

Las políticas en sanidad y su armonización en los países de la OCDE y Unión Europea

David Cantarero

Departamento de Economía. Facultad de CCEE y EE. Universidad de Cantabria

Resumen

Dadas las recientes reformas en el gasto sanitario y su financiación en los principales países desarrollados de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), este artículo evalúa el proceso de armonización de los diferentes sistemas sanitarios existentes especialmente en el caso europeo (Sistemas de Seguridad Social y Sistemas Nacionales de Salud). El análisis contempla los principales problemas y limitaciones que presenta el secular crecimiento de los gastos en sanidad y el consiguiente diseño de los sistemas de Estado de Bienestar. Finalmente, tras algunos comentarios y observaciones, el artículo se cierra con un apartado final de conclusiones.

Palabras clave: Gasto sanitario, Sistemas de Seguridad Nacional, Sistemas Nacionales de Salud, OCDE, Unión Europea.

Summary

Due to recent health care reforms in expenditure and financing in the main developed countries of the Organization for the Cooperation and Economic Development (OECD), this paper evaluates the harmonization process of different health care systems especially in the European Union case (Social Security Systems and National Health Services). The analysis contemplates the main problems and limitations of health care expenditure growth and a Welfare State Systems design. Finally, after some comments and observations, the paper is completed with a final section of conclusions.

Key words: Health expenditure, Social Security Systems, National Health Services, OCDE, European Union.

Introducción

El incremento del gasto sanitario junto con la legitimación y reconocimiento de los servicios por parte de los ciudadanos y su organización en el contexto de políticas macroeconómicas más generales de

limitación del gasto público y del Estado del Bienestar son unos de los problemas fundamentales que afectan a los servicios sanitarios de todos los países.

En líneas generales, actualmente no parecer probable que ningún proceso de este tipo pueda beneficiarse de un con-

texto en el que el gasto sanitario no tenga ya algún tipo de limitación. Por tanto, en este trabajo se contrasta la teoría con la práctica efectuando una revisión comparada de los modelos existentes en los principales países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) dado que en la mayoría de sus países miembros se han producido importantes logros, tanto en la universalización del cuidado de la salud y la cobertura médica como en la mejora del estado de salud de sus ciudadanos. Asimismo, se examinan los diferentes modelos de financiación sanitaria que se utilizan en los 15 principales países de la Unión Europea (UE), tratando de identificar a España dentro de estas tendencias comunes y planteando la posibilidad de una armonización efectiva entre ellos de cara al futuro.

La experiencia comparada de los sistemas de asistencia sanitaria en la OCDE

En fechas no muy lejanas, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha lanzado su estrategia renovada de política de salud en el siglo XXI en la que, por un lado, aboga por una mayor justicia social mundial (OMS, 1998) y, por otro lado, establece indicadores de objetivos y fun-

cionamiento de los Sistemas Sanitarios, con el fin de servir de base de comparación entre sistemas a la vez de proporcionar una guía para la toma de medidas de política sanitaria y la reducción de riesgos (OMS, 2000, 2001 y 2002). Con objeto de profundizar en estos aspectos, en este apartado se dirige la atención directamente hacia los sistemas sanitarios de los países desarrollados de la OCDE, tanto de aquellos miembros de la Unión Europea (UE) como de los externos a ella.

En general, según el *OECD Health Dato* (2005), la asistencia sanitaria pública es uno de los sectores más importantes en la OCDE y supone, a la vista de lo expuesto en las tablas 1 y 2, en el año 2003 como media cerca del 8,62% del PIB, un 15,3% más que en 1990. En concreto, en los países de la OCDE el porcentaje de gasto sanitario sobre el PIB se ha estabilizado desde principios de la década de los noventa y parece que los gastos sanitarios se están incrementando incluso en ocasiones por encima del PIB. Los Estados Unidos son, todavía en toda la década de los noventa y con distancia sobre los demás, el país que más gasta en asistencia sanitaria en porcentaje del PIB del mundo (15,0% del PIB y 5.635 \$ per cápita en términos de paridades de poder de compra [PPC] en 2003).

