

Autor(es): **Rosa María Urbanos Garrido**

Título: **Consideraciones teóricas sobre la intervención del sector público en sanidad y su articulación real en España: Una reflexión sobre las cuestiones distributivas**

Resumen:

En este trabajo se revisan los argumentos teóricos que justifican la intervención pública en el ámbito sanitario, y se describen los rasgos principales del actual Sistema Nacional de Salud de nuestro país. Asimismo, se examinan las teorías de equidad más relevantes de la literatura a la luz de sus implicaciones en el terreno de la sanidad. Finalmente, se incluye una reflexión sobre el alcance de los logros distributivos en este ámbito para el caso español.

## 1. Introducción.

La economía española, al igual que ocurre en el resto de países occidentales, se caracteriza por la convivencia entre los mercados privados y un Sector Público con una presencia destacada en el sistema económico. Buena parte de la intervención pública se materializa en nuestro país en la financiación y/o producción de servicios sanitarios, considerados, junto con la educación, las pensiones y otros programas de gasto social, como uno de los pilares básicos de los modernos Estados del Bienestar. En consecuencia, resulta relevante profundizar en el análisis del gasto sanitario público, en primer lugar, desde un enfoque teórico que permita examinar las razones económicas de la intervención pública en el ámbito de la sanidad y, en segundo lugar, desde una perspectiva descriptiva que muestre la realidad del sector en nuestro país.

El volumen de gasto público sanitario que se presupuesta cada año en España ha adquirido niveles importantes de compromiso social y político. Pero, más allá de este compromiso, y a partir del enfoque normativo de la Hacienda Pública, pueden argumentarse un cierto número de razones que justifican la acción colectiva en materia sanitaria. El segundo apartado de este trabajo se ocupará de revisar los fallos de mercado que dan origen a la intervención pública en este sector. En el apartado 3 se describe cómo se estructura en la actualidad el Sistema Nacional de Salud en España, especificando a qué criterios responde su configuración presente. El cuarto apartado se dedica a la revisión de los diferentes conceptos de equidad incluidos en los estudios teóricos más relevantes, y al análisis de los objetivos de equidad definidos en la legislación sanitaria española. Finalmente, el trabajo concluye con algunas reflexiones sobre el alcance de los logros distributivos en este ámbito para el caso español.

## 2. Enfoque normativo de la actividad pública desde la perspectiva del sector sanitario.

Tal y como fue formulado, el Primer Teorema de la Economía del Bienestar afirma que el mercado es capaz de alcanzar, sin necesidad de la intervención pública, una situación de óptimo paretiano, siempre que se cumplan los requisitos del modelo de competencia perfecta: gran número de agentes sin poder para influir en los precios, ausencia de restricciones a la entrada, inexistencia de rendimientos crecientes a escala, información perfecta entre los agentes del mercado y mercados completos.

Bajo estas condiciones, la conducta de cada uno de los agentes económicos, que buscan maximizar su propio bienestar, conduce a una situación de máximo bienestar para la sociedad en su conjunto. Esta afirmación se deriva de la concepción individualista según la cual el individuo es considerado como el mejor juez de su propio bienestar.

Básicamente, el problema del aseguramiento en el ámbito sanitario está relacionado con el incumplimiento de uno de los supuestos de partida del modelo competitivo: la existencia de información perfecta. El seguro surge para, frente a la incertidumbre sobre cómo y cuándo se distribuye la enfermedad, cubrir la aversión al riesgo. La cuestión del aseguramiento en salud adolece, en términos generales, de los mismos problemas que el resto de los mercados de seguro, que tienen su origen en la ausencia de información completa y en las asimetrías informativas entre oferta y demanda.

La falta de información sobre la calidad de la asistencia sanitaria y la repercusión de los tratamientos médicos es el rasgo que caracteriza la atención sanitaria como un bien de experiencia y reputación, de manera que los individuos guiarán su consumo, bien por su experiencia previa, bien por la fama o el prestigio de los profesionales médicos. En este contexto de información escasa, el Sector Público interviene en el mercado a través de la regulación con el fin de asegurar estándares mínimos de calidad y/o de difundir información entre los agentes: exigiendo licencias para permitir la práctica médica e imponiendo

normas sobre titulaciones, estableciendo sistemas de acreditación o fijando controles de calidad consistentes, por ejemplo, en revisiones de utilización. Estos mecanismos, si bien mejoran la información disponible en el mercado, suponen barreras a la entrada que limitan la competencia.

Por lo que respecta a las asimetrías informativas, observamos cómo en el mercado de atención sanitaria la información referida al proceso de producción de la salud se distribuye desigualmente entre pacientes y profesionales, dado que los médicos son quienes mejor conocen los posibles resultados de un determinado tratamiento sobre el estado de salud. Este monopolio informativo deriva en la conocida relación de agencia entre médico y paciente. Los individuos, al carecer de la información suficiente para tomar decisiones óptimas, delegan en los médicos su soberanía como consumidores. Así se genera el mecanismo por el cual una parte del consumo total de servicios sanitarios tiene su origen en la decisión del profesional médico. Partiendo de este hecho, la ausencia de regulación pública podría prestarse a manipulación. Los oferentes -en función de que la aseguradora fuese o no también la prestadora del servicio- podrían recomendar un consumo insuficiente o excesivo de atención sanitaria. Este comportamiento sólo podría descartarse en el caso de que los médicos dieran prevalencia a sus criterios éticos sobre los condicionantes económicos. Por el contrario, la presencia del Sector Público en la provisión sanitaria permite suavizar este tipo de problemas.

Por otra parte, el problema de la información asimétrica aparece reflejado en la relación entre empresas aseguradoras y asegurados, puesto que son estos últimos quienes mejor estiman los riesgos a los que están sometidos. Como consecuencia de que las empresas no pueden calibrar de manera precisa los riesgos de cada individuo, en un entorno estrictamente privado las primas se establecerían a partir de un promedio de riesgos, de tal manera que se desincentivaría a los agentes de menor riesgo relativo a que se asegurasen. Por el contrario, quienes tuvieran un riesgo superior a la media tendrían incentivos a camuflar su situación y acudirían masivamente al seguro. Al final de este proceso, la cuantía de las primas conduciría a los individuos de riesgo menor a excluirse del seguro. Nos encontramos, por lo tanto, con el problema de la selección adversa.

Como ya se ha comentado, la naturaleza del seguro requiere que se subsidien los altos riesgos a partir de los bajos. El problema surge porque nadie con bajo riesgo quiere por sí mismo subsidiar; esto es, el subsidio tiene los componentes de un bien público.

Por otro lado, el proceso de competencia en el mercado llevaría a excluir de la cobertura a quienes no tuvieran capacidad económica suficiente para adquirir el seguro. Además, si las diferencias en el estado de salud de los individuos fuesen observables por el oferente, se tendería a expulsar del seguro a los individuos con riesgos mayores o enfermedades costosas de tratar. Este problema podría corregirse si se pudiese garantizar el aseguramiento con anterioridad a la aparición de los riesgos. Sin embargo, los avances en los sistemas de diagnóstico dificultan cada vez más dicha posibilidad (Mas Colell (1994)).

En resumen, los problemas informativos que caracterizan el mercado de la sanidad derivarían en el fracaso de un modelo asegurador estrictamente privado. La solución más adecuada al problema de la selección adversa y de la expulsión de ciertos individuos del mercado consiste en garantizar el acceso universal al seguro sanitario a través de un esquema de seguro automático y obligatorio, en términos que no dependan del estado de salud del individuo.

La solución del seguro obligatorio genera, sin embargo, el problema del "riesgo moral". Si los seguros sanitarios cubren los riesgos de manera completa, y convierten la asistencia en gratuita o más barata, los individuos verán debilitados sus incentivos a evitar la contingencia contra la que se aseguran -en este caso, la enfermedad-, descuidando actitudes de prevención de riesgos. Por otro lado, tenderán a incrementar su consumo de servicios puesto que normalmente no se enfrentarán a los precios de mercado. En relación con el descuido de la prevención, si el sector privado es incapaz de establecer adecuadamente las primas, discriminando dichas actitudes de las conductas saludables y asignándoles un coste/recompensa apropiado, el equilibrio final no será eficiente. El problema reside, como señala Stiglitz (1994), en que las compañías de seguro no tienen capacidad para reducir el coste de las actividades que disminuyen el riesgo de la contingencia o para aumentar el de los consumos más perniciosos. El Sector Público sí tiene, sin embargo, poder para establecer subvenciones o impuestos.

En segundo lugar, el riesgo moral conducirá hacia un incremento del gasto sanitario por encima de sus niveles eficientes, como consecuencia del exceso de consumo citado. En este sentido el Sector Público dispone, según algunos autores, de una ventaja comparativa adicional con respecto al sector privado, puesto que puede establecer mecanismos de contención del gasto más efectivos.

Como se ha comprobado, para el caso particular de la sanidad el fundamento de la intervención pública no es tan inmediato como el que corresponde a la provisión de los bienes públicos. Salvo en aspectos muy concretos, en la atención sanitaria concurren las características típicas de los bienes privados: la rivalidad en el consumo y la posibilidad de aplicar el principio de exclusión. Ciertamente, es posible encontrar en el ámbito sanitario algunos bienes y servicios de los que no se puede excluir a quien no paga por su consumo -como puede ser el caso de la erradicación de ciertas enfermedades, las vacunas, el tratamiento de enfermedades infecto-contagiosas y otras medidas de salud pública-. Este hecho justificaría una financiación pública de dichas prestaciones con el fin de superar la ineficiencia resultante de una provisión estrictamente privada. Los ejemplos anteriores representan, además, algunos casos en los que el consumo genera efectos externos, por tratarse de consumos parcialmente rivales. Sin embargo, este tipo de externalidades, llamadas externalidades "físicas", no son las únicas que se plantean en el consumo de atención sanitaria. En el caso de los cuidados de salud también han merecido consideración las llamadas externalidades "filantrópicas", que parten de la existencia de funciones de utilidad interdependientes.

Podemos considerar como ejemplo la siguiente función de utilidad del individuo A ( $U_A$ ), tal que:  $U_A = U_A(x_A, H_A, H_B)$ , con

$$\frac{\partial U_A}{\partial x_A} > 0, \quad \frac{\partial U_A}{\partial H_A} > 0, \quad \frac{\partial U_A}{\partial H_B} > 0$$

donde  $x_A$  representa un vector de bienes y servicios consumidos por A, y H es el consumo de atención sanitaria. De esta forma, la función de utilidad de A incluiría como variable generadora de bienestar la asistencia sanitaria recibida por el individuo B. La salud, por sus características de elemento esencial para la vida, generaría una suerte de sentimiento altruista o solidario en las personas, de manera que el consumo sanitario de los demás incrementaría la propia utilidad, aunque de dicho consumo no se derivasen consecuencias directas para la propia salud. El concepto de externalidad se extiende incluso al caso de que el consumo de atención sanitaria no se haga efectivo: para algunos autores el simple hecho de que se garantice el acceso a los servicios de salud genera incrementos en la utilidad. En este contexto de generación de efectos externos, confiar en la redistribución voluntaria supondría producir una cantidad ineficientemente baja de atención sanitaria, puesto que la variable  $H_B$  tendría las características de un bien público (Albi et al. (1994)).

Por otro lado, también se ha destacado el hecho de que la falta de asistencia sanitaria podría generar fuertes externalidades negativas que redundarían finalmente en la tasa de crecimiento, en términos de individuos productivos contagiados por enfermedades, y/o afectados por las consecuencias familiares que tendría una insuficiente atención de los miembros del hogar (González-Páramo (1994)).

