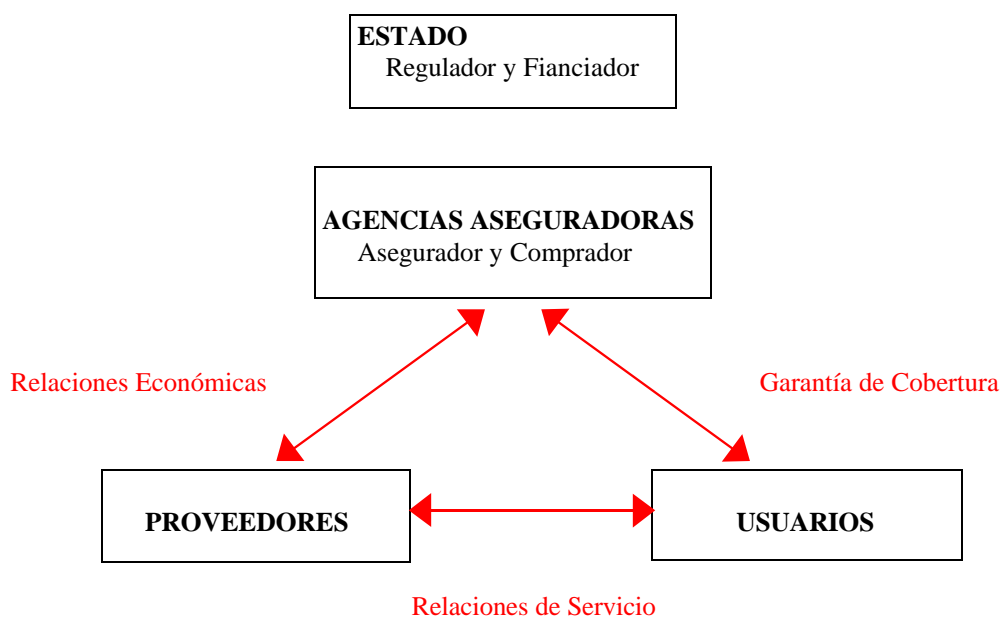


El Sistema de Salud en la Unión Europea: Convergencia de los Modelos Sanitarios.

I. Dos Modelos Sanitarios para Europa.

La estructura y funcionamiento de los sistemas de salud son el resultado de un largo desarrollo histórico. Sobre éste han ejercido su influencia numerosos y variados aspectos, que condujeron los distintos sistemas sanitarios por caminos comunes en algunos aspectos y diferenciados en otros.

Tanto el mercado de servicios sanitarios como el de aseguramiento sanitario presentan fallos que obligan la participación del Estado, que regulará y controlará sus respectivos funcionamientos. Además del Gobierno, cabe identificar tres actores principales: las agencias aseguradoras, los prestadores (proveedores) de servicios sanitarios y la población (al mismo tiempo paciente y financiador último¹). El siguiente esquema recoge dichos agentes:

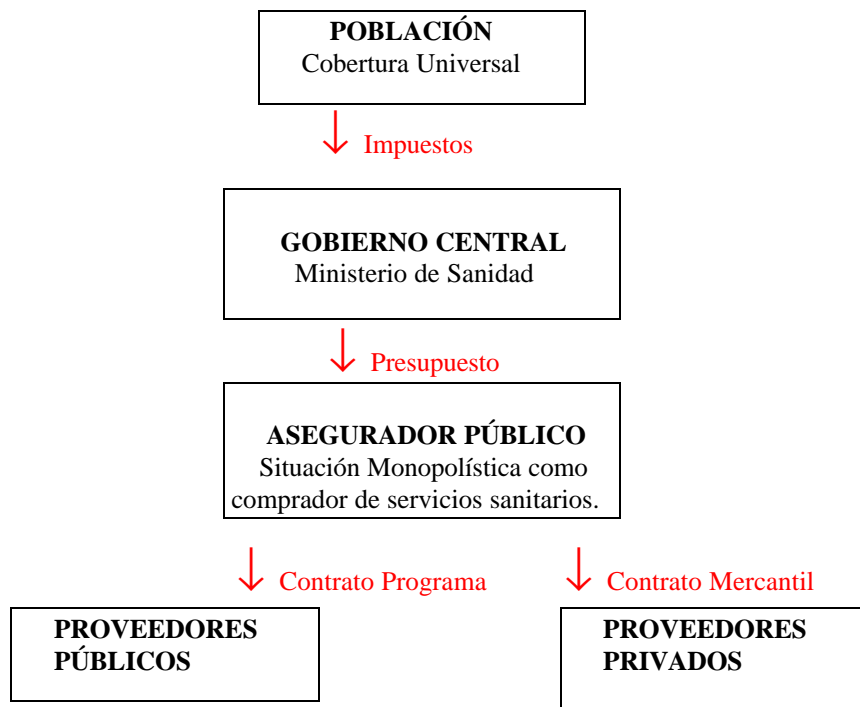


El entorno político, social, cultural y económico determinarán las características de estos agentes así como sus relaciones funcionales, afectando claramente la configuración del sistema.

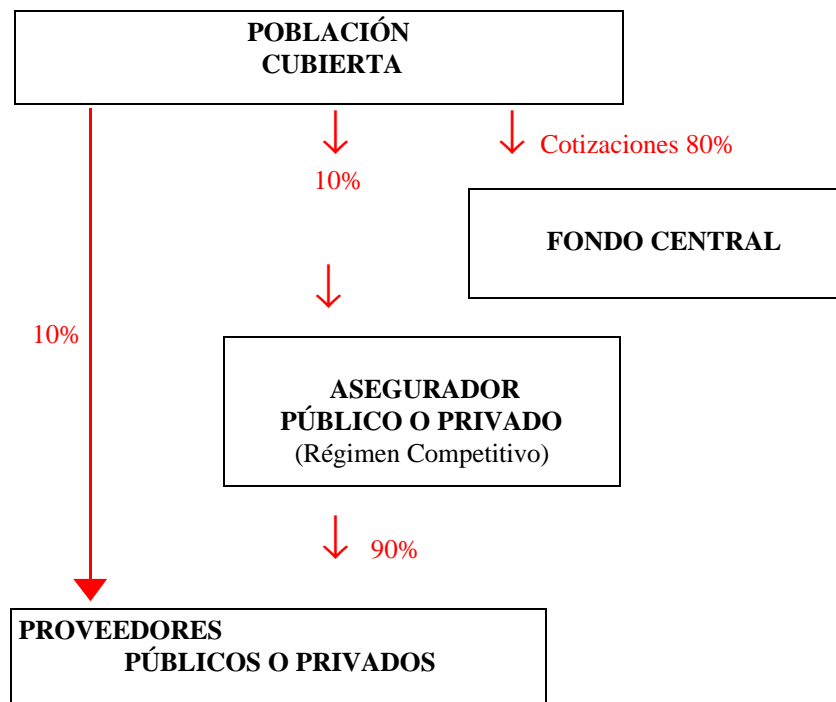
Aun reconociendo las especificidades de los distintos sistemas de salud europeos, podríamos alinearlos entorno a dos concepciones encarnadas en los siguientes modelos:

¹ En lo sucesivo entenderemos el papel de financiador dentro de las competencias del Estado, que ejerce tal función una vez ha tomado dichos fondos de los ciudadanos (vía impuestos o vía contribución al seguro obligatorio).

