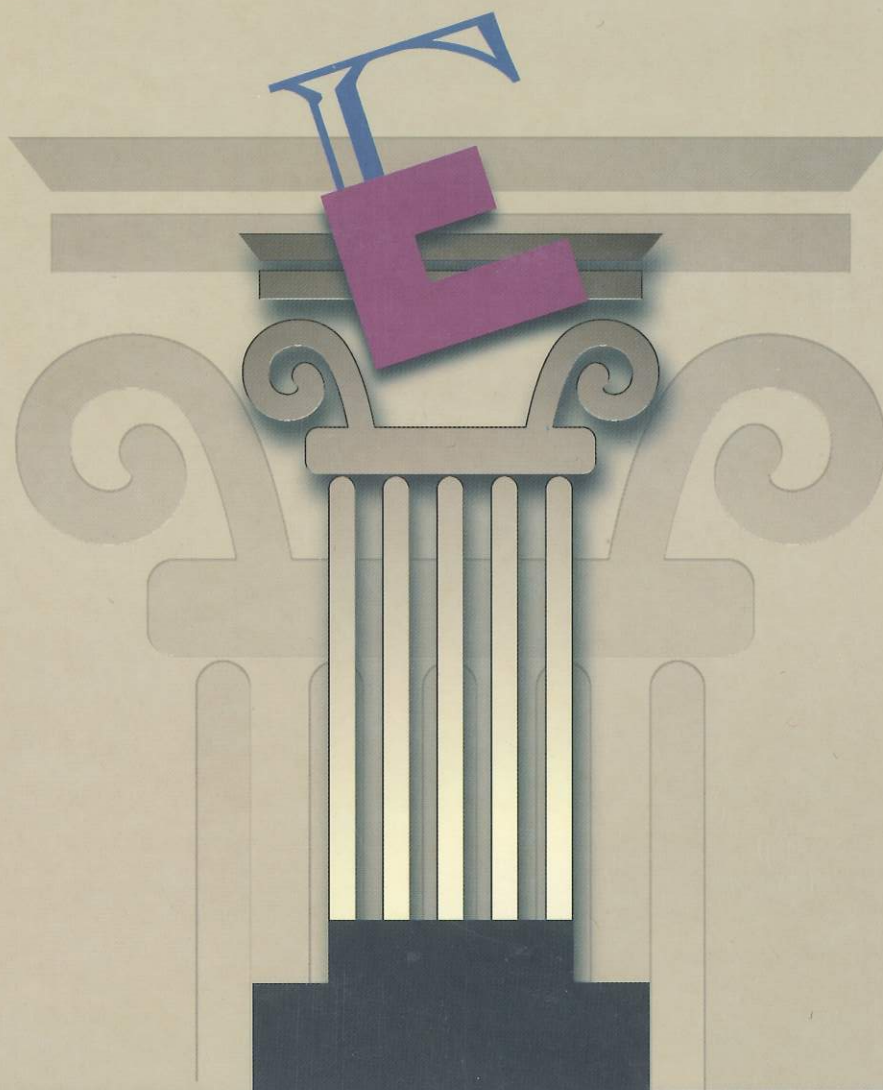


**CINCO DIAS**

**LOS NUEVOS RETOS DEL SECTOR PÚBLICO  
ANTE LA UNIÓN MONETARIA EUROPEA**

ARTHUR  
ANDERSEN



*El ciudadano como cliente de una Administración más eficaz y competitiva*

  
RENFE

*Fundación*



# 8

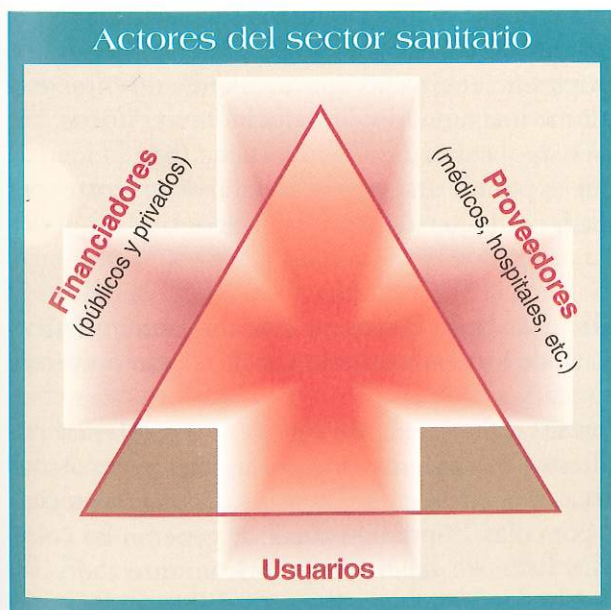
## Los problemas de la sanidad

### Perspectivas del sector sanitario español

**Ignacio Riesgo**  
*Director de Sanidad  
de Arthur Andersen*

#### 1. Qué entendemos por sector sanitario

El sector sanitario representa en la UE el 7,5 por 100 del PIB y el 5,5 por 100 del empleo (1). Entendemos por sector sanitario la organización precisa para dar un conjunto de servicios por parte de médicos y dentistas; farmacéuticos; hospitales, clínicas y policlínicas; instituciones psiquiátricas y otros centros de tratamiento especial; centros de salud; atención médica domiciliaria; servicios de enfermería; servicios médicos móviles y servicios de rehabilitación. En el límite entre los servicios sociales y los sanitarios, está lo que se ha dado en llamar sector socio-sanitario, por cuanto la atención sanitaria representa una parte importante de su actividad.



Los actores fundamentales del sector sanitario son los financiadores (públicos y privados); los proveedores (médicos, hospitales, etc.) y los usuarios.

Esto puede representarse gráficamente en el anterior esquema.

Así pues, analizar el sistema sanitario es estudiar las relaciones entre los financiadores, los proveedores y los usuarios.

#### 2. Algunas posiciones básicas sobre los sistemas sanitarios

Dado que entendemos que este artículo está dirigido a un público no necesariamente especializado en el sector sanitario, nos vamos a permitir exponer lo que nos parecen algunas posiciones básicas sobre los sistemas sanitarios:

##### A) La incertidumbre ante el futuro de la salud está en el origen de los seguros de salud

La incertidumbre ante el futuro de la salud y la voluntad de evitar los cuantiosos gastos que eventualmente puede originar un tratamiento médico están en el origen de los seguros de salud, tanto públicos como privados. La preservación de la equidad y la evitación de las llamadas "externalidades" (efectos sobre el conjunto de la sociedad o sobre terceros de determinados comportamientos individuales) (2) justifican los seguros públicos de salud. En los seguros de salud mediante el pago de una prima –en los priva-

