



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Máster

ORGANIZACIÓN INSTITUCIONAL DEL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL: UN ANÁLISIS COMPARADO Y PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN

Autor/es

Cristina Guarga Casero

Director/es

Vicente Salas Fumas

Facultad de Economía y Empresa

Año 2014

1	INTRODUCCIÓN	3
2	EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL	6
2.1	ANTECEDENTES	6
2.2	HISTORIA RECENTE	9
2.2.1	Financiación territorial	11
2.2.2	Gasto sanitario público	12
2.2.3	Cobertura poblacional	13
2.2.4	Aportaciones del usuario	16
2.2.5	Concertaciones, Mutualidades y Concesiones Administrativas	19
2.3	RESULTADOS DE LA HISTORIA RECENTE	24
2.3.1	Financiación territorial	24
2.3.2	Gasto sanitario público	25
2.3.3	Cobertura poblacional	27
2.3.4	Aportaciones del usuario	34
2.3.5	Concertaciones, Mutualidades y Concesiones Administrativas	37
3	SISTEMAS SANITARIOS COMPARADOS	40
3.1	ALEMANIA	43
3.2	FRANCIA	46
3.3	ITALIA	48
3.4	REINO UNIDO	51
3.5	HOLANDA	54
3.6	ESPAÑA	58
3.7	RESULTADO DE LA COMPARATIVA	60
4	PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN	64
	BIBLIOGRAFIA CITADA	74
	BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	78

1 INTRODUCCIÓN

La salud es un bien básico. El acceso a los servicios sanitarios para el conjunto de los ciudadanos está reconocido como uno de los indicadores más importantes de bienestar social. Así lo reconocen, por ejemplo, las diversas declaraciones en defensa de los Derechos Fundamentales de las Personas, a mediados del siglo pasado cuando en todas ellas se recoge el derecho a la salud como un derecho fundamental de las personas que los estados deben proteger y en lo posible asegurar.

En la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1950 el derecho a la salud está reconocido y desarrollado en su Artículo 25 cuando dice: “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios.”

Por su parte, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966, en su Artículo 12, establece el siguiente mandato para los estados firmantes: “Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”.

En la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (www.who.org) se establece explícitamente que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.”

En esta línea, el derecho a la salud aparece como un derecho básico y universal en las constituciones de prácticamente todos los estados nacionales. Ya en nuestra Constitución de 1978 se desarrolla la salud como uno de los derechos fundamentales, sobre el cual se desarrolla posteriormente la Ley General de la Sanidad (1986. LGS).

La relevancia de la salud para el bienestar humano y el reconocimiento colectivo desde cualquier punto de vista e iniciativa institucional de que la salud es un bien básico, debe hacerse compatible con la satisfacción de múltiples necesidades que, aunque con distinto

grado de prioridad, también inciden en el bienestar humano. La demanda de salud es insaciable en la medida en que el estado de plena salud está, hoy por hoy, fuera del alcance del saber humano. Además, los costes necesarios para conseguir avances técnicos y mejoras terapéuticas en cualquier ámbito sanitario crecen de forma exponencial. Es por ello que las aspiraciones y deseos en materia de salud que aparecen en las declaraciones de derechos fundamentales y en las constituciones nacionales, deben hacerse compatibles con las restricciones económicas y financieras bajo las cuales se prestan los servicios sanitarios en cualquier país del mundo. En España, por ejemplo, en 1990, doce años después de redactarse la Constitución de 1978, el llamado Informe Abril Martorell ya advierte de los riesgos de sostenibilidad financiera que afectan al Sistema Sanitario Español (SSE), llegándose a afirmar que el joven y aún por desarrollar SSE, estaba agotado.

La importancia social del objetivo, proporcionar unos altos niveles de salud de forma universal, junto con los elevados costes a que se enfrenta la provisión de servicios sanitarios por razones técnicas difíciles de superar (costosa investigación y desarrollo de medicamentos, costosos equipos tecnológicos de tratamiento, inversión en capital humano cualificado,...), explican que buena parte de las iniciativas de avance en la productividad de la prestación de servicios sanitarios, se hayan orientado hacia la innovación organizativa e institucional. Es bien sabido desde hace tiempo que el libre mercado no es la forma organizativa más adecuada para regular la oferta y la demanda de servicios sanitarios y por ello es necesario aplicar soluciones organizativas distintas que respondan a las peculiaridades del producto o servicio que se presta. Cuestiones como si la prestación de servicios sanitarios debe estar dentro de la misma institución que los financia o, por el contrario, prestación y financiación deben estar en instituciones separadas; cómo contratar con los fabricantes de productos farmacéuticos por parte de los compradores públicos nacionales; el grado de integración vertical a lo largo de la cadena de suministro; copago sanitario; formas de racionamiento..., están en el centro del debate académico, político y social alrededor de la organización del sistema sanitario en cualquier lugar del mundo.