En cualquier caso, y como se ha señalado anteriormente, el sector privado, en ausencia de regulación, será incapaz de generar mercados de seguro completos y, por lo tanto, de garantizar una atención médica adecuada para todo el mundo. Este hecho podría constituir un obstáculo al crecimiento económico en tanto en cuanto se considere que la salud es un elemento necesario en la generación de riqueza, y la limitación a su acceso puede afectar a individuos potencialmente productivos. Consecuentemente, el gasto sanitario público, si garantiza un acceso universal a la sanidad, o si reduce las diferencias en salud entre individuos, puede actuar como un factor más sobre el proceso de acumulación del capital.

Una vez se ha analizado si las condiciones de competencia perfecta tienen su equivalente en el sector sanitario, y se han revisado, por lo tanto, los fallos de mercado de tipo asignativo, podemos cuestionarnos si los planteamientos individualistas que se encuentran en la base del análisis paretiano son aceptables en el ámbito de la salud.

Muchos autores han debatido la conveniencia de los argumentos individualistas en el caso de la sanidad. Así, han aparecido frecuentemente en la literatura calificativos de la salud como bien de "mérito", "preferente" o "tutelar". Estos adjetivos indicarían que, como consecuencia de las especiales características de la salud, considerado un bien esencial para el desarrollo pleno de las capacidades individuales, es necesario garantizar cierto consumo mínimo de servicios sanitarios para todo el mundo, aun a costa de arrebatar al mercado parte de su poder en la asignación de los recursos y, al individuo, parte de su libertad de elección. Además, en el ámbito sanitario, caracterizado por la incertidumbre sobre el estado de salud en el futuro y por el desconocimiento de las consecuencias que sobre la salud puede tener el consumo de distintos bienes, es discutible que el principio de racionalidad en el consumo dé lugar a asignaciones eficientes.

En consecuencia, en tanto en cuanto no es posible confiar en la responsabilidad individual como garante de la eficiencia en la asignación de los recursos, el Sector Público puede justificar su "obligación" de tutelar o dirigir las actuaciones de sus ciudadanos. En definitiva, de ejercer su paternalismo.

La naturaleza incierta de la enfermedad y la posibilidad de que, ante ella, los individuos carezcan de capacidad económica para afrontar sus costes si han decidido no suscribir un seguro, plantea un problema de tintes éticos: ¿debe el Sector Público permitir que el individuo asuma plenamente los costes de su decisión o, por el contrario, es necesario establecer algún mecanismo de protección?. Y, de ser así, ¿qué tipo de mecanismo?. Parece que, en principio, podrían ofrecerse dos respuestas alternativas a esta cuestión.

Por un lado, el Sector Público podría permitir que los ciudadanos ejerciesen plenamente su soberanía como consumidores, admitiendo la posibilidad de que quienes no lo desearan no se asegurasen. Si se dejase a los mercados actuar libremente en un entorno de incertidumbre ante la contingencia de la enfermedad, aquéllos que no hubieran calibrado adecuadamente el riesgo de caer enfermos podrían verse desasistidos. Sin embargo parece impensable que, llegado el caso de que un individuo requiera de asistencia para salvar la vida y no disponga de medios para costearse una atención sanitaria mínima, la sociedad decidiera no intervenir. Esta, en palabras de Mas Colell, "*imposibilidad de un compromiso irrevocable a la no intervención ex post*" (Mas Colell (1994), pág. 67) plantea, además, el problema típico del "*free rider*". En general, si los individuos son conscientes de que el Estado acudirá en su ayuda en cualquier caso, es improbable que mantengan los incentivos a asegurarse.

Alternativamente, el Sector Público podría obligar a todo el mundo a suscribir un seguro médico -ya fuera este público o privado-, rompiendo así con el principio de soberanía del consumidor. Esta segunda estrategia se presenta como la opción más adecuada. Además, el Sector Público desempeña en esta situación, mediante su capacidad de coacción, una labor

imposible para el sector privado (Stiglitz, 1989). Hasta el momento, y en lo concerniente al sector sanitario, la mayor parte de las sociedades modernas han optado por una actitud protectora o paternalista contraria al individualismo que subyace al análisis paretiano. Desde esta perspectiva, se comprueba que la intervención pública incorpora argumentos redistributivos, que escapan del ámbito de lo que consideramos fallos de mercado.

A modo de resumen, se muestran en el cuadro 1 los principales fallos de mercado que caracterizan el sector sanitario, junto con los instrumentos correspondientes empleados por el Sector Público y los efectos secundarios que genera su intervención.

**Cuadro 1. Fallos de mercado e instrumentos de intervención pública.**

Fallos de mercado	Respuesta institucional	Efecto secundario
<p><i>Incertidumbre:</i></p> <p>-en cuanto a la incidencia de la enfermedad</p> <p>-en cuanto a la eficacia de los tratamientos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Seguro</li> <li>· Regulación:</li> <li>-Titulaciones</li> <li>-Acreditación</li> <li>-Control de calidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Riesgo moral</li> <li>· Monopolio</li> </ul>
<p><i>Tutela:</i></p> <p>-debido a la ignorancia del consumidor y falta de racionalidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Provisión pública</li> <li>· Relación de Agencia</li> <li>· Subsidios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Distorsiones sobre la soberanía del consumidor</li> </ul>
<p><i>Externalidades:</i></p> <p>-Tangibles</p> <p>-Filantrópicas (altruismo y utilidad interdependiente)</p> <p>-"Opcionales" (el poder acceder al servicio, aunque no se haga, es beneficioso)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Provisión pública, beneficencia y subsidios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· "Free-riding" o comportamiento aprovechado</li> </ul>
<p><i>Infomación asimétrica:</i></p> <p>-Mercados incompletos</p> <p>-Separabilidad/exogeneidad oferta-demanda</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Relación de agencia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Incentivos compatibles</li> </ul>

Fuente: López i Casanovas y Ortún (1998).

Como se observa en el cuadro anterior, los fallos de mercado que caracterizan el sector sanitario podrían resolverse mediante algunos instrumentos de regulación y mediante cierto grado de participación pública en la financiación. En realidad, la cuestión del aseguramiento obligatorio, elemento central de los argumentos intervencionistas, podría resolverse sin necesidad de que el Sector Público fuese el proveedor -y en la mayor parte de los casos, productor- del servicio, y sin que la prestación se realizase de manera gratuita (Culyer (1989), López i Casanovas (1995)). De hecho, el reembolso de costes a través de transferencias monetarias seguramente garantizaría niveles superiores de bienestar social. La producción pública sólo encuentra justificación en el caso de que se trate, efectivamente, de una solución más eficiente que la que puede ofrecer el sector privado. Por su parte, la gratuidad se justifica por cuestiones distributivas y por la consideración que de la sanidad se hace como bien preferente. En efecto, las razones que han llevado al Sector Público en España a estructurar el sistema sanitario como una red asistencial de cobertura universal y gratuita se derivan de una preocupación notable por la equidad, más que de los problemas generados por el libre funcionamiento de los mercados competitivos.

Una vez se han detallado los principales argumentos que, desde el enfoque normativo de la Hacienda Pública, justifican la intervención del Sector Público en el ámbito sanitario, el siguiente apartado describe cómo se estructura en realidad la

prestación de los servicios sanitarios en España.

### 3. La intervención pública en el sector sanitario español.

El sistema sanitario español, tal y como lo conocemos actualmente, tiene sus antecedentes en 1942, año en que se crea el Seguro Obligatorio de Enfermedad. Este seguro se constituye como un sistema de cobertura sanitaria financiado a través de cuotas laborales. Tras su reestructuración en 1974, año de la promulgación de la Ley General de Seguridad Social, la atención sanitaria se integra dentro del sistema de Seguridad Social. Al margen de estos antecedentes, la configuración actual del sistema sanitario se debe principalmente a la Ley General de Sanidad de 1986 (LGS), que posibilitó la integración en un Sistema Nacional de Salud de las múltiples y descoordinadas redes asistenciales que existían en nuestro país hasta aquel momento. La necesidad de reforma que acuciaba al sector sanitario se vio, además, acrecentada por el reconocimiento del derecho a la protección de la salud en la Constitución de 1978 y por la formulación del Estado de las Autonomías recogida en el texto constitucional.

Es precisamente en la Ley General de Sanidad de 1986 donde se regulan los principios básicos que rigen en la actualidad el funcionamiento del sistema sanitario público en España. En particular, las características fundamentales del Sistema Nacional de Salud (SNS) se resumen en las siguientes:

Extensión de los servicios del SNS a toda la población (universalización de la cobertura).

Definición de los objetivos de equidad en términos de igualdad de acceso y de superación de los desequilibrios territoriales y sociales.

Prestación de una atención integral de la salud, tanto a niveles preventivos como curativos, con el compromiso de garantizar niveles de calidad elevados.

Coordinación de los recursos sanitarios públicos en una sola red.

Financiación de la actividad sanitaria pública mediante diversas fuentes: recursos de las Administraciones Públicas, cotizaciones y tasas por la prestación de ciertos servicios.

En relación con esta última característica hay que destacar que, en los últimos años, se ha venido produciendo el tránsito entre un modelo sanitario de Seguridad Social (que obtiene sus recursos de contribuciones específicas o cotizaciones) y un modelo de Sistema Nacional de Salud, financiado en su mayor parte con impuestos generales. Hasta 1987, las cotizaciones sociales constituían la fuente principal de financiación de los gastos sanitarios. Sin embargo, a partir de esa fecha los impuestos generales pasan a ser la fuente de financiación mayoritaria. Los últimos datos disponibles, correspondientes al proyecto de Presupuestos Generales del Estado (PGE) para 1999, indican que las aportaciones estatales constituyen aproximadamente el 98% del total de recursos sanitarios públicos. Este sistema de financiación va en consonancia con la extensión de la cobertura sanitaria a los no cotizantes.

La importancia relativa que el Sector Público tiene en nuestro sector sanitario se refleja, por ejemplo, en su porcentaje de participación sobre el gasto total. Actualmente, del total de gasto sanitario, aproximadamente las tres cuartas partes corresponden a gasto público. Pero además del papel preponderante que le corresponde al Sector Público en la financiación del gasto, otro de los rasgos característicos que definen al SNS en España es el hecho de que la prestación de la asistencia sanitaria se realiza mayoritariamente a través de centros de propiedad pública.

Desde un punto de vista organizativo, la estructura territorial del SNS en España responde en buena parte al proceso de descentralización competencial que se ha producido en nuestro país durante las dos últimas décadas. Así, hasta el momento se ha llevado a cabo el traspaso de competencias sanitarias para 7 de las 17 Comunidades Autónomas del territorio nacional. Las regiones que gestionan directamente la asistencia sanitaria de sus ciudadanos son: Andalucía, Cataluña, Comunidad Valenciana, País Vasco, Navarra, Galicia y Canarias.

Los motivos que se encuentran en la base de la descentralización superan el ámbito económico, y se encuadran en el proceso de negociación política que caracteriza a un Estado configurado en CC.AA. con gobiernos regionales propios. No obstante, desde la óptica puramente económica, la descentralización en materia sanitaria constituye una herramienta potencial de mejora de la eficiencia en la gestión, puesto que las autoridades regionales pueden estimar mejor que una única autoridad central las necesidades de sus ciudadanos y, de este modo, proceder de una forma más eficiente a su cobertura. Entre las desventajas de un proceso de estas características cabría citar, por ejemplo, las dificultades de coordinación desde una agencia central y la posibilidad de generar diferencias regionales que vulneren el principio de equidad territorial.

