

Los sistemas sanitarios

La sanidad pública puede definirse como un conjunto de servicios para preservar la salud. En un sentido amplio incluyen las instalaciones y equipamientos de la asistencia primaria y hospitalaria, la atención médica (en consultas, centros u hospitales públicos o privados), los medios terapéuticos (los medicamentos, aparatos) y la dirección y gestión, financiado todo ello de forma ampliamente mayoritaria con recursos públicos. El autor analiza todos estos elementos, comparándolos entre sí en los países occidentales.

Carlos Revilla*

LOS sistemas sanitarios públicos no sólo hacen realidad el derecho social a la protección sanitaria, sino que además actúan como factor de solidaridad. Son un bien imprescindible. No cabe cuestionarlos en la sociedad de bienestar ya que constituyen un factor de cohesión social y de crecimiento.

* Doctor en Medicina. Madrid.

Sin embargo, la capacidad que los sistemas sanitarios tienen de producir salud está determinada no sólo por la actividad de los médicos, sino por otros factores tales como la dotación genética, el entorno físico (medio ambiente, contaminación del aire, el agua y los alimentos, vivienda, seguridad ciudadana, condiciones laborales), el medio social (familia, educación, nivel cultural, comunidad) y los hábitos de vida (ejercicio físico, nutrición, hábitos de fumar, drogas, sexo seguro, conducir con prudencia). Todo ello incide muy directamente sobre la salud.

La promoción de la salud requiere, por tanto, la concurrencia de varios sectores (medio ambiente, educación, vivienda, tráfico, alimentación, infraestructuras) que no siempre se podrán coordinar desde el sector sanitario. La mayoría de estos sectores incluyen a la población sana en general. Sólo algunos se refieren expresamente a los ciudadanos enfermos que acuden al sistema sanitario.

Financiación pública

CADA sociedad ha ido evolucionando en el marco de unas circunstancias determinadas. Los sistemas sanitarios reflejan en parte esta evolución. No hay un modelo único de sistema sanitario público y la clasificación internacional más utilizada se hace en función de la fuente de financiación pública que predomina: en los sistemas tipo «servicio nacional de salud», los impuestos, y en los llamados «seguros sociales de enfermedad», las cotizaciones sociales. Los primeros provienen del concepto de Beveridge (derecho de toda persona a ser atendida en sus necesidades esenciales) y los segundos, de la idea de Bismarck (derecho adquirido por el trabajo), aunque estos conceptos originales han convergido en los actuales sistemas sanitarios de cobertura universal. En Dinamarca, Grecia, Irlanda, Italia, Reino Unido, Suecia, Finlandia y España la financiación procede mayoritariamente de impuestos, mientras que en el resto de la Unión Europea, (Alemania, Austria, Bélgica, Francia, Holanda, Portugal y Luxemburgo) la financiación principal son las cuotas sociales.

Lo que verdaderamente caracteriza a un sistema sanitario público es que la fuente principal de financiación sea pública y se garantice la equidad y el acceso universal a las prestaciones del sistema. Esta característica principal admite en los diversos países modulaciones diversas. En Canadá, uno de los ejemplos de sistema sanitario público por excelencia, con cobertura universal, los hospitales que utiliza el sistema son privados —con ánimo o no de

lucro-, los médicos, independientes, y los pacientes pagan de media el doce por ciento de la asistencia que reciben y una parte variable, según la circunstancia personal, del precio de los medicamentos.

La Tabla I ofrece una descripción comparativa de los sistemas sanitarios públicos de quince países desarrollados, que incluye el tipo de sistema, las fuentes de la financiación del gasto total sanitario, el modo en la provisión de la asistencia, público o privado, y la participación del enfermo en los gastos.

Todos los países desarrollados que tuvieron la ambición social y política de garantizar a sus ciudadanos un buen sistema sanitario público han presentado en las últimas décadas algunos problemas. Se pueden agrupar en varios grupos: a) ha crecido la demanda, ha aumentado el nivel de renta, se dispone de una tecnología más avanzada, la población envejece y vive más años. b) desajustes de equidad porque los cambios socio-económicos que se han producido no han encontrado una respuesta rápida. Todo ello además ha coincidido con la transformación del enfermo en consumidor activo consciente de sus derechos y el cambio del papel del Estado en la sociedad desarrollada y plural de nuestros días. Los sistemas sanitarios se han hecho más complejos, los presupuestos no llegan y, en consecuencia, ha crecido el escepticismo sobre la capacidad que los sistemas tienen para dominar su propio desarrollo y su coste.

