

Resumen

Este artículo parte de una clasificación de los sistemas sanitarios en regulados, de provisión y producción públicas, y de provisión pública y provisión privada para a continuación evaluar las transiciones que han experimentado recientemente. Dada la tendencia general hacia la cobertura universal, se apuntan los aspectos redistributivos y los ámbitos de investigación en Economía de la Salud que se deberían tener en cuenta cuando se quiere definir la genética de los sistemas. El artículo concluye con la valoración de los cambios recientes en el ADN del sistema sanitario español así como la exploración de sus posibles evoluciones futuras.

Palabras clave: sistemas de salud, economía y equidad de los servicios sanitarios, aseguramiento social y servicios nacionales de salud.

Abstract

After classifying health systems into regulated, public, and public and private, this article analyses recent transitions. Given the general trend toward universal coverage, redistributive factors and areas of health economics research are identified that should be borne in mind when defining system genetics. The paper concludes with an appraisal of recent changes in the Spanish health system's DNA and an exploration of its possible future evolution.

Key words: health systems, health service economics and equity, social insurance and national health systems.

JEL classification: H11, H51, H61, I10.

LA GENÉTICA DE LOS SISTEMAS SANITARIOS Y LA POSIBLE EVALUACIÓN DE SU BONDAD

Guillem LÓPEZ-CASASNOVAS

*Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES-UPF),
Departamento de Economía UPF, Barcelona GSE*

Natàlia PASCUAL-ARGENTÉ

*Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES-UPF),
Departamento de Economía UPF*

I. INTRODUCCIÓN

Lo que se pueda considerar un buen sistema de salud es algo que supera una estricta comparativa objetivable. Sus dos parámetros principales —coste y efectividad— contienen elementos que subvierten consideraciones apriorísticas de aplicación universal. Así, en lo que se haya de entender como «coste de oportunidad público» es necesario tener en cuenta tanto el concepto presupuestario impositivo como el gasto privado social, resultante de la regulación pública (Esping-Andersen, 1990). En un caso por la coacción del tributo y, en el otro, del pago coactivo. Y al considerar su efectividad se deben tener en cuenta aquellos resultados objetivables en salud que dependen de elementos ajenos a los sistemas sanitarios, así como las valoraciones sociales subjetivas utilitarias que quera- mos aceptar en sus indicadores. Las diferencias entre sistemas son enormes (Paris *et al.*, 2010); cómo considerar, pues, frustración de bienestar por restricción de acceso, tiempo de espera y angustia, o cómo valorar copagos evitables ante efectividad relativa menor, dejan como poco en entredicho los esquemas convencionales de valoración.

Ello se expresa en la dificultad de evaluar globalmente los siste-

mas sanitarios de los países, más allá de las fronteras e idiosincrasia de sus ciudadanos. De la tradicional caracterización de los sistemas de salud en Bismarck o Beveridge según sus rasgos, hasta los cuatro modelos evolucionados de esa misma raíz: pago directo, basado en impuestos, aseguramiento social y aseguramiento privado (Mossialos y Dixon, 2002), la preponderancia del criterio de financiación, relacionado con el acceso al servicio y la elegibilidad en su utilización, sigue vigente. Cabe entonces dilucidar una clasificación que, lejos de aspirar a ser antagónica, pueda ofrecer una versión alternativa de la que pueda seguir un análisis comprensivo de sus raíces y de los caminos que han recorrido en los respectivos países. Observar los sistemas desde la experiencia y el conocimiento teórico permite comentar sobre sus principales debilidades y bondades. Así, en la sección II se presenta el análisis de los sistemas y sus transiciones, y en la sección III se comentan aquellas consideraciones relevantes que afectan a la definición de las identidades, más allá del sistema que se elija como referencia. Finalmente, en la sección IV se explora cómo se va a definir el ADN del sistema sanitario español a la luz de los cambios recientes motivados por la crisis económica.

II. OBSERVATORIO DE SISTEMAS

En esta sección se explora la genética de los diferentes sistemas a partir de la constatación de cómo han tendido a resolver sus funciones clave y, sin pretensión de exhaustividad, se ofrecen sus *polímeros* (redes), *moléculas base* (funciones asistenciales), *células* (centros) y *proteínas* (incentivos y lubricaciones). La clasificación que se ofrece a continuación distingue entre sistemas que responden a una trayectoria, a una cultura y a una ideología suficientemente diferenciada para no poder considerar sus extremos como «superiores» unos a otros.

