

El papel del sector privado

IGNACIO RIESGO*

1. Introducción-resumen

El sector privado de la sanidad va a tener, sin duda, un papel determinante en el cambio del modelo sanitario español, que se orientará en el futuro al logro de una mayor eficiencia que sería difícilmente compatible con el mantenimiento del monopolio público en la compra o en la provisión. Se están sentando las bases para configurar ya un mercado de competencia regulada, en el que desaparecerá el papel subsidiario que hasta ahora ha venido teniendo la provisión privada con respecto a la pública. En ese nuevo «modelo», el mayor papel a desempeñar por el sector privado resultará plenamente compatible con el mantenimiento de una financiación predominantemente pública y con la cobertura universal de la asistencia.

* Director de la División Sanitaria de Arthur Andersen, ha sido presidente de la delegación española en el Comité Permanente de Hospitales de la Unión Europea y director gerente de los hospitales Ramón y Cajal, de Madrid; Covadonga, de Oviedo; Hospital Central de Asturias y del Instituto nacional de Silicosis.

El objetivo de este artículo es analizar el importante papel que la iniciativa privada puede desempeñar en el futuro en nuestro país, partiendo de una definición del sector sanitario privado (epígrafe 2) y de un análisis de los diferentes esquemas de funcionamiento del mismo y sus actuales relaciones con el sistema nacional de salud (epígrafes 3 a 6); una vez enumerados los principales problemas que aquejan a éste (epígrafe 7), se apuntan algunas líneas estratégicas a reivindicar por la iniciativa privada en sanidad en nuestro país (epígrafe 8).

2. ¿Qué entendemos por sector privado en Sanidad?

El sistema sanitario comprende un conjunto complejo de elementos, relaciones e instituciones públicas y privadas. Plantear las alternativas público o privado como una dicotomía constituye una simplificación, que desemboca en un discurso estéril y poco operativo.

¿Se considera privada la prestación dada con financiación pública a los funcionarios por una aseguradora, bajo el sistema Muface? ¿Y el envío de pacientes desde el sistema público a hospitales privados para ser atendidos en los mismos, bajo el régimen de conciertos? ¿O se limita el concepto de sector privado al mundo de las aseguradoras privadas o, más aún, al de la compra directa de servicios médicos por los consumidores, sin intervención de ninguna institución aseguradora? Es evidente que en todas esas actividades hay participación del sector privado, aunque en distintas formas.

Para una aproximación conceptual más rigurosa al papel de la iniciativa privada en el sector sanitario es conveniente analizar las distintas funciones en el sector: regulación, planificación, financiación, compra y provisión. Dejemos, por ahora, las funciones de regulación y planificación, por entender que éstas van a ser fundamentalmente públicas, para tratar de explicar qué entendemos por las otras tres.

- *Financiación*: es decir, el origen de los fondos económicos a utilizar en la actividad sanitaria. Puede ser financiación pública (cotizaciones sociales o impuestos) o privados (primas de las aseguradoras privadas o dinero «de bolsillo» en la compra directa de los servicios por el paciente).
- *Compra*: selección y pago de los distintos proveedores. Puede ser pública, si es realizada por un organismo público (como el Insalud o los sistemas autonómicos de salud), o bien privada (en forma institucional, por una aseguradora sanitaria; o en forma individual, directamente por el paciente).
- *Provisión*: por este concepto se entiende la prestación de los servicios. Nótese que en Sanidad suelen hacerse sinónimos provisión y prestación, mientras que los hacendistas reservan la palabra provisión para la financiación.

El siguiente cuadro trata de presentar las distintas combinaciones público/privado que pueden darse en nuestro sistema sanitario:

<i>Financiación</i>	<i>Compra</i>	<i>Provisión</i>	<i>Ejemplos</i>	<i>Peso Relative</i>
Pública	Pública	Pública	Paciente del SNS que es atendido en una institución pública	Es la forma más común de prestación de servicios sanitarios en nuestro país
Pública	Pública	Privada	Paciente del SNS que es atendido en una institución privada, mediante un concierto	Muy frecuente, funciona así todo el régimen concertado, particularmente hospitalario. Hay que tener en cuenta que sólo el 70% de las camas hospitalarias son públicas
Pública	Privada	Pública	Rara, pero existe. Ejemplos: • Paciente del Mutualismo Administrativo («sistema Muface») que opta por una aseguradora, en los raros casos en que la aseguradora utiliza el sector público (para determinadas prestaciones, ejemplo: trasplantes) • También la utilización del sector público por parte de Mutuas de Accidentes de Trabajo	Peso escaso

<i>Financiación</i>	<i>Compra</i>	<i>Provisión</i>	<i>Ejemplos</i>	<i>Peso Relativo</i>
Pública	Privada	Privada	Mutualismo Administrativo con opción de aseguradora, con provisión por medios privados; Entidades colaboradoras; Mutuas de Accidentes de Trabajo	<ul style="list-style-type: none"> • El Mutualismo Administrativo cubre a 2,1 millones de funcionarios, el 85% de los cuales opta por una aseguradora • Las Entidades colaboradoras cubren aproximadamente a 500.000 personas • Las Mutuas de Accidentes de Trabajo (enfermedad profesional y accidente laboral) cubren a en torno a 9 millones de trabajadores
Privada	Pública	Pública	Prácticamente no existe	-
Privada	Pública	Privada	Prácticamente no existe	-
Privada	Privada	Pública	Es rara pero existe, cuando una aseguradora utiliza el sistema público por carecer de esa prestación	Excepcional
Privada	Privada	Privada	<ul style="list-style-type: none"> • Seguros sanitarios voluntarios • Sistema de pago directo sin seguro 	<ul style="list-style-type: none"> • 4 millones de ciudadanos están cubiertos con una póliza privada (doble aseguramiento)

Así pues, hay cuatro subsectores con peso dentro del sector sanitario privado, cada uno de ellos con distintas problemáticas, configuración empresarial y perspectivas de futuro:

1. El *subsector de la concertación privada desde el sistema público*. Está formado, fundamentalmente, por un grupo de hospitales y clínicas privadas (financiación y compra públicas; provisión privada).

