



Universidad de Salamanca. Facultad de Derecho.

TEMA 23
LA SANIDAD

Hacienda Pública I

Grupo III

Curso 2010-2011

Prof. Dr. Francisco Javier Braña Pino



TEMA 23.

ÍNDICE y BIBLIOGRAFÍA.

ÍNDICE.

- 1.- Introducción.
- 2.- El fallo del mercado en la provisión de servicios médicos.
- 3.- El seguro médico.
- 4.- Propuestas de reforma.

BIBLIOGRAFÍA.

- Stiglitz, cap. 12.
- Bustos, cap. 11.
- Albi, González-Páramo y Zubiri, cap. 8.
- Barr, Nicholas (2004): *The Economics of the Welfare State*, Oxford: Oxford University Press. Capítulo 12.



TEMA 23.

1. INTRODUCCIÓN.

- La atención sanitaria, el cuidado de la salud, es un bien especial por muchas razones. Entre otras:
 - Porque el Estado interviene en su provisión. El gasto público en sanidad forma parte del Estado del Bienestar.
 - Porque lo que primero importa a las personas no es la atención sanitaria, sino la salud, un bien muy diferente.
- La atención sanitaria es un “input” o factor de la salud, junto con muchos otros como la nutrición, el medio ambiente físico y el humano.
- La salud, como señala Amartya Sen, es una necesidad básica que determina nuestra capacidad y bienestar.



TEMA 23.

1. INTRODUCCIÓN.

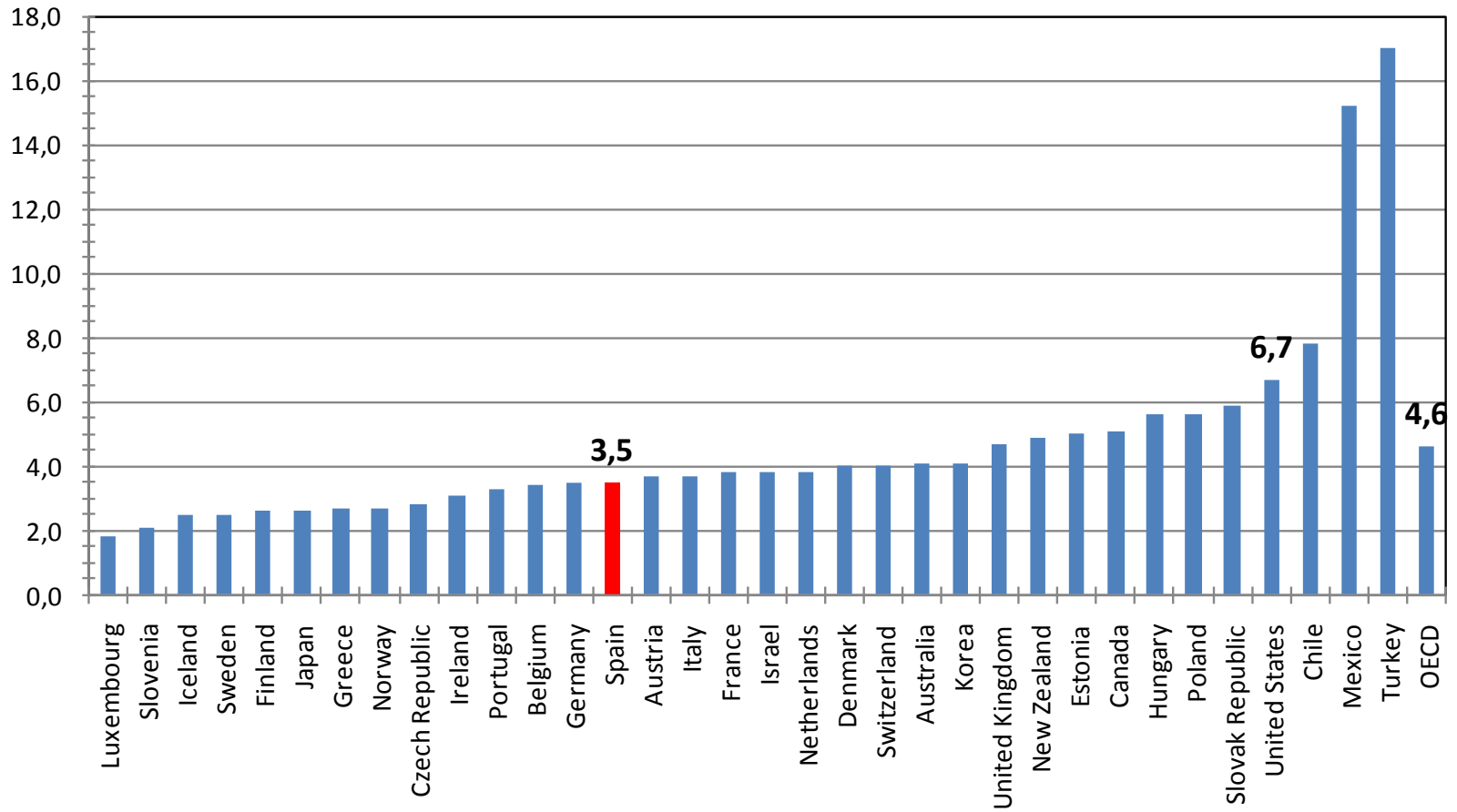
- Hay además incertidumbre sobre la relación entre atención sanitaria y salud, debido a dos circunstancias:
 - La ciencia médica tiene una comprensión limitada de las complejas interacciones entre los cuidados médicos y otros factores no médicos. La evidencia indica que el vínculo entre las terapias más importantes (cirugía del corazón) y la salud es débil y a menudo comparado con el impacto de factores no médicos (sanitarios) como la nutrición. Parece haber poca relación entre gasto sanitario y mortalidad infantil.
 - Los episodios de mala salud son intermitentes y las causas varían. La demanda de cuidados médicos se basa por ello en una demanda de aseguramiento de la salud, pero lo que se ofrece usualmente es un seguro para el gasto en atención sanitaria, surgiendo el problema de la asimetría de la información – fallo del mercado- en los mercados privados de seguros sanitarios.



TEMA 23.

1. INTRODUCCIÓN.

Mortalidad infantil (Muertes por 1.000, circa 2008)



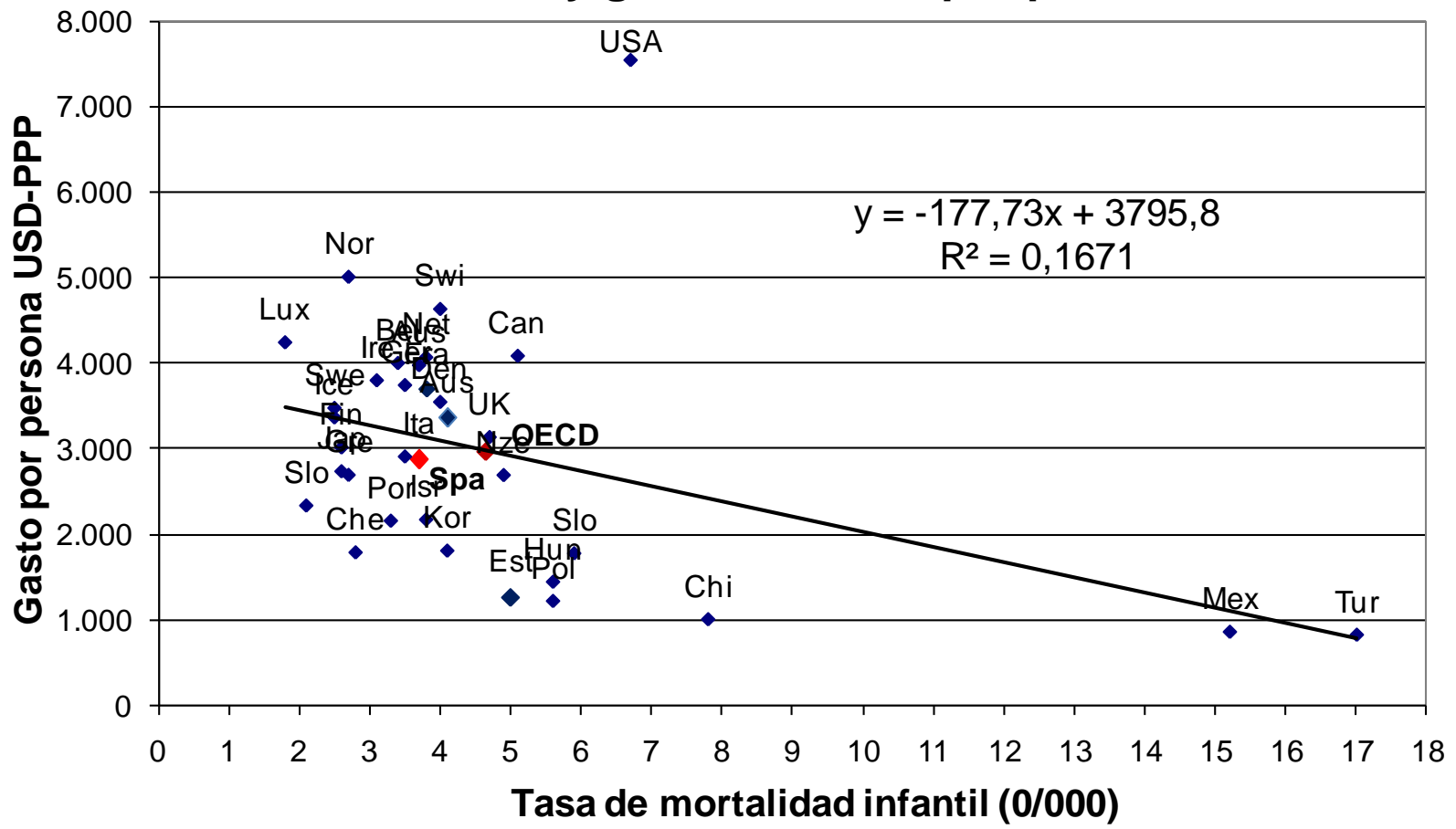
Fuente: OCDE.



TEMA 23.

1. INTRODUCCIÓN.

Mortalidad infantil y gasto sanitario por persona, 2008



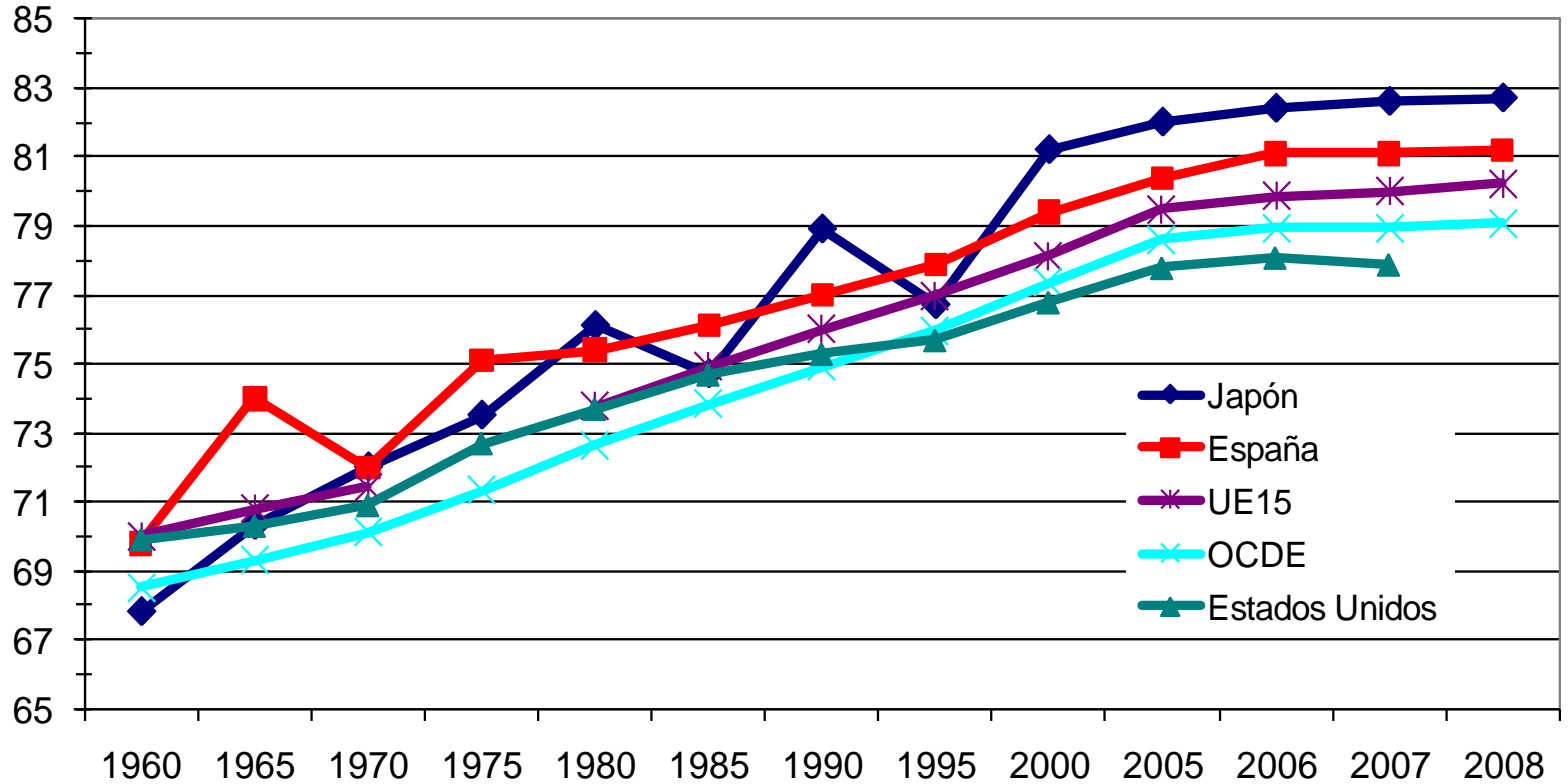
Fuente: OCDE y elaboración propia



TEMA 23.