1. Sistemas

El análisis que aquí se presenta parte de aquellas funciones del sector público que los distintos países han desarrollado en mayor medida a la hora de organizar sus sistemas de salud. En esta sección se hace una caracterización de los sistemas de salud distinguiendo entre: 1) aquellos sistemas basados en la regulación que transfiere responsabilidades a terceros y mantiene solo subsidiariamente redes de seguridad públicas (para ancianos y pobres) —como en el caso de Estados Unidos—; 2) los que se estructuran como servicios nacionales de salud, como si de un servicio administrado más se tratara, y 3) los que tejen sistemas de aseguramiento social de cuidados sanitario (típicamente en modelos continentales).

1.1. Sistema regulado (SR)

Un sistema regulado es aquel que identifica la responsabilidad pública en la simple determinación de la obligatoriedad del ase-

guramiento. Ello no implica ni provisión ni producción de servicios por parte del sector público, pero la responsabilidad y asunción del coste de su financiación se estiman individuales. Todos los ciudadanos han de estar asegurados respecto de sus contingencias sanitarias posibles, y se les puede obligar y multar por no hacerlo. La acción del «buen samaritano» para con el enfermo acaba aquí: de otro modo se generan procesos de abuso moral que debilitan el propio cumplimiento de la norma. En este caso el aseguramiento se puede exigir a través de las empresas y puede no ser de bajo coste para el erario público.

La regulación pública puede extenderse a otros aspectos de la provisión privada, tales como la acreditación de profesionales, la certificación de equipamientos o la acción colectiva ante potenciales malas prácticas. Cuando la regulación por *inputs* se hace, además, muy extensiva (planificación de necesidades, licencias máximas de *inputs*, autorización de equipamientos, condiciones de trabajo, precios máximos, etcétera) cabe preguntarse legítimamente hasta qué punto la limitación de autonomía de productores y proveedores no acaba siendo antagónica a la eficiencia que por esta vía se está buscando conseguir.

Notemos también que la obligatoriedad del aseguramiento no suele tener un alcance omnicompreensivo. Puede «extenderse» tan solo a un paquete básico de servicios y/o contingencias. Tampoco implica cobertura a través de una prima única de aseguramiento sino que caben prestaciones complementarias a precios libres. Ni implica un *pool* global de aseguramiento, tanto individual como colectivo, aunque en este

caso es más común encontrarlo al nivel de empresa. Cuando se extiende a todos los ciudadanos, de hecho se hace normalmente a personas sin medios y, a veces, a ancianos, y se realiza por la vía de la provisión/financiación directa. En este caso, ni siquiera el coste de acceso está siempre cubierto al completo por la prima de aseguramiento, cabiendo precios y copagos en el punto de acceso de modo complementario. También es consustancial al sistema la diversidad de proveedores y la libre elección, aunque en este último caso se dirime si la decisión de grupo puede subyugar la individual, y si la individual ha de contar con incentivos a una decisión más informada para lo que la información pública devenga bien colectivo.

En los contextos anteriores, la preocupación por la equidad se refleja tan solo en cierta discriminación a favor de determinados servicios (los más eficientes con menor coste de acceso) o de colectivos con regímenes de responsabilidad colectiva (mayores, veteranos de guerra, personas con alguna minusvalía, pobres de solemnidad). Y siempre con el deber de alguna modalidad de auxilio ante urgencias considerables vitales. Aun en este caso no supone siempre provisión pública, pudiendo corresponderse con un servicio privado para cuya financiación el sector público media con el proveedor privado o transfiere recursos monetarios al ciudadano para eliminar potenciales barreras de acceso. Por lo general, dichos sistemas que intentan primar la responsabilidad individual sobre la salud de cada cual pecan en las consecuencias de equidad en acceso, consumo y resultado.