2. El *subsector que, con financiación pública, participa en el servicio público, aunque con formas de organización privada* (financiación pública; compra y provisión privadas). A su vez, este subsector tiene tres componentes:

— El sector privado que participa en el Mutualismo Administrativo, cuando por parte de los afiliados hay elección de aseguradora privada.

— Las entidades colaboradoras, que dan asistencia sanitaria a los componentes de una empresa.

— Las Mutuas de Accidentes de Trabajo, que cubren las contingencias de accidentes de trabajo y enfermedad profesional de sus afiliados

3. El *subsector de las aseguradoras sanitarias, que en general actúan bajo el régimen de doble cobertura*, ya que el aseguramiento público es obligatorio (financiación privada, compra privada, provisión privada).

4. El *subsector privado «puro»*, en los que se utiliza por el paciente dinero «de bolsillo» para comprar los servicios, sin intermediación de ninguna institución aseguradora, pública

o privada (financiación privada, compra privada individual, provisión privada)

Sobre esta clasificación, se van a analizar los distintos subsectores.

3. El subsector de la concertación privada desde el sistema público

Aunque hay varios tipos de proveedores privados concertados con el sistema público (laboratorios, gabinetes radiológicos, etc.), realmente el gran peso de la provisión privada concertada corresponde a la hospitalización.

Son privadas el 31% de las camas en España. Aparte del sector público (Insalud/Servicios Autonómicos de Salud), sus potenciales clientes proceden de las aseguradoras sanitarias, de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, de empresas colaboradoras y pacientes privados.

Una parte importante de este subsector está agrupado en la Federación Nacional de Clínicas Privadas. En general, el mundo de las clínicas privadas está constituido por pequeñas clínicas, en muchos casos de iniciativa o propiedad familiar, que actúan sin ningún nexo de unión, atendiendo a mercados locales y, en general, con sistemas de gestión no actualizados. No hay grandes redes hospitalarias privadas. Las excepciones son las Clínicas privadas que pertenecen a aseguradoras sanitarias: es el caso de Asisa, que tiene una red de

Clínicas; de Adeslas, que también tiene una red; de Sanitas, que tiene unas cuantas clínicas sobre todo concentradas en Madrid; o de Previaisa, que hasta muy recientemente tenía el Grupo de las Clínicas Quirón. Pero redes de Clínicas que agrupen a este tipo de entidades sin formar parte de un grupo asegurador prácticamente no existen en nuestro país, con la posible excepción del Grupo Hospitén, en Tenerife. La empresa americana Columbia Healthcare Corporation intentó recientemente constituir en España una red de hospitales privados, siendo su primer paso, que no ha sido seguido por otros, la adquisición del Instituto Dexeus, en Barcelona.

Perspectivas del sector provisor privado

El régimen de concertación del sector público con el sector sanitario privado ha sido siempre bajo los principios de subsidiariedad y complementariedad¹. Naturalmente, esta situación debe superarse por la de competencia regulada, única forma por la que este subsector podrá demostrar sus potencialidades.

Tras unos años de incertidumbre, en los momentos actuales el sector de las clínicas privadas tiene grandes oportunidades. Esto les va a obligar a reforzar una gestión eficiente, que minimice costes; a una preocupación por la calidad; a contemplar un horizonte de acreditación y, en determinados casos, a salir del mundo de aislamiento en el que algunas se

¹ Resolución 11 de abril de 1980, Secretaría de Estado para la Sanidad del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social.

encuentran, por la vía del asociacionismo hospitalario, integración en redes que se puedan constituir, etc.

4. El subsector que, con financiación pública, participa en el servicio público, aunque con formas de organización privada

Como se ha visto, hay tres grandes grupos de actividad que actúan bajo esta forma:

- El Mutualismo Administrativo
- Las Empresas Colaboradoras
- Las Mutuas de Accidentes de Trabajo

El Mutualismo Administrativo

Los funcionarios en España constituyen el único colectivo que puede optar —en un marco de financiación pública— entre recibir asistencia por el Sistema Nacional de la Salud o por entidades privadas. Esto es algo absolutamente original en Europa.

Esta asistencia se presta a través de la Muface (para los funcionarios civiles), Mugeju (para los funcionarios de la Administración de Justicia) e Isfas (para los funcionarios militares).

En la Ley de 27 de junio de 1975 sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles se establece que la asistencia sanitaria se facilitará por la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (Muface), bien directamente o por

concierto con otras Entidades o establecimientos públicos o privados.

La Muface no ha organizado servicios sanitarios propios, basándose en el sistema de conciertos con el Insalud/Servicios Autonómicos de Salud o con entidades sanitarias privadas.

