

HUMANITAS

HUMANIDADES MEDICAS

TEMA
DEL MES
ON-LINE

EL PAPEL DEL SEGURO SANITARIO Y DE LA MEDICINA PRIVADA EN LOS SISTEMAS PÚBLICOS DE SALUD

Guillem López i Casasnovas



Director: Prof. Mario Foz

N.º 14, Abril de 2007
ISSN: 1886-1601

HUMANITAS

HUMANIDADES MEDICAS

TEMA
DEL MES
ON-LINE

N.º 14, Abril de 2007

Director

Prof. Mario Foz Sala

Catedrático de Medicina. Profesor Emérito de la Universidad Autónoma de Barcelona

Consejo Asesor

Dr. Francesc Abel i Fabre

Director del Instituto Borja de Bioética (Barcelona)

Prof. Carlos Ballús Pascual

Catedrático de Psiquiatría. Profesor Emérito de la Universidad de Barcelona

Prof. Ramón Bayés Sopena

Catedrático de Psicología. Profesor Emérito de la Universidad Autónoma de Barcelona

Prof. Josep Egozcue Cuixart (†)

Catedrático de Biología Celular. Universidad Autónoma de Barcelona

Prof. Sergio Erill Sáez

Catedrático de Farmacología. Director de la Fundación Dr. Antonio Esteve. Barcelona

Dr. Francisco Ferrer Rusalleda

Médico internista y digestólogo. Jefe del Servicio de Medicina Interna del Hospital de la Cruz Roja de Barcelona. Miembro de la Junta de Govern del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona

Dr. Pere Gascón

Director del Servicio de Oncología Médica y Coordinador Científico del Instituto Clínico de Enfermedades Hemato-Oncológicas del Hospital Clínic de Barcelona

Dr. Albert Jovell

Médico. Director General de la Fundación Biblioteca Josep Laporte. Barcelona. Presidente del Foro Español de Pacientes

Prof. Abel Mariné

Catedrático de Nutrición y Bromatología. Facultad de Farmacia. Universidad de Barcelona

Prof. Jaume Puig-Junoy

Catedrático en el Departamento de Economía y Empresa de la Universidad Pompeu i Fabra. Miembro del Centre de Recerca en Ecomía i Salut de la Universitat Pompeu i Fabra de Barcelona

Prof. Ramón Pujol Farriols

Experto en Educación Médica. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona)

Prof. Celestino Rey-Joly Barroso

Catedrático de Medicina. Universidad Autónoma de Barcelona. Hospital General Universitario Germans Triás i Pujol. Badalona

Prof. Oriol Romaní Alfonso

Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social. Universitat Rovira i Virgili. Tarragona

Prof. Carmen Tomás-Valiente Lanuza

Profesora Titular de Derecho Penal. Facultad de Derecho de la Universidad de Valencia

Dra. Anna Veiga Lluch

Directora del Banco de Células Madre. Centro de Medicina Regenerativa de Barcelona

COMENTARIO EDITORIAL

Jaume Puig-Junoy

Departamento de Economía y Empresa y Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES) de la Universitat Pompeu Fabra (UPF). Barcelona

En la reclamación indiscriminada de un mayor gasto sanitario, con independencia del origen de la financiación y del coste de oportunidad de los recursos, confluyen las presiones de aquellos que se olvidan de que lo importante para el bienestar es la eficacia y eficiencia del gasto y no sólo el volumen del mismo (más gasto no siempre equivale a más salud), así como las presiones de aquellos perceptores de rentas que defienden incrementos continuos de sus rentas (gasto), ya sea en forma de mayores salarios o de más ventas de la industria farmacéutica y de tecnologías médicas.

En este contexto, dos preguntas aparecen de forma necesaria para juzgar si hay que asignar o no más dinero público y/o privado a los servicios sanitarios: ¿nos podemos permitir como sociedad el aumento del gasto sanitario?, y ¿los aumentos del gasto sanitario valen lo que cuestan? La primera pregunta tiene que ver con la sostenibilidad o factibilidad del aumento de los recursos públicos y privados destinados a financiar la compra de atención sanitaria, mientras que la segunda, más relevante para el bienestar social, tiene que ver con si son deseables los servicios sanitarios comprados con el mayor gasto a la vista de los beneficios esperados de los mismos, los cuales, más allá de los años de vida ajustados por calidad (supervivencia y calidad de vida), debieran corresponder de forma creciente a la esfera individual y subjetiva (comodidad, calidad hotelera, facilidad de administración, molestias menores, etc.).

El objetivo de garantizar la igualdad de oportunidad de acceso a los servicios sanitarios para una misma necesidad no debiera ser obstáculo para estar dispuestos a repensar la racionalidad de la financiación actual de los servicios sanitarios, sin excluir de ello la lógica del aseguramiento privado para determinadas prestaciones.

La principal virtud del artículo de Guillem López que se publica en este número de la revista consiste en poner de relieve la necesidad de repensar el diseño y la cobertura de los sistemas públicos de salud buscando espacio para la combinación óptima de aseguramiento y gestión públicos y privados, más allá de las limitaciones convencionales en el debate sanitario al uso que utilizan el ancla apriorística y pocas veces demostrada del posible atentado a la equidad como arma paralizadora y defensora, al mismo tiempo, del reparto de rentas entre profesionales e industria farmacéutica y de productos sanitarios.

La primera parte del artículo trata de exponer algunas constataciones que se desprenden de la observación de los sistemas sanitarios comparados y que pueden (deben) aportar conocimiento (evidencia) al debate sobre el futuro de la financiación sanitaria. No deberían escapar al lector las observaciones sobre la optimalidad y las dificultades prácticas de la apertura de un espacio a la capacidad de elección de los

individuos y a la responsabilidad individual precisamente desde una visión alejada de las posiciones conservadoras, pero alejada también del tratamiento uniformizador y obligatorio del enfoque tradicional de los sistemas nacionales de salud. Las lecciones del sistema comparado, lejos de mostrar la bondad del alejamiento de la mano pública del escenario, abogan por una revisión inteligente de las funciones e instrumentos de la regulación.

En la segunda parte del artículo, el autor analiza algunas de las implicaciones del análisis comparativo. Resulta fácil observar cómo la mayoría de los sistemas sanitarios occidentales están huyendo del universalismo en las prestaciones y ponen rumbo hacia la búsqueda de criterios selectivos, tanto en la definición de las prestaciones cubiertas como en la de los derechos/deberes individuales de los pacientes, creando espacio para la esfera de la cobertura y gestión privadas. Las decisiones políticas sobre inclusión/exclusión de la cobertura pública, sobre gradualismo en la cobertura, sobre criterios de financiación basados en la relación coste/efectividad, sobre una distribución más equitativa de los subsidios públicos entre personas mayores, sobre lo que se deja a la elección individual (por ejemplo, todo lo que no afecta directamente ni a la supervivencia ni a la calidad de vida) y lo que se deja fuera de la cobertura garantizada por el sector público, etc. no son en

ningún caso sencillas ni carentes de costes políticos. Sin embargo, el mayor coste social puede ser precisamente posponerlas una legislatura tras otra haciendo creer a los votantes en el espejismo de que será posible lo que en realidad ya es una pura apariencia: continuar financiado todo, para todos y, además, gratis.

Sería realmente una equivocación dividir el debate político sobre el futuro del SNS y sus alternativas de financiación entre los que están a favor o en contra de conceder un espacio a la cobertura aseguradora privada o al denominado "copago". Las fronteras hay que establecerlas entre los que están por la racionalización del gasto público y los que prefieren que las cosas sigan como están, olvidando intencionadamente, por ejemplo, que la combinación de impuestos que financian los servicios públicos es casi proporcional, o que los ingresos marginales para la sanidad son probablemente regresivos, o que la distribución personal de la subvención al consumo farmacéutico es inequitativa.

Más bien, lo que resulta necesario es aceptar la necesidad de una utilización y una financiación más racionales de las prestaciones sanitarias incluidas en la cobertura aseguradora pública, condición necesaria para asegurar la viabilidad futura del SNS, dejando margen suficiente a la elección individual y a la cobertura privada en todo aquello que está más relacionado con el bienestar que con la salud propiamente dicha.



Guillem López i Casanovas

CURRICULUM VITAE

FORMACIÓN Y TÍTULOS ACADÉMICOS

- Licenciado en Ciencias Económicas (Premio Extraordinario, 1978) y Licenciado en Derecho (1979) por la Universidad de Barcelona.
 - Obtuvo su doctorado en Economía Pública por la Universidad de York (Reino Unido, Ph.D., 1984).

ACTIVIDAD PROFESIONAL

- Ha sido profesor en la Universidad de Barcelona (1987-1991).
 - Visiting scholar en el Institute of Social and Economic Research (Reino Unido), en la Universidad de Sussex y en la Graduate School of Business en la Universidad de Stanford (EE.UU.).
- Desde junio de 1992 es Catedrático de Economía de la Universitat Pompeu Fabra de Barcelona.
- Entre 1994 y 1997 ha sido Vicerrector de Economía y Relaciones Internacionales de la Universitat Pompeu Fabra y Decano de la Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales.
- En 1996 crea y dirige hasta 2006 el Centre Especial de Recerca en Economia i Salut (Centro Especial de Investigación en Economía y Salud) (CRES-UPF).

