

FINANCIACIÓN DE LA ATENCIÓN SANITARIA

El gasto sanitario ocupa en volumen el segundo lugar entre los gastos sociales de los países de la OCDE, representando en promedio un 7% del Producto Interior Bruto (PIB), habiendo crecido en los últimos veinte años por encima del PIB¹. En España, la cifra se sitúa en torno al 6% del PIB. Estos datos orientan sobre la importancia de la financiación del sector sanitario, objeto de debate permanente en todos los países, cuyos responsables se encuentran con la dificultad de conciliar unas exigencias crecientes del sector con unos recursos financieros relativamente escasos.

El objetivo básico de todos los sistemas sanitarios consiste en garantizar a sus ciudadanos el acceso a una asistencia de calidad en condiciones de utilización eficiente de los recursos sanitarios. Sin embargo, la forma de organización y financiación, condicionada por factores ideológicos, varía notablemente entre países. Simplificadamente, una tipología de sistemas sanitarios permite distinguir entre tres modelos básicos: a) Modelo «Servicio Nacional de Salud», caracterizado por la cobertura universal de las prestaciones sanitarias, financiado a través del sistema general impositivo y con propiedad y/o control público de los factores de producción; b) Modelo «Seguridad Social», con cobertura obligatoria para los beneficiarios de la Seguridad Social, financiación basada en cotizaciones sociales de trabajadores y empresarios y propiedad pública y/o privada de los medios de producción y c) Modelo «Seguros Privados», que cubre a los asegurados privadamente, se financia con las contribuciones individuales y/o de las empresas a las entidades aseguradoras, y la propiedad de los factores es privada. En

este tercer modelo, el sector público suele garantizar la asistencia sanitaria a determinados colectivos, como los indigentes, con financiación pública de la misma. En la práctica, los sistemas sanitarios actuales presentan rasgos de los tres modelos, si bien en cada país destacan algunos que permiten caracterizarlo. El sistema sanitario español actual responde al modelo de «Seguridad Social».

¿Cómo se financia la asistencia sanitaria en España?. Una estimación grosera obtenida a partir de estudios diversos sobre el gasto sanitario en nuestro país permite decir que de cada 100 ptas. destinadas a la sanidad, 25 ptas. provienen directamente de los bolsillos de los individuos, 50 ptas. de las cotizaciones a la Seguridad Social y 25 ptas. de los impuestos estatales, autonómicos y locales.²⁻³ Las 25 ptas. procedentes del sector privado se destinan fundamentalmente a financiar asistencia extrahospitalaria -pago directo a profesionales sanitarios y pago de productos farmacéuticos, incluido el ticket moderador farmacéutico-, así como a cotizaciones a las entidades aseguradoras privadas. Los fondos públicos vienen a financiar el 90% de la asistencia hospitalaria y el 50% de la extrahospitalaria. La Ley General de Sanidad (LGS) prevé la diversidad de fuentes de financiación mencionando expresamente las cotizaciones sociales, los recursos de la Administración Pública estatal y local y las tasas.

La cobertura sanitaria pública alcanza al 97% de la población española⁴. El 3% restante lo constituyen desempleados que todavía no han generado derecho a la asistencia sanitaria de la Seguridad Social ni por ellos mismos ni como beneficiarios, población sin recursos económicos pertenecientes a los padrones de be-

neficia, población marginal no incluida en el padrón de beneficencia, y profesionales liberales que para ejercer su profesión no están obligados a afiliarse al régimen de autónomos de la Seguridad Social. El precepto constitucional que establece el derecho a la protección de la salud, desarrollado en la LGS, exige la extensión de la cobertura sanitaria pública a todos estos colectivos.

Los sistemas de financiación sanitaria tanto públicos como privados han sido diseñados con el fin de diseminar las consecuencias financieras de la enfermedad entre grandes grupos de población. Pero además constituyen un instrumento poderoso de política para la consecución de los objetivos sanitarios. La combinación financiera elegida tiene un impacto distributivo claro y afecta a la asignación de recursos, además de influir potencialmente sobre la economía en su conjunto. Analicemos los efectos sobre la equidad y la eficiencia de los sistemas de financiación sanitaria.