La proporción de funcionarios que opta por una entidad de seguros privados es muy elevada. El porcentaje de cobertura vía entidades privadas se sitúa por encima del 85%, tal y como puede verse en el siguiente cuadro:

CUADRO DE ENTIDADES ASEGURADORAS
DE LA ASISTENCIA SANITARIA DE MUFACE AL 31/12/1995

<i>Entidades</i>	<i>Población Protegida</i>	<i>%</i>
Asisa	696.696	42,93
Adeslas	459.612	28,32
I.N.S.S.	224.468	13,84
Previasa	119.554	7,37
Cajasalud	49.954	3,08
Igualatorio La Coruña	7.528	0,86
Aseica	13.714	0,84
Unión médica gaditana	11.629	0,72
Igualatorio Santander	11.070	0,69
Otras entidades	21.794	1,34
Total entidades	1.622.521	100,00

Fuente: Memoria Muface 1995².

² Memoria Muface 1995, Ministerio para las Administraciones Públicas, Mutualidad de Funcionarios Civiles del Estado, Madrid, 1996.

Perspectivas del «sistema Muface»

Lo más probable es que el «sistema Muface», como de forma simplificada se denomina al conjunto del Mutualismo Administrativo, va a seguir jugando un papel en el futuro del sector. Tal vez para ello necesite un esfuerzo de legitimación ante el conjunto del mismo, por la vía de demostrar sus ventajas desde el punto de vista de calidad y coste.

El «sistema Muface» ha demostrado, a lo largo de los años, que es capaz de ofrecer, al mismo tiempo, un alto grado de satisfacción a sus usuarios y un coste más bajo que el del sector público. En un estudio realizado por Arthur Andersen para el período 1990-1994, se detectan las siguientes diferencias entre el coste de la prima que Muface para a las aseguradoras sanitarias y el coste del mismo concepto en el Insalud:

<i>Año</i>	<i>Prima Muface</i>	<i>Presupuesto sin Farmacia por Persona en Insalud</i>	<i>Diferencia entre Presupuesto Insalud y Muface</i>	<i>Diferencia Porcentual sobre Prima</i>
1990	23.436	34.194	10.758	45,90%
1991	33.444	37.319	3875	11,59%
1992	41.052	45.688	4.636	11,29%
1993	43.716	56.027	12.311	28,16%
1994	46.596	65.639	19.043	40,87%

Las Empresas Colaboradoras

Determinadas empresas pueden ser autorizadas para cubrir las contingencias de sus trabajadores respecto a enfermedad común y accidente no laboral. Esta forma de autoaseguramiento no se considera como seguro privado de asistencia sanitaria, sino como colaboración en la gestión de la Seguridad Social (artículo 208 de la Ley General de la Seguridad Social).

Las condiciones para ello son:

- Tener a su servicio más de 500 trabajadores titulares del derecho a la asistencia sanitaria en el Régimen General de la Seguridad Social.
- Poseer instalaciones sanitarias propias, suficientemente para prestar la asistencia sanitaria por enfermedad común y accidente no laboral, exceptuada, en su caso, la hospitalización quirúrgica.

Las empresas que ejerzan esta colaboración percibirán de la Seguridad Social, por trabajador titular del derecho a la asistencia, la cuota correspondiente a la asistencia sanitaria por enfermedad común y accidente no laboral y a la prestación económica por incapacidad laboral transitoria.

Esta fórmula, empleada según datos de 1994 por 36 empresas, da cobertura a aproximadamente medio millón de personas. Telefónica con 74.000 trabajadores y la Comunidad de Madrid, con 26.500, son las colaboradoras de mayor

tamaño, seguidas por Iberdrola (13.042), ONCE (12.948) y La Caixa (10.500)³.

Las Empresas colaboradoras cuentan con instalaciones sanitarias propias de distintas características en 456 centros de trabajo, en los que desempeñan su actividad de carácter sanitario 4.366 personas.

Perspectivas de las empresas colaboradoras

¿Qué futuro tienen en el sector las empresas colaboradoras? Aunque parece que en los últimos tiempo ésta era una fórmula residual y una vía de desarrollo abandonada, nada asegura que sobre nuevos planteamientos esta forma de prestación sanitaria no conozca un desarrollo significativo.

Las Mutuas de Accidentes de Trabajo

Las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social son asociaciones de empresarios, constituidas con el objeto de colaborar en la gestión de las contingencias de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, bajo la dirección, tutela y vigilancia del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

³ Descripción y estado de situación del Sistema Nacional de Salud (Documento marco que propone el Ministerio a la Ponencia de Reforma del Sistema Sanitario de Salud del Congreso de los Diputados), Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1997.

El objeto de su actuación se fundamenta en acciones preventivas, prestaciones económicas y médicas y acciones de rehabilitación.

El carácter empresarial de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales ha permitido establecer una eficaz presencia del empresariado privado en la colaboración con la Administración Pública, eficacia que viene avalada por más de noventa años de existencia.

En 1996, y tras un proceso de concentración, existían 36 Mutuas. En 1983 eran 163. Disposiciones legales obligaban a tener un mínimo de 30.000 trabajadores por cada Mutua. En la actualidad pertenecen a Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales millón y medio de empresas y 9 millones de trabajadores.

El Insalud/Servicios Autonómicos de Salud actúan como prestadores de servicios sanitarios por accidentes de trabajo o enfermedades profesionales para aquellas empresas que aseguran esta contingencia con el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS).

Sus principios básicos de funcionamiento

Son entidades que se forman para que las empresas asuman mancomunadamente el coste de la protección ante los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. No persiguen fines de lucro. Colaboran con la Seguridad Social entregando los excedentes de su gestión y las aportaciones que

la Seguridad Social les solicite para la financiación de servicios comunes.