ÁREAS DE INVESTIGACIÓN Y PUBLICACIONES

- Sus áreas actuales de investigación preferentes son: la medición de la eficiencia en el sector público, la revisión del papel del sector público en general - y en el ámbito sanitario en particular-, y la financiación de las Haciendas Territoriales.
 - Sus trabajos sobre estas materias superan el centenar de publicaciones.

OTROS MÉRITOS

- Miembro del Consejo Asesor de la Consejería de Sanidad de la Generalitat de Catalunya (2001-).
- Miembro del Consejo Asesor de la Consejería de Sanidad del Govern de Les Illes Balears (2001-).
 - Miembro del Consejo Asesor del Ministerio de Sanidad y Consumo (2000-).
- Ha sido consejero de la Agencia Española del Medicamento (1999-2004), del Consejo Asesor para la Modernización de la Administración Pública de la Generalitat de Catalunya, (1999-2001), y miembro de la Comisión de Expertos para temas de Envejecimiento y Dependencia, en el desarrollo del Pacto de Toledo, del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2003-2004) y de la Comisión Mixta de Tasas de la Generalitat de Catalunya (2004-).
 - Miembro del Steering Committee del European Health Systems Observatory (OMS y Banco Mundial) (1998-).
 - Es consejero independiente del Consejo de Gobierno del Banco de España (2005).
- Es miembro del Consejo de las siguientes revistas: Health Care Management Science (1998-), Eurohealth (1999-), Gaceta Sanitaria (1995), Hacienda Pública Española (1994-), Revista de Administración Sanitaria (1999), Revista de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (2001-), Revista Gestión Clínica y Sanitaria (2000-), Revista Española de Salud Pública (1996-), y de Humanidades Médicas (2003-).

EL PAPEL DEL SEGURO SANITARIO Y DE LA MEDICINA PRIVADA EN LOS SISTEMAS PÚBLICOS DE SALUD

RESUMEN

El texto reflexiona sobre las interrelaciones entre el seguro sanitario público y privado en los sistemas de salud de naturaleza pública. Se ofrece al lector el contexto teórico y empírico al que han de ir referidas sus interrelaciones a fin de llevar a cabo un análisis de mayor solidez, más allá de los detalles particulares sobre el funcionamiento de ambos sectores. Se pone de relieve que lo que califica a la intervención pública correctiva del “fallo del mercado” en salud como óptima, en términos de bienestar social, no es la sustitución del sector asegurador privado por el público, sino su complementariedad. Es el “menú de contratos” lo que hace eficiente a la intervención pública.

En general, en la literatura relativa a la economía de la salud, las interrelaciones entre estas dos formas de seguro tienen lecturas muy políticas, dicotómicas, fácilmente descalificadoras por la utilización de argumentos de equidad bastante dudosos, y muy marcadas por las coyunturas; entre éstas, la presencia de listas de espera debidas a las insuficiencias financieras del sistema público, las protestas de los profesionales ante las deficiencias retributivas de su actividad en el sector asegurador privado, la mala regulación preventiva de algunos desvíos de pacientes y/o de la compatibilidad en el ejercicio profesional de los médicos que interrelacione los dos sectores de provisión de cuidados de la salud. Observamos así un abismo entre los posicionamientos teóricos y las realidades del día a día con las que operan los dos sectores aseguradores.

A pesar de ello, las tendencias observadas en la evolución de los sistemas de salud del mundo occidental apuntan una cierta tendencia hacia la universalización de las coberturas, al menos en algunos de sus componentes más básicos, también en los sistemas de seguro social que se articulan desde ofertas aseguradoras privadas. Esto hace que el seguro privado se reposicione parcialmente desde cualquier forma de cobertura universal hacia la posibilidad de gestión de las pólizas públicas de manera sustitutiva a la provisión estatal, manteniendo la financiación de éste en el componente básico, para ser complementado después, voluntariamente, a través de prestaciones de cobertura adicional. A esto contribuye también la tendencia cada vez más frecuente de explicitar mejor las prestaciones que cubre el seguro público, en

algunos casos, abiertamente sobre la base de la relación coste-efectividad de los tratamientos. Dado que lo que no entra en el paquete estándar público universal no se prohíbe, sino que simplemente deja de embolsarse, esto clarifica el papel del sector privado. Visto el empuje de la innovación médica, más sobre la base de la calidad de vida valorada individualmente que de la efectividad diagnóstica y terapéutica socialmente objetivable, no hay duda de que en el futuro del sector privado se atisban muchas ventanas de oportunidad abiertas.

Este hecho en sí mismo ayuda a concretar el papel del seguro sanitario privado en esquemas de provisión pública, ya en su nivel: 1) sustitutivo (para personas explícitamente excluidas de la cobertura obligatoria, a quienes se permite un “*opting out*”, dado que su nivel de renta hace innecesaria una tutela pública, como en el caso de Alemania y hasta enero de 2007 también de Holanda); 2) complementario respecto de servicios excluidos (como por ejemplo los dentales y formas de tratamiento alternativas a la medicina tradicional) o sólo cubiertos parcialmente (que comportan el copago de los usuarios); y 3) suplementario, a efectos de incrementar la capacidad de elección del proveedor y/o la rapidez de acceso a los servicios sanitarios. El texto argumenta que estas alternativas brindan la posibilidad de abrir nuevas vías de financiación complementarias que “descompresionen” la fiscalidad pública de servicios sanitarios por parte de los ciudadanos hacia el conjunto público-privado del sistema sanitario. Para lograr este objetivo se propone, a la vez, mantener un sector privado concertado de amplio alcance tanto para la compra de servicios públicos como de los provistos a través de seguros sanitarios privados, que mantenga la diversidad, la autonomía de gestión, la experimentación en innovaciones, y evite la burocratización de todas las estructuras sanitarias, y la consideración de la gestión del seguro público y de la prestación pública sustitutiva, a complementar privatadamente, por parte del seguro sanitario que así lo desee.

En este sentido, el texto aboga por reconocer algunas falacias en las que estamos instalados, al margen del discurso político a favor del realismo y de la redirección del foco de atención del análisis en el sentido, a nuestro entender, indicado en el texto.

THE ROLE OF HEALTH CARE ASSURANCE AND PRIVATE MEDICINE WITHIN PUBLIC HEALTH SYSTEM

SUMMARY

This article embraces the interrelations between the public and private health insurance within public healthcare systems. The theoretical and empirical context to which these interrelations must refer in order to reach analysis consistency, beyond the specific details about the functioning of both sectors, is given. The fact that the state corrective intervention of the “market failure” in health is considered as optimum in terms of social well-being, does not derive from the substitution of the private insurance field by the public one, but from their complementarity. It is the “menu of contracts” what makes the public intervention efficient.

In general, in the literature embracing the economy of health, the interrelations between these two forms of assurance are reviewed in a very political, dicotomical way, easily disqualifying, by using rather doubtful equity arguments, and from a conjuncture biased perspective; among them, the presence of waiting lists due to financial lacks of the public system, the complaints on the part of the professionals before the rewarding deficiencies of their activity within the private insurance field, the bad preventative regulation of some patient transfers and/or of the compatibility during the professional exercise of the doctors that would interrelate both sectors of healthcare. We see then, a huge gap between the theoretical purposes and the reality on a daily basis with which the two assurance fields operate.

All the same, the trends in the Western world healthcare systems evolution that have been observed, point at a certain covering universalization, at least when it comes to some of their most basic compounds, and also within the social insurance systems that get articulated from private insurance offers. That makes the private insurance partially repositure from any kind of universal covering to the possibility of managing the public insurance policies instead of the state provision, keeping the last one covering the basic compound, to be voluntarily complemented with additional covering loans. This gets fostered too, by the every time more usual trend of better showing the loans covered by the public insurance, in some cases, openly upon the base of the cost-effectiveness of the treatments. Given the fact that what

is not included in the standard public covering is not unallowed, but simply unearned, the role of the private sector gets clear. Since the medical innovation boost steps from the idea of the quality of life individually considered, rather than from a socially objectivable therapeutic and diagnostic effectiveness, there is no doubt that the future of the private sector counts on many open windows of opportunity.

This fact itself helps to concrete the role of the private health insurance within the patterns of the public provision, both at its (i) substitutive level (for people excluded from the mandatory covering, who have right to an “opting out”, given their income level makes non-necessary to depend on the public guardianship, like in Germany until January 2007, and also in Holland); (ii) complementary, with respect to excluded services (for instance, the dental ones and some forms of alternative treatments) or only partially covered (that imply the co-paying on the part of the users); and (iii) supplementary, in order to increase the choice opportunity of the provider and/or the fast access to the healthcare services. The text proposes that these alternatives bring the possibility to open new ways of complementary financing that “would decompress” the public treasury and allow a better adapting between supply and demand of health services on the part of the citizens towards the public-private compound of the healthcare system. To this point, the goal aims at keeping a broad range private concerted healthcare sector regarding both the buying of public and private services to keep the diversity, the management autonomy, and the innovative experimentation, and to avoid the bureaucratization of every sanitary structure and the consideration of the public insurance and public substitutive provision management, to be privately complemented, on the part of the health insurance that wishes so.

In this sense, the text pleads for recognising some fallacies we are in, apart from the political speech in favour of realism and the redirection of the core of attention of the analysis in the sense, as far as we know, pointed out in the text.



