

Los Sistemas Nacionales de Salud en el espacio común europeo: misión educativa y particularidades comparativas (la perspectiva de España expresada en cifras)

Anne-Marie Sarlet

Universidad de Murcia

Jorge González

HEC - Liège

Fecha de aceptación de originales: Diciembre de 2000

RESUMEN: Planteamiento del origen de los Sistemas Nacionales de Salud en la U.E., su evolución como Seguridad Social y las características específicas de cada modelo, las reformas estructurales de los tiempos que corren (financiamiento, demografía, recursos...) para dar solución a la crisis de los SNS en la crisis del Estado de Bienestar. La situación de España, su reforma sanitaria expresada en cifras a través del Informe SESPAS (1998)

SUMMARY: Exposition on the origins of the National Health Systems in the European Union, their evolution as social Security and the specific features of each model; the present-day structural reforms (financiation, demography, resources...) to give a solution to the National Health Systems crisis inside the crisis of the Welfare Estate. The situation in Spain, its sanitary reform stated in numbers by the SESPAS Report (1998).

Palabras clave: Salud, Sistema de Salud, Sistemas Nacionales de Salud, Modelo Bismarck, Modelo Beveridge, Estado de Bienestar, Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS)

0. INTRODUCCIÓN A LAS DIFERENCIAS

El resultado de lo que hoy conocemos como sistemas nacionales de salud es un proceso histórico, que como la historia misma en la que se insertan los fenómenos

sociales, es producto de variables e interacciones de múltiples factores. En el caso de la evolución de lo que entendemos por protección de salud, es el resultado de un largo desarrollo anclado en la estructura social de la historia de los cuidados en los hospitales, la caridad, beneficencia, dispensarios, seguros de enfermedad... y, finalmente, lo conocido como *Seguridad social*. Concepto éste también *evolutivo*, que forzosamente tenía que transformarse en una visión más global y completa la cual, en *metamorfosis y regresiones* se considera hoy el *Bienestar Social* (Cfr. 4 Siglos de Acción social: de la beneficencia al bienestar social –Colección Trabajo social TS– siglo XXI de España Editores, nº 2. Madrid (1986).

Las connotaciones que comporta el término “salud” como variable *relativa* y multidimensional en la que influyen como variable dependiente todo tipo de factores como el entorno, los factores biológicos, el ambiente social, salud mental de la persona, hábitos de vida... y todo aquello que desde cualquier perspectiva tiene como centro la actividad del individuo... son factores que conjuntamente afectan más a la salud que los propios *Servicios de Salud*. Es por ello inevitable la “colaboración intersectorial” como ha proclamado la OMS para que esta salud alcance a todos.

En lo que a los Servicios de Salud o Sistemas Nacionales de salud se refiere, la visión no solo de la asistencia sanitaria sino del amplio panorama de la prevención y la promoción son más importantes que aquélla (salud) –dice ERRASTI (1997:15) “así como los conceptos de equidad y el derecho de todos a la asistencia, han propiciado que el mercado haya sido reemplazado gradualmente y en muchos países por la intervención estatal”. Esta *intervención estatal*, que culmina el largo proceso evolutivo de “intervención pública” desde lo privado, –(Iglesias, beneficencia, caridad, sociedades filantrópicas... y todo un elenco de instituciones que se han ocupado de la *acción social*)– es aceptada (la intervención estatal) como un bien común, comúnmente aceptada por la mayoría de los países y cuya expresión manifiesta son los *Sistemas Sanitarios Nacionales*.

Los Sistemas Nacionales de Salud, generados bajo varios modelos, no son cuestionados en sí –salvo retoques reformativos– en su organización ni financiamiento en los países de Europa occidental (mayoritariamente, todos los Estados de la U.E.), no así en los países del este (Europa) donde los *cambios* son más estructurales.

Históricamente, en su génesis, los Sistemas Nacionales de salud se reclaman de dos grandes modelos, conocidos como el *Sistema de Bismarck* y el inducido por el Informe *Beveridge* de 1942. Su repartición geográfica es caprichosamente aglutinada en la U.E. en tres grandes zonas paralelas de norte a sur, correspondiendo el modelo *Beveridge* (1942) a los países nórdicos y de la Europa Norte que lo adoptaron al final de la II Guerra Mundial y a los países de una zona sureuropea, a saber Grecia, Italia, España y Portugal que lo introdujeron en los años 80. El sistema *Bismarck*, cuyo referente es la legislación social de Alemania de 1883 está adoptado por Austria, Alemania, Francia,

Países Bajos, Bélgica (Luxemburgo), y que podemos concentrar en una zona central de la Europa Comunitaria.

El sistema basado en el Informe Beveridge (1942) formalizó su organización según un pionero de la Seguridad Social, Suecia, que lo tenía implantado desde los años 1930. Las características de este sistema son, según ERRASTI (1997:18):

- cobertura universal: libre acceso de todos los ciudadanos;
- financiado por impuestos, a través de los presupuestos estatales;
- gestionado y controlado por el Gobierno;
- propiedad estatal de los medios de producción, aunque existe una parte del sector privado;
- provisión pública, en su mayoría, de los cuidados de salud;
- los médicos son asalariados o de pago caputivo;
- hay una participación en el pago de los pacientes.

El sistema Bismarck (1883) se reconoce por las siguientes características:

- cobertura universal obligatoria dentro del sistema de seguridad social;
- financiación por contribuciones de empresarios y empleados, a través de un fondo de seguros, sin ánimo de lucro, no gubernamentales;
- propiedad pública y privada de los medios de producción;
- provisión pública y privada de los cuidados de salud.

Va de sí que, como todo modelo, es ideal y no corresponde estrictamente la realidad con el paradigma que nos sirve de referencia, aunque por el mayor predominio de características de uno de ellos podemos hacer una clasificación de países según la categorización elegida. Un cuadro comparativo de procedencia de los fondos según fuentes de la O.E.C.D., 1990 es revelador como connotaciones derivadas.

PROCEDENCIA DE LOS FONDOS	NORUEGA SUECIA % REINO UNIDO	ALEMANIA %	BÉLGICA FRANCIA	U.S.A %
IMPUESTOS	85	15	10	35
SEGURIDAD SOCIAL	-	60	60	-
SEGUROS PRIVADOS	5	10	10	30
PAGO INDIVIDUAL	10	15	20	35

OECD, 1990, MAJNONI D'INTIGNANO, B. "Financing of Health Care in Europe" HEALTH CARE REFORMS IN EUROPE, pág. 37. Madrid, M° Sanidad y Consumo

Según fuentes del Program OECD KEATH DATA (Credes) 1993, el % de *cobertura de población según sectores de asistencia* para el año 1991 en los países entonces de la U.E. era: %

	Ale.	Bel.	Din.	Esp.	Fra.	Gre.	Hol.	Irl.	Ita.	Lux.	Por.	R.U.
Asistencia hospitalaria	92.2	98	100	99	99	100	73	100	100	100	100	100
Asistencia ambulatoria	92,2	93	100	99	98	100	67	37	100	100	100	100
Asistencia farmacéutica	92,2	93	100	99	98	100	62	40	100	100	100	100

El último cuadro indicado nos muestra no solo un punto de vista global comparativo entre todos los estados miembros de la U.E., sino también la situación de España entre ellos, hoy entre los quince. Ningún tema que se plantee en España puede dejar de hacer referencia a la situación internacional, ni cómo afecta a la integración en la Europa de los quince y futura de los 27 ó 30, dicho tema.

Respecto a la salud, aunque no hay ningún acuerdo o convenio específico entre los países de Europa occidental, sin embargo todos los tratados firmados entre ellos tienen sin excepción, alguna cláusula o apartados dirigidos a una *acción sanitaria* en común.

Existen *dentro del ámbito europeo* instituciones cuyo cometido son básicos en el campo de la salud, tal como la Oficina Regional de la OMS, el Consejo de Europa, y la misma Unión Europea. Como se puede suponer, el Consejo de Europa fundamenta su acción sanitaria sobre el principio de la protección general de los derechos humanos mientras que las antiguas Comunidades Europeas (U.E. actual) se ciñen más bien en la aplicación de los principios de la libre circulación y el libre establecimiento, con criterios de actuación que emergen de lo socioeconómico, pero que no son nada desdeñables en la consecución de un mayor goce de salud integral entre sus beneficiarios. El Comité de la OMS para la región europea considera la salud en esta área específicamente, si bien coordinado con las Naciones Unidas. Es importante señalar la diferencia existente, en cuanto a organización sanitaria se refiere, entre los países miembros del *Consejo de Europa* y aquéllos que lo son únicamente de la U.E.. Mientras que las decisiones del consejo de Europa son libremente adheridas por los países miembros, no ocurre lo mismo en el seno de la Unión europea, cuyos Estados pactantes tienen un periodo determinado de adecuación de sus legislaciones sanitarias a las decisiones comunitarias.

Así el *Acta Única* firmada en 1986 y que modificaba los tratados constitutivos de las Comunidades Europeas, incorporó un nuevo título, el VII, bajo cuyo epígrafe de *Medio Ambiente*, señala tres claros objetivos:

- conservar, mejorar y proteger la calidad del medio ambiente;
- contribuir a la protección de la salud de las personas;
- Garantizar una utilización prudente y racional de los recursos naturales.

El Tratado de la Unión (MAASTRICHT, 1988), en vigor generalmente en 1993,

va a profundizar en la Salud Pública como política de actuación común europea, siendo todo el título X (artículo 129 único) especialmente dedicado a la salud.