dos— o a través de los impuestos o cotizaciones sociales— en los públicos— se compran los servicios sanitarios que puedan ser necesarios para los colectivos cubiertos y cuyo pago pudiera ser imposible o extremadamente dificultoso para las economías individuales.

**B) Los sistemas de aseguramiento público de carácter universal son propios, con la excepción de Estados Unidos, de las sociedades industrializadas**

En todos los países industrializados se han ido desarrollando sistemas de salud de cobertura universal (3). El origen de estos servicios de salud son los seguros sociales obligatorios, que tuvieron su inicio en Alemania en 1883, a partir de la iniciativa de Bismark.

El país industrializado que es una excepción y que carece de sistema de protección sanitaria de carácter universal es Estados Unidos. Han sido muchos los intentos de introducir reformas en el sistema sanitario americano. El presidente Clinton ha sido precedido por otros presidentes—como Franklin Roosevelt, Harry Truman y John Kennedy— en su intento fallido de reformar globalmente el sistema, introduciendo la cobertura universal (4).

**C) Los sistemas de salud se están enfrentando a un fuerte crecimiento de los gastos**

Los sistemas de salud de los países industrializados se están enfrentando a una tendencia al crecimiento de los gastos, que tienden con mucho a superar los crecimientos del PIB, por muy diversas circunstancias: a) El envejecimiento de la población, con aumento en estas sociedades del porcentaje de población por encima de sesenta y cinco años, el segmento de edad más consumidor de recursos sanitarios; b) La incorporación de nuevas y costosas tecnologías, que permiten utilizar medios diagnósticos y terapéuticos en enfermedades hasta entonces no accesibles al tratamiento médico; y, c) nuevas demandas sociales.