Concepto	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2001	2002	2003
Australia	94	136	188	466	691	1.004	1.307	1.745	2.404	2.521	2.699	2.699
Austria	77	107	191	424	764	919	1.338	1.870	2.184	2.195	2.280	2.280
Bélgica	n.d.	n.d.	149	346	637	960	1.345	1.820	2.279	2.424	2.607	2.827
Canadá	123	177	294	484	783	1.264	1.737	2.051	2.503	2.710	2.845	3.003
R. Checa	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	555	873	962	1.063	1.187	1.298
Dinamarca n.d.	n.d.	395	590	955	1.290	1.567	1.848	2.382	2.556	2.655	2.763	2.763
Finlandia	63	107	192	358	592	968	1.422	1.433	1.718	1.857	2.013	2.118
Francia	70	118	210	397	711	1.118	1.568	2.033	2.456	2.617	2.762	2.903
Alemania	n.d.	n.d.	270	571	965	1.390	1.748	2.276	2.671	2.784	2.916	2.996
Grecia	n.d.	n.d.	160	n.d.	487	707	840	1.253	1.617	1.756	1.854	2.011
Hungría	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	586	676	857	975	1.115	1.115
Islandia	57	94	165	351	708	1.135	1.614	1.858	2.625	2.742	2.948	3.115
Irlanda	43	61	117	276	518	662	793	1.216	1.804	2.089	2.386	2.386
Italia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	1.195	1.391	1.535	2.049	2.154	2.248	2.258
Japón	30	72	149	298	580	867	1.115	1.538	1.971	2.092	2.139	2.139
Corea	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	164	193	377	538	771	932	975	1.074
Luxemburgo	n.d.	n.d.	163	339	643	925	1.547	2.059	2.722	2.940	3.190	3.190
México	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	293	382	499	545	559	583
Holanda	n.d.	n.d.	330	460	757	987	1.438	1.826	2.259	2.520	2.775	2.976
Nueva Zelanda	n.d.	n.d.	211	416	506	643	995	1.247	1.605	1.701	1.850	1.886
Noruega	49	78	142	321	667	953	1.396	1.897	2.784	3.287	3.616	3.807
Polonia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	296	417	587	646	677	677
Portugal	n.d.	n.d.	51	168	295	422	670	1.079	1.594	1.693	1.758	1.797
R. Eslovaquia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	543	597	641	716	777
España	16	42	96	214	365	498	875	1.198	1.525	1.618	1.728	1.835
Suecia	n.d.	n.d.	309	526	936	1.260	1.579	1.738	2.273	2.403	2.594	2.594
Suiza	166	199	352	631	1.033	1.478	2.033	2.579	3.182	3.362	3.649	3.781
Turquía	n.d.	n.d.	n.d.	45	75	73	166	185	452	452	452	452
Reino Unido	84	110	164	301	482	710	986	1.374	1.833	2.032	2.231	2.231
Estados Unidos	144	203	347	586	1.055	1.759	2.738	3.654	4.539	4.888	5.287	5.635
Media UE SS	73,5	112,5	218,8	422,8	746,1	1.049,8	1.497,3	1.980,7	2.428,5	2.580,0	2.755,0	2.682,0
Media UE SNS	51,5	80,0	185,5	347,5	578,7	856,8	1.124,8	1.408,2	1.866,1	2.017,5	2.163,0	2.221,4
Media UE	58,8	90,8	199,8	382,3	650,5	934,0	1.273,8	1.637,2	2.091,0	2.242,5	2.399,8	2.477,6
Mediana UE	66,5	107,0	177,5	358,0	640,0	960,0	1.391,0	1.738,0	2.184,0	2.195,0	2.386,0	2.386,0
D.T UE	25,2	31,3	95,5	130,1	212,1	289,8	344,6	365,6	390,9	406,1	437,9	447,4
C.V UE	0,43	0,34	0,48	0,34	0,33	0,31	0,27	0,22	0,19	0,18	0,18	0,18
Media OCDE	72,5	107,4	202,3	405,7	697,3	1.010,1	1.177,5	1.491,3	1.923,4	2.073,1	2.223,7	2.306,8
Mediana OCDE	70,0	107,0	189,5	377,5	655,0	960,0	1.338,0	1.536,5	2.010,0	2.123,0	2.264,0	2.269,0
D.T OCDE	44,1	50,9	91,8	146,2	256,1	391,9	583,5	736,6	910,0	975,0	1.054,1	1.108,0
C.V CDE	0,61	0,47	0,45	0,36	0,37	0,39	0,50	0,49	0,47	0,47	0,47	0,48

Fuente: elaboración propia a partir de OECD Health Data (2005). n.d: no disponible.

