

LA DISTRIBUCIÓN DE LAS ATENCIONES MÉDICAS EN EUROPA. ACCESO Y FINANCIACIÓN*

Simone Sandier

Directeur de Recherche. CREDES-París.

Introducción

En esta presentación intentaré describir brevemente los sistemas de protección financiera relativos a la enfermedad y las características de la distribución de los recursos sanitarios médicos en algunos países occidentales; después se examinará la respuesta que la comparación internacional permite dar al interrogante sobre los posibles lazos entre dichos factores y la evolución del gasto en salud.

La descripción comprenderá seis países: República Federal de Alemania, Estados Unidos, Francia, Italia, Países Bajos y Reino Unido de Gran Bretaña. Estos países han sido elegidos por el amplio abanico de modalidades del sistema de salud que permiten observar.

De una forma muy esquemática podríamos decir que desde el punto de vista de las soluciones adoptadas para asegurar a la población un acceso más fácil a los recursos sanitarios y para conseguir a la vez un retroceso de las barreras económicas, los países se dividen en tres grupos.

En la República Federal Alemana, en Francia y en los Países Bajos se ha adoptado un sistema de seguro de enfermedad obligatorio y generalizado, prevalente y coexistente con una organización pluralista de la distribución de los recursos, en la cual el sector privado desempeña un importante papel.

El segundo grupo incluye Italia y el Reino Unido, cuyos sistemas se ba-

san en la solidaridad; en ellos la intervención del Estado es mucho más acentuada, tanto en el terreno de la financiación como en la organización de la producción y distribución de los recursos sanitarios.

Y finalmente los Estados Unidos se distinguen de los países europeos por la diversidad de situaciones existentes, determinadas por los distintos grupos poblacionales, y por el lugar destacado que en este país ocupa la economía de mercado en el sistema sanitario.

Los sistemas de cobertura financiera de los recursos sanitarios

En el Reino Unido a partir del año 1948 y en Italia a partir del 1979, el principio de solidaridad ha sido la base de la implantación de un Sistema Nacional de Salud que cubre la totalidad de la población residente. En los restantes países europeos -igual que en Italia antes del 1979- la responsabilidad de la financiación colectiva de los recursos sanitarios incumbe a distintos organismos públicos de seguros. En la práctica, la gran mayoría de la población está cubierta por dichos seguros: el 99% en Francia y el 70% en los Países Bajos.

La afiliación a los distintos organismos aseguradores en estos países se realiza casi siempre sobre una base profesional y la familia del asegurado goza, generalmente, de la misma cobertura que él. Pero en la República Federal de Alemania y sobre todo

en los Países Bajos, existe otro criterio basado en la cuantía de las rentas: en ambos países el seguro de enfermedad sólo es obligatorio hasta un nivel determinado de ingresos, lo cual obliga a un 30% de la población a recurrir a los seguros privados para cubrir sus gastos sanitarios.

En los Estados Unidos hubo que esperar hasta el año 1966 para implantar los dos programas públicos que hasta el momento presente son los únicos en vigor: el Medicare y el Medicaid. El primero, programa de ámbito federal, cubre alrededor del 12% de la población, principalmente personas de 65 o más años. El segundo, cuya responsabilidad incumbe a los distintos Estados, se dirige a aquellos ciudadanos con recursos económicos por debajo del nivel de pobreza, aproximadamente el 8% de la población. La población restante tiene que acudir a compañías privadas, lucrativas o no, para suscribir contratos de seguro de enfermedad. El 75% de la población lo hace así, ya sea a título personal o bien en su marco profesional. El incremento del paro ha privado a un gran número de ciudadanos de toda protección financiera contra la enfermedad; las estadísticas recientes hablan de un 12,6% de la población americana sin ningún tipo de seguro de enfermedad.

La financiación

La financiación de los organismos de protección contra la enfermedad, tiene distintos orígenes.

* El texto corresponde a la conferencia realizada por Simone Sandier el 3 de Julio de 1986 en el 2º. Ciclo de Debates «Políticas de distribución de recursos sanitarios» que tuvo lugar en Barcelona.