La definición de *equidad* propuesta por la OMS⁵ hace referencia a la corrección de desigualdades en el estado de salud. La implicación financiera de este enfoque consistirá en la asignación de recursos financieros a actividades orientadas hacia la reducción de los riesgos relacionados con los estilos de vida, mejora en las condiciones de vida y trabajo, además de hacia la mejora en la atención sanitaria. Sin embargo, la interpretación más usual de este objetivo, y así se recoge en la LGS, se refiere a la garantía de acceso a la asistencia sanitaria para los individuos de una comunidad. El acceso tiene diferentes aspectos: físico, administrativo, financiero y cultural. El acceso físico se garantiza con una adecuada distribución geográfica de los recursos sa-

nitarios. El acceso administrativo se producirá cuando se garantice el derecho a la asistencia para todos los individuos. El acceso financiero significa la inexistencia de barreras financieras para obtener asistencia sanitaria. Ello no queda garantizado con la gratuidad de los servicios en el momento del consumo pues existen otros costes para los usuarios, como los costes de desplazamiento y el coste de oportunidad del tiempo, que supone que la espera para recibir asistencia no sea de igual coste para todos. El acceso cultural, más sutil, sólo se garantizará cuando desaparezcan las barreras culturales entre los profesionales y usuarios que encuentran dificultades para comprenderse y relacionarse.

Los sistemas de financiación afectan al acceso financiero directa o indirectamente. Si existen precios, en forma de tasas por la utilización de servicios específicos o tickets moderadores, como el existente en España para los productos farmacéuticos, la capacidad de pago sustituye a la necesidad como criterio de acceso pudiendo disuadir el consumo sanitario de quienes necesitando no pueden costearlo, o fomentando actuaciones estratégicas como ingresos hospitalarios para proceder a terapias farmacológicas eludiendo el pago del ticket. Por otra parte, generan ingresos que pueden ser reinvertidos en proveer una mayor asistencia, trasvasando recursos desde los consumidores de productos farmacéuticos, por ejemplo, a otros consumidores. Las cotizaciones sociales son impuestos que recaen sobre las empresas por la utilización del factor trabajo. Se trata de impuestos indirectos que se caracterizan por su regresividad ya que al trasladarse a los precios de los artículos recaen más sobre los individuos que consumen una mayor proporción de sus ingresos, precisamente aquéllos con rentas más bajas. La financiación sanitaria basada en cotizaciones hace recaer el peso financiero sobre estos grupos. El efecto de la financiación a través del sistema general impositivo depende de la estructura del propio sistema

pero, en general, la presencia importante de una imposición directa progresiva hace de ésta una fuente menos regresiva que las cotizaciones pudiendo ser progresiva, es decir, pagan relativamente más los servicios sanitarios aquellos que más ingresos tienen.

Lo anterior puede analizarse a la luz de la previsión de la LGS de lograr el acceso administrativo extendiendo universalmente la cobertura sanitaria. Si ello se hiciera sin modificar la estructura financiera actual se discriminaría contra los cotizantes a la Seguridad Social que colaborarían a la financiación sanitaria como cotizantes y contribuyentes, mientras los colectivos nuevos sólo lo harían como contribuyentes. La financiación universal a través del sistema general impositivo sería la forma adecuada de financiar una prestación universal, aunque ello no garantice totalmente el acceso financiero como se ha expuesto anteriormente. La financiación mediante impuestos es por tanto una condición necesaria aunque no suficiente para la equidad entendida como acceso.

Una cuestión adicional es la distribución geográfica de los recursos financieros, lo que resulta relevante para el acceso físico a los servicios sanitarios. El criterio establecido en la LGS para la Comunidades Autónomas a las que se hayan transferido las competencias en materia de asistencia sanitaria es el de la población protegida. Este puede ser un criterio poco adecuado para considerar las necesidades asistenciales si no se ajusta para contemplar aspectos tales como las diferentes densidades de población, ya que la distancia es un elemento clave en la atención sanitaria, las diferencias interregionales de costes, así como alguna variable de salud que permita identificar diferencias en necesidad de asistencia entre regiones.

El estudio del impacto de la financiación sobre la *eficiencia* nos lleva al debate tradicional sobre la intervención pública en la atención sanitaria y a los incentivos a usuarios, profesionales e instituciones para mejorar la

eficiencia. Ningún sistema sanitario garantiza, en principio, la eficiencia. Hay que incentivarla. La eficiencia consiste en lograr aquello que la sociedad valora más relevante, y hacerlo al menor coste. Para ello se requiere el establecimiento claro de prioridades, un mecanismo incentivador adecuado y la evaluación económica de las acciones sanitarias alternativas.

