

# FINANCIACIÓN DE LOS SISTEMAS SANITARIOS

Por

F. JAVIER ROMERO DE JULIÁN  
FRANCISCO TIRADO ALTAMIRANO  
FERNANDO GALEA JIMÉNEZ  
LUIS M. HERNÁNDEZ NEILA  
LUIS LÓPEZ NARANJO

*Profesores del Dpto. de Enfermería de la Universidad de Extremadura*

*Centro Universitario de Plasencia*

ADELA SÁNCHEZ DE BUSTOS

*Enfermera Supervisora del Hospital del SES "Virgen del Puerto" de Plasencia*

SUMARIO. 1. INTRODUCCIÓN.- 2. DISCUSIÓN.- 3. CONCLUSIONES.

# 1. INTRODUCCIÓN

El tema que presentamos se enmarca en un debate tan atractivo como actual, que incluso sobrepasa los límites de lo estrictamente profesional, para ser de interés de una inmensa mayoría de los ciudadanos, tanto españoles como de otros países, al afectarles en asuntos tan principales como el bienestar y la economía.

En el Informe de la OMS, titulado *Knowledge for Better Health: Strengthening Health Systems* (Conocimientos para mejorar la salud: Fortalecimiento de los sistemas sanitarios), se destacan diversos aspectos de las investigaciones sanitarias que, si se gestionaran más eficazmente, podrían redundar en beneficios aún mayores para la salud pública en el futuro<sup>1</sup>. En él se establecen también las estrategias necesarias para reducir las disparidades mundiales en salud fortaleciendo los sistemas sanitarios. En el nuevo milenio, las inequidades en salud son uno de los principales desafíos para el desarrollo y el mal funcionamiento de los sistemas de salud es un aspecto central de ese problema.

Según un nuevo informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS), suscrito el 22 de agosto de 2005 en Ginebra se dice que es esencial robustecer y fortalecer los sistemas de salud para avanzar en la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)<sup>2</sup>. Si no se invierte urgentemente en los sistemas de salud, el ritmo actual de progreso no será suficiente para alcanzar esos objetivos.

Pese al reconocimiento generalizado de su importancia, la investigación sobre los sistemas de salud tiene una mala imagen y ha venido recibiendo una financiación insuficiente en comparación con la investigación biomédica.

Con este estudio pretendemos, que los interesados en el tema, puedan tener una visión general y documentada de lo que estos sistemas sanitarios representan, en un contexto social y en cierto modo técnico desde el punto de vista de la gestión y política sanitaria, fundamentalmente.

Abordaremos el tema, primero tratando de hacer un resumen conceptual de lo que significan los sistemas sanitarios, es decir el sistema privado de salud, el sistema público y la relación entre ambos. Seguidamente, haremos un repaso sucinto de lo que significan algunos aspectos en los sistemas sanitarios de diferentes

---

<sup>1</sup> OMS, informe *Knowledge for Better Health: Strengthening Health Systems* (Conocimientos para mejorar la salud: Fortalecimiento de los sistemas sanitarios). Ginebra. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr78/es/>

<sup>2</sup> OMS, informe, *La salud y los Objetivos de Desarrollo del Milenio*. Ginebra. 2.005.

piases de referencia, presentaremos los principales modelos de provisión privada de servicios sanitarios.

## 2. DISCUSIÓN

Los sistemas de salud son, de forma comúnmente aceptada, la integración de los recursos disponibles en un determinado ámbito para cubrir objetivos de salud. En el caso del Estado Español, para dar respuesta a un precepto constitucional, recogido en el art. 43 de la Carta Magna, el derecho a la protección de la salud<sup>3</sup>.

Un sistema de salud abarca todos los actores, organizaciones, instituciones y recursos cuyo principal objetivo es mejorar la salud. En los sistemas de salud de la mayoría de los países funcionan distintos sectores: público, privado, tradicional e informal. Aunque el objetivo que define a un sistema de salud es la mejora de la salud, hay otros objetivos que deben responder a las necesidades de la población destinataria. Esta capacidad de reacción viene determinada por el entorno en que se trata a las personas, y debe garantizar que la carga financiera que suponen los gastos sanitarios se distribuya de forma justa.

Hay cuatro funciones esenciales que determinan la forma en que las aportaciones se transforman en resultados valorados por las personas:

- La generación de recursos,
- La financiación,
- La prestación de servicios,
- La rectoría.

