de Seguros (1987).
- Mutuas Patronales de Accidentes de Trabajo. M.º de Trabajo y S.S.
- Unespa. Estadística de Seguros Privados.
- Memorias del Iguatorio M.Q., S.A. Lagun-Aro, Iquimesa.
- Financing and Delivering Health Care. O.C.D.E. (1987).
- Comptes Nationaux de la Santé 1985. Solidarité Santé. Études statistiques, n.º 3 (1986).
- Annuaire Statistique de la France. INSEE (1988).
- La Santé en Chiffres. O.C.D.E. (1986).
- Así como información directa facilitada por diferentes organismos: Muface, M.º Sanidad y Consumo, Dirección de Planificación, Dpto. de Sanidad, Euro-Farma, etc.

## **ANEXO ESTADÍSTICO**

Cuadro n.º A.1 Origen de la financiación del sistema sanitario en la C.A.P.V. (1987)

(En millones de ptas.)

SECTOR	IMPUESTOS	ASISTENCIA SANITARIA		BIENES MEDICOS EXTRAHOSPITALARIOS		TRANSPORTE ENFERMOS	OTROS PROGRAMAS Salud Pub.	INVESTIGACION DOGENCIA (MIR)	ADMON. GENERAL
		Hospitalaria	Extrahospitalaria	Farmacia	Prótesis y Gafas				
TOTAL	132.214	60.701	39.963	18.024	3.744	712	5.049	1.052	3.069
1. Admón. Central y Autónoma	3.765	1.624	480			48	1.052	167	394
1.1. Dpto. Sanidad	12.914	9.187	1.172				1.988		667
1.2. Osakidetza									
1.3. Dpto. Cultura (Dipl.)	548		548						
1.4. Dpto. Trabajo (Higiene)									
1.5. I.N. Seguridad e Higiene (M.º de Trabajo)	180		180						
1.6. M.º Defensa	108	108							
1.7. M.º San. y Consumo	149								
1.8. C. Penitenciarios	23		23				149		
2. Admón. Local y Prov.	3.708	1.354	598			40	1.716		
2.1. Aytos. y Diput.									
3. S. Seguridad Social	72.782	41.485	17.338	10.565	707	550	19	885	1.233
3.1. Insalud	768	321	425				22		
3.2. I.S.M.									
3.3. Mutuas Patron. Acc. Indust.	2.738	1.427	757	180	74				300
3.4. Empresas Colab.	498		498						
4. Otras Admón. de la S.S. y similares	351			186	80				85
4.1. Muface									
4.2. Mutuas Admón. Loc. (Mpai., Asfal, M. For.)	1.188	521	328	219	61	9			50
4.3. ISFAS	72			50	22				
5. Entid. Seg. Libres C. Mutuas	1.633	732	901						





Cuadro n.º A.2 Origen de la financiación del sistema sanitario en la C.A.P.V. (1987)

(En %)

	TOTAL	ASISTENCIA SANITARIA		BIENES MEDICOS EXTRAHOSPITALARIOS		TRANSPORTE ENFERMOS	OTROS PROGRAMAS Salud Púb.	INVESTIGACION DOCENCIA (MIR)	ADMÓN. GENERAL
		Hospitalaria	Extrahospitalaria	Farmacia	Prótesis y Gafas				
TOTAL	100	46	30.2	13.6	2.8	0.5	3.8	0.8	2.3
	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Presupuestos Admón. (Central, Auton., Local)	16.2	20.2	7.2	—	—	12.5	97.2	16	34.6
Sistema S. Social (Conjunto)	60.5	73.3	50.7	62.1	25.3	78.2	0.8	84	54.3
Particulares	23.2	6.5	41.9	37.9	74.7	9.2	2	—	11.1

Cuadro n.º A.3. **Gasto sanitario como porcentaje del PIB. 1984**

Países	Gasto sanit. Público	Gasto sanit. Total	Gasto público sobre total %
Alemania .....	6,4	8,1	79
Bélgica .....	5,7	6,2	92
Dinamarca .....	5,3	6,3	84
Francia .....	6,5	9,1	71
Gran Bretaña .....	5,3	5,9	90
Holanda .....	6,8	8,6	79
Italia .....	6,1	7,2	85
Suecia .....	8,6	9,4	91
EE.UU. ....	4,4	10,7	41
España (*) .....	4,2	5,8	73
País Vasco (87) .....	4,7	6,1	77

(\*) Elola, J. y Mengual, E. En su comunicación «Asistencia Sanitaria en España. Gastos y Cobertura», presentada en las VIII Jornadas de Economía de la Salud y Artells, J.J. en «Asistencia Sanitaria: financiación y rentabilidad» en P. Gestión Sanitaria, Abril 1988, cifran en 4,9 el gasto sanitario público sobre el PIB, 6,7% el gasto sanitario total sobre el PIB y en un 73% la participación del gasto público sobre el total. Si estas cifras se consideran como buenas, la C.A.P.V. está situada en su aportación al PIB sustancialmente por debajo del conjunto del Estado.

Fuente: Financing and Delivering Health Care.O.C.D.E. 1987 y elaboración propia.