1. INTRODUCCIÓN.

Esperanza de vida al nacer (Años)



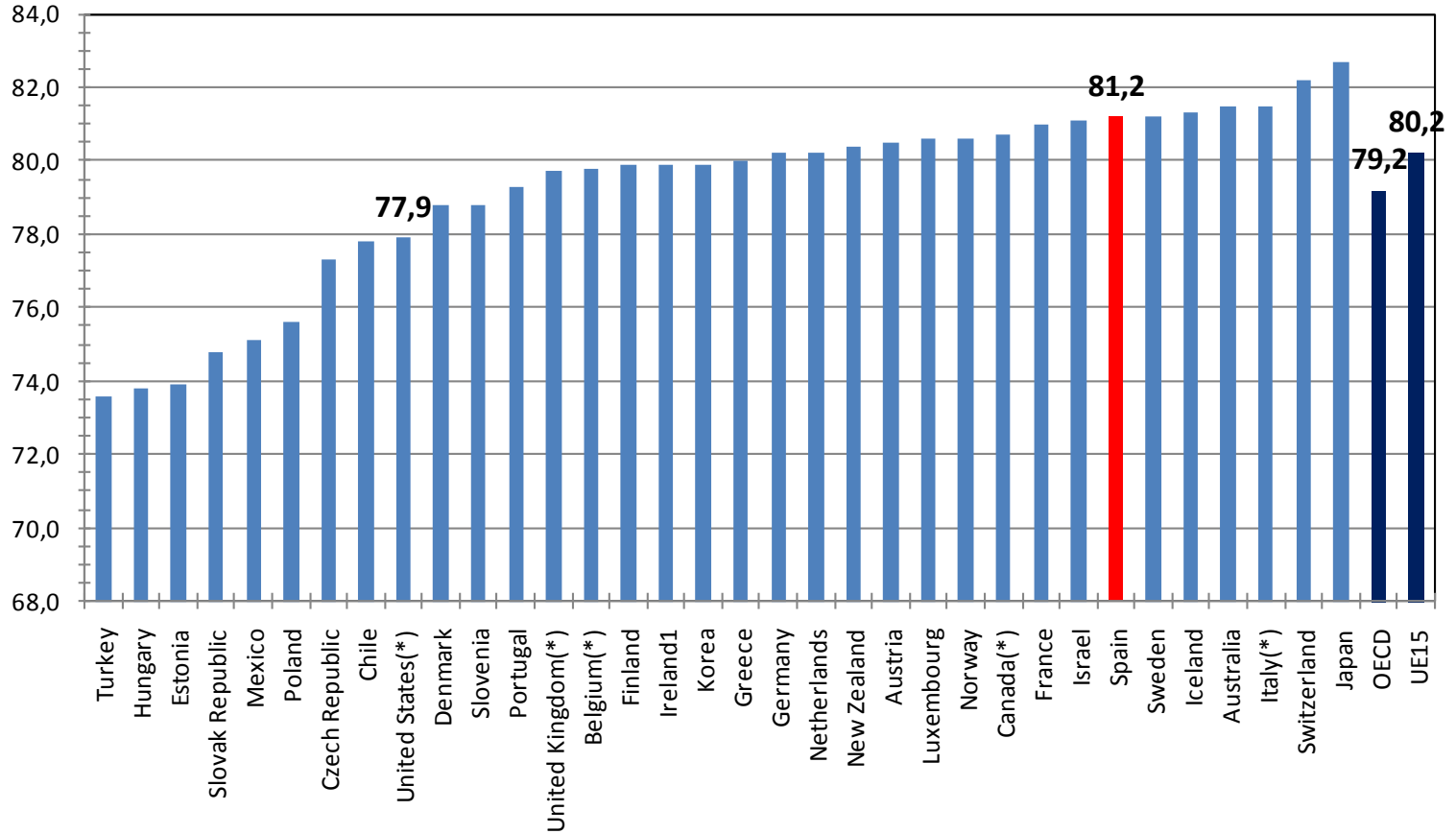
Fuente: OCDE.



TEMA 23.

1. INTRODUCCIÓN.

Esperanza de vida al nacer. circa 2008 (Años)



Fuente: OCDE.



TEMA 23.

1. INTRODUCCIÓN.

- Desde el punto de vista económico, el cuidado sanitario es un bien en cuya provisión interviene activamente el Estado. De este modo, podemos explicar las prestaciones sanitarias ofrecidas por el sector público atendiendo a una doble justificación:
 1. Un servicio que genera efectos externos positivos, por lo que la solución que alcanza el mercado no será óptima.
 2. Además, hay indudables elementos de carácter redistributivo, pues la entrega gratuita, o casi gratuita, de estos servicios, permiten asegurar que nadie será desprovisto, por falta de medios económicos, de este bien considerado esencial.
- El debate sobre la sanidad gira en torno a tres cuestiones distintas y algo contrapuestas:
 1. Los excesivos costes.
 2. La limitada cobertura de los seguros.
 3. Problemas presupuestarios que tienen los Estados para proporcionar asistencia sanitaria.



TEMA 23.

1. INTRODUCCIÓN.

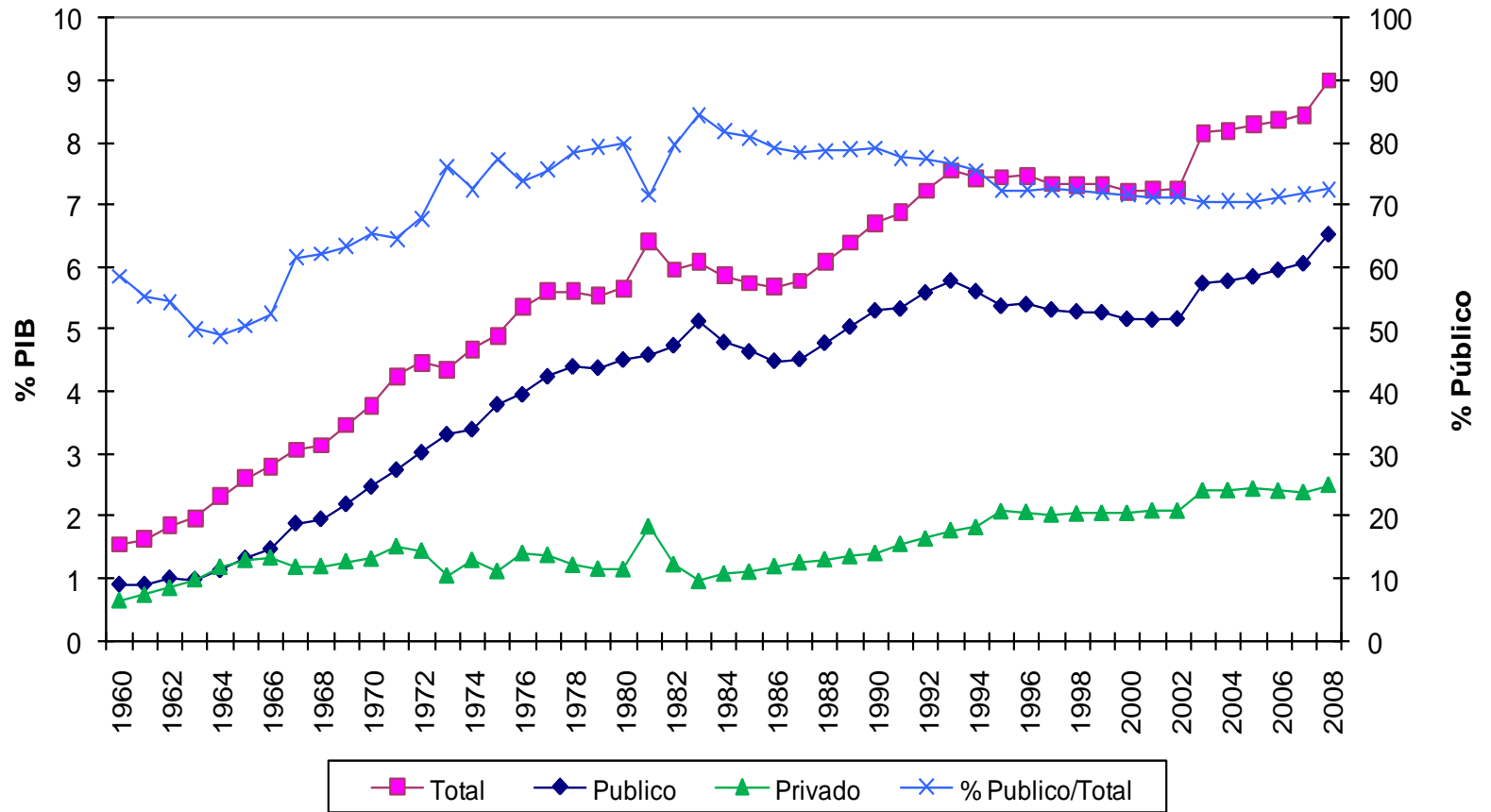
- En España el artículo 43 de la Constitución de 1978 señala:
 1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud.
 2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.
- La ley General de Sanidad 14/1986, de 25 de abril, en su artículo 12 establece que:
 - “los recursos sanitarios se distribuyan de forma que cualquier ciudadano acceda a ellos en iguales condiciones que los demás, independientemente de la región en la que viva.”
- La atención sanitaria pública está descentralizada en España desde 2003 a todas las CC. AA.



TEMA 23.

1. INTRODUCCIÓN.

Gasto en Sanidad en España, 1960-2006



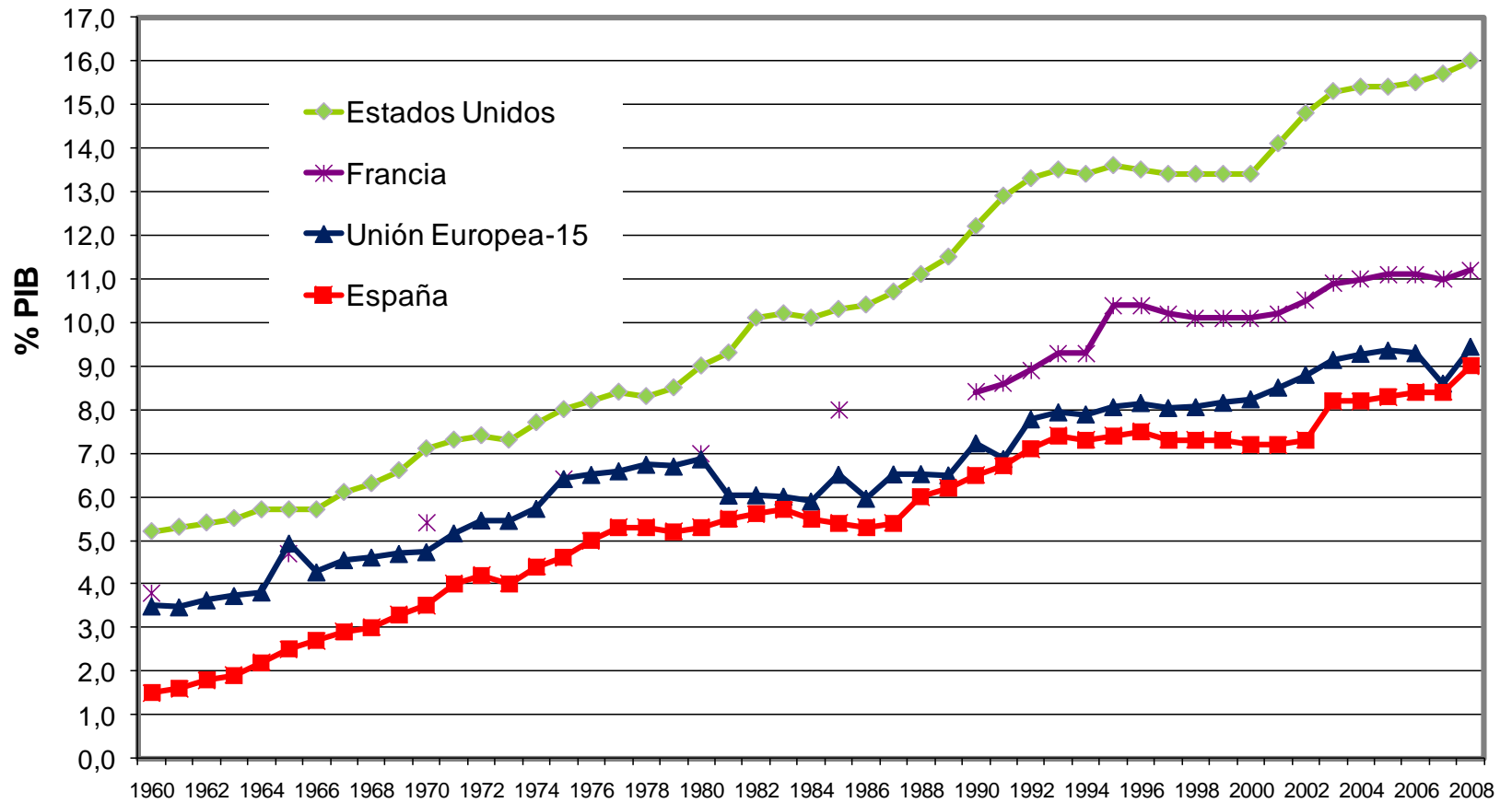
Fuente: J. Barea e Instituto Nacional de Estadística.



TEMA 23.

1. INTRODUCCIÓN.

Gasto total en Sanidad en la UE-15 y EE.UU.



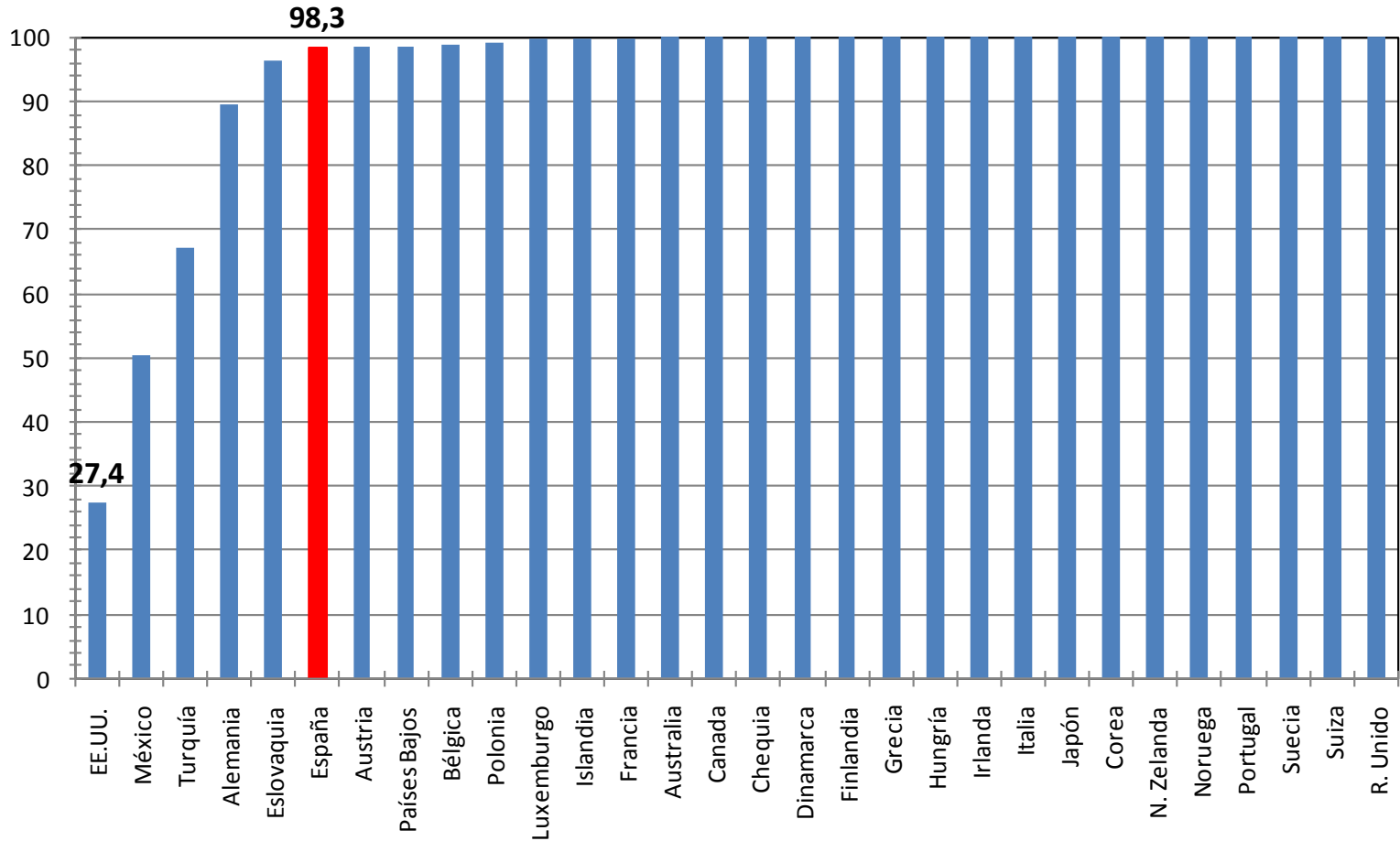
Fuente: OECD.