Tabla 1. Gasto sanitario per cápita en paridades de poder de compra (PPC EEUU \$) en la Unión Europea-15. Período 1960-2003

Concepto	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2001	2002	2003
Australia	4,1	4,3	4,6	7,1	7	7,4	7,8	8,3	9	9,1	9,3	9,3
Austria	4,3	4,6	5,1	6,9	7,4	6,4	7	8	7,6	7,5	7,6	7,6
Bélgica	n.d	n.d	4	5,8	6,4	7,2	7,4	8,4	8,7	8,8	9,1	9,6
Canadá	5,4	5,9	7	7,1	7,1	8,2	9	9,2	8,9	9,4	9,6	9,9
R. Checa	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d	4,7	6,9	6,6	6,9	7,2	7,5
Dinamarca	n.d	n.d	8,00	8,90	9,10	8,70	8,50	8,20	8,40	8,60	8,80	9,00
Finlandia	3,80	4,80	5,60	6,30	6,40	7,20	7,80	7,50	6,70	6,90	7,20	7,40
Francia	3,80	4,70	5,40	6,50	7,10	8,20	8,60	9,50	9,30	9,40	9,70	10,10
Alemania	n.d	n.d	6,20	8,60	8,70	9,00	8,50	10,60	10,60	10,80	10,90	11,10
Grecia	n.d	n.d	6,10	n.d	6,60	7,40	7,40	9,60	9,90	10,20	9,80	9,90
Hungría	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d	7,10	7,50	7,10	7,40	7,80	7,80
Islandia	3,00	3,50	4,70	5,70	6,20	7,30	8,00	8,40	9,30	9,30	10,00	10,50
Irlanda	3,70	4,00	5,10	7,40	8,40	7,60	6,10	6,80	6,30	6,90	7,30	7,30
Italia	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d	7,70	7,90	7,30	8,10	8,20	8,40	8,40
Japón	3,00	4,40	4,50	5,60	6,50	6,70	5,90	6,80	7,60	7,80	7,90	7,90
Corea	n.d	n.d	n.d	n.d	4,20	4,10	4,50	4,20	4,70	5,40	5,30	5,60
Luxemburgo	n.d	n.d	3,60	4,90	5,90	5,90	6,10	6,40	5,50	5,90	6,10	6,10
México	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d	4,80	5,60	5,60	6,00	6,00	6,20
Holanda	n.d	n.d	6,90	7,10	7,50	7,40	8,00	8,40	8,30	8,70	9,30	9,80
Nueva Zelanda	n.d	n.d	5,10	6,60	5,90	5,20	6,90	7,20	7,80	7,90	8,20	8,10
Noruega	2,90	3,40	4,40	5,90	7,00	6,60	7,70	7,90	7,70	8,90	9,90	10,30
Polonia	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d	4,90	5,60	5,70	6,00	6,00	6,00
Portugal	n.d	n.d	2,60	5,40	5,60	6,00	6,20	8,20	9,20	9,40	9,30	9,60
R. Eslovaquia	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d	5,80	5,50	5,60	5,70	5,90
España	1,50	2,50	3,60	4,70	5,40	5,50	6,70	7,60	7,40	7,50	7,60	7,70
Suecia	n.d	n.d	6,90	7,60	9,10	8,70	8,40	8,10	8,40	8,80	9,20	9,20
Suiza	4,90	4,60	5,50	7,00	7,40	7,80	8,30	9,70	10,40	10,90	11,10	11,50
Turquía	n.d.	n.d.	n.d.	3,00	3,30	2,20	3,60	3,40	6,60	6,60	6,60	6,60
Reino Unido	3,90	4,10	4,50	5,50	5,60	5,90	6,00	7,00	7,30	7,50	7,70	7,70
Estados Unidos	5,00	5,50	6,90	7,80	8,70	10,00	11,90	13,30	13,10	13,80	14,60	15,00
Media UE-15 SS	4,05	4,65	5,20	6,63	7,17	7,35	7,60	8,55	8,33	8,52	8,78	9,05
Media UE-15 SNS	3,23	3,85	5,30	6,54	7,03	7,19	7,22	7,81	7,97	8,22	8,37	8,47
Media UE-15	3,50	4,12	5,26	6,58	7,09	7,25	7,37	8,11	8,11	8,34	8,53	8,70
Mediana UE-15	3,80	4,35	5,25	6,50	6,85	7,40	7,40	8,10	8,30	8,60	8,80	9,00
D.TUE-15	1,00	0,86	1,50	1,33	1,32	1,12	0,97	1,12	1,36	1,33	1,26	1,36
C.V UE-15	0,29	0,21	0,29	0,20	0,19	0,15	0,13	0,14	0,17	0,16	0,15	0,16
Media OCDE	3,79	4,33	5,29	6,15	6,50	6,70	7,09	7,52	7,91	8,20	8,44	8,62
Mediana OCDE	3,80	4,40	5,10	6,55	6,80	7,30	7,40	7,90	7,75	8,05	8,30	8,25
D.T OCDE	1,04	0,89	1,33	1,34	1,45	1,64	1,69	1,89	1,81	1,83	1,94	2,03
C.V OCDE	0,27	0,20	0,25	0,22	0,22	0,25	0,24	0,25	0,23	0,22	0,23	0,24