1. Sistema Nacional de Salud, inspirado en el informe Beveridge de 1.942, que formalizó la organización adoptada por Suecia en los años 1.930.



2. Sistema de Seguridad Social (Modelo Bismarck), que encuentra su fuente de inspiración en la legislación social de Alemania de 1.883.



La tabla 1 recoge los aspectos diferenciales de ambos modelos, permitiendo un cómodo cotejo, de forma que concluyamos una clara visión diferenciada de ambos sistemas².

TABLA 1.

	SISTEMA NACIONAL DE SALUD	SISTEMA DE SEGURO OBLIGATORIO
Cobertura	Universal, libre acceso de todos los ciudadanos.	Universal ³
Financiación	Básicamente vía impuestos, a través de los Presupuestos Generales.	Fundamentalmente vía contribuciones de empresarios y trabajadores, a través de un fondo de seguros no gubernamental, sin ánimo de lucro.
Asegurador	Único, el Estado asume el control y la gestión directa del aseguramiento.	Competencia entre agentes aseguradores públicos y privados ⁴ .
Medios de Producción	Propiedad estatal, aunque no podemos despreciar el sector privado.	Propiedad pública y privada.
Provisión de cuidados de salud	Fundamentalmente pública ⁵ .	Régimen competitivo, con proveedores públicos y privados.
Capacidad de elección de los ciudadanos	Nivel de aseguramiento: inexistente. Nivel de provisión: escasa, aunque creciente.	Nivel de aseguramiento y provisión.
Gestión y control	Predomina la regulación sobre el mercado.	El mercado asume mayor protagonismo.
Países⁶	Dinamarca, Finlandia, Grecia, Irlanda, Italia, Portugal, España, Suecia, Reino Unido, (Noruega).	Austria, Bélgica, Francia, Alemania, Luxemburgo, Holanda, (Suiza).

Dentro de estas dos categorías generales, los sistemas individuales varían en base a distintas características:

² Estos modelos no se aplican estrictamente, Aunque prevalezcan las características de uno de ellos, suelen recoger algo de los demás.

³ Es necesario matizar este aspecto. La cobertura sanitaria normalmente no alcanza a toda la población. No obstante, y a diferencia de las concepciones predominantemente privadas, la población no cubierta por el seguro sanitario se corresponde con la de mayores niveles de renta.

⁴ En este contexto competitivo, adquiere especial trascendencia el diseño de mecanismos de ajuste de riesgos, que eviten en la medida de lo posible la selección adversa.

⁵ Los procesos reformistas han incidido especialmente en el régimen no competitivo en el que se proveen los cuidados sanitarios en el modelo SNS. La introducción de competencia se estudia a dos niveles: nivel interno (entre proveedores públicos), nivel abierto (extiende la competencia a proveedores privados).

⁶ Suiza y Noruega, aún no perteneciendo a la Unión Europea, aparecerán en nuestra comunicación.

- equilibrio en la financiación (importancia relativa de impuestos y cuotas de la seguridad social).
- equilibrio entre competencia y regulación.
- dependencia patrimonial de los hospitales.
- grado de centralización o descentralización de la gestión.
- capacidad de elección de los pacientes.
- relaciones entre los distintos sectores de la asistencia sanitaria.

Tras esta primera aproximación a los dos modelos sanitarios operantes en Europa Occidental, empeñaremos el resto de la comunicación al objeto de ofrecer evidencia sobre dos cuestiones, a nuestro entender, ciertamente relevantes.

En primer lugar, trataremos de evaluar ambos sistemas en base a una selección de criterios que conjugarán elementos de gasto, de eficiencia y de equidad (epígrafe II).

Posteriormente, atenderemos a la posible convergencia en la configuración y funcionamientos de los sistemas sanitarios en los países europeos. La identificación de aspectos a mejorar y la consideración de las propuestas de actuación consiguientes guiarán nuestra consideración de la posible convergencia (epígrafe III).

II. Evaluación de ambos modelos: Sistema Nacional de Salud Vs Sistema de Seguro Obligatorio.

Seguiremos una estrategia de análisis que diferenciará cuatro perspectivas, desde las cuales es posible evaluar un sistema sanitario.

II.1 Gasto Sanitario:

Nos aproximaremos al gasto sanitario en cada uno de los países considerados desde distintos ángulos. Inicialmente consideraremos el gasto sanitario como % del PIB, observando la evolución que a este respecto presentan los distintos países.

CUADRO 1. GASTOS SANITARIOS TOTALES COMO % DEL PIB: 1.960-1.995.