En España, el modelo o sistema actual está basado en un modelo integrado en el que la financiación, compra y provisión de la asistencia sanitaria son esencialmente públicas. Dentro de este marco general, la estrategia desarrollada en el SNS español ha sido, precisamente, descentralizar la producción para favorecer la competencia entre los

proveedores, que asumen riesgos en su gestión. Esta separación de funciones supone un intento de disminuir la fuerte integración vertical existente, y se ha concretado en tres procesos paralelos:

- La introducción de contratos programa y contratos de gestión, tanto en el antiguo INSALUD como en los Servicios Regionales de Salud (SRS), unido al desarrollo al menos formal de la gestión clínica y la gestión de procesos.
- La personificación jurídica de hospitales y centros sanitarios mediante distintas fórmulas, fundamentalmente entes públicos, fundaciones públicas y consorcios.
- El desarrollo de formas innovadoras de contratación externa o gestión indirecta con proveedores privados (lucrativos y no lucrativos) como son la contratación con entidades de base asociativa, como en Cataluña, o a las experiencias de concesión administrativa en la Comunidad Valenciana.

La tesina de Master tiene por objeto explorar y sentar las bases del estudio sobre el diseño organizativo para la prestación de servicios sanitarios bajo el marco teórico que proporciona la Economía de las Organizaciones. Con este objetivo, el contenido de la tesina se estructura en tres apartados principales. En el primero se hace una breve recopilación histórica de las actuaciones organizativas más importantes puestas en marcha en España dentro del ámbito de la prestación de servicios sanitarios, con referencia también a los resultados conseguidos. El segundo apartado está dedicado a la revisión, también sintética, de los elementos organizativos más importantes que caracterizan los sistemas sanitarios en una muestra de países de la OCDE, con el fin de tener algunos elementos de comparación para el caso español. Finalmente, el tercer apartado adelanta las principales piezas del marco teórico sobre el que se elaboraría una investigación posterior sobre diseños organizativos de posible aplicación futura en nuestro país. En paralelismo con los ámbitos de actuación en aspectos de diseño organizativo propios de la Economía de las Organizaciones, las áreas de diseño organizativo en las que es posible actuar en aras a la eficiencia y la reducción en los costes de transacción, principalmente, son: Propiedad, Gobierno, Contratos y Organización.

En resumen, la tesina propone una línea de avance en el conocimiento sobre el diseño organizativo e institucional para reducir costes de transacción en el ámbito de la prestación de servicios sanitarios, alrededor de los progresos realizados por la investigación

académica en la disciplina Economía de las Organizaciones. La relevancia del tema está demostrada por la importancia de la salud para el bienestar, y el valor social de cualquier avance en la mejora de la eficiencia que permita prestar más servicios con los mismos recursos empleados. Las posibilidades de encontrar soluciones novedosas y eficaces a los problemas organizativos que presenta el sector de prestación de servicios de salud, está fundamentada en que los mercados y el sistema de precios que lo caracteriza está afectado por fallos tan graves que es absolutamente necesario buscar soluciones de no mercado como las que proporciona la Economía de las Organizaciones.

2 EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL

2.1 ANTECEDENTES

El sistema sanitario español actual o, también llamado, Sistema Nacional de Salud (SNS), es el resultado de una larga evolución histórica que se inició a mediados del S. XIII con la promulgación del Fuero Real por parte de Alfonso X. Este fuero reconoce la figura del *físico* en una población, recibiendo título como tal.

El SNS tiene sus orígenes en los gremios medievales, donde las familias contrataban los servicios de un médico al que retribuían por el ejercicio de su actividad. A finales del S. XIX y principios del S. XX se desarrollaron pequeñas mutuas o *cajas de enfermedades* que se mantenían por las contribuciones (en forma de cuotas mensuales) de empresarios y trabajadores.

En 1908 se constituye el Instituto Nacional de Previsión (Alfonso XII) que fue gestor de seguros sociales y el organismo de mayor entidad y más larga vida (1908-1978). En un principio, el SNS se organiza en base a un Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) y se crea una red amplia de hospitales y centros asistenciales unificada por el Instituto Nacional de Previsión (INP).

El primer seguro social obligatorio se denomina *Retiro Obrero* (1919), el seguro de Maternidad se implanta en 1929, el seguro de Accidente de Trabajo en 1900 se proclamó obligatorio. La Guerra Civil paró el progreso de nuestro Sistema Sanitario.

Una vez terminada la guerra, el gobierno estableció el SOE centrado en la curación de trabajadores, sin tener en cuenta la medicina preventiva y la sanidad ambiental. Los médicos cobraban por cupo de familias adscritas. Las familias tenían cartillas en las que los beneficiarios eran el trabajador y su familia. Paralelamente, en el medio rural, surgen los médicos titulares que eran funcionarios de carrera del Cuerpo Nacional de Médicos Titulares (con bajos sueldos oficiales). Los especialistas son como funcionarios, médicos estatutarios.

La Ley de Seguridad Social de 1966 constituyó la puesta en práctica del Sistema. Este texto sufriría cambios y modificaciones hasta llegar a refundarse en la Ley General de Seguridad Social de 1974. Esta ley perduró 20 años, pero en 1994, fue modificada por la ley que sigue vigente.