La eficacia, la eficiencia y la equidad de los sistemas nacionales de salud son determinantes críticos de la situación sanitaria de la población.

Los modelos de sistemas de salud adoptados en cada país, pueden tener diferencias notables, motivadas generalmente por su propio desarrollo histórico, pero cada vez mas, con sus defensores y detractores, convergen hacia sistemas mixtos de salud, en los que lo prioritario es el control del gasto y la mejora de la eficiencia. El informe anteriormente citado de la OMS, señala que la existencia de sistemas sanitarios débiles e injustos constituye uno de los principales escollos para la consecución de objetivos, y hace especial referencia a la crisis de personal sanitario y a la urgente necesidad de fuentes sostenibles de financiación sanitaria.

A la hora de analizar un sistema sanitario, es recomendable hacerlo analizando

---

<sup>3</sup> Constitución Española. 1.978.



los principios en los que se basa, que además de la cobertura, mayor o menor, universal, parcial..., la equidad o la solidaridad, son:

- La financiación del sistema
- La provisión del servicio

Según esto, los sistemas pueden tener:

1. Financiación pública y provisión pública, estaríamos hablando de un sistema nacional de salud.
2. Financiación pública y provisión privada, se trataría de un sistema de salud mixto.
3. Financiación privada y provisión pública, ocurre parcialmente en algunos sistemas mixtos de salud.
4. Financiación privada y provisión privada, como sucede en los sistemas privados.

En la actualidad sistemas puros, tanto públicos como privados, es difícil encontrarlos. La composición y volumen de participación de uno y otro sector, es un tema de permanente debate<sup>4</sup>.

Uno de los logros sociales mas importantes del último tercio del siglo XX en Europa, fue el de la cobertura universal de la población o aseguramiento público de un porcentaje muy elevado de la población, cercano al 98%<sup>5</sup>. Mientras, en España se pasaba del 54% de cobertura al 99´5 en ese mismo periodo. Además, los continuos avances en la biología, genética y tecnología, hacen dudar sobre la posibilidad futura de ofertar todas las prestaciones posibles. Es fundamental garantizar la sostenibilidad del sistema. Dicho de otro modo: todas las posibilidades que ofrecen la ciencia y tecnología, para todos, es un reto que suscita dudas.

Otros factores de preocupación sobre el gasto sanitario, es el envejecimiento de la población. Se prevé que para el año 2.050, en nuestro país, 11 millones de personas sean mayores de 64 años, el 30% de la población, duplicando el porcentaje actual.

Diversos autores, sostienen que la sanidad es un bien privado, con todos los requisitos para serlo <sup>(Op. Cit: 4 y 7)</sup>. Cuando una persona hace uso de un recurso sanitario, nadie más puede hacerlo. El tiempo que el especialista me dedica a mí, no puede hacerlo a otro paciente.

---

<sup>4</sup> Rodríguez, M. EL ESPACIO DE LOS SEGUROS PRIVADOS EN LOS SISTEMAS SANITARIOS PÚBLICOS. Gaceta Sanitaria 2.001; 15 (6): 527-537

<sup>5</sup> OECD, HEALTH DATA (2.000 edition update). París; OECD, 2000.

Ahora bien, siendo la sanidad un bien privado, ¿Qué papel juega el estado?

Es objetivo del estado es garantizar la equidad como forma o instrumento para la justicia social. En un estado en el que la renta y capacidad de pago estuvieran justamente distribuidas, la intervención del estado no tendría sentido. Los individuos financiarían ellos mismos sus bienes, en este caso la sanidad. Pero puesto que la renta y capacidad de pago, están desigualmente distribuidas, la posibilidad de acceder a los servicios sanitarios también lo estaría.

Para garantizar entonces, la efectividad de determinados derechos fundamentales de los individuos, el estado juega, o debería aún mas jugar, un papel redistributivo, garantizador de la equidad, de la justicia y ética social de nuestras comunidades, posibilitando que todos los ciudadanos tengan seguro sanitario y la posibilidad de atención sanitaria.

Un bien privado como la sanidad, financiado públicamente cuya provisión es, a pesar de todo, mayoritariamente pública, y con unos buenos resultados de salud, como sucede en España, se debe, entre otras cosas, a fallos del mercado.

Como son:

- La ausencia de mercado para ciertos riesgos (Transplante de órganos), o en ciertos sitios...
- La información imperfecta entre las partes, que genera una doble problemática:

1. El abuso moral, en el que el asegurado tiene un comportamiento más negligente, perjudicando a las aseguradoras e implicando mayores primas.