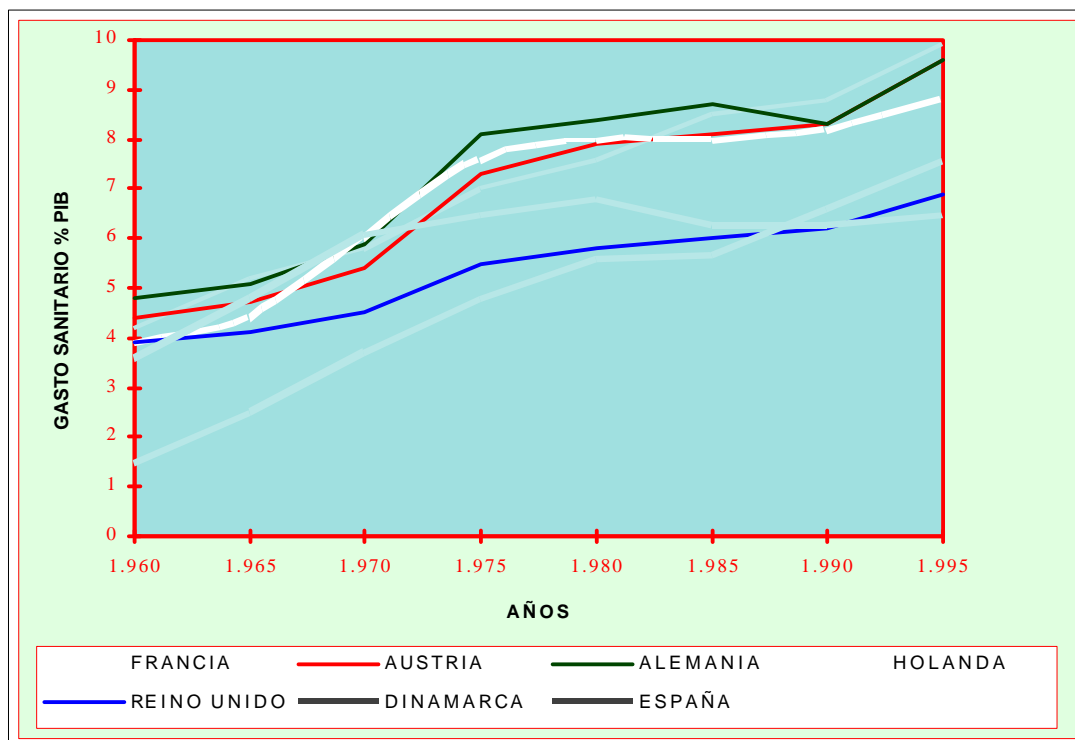
PAISES\AÑOS	1.960	1.965	1.970	1.975	1.980	1.985	1.990	1.995
SS								
FRANCIA	4,2	5,2	5,8	7	7,6	8,5	8,8	9,8
AUSTRIA	4,4	4,7	5,4	7,3	7,9	8,1	8,3	9,2
ALEMANIA	4,8	5,1	5,9	8,1	8,4	8,7	8,3	8,6
BÉLGICA	3,4	3,9	4,1	5,9	6,7	7,4	7,6	8,1
HOLANDA	3,9	4,4	6	7,6	8	8	8,2	8,7
LUXEMBURGO			4,1	5,6	6,8	6,8	7,2	7,2
SUIZA	3,3	3,8	5,2	7	7,3	7,6	7,8	9,9
SNS								
ITALIA	3,6	4,3	5,2	6,1	6,9	7	8,1	8,5
SUECIA	4,7	5,6	7,2	7,9	9,4	8,8	8,6	8
REINO UNIDO	3,9	4,1	4,5	5,5	5,8	6	6,2	7,1
DINAMARCA	3,6	4,8	6,1	6,5	6,8	6,3	6,3	6,7
ESPAÑA	1,5	2,5	3,7	4,8	5,6	5,7	6,6	7
PORTUGAL			3,1	6,4	5,9	7	6,7	7,3
IRLANDA	4	4,4	5,6	8	9,2	8,2	7	6,7
GRECIA	2,9	3,1	4	4,1	4,3	4,9	5,4	5,7
FINLANDIA	3,9	4,9	5,7	6,3	6,5	7,2	7,8	10,1

FUENTE: SCHLEBER, G.P., POULLIER, J.P., GREENWALD, L.M., "U.S. HEALTH EXPENDITURE PERFORMANCE: AN INTERNATIONAL COMPARISON AND DATA UPDATE", HEALTH CARE FINANCING REVIEW, SUMMER 1.992; "HEALTH SPENDING, DELIVERY AND OUTCOMES IN OECD COUNTRIES", HEALTH AFFAIRS, SUMMER 1.993; Y ECO SANTE. OCDE 1.996.

La figura 1 nos permitirá comprobar con mayor facilidad que la tabla anterior cómo los países caracterizados por el Sistema de Seguro Obligatorio han debido afrontar un mayor gasto en el sostenimiento de sus sistemas de salud⁷.

FIGURA 1.

⁷ La representación gráfica de las cifras referidas a España nos permite comprobar la incorporación tardía de nuestro país al Estado del Bienestar, lo que se traduce en unas tasas de crecimiento mayores a los del resto de países.



Centrándonos en el último año para el cual disponemos de datos, podríamos comprobar de forma clara nuestro apunte. Entre los siete sistemas sanitarios más caros de Europa, seis pertenecen al modelo Bismarck (ver figura 2).

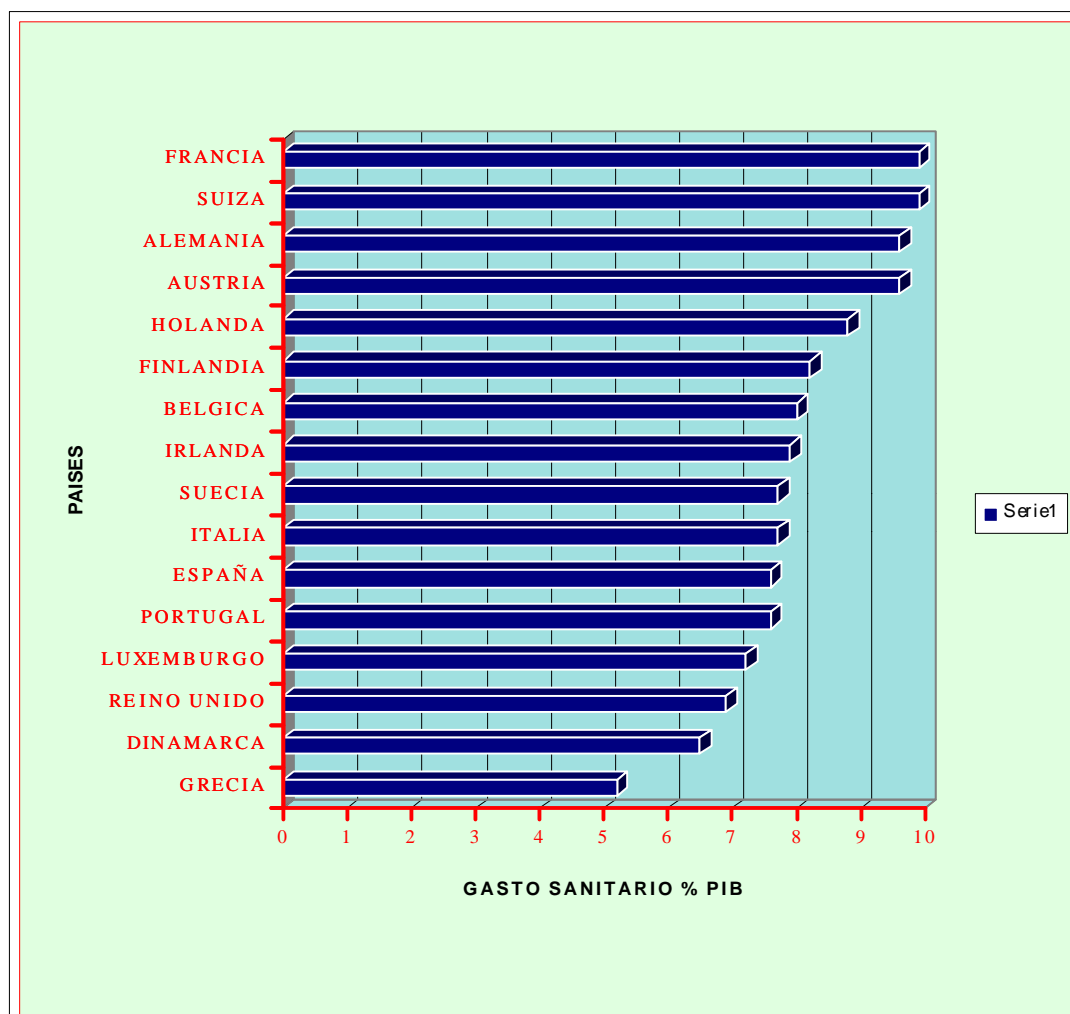
Otra perspectiva interesante es aquella que nos desglosa este gasto sanitario según tenga un carácter público o privado. A pesar del mayor peso relativo que en los sistemas nacionales de salud tiene lo público (frente a los sistemas de seguro obligatorio, más orientados al mercado), el porcentaje que el gasto sanitario público representaba en relación al PIB continuaba siendo inferior para los primeros. No obstante, y como era de esperar, las diferencias se reducían. La siguiente tabla respalda nuestro comentario.