En todo caso, los esfuerzos de señalar limitaciones al quehacer

en materia de cuidados de salud del «buen samaritano» puede generar fácilmente «trampas de pobreza»: discontinuidades por las que la edad, un determinado umbral de renta, una determinada condición más o menos subjetiva, más o menos exógena, puede marcar elevadas diferencias en los deberes propios frente a los derechos legitimados colectivamente. Llegar a los 65 años en algún sistema sanitario es complejo, pero si se llega se toca tierra salva; trabajar formalmente y aumentar marginalmente ingresos puede hacer perder una cobertura subsidiada, de coste de otro modo inasumible; alejarse de una zona de urgencias hospitalarias puede impedir el acceso al servicio por urgencia vital. Podría decirse también que son menos eficientes atendiendo a datos agregados de gasto-resultado (Nolte y McKee, 2008), aunque, como dijimos, esta ecuación se interpreta de modo diferente entre países con culturas diferentes. También en cuanto a ineficiencias de funcionamiento es normal observar duplicidades, demanda inducida, menos integración y secuenciación de servicios, poca continuidad entre primaria y especializada, y elevado coste. Pero, de nuevo, ello no hace que el sistema se haya de considerar «peor», sobre todo si la decisión se legitima políticamente en leyes de suficiente respaldo social.

1.2. Sistema de provisión y producción públicas (SPB)

Los sistemas de provisión pública (entendida como responsabilidad y financiación) con producción pública suponen la integración completa de la cadena de valor sanitaria: el sector público asume desde la planificación y la definición de la cartera

de servicios hasta su compra y suministro sobre el territorio. Como si de un servicio administrativo más se tratase, diversos departamentos públicos concatenan decisiones de priorización de salud, a partir de condicionantes epidemiológicos, capacitación gerencial, formación de profesionales, regímenes presupuestarios, de control y evaluación. Esto se realiza a través de funcionarios, estatutarios, jerarquizados, con puesto de trabajo reglamentado y condiciones laborales y salariales externamente determinados a las propias organizaciones.

Su eficiencia se basa en la posibilidad de integrar sin otra dificultad que la de implantar directrices y de protocolizar a través de órdenes y circulares. La mancomunización de compras (con el límite del monopsonio) y la uniformidad (con poca elección, catálogo básico unificado, algoritmos de tratamientos, inspección) son congénitos a dichos sistemas, de los que se suele discutir más «lo hecho» (incentivos, capacidades gestoras fácticas) que «lo dicho» (políticamente). Priorización de prestaciones, catálogo de servicios y planificación de necesidades de colectivos de salud más frágil no siempre se resuelven coherentemente a pesar de la unificación del ordeno y mando político de su régimen. La compartimentación departamental, la falta de presupuestos por programas, la presión de *lobbies* en los eslabones técnica o políticamente más débiles son sus mayores interferencias. A menudo, por tanto, el discurso de planificación que se ha de basar en objetivos de salud poblacionales se traduce mal en sistemas de información de actividad asistencial, un sistema de control tardío que suele acabar identificando únicamente diferencias en coste de *inputs* y un sistema de financia-

ción de unidades más aisladas que integradas, para los que rigen criterios históricos más o menos incrementalistas.

Para estos modos *publicados* de provisión, la equidad cobra importancia capital, ya que a menudo se intenta justificar con ella algunas ineficiencias y legitima la dureza de las restricciones (de servicios cubiertos, de retribuciones máximas, de tiempos de espera). La escasa utilización de financiación ajena a los impuestos se presenta como gran coartada; pero nada es gratuito, y la consideración de abuso moral y la sobreutilización pueden tener antídoto en copagos evitables y, en este sentido, tasas tan eficientes como equitativas. Aun así, se trata de los sistemas que menos recursos públicos consumen y mantienen resultados de salud objetivados mejores (Nolte y McKee, 2008). Pero de nuevo, como dijimos, esta no es la única evaluación posible de los sistemas sanitarios, al ponderar algunas sociedades otros criterios que hacen inaceptable el racionamiento o la falta de libre elección.

1.3. Sistema de provisión pública y producción privada (SPV)

Nos referimos aquí a los sistemas de aseguramiento social de servicios sanitarios, que combinan en distinta medida la regulación con provisión pública pero dejan abierta la producción a profesionales, centros, organizaciones, mutualidades o aseguradoras privadas, con o sin ánimo de lucro. Se trata de sistemas que han resultado de unificar proveedores con distintas formas de producción que preexistían a la propia creación de las redes públicas.

Las afiliaciones, siendo obligatorias, devienen coactivas a través del empleo o empleador. Sin embargo, los derechos no se confinan a la continuidad del trabajo en la empresa sino que se arrastran en el ciclo vital al tratarse de derechos de ciudadanos. Con el tiempo la libre elección de ente asegurador de entre los públicamente convenidos se separa por completo de las categorías laborales y de las empresas, que devienen simples intermediarios que coadyuvan, y en algunos casos complementan, la financiación. En estos sistemas la cobertura pública es universal, subrogando el sector público los ámbitos en los que no alcanzan los intermediarios. La financiación es de corte capitativo, poblacional como corresponde a un sistema de aseguramiento, y la información disponible de registro individual permite ponderar la financiación con diversos ajustes de riesgo predecible y exógenos al comportamiento de la oferta.