TEMA 23.

1. INTRODUCCIÓN.

Cobertura del seguro público de salud (% población)
alrededor de 2006



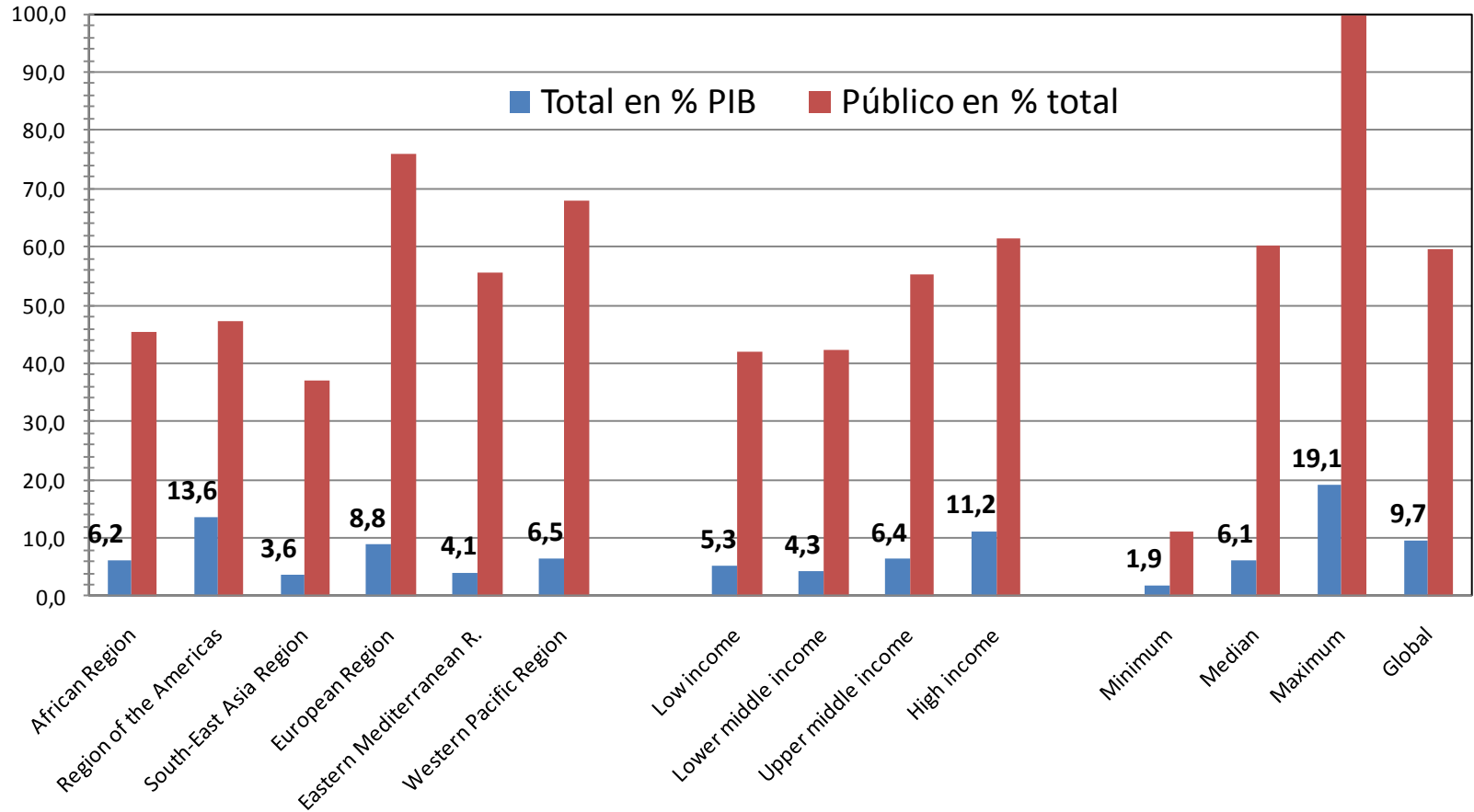
Fuente: OECD.



TEMA 23.

1. INTRODUCCIÓN.

Gasto público en Sanidad en el mundo, 2007



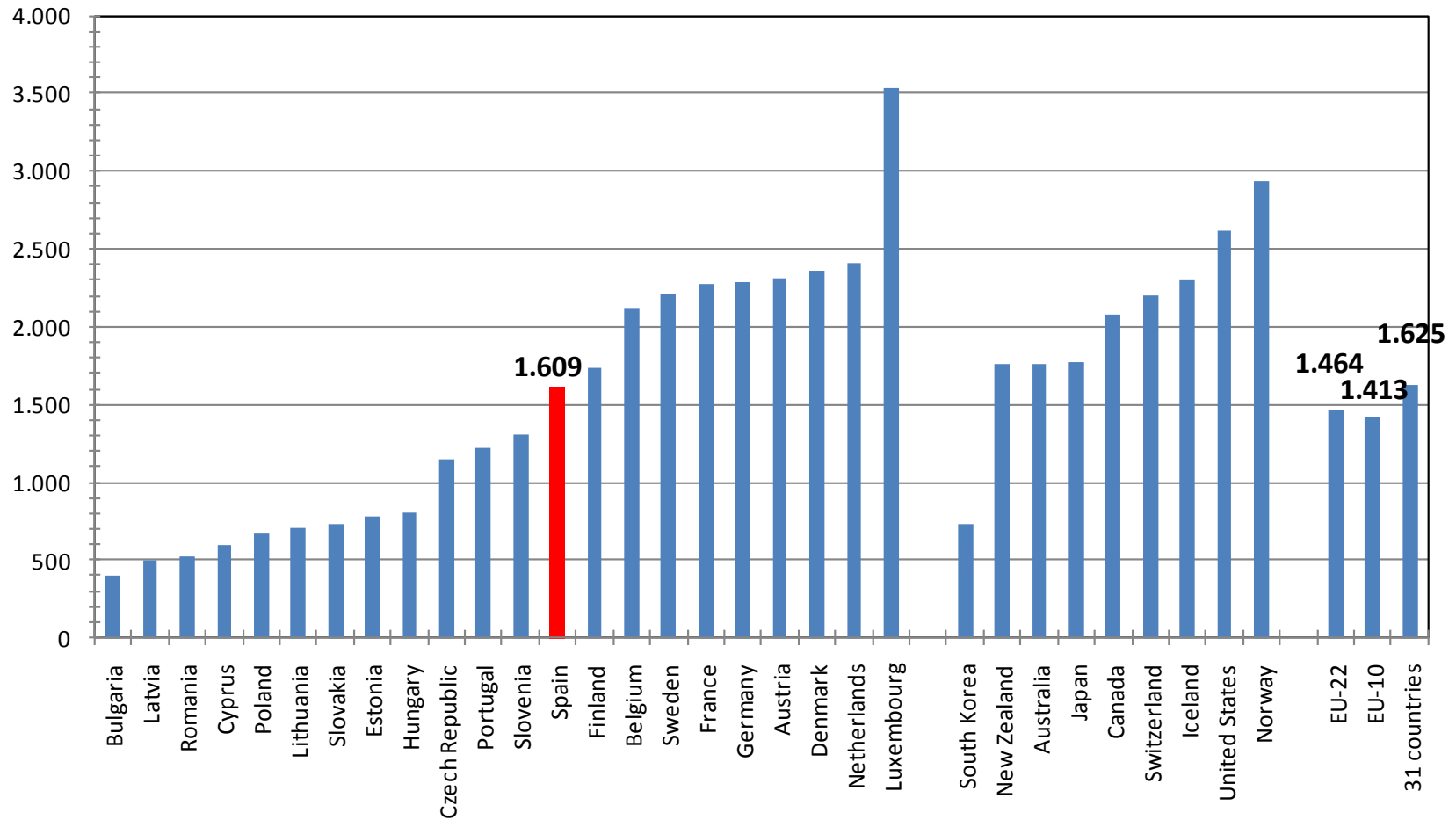
Fuente: World Health Organization



TEMA 23.

1. INTRODUCCIÓN.

Gasto público en Salud en PPS por habitante, 2007 o 2008



Fuente: Eurostat



TEMA 23.

1. INTRODUCCIÓN.

- ¿Cuáles son los factores que explican el crecimiento del gasto en sanidad en los países desarrollados?
 - Por el lado de la demanda:
 - ✓ Envejecimiento de la estructura de edades.
 - ✓ Riqueza creciente: la sanidad como bien de lujo.
 - ✓ Cambio en los estilos de vida: a mayor cobertura se asumen más riesgos.
 - Por el lado de la oferta:
 - ✓ Efecto Baumol (crecimiento desequilibrado, por ser muy intensiva en fuerza de trabajo).
 - ✓ Factibilidad tecnológica: de no consumir nada a consumir mucho.
 - ✓ El poder del personal sanitario y una gestión burocrática.



TEMA 23.

1. INTRODUCCIÓN.

- En el caso español, podemos explicar el crecimiento del gasto público sanitario atendiendo a una serie de causas como son la estructura de edades de la población, el alto precio de los servicios sanitarios, la inelasticidad del gasto público en sanidad en relación al PIB, etc.

CAUSAS DE CRECIMIENTO DEL GASTO PÚBLICO SANITARIO EN ESPAÑA

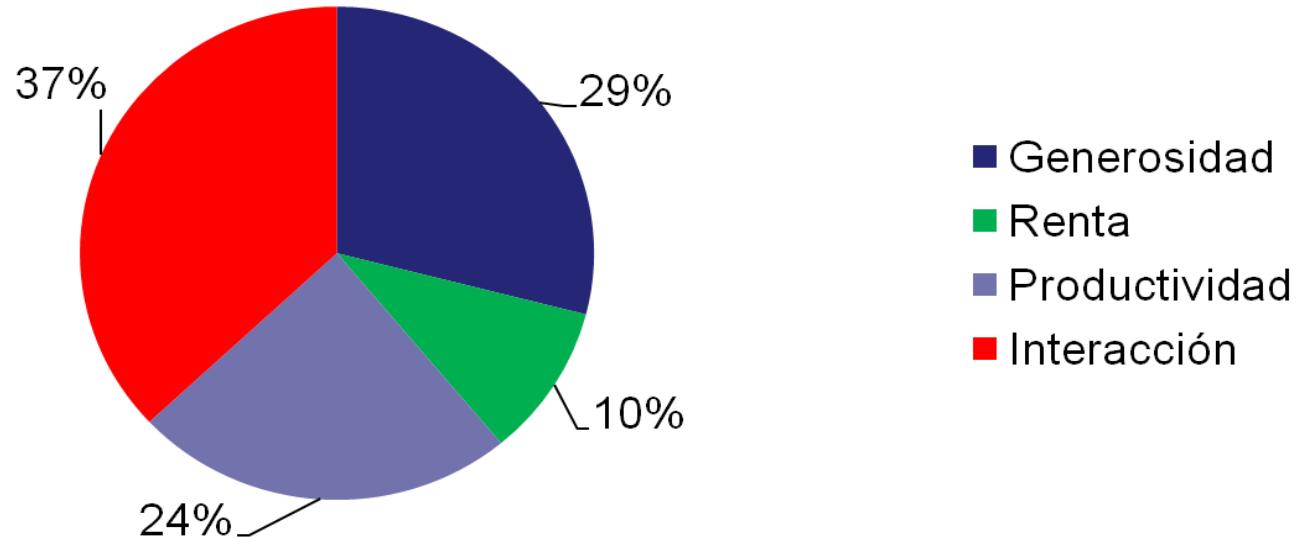
Factores	1960-87	1980-93	1994-97	1998-2001
Demográfico	0,88	0,35	0,07	0,07
Envejecimiento de la población	0,38	0,48	0,53	0,53
Tasa de cobertura	4,02	1,38	0,00	0,00
Prestación real media por persona	3,75	2,97	2,40	3,00
Total gasto real	9,07	5,18	3,00	3,60
Precio servicios sanitarios	12,99	8,30	3,90	3,30
Gasto nominal	23,24	14,30	7,00	6,93
Tasa de crecimiento PIB por habitante	3,80	2,04	2,50	3,50
Elasticidad gasto público sanidad/PIB	1,45	1,30	1,20	1,03



TEMA 23.

1. INTRODUCCIÓN.

Causas del crecimiento del Gasto Sanitario



“**Generosidad**” se refiere al cambio inducido por un aumento en la generosidad del sistema de aseguramiento manteniendo constantes la renta y la productividad.

“**Renta**” se refiere al cambio inducido por el aumento en los ingresos reales manteniendo constantes la generosidad y la productividad.

“**Productividad**” se refiere a los cambios inducidos por mejoras en la productividad manteniendo constantes la generosidad y la renta.

“**Interacción**” se refiere al cambio inducido por la interacción simultánea de los tres anteriores efectos.

Fuente: Fonseca *et al.* IZA-WP 4622- December 2009.



TEMA 23.

2. EL FALLO DEL MERCADO EN LA PROVISIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS.

- La salud no es un bien privado puro, dadas las importantes externalidades que presenta. Además, existen dos supuestos concretos en los que la sanidad se convierte en un bien público puro:
 1. Las enfermedades contagiosas, que constituyen un mal público y cuyo remedio no puede ser otro que la intervención pública.
 2. La investigación sanitaria básica.
- El mercado sanitario está plagado de imperfecciones, algunas de las cuales conllevan un excesivo gasto público. Algunos de estos fallos del mercado son:
 - a) La información imperfecta.
 - b) La competencia limitada
 - c) Ausencia de ánimo de lucro
 - d) El funcionamiento de los seguros médicos (ver epígrafe 3).



TEMA 23.

2. EL FALLO DEL MERCADO EN LA PROVISIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS.

- No obstante, incluso en el caso de que no hubiera fallos en el mercado, por razones distributivas el Estado debería intervenir, ya que algunas personas tienen una renta tan baja que no pueden pagar una buena asistencia sanitaria o viven en zonas rurales o de baja densidad de población que no interesan a las aseguradoras privadas.
- También se argumenta que la sanidad es un bien preferente.
- Veamos a continuación los fallos del mercado en la sanidad.