TABLA 2.

PAÍSES	% GTO SANITARIO TOTAL - PIB	% GTO SANITARIO PÚBLICO - PIB	% GTO PÚBLICO - GTO TOTAL
FRANCIA	9,9	7,8	78,4
ALEMANIA	9,6	7,1	73,5
AUSTRIA	9,6	6,1	63,4
HOLANDA	8,8	6,8	77,5
FINLANDIA	8,2	6,2	75,2
BÉLGICA	8	7	87,8
IRLANDA	7,9	6	76
ITALIA	7,7	5,4	70
SUECIA	7,7	6,4	83,4

ESPAÑA	7,6	5,9	78,2
PORTUGAL	7,6	4,3	56
LUXEMBURGO	7,2	7	98,5
REINO UNIDO	6,9	5,8	84,1
DINAMARCA	6,5	5,4	83
GRECIA	5,2	4,4	84,2

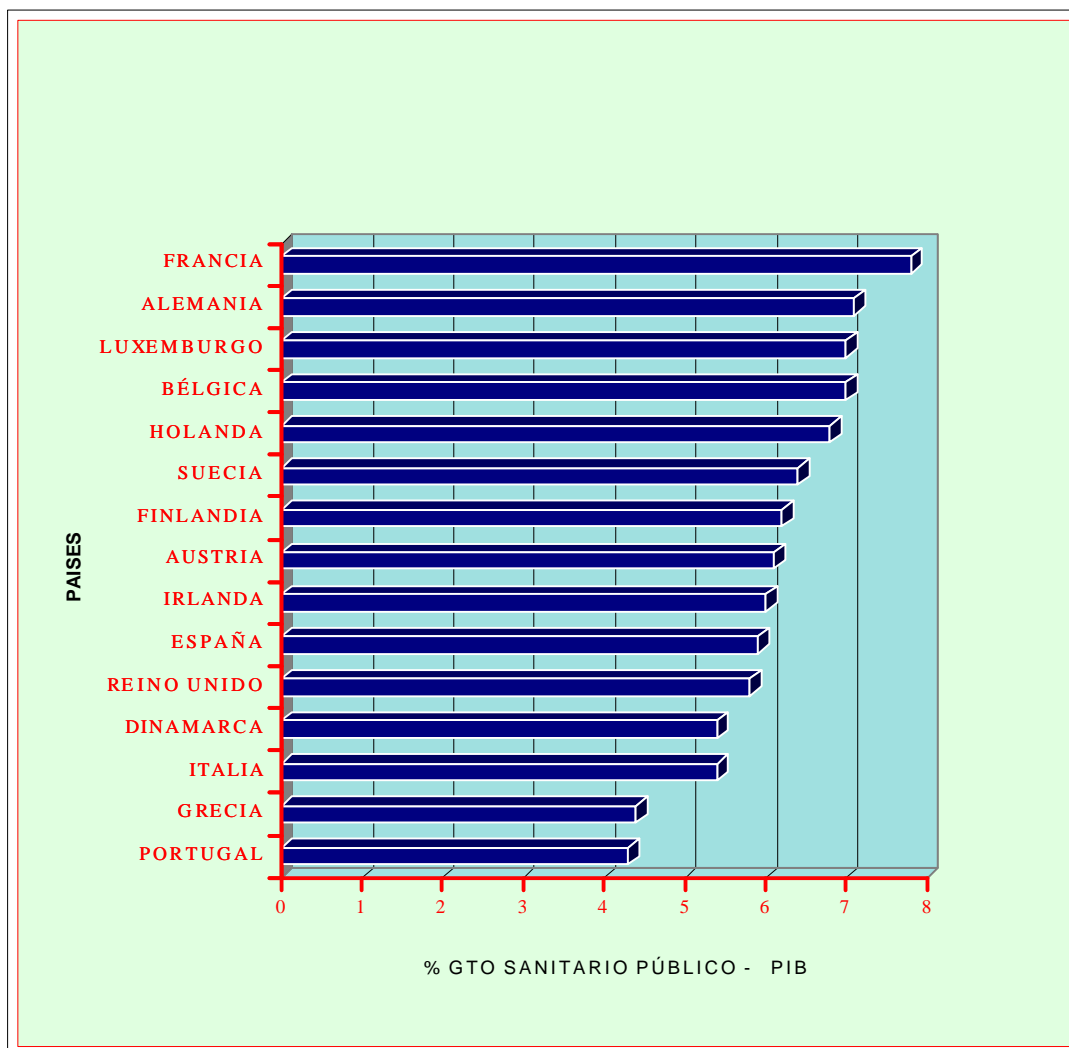
FUENTE: ECO SANTE. OCDE 1.996.



La siguiente figura (nº 3) nos muestra el gasto sanitario público en el que incurren los anteriores países, ordenados decrecientemente. Como recién apuntábamos, incluso dejando de considerar el gasto sanitario privado⁸, los países con sistema Sistema Sanitario de Seguro Social continúan a la cabeza del gasto sanitario en Europa.

FIGURA 3.

⁸ El gasto sanitario privado es claramente superior en los países del modelo Bismarck. Ahora comprobamos que esto mismo ocurre también para el gasto sanitario público.



Diferentes niveles de gasto pueden explicarse en base a variados aspectos tales como el volumen de prestaciones ofrecidas, el nivel de eficiencia del sistema (el cual puede esconder tras de sí incentivos, en ocasiones perversos, hijos de las características del propio sistema), evolución de la inflación específica (que hará tomar peso al gasto sanitario en el PIB)... En la medida de lo posible trataremos de aportar alguna evidencia a este respecto.

II.2 Oferta sanitaria.

La consideración aislada del gasto sanitario tienen su trascendencia en cuanto al coste de oportunidad que supone el mismo. No obstante, podemos alcanzar mayores niveles de significación si enfrentamos este coste (gasto, consumo) a su contrapartida, la cual puede ser observada desde distintos ángulos⁹.

⁹ Uno de ellos muy interesante y que no trataremos aquí es el nivel de satisfacción de sus ciudadanos. Su mayor virtud descansa en el hecho de que son precisamente los ciudadanos los destinatarios de la protección sanitaria, la razón de ser del sistema. Su principal inconveniente, es la falta de objetividad que incorporaría la comparación entre países.