Sus recursos

Las Mutuas reciben de cuotas que satisfacen los empresarios de unos 400.000 millones de ptas. al año (1995). Gestionan por sí solas en torno al 80% del total de primas recaudadas por contingencias de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, del total del Sistema de la Seguridad Social.

Medios materiales y tipo de asistencia

La actividad asistencial de las Mutuas tiene dos vertientes fundamentales: ambulatoria y hospitalaria. Ambas pueden ser prestadas por parte de las Mutuas bien con medios propios, bien mediante la utilización de medios ajenos, que normalmente serán concertados.

Mutuas más importantes

Aunque hay 36 Mutuas, sólo unas pocas concentran una parte muy importante de la actividad:

<i>Ranking de Cuotas</i>	<i>Nombre</i>	<i>Cuotas 1995</i>
1	Fremap	85.656.626
2	Asepeyo	71.841.632
3	La Fraternidad	32.871.702
4	Mutua Universal Mugenat	32.725.997
5	Mutual Cyclops	23.743.172

Fuente: Asociación de Mutuas de Accidentes de Trabajo (AMAT), 1997.

Perspectivas de las Mutuas de Accidentes de Trabajo

El papel de las Mutuas de Accidentes de Trabajo ha sido reforzado de manera importante en los últimos tiempos, por dos circunstancias: la posibilidad de que asuman la prestación económica en casos de incapacidad temporal y su papel en el control de los casos de bajas por dicha incapacidad. Esto se ha producido sobre la base de la siguiente normativa:

- la implicación en la prestación económica de la incapacidad temporal está regulada por el Real Decreto 576/1997⁴, que establece cómo las Mutuas participarán en esta prestación. Esta situación ya es de aplicación para 1.300.000 trabajadores de los 9 millones protegidos por las Mutuas⁵; y
- a su vez el Real Decreto 575/1997⁶ establece las condiciones en las cuales las Mutuas participan en el control de las bajas por incapacidad temporal, posibilidad que había quedado abierta por el artículo 78 de la Ley 13/1996⁷ comúnmente denominada de acompañamiento de los Presupuestos Generales del Estado.

⁴ Real Decreto 576/1997, de 18 de abril, por el que se modifica el Reglamento General sobre colaboración en la gestión de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, aprobado por Real Decreto 1993/1995, de 7 de diciembre.

⁵ Valenzuela de Quinta, E., Director Gerente de AMAT. Comunicación personal, Madrid, mayo, 1997.

⁶ Real Decreto 575/1997, de 18 de abril, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión de la prestación económica de la Seguridad Social por incapacidad temporal.

⁷ Ley 13/1996, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y de Orden Social.

Muy recientemente en la Comunidad Valenciana se ha firmado un acuerdo entre la Consejería de Sanidad y el colectivo de las Mutuas de Accidentes de Trabajo para que éstas puedan participar también en la prestación asistencial en casos de enfermedad común y en los de accidente no laboral.

Todas estas circunstancias van a potenciar de manera extraordinaria el papel de las Mutuas.

5. El subsector de las aseguradoras sanitarias bajo el régimen de doble cobertura

A partir de 1989, la asistencia sanitaria está universalizada.

La universalización de la asistencia sanitaria pública hubiese supuesto la desaparición de los seguros privados de asistencia sanitaria, si no fuese por:

- el sistema de opción de los funcionarios; y,
- la doble cobertura que tienen determinadas personas.

De las aproximadamente 6 millones de personas que están cubiertas a través de un seguro de asistencia sanitaria privada, 2.100.000 son funcionarios públicos por el sistema de opción y en torno a 4 millones habían contratado directamente su póliza. Estos últimos tienen, por lo tanto, doble cobertura.

Las razones que llevan a algunas personas a contratar una póliza de asistencia sanitaria, a pesar de tener ésta cubierta por el sistema público, son las siguientes:

- obtener una atención más personalizada;
- acceso directo al especialista;
- más derecho de opción de médicos y hospitales;
- evitar las listas de espera para determinadas intervenciones; y
- pago de la prima, total o parcialmente, como un beneficio en especie por parte de la empresa en la que trabaja el asegurado.

El marco normativo de los seguros sanitarios es doble, por una parte la específicamente sanitaria a través del Ministerio de Sanidad y Consumo, y, por otra, la normativa aseguradora.

De las más de 100 compañías que operan en el sector, tres de ellas —Asisa, Sanitas y Adeslas— acaparan el 54,6% del mercado.

En el siguiente cuadro puede verse el ranking de las 10 principales compañías que operan en el sector:

<i>Número</i>	<i>Nombre de la Entidad</i>	<i>Recaudación</i>	
		<i>1996 (Millones de Ptas.)</i>	<i>Cuota de Mercado (%)</i>
1	Asisa, Asistencia Sanit. Interpr.	68.206,56	21,46
2	Sanitas, S.A. de Seguros	44.624,47	14,04
3	Cía de Seguros Adeslas, S.A.	44.118,60	13,88
4	Previasa, S.A. Seguros y Reaseg.	15.252,40	4,8
5	IG Méd. Quirúrgico, S.A.	13.940,75	4,39
6	Caja Salud de Seguros y Reaseguros, S.A.	8.285,81	2,61
7	Aresa Seguros Generales, S.A.	8.058,04	2,54
8	Fiatc, Mutua de Seguros y Reaseguros a prima	7.365,96	2,32
9	Mapfre Vida, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros Sob.	4.310,75	1,36
10	Ig. Colegial Asist. Médico Quirúrgica	4.169,35	1,31