EL PAPEL DEL SEGURO SANITARIO Y DE LA MEDICINA PRIVADA EN LOS SISTEMAS PÚBLICOS DE SALUD*

GUILLEM LÓPEZ I CASASNOVAS

Catedrático de Economía. Departamento de Economía y Empresa. Universitat Pompeu Fabra. Barcelona.

INTRODUCCIÓN

Probablemente, las cuestiones que atañen al seguro sanitario y a la medicina privada son las peor comprendidas por el mundo de la economía de la salud, sobre todo en lo que hace referencia a la traducción de los elementos teóricos en el plano de la política sanitaria. Estamos tan inmersos en el sistema que tenemos, que resulta difícil recuperar la perspectiva para analizar desde la teoría económica lo que podría ser y no es. Ciertamente es que la historia y el registro de la inercia marcan mucho la plausibilidad de cualquier cambio, especialmente desde el análisis más real que teórico de la racionalidad colectiva. De manera que las reformulaciones, por bien fundadas que sean y los *big-bangs* de cambios necesarios tienen poca justificación en las políticas públicas si se pretende que éstas sean efectivas. Éste es el caso, particularmente, de los aspectos relativos a la intervención pública

*Este texto puede completarse con el que hace referencia a “*El paper de l’assegurament i la medicina privada a Catalunya. Reflexions per a l’elaboració d’una política sanitària nacional*”, del mismo autor y elaborado para la Fundació Catalunya Oberta, Enero 2007 (Mimeo, pendiente de publicación), y con “*Los copagos vinculados a la renta. Reflexión para su implementación*”, escrito por encargo de la Fundació Campalans (Febrero 2007), y al que algunas partes del presente texto se acogen.

en el ámbito de la salud. La población se acostumbra a una determinada presencia pública, a una determinada manera de provisión de los servicios, y no resulta fácil cambiar las percepciones ni las prácticas con posterioridad, de manera que se genera una dependencia de senda muy grande, tanto en la gestión como en las futuras rectificaciones de esa misma intervención. En cualquier caso, merece la pena que alcemos la mirada para recuperar perspectiva (nunca el viento es bueno para quien no sabe a donde va, como bien reza el aforismo de Séneca) y nos detengamos a analizar las razones de la intervención pública en la sanidad, a efectos de reconsiderar sus instrumentos actuales y adecuarlos, si acaso, a las nuevas necesidades sociales.

LAS RAZONES DE LA INTERVENCIÓN PÚBLICA EN SANIDAD

Como es sabido, excepto en algún pequeño componente, la asistencia sanitaria no constituye un bien público, en el sentido de que no configura un bien o servicio de “consumo no rival” al que no le sea aplicable “el principio de exclusión”. Nada de ello se da en los servicios sanitarios, en los que tenemos listas de espera, colas en los ambulatorios, con coste de tiempo y otros costes de oportunidad, y a veces directamente por precios. Sólo en algunas materias de salud



pública, investigación o sanidad exterior (que suponen menos de un 10% del presupuesto de gasto) encontramos componentes de bienes públicos (vacunas) o casi públicos (externalidades de la protección sanitaria, alimenticia, de la higiene, de la educación sanitaria, de la salud pública). De manera que si hemos de argumentar la justificación de la intervención pública en la sanidad, tendremos que buscar otros campos distintos a los del fallo del mercado. Dos son obviamente posibles: los de la equidad y los de la mejora de la eficiencia a partir de una determinada intervención pública. En el primer caso, el de la equidad, estamos efectivamente ante un campo abierto a la interpretación social, ya que se basaría en conceptos de justicia social como la igualdad de oportunidades, el acceso efectivo a los servicios o a sus resultados, con distinta combinación de responsabilidades públicas y privadas. Son conceptos que tienen, en general, una carga ideológica importante y que, por tanto, se han de concretar por parte de quienes tienen legitimidad para hacerlo, que no son otros, en democracia, que los parlamentos. Ellos son los que legislan sobre la provisión de estos servicios, servicios a los que se reconocen méritos especiales que los hacen socialmente preferentes y por tanto necesitados de tutela (parafraseando los calificativos que les atribuye R. Musgrave en su *Teoría de la Hacienda Pública*, McGraw Hill, 1967). Nótese que esto configura una intervención de naturaleza no normativa sino positiva, no estructural (que sea válida para cualquier país y circunstancia), sino coyuntural o ideológica, resultado de una valoración social que cambia en el tiempo; como puede hacerla cambiar también una percepción diferente, a partir de la evidencia empírica disponible, sobre el grado de efectividad de su cumplimiento (por ejemplo, a partir de comparar alternativas de adecuación entre medios y objetivos de intervención pública entre provisión pública y privada).

Una argumentación diferente podría resultar de la identificación de aspectos normativos teóricos que a través de los llamados teoremas fundamentales de la economía del bienestar sirvie-

sen para identificar supuestos de intervención, generadores de situaciones pareto superiores, es decir, que permiten mejoras de bienestar a determinados colectivos sin perjudicar al bienestar de otros. Si fuera éste el caso, serían innecesarias las interpretaciones ideológicas de naturaleza redistributiva: si todos mejorasen sin que nadie empeorase gracias a la intervención pública sanitaria, no cabría duda de que la intervención valdría la pena. Al margen, sin embargo, de los ámbitos ya señalados en los supuestos de las externalidades o de los bienes públicos, que representan una parte minoritaria en el presupuesto de gasto en salud (vigilancia medioambiental, educación para la salud, salubridad pública, sanidad de fronteras, etc...), no parece que sea en general éste el caso. Por ello, algunos autores han derivado un supuesto de mejora paretiana a partir de la intervención para el seguro obligatorio desde un único *pool* de riesgo entre colectivos de bajo y alto riesgo y bajo una póliza comunitaria. Se trataría de evitar que, de otra forma, la “selección adversa”¹ del seguro voluntario acabase “depredando” el mercado por los de bajo riesgo, pero en todo caso adversos al riesgo, y que no encuentran en este contexto oferta de cobertura sanitaria, ya que con las primas medias vigentes sólo los de alto riesgo estimarían conveniente asegurarse (previendo que el uso que harán de los recursos superará al coste del seguro). De manera que subsidiar a los de alto riesgo en un tramo determinado de la cobertura para que revelaran su naturaleza para ser complementada por un seguro voluntario, específico por su condición, que no se confundiera con la de los demás, sería “pareto superior”. Esto haría conveniente para los de bajo riesgo este tipo de subsidio transversal, que los mejorase en su conjunto -el otro colectivo no estaría peor con la subsidiación-, y en la que todos habrían de estar interesados, aunque ninguno en concreto tendría incentivos para liderarla. De ahí la necesidad de forzar coactivamente la obligatoriedad de un tramo (no todo) del seguro colectivo en prima comunitaria (que no quiere decir gratuita), de manera limitada (no universal) y necesariamente a



completar con una oferta aseguradora complementaria diferenciada para ambos colectivos.

Más allá de la teoría, como decíamos, los avances argumentales sobre el seguro sanitario y la medicina privada aparecen a menudo mal “traducidos” en los ámbitos de la política sanitaria, teñidos de prejuicios políticos y tabúes: así, por lo que respecta al tipo de cobertura que ha de garantizarse públicamente, con qué criterios de inclusión, qué conviene dejar a la responsabilidad privada y qué a la pública, con qué nivel de regulación, coerción o incentivo, qué nivel de compatibilidad profesional ha de exigírseles a las prácticas pública y privada, cómo ha de integrarse la cobertura privada cuando la pública se transfiere en el ejercicio de su gestión también al asegurador o proveedor privado (de convenio público), etc.

La preocupación por la equidad

Suele preocupar también la equidad del desarrollo del seguro privado y de la medicina privada; así, del acceso a ‘qué’ y por parte de ‘quién’, esto es, de lo que se adquiere privadamente a través de la cobertura de prestaciones complementarias que el sector público no ofrece, servicios que pueden ser concurrentes o duplicados a los públicos, pero con componentes asistenciales específicos, en la parte hotelera..., o completamente diferenciados. Cuestiones, las anteriores, que pueden considerarse relevantes en el campo de la política sanitaria y que se reflejan e interaccionan en las valoraciones que podamos hacer después sobre la eficiencia de la asignación y la equidad de acceso y consumo de los servicios sanitarios (ya sean públicos, privados o ambos a la vez).

Es a partir, y no antes, del análisis anterior, cuando pueden debatirse cuestiones tales como si tiene o no lógica subvencionar la compra del seguro sanitario privado, o del propio gasto privado hecho directamente por el enfermo. Y es que su consideración varía en función de la constatación o no de: 1) el peso que tienen entre los que se aseguran una utilización mayor por

tener peor salud siendo más pobres; 2) el grado en el que la cobertura privada ahorra en general la utilización de una oferta de otra forma pública por parte de las personas con mayor nivel de renta, que así evitan el sistema público, o 3) la constatación de que la doble cobertura no sustituye efectivamente la utilización “necesaria”, sino simplemente genera muchas más visitas consideradas “innecesarias” (resultantes del abuso “moral” y del bajo coste de acceso).

Vemos, pues, que la literatura requiere un importante grado de estudio empírico antes de hacer prescripciones de política sanitaria, a nivel general y al de los casos concretos, y con el mantenimiento de un anclaje importante de los componentes más normativos y estructurales de la combinación del seguro público y privado para la mejora del bienestar conjunto. Sin estos dos elementos, teórico genérico y empírico del caso concreto, el tema del papel de la sanidad y del seguro privado se polarizaría en un debate ideológico en el que los prejuicios políticos oscurecerían la racionalidad económica. A la búsqueda de este equilibrio se dirige la parte sustantiva de este texto.