**D) Los sistemas de salud están en crisis**

Por diversas circunstancias: deficiencias internas de los propios sistemas; gran crecimiento del consumo;

transformación del paciente en consumidor activo; y, los cambios del papel del Estado en la sociedad libre y plural actual, se ha introducido un concepto de crisis en los sistemas sanitarios, que está obligando a muchos países a plantear reformas en profundidad.

**E) El efecto del “moral hazard” en los sistemas de seguros produce un hiperconsumo**

Este aumento de los gastos sanitarios va asociado al aumento de la demanda, típica de los sistemas de seguros públicos o privados y que los economistas denominan “moral hazard”, que consiste en la tendencia, una vez que los individuos están asegurados, a consumir “más asistencia médica de la que consumirían sin seguro y más de la que es socialmente óptima” (5). Este efecto de aumento de la demanda propia de los seguros sanitarios es más evidente en los sistemas públicos universales, particularmente en aquellos que, por ausencia de copago, funcionan con el sistema de “precio cero” en el momento del servicio. La influencia de los seguros en la configuración de la demanda está ampliamente analizada y reconocida (6) (7).

**F) La mejora de la eficiencia tiene limitaciones como único instrumento de reforma**

Se ha tendido a magnificar el alcance de la eficiencia, como si el logro de la misma fuera a resolver todos los problemas de los sistemas públicos. En dicho enfoque ha habido también posiciones políticas: no cabe duda que es más fácil para el político exigir eficiencia a los gestores que enfrentarse él mismo a algunas difíciles decisiones políticas. Sin embargo, como dice Victor Fuchs (8), “la idea de que es posible una gran reducción de los costes por medio de incrementos en la eficiencia es errónea”.

**G) Las listas de espera son una característica de los sistemas públicos de acceso universal**

Las listas de espera son típicas de los sistemas públicos (9). Digamos que la asignación de bienes escasos puede regularse por dos vías: o por precios, o por colas. Suprimido aquel, se generan las colas. Hay listas de espera en prácticamente todos los países con sistemas públicos de libre acceso uni-

versal (Canadá, Holanda, Irlanda, Italia, Noruega, Suecia, Nueva Zelanda, Reino Unido, Portugal, España). En cambio, no existen listas de espera o en países como Estados Unidos –sin sistema público universal– o en algunos países europeos donde la oferta está menos contenida o el copago actúa en la práctica como un precio –caso de Francia, Bélgica, Alemania, Suiza, Luxemburgo–.

Así, pues, al margen de los esfuerzos que puedan y deban hacerse para mitigarlas, las listas de espera “no son un defecto del sistema, sino el sistema en sí. Esto acompaña automáticamente a los sistemas a precio cero” (10).

#### H) El copago se ha mostrado como muy eficaz en la reducción de la demanda y el gasto

El uso del copago está absolutamente generalizado en todos los países. España es de aquellos con menor nivel de copago, ya que sólo se utiliza en la medicación extrahospitalaria por vía de recetas, pero no en la atención primaria, ni en las urgencias, ni en las actividades de hospitalización, etc.

Los efectos del copago han sido analizados en un largo estudio llevado a cabo en el período 1974-79, financiado por el Gobierno americano, realizado por la Rand Corporation y dirigido por el economista Joseph P. Newhouse (11). La muestra utilizada fueron 2.000 familias. Las preguntas a las que trataba de responder este estudio era: ¿reduce el “copago” el uso de los servicios sanitarios?; en caso afirmativo ¿determina tal reducción un menor gasto?; ¿tiene dicha reducción consecuencias sobre el estado de salud de los asegurados?; si las tiene, ¿es posible diseñar un copago inocuo y efectivo? De forma extremadamente simplificada las respuestas fueron las siguientes: el copago es extremadamente útil en la reducción de la demanda y el gasto; las influencias sobre el estado de salud son inexistentes o muy escasas, con la excepción del segmento más pobre de la muestra. Este último hecho contesta a la última pregunta: la exención del copago a determinadas capas sociales es lo que lo hace inocuo.

El copago no es un tema fácil. No obstante, hacer énfasis exclusivamente en las dificultades de

su implantación está en contradicción con una de las necesidades de nuestra asistencia sanitaria pública: avivar la conciencia del coste del usuario. Por lo tanto, las dificultades técnicas o políticas no deben ser un pretexto para no introducir el copago en el orden del día de los temas a tratar por el sistema sanitario público.