La importancia en términos de recursos del proceso descentralizador referido es muy significativa. Según las últimas cifras disponibles, correspondientes al proyecto de PGE de 1999, estos territorios absorben aproximadamente el 61% de los recursos presupuestados para la función sanidad, distribuidos del siguiente modo:

**Cuadro 1. Presupuesto SNS (Gestión Transferida, 1999).**

(Millones de ptas.)

<i>Comunidades Autónomas</i>	<i>Total neto consolidado</i>
Andalucía	727.443
Canarias	161.951
Cataluña	655.285
Galicia	278.862
Navarra*	1.006
País Vasco*	3.924
Valencia	407.744
<b>TOTAL</b>	<b>2.236.215</b>

\*No incluye la parte financiada vía Cupo y Aportación (268.255 millones ptas. del presupuesto INSALUD).

Fuente: Ministerio de Economía y Hacienda (1998b).

Por otro lado, el gasto sanitario público tiene una relevancia notable en los presupuestos de las regiones españolas (ya sea con o sin competencias transferidas). Según los últimos datos disponibles, correspondientes a 1997, el porcentaje que la función sanitaria representaba sobre su total de gastos en ese año ascendió al 25,96%. Por lo tanto, en términos cuantitativos supuso la partida de gasto regional más importante. En términos absolutos, las CC.AA. gastaron en sanidad más de 2 billones y medio de pesetas de los casi 10 billones de su total de gastos (Ministerio de Economía y Hacienda (1998a)).

El conjunto de transferencias (corrientes y de capital) procedentes del INSALUD que reciben las CC.AA. con competencias sanitarias, supuso en 1997 el 26,5% del total de transferencias recibidas por todas las regiones. Por otro lado, los gastos en sanidad representaron la partida de gasto más importante para cada una de estas CC.AA. (a excepción de Canarias, donde aparece como la segunda partida más importante después del gasto en educación). De hecho, el porcentaje de gasto sanitario sobre el total en los territorios con competencias transferidas oscila en 1997 entre el 23,86% de Navarra y el 36,11% de la Comunidad Valenciana.

Las CC.AA. con competencias transferidas organizan la asistencia sanitaria a partir de sus respectivos Servicios Regionales de Salud (SRS), mientras que para el resto del Estado español es el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), dependiente de la Seguridad Social, el organismo a través del cual se gestionan los recursos sanitarios. No obstante, se prevé que el proceso de transferencia competencial se extienda en un futuro al resto de CC.AA.

La legislación básica, junto con la coordinación y distribución de recursos entre regiones corresponde a dos instituciones centrales: el Consejo Interterritorial del SNS y la Dirección General de Alta Inspección y Relaciones con las Administraciones Territoriales que pertenece al Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC). El esquema siguiente resume los niveles de la Administración que intervienen en el sistema sanitario español y las competencias que se les atribuyen.

**Cuadro 2. Estructura competencial del sistema sanitario público en España.**

<b>Administración del Estado</b>
Coordinación general
Régimen económico de la Seguridad Social
Bases de la Sanidad
Sanidad exterior
Política del Medicamento

<i>Gestión de Servicios de Salud INSALUD</i>
<b>Comunidades Autónomas</b>
Planificación sanitaria
Salud Pública
<i>Gestión de Servicios de Salud</i>
<b>Corporaciones Locales</b>
Salubridad
Colaboración en la gestión de los servicios públicos
<b>Consejo Interterritorial</b>
Intercambio información
Líneas generales de la política de personal y suministros del SNS

Fuente: Losada, López y Blass (1997).

Desde una perspectiva funcional, la asistencia sanitaria se divide en varios bloques, entre los que destacan los correspondientes a la Atención Primaria de Salud (APS) y la Asistencia Especializada. A continuación se muestra un esquema de la clasificación funcional del gasto sanitario público, en el que se incluyen los importes destinados a cada función para los años 1998 y 1999.

**Cuadro 3. Clasificación funcional del gasto público sanitario (1998, 1999).**

Presupuesto1998	Presupuesto1999				
Programas	Importe (mill. ptas)	% s/ total	Importe (mill. ptas)	% s/ total	% $\Delta$ 99/98
Dirección y Servicios Generales	26.893	0,7	28.773	0,7	7,0
Formación en Salud Pública y Admón. Sanitaria	763	0,0	782	0,0	2,5
Asist. Hospitalaria F. Armadas	40.658	1,0	43.446	1,1	6,9
APS Insalud Gestión Directa	523.921	13,4	561.235	13,6	7,1
At. Especializada. Insalud G.D.	873.630	22,4	920.444	22,3	5,4
Medicina Marítima	2.154	0,1	2.227	0,1	3,4
Asist. Sanitaria de la S.S. gestionada por CC.AA.	2.127.140	54,5	2.243.741	54,4	5,5
Asist. Sanitaria del Mutual. Admvo.	205.099	5,3	216.005	5,2	5,3
APS Mutual. Admvo. e ISM	64.108	1,6	70.166	1,7	9,4
At. Especializada Mut. Admvo. e ISM	29.414	0,8	30.127	0,7	2,4
Planificación de la asist. sanitaria	5.974	0,2	188	0,0	-96,9
Oferta y uso racional de Medic. y Prod. Sanit.	1.751	0,0	1.798	0,0	2,7
Sanidad Exterior y coord. gral.	3.823	0,1	3.906	0,1	2,2

TOTAL

3.905.328

100

4.122.838

100

5,6

Fuente: Ministerio de Economía y Hacienda (1998b).

En el cuadro anterior se observa que el grueso de los recursos se destina a financiar la asistencia sanitaria que prestan las CC. AA. con servicios transferidos. En segundo lugar, las asignaciones presupuestarias más cuantiosas están referidas a la prestación de asistencia especializada y primaria del INSALUD-Gestión directa. El reparto de recursos entre ambos niveles asistenciales tiene un sesgo notable hacia la atención especializada la cual, según ilustra el cuadro, absorbe aproximadamente el 62% del presupuesto asignado al INSALUD-Gestión directa. Dentro de la asistencia especializada, se incluyen tanto la atención hospitalaria como los servicios ambulatorios prestados por médicos especialistas. Por su parte, los médicos generalistas son los encargados de prestar la atención primaria, y constituyen la puerta de entrada a la atención especializada. Los usuarios del SNS, para tener acceso a estos servicios, deben ser derivados por su médico de cabecera.

El resto de partidas que aparecen en el cuadro anterior tienen un carácter residual. Entre ellas destacan las correspondientes a las Mutualidades públicas, a las que se hará referencia más adelante.

Como se destacó anteriormente, si bien el Sector Público juega un papel preponderante en el sector sanitario español, aproximadamente una cuarta parte del gasto sanitario total corresponde a gasto privado. El sector asegurador privado ofrece a la población dos tipos de seguros: los seguros de enfermedad y los seguros de asistencia sanitaria. En el primer caso, los asegurados anticipan al oferente privado los costes de la asistencia y la aseguradora procede al reembolso de los gastos. En el segundo caso, los seguros proporcionan acceso a la asistencia sanitaria a un coste directo nulo.

Aproximadamente el 15% de la población española posee seguros privados. Del total de individuos cubiertos privadamente, la mayor parte paga por disfrutar de una doble cobertura: la que garantiza la aseguradora privada y la que proporciona el SNS. Los seguros privados son adquiridos mediante compra directa, o bien a través de los empleadores, que ofrecen el seguro como parte de la retribución de sus empleados.

Sin embargo, aproximadamente un tercio de la población asegurada privadamente disfruta exclusivamente de cobertura privada. Nos referimos a los individuos pertenecientes a las tres Mutualidades Públicas existentes en la actualidad: la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE), el Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS) y la Mutualidad General Judicial (MUGEJU). En estos casos, el Sector Público permite a sus empleados elegir libremente entre provisión pública o privada, con un coste adicional nulo. La capacidad de elección se encuentra limitada a los mutualistas, ya que el resto de la población española bajo la protección del SNS obtiene la asistencia del proveedor público que le corresponda según su lugar de residencia (INSALUD para las CC.AA. sin competencias sanitarias, y Servicios Regionales de Salud en el resto de territorios). Este tratamiento de privilegio que recibe la población cubierta por las Mutualidades ha sido cuestionado desde la perspectiva de la equidad, ya que vulnera el principio de igualdad de trato.

El sector privado, en cuanto a la cobertura de los riesgos sanitarios, cumple tareas tanto de tipo complementario como de tipo sustitutivo en relación con la actividad sanitaria pública. Entre las funciones de tipo complementario podemos citar la mejora de la calidad hotelera en los ingresos hospitalarios, o la reducción/eliminación de los tiempos de espera, especialmente en la prestación de asistencia especializada. Por su parte, entre las actividades sustitutivas se encuentra la prestación de servicios excluidos de la financiación pública, y la que disfrutan los individuos con cobertura exclusivamente privada (López i Casasnovas et al. (1997)). Esta función del sector sanitario privado puede generar problemas con respecto a la equidad: en primer lugar, cuanto mayor sea el número de prestaciones que queden al margen de la cobertura pública, mayor será la discriminación en el acceso a la asistencia por motivos económicos. En segundo lugar, la posibilidad de que una parte de la población disfrute de una cobertura exclusivamente privada (en concreto, la mayor parte de los funcionarios) a un coste adicional cero, rompe, como se comentó anteriormente, el principio de no discriminación instituido en el SNS.

Una vez se han descrito los principales rasgos del sector sanitario español, situaremos el sector de los cuidados de salud en el contexto de los países de la Unión Europea (UE). Para ello observaremos, desde una perspectiva comparada, la evolución de algunos de los indicadores de la magnitud y relevancia que el gasto sanitario público tiene en las economías occidentales.

En primer lugar se muestra cuál ha sido la evolución durante el período 1980-1997 del ratio gasto público sanitario/PIB, como indicador del peso relativo que el sector tiene en el conjunto de la economía.

**Cuadro 4. Magnitud del gasto sanitario público en la UE (en % sobre el PIB).**

	1980	1986	1990	1995	1996	1997
<b>Alemania</b>	7,0	7,1	6,7	8,1	8,2	8,1
<b>Austria</b>	5,3	5,3	5,3	5,8	5,7	5,7
<b>Bélgica</b>	5,4	5,9	6,7	6,9	6,8	6,7
<b>Dinamarca</b>	7,7	7,0	7,1	6,8	5,2	5,0

<b>España</b>	<b>4,5</b>	<b>4,5</b>	<b>5,4</b>	<b>5,7</b>	<b>5,8</b>	<b>5,8</b>
Finlandia	5,1	5,9	6,5	5,7	5,8	5,6
Francia	6,0	6,5	6,6	8,0	7,8	7,7
Grecia	2,9	3,6	3,5	4,4	5,2	5,3
Irlanda	7,1	5,8	4,9	5,2	5,2	5,3
Italia	5,6	5,3	6,3	5,4	5,5	5,3
Luxemburgo	5,7	5,3	6,1	6,2	6,2	6,5
Países Bajos	5,9	5,8	6,1	6,7	6,2	6,1
Portugal	3,7	3,7	4,3	5,0	4,9	4,9
Reino Unido	5,0	5,0	5,1	5,8	5,8	5,7
Suecia	8,7	7,9	7,9	7,1	7,2	7,1

Fuente: OECD Health Data (1998).