Del contenido del citado artículo (cfr. Cap. VII), el Informe SESPAS (1998) entresaca las siguientes reflexiones:

- la protección de la salud es el principio fundamental, más allá del ámbito estrictamente asistencial;
- La política sanitaria queda claramente definida con carácter intersectorial, lo que le confiere magnitud, pero también ambigüedad;
- Se reconocen como pilares básicos de todo el sistema la prevención, investigación, información y educación para la salud;
- Los Estados miembros están obligados a aplicar estrategias de actuación coordinadas, en caso de no poder ser comunes;
- La apertura a otros países y organismos queda prevista. Siendo especialmente significativa de cara a los países de la Europa del Este y del Norte de África.

Si bien los Tratados de la Unión no indican referencia alguna a los sistemas sanitarios ni a sus prestaciones, limitándose a señalar el fomento de la salud pública, parece lógico pensar, dice SANCHEZ BAYLE (1998:38) “que se produzca a medio o largo plazo una cierta homologación, si no entre los distintos sistemas sanitarios, al menos en las prestaciones asistenciales que estos tienen”.

Las prestaciones varían de un país a otro y suelen ser cambiantes: por ejemplo en Portugal se introdujeron tasas por casi todas las prestaciones (cf. LIMON MENDIZABAL: 1994)...en España, se recortaron las prestaciones farmacéuticas con el llamado “medicamentazo”, cosa que ya habían hecho a principio de los ochenta países como Bélgica (cfr. SARLET, A.-M. 1981) *Le nouveau mode de remboursement des médicaments...*, Tesis de Licenciatura, Univ. de Liège). La *Atención Primaria es gratuita* en las consultas de médicos generales, salvo en Francia, Bélgica, Portugal y Luxemburgo, y parcialmente en Dinamarca que opera con un Sistema Nacional de Seguridad y Libertad de provisión privada a través de seguros con mecanismos de reembolso .

La atención especializada en régimen de ambulatorio es gratuita en toda la Unión, excepto en Italia, Francia, Bélgica, Luxemburgo y Portugal. Sin embargo, la hospitalización no es del todo gratuita en Alemania, Irlanda, Francia, Bélgica, Luxemburgo y también en Portugal, cuando se elige habitación individual. En los países escandinavos, recientemente también se ha introducido la participación del usuario en los costes de hospitalización.

Respecto al delicadísimo problema de la salud dental, merece la pena hacer el recorrido por países:

- Holanda, Bélgica, Luxemburgo y Francia recurren al sistema de reembolso de las cantidades por prestación;

- En Alemania y Portugal, estas actuaciones están sometidas a una tasa;
- Italia y Grecia gozan de gratuidad sólo en extracciones y empastes;
- En España solo cubre extracciones (por lo que seguramente “se justifica” el que España sea el país de Europa con mayor porcentaje de desdentados (SÁNCHEZ BAYLE 1998:38)
- En Suecia parte de los cuidados dentales está incluida en las prestaciones, mientras que en Finlandia, existe la gratuidad para niños y jóvenes.

Para significar comparativamente la situación de España respecto a los países de la Unión, decir que ya en el Informe SESPAS-1995 disfrutaba de una posición positiva. La relación entre la esperanza de vida al nacer y el desarrollo económico general en *países industrializados*, arroja para España un índice mayor que la media de los países de la OCDE en cuanto a esperanza de vida, mientras que el desarrollo económico es relativamente flojo.

1. SISTEMAS SANITARIOS NACIONALES DE LA UNIÓN EUROPEA

Como hemos señalado, todos los países miembros siguen uno de los modelos señalados (BISMARCK o BEVERIDGE) que podemos significar como de intervención del sector público mayoritariamente, y no existe afortunadamente entre sus actuales recesiones una orientación hacia el *modelo liberal* (falta de un sistema de cobertura a la población total) ni siquiera con la quiebra que supuso del Sistema Nacional de Salud la Reforma “THATCHER”, intentando romper la integralidad del S.N.S. a la *competencia interna* dentro del mismo o a la mixta entre el S.N.S. y el sector privado.

1.1. Bélgica

La corresponsabilidad del Ministerio Nacional de la Sanidad Pública y de los Ministerios de Salud de las Comunidades Francesa, Neerlandófono y Germanófono es compartida, aunque las competencias del Ministerio Nacional sean más importantes en la financiación y seguridad social.

Dos regímenes generales garantizan a los trabajadores asalariados y autónomos la devolución de las prestaciones de asistencia sanitaria libremente elegidas por el paciente asegurado. El Ministerio de Sanidad Pública atribuye los presupuestos a los hospitales en función de las patologías que trata y su financiación es mayoritariamente con cargo al presupuesto nacional y a las cotizaciones de empresarios y trabajadores en su partida más considerable. Los hospitales, por su parte, son organizaciones públicas o privadas bajo el régimen de sociedades sin ánimo lucrativo y conservan total autonomía.

1.2. Luxemburgo

Como es el caso de Bélgica, el Ministerio de Salud Pública es responsable de la asistencia sanitaria médica. Además de la aportación estatal, el sistema de seguridad social se financia con las cuotas de los afiliados (asegurados) y de los empresarios. Tanto la seguridad social como la asistencia sanitaria son obligatorias. La gestión, sin embargo, del Seguro de Enfermedad está a cargo de variados fondos, con personalidad jurídica propia, correspondiendo a la afiliación (asegurados) estar en alguno de estos Fondos de Enfermedad con carácter obligatorio. Las prestaciones son, pues, de libre elección dentro del Fondo correspondiente elegido, y el reembolso es posterior al asegurado/paciente.

Cuatro tipos de hospitales son recogidos por la normativa, a saber: agudos, los de larga y media duración, los especializados y los de diagnóstico. Y en función de su categoría-tipo hay una territorialidad regional, general o local. De la totalidad de hospitales, la mitad son privados regidos por sociedades sin fines lucrativos y el resto de titularidad pública, semi-pública o local (municipal).

El Gran Ducado está dividido en 3 regiones a efectos hospitalarios, y el número de camas está determinado por ley. El ente EHL (Entente des Hôpitaux Luxembourgeois) es el encargado de estudiar los problemas relativos a la asistencia hospitalaria y de proponer al Ministerio de sanidad las cuestiones relativas a la política y organización hospitalaria del país.

1.3. Países Bajos

La Sanidad Pública se halla bajo la inmediata responsabilidad del Ministerio de Bienestar Social, Sanidad Pública y Asuntos Culturales. La división del país en 27 regiones sanitarias y la Ley sobre los Establecimientos de Hospitalización regula la planificación y la constitución de los hospitales, cuyo número de públicos no llega al 20 % del total de los del país.

El Seguro de enfermedad está integrado por distintos niveles y programas de seguridad y financiación:

a) Variados tipos de seguros para cobertura de gastos sanitarios en función del nivel económico y profesional:

1º) Cajas de Seguros Sanitarios obligatorios con un salario máximo de 60.000 Florines del año 1990, y afecta al 62 % de la población cuya cuota está en función de la situación económica del asegurado.

2º) Cajas privadas de Seguro de Enfermedad de prima fija que acoge al 32 % de la población.

- 3º) Cajas de Seguros en función de la profesión, a la que se acoge el 6 % restante de la población y cuya cuota es en función de la profesión y con carácter fijo.
- b) La Ley sobre Reembolso de Gastos Médicos Especiales que es obligatorio. El Informe de la comisión DEKKER (1987) está iniciando reformas, y se prevee para un futuro próximo la existencia de un *Seguro Obligatorio de Asistencia Sanitaria y Social*, con prima fija y cuota que dependerá de la situación económica de cada asegurado. La existencia de un seguro complementario con prima fija será voluntaria.

1.4. Francia

La política sanitaria, como corresponde a la estructura administrativa centralizada de Francia, corresponde al Gobierno a través del Ministerio de Solidaridad, de Sanidad y de Protección Social.

Los médicos ejercen libremente en consulta, remunerados por acto médico que los pacientes pueden escoger con toda libertad. La medicina hospitalaria es pública en sus dos terceras partes, pero ambos sectores (público y privado) están *coordinados* en un sistema de acreditación y Mapa Sanitario que determina los confines de las regiones y sectores sanitarios, y por tanto las instalaciones están dotadas de acuerdo a las necesidades de la población. Los recursos se obtienen a través de las cotizaciones obligatorias de los trabajadores y empresarios.

La financiación corre a cargo de tres grupos de regímenes, asegurando la cobertura de riesgos mayores (maternidad, vejez, invalidez, enfermedad, accidentes de trabajo, subsidios familiares).

- El Régimen General que soporta el 80 % de la población e incluye a los trabajadores manuales, empleados, pensionistas, desempleados y personas a cargo de estos.
- Los Regímenes especiales que absorben el 11 % de los gastos.
- Los Regímenes de Autónomos (sector agrícola y comerciantes) y que integran el 9 %.

Existe también la red de Protección Social Complementaria, administrada por mutuas organizadas en sectores profesionales, cuyas cuotas voluntarias cubren el gasto que deja a cargo del asegurado el seguro obligatorio.

1.5.- PORTUGAL

Desde la creación en 1979 del Servicio Nacional de Salud, toda la población tiene

acceso a él, regulando su funcionamiento el Ministerio de Sanidad a través de sus órganos centrales y regionales. Todos los trabajadores y sus familias tienen garantizada su asistencia sanitaria a través del S.N.S., cuya financiación corresponde al Presupuesto Nacional. Como en España, los funcionarios tienen su propio régimen financiado en parte por el gobierno y por ellos mismos.