#### I) El debate de las prioridades está en el futuro

Los sistemas sanitarios de acceso universal funcionaban, en la práctica, sin límites en sus prestaciones. Cualquier nueva mejora tecnológica o asistencial era inmediatamente incorporada al inexistente “catálogo” de prestaciones, con la consiguiente repercusión sobre el gasto. La situación fue mantenible durante mucho tiempo, hasta que la gran disparidad entre el crecimiento de los gastos y los recursos disponibles obligó a plantearse esta situación.

Con ello entramos en el debate de las prioridades, que lo que pretenden es (12): establecer una más clara definición de la función de la asistencia sanitaria en la sociedad; delimitar sus responsabilidades o campo de acción; y, elaborar principios para establecer prioridades (delimitación de prestaciones) en la asistencia pública.

### 3. La situación en España

Hay algunos elementos estructurales del sector sanitario en España en los que, por obvios, no vamos a insistir demasiado. Nos referimos a los hechos de que España tiene pocas camas, muchos médicos y pocos enfermeros y dentistas (en relación con el conjunto de los países de la OCDE); al bajo nivel de participación del usuario en el gasto; al alto porcentaje de gasto en farmacia sobre el conjunto de los gastos en sanidad (siempre en relación con los países de la OCDE) y a la baja y decreciente participación del ciudadano en el gasto en medicamentos.

Al margen de esos elementos tan obvios, aquí querríamos dar una visión más analítica, aunque simplificada, de la situación del sistema sanitario en nuestro país. Hemos escogido una serie de afirmaciones, que explicamos:

**A) Un sistema integrado en la situación de la prereforma**

España fue uno de los países que hizo evolucionar su sistema de uno basado en seguros sociales a otro de tipología Sistema Nacional de Salud. Esto incluye a nuestro país dentro de los de "sistema integrado": no separación entre las funciones de financiación, compra y provisión de servicios. Estos sistemas se han mostrado bastante efectivos en la contención de los gastos sanitarios, pero son en los que se detecta un menor nivel de satisfacción de la población con el sistema, según todos los análisis comparativos.

Desde este punto de vista, podemos decir que España tiene un sistema con tipología de Sistema Nacional de Salud de carácter integrado, en la situación previa a las reformas que se están impulsando en países con sistemas de las mismas características (Gran Bretaña, Suecia).

Los meritorios, innovadores y parciales esfuerzos de cambio en la forma de gestión que se han puesto en práctica en algunas comunidades autónomas (Cataluña, País Vasco, Andalucía, Galicia, Canarias...) no han cambiado sustancialmente esta situación.

**B) Un gasto sanitario en el nivel adecuado, en relación con la renta per cápita**

El gasto sanitario en España viene a corresponder a un 7 por 100 del PIB. Por lo tanto, más bajo que la media de los países de la OCDE, que está en torno a un 8,1 por 100 (13). Esto es utilizado por algunos analistas y grupos políticos como una demostración de que España gasta menos en sanidad de lo que debería. Lo que no se tiene en cuenta es que en el análisis de los gastos en sanidad no vale comparar porcentajes. Hay que comparar porcentajes con nivel de renta. A mayor nivel de renta per cápita, mayor porcentaje de gasto sanitario en relación con el PIB. Cuando se hace una recta de regresión comparando estos elementos (gasto sanitario en porcentaje del PIB y renta per cápita) en los países de la OCDE, vemos que España está, más o menos, en el nivel de gasto sanitario que le corresponde.

**C) Un sistema de financiación no resuelto**

El funcionamiento real de la financiación del sistema sanitario es doble: *a)* criterio capitativo de reparto a las distintas comunidades autónomas (el Insalud no transferido funciona, a esos efectos, globalmente como una comunidad autónoma), según los acuerdos del Consejo de Política Fiscal y Financiera de 1994; y, *b)* periódicas operaciones de saneamiento (14).