TEMA 23.

2. EL FALLO DEL MERCADO EN LA PROVISIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS.

a) La información imperfecta en el ámbito sanitario.

- Cuando los consumidores van al médico, lo que compran es en gran medida sus conocimientos y su información.
- Como pacientes, los consumidores deben confiar en sus opiniones sobre el tratamiento farmacológico, intervenciones quirúrgicas u otros procedimientos necesarios.
- Como carecen de conocimientos de medicina, no pueden valorar y evaluar correctamente los consejos de los médicos. Es posible que ni siquiera puedan saber si un médico está cualificado.
- Lo anterior explica por qué el Estado interviene en la concesión de permisos para ejercer la medicina y en la regulación de los medicamentos que pueden administrarse a los pacientes.



TEMA 23.

2. EL FALLO DEL MERCADO EN LA PROVISIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS.

a) La información imperfecta en el ámbito sanitario.

- Estos problemas de información son mucho más graves que los que tienen los consumidores en otras áreas. Por ejemplo, cuando se trata de compras repetidas los consumidores pueden juzgar ellos mismos la calidad de los productos o llegar a confiar en una tienda de comestibles, pero normalmente no compran procedimientos médicos repetidos.
- Las aseguradoras también tienen problemas de información relacionados con los médicos y con los pacientes. Al igual que los pacientes, deben confiar en buena medida en los médicos para saber qué procedimientos son necesarios y útiles. Además, la información imperfecta sobre los pacientes plantea problemas en el mercado de seguros (problema de “selección adversa”).



b) Competencia limitada.

- La información imperfecta reduce el grado efectivo de competencia. Así, los pacientes potenciales que vean que un médico cobra precios más bajos que sus competidores pueden deducir de ello que ese médico no tiene una gran demanda de sus servicios y que, por eso, está tratando de atraer más clientes, pero la falta de demanda de sus servicios puede hacerles pensar que no es un buen médico.
- Por la misma razón, la heterogeneidad de los servicios médicos dificulta las comparaciones de precio y calidad e impide así que se difunda eficazmente la información. Es posible que mi vecino esté satisfecho con el tratamiento que le ha puesto su médico, pero si sus problemas médicos son distintos de los míos, no hay garantía alguna de que a mi me guste ese médico.
- Otra cuestión que se plantea es que en muchas comunidades pequeñas hay pocos médicos entre los que elegir, o incluso, ni siquiera es posible elegir entre sanidad pública o privada. En casos de emergencia, rara vez el paciente se encuentra en condiciones de elegir.



b) Competencia limitada.

- Tampoco estimula la competencia el que la supervivencia de los hospitales públicos y de sus puestos de trabajo no dependan de una buena gestión.
- En definitiva, si comparamos el mercado médico con los mercados de competencia perfecta nos encontramos con que:
 1. Mientras que en los mercados de competencia perfecta existe un alto número de competidores (oferentes), en el mercado sanitario el número de competidores es muy limitado.
 2. En los mercados de competencia perfecta los consumidores poseen una información perfecta, mientras que en el mercado sanitario existen problemas de información imperfecta.
 3. Respecto a la mercancía, mientras que en los mercados de competencia perfecta la mercancía viene caracterizada por la homogeneidad, en el mercado sanitario, los servicios ofrecidos poseen una amplia heterogeneidad.

c) La ausencia de ánimo de lucro en la sanidad.

- Otra diferencia importante entre los mercados médicos y los mercados competitivos convencionales es el importante papel que desempeña la sanidad pública en la provisión de asistencia sanitaria.
- Algunos autores han argumentado que las cadenas de hospitales con fines de lucro responden más a los incentivos para ser eficientes y algunas grandes cadenas se han hecho famosas, no sólo por su eficiencia, sino también por su espíritu innovador. Por el contrario, preocupan los incentivos negativos a ofrecer asistencia de peor calidad, especialmente en las circunstancias en las que ésta es difícil de juzgar.
- Los problemas de incentivos con que se encuentran tanto los proveedores con fines de lucro como los proveedores sin fines de lucro (sanidad pública) se deben en gran medida a la información imperfecta. Si los consumidores pudieran averiguar fácilmente la calidad de lo que compran, los dos tipos de proveedores tendrían más incentivos para ser eficientes y ofrecer unos servicios de buena calidad.



d) Razones distributivas.

- Se basa en el llamado “igualitarismo específico” (Tobin), que consiste en defender que en determinados bienes todas las personas deben poder acceder al mismo nivel de consumo, más allá de simplemente subsidiar el consumo del servicio para las personas pobres o de entregar prestaciones en metálico.
- Muchos países occidentales consideran que todas las personas, independientemente de su condición económica o social, deben disfrutar del mismo nivel de protección sanitaria.
- Representaría un argumento a favor de provisión pública de los servicios de salud.

e) La sanidad como bien preferente.

- Desde una posición paternalista (Musgrave), se asume que los individuos no van a consumir los servicios de salud que deberían, de forma que el Estado se debe encargar de su provisión.



¿MERCADO PERFECTO?

POR EL LADO DE LA DEMANDA:

- ¿Suficiente número de compradores?
- ¿Bienes homogéneos?
- ¿Correcta información de precios?
- ¿Compradores bien informados para valorar la calidad del servicio?

POR EL LADO DE LA OFERTA:

- ¿Suficiente número de proveedores?
- ¿El proveedor no puede autogenerarse su demanda?
- ¿Ausencia de barreras de entrada nuevos proveedores?
- ¿Ausencia de barreras de salida de proveedores?



TEMA 23.

3. EL SEGURO MÉDICO.

- Las personas tienen aversión al riesgo y ésta es la razón por la que compran un seguro. Prefieren pagar una cierta cantidad todos los años a la compañía de seguros médicos a tener pocos gastos un año porque tienen suerte y no sufren ninguna enfermedad o accidente, pero tener muchos gastos otro año porque son menos afortunados. La mayoría las personas incluso está dispuesta a pagar “primas de riesgo” y a soportar considerables costes de transacción.
- Existe una considerable insatisfacción con el seguro que proporciona el mercado. Las principales quejas son:
 1. Que algunas personas compran demasiado seguro y esto conlleva un gasto excesivo en asistencia sanitaria (selección adversa).
 2. Que muchas personas no pueden conseguir un seguro (hay demasiada poca cobertura) o sólo pueden conseguirlo pagando unas primas excesivas.



TEMA 23.

3. EL SEGURO MÉDICO.

- ¿Cómo funcionan los seguros privados?
- Los principales problemas de los seguros médicos son:
 - a) El “riesgo moral”.
 - b) La selección adversa.
 - c) Los costes de transacción.
 - d) La tecnología médica.
- Consecuencias.



TEMA 23.

3. EL SEGURO MÉDICO.

- **¿Cómo funcionan los seguros privados?**

- La prima de seguro que cobra una empresa aseguradora por asegurar una determinada pérdida será igual a la probabilidad de que se materialice la pérdida multiplicado por el valor de la pérdida.

- **Ejemplo I: Seguro de automóvil.**

- Fernando Alonso:

- Probabilidad de accidente = 0,10

- Valor del coche = 100.000 €

- Farruquito

- Probabilidad de accidente = 0,50

- Valor del coche = 100.000 €

Dejando a un lado los costes administrativos y beneficios que obtendría la empresa, la prima que cobraría sería

(Prima = Probabilidad x Valor):

- Fernando Alonso. Prima = $0,10 \times 100.000 = 10.000$ €

- Farruquito. Prima = $0,50 \times 100.000 = 50.000$ €



TEMA 23.

3. EL SEGURO MÉDICO.

- **¿Cómo funcionan los seguros privados?**

- **Ejemplo II: Seguro sanitario.**

Un asegurador privado cobra una prima dada por

$$\text{Prima} = \text{Probabilidad de enfermar} \times \text{Coste del tratamiento}$$

- Duquesa de Alba

Probabilidad de enfermar = 0,80

Coste de la enfermedad = 1.000 €

Prima = 800 €

- Cristiano Ronaldo

Probabilidad de enfermar = 0,10

Coste de la enfermedad = 1.000 €

Prima = 100 €



TEMA 23.

3. EL SEGURO MÉDICO.

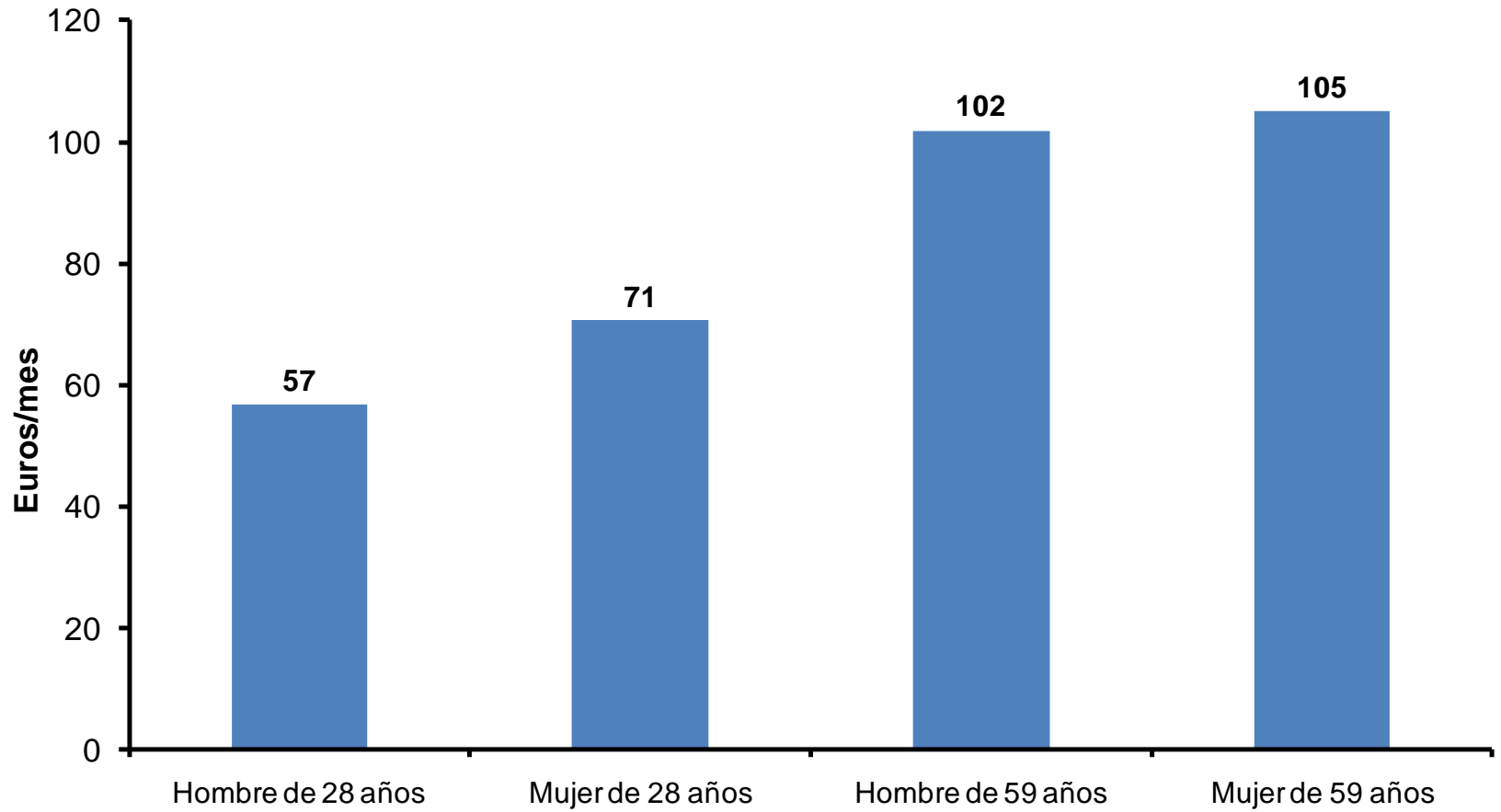
- **¿Cómo funcionan los seguros privados?**
 - Si las probabilidades del suceso asegurado (tener un accidente de automóvil, ponerse enfermo,, etc.) son conocidas por las personas aseguradas y las empresas aseguradoras el mercado asignará eficientemente los recursos:
 - Cada persona pagará una prima de seguro individualizada que está en función de su probabilidad de sufrir la enfermedad, tener un accidente, etc. Las personas “más sanas” pagarán un precio bajo por asegurarse y las personas “menos sanas” pagarán un precio alto.
 - Todas las personas que quieran asegurarse, al precio que refleja su probabilidad de enfermar o sufrir un accidente, pueden hacerlo.
 - En general, en el caso de los servicios de salud, la probabilidad de enfermar no es completamente observable por las aseguradoras (incluso, a veces, por los asegurados), por lo que va a originar un fallo de mercado.



TEMA 23.

3. EL SEGURO MÉDICO.

Precio de la prima mensual de Sanitas Multi (febrero de 2010)



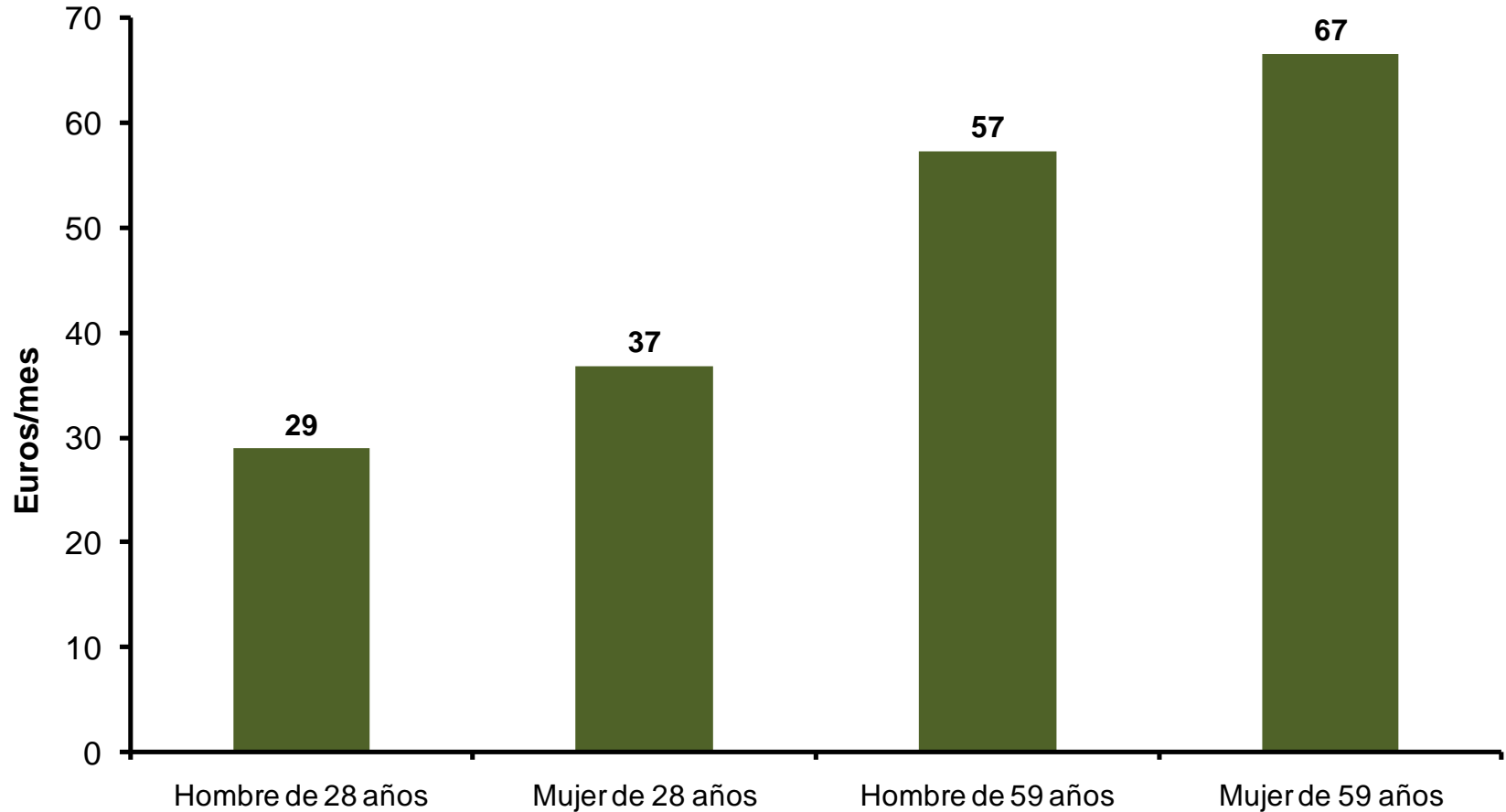
Fuente: J. I. Antón



TEMA 23.