La naturaleza específica de la atención sanitaria -incertidumbre, efectos para terceros del consumo sanitario de uno, bien público en algunos casos, asimetría de información entre usuarios y profesionales-, justifica la intervención pública en la financiación sanitaria por razones de eficiencia. Tal intervención, sin embargo, no garantiza «a priori» la eficiencia. Por ejemplo, ante el problema de la incertidumbre la financiación pública trata, como los sistemas de seguros privados, de paliar las repercusiones financieras de la enfermedad. Los costes administrativos de las compañías aseguradoras privadas impiden que puedan ser cubiertos todos los riesgos sanitarios, no quedando totalmente resuelto en el mercado el problema de la incertidumbre. De ahí que se proponga la intervención pública, garantizando la gratuidad en el momento del servicio. Ello genera, a su vez, ineficiencias como consecuencia de haberse roto la barrera del precio. Los individuos tienden a consumir por encima de sus necesidades cuando el precio es cero. Esto explica la importancia de la inclusión de mecanismos de racionamiento para incentivar comportamientos eficientes en los usuarios en todos los sistemas sanitarios. El mecanismo financiero por excelencia es, de nuevo, el precio. Las fórmulas de participación en el coste mediante tickets moderadores, por ejemplo, tienen el doble objetivo de disuadir el consumo excesivo y de lograr fondos para financiar asistencia sanitaria. Su efecto sobre el consumo puede ser, sin embargo, relativo si se trata de bienes de gran necesidad cuyo consumo es poco sensible a variaciones en el precio. El efecto financiero es evidente y contrasta con las fórmulas tradicionales

de racionamiento utilizadas por los sistemas públicos, las listas de espera, que carecen del mismo. Ambos tienen un impacto diferente sobre la equidad, enfrentando la capacidad de pago a la capacidad de espera como criterio de racionamiento.

Pero si consideramos el papel desempeñando por el profesional en la determinación del consumo sanitario de los usuarios, su capacidad potencial de inducción de demanda, los incentivos habrán de dirigirse preferentemente hacia él. Los sistemas de remuneración forman el mecanismo financiero básico de incentivación a los profesionales debiendo tratar de lograrse el equilibrio entre el pago por acto o proceso, salario y capitación, de manera que se obvien los problemas de eficiencia que su utilización individualizada genera. Otros instrumentos pueden ser aplicados a grupos de profesionales que trabajan conjuntamente o en instituciones.

A nivel de instituciones hospitalarias los aspectos financieros y de propiedad se combinan dando lugar a diferentes formas de gestión. Los hospitales de propiedad pública, financiados con fondos públicos, suelen encontrarse bien dotados de personal, medios diagnósticos y terapéuticos, pero suelen adolecer de falta de gestión eficiente. Por contra,

los hospitales privados cuya limitada capacidad financiera les lleva a especializarse en áreas concretas de actuación, suelen introducir técnicas de gestión más eficientes. Los hospitales de titularidad privada pero financiados públicamente mediante mecanismos de pago retrospectivo cubriendo su déficit no encuentran incentivos para su gestión eficiente. Para ello se requiere introducir paulativamente mecanismos de pago prospectivo responsabilizando financieramente a las instituciones de su actividad. El mecanismo debe extenderse dentro de las propias instituciones hacia los responsables clínicos, estableciendo una estructura de presupuestos clínicos.⁶ Esta medida, acompañada de una formación en economía y gestión de recursos a los responsables de las decisiones de gasto en las instituciones incentivaría comportamientos eficientes en los hospitales de titularidad y/o financiación pública.

El debate sobre la financiación sanitaria aquí esbozado trasciende cada vez más su marco habitual. A las cuestiones tradicionales sobre la cuantía y la composición de los recursos financieros para la sanidad y su potencial como instrumento para la equidad y la eficiencia se añaden hoy aspectos éticos sobre la financiación

de determinados avances tecnológicos en relación con el mantenimiento artificial de la vida humana, los límites de la ingeniería genética, y otros, que añaden nuevas facetas para el estudio y la discusión.

Juan Cabasés Hita
Dirección General de Sanidad
Gobierno de Navarra

Bibliografía

1. OCDE. *Financing and delivering Health Care*. París 1987.
2. Hualde C. *Estimación del Gasto Sanitario en la Comunidad Autónoma Vasca*. En: Aspectos Económicos de la reforma sanitaria (IV Jornadas de Economía de la Salud). Sevilla: Consejería de Salud y Consumo, 1985: 99.
3. Rodríguez M. *Gasto sanitario, estimación y análisis descriptivo*. En: Aspectos Económicos de la reforma sanitaria (IV Jornadas de Economía de la Salud). Sevilla: Consejería de Salud y Consumo, 1985: 81.
4. Cabasés J. *Notas sobre financiación y equidad*. En: Sistema Nacional de Salud (II Congreso nacional de salud pública y administración sanitaria). Madrid: SESPAS, 1987.
5. Anónimo. *Targets for health for all in the year 2000*. WHO, Regional Office for Europe: Copenhagen, 1985.
6. Lee K. *Resource management and the medical profession: some recent developments in the U.K.* En: Planificación, gestión y formación de recursos humanos en el sector sanitario (VII Jornadas de Economía de la salud). Sevilla: Consejería de Salud, Junta de Andalucía, 1988.