Revisión de los sistemas

EN la década de los años setenta comenzó a hacerse evidente que los sistemas sanitarios públicos tenían dificultades para garantizar sus servicios. Esto llevó años más tarde a una sucesión de revisiones de la asistencia sanitaria pública en diferentes países industrializados (Alemania, Holanda, Nueva Zelanda, Reino Unido, Suecia y otros), presionados por el constante incremento de los costes y de la demanda. ¿Cómo tenían que evolucionar los sistemas sanitarios para responder a las exigencias del propio Estado de bienestar? Si crecían las necesidades, aumentaban las prestaciones y los recursos públicos eran limitados, había que intentar por todos los medios lograr una razonable eficiencia. Pero entonces resultaba difícil decidir cuáles eran las necesidades más apremiantes o las opciones más rentables para destinar a ellas los recursos. ¿Cómo había que actuar para ser fiel a la ética del Estado de bienestar sin incrementar sus contradicciones y evitar que el intervencionismo crease dificultades en lugar de corregir desajustes?

Los países desarrollados intentaron resolver las dificultades. Procuraron que se conociera la realidad para poder hacer prospectivas de futuro. Intentaron conseguir una gestión de los sistemas más eficaz y conectada con los ciudadanos. Se determinaron a dar preferencia a los aspectos éticos sobre los estrictamente económicos para que la economía no ahogase la democracia social.

El punto de arranque es el Estado de Bienestar. Esta concepción social ha procurado defender los derechos sociales, reducir las desigualdades, buscar un consenso entre las necesidades del trabajo y las metas del capital y, en definitiva, fortalecer la democracia. A lo largo de este recorrido no es difícil descubrir que, para mantener un aceptable sistema social de sanidad, la financiación exclusivamente privada es insuficiente y al mismo tiempo, el gasto sanitario con financiación exclusivamente pública resulta insoportable.

Para elegir, por tanto, sistemas sanitarios y medidas concretas es necesario conocer el curso de los movimientos sociales, las circunstancias económicas y políticas en que se han ido desarrollando, las preocupaciones éticas y los fines que se proponían. Los conceptos de caridad, fraternidad, solidaridad y seguridad se han ido entrelazando y han marcado el tránsito de la diversificación a la colectivización de la medicina. Este conocimiento nos hará posible evaluar los sistemas sanitarios actuales y sus resultados. Como afirma Apel (1), una vez asegurada la posibilidad de una fundamentación ética, lo más importante es aclarar qué podemos esperar, esto es, «que hemos alcanzado con ello».

Una mirada a la historia

DURANTE el siglo XVIII se mantiene, heredada desde la Baja Edad Media, la diversificación de la asistencia médica que, según López Piñero (2) consistía en médicos de cámara, asistencia domiciliaria y hospitales. Mientras los primeros atendían a la corte, a la nobleza y a los altos dignatarios eclesiásticos, el nivel medio de asistencia, como consecuencia del desarrollo de las ciudades, se concretaba en la asistencia domiciliaria. Los hospitales, que seguían siendo fundados por monar-

(1) Apel, K.O. *Zur Anwendung der Diskursethik in Politik, Recht und Wissenschaft*. Frankfurt, 1992.

(2) López Piñero, José M. «La colectivización de la Asistencia Médica: una introducción histórica», en *Planificación y Reforma Sanitaria*, en De Miguel, Jesús M. Centro de Investigaciones Sociológicas, Madrid, 1978.

cas, la nobleza o el clero, recogían a los desfavorecidos y al grupo creciente de los pobres urbanos. El hospital cristiano, que había sido originariamente una institución asistencial para toda la población, se había convertido en un centro destinado a acoger marginados y desvalidos.

En Inglaterra, la asistencia a los pobres estaba encomendada a las respectivas parroquias que, ayudadas por los ciudadanos más acomodados y como respuesta a los problemas que planteaba el rápido cambio social, pasaron de financiar las Almhouses a financiar las *Workhouses*. Dentro del proceso de industrialización, las relaciones en especie, propias de la práctica caritativa, van siendo sustituidas por transferencias monetarias, que será la fórmula de los programas de protección social.

Es lógico que la Ilustración marque su impronta renovadora en el esquema asistencial que se va instalando. En 1754 el filántropo francés Chamosset establece un seguro médico que es ya una alternativa reformadora de la práctica caritativa hasta entonces vigente. Mediante el pago de una cuota mensual, que en el caso de los patronos sería obligatoria respecto a sus obreros y criados, se proporcionaría asistencia médica domiciliaria y medicinas.

Una tercera vía, la de los seguros voluntarios para los obreros industriales, se inicia en Inglaterra hacia 1770. Son las *friendly societies*, que, tras un duro debate parlamentario y con la oposición de los médicos, no logran su regulación legal hasta 1793. Alcanzarán gran predicamento a lo largo de todo el siglo XIX. Rosen (3) calcula que en 1801 ya existían en Inglaterra y Gales más de siete mil asociaciones con un total de 700.000 miembros, número que en 1874 había ascendido a la importante cifra de cuatro millones de asociados. En España serán precursoras de las «sociedades filantrópicas» o «sociedades de socorros mutuos» que florecerán, especialmente en Cataluña, durante el siglo XIX.