II.2.a. Oferta sanitaria a partir de indicadores cuantitativos.

Compararemos la oferta sanitaria de los distintos países en base a indicadores como:

- Número total de médicos por 1.000 habitantes.
- Número de enfermeras por 1.000 habitantes.
- Camas hospitalarias por 1.000 habitantes.

TABLA 3.

PAÍSES	Nº MÉDICOS POR 1.000 PERSONAS	Nº ENFERMEROS POR 1.000 PERSONAS	Nº CAMAS POR 1.000 PERSONAS
ALEMANIA	3,2		12,2
LUXEMBURGO	2,1	9,7	11,8
HOLANDA	2,5	9	11,3
FINLANDIA	2,8	10,7	10,1
AUSTRIA	3,3	4,3	9,3
FRANCIA	2,8	3,7	9
SUIZA	3	7,8	8,7
BÉLGICA	3,8	7,7	7,6
ITALIA	4,7	3	5,6
SUECIA	3	7,1	5,4
GRECIA	3,9	2,3	5
DINAMARCA	2,8	8,3	5
IRLANDA	1,7	6,5	5
REINO UNIDO	1,6	5	5
PORTUGAL	2,9	2,7	4,3
ESPAÑA	4	4,1	4,2

FUENTE: WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE, HEALTH FOR ALL DATABASE Y OECD HEALTH DATA 1996.

No podemos establecer una relación clara entre el modelo sanitario y el número de médicos o enfermeras. Si será posible, en cambio, observar cómo para el tercer indicador, se podría identificar la evidencia siguiente: los países del modelo Bismarck disponen de un mayor número relativo de camas hospitalarias. De los países que se encuentran por encima de la media de Europa Occidental, todos salvo Finlandia corresponden al modelo de seguro obligatorio.

Es necesario en este punto introducir el siguiente matriz. En este caso, más no es siempre mejor, sobre todo si lo estudiamos desde el punto de vista de la eficiencia. En el ámbito sanitario, en muchas ocasiones, la oferta genera su propia demanda. Desde esta consideración debemos entender la reducción del número de camas hospitalarias que en Europa Occidental tuvo lugar durante el periodo 1980-94. Este ratio

pasó del valor 10,7 al valor 7,8. Es especialmente llamativo el caso sueco¹⁰ que redujo el valor de este indicador desde 15,1 a 6,4.

II.2.b. Producción de servicios sanitarios, evaluados a través de sus efectos sobre la población.

Mediremos los resultados en términos de salud de la población. No obstante, no debemos dejar de considerar que la salud de los habitantes de un determinado espacio geográfico no depende únicamente de los aspectos relacionados con los cuidados sanitarios. Factores como los genéticos, los ambientales y del entorno, los relacionados con hábitos y estilos de vida, los niveles de renta y educación, además del sistema sanitario determinan en su conjunto el nivel de salud de la población.

Teniendo presente la anterior consideración, compararemos indicadores como la esperanza de vida al nacer, la mortalidad infantil y la mortalidad perinatal.

TABLA 4.

PAÍSES	ESPERANZA DE VIDA AL NACER		MORTALIDAD PERINATAL POR 1.000 NACIDOS VIVOS	MORTALIDAD INFANTIL POR 1.000 NACIDOS VIVOS
	M	H		
ALEMANIA	79,8	73,3	6,8	5,3
AUSTRIA	80,2	73,9	6,8	5,4
BÉLGICA	80,2	73,5	8,4	6,1
DINAMARCA	79,8	73,3	6,8	5,3
ESPAÑA	81,6	74,4	6,5	5,6
FINLANDIA	80,5	73	5,4	3,9
FRANCIA	81,9	74	7	4,9
GRECIA	80,3	75	10,4	8,1
HOLANDA	80,3	74,7	8,8	5,5
IRLANDA	78,5	73,2	10,3	6,4
ITALIA	81,3	74,9	8,8	6,1
LUXEMBURGO	80	73	7	5,5
PORTUGAL	78,5	71	9,1	7,5
REINO UNIDO	79,3	74,4	8,9	6,2
SUECIA	81,5	76,5	5,5	4,1

FUENTE: ESTADÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, 1.997.EUROSTAT.

Podemos comprobar que países como Grecia, Portugal presentan unos índices de mortalidad infantil visiblemente por encima de la media europea. ¿Qué parte de responsabilidad tiene en esta circunstancia el sistema sanitario y qué parte sería atribuible al resto de elementos comentados?.

¹⁰ Suecia se encuentra entre los pocos países que ha logrado en los últimos tiempos romper la participación creciente del gasto sanitario en el PIB.(ver tabla 1)

Otros valores como el número de casos tratados, número de operaciones, trasplantes, revisiones periódicas si estarían claramente relacionados con el sistema sanitario. No obstante, no disponemos de cifras comparativas para los distintos países europeos.

II.3 Eficiencia de ambos modelos de sistema sanitario.

Cada una de estas formas de organización y sus variantes dentro de cada modelo supone la activación de incentivos, perversos o no, que claramente condicionarán el nivel de eficiencia de las distintas concepciones de sistema sanitario.

Se presenta oportuno a este respecto ofrecer en primer lugar un comentario teórico sobre la actuación de incentivos a la eficiencia o no eficiencia, para a continuación ofrecer una visión comparativa de indicadores de eficiencia para los distintos países miembros.

Esta segunda parte se nos presenta complicada en base fundamentalmente a la no disponibilidad de cifras homogéneas que permitan las pretendidas comparaciones. Si podremos, en cambio, ofrecer un breve apunte teórico, sobre los aspectos de eficiencia de los distintos sistemas y variantes posibles.

CUADRO 2.

	SISTEMA NACIONAL DE SALUD	SISTEMA DE SEGURO OBLIGATORIO
Nivel de aseguramiento	<i>Asegurador público y único.</i>	<i>Mercado competitivo en el que confluyen oferentes, tanto público como privados.</i>
Nivel de Provisión	<i>Proveedores generalmente públicos. Competencia no extendida.</i>	<i>Proveedores públicos y privados.</i>
Libertad de elección de los ciudadanos	<i>Inexistente en el aseguramiento. Limitada en la provisión. Pública (predominio impuestos).</i>	<i>El cliente elige la opción asegurador-proveedor libremente. Pública (predominio cotizaciones).</i>
Financiación	<i>Poco peso del seguro privado y co-pago en el volumen total de gasto sanitario.</i>	<i>Mayor importancia del seguro privado y co-pago en la financiación del gasto sanitario.</i>
Incentivos	<i>No existen incentivos entre proveedores para competir vía calidad (éstos no tienen recompensa por captar clientes) o vía costes (el asegurador, que es al mismo tiempo comprador, es único y otorga presupuesto global a los centros sin atender a la eficiencia de éstos)¹¹.</i>	<i>Los proveedores en este caso si se ven presionados vía calidad y vía costes. Deben competir en calidad dada su necesidad de captar pacientes, al tiempo que no pueden descuidar el coste, pues de ello dependerá la rentabilidad de su actividad¹².</i>

¹¹ La reforma británica, de principios de los noventa, gira en torno a estas debilidades. Se iba a centrar en el nivel de la provisión, aproximándose al modelo tipo Bismarck. Este movimiento reformista tiene especial trascendencia en cuanto a la influencia que habrá de ejercer sobre propuestas a su vez reformadoras a aplicar en otros países.