La organización territorial de la salud que supuso la Ley de Bases de salud de 1990 reorganizó el servicio Nacional de Salud, puso bajo el ámbito de las Administraciones Regionales de Salud la coordinación de la Asistencia Primaria y Hospitalaria. Por su parte, los órganos centrales son responsables de la planificación, evaluación y normas de funcionamiento de las actividades sanitarias. Los Centros de salud están bajo la dirección de los órganos locales.

Bajo la tutela supervisora del Ministerio de Sanidad, los Hospitales tienen autonomía administrativa y financiera. Estos hospitales pueden ser centrales y de distrito y a su vez ser generales y especializados.

La asistencia es gratuita para la Atención Primaria y la hospitalización pública, pagando el usuario algunos servicios que recibe: consulta especialista y a domicilio, y pruebas diagnósticas ambulatorias.

1.6. ITALIA

El Sistema Nacional de salud fue creado por la Ley/833 en 1978, poco antes que el de Portugal. Con estructura organizativa única, tiene como objetivos la universalidad de las prestaciones sanitarias, la gratuidad y la uniformidad en toda la extensión del país. Su organización, pues, está anclada en el Ministerio de Sanidad, estructurado en cuatro órganos consultivos:

- Consejo Nacional de salud
- Instituto Superior de Seguridad Industrial y Prevención
- Consejo Superior de salud
- Instituto Superior de salud,

y todo ello, no solo a nivel central sino también regional y local. En ese sentido “regionalizado” de Italia, las Regiones políticas tienen competencias legislativas para los hospitales y la asistencia sanitaria en general. La Unidad de Salud local (municipal o mancomunidad), depende de la Región a efectos de Programación, regulación de personal y financiación, y a partir de 1978 se le transfirió la provisión de hospitales y su administración.

La financiación de la asistencia sanitaria pública corre a cargo de los Presupuestos Generales del Estado, el cual, según la organización política propia le asigna a las Regiones y éstas las distribuyen entre las *Unidades de Salud Local*. En 1992 la Ley/502

aportó importantes modificaciones en la financiación, intentando con ello disminuir los gastos del Sistema de salud.

Como en Portugal, el usuario en la actualidad debe de pagar por muchos servicios (pruebas diagnósticas ambulatorias, medicamentos...) lo que se ha traducido en la implantación de tiqués moderadores o incrementos de los ya existentes.

1.7. Grecia

El Servicio Nacional de Salud nació en 1983 para garantizar “en condiciones de equidad” tanto la Atención Primaria como la especializada, siendo el Ministerio de Sanidad responsable de la Política Sanitaria del país, cuyas necesarias reformas aún no ha desarrollado, si exceptuamos la nueva legislación de 1991 que orienta la política sanitaria hacia el mercado para dar mayores cuotas de acción a las organizaciones privadas.

El seguro es obligatorio y cubre gratuitamente la asistencia ambulatoria y la hospitalización (no pruebas diagnósticas). Trescientas setenta Cajas de Seguros copan el total de asegurados, de las que 80 cubren solo la Enfermedad y el resto la asistencia social y las pensiones. La financiación, pues, corre a cargo de los organismos aseguradores y del Presupuesto Nacional.

1.8.- Alemania

La Seguridad social alemana está integrada por más de 1.100 fondos de Seguridad a los que pertenecen, respectivamente, el 90 % de la población, estando obligatoriamente protegidos por este Fondo de Seguridad Social los trabajadores con rentas mensuales inferiores a 5.000 marcos en 1991. La aportación al fondo es efectuada por partes iguales entre el trabajador y el empresario, y la cobertura alcanza también a la familia del asegurado. El 10 % restante de la población tiene seguro privado o están cubiertos por su actividad profesional.

El 51 % del gasto total de Sanidad corresponde a la Atención Primaria y un 33 % a la Hospitalaria a la que no se puede acceder sin autorización de un médico, cuya elección por parte del paciente es libre, así como la del hospital.

Desde la reunificación del país en 1990 se está llevando a cabo un proceso de adaptación del Sistema de la antigua R.D.A..

1.9.- Dinamarca

El sistema Nacional de Salud, existente desde 1973, ofrece cobertura a la totalidad de la población y solo se autorizan seguros privados en el ámbito de la atención odon-

tológica. La asistencia sanitaria es financiada en un 85 % por el Presupuesto Nacional, quedando a cargo de las provincias y municipios el establecimiento de sus propios impuestos. “La administración central establece, por medio de la legislación y de las líneas directivas, el marco en el que se desenvuelven las autoridades provinciales y municipales puesto que son estas últimas las que ostentan la responsabilidad de la gestión y de la atención sanitaria primaria y hospitalaria. Los Consejos Provinciales se ocupan del sector hospitalario, así como de los médicos de medicina general y especialistas. Los consejos Municipales se responsabilizan de la atención domiciliaria, la promoción de la salud y los programas sociales “(ERRASTI, 1997:33).

1.10.- Irlanda

Las prestaciones del Servicio sanitario corren a cargo de las Juntas Sanitarias de Distrito que en número de ocho dan cobertura a cada zona o región geográfica en que se halla dividida Irlanda a efectos sanitarios. Esta estructuración administrativa del Ministerio de sanidad integra la mayoría de los hospitales del país como sistema sanitario público, excepto un pequeño número poco considerable. El Ministerio de Sanidad responde de la Política Sanitaria ante el Parlamento.

Tres son los tipos de hospitales:

–los hospitales sin fines de lucro. Representan la mitad de las camas de agudos aproximadamente y disponen de la mayor parte de especialidades de alto nivel. Trabajan bajo la dirección de las Juntas Sanitarias. Reciben una subvención del Ministerio de Sanidad por la casi totalidad de sus ingresos.

–los hospitales de las Juntas Sanitarias, que reciben su financiación del Ministerio.

–los hospitales privados. Son administrados por organismos privados con independencia del Ministerio.” (ERRASTI, 1997).

La financiación es realizada mayoritariamente con cargo al Presupuesto Nacional, complementado con el pago total o parcial de algunas prestaciones por parte de los pacientes con grandes categorías de tipo económico. Estos pagos son parcialmente reembolsados por el Organismo de Seguro Libre de Salud, patrocinado por el Estado y universal para todo el país. Las personas que no dispongan de recursos económicos reciben una tarjeta sanitaria que les permite acceder a los servicios médicos gratuitos. El resto de la población tiene asistencia en centros públicos pero abonando algunos gastos.

1.11. -Reino Unido

Como todo el mundo sabe, su Servicio Nacional de Salud integra los servicios Sanitarios de Inglaterra, Gales y Escocia, y ofrece el 100 % de cobertura a la población

residente en Gran Bretaña. Su financiación es a través de los Presupuestos generales del estado, organizándose con criterios de descentralización y regionalización. La asistencia es integral y comunitaria, abarcando tanto la dimensión curativa como la preventiva y rehabilitación.

Este Servicio Nacional de Salud coexiste con los seguros privados y posee patrimonio propio de hospitales y centros de salud con su personal asalariado. Desde la creación en 1948 del “National Health Service” (NHS), ha dado cobertura sanitaria a todos los ciudadanos de forma gratuita, excepto pequeñas cantidades deducibles del precio de medicamentos.

La financiación del 80 % procede de impuestos directos, el 16,5% del Seguro Nacional y el resto de tasas legales. Más del 70 % del gasto se genera en los servicios hospitalarios y corresponde al Ministerio de Sanidad la responsabilidad del NHS, de sus directrices políticas, financiación y respuesta ante el Parlamento por medio del Secretario de Estado para la Salud.

Dependiente del NHS tenemos el nivel regional subsiguiente, el RHA o *Administración Regional de Salud*, de los que Inglaterra cuenta con catorce y Gales, Escocia e Irlanda del Norte tienen sus propias organizaciones y normativas. Estas administraciones regionales canalizan y asignan los recursos, y asumen el control de las Administraciones Locales de Salud (DHA) y de las Administraciones de Medicina Familiar (FHSA).

Las Administraciones Locales de Salud se ocupan en su ámbito de contratación de la asistencia sanitaria, estimando las necesidades y preferencias de la población, para mejorar los contratos con los proveedores, y en estrecho contacto con las administraciones de Medicina Familiar.

Como consecuencia de la necesidad de cambios y reformas, el gobierno británico fue publicando algunos proyectos conocidos como *Libros Blancos*, los cuales, desde el “Promoting Better Health” de 1987 sobre Asistencia Primaria se han ido complementando con otros como el “Caring for People” de 1989, referido a la Asistencia social, y con el “*Working for Patients*” del mismo año considerado como el fundamento de la Reforma Sanitaria y base del Informe GRIFFITHS de 1991 que incorporó al *NHS and Community Care Act*. Esta reforma introdujo la constitución de los “NHS Trusts” como unidades de gestión controladoras de diferentes servicios médicos como por ejemplo un gran hospital con cierto número de pequeños hospitales, hospitales especializados (salud mental) o los servicios comunitarios.

Los FHSA son los verdaderos responsables de la gestión de servicios no hospitalarios que prestan los *médicos generalistas*, dentistas, farmacéuticos y ópticos, haciendo aquéllos de filtro para el resto de los niveles del Sistema de Salud, salvo para los casos de urgencia. A algunos de estos generalistas se les asigna un fondo para el pago de los servicios hospitalarios de sus pacientes: son los “generalistas con fondos” que vienen a

gestionar una mayor integración entre la asistencia primaria y la especializada y controlan la competencia entre los proveedores.