En el Reino Unido la financiación de la National Health Service en el momento de su creación en 1948 procedía totalmente del presupuesto del Estado; más adelante se introdujeron nuevas fuentes de financiación y en 1980 las cotizaciones salariales y los pagos efectuados por los enfermos contribuyeron a sostener dicho servicio en un 8,8% y un 2,7% respectivamente.

En Italia, el método de financiación previsto por la ley de 1978 todavía no ha sido aplicado. En la fase de transición, que a su término debería desembocar en una fiscalización total, la financiación comporta, como en el sistema anterior, el establecimiento de cuotas patronales y salariales y los déficits son asumidos por los ingresos fiscales.

En los Estados Unidos ambos programas, el Medicare y el Medicaid, son financiados por los fondos públicos, por el plan federal y por los distintos Estados respectivamente.

En los sistemas de seguros obligatorios de Alemania, Francia y los Países Bajos, los ingresos de los mismos proceden, desde luego, de los asegurados, y con reparto de cotizaciones entre patronos y empleados.

En resumen, podemos decir que al principio de solidaridad corresponde un sistema de financiación a través de los impuestos, mientras que el principio del seguro implica que la financiación se realice mediante las cotizaciones de los afiliados.

El pago de los servicios sanitarios

El enfermo, los sistemas de seguro y el Estado son en todos los países los pagadores de los servicios sanitarios pero la contribución de cada una de las partes implicadas es distinta, la proporción de sus respectivas aportaciones es variable y depende de la modalidad adoptada por el país y del tipo de atención.

Las distintas técnicas de pago de los servicios médicos no son neutras, evidentemente, en el pilotaje del sector sanitario. El conocimiento y los medios de intervención de los siste-

mas de protección colectiva están muy vinculados a su grado de intervención en la remuneración de los productores de atenciones sanitarias. Además, y por lo menos en el plano teórico, la sensibilización del consumidor frente a los gastos de salud y a su evolución es mayor si es él quien en primer lugar paga al productor porque ello le lleva a conocer los precios de lo que consume- y si tiene a su cargo directo una parte del gasto (tiquet moderador), que en el caso de un tercer pagador integral.

Para resumir las distintas modalidades de pago a los productores, presentamos los tres casos siguientes:

- a) En el primer caso, el enfermo paga el importe al productor (el médico, por ejemplo) y solo después podrá ser reembolsado por su seguro con una cantidad calculada según la legislación vigente. Es el caso general en Francia, del seguro privado en los Países Bajos y de algunos seguros de los Estados Unidos.
- b) En el segundo caso, el productor recibe su remuneración en parte del paciente y en parte de los organismos de financiación colectiva; es el pago parcial por terceros que se aplica generalmente a las hospitalizaciones de corta duración en Francia o a la farmacia en el Reino Unido.

- c) En el tercer caso, el productor es pagado directamente por los organismos de protección, lo cual constituye el pago total por terceros, que en Francia se aplica principalmente a los accidentes de trabajo; también representa, con determinadas excepciones, el caso general en el Reino Unido y en Italia, mientras que en los Países Bajos y en la República Federal de Alemania se aplica el seguro estatutario.

La puesta en práctica de los distintos principios generales se traduce en todos los países mencionados en la frecuente aplicación de la gratuidad de los servicios hospitalarios para el

enfermo y por la generalización de una participación financiera de los consumidores en la farmacia y en los servicios de odontología.

En la práctica, las mayores diferencias entre los distintos países se encuentran en el pago de los servicios médicos en la medicina ambulatoria.

La producción y la distribución de servicios médicos

En todos los países considerados, la población puede tener acceso a un amplio abanico de servicios de diagnóstico y terapéuticos producidos por el personal y las empresas del sector sanitario.

Los tipos de establecimientos hospitalarios son, de hecho, bastante similares en dichos países; las diferencias se manifiestan en la acogida de enfermos ambulatorios, en el estatuto de los establecimientos, en el personal médico o paramédico, en las normas de desarrollo del sector y en sus recursos financieros.