2. La selección adversa, por lo que las primas tienden a reflejar el riesgo medio.

Según lo dicho, podemos afirmar que el papel del estado, como garantizador de un aseguramiento universal y obligatorio es fundamental, pero no necesariamente tiene que ser el estado el único proveedor del seguro, como sucede en países como Alemania, donde el aseguramiento obligatorio y financiado por la seguridad social, se hace a través de aseguradoras privadas, o incluso España (MUFACE).

¿Tiene límites la capacidad de financiación del estado?

La capacidad de financiación del estado, tiene que ser sostenible, es decir que los servicios sanitarios puedan ser pagados ahora y en un futuro<sup>6</sup>. Ello dependerá fundamentalmente del crecimiento económico (Aumento del PIB) y del control

---

<sup>6</sup> Barea, J.; Entrevista; Diario Médico. Com; 10-12-2.001

de la prestación, para lo que la eficiencia del sistema debe ser máxima. En este sentido existen múltiples propuestas, que no son objeto del tema a tratar, como por ejemplo el tiquete moderador y otras que sí, como el fomento de la cobertura privada a través de incentivos fiscales o la implantación de un modelo mixto competitivo, donde la sanidad privada colabore con la pública.

¿Cuánto dinero de la producción de un país ha de gastarse en sanidad y cuál ha de ser el modelo de provisión?

Estas son dos preguntas cuyas respuestas condicionarán de forma determinante todo el sistema sanitario de un país.

En ambos casos es una decisión política, y como tal sujeta al proceso político. Son los ciudadanos en las votaciones, en última instancia, los que en países democráticos se inclinarán por las diferentes ofertas políticas, para determinar y estructurar sus preferencias con relación a la cantidad de recursos y su utilización.

Como señala Rodríguez, existen diversos estudios concluyentes en que los modelos de provisión mixta, son los preferidos por la mayoría de los ciudadanos, por encima de los sistemas solo públicos y los solamente privados. <sup>(Op.Cit.4)</sup>. También determinan, que el nivel de gasto, se relaciona con las preferencias del votante medio, que es aquel que está en la mediana de la renta. También son estos el único segmento favorable a un servicio público fuerte y de calidad.

¿Qué posibilidades de colaboración existen entre el sector público y el sector privado?

Sobre el aseguramiento, ya mostramos la necesidad de intervención del estado para lograr una mayor justicia social a través de la equidad de los servicios. Por otra parte, estando los ciudadanos de acuerdo con el aseguramiento público, y desechadas por ineficaces para la sostenibilidad del sistema medidas como la incentívación fiscal, cabría preguntarnos por el papel que juega el mercado sanitario en nuestro país, o por qué un número importante de ciudadanos decide pagar por la sanidad privada cuando ya tiene la pública.

Para Xavier Triadó, profesor titular de organización de empresas de la Universidad de Barcelona, sostiene que los consumidores no compran provisión sanitaria pública o privada, compran prestación de servicio sanitario público o privado por las variables de servicio asociadas a cada sector, y que veremos a continuación:<sup>8</sup>

No deja de extrañar, que el 10% de la población Española en el 2.001 y más

---

<sup>7</sup> Barea, J.; INFORMES DE GESTIÓN; Medinet.com.

<sup>8</sup> Triadó, X.; LA DOBLE COBERTURA SANITARIA: ANÁLISIS DE LAS PREFERENCIAS Y OPORTUNIDADES DEL MERCADO; Medinet.Com/elmédico; n° 892, 10-1-03.



del 20% en determinadas zonas (Madrid, Barcelona, Baleares...), paguen por obtener un bien que ya está pagado y es de calidad en el sentido objetivo. Los consumidores de servicios sanitarios están dispuestos a pagar doblemente para garantizarse un servicio rápido y una atención que les dé tranquilidad.

Los compradores voluntarios de sanidad privada, lo hacen bajo una triple función:

1. Sustitutiva: pues cubren lo ya cubierto
2. Complementaria: al permitirse cubrir servicios excluidos por el sistema.
3. Suplementaria: porque se permite un servicio más rápido, que cubre determinadas expectativas de confortabilidad por el consumidor, o la posibilidad de incrementar la capacidad de elección.