En 1978 se aprobó un Real Decreto sobre gestión institucional de la Seguridad Social, la Salud y el Empleo que pondría fin al Mutualismo Laboral y al INP. Con el tiempo se crearon las entidades gestoras (INSS, IMSERSO, INSALUD), el Instituto Nacional de Empleo (INEM) y la Tesorería General de la Seguridad Social.

Los antiguos consultorios de finales de los 70 han dado paso a los centros de salud con actividad colegiada, formación médica continuada y jornada laboral completa. Hasta 1977, con el primer gobierno democrático de Adolfo Suárez (UCD) no se creó el primer Ministerio de Sanidad. En 1986 se universaliza la asistencia y el Sistema de Seguridad Social se transforma en un SNS. Ese mismo año se empiezan a transferir competencias a las comunidades autónomas (CC.AA.)

El INP desaparece y se transforma en el INSALUD que gestiona y administra la red de servicios públicos de 10 comunidades autónomas. El INSS gestiona las prestaciones económicas de jubilación, incapacidad, maternidad y gestiona las mutualidades de funcionarios (MUFACE, ISFAS, MUGEJU).

En 1986 se promulga la Ley General de Sanidad (LGS) que establece un sistema sanitario en dos niveles de actuación: la asistencia primaria (ambulatorios, centros de salud) y la asistencia especializada (hospitales).

Debido a los problemas existentes en la sanidad española, surgieron las primeras propuestas gerencialistas descritas en el Informe Abril Martorell (1990). Este informe aboga, entre otros, por la separación de las funciones de financiación, compra y provisión de servicios y configura los centros sanitarios como empresas públicas regidas por el derecho privado y fuera del ámbito del derecho administrativo. Merece específicamente citar el siguiente párrafo:

“Crecientes tensiones económicas derivadas del imparable aumento de los gastos sanitarios, profundas mutaciones demográficas, nuevas actitudes sociales y la presión incesante del acelerado progreso técnico-médico demandan en todo el mundo la revisión y transformación de los actuales sistemas de asistencia sanitaria. Ninguno, cualesquiera que sea su estructura, su financiación su ámbito y sus características, es capaz de resistir las sacudidas producidas por este torrente de tendencias”. (Informe Abril Martorell.1990)

El informe Abril tenía como objetivo sentar las bases del nuevo Sistema de Salud español:

- Promover mecanismos que incorporen el mayor grado de responsabilidad a los gestores del sistema, para alcanzar mayor eficiencia en el uso de los recursos humanos y materiales dentro de un marco de autonomía responsable.
- Crear bases para que el Sistema pueda funcionar con mayor satisfacción subjetiva de los usuarios de los servicios y pueda posibilitar mayor libertad de elección.
- Promover una conciencia de coste para disminuir el diferencial entre las aspiraciones de la población y las posibilidades económicas.
- Suscitar la creación de estructuras que sean capaces de ajustarse flexible y autónomamente en su gasto a las autorizaciones presupuestarias.
- Obtener el mayor grado de participación activa, vinculación al proyecto y motivación del personal sanitario.

En 1997, se aprobó el informe para la Consolidación y Modernización del SNS cuyo objetivo era impulsar la autonomía en la gestión sanitaria, potenciar la separación de funciones y gestionar la red de asistencia sanitaria.

Con el paso del tiempo, cada comunidad autónoma realiza su planificación, administración y gestión de sus servicios sanitarios conforme a la ordenación territorial y siguiendo las directrices marcadas por la LGS.

El organismo gestor máximo en materia sanitaria de las comunidades autónomas es la Consejería de Sanidad que confecciona el Servicio de Salud, integrado por centros ambulatorios, y hospitalares que proporcionan servicios a la comunidad.

Para finalizar esta breve introducción a nuestros antecedentes, podemos resumir que la española ha sufrido muchos cambios a lo largo de la historia y se han llevado a cabo diversas medidas políticas, jurídicas y organizativas que han dado lugar a 3 etapas evolutivas:

- 1900-1962: la etapa precursora del sistema actual.
- 1963-1972: etapa de cristalización
- 1972-actualidad: reordenación y racionalización de la acción protectora

2.2 HISTORIA RECENTE

Dentro del ámbito público

El proceso de crecimiento del gasto sanitario público experimentado en España en la primera década del nuevo siglo ha sido tan intenso que algún autor lo ha calificado incluso de “burbuja sanitaria” (Puig-Junoy, 2011). De acuerdo con la Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP) elaborada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI), mientras que en el septenio de 1995 a 2002, el gasto sanitario público se mantuvo estabilizado en torno al 5,3% del producto interior bruto (PIB), a partir de ese

último año se distancia con rapidez de dicho nivel y alcanza su cémit en 2009, con el 6,7% del PIB.