Las últimas reformas del Sistema británico de salud intenta ofrecer a los pacientes una atención sanitaria de mejor calidad u total libertad de elección, así como incentivar a los profesionales o agentes del NHS a través de evaluaciones continuas realizadas por sus pacientes.

1.12.-Suecia

El sistema sanitario sueco es hijo de una evolución continuada de los servicios sanitarios desde hace décadas. Su origen es de 1932 pero su implantación real data de la aparición del NHS británico en 1948. Las líneas generales y más claras de estos cambios son las siguientes, según SAN JOSÉ GARCÉS (1994):

“-El establecimiento del carácter público de los servicios sanitarios, tanto en cuanto a financiación como a provisión de servicios, basados en el derecho público a la salud y la atención sanitaria. Esta evolución incluyó la consolidación de un modelo comprensivo, planificado centralmente, de atención sanitaria, disponible para todos los ciudadanos”. (1994:162)

“-El desarrollo y organización de la red hospitalaria, mejorando los medios hospitalarios con la creación de una estructura moderna de hospitales durante los años sesenta y setenta, desde la iniciativa pública;

-Un nuevo proceso de descentralización, concentrando las competencias sanitarias en el nivel de responsabilidad de los condados. Esta tendencia ha tenido un efecto doble: primero se creó un sistema sanitario descentralizado, basado en la estructura gubernamental de los Consejos de Condados. Los servicios sanitarios suponen el 80 % de la totalidad de su presupuesto. En segundo lugar se crearon las condiciones para un pluralismo organizativo, con la posibilidad de la diversificación de la planificación central” (1994:163)

“-La tendencia presente hacia la introducción de mercados planificados en sanidad. Significa la rectificación del sistema de planificación centralizada, completado en 1983 y organizado en torno a los *Consejos de condados*, con la introducción de mecanismos de mercado y con la utilización extensiva de la elección del usuario como el mecanismo motor de la reforma” (1994:164).

Como consecuencia de la *crisis del Sistema Sanitario Sueco* último, y del debate que se ha establecido con la aparición del *Proyecto Encrucijada* (Crossroad Project), el marco teórico resultante para una Reforma de los Servicios Sanitarios llevaba al análisis de tres modelos posibles:

1º) Modelo de Seguridad Social obligatoria en toda la nación para toda la

población activa, concentrando en los municipios las competencias sobre atención a niños, jóvenes, pensionistas y ancianos;

- 2º) Un modelo de base regional, donde la totalidad de las competencias sanitarias serían concentradas en las manos de posibles órganos de gobierno regional;
- 3º) Un modelo de servicios sanitarios basados en la concentración de las competencias sanitarias en el Gobierno central, o modelo nacional.

Una comisión parlamentaria creada en 1992 para estudiar todas las cuestiones que se plantean en los sistemas de salud actuales (posición y opinión del usuario, necesidades de los servicios médicos, financiamiento de estos servicios sanitarios así como toda la organización de los cuidados al usuario, subvención de medicamentos y productos farmacéuticos... y problemas de salud pública e investigación médica...) han llevado a la conclusión que, dada la situación actual de la responsabilidad de las autoridades locales de sanidad, no merece la pena iniciar cambios que modifiquen el statu quo. Así se pronunciaba la dicha Comisión parlamentaria en 1997 cuando emitió su Informe.

La estructura de los servicios sanitarios está centrada en el nivel de los Centros de Atención Primaria de Salud para todo lo que no se necesita hospitalización, y tiene por objetivo mejorar la salud de la gente, estando lo más próximo posible del usuario. La atención se dispensa en centros de salud locales y estos integran un equipo multiprofesional. En estos últimos años se ha producido un cambio consistente en la libre elección del médico de familia, formalmente llamado médico de distrito. El acceso a la medicina privada también es una posibilidad de libre elección del usuario.

La asistencia al significativo grupo de la población de las personas mayores y de los discapacitados gira en torno a la idea de atención en el domicilio o en la comunidad, adaptando sus condiciones de vida a una mejora de las condiciones materiales para recibir dicha asistencia sin necesidad de hospitalización. Igualmente, las residencias inevitables para otros tratan de humanizarse como una prolongación del medio natural en el que se hallaba el paciente.

A efectos de hospitales de condado, tenemos en Suecia dos tipos: el Hospital Central del Condado, y el de distrito, en un número total de unos 80, en los cuales se pueden hacer tratamientos de hospitalización tradicional u hospitales de día.

En el nivel de hospitales Regionales, Suecia cuenta con 10 hospitales regionales, con una oferta de *especializaciones* que no cubren los hospitales de Condado.

Como en otros países de Europa occidental, el mayor gasto de recursos en medios sanitarios es consumido por los hospitales, siendo relativamente baja la proporción del gasto generado en las visitas y consultas a los médicos de Atención Primaria, cuyo número tampoco es muy elevado.

Se está fomentando las consultas a otros profesionales de la salud como las enfermeras o los fisioterapeutas, así como los servicios de estos a domicilio, lo que también

contribuye a la disminución de los días de hospitalización, tanto de estancias cortas como largas. Esta fórmula de “pacientes externos”, cuyo número de consultas ha doblado desde 1980, genera una disminución también del gasto sanitario que se producía por hospitalización que ahora se evita. En algunos sitios, se ha previsto también estructuras hoteleras al lado del hospital Regional, que permite a los pacientes externos desplazados de su domicilio seguir su tratamiento en el hospital, pero encontrarse en un ambiente hotelero donde también le puede acompañar su familia .

Resumiendo, el principio fundamental del Sistema de Salud en Suecia es que es *responsabilidad del sector público* el ofrecer y financiar los servicios de salud a toda la población. La competencia jurisdiccional de los servicios de salud descansa en los consejos de Condado que recaudan los impuestos y proveen la mayoría de los servicios su/ministrados. (Es sabido que la tasa impositiva en Suecia llega al 50 % de los ingresos de un ciudadano). Esta organización financiera de los servicios sanitarios hace que descanse la responsabilidad de la salud en manos de los políticos locales de las 26 áreas geográficas en que se divide el país a efectos politico-sanitarios.

Para terminar, queremos subrayar que el Sistema Nacional de Salud sueco se caracteriza por dos grandes principios:

- es un sistema totalmente descentralizado
- está basado en un universalismo democrático de cobertura a toda la población.

Finalmente, unas cifras como “*tertium comparationis*” nos llevan a reseñar que en 1993 los gastos de salud para sus servicios y cuidados subía a 110 billones en los que se incluyen los costes farmacéuticos y cuidados dentales, lo que correspondía al 7,6% del P.N.B., porcentaje que ha descendido desde esas fechas y cuya disminución progresiva se espera que ocurra más adelante. De este coste, el 90% es proveído y financiado por los Consejos de condado (los 23) y los tres grandes Consejos Locales (Malmö, Gothenburg y Gotland).

1.13-Finlandia

Finlandia ha basado su actual política de salud sobre el Programa de la OMS “Salud para todos en el año 2000”. Los objetivos de su política sanitaria son el aumentar tanto de los estándares como la distribución de la atención sanitaria, y entre otros animar a la población a que adopte estilos de vida más saludables, para de esta forma reducir los problemas de salud que puedan prevenirse, así como mejorar la red del Servicio de salud.

Existe una tendencia hacia la integración conjunta de los servicios de bienestar social y de atención sanitaria, y la promoción de la atención comunitaria, por oposición a la atención hospitalaria o institucional. Todo ello con los debidos ajustes estructurales

que consecuentemente se derivan.

Según las últimas evaluaciones tanto nacionales como internacionales, la política sanitaria finlandesa ha alcanzado los resultados esperados. La salud de la población ha ido aumentando paulatinamente, aunque siguen existiendo disparidades entre sectores de la población. Aquí también, la recesión de principios de los 90 terminó con la intención de mayor expansión de la red de servicios sanitarios. De todas maneras, la población actualmente tiene acceso a un amplio abanico de servicios, a pesar de que ahora los usuarios tienen a menudo que abonar una proporción del coste de su tratamiento.

Al igual que en Suecia, la atención sanitaria está organizada por las autoridades locales, las municipalidades (unas 400 para todo el país) y los servicios se financian principalmente por los impuestos percibidos por esas municipalidades, y en menor proporción por subvenciones del Estado. El sector privado viene a completar la oferta del sector público. Cada municipalidad ofrece los servicios de bienestar social y atención sanitaria de manera autónoma o en asociación con otras municipalidades vecinas. Dado que no está definido por ley la amplitud, contenido ni organización de los servicios que se deben ofrecer, pueden existir ligeras diferencias en la oferta de las distintas municipalidades.

En cuanto a la Atención Primaria de Salud, como ya lo hemos dicho, cada municipalidad tiene que proporcionar estos servicios para sus habitantes. Su obligación de velar por la atención preventiva de salud sí está recogida en varias leyes. La estructura de base de la Atención Primaria es el Centro de Salud local; hasta 1993, sus servicios eran totalmente gratuitos, pero después de la revisión del sistema de pago por dichas fechas, se introdujo la posibilidad para las municipalidades de percibir una cantidad mínima por persona y año, o una tasa por cada prestación efectuada en el Centro de Salud. El importe anual gira en torno a unos 60 Euros por persona, e incluye todos los servicios durante doce meses. Debemos señalar, sin embargo, que para la población de niños y jóvenes hasta los 15 años, los servicios siguen siendo totalmente gratuitos.