Los datos del cuadro 4 indican la evolución ascendente que ha registrado el porcentaje de gasto público sanitario en términos de PIB en nuestro país. Entre 1986 y 1997, dicha proporción se ha incrementado en cerca de un 30%. La mayor parte de los países analizados combina variaciones en el ratio anterior de distinto signo y magnitud entre 1980 y 1995, junto con una evolución estable para los últimos tres años considerados. En general, se observa una tendencia alcista hasta comienzos de la década de los 90. El caso más excepcional corresponde a Dinamarca, que registra un descenso continuo de las cifras a lo largo de todo el período.

Por lo que se refiere a la posición relativa de España en el conjunto de los países de la UE, en los años 1980 y 1986 el peso del gasto público en la economía es de los más bajos. Sólo Grecia y Portugal mantienen cifras inferiores. No obstante, a principios de la década de los 90 España tiende a situarse en una posición intermedia para, al final del período, colocarse entre los países cuyo sector sanitario público representa un mayor peso en el conjunto de la economía.

Como se comentó anteriormente, en España coexisten un sector sanitario público mayoritario y un sector privado de carácter secundario. El cuadro 5 muestra la proporción que el gasto público sanitario supone sobre el gasto sanitario total para los países de la UE, así como la evolución de dicha magnitud desde 1980 hasta 1997.

**Cuadro 5. Estructura del gasto sanitario en la UE (% gto. público s/. gasto total).**

	1980	1986	1990	1995	1996	1997
Alemania	78,7	77,7	76,2	78,2	78,3	77,4
Austria	68,8	76,5	73,5	73,3	72,0	72,0
Bélgica	83,4	79,4	88,9	87,8	87,7	87,6
Dinamarca	88,5	89,0	86,1	86,1	65,2	65,0
<b>España</b>	<b>79,9</b>	<b>79,9</b>	<b>78,7</b>	<b>78,7</b>	<b>78,7</b>	<b>78,7</b>
Finlandia	79,0	79,3	80,9	74,7	78,4	77,0
Francia	78,8	76,3	74,5	80,6	80,7	78,4
Grecia	82,2	80,7	82,3	75,8	77,5	74,8
Irlanda	81,6	75,4	72,9	74,7	74,2	75,0
Italia	80,5	76,0	78,1	69,3	69,8	69,9
Luxemburgo	92,8	89,4	93,1	92,4	92,6	91,8
Países Bajos	74,7	72,4	72,7	76,7	72,1	72,0
Portugal	64,3	52,6	65,5	60,5	59,8	60,0
Reino Unido	89,4	85,3	84,1	84,4	84,5	84,5
Suecia	92,5	90,2	89,9	83,4	83,0	83,3

Fuente: OECD Health Data (1998).

Como se observa en el cuadro, el porcentaje que el gasto público sanitario español representa sobre el gasto sanitario total se ha reducido ligeramente entre 1986 y 1990, para situarse en torno al 79% a partir de ese año. En general, se comprueba una tendencia a la baja en la participación de los sectores públicos en el ámbito sanitario, especialmente a partir de la década de los 90. Esta evolución destaca en el caso de Dinamarca, Italia y Suecia, si comparamos las cifras correspondientes a 1997 con los porcentajes del principio del período. Tan sólo Austria y Bélgica mantienen porcentajes de gasto público superiores en 1997 a

los registrados en 1980.

Las estadísticas muestran cómo la posición relativa de nuestro país, en cuanto a participación del Sector Público en sanidad, ha variado poco a lo largo del período considerado. Según las cifras, España se encuentra entre el grupo de países con mayor participación de gasto público sobre el total, junto con Bélgica, Luxemburgo, Reino Unido y Suecia.

Por último, los cuadros 6 y 7 muestran la cuantía y evolución del gasto sanitario público por habitante en los países de la UE.

**Cuadro 6. Gasto público sanitario per capita en los países de la UE. \***

	<b>1980</b>	<b>1986</b>	<b>1990</b>	<b>1995</b>	<b>1996</b>
<b>Alemania</b>	456	739	992	1551	1621
<b>Austria</b>	419	638	835	1119	1157
<b>Bélgica</b>	428	692	1047	1359	1397
<b>Dinamarca</b>	590	905	1107	1370	1093
<b>España</b>	<b>231</b>	<b>355</b>	<b>606</b>	<b>763</b>	<b>805</b>
<b>Finlandia</b>	359	672	985	952	1033
<b>Francia</b>	492	813	1081	1478	1505
<b>Grecia</b>	137	249	300	496	628
<b>Irlanda</b>	329	416	523	835	933
<b>Italia</b>	415	617	974	970	1027
<b>Luxemburgo</b>	500	800	1313	1786	1842
<b>Países Bajos</b>	453	670	913	1248	1220
<b>Portugal</b>	149	222	379	577	607
<b>Reino Unido</b>	356	571	754	969	1021
<b>Suecia</b>	701	1006	1266	1233	1306

\* ECU's, en paridades de poder de compra.

Fuente: OECD Health Data (1998).

En cuanto a los niveles de gasto per capita, observamos que España se encuentra, durante todo el período, entre los países con un gasto más reducido. Tan sólo Grecia y Portugal (e Irlanda en 1990) muestran cifras inferiores a las españolas. Por su parte, los países que destacan por mantener las cifras más elevadas a lo largo de los años analizados son Alemania, Francia y Luxemburgo, junto con Suecia, Bélgica y Dinamarca.

No obstante, la evolución al alza del gasto público por persona en nuestro país ha sido muy notable. En el cuadro siguiente se observa cuál ha sido su crecimiento en el período considerado.

**Cuadro 7. Evolución del gasto público sanitario per capita en la UE (base 1980).\***

	<b>1980</b>	<b>1986</b>	<b>1990</b>	<b>1995</b>	<b>1996</b>
<b>Alemania</b>	100	162	218	340	355
<b>Austria</b>	100	152	199	267	276
<b>Bélgica</b>	100	162	245	318	326
<b>Dinamarca</b>	100	153	188	232	185
<b>España</b>	100	154	262	330	348
<b>Finlandia</b>	100	187	274	265	288

<b>Francia</b>	100	165	220	300	306
<b>Grecia</b>	100	182	219	362	458
<b>Irlanda</b>	100	126	159	254	284
<b>Italia</b>	100	149	235	234	247
<b>Luxemburgo</b>	100	160	263	357	368
<b>Países Bajos</b>	100	148	202	275	269
<b>Portugal</b>	100	149	254	387	407
<b>Reino Unido</b>	100	160	212	272	287
<b>Suecia</b>	100	144	181	176	186

\* Información no disponible para 1997.

Fuente: OECD Health Data (1998).

Como observamos en el cuadro 7, el gasto sanitario público per capita se ha incrementado progresivamente durante los años analizados, y de manera generalizada para todos los países de la UE, a excepción de Finlandia e Italia, por un lado, que combinan un cierto descenso del gasto entre 1990 y 1995 con una evolución alcista posterior, y de Finlandia, por otro, que presenta un descenso notable en las cifras correspondientes a 1996. En este último caso, el gasto público per capita se sitúa por debajo de los niveles alcanzados a comienzos de la década de los 90. Los mayores incrementos en el gasto per capita para 1996 con respecto al año base corresponden a Grecia, Portugal, Luxemburgo, Alemania y España. En concreto, los niveles de gasto en nuestro país suponen en 1996 más del triple de lo que representaban a comienzos de la década de los 80.

Al margen de la dimensión relativa del Sector Público sanitario español en el contexto de la UE, analizaremos, desde una perspectiva comparada, las principales diferencias que se observan entre países en relación con dos tipos de variables: la población protegida por el seguro público y las prestaciones sanitarias ofrecidas por cada sistema. Estas dos variables resultan especialmente relevantes desde el punto de vista de los juicios distributivos que se hallan implícitos en la organización sanitaria de cada país. El siguiente cuadro resume esta información para los 15 Estados miembros de la Unión. Las prestaciones consideradas se han agrupado en Atención Primaria, Atención Especializada, Farmacia y Otras Prestaciones.

**Cuadro 8. Beneficiarios y prestaciones del seguro sanitario público en los países de la UE.**

	<b>Beneficiarios</b>	<b>Atención Primaria</b>	<b>Atención Especializada</b>	<b>Farmacia</b>	<b>Otras Prestaciones</b>
<b>Alemania</b>	Asalariados, pensionistas, parados, estudiantes, agricultores, asegurados voluntarios (incluidos cónyuges e hijos, con algunos límites)	Libre elección del médico  Asistencia gratuita (los asegurados voluntarios pueden optar por el reembolso de los costes)	Gratuita en general (excepto tratamientos no convencionales).  Gastos hospitalarios: pago por día entre 7.1 y 8.6 ECU's durante, como máximo, las primeras dos semanas (posible reembolso de los costes)	Participación general en el coste (entre 4.6 y 6.6 ECU's)	Posibilidad de reembolso en ciertos gastos dentales, financiación de gastos en prótesis, servicios ópticos, etc. Financiación de diversos cuidados y ayudas a domicilio
<b>Austria</b>	Asalariados, pensionistas, parados algunos trabajadores autónomos, asegurados voluntarios (incluidos cónyuges e hijos - con límites de edad- si no están asegurados personalmente). No existe seguro obligatorio si los ingresos son inferiores a 275 ECU's al mes	Libre elección de médico (entre los concertados). Pago de 3.60 ECU's por cada episodio de enfermedad (excepto niños, jubilados e indigentes)	Atención hospitalaria: pago máximo de 5 ECU's por día, durante un período máximo de 28 días al año. Familiares de los asegurados: pago del 10% de los costes durante 4 semanas	Pago de 3.10 ECU's por prescripción (medicamentos autorizados). Fármacos gratuitos para enfermedades contagiosas o personas de recursos insuficientes	Algunos servicios dentales cubiertos (en estos casos, pago de 3.60 ECU's por episodio, salvo niños, jubilados e indigentes).  Financiación parcial de servicios ópticos, prótesis, etc.  Financiación de ciertos chequeos, asistencia a domicilio y gastos de transporte