3. EL SEGURO MÉDICO.

Precio de la prima mensual de Asisa Primero (febrero de 2010)



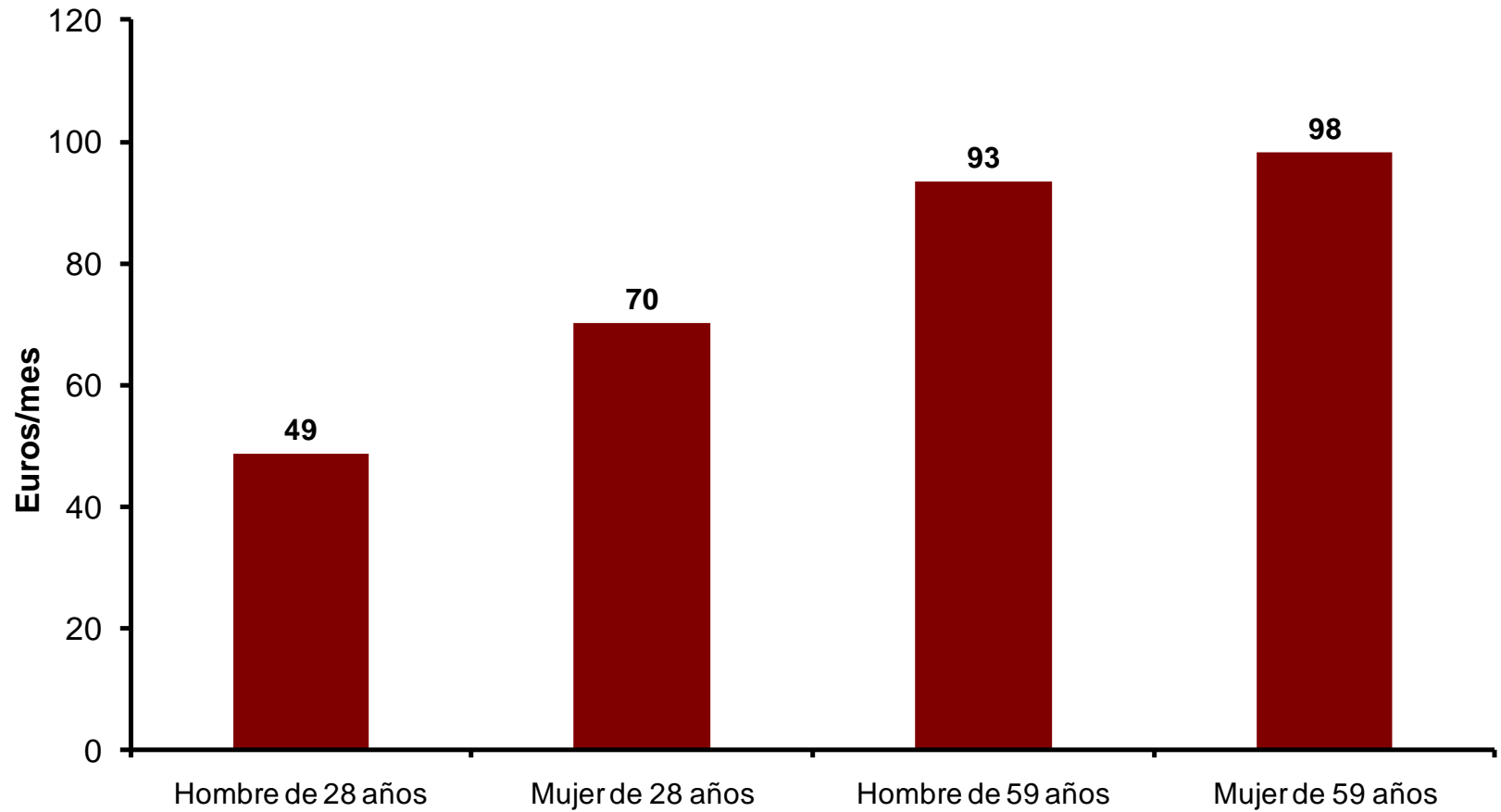
Fuente: J. I. Antón



TEMA 23.

3. EL SEGURO MÉDICO.

Precio de la prima mensual de DKV Integral (febrero de 2010)



Fuente: J. I. Antón



TEMA 23.

3. EL SEGURO MÉDICO.

- **¿Cómo funcionan los seguros privados?**

Condiciones de contratación de una conocida compañía de seguros española.

Los períodos de carencia indican el tiempo que ha de transcurrir entre el alta en el seguro médico y la posibilidad de solicitar la utilización de determinados servicios de asistencia sanitaria.

- *El seguro médico no cubre patologías del cliente existentes con anterioridad a la fecha de la contratación del producto.*
- *Hospitalización e intervenciones quirúrgicas no ambulatorias, incluida la asistencia al parto: 240 días de carencia.*
- *Ligadura de trompas y vasectomía: 180 días de carencia.*
- *Psicología: 180 días de carencia.*
- *Cirugía bariátrica en obesidad mórbida: 36 meses de carencia.*

- **Veamos a continuación los problemas de los seguros médicos.**



TEMA 23.

3. EL SEGURO MÉDICO.

a) Seguro y gasto en asistencia sanitaria: el "riesgo moral".

- Cuando una persona compra un seguro ya no paga todos los costes de la asistencia sanitaria. Las personas pueden influir en la probabilidad de necesitar cuidados médicos adoptando medidas preventivas, pero cuando tienen un seguro sus incentivos disminuyen.
- El problema de que una vez asegurada la gente gaste demasiado en asistencia sanitaria se denomina "problema de riesgo moral". El sector de los seguros teme que el seguro aumente la probabilidad de que ocurra aquello contra lo que asegura; considera que es un problema "moral". Los economistas piensan que se trata simplemente de un problema de "incentivos": cuando existe un seguro, los incentivos para conservar la salud y controlar los gastos sanitarios son menores.
- Se afirma que el seguro es excesivo como consecuencia de la política de los gobiernos (paternalismo) y si el seguro es excesivo también lo son los gastos en asistencia sanitaria. En muchos casos, el sistema impositivo subvenciona el seguro.



TEMA 23.

3. EL SEGURO MÉDICO.

b) La selección adversa.

- Otro problema que surge en muchos mercados de seguros es la selección adversa. Al no poder saber nada las empresas aseguradoras sobre los posibles asegurados, fijará primas demasiado altas, con lo que las personas que tienen menos probabilidades de necesitar asistencia médica (por ejemplo, los jóvenes sanos) llegarán a la conclusión de que no merece la pena pagar la prima. A medida que aumentan las primas, se produce pues, un efecto de selección adversa.
- Como hay pocas personas muy aversas al riesgo que están dispuestas a pagar una prima muy superior a los costes esperados, sólo una pequeña proporción de la población compra el seguro.



TEMA 23.

3. EL SEGURO MÉDICO.

b) La selección adversa (Cont.).

- Por otro lado, las empresas aseguradoras no aceptan a cualquiera que solicite una póliza. Intentan por todos los medios aumentar la "calidad" de los que se aseguran de varias formas:
 1. No suelen proporcionar un seguro contra enfermedades existentes antes de la compra del seguro. En algunos casos, simplemente niegan el seguro a las personas que tienen un mal historial médico.
 2. Limitan el alcance de la cobertura. Aunque se supone que el seguro debería cubrir las situaciones más graves, en realidad los mercados de seguro no las cubren. Incluso los seguros destinados a cubrir las grandes emergencias médicas, normalmente prevén una cantidad máxima de indemnización.
 3. Es posible que las aseguradoras concentren todos sus esfuerzos en grupos de bajo riesgo.



b) La selección adversa (Cont.).

- Estos intentos de las compañías de seguros de mejorar la combinación de personas cubiertas, a veces se denomina “selección de lo mejor” o “extraer la nata”.
- La preocupación por la falta de cobertura de algunos grupos de alto riesgo de la población (especialmente los ancianos) ha constituido uno de los principales motivos por los que ha aumentado la intervención del Estado en la sanidad.

c) Los costes de transacción.

Los costes de la compraventa de bienes, incluido el coste de gestionar los mercados, se denominan costes de transacción. De igual modo a como ocurre en el resto mercados la venta de pólizas de seguro y el pago de las prestaciones tienen una serie de costes, como por ejemplo los costes realizados en la identificación de los riesgos buenos y malos.



d) La tecnología médica.

- Algunas tecnologías sanitarias tienen un coste muy elevado, por lo que pueden desembocar en un monopolio natural → hay un coste fijo muy elevado y el coste marginal es pequeño, por lo que el coste medio es decreciente y es preferible concentrar la producción del servicio médico.

Ejemplo: escáner, aparato de resonancia magnética nuclear, etc.

- Una forma de abordar este problema puede ser la regulación (acuerdos con centros privados con precios máximos, etc.). Otra solución puede ser la producción pública.



TEMA 23.

3. EL SEGURO MÉDICO.

• **Consecuencias.**

- Parte importante de la sociedad no tendrá cobertura médica completa (cuando, además, estaría dispuesta a pagar por ella).
- En Estados Unidos, en 2008 había 46,3 millones de personas sin cobertura sanitaria al menos durante una parte del año, lo que representa el 15,4 por 100 de la población, de ellos 38,3 millones en edad de trabajar (18 a 64 años) (U. S. Census Bureau, 2009), habiendo crecido de manera casi ininterrumpida desde el año 1999.
- Un dato llamativo es que el 38,3 por 100 de los que no tienen seguro tenían una renta superior a 50.000\$, siendo la renta mediana de 50.303\$ en 2008, estando por debajo de la mitad de la mediana el 29,5 por 100. Buena parte de los más ricos son jóvenes sanos que prefieren ahorrarse la póliza de seguro privado y si enferman se lo pagan directamente de su bolsillo.
- La mayor parte de las personas sin cobertura son ciudadanos norteamericanos, estimando el *Census Bureau* que no lo eran unos 9,5 millones, incluyendo en esta cifra a los inmigrantes ilegales. Mientras que sólo un 10,8 por 100 de los blancos no hispanos (caucásicos) no tienen seguro, en los hispanos la proporción es del 30,7 por 100, la más alta de todas las razas. 7,3 millones de los que no tienen cobertura son niños menores de 18 años.
- Las empresas tratarán de segmentar el mercado todavía más: exámenes alegando condiciones pre-existentes, etc.



TEMA 23.

4. PROPUESTAS DE REFORMA.

CARACTERISTICAS DE LOS SISTEMAS SANITARIOS

Modelo	Sistema nacional	Seguro obligatorio	Seguro voluntario
Financiación	Impuestos	Cotizaciones	Primas
Límite de gasto total	Presupuesto cerrado	Prima prepagada	No
Proveedor	Público	Mixto	Privado
Libre elección	Mínima	Amplia	Total
Pago por acto	No	Parcial	Total
Cobro por acto	No	Parcial/Total	Total



TEMA 23.
4. PROPUESTAS DE REFORMA.

PAÍSES SEGÚN MODELO SANITARIO

Seguridad social

- Alemania
- Austria
- Bélgica
- Francia
- Grecia (en transición)
- Holanda
- Luxemburgo

S. Nacional de salud

- España
- Reino unido
- Suecia
- Dinamarca
- Finlandia
- Italia
- Irlanda
- Portugal



TEMA 23.

4. PROPUESTAS DE REFORMA.

ANÁLISIS COMPARADO DE LOS MODELOS DE LA UNIÓN EUROPEA 15 (2007. Medias no ponderadas)

Modelo sanitario	Sistema Nacional Salud	Seguridad Social	% SS / SNS	Estados Unidos
Gasto total en salud % PIB	7,2	8,2	14,5	7,3
Gasto sanitario público por persona PPP	2.315	2.821	21,8	3.307
Gasto sanitario privado por persona PPP	634	789	24,4	3.982
Gasto sanitario total por persona PPP	2.950	3.610	22,4	7.290



TEMA 23.

4. PROPUESTAS DE REFORMA.

- **Las previsiones sobre el crecimiento del gasto sanitario.**
 - Por razones demográficas.

Aunque los cálculos son sólo estimaciones, las personas de 65 y más años pueden llegar a representar en España alrededor del 34 de la población en 2050, porcentaje sólo superado por Japón. El gasto sanitario se concentra en los primeros y, sobre todo, en los últimos años de vida.
 - Por el aumento de las prestaciones.

Los cálculos de Hagist y Kotlikoff (2009) indican que es el factor más importante, poniendo como ejemplo Estados Unidos, para los que la proyección de población de +64 años en 2050 es baja (21,3%), pero si los beneficios siguieran creciendo a su tasa histórica, el gasto sanitario se multiplicaría por 7,5 veces en 45 años.
 - Por el aumento del precio de los servicios.

Las nuevas tecnologías son cada vez más caras y se utilizan con mayor generalidad.



TEMA 23.