Por lo que a atención médica se refiere, es también responsabilidad de la municipalidad el velar porque sus residentes reciban la atención médica que su estado requiera. Esto incluye las visitas y tratamientos tanto en el Centro de Salud como en hospitales u otros establecimientos sanitarios (rehabilitación, urgencias) dentro del área de la autoridad local. La atención especializada, también organizada bajo responsabilidad de la municipalidad, está provista por una jerarquía de hospitales que incluye los hospitales Regionales, Centrales, y Universitarios. Los Centros de salud tienen instrucciones sobre los niveles de hospitales a los que se debe dirigir los pacientes para tratamientos ulteriores. Exceptuando a los casos de urgencias, los pacientes no pueden ser tratados por un especialista en un hospital sin haber pasado antes el “filtro” del médico de Atención Primaria.

A efectos de tratamientos médicos especializados, el país está dividido en 21 distritos hospitalarios (De 100.000 a 500.000 habitantes). Cada municipalidad está obligada a pertenecer a uno de esos distritos. Cada distrito normalmente consta de varios hospitales. Los Hospitales Universitarios se encuentran en los distritos de Helsinki, Turku, Tampere, Kuopio y Oulu. Estos hospitales manejan los tratamientos altamente hospitalizados de sus áreas.

Además de los hospitales regidos por las autoridades locales, queda por señalar que existen dos hospitales estatales de Salud Mental, y también hospitales perteneciendo a las Fuerzas Armadas y a la Administración de Prisiones.

1.14-Austria

Los orígenes del sistema actual de seguridad social austriaco remontan a finales del Siglo XIX cuando, al igual que en Alemania, empezó a funcionar para grupos determinados de trabajadores. A lo largo del presente siglo, el sistema se ha ido ampliando hasta abarcar a toda la población del país.

La organización del sistema de seguridad social en Austria es compleja, con una financiación que corre a cargo de impuestos directos (empresarios y trabajadores) e indirectos, y cuenta con un amplio espectro de prestaciones; la Ley General de Seguridad Social de 1955, enmendada varias veces, establece el Sistema de Seguridad Social como Plan Nacional en términos de legislación federal que no tiene ni subvención ni administración a nivel central. La cobertura del Sistema ha ido en aumento desde el fin de la IIª Guerra Mundial hasta principios de los años 80. Como resultado, Austria se situó entre los Estados de bienestar los más altamente desarrollados del mundo. A partir de los 80, la política social, al igual que en los demás países de Europa occidental, ha entrado en una fase de consolidación caracterizada por dificultades relacionadas con la extensión del financiamiento de los programas de Seguridad social, el aumento del desempleo, el estancamiento del crecimiento económico, el incremento de los déficits presupuestarios, y los cambios demográficos hacia una población cada día más envejecida. Sin embargo, se ha intentado conservar el alto nivel de Seguridad Social, sin reducciones importantes en la cobertura.

Por los años 90, el seguro sanitario estatal abarcaba al 99 % de la población. Los trabajadores extranjeros también están incluidos. Los trabajadores en activo, así como los autónomos, sus familiares, los jubilados, y los desfavorecidos, tienen cobertura médica que incluye tratamientos ambulatorios, fármacos, parte de los cuidados dentales, cirugía, y hospitalización en la llamada "clase general" (por oposición a las habitaciones individuales o privadas). Exceptuando una mínima contribución para las prescripciones farmacéuticas, y el 10 % del importe de la factura para la hospitalización de familiares,

los tratamientos externos y hospitalarios son gratuitos para los asegurados. Los tratamientos externos son casi exclusivamente administrados por los médicos, que tienen contratos con compañías específicas de seguros, y los pacientes son libres de elegir el médico, siempre que éste tenga contrato con su compañía aseguradora. Aunque muchos médicos tengan su consulta privada, la gran mayoría de ellos cuentan sobre esas compañías –reguladoras de los precios- para asegurarse unos ingresos de base que les permita mantener su práctica. Estos “compromisos” significan que la medicina austriaca no está “socializada” en el sentido de que los médicos sean empleados del Estado. Sin embargo, el sistema es similar a un sistema de salud nacional, puesto que los precios están regulados y que hay un grado de cobertura excepcionalmente elevado de la población. Una desventaja del sistema es que, por ejemplo, dado que los médicos tienen libertad para establecerse donde quieran, la cobertura médica es más pobre en áreas rurales que en centros urbanos.

2. - SISTEMA NACIONAL DE SALUD DE ESPAÑA

Los principios legales que soportan el Sistema de Salud español vienen expresados en la Ley General de Sanidad de 25 de Abril de 1986:

- 1º Extensión a toda la población de manera progresiva
- 2º Acceso a él en condiciones de igualdad efectiva
- 3º Superación de las desigualdades territoriales y sociales
- 4º Prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades
- 5º Participación comunitaria a través de las corporaciones territoriales.

En efecto, la ley ha previsto una organización de tipo territorial, según índice demográfico y jerarquización de los servicios sobre zonas básicas de salud de atención primaria, áreas de salud y servicios regionales. La planificación y la ordenación sanitaria corresponden a las Comunidades autónomas sin merma de la competencia estatal de coordinación general sanitaria. Un *Consejo Interterritorial* de Salud, integrado por representantes de las Comunidades Autónomas y del Estado coordina como órgano permanente la “comunicación entre los distintos Servicios de Salud y con la Administración del Estado”.

Así pues, el SNS está configurado como conjunto de servicios de salud de la Administración Central y de las Comunidades Autónomas, cuya asistencia sanitaria alcanza a casi la totalidad de la población tanto en la provisión como en la financiación *también* pública complementada con la privada *concertada*. A pesar de ello, hay excepciones: “los funcionarios de la Administración del Estado, Entidades Locales, Justicia y Fuerzas Armadas tienen un régimen separado de protección a través de mutualidades estatales, que pueden concertar la asistencia sanitaria con entidades de seguro privadas

o con la Seguridad Social. Igualmente, cierto número de compañías importantes, que cumplen determinadas condiciones, se han constituido en “entidades colaboradoras” y prestan una asistencia personalizada a sus beneficiarios, que suman alrededor de 700.000 personas” (ERRASTI: 1998:20). Lo que no impide que una parte de la población (cerca de seis millones) han suscrito una póliza de asistencia sanitaria con una compañía de seguros privada, dándose la duplicidad de cobertura, pues la mayoría de estos seis millones de personas cotiza también a la Seguridad Social. Esto genera una asimetría de gasto/ingreso entre las prestaciones “gordas” a cargo de la Seguridad Social y las cotizaciones y pólizas a ingresar en lo privado (Cfr.SANCHEZ BAYLE, 1998: Cap VII, Las propuestas de la Derecha para el Sistema sanitario).

“El contenido y extensión de las prestaciones asistenciales son comunes para todo el sistema. Un real Decreto (63/1995 de 20 de enero) regula la ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud. Establece, asimismo, las prestaciones no financiadas con cargo a la Seguridad Social o fondos estatales destinados a la asistencia sanitaria. El sistema se encuentra más completamente abierto a las nuevas prestaciones que lo que el avance técnico y científico genera. En su definición genérica, las prestaciones son: (ERRASTI, 1998:21)

- la asistencia de medicina general y de todas las especialidades médicas en régimen ordinario y de urgencia.
- el tratamiento y estancia en centros y establecimientos sanitarios, incluido el tratamiento farmacéutico gratuito y las prótesis.
- la prestación farmacéutica extrahospitalaria, con exclusión de productos dietéticos, cosméticos y análogos (se establece una participación del enfermo en el coste de la prestación, que en la actualidad es del 40 por 100 sobre el precio de venta, sólo para trabajadores en activo).
- otras prestaciones sanitarias, tales como prótesis, vehículos para inválidos y oxigenoterapia a domicilio.
- el transporte de enfermos.
- la rehabilitación.

La financiación va a modificarse significativamente desde 1988, fecha en que la aportación mayoritaria de la Seguridad Social (cuotas de trabajadores y empresarios) va a comenzar a ceder en importancia y a incorporarse crecientemente las aportaciones de los Presupuestos Generales del Estado que será ya del 66% de la asistencia sanitaria pública en 1991, y un 4,52% de otros ingresos que corresponden a servicios “prestados” a terceros protegidos por compañías de seguros privados. El cuadro siguiente lo expresa meridianamente:

ESTRUCTURA DE FINANCIACIÓN DEL GASTO PÚBLICO EN SANIDAD (EN %) (1982-1991)

	1979	1982	1991
Con aportaciones del Estado	5,54	14,90	66,05
Con cuotas	90,19	82,81	29,43
Con otros ingresos	4,27	2,29	4,52
Total	100,00	100,00	100,00

Fuente: Comisión de Análisis y Evaluación del SNS. Julio de 1991.

En cuanto al gasto total de sanidad en España, ha crecido de manera muy significativa, situándose en la media de los 24 países de la OCDE en relación con el producto interior bruto, y por encima de países de su "entorno". Esa evolución se refleja en el cuadro siguiente:

Año	Millones de pesetas	Porcentaje del PIB	Variación gasto	Variación PIB
1982	1.314,8	6,72	-	-
1983	1.470,8	6,61	11,9	13,6
1984	1.585,3	6,31	7,8	12,9
1985	1.823,5	6,40	13,8	12,0
1986	2.032,8	6,28	12,6	14,6
1987	2.291,8	6,34	12,9	11,8
1988	2.663,9	6,63	16,2	11,2
1989	3.040,5	6,76	14,2	12,1
1990	3.388,6	6,81	12,2	11,3
1991	3.739,5	6,90	10,3	9,0

Fuente: Evaluación de la Comisión sobre datos de Contabilidad Nacional (CN), liquidaciones de los presupuestos de las administraciones públicas y otras fuentes del sector público y privado.