Fuente: elaboración propia a partir de OECD Health Data (2005). n.d: no disponible.

Tabla 2. Gasto sanitario en porcentaje del PIB en la Unión Europea-15. Período 1960-2003

Asimismo, todos los países OCDE combinan la financiación sanitaria de un modo diferente, si bien en la mayoría el sector público provee la mayoría de la financiación (excepto en Estados Unidos y Corea) tal que su gasto en el año 2003 representa la mayor parte del total (8,70% del PIB en la UE y el 8,62% en la OCDE) y oscila entre el 5,60% (Corea) y el 15% del PIB (Estados Unidos). De todos modos, la diferencia entre financiación pública y privada se ha acortado en las últimas tres décadas. Por ejemplo, en Estados Unidos la financiación pública se ha incrementado considerablemente, mientras que países con alta participación pública en la sanidad, como Dinamarca o Irlanda, la han disminuido debido a la introducción de copagos.

La política social y los sistemas de asistencia sanitaria en la Unión Europea

A continuación, se analiza tanto el marco jurídico comunitario de la política social (donde se encuentra incluida la asistencia sanitaria) como su nivel de recursos y financiación actual, detectando si realmente existen indicios de que los sistemas sanitarios europeos tienden a ser armonizados de un modo efectivo.

Los pilares de la política social europea

Una de las partes constitutivas del modelo europeo de sociedad es el desarrollo de un amplio sistema de protección social, si bien en los últimos años también se han extendido las críticas al mismo al considerarlo responsable, en buena medida, del desempleo y de la menor flexibilidad y capacidad de las economías europeas para poder competir frente a otras economías más dinámicas. En este sentido, las causas que han hecho emerger la política social europea (PSE) se relacionan fundamentalmente con la propia evolución histórica de la sociedad y la economía europea siendo 5 sus principales áreas de actuación: educación, sanidad, vivienda, pensiones y seguro de desempleo.

La coordinación y supervisión de la política social europea

Desde una perspectiva institucional, la integración europea se ha visto acompañada por una redistribución de competencias entre las instancias nacionales y supranacionales en la aplicación de dichas políticas y por el establecimiento de mecanismos de coordinación y supervisión multilateral de su orientación y ejecución. Formalmente, no existe en el año 2005 un mecanismo institucionalizado en la Unión para el caso de la protección

social. Sin embargo, desde comienzos de los años noventa se ha ido consolidando una estrategia común basada en la definición de objetivos compartidos y en el intercambio de información, que ha favorecido una cooperación creciente entre los Estados Miembros y la Comisión Europea, que ha ido generando un punto de vista común sobre lo que se ha venido denominando como “modernización de la protección social”. Así, la coordinación del resto de políticas económicas a través de los mecanismos institucionalizados implica también la adopción de un buen número de decisiones relativas a los sistemas de protección social, suponiendo una vía indirecta de comunitarización de la PSE.

A pesar de todo, por razones históricas y políticas, los distintos países que forman la UE siguen disponiendo en la actualidad de regímenes de protección social muy diversos, tanto en su concepción general como en su organización y desarrollo más particular, lo que resulta ser un factor que dificulta ahora y en el medio plazo una construcción europea más intensa de la Política Social.

La armonización de los sistemas de asistencia sanitaria en la Unión Europea

A pesar de la progresiva ampliación del marco de acción social comunitaria,

ésta continúa siendo insuficiente en importantes aspectos como la armonización de los sistemas públicos de asistencia sanitaria. Los países que componen la UE han seguido trayectorias dispares al construir sus Estados del Bienestar y presentan múltiples diferencias en sus marcos legales, así como en la puesta en práctica de sus programas sociales y, en concreto, de los sistemas públicos de asistencia sanitaria. Precisamente, cabe preguntarse ahora por los sistemas de experiencia comparada a fin de analizar la dirección en la que se mueven.