Este sistema tiene los siguientes problemas: *a)* quita credibilidad a los acuerdos del Consejo de Política Fiscal y Financiera, ya que todo el mundo sabe que los mismos representan "una parte" del sistema de financiación; *b)* en la práctica anula la indización del crecimiento del gasto sanitario de acuerdo con el crecimiento del PIB nominal, quitando cualquier límite al crecimiento del mismo; y, *c)* el sistema sanitario adquiere unas deudas de larga duración con los proveedores, que generan unas importantes tensiones, y contribuyen también a aumentar el gasto sanitario.

Es este análisis el que nos lleva a decir que el sistema de financiación de la sanidad en España es un tema no resuelto.

**D) Un sistema generoso en las prestaciones**

El catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud, aprobado por el RD 63/1995 (15), configura unas amplias prestaciones del sistema sanitario. En la práctica, clasifica las prestaciones en dos grandes grupos: las incluidas en la financiación pública (casi todas) y las excluidas para todos los ciudadanos (una breve relación).

La amplitud de prestaciones del catálogo y la práctica ausencia de copago (sólo presente en la prestación farmacéutica) configura a nuestro sistema como uno de los más generosos, si no el que más, de la OCDE.

La pregunta es si esto es mantenible, asegurando los niveles de calidad y sin que los gastos en sanidad representen un porcentaje inasumible sobre el PIB, dado nuestro nivel de renta.

Es fácil mantener la actual amplitud de las prestaciones degradando la calidad o impulsando al alza el gasto sanitario. Nos preguntamos si cualquiera de estos hechos es asumible por nuestra sociedad.

#### E) Un cierto nivel de insatisfacción con el sistema

Los análisis internacionales son concluyentes: los ciudadanos españoles muestran un menor grado de satisfacción con el sistema sanitario que el de la mayoría de los países de la Unión Europea. Estas son las conclusiones tanto de la encuesta dirigida por Blendon en 1991 (16), como la realizada por el doctor Elais Mossialos y citada recientemente por Julien Le Grand (17).

### 4. Una visión de futuro

Ya hemos visto algunos de los elementos del futuro: el debate sobre las prioridades. Analizaremos, a continuación, dos elementos que nos parecen muy relevantes de cara al futuro:

- La competencia gestionada o regulada.
- La asistencia gestionada (el managed care, que dirían los americanos).

Ambos conceptos responden a distintas lógicas. La **competencia gestionada** parte de la idea de que la introducción de ciertos elementos de mercado en el sistema sanitario –bien a nivel de la compra, de la provisión, o de ambos– es un estímulo a la eficiencia. La **asistencia gestionada** hace énfasis en la responsabilización tanto del proveedor (el médico, fundamentalmente) como del usuario con el consumo de recursos, lo que hace básicamente mediante la introducción de incentivos.

#### A) La competencia gestionada o regulada

En Europa, tradicionalmente el mercado apenas actuaba en el sector sanitario. Las razones que se invocaban para esta situación eran las siguientes:

- Se entiende que todos los que tienen necesidad deberían tener asistencia.

- La necesidad de cuidados era imprevisible y costosa para el individuo.
- Gran desigualdad de información.

Los inconvenientes de la ausencia del mercado en el sector sanitario son bien conocidos: burocratización, poca atención a las preferencias individuales y aumento de la demanda.

Esta es la razón por lo que las reformas en marcha tratan de potenciar el papel del mercado. Nace así la competencia gestionada (18), que es una especie de mezcla de asignación pública de recursos con libre competencia.

#### B) La asistencia gestionada

La asistencia gestionada (managed care) nace en Estados Unidos, rompiendo con el tradicional modelo liberal de “pago por acto”. Las instituciones de asistencia gestionada (Health Maintenance Organizations, HMO's; Preferred Provider Organizations, PPO's y otros tipos) contratan por un precio fijo por persona y año (prima), inferior al de las compañías de seguros convencionales y cobrado por anticipado, la asistencia completa de un determinado colectivo (19). Con unos ingresos fijos moderados (la suma de las primas), deben hacer frente a unos gastos variables. Asumen, por lo tanto, un riesgo financiero. Se encuentran entre dos escenarios, igualmente preocupantes: o no contienen gastos (y entonces no ganan o generan pérdidas; nada del “pago por acto” de las compañías tradicionales que tenían asegurado el reembolso de sus actividades) o no satisfacen adecuadamente a sus afiliados (y entonces se van, aunque esto en general no es directo, ya que en Estados Unidos los seguros son contratados por las empresas).