Incentivos	<i>Los ciudadanos, por su parte, no tienen incentivos hacía un consumo controlado de servicios sanitarios, pues no sienten su coste en el momento de su prestación. El nivel de co-pagos es muy bajo, al tiempo que las prestaciones garantizadas por el aseguramiento público son prácticamente la mayoría.</i>	<i>El nivel de co-pagos y la amplitud de los servicios no garantizados es mayor. Esto debería disciplinar el comportamiento de los usuarios. No obstante, estos gastos se suelen cubrir mediante seguros privados, con lo que desaparece el efecto disciplinador que inicialmente cabría esperar¹³.</i>
-------------------	--	--

II.4 Equidad.

Constituye un elemento esencial en toda consideración de sistemas sanitarios. Su falta en sí, ya constituye un fallo del mercado, desde el momento en que tal situación no es aceptada socialmente. Diferenciaremos dos niveles:

II.4.a Equidad en la financiación.

Este concepto hace referencia a si los pagos destinado a cuidados de salud se relacionan con la capacidad de pagar mas que con el uso que se pueda hacer de servicios médicos.

Consideraremos la cuestión desde una perspectiva vertical,¹⁴ es decir, trataremos la progresividad de la financiación.

Comenzaremos diferenciando las fuentes de financiación posibles en un sistema de salud genérico:

1. Imposición general.
2. Cuotas al seguro obligatorio.
3. Primas de aseguramiento privado.
4. Pagos no cubiertos (co-pagos, servicios no asegurados públicamente).

Una primera clasificación de los sistemas sanitarios en base a las fuentes de financiación sería la que diferencia:

- a) Sistemas predominantemente privados.

¹² Cuando se introduce la libertad de elección entre fondos de seguros, el establecimiento de un mecanismo de ajuste de riesgos es imprescindible para evitar que se produzcan prácticas de selección de riesgos por parte de los aseguradores, y cumplir con uno de los principales objetivos de un sistema público de sanidad: preservar la equidad.

¹³ El establecimiento de co-pagos podría afectar a la equidad del sistema, salvo que suponga porcentajes muy bajos e incorpore amplias excepciones, en cuyo caso se difuminaría parte importante del efectivo disciplinador al que se asocia. Al mismo tiempo, y debido fundamentalmente a la falta de información de los pacientes, en muchos casos el establecimiento de co-pagos suele afectar a consumos realmente necesarios.

¹⁴ La equidad horizontal en la financiación de los sistemas sanitarios públicos las damos por cierta.

En ellos adquieren especial protagonismo las primas de aseguramiento privado, así como el pago privado de servicios sanitarios. Estas fuentes suponen porcentajes superiores al 50% del gasto total sanitario. Estados Unidos constituye un claro ejemplo de este tipo de sistemas.

El resultado aparece en forma de amplios porcentajes de población sin cobertura sanitaria, así como un alto grado de regresividad en su financiación.

b) Sistemas predominantemente públicos.

Las fuentes de financiación en este caso son eminentemente públicas¹⁵, variando el mayor peso de la imposición general o de las cotizaciones al seguro obligatorio según nos refiramos a un modelo sistema nacional de salud (SNS) o a un modelo de seguro social respectivamente (SS).

El siguiente cuadro nos muestra esta circunstancia.

CUADRO 3.

<i>1.991</i>	IMPUESTOS	SEGURO SOCIAL
<i>Reino Unido</i>	87%	13%
<i>Dinamarca</i>	86%	14%
<i>España¹⁶</i>	68,4%	21,6%
<i>Alemania</i>	24,9%	75,1%
<i>Francia</i>	17,5%	82,5%
<i>Holanda</i>	24,1%	75,9%

La pertenencia a uno u otro modelo determina aspectos como:

1. Nivel de co-pagos.

CUADRO 4.

SISTEMA NACIONAL DE SALUD	SISTEMA DE SEGURO SOCIAL
<i>Normalmente sólo en farmacia y en niveles inferiores a los del modelo de seguro obligatorio.</i>	<i>Además del ámbito farmacéutico, encuentran aplicación en los servicios ambulatorios y hospitalarios. Al mismo tiempo operan en porcentaje mayor al que lo hacen en el modelo SNS.</i>

¹⁵ Portugal se escapa un poco a esta apreciación, siendo el país europeo donde el gasto sanitario privado adquiere mayor peso. (40,2% del Gasto Sanitario total es privado).

¹⁶ Las proporciones que a este respecto ofrece España muestran el proceso de transición desde un modelo basado fundamentalmente en cotizaciones sociales hacia otro financiado fundamentalmente vía impuestos. El siguiente cuadro resulta indicativo al respecto que comentamos.

CUADRO 5.

AÑO	FINANCIADO VÍA IMPUESTOS	FINANCIADO VÍA COTIZACIONES.
<i>1.982</i>	14,9%	82,81%
<i>1.996</i>	84,31%	14,3%

FUENTE: MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO.

2. Población cubierta.

La siguiente tabla nos muestra el porcentaje de cobertura de la población según sectores de asistencia para distintos países europeos.

TABLA 5. PAÍSES DE LA UNIÓN EUROPEA (% COBERTURA DE LA POBLACIÓN SEGÚN SECTORES DE ASISTENCIA), AÑO 1.991.

PAÍSES	ASISTENCIA HOSPITALARIA	ASISTENCIA AMBULATORIA	ASISTENCIA FARMACÉUTICA
ALEMANIA	92,2	92,2	92,2
BÉLGICA	98	93	93
DINAMARCA	100	100	100
ESPAÑA	99	99	99
FRANCIA	99	98	98
GRECIA	100	100	100
HOLANDA	73	67	62
IRLANDA	100	37	40
ITALIA	100	100	100
LUXEMBURGO	100	100	100
PORTUGAL	100	100	100
REINO UNIDO	100	100	100

FUENTE: PROGRAM OECD KEATHDATA (CREDES), 1.993. Tomado de ERRASTI, F. PRINCIPIOS DE GESTIÓN SANITARIA, DÍAZ DE SANTOS, 1.997, MADRID.

Los países que adoptan el modelo SS son los únicos que aceptan mantener porcentajes de población no cubiertas sanitariamente. No obstante aquí cabe un matiz importante puesto que la población excluida de la cobertura es la de mayor poder adquisitivo.