En relación con este aspecto, en el ámbito europeo es necesario tener en cuenta la diversidad de situaciones institucionales (monarquías o repúblicas, siendo éstas presidenciales o parlamentarias), políticas (países federales o unitarios) y de grados de descentralización. Lo primero que se observa en este sentido es que el modelo sanitario actual en España no difiere mucho, excepto en su diacronía, del de aquellos países (Reino Unido, Alemania o Francia) que pueden considerarse artífices de los modernos sistemas sanitarios. En la actualidad, parece bastante acertado pensar que el nivel de eficacia y calidad de un sistema sanitario es un indicador preferente del desarrollo y prosperidad de un país. Así, en la UE todos los países disponen básica-

mente de uno de estos dos sistemas sanitarios:

1. Sistemas de Seguro Sanitario Social (SS), o de corte bismarkiano (ya que fueron inspirados en la legislación social alemana de 1883) o sistemas profesionales. Están basados en una afiliación obligatoria general donde el Estado especifica las prestaciones incluidas y el suministro de servicios se reserva a fondos de aseguramiento con una autonomía y autorregulación relativamente alta por parte de los proveedores. Se financian por cotizaciones de empresarios y empleados, a través de un fondo de seguros, sin ánimo de lucro, no gubernamentales y la propiedad de los medios de producción, así como la provisión de los cuidados de salud es pública y privada. Han adoptado este sistema en Europa países como Austria, Bélgica, Francia, Alemania, Holanda y Luxemburgo.

2. Sistemas Nacionales de Salud (SNS), inspirados en el Informe Beveridge de 1942, que formalizó la organización adoptada por Suecia en la década de 1930, cuyo fundamento es un acceso y cobertura prácticamente universal (libre acceso de todos los ciudadanos), con financiación impositiva (a través de los presupuestos estatales), un racionamiento implícito (existe una participación en el pago por parte de los pacientes), una

provisión directamente regulada y profesionales (asalariados o de pago capitativo) empleados por el Estado, reconociendo para el sector privado un papel alternativo o residual y siendo las orientaciones ideológicas que sustentan la acción de los diferentes gobiernos las que definan en última instancia el grado de intervención pública. Los países que han adoptado este sistema son Dinamarca, Finlandia, Irlanda, Suecia y Reino Unido después de la II Guerra Mundial mientras que Grecia, Italia, Portugal y España lo hicieron en los ochenta.

Es importante retener aquí las diferencias entre estos dos modelos, ya que el gasto sanitario actualmente constituye uno de los más importantes gastos del Estado del Bienestar en Europa, tanto por su volumen como por su secular tendencia al alza. Representa también un porcentaje elevado del PIB que recae mayoritariamente sobre el sector público, algo preocupante dado que las fórmulas para su contención no son populares en términos de elección pública. En este punto, existen varios motivos que hacen esperar una escalada de este tipo de gasto como es el envejecimiento de la población, aunque también la subida de los precios relativos de los servicios y productos sanitarios, el aumento de la incidencia de determinadas patologías o la

intensificación de la tecnología médica se presentan como factores de riesgo.

Para analizar estos aspectos, en primer lugar, el campo de nuestro estudio es el sector de los cuidados de salud en el contexto de los países de la UE-15. Para ello, se observará, desde una perspectiva comparada, la evolución durante el período 1980-2003 del ratio gasto sanitario público/PIB, como indicador del peso relativo que el sector tiene en el conjunto de la economía (OECD *Health Data* 2005). Los datos de la tabla 2 indican así la evolución ascendente del gasto sobre todo público hasta comienzos de la década de los noventa, de ahí el centrarse en él. Así, todos los países avanzados en la UE-15 presentan un perfil muy similar, apreciándose cómo el gasto público sanitario en el año 2003 supone en media un 8,7% del PIB, oscilando entre el 6,10% del PIB (Luxemburgo) y el 11,10% (Alemania).