Los consumidores hacen la elección del producto en base a variables de elección, como:

1. La accesibilidad al sistema: para evitar tiempos de espera, barreras administrativas, acceso fácil a pruebas complementarias
2. El cuadro médico de referencia: Los médicos actúan como agentes y pueden influir para conducir la demanda. En España, los médicos pueden actuar como proveedores públicos y privados, pero la calidad percibida por el usuario variará según el ámbito de actuación.
3. La tradición familiar: La experiencia de haber probado un seguro privado, predispone a mantenerse en él.
4. La hospitalidad: al poder disponer de habitación privada, habitación individual, calidad de restauración, posibilidad de cama para acompañante, mejores elementos de cortesía...
5. La imagen de la empresa: Los famosos que utilizan determinados servicios, actúan como agentes de imagen en la elección...

Sobre que tipo de relación pueden o deben tener el sistema público de salud y el sector privado, existen diversas opiniones y experiencias:

Junto a los efectos beneficiosos derivados de la competencia, pueden suscitarse otros perjudiciales, dependiendo el perjuicio, del grado de proximidad o cohabitación de los dos sectores.

En países como Canadá, ambos sistemas están legal y efectivamente separados. La mayor parte de la financiación es pública, como ocurre en España, pero casi toda la provisión es privada. La legislación prohíbe prácticamente a los médicos y hospitales que trabajan en el sector público, tener contratos privados o recibir compensaciones económicas de tipo privado.

La proximidad excesiva y convivencia de ambos sectores, puede acarrear una

serie de problemas, como son:

1. Dispensar mejor trato a pacientes, previo pago privado.
2. Trasvase de costes al sector público, radiografías, diversas pruebas o estancias.
3. Interferencias de todo tipo, mejorar la accesibilidad de los particulares...
4. Desvío de demanda hacia el sector privado,

Las recomendaciones en ese sentido de autores como Calero, serían las de evitar la proximidad de los dos sectores en lo referente a la provisión de servicios. (Evitar la rémora).<sup>9</sup>

Otra forma de relación experimentada en España, y que suscita interés en los sistemas sanitarios de otros países, es la integración del sector privado en el sistema sanitario. En un marco de financiación pública y control público, se transfiere al sector privado la prestación de servicios, previo pago capitativo. Este es el caso del Hospital de Alcira (Valencia), referencia que abordaremos a continuación, no sin antes conocer algunos rasgos y opiniones en algunos países de nuestro entorno.

El caso de Estados Unidos, cuya administración ha aprobado la progresiva extensión que prestan Medicare (para ancianos) y Medicaid (para indigentes), con el objetivo de aumentar la cobertura, se aproxima al modelo de “puro funcionamiento del mercado”. Es el país que tiene mayor porcentaje de gasto privado de los de la OCDE (60%), por el contrario tiene una cobertura muy limitada, 37 millones de personas carecen de seguro y 50 millones están subprotegidos. Es el país del mundo con mayor gasto sanitario con relación al PIB (14%) y un 20% del gasto se dedica a administración.

En los países ex comunistas, en los que las recomendaciones del Banco Mundial y Fondo Monetario Internacional, aconsejaron el desmantelamiento de los sistemas nacionales de salud puros y su sustitución por sistemas de seguros, el resultado ha sido de una crisis muy grave, con empeoramiento de las condiciones de salud y asistenciales, además del retroceso en los indicadores de salud.

En el Reino Unido, país con amplia experiencia en el sistema sanitario público, que incluso sirvió de alguna referencia en la formación del SNS español, la introducción en la época neoliberal, de planteamientos duros de mercado, tendentes a la privatización del sector público y desmantelamiento del estado de bienestar, llevó consigo importantes fallos en la cohesión social, que hoy día están en vías de poderse reconducir.

---

<sup>9</sup> Calero J.; UNA EVALUACIÓN DE LOS CUASIMERCADOS COMO INSTRUMENTO PARA LA REFORMA DEL SECTOR PÚBLICO; Bilbao: Documento de trabajo Fundación BBV, 1.998.



Saltman y Figueres, en el informe sobre las reformas Sanitarias en Europa, dicen: “En la actualidad existe un importante movimiento de vuelta de las posiciones más radicales – incentivos de mercado – a las originales de coordinación y cooperación planificadas del sector público<sup>10</sup>. En el Reino Unido, se ha establecido la necesidad de un acuerdo nacional, mediante el que se fijen los criterios básicos en la relación entre el sector público y el privado.

En Italia, se ha proporcionado a las regiones capacidad fiscal a las regiones, en forma de impuestos para financiar la sanidad.