La tendencia anterior se trunca en 2010, cuando la tasa de variación real del gasto sanitario público llega a ser negativa, reflejo de los ajustes presupuestarios promovidos como respuesta a la situación de crisis económica que atraviesa España desde 2008. El resultado de esos ajustes es una disminución del peso del gasto sanitario público sobre el PIB, que retrocede en 2011 hasta el 6,4%, según datos provisionales de la EGSP para estos dos últimos años.

El significativo avance descrito por el gasto sanitario público hasta 2009 fue posible gracias al incremento experimentado por las bases tributarias autonómicas, muy influidas por la actividad inmobiliaria. Según el Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas, los ingresos liquidados en los presupuestos autonómicos crecieron a un ritmo anual medio del 10% entre 2002 y 2007, lo cual posibilitó que la razón entre el total de recursos autonómicos y el gasto sanitario público no aumentara y permaneciera por debajo del umbral del 35%.

El hundimiento de las fuentes impositivas derivado del pinchazo de la burbuja inmobiliaria produjo un retroceso superior al 13% en los derechos presupuestarios liquidados entre 2007 y 2011, lo cual ha catapultado el porcentaje de gasto sanitario público autonómico sobre el total de ingresos liquidados hasta el 45,3%. Es decir, un incremento de casi 11 puntos porcentuales.

El súbito desequilibrio entre las necesidades de gasto sanitario y la capacidad de las arcas autonómicas para financiarlo ha desencadenado un apremiante problema (coyuntural) de falta de liquidez, pero también ha llevado al primer plano un posible problema (estructural) de falta de sostenibilidad, esto es, de incapacidad para financiar a largo plazo el Sistema Nacional de Salud (SNS) a menos que se emprendan ciertas reformas.

A estos dos problemas se une la incógnita sobre la solvencia del SNS, es decir, sobre su capacidad para responder satisfactoriamente ahora en el momento presente y en los años

venideros a cambios demográficos, tecnológicos, profesionales y, en suma, sociales. La denominaremos “caja sanitaria” (Busse et al. 2007):

- la cobertura poblacional (quién tiene derecho a los servicios sanitarios públicos)
- la cobertura de prestaciones (qué servicios se financian y qué criterios se emplean para tomar dicha decisión)
- la cobertura del gasto (cuánto aportan los usuarios).

2.2.1 Financiación territorial

El sistema de financiación de las CC. AA. de Régimen Común aprobado en 2009 implicó importantes cambios tanto en lo que atañe al grado de autonomía financiera atribuido a las CC. AA., como por lo que respecta a los criterios de equidad presentes en los mecanismos de financiación (Acuerdo 6/2009, de 15 de julio; Herrero et al. 2010). En relación con la primera cuestión, el nuevo sistema amplía el alcance de la cesión tributaria en términos cuantitativos, elevando el porcentaje de cesión del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF) hasta el 50%, e incrementando las participaciones territoriales en la recaudación por IVA e impuestos especiales de fabricación hasta el 50% y el 58%, respectivamente (en el modelo de financiación autonómico de 2001 los porcentajes de cesión de los mencionados tributos eran del 33%, 35% y 40%, respectivamente). En términos cualitativos, esto es, de capacidad normativa de las CC. AA. para gestionar los tributos, los avances en el ámbito de la autonomía financiera son menores y se limitan casi exclusivamente al IRPF.

En cuanto a la equidad, el nuevo sistema introduce un sistema de nivelación limitada, *Fondo de nivelación*, de los servicios públicos fundamentales (entre los que se incluye la sanidad, junto con la educación y los servicios sociales), que pretende garantizar que todas las CC. AA. reciban idénticos recursos por unidad de necesidad en lo que a tales servicios básicos se refiere. Este sistema de nivelación se concreta en el instrumento denominado *Fondo de Garantía de Servicios Públicos Fundamentales*, que se articula como un fondo redistributivo (de suma cero) dotado con el 75% de la capacidad tributaria de las comunidades más una aportación adicional del Estado (algo más de 5.000 millones de euros en 2009), que representa en conjunto el 80% de los recursos totales del sistema.

Este fondo se distribuye entre las comunidades en función de la “población ajustada relativa”, una unidad de necesidad que resulta de aplicar un conjunto de ponderaciones a una serie de variables relacionadas con las necesidades de gasto de las comunidades. Las variables y ponderaciones que sirven para el cálculo de la población ajustada relativa son las siguientes: población (30%), superficie (1,8%), dispersión (0,6%), insularidad (0,6%), población protegida equivalente (38%), población mayor de 65 años (8,5%) y población entre 0 y 16 años (20,5%).

El resto de recursos del sistema lo completan, de un lado, el *Fondo de Suficiencia Global*, mecanismo de cierre del modelo en el año inicial, pues asegura a cada comunidad el mantenimiento del *statu quo*, es decir, del nivel de financiación que le habría correspondido en 2009 con arreglo al anterior sistema de financiación. La financiación a percibir por las CC. AA. del Fondo de Suficiencia Global —más el 25% de los ingresos tributarios que las mismas retienen tras la aportación al Fondo de Garantía de Servicios Públicos Fundamentales— supone aproximadamente un 16,5% de los recursos totales del sistema de financiación.