3. Progresividad en la financiación.

Sistema Nacional de Salud

A la hora de atender a la equidad en su modo de financiación debemos mirar al sistema fiscal del país en cuestión, dado el importante peso que la imposición tiene en la financiación total del sistema. Normalmente estos sistemas se muestran progresivos, siéndolo más cuanto mayor peso suponga la imposición directa.

Sistema de Seguro Obligatorio

Muestra esquemas de financiación menos progresivos que los SNS. Las causas son la existencia de contribuciones sujetas a techos, o el hecho de que diferenciados grupos de ingresos se enfrentan a porcentajes de contribución proporcionales. No obstante también cuenta con elementos progresivos como el trato favorable hacia pensionistas o grupos de bajo nivel de ingresos.

Por supuesto, cuanto mayor sea el porcentaje de gasto sanitario cubierto privadamente, más regresiva será la financiación del sistema.

Estas consideraciones tienen una clara aplicación al estudio de las reformas actualmente debatidas. Podríamos explicitar estas cuestiones como sigue:

- La transición desde un sistema de seguridad social hacia otro financiado vía impuestos generales, como ocurrió en Italia y más recientemente en España, puede hacer un sistema de salud mas progresivo.
- Un mayor énfasis en la financiación pública en sistemas predominantemente privados reduciría la regresividad financiera del sistema, pudiendo incluso resultar un sistema financieramente progresivo, según el modelo adoptado.
- Un mayor peso de los co-pagos o de las prestaciones apartadas de la cobertura pública, como ocurre en Francia, podría probablemente hacer los sistemas menos progresivos o más regresivos en el caso de que ya lo fueran.

II.4.b. Equidad en el uso.

Nos referimos a la medida en la cual el acceso y recepción de cuidados médicos vendrán determinados por la necesidad más que por la capacidad de pago. Centraremos la atención en la equidad horizontal, según la cual, personas con igual necesidad, reciben la misma atención sanitaria, independientemente del nivel de ingresos.

Miraremos dos aspectos fundamentalmente:

1. Efecto del nivel de ingresos sobre el comportamiento de los usuarios.

Se trata de una cuestión vinculada con los costes de acceso. Estos vienen determinados por elementos como los pagos no cubiertos¹⁷, los costes de transporte, los costes de oportunidad (tiempo)...

Así, los modelos tipo SNS son los que aparentemente presentan costes de acceso mas homogéneos puesto que tanto el nivel de co-pagos, como el de prestaciones no cubierta suelen ser menores¹⁸.

2. Comportamiento del proveedor según el nivel de ingresos del paciente.

Resultará determinante la organización e incentivos implícitos del sistema de salud en su nivel de provisión.

En un sistema de salud en el que los proveedores reciban distinta compensación económica según atienda a un paciente asegurado a través de una agencia u otra podría provocar el trato desigual de personas con igual necesidad. Esta circunstancia es de más fácil aparición según la concepción SS que la SNS.

III. Evolución Futura: ¿Convergente?

¹⁷ La cobertura del seguro sanitario público, cuando no es completa, determina claramente costes de acceso relativo distintos entre grupos de ingreso.

¹⁸ Es importante no olvidar que aún siendo los costes nominales iguales, en terminos reales no los serán, suponiendo una mayor desutilidad para las clases mas desfavorecidas económicamente.

A través del estudio de las previsible líneas de actuación en la reforma de los sistemas de salud europeos, trataremos de observar la posibilidad de convergencia de ambos sistemas.

Inicialmente comentaremos las áreas de reforma, para seguidamente pasar a considerar las propuestas de actuación.

III.1 Áreas de Reforma.

III.1.a. Estado-Mercado en el ámbito sanitario.

Dentro de los esquemas SNS se tratan de introducir medidas competitivas en el nivel de la provisión de servicios. No obstante, se trataría en bastantes casos de una competencia interna, esto es, entre proveedores públicos. Estaríamos ante una aproximación al modelo Bismarck. No obstante, en este caso la competencia se extiende a proveedores privados. Algunos proyectos reformadores dentro del modelo Beveridge proyectan acercarse a este grado de competencia, por lo que desde nuestra perspectiva no resulta descabellado pensar en la confluencia de ambos modelos a este respecto¹⁹.

Totalmente distinta es la misma cuestión situada a nivel del aseguramiento. Introducir competencia a este nivel en el modelo SNS supondría abandonar la situación monopolística de la que hoy disfruta y permitir la competencia de aseguradores privados. Lógicamente se trataría de una competencia regulada, cuidando la posible selección de riesgos así como la cobertura de los más débiles, económicamente hablando. Si en cambio, el tiempo demostrara que los mecanismos de ajuste de riesgo no son eficaces a la hora de evitar la selección adversa, o la ganancia de eficiencia esperada de esta competencia no alcanza a compensar los mayores costes de transacción, quizás el movimiento sea hacia el modelo SNS. La posible convergencia de ambos sistemas es menos clara en este caso.

III.1.b. Reorganizar el sistema: descentralización, recentralización y privatización.

Un movimiento descentralizador parece haber afectado a la totalidad de sistemas sanitarios europeos. La justificación a tal tendencia se encuentra en elementos como una mayor flexibilidad y facilidad de respuesta a cambios en el entorno, una mayor eficacia en la identificación de problemas y oportunidades, una mayor capacidad de innovación. al tiempo que se espera una mayor motivación, más dedicación y una productividad mas elevada en el nivel de trabajo²⁰.

Podemos confirmar una tendencia descentralizadora en la generalidad de países. Esta tendencia debemos entenderla de forma simultánea al proceso de introducción de competencia. No obstante cabe diferenciar diferentes grados, afectando los más acusados a los países pertenecientes al modelo Bismarck.

¹⁹ Lógicamente, este proceso no puede entenderse a corto plazo. Se requiere cambios en la estructura organizativa, en la mentalidad de los proveedores públicos actuales, así como la aparición y consolidación de proveedores privados.

²⁰ No obstante, no se deja de reconocer la existencia de áreas donde no se debe descentralizar la capacidad de toma de decisiones. Cuatro de ellas son: el marco básico de la política sanitaria; la regulación relacionada con la seguridad pública: las decisiones estratégicas sobre el desarrollo de recursos; el seguimiento, evaluación y análisis tanto de la salud de la población como de la prestación asistencial.

La privatización representa el grado máximo de descentralización. La adopción de medidas privatizadoras requeriría una intensa regulación central, si queremos evitar que afloren los fallos de mercado que subyacen al ámbito de la provisión y aseguramiento sanitario.

Una descentralización del aseguramiento y profundización en el proceso de descentralización de la provisión en los modelos SNS nos aproximaría al esquema propio de los modelos SS.

III.1.c. Capacidad de elección y participación de los ciudadanos.

Dentro del ámbito de países que adoptaron el modelo de seguro obligatorio los usuarios pueden elegir entidad aseguradora y de esta forma el proveedor de los servicios sanitarios. La búsqueda de la eficiencia se pretende alcanzar desde la idea "el dinero sigue al paciente", lo que estimula la orientación de proveedores y aseguradores hacia los usuarios.