<b>Bélgica</b>	Asalariados y asimilados, pensionistas, parados, incapacitados, estudiantes de enseñanza superior (incluidas personas a cargo del asegurado bajo ciertas condiciones)	Libre elección de médico. Pago adelantado con reembolso según tarifas. En general, participación en el coste (máx. 25%, en ciertos cuidados se eleva hasta el 40%). Por encima de cierta cantidad anual, la asistencia es gratuita. Régimen preferencial para inválidos, pensionistas, viudas/os y huérfanos con ingresos inferiores a un máximo.	Libre elección de hospital entre los establecimientos concertados. Pago de cantidad fija por hospitalización: 27 ECU's. Pago por día de 11 ECU's diarios (3.7 ECU's en casos excepcionales). Esta cantidad varía a partir del 9º día y del 91º día.	Fármacos para enfermedades graves: gratuitos. Participación en el coste en función de la utilidad terapéutica: entre un 25% y un 80% (con techos máximos para ciertos casos). Participaciones reducidas para inválidos, pensionistas, viudas/os y huérfanos	Reembolso gastos en servicios dentales, prótesis, servicios ópticos, etc.
<b>Dinamarca</b>	Residentes	Categoría 1: libre elección (2 veces al año) entre los médicos del distrito. Asistencia gratuita si el servicio lo presta el médico elegido.  Categoría 2: libertad de elección, con una parte de los honorarios a cargo del asegurado	<i>Especialista:</i>  Categoría 1: gratuita si el generalista elegido ha prescrito la consulta.  Categoría 2: una parte de los costes corre a cargo del asegurado.  <i>Atención hospitalaria:</i> libre elección entre los hospitales públicos regionales. Asistencia gratuita en hospitales públicos, privados concertados o privados no concertados si un hospital público prescribe el ingreso	Participación en el coste entre el 0% y el 50% según el tipo de fármaco	Financiación parcial de ciertos servicios dentales. Reembolso parcial de costes en prótesis y servicios ópticos. Financiación de diversos cuidados y ayudas a domicilio
<b>España</b>	<b>Asalariados, pensionistas, beneficiarios de otras prestaciones, residentes con recursos insuficientes (incluidas personas a cargo del asegurado)</b>	<b>Libre elección médico generalista y pediatra en la región</b>  <b>Asistencia gratuita</b>	<b>Posibilidad de elección de otros especialistas en consultas externas por áreas</b>  <b>Gratuita</b>	<b>Pago del 40% del precio (para medicamentos pertenecientes a la lista oficial), excepto pensionistas (gratuitos) y enfermos crónicos (10%)</b>	<b>Extracciones dentales, prótesis, asistencia a domicilio, transporte de enfermos</b>
<b>Finlandia</b>	Residentes	Elección del médico limitada. Pago entre 8.40 y 17 ECU's según municipio, por las 3 primeras visitas en el año (excepto para menores de 15 años). Reembolso parcial de honorarios pagados a médicos privados, con límites	Pago de 17 ECU's por visita.  Pago de 21 ECU's por día de hospitalización. Para tratamientos de larga duración, la participación se fija según los ingresos (con techos máximos). Reembolso parcial de costes en clínicas privadas	Pago de 8.50 ECU's más el 50% de la cantidad que exceda de esa suma para los medicamentos prescritos por un médico. Por encima de 541 ECU's pagados al año, reembolso total de costes. Para enfermedades graves o crónicas, reembolso de costes con condiciones	Servicios dentales: participación en el coste según tarifas. En ciertos casos, reembolso parcial de costes. Prótesis, servicios ópticos, etc., cubiertos en ciertos casos. Reembolso parcial de costes de transporte
<b>Francia</b>	Asalariados y asimilados, pensionistas, parados, estudiantes (incluidos familiares a cargo del asegurado, bajo ciertas condiciones)	Libre elección del médico  Pago adelantado con reembolso según tarifas. Participación en el coste, entre el 20% y el 30% según servicio	Libre elección entre hospitales (públicos y concertados). Participación en el coste (en general, el 20%, 0% a partir del 31º día de ingreso) + 11 ECU's por día de hospitalización	Participación en el precio (35% ó 65% según el caso) excepto para enfermos crónicos	Financiación parcial de algunos gastos dentales, prótesis, gastos ópticos, transporte por hospitalización, etc.

(cont.)	Beneficiarios	Atención Primaria	Atención Especializada	Farmacia	Otras prestaciones
<b>Grecia</b>	Asalariados o asimilados, pensionistas y parados (incluidos familiares a cargo del asegurado)	No existe libre elección. Médico asignado por la aseguradora. Asistencia gratuita	Gratuita	Participación en el coste del 25% (10% en ciertos casos) de los fármacos prescritos, salvo en caso de enfermedades crónicas, accidentes laborales y maternidad (gratuitos)	Servicios dentales gratuitos (excepto 25% coste de las prótesis).  Financiación parcial de servicios ópticos, gastos de desplazamiento, etc.
<b>Irlanda</b>	Residentes habituales, personas con ingresos inferiores a un mínimo (incluidos familiares a cargo del asegurado). Derechos limitados para el resto de población	<i>Personas con derechos plenos:</i> libre elección de médicos dentro de la región. Asistencia gratuita.  <i>Individuos con derechos limitados:</i> libre elección y pago total de costes (salvo enfermedades de larga duración)	Servicios de especialista en hospitales: gratuita.  Asistencia hospitalaria: gratuita para individuos con derechos plenos; para personas con derechos limitados pago de 32 ECU's por noche.  Visitas a urgencias no prescritas: 26 ECU's por la primera visita	Fármacos gratuitos para individuos con protección completa.  Individuos con derechos limitados: reembolso de gastos superiores a 117 ECU's por trimestre y 41 ECU's por mes para enfermos de larga duración.  Gratuitos para ciertas enfermedades	Servicios dentales, prótesis, servicios ópticos, etc. gratuitos para personas con derechos completos, menores de 6 años y alumnos de colegios públicos hasta los 14 años. Financiación parcial en resto de casos.  Ayudas a domicilio y transporte bajo ciertas condiciones
<b>Italia</b>	Residentes	Libre elección (con limitaciones) de médico generalista  Asistencia gratuita	En general, 36 ECU's por cada visita al especialista (tb. por cada análisis), excepto menores de 6 años, mayores de 65, enfermos graves y perceptores de pensiones bajas. Atención hospitalaria gratuita, libre elección del centro (público y concertado)	Pago entre el 0 y el 100% del precio por tipos de medicamentos según la gravedad de la enfermedad + Pago por receta (con alguna excepción en función de la edad y condiciones económicas)	Atención dental gratuita
<b>Luxemburgo</b>	Trabajadores, pensionistas, parados, beneficiarios de ingresos sujetos a cotización, beneficiarios de complementos al ingreso mínimo garantizado, asegurados voluntarios (incluidos familiares a cargo del asegurado)	Libre elección del médico. Pago anticipado más reembolso por la aseguradora. Participación en los costes: 20% primera visita (por períodos de 28 días), 5% visitas siguientes	Libre elección entre hospitales (con autorización de la aseguradora). Pago de 5.40 ECU's por día de hospitalización	Participación entre un 0% y un 100% del coste según la clasificación de los fármacos	Servicios dentales: reembolso parcial de costes según tarifas.  Financiación de prótesis, servicios ópticos, etc. Reembolso costes de transporte

<b>Países Bajos</b>	<i>Ley de seguro de enfermedad:</i>  Trabajadores y pensionistas (bajo ciertas condiciones incluye cónyuge e hijos a cargo).  <i>Ley sobre gastos médicos excepcionales:</i> residentes y contribuyentes en Países Bajos	Libre elección de médico (2 veces al año). Asistencia gratuita en general (salvo para ciertos cuidados)	Libre elección de hospital. Asistencia gratuita en habitaciones de clase inferior	Para ciertos fármacos, se paga el coste que sobrepase cierta cuantía	Servicios dentales, prótesis, servicios ópticos, etc.: gratuitos en general
<b>Portugal</b>	Residentes	Libre elección (entre públicos y concertados). Ticket moderador variable fijado por el gobierno (excepto para ciertos grupos de población)	Especialistas: libre elección entre públicos y concertados.  Asistencia hospitalaria: libre elección entre hospitales públicos y concertados si hay lista de espera. Asistencia gratuita en habitación compartida (o individual si así lo decide el médico)	Según tipo de enfermedad: participación en el coste entre el 30% y el 60% (para medicamentos pertenecientes a la lista oficial). Rebaja del 15% para pensionistas con bajos recursos	Servicios dentales: en general, gratuitos en centros públicos. Financiación parcial de servicios ópticos, prótesis, etc. Financiación del transporte de enfermos
<b>Reino Unido</b>	Residentes	Libre elección de médico  Asistencia gratuita	Gratuita (excepción: demanda de servicios no necesarios clínicamente)	Pago de 8.5 ECU's por producto prescrito (algunos grupos de población excluidos, en función de la edad o condiciones económicas). Posibilidad de comprar bonos para fármacos prescritos gratuita e ilimitadamente durante su período de validez	Financiación parcial de servicios dentales y ópticos, prótesis gratuitas, financiación gastos de transporte
<b>Suecia</b>	Residentes	Libre elección de médico. Participación en los costes entre 6.9 y 15 ECU's por visita	Especialistas: pago entre 7 y 30 ECU's por tratamiento (visitas a urgencias: entre 11 y 34 ECU's).  Atención hospitalaria: libre elección entre hospitales públicos y privados concertados. Pago máximo de 9.20 ECU's por día	Participación en el coste hasta 46 ECU's. Por encima de ese límite, reembolso entre el 50% y el 100% sobre dicha cantidad	Servicios dentales gratuitos hasta los 20 años. Financiación gastos de transporte, etc.

Fuente: Comisión Europea (1997, 1998) y elaboración propia.

De la información contenida en el cuadro anterior, podemos concluir que existen ciertas diferencias entre países en cuanto a los beneficiarios del seguro público se refiere. Algunos de los Estados de la UE definen la población protegida a partir del criterio más amplio posible: el de residencia. Este es el caso de Dinamarca, Finlandia, Italia, Portugal, Reino Unido y Suecia. El resto de países establece criterios más restrictivos, si bien en la práctica la cobertura puede, como en el caso de España, considerarse prácticamente universal. Como casos particulares cabe destacar a Países Bajos e Irlanda. En el primero de ellos los residentes sólo están protegidos por la que se denomina *Ley sobre gastos médicos excepcionales*, siendo el seguro de enfermedad de aplicación para trabajadores y pensionistas (y familiares a cargo). En el caso irlandés el criterio de residencia se restringe al de residencia habitual para garantizar la cobertura plena.

En cuanto a las prestaciones de Atención Primaria, encontramos que la libre elección del médico está prácticamente generalizada, a pesar de que en ciertos países se imponen restricciones relacionadas, en general, con criterios territoriales. Grecia es el único país que no permite la elección por parte de los asegurados, ya que es la aseguradora quien asigna el médico. Por lo que respecta a las limitaciones al acceso mediante precio, podemos agrupar los distintos países en varias categorías, según la asistencia se preste de manera completamente gratuita o bien el paciente deba participar en el coste, ya sea mediante un porcentaje del coste total o mediante el pago de una cantidad fija. La asistencia es, en general, gratuita en algo más de la mitad de los Estados miembros. En particular, lo es en Alemania, Dinamarca, España, Grecia, Países Bajos, Irlanda, Italia y Reino Unido. Un

segundo grupo de países se caracteriza por establecer copagos en forma de cantidades fijas, pagadas por visita realizada y/o por episodio de enfermedad. No obstante, en general se establecen limitaciones al copago para ciertos grupos de individuos en función de criterios económicos o de edad. A este grupo pertenecen Austria, Finlandia, Portugal y Suecia. Por último, en determinados países el copago se materializa en un porcentaje del coste total. En este grupo se encuentran Bélgica, Francia y Luxemburgo. Los porcentajes de participación en el coste oscilan, en términos generales, entre un 20% y un 30%. En algunos casos los porcentajes difieren en función de que se trate de la primera o sucesivas visitas y, en ocasiones, también se excluye del pago a determinados colectivos.

Si comparamos las prestaciones de asistencia especializada también observamos que, mientras algunos países ofrecen los servicios de forma gratuita, otros establecen mecanismos de participación en el coste. Los Estados que ofrecen asistencia gratuita son: Dinamarca, España, Grecia, Países Bajos, Irlanda, Reino Unido, Italia y Portugal, si bien en los dos últimos casos sólo es gratuita la asistencia hospitalaria. En ciertos países, no obstante, existe la posibilidad de obtener una mejora de la calidad hotelera mediante pago. Como vemos, 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 pagos por día de hospitalización. Estos pagos suelen estar sujetos a limitaciones temporales, con el fin de aliviar el coste en tratamientos de larga duración.

El siguiente grupo de prestaciones analizadas hace referencia a los medicamentos. Según indica el cuadro, 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. La participación en el coste se materializa nuevamente, bien en una cantidad por fármaco prescrito, bien en un porcentaje del coste total de los mismos. En el primer caso se encuentran Alemania, Austria, Reino Unido y Suecia, mientras en el segundo grupo se clasifica el resto de países, a excepción de Finlandia e Italia que combinan ambas fórmulas de copago. En general, los porcentajes de participación en el precio varían en función de un conjunto de variables: la utilidad terapéutica de los fármacos, la gravedad y/o cronicidad de las enfermedades, la edad o la capacidad económica de los individuos.

