Futuro y Marco Institucional

D. FRANCISCO DE BORJA SEVILLA PÉREZ. Director Gral. de Aseguram. y Planif. Sanitaria.
M.º Sanidad y Consumo

El Sistema Sanitario español se caracteriza por un alto grado de efectividad y un coste adecuado. Esta situación no ha impedido, sin embargo, hablar desde finales de los 80 de crisis de legitimación en diferentes estudios y análisis, al igual que ha ocurrido en la mayoría de los países de la OCDE, y el consecuente planteamiento de reformas organizativas del Sistema Nacional de Salud que permitan mejorar el servicio sin poner en riesgo los logros alcanzados.

La cobertura sanitaria pública, de acuerdo con los datos de la Encuesta Nacional de Salud de 1993 (ENS 93), se extiende al 99% de la población; el Sistema Nacional de Salud gestiona directamente el riesgo del 94,7%, existiendo un 4,7% (fundamentalmente funcionarios) con gestión fuera del Sistema Nacional de Salud y puede identificarse hasta un 8,1% de ciudadanos con cobertura pública y privada simultáneamente y un 0,7% con doble cobertura pública.

El análisis de la financiación sanitaria por "status social" (ENS 93) (Tabla 1) evidencia que la financiación privada exclusiva se concentra en los "status" más altos y que la duplicidad de coberturas disminuye conforme disminuye el "Status social", desde un 17% en los adultos acomodados hasta un 2% en los "status" bajos.

Tabla 1

FINANCIACIÓN ASISTENCIAL POR STATUS

	Acomodado		Medio alto		Medio Medio		Medio Bajo		Bajo	
	Adultos	Niños	Adultos	Niños	Adultos	Niños	Adultos	Niños	Adultos	Niños
Exclusivamente PÚBLICA	79	82	78	77	87	91	95	97	97	99
Exclusivamente PRIVADA	4	4	6	7	2	2	1	1	1	0
MIXTA	17	14	16	16	11	7	4	2	2	1

La comparación de diferentes indicadores de salud en los países de la Unión Europea, correspondiente a 1990 (Tabla 2), muestra cómo España puede avanzar en la mejora de la salud de su población en diferentes aspectos al posicionarse en sexto lugar en mortalidad infantil, quinto en mortalidad perinatal, segundo en esperanza de vida al nacer de las mujeres (primero en los hombres) y en séptimo y octavo lugar en años potenciales de vida perdidos en mujeres y hombres respectivamente.

Tabla 2

INDICADORES DE SALUD DE LA UNIÓN EUROPEA. 1990

	Mortalidad		Esperanza vida al nacer		APVP	
	Infantil /1.000 nacimientos	Perinatal /1.000 nacimientos	Mujeres	Hombres	/100.000 Mujeres Años	/100.000 Hombres Años
BÉLGICA	7,9	n.d.	79,1	72,4	3.422*	5.943*
DINAMARCA	7,5	8,3	77,7	72,0	3.321	5.155
FRANCIA	7,2	8,3	80,9	72,7	2.767	5.905
ALEMANIA	7,1	6,0	79,0*	72,6*	2.838	5.049
GRECIA	9,7	11,9	78,6	n.d.	2.894*	5.224*
IRLANDA	8,2	9,9*	77,0*	71,0*	3.102*	5.214*
ITALIA	8,2	10,5*	80,0*	73,5*	2.764*	5.081*
LUXEMBURGO	7,4	9,0*	78,5	n.d.	2.841*	5.785*
HOLANDA	7,1	9,6	80,1	73,8	2.713	4.269
PORTUGAL	11,0	12,6	77,9	70,9	3.990	7.975
ESPAÑA	7,8*	8,8*	80,1	74,5	2.938*	5.568*
REINO UNIDO	7,9	8,1	78,5	73,0	3.054	4.820
$\overline{X}$	8,1±1,2	9,4±1,8	79±1,2	72,6±1,1	3.054±369	5.499±914

Fuente: Programa OECD HEALTH DATA (CREDES) 1993:

APVP: años potenciales de vida perdidos (–suicidios): *: año 1989, n.d.: no disponible.

$\overline{X}$: no ponderada.