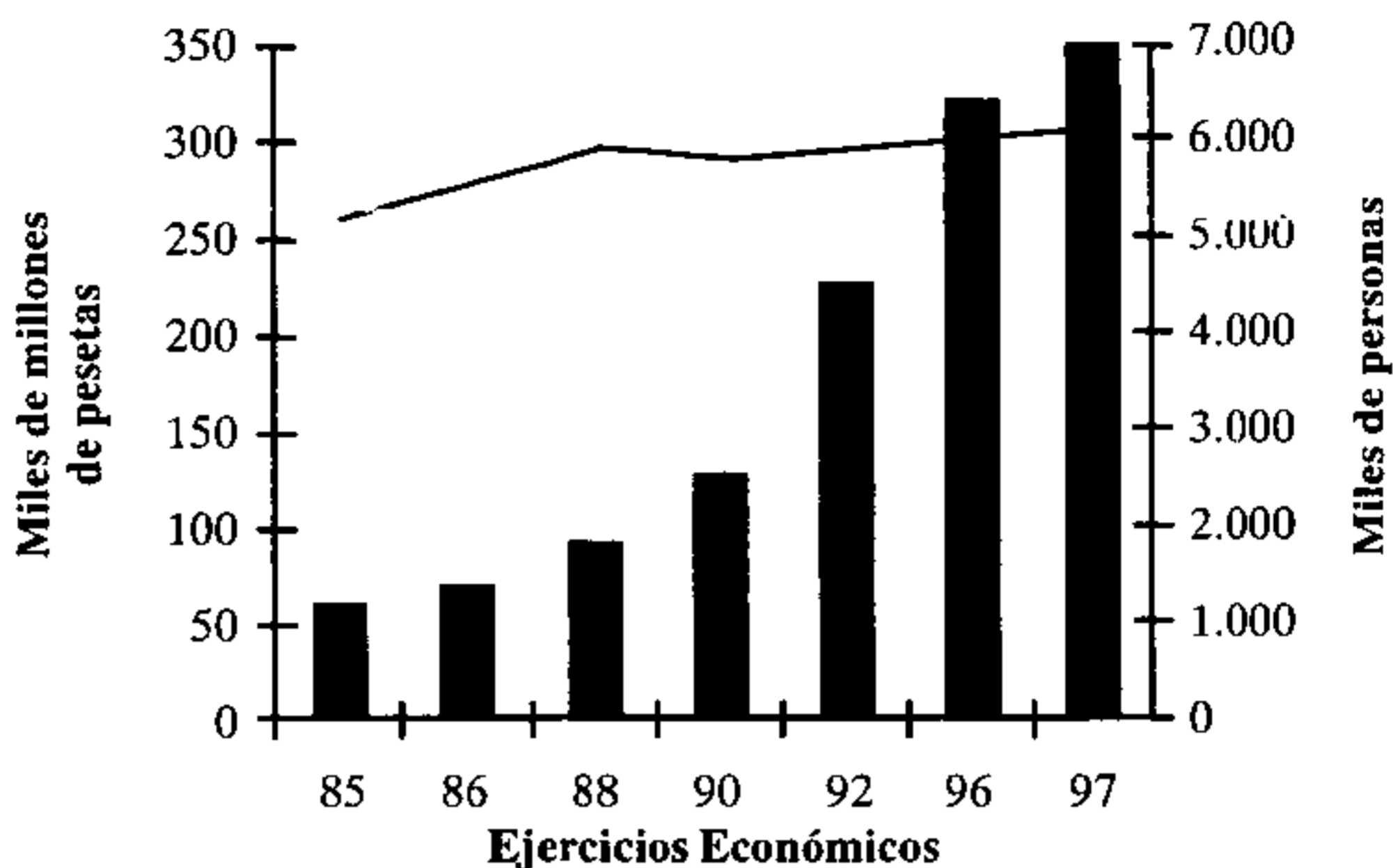
Fuente: UNESPA, 1998

Las primas han experimentado una gran evolución al alza, pasando de 60.572 millones de ptas. en 1985 a los 350.000 millones en 1997⁸. Este aumento de la facturación por primas se debe al aumento del precio de las pólizas y no al crecimiento de asociados, que ha permanecido prácticamente estable en el período 1985-1997.

Por la tipología de seguro, hay dos grandes grupos:

- *Seguros de reembolso de gastos*, minoritario, sigue la lógica del negocio asegurador y limita el compromiso de la empresa a reembolsar con posterioridad los gastos que el

⁸ Miguel Benito: La sanidad privada, más cara, El País, suplemento Negocios, 8 de marzo, 1998.



Primas recaudadas
 Número de asegurados

asegurado haya pagado por la asistencia recibida, y que él mismo ha de buscar en caso de enfermedad. En España esta modalidad absorbe menos del 5% del negocio asegurador sanitario.

- *Seguros de prestación de servicios médicos*, absorbe más del 95% del mercado. Integra la función aseguradora con la provisión de servicios, de tal modo que la compañía se obliga con sus asegurados a la prestación de determinados cuidados (según la cobertura de la póliza) y con ello se convierte en organizador y responsable de esa atención sanitaria, sea con medios propios o concertados.