En Alemania, país pionero en las cajas de la seguridad social, existe un sistema de aseguramiento obligatorio, financiado vía seguridad social y que se hace a través de compañías aseguradoras privadas.

En Canadá, ya hemos comentado, como en un marco de financiación pública, la provisión es mayoritariamente privada.

En Francia, existe la libre elección de médico general y especialista, así como la posibilidad de solicitar el usuario la hospitalización. Por otra parte, existe el tiquete moderador, que consiste en el pago por parte del paciente del 30% de los honorarios médicos y del 40% de los del personal auxiliar, de un 35% de los medicamentos y del 65% para aquellos casos de procesos banales, quedando libre de pago la medicación en aquellos casos de fármacos irremplazables, para procesos graves y de larga duración. (Gráfico 1)

El seguro obligatorio cubre en torno a las tres cuartas partes del gasto. Para cubrir la parte restante, se recurre a seguros complementarios, que cubren actualmente al 87% de la población.

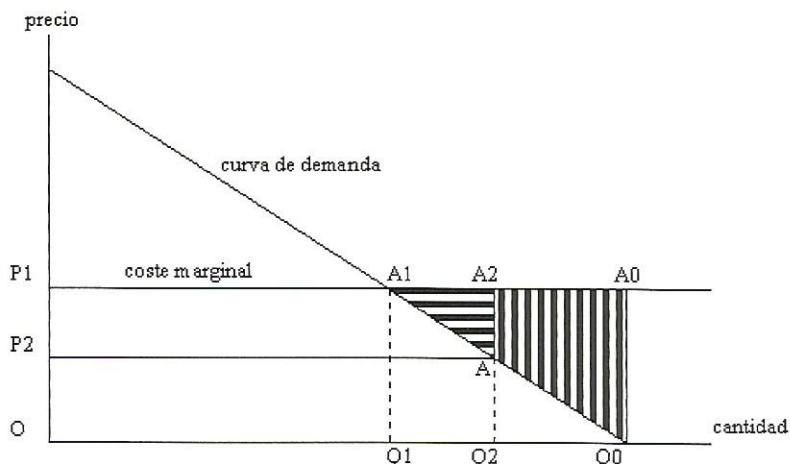
En Portugal, según palabras de Jorge Abreu, presidente de Parcerias Saude, organismo dependiente del Ministerio de Salud, el ministerio ha decidido apoyar la empresarialización de los hospitales, creando un consenso sobre un modelo de gestión hospitalaria empresarial, más autónoma y con mayor responsabilidad. La idea, dice, es sumar capacidades, las del sector público y el privado, concretando dos tipos de experiencias: INFRACO y CLINCO, que se articulan a través de contratos de gestión.

INFRACO, es un modelo parecido al de Alcira, y tiene proyectados 31 hospitales, incluyendo la construcción del centro y la gestión del servicio durante un periodo de 30 años. CLINCO, es una experiencia que consiste en la externalización de la gestión.

---

<sup>10</sup> Saltman R.G., Figueres J. M.; REFORMAS SANITARIAS EN EUROPA. ANÁLISIS DE LAS ESTRATEGIAS ACTUALES. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 1.998.

## GRAFICO N° 1: DISTORSIÓN PROVOCADA POR LA PROVISIÓN GRATUITA DE LA ASISTENCIA SANITARIA



OP1 = precio de mercado  
OQ1 = cantidad demanda

provisión gratuita = precio cero  
OQ0 = cantidad demandada  
triángulo A1A2Q0 = distorsión provocada por exceso de consumo

OP2 = ticket moderador  
OQ2 = cantidad demandada  
Q2Q1 = demanda reducida por el ticket  
triángulo A1A2A = distorsión provocada por exceso de consumo

### 3. CONCLUSIONES

A la vista de lo expuesto tenemos que concluir lo siguiente:

- La salud es uno de los derechos fundamentales de las personas
- Los sistemas sanitarios son el principal instrumento para garantizar el derecho y la justicia social
- Los sistemas sanitarios deben de tener la suficiente financiación para garantizar sus objetivos
- La financiación además debe de ser sostenible
- El estado debe de ser el garante del derecho a la salud y garantizar la equidad en su disfrute.
- Los ciudadanos prefieren sistemas de provisión de servicios mixta, donde los servicios privados sean complementarios de los públicos.
- Debe evitarse la proximidad excesiva entre lo público y lo privado para evitar los problemas derivados de esa situación.