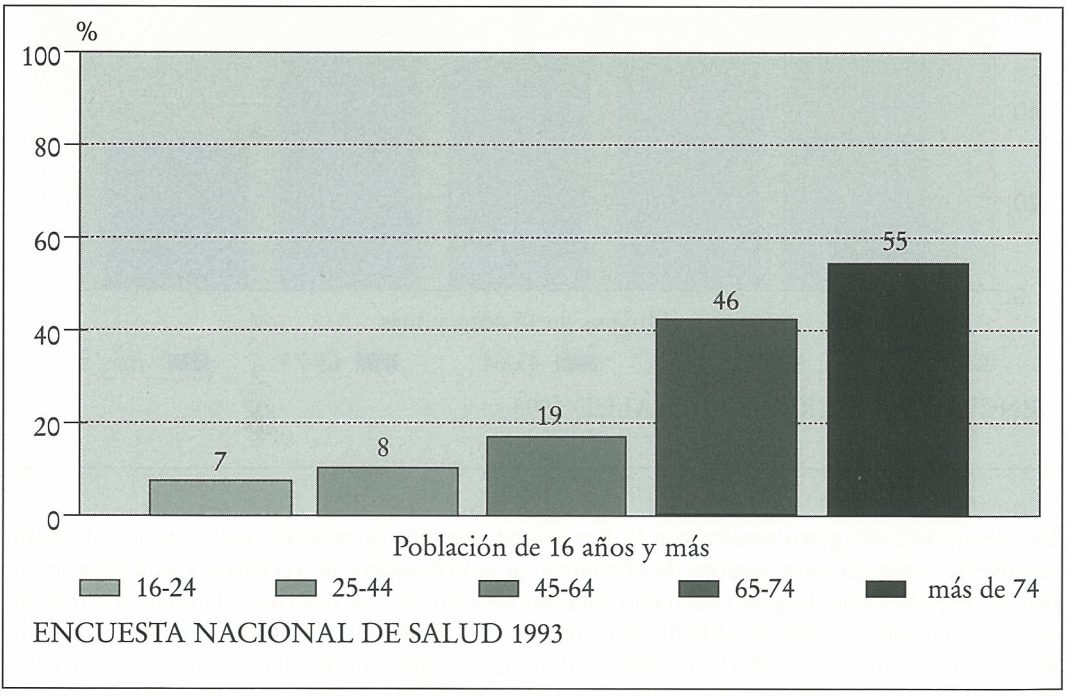
Algunos sistemas sanitarios, siendo eficaces, concentran su actividad en quienes menos cuidados necesitan (Ley de Utilización Inversa de Hart). La ENS 93 pone de relieve que no existen aparentes barreras para el acceso y utilizan más servicios asistenciales los colectivos con peor percepción de su estado de salud (mayores y status sociales bajos) y cómo los servicios preventivos alcanzan fundamentalmente los colectivos diana de la intervención: la vacunación antigri-

pal 45% y 55% de los colectivos de 65-74 años y mayores de 75 años respectivamente (Tabla 3), los padres tienen un alto conocimiento de las vacunas recomendadas para los niños y la consulta al ginecólogo (fuera del embarazo y parto) es de un 86% y un 73% en las mujeres de 25-44 años y de 45-64 años (Tabla 4).