La industria sanitaria, como las corporaciones de profesionales sanitarios, con sus diversos agentes e intereses diferentes juegan un papel fundamental que a veces supedita políticas de salud, más intersectoriales y no dependientes exclusivamente del sector sanitario. El abuso moral se combate con copagos más generalizados que en el sistema anterior. Su enfoque de eficiencia es en este sentido el correcto: de salud poblacional, financiación prospectiva, primando la prevención, la educación, la coordinación, la comparativa de eficiencia relativa dentro de redes integradas, al ser su financiación no retrospectiva de reembolso de costes aislados.

Su gran talón de Aquiles en términos de equidad se concentra en la selección de riesgos: si

los ajustes no compensan correctamente los riesgos poblacionales, ni con exceso ni con defecto, puede quebrarse el *pool* efectivo del aseguramiento. Sin embargo cabe añadir que, más allá de los ajustes mencionados, existen también técnicas de reaseguro y tratamiento de casos extremos, fuera de la financiación básica, que permiten al regulador público velar por la equidad de los cuidados de salud.

2. Las transiciones de los sistemas

Pese a la distinta naturaleza de los sistemas en lo que se refiere a su punto de partida, los rasgos estilizados son herencia de la historia de los países (Bismarck, Beveridge, constitucionalismo estadounidense), y en su evolución sí pueden observarse rasgos comunes (Kutzin, 2011). A continuación se analiza cómo, desde sus fundamentos tradicionales, observamos una evolución que bien puede ampararse en una sólida literatura de Economía de la Salud, inspiradora, a su vez, de una política sanitaria basada en la evidencia.

Estaría así en el régimen tradicional de dichos sistemas una financiación más retrospectiva que prospectiva. Ello se ha materializado en reembolsos en SR, sobre la base de los *inputs* en SPB y sobre la base de los *outputs* en SPV. Todos ellos transitarían hoy a un pago por resultados: de pacientes (en SR), poblacionales (en SPB) y de afiliaciones cubiertas (en SPV).

La regulación, los procedimientos y los procesos asistenciales dejarían de centrarse en la calidad de estándares (profesionales, de manufactura, de seguridad, eficacia clínica y efectividad

solo frente a placebo) para orientarse a la efectividad clínica contrastada frente a terapias comparables relativizando su mejor valor con respecto al coste, si bien con distinto grado de formalización en SR y SPV, o en SPB sobre la ratio coste-efectividad en sentido estricto, asignando a esta de un modo más o menos explícito un valor social monetario.

En cuanto al precio de los suministros, se pasa en general de computar el volumen de los servicios comprados al de los precios relativos correlacionables con el beneficio sanitario por unidad de *input*. La evolución de los sistemas difiere aquí en el alcance que se da a esta ratio: solo *inputs* (SR), solo *outputs* (SPV) o contemplando resultados (SPB).

Todo ello ciertamente se ha de apoyar en sistemas de información que tradicionalmente no han aproximado la medición de resultados de salud, incapaces por tanto de comprar o gestionar de acuerdo con la métrica del desempeño relativo. Hoy los sistemas buscan información sobre el funcionamiento integrado y la asistencia en colaboración, planificada y presupuestada de acuerdo con las necesidades de la población y del acceso y cobertura universal de servicios esenciales. La diferencia entre sistemas radica aquí en el alcance en la consideración de estos y el tratamiento que reciben los excluidos (gradiente de copago, deducibilidad fiscal del aseguramiento complementario).

III. DEFINICIÓN DE LAS IDENTIDADES

La clasificación presentada en la sección anterior debe entenderse como un conjunto de rasgos distintivos que permiten

diferenciar entre sistemas. Sin embargo, por encima de las clasificaciones encontramos que el ideal que parecen perseguir los países en el mundo es hacia la cobertura universal (WHO, 2013). En esta sección se completa el análisis de los sistemas, presentando dos consideraciones a tener en cuenta a la hora de orientar las identidades de los sistemas: un apunte acerca de los impactos redistributivos y la importancia de la elección social, y otro sobre lo que la investigación en Economía de la Salud ha aportado a la toma de decisiones hasta la fecha.