UNA VISIÓN RENOVADA DEL PAPEL DEL SECTOR PÚBLICO EN LA SANIDAD

Las respuestas públicas al papel del sector público y del sector privado en la sanidad, a la vista misma de la organización del dispositivo sanitario para el abordaje de los problemas de salud, han sido, por un lado, la creación de un servicio nacional de salud (NHS, por *National Health Service*), un sistema de seguro sanitario social (SHIS, o *Social Health Insurance System*) y la regulación pública de la asistencia sanitaria privada (básicamente en el caso estadounidense). Por lo que respecta al servicio nacional de salud, y con pretensión -no siempre ratificada por la realidad de las políticas- de intersectorialidad con ámbitos distintos al de la salud. A ello se ha contrapuesto en otros países, la consolidación de un sistema / de seguro / social, entendiéndolo “sistema” en tanto que engranaje ante la



diversidad de proveedores y heterogeneidad de individuos, de “seguro”, dada la obviedad de prestaciones sanitarias limitadas que han de regirse con criterios de cobertura y selección de proveedores, y “social”, por la exigencia de primas comunitarias (no individuales, no actuariales, no ajustadas al riesgo) al fundarse en criterios de solidaridad (el asegurado no usuario a favor del asegurado paciente).

No parece que la consideración de los intereses y aspiraciones de la demanda en el diseño de las respuestas institucionales por el lado de la oferta sea tenida siempre en cuenta, a pesar de la necesidad ya comentada de entender el seguro público y privado a la vez en su contribución al bienestar. Esto es así en un contexto social desarrollado, en el que los tratamientos diagnósticos y terapéuticos de las intervenciones médicas incorporan ya garantías suficientes sobre una efectividad razonable, los aspectos utilitaristas y propios del consumismo están especialmente presentes y ni la eficiencia ni la equidad parecen justificar una financiación exclusiva por la vía de los incrementos fiscales.

Todo esto se inscribe en unas nuevas coordenadas de financiación y gasto que incluirían valoraciones con implicaciones en la financiación del sistema sanitario en su conjunto (composición de pagos directos de usuarios, asegurados, contribuyentes y, con el tiempo, por la sustitución de financiación de capital por financiación corriente).

SITUACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS SISTEMAS DE SEGURO SANITARIO EN PAÍSES DEL MUNDO OCCIDENTAL

Desde el año 1980, en el que Gran Bretaña inició las reformas de su National Health Service (NHS), no hay sistema sanitario en el mundo occidental que no haya revisado sus planteamientos iniciales; tan importante es la evolución tecnológica y social en la que está inmerso el sector de la salud. Son factores clave: 1) una demanda creciente sobre una pretendida expectativa de que todo es tratable -si no directamen-

te curable- en una sociedad cada vez más medicalizada, incluso con relación a las consecuencias que pueden derivarse de nuestro estilo de vida, de los estados anímicos o de las conductas sexuales; 2) en la que el consumidor no participa directamente sufragando ni total ni parcialmente sus gastos; 3) con una oferta inductora de demanda poco fiscalizada socialmente, vista la asimetría de información de que dispone el profesional sanitario, y 4) con un gasto situado, básicamente, en la parte plana de la curva entre más recursos y efectividad probada (no por gastar más se obtiene un mejor nivel de salud...).

La experiencia extraíble de los países que han reformado sus sistemas de seguro manteniendo su carácter social (catálogo básico en prima comunitaria), como son Holanda, Suiza y Alemania, nos permite hacer unas primeras consideraciones²:

West is best, but East costs the least **(‘el occidente es mejor pero mirar al este es más barato’)**

Una primera observación proviene de que, en general, los sistemas de seguro social (SHIS o *Social Health Insurance Systems*), tanto en términos de gasto como en porcentaje del PIB (hablamos aquí de gasto, ya que en financiación el componente privado es mayor en la medida que incluye deducibles, franquicias, etc., lo que les diferencia de los sistemas NHS), tienen un nivel más alto que los sistemas “administrados” del tipo NHS. La razón es sencilla: cuanto mayor es la libertad de elección de un sistema a favor de sus asegurados, menos restricciones de acceso a los servicios operan, y menos control de la oferta y de los flujos existe, de manera que se produce una mayor utilización y en consecuencia un mayor gasto. A su vez, mayor capacidad de elección implica, sin embargo, mayor satisfacción ciudadana con su sistema sanitario, vistas las menores trabas de acceso, menos listas de espera -en número y tiempo- para los enfermos, etc., ya que siempre puede encontrarse a un proveedor que atienda



al paciente. Téngase en cuenta que no se dice nada en la comparación entre SHIS y NHS en términos de efectividad diagnóstica y terapéutica: esto requiere datos micro y basados en cómo en cada caso se gestionan clínicamente las alteraciones de la salud, y de ello sabemos todavía muy poco (S. Jacobzone en 2004, para la OCDE, inició sus primeros estudios). Conviene poner de relieve también que, desde un punto de vista cultural, cuantos más ámbitos de elección individual se abren en un sistema, menos quejas se producen, mientras que sin capacidad de elección, incluso resultados clínicos satisfactorios generan fácilmente insatisfacción (falta de segunda opinión, hostelería poco adecuada, componentes sociosanitarios de las curas...).

Beveridge frente a Bismarck y la reconciliación posible

Una segunda observación nos muestra cómo el seguro social de raíz “bismarckiana” (comenzó por la protección social de los trabajadores para extenderse posteriormente a diferentes colectivos, a través, a menudo, de cajas contributivas financieramente separadas) converge en el tiempo hacia la universalización en la medida que: 1) el seguro se hace obligatorio (2006 en Holanda o en la misma Alemania en el futuro), y 2) la idea de financiación segmentada desaparece por la vía del pago coactivo de las contribuciones sociales (una cotización no deja de ser un impuesto proporcional sobre la renta del trabajo) y los complementos fiscales (caso de Alemania con la reforma recientemente aprobada), o se articulan subvenciones procedentes de la tributación general para finalidades específicas (caso de Francia con las contribuciones generalizadas sobre la renta). Podríamos decir que los sistemas “beveridgianos” (NHS) y “bismarckianos” (SHIS) convergen, pero esto no debería confundirnos. Desde un SHIS es más fácil construir una exclusión de prestaciones o un deducible o copago; no sólo por cultura de la sociedad sobre lo que significa el seguro, sino también por aplicabilidad práctica: establecer un

copago de un euro en un servicio nacional de la salud es políticamente titánico, y en un sistema de seguro social, mucho más sencillo: basta con recuperar de la factura abonada un euro menos. Es la diferencia de percepción que existe entre lo que “se resta” y lo que “no se da”. El esquema SHIS permite en todo caso una mayor descentralización de la gestión de estos seguros, sin necesidad de una descentralización política (por ejemplo, 290 cajas en Alemania, transversales en los diferentes Länders). Otros rasgos diferenciadores de ambos sistemas serían: 1) la mayor afectación de ingresos y gastos que explicitan los sistemas de seguro (contribuciones con ingresos afectados vinculados a la evolución futura del gasto), 2) la mayor facilidad de universalizar la atención sanitaria desde la financiación con impuestos que desde el seguro (por la difícil generalización de la cobertura a colectivos de la economía informal, ciudadanos no cotizantes, inmigrantes ilegales), y 3) la menor dificultad de operar el selectivismo en prestaciones vinculadas a la prueba de medios desde los SHIS que desde los NHS (mayor consolidación política de derechos en los servicios nacionales de salud, más visualización de derechos que de deberes y difícil vuelta atrás en prestaciones ofrecidas universalmente).

Rebobinando responsabilidades individuales y colectivas

En tercer lugar, consolidar un sistema sobre la noción del “seguro” permite encajar las diferentes innovaciones sanitarias que se producen en una diversificación de los catálogos de prestaciones, que se visualizan bastante a efectos de la compra de cobertura aseguradora en sus componentes obligatorio y optativo. Así, en Holanda se distinguen tres niveles: los tratamientos crónicos y onerosos; el seguro especial para gastos excepcionales por enfermedad, y un nivel más hotelero que asistencial. Esto tiene una lógica clara: de hecho, si se evitaran las inercias y se recomenzara la acción pública protectora, una guía teórica provendría, tal como



hemos visto, de la combinación de un tramo obligatorio bajo una prima colectiva y un tramo privado voluntario, y del principio ético que fundamentaría una intervención social que priorizara la cobertura obligatoria de enfermedad con probabilidad de ocurrencia baja (poco predecible en este sentido) y catastrófica, si fuera el caso, por las consecuencias financieras que generaría. El resto de contingencias sí serían asegurables voluntariamente por parte de un buen “padre de familia”, y si no se asegurasen efectivamente, en ningún caso generarían una quiebra financiera catastrófica, al margen de las situaciones crónicas.