Junto al fondo de nivelación y al de suficiencia, operan dos fondos de convergencia: el *Fondo de Competitividad*, orientado a mejorar la equidad horizontal (igualación de la financiación per cápita) y el *Fondo de Cooperación*, dirigido a la consecución del objetivo de equidad vertical (reequilibrio territorial o convergencia regional). El primero de estos instrumentos aporta recursos adicionales a comunidades cuya financiación per cápita sea inferior a la media (o inferior a su capacidad tributaria per cápita). El segundo se distribuye entre comunidades con un PIB por habitante inferior al 90% del PIB per cápita medio o con baja densidad de población. Ambos fondos se financian con recursos adicionales de la Administración General del Estado y suponen en torno al 3,5% de los recursos totales del sistema.

2.2.2 Gasto sanitario público

Tal como señala López Casasnovas (2010), el gasto sanitario público y privado en España es aproximadamente el que le corresponde, según nivel de renta per cápita y tipo de

sistema sanitario (SNS). Dicho gasto, de acuerdo con la base de datos sobre salud de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), pasó de representar un 7,2% del PIB en 2002 a situarse en el 9,6% sobre el PIB en 2009, lo cual es reflejo de un crecimiento real del gasto sanitario superior al del promedio de la OCDE.

Ese nivel se mantuvo en 2010, para solo retroceder en 2011, producto de la gran caída del gasto sanitario experimentada en ese último año (casi un 3% en términos reales) como consecuencia de los ajustes presupuestarios abordados, lo que colocó el índice relativo de gasto sanitario en el 9,3%, guarismo idéntico al de la media de la OCDE.

En términos capitativos, en estos momentos, el gasto español se encuentra por debajo de la media de la OCDE, con un valor ligeramente superior a los 3.000 dólares de paridad de poder de compra por habitante, muy distanciado de los valores acreditados por los países más desarrollados de la muestra (Abellán et al. 2013).

2.2.3 Cobertura poblacional

Cobertura poblacional

El modelo de SNS presta asistencia sanitaria a todos los ciudadanos por el mero hecho de serlo, con independencia de su relación con el mercado de trabajo, y se financia con ingresos generales (impuestos) aunque tampoco excluye la aportación directa por parte de los usuarios.

La asistencia sanitaria en España se concibió como una prestación contributiva del sistema de Seguridad Social (Ley de 14 de diciembre de 1942, Fundacional del Seguro Obligatorio de Enfermedad). La conceptualización del derecho a la asistencia sanitaria como privativo de los trabajadores cotizantes, los pensionistas y sus beneficiarios pervivió prácticamente inalterado hasta la promulgación, el 25 de abril de 1986, de la Ley 14/1986 General de Sanidad (LGS), norma con la que se inicia la transición desde el modelo descrito de SSO hacia uno de SNS caracterizado por tres rasgos fundamentales:

- La universalización de la asistencia sanitaria

- La sustitución de las cotizaciones como fuente de financiación de las prestaciones sanitarias por impuestos generales
- La descentralización de la prestación de los servicios sanitarios a través del traspaso de competencias a las CC. AA.

Tres ejemplos destacados de la evolución normativa encaminada a consolidar el carácter universal del SNS español lo constituyen la *Ley Orgánica 4/2000*, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, la *Ley 16/2003*, de Cohesión y Calidad del SNS, que reconoció como titulares del derecho a la atención sanitaria “en las mismas condiciones que los españoles” a los extranjeros que se encontraran en España inscritos en el padrón municipal de habitantes, y la *Ley 33/2011*, General de Salud Pública, cuya disposición adicional sexta “extiende el derecho a la asistencia sanitaria pública a todos los españoles residentes en territorio nacional, a los que no pudiera serles reconocido en aplicación de otras normas del ordenamiento jurídico”.

Esta marcada vocación universal del SNS fue compatible, no obstante, y pese a la posición doctrinal mayoritariamente opuesta (Beltrán, 2002), con el mantenimiento de la prestación sanitaria dentro de la acción protectora del Sistema de Seguridad Social, si bien configurada como una prestación no contributiva, toda vez que desde 1999 la asistencia sanitaria pasó a estar financiada en su totalidad mediante ingresos generales y no mediante cotizaciones sociales.

Cartera de Servicios comunes

El RDL 16/2012 segmenta la Cartera de Servicios Comunes (CCS) del SNS en tres: básica, suplementaria y de servicios accesorios. La clasificación en tres carteras está concebida con el fin de establecer el grado de financiación pública de las diferentes prestaciones, antes que propiamente el grado de necesidad o eficacia de la atención. Así, la *cartera común básica*, comprende todas las actividades asistenciales de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se realicen en centros sanitarios o sociosanitarios, así como el transporte sanitario urgente, cubiertas de forma completa por la financiación pública. La *cartera común suplementaria*, por su parte, incluye todas aquellas prestaciones cuya provisión se realiza mediante dispensación ambulatoria y están sujetas a aportación

del usuario. En concreto, esta cartera incluye la prestación farmacéutica, la prestación ortoprotésica, la prestación con productos dietéticos y el transporte sanitario no urgente. Finalmente, la *cartera común de servicios accesorios* incluye todas aquellas actividades, servicios o técnicas, sin carácter de prestación, que no se consideran esenciales, estando sujetas a aportación o reembolso por parte del usuario.