Para asumir este riesgo, estas compañías han hecho algo tan simple como poner al médico en el centro del acto asistencial, incorporando a las decisiones clínicas sus consecuencias económicas. Para ello introducen estímulos en forma de incentivos.

En qué consiste, el origen y las consecuencias de la asistencia gestionada han sido bien descritos recientemente en España por Victor Fuchs (20). La asistencia gestionada conlleva cinco elementos:

- Contrataciones selectivas con los proveedores.
- Incentivos financieros a los pacientes.
- Precios negociados.
- Participación en los riesgos por parte de los proveedores.
- Revisión y gestión de la utilización.

El principal origen de la asistencia gestionada está en el crecimiento exponencial de los gastos. Una de las consecuencias de su implantación es que se ralentizó el crecimiento de los gastos enormemente en el sector sanitario privado americano.

Las instituciones de asistencia gestionada están creciendo de forma extraordinariamente rápida en Estados Unidos. En California más del 90 por 100 de la población está cubierta por esta forma de asistencia. El fenómeno se extiende por el Este americano y por el conjunto del país con suma celeridad.

## 5. Oportunidades del negocio

En un enfoque tradicional del sistema sanitario, éste puede ser un planteamiento herético. ¿Cómo es posible que se considere la sanidad como un negocio? ¿No atenta este enfoque contra la cobertura universal, algo básico de las sociedades europeas?

No necesariamente: en toda Europa hay cobertura universal con financiación predominantemente pública y, sin embargo, se dan importantes oportunidades de negocio, tanto en el campo de la compra de los servicios en forma de aseguradoras sanitarias (Alemania, Holanda), como de la provisión (en prácticamente todos los países).

Es más, creemos que la necesaria reforma del sector público no se producirá (o será muy limitada) si, al mismo tiempo, no se generan oportunidades de negocio en el sector sanitario, que representen un estímulo para el sector público.

Por oportunidades de negocio entendemos el nacimiento de oportunidades en el sector sanitario capaces de atraer a capital privado para la puesta en marcha de una actividad o iniciativa empresarial, recibiendo el capital lógicamente la adecuada remuneración. No se contraponen, por lo tanto, la idea de servicio o cobertura pública con la idea de negocio.

El capital privado en España ha sido tradicionalmente reticente ante el sector sanitario y no le faltaban razones. Es un sector el sanitario donde las decisiones políticas condicionan tanto la realidad que influyen en los ritmos y posibilidades de desarrollo, generando incertidumbre a los inversores. No obstante, la maduración de otros sectores es probable que haga que muchos inversores exploren oportunidades en el sector sanitario. Y las encontrarán, si bien en el análisis previo debe tenerse muy presente el marco político general del sector. Pero habrá oportunidades de negocio: tanto si hay cambios y también, aunque de otro tipo, si no los hay.

¿Qué oportunidades de negocio se dan en el sector? Aunque este análisis sobrepasa con mucho el alcance de esta breve introducción, solamente a título de aproximación se podrían citar algunas.

En el mundo de las **compañías de seguros**, hay espacio para una o varias compañías que incorporen la filosofía de la asistencia gestionada. Precisamente porque las aseguradoras en España han aplicado hasta ahora, posiblemente como reacción frente al rígido sistema público y en un marco obligado de doble cobertura, la política de la "guía de teléfonos" (cuantos más médicos en la oferta, mejor) surgirán problemas para el control de costes y calidad. Este planteamiento de lista amplia es la antítesis de la asistencia gestionada. Tanto si se mantiene el actual marco de doble cobertura, como si se avanza en la libertad de opción de aseguradora, estas compañías tendrán que competir en coste de la prima y calidad, lo que las va a obligar a incorporar la filosofía de la asistencia gestionada. Esto puede conllevar planteamientos del tipo de coordinación asistencial, incorporación de guías y protocolos, "disease management", "demand management", incentivos, etc.

El mundo de la **provisión privada hospitalaria** probablemente conozca un desarrollo en nuestro país, tanto por la vía de la prestación de servicios a aseguradoras como al sector público. Es el momento de que nazcan iniciativas de clínicas y hospitales que adopten la filosofía de la asistencia gestionada en sus relaciones con las aseguradoras y con el sector público, superando la práctica predominante actual de la facturación retrospectiva. También que muchas clínicas abandonen su aislamiento actual, para incorporarse al desarrollo de redes, etc.