Por ejemplo, en el Reino Unido y en los Países Bajos el hospital es prácticamente el único lugar para el ejercicio de la medicina especializada, incluso la ambulatoria, mientras que en la República Federal de Alemania todas las atenciones ambulatorias -o casi todas- se prestan en consultas médicas privadas. En el Reino Unido y en Italia, países en que, según su lógica, el Servicio Nacional de Salud integra bajo una misma autoridad la financiación y la distribución de las atenciones sanitarias, todos los hospitales son, prácticamente, instituciones públicas. Y por el contrario, en los Países Bajos la casi totalidad de los establecimientos son privados con fines no lucrativos. En Francia, en Alemania y en los Estados Unidos encontramos una combinación de establecimientos de tres tipos: público, privados no lucrativos y privados de carácter comercial.

Pero en todos los países mencionados, todos los establecimientos hospitalarios, sea cual fuere su estatuto jurídico, han de respetar las normas de funcionamiento controladas

por las autoridades sanitarias del Estado; además, están sujetos a controles en cuanto al número de camas autorizadas en una área geográfica concreta. Así, en Francia existe la «Carte Sanitaire», en los Estados Unidos los «Certificates of need», la planificación regional en Alemania. Actualmente en todos los países se considera que las capacidades hospitalarias son excedentarias, excepto en los establecimientos para personas ancianas.

En los distintos países la responsabilidad de los médicos variará según sean generalistas o especialistas y también varían el lugar donde ejercen, las relaciones profesionales entre ellos, con el hospital o con los enfermos.

En el Reino Unido y en Italia, en el marco del Servicio Nacional de Salud y en los Países Bajos en cuanto al sistema de seguro de enfermedad obligatorio, la inscripción de un paciente en la consulta de un generalista condiciona la carga de la atención médica. Los médicos generalistas se han encontrado con que se les otorga a título exclusivo el papel de médico de primeros recursos. Constituyen un paso obligado para acceder a los especialistas, a los exámenes técnicos de laboratorio o de radiología y a la hospitalización. En estos países, con mayor intensidad si cabe que en los demás, la actividad de los generalistas está especialmente consagrada a los enfermos ambulatorios.

En los restantes países la distinción entre las atribuciones de los generalistas y las de los especialistas es menos pronunciada. Los enfermos de los Estados Unidos, los del seguro de enfermedad en Francia y en Alemania y los pertenecientes a seguros privados en los Países Bajos, pueden escoger tanto un especialista como un generalista en calidad de primeras atenciones.

De todos modos, no hay que exagerar las restricciones impuestas por el sistema de la «lista», dado que en países con una total libertad de elección -Francia y los Estados Unidos, por ejemplo- se ha comprobado la gran fidelidad del enfermo para con

su médico, quien consagra el 90% de su actividad a antiguos pacientes y solo el 10% a clientes nuevos.

En los Países Bajos y en el Reino Unido podemos decir que prácticamente toda la medicina especializada -ambulatoria y hospitalaria- se practica en los hospitales. Una pequeña minoría de especialistas ejerce su profesión en consultas privadas. En Italia coexisten especialistas asalariados o policlínicas y médicos independientes con un contrato del Servicio Nacional de Salud. En cambio, en Alemania los médicos que ejercen en consultas privadas aseguran la totalidad de las atenciones ambulatorias y en Francia y en los Estados Unidos el 90% de dichas consultas.

Francia se distingue por la gran frecuencia de la práctica individualizada, mientras que la medicina de grupo predomina en Alemania y en los Estados Unidos.

En Alemania, la medicina ambulatoria y la medicina hospitalaria son compartimentos estancos, dado que los médicos que tratan a los pacientes ambulatorios son profesionales independientes que pierden el control de sus enfermos, tanto desde el punto de vista económico como desde el punto de vista médico, cuando éstos han de ser hospitalizados. Es el caso más frecuente para los generalistas en el Reino Unido, en Italia y en los Países Bajos y para todos los médicos independientes en Francia cuando sus pacientes son hospitalizados en el sector público.