1. Un apunte sobre redistribución

Analizar el impacto redistributivo de los sistemas tiene que ver con entender que en toda relación económica nada es gratis. Siempre hay quien gana y quien paga, ya sea un precio o un tiempo de espera; esto es, siempre hay racionamiento. De acuerdo con la elección del ADN que se desee en un sistema determinado, las repercusiones de distribuir y redistribuir ganancias y beneficios no serán neutras. Ni los impuestos son siempre garantía de equidad ni los copagos lo son de inequidad. Si saneamos el sistema financiero con ayudas públicas, paga el contribuyente; si lo hacemos con más ingresos por comisiones y otros servicios, los usuarios; y si lo hacemos con mayores provisiones, los accionistas. Es esperable que todos quieran escaparse para que pague el otro.

Es en este punto en el que la elección social debe ser más efectiva. En el caso de las prestaciones sanitarias, la pregunta no puede ser si estamos a favor del copago ya que la respuesta lógica es la del gratis total. La cuestión es si la sociedad prefiere

limitar las prestaciones a aquellas que tengan un coste en efectividad asumible, y por lo tanto tener una cartera de servicios flexible y cambiante en relación con las circunstancias presupuestarias públicas, dejando fuera aquellas otras que no nos podamos permitir, por efectivas que sean, resutando así copagables al cien por cien por parte del que pueda.

Del potencial triángulo redistributivo propietarios-contribuyentes-usuarios debemos estar atentos a quién tiene más capacidad de presionar para conseguir un beneficio a coste del otro. El contribuyente es la parte más débil de la cadena, ya que es el menos directamente involucrado en la prestación, y hacer recaer en él todas las consecuencias de un gasto creciente, cada vez más corporativizado, podría hoy empeorar bastante la progresividad social. Los servicios universales tienen la capacidad redistributiva que tienen solo en razón a que los ricos, a pesar de tener derecho de acceso, los utilizan en menor medida que los servicios homónimos privados. Cualquier cosa que rompa este equilibrio sería «morir de éxito» para el sector público: consumo menos redistributivo, más gasto a financiar y unos impuestos crecientes que la fiscalidad dual convierte en menos progresivos. Sin copagos, gana peso la imposición indirecta progresiva y una fiscalidad del trabajo más antisocial que la que afecta al capital. Por tanto, es necesario estar pendientes contra las consignas y mantras que ahora abundan tanto, por justa que sea la causa.

2. La frontera del conocimiento en Economía de la Salud

Tener en cuenta las contribuciones de la investigación académica

también es relevante a la hora de considerar las identidades que se quieran tomar en cada sistema sanitario. Los ámbitos de investigación en Economía de la Salud (cuadro n.º 1) se aplican a los rasgos descritos de los sistemas de salud. En el plano teórico observamos que la investigación, de marcado dominio estadounidense, se ha orientado a las temáticas relacionadas con el aseguramiento, el abuso moral, costes, innovación, medicamentos, etc. Se tiende a una cada vez mayor sofisticación del análisis, poniendo menor interés en los análisis coste-beneficio o coste-efectividad. En cuanto a la extrapolación de resultados, esta se considera sensible a las especificidades de los sistemas. También se ha retomado el interés en el análisis de las externalidades en salud pública. Encontramos, así, estudios macro centrados en el valor añadido en salud y crecimiento económico, y estudios micro centrados en práctica clínica e incentivos.

En el plano empírico, las orientaciones han ido hacia una mayor riqueza de datos, las regresiones antes/después y el uso de variables instrumentales para paliar los problemas de endogeneidad, aunque se mantienen las dificultades para evaluar la dirección de la causalidad. Y finalmente, en el plano de la política pública, el interés se ha centrado en las interacciones entre aseguramiento público y privado, el impacto de las intervenciones sanitarias en el desarrollo económico, el diseño estratégico de las organizaciones, la selección de riesgos y la selección adversa en aseguramiento, entre otros. Aquí se echa en falta el análisis de la sostenibilidad financiera, tan necesario para afrontar los *shocks* económicos que afectan a los sistemas de salud. Tampoco abun-

CUADRO N.º 1

ÁMBITOS DE INVESTIGACIÓN EN ECONOMÍA DE LA SALUD

Modelo de demanda de salud de Grossman extrapolada a nivel macro a través de la reconsideración de la función de producción neoclásica

QALY: análisis psicométrico a nivel micro y análisis de series temporales para medir el valor en salud (considerando otros factores aparte de la asistencia sanitaria) a nivel macro

Análisis de la sensibilidad de la demanda a la incertidumbre (aseguramiento) y a los incentivos (precios, copagos, impuestos, tiempos de espera, etc.)