Cabe destacar, en el grupo de países con sistema de SS, un país como Alemania que en el 2003 tiene el mayor gasto (11,10% del PIB) mientras que dentro de los SNS es Noruega el país que más gasta (10,30%), lo que supone continuar su tendencia, ya que registra un ascenso continuo de las cifras a lo largo de todo el período (sube del 7,0% en 1980 al 7,7% en 1990 y 9,9% en 2002). Por otro

lado, en el caso de España si bien en la década de los ochenta la magnitud relativa del gasto era moderada en comparación con el resto de Estados Miembros de la UE (5,4% en 1980, sólo superior a Grecia y Portugal), en el año 2003 se situaba entre los países cuyo sector sanitario público representaba un mayor peso en el conjunto de la economía (7,7% en 2003), consecuencia del desarrollo tardío de su Estado del Bienestar. Ello representaba un crecimiento de casi un 24% en la década de los ochenta y del 10,4% en los noventa e implica que, en términos absolutos, las cantidades presupuestadas en los últimos años con destino a la sanidad pública alcanzan magnitudes considerables.

En última instancia, lo relevante es averiguar si se ha producido un fenómeno de convergencia entre los diferentes sistemas sanitarios europeos. Tal y como indican Cabiedes y Guillén (1997) uno de los indicadores más utilizados en este tipo de análisis hace referencia al nivel de gasto sanitario, donde la medida preferida es el gasto sanitario real per cápita (expresado en términos de PPC). En cuanto a la evolución de este indicador para el año 2003 puede observarse que España, a pesar de las mejoras registradas en los últimos años, se encuentra entre los países de menor nivel (1.835 \$ PPC) y sólo países

como Portugal (1.797 \$ PPC) muestran cifras inferiores a las españolas. Por su parte, los países que destacan por mantener gastos sanitarios reales capitativos más elevados que la media de la UE-15 son Noruega (3.807 \$ PPC), Luxemburgo (3.190 \$ PPC), Alemania (2.996 \$ PPC), Holanda (2.976 \$ PPC), Francia (2.903 \$ PPC), Bélgica (2.827 \$ PPC), Dinamarca (2.763 \$ PPC) y Suecia (2.593 \$ PPC) (tabla I).

A la vista de estos datos, parece que estuviera teniendo lugar un proceso de convergencia en la UE en cuanto al gasto sanitario (en el 2003 el CV era de 0,18) dada la menor variabilidad relativa en el gasto que en épocas pasadas (en 1980 el CV era del 0,33, en 1990 del 0,427, en 1995 del 0,22 y en 2000 del 0,19). Sin embargo, no se puede olvidar que esto debe ser interpretado con cautela ya que las diferencias que aquí se muestran reflejan variaciones en precios, cantidades y en estructura de los servicios y suelen ser reflejadas de forma imprevista en las estadísticas (Schneider, 1993), ya que «lo importante no es lo que se gasta, sino lo que se compra y lo que se obtiene». Ello es imprescindible para no caer en el engaño de las cifras agregadas, debido a que ni la tipología de sistemas sanitarios en la UE es comparable ni mucho menos lo es la cobertura de prestaciones a las que

corresponden las cifras de gasto (Hitiris, 1997; Nixon, 1997; Puig, 2000). A modo de ejemplo, si se comparasen distintos indicadores de actividad y de resultados, se pueden encontrar grandes desigualdades entre los países europeos, así como la «ausencia de una lógica que perfilará una tendencia clara». Es decir, tras niveles de gasto sanitario per cápita cada vez más distintos, podrían estar detrás «condiciones de eficiencia y equidad muy diferentes» (lo que orienta aspectos como la cobertura, las fuentes de financiación o la gestión de servicios prestados) como, por ejemplo, grados cada vez más divergentes en la igualdad de oportunidades de acceso a los servicios sanitarios.

Por tanto, cada una de las formas de organización y sus variantes dentro de cada modelo sanitario en la UE-15 supone la activación de incentivos que condicionarán el nivel de eficiencia del sistema. Lo que se observa aquí es que, por un lado, los SNS no disponen de competencia en el nivel de provisión y que está bastante condicionada en cuanto a la libertad de elección de los ciudadanos, por lo que no existen incentivos suficientes entre proveedores para competir ni para incitar a los ciudadanos hacia un consumo razonable de servicios sanitarios, ya que el nivel de copagos es bastante bajo. Por otro lado, en los sistemas

de SS existe competencia tanto en el “mercado sanitario”, en donde actúan proveedores tanto públicos como privados, como en cuanto a la libertad de elección por parte de los ciudadanos. En este escenario, los proveedores sí se ven presionados para competir vía calidad (captar pacientes) o costes (rentabilidad) y el nivel de copagos y servicios no garantizados es mayor, si bien en los países del modelo de SS estos gastos se suelen cubrir con seguros privados, con lo que desaparece el efecto disciplinador hacia un consumo sanitario razonable que cabría esperar.