Estrategias de reinversión

En varios países se está avanzando en el desarrollo de *estrategias complejas de reinversión* (Campillo-Artero y Bernal-Delgado 2013), entendiendo por este último término el desplazamiento de la inversión en tecnologías sanitarias de bajo valor clínico y económico (baja efectividad clínica o desfavorable relación coste-efectividad) hacia aquellas otras de coste-efectividad comparadas, no simplemente “desfinanciar” los servicios que no aportan valor.

Financiación de la prestación farmacéutica y nuevas tecnologías

- *Regulación de precios en la prestación farmacéutica*, el RDL 16/2012 consolida los criterios generales para la financiación pública de los medicamentos que ya introdujo el RDL 9/2011.

Varios países (Navarro, 2012) ligan las decisiones de financiación y fijación de precio de los medicamentos adoptando (con matices y algunas diferencias) lo que teóricamente puede calificarse como un sistema de precio basado en el valor (value-based pricing). De acuerdo con este enfoque, el precio basado en el valor sería el precio para el cual una tecnología sanitaria es coste-efectiva (Claxton 2007; Sussex et al. 2011).

- *Acuerdos de riesgo compartido* (ARC) pueden ser una herramienta de gran utilidad cuando se diseñan de una manera correcta y en las condiciones adecuadas (Espín et al. 2010). El objetivo fundamental perseguido por los ARC es la reducción de la incertidumbre que rodea la adquisición de nuevas tecnologías sanitarias, buscando un acuerdo en materia de financiación y de condiciones de uso de las mismas, que al margen de este tipo de acuerdos no tendrían facilidades de acceso al mercado. El ARC vincula el

precio y reembolso de una potencial innovación sanitaria a una serie de variables de objetivos y resultados.

Dentro de los ARC, pueden ensayarse diversas fórmulas de reembolso condicionado (Carlson et al. 2010), esto es, de acuerdos de financiación temporales que serán objeto de revisión sobre la base de la consecución de unos determinados objetivos, ya sea en términos de efectividad, eficiencia o impacto presupuestario, fijados con antelación. Dos de estas fórmulas de *reembolso condicionado* particularmente interesantes son los *acuerdos de cobertura condicionada* y los *acuerdos de garantía de resultados* (Abellán et al. 2012). En el primer caso la financiación está condicionada a la obtención de evidencia favorable a la efectividad del medicamento en el marco de la última fase de investigación de una innovación, mientras que en el segundo, el fabricante realiza devoluciones o ajustes de precio si su producto no satisface los resultados en salud pactados.

- *Sistema de precios de referencia*, lo cierto es que las sucesivas reformas abordadas desde 1997 en España han tenido el doble efecto de, por un lado, construir un entramado de precios diversos (precios de referencia, precios menores o más bajos, además ahora de los seleccionados) cada vez más complejo y menos comprensible, lo cual ha frustrado cualquier expectativa de disponer de un marco regulador razonablemente estable y predecible.
- *Informes de Posicionamiento Terapéutico*, acuerdo tomado en el seno del Consejo Interterritorial del SNS cuya finalidad declarada es servir como una de las bases para la financiación selectiva y la fijación de precios de los medicamentos en relación con la propuesta de colaboración de los mismos.

2.2.4 Aportaciones del usuario

- El *Copago* persigue corregir la ineficiencia derivada de la tenencia del seguro, conocida como riesgo o abuso moral (Pauly 1968; Zeckhauser 1970). En la medida en que el paciente afronta un precio cero en el momento de acceder a los servicios, y el médico no soporta los costes de los tratamientos que prescribe, existen incentivos a que se produzca un consumo excesivo de asistencia sanitaria, y todo el riesgo financiero de que esto ocurra

se traslada al asegurador. Con el copago se pretende evitar dicho consumo “excesivo”, entendido no tanto como consumo superfluo o innecesario, esto es, consumo en tratamientos cuyo beneficio marginal (en términos de efectividad incremental) es nulo, sino más bien entendido como consumo en tratamientos cuyo coste marginal excede al beneficio marginal (González et al. 2010).

Es útil recordar que en el ámbito sanitario (cuestión aparte son los servicios sociales), desde 1966, año de su implantación en España, el copago se ha circunscrito al ámbito de los medicamentos dispensados mediante receta oficial en oficinas de farmacia (las únicas excepciones serían los copagos de suma fija previstos en el RD 1030/2006 para los casos de las ortesis y ortoprótesis¹). Desde 1980 hasta la entrada en vigor de la reforma introducida por el RD Ley 16/2012, en septiembre de 2012, el copago se fijó en el 40% del precio de venta al público del medicamento. Los pensionistas y enfermos crónicos, no estaban sujetos a estos porcentajes generales. Los jubilados gozaban de una exención total y soportaban tan solo el 10% del precio los pacientes crónicos (con un límite máximo de 2,64 euros).