Este ambiente competitivo favorece la ganancia de eficiencia en el sistema sanitario. No obstante, existe el riesgo, ya comentado, de la práctica de selección de riesgos por parte de proveedores y aseguradores. Si el mecanismo de ajuste de riesgos implementado no resultara eficaz, se pondría en peligro la equidad del sistema.

En los países que mantienen el modelo SNS progresivamente se avanza en esta misma dirección, otorgando al paciente mayor capacidad de elección, propiciando de este modo una más decidida orientación del sistema al ciudadano. No obstante, se trata de una capacidad de elección restringida al nivel de provisión. Incluso para algunos países, en este nivel de provisión, la elección sólo es posible entre proveedores públicos y sin repercusiones financieras derivadas de la elección del paciente, lo que debilita claramente la orientación eficiente del sistema.

Otra cuestión relacionada con la capacidad de elección y participación de los ciudadanos es la satisfacción que sobre ellos proyecta el sistema de salud.

III.2. Estrategias de intervención política.

El siguiente esquema recoge muy sucintamente dichas estrategias, agrupándolas en cuatro categorías. Atenderemos de manera más detenida las cuestiones relacionadas con la financiación.

a. Estrategias tendentes a hacer frente a la escasez de recursos.

- elevar la cuantía de los recursos.
- controlar el gasto agregado:
 - Demanda: Costes compartidos, establecimiento de prioridades...
 - Oferta: Fijar topes al gasto, introducir competencia...

b. Asignar los recursos de manera efectiva

- mecanismos de contratación.
- sistemas de pago a profesionales e instituciones.
- mecanismos de compra de productos farmacéuticos.

c. Proveer los servicios de manera eficiente (escala micro-institucional)

- mejorar los resultados y la calidad asistencial.
- gestión descentralizada de los proveedores.
- reestructurar los hospitales.
- desplazar las fronteras: hospitales, atención primaria y cuidados comunitarios.
- papel renovado para la atención primaria de salud.
- desarrollar los recursos humanos.

d. Estrategias tendentes a financiar los sistemas equitativamente.

Se trata, la financiación sanitaria, de un aspecto que separa claramente las dos concepciones. Aún predominando en ambos la financiación pública, la procedencia de los fondos varía de un modelo a otro.

Como ya comentábamos, los sistemas tipo Beveridge obtenían los fondos a partir de la imposición general, mientras los sistemas tipo Bismarck, lo hacían en base a cotizaciones sociales.

No parece existir intenciones de modificar esta situación en los países europeos. No obstante, desde el punto de vista de la equidad, parecería más oportuno adoptar el sistema de financiación característico del modelo SNS.

Si existe más dinamismo en lo que se refiere al uso que cada sistema, cada país, hace de los co-pagos. Su utilización atenta contra la equidad, haciendo más regresiva la financiación del sistema, al tiempo que podría reducir el consumo, en los grupos de menor ingreso, más allá de lo prescindible, Su razón de ser como incentivo o disciplinador del consumo inadecuado de los pacientes deja de tener vigencia desde el momento en que se suscriben seguros que cubran estos pagos.

Algunos países estudian la regulación de este aseguramiento de forma que se mantenga el incentivo que subyace al establecimiento de co-pagos.

IV. Bibliografía.

•ABEL-SMITH B., (1.993). "CONTENCIÓN DE COSTES Y NUEVAS PRIORIDADES EN LA COMUNIDAD EUROPEA", EKONOMIAZ, Nº 25, PAG. 144-165.

•ERRASTI F. (1.997). PRINCIPIOS DE GESTIÓN SANITARIA, DIAZ DE SANTOS, MADRID.

- FENN P., McGUIRE A. (1.990). "LA REFORMA DEL SERVICIO NACIONAL DE SALUD EN EL REINO UNIDO", INFORMACION COMERCIAL ESPAÑOLA, MAYO-JUNIO, PAG. 27-43.
- FIGUERAS J.,SALTMAN R.B. (1.997). "TENDENCIAS ACTUALES EN LAS REFORMAS DE LOS SISTEMAS SANITARIOS EN EUROPA", REVISTA DE ADMINISTRACIÓN SANITARIA, VOL. I, Nº 2, PAG. 39-67.
- GERDTHAM U.G. ET AL. (1.992). "AN ECONOMETRIC ANALYSIS OF HEALTH CARE EXPENDITURE: A CROSS-SECTION STUDY OF THE OECD COUNTRIES", JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS, Nº 11, PAG. 63-84.
- MURILLO C., GONZALEZ B., (1.993). "LAS ESTIMACIONES DEL EFECTO DE LOS PRECIOS EN LA FINANCIACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS EN ESPAÑA", EKONOMIAZ, Nº 25, PAG. 90-103.
- NERA (1.997). EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL: ALTERNATIVAS PARA SU REFORMA.
- OECD WORKING PAPER (1.996). "HEALTH CARE REFORMS IN LIGHT OF CHANGING FUNDING, INCENTIVES AND PRODUCTION PATTERNS, PARIS.
- OTERO A., AUSÍN I., McKEE M. Y BRAND H. (1.997). "TENDENCIAS ACTUALES EN LAS REFORMAS DE LOS SISTEMAS SANITARIOS EN EUROPA", REVISTA DE ADMINISTRACIÓN SANITARIA, VOL. I, Nº 2, PAG. 67-85.
- POULLIER J. P., (1.990). " EL AFÁN POR LA EFICIENCIA: UNA PERSPECTIVA INTERNACIONAL", INFORMACION COMERCIAL ESPAÑOLA, MAYO-JUNIO, PAG. 7-25.
- VAN DOORSLAER E., WAGSTAFF A. (1.992). "EQUITY IN THE DELIVERY OF HEALTH CARE: SOME INTERNATIONAL COMPARISONS. JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS, Nº 11, PAG. 389-411.
- VAN DOORSLAER E., WAGSTAFF A. AND PACI P. (1.991). "ON THE MEASUREMENT OF HORIZONTAL INEQUITY IN THE DELIVERY OF HEALTH CARE.. JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS, Nº 10, PAG. 169-205.
- WAGSTAFF A. (1.992). "EQUITY IN THE FINANCE OF HEALTH CARE: SOME INTERNATIONAL COMPARISONS. JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS, Nº 11, PAG. 361-387.
- WAGSTAFF A. (1.992). "EQUITY IN THE FINANCE OF HEALTH CARE: SOME INTERNATIONAL COMPARISONS. JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS, Nº 11, PAG. 361-387.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1.996), "EUROPEAN HEALTH CARE REFORMS ANALYSIS OF CURRENT STRATEGIES", COPENHAGEN.
- WYNAND P.M.M. VAN DE VEN, (1.990), "PERESTROIKA EN EL SISTEMA SANITARIO HOLANDES", INFORMACION COMERCIAL ESPAÑOLA, MAYO-JUNIO, PAG. 45-56..