En la **atención primaria**, el artículo de Juan Gervás, que se encuentra en este mismo volumen, cita algunas de las oportunidades de gran interés: la atención domiciliaria y las "walk-in clinics" de tipo americano, de tan potencial desarrollo en nuestro sistema de largas listas de espera. Todo ello sin citar las oportunidades ofrecidas por la subcontratación de servicios de todo tipo por las instituciones sanitarias públicas, la financiación privada de equipamientos públicos (la reciente e interesante iniciativa del hospital de Alzira es una experiencia en este sentido), la incorporación de la filosofía de la asistencia gestionada al mundo farmacéutico (de tan exponencial desarrollo en Estados Unidos) o la creación de empresas mixtas entre instituciones sanitarias públicas y empresas privadas. Es importante para el sector sanitario que al mismo se asomen los inversores. Encontrarán, sin duda, grandes oportunidades de negocio.

### Bibliografía

- (1) *Health care services*. En "Panorama of EU Industry 95/96", European Commission, DGIII, Bruselas, 1995
- (2) CULLIS, J. G.; WEST, P. A.: *Introducción a la economía de la salud*, pág. 44, Desclée de Brouwer. Bilbao, 1984.
- (3) LEWALLE, H.: *Comparaison des Systèmes de Protection Santé dans la Communauté Européenne*. "Protection publique et privé". Editions Mutualistes, Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes. Bruselas, 1991.
- (4) MAGAZINER, I.: *Retos del sistema sanitario de los Estados Unidos*. En "La modernización de la sanidad pública en el mundo", Arthur Andersen-SmithKline Beecham. Madrid, 1997.
- (5) FUCHS, V. R.: *The "Competition Revolution" in Healthcare*. Health Affairs. Verano, 1988.
- (6) SHORT, P.F.; HAHN, B.A.; BEAUREGARD, K.; HARVEY, P.H.; WILETS, M.L.: *The Effect of Universal Coverage on Health Expenditures for the Uninsured*. "Medical Care", 35, págs. 95-113, 1997.
- (7) MANNING, W. G.; NEWHOUSE, J. P.; DUAN, N.; LEIBOWITZ, A.; MARQUIS, M. S.: *Health insurance and the demand for medical care*. "American Economic Review", 77, pág. 251, 1987.
- (8) FUCHS, V. R.: Ob. cit, 1988.
- (9) COSTAS LOMBARDÍA, E.: *Las listas de espera*. "Tribuna Médica", 14-20 noviembre, 1994.
- (10) COOPER, M. H.: *El racionamiento de la asistencia sanitaria: la situación al cabo de veintidós años*. En "La modernización de la sanidad pública en el mundo". Arthur Andersen-SmithKline Beechman. Madrid, 1997.
- (11) NEWHOUSE, J. P.: *Free for All?* Harvard University Press, Cambridge. Massachusetts, 1993.
- (12) COSTAS LOMBARDÍA, E.: *Comunicación personal*. Madrid, 1996.
- (13) OECD. Data File, 1996.
- (14) MONTERO HITA, F.: *Financiación del sistema sanitario*. En jornadas "La sanidad española: realidad actual y perspectivas", Arthur Andersen-Grupo Negocios. Madrid, 1995.
- (15) RD 63/1995, de 20 de enero, sobre Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud.
- (16) BLENDON, R. J. ET AL.: *Spain's citizens assess their Health Care System*. Data Watch, Health Affairs. Otoño, 1991.
- (17) MOSSIALOS, E.: Citado por Julian Le Grand. Ob. cit.
- (18) FUCHS, V. R.: Ob. cit., 1988.
- (19) COSTAS LOMBARDÍA, E.: *Asistencia sanitaria gestionada*. "Previsión Sanitaria Nacional", núm. 115. Abril, 1996.
- (20) FUCHS, V. R.: *La reforma de la sanidad en EE UU: iniciativas públicas y privadas*. En "La modernización de la sanidad pública en el mundo". Arthur Andersen-SmithKline Beecham. Madrid, 1997.