Tabla 3

VACUNACIÓN ANTIGRIPAL

por grupos de edad

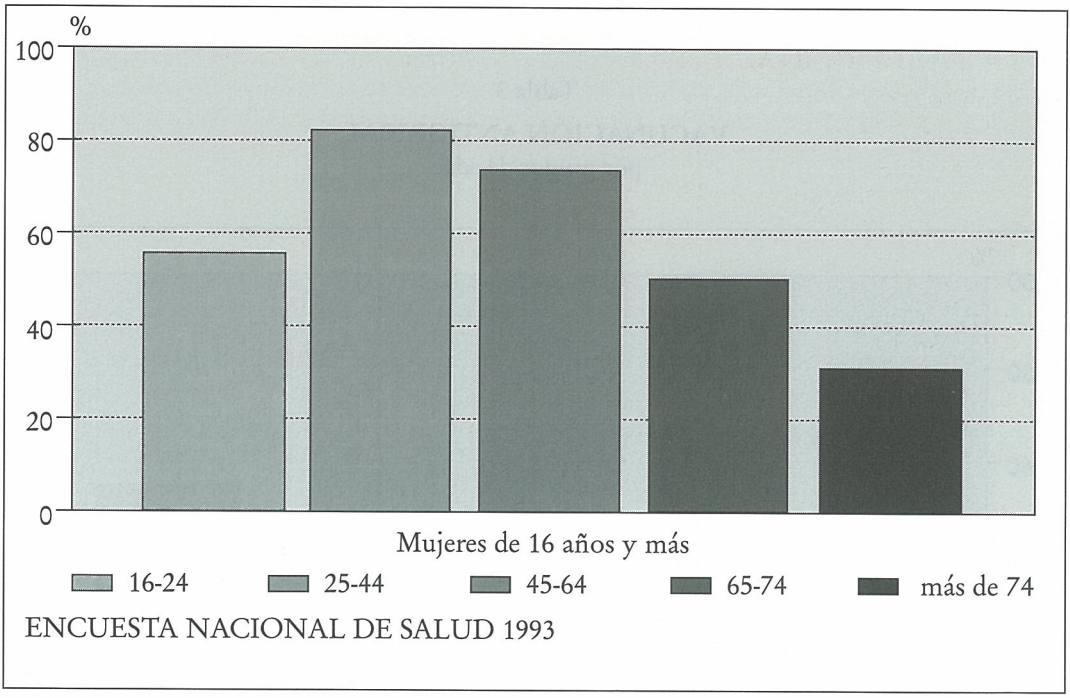


ENCUESTA NACIONAL DE SALUD 1993

Tabla 4

VISITA AL GINECÓLOGO

por grupos edad



ENCUESTA NACIONAL DE SALUD 1993

La adecuación del gasto sanitario a la riqueza nacional es la relación más consistente habitualmente utilizada para analizar la eficiencia en la utilización de recursos y es bien conocido que España tiene un gasto sanitario total en relación al PIB inferior a la media de los países de la Unión Europea (Tabla 5), con un peso del componente público similar y con un gasto por persona, en poderes paritarios de compra, que ocupa el noveno lugar entre los mismos países y representa, por ejemplo, el 82% del Reino Unido, el 63% de Holanda o el 53% de Alemania.

El Sistema Nacional de Salud, ocho años después de su creación, se ha convertido, por tanto, en una garantía para la población española. Sólo desde la constatación de sus logros se puede encontrar la legitimación necesaria para analizar críticamente sus características y evidenciar la

necesidad continua de introducir reformas en la organización, financiación y utilización de los recursos con el objetivo de adaptar cada vez mejor el funcionamiento de los servicios a las necesidades y legítimas preferencias de los ciudadanos.

Tabla 5

GASTO SANITARIO EN LOS PAÍSES DE LA UNIÓN EUROPEA 1990

PAÍS	GASTO SANITARIO TOTAL		GASTO SANITARIO PÚBLICO	
	PPC $ por persona	% PIB	% PIB	% sobre total
BÉLGICA	1.242	7,6	6,8	88,9
DINAMARCA	1.051	6,3	5,2	82,8
FRANCIA	1.528	8,8	6,6	74,4
ALEMANIA	1.522	8,3	6,0	71,6
GRECIA	400	5,4	4,1	77,0
IRLANDA	748	7.0	5,2	74,8
ITALIA	1.296	8,1	6,3	77,6
LUXEMBURBO	1.392	7,2	6,6	91,4
HOLANDA	1.286	8,2	5,8	71,3
PORTUGAL	554	6,7	4,1	61,7
ESPAÑA*	810	6,91	5,44	78,7
REINO UNIDO	988	6,2	5,2	83,5
$\overline{X}$•	1.068±373	7,2±1	5,6±0,9	77,8±8,1

Fuente: Programa OECD HEALTH DATA (CREDES) 1993: • MEDIA NO PONDERADA.
PPC $: PODERES PARITARIOS DE COMPRA (DÓLARES).
* ESPAÑA: BAREA (1993) Y RODRÍGUEZ Y COLS. (1993).