Por último, se incluye en el cuadro un grupo de "otras prestaciones", que integra servicios diversos como la atención dental, servicios ópticos, prótesis y asistencia domiciliaria, entre otros. Los países que financian en su totalidad la mayor parte de estas prestaciones son Bélgica, Países Bajos e Irlanda. El resto, o bien financia por completo alguna de las prestaciones anteriores, o bien ofrece financiación parcial.

Del análisis anterior, y por lo que respecta a las prestaciones de Atención Primaria y Especializada, observamos que España se encuentra en el bloque de países que desvincula la atención prestada de la capacidad económica de los individuos, no imponiendo barreras monetarias en el acceso a la asistencia. La institución de un sistema de prestaciones de estas características, y la resistencia de amplios sectores de la población a introducir mecanismos de participación en el coste, indican hasta qué punto las preferencias sociales incorporan argumentos redistributivos en nuestro país.

Por otra parte, el crecimiento de los niveles de gasto sanitario reflejado en los cuadros anteriores, ha motivado en los últimos años la preocupación de todos los países por conocer sus causas y contener su evolución, en un contexto de problemas presupuestarios acuciantes. Los factores que habitualmente se citan para explicar el crecimiento del gasto sanitario incluyen, entre otros: los cambios en la pirámide poblacional causados por un envejecimiento progresivo de la población, la aparición de nuevas tecnologías y de nuevas enfermedades de tratamientos costosos, la universalización de la cobertura asistencial, el aumento del índice de precios sanitarios y el incremento de las prestaciones medias. Todos ellos, sumados a la necesidad de, como mínimo, no reducir la calidad de la asistencia prestada a los ciudadanos, presionan sobre los sistemas de salud públicos en la búsqueda de mecanismos que permitan reducir la tasa de crecimiento de la factura sanitaria.

Siguiendo el ejemplo de otros países, en España se han introducido algunas fórmulas de gestión con el fin de agotar el margen de ahorro que tiene su origen en el incremento de los niveles de eficiencia en la prestación asistencial. Desde una perspectiva general, los esfuerzos para aumentar la eficiencia se han dirigido hacia la separación de las funciones de financiación y compra de servicios, por un lado, y de provisión de la asistencia por otro.

La preocupación por el crecimiento de los gastos sanitarios ha conducido, asimismo, a la búsqueda de mecanismos de contención de costes por el lado de la demanda, con implicaciones significativas sobre la equidad. En particular, a través del establecimiento de copagos o de restricciones en las prestaciones.

Los copagos se definen como una participación en el coste del servicio, ya sea a través de un porcentaje del coste total o en forma de una cantidad fija por bien o servicio consumido. De este modo se persigue la racionalización del consumo, concienciando al paciente del coste de los servicios e intentando responsabilizarle en el uso de los mismos. Sin embargo, este instrumento plantea problemas de efectividad en la medida en que el componente de demanda inducida por el oferente sea mayor. Por otro lado, plantea problemas que han sido destacados tradicionalmente, como el hecho de que, en caso de que suponga un desincentivo real a la demanda, resulta difícil separar el componente de demanda superflua del de demanda necesaria. Este hecho se deriva de los problemas de información asimétrica que fueron destacados en el epígrafe anterior. Por último, plantea inconvenientes desde el punto de vista de la equidad: el establecimiento del copago supone, hasta cierto punto, la ruptura del principio de desvinculación entre la prestación de la asistencia y la capacidad económica de los individuos y, por lo tanto, la vulneración del principio de igualdad de acceso.

Por otra parte, se ha sugerido la posibilidad de restringir o priorizar las prestaciones según criterios de coste-efectividad, dadas las dificultades de ofrecer una atención integral a toda la población en un contexto de insuficiencia de recursos. Los objetivos de establecer un catálogo de prestaciones pueden resumirse como sigue (López i Casanovas et al. 1997):

Hacer explícitas las prestaciones que los usuarios tienen derecho a percibir, fijando como obligación del sistema su provisión.

Limitar el derecho de los usuarios a recibir prestaciones.

Garantizar un conjunto de prestaciones mínimo a la totalidad de los ciudadanos.

Planificar la asistencia a partir del establecimiento de prioridades.

Definir los presupuestos sanitarios, una vez se conocen los costes de cobertura de una determinada población.

Establecer criterios de inclusión de nuevos servicios y tecnologías bajo el esquema de financiación pública.

Todo ello, con la finalidad última de racionalizar el sistema sanitario.

Pero, efectivamente, tal y como se señala en la lista anterior, priorizar implica que deben explicitarse los criterios de inclusión(exclusión) de las prestaciones en(de) la financiación pública, lo que a su vez exige asignar ponderaciones a los distintos servicios médicos, tratamientos y/o pacientes. Por lo tanto, esta estrategia de racionamiento requiere que se establezcan juicios que, inevitablemente, generan conflictos potenciales con el principio de equidad, y sobre los que no existe una opinión unánime.

La implantación de este tipo de medidas racionalizadoras de la demanda ha tenido hasta el momento un impacto muy reducido en nuestro país. En el ámbito de los copagos, cabe señalar tan sólo su aplicación al consumo de fármacos, mientras el acceso al resto de servicios del SNS se realiza de manera gratuita. Por lo que respecta a la introducción de un catálogo de prestaciones cabe señalar que, actualmente, han sido excluidos de la financiación pública de manera explícita ciertos tratamientos como la cirugía plástica, las operaciones de cambio de sexo, las curas en balnearios o el psicoanálisis. Sin embargo, no se han dado más pasos hacia la aplicación de una auténtica estrategia de priorización de las prestaciones.

Finalmente, de la exposición de las principales características del SNS español, se concluye que su configuración responde básicamente a criterios distributivos. El papel predominante jugado por el Sector Público en el ámbito sanitario, junto con la resistencia al establecimiento de copagos y de restricciones en las prestaciones, avalan la afirmación anterior.

En el apartado siguiente se examinan los principales conceptos de equidad, y se analiza su potencial aplicación al ámbito sanitario. Finalmente, se describen los objetivos distributivos definidos en la legislación sanitaria española.

#### **4. El concepto de equidad y su papel como objetivo de política sanitaria.**

Así como la definición de eficiencia no ha generado especial controversia entre los economistas, la precisión del concepto de equidad ha dado lugar a múltiples teorías, sustentadas por concepciones ideológicas muy diferentes. Algunas de ellas serán revisadas en este apartado, haciendo especial hincapié en su aplicación al ámbito de la prestación sanitaria.

En muchas ocasiones, equidad e igualdad se han hecho aparecer como sinónimos. Sin embargo, parece claro que asignaciones iguales de todos los bienes no se corresponderían con la mayoría de criterios de justicia que se utilizan habitualmente. Asimismo, la distribución desigual de algunos bienes o servicios no siempre puede ser considerada como inequitativa o injusta. En palabras de Pereira (1989), el término igualdad hace referencia a que "*las participaciones en la distribución son iguales*" (Pereira (1989), pág. 3). Sin embargo, el concepto de equidad se correspondería con la justicia en los resultados y en el proceso de la distribución.

Como paso previo a la elección de un criterio de equidad concreto, es preciso definir el marco teórico bajo el que examinar los distintos conceptos de equidad propuestos en la literatura. A lo largo del tiempo, las distintas corrientes de pensamiento han definido qué se entiende por equidad en el ámbito sanitario, y han determinado cuál es el papel que el Sector Público debería tener asignado en este campo.

Por otro lado, algunos autores (Pereira (1989), LeGrand (1991)) han definido una serie de requisitos que cualquier criterio económico de equidad debe satisfacer, y que podrían resumirse en los siguientes:

Fácil comprensión.

Operatividad.

Debe evitar las comparaciones interpersonales de utilidad.

Rigor en la definición.

Con posibilidad de ser validado empíricamente.

Ordinalidad.

Simetría en el tratamiento de los agentes económicos.

De amplia aceptación.

Por lo tanto, se examinarán las teorías de equidad más relevantes a la luz de los requisitos anteriores.

En primer lugar, las teorías libertarias consideran equitativa cualquier distribución final de bienes que resulte del mercado, siempre y cuando las dotaciones iniciales de recursos se hayan obtenido legítimamente. El mercado es, por tanto, un mecanismo aséptico cuyos resultados no pueden ser juzgados de acuerdo con criterios de justicia (LeGrand (1991)). La acción redistributiva del Sector Público queda limitada a garantizar el orden, evitando robos o abusos de otro tipo. De esta manera, se devuelve a los mercados y a las propias acciones individuales la responsabilidad sobre los resultados de una distribución. Con respecto a la actividad sanitaria, este enfoque implicaría que la autoridad pública no debería actuar ante desigualdades en la salud o ante desigualdades en el acceso y/o consumo de los servicios sanitarios.

En esta misma corriente de pensamiento es posible encontrar enfoques algo menos radicales. En efecto, algunos autores proponen la existencia de un "mínimo decente", de tal manera que el Sector Público debería garantizar que nadie se situara por debajo de un determinado nivel de consumo para ciertos bienes o servicios como, por ejemplo, la atención sanitaria.

El apoyo de estas teorías derivaría en un sistema sanitario principalmente privado, en el que las preferencias de los pacientes y su capacidad de pagar por la atención determinarían la asistencia prestada. La acción redistributiva del Sector Público quedaría limitada, como máximo, a prestar su ayuda a los más pobres con el fin de que pudieran alcanzar el nivel propuesto como umbral. En realidad, las tesis anteriores se basan en la defensa de los planteamientos individualistas, cuya aplicación en el ámbito de la sanidad fue discutida en el segundo apartado del trabajo. Por otro lado, la creencia de que las asignaciones derivadas del libre funcionamiento del mercado no pueden considerarse injustas, puesto que el mecanismo de asignación es espontáneo, pierde su fundamento en tanto en cuanto el Sector Público interviene activamente en el juego económico (LeGrand (1991)).

Por su parte, los utilitaristas definen como objetivo la maximización de la utilidad total, calculada como la suma de utilidades individuales. Los recursos sanitarios deberían, entonces, asignarse a quienes más utilidad pudieran obtener de ellos. Por lo tanto, no existe preocupación alguna por la justicia del proceso distributivo, ya que lo único importante es el resultado final en términos de utilidad agregada. A pesar de que se reserva al Sector Público una función activa en la asignación de los recursos, el utilitarismo se centra esencialmente en el logro de la eficiencia, sin plantear explícitamente una teoría de la justicia. La indiferencia por la desigualdad que caracteriza este enfoque es precisamente lo que ha originado su escasa aceptación. Por otro lado, los problemas asociados a la medición de la utilidad y a la realización de comparaciones interpersonales que subyacen en esta teoría la convierten en un instrumento poco operativo.

Otro grupo de teorías basan la noción de equidad en el concepto de las asignaciones "libres de envidia". Bajo este enfoque, una distribución se considera equitativa cuando ningún agente envidia la participación de otro en el reparto de los recursos. Nuevamente, encontramos problemas asociados a la formulación de este criterio: por ejemplo, en relación con el requisito de amplia aceptación, especialmente si existen preferencias consideradas "perversas" desde el punto de vista social. La cuestión reside en que sólo se tienen en cuenta las preferencias de cada individuo considerado aisladamente, al margen de cuáles sean las del resto de ciudadanos. Por otro lado, el criterio de equidad basado en las asignaciones libres de envidia resulta poco operativo, y con escasas posibilidades de ser comprobado empíricamente.