Otro fenómeno que pone al descubierto las deficiencias del Sistema Nacional de Salud es que *los medios* de provisión pública para la atención y asistencia sanitaria de toda la población *son insuficientes*, lo que conlleva el establecimiento de conciertos con entidades privadas que complementen y *completen* la oferta pública nada más que la distribución de camas del sistema era en 1989 la siguiente:

	Red Pública			Red Privada	
	Total	Seguridad Social	Otros públicos	Sin lucro	Con lucro
Hospitales	851	153	209	178	311
Camas	180.000	67.600	55.400	28.800	28.200
Tamaño medio	212	441	267	162	90
Camas/1000	4,6	1,72	1,41	0,73	0,72

Datos del Catálogo Nacional de Hospitales 1989, último editado. Madrid, M^o de Sanidad y Consumo. En 1988, la población española de derecho era de 39.217.804 (INE)

Un breve repaso a las cifras arroja el significativo porcentaje de un tercio de las camas es de la red privada y más de la mitad de los hospitales, de lo que se deduce que el tamaño de estos últimos (privados) deben ser menor que los públicos, donde abundan los grandes y, a veces, mastodónticos centros hospitalarios. Otras consecuencias se desgajan de lo expuesto cual es el fenómeno de utilización de los grandes hospitales públicos para patologías complejas, como es obvio, por su mejor dotación, y los privados para operaciones sencillas. Situación que viene a corroborar lo que denuncia SANCHEZ BAYLE (1998:64), a propósito de la Mutualidad de Funcionarios (MUFACE) cuyos afiliados pueden optar libremente al Sistema Nacional de Salud (Seguridad Social) o bien a alguna compañía aseguradora privada, generando problemas de movimientos entre ambas (...) “Dándose la paradoja que es habitual que una persona esté asegurada en las entidades privadas durante el tiempo que está sana y que cuando presenta una grave enfermedad o muy invalidante se pase al sistema público. Lo que evidentemente significa que el sector privado tiene los beneficios y el público las pérdidas”. Aparte de la doble pertenencia de los hijos de parejas en los que uno de los cónyuges está afiliado a MUFACE por funcionario y el otro como trabajador “laboral” está cubierto por el SNS: cada uno da cobertura propia a los hijos...lo que provoca que el afiliado de MUFACE de la dicha pareja elija la red privada y utilizan indistintamente el SNS y el seguro privado, este último para los tratamientos más benignos y la Seguridad social para los “importantes”.

Todo ello nos lleva a considerar el fuerte aumento del gasto sanitario, fenómeno que es uniforme en todos los países desarrollados, cuyas causas son variadas pero uniformes en todos. Entre ellas, las más importantes son el problema demográfico en su complejidad integral, la innovación tecnológica, las nuevas patologías y enfermedades crónicas y la evolución sufrida en el nivel de exigencia de los pacientes.

En el caso de España, el “problema demográfico” se centra en el envejecimiento de la población. Claro está que “el envejecimiento no se debe únicamente a la disminución de la fecundidad sino al hecho, siempre gozoso, de que se vive más tiempo, pese a que en alguna discusión presupuestaria se haya hablado del “preocupante aumento de la esperanza de vida” (entrecomillado en el original, SESPAS 1998:45).

En cifras concretas, y según la proyección demográfica 1990-2000, las personas de más de 65 años aumentarán en más de 850.000, lo que representa un incremento de casi un 2 % de la población total. Según el Instituto Nacional de Estadística (INE) esta sería la proyección:

GRUPO-EDAD	AÑO 1991	AÑO 2000
0-14	19,9	19,2
15-64	66,7	65,7
+65	13,4	15,1

Proyecciones demográficas (en porcentaje) (1990-2000)

Va de sí que el aumento de las personas mayores genera mayor gasto al sistema sanitario y no solo porque tienen mayores necesidades de salud a satisfacer, –como las afecciones crónicas–, sino también por la reducción de ingresos fiscales y cotizaciones.

Las enfermedades crónicas y nuevas patologías (SIDA...) y determinados estilos de vida poco saludable, es claro que generan un aumento del gasto, al aumentar el número de nuevas enfermedades (enfermedades de civilización). La capacidad técnica de la medicina moderna, capaz de sostener a los enfermos crónicos, provoca también aumento del consumo y gasto sanitario.

Esa misma innovación tecnológica aplicada en el campo médico (electromedicina) ha incrementado notablemente el gasto. No hablemos de la rentabilidad en relación a la inversión que supone su coste. Tampoco vamos a contabilizar su inadecuado uso ni la auténtica necesidad en muchos casos. Pero de este mal –ya mal necesario– no escapa ninguna parcela de la actividad humana en las sociedades llamadas post-modernas, donde el uso o abuso de los más sofisticados medios dan la tónica del avance y cierto falaz progresismo.

Ni que decir tiene que el incremento del nivel de vida y el acceso a una tecnología más avanzada está incidiendo también en el nivel de exigencia de los pacientes del Sistema de Salud de los españoles, reclamando una calidad de los servicios más acorde con su formación, su contribución en los impuestos y la mayor conciencia de participación. Y la calidad se paga.

Como ha sido general en los países de la Europa occidental, la tendencia a las reformas en los sistemas sanitarios también en España se hace sentir. No se trata de un tipo de reformas coyunturales apuntando a problemas de funcionamiento agudizados en un momento dado, obligados por los compromisos de convergencia y estabilidad macro-económica vinculados al proceso de unión monetaria. Estas medidas han sido puntuales y tienen nombres que no vamos “emblemáticamente” a repetir, y que esencialmente han sido tendentes a reducir, con recortes, los paquetes de beneficios de asistencia a la población. La memoria es reciente.

Estamos hablando, por el contrario, de un tipo de reformas más estructurales que han sido iniciadas a principios de los 90 en gran parte de Europa: Países Escandinavos, Holanda, Alemania, Reino Unido. Estas reformas se caracterizan por la adopción de mecanismos de competencia gestionada o planificada, tanto dentro de los SNS a través de mercados internos de proveedores como en los países con sistema de seguro (mayor competencia entre aseguradoras públicas y privadas). Por ejemplo, la propuesta de SALTMAN y OTTER (1987) para Suecia se basa en la competencia entre los centros sanitarios públicos y la libertad de elección entre esos mismos centros. Los proveedores compiten por los pacientes favoreciendo una mayor eficiencia.

En el caso de España, son las deficiencias del sistema y la poca satisfacción y

reconocimiento de una parte considerable de los usuarios quienes están reclamando una reforma que palie estas deficiencias más destacables:

- a) La atención primaria, que debe ser la “puerta de entrada” del sistema asistencial, no cumple con el papel exacto que tiene asignado y es causa de desequilibrios que sobrecargan la actividad de los hospitales.
- b) La asistencia especializada absorbe un porcentaje del gasto público que sigue incrementándose.
- c) El sistema público no permite la libertad de elección de los pacientes.
- d) Apenas existen mecanismos de evaluación y análisis de la asistencia sanitaria.
- e) El marco laboral estatutario no permite que puedan establecerse criterios de eficiencia y productividad en la asistencia sanitaria.
- f) La gestión de los responsables sanitarios choca con un sistema normativo rígido y altamente centralizado.

La competitividad en la asistencia sanitaria especializada, que absorbe un alto porcentaje de gasto en España, el Reino Unido intenta resolverlo a través de la Reforma conocida como Working for Patients (1989), desde la gestión de competitividad que suponen los médicos de familia o “médicos con fondos” que contratan los servicios hospitalarios de especialidad.

La propuesta de la conocida Comisión Abril (COMISIÓN DE ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. *Informe y Recomendaciones*, (julio 1991) basa su propuesta en la separación clara de las funciones de salud pública, de las asistenciales, con presupuestos diferenciados. Se orienta la reforma hacia la “creación” de un mercado interno, donde el Estado y las Comunidades Autónomas van a financiar la asistencia sanitaria. Las áreas de salud son las “compradoras” entre los proveedores en competencia (hospitales, centros de salud, diagnóstico de especialidades, hospitales de nivel terciario...). Ya sabemos que el área de salud, definido por la Ley General de Sanidad (25 Abril 1986) es la estructura fundamental del sistema sanitario, dividida a efectos de operatividad y eficacia en zonas básicas de salud. Además, cada área de salud dispondrá o estará vinculada a un hospital general con los servicios que las características de la población a atender, aconsejen.

Como dice el Informe SEESPAS -1998, pág. 258, “Se pretende situar al Sistema Nacional de Salud en el marco de la gestión empresarial, avanzar hacia la descentralización administrativa y la autonomía de gestión”. Los contratos-programas fueron un ejemplo de intenciones en la marcha hacia un modelo de mercado de la sanidad: cada centro sanitario acordó con el ente gestor el cumplimiento de unos objetivos asistenciales, y en contrapartida recibe una asignación económica. La filosofía que se deduce de ello, o el principio inspirador es que el centro sanitario es considerado como una empresa de servicios y su objetivo primero es la eficiencia empresarial: mejores servi-

cios al menor coste. Objetivos de economía de mercado pero que no son necesariamente objetivos sociales. Porque en la dialéctica oferta y demanda del mercado no están representados las verdaderas características del Servicio de Salud: la demanda (los pacientes) no provocan la oferta, sino que esta crea la demanda...y la competitividad no se produce a través de los precios sino de los servicios, con el riesgo de duplicación de los mismos y el encarecimiento consiguiente.