En este sentido, lo que más se parecería al anterior propósito sería: 1) la cobertura obligatoria de un fondo básico (como mínimo para todos los que no alcanzan una renta mínima) para las enfermedades de coste-efectividad probada y/o que puedan devenir una carga onerosa con el tiempo; 2) un segundo nivel privado voluntario que se considerara complementario al anterior (servicios preferentes, aunque no sustantivos para la condición de cohesión ciudadana, no prioritarios en la acción pública -siendo, por ejemplo, efectivos, si bien no coste-efectivos, o simplemente eficaces pero no efectivos, en todos los casos y condiciones-), y que podrían incentivarse a través de gastos fiscales; esto sería a diferencia de los servicios suplementarios voluntarios que no contarían con esa desgravación; y finalmente, 3) un tercer nivel, obligatorio en todo caso, para todos los ciudadanos, para la cobertura de riesgos excepcionales o catastróficos.

Véase que, en principio, la racionalidad de una propuesta de perfil similar a la anterior llevaría a que: a) lo poco predecible y catastrófico se ofreciese para todos, b) una parte sustantiva de los servicios se garantizaría en función de su efectividad y/o coste/efectividad, con financiación coactiva y subsidio transversal entre colectivos, y c) otra parte menos coste-efectiva, o simplemente sólo eficaz en condiciones teóricas, se asentaría sobre bases de decisión voluntaria. La ingente innovación registrada en el sector del cuidado de la salud podría así, en el margen,

acogerse en el futuro en cada una de estas alternativas. Esto ofrecería mayor flexibilidad que la actual: hoy, en muchos sistemas NHS la decisión es solamente la de “si entra o no entra” y, si entra, el reembolso es prácticamente completo (de aquí las presiones para un catálogo prácticamente ilimitado), y lo hace a través de una financiación coactiva que no depende del valor de la prestación.

El grado de solidaridad implícito en esa articulación de tipos de contingencias cubiertas según el grado de efectividad provendría no sólo de una prima comunitaria que no hace distinciones entre individuos ni proyecta de manera actuarial los costes observados, sino, sobre todo, del hecho de que como con todo seguro, el asegurado que no sufre la contingencia subvenciona implícitamente al desafortunado que sí la ha sufrido³.

La regulación como sustituto de la implicación pública directa en sanidad y no como un plus añadido

En cuarto lugar, vale la pena destacar que toda innovación de las características anteriores parece requerir la intervención del sector público como regulador, de más amplio alcance. Por ejemplo, el componente privado del seguro en Holanda, aun siendo voluntario, ha de garantizar una cobertura tipo; asimismo, cuando se instrumenta un sistema abierto de competencia público-privado entre aseguradoras, a menudo hace falta determinar unas tarifas de referencia (en Holanda, de nuevo, que mantiene un elevado nivel de intervencionismo en este terreno, estas tarifas se utilizan para determinar los gastos fiscales aceptables para los contribuyentes de rentas modestas). También el regulador ha de instrumentar abiertamente un esquema de nivelación de riesgos en la financiación, ya que para que la transferencia de responsabilidades financieras a proveedores y aseguradores sea creíble y aceptada, hay que distinguir el riesgo poblacional predecible: así, por la vía del reaseguro, los ajustes de consumo, edad y género,



etc., del no predecible (y como tal, no ajustable). De manera similar, se necesita una regulación pública proactiva para forzar el registro abierto de asegurados (“*open enrolment*”), con objeto de evitar la selección de asegurados por parte de las aseguradoras, directamente o a través de la cartera de servicios ofrecidos (menos completa en las prestaciones más onerosas). Más discutible es si el mayor coste por mayor perfil de riesgo ha de compensarlo internamente la aseguradora en su propio *pool* de riesgos, dada su prima media (comúnmente por grupos de edad o género: en Suiza, por ejemplo, se consideran sólo tres grupos de edad -0/18, 19/25, y a partir de 25-), o ha de ser el regulador, el cual, a través de alguna forma de financiación diferenciada, ha de compensar el mayor costo, sin que trascienda en ningún caso éste a la factura a pagar por el asegurado⁴.

También el regulador puede proteger al asegurado estableciendo cláusulas de “*stop loss*” o coste máximo generado en el tiempo o por episodio, e igualmente para la continuidad en el seguro y la “fidelización” que a menudo se ofrecen como incentivos para el asegurado de cara a evitar algunas otras formas de copago (así en Alemania, tras la reforma de 2007, o en Suiza). En general, si el regulador no es capaz de llevar a cabo su labor de una manera eficiente y de evitar ser “capturado” por el regulado, gran parte de las ventajas de los SHIS disminuyen.

La transparencia se detecta también en otros ámbitos. En Holanda (con la *Health Insurance Act* en vigor desde el 1 de enero de 2006), la consideración del catálogo obligatorio y cubierto universalmente a escala nacional se determina según los criterios del Comité Dunning establecidos en 1991 según: 1) la necesidad de los cuidados, 2) su eficacia, 3) su eficiencia, y 4) el carácter colectivo de las responsabilidades que convergen (esto equivale a reconocer la necesidad de que se financie coactivamente). En Alemania, la decisión la toma un comité federal con presencia de representantes de las cajas de seguros, proveedores y sindicatos médicos, y en Suiza es por ley, sobre reglas de “eficacia, adecuación y economía”.

La capacitación técnica requerida para la gestión del seguro, ya sea éste público o privado

En quinto lugar, el nuevo papel del sector público exige capacitación técnica, sobre todo en la nivelación de riesgos. Éste es un tema común también en algunos NHS cuando descentralizan la financiación sobre base territorial o asignan presupuestos a los proveedores. Pero entre aseguradoras, la labor es más importante a la vista de los incentivos presentes (es sabido que en sistemas proveedores públicos, el riesgo de quiebra, con una financiación prospectiva, no se considera demasiado importante); y no sólo para un traslado eficiente de riesgos (que incentive la prevención y la coordinación), sino también por el esfuerzo de equidad que requiere (neutralizando la motivación a seleccionar riesgos), y por su contribución a la transparencia (un mayor nivel de actividad asistencial per se no prima; la rentabilidad de unos mejores resultados no se deriva de más ingresos, sino de menos gastos). Con este fin, en Holanda, la nivelación para compensar deficiencias en riesgos poblacionales se produce entre aseguradoras públicas y privadas en el paquete básico (con *forfaits* comunes ante diferencias de riesgo) y entre aseguradoras privadas reguladas (y que cubren riesgos importantes). Factores tales como la edad y el género, el modo de seguro por la condición del beneficiario -parado, trabajador, o en situación de beneficencia-, en núcleos rurales o urbanos, vistas las variaciones regionales en los estados de salud, en el coste de provisión, o de acuerdo con grupos de coste farmacéutico concretos, son comúnmente utilizados (en Holanda todas ellas desde 2002). Las nivelaciones afectan a los cuidados ambulatorios, a los costes variables hospitalarios, de especialistas, o a los costes fijos de internamiento. En Alemania se tiende a pagar aparte los riesgos difíciles de asegurar (considerados los que suponen un coste superior a 20.500 euros al año), y se procede a compensar a las aseguradoras (en Holanda desde el 2002) por el 60% de dicha cantidad, y por los riesgos incluidos en



programas de gestión terapéutica determinada (desde el 2003), de manera que constituyen grupos de financiación separada (según la edad, si se tiene o no una invalidez, y según la renta), y se sitúan así fuera del *pool* común de riesgos y los pagan, en este caso, a coste completo del grupo. Finalmente, en Suiza la compensación está vinculada sólo, como veíamos, a la edad y al género.

Descomprimir la financiación pública de la presión de crecimiento del gasto

En sexto lugar, una observación atenta nos permite detectar que, en todos los sistemas de seguro, la participación financiera de los usuarios permite completar la prima con otras formas de copago más vinculadas al consumo (la prima por definición no lo está o lo está muy poco), y a menudo se condiciona la cuantía de los tickets moderadores al seguimiento por parte del paciente, de los circuitos establecidos en el sistema (por ejemplo, en Alemania, si se quieren evitar los 10 euros de la primera visita, se ha de pasar primero por el médico de cabecera, excepto para los servicios de prevención). También las inclusiones (exclusiones) de prestaciones del catálogo cubierto son, en sí mismas, un criterio de gestión de la póliza: por ejemplo, siguiendo criterios de efectividad o coste-efectividad. El caso paradigmático es el de los nuevos medicamentos, pero también recientemente se ha utilizado en Alemania la financiación selectiva para disminuir el gasto, así que se han eliminado del catálogo obligatorio las prótesis dentales y las gafas (éstas, si acaso, a cubrir a través de pólizas complementarias), así como las indemnizaciones monetarias por algunas enfermedades o por situaciones de maternidad (exceptuando el proceso paritorio). Y en proceso de signo contrario, en el componente obligatorio, Holanda ha situado recientemente la psiquiatría aguda, mientras que la crónica se inserta en el componente catastrófico (de seguro nacional, al margen de esquemas de elección y de competencia). Este último (el componente

catastrófico), no sometido a concurrencia, se financiaría, de manera correspondiente, con primas/impuestos/cotizaciones vinculados a la renta.

Estas formas de gestión de un núcleo “duro” de prestaciones públicas y obligatorias son objeto de una presión negociadora con los colectivos profesionales mucho más intensa (propia de un monopolio bilateral), aunque pueden acordarse como prestaciones monetarias más que en especie (en un régimen más liberalizado) por la vía de una retribución adicional, exceptuando el núcleo básico. Se trata de alcanzar así lo que se conoce como objetivo de “empresarialización de los cuidados”, susceptibles de ser provistos desde una oferta diferenciada en términos de servicios, costes (también en las tarifas negociadas con los profesionales) y calidad.