El RD 16/2012 plantea un nuevo esquema de aportaciones de los beneficiarios en la “prestación farmacéutica ambulatoria”. Por tal prestación se entiende “la que se dispensa al paciente mediante receta médica u orden de dispensación hospitalaria a través de oficinas o servicios de farmacia”. Dicha prestación estará sujeta a un copago que se abonará en el momento de la dispensación del medicamento o producto sanitario. Habría que añadir las experiencias del ‘euro por receta’ acaecidas en Cataluña y en la comunidad de Madrid y suspendidas ambas cautelarmente por el Tribunal Constitucional desde enero de 2013 (Puig-Junoy et al. 2013) hasta mayo del 2014 en que ya se ha dictaminado en firme su inconstitucionalidad.

El nuevo esquema de copago distingue, como antes, entre pensionistas y no pensionistas, y establece límites máximos de desembolso mensual para los primeros. En ambos casos se asocian los porcentajes de copago con el nivel de renta (IRPF) y se fijan tres intervalos: menos de 18.000 euros anuales, entre esa cantidad y menos de 100.000 euros al año, y de

¹Apoyo u otro dispositivo externo (aparato) aplicado al cuerpo para modificar los aspectos funcionales o estructurales del sistema neuromusculoesquelético

esa suma en adelante. Las aportaciones previstas en el caso de las personas activas (40, 50 y 60% del PVP) no están limitadas. En el caso de los pensionistas y sus beneficiarios, se paga el 10% en los dos primeros tramos, ascendiendo al 60% para rentas iguales o superiores a 100.000 euros anuales. Cada tramo tiene fijado un límite máximo mensual de 8, 18 y 60 euros, respectivamente. Asimismo, se exime de copago a los perceptores de rentas de inserción y pensiones no contributivas, discapacitados, desempleados que hayan perdido el derecho a percibir el subsidio de paro, así como los tratamientos derivados de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.

Titular y sus beneficiarios

	APORTACION	TIPO DE USUARIO	RENTA ANUAL
Régimen General			
	10%	Pensionistas de la S.S.	< 100.000 €
	40%	Activos	< 18.000 €
	50%	Activos	>= 18.000 y <= 100.000 €
	60%	Activos y pensionistas	>= 100.000 €
Mutualidades Administrativas: MUFACE, ISFAS y MUGEJU			
	30%	Activos y pensionistas	

Exentos de aportación

- | | |
|-----------|---|
| 0% | - Síndrome Tóxico y personas con discapacidad según normativa
- Perceptores de rentas de integración social
- Perceptores de pensiones no contributivas
- Parados que hayan perdido el derecho a percibir subsidio de desempleo (mientras subsista esta situación)
- Tratamientos derivados de Accidentes de Trabajo y Enfermedad profesional |
|-----------|---|

Fuente: Ministerio Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Elaboración propia

En cuanto a los medicamentos de aportación reducida (para procesos crónicos), se mantiene el copago existente del 10%, con una aportación máxima para el 2012, expresada en euros, de 4,13 euros.