Demanda inducida por la oferta: incentivos profesionales, producción en equipo, productividad, pago por desempeño, variaciones en la práctica clínica, etc.

Intervención pública en salud: priorización, debate entre welfaristas/no-welfaristas, medición de preferencias (utilidades) y disposiciones a pagar, aportaciones del enfoque bayesiano a la evaluación económica

Mercado de asistencia sanitaria: teoría de la información, pagos por parte de terceros, *pool* de riesgos, ajuste de riesgos, etc.

Evaluación global de los sistemas: combinación de directrices propias de la tradición en Salud Pública, del Banco Mundial, de la Organización Mundial de la Salud, de la Equity Action europea y de los análisis de impacto de la carga mundial de morbilidad

Planificación y monitorización de sistemas: descentralización, coordinación asistencial, transferencia de riesgo a proveedores, técnicas de simulación para escenarios cambiantes (Markov), estimación de necesidades

Fuente: Elaboración propia.

dan los estudios de cambios en la oferta de la asistencia sanitaria y su impacto en la redistribución, comentado anteriormente. Escasean también la consideración de la combinación óptima de riesgos así como el análisis de la contribución de la asistencia sanitaria a la salud poblacional.

IV. EL FUTURO DEL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL

La evolución del sistema sanitario español se ha caracterizado, entre otros rasgos, por la vocación universalista de la asistencia sanitaria. Sin embargo, con la crisis económica, esta base se ha cuestionado, y las consideraciones para España de esta sección deben servir para orientar la valoración de los posibles cambios que esté sufriendo nuestro sistema sanitario. Normalmente entendemos la universalidad de un

servicio público en sus aspectos relativos a la facilitación de acceso al servicio al margen de la capacidad económica de las personas, pensando en los que menos tienen, los más frágiles socialmente y necesitados desde el punto de vista sanitario. Sin embargo, el universalismo es simétrico: permite el acceso libre de coste monetario también para los grupos de renta alta. De manera que si la distribución de necesidad relativa fuera idéntica y la propensión a su tratamiento idéntica entre colectivos, el universalismo generaría un consumo proporcional. Ciertamente el mundo real es más complejo y cabe debatir cómo implementar la universalidad cuando, como en el caso español, la distribución de necesidades relativas y consumos es desigual (Van Doorslaer *et al.*, 2006) y la elección social es sensible a los resultados en equidad (Williams, 2001).

Las genéticas y evoluciones comentadas, entendidas bajo la tendencia general hacia el universalismo, han sufrido recientemente mayores afectaciones a raíz de las políticas que los distintos países han desarrollado, en mayor o menor medida, como respuesta a la crisis económica. De acuerdo con el informe «Health policy responses to the financial crisis in Europe» (Mladovsky *et al.*, 2012), las políticas impulsadas en salud pasan por recortes en los presupuestos de salud, reducción de la cartera de servicios y de la cobertura poblacional, así como medidas orientadas a reducir los precios de la atención sanitaria (afectando salarios, regulación farmacéutica y potenciando la centralización organizativa). España parte de ocupar un buen puesto en las evaluaciones internacionales en cuanto a resultados (Nolte y McKee, 2008), pero no por ello ha escapado de las urgencias derivadas de la reciente crisis financiera y económica. Dado que este informe recoge las decisiones tomadas en Europa hasta el año 2012, momento en que se decretaron las principales medidas en el Estado español, a continuación se analizan los cambios introducidos a través de la aprobación del Real Decreto Ley 16/2012. A partir del cuadro n.º 2 se resumen las medidas introducidas, aunque no desarrolladas en su totalidad, tomando en consideración aquellas que afectan al sistema sanitario.