Los avances más importantes se han dado, hasta el momento, en esta dirección en Holanda y Suiza, en lo que constituye el “*managed care*” o asistencia gestionada, y son las estructuras de las *Health Maintenance Organizations* americanas el espejo en el que se han mirado. El pago a los hospitales por actividad ajustada a casuística, la competencia horizontal entre centros y la emulación de las mejores prácticas son moneda común, aunque como indicaremos más adelante, ésta constituye una deriva a nuestro entender equivocada, ya que premia la actividad per se y no la resolución de los casos o “*outcomes*” de la manera más coste-efectiva. La desconexión entre la asistencia primaria ambulatoria y la especializada hospitalaria es el síntoma más destacado del problema comentado.

Mayor competencia, más elección, más copagos

En séptimo lugar, la identificación de prestaciones de cobertura voluntaria y obligatoria colectiva, la concreción de catálogos de servicios y el desarrollo de una contractualización de los servicios más selectiva, que concrete resultados y no insumos, favorece, en general, una mejor



gestión integrada de las redes de cuidados asistenciales y la gestión de episodios clínicos completos (como forma de “*disease management*”). En Holanda, esta función la lleva a cabo una “*task-force*” para la combinación diagnóstica y de tratamientos (las DTCs), más allá de lo que sería una simple intermediación de control de actos asistenciales de centros o profesionales aislados. La contratación selectiva ha de vencer algunas reticencias corporativas, pero parece que es la tendencia que acabará prevaleciendo. Reconocido esto, se ha de admitir que entre lo que se pretende y lo que acaba haciéndose en la práctica la distancia es todavía notable.

En cualquier caso, la libre elección está presente en muchos de los esquemas anteriores, tanto en la elección de aseguradora para la cobertura obligatoria (una vez al año en Holanda) como obviamente para la voluntaria, o para la elección de profesional (a veces al sobre coste de un copago), para las formas de cuidados institucionales, de formas distintas de franquicias y deducibles, o a la vista de los precios de referencia en los medicamentos (entre precios de genéricos y marcas de fantasía...) con efectos, en todos los casos, sobre el coste final de la prima. Es tal el incentivo en pos de hacer un buen uso del sistema, combatiendo el abuso moral, por otro lado intrínseco a todo seguro, que en Holanda, después de la reforma, se ofrece un retorno con un límite de 255 euros por persona a aquellos que no han hecho uso satisfactorio del sistema a lo largo del año. El ejercicio de la libre elección no parece muy importante en Suiza, ya que sólo un 4% al año cambia de asegurador y un 85% no lo ha hecho nunca; pero, contrariamente, en Holanda, después de la reforma, el porcentaje se ha quintuplicado (entre un 20 y un 25%).

El ‘free lunch’ no existe (nada es gratuito)

En octavo lugar, destaca en la observación de la realidad que en todas las formas de financiación continúa registrándose una negociación que se quiere competitiva, de asegurado y asegurador,

muy centrada en los ocupados por cuenta ajena, entre empleados y empleadores. A menudo se define por parte del regulador una cuantía mínima que habrá de completar, en caso de que sea pertinente, el trabajador o el empresario, según convenio. También juega en el menú contractual la aceptación de unos u otros deducibles y alguna forma de retorno en el caso de no hacer uso, tal como hemos visto, al cabo de un año de los servicios asistenciales. La negociación de primas colectivas también señala mejor las líneas mínimas de las ofertas competitivas entre aseguradoras (con reducciones máximas del 10% a día de hoy en el caso de Holanda, con el fin de evitar bajas temerarias). En este último país se establecen primas “nacionales” (normativas o de referencia tal como hemos dicho) por persona y categoría (hogar, estudiantes) según un porcentaje de la renta (entre el 3,5% y el 5% para el paquete básico de la renta fijada), utilizando suplementariamente el crédito fiscal de deducción en cuota en el IRPF para las diferencias entre el coste real y el “nacional” establecido. Todo esto tiene costes de transacción importantes, pero también el beneficio de ayudar a visualizar la preocupación por la equidad del sistema en su conjunto.

Predecir para ajustar tan sólo lo inevitable

Finalmente, en un reciente trabajo del NBER, Glazer y McGuire⁵ discuten la misma necesidad y en su caso las bondades (pros y contras) de los esfuerzos para ajustar riesgos, a la vista de los instrumentos al alcance del regulador. Las supuestas bondades dependen de factores tales como si la calidad es identificable y singularizable en un contrato; el grado de conocimiento de los costes por asegurado que tiene el regulador (aparte del asegurador); el mantenimiento de registro abierto o cerrado del seguro; la capacidad de entrar y salir del mercado por parte de los entes aseguradores; la capacidad de los consumidores de observar la calidad de los planes, y el grado de subsidio transversal entre servicios que queda implícito en el ajuste poblacional



por riesgo conjunto (de consumo general de los servicios), entre los aspectos más fundamentales. No puede darse por hecho, entonces, la condición de óptima de la política del ajuste por riesgos per cápita, sin tener conocimiento del cumplimiento de cada una de las hipótesis o circunstancias anteriores a la realidad en que el ajuste potencial, para evitar la selección de riesgos, se aplica. Es éste un factor más de complejidad que nos pone en guardia respecto a supuestas soluciones sencillas o valoradas sólo sobre la base estadística de su capacidad predictiva.

En resumen, y tomando a Holanda como caso paradigmático, merece la pena destacar que antes de la nueva ley entrada en vigor en enero de 2006, un 63% de la población estaba cubierta estatutariamente por sistemas de seguro operados por los fondos públicos y parapúblicos y el 37% por aseguradoras privadas (por los colectivos que no estaban obligados, dado su estatus socioeconómico, a mantener el seguro público). Después de la reforma, el seguro es hoy obligatorio, pero abierto al suministro de prestaciones, de cobertura tanto pública como privada, financiada con primas relacionadas con la renta en su componente de seguro catastrófico, y con primas nominales no vinculadas a la renta para la cobertura obligatoria restante y, en general, desde el punto de vista de la prestación del servicio, queda anulada la obligación de las aseguradoras de contratar sólo a proveedores individuales, y se pretende un mayor desarrollo de las fórmulas de pre-ecuación. Éste es un esquema que ha de permitir, supuestamente, más competencia en prestaciones complementarias (a asegurar aparte) en calidad y en coste de los servicios y en primas (relacionadas con deducibles y otras restricciones). En todo caso, se trata de primas comunitarias (no actuariales vinculadas a riesgo individual). Los grupos de renta baja reciben apoyo público, básicamente, a través de créditos fiscales en el impuesto sobre la renta de las personas físicas. Cada empleado ha de pagar una contribución del 6,5% sobre la renta hasta un máximo de 30.000 euros al año (éste es el amplio

margen de solidaridad establecido), y para autónomos y pensionistas y alguna otra categoría el porcentaje máximo es del 4,4%. Una aseguradora acreditada en el nuevo esquema no puede denegar cobertura y el asegurado puede elegir anualmente entre aseguradoras. Éstas, en cambio, adquieren más libertad: 1) en la concreción de los servicios para cada prestación cubierta, 2) en el circuito de acceso a los proveedores y 3) en la negociación tarifaria con los profesionales. La responsabilidad individual está ligada a la mayor elección (incluso con el bono de “retorno” de pagos) y a la concreción de decisiones en el consumo cotidiano de recursos, por sus efectos en los copagos, en las primas según deducibles, en las prestaciones complementarias, etc. El mercado parece consolidar formas de integración asistencial entre proveedores y niveles (primaria con especializada) más satisfactorios, sin que parezca haberse puesto en peligro ni la cohesión social ni la equidad, una vez garantizada la cobertura a todos los colectivos. Éste es, a grandes rasgos, el sistema sanitario holandés hoy prevaeciente.

LAS TRANSFORMACIONES DE LOS SISTEMAS SANITARIOS

Del análisis comparativo efectuado pueden extraerse una serie de conclusiones a manera de resumen.

En efecto, las principales tendencias que se observan en el sistema comparado de los países occidentales desarrollados, en lo referente al papel del seguro y del sector privado en los sistemas de salud, se conforman en torno a los ejes siguientes:

1.- Existe una cierta tendencia a la universalización de las coberturas, excepto en algunos de sus componentes más básicos. Esto hace reposicionar parcialmente el seguro privado hacia la gestión de las pólizas públicas de manera sustitutiva a la provisión aseguradora pública, manteniendo la financiación de éste, para ser complementado después, si es el caso, voluntariamente con prestaciones de cobertura



adicional (en Bélgica el año 1998 para los autónomos y para riesgos determinados; en Francia en 2000, y en Holanda en 2006, y vinculado a la condición de ciudadano y no a la de trabajador), o haciendo directamente obligatorio el seguro para el conjunto de la población. Irlanda y Alemania (aunque este último país en proceso de cambio) serían en cierto sentido anomalías dentro de este panorama; en este caso, los desocupados son los que acaban teniendo, a pesar de las distintas vías de protección pretendidas, una cobertura más frágil⁶.