Una de las concepciones de equidad que tradicionalmente se destacan en la literatura corresponde a "la regla del maximin", formulada por Rawls (1971). Según Rawls, la acción redistributiva del Sector Público debe centrarse en maximizar los beneficios de los individuos menos favorecidos. En consecuencia, las desigualdades pueden estar justificadas si favorecen a los más pobres. La función de bienestar rawlsiana se caracteriza, por lo tanto, por mostrar una aversión extrema a la desigualdad.

Esta teoría de la equidad ha sido criticada por varias razones (LeGrand (1987)): entre ellas, destaca la dificultad de decidir con qué criterio deben definirse los menos favorecidos (en relación a la salud, a la renta, etc.). Además, LeGrand considera que es poco realista suponer que podemos diferenciar las desigualdades que benefician a los más desfavorecidos del resto de desigualdades. Por otra parte, las implicaciones de la teoría rawlsiana en relación con la política redistributiva también

han merecido críticas, por poner excesivo hincapié en la igualación del consumo de bienes básicos (Sen (1980)).

El enfoque de Sen de las capacidades básicas supera las limitaciones de la teoría de Rawls. Para Sen (1980), la redistribución debe guiarse en términos de la igualación de las capacidades básicas de los individuos, y no del consumo de los bienes. En el ámbito de la sanidad, la función del Sector Público consistiría en garantizar que las capacidades que la atención sanitaria procura a los individuos sean iguales para todos. Los problemas que plantea el argumento de Sen son, básicamente, de carácter operativo, y están relacionados con la definición, medición y agregación de las capacidades básicas.

Entre los enfoques de equidad más recientes se encuentra el formulado por LeGrand (1987, 1991), que se centra en la igualación de los conjuntos de elección. Según este criterio, todas aquellas distribuciones que sean resultado de decisiones libres, tomadas a partir de conjuntos de elección iguales, serán consideradas equitativas. Por lo tanto, la equidad no puede juzgarse a partir de la igualdad o desigualdad en los resultados. Su análisis debe considerar el proceso de generación de la distribución final de los mismos.

Uno de los problemas derivados del enfoque de LeGrand está relacionado con su escasa operatividad, al no ser fácilmente verificable el principio de igualdad en las posibilidades de consumo o en los conjuntos de elección. Además, una parte de las preferencias puede venir condicionada por factores externos sobre los que no existe posibilidad de elegir. Las pautas de consumo están determinadas implícitamente por variables como la educación, el entorno o la posición social, sobre las que los individuos no tienen poder de decisión. El problema fundamental reside en distinguir exactamente qué acciones se encuentran bajo control individual y qué acciones no. En este sentido, puede ser arriesgado juzgar si una decisión es fruto de las preferencias libremente formadas, o bien si se deriva de la ignorancia sobre las consecuencias de una determinada acción, especialmente en el contexto de información asimétrica en que se mueven los individuos en el ámbito sanitario.

Las implicaciones de esta teoría sobre cómo debe articularse la intervención pública en sanidad son notables. Según LeGrand, la asistencia sanitaria debería prestarse de manera gratuita (a partir de financiación colectiva) para aquellos individuos cuyas enfermedades fuesen debidas a factores que escapan a su control (por ejemplo, las enfermedades hereditarias). Por el contrario, en aquellas situaciones que fuesen resultado de una libre elección, la garantía de equidad no exigiría de la intervención colectiva. Sin embargo, tal y como se comentó en las líneas anteriores, es altamente improbable que el Sector Público, en sociedades como la española, no actúe ante situaciones de necesidad, aunque sean resultado de ciertas actividades "libremente" elegidas (como el tabaquismo, la práctica de deportes de riesgo, etc.). Este inconveniente podría superarse, según el autor, combinando la prestación gratuita de asistencia sanitaria con el establecimiento de impuestos que gravasen las actividades perjudiciales para la salud.

El problema de la soberanía del consumidor abordado por LeGrand entronca directamente con el proceso de formación de las preferencias. Dicho proceso depende de factores intrínsecos sobre los que no puede actuarse, y de factores exógenos que pueden ser, por ejemplo, ambientales: el entorno de procedencia, la renta, el nivel de estudios, etc. Sólo cuando se anula el efecto de circunstancias exógenas, que están más allá del control individual, se logra una auténtica igualdad de oportunidades (Roemer (1998)). Roemer, además, precisa el concepto de igualdad de oportunidades "formal" en relación al de igualdad "de facto". De su argumentación se deriva que el hecho de garantizar una atención sanitaria pública disponible para todo el mundo no implica igualar las oportunidades. Según Roemer, dicha igualación debería producirse en un estadio anterior; de hecho, no existe elección libre si los individuos no son igualmente conscientes de todos los costes y beneficios que supone una acción determinada, o si no se enfrentan a los mismos costes/beneficios como consecuencia de factores exógenos no controlables, porque están sometidos a circunstancias (alterables) diferentes.

Al margen de estos enfoques teóricos, los objetivos de equidad definidos en la práctica por los distintos países europeos responden a patrones igualitarios (Wagstaff et al. (1989)). Según estos objetivos, el Sector Público debe desempeñar un papel predominante en el logro de la equidad, ya que debe garantizar que la atención sanitaria que reciben los ciudadanos sea independiente de su capacidad de pagar por ella. La necesidad se constituye como el elemento determinante en la asignación de los recursos.

Bajo este enfoque, se han diferenciado tradicionalmente dos aspectos que forman parte del término "equidad": el desigual trato de los diferentes -equidad vertical- y el tratamiento igual de los iguales -equidad horizontal-.

Por lo que se refiere al ámbito del sector sanitario, y desde una perspectiva interpersonal, los análisis de equidad pueden diferenciarse bien desde el ángulo de la financiación, bien desde la óptica de la prestación efectiva de los servicios. En el primer caso, los estudios de equidad vertical analizan hasta qué punto los individuos pertenecientes a diferentes grupos de renta contribuyen a la financiación del sistema en función de su capacidad de pago. En la vertiente de la prestación de los servicios, dependiendo del criterio de equidad seleccionado, se dice que hay equidad vertical cuando individuos diferentes -normalmente definidos en términos de necesidad- acceden de manera distinta al sistema, consumen distintas cantidades de servicios, obtienen distintos resultados en salud, etc.

Por lo que respecta a la equidad horizontal, un sistema de financiación equitativo requeriría que individuos de capacidad de pago similar contribuyesen de forma semejante en el mantenimiento de la estructura sanitaria. En cuanto a la prestación del servicio, los individuos considerados iguales deberían recibir igual trato por parte del sistema sanitario. En la práctica, los objetivos distributivos tienden a formularse precisamente en términos de lo que se ha denominado equidad horizontal en la prestación sanitaria. A este respecto, y con carácter previo al examen de la legislación española, cabe resumir las distintas definiciones que ofrece Mooney en su artículo de 1983. Mooney propone hasta un total de siete definiciones de

equidad horizontal, que se resumen a continuación.

1) *Igualdad de gasto per capita*. Según este enfoque, la asignación de recursos entre diversos grupos de individuos debería tener como variable determinante el tamaño relativo de cada uno de ellos. En este caso se consideraría que la asignación de los recursos, para ser justa, no tendría por qué considerar las diferencias de necesidad entre la población, ni tampoco las diferencias de precios entre las distintas regiones de un país. En un análisis interpersonal, cabría comparar si individuos de distinta renta reciben iguales cantidades de gasto. El problema fundamental asociado a este criterio de equidad reside básicamente en que prescinde de las dos variables anteriores -necesidad y precios- en la distribución de los recursos. En particular, no parece posible que ningún criterio que deje al margen la necesidad sanitaria sea considerado como un criterio óptimo de equidad.

2) *Igualdad de inputs per capita*. Este segundo enfoque supera una de las limitaciones del anterior, ya que tiene en cuenta las diferencias de precios entre regiones a la hora de distribuir los recursos. Sin embargo, mantiene la indiferencia por la necesidad. En ambos criterios se considera, por lo tanto, que cada individuo es igual al resto.

3) *Igualdad de inputs a igual necesidad*. Según este enfoque, individuos con igual nivel de necesidad deberían recibir idéntica cantidad de inputs. En este caso se incorporan tanto las diferencias de precios entre regiones como las diferencias en necesidad en la asignación de los recursos.

4) *Igualdad de satisfacción de necesidades marginales*. La equidad se logra cuando el impacto marginal de una unidad monetaria en el estado de salud es igual para toda la población. Este enfoque requiere que las necesidades sean ordenadas en función de su prioridad. No obstante, uno de los principales problemas de este criterio se deriva, precisamente, de las dificultades que subyacen en la ordenación de las necesidades.

5) *Igualdad de salud*. Según este criterio, la equidad se alcanzaría si el sistema sanitario garantizase la igualdad de resultado en la atención prestada. No obstante, fijar el objetivo de equidad en la distribución igualitaria de la salud plantea serios inconvenientes, frecuentemente citados en la literatura. La salud constituye un bien no susceptible de ser redistribuido y cuyos determinantes exceden del ámbito de la atención sanitaria. El tratamiento igual de los iguales, como definición del principio de equidad horizontal, no garantiza igualdad en los resultados o en la salud, que dependerá de la capacidad de respuesta de cada individuo ante determinados cuidados. Los factores que influyen en la salud incluyen las condiciones de vida y de trabajo, los hábitos de vida o las dotaciones individuales. Por otra parte, algunas desigualdades en salud son inevitables, y este hecho no debe juzgarse como inequitativo. Finalmente, igualar la salud es un objetivo sólo deseable si se logra a los niveles más altos posibles, objetivo inalcanzable en un contexto de recursos limitados.

6) *Igualdad de acceso per capita a igual necesidad*. Bajo este criterio, el sistema sanitario puede calificarse de equitativo cuando garantiza las mismas oportunidades teóricas de utilización a individuos con el mismo nivel de necesidad. Por lo tanto, el acceso queda caracterizado como un fenómeno exclusivo de oferta. Habitualmente se considera que existe igualdad de acceso cuando los costes a los que se enfrentan los individuos por cada unidad de cuidados sanitarios recibida son iguales. Los trabajos aplicados incluyen en el cómputo de los costes los correspondientes al tiempo de transporte hasta los centros de atención sanitaria, los originados por las listas de espera y los costes de oportunidad en términos de salario perdido. Aceptaciones más amplias de este concepto añaden al componente de acceso físico las oportunidades de acceso económico o cultural.

7) *Igualdad de utilización a igual necesidad*. Según este enfoque, la equidad se logra cuando individuos iguales en necesidad consumen las mismas cantidades de atención sanitaria. La utilización constituye, en este caso, una variable proxy del tratamiento. El cumplimiento de este principio podría suponer la vulneración del principio de soberanía del consumidor (LeGrand (1991), Mooney et al. (1991), (1992), Mooney (1994)). Según este criterio, se estaría forzando a consumir x cantidades de atención sanitaria a sujetos de necesidades idénticas pero preferencias distintas. La utilización efectiva, al contrario de lo que sucede con el acceso, depende, no sólo de la oferta, sino también de la demanda, de manera que ante las mismas oportunidades de acceso, las preferencias de los individuos por el consumo de servicios sanitarios y su percepción de los potenciales beneficios hará que existan diferencias en la utilización.