4. PROPUESTAS DE REFORMA.

DEBILIDADES Y FORTALEZAS DE NUESTRO SISTEMA PÚBLICO

• Debilidades

- Escasa satisfacción de los ciudadanos
- Insatisfacción de los profesionales
- Baja productividad
- Altos costes unitarios
- Listas de espera
- Burocracia
- Desigualdades territoriales

• Fortalezas

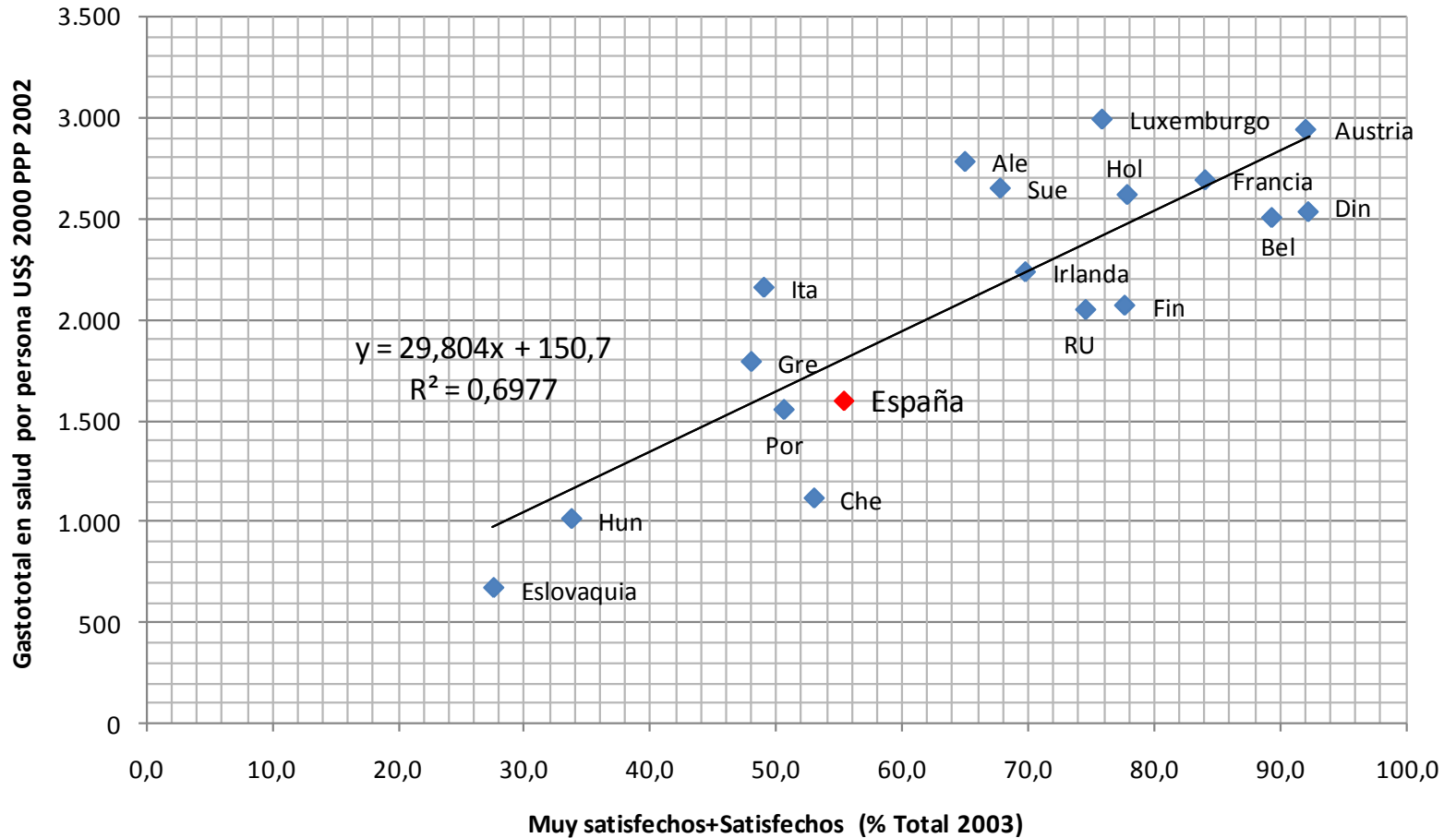
- Equidad
- Universalidad
- Buenos indicadores de salud
- Alta calidad técnica
- Macro-eficiencia económica
- Accesibilidad geográfica
- Buenas infraestructuras



TEMA 23.

4. PROPUESTAS DE REFORMA.

Gasto en salud por persona y satisfacción con el sistema



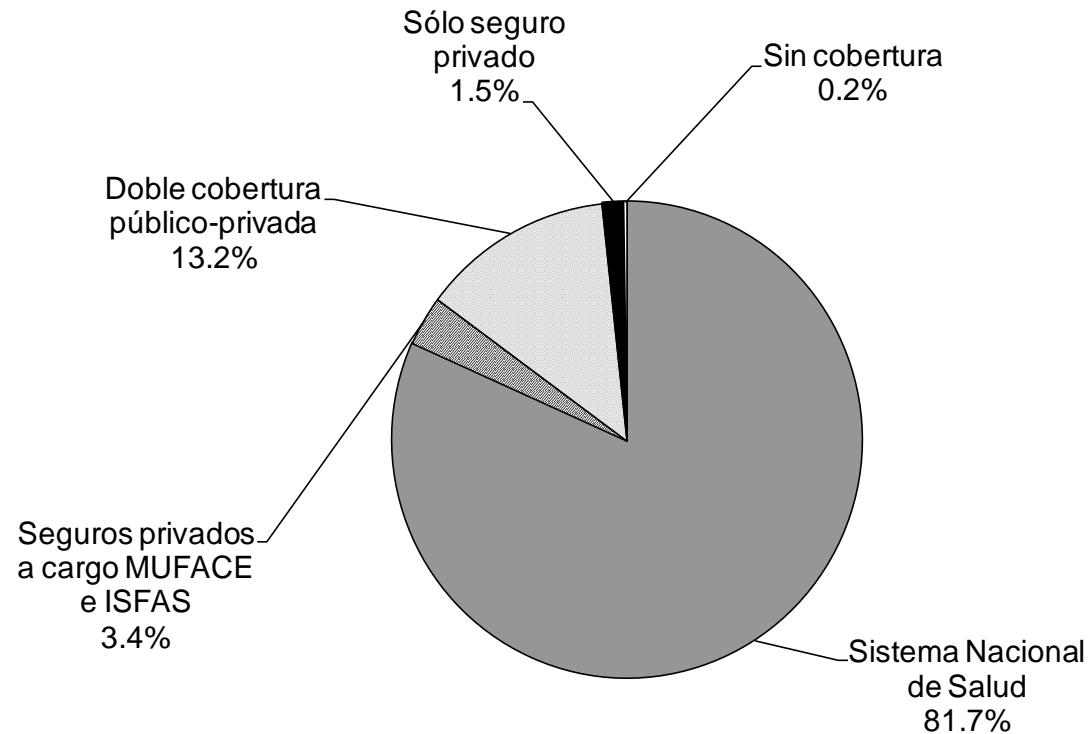
Fuente: OMS, OCDE y elaboración propia.



TEMA 23.

4. PROPUESTAS DE REFORMA.

Cobertura sanitaria en España en 2006



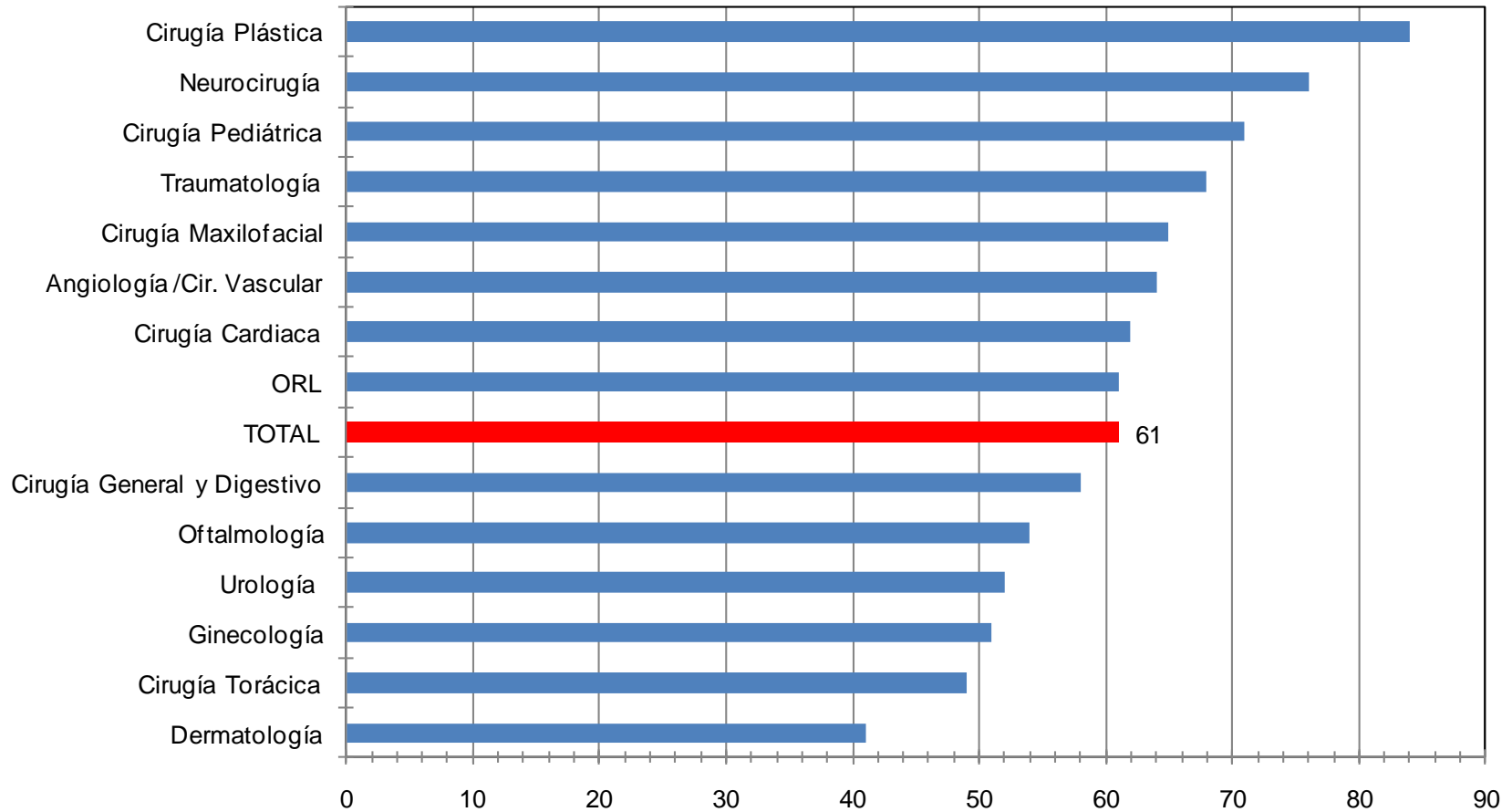
Fuente: J .I. Antón. Encuesta Nacional de Salud, 2006.



TEMA 23.

4. PROPUESTAS DE REFORMA.

Tiempo medio de espera quirúrgica, en días, junio 2010



Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo

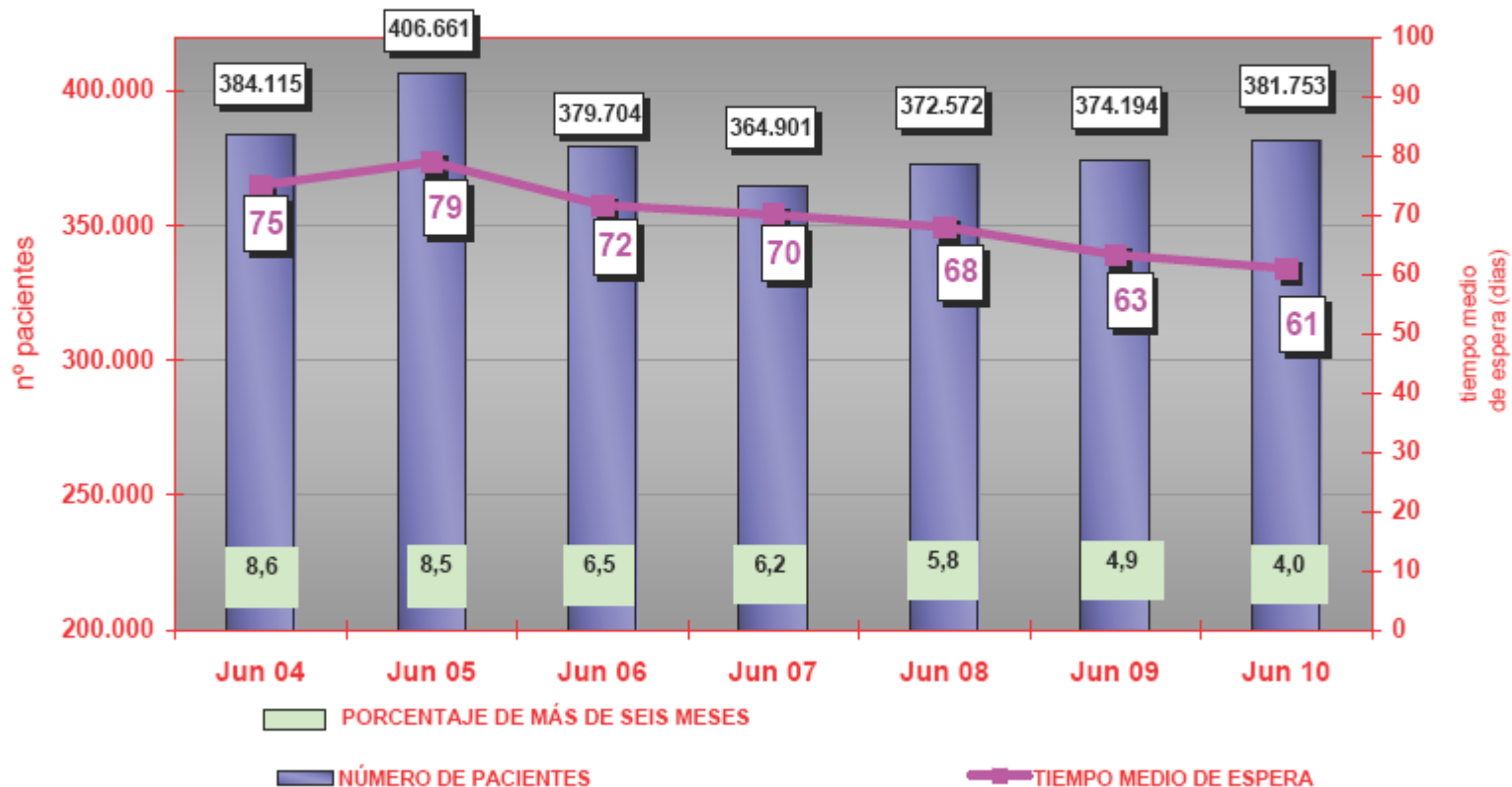


TEMA 23.