Y además, como se pregunta el citado Informe SESPAS (1998:258): *¿Los servicios que se ofertan son los más necesarios socialmente hablando, o son los económicamente más rentables?*

A pesar de todo, parece ser que el camino emprendido en los últimos tiempos lleva el “todo terreno” de la Comisión Abril, por lo que no sería prudente en un trabajo científico obviar las recomendaciones (se hacen hasta 64) del Informe, entre las que destacamos, simplificando, los aspectos más significativos (Cfr. ERRASTI, 1997:26-27).

a) Aspectos de organización. Una de las importantes reformas que se contemplan es la de separar las competencias de financiación y compra de servicios sanitarios y las funciones de gestión y provisión. En la actualidad, la Administración centraliza las funciones de financiación, compra y provisión de servicios sanitarios (salvo los farmacéuticos).

“En este sentido, la Administración pública (bien sea la central o la autonómica) financiarán la asistencia sanitaria: las áreas de salud serán los compradores, y los hospitales, centros de salud, etc...los proveedores para los clientes”(...)

“la participación del sector privado, en competencia con los proveedores públicos, permitirá un aprovechamiento de todos los recursos existentes y servirá de aliciente para trabajar con mayor eficiencia”.

b) Aspectos de gestión. El SNS debe introducir las modernas técnicas de gestión empresarial, con sistemas de información homogéneos que permitan evaluaciones de los niveles de servicio que se prestan, calidad del producto, reducción de costes, productividad, etc (...)

“Otro de los objetivos importantes se refiere a la introducción de normas de calidad con el establecimiento de mecanismos de acreditación de los centros públicos y privados, de valoración de los procesos y resultados, y la formación continua del personal sanitario. Una buena gestión debe tratar de lograr la mejor relación de calidad-coste, acorde con la limitación de recursos existente.

c) Aspectos de financiación. Los Presupuestos Generales han de seguir siendo la fuente principal de financiación. Sin embargo, debido al incremento del gasto sanitario previsto para los próximos años, cabe pensar en medidas que tiendan a una participación de los usuarios en el pago de los servicios. Al mismo tiempo, es preciso definir más claramente las prestaciones básicas incluidas en el

sistema de financiación pública de aquellas otras prestaciones complementarias o adicionales que han de ser cofinanciadas por el usuario.

La consecución de los objetivos que se proponen, para llevar a cabo la Reforma que a todas luces reclama el SNS tiene unos escollos que según la *Comisión Abril* han de removerse y propiciar algunos cambios:

- a) Homogeneización definitiva de los niveles de financiación de las diferentes comunidades autónomas y establecimiento de criterios de distribución de recursos aceptados por todos.
- b) Diseño de nuevas estructuras de provisión de servicios a nivel extrahospitalario, en la línea de modelos asistenciales que constituyen unidades de gestión.
- c) Transformación generalizada de los centros hospitalarios públicos en auténticas empresas de servicios, mediante fórmulas tipo sociedad anónima de capital público.
- d) Desregulación del aparato administrativo actual y de la transformación del carácter estatutario del personal sanitario, generalizando la relación laboral.
- e) Colaboración del sector privado.

3.- CIFRAS Y CONSTATAIONES DE LA SALUD, LA SEGURIDAD SOCIAL Y EL ESTADO DE BIENESTAR EN ESPAÑA.

El informe de la sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, SESPAS (1998), dice en su primer párrafo del Prólogo:

“Este informe nace con la misma vocación que los anteriores: suministrar información de la mayor calidad posible para que políticos, profesionales y ciudadanos tomen sus decisiones teniendo en cuenta tanto los costes para la salud –personal y colectiva– como las posibilidades de promoción de la salud que estas decisiones conllevan”.

Para nosotros, la promoción de la salud es el fundamento mismo de la “Educación para la salud”, tarea que no es posible sin la información que hace posible la comunicación como medio educativo: la Educación es una comunicación. Educar para la Salud es en primer lugar INFORMAR. Esta es nuestra intención, como dice SESPAS (1998:21) contribuir (...) a la mejora de la salud, ofreciendo una valoración independiente y crítica de cuál es la actual situación de salud en nuestro país(...) “Esperamos –dicen– que el presente informe (...) sea una herramienta útil en el debate sobre temas de salud.

Hacemos nuestro esta finalidad u orientación y certificamos lo que a párrafo seguido sentencian:

“Nuestra salud para el próximo milenio depende en gran medida de la gestión que hagamos como ciudadanos de las políticas sociales” (...). Razón por la que van a optar por examinar en los trabajos preparatorios de este informes “La salud Pública y el futuro

del Estado de bienestar”.

No es el momento de dilucidar si existe el Estado de bienestar en España o si está en crisis desde su origen que es relativamente reciente, con la Democracia. Lo que si es evidente es que la Seguridad Social es el núcleo del Estado de Bienestar en España, seguridad social que ya preexista antes de la Democracia porque aquel Estado promocionaba los seguros sociales obligatorios y esta se alimentaba de las cuotas de los afiliados.

Luego, como dice COMIN (1996) la crisis del Estado de Bienestar no se origina con la democracia, sino que lo que tiene su origen en España con la democracia es el propio Estado de bienestar universal. Otro asunto es ver cómo se financia y si con su financiación lo único que se produce son las desigualdades preexistentes de la riqueza entre los diferentes niveles de renta.

Significativamente , un cuadro de clasificación funcional del gasto público (en porcentajes del PIB) según fuentes de la Fundación FIES de las Cajas de Ahorro Confederadas (Papeles de Economía española nº 68), son las primeras cifras de las que parte el informe señalado y que creemos es suficientemente ilustrativo para su transcripción en esta recapitulación.

CUADRO 1

	1975	1985	1995
A. GASTOS COMUNES	4,60	6,75	6,30
Defensa Nacional	1,74	1,99	1,08
Servicios Generales	2,86	4,76	5,22
B GASTOS DE DISTRIBUCIÓN	16,15	24,76	27,75
Prestaciones sociales:	5,62	10,21	11,63
Pensiones	0,48	2,78	2,59
Desempleo	3,15	1,34	1,77
Otras prestaciones	6,90	10,43	11,76
Bienes sociales redistributivos:	2,09	3,75	4,32
Educación	1,04	2,01	1,52
Sanidad, Vivienda y servicios colectivos			
C GASTOS INTERVENCIÓN ECONÓMICA	4,87	8,41	7,35
Subvenciones de explotaciones	1,14	2,44	1,77
Inversiones	2,72	3,70	3,71
Transferencias de capital	1,01	2,27	1,87
D. INTERESES DEUDA PÚBLICA.	0,47	3,44	5,37
E. AJUSTES CLASIFICACIÓN	0,00	-0,77	0,47
GASTOS TOTALES (A+B+C+D+E)	26,09	42,59	47,24
PRO MEMORIA	25,7	35,65	40,59
Ingresos públicos	2-0,35	-6,93	-6,66
Déficit Público			

Este cuadro del presupuesto consolidado de 1997 expresado en miles de millones de pesetas, resume por políticas (Estado, organismos autónomos seguridad social y entes territoriales) los porcentajes de cada "subcapítulo" y las comparaciones a priori que se desgajan, Así, los 29. 958, miles de millones suponen un 38% del PIB estimado para 1997, según fuentes del M° de Economía y Hacienda y el Gasto social representa un 54,3% del Presupuesto con un incremento global de 2`1%. Sube un 5`1% los gastos en pensiones lo que supone un 26,5% de gasto total.

CUADRO 2.

Presupuesto consolidado del Estado. Organismos Autónomos, Seguridad Social y entes públicos para 1997 (en miles de millones de pesetas).

POLITICAS	PRESUPUESTO INICIAL 1997	%
JUSTICIA:	153	0,5
Defensa	817	2,7
Política Exterior	124	0,4
Seguridad ciudadana	652	2,2
Administración Tributaria	142	0,5
Subtotal servicios generales	1.888	6,3
SANIDAD:	3.657	12,2
Pensiones	7.937	26,5
Vivienda	113	0,4
Fomento de la ocupación	370	1,2
Subsidio de desempleo	1.536	5,1
Educación	972	3,2
Otras prestaciones sociales	1.686	5,6
Subtotal servicios sociales	16.273	54,3
INFRAESTRUCTURAS:	925	3,1
Subvenciones al transporte	212	0,7
Investigación	235	0,8
Agricultura, industria y energía	10.196	4,0
Subtotal actividades económicas.	2.568	8,5
FINANCIACIÓN DE LAS ADM. TERRITORIALES:	3.968	13,0
Participación Comunidades Europeas	938	3,1
Deuda pública.	3.459	11,6
Subtotal deuda y otras transferencias	8.295	27,7
OTRAS POLITICAS	934	3,1
TOTAL PRESUPUESTO CONSOLIDADO	29.958	100,0

FUENTE: Presupuestos Generales del Estado para 1997, Ministerio de Economía y Hacienda.

Más significativo es resaltar, como señala el Informe SESPAS (1998:42), que “casi un 92% de los 3.657 miles de millones de Sanidad provienen de una aportación finalista del Estado, representando las cotizaciones únicamente un 5,6% y el pequeño resto (-2,4% deducimos)– son ingresos por prestaciones de servicios.

Una evolución del gasto sanitario público en porcentajes sobre el PIB desde 1980 a 1995 se recoge en el cuadro 3 correlacionado con el diagrama nº 1 que representa el gasto sanitario porcentualmente sobre el PIB en un evolución desde 1980 a 1995.