Todo el proceso anterior se acompaña ahora más que nunca de una mayor criba de la demanda, básicamente a través de los filtros establecidos en la atención primaria, cualquiera que sea el gestor del seguro; ello obliga a revisar los incentivos a la derivación de los médicos de cabecera y/o a la limitación de la demanda prescindible. El mayor dominio de la financiación pública que se alcanza no excluye, en cambio, parcelas de participación privada en costes, con cobertura de prestaciones cada vez más explícitas a las que se accede por criterio de necesidad, a menudo interpretada por una especie de “broker” clínico o intermediario de salud, agente más perfecto del principal o paciente que el propio proveedor.

2.- La tendencia general es a explicitar cada vez más las prestaciones que entran y las que no entran. Holanda y el Reino Unido (Inglaterra en particular) lideran este ejercicio a favor de lo más explícito. Cada vez la elección es más estricta: en Holanda como SHIS, ésta se basa en la parte más curativa y con eficacia validada; en el NHS inglés, a través del NICE (National Institute for Clinical Excellence), en algunos casos abiertamente a la vista de la relación coste-efectividad de los tratamientos medida en AVACs (como forma de coste-utilidad basada en “años de vida ajustados por calidad”). Existe discusión sobre lo que ha de entenderse por innovación. En sistemas SHIS, la consideración de valoraciones individuales propias de la economía del bienestar está más presente. Esto permite prestaciones más generosas pero no totalmente cubiertas y en igual cuantía por los

recursos públicos. En cambio, en los NHS predominan criterios al margen del bienestar (‘extra-welfaristas’), y lo que entra y no entra suele estar más restringido, con un punto de corte que identifica lo que la sociedad (en su nombre el Estado) está dispuesta a pagar por un beneficio de salud, que depende del presupuesto público disponible en cada momento. Pero si la prestación entra en catálogo, la tendencia es a hacerlo bajo financiación pública completa o casi completa. Lo que no entra en el paquete estándar, en cualquiera de los casos, no se prohíbe; simplemente deja de reembolsarse.

3.- La participación en costos de los usuarios está presente en todos los países, y si alguna tendencia se observa es a aumentar y no a disminuir. Bien es cierto que hay colectivos exentos y otros mecanismos de protección (cláusulas de freno a los desembolsos, o de *stop-loss*), pagos de bolsillo máximos mensuales o anuales, deducciones fiscales selectivas (Holanda es un ejemplo, tal como hemos comentado), y cobertura de prestaciones complementarias para los grupos de menor renta, financiada directamente por el sector público (en Francia desde 2003). Subrayado esto, cabe decir que la participación en costos del usuario tiende a ser uniforme (sólo Italia intenta hacerla selectiva tanto ligándola a la renta como permitiendo una cada vez más desigual aplicación regional: hoy 10 de las 21 regiones no requieren el copago de los medicamentos).

4.- La interacción del seguro privado con un sistema financiado públicamente acaba siendo decisiva para juzgar las consecuencias sobre el bienestar (costos y beneficios) del seguro sanitario privado. Así, en la naturaleza sustitutiva del seguro privado respecto del público, con diferentes grados de voluntariedad, con o sin financiación coactiva asociada; o en su carácter complementario, articuladamente o no respecto a donde no llega la cobertura pública, o con duplicidad de cobertura por falta de calidad percibida en los servicios públicos. Así mismo, es importante valorar el grado prevalente de práctica dual de los profesionales en los dos sectores, diferencias en los sistemas de pago por las



actividades realizadas y, hoy también, de responsabilidades médicas asociadas (sean los profesionales sanitarios pagados privadamente por acto médico, empleados de las aseguradoras, auxiliares de su actividad, personal liberal contratado externamente, con diferente estabilidad en su vínculo laboral, etc.).

5.- Existen dudas sobre el alcance de la legislación europea en las coordenadas de mayor favorecimiento por la vía legal de un mercado único y de la política de competencia, por lo que respecta a los controles sobre estandarización de productos, coberturas y control de precios del seguro sanitario. En principio, parece que estos detalles reguladores no son ya posibles, salvo que el seguro privado haga en el país un papel de alternativa completa o parcial al seguro obligatorio. Si éste es el caso, según la directiva vigente en la materia podría regularse en campos como el del “registro abierto” (contra la discriminación, en favor del “*open enrolment*”), de primas comunitarias (*pooling* obligatorio), coberturas obligadas a lo largo de la vida del asegurado, la estandarización (aunque sólo básica) de la parte del seguro que se incluye en el paquete obligatorio, con prestaciones y cobertura a prima máxima, precios garantizados. Asimismo, sólo en los paquetes de seguro privado alternativo al catálogo público se podría forzar la participación de todos los entes aseguradores en esquemas de nivelación de riesgos (o esquemas de “compensación” de pérdidas) y a mantener un operativo para el seguro sanitario similar al mantenido para el seguro de vida.

Es especialmente relevante en este sentido observar los ajustes hechos en el mercado asegurador holandés, alemán e irlandés. Tanto en Holanda como en Alemania, las provisiones contra la selección de riesgos (básicamente contra personas mayores y enfermos crónicos) se han utilizado para garantizar coberturas a un precio “asequible”, se dice, a través de la obligatoriedad de un seguro de ciclo vital, *pool* obligatorio de riesgos, paquetes mínimos y precios garantizados, en los segmentos de mercado en que son alternativos o sustitutivos del seguro público. En Irlanda, las regulaciones públicas

incluyen la prima comunitaria, el registro abierto y esquemas de igualación de riesgos a través de una institución reguladora independiente del propio Ministerio de Salud, con fuertes acusaciones sobre competencia desleal que recientemente hicieron que la aseguradora BUPA se retirase de la oferta aseguradora privada⁷. Tema también controvertido para la competencia es el del tratamiento de gastos fiscales otorgado a algunas o a todas las formas de seguro privado. A día de hoy, parece que la Unión Europea permite estas deducciones en el impuesto de sociedades sin duda para las formas de provisión sin ánimo de lucro, que se extiende, de manera implícita por el momento, para asociaciones mutualistas y empresas aseguradoras comerciales privadas.

6.- Lo anterior hace más que nunca necesaria la clarificación del papel del seguro sanitario privado en esquemas de provisión pública, ya en su nivel: 1) sustitutivo (para personas explícitamente excluidas de la cobertura obligatoria, a quienes se permite un “*opting out*”, visto que su nivel de renta hace innecesaria una tutela pública, como es el caso de Alemania y, hasta enero de 2007, también de Holanda); 2) complementario respecto a servicios excluidos (como por ejemplo los dentales y las formas de tratamiento alternativas a la medicina tradicional) o sólo cubiertos parcialmente (que comportan copagos de usuarios); y 3) suplementario, a efectos de incrementar la capacidad de elección de proveedor y/o la rapidez de acceso a los servicios sanitarios. Se consideraría que únicamente para el seguro complementario, que va más allá de los paquetes “estatutarios” públicos, no sería apropiada la regulación antes comentada (Directiva Bolkestein, 2003). En todo caso, no existe una interpretación única sobre lo que ha de entenderse por alternativa completa o parcial al sistema obligatorio en el sentido que recoge hoy la directiva.

En resumen, la regulación pública del seguro sanitario privado parece del todo necesaria en todos los sistemas en los que está presente (*pool* de riesgos obligatorios mínimos, ratios de solvencia...). Pero el exceso de regulación



(estandarización de paquetes asistenciales, primas comunitarias, incrementos de precios regulados no diferenciados...) desvirtúa los beneficios potenciales de un seguro que se quiera eficiente (diferenciación en calidades, innovación y flexibilidad en coberturas, capacidad de respuesta, participación óptima en costos...).

7.- Dentro de un país, la demanda de seguro privado está vinculada en general a la renta personal, a los “déficits” del sistema público (con carácter complementario cuando no satisface lo suficientemente a los usuarios, o suplementario cuando el sector público ni tan siquiera suministra los servicios), y a la protección adicional de algunas empresas hacia sus trabajadores, como si de una prestación de beneficio en especie más se tratase (en EE.UU. y Canadá en un 90%, en el 60% en Holanda y en el 50% en Francia se trata de seguros colectivos). Tipo, duración y extensión de listas de espera (en qué y por cuánto tiempo), valoraciones de tratamientos inadecuados, mayor aspiración a elegir médico, hospital, modalidad de tratamiento, contenido de prestaciones y ámbito asistencial suelen ser las causas desencadenantes de la valoración privada.

El seguro sanitario privado aumenta la oferta de servicios, y con bastante probabilidad incrementa también la demanda (efecto “oferta inductora de demanda” y por el abuso moral del asegurado), y en ausencia de regulación puede crear una estructura de doble nivel con diferentes puertas de entrada al sistema, que a veces no empeora en sí mismo la equidad de acceso, pero visualiza más los conflictos en la asignación de recursos (cosa que puede preocupar en distinta medida a los gobiernos según su ideario político).

Sin embargo, en conjunto, el seguro sanitario privado ha reducido escasamente la presión de costos de los sistemas públicos por lo que respecta su nivel de gasto, aunque sí ha mejorado su financiación, y entre los países de la OCDE ha servido más bien para aumentar con el tiempo el gasto sanitario total. Éste parece ser el caso, en particular, de regímenes en los que son importantes los gastos fiscales para el gasto en

seguros privados (como en el caso de EE.UU., Australia o Irlanda).