4. PROPUESTAS DE REFORMA.

LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA DEL SNS Evolución Junio 2004 - Junio 2010

Pacientes en espera estructural, tiempo medio de espera y porcentaje de más de seis meses



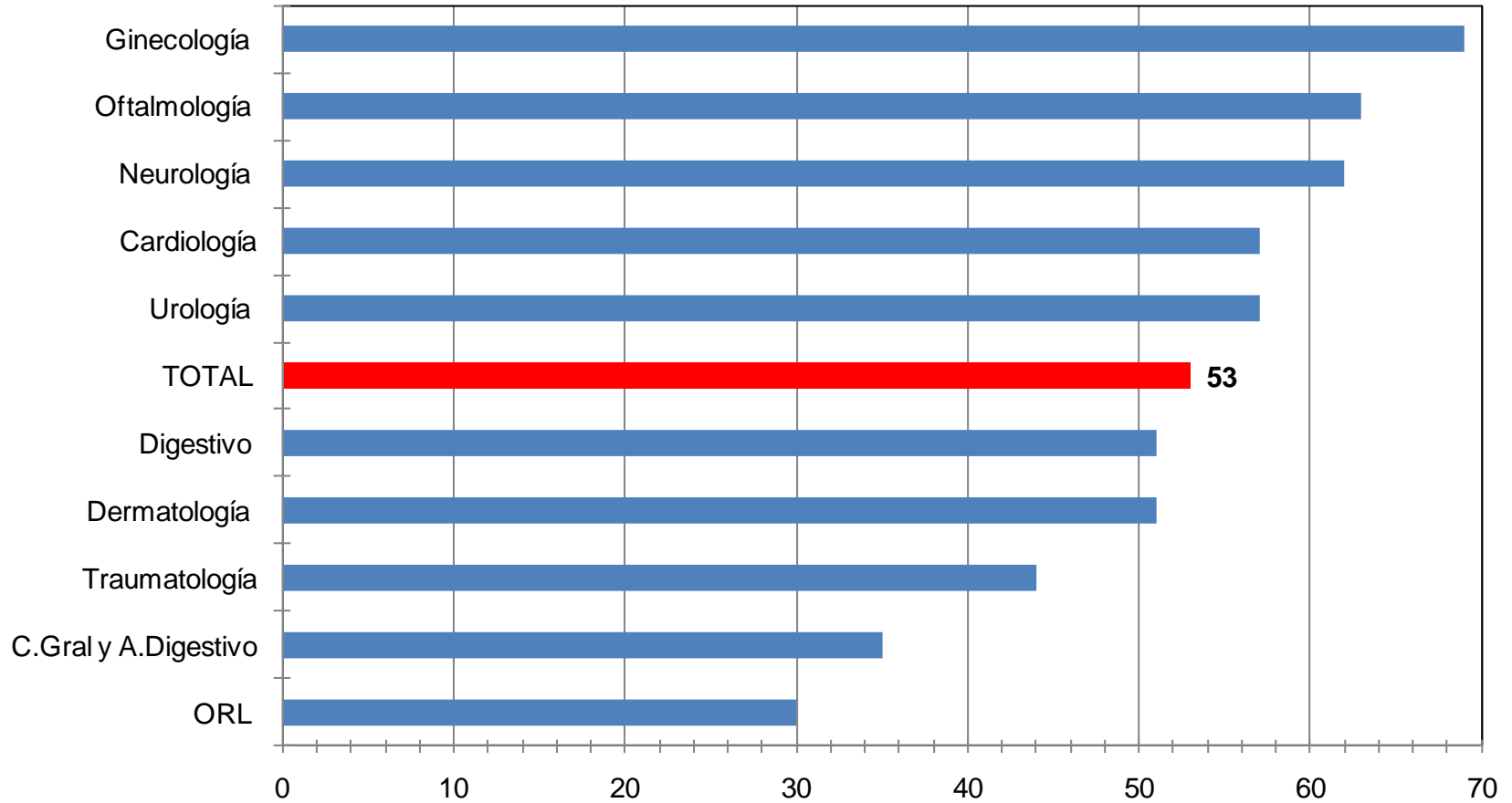
Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Faltan los datos de la C. A. de Madrid



TEMA 23.

4. PROPUESTAS DE REFORMA.

Tiempo medio de espera consultas externas, en días, junio 2010



Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo

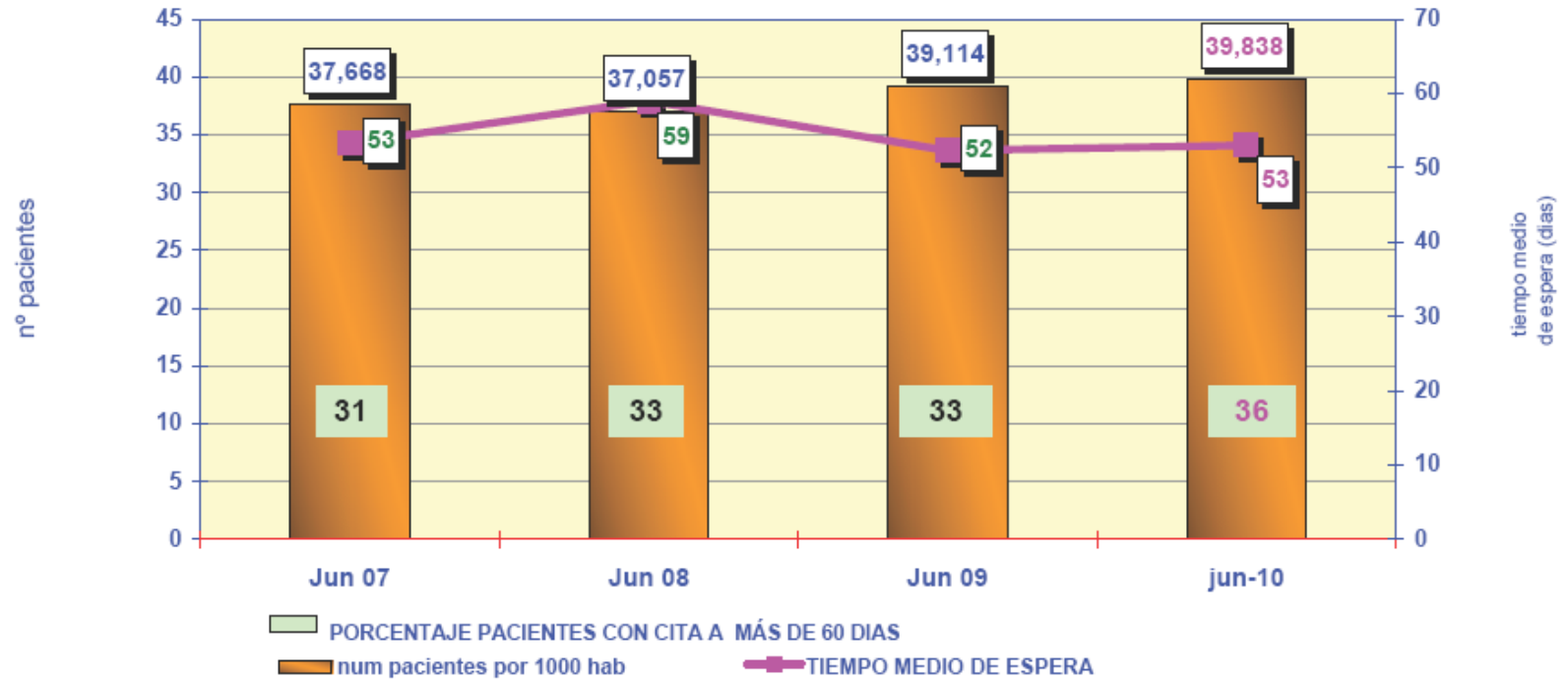


TEMA 23.

4. PROPUESTAS DE REFORMA.

LISTA DE ESPERA DE CONSULTAS EN EL SNS Evolución Junio 2007 - Junio 2010

Pacientes en espera estructural por 1000 habitantes, tiempo medio de espera y porcentaje de pacientes con cita de más de 60 días



Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Faltan los datos de la C. A. de Madrid



TEMA 23.

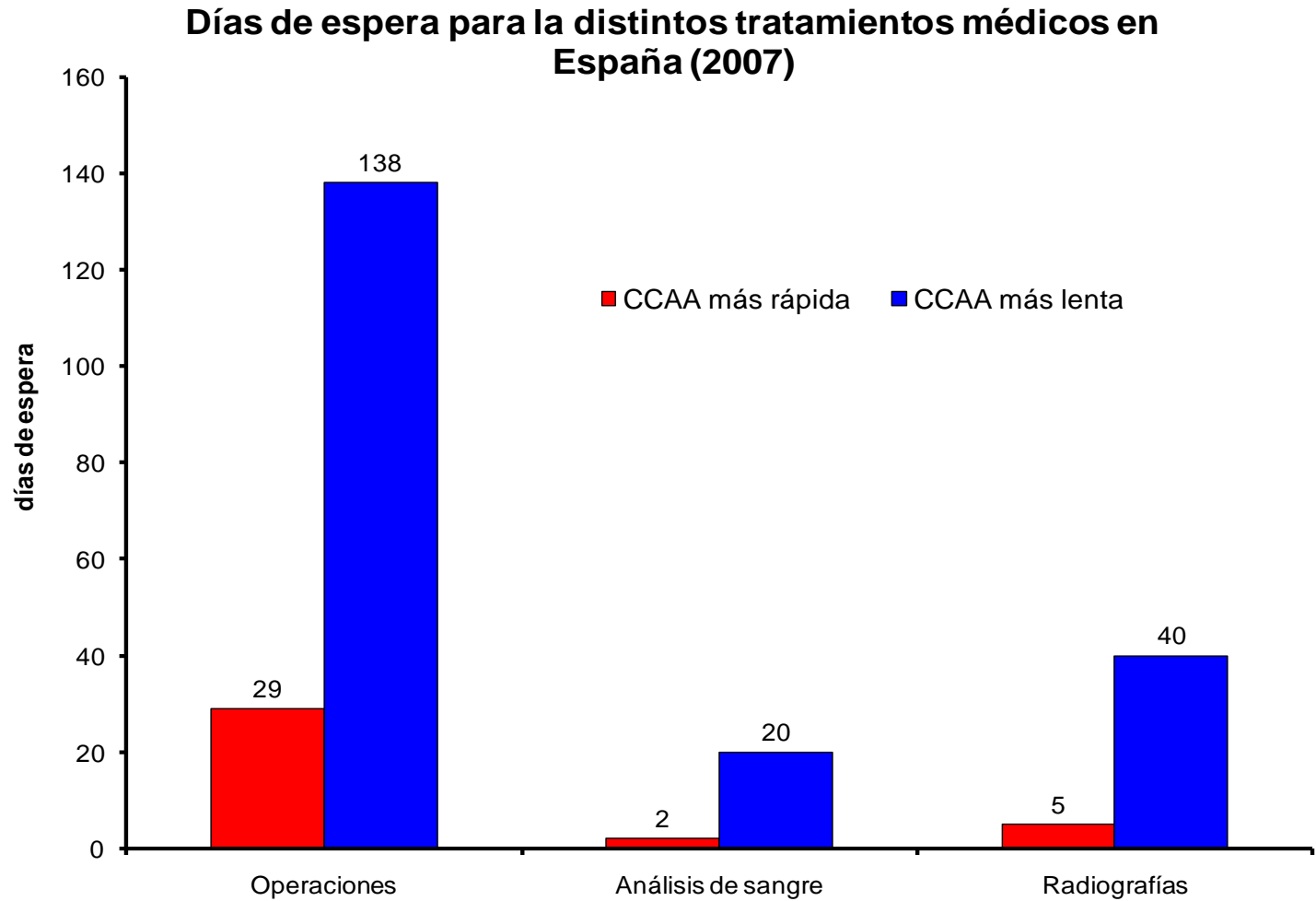
4. PROPUESTAS DE REFORMA.

- **Las crecientes desigualdades territoriales en España y la desintegración del Sistema Nacional de Salud.**
 - ✓ No existe coordinación entre centros hospitalarios (no digamos ya CC.AA.) en la compra de productos sanitarios → no se aprovechan la posibilidad de reducir costes al comprar volúmenes muy elevados.
 - ✓ Resulta preocupante en la medida que, según la consultora Saniline...
 - La oferta la concentran relativamente pocas empresas.
 - Sólo una tercera parte de las compras se realizan por concurso público.
 - En algunos productos médicos, la diferencia media entre precios que pagan los hospitales por el mismo producto es del 45%.
 - Algunos hospitales concretos llegan a pagar un precio el 300% más elevado por el mismo producto que otros.



TEMA 23.

4. PROPUESTAS DE REFORMA.



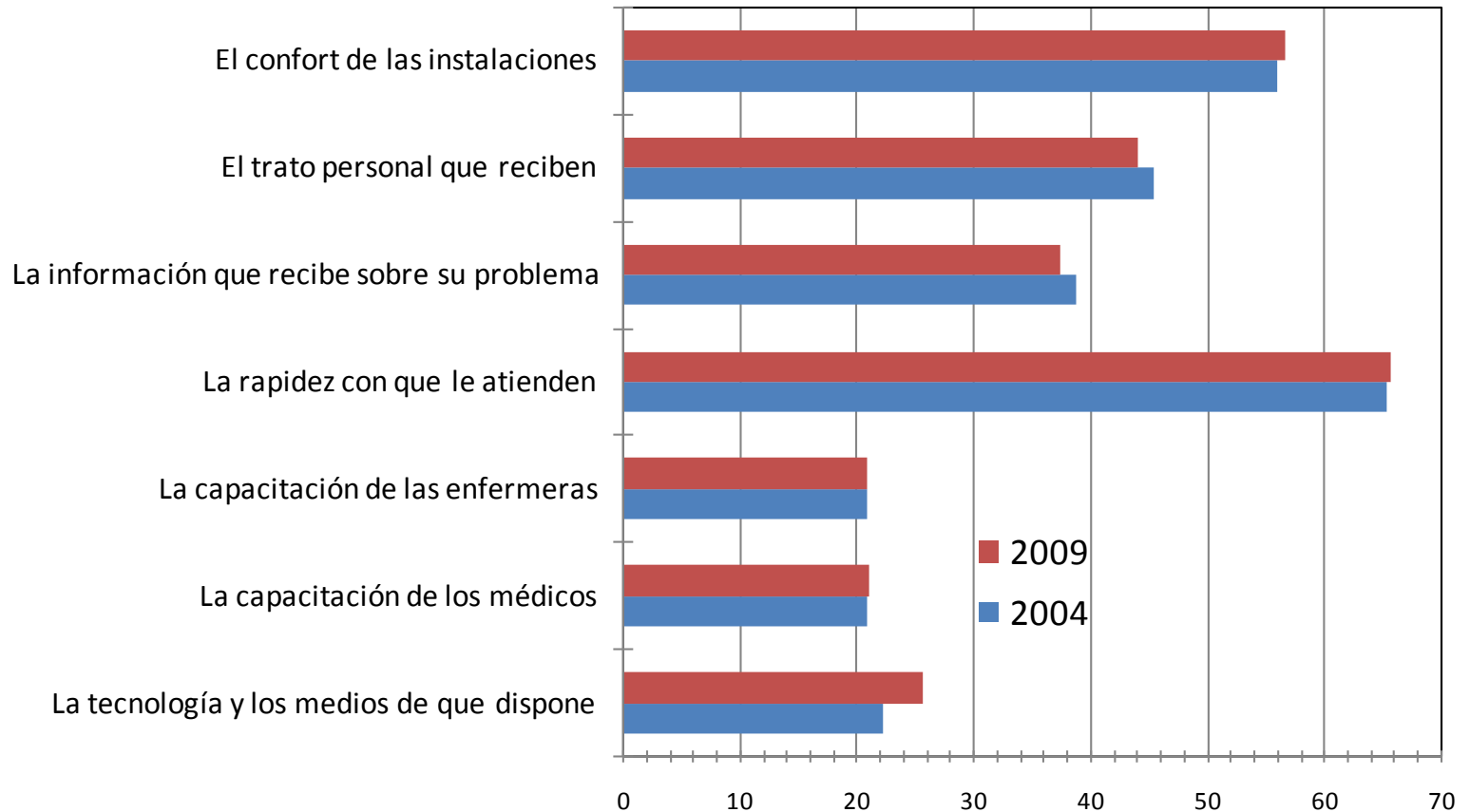
Fuente: Ruíz del Árbol, M. (2008): "Cantabros, catalanes y gallegos, los pacientes que más esperan", *El País*, 5 de Mayo de 2008, pp. 38-39.