Hay una gran variación en la implantación territorial de las aseguradoras sanitarias, según se pone de manifiesto en la siguiente tabla:

<i>Comunidad Autónoma</i>	<i>% de población con Cobertura por Seguro Privado</i>
Andalucía	3,5
Aragón	5,1
Asturias	2,4
Baleares	18,3
Canarias	1,2
Cantabria	1,5
Castilla-La Mancha	3,3
Castilla-León	2,6
Cataluña	14,7
Comunidad Valenciana	3,7
Extremadura	1,2
Galicia	2,7
Madrid	12,3
Murcia	3,9
Navarra	2,6
País Vasco	3,2
Rioja	3,5
Conjunto España	6,4

Fuente: Encuesta Nacional de Salud de España, 1993, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1995

El seguro médico privado goza en la actualidad de una fiscalidad similar a la de los gastos médicos privados, esto es, una deducción en la cuota del IRPF del 15%. La deducción por prima por asegurado/año se sitúa en el entorno de 7.300 ptas. en 1996 (Fuente: UNESPA). Las propuestas de la Comisión para estudiar la reforma de la Ley del IRPF de suprimir la deducción de los gastos por enfermedad son contempladas por el sector asegurador privado como una seria amenaza, si dicha medida no va asociada a otras que estimulen la afiliación al seguro privado.

Perspectivas de las aseguradoras sanitarias

Las empresas aseguradoras sanitarias han conocido un proceso de concentración muy acelerado en los últimos años. Es verosímil que este proceso continúe.

Una parte del futuro de las aseguradoras sanitarias depende de decisiones políticas en cuanto al enfoque de la situación actual del doble aseguramiento. Son muy difíciles las perspectivas de crecimiento bajo el régimen de doble cobertura. Es más, una crisis económica puede actuar reduciendo significativamente el número de afiliados. Al margen de lo anterior, las dificultades para las aseguradoras sanitarias de elevar el precio de las primas al ritmo de los últimos años va a obligarlas a reconsiderar su estructura de costes y las relaciones con sus proveedores. Esto puede llevarlas a modificar la política predominante en la actualidad de amplios y compartidos cuadros médicos.

6. El subsector privado «puro»

Bajo esta denominación englobamos a la actividad asistencial en la que el proveedor (hospital, médico,...) se relaciona directamente con el paciente, sin intermediación de ninguna entidad aseguradora, sea pública o privada.

Es ésta una actividad cuyo volumen total en términos económicos es difícil de evaluar, si bien tiene carácter minoritario. El fenómeno asegurador está absolutamente enraizado en la sanidad, dadas las incertidumbres ante el estado de la sa-

lud y la voluntad de evitar los cuantiosos gastos que puede originar un tratamiento médico, cuyo pago pudiera ser imposible o extremadamente dificultoso para las economías individuales.

Comprende tanto la actividad médica en consultorios individuales, como la hospitalización de pacientes privados.

Prácticamente todas las clínicas privadas tienen un porcentaje de este tipo de pacientes. Incluso hay unos pocos hospitales privados (La Luz y Rúber, en Madrid, por poner algunos ejemplos) cuyo actividad fundamental es con pacientes privados «puros». Son fenómenos muy aislados y propio de grandes ciudades.

Perspectivas del subsector privado «puro»

A pesar de su carácter minoritario y de la extensión del fenómeno asegurador en Sanidad, siempre habrá espacio para una actividad de estas características y determinados «nichos» de población o de tipología de actividad médica en la que este tipo de ejercicio puede florecer, aunque siempre en términos minoritarios. Nos referimos a la actividad en consultorios privados para determinadas especialidades médicas (Pediatría, Psiquiatría,...); a la hospitalización para capas de población muy determinadas; o, a prestaciones especialmente mal cubiertas desde el sector asegurador, sea público o privado (la actividad oncológica integral puede ser un ejemplo).

7. El sector público: el Sistema Nacional de Salud

Dado que es muy difícil analizar los problemas y perspectivas del sector privado sin, simultáneamente, tener presente los del sector público, vamos a dedicar unas líneas a revisar de forma muy somera la situación del sector público: el Sistema Nacional de Salud.

«El Sistema Nacional de Salud está constituido por el conjunto de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas en los términos establecidos en la presente Ley». Esa es la definición que sobre el Sistema Nacional de Salud da la Ley General de Sanidad (Artículo 44.2).

En la práctica el Sistema Nacional de Salud es, en gran parte, heredero del Sistema Sanitario de la Seguridad Social, creado en España en los años 50' y 60', con los cambios que se han venido introduciendo en los últimos tiempos:

- Cambio en el sistema de financiación, desplazando el 90% (aproximadamente) de la misma con un origen en impuestos, y siendo el 10% restante procedente de cotizaciones de la Seguridad Social. La proporción era la inversa hasta 1989. Según el Pacto de Toledo, la sanidad se financiará en el año 2.000 íntegramente vía impuestos.
- Cobertura universal del Sistema, si bien ya en los años 70' se había alcanzado un alto porcentaje de cobertura (superior al 80%).

- Transferencia hacia determinadas Comunidades Autónomas de las competencias en gestión de los servicios sanitarios (Cataluña, País Vasco, Andalucía, Galicia, Comunidad Valenciana, Navarra, Canarias). Las restantes diez Comunidades Autónomas sin transferencias constituyen el llamado Insalud-gestión directa.
- Una importante reforma de la atención primaria, basada en la filosofía de la creación de Centros de Salud y de Equipos de Atención Primaria, que han ido sustituyendo progresivamente a los antiguos médicos generales de la Seguridad Social.

Este Sistema Nacional de Salud da servicios sanitarios a través de sus medios propios o, de ser insuficientes, por medios ajenos a través de la prestación concertada.