La Declaración de los Derechos Humanos de 1789 proclama la asistencia médica como un derecho inseparable de la dignidad humana. Los revolucionarios franceses señalan con ello el paso de una organización asistencial basada en la caridad a una organización benéfica de tipo gubernamental laico. Constituye la secularización de la concepción cristiana expresada mediante el término *fraternidad* con el que se cerraba el conocido triple lema de la Revolución Francesa.

Sin embargo, todas las cosas requieren su tiempo. Desde 1792, en que se dio el Edicto de la Fraternidad, fruto de la Convención Nacional, habrá que esperar hasta la Constitución de 1848 para que las leyes generales fran-

(3) Rosen, George, *A History of Public Health*, New York, MD Publications, 1958.

cesas recojan la norma fraternal. Mientras tanto ese mismo reformismo social estaba sustituyendo ya en el terreno práctico y como idea normativa para la moral, la política y el derecho, el concepto de fraternidad por el de *solidaridad*. La regla cristiana de la caridad terminará cediendo en favor de la regla de la solidaridad, más amplia y firme por aparecer ligada a la humanidad. A finales del siglo pasado, Solidaridad es el concepto con el que se reviste la noción revolucionaria de fraternidad. El pensamiento laico establecía que solidario es aquel que decide corresponder al compromiso que vincula por igual a todos. Las raíces de este compromiso hay que buscarlas en la nueva dinámica social de la era industrial y en la cultura racional de la Ilustración. La novedad consistía en que la Solidaridad, que debe estar enlazada con la idea de igualdad, era «organizable».

Lo importante para nuestro análisis es que la idea y la norma de la solidaridad se refieren, pues, al momento de la *satisfacción* de los derechos, esencialmente de los derivados del principio de igualdad, mediante una regla que trate de asegurar una provisión común de estos derechos. El planteamiento tendrá consecuencias, pues si lo que se persigue es *asegurar* una provisión común de los derechos, nos encontramos ya en la antesala de la seguridad social. La solidaridad se va a concretar, por lo pronto, en *seguridad*.

En 1864 Bismarck crea en Alemania el primer sistema moderno de seguridad social que incluía la asistencia sanitaria. El desarrollo de las asociaciones obreras de socorros mutuos, cuya afiliación para los obreros se había hecho obligatoria en Prusia en 1854 (las cuotas se deducían de los salarios, aportando los patronos una cantidad equivalente) y la necesidad de contrarrestar la pujanza del movimiento socialdemócrata le hace concebir a Bismarck un seguro unificado y centralizado como una media más de su política. El sistema se ha mantenido en sus elementos esenciales hasta la actualidad. Fue adoptado por Austria (1888), Hungría (1891), Luxemburgo (1901), Noruega (1909), Suiza y Gran Bretaña (1911), y constituyó el punto de partida para el sistema francés al pasar Alsacia y Lorena a Francia después de la Primera Guerra Mundial y mantener el sistema alemán hasta que fue adoptado por Francia en 1928.

Coetánea con la creación de estos seguros sanitarios, que se convertirán en sistemas centralizados, es la profundización de la política social en Gran Bretaña. En 1905 se crea la *Poor Law Comission*, cuyo informe, en la parte que elabora la minoría, debida fundamentalmente a Beatriz Webb, se propone la creación de un servicio médico unificado a cargo de un organismo sanitario nacional como parte de un sistema de seguridad social.

La parte del informe que redactó la mayoría condujo a la ley de 1911,

que estableció un sistema sanitario similar al de las *Krankenkassen* alemanas, y a la creación, en 1919, del primer ministerio de sanidad en el mundo. La personalidad más destacada de la mayoría era William Beveridge, un economista experto en política social, quien presidirá en 1941 otro informe sobre el futuro de las relaciones laborales y la función que en ellas debía tener el Estado, y quien en 1942 presentará su famoso *Social Insurance and Allied Services* en el que se propone la creación de un Servicio Nacional de Salud que procura «asistencia preventiva y curativa completa a todo ciudadano sin excepción, sin límite de ingresos y sin barrera económica en cualquier aspecto que significara entorpecerla». Dicho servicio comenzó a funcionar, como es sabido, en julio de 1948. Los países escandinavos y Costa Rica implantaron sistemas semejantes en los años cincuenta; Italia, veinte años después, iniciada ya la polémica sobre el Estado de bienestar; Grecia y España mucho más tardíamente.

Evolución en el s. XX

¿CUÁL fue la razón para extender la protección sanitaria que el sistema bismarckiano ya daba a toda persona vinculada a una renta de trabajo «a todo ciudadano sin excepción»? ¿Qué había sucedido?