CUADRO 3.

Gasto sanitario público como porcentaje del PIB, 1980-1995 (pesetas corrientes)

Año	Gasto Sanitario Público (millones de pesetas corrientes)	Producto Interior Bruto (miles de millones de pesetas corrientes)	Porcentaje Gasto Sanitario Público sobre PIB
1980	686.561	15.168,2	4,53
1981	780.045	17.044,7	4,58
1982	926.741	19.722,4	4,70
1983	1.141.915	22.531,9	5,07
1984	1.202.339	25520,7	4,71
1985	1.295.412	28.200,4	4,59
1986	1.434.485	32.324,8	4,44
1987	1.615.168	36.144,1	4,47
1988	2.016.706	40.158,8	5,02
1989	2.299.054	45.043,5	5,10
1990	2.730.865	50.145,4	5,45
1991	3.86.730	54.927,2	5,62
1992	3.373.089	59.104,8	5,71
1993	3.643.020	60.934,5	5,98
1994	4.050.210	64.698,7	6,26
1995	4.342.225	69.778,1	6,22

El gasto sanitario público para 1995 en España ha sido de casi 4 billones y medio lo que sitúa según su PIB ese año en cerca un 6,2% , tasa aceptable por su renta, por encima de países como Reino Unido o Japón. Por otro lado ese porcentaje de la riqueza producida por un país indica lo que dedica a sanidad como recursos gastados, no lo que se obtienen de ellos. Veámoslo en el diagrama nº 1, en la página siguiente.

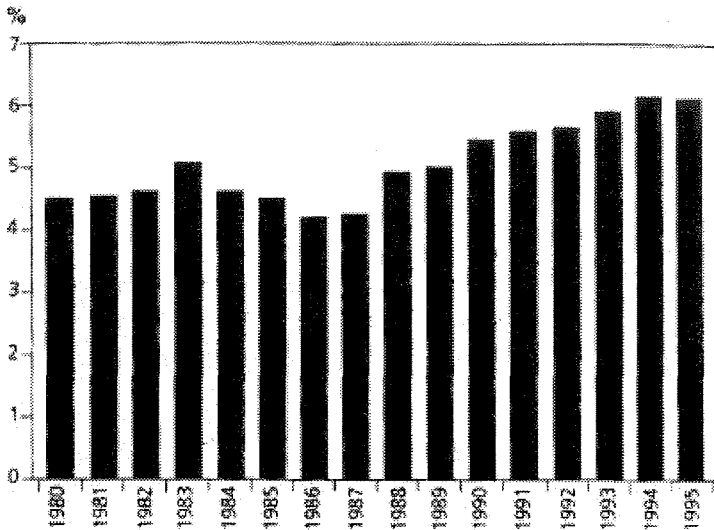


DIAGRAMA 1 : Gasto sanitario público sobre el PIB, años 1980-1995 (valores corrientes)

En toda consideración de salud los datos relativos a la demografía son inexcusables a la hora de cualquier planificación de una política de salud y de la previsión para una educación para la salud. En el caso de España el envejecimiento de la población no se debe solo, como es obvio, a un descenso de la tasa de fecundidad, sino al aumento de la “esperanza de vida”, lo que presupuestamente significa también un aumento de recursos a prever si se quiere mantener el nivel de salud. La tasa tan baja de natalidad- ya menos del 1’2 hijos por mujer, una de las más bajas del mundo y la menor de la actual Unión Europea hace que España tenga índices de envejecimiento superiores a los de los otros países miembros de la UE. El cuadro nº 4 nos arroja la presencia relativa de los grupos de edad y la proyección de los mismos hasta el 2046 según fuentes de FERNÁNDEZ CORDÓN (1996) para la Fundación BBV.

Es inevitable un cierto alarmismo al examen de estas cifras por el impacto económico que supone el fenómeno del envejecimiento en cuanto al gasto sanitario. Gasto que depende parcialmente de variables controladas tanto colectivamente como individualmente, entre las que estamos transcribiendo, las que sin “ánimo de exhaustividad” señalar SESPAS (1998:47):

- a. El estado de salud –mejorado– de los ancianos y una percepción de la vejez como regla.
- b. La mayor renta, mejor educación y, tal vez, mejores hábitos de vida de los ancianos del futuro que pueden proporcionar menor dependencia de cuidados por terceros, a financiar públicamente.

CUADRO 4.

Peso relativo de los grupos de edad, porcentajes de la población total española, 1971-2046 (en la variante media de proyección).

Año	0-14	15-64	65+
1971	27,98	62,29	9,73
1981	25,61	63,17	11,22
1991	19,50	66,75	13,75
1996	16,31	68,24	15,45
2001	15,11	67,93	16,97
2006	15,72	66,91	17,38
2011	16,55	65,51	17,94
2016	16,63	64,52	18,84
2021	15,57	64,54	19,90
2026	14,51	63,68	21,71
2031	14,25	61,78	23,97
2036	14,63	59,09	26,28
2041	15,03	56,36	28,60
2046	15,04	54,75	30,21

- c. Las redes sociales y apoyo familiar. Como dice Fernández Cordón a los jóvenes de hoy les espera una vejez con pocos hermanos y pocos hijos y con la perspectiva de que un divorcio les haya alejado de su cónyuge.
- d. La actitud, tal vez menos pasiva, ante el proceso de morir.
- e. El peso político de los ancianos. En el año 2000 el 50% del electorado europeo tendrá más de 50 años. La población española parece estar mayoritariamente a favor de preservar todos los programas públicos de protección social. Los españoles consideran que el Estado es responsable del bienestar de los individuos, y más de las tres cuartas partes de la población opina que el Estado tiene la obligación de garantizar a sus ciudadanos el derecho a trabajar, a una vivienda digna, a recibir ayuda en situaciones de necesidad y a la educación (CABIEDES y GUILLÉN, 1997).
- f. El número de familias monoparentales.
- g. El creciente número de personas viviendo solas, lo que en principio aumenta la dependencia.
- h. El grado de medicalización de los problemas sociales y de dependencia en los cuidados ligados al envejecimiento.
- i. Las medidas que en esta próxima década puedan tomarse para facilitar la creación de familias jóvenes y las que se adopten para disminuir el coste de

oportunidad de tener hijos, sobre todo en las mujeres. A corto plazo puede plantear mayores problemas a España la falta de integración de los jóvenes, que el envejecimiento. El 68% de los jóvenes de 20-29 años viven en casa de sus padres y a los 30 años más de la mitad no han alcanzado la autonomía que proporciona un trabajo y una vivienda. Este rasgo compartido con los países del Sur de Europa convierte a la familia en un “estado de Bienestar” sui generis, familias que muy probablemente conocerá cambios importantes como consecuencia de la muy positiva incorporación de las mujeres al trabajo remunerado pero sin que se hayan creado las condiciones para mejorar la compatibilidad entre vida familiar y vida laboral.

BIBLIOGRAFÍA

- CABIEDES y GUILLEN (1997). “¿Hacia la convergencia de los Sistemas de Asistencia Sanitaria Europeos” in MORENO, L. (Comp.) *Unión Europea y Estado del Bienestar*, Madrid, C.S.I.C.
- COLECCIÓN TRABAJO SOCIAL, SERIE DOCUMENTOS T.S. XXI (1986): *4 siglos de Acción Social. De la Beneficiencia al Bienestar Social*, Madrid, Siglo XXI de España Editores.
- COMIN, F. (1996): “Las formas históricas del Estado de Bienestar: el caso español”, in *Dilemas del Estado de Bienestar*, Madrid, Fundación Argentaria
- COMISIÓN ABRIL (1991): *Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud. Informes y recomendaciones*, Madrid
- COMISIÓN DEKKER (1987): *Reforma del Sistema Sanitario en los Países Bajos*.
- ERRASTI, F. (1997): *Principios de gestión sanitaria*, Madrid, Díaz de Santos.
- FERNÁNDEZ CORDÓN, J. (1996): *Demografía, Actividad y Dependencia en España*, Madrid, Fundación BBV.
- LEY GENERAL DE SANIDAD de 25 de Abril de 1986.
- MINISTERIO DE SANIDAD y CONSUMO (1989). Datos del Catálogo Nacional de Hospitales.
- O.C.D.E. (1990): *The Reform of Health Care in selected OECD Countries*. Draft document, WHO. Working Party on Social Policy, Paris.
- SALTMAN, R.G., y VON OTTER, C. (1989) Informe 1987: “Public Competition versus mixed market. An analytic comparison”, in *Health Policy*, 11, 43-45.
- SAN JOSÉ GARCÉS, P. (1994): *Reformas sanitarias en Europa y la Elección del usuario*. Díaz de Santos, Madrid.

- SANCHEZ BAYLE, M. (1998): *Hacia el Estado del Malestar*, Madrid, Los libros de la catarata.
- SARLET, A.-M. (1981): "Les pensionnés des clubs communaux de l'agglomération liégeoise face au nouveau mode de remboursement des médicaments" *Memoria de Licenciatura*, Université de Liège.
- S.E.S.P.A.S. (1998): *La Salud Pública y el futuro del Estado de Bienestar*, Granada, Escuela Andaluza de Salud Pública.
- V.V.A.A. (1995): *La Educación para la Salud en el ámbito educativo. Manual para el profesorado y otros agentes educativos*. Madrid, M.E.C.-Mº de Sanidad y Consumo.
- WORKING FOR PATIENTS (1989) *Reforma Sanitaria en el Reino Unido. Base del Informe GRIFFITHS (1991)*.