Los efectos de estas medidas bien pueden clasificarse atendiendo a los ejes de la «caja» de la asistencia sanitaria adaptada de Busse *et al.* (2007) y que ha sido también utilizada por la propia WHO en el «World Health Report» (WHO, 2010 y 2013). En el gráfico 1 se representan los efectos de las medidas tomadas en España, entendiendo que

CUADRO N.º 2

MEDIDAS INTRODUCIDAS EN ESPAÑA PARA LA CONTENCIÓN Y RACIONALIZACIÓN DEL GASTO EN SALUD

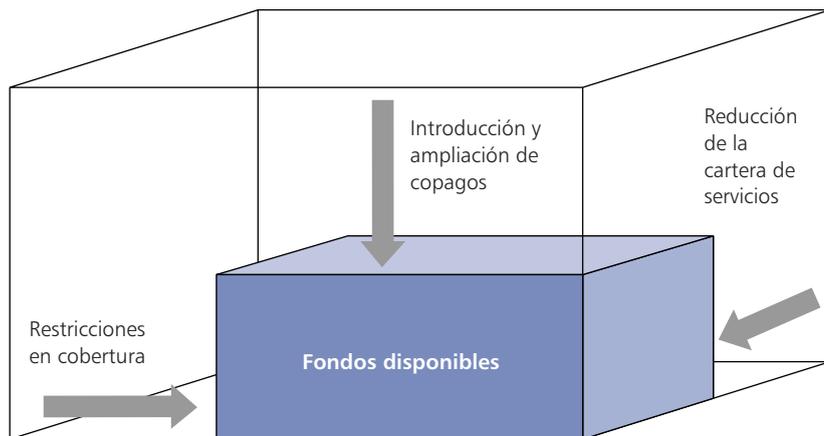
Redefinición de las condiciones de acceso (asegurado y beneficiario)
Modificaciones de la prestación farmacéutica (copagos, desfinanciación, receta por principio activo, entre otras)
Redefinición de la cartera de servicios (básica, complementaria, suplementaria, etc.)
Reducción de las dotaciones presupuestarias en salud
Medidas adicionales a nivel autonómico (por ejemplo, euro por receta)

Fuente: Elaboración propia.

están dirigidas a reducir los fondos públicos que deben destinarse a sanidad a través de la reducción del alcance de la cobertura (que en nuestro caso excluye a ciertos colectivos inmigrantes), la reducción del contenido de la cobertura (modificación de la cartera de servicios organizada ahora en servicios básicos, complementarios, suplementarios y accesorios) y la ampliación de la participación del usuario en la financiación de los servicios sanitarios (copagos).

Los cambios introducidos pueden dar alguna información, aunque sea solo de intención, sobre una confusa identidad genética sanitaria a la que hemos llegado, si observamos nuestra trayectoria reciente. Desde la ampliación del Estado del bienestar con un cuarto pilar en 2003 —dependencia— (medida que tampoco se ha podido llegar a implantar en su totalidad según lo inicialmente «mal» previsto), hasta la introducción de criterios

**GRÁFICO 1
EFECTOS DE LAS MEDIDAS DE CONTENCIÓN DEL GASTO EN SALUD TOMADAS EN ESPAÑA SOBRE LOS FONDOS PRESUPUESTARIOS DISPONIBLES**



Fuente: Elaboración propia a partir de Busse, Schreyögg y Gericke (2007).

de acceso más propios de los sistemas basados en aseguramiento (SPV) que en los que tienen una vocación histórica de cobertura universal (SPB), se puede interpretar un cambio de dirección.

Manteniendo las alarmas sobre los potenciales problemas de salud pública e integración social que puedan derivar del cambio de criterio (AES, 2012), parece que su implementación no ha supuesto cambios de calado en la cobertura poblacional. Y prudencia también a la hora de interpretar el impacto en la prestación farmacéutica (véase como ejemplo Puig-Junoy *et al.*, 2013). A pesar de que todo ello esté pendiente de ser evaluado empíricamente, las buenas noticias de las medidas que se han ido introduciendo están relacionadas con lo que parece una mayor voluntad de introducir políticas basadas en la evidencia, como la desfinanciación de algunos medicamentos que prueben no ser suficientemente efectivos o la introducción de copagos que pueden tener impactos positivos si consiguen disminuir consumos innecesarios. En cuanto a la definición de las condiciones de acceso, la voluntad parece ser otra, la cual, aunque a favor de la recuperación económica, acaba siendo opuesta a las tendencias y recomendaciones internacionales (véase WHO, 2013), que prescriben una base de cobertura universal que parecía haber quedado ya arraigada en el ADN del sistema sanitario español. Sin embargo, como se ha destacado en esta sección y en otras ocasiones (López-Casasnovas, 2010), los tres ejes de la «caja» determinan el volumen del gasto bajo tutela pública, y la dinámica de los procesos en cada vector ha de permitir moldear un sistema sanitario de salud solvente en su capacidad de responder a cir-