Había sucedido la Segunda Guerra Mundial. La recuperación de los países que habían participado en la guerra no podía correr sólo a cargo de los más desfavorecidos. Existía además un amplio consenso en la sociedad occidental de continuar y profundizar en los ideales de la Revolución Francesa y de expandir la participación democrática. Reaparecía la idea, renovada, de que la «organización» de la solidaridad permitía conjugar la justicia con la igualdad. Se había experimentado ya, por otra parte, el intervencionismo del Estado con el modelo de seguro alemán, y se trataba de afrontar las consecuencias de la guerra y reducir las desigualdades sociales a través de una doble redistribución de la renta que actuase por medio de la seguridad social y de otras subvenciones estatales. Al mismo tiempo, la teoría Keynesiana proponía paliar los efectos de la depresión económica actuando sobre la demanda a través del Estado. Así pues, los programas de bienestar impulsados desde arriba pretendían no sólo atender las necesidades de la población, sino también regular el mercado, activar el consumo y favorecer el crecimiento. Es comprensible el significado político del Estado de bienestar: era bueno que fuera el Estado el que consolidara la confianza en la democracia.

No puede extrañar, por tanto, que en tales circunstancias se troquelara el rasgo más característico del Estado de bienestar: «la provisión a cargo de los fondos públicos de niveles mínimos de ingresos, alimentos, sanidad, alojamiento y educación asegurados a todos los ciudadanos como una política de derechos y no como caridad». Su ética o filosofía moral consistió, por tanto, en la institucionalización de los derechos sociales de los ciudadanos, a los que el Estado provee de unas determinadas prestaciones monetarias (subsídios, ayudas o pensiones) y un conjunto de servicios sociales en materia de sanidad y educación.

Durante más de veinte años, el Estado de bienestar actuó con un éxito considerable, en un periodo de crecimiento sin precedentes, asegurando el nivel de vida, el empleo, los servicios sociales básicos, incentivando el mercado y la producción, fomentando la paz, la estabilidad social, y actuando como un poderoso estímulo para establecer consenso entre las distintas fuerzas sociales. Esta política de bienestar se proyectó en las cifras del gasto público y en el incremento de la presión fiscal. El Estado se introdujo en todos los segmentos públicos y privados de la vida social y se transformó en el agente de producción y reproducción más importante de la sociedad.

Cuando se funda el Servicio Nacional de Salud inglés no se tiene especial preocupación por su coste. Se creía que la demanda sanitaria era limitada, pues a medida que se atendiera y curara a los enfermos se eliminarían necesidades, la sociedad sería más sana y el consumo de asistencia disminuiría. No habría carencia de atención médica y los gastos sanitarios tenderían a estabilizarse en unas cifras soportables de mantenimiento. El propósito de A. Bevan cuando presentó a la Cámara de los Comunes la ley de creación del *National Health Service*, «Universalizar lo mejor», no sólo debía resultar socialmente justo y provechoso, sino también barato. Pronto se vio que los requerimientos asistenciales crecían mucho más de lo previsto: a los cuatro meses de funcionamiento del Servicio Nacional de Salud, el presupuesto de 176 millones de libras para el primer año tuvo que incrementarse en 49 millones y al año siguiente fue necesario añadir 98 millones al presupuesto inicial.

Desde 1950 a 1975 en los países de la Comunidad Económica Europea los gastos sanitarios crecieron dos veces más que la renta nacional. Este aumento de la demanda no sólo era un procedimiento efectivo para reducir el paro, sino que ayudaba también a mantener altas tasas de desarrollo. Hasta 1973 este principio funciona prácticamente en todo el mundo occidental y con este criterio se movieron los gastos sanitarios, que encajaban perfectamente en el modelo.

Pero, iniciada la crisis, no tardaron en hacer efecto las advertencias de

algunos economistas sanitarios, que avisaban que una gratuidad radical de las prestaciones entraría en colisión con la escasez de recursos y con ciertas prescripciones médicas que, al elegir los mejores tratamientos posibles, de hecho se estaban decidiendo también por los más costosos.

En 1963, el economista americano Kenneth J. Arrow (4) pone de relieve las imperfecciones del mercado sanitario: en el ámbito noble y solidario del cuidado a la persona enferma, los recursos son irremediablemente escasos y las necesidades sanitarias se expanden indefinidamente. Todas aparecen ya justificadas por anticipado (desde la vacunación infantil hasta los trasplantes de órganos) e, impulsadas por la innovación tecnológica, despiertan grandes expectativas en los ciudadanos. El dinero destinado a sanidad aumenta de modo continuo, pero nunca es suficiente. Hay que elegir entre lo que se puede hacer y los medios económicos de que se dispone.

Se ha señalado ya que uno de los propósitos del Estado de Bienestar es la institucionalización de los derechos sociales. Pero para poder atender debidamente la protección de esos derechos es necesario asegurar, como dice Preller, la «combinación de deberes correlativos». Y para decidir los deberes correlativos en cada momento del desarrollo es imprescindible disponer de una visión interrelacionada de las distintas corrientes. De lo contrario se pensará que el sistema sanitario es el único paradigma del Estado de Bienestar, y este sistema se resistirá a someterse a la necesaria revisión.

Carácter público de la sanidad

LA sanidad no es un bien público puro. Es generalmente aceptado por los economistas que la sanidad es un bien privado, pues la necesidad a satisfacer puede ser atendida por el mercado. No obstante, en la mayoría de los países desarrollados la sanidad y, por tanto, los sistemas sanitarios en un porcentaje mayoritario son financiados con recursos públicos. Según Barea (5), «la teoría que ha llevado a que un bien privado, como es la sanidad, se financie por el presupuesto se fundamenta en fallos del mercado, problemas de riesgo moral, necesidad preferente, equidad...».