TEMA 23.

4. PROPUESTAS DE REFORMA.

Porcentaje de encuestados que elegiría un servicio sanitario (sin coste adicional alguno) teniendo en cuenta:



Fuente: MSyC. Barómetro Sanitario 2009.



TEMA 23.

4. PROPUESTAS DE REFORMA.

CONCEPCIONES SOBRE EL SISTEMA DE SALUD

NEOLIBERAL

- Prioridades:
 - Satisfacción de las demandas, variables para cada ciudadano.
- Eficiencia: Satisfacer las demandas al mínimo coste.
- Equidad: Garantizar unos mínimos para toda la población.
- Libertad : Máxima.

IGUALITARIA

- Prioridades:
 - Mejora de la salud individual.
 - Mejora de la salud colectiva.
- Eficiencia: Maximizar el aumento de salud.
- Equidad:
 - Mismo acceso a todo para todos en todo el territorio .
 - Redistribución de la riqueza.
- Libertad: Solo la que no afecte a la equidad.



TEORÍA NEOLIBERAL (J. Barea Tejeiro)

- El control de la eficiencia es un factor determinante para la sostenibilidad del gasto sanitario y para mantener las cuentas públicas equilibradas con déficit cero o ligero superávit.
- En la asignación de recursos presupuestarios, la sanidad debe competir con los bienes públicos y con las prestaciones de la protección social redistribuidoras de la renta.
- Aunque la salud es un bien “privado”, la doctrina ha construido “toda una teoría” que justifica el pase al sector público de dicha necesidad.
- La sanidad es un bien “privado” y por tanto puede ser satisfecha por el mercado y financiarse vía precio.



TEMA 23.

4. PROPUESTAS DE REFORMA.

REFORMAS ESTRUCTURALES PROPUESTAS.

- Actuar sobre la oferta (médicos y hospitales).
 - Implicando a los clínicos en la gestión clínica.
 - Garantizar la coherencia entre resultados y beneficios-riesgos.
 - Incorporando y trasladando un riesgo parcial a los profesionales.
 - Adecuando el tamaño de los ámbitos de gestión.
 - Gestión por “unidades de negocio”. Autonomía de gestión.
 - Coherencia entre atribuciones y responsabilidades.
 - Apostar por la financiación de los centros con presupuestos prospectivos vinculados a resultados.
 - Pero el problema es que incluso con autonomía de gestión, los centros médicos siguen siendo organismos “burocráticos” en los que no hay precios, no se conoce la demanda, ni hay beneficios que midan la eficiencia.
- Actuar sobre la demanda, introduciendo el co-pago.
- Introducir “cuasi-mercados”.
- Privatizar.



TEMA 23.

4. PROPUESTAS DE REFORMA.

- ***Los problemas del co-pago (1).***
 - El usuario paga un porcentaje del coste de la asistencia sanitaria (*ticket moderador*).
 - Como método de financiación, su efectividad depende de la elasticidad de la demanda.
 - Pero los servicios médicos se caracterizan por su baja elasticidad precio.
 - Y los pacientes no son los verdaderos demandantes, pues la atención sanitaria es una demanda inducida por los médicos.
 - Puede dar lugar a efectos de sustitución entre servicios, por ejemplo si se cobra por la atención primaria y no por la hospitalaria, los pacientes irán a la segunda. Aunque en España se ha propuesto introducirlo en la atención primaria, en las especialidades, en las urgencias y en los medicamentos para los pensionistas y enfermos crónicos para “moderar” la demanda (McKinsey y FEDEA, 2009).
 - Tiene efectos redistributivos, al afectar más a los pobres que a los ricos y recaer más sobre los pacientes crónicos (a no ser que se tenga en cuenta su renta, lo que es muy complejo).



TEMA 23.

4. PROPUESTAS DE REFORMA.

- ***Los problemas del co-pago (y 2).***

- La evidencia empírica es que reduce la utilización tanto de los servicios sanitarios necesarios (efectivos) como de los innecesarios (poco y muy escasamente efectivos).
- Si reduce la utilización de los servicios, de ello no se deriva una mejor atención sanitaria, pues esta depende fundamentalmente de los incentivos y la motivación de los profesionales.
- En el caso de los medicamentos, la evidencia empírica señala que los co-pagos afectan tanto al consumo de los medicamentos menos necesarios como al de los más necesarios y efectivos, con efectos negativos para la salud.
- La evidencia empírica destaca también que son un instrumento poco útil para estabilizar el crecimiento del gasto farmacéutico a medio y largo plazo.
- Los co-pagos diferenciales para diversos grupos de medicamentos (medicamentos excluidos) sí son efectivos para desplazar el consumo hacia los medicamentos con una mejor relación coste-efectividad.



TEMA 23.

4. PROPUESTAS DE REFORMA.

- ***Los cuasi-mercados en sanidad.***

- El origen de la propuesta está en introducir un modelo de competencia interna (Enthoven, 1985), que trata de reproducir mecanismos de mercado, haciendo que las compañías de seguros compitan entre sí para atraer “clientes” y los centros médicos entre sí para ser contratados por las compañías de seguros y ser demandados por los pacientes.
- La competencia interna se apoya en tres principios:
 - Separar las áreas de financiación, provisión y producción pública; y descentralizar la provisión y la gestión de las unidades productivas (hospitales, centros de salud, etc.).
 - Permitir la competencia entre unidades públicas y privadas.
 - Dar libertad de elección al usuario.



TEMA 23.

4. PROPUESTAS DE REFORMA.

- ***Los cuasi-mercados en sanidad (2).***

- En los cuasi-mercados, el Estado mantiene la función de financiamiento, pero en la provisión las entidades públicas se transforman en instituciones sin fines de lucro u organizaciones públicas semi-independientes y hay participación privada en la prestación (LeGrand, 1999). Por su parte, en el caso de sistemas de salud basados en seguros, se promueve la competencia entre aseguradores (Bach, 1999).
- En términos de la combinación público privada, se justifican de manera diferente según el tipo de sistema sanitario.
 - Cuando el prestador sigue siendo público, la separación de funciones y la simulación de precios de mercado mediante precios negociados o administrados tiene como objetivo introducir competencia en el ámbito público, en aras de mejorar su eficiencia y calidad.
 - Cuando los prestadores son privados, los precios administrados substituyen a los precios libres del mercado, en virtud de la imposibilidad de que el mercado produzca, de manera espontánea, un bien público que el Estado demanda.



TEMA 23.

4. PROPUESTAS DE REFORMA.

- ***Los cuasi-mercados en sanidad (3).***
 - Son mercados, en tanto se promueve una competencia de proveedores que sustituya a la provisión (monopolista) estatal de servicios, pero que difieren de los convencionales en aspectos esenciales.
 - Diferencias con los mercados privados.
 - Por el lado de la oferta, ésta puede comprender una variedad de formas de propiedad - estatal, municipal, *trusts*, consorcios y organizaciones sin fines de lucro - que pueden estar sometidas a diversas reglas de financiación; de ahí que no todos los proveedores busquen necesariamente maximizar el beneficio (Bartlett y LeGrand, 1993).



TEMA 23.

4. PROPUESTAS DE REFORMA.

- ***Los cuasi-mercados en sanidad (4).***
 - Diferencias con los mercados privados.
 - Por el lado de la demanda, el poder comprador no se expresa en términos monetarios por parte de los consumidores finales, sino mediante un presupuesto que ha sido pactado con el ente comprador estatal. Los consumidores están representados por agentes, es decir, sus decisiones de compra usualmente están delegadas en una entidad compradora, cuyo carácter está determinado por la organización del cuasi-mercado y por las reglas del juego del aseguramiento. Los precios no son precios libres de mercado, ya que no están formados por la interacción de la oferta con la demanda mediante recursos pagados por los usuarios directos: son precios negociados o administrados en el marco de un presupuesto fijado por el Estado.



TEMA 23.

4. PROPUESTAS DE REFORMA.

- ***Los cuasi-mercados en sanidad (y 5).***

- Los elementos de competencia pueden introducirse en diferentes planos: sea al modificar la combinación público-privada en la provisión de servicios, ampliando la participación privada; o al cambiar el estatuto de las instituciones públicas prestadoras, atribuyéndoles mayor autonomía en el uso de recursos en un ambiente competitivo regido por el marco regulador de un contrato, o al posibilitar que éstas se acojan al derecho privado. Diversos mecanismos pueden promover la competencia dentro del sistema, tales como la libre elección en el sistema de referencia o de los profesionales, o la competencia por presupuestos entre hospitales.
- Se establece un modelo de financiación para comprar y proveer servicios, mediante un contrato que establece la cantidad y tipo de actividades a realizar, y que especifica objetivos, responsabilidades e incentivos: el compromiso de gestión. Se trata de vincular el financiamiento con su productividad y con la cobertura de la población, mediante mecanismos de pago prospectivos y de asignar recursos con base en el rendimiento y el cumplimiento de metas.



TEMA 23.

4. PROPUESTAS DE REFORMA.

- ***Las privatizaciones.***

- Se plantean en España tras la descentralización de la sanidad, al dejar en manos privadas la propiedad y gestión de los hospitales (los nuevos) e incluso de la atención primaria.
- Los antecedentes legales son:
 - La Ley 30/1994, de “Fundaciones e incentivos fiscales a la participación privada en actividades de interés general”, desarrollada por el Real Decreto-Ley 10/1996;
 - La Ley 15/1997 sobre "Habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud"; la Ley 50/1998, “de medidas fiscales, administrativas y de orden social”; y
 - El Real Decreto 29/2000, sobre nuevas formas de gestión del Instituto Nacional de Salud”.



TEMA 23.

4. PROPUESTAS DE REFORMA.

- ***Las privatizaciones (2).***

- En España los modelos de gestión privada se pueden dividir fundamentalmente en dos grupos: de gestión privada y de financiación privada.
 - El primer sistema, que algunos no consideran realmente privatizador, supone cambiar la fórmula de gestión de los centros sanitarios públicos de toda la vida para permitir en cierta parte la gestión laboral. Es el caso de algunos hospitales de Andalucía -Hospital de Marbella u Hospital de Costa del Sol-, entes de derecho público que cuentan con personal laboral y no estatutario, y que disponen de otros servicios externalizados, como la tesorería.
 - También pertenecen a este primer modelo las fundaciones sanitarias que gestionan algunos hospitales en Asturias, La Rioja o Baleares. Una fórmula jurídica pública que se rige por la ley de fundaciones. "Son fórmulas jurídicas de lo que se llama huida al derecho privado. Se adopta para flexibilizar la gestión, más rígida en una entidad pública. Así, esta fórmula permite a la fundación que administra el centro hacer cosas con más autonomía, como comprar bienes o servicios" (J. J. Martín, *El País*, 26-11-2009).



TEMA 23.

4. PROPUESTAS DE REFORMA.

- ***Las privatizaciones (3).***

- Existe otra fórmula dentro de este primer modelo. Es el de los consorcios, uno de los esquemas más antiguos, con larga tradición en Cataluña. Un esquema mixto, en el que el consorcio es de carácter público pero sus trabajadores pueden no ser funcionarios.
- Estas tres fórmulas, basadas en figuras públicas, no suponen la privatización de la sanidad, sino "cambiar la fórmula de administración para permitir la gestión laboral", pues se mantiene la gestión directa por el Estado.
- Pero algunas Comunidades Autónomas, tras asumir las competencias sanitarias, han previsto nuevas formas de gestión indirecta (privatización funcional), entre los que destacan los *convenios de vinculación*, por los que se otorga una concesión para construir y explotar un hospital público. Es el caso de la Comunidad Valenciana y de la Comunidad de Madrid.



TEMA 23.

4. PROPUESTAS DE REFORMA.

- ***Las privatizaciones (y 4).***

- La jurisprudencia española ha sentado que es legal la gestión indirecta de la sanidad, siendo una decisión política de los gobiernos, pero surgen dos dudas:
 - ¿Es admisible que la asistencia sanitaria sea prestada mayoritariamente por establecimientos privados, sin entrar en contradicción con el artículo 45 de la C. E. de 1978?
 - ¿Cómo se puede hacer compatible la realización de un derecho fundamental, cueste lo que cueste, con la obtención de un beneficio privado?
- Costa Rica versus Chile (Gaceta Sanitaria, v16-n1-2002).
 - En Costa Rica, un modelo selectivo, limitado y concebido de forma autóctona, que ha mantenido la financiación central pública de todos los servicios de salud y todas las compañías de seguros de salud son monopolio del Estado.
 - En Chile compañías privadas de seguros y de organizaciones de mantenimiento de la salud para los más ricos y de servicios públicos descentralizados para las clases más pobres



TEMA 23.

4. PROPUESTAS DE REFORMA.

- ***Otras medidas.***

- Establecer un sistema de evaluación y gestión sanitaria que controle los costes, las prácticas médicas y los resultados, buscando la calidad integral.
- Controlar el gasto farmacéutico. Utilización de genéricos a partir de 1997 (ahorro entre el 25 y 50%), pero en 2008 representaban sólo el 14,4% en unidades y el 6,5% en valor, sólo por debajo de Italia. Para una media de 16 países europeos las cifras eran en 2008 del 48.7% en volumen y del 39.8% en valor.
- Reducir las prestaciones.



TEMA 23.

4. PROPUESTAS DE REFORMA.

PRINCIPALES PROBLEMAS TÉCNICOS DE LAS REFORMAS.

- ***¿Cómo se mide y paga la producción?***
 - Por habitante, “per cápita.”
 - Por tipo de paciente (ACG’s).
 - Por procesos (GDR’s, AVG’s).
 - Por acto.
- ***¿Podemos realmente evaluar la calidad?***
 - ¿Resultados en salud?
 - Satisfacción de los ciudadanos.
 - Calidad técnica.
- ***¿Podemos realmente controlar los conflictos de intereses que pueden repercutir en la calidad?***
 - Inequidad en el acceso.