cunstancias cambiantes y adaptable a los nuevos retos y necesidades sociales. A partir de aquí falta esperar la orientación de las direcciones que se quieran tomar en materia de aseguramiento (¿queremos cobertura universal en función de las necesidades de la ciudadanía o reanclar el sistema en el estatus de asegurado/beneficiario?), de definición de la cartera de prestaciones (¿desplegaremos la intención anunciada en 2012 de caminar hacia la plena implementación de la cuarta valla propia de la Economía de la Salud con, quizá, la creación de un NICE español?), de priorización de políticas (¿se materializarán de forma generalizada lo que hasta hoy han sido brindis al sol en proceduralización del análisis coste-efectividad?), en cuestiones de equidad (¿tendremos en cuenta ponderaciones explícitas en las preferencias de la elección social en cuanto a la disyuntiva eficiencia-equidad?).

Los cambios recientes introducidos en España parecen como mínimo sembrar dudas acerca de un ADN que creíamos conocer. Sin embargo, será el devenir de las futuras decisiones en materia de política sanitaria lo que dispa-

rá cualquier incertidumbre sobre si nuestro ADN seguirá siendo herencia de Beveridge o volverá a mutar en la tradición de Bismarck.

BIBLIOGRAFÍA

- ASOCIACIÓN DE ECONOMÍA DE LA SALUD, AES (2012), «Posición de la Asociación de Economía de la Salud sobre la reforma del derecho subjetivo a la asistencia sanitaria universal introducido por el Real Decreto-ley 16/2012». Disponible en: http://www.aes.es/Publicaciones/Documento_de_posicion_aseguramiento.pdf (consultado el 21 de abril de 2014).
- BUSSE, R.; SCHREYÖGG, J., y GERICKE, C. (2007), *Analysing changes in health financing arrangements in high-income countries. A comprehensive framework approach*, The World Bank, Washington DC.
- ESPING-ANDERSEN, G. (1990), *The three worlds of welfare capitalism*, Polity, Londres.
- KUTZIN, J. (2011), «Bismarck vs. Beveridge: is there increasing convergence between health financing systems?». 1st annual meeting of SBO network on health expenditure, OECD, París, 21-22 de noviembre de 2011. Disponible en: www.oecd.org/gov/budgeting/49095378.pdf.
- LÓPEZ-CASASNOVAS, G. (2010), «Las cifras del gasto sanitario en su comparativa. Errores y omisiones», *Gestión Clínica y Sanitaria*, 12(1).
- MLADOVSKY, P.; SRIVASTAVA, D., y CYLUS, J. (2012), «Policy summary 5. Health policy responses to the financial crisis in Europe». World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. Disponible en:

www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/170865/e96643.pdf.

- MOSSIALOS, E., y DIXON, A. (2002), «Funding Health Care: an Introduction», en E. MOSSIALOS, A. DIXON, J. FIGUERAS y J. KUTZIN (Eds.), *Funding health care: options in Europe*, Open University Press, Buckingham.
- NOLTE, E., y MCKEE, C.M. (2008), «Measuring the health of nations: updating an earlier analysis», *Health Affairs*, 27: 58-71.
- PARIS, V.; DEVAUX, M., y WEI, L. (2010), «Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries». OECD Health Working Papers n.º 50, OECD Publishing. Doi: 10.1787/5kmfxfq9qbnr-en.
- PUIG-JUNOY, J.; RODRÍGUEZ-FEJOÓ, R., y GONZÁLEZ LÓPEZ, B. (2013), «Avaluació de l'impacte de les reformes en el copagament farmacèutic a Catalunya». AQUAS, Central de Resultats, Monogràfics 26/13.
- REAL DECRETO LEY 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.
- VAN DOORSLAER, E.; MASSERIA, C., y KOOLMAN, X. (2006), «The OECD Health Equity Research Group, Inequalities in access to medical care by income in developed countries», *Canadian Medical Association Journal*, 174(2): 177-183.
- WILLIAMS, A. (2001), «Applying economics in a hostile environment: the health sector», *Gaceta Sanitaria*, 15: 68-73.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2010), *The world health report 2010. Health systems financing: the path to universal coverage*, Ginebra.
- (2013), *The world health report 2013: research for universal health coverage*, Luxemburgo.