En cambio, en Francia los médicos pueden tratar a sus enfermos en establecimientos hospitalarios privados y también en los Estados Unidos, en donde tienen acuerdos con los hospitales de su región.

Remuneración de los médicos

Los métodos de base utilizados para remunerar a los médicos, son cuatro: pago por acto, capitación, salario o pago por caso. Cada uno de ellos tiene su terreno propio de aplicación.

La capitación, que consiste en una

asignación a tanto alzado por cada enfermo potencial, solo puede aplicarse asociada a una buena delimitación de la clientela asignada a cada facultativo, es decir, a la existencia de una lista. Se aplica en el Reino Unido y en los Países Bajos a los generalistas y a los pediatras de base.

En los demás países, en los cuales la libre elección de médico no está sometida a restricciones, prevalece el pago por acto médico, tanto para los generalistas como para los especialistas que ejercen en su consulta privada.

El salario, cuyo terreno natural de aplicación es la empresa, constituye en la mayoría de países la remuneración principal de los médicos hospitalarios.

Y por último, los médicos especialistas de los Países Bajos son el único ejemplo de remuneración por caso.

Conviene remarcar que estos métodos de base raramente son empleados exclusivamente; por el contrario, en la mayoría de los casos, la remuneración de un médico participa simultáneamente de varias de dichas modalidades. Especialmente la remuneración por acto médico completa en el Reino Unido los pagos por capitación a los generalistas; los médicos independientes, tanto en Francia como en los Estados Unidos, desarrollan a la vez parte de su actividad en forma asalariada y en los Países Bajos también una parte de la remuneración de los especialistas procede de un pago proporcional al número de actos médicos.

En los países en donde la financiación colectiva de los servicios de salud es la norma, la actividad de los médicos y su remuneración se desarrolla en un marco de controles y restricciones reglamentarios: en casi todos estos países los precios de los servicios de los médicos o las remuneraciones de los auxiliares son negociados con organismos de financiación colectiva. En el Reino Unido, en los Países Bajos y en Italia, el número de inscritos en las listas de cada médico no puede sobrepasar un límite fijado por el Servicio Nacional de Salud o por las Entidades de Seguros.

A pesar de las disposiciones restrictivas, se ha podido constatar, de todos modos, que en todos los países los médicos gozan de gran libertad -dentro del respeto a la ética profesional y con el acuerdo de sus pacientes- para determinar el volumen y la naturaleza de las atenciones que deberán prestarse a cada individuo.

Seguro de enfermedad y gastos en salud

Enfrentados con las dificultades de financiación de los gastos en sanidad en un contexto de crecimiento económico lento -incluso nulo-, los gobiernos de numerosos países se interrogan sobre los medios de su alcance para frenar la progresión de los gastos sanitarios y ceñirla a la de la economía en general.

Las comparaciones internacionales pueden proporcionar a los responsables de las decisiones algunos elementos para dar respuesta a aquellos interrogantes que a menudo se plantean:

- ¿En qué medida la modalidad adoptada por el seguro de enfermedad influye en el nivel, las estructuras y el incremento de los gastos en materia de salud?
- ¿De qué manera la economía general repercute en los sistemas de sanidad?
- ¿Podemos sacar lecciones -y cuáles- de las experiencias de otros países en cuanto a la protección social y a la organización de los sistemas de sanidad?

En principio, conviene destacar que la protección financiera contra la enfermedad se ha impuesto en todos los países.

En los países considerados -con una ligera reserva para Estados Unidos- tanto la población en general como los responsables políticos admiten que las atenciones sanitarias han de ser accesibles para cada individuo en función de sus necesidades más que en función de sus medios económicos.

Debido a la desigual distribución

del gasto en salud entre la población, se ha visto la necesidad de la cobertura colectiva mediante sistemas de seguros u otros similares. Y cuando dicha cobertura no es ni automática ni obligatoria, una mayoría de la población puede acceder a ella recurriendo a compañías de seguros privados, como es el caso de los Estados Unidos. De todos modos, incluso en este país las autoridades públicas deben intervenir para proteger a los más expuestos y a los más desprotegidos que constituyen una clientela poco rentable para el sector privado.