La sanidad, en realidad, se comporta como un bien «semi-público», es

(4) Arrow Kenneth, J., «Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care» en *American Economic Review*, vol 53.

(5) Barea, José, «Hacia un nuevo modelo sanitario», en *Anuario de la Salud, la Medicina y la Sanidad 1999*, Fomento Salud, S. L., 1999.

decir, un bien que la oferta privada no puede satisfacer competitivamente en la magnitud y calidad que la sociedad en su conjunto desea. Los servicios sanitarios no son totalmente «individualizables» y «apropiables» porque redundan en beneficio no sólo del paciente, sino de los demás ciudadanos. La asignación de recursos a los sistemas sanitarios que se da en un esquema competitivo de iniciativa privada es inferior a los beneficios sociales que genera y, por tanto, insuficiente.

Por consiguiente, para garantizar el sistema sanitario que la sociedad precisa y exige es necesario complementar el nivel de recursos que los ciudadanos pueden o están dispuestos a gastar individualmente (que entienden es un beneficio individual estricto) con otra aportación pública para niveles sanitarios superiores (que beneficia más a los demás).

La aceptación de esta característica de la sanidad fue lo que en su día determinó que se transformasen en servicios públicos, al menos en los países desarrollados de influencia cultural occidental. Una vez establecido el principio de la intervención del sector público con la financiación privada complementaria, la mayoría de los sistemas sanitarios ha resuelto la financiación a cargo del enfermo mediante «copagos» (cantidad fija o variable por visita médica, por estancia hospitalaria, determinadas prestaciones, medicamentos, según nivel de renta o patología, ciertos tipos de confort, etcétera), resolviendo así el problema de cuantificar, por principio, una parte individualizable de la demanda, cuidando la equidad y contribuyendo a mantener activa la conciencia social del gasto sanitario.

Existen distintos esquemas de sistemas sanitarios públicos, pero todos ellos tienen una característica en común: son universales. Afectan necesariamente a toda la población porque tienen como objetivo básico garantizar el nivel de sanidad deseable. Difieren en dos aspectos fundamentales: primero, en la proporción de financiación pública y privada que utilizan, y cómo se distribuyen los recursos por grupos sociales, enfermedades, prestaciones, etcétera. Segundo, en la proporción que utilizan la gestión y la provisión privada o pública para la ejecución del gasto sanitario público.

El debate mantenido en las últimas décadas en el mundo occidental se refiere, por tanto, exclusivamente, a las mezclas o predominio de unos y otros componentes, pero no afecta a la condición esencial de instrumentos de solidaridad y distribución de riqueza propia de los sistemas sanitarios públicos. Naturalmente que no siempre es fácil decidir si se debe aumentar o reducir el gasto público en sanidad y, en todo caso, en qué sectores de la población, para qué programas, si debe atender más a la demanda que a la

necesidad. ¿Debe aumentarse o reducirse la gestión pública o privada del gasto sanitario y, en cualquier caso, por qué procedimientos?

Criterios para mejorar el sistema

NO obstante, a pesar de estas dificultades propias de toda decisión socio-política con un fuerte componente económico, se han ido estableciendo algunos criterios, comenzando por la necesidad de centrarse no tanto en cuestiones ideológicas cuanto en los problemas de información y gestión. A título de ejemplo, con carácter esencialmente indicativo, se pueden señalar algunos:

– A precio cero y con gestión pública, el gasto sanitario crece desorbitadamente. Dadas las limitaciones presupuestarias de los Estados, amenaza con «desplazar» otros servicios públicos importantes, como la educación, la justicia, la seguridad. La sanidad debe aceptar que la sociedad evalúe lo que cada vez que al sistema sanitario se le asignan recursos públicos se deja de hacer en otros campos de la actividad del Estado. No tendría mucho sentido una sociedad cada vez más sana, pero al mismo tiempo menos culta y más insegura.

– Aceptar que la universalidad es una característica intrínseca de los derechos sociales, es un principio característico del Estado de Bienestar. Esto no implica que todas las prestaciones tengan que ser siempre universales. Esta clase de prestaciones contiene elementos desigualatorios, porque quienes preferentemente se benefician de algunos programas son las personas de renta alta y media. Felice (6) y otros autores propugnan la sustitución de prestaciones universales por prestaciones selectivas. En concreto, no se puede descartar una prestación desigualitaria si con ella se atiende a las expectativas de los miembros más débiles de la sociedad. Las expectativas de los mejor situados, por decirlo en términos rawlsianos (7), están justificadas si contribuyen al bienestar de los menos favorecidos.