1.- FINANCIACIÓN Y GASTO SANITARIO

La financiación del Sistema Sanitario público está siendo analizada en la actualidad por todos los agentes implicados, tanto en la administración central como en las autonómicas, con un triple objetivo:

- Financiación suficiente
- Absorción deudas pendientes
- Distribución territorial

Las desviaciones presupuestarias en sanidad no son exclusivas del sistema sanitario español, sin embargo llama la atención por haber precisado tres operaciones de saneamiento (1983, 1988 y 1992) en los últimos años.

El gasto sanitario en la década de los 80 ha tenido como factores fundamentales de crecimiento la extensión de la cobertura y el incremento de la población; la prestación real media por persona ha evolucionado a una tasa similar a la media del crecimiento del PIB por habitante en el mismo período (Tabla 6).

Tabla 6

COMPARACIÓN DE FINANCIACIÓN, PROVISIÓN, COBERTURA PÚBLICA Y GASTO SANITARIO

	Gasto Sanitario (% sobre PIB) Incremento 1991/1981	Financiación 1990/1991	Provisión 1990/1991	Cobertura Pública 1990 (% población)	% Incremento cobertura pública 1990/1980
ALEMANIA	-4	Seguro Social	Mixta (pub./priv.)	92,2	1,3
BÉLGICA	15	Seguro Social	Mixta (pub./priv.)	98	-1
DINAMARCA	-4	Impuestos	Mayoritaria públ.	100	0
ESPAÑA	18	Impuestos/Seg. Soc.	Mayoritaria públ.	98,8	19
FRANCIA	16	Seguro Social	Mixta (pub./priv.)	99,5	0,2
GRECIA	16	Impuestos	Mayoritaria públ.	100	13,6
HOLANDA	0	Seguro Social/priv.	Mayoritaria priv.	69	-7,5
IRLANDA	-22	Impuestos	Mayoritaria públ.	100	0
ITALIA	24	Seguro Social	Mayoritaria públ.	100	0
LUXEMBURGO	1	Seguro Socail	Mixta (pub./priv.)	100	0
PORTUGAL	6	Impuestos	Mayoritaria públ.	100	0
R. UNIDO	7	Impuestos	Mayoritaria públ.	100	0
CANADÁ	33	Impuestos	Mayoritaria priv.	100	0
EE.UU.	40	Seguro Voluntario	Mayoritaria priv.	44	4,7

Fuente de datos: OCDE Health Data, 1993

La extensión de la financiación pública al 100% de la población tendrá un escaso impacto en el futuro, debiendo vincularse el gasto sanitario al crecimiento del PIB, objetivo perfectamente alcanzable desde el conocimiento de los factores que mayor incidencia pueden tener sobre el gasto y la introducción de las medidas oportunas para su control.

El origen y la composición de la financiación es otro aspecto relevante en el futuro del SNS Parece razonable un peso cada vez mayor de la financiación del Estado vía impuestos y la disminución, hasta su desaparición, de la participación de las cotizaciones sociales; una participación progresivamente creciente de los ingresos por servicios prestados a terceros o por el pago de aquellas prestaciones realizadas en los centros del SNS y excluidas de la financiación pública es esperable. La introducción de mecanismos de coparticipación, en el momento del uso de los servicios, en las prestaciones incluidas en el SNS y financiadas públicamente no debe contemplarse como vía de financiación, al ser evidente su efecto sobre la equidad en el acceso a los servicios de salud cuando actúa sobre la demanda y su escaso impacto en la financiación real si se tiene en cuenta los costes administrativos de su implantación.

2.- UTILIZACIÓN APROPIADA DE LOS RECURSOS

La configuración de un presupuesto suficiente y su distribución, conforme a criterios capitativos, orientará la actuación de los responsables sanitarios a la generalización progresiva de instrumentos para la denominada gestión de la calidad y una utilización más apropiada de los recursos, entendiendo la calidad, no sólo como la disminución de los productos defectuosos, sino también como la reducción significativa de la llamada por los expertos "calidad innecesaria"; es decir, la disminución en la utilización de recursos sin valor añadido para el paciente, independientemente de que analizados aisladamente sean seguros o eficientes.