Otro de los elementos esenciales en toda consideración de la reforma de los sistemas sanitarios europeos es la equidad, ya que su ausencia constituye un fallo de mercado desde el momento en que no es aceptada socialmente (Saltman y Figueras, 1997; OECD, 2004). Respecto a esto, se diferencian dos niveles que son:

1. Equidad en la financiación: hace referencia a si los pagos destinados a financiar los gastos en salud se relacionan con la capacidad de pagar más que con el uso que se pueda hacer de servicios médicos. Se puede abordar desde una perspectiva vertical (progresividad), en donde los sistemas de SNS se muestran tanto más progresivos cuanto mayor peso suponga la imposición directa mientras que

los de SS manejan una financiación menos progresiva.

2. Equidad en el uso: representa la medida en la cual el acceso y recepción de los cuidados médicos vendrían determinados por la necesidad más que por la capacidad de pago. Se centra la atención en la equidad horizontal (a igual necesidad se recibe la misma atención sanitaria con independencia del nivel de ingresos). Así, por un lado, los modelos de SNS son los que presentan costes de acceso más homogéneos, ya que tanto el nivel de copagos como el de prestaciones no cubiertas suelen ser menores. Por otro lado, si los proveedores reciben distinta compensación económica según atiendan a un paciente asegurado a través de una agencia u otra podría provocar que el sistema tratase desigualmente a personas con igual necesidad, siendo de más fácil aparición en países que siguen un modelo de SS que en los de SNS.

En este punto, es necesario considerar, desde una perspectiva comparada, las principales diferencias que se observan entre países en relación con tres tipos de variables: los usuarios protegidos por el seguro público, su participación en el coste y las prestaciones sanitarias ofrecidas por cada uno de los modelos donde estas últimas se agrupan en las funcio-

nes de Atención Primaria, Atención Especializada y Medicamentos (Farmacia):

– Existen ciertas diferencias entre países en cuanto a los usuarios del seguro público. Así, se define la población protegida a partir del criterio más amplio posible (residencia) en Dinamarca, Finlandia, Italia, Portugal, Reino Unido y Suecia. El resto establece criterios más restrictivos, si bien la cobertura puede, como en España, considerarse prácticamente universal.

– La participación de los usuarios en el coste también es diferente según los países. Así, con relación al primer contacto con el sistema no existe ningún tipo de participación excepto en Austria, Bélgica, Francia y Luxemburgo (donde se aplica copago), Finlandia (donde existe una elección entre diversos copagos), Portugal (donde existe coparticipación en los costes) y Suecia (con copago con niveles máximos). Por lo que respecta a las derivaciones en el sistema, en la mayoría se practica un copago variable o en forma de tasa porcentual, además de niveles de pago máximos y coparticipación en los costes excepto en Dinamarca, España, Holanda, Irlanda y Reino Unido en donde no existe participación de los usuarios en el coste.

1. En cuanto a las prestaciones de Atención Primaria, la libre elección del mé-

dico está prácticamente generalizada, a pesar de que en ciertos países hay restricciones relacionadas con criterios territoriales (Grecia es el único país que no permite la elección por parte de los asegurados). Por lo que respecta a las limitaciones al acceso mediante precio, se pueden agrupar los países según la asistencia se preste de modo gratuito o el paciente participe en el coste (por un porcentaje del coste total o por el pago de una cantidad fija). En el primero, la asistencia es gratuita en Alemania, Dinamarca, España, Grecia, Países Bajos, Irlanda, Italia y Reino Unido. Un segundo grupo se caracteriza por establecer copagos en forma de cantidades fijas, pagadas por visita realizada y/o por episodio de enfermedad (Austria, Finlandia, Portugal y Suecia). Por último, en ciertos países el copago se materializa en un porcentaje del coste total (Bélgica, Francia y Luxemburgo). Los porcentajes de participación en el coste oscilan entre un 20% y un 30% y pueden diferir en función de primera o sucesivas visitas.