– Debería quedar definitivamente claro que el hecho de que la producción, distribución y gestión sanitarias se realicen por agentes privados o públicos no modifica la condición pública de los sistemas sanitarios públicos, determinada por el componente público de la financiación. Del mismo modo

(6) Felice, E., «El Welfare State, cuestiones a debatir y una hipótesis interpretativa», en *Debats*, n.º 11, 1985.

(7) Rawls, John, *A Theory of Justice*, Cambridge (Mass), 1972.

que un transporte público no deja de serlo porque la mayoría de los viajeros pague billete y que el servicio esté contratado con una compañía propietaria de los vehículos que a su vez lo gestiona.

Los cinco sistemas sanitarios públicos que atienden más satisfactoriamente a los ciudadanos, los de Canadá, Holanda, Alemania, Francia y Australia, son del tipo «seguros sociales». La separación entre financiación y producción es prácticamente total. Toda o la mayor parte de la asistencia médica que garantizan y la sociedad recibe se realiza en entidades privadas y/o profesionales independientes. Los ciudadanos en esos países tienen la seguridad de que disponen de un sistema sanitario público sin amenaza alguna de privatización o de desaparición.

— La gestión pública de la sanidad tiende a producir deformaciones estructurales: rigidez administrativa, irresponsabilidad burocrática, desinformación, politización, falta de incentivos para una producción eficaz, que ahogan la eficiencia. En el caso del sistema sanitario español que prácticamente está en el sector público en régimen de monopolio, las deficiencias mencionadas ensombrecen la práctica totalidad de la producción sanitaria. Precisamente para acreditar el carácter público del sistema sanitario, es necesario someterlo a serias correcciones. Y en nuestro país, la intervención del sector público para corregir las imperfecciones del mercado sanitario, no sólo tropieza con dificultades sino que se convierte aquí en un remedio peor que la enfermedad. Significa, además, prescindir de la competencia, de la libre elección de centro y médico por parte del paciente y no poder mejorar la eficacia de gestión y la eficiencia técnica o efectividad. Cuestiones irrenunciables en un sistema sanitario público de un país desarrollado europeo que encara el siglo XXI.

— La sanidad es la más sensible de todas las organizaciones de la solidaridad. Por ello el componente médico-científico no puede ser ignorado ni sustituido, como no lo es el papel del médico como sanador respecto a la enfermedad. En consecuencia, el profesional debe estar en situación de poder aportar sus conocimientos frente a una demanda organizativo-asistencial que los precisa. Lamentablemente, en las medidas o propuestas de las últimas décadas, el rasgo dominante ha sido el desplazamiento progresivo del médico del ámbito de la toma de decisiones. Es altamente deseable que en el futuro próximo se superen inercias casi crónicas y se faciliten ciertos cambios. Uno de los primeros efectos de esa dinámica debería ser la modificación de la gestión de profesionales. En este sentido debería verificarse si la necesidad de un cambio con los profesionales como agentes clave es compartida por ellos.

TABLA I

PAÍS	TIPO DE SISTEMA SANITARIO	FINANCIACIÓN DEL GASTO SANITARIO TOTAL (%)
Alemania	Seguro social de enfermedad (Organización Federal).	Cuotas sociales: 68,6 (50% trabajador; 50% empresa). Impuestos: 11,1. Seguros pasivos: 11,8. Pago directo: 7,5. Medicina de empresas: 1,0.
Austria	Seguro social de enfermedad.	53,9 cuotas sociales (50% trabajador; 50% empresa). Impuestos: 25,1. Pago directo: 14,0. Seguros privados: 7.
Bélgica	Seguro social de enfermedad.	Cotizaciones sociales: 40,6 (patrono 2/3; trabajador 1/3) Subvenciones estatales: 34,8. Pago directo: 17,8. Seguros privados: 5,8.
Dinamarca	Servicio nacional de salud.	Impuestos locales (Municipio y condado) 86,6. Pago directo: 11,4. Seguros privados: 1,9.
España	Sistema nacional de salud (organizado en comunidades autónomas).	Impuestos generales (75,3) y cuotas sociales (5,6). Pago directo: 13,6. Seguros privados: 5,1.
Francia	Seguro social de enfermedad (mezcla de varios subsistemas públicos y servicios complementarios).	Cuotas sociales: 66,4 (2/3 patrono; 1/3 trabajador) con subvenciones de carácter fiscal e impuestos (4% de los gastos). Impuestos: 5,9. Pago directo: 17,0. Seguro privado: 9,1.