La generalización de la financiación global prospectiva de los servicios, la introducción de presupuestos clínicos, el desarrollo de alternativas de la prestación de servicios como los hospitales de día, las conferencias de consenso y la protocolización, son algunas de las actuaciones iniciadas en el SNS para alcanzar estos objetivos.

La mayor o menor efectividad de estas medidas descansa, fundamentalmente, en la capacidad del sector público para desarrollar todas las herramientas que posibiliten una mejor gestión y la introducción progresiva de incentivos a la eficiencia en la prestación de servicios.

3.- CAPACIDAD DE ELECCIÓN

Los estudios de satisfacción en relación con los servicios y específicamente con los sanitarios suelen mostrar una disociación entre la opinión de los ciudadanos y la expresada por los usuarios.

Las encuestas periódicas efectuadas por el Ministerio de Sanidad y Consumo muestran que en una escala de 1 a 7, los servicios peor valorados por los usuarios en los centros de especialidades

con una puntuación de 5,2 y los mejor valorados los Equipos de Atención Primaria rurales con 6; y el aspecto peor valorado, en general, es el tiempo de espera para la realización de procedimientos diagnósticos o terapéuticos.

Los diferentes sistemas sanitarios, en su estrategia común de orientar los servicios a los usuarios, consideran la disminución de la tutela administrativa de los servicios y el aumento de la capacidad de elección de los usuarios como elementos importantes en la mejora de la percepción de los servicios.

La posibilidad de elección en los sistemas sanitarios precisa la regulación necesaria debido a la asimetría de información inherente a estos sistemas y la necesidad de conciliar sus objetivos, especialmente: equidad y eficiencia, autonomía de los profesionales y libertad de elección del usuario. Estas razones han llevado en países, como EE.UU., con una larga trayectoria en este sentido, a la introducción por las Health Maintenance Organizations (HMO) y de las Preferred Provider Organizations (PPO), de limitaciones en la elección de proveedor como parte básica de la regulación de la coordinación de los cuidados.

El SNS tiene una amplia capacidad de elección en Atención Primaria; la extensión a otros proveedores debe tener en cuenta, al menos, las siguientes consideraciones:

- Definición tipo financiación proveedores.
- Respeto al principio de limitación presupuestaria.
- Garantía de la cobertura de los servicios.
- Autorización previa para la entrada de nuevos servicios, públicos o privados.
- Transparencia en las subvenciones para el mantenimiento de centros y servicios necesarios por criterios de equidad.

En el marco de estas II Jornadas de Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios y de acuerdo con el título de la mesa redonda podrían extraerse las siguientes razones para mejorar la gestión a modo de conclusiones:

- Necesidad de orientar los servicios al usuario.
- Aparición y rápido desarrollo de un entorno competitivo.
- Énfasis en la utilización apropiada de los recursos.
- Reconducir los recursos que en la actualidad se dirigen al "centro oculto" a actividades productivas y/o a la mejora de la calidad.

- Mejorar la competitividad de cada centro.
- Consolidación de valores éticos.

La consecución de estos objetivos precisa:

1.- Consolidar sistemas de información comunes para todo el SNS sobre el estado de salud de la población, la utilización y coste de los servicios, el gasto unitario y la percepción de los usuarios.

2.- Establecer las prestaciones financiadas públicamente, comunes para todos los ciudadanos, desarrollando criterios de calidad y accesibilidad a los servicios (tiempos de espera y contribución del usuario) válidos en todo el sistema.

3.- Delimitar el Sistema Nacional de Salud estableciendo un marco de financiación estable que traslade responsabilidad a los agentes del gasto, servicios de salud y proveedores.

4.- Avanzar en la regulación de la libre elección de los usuarios, garantizando la orientación de los servicios a las necesidades de salud y corrigiendo la asimetría de información.

5.- Desarrollo progresivo de herramientas de gestión adecuadas y de la autonomía de los centros y orientar la responsabilidad a la gestión de la calidad, incluyendo el coste, y no hacia la financiación del coste como elemento de pervivencia.