8.- En ningún sistema se observa una competencia fuerte entre aseguradoras privadas, ni en precios ni en calidad. Existe comúnmente una tendencia a la concentración empresarial y al establecimiento de acuerdos entre empresas para evitar duplicidades sobre el territorio. En general, los avances empresariales en el sector son escasos, y no hay costumbre de exhibirlos. Las regulaciones internas son más bien poco sofisticadas y poco transparentes (en general mucha letra pequeña, reclamaciones que al final se aceptan en función de las presiones ejercidas, miedo frente a posibles escándalos mediáticos, períodos de carencia que contabilizan mal el tiempo cubierto en otras entidades [*portability* de derechos], escasa comunicación de información cruzada entre entidades...).

Los costes de transacción, sobre todo en el caso de pagadores múltiples, incluidos aquí los de administración, marketing, suscripción de pólizas y reclamaciones, parecen cada vez más importantes y tienen una mala lectura en el sector de los profesionales sanitarios, en la medida en que se hacen explícitos y se contrastan con los más opacos del seguro público. Además, excepto en algunos casos aislados, las compañías aseguradoras sanitarias privadas pueden exhibir muy escasos avances relativos a mejoras de coste-efectividad (guías clínicas, gestión de medicamentos, de integración asistencial o consideración global de episodios mórbidos). No parece que haya incentivos claros para competir y tienden a preservar un statu quo que no se aleja demasiado del poder regulador (en parte “capturado”). En general, el sector encubre tantas grandes oportunidades como riesgos. Como el hecho de que una prestación no sea cubierta por el sistema público en ningún país democrático equivale a que quede prohibida, tener un sector asegurador privado bien organizado y de funcionamiento eficiente es de valor para el propio sector público y genera bienestar para todos los ciudadanos que voluntariamente suscriben sus pólizas. Ambos argumentos están en el núcleo de la necesidad de estudio y mejo-



ra de este importante sector de actividad económica.

En nuestro país, el papel del seguro sanitario privado y de la medicina privada en general no es claro, a pesar de haberse revitalizado estos últimos años. Por un lado, el modelo MUFACE, de sustitución de la aseguradora pública por la privada bajo financiación pública, ni se generaliza ni se elimina, las deducciones fiscales para el gasto sanitario privado no parecen volver al horizonte de la política económica, y se mantiene la limitación en la desgravación por el seguro de empresas en el impuesto de sociedades. Por otro lado, la concertación de servicios sanitarios privados está estancada a nivel estatal y en regresión en Cataluña, no tanto por una reducción de su importancia relativa como por el vacío de autonomía que supone la creciente homogeneización de las condiciones salariales de todos los entes proveedores bajo el paraguas de la financiación de la Red de Utilización Pública (XHUP).

Dicho esto, hay que reconocer que el reencaje del sector sanitario privado en los sistemas sanitarios de base pública hoy no es sencillo en ningún lugar, ni es articulable exclusivamente desde la propia reforma del sector público, sino que exige también un cambio en la operativa del sector privado. Éste pasa por participar en la gestión sanitaria (no sólo del equipamiento a construir, ni del seguro complementario o alternativo), sino también en la gestión interesada de equipamientos públicos, y en la gestión del seguro público descentralizado en los territorios. Esto permitiría la creación de una “póliza” complementaria de base poblacional (adicional a la prima pública y que se construiría sobre aquélla), con un renovado esfuerzo de eficiencia en provisión, ya que se comparten las políticas de prevención, freno al consumo innecesario y coordinación de proveedores. Esta renovación vendría de la mano de: 1) la integración asistencial de proveedores (favorecida por una financiación capitativa, a complementar privadamente sobre base territorial, si así se quiere), un adecuado traslado de riesgo del financiador a quien gestione la provisión que

incentive la racionalidad de las decisiones, y 2) cambios en el status de los proveedores e instituciones sanitarias a favor de una mayor diversidad organizativa, de condiciones laborales (no sólo retributivas) y con la experimentación y emulación de las mejores prácticas. De aquí, por ello, la importancia de la descentralización territorial de la gestión del seguro y de la desconcentración organizativa, como parte de la solución, al posibilitar un complemento financiero, subsidiado o no fiscalmente, respecto a la prima pública básica.

En estos nuevos contextos la solidaridad del sistema habría de asentarse en la definición de la cobertura básica a precio tasado, en la progresividad derivada de las subvenciones y de los gastos fiscales que pudieran implementarse, el mantenimiento de un seguro complementario en prima comunitaria y el favorecimiento de pólizas colectivas de acceso no restringible. Este cambio tendría efectos adicionales en la descompresión de las finanzas públicas ante incidencias de presupuesto equilibrado dudosas. En general, y más allá de las especificidades del sistema actual, se trataría de replantear el sector sanitario (público y privado) desde la óptica global del sistema de salud⁸. Esto tendría que ir acompañado de una estrategia de financiación diferente, retribuyendo a los agentes no por ser (grado y nivel), estar en el lugar de trabajo (estatutario o laboral), o “hacer” (actividad), sino por “conseguir” (en atención a los resultados alcanzados), y abriendo nuevas esferas de financiación privada que, coordinadas con la pública general, ofreciesen mejor garantía para la sostenibilidad futura del sistema sanitario.

NOTAS

1. Es decir, que sólo se asegurasen los de alto riesgo ya que al precio de un prima media colectiva, serían los únicos que la encontrarían interesante.
2. Véase COHU S, Lequet-Slama D y Volovitch P, para DREES (Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques), del Ministère de la Santé de Francia, *Etudes et Résultats*, 445, Nov. 2005.



3. A diferencia de los sistemas de pago en el momento de acceso o en las *Health Savings Accounts*, en las que los ahorros por no utilización quedan a disposición de quien suscribe la póliza, son acumulables y transferibles a terceros “*ab intestato*”.
4. Algunos autores (como P. Zweifel para el caso suizo, o N. Acarín en nuestro país, desde ópticas diferentes) parecen pronunciarse a favor de este segundo sistema, ya que consideran que la eficiencia se vincula así mejor al establecimiento de tarifas óptimas, aunque no las soporte al completo el asegurado.
5. Glazer y McGuire. *Contending with the Risk selection in competitive health insurance markets*. NBER, septiembre de 2005.
6. Wörz et al. *Euro Observer* 2006; 8 (2): 2.
7. Véase Thompson S y Mossialos E. *Regulating private health insurance in the European Union: the implications of single market legislation and competition policy*, de LSE Health WP no 4, Noviembre de 2006.
8. Y, por supuesto, del gasto social en su conjunto, desde la perspectiva intergeneracional y de la economía en general.

BIBLIOGRAFÍA UTILIZADA

- Rothschild M, Stiglitz J. Equilibrium in competitive insurance markets: an essay on the economics of imperfect information. *Q J Econ* 1976; 90: 629-49.
- Adam Wagstaff (2007) Social Health Insurance reexamined World Bank WP: http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/IW3P/IB/2007/01/09/000016406_20070109161148/Rendered/PDF/wps4111.pdf
- Culyer AJ. Need values and health status measurement. En: Culyer AJ, Wright KG (ed). *Economic aspects of health services*. London: Martin Robertson, 1978; 9-31.
- Vera AM. Duplicate coverage and demand for health care. The case of Catalonia. *Health Econ* 1999; 8: 579-98.
- López G. El nuevo tratamiento fiscal del aseguramiento sanitario privado. *Rev Esp Admin Sanit* 2000; 4: 53-64.
- Van Doorslaer E, Wagstaff A, Van der Burg H, Christiansen T, De Graeve D, Duchesne I, et al. Equity

in the delivery of health care in Europe and the US. *J Health Econ* 2000; 19: 553-83.

- Sáez M. Condicionantes en la utilización de los servicios de atención primaria. Evidencias empíricas e inconsistencias metodológicas. *Gac Sanit* 2003; 17: 412-9.
- Docteur E y Oxley H. *Health Care Systems: Lessons from the reform experience*. Paris: OECD Health WP no 9, 2003.
- Pauly M et al. Private Health Insurance in Developing Countries. *Health Affairs* 2006; 25: 369-379.
- Victor R. Fuchs. “The Future of Health Economics” Working Paper 7379, NBER Working Paper Series; p. 29.
- Besley T, Gouveia M. “Alternative Systems of Health Care Provision”.
- Musgrove P, Zeramdini R, Carrin G. Basic Patterns in National Health Expenditure. *Bulletin of the World Health Organization* 2002; 80: 134-142.
- Colombo y Tapay. *Private Health Insurance in OECD Countries: The benefits and costs for individuals and Health Systems*. OECD Working Papers, 15, 2004.
- Glazer y McGuire. *Contending with Risk selection in competitive health insurance markets*. NBER, sept del 2005.
- Thompson y Mossialos E. *Regulating private health insurance in the European Union: the implications of single market legislation and competition policy*. LSE Health WP no 4, Noviembre del 2006.
- Ortún V y Meneu R. Impacto de la Economía en la Política y Gestión Sanitaria. *Rev Esp Salud Pública* 2006; 80(5): 479-92.
- Puig-Junoy J, y Ortún V. Es sostenible el model sanitari a Catalunya? *Revista Econòmica de Catalunya* 2004; 49/50: 181-189.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- Culyer A y Newhouse J (eds). *The Handbook of Health Economics* (I, II). North Holland: Elsevier Publishers, 2000.
- Garber AM, NBER. *Frontiers in Health Policy Research* (I, II, III, IV) MIT Press, 2001 (capítulos seleccionados).
- Fowland S et al. *Health Economics*, 3rd edition, 2001.