PAÍS	TIPO DE SISTEMA SANITARIO	FINANCIACIÓN DEL GASTO SANITARIO TOTAL (%)
Grecia	Servicio nacional de salud	Impuestos (33,9), y red de seguros sociales: 45,0. Pago directo: 18,2. Seguro privado: 2,9
Holanda	Seguro social de enfermedad (obligatorio para toda la población frente a enfermedades crónicas; frente a las agudas, obligatorio para el 70% de la población; 30% restante, seguros privados).	Cuotas sociales 73,8 (50% patrono, 50% trabajador). Con subvenciones de carácter fiscal e impuestos 4,8. Pago directo: 7,3. Seguro privado: 14,1.
Irlanda	Servicio nacional de salud.	Impuestos generales 70,4 y Seguros 5,8. Gratuidad total para las personas con menos medios, y copagos para el resto. Pago directo: 15,3. Seguro privado: 8,2.
Italia	Servicio nacional de salud (organización regional).	Impuestos 39,2 y cuotas sociales 33,1. Pago directo: 15,3. Seguro privado: 8,2.
Luxemburgo	Seguro social de enfermedad.	Cuotas sociales 49,2 (5% de la nómina), subvención estatal: (hasta el 40% del presupuesto de gasto). Pago directo: 19,2. Seguro privado: 2,4.
Portugal	Seguro social de enfermedad.	Impuestos generales: 66,1 y seguridad social: 13,6. Pago directo: 17,3. Seguro privado: 2,6.

PAÍS	TIPO DE SISTEMA SANITARIO	FINANCIACIÓN DEL GASTO SANITARIO TOTAL (%)
Reino Unido	Servicio nacional de salud. (Organización regional).	Impuestos generales: 72,5. Cotizaciones sociales: 7,2. Pago directo: 15,8. Seguro privado: 4,5.
Suecia	Servicio nacional de salud (organización regional, por condados).	Subvenciones de la Seguridad Social: 12,2 y del Estado: 73,1. Pago directo: 13,5. Seguro privado: 1,2.
Canadá	Seguro social de enfermedad (organización federal). Monopolio: se prohíbe a las compañías de seguros ofrecer los servicios que asegura el Estado.	Impuestos (provincias estado federal y municipios, 68,8). Seguro social: 9,0. Pago directo: 12,2 Seguro privado: 10.

TABLA II

PAÍS	PROVISIÓN DE SERVICIOS		ATENCIÓN PRIMARIA
	ESTATAL (directamente)	PRIVADO (contratados)	
Alemania		Todos los servicios (excepto algunos hospitales públicos).	Médicos independientes pagados por acto. Libre elección de médico.
Austria		Todos los servicios	Médicos independientes y ambulatorios de las cajas de seguro.
Bélgica		Todos los servicios (excepto algunos hospitales públicos).	Médicos independientes pagados por acto. Libre elección de médico.
Dinamarca	Hospitales	Médicos generales y especialistas (fuera del hospital).	Médicos independientes pagados por acto (63%) y por capitación. Libre elección del médico.
España		Farmacia, odontólogo y algunos hospitales. (En algunas CC.AA. contratación de la asistencia primaria).	Consultorios, ambulatorios y centros de salud públicos. El 60% de los médicos generales están pagados por salario; el 40%, por capitación.
Francia		Todos los servicios (excepto algunos hospitales y algunos centros de asistencia públicos).	Médicos independientes pagados por acto. Libre elección de médico.

PAÍS	PROVISIÓN DE SERVICIOS		ATENCIÓN PRIMARIA
	ESTATAL (directamente)	PRIVADO (contratados)	
Grecia	Médicos, hospitales, odontólogos.	Farmacia Todos los servicios	Centro de salud (en las zonas urbanas se está abandonando la construcción de centros de salud; parece que la asistencia se desvía hacia los hospitales).
Holanda		Todos los servicios (excepto algunos hospitales públicos).	Médicos independientes pagados por capitación. Limitada la libertad de elección de médico.
Irlanda	Hospitales, especialistas.	Médicos generales y farmacias.	Médicos independientes pagados por capitación.
Italia	Hospitales y especialistas.	Médicos generales y farmacias.	Médicos independientes pagados por capitación. Libre elección de médico, restringida. Hay algunos Centros de Salud.
Luxemburgo		Todos los servicios.	Médicos independientes pagados por acto. Libre elección de médico.
Portugal	Hospitales, especialistas y médicos generales.	Farmacias, análisis, consultas de radiología y algunos médicos en las zonas rurales.	Médicos funcionarios en centros de salud (la mayoría a tiempo completo.)

PAÍS	PROVISIÓN DE SERVICIOS		ATENCIÓN PRIMARIA
	ESTATAL (directamente)	PRIVADO (contratados)	
Reino Unido	Hospitales	Médicos generales, farmacia, odontólogos.	Médicos independientes (muchos de ellos con presupuestos para comprar asistencia). Pagados por capitación.
Suecia	Todos los servicios.		Centros de Salud con presupuesto para comprar asistencia. Libre elección de centro y médico.
Canadá		Todos los servicios	Médicos independientes pagados por acto. Libre elección de médico.