También es verdad que los sistemas sanitarios de financiación colectiva mediante el reparto entre toda la población de los gastos importantes en que una parte de dicha población incurre, convierte en solvente una demanda que de otro modo no lo sería y así contribuye a la progresión en el consumo y, por tanto, al aumento de los gastos en sanidad.

Una segunda observación consiste en el hecho de que, aunque distintos sistemas de protección en vigor hayan adoptado modalidades diferentes, presentan todos ellos algunos rasgos comunes:

- La participación financiera de los enfermos, que puede aparecer como un instrumento de control del coste, se aplica a menudo, a los gastos más ligeros y mejor repartidos entre la población (farmacia) y a aquellos servicios considerados «de lujo» (odontología).
- La financiación de la hospitalización -consumo médico raro pero costoso- está asegurada directamente en una parte muy considerable por los organismos colectivos de financiación sin que el paciente tenga que realizar desembolso alguno.

En el cuadro de los países aquí considerados, todos los cuales disponen de un sistema de financiación colectiva de los gastos sanitarios, parece que los sistemas generalizados y centralizados de protección que ofrecen la cobertura económica más completa desde el punto de vista de los enfermos -cobertura del 100% sin

desembolso-, confiere a sus gestores un poder de negociación y unos determinados medios de intervención que van más allá de contrapesar el efecto generador de demanda suplementaria que provocan. Es decir:

- En el caso de un Servicio Nacional de Salud, el pago directo a los productores permite, en efecto, el control estricto a la vez de los precios (farmacia), de las remuneraciones (médicos) y de los presupuestos (hospitales); además la gratuidad para el enfermo se acompaña de normas restrictivas en cuanto al acceso a los servicios médicos (inscripción previa para acudir a los generalistas, imposibilidad de acceso directo a los especialistas).
- Los sistemas generalizados de seguro de enfermedad gozan también de un poder de negociación muy fuerte respecto a los productores de servicios, incluso en el caso de profesionales independientes. Intervienen en la fijación de los precios de los servicios, relacionándolos entre sí, realizan estadísticas de la actividad de los profesionales, controlan las prescripciones...

Su bajo nivel de protección social y el predominio de las leyes del mercado, no han impedido que en los Estados Unidos se originen unos elevados gastos en sanidad los cuales, tanto en valores absolutos como en porcentaje de la renta nacional, sobrepasan los de los países europeos en donde la población está mejor protegida.

¿Los sistemas de protección social generalizada no comportan, de hecho, más «virtudes» para dominar la evolución de los gastos en salud que las leyes del mercado?

Partiendo de estos supuestos, los americanos en los años 70 se plantearon la conveniencia de inspirarse en Europa para desarrollar en su país un Sistema de Seguro de Enfermedad. A través de los programas Medicare y Medicaid las autoridades públicas americanas han llevado a cabo algunas experiencias y han negociado con los productores las medidas más eficaces para controlar los costes de

la sanidad. Fueron los PSRO (Professional Review Organisation) años atrás, el pago prospectivo a los hospitales sobre la base de los costes por enfermedad (DRG) actualmente y los proyectos de desarrollo del pago por capitación en los centros sanitarios integrados.

Economía y gastos de la sanidad

Los gastos en materia de sanidad de los distintos países han sido analizados y comparados por la OCDE; nosotros limitaremos a hacer algunas observaciones que puedan ayudarnos en la interpretación de los datos.

El nivel de desarrollo económico general de un país parece influir en gran medida en el volumen de sus gastos en salud.

Es interesante observar que la relación entre nivel económico y nivel de los gastos en salud, si bien es fuerte considerándola globalmente para varios países y varias épocas, resulta débil en el plano individual, según los datos proporcionados por las distintas encuestas (elasticidad-renta situada entre 0,3, 0,5). Ocurre, en realidad, que la riqueza de un país condiciona las posibilidades de financiación colectiva de la formación de personal sanitario y es un factor esencial en la incorporación de tecnología médica y en el desarrollo de los servicios sanitarios que condicionan, ellos mismos, el nivel de consumo en sanidad.