Al margen de estas definiciones teóricas, resulta preciso comprobar cuáles son los objetivos de equidad que en la práctica han propuesto las autoridades sanitarias. Tanto en el ámbito internacional como en el nacional, la preocupación por la equidad en el área sanitaria ha quedado reflejada en numerosas declaraciones y textos legales, si bien en ellos se aborda esta cuestión desde distintas perspectivas. Sin embargo, es de destacar su coincidencia en la elección de un enfoque igualitario como marco de referencia. Así, en el texto de la Organización Mundial de la Salud "Los objetivos de la Salud para Todos en el Año 2000", se opta por un enfoque de "corrección de desigualdades en el estado de salud". Esta declaración abarca un ámbito más amplio que el estrictamente referido a la atención sanitaria, dado que los determinantes de la salud también corresponden al área de la vivienda, la alimentación o las condiciones de trabajo.

En el caso español, el interés por la equidad se deriva de unos principios sociales generales que tienen su reflejo en la Constitución de 1978 y, por lo que respecta al área sanitaria, en la Ley General de Sanidad. En la LGS se recogen varios artículos en los que se explicita la intención de las autoridades de dirigir la política sanitaria con el objetivo, entre otros, de reducir las desigualdades. Así, el artículo 3, punto 2, hace referencia directa al objetivo de equidad perseguido por la red de asistencia sanitaria pública. En concreto, se establece que: "*La asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población*

española. El acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva".

Los objetivos distributivos aparecen finalmente descritos en el artículo 12, en el que se hace referencia a cómo el gasto público debe estar orientado al logro de la equidad: "Los poderes públicos orientarán sus políticas de gasto sanitario en orden a corregir desigualdades sanitarias y garantizar la igualdad de acceso a los Servicios Sanitarios Públicos en todo el territorio español". En resumen, la preocupación de las autoridades españolas se centra principalmente en el logro de la igualdad de acceso y en la reducción de las desigualdades en salud.

## 5. Consideraciones finales.

La revisión de los enfoques teóricos de la equidad más relevantes de la literatura, permite concluir que la intervención del Sector Público español en el ámbito sanitario responde a argumentos igualitarios, que defienden la garantía de una atención médica independiente de la capacidad económica de los individuos. En estos términos se definen los objetivos de equidad en la legislación española. En particular, la Ley General de Sanidad establece entre sus principios generales la igualdad de acceso a las prestaciones y la corrección de las desigualdades sanitarias. Desde la óptica de la equidad horizontal interpersonal, dichos objetivos exigirían la ausencia de diferencias significativas por clases sociales (o algún otro indicador de la capacidad económica de los individuos) en el acceso a la atención sanitaria y en el estado de salud.

En cuanto a la equidad de acceso, la gratuidad en las prestaciones no constituye una condición suficiente para el logro de la igualdad. Las barreras en el acceso físico, derivadas de una dotación de recursos heterogénea, pueden constituir un serio problema en este aspecto, especialmente si tenemos en cuenta la progresiva descentralización de las competencias sanitarias a favor de las Comunidades Autónomas. Asimismo, la existencia de importantes problemas informativos -ya descritos-, junto con el papel que los profesionales sanitarios juegan como racionadores de la atención sanitaria, pueden vulnerar este principio de equidad. De hecho, se ha demostrado que la población española de menos recursos registra un cierto infraconsumo de atención especializada pública en relación con sus niveles de necesidad, mientras que lo contrario ocurre para la población más favorecida socialmente (Urbanos (1999)). Este hecho indica la existencia de diferencias sociales en el acceso al sistema público de salud.

Por otra parte, la gratuidad tampoco constituye una condición necesaria para el logro de la equidad. Si los copagos se establecen teniendo en cuenta las diferencias en la capacidad económica de la población, la sociedad podría obtener ganancias sustantivas en este terreno. Un copago selectivo y progresivo, en sustitución parcial de la imposición indirecta como fuente de financiación del gasto sanitario, podría conseguir mejoras generales de equidad, especialmente si consideramos el efecto regresivo de los impuestos indirectos.

Por lo que respecta al ámbito de las desigualdades en salud, continúan registrándose en nuestro país diferencias importantes en términos regionales que, en última instancia, son reflejo de las diferencias sociales en salud. Los indicadores de mortalidad, morbilidad y estilos de vida señalan la existencia de un gradiente social significativo, que no siempre tiende a reducirse (Benach y Urbanos, (1999)). Por lo tanto, y pese a los logros del Sistema Nacional de Salud en los últimos años, serán necesarios esfuerzos adicionales dirigidos a la mejora de las metas distributivas descritas. El análisis de la equidad, junto con su incorporación al diseño de un sistema sanitario eficiente, constituye un elemento fundamental de la agenda de investigación del futuro más próximo.

## BIBLIOGRAFÍA:

- Albi, E., Contreras, C., González-Páramo, J.M. y Zubiri, I. (1994): *Teoría de la Hacienda Pública*, 2ª ed. Ed. Ariel.
- Arrow, K.J. (1963): "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care", *American Economic Review*, vol. 53, nº 5, pp. 941-973.
- Benach, J. y Urbanos, R. (1999): "Evaluación del objetivo de equidad en salud", en *Informe SESPAS 1999* (próxima publicación).
- Besley, T. y Gouveia, M. (1994): "Alternative systems of health care provision", *Economic Policy*, 4, pp. 200-248.
- Cabasés, J.M. y Martín, J. (1997): "Diseño y evaluación de estrategias de desregulación en el sector sanitario público en España", en *La regulación de los servicios sanitarios en España*, López i Casanovas G. y Rodríguez D., coords. Ed. Civitas, pp. 481-537.
- Comisión Europea (1997): *La protection sociale dans les États Membres de l'Union Européene*.
- Comisión Europea (1998): *La protection sociale dans les États Membres de l'Union Européene*. [www.europa.eu.int/comm/dg05/soc-prot/missoc98](http://www.europa.eu.int/comm/dg05/soc-prot/missoc98).
- Cullis, J.G. y West, P.A. (1979): *The Economics of Health. An Introduction*, New York University Press.
- Culyer, A.J. (1989): "The normative economics of health care finance and provision", *Oxford Review of Economic Policy*, vol. 5,

nº1, pp. 34-58.

Dowie, J. (1985): "The political economy of the NHS: individualist justifications of collective action", *Social Science and Medicine*, 20, pp. 1041-1048.

Dubins, L.E. y Spanier, E.H. (1961): "How to cut a cake fairly", *American Mathematical Monthly*, 68, pp. 1-17.

Folland, S., Goodman, A.C. y Stano M. (1997): *The Economics of Health and Health Care*, 2<sup>nd</sup> ed. Prentice Hall.

González-Páramo, J.M. (1994): "Sanidad, desarrollo y crecimiento económico", en López i Casanovas G. (ed), *Análisis Económico de la Sanidad*, pp.183-201.

LeGrand, J. (1982): *The strategy of equality: Redistribution and the Social Services*. George Allen & Unwin, Londres.

LeGrand, J. (1987): "Equity, health and health care", en *Three Essays on Equity*, Discussion Paper nº 23, London School of Economics and Political Science.

LeGrand, J. (1991): *Equity and choice: An essay in economics and applied philosophy*. Harper Collins Academic, London.

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

López i Casanovas, G. (ed) (1994): *Análisis Económico de la Sanidad*, Colección Els Llibres dels Fulls Econòmics 10.

López i Casanovas, G. (1995): "Allocation of resources and choices in health care", *European Bioethics Conference*.

López i Casanovas, G. y Casado, D. (1996): "La financiación de la sanidad pública española: aspectos macroeconómicos e incidencia de la descentralización fiscal", *Presupuesto y Gasto Público* 20/1996, pp. 123-152.

López i Casanovas, G., Ortún, V. y Murillo, C. (1997): *El sistema sanitario español: informe de una década*, Documento de trabajo de la Fundación BBV.

López i Casanovas, G. y Ortún, V. (1998): *Economía y Salud. Fundamentos y Políticas*. Colección Oikos Nomos, Eds. Encuentro.

Losada, V., López, C., y Blass, M. (1997): *El gasto sanitario en la Comunidad de Madrid y su financiación 1986-1990*. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Comunidad de Madrid. 2<sup>a</sup> ed. Madrid.

Mas Colell, A. (1994): "Sobre el carácter obligatorio y universal del seguro de salud", en López i Casanovas G. (ed), *Análisis Económico de la Sanidad*, Colección Els Llibres dels Fulls Econòmics 10, pp. 63-75.

Ministerio de Economía y Hacienda (1998a): *Presupuestos de las Comunidades y Ciudades Autónomas. Ejercicio 97*. Dirección General de Coordinación con las Haciendas Territoriales. Secretaría de Estado de Hacienda.

Ministerio de Economía y Hacienda (1998b): *Informe Económico y Financiero. Proyecto de Presupuestos Generales del Estado 1999*.

Mooney, G. (1983): "Equity in health care: Confronting the confusion", *Effective Health Care*, 1, nº4, pp.179-186.

Mooney, G. (1986): *Economics, Medicine and Health Care*, Wheatsheaf Books, Brighton.

Mooney, G. (1994): *Key Issues in Health Economics*, Harvester, Wheatsheaf.

Mooney, G., Hall, J., Donaldson, C. y Gerard, K. (1991): "Note: Utilisation as a measure of equity: Weighing Heat?", *Journal of Health Economics*, 10, pp.475-480.

Mooney, G., Hall, J., Donaldson, C. y Gerard, K. (1992): "Reweighing heat: Response to Culyer, van Doorslaer and Wagstaff", *Journal of Health Economics*, 11, pp.199-205.

Musgrave, R.A. (1959): *The theory of public finance*. McGraw-Hill, Nueva York.

Nozick, R. (1974): *Anarchy, State and Utopia*, Basic Books, New York.

OECD (1998): *Health Data File*.

Organización Mundial de la Salud (1986): *Los objetivos de la Salud para Todos en el Año 2000*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.

Pazner, E.A. y Schmeidler, D. (1974): "A difficulty in the concept of fairness", *Review of Economic Studies* vol. 41 (3), nº 127, pp. 441-43.

Pereira, J. (1989): *What does equity in health mean?*, Discussion Paper 61, Centre for Health Economics, University of York.

Rawls, J. (1971): *A Theory of Justice*, Harvard University Press, Cambridge, Mass.

Roemer, J.E. (1998): *Equality of Opportunity*, Harvard University Press.

Sen, A. (1980): "Equality of what?", en *Choice, Welfare and Measurement*, Basil Blackwell, Oxford, 1982, pp. 353-369.

Stiglitz, J.E. (1989): *The economic role of the State*, Oxford, Basil Blackwell.

Stiglitz, J.E. (1994): "Replanteamiento del papel económico del estado: bienes privados suministrados públicamente", en López i Casasnovas G. (ed), *Análisis Económico de la Sanidad*, pp.19-47.

Tobin, J. (1970): "On Limiting the Domain of Inequality", *Journal of Law and Economics*, 13, pp. 263-277.

Urbanos, R. (1999): *Análisis y evaluación de la equidad horizontal interpersonal en la prestación pública de servicios sanitarios. Un estudio del caso español para el período 1987-1995*. Tesis doctoral presentada en el Departamento de Economía Aplicada VI de la Universidad Complutense de Madrid.

Varian, H. (1974): "Equity, Envy and Efficiency", *Journal of Economic Theory*, vol. 9, pp. 63-91.

Wagstaff, A., Van Doorslaer, E. y Paci, P. (1989): "Equity in the finance and delivery of health care: some tentative cross-country comparisons". *Oxford Review of Economic Policy*, vol.5, nº 1, pp. 89-112.

Zubiri I. (1994), "La equidad y la intervención pública en los mercados de salud", en López i Casasnovas G. (ed), *Análisis Económico de la Sanidad*, pp. 119-143.