TABLA III

PAÍS	ASISTENCIA ESPECIALIZADA	ASISTENCIA HOSPITALARIA	PARTICIPACIÓN DEL ENFERMO EN LOS GASTOS
Alemania	El paciente puede acudir directamente (sin pasar por el médico general) a cualquier especialista. Médicos independientes pagados por acto.	Hospitales concertados, públicos y privados.	Hospitales: 12 marcos/día; 14 días/año máximo. Medicamentos: de 3 a 7 marcos por receta; precios de referencia y lista negativa. Dentista: 40/- 50% de las prótesis.
Austria		Hospitales públicos y privados. Hospitales concertados.	Primaria: 20%. Hospitales: 56 chelines/día, los primeros 28 días. Medicamentos: 28 chelines/receta.
Bélgica	El paciente puede acudir directamente a cualquier especialista. Médicos independientes pagados por acto.	Mayoría centros privados no lucrativos concertados (60% camas agudos).	El enfermo paga el médico general, el especialista y los medicamentos, y luego es reembolsado con deducción: Médicos: 25% (parados, 10%); Medicamentos: del 0% al 85% (enfermos graves gratuitos). En los hospitales, 22 frs./día y 25%/día por los medicamentos. Dentistas: 25%.
Dinamarca	Médicos independientes pagados por acto y capitación. El enfermo puede acudir directamente.	Libre elección de hospital (desde 1993).	Categoría I: ninguna. Categoría II: la parte que excede de lo que se abona para la categoría I. (Sigue)

PAÍS	ASISTENCIA ESPECIALIZADA	ASISTENCIA HOSPITALARIA	PARTICIPACIÓN DEL ENFERMO EN LOS GASTOS
Dinamarca			Hospitales: 235 coronas/día; niños 93 coronas/día. Medicamentos: 25% de los calificados esenciales; 50% del resto (excepto pensionistas y enfermos crónicos).
España	Ambulatorios y hospitales.	Hospitales públicos (68% de las camas) y privados concertados (31% de las camas).	Asistencia primaria y hospitalaria gratuitas. Medicamentos: 40% del precio, excepto pensionistas y enfermos crónicos.
Francia	Médicos independientes pagados por acto. El paciente puede acudir directamente a cualquier especialista.	Hospitales públicos y hospitales privados concertados. Libre elección de hospital.	El enfermo paga el médico general, el especialista y los medicamentos, y luego es reembolsado con deducciones: médicos: 30%; medicamentos, 35% los calificados de esenciales, y 65% los llamados «de confort», excepto los enfermos crónicos. En los hospitales, el enfermo paga 55 frs./día, excepto los pobres.
Grecia	Médicos asalariados en los hospitales (consultas externas).	40% camas privadas, 60% camas públicas.	Primaria y hospitalaria gratuitas, excepto algunos servicios diagnósticos. Medicamentos: 10%-25%, excepto enfermos crónicos y mentales.

PAÍS	ASISTENCIA ESPECIALIZADA	ASISTENCIA HOSPITALARIA	PARTICIPACIÓN DEL ENFERMO EN LOS GASTOS
Holanda	Médicos independientes pagados por acto. Es necesario el «volante» del médico general.	Hospitales privados (lucrativos o no, 85%), públicos (15%). En hospitales públicos, médicos asalariados.	Aseguramiento público gratuito; odontólogo: diversos grados de participación. Medicamentos: precios de referencia.
Irlanda	Médicos funcionarios.	Hospitales públicos con camas privadas y semi-privadas.	Según renta personal. Pacientes no pertenecientes al Medical Service: especialistas, 6£/visita, hasta 42£/año; hospitales 20£/día hasta 200£/año. Medicamento, 62% de la población hasta 28£/mes.
Italia	Médicos funcionarios.	Hospitales públicos	Medicamentos: 40%; pruebas diagnósticas y especialistas: distintas cantidades.
Luxemburgo	Médicos independientes pagados por acto.	Libre elección de hospital.	Medicamentos: 20%, con excepciones en determinadas enfermedades. Asistencia primaria: 5% consulta y 20% visita a domicilio. Hospitales: 175 frs./día.
Portugal	Médicos funcionarios a tiempo completo o parcial.	85% camas en hospitales públicos. Medicamentos: aportación del 0% al 50%.	Medicamentos: 30-60% según los fármacos. Todas las otras prestaciones tienen cargos que no pueden exceder un tercio del coste (están exentos los pensionistas,

PAÍS	ASISTENCIA ESPECIALIZADA	ASISTENCIA HOSPITALARIA	PARTICIPACIÓN DEL ENFERMO EN LOS GASTOS
			crónicos, inválidos, embarazadas y niños).
Reino Unido	En los hospitales; médicos empleados.	Hospitales públicos (autónomos en número creciente).	Asistencia primaria y hospitalaria gratuitas. Medicamentos: 3£/receta (numerosas excepciones).
Grecia	Hospitales.	Libre elección	Asistencia primaria: 80-180 coronas consulta, hasta 15 consultas. Medicamentos: depende de la enfermedad y del tipo y precio del medicamento; máxima receta, 90 coronas.
Canadá	Médicos independientes pagados por acto. Libre elección.	Hospitales privados con y sin ánimo de lucro. Libre elección.	El paciente paga el médico general y el especialista y es reembolsado. Medicamentos en la asistencia ambulatoria: todos a cargo del paciente, sin excepción. Hospitalaria: medicamentos gratuitos.