Y por el contrario, en una situación estabilizada de atenciones sanitarias y del sistema de protección social, la edad y la morbilidad son los factores primordiales para explicar las diferencias del consumo entre individuos.

El nivel de los gastos en sanidad y su ritmo de crecimiento solo permiten la comparación entre países si se consideran los niveles respectivos de los precios en general y de los ritmos de inflación en general. Utilizar únicamente las tasas de cambio para traducir a una unidad común los gastos de los distintos países puede llevarnos a interpretaciones erróneas del sentido y de la amplitud de las discrepancias.

En 1980, cuando el dolar costaba aproximadamente la mitad de su precio de 1985, los gastos en sanidad por persona de los Estados Unidos podían aparecer como similares a los de la República Federal Alemana, pero efectuando la debida corrección consistente en tener en cuenta los niveles relativos de los precios, surge una diferencia del orden del 30% entre ambos países.

El aumento de los precios y especialmente el de los salarios provocan indirectamente un aumento de los costes de producción de los servicios médicos, los cuales a su vez repercuten en los gastos de salud. En los países con mayor inflación, los precios de las atenciones médicas aumentan más rápidamente y en consecuencia los gastos en esta materia se incrementan en la misma proporción.

¿Qué podemos aprender de las experiencias ajenas?

Las comparaciones internacionales pueden proporcionarnos una escala de medición que nos permite establecer las posiciones de los distintos países partiendo de determinados criterios. También nos ofrecen la ocasión de beneficiarnos de la experiencia ajena para perfeccionar la calidad del sistema propio, por ejemplo, la mejora del estado de salud de la población, la reducción de las desigualdades o el control de los costes.

En este último aspecto -aparte del caso italiano y de los proyectos de España y de Portugal para introducir un Sistema Nacional de Salud- en la mayoría de los países europeos las modificaciones adoptadas en materia de financiación de los gastos en sanidad han sido múltiples pero de corto alcance y sin implicar ningún cambio radical. La tendencia general ha consistido en aumentar por varios medios la participación económica de los usuarios en los gastos de la salud y no solo en lo que respecta a la farmacia, terreno predilecto para la aplicación de este tipo de medidas, sino también apuntando a la hospitalización mediante un tanto alzado dia-

rio a cargo del enfermo en un gran número de países.

Son medidas extremadamente eficaces para reducir a corto plazo la financiación colectiva de los gastos en salud. Incluso si la reducción, obtenida mecánicamente con un aumento de la carga económica correspondiente al usuario, es solo del orden de algunos tantos por ciento del importe total, se traduce en una baja significativa de las tasas de progresión de los gastos y este resultado está lejos de tener un efecto negligible sobre los mass media y sobre la opinión pública. Y por el contrario, los efectos de dichas medidas de alcance limitado sobre la evolución de la demanda están por demostrar.

Los Estados Unidos son fascinadores por la multiplicidad de sus experiencias sucesivas en un esfuerzo por contener los gastos de la sanidad, sin grandes resultados, de hecho, por el momento, debido a las dificultades de la empresa.

Dichas experiencias y las disposiciones adoptadas actualmente para estimular la competencia tanto entre los sistemas de seguros como entre las empresas productoras, pueden seducir a un buen número de analistas de los sistemas europeos, encallados en estructuras rígidas. Parece, sin embargo, en vista de los mediocres indicadores de mortalidad y de las importantes desigualdades que caracterizan, según los observadores americanos, al sistema más caro del mundo, que la transposición de este modelo a los países europeos, por el momento no está justificado.

La situación de cada uno de dichos países permite observar, a un tiempo, sus éxitos y las situaciones menos afortunadas que se originan. Hay que recordar insistentemente que no es posible analizar, ni criticar, ni tratar de adoptar un aspecto particular de la organización sanitaria de un país sin tener en cuenta previamente que las distintas partes de este modelo son interdependientes y solidarias. Por otro lado, como subconjunto de un sistema social más amplio, el sistema de salud en vigor refleja los logros y las limitaciones de la nación.