Prestación por medios propios

Esto ocurre en la totalidad de la Atención Primaria (bien por el sistema tradicional de los médicos generales o por el nuevo de los Centros de Salud y los Equipos de Atención Primaria). Solamente en algunas áreas de Cataluña existe prestación de Atención Primaria en el Sistema Nacional de Salud por medios ajenos, en régimen de convenio con el sistema público.

Prestación por medios concertados

En cuanto a la prestación de servicios hospitalarios, en gran parte se hace por medios propios (los hospitales de la red de

la Seguridad Social, en primer lugar, y otros públicos). No obstante, dado que los hospitales públicos son insuficientes para atender las necesidades del Sistema, se recurre también a la utilización de hospitales privados. Para ello existe un sistema general de concertación con el sector público y también convenios singulares.

Los Servicios Regionales de Salud y el Insalud-gestión directa

Los Servicios Regionales de Salud son los servicios de Salud de las Comunidades Autónomas con competencias sanitarias. El Insalud-gestión directa es la organización de los servicios de salud de las diez Comunidades Autónomas sin transferencias. El Insalud depende, por lo tanto, directamente del Ministerio de Sanidad y Consumo, mientras que los Servicios Regionales de Salud dependen de las Consejerías de Salud de las diferentes Comunidades Autónomas.

Perspectivas del Sistema Nacional de Salud

El futuro del Sistema Nacional de Salud es crítico para la evolución de conjunto del sector, dada su importancia. Hay que tener en cuenta que el Sistema Nacional de Salud representa la parte del león de los gastos sanitarios: 3,832 billones en los Presupuestos de la Seguridad Social para 1998⁹. Hay

⁹ La Empresa Española y los Presupuestos Generales del Estado y de la Seguridad Social para 1998, Confederación Española de Organizaciones Empresariales, Madrid, 1998.

gran coincidencia en que el Sistema Nacional de Salud tiene graves problemas derivados de su rigidez administrativa, irresponsabilidad burocrática, ineficiencia, incentivos perversos, politización y desánimo del personal sanitario. Todo ello requiere un proceso de reforma en la línea de dar mayor protagonismo al paciente y autonomía y responsabilidad a los centros del Sistema. Es ésta una reforma que se anuncia, pero cuya complejidad, dificultad y coste político no escapa a nadie.

8. Un papel para el sector privado en sanidad

En el sector sanitario privado ha habido muchas iniciativas empresariales, pero ha faltado un discurso y un planteamiento general que resaltara sus problemas y que vinculara el enfoque y la solución de los mismos al futuro del sector público. Sobre todo ha faltado un discurso que calara en instancias oficiales. Es así que el Ministerio de Sanidad y Consumo, y las Consejerías de Sanidad de las Comunidades Autónomas, han sido siempre departamentos de «lo público», del Sistema Nacional de Salud, carentes de una política global que integre al sector privado, al margen de algunas afirmaciones retóricas.

Sin embargo, el reto número uno para el sector sanitario privado es elaborar ese discurso y saber presentarlo como algo convincente ante el conjunto de la sociedad.

Las afirmaciones que se contienen a continuación sólo pretenden realizar una aproximación inicial a ese necesario enfoque global:

1. *La financiación predominantemente pública y la cobertura universal es un rasgo de los sistemas europeos, que es compatible con un desarrollo del sector privado en sanidad.* Dicho de otra manera, en contra de lo que se ha dicho, la potenciación del sector privado no conllevaría una desprotección de la población frente a la enfermedad.

2. *Lo que sí es difícilmente compatible es el mantenimiento del monopolio en la compra o en la provisión.* Es difícil la generación de amenazas creíbles como resultado de la competencia manteniendo el régimen de comprador único y público. La no existencia de ese estímulo impide realmente la transformación del sector.

3. *El sector privado, tanto en su versión de compra (aseguradoras) como de provisión, no debe limitarse a reivindicar un papel complementario con el sistema público, sino sustitutivo.* Se trata de establecer un régimen de competencia tanto en el ámbito de compra como de provisión entre instituciones públicas y privadas, que actúen bajo la financiación pública.

4. *El sistema sanitario público necesita una reforma en profundidad.* No retoques parciales ni planteamientos «de mejora»: reformas estructurales. Es un sistema que funciona generando déficits año a año, lo que lo hace incompatible con una política de contención del déficit público; que no se ha dotado de una configuración empresarial, lo que hace que prime la ineficiencia; cuyo régimen de personal es preconstitucional e incompatible con el funcionamiento de un sector

dinámico y moderno; que carece de instrumentos de contención de la demanda o de responsabilización de la población con la utilización del mismo; en el que el desánimo del personal sanitario es generalizado;... Son todos asuntos que requieren algo más que acciones cosméticas, sino reformas estructurales en profundidad.

5. La reforma del sistema público no se producirá, si no es con un enfoque global, que incluya al sector privado. Los problemas son tan graves, que es imposible que se solucionen desde la propia iniciativa del sector público, si no hay un planteamiento de poner al mismo en competencia y con el estímulo del sector privado.

6. Sólo una reforma del sector público permitirá un potencial mayor papel al sector privado. Mientras haya un sector público rígido, de cuantiosos gastos fijos, cuya única lógica sea la de mejorar sus prestaciones por la vía del crecimiento expansivo, no se podrá plantear ningún mayor papel para el sector privado, ya que cualquier propuesta chocará con el muro insalvable de que significa un gasto adicional al ya fijo e irreductible del sector público, y en consecuencia inasumible. Esta es la razón por la que el sector privado debe preocuparse por la reforma del sector público, ya que, de otra forma, será imposible el más mínimo avance.