2. Si se comparan las prestaciones de Atención Especializada también se observa que, mientras algunos países ofrecen los servicios de forma gratuita, otros establecen mecanismos de participación en el coste. Los Estados miembros que ofrecen asistencia gratuita son Dinamarca, España, Grecia, Países Bajos, Irlanda, Reino

Unido, Italia y Portugal, si bien en los dos últimos sólo es gratuita la asistencia hospitalaria. Como se observa, a excepción de Alemania e Italia, aquellos países en los que la Atención Primaria se presta de manera gratuita también ofrecen a coste cero los servicios de Atención Especializada. El resto de países tienen en común el haber establecido formalmente pagos por día de hospitalización sujetos a limitaciones temporales.

3. El siguiente grupo de prestaciones hace referencia a los medicamentos. La participación en el coste de los fármacos está generalizada, a excepción de Irlanda, que provee gratuitamente los medicamentos para los individuos con protección total. Dicha participación en el coste se materializa en una cantidad por fármaco prescrito o en un porcentaje de su coste total. En el primer caso se encuentran Alemania, Austria, Reino Unido y Suecia, mientras que en el segundo está el resto de países a excepción de Finlandia e Italia que combinan copago.

Conclusiones

En este artículo se ha evaluado el proceso de armonización de los sistemas sanitarios de la OCDE y, especialmente, de los europeos (Sistemas de SS y SNS). El análisis realizado nos permite afirmar precisamente que ahora es el momento de plantearse la reforma integral de los servicios públicos de salud de todos los Estados miembros europeos, ya que la existencia de diversos factores de presión sobre los sistemas sanitarios están llevando el gasto a cotas no asumibles. Así, a los países europeos se les presenta una gran disyuntiva, ya que deben decidir entre asumir el aumento del gasto sanitario (si bien, provoca tensiones y pocos países podrían soportarlo), reducir las prestaciones del servicio público de salud (con los riesgos e impopularidad que conlleva) o promover políticas de ahorro. Esto último parece ser el camino elegido por la mayoría y el más viable.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Cabiedes L, Guillen A. ¿Hacia la convergencia de los sistemas de asistencia sanitaria europeos? En: Moreno L, editor. Unión Monetaria y Estado de Bienestar. Madrid: CSIC; 1997. p. 373-403.
- Casado D. Los efectos del envejecimiento demográfico sobre el gasto sanitario: mitos y realidades. *Gacet Sanit.* 2001;2(15):154-65.
- European Parliament. Health care systems in the EU. A comparative study. Directorate general for research, Working paper: Luxembourg; 1998.
- Gruber J, Wise D. An international perspective on policies for an ageing society. Working Paper NBER; 2001. N.º 8103.
- Hitiris T. Health care expenditure and integration in the European Union. *Applied Economics.* 1997;29(1).
- Le Grand J, Mossialos E, editores. Health care and cost containment in the European Union. Ashgate: Aldershot; 1999.
- McFarlan M, Oxley H. Health Care reform: Controlling spending and increasing efficiency. *OECD Economic Studies.* 1995; N.º 24.
- Nixon J. Convergence analysis of health care expenditure in the EU countries using two approaches. York University: Centre for Review and Dissemination and Department of Health Economics; 1997.
- Organization for the Economic Cooperation and Development. OECD HEALTH DATA FILE 2005. París: OECD.
- Organization for the Economic Cooperation and Development. Towards high-performing health systems. París: Policy Studies; 2004.
- Parkin D, et al. Aggregate health care expenditures and national income: is health care a luxury good? *J Health Economics.* 1987;6: 109-27.
- Poullier JP. Health care expenditure and other data: compendium. En: OECD. Health Care Systems in transition. The search of efficiency; 1989a: I 19-204.
- Poullier JP. Health data file: overview and methodology. Health care financing review, Annual Supplement; 1989b: I 11-8.
- Puig J. ¿Son suficientes los impuestos para financiar el SNS? *Gacet Sanit.* 2000; 14(4):261-4.
- Rice N, Smith PC. Capitation and risk adjustment in health care financing: an international progress report. *The Milbank Quarterly.* 2001;79(1):81-113.
- Ros C, Groenewegen PP, Delnoij DMJ et al. All rights reserved, or can we just

- copy? Cost sharing arrangements and characteristics of health care systems? *Health Policy*. 2000;52:1-13.
- Saltman RB, Figueras J. Analyzing the evidence on European health care reforms. *Health Affairs (Milwood)*. 1998; 17(2).
- Schneider M. Tendencias en la convergencia de sistemas de atención sanitaria en la CE. XII Jornadas de Economía de la Salud. AES; 1993. p. 29-42.
- World Health Organization. The World Health Report. Geneva; 1998, 2000, 2001 y 2002.