7. Es muy difícil que el actual intento de transformación empresarial del sector público tenga éxito, si no es en un marco de competencia. Por mucho que se cambie la titularidad jurídica de las instituciones sanitarias públicas, si no hay

un marco competitivo, no se producirán situaciones de eficiencia, ya que predominarán situaciones de riesgo no creíble, debido al entorno sociopolítico, restricciones «blandas», etc.

8. *El aseguramiento público universal es un obstáculo para la reforma del sector.* Si por aseguramiento sanitario universal se entendiera el mantenimiento no sólo de la financiación pública, sino el monopolio de la función de compra, nunca se desarrollará un sector asegurador privado potente, lo que significará un obstáculo a la reforma del sector. Las aportaciones de un sector asegurador no monopolista a la reforma del sector son incuestionables: mejora de los mecanismos de compra, nuevas formas de control de los proveedores, introducción de incentivos a los pacientes para la responsabilización con su estado de salud y utilización del sistema, etc. Por eso contemplamos con preocupación el equívoco enunciado de apartado «Consolidar el aseguramiento sanitario universal» del Acuerdo parlamentario de 18 de diciembre de 1997 sobre «Consolidación y modernización del Sistema Nacional de Salud»¹⁰.

9. *La consolidación de un sector provisor privado fuerte requiere unas reglas de juego distintas.* Hemos visto que el sector provisor privado necesita un mayor impulso y configuración empresarial. No se logrará esta situación, si desde

¹⁰ Consolidación y modernización del Sistema Nacional de Salud (Acuerdo parlamentario de 18 de diciembre de 1997), Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1998.

el sector público no hay una política que lleve al juego de la competencia regulada, evitando la política de subsidiariedad, que ha predominado hasta ahora. Esto requiere la introducción de competencia real entre proveedores en la prestación del servicio público.

10. *El sector asegurador privado de doble cobertura ha representado una subvención oculta al sistema público.* Por la vía de la existencia de unos 4 millones de personas que, disponiendo de cobertura pública, no la utilizan o lo hacen en menor grado.

11. *El llamado «sistema Muface» ha demostrado su eficacia a lo largo de muchos años.* Ha ofrecido un alto nivel de satisfacción a sus afiliados, con un gasto más bajo por persona que el sistema público. Esto demuestra las ventajas de la ruptura del monopolio de la compra.

12. *El sistema requiere plantearse la situación de la doble cobertura.* No hay nada más antieconómico que pagar dos veces por la misma prestación. Muchas de las fórmulas que se han barajado, como la aportación de una cantidad a las aseguradoras, manteniendo un fondo de solidaridad, pueden ser útiles en esa línea¹¹.

13. *La ruptura del monopolio de la compra requiere un muy buen diseño del «timing», modulando estos pasos con*

¹¹ Trías, Xavier: «Cataluña y la asistencia sanitaria privada», en *Sanidad Privada, ¿cuál será el próximo acto?*, Sanitas y SmithKline Beecham, Madrid, 1996.

la reforma del sector público y también con cambios en el sector privado. No sería planteable en la situación actual una ruptura inmediata y total del monopolio de la compra, ya que automáticamente significaría un aumento del gasto en la medida que los ciudadanos eligieran aseguradora no pública, lo que representaría destinar fondos públicos para financiar esta actividad y el mantenimiento del gasto del rígido sector público. En resumen, conllevaría un aumento de gasto público global, algo difícil de plantear. Dicha medida debe contemplarse con un «timing» muy preciso, que garantice un avance viable de la misma, con cambios en el sector público. De la misma forma, dichos cambios deben ir acompañados de transformaciones en el sector privado, que en este momento difícilmente podría asumir un aumento brusco de sus usuarios.

En resumen, la modernización del sector sanitario español requiere un planteamiento de potenciación del sector privado, el cual sólo puede plantearse en un contexto de reforma del sector público, lo que conlleva cambios muy en profundidad en el Sistema Nacional de Salud.

¿Existen estos signos de cambio en el Sistema Nacional de Salud? Es difícil de afirmar con seguridad. Sin embargo, a nivel de proyecto en este momento se observan ya intentos de reforma en el Sistema Nacional de Salud que van en la línea de la modernización a la que nos hemos referido. Entre otros, los siguientes:

- El Plan Estratégico del Insalud recientemente presentado en el mes de Enero de 1998 es explícito en cuanto a la

creación, en el ámbito de la provisión de servicios, de un mercado de competencia regulada, donde sea posible terminar con el papel subsidiario de la provisión privada con respecto al sistema sanitario público.

- Otras señales de interés hacen referencia a las posibles formas de provisión de servicios de atención primaria y a las formas de gestión de la misma.
- Las nuevas formas de gestión del sistema público, que se derivarán del desarrollo de la Ley 15/97 pueden dar cabida a la colaboración del sector público y del privado, en cuanto a la creación de estructuras sanitarias de forma conjunta.
- Se están produciendo ya movimientos de grupos inversores, en el ámbito nacional e internacional, que se están posicionando en el mercado sanitario español, a través de la adquisición de estructuras sanitarias ya existentes, con el objetivo de establecer las bases para la creación de sistemas multihospitalarios que provean de asistencia sanitaria especializada dentro del escenario de competencia regulada descrito.

Que el sistema sanitario español va a cambiar en la línea de un mayor papel del sector privado en el mismo es indudable. La única duda es el ritmo del cambio.