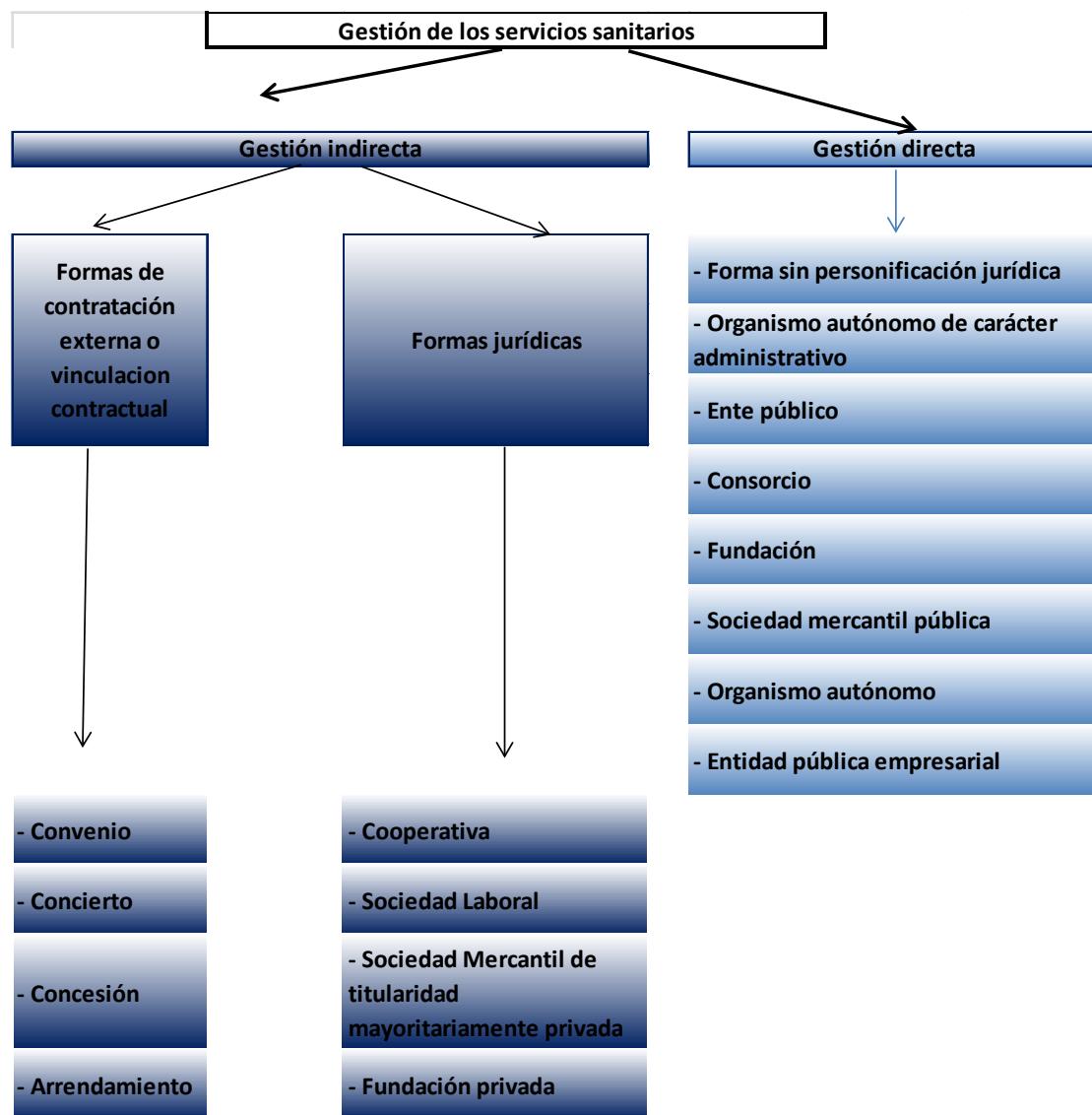
Finalmente, el resto de prestaciones que, junto con la prestación farmacéutica, integran la cartera común suplementaria del SNS (ortoprótesis, productos dietéticos y transporte sanitario no urgente), también estarán sujetas a aportación del usuario, y el porcentaje de dicha aportación se regirá “por las mismas normas que regulan la prestación farmacéutica, tomando como base de cálculo para ello el precio final del producto y sin que se aplique el

mismo límite de cuantía a esta aportación” (la única norma aprobada por el momento en relación con la regulación de las aportaciones de los usuarios del resto de prestaciones que integran la cartera común suplementaria es el RD 1506/2012).

Dentro del ámbito de colaboración público-privado

2.2.5 Concertaciones, Mutualidades y Concesiones Administrativas

Nos ubica mejor, para entender los diferentes ámbitos, establecer las diferentes fórmulas de gestión de los Servicios Sanitarios:



Fuente: Revista de administración Sanitario siglo XXI. Elaboración propia

La gestión directa implica la producción del servicio público directamente por la Administración pública, aunque sea con persona jurídica interpuesta. Por el contrario, la gestión indirecta se caracteriza porque la producción del servicio público es realizada por el sector privado (lucrativo o no), manteniendo la Administración pública la provisión del servicio público mediante alguno de los tipos de contratación externa establecidos en la LGS.

La mayor parte de los proveedores de servicios del SNS pertenecen al sector público y el modelo de gobierno predominante es el de gestión directa o similar. La principal herramienta de este modelo es el *contrato programa*.

También son gestión directa, los servicios prestados mediante entidades con personalidad jurídica propia distinta del servicio de salud regional: las fundaciones en Galicia o en menor medida en Madrid, o las empresas públicas en Andalucía o en menor medida en Cataluña. Estas fórmulas tienen como objetivo acogerse al derecho privado y contar con patrimonio propio (y posibilidad de endeudamiento y mayor autonomía de gestión), son por ejemplo la Sociedad Española de cardiología (SEC), la Sociedad Española de Cirugía Torácica Cardiovascular (SECTCV) y la Asociación Española de Enfermería en Cardiología (AEC).

Estos nuevos modelos de colaboración o de gestión, en España, se han desarrollado con el objetivo de conseguir lograr la ansiada sostenibilidad del sistema, manteniendo la naturaleza pública del sistema e intentar buscar mayores niveles de eficiencia, financiación o incluso transferencia del riesgo hacia el sector privado.

CONCERTACIONES

Es la denominada gestión indirecta o subcontratación como la prestación de pruebas diagnósticas complementarias y procedimientos ambulatorios, en régimen de concierto. El sistema público subcontrata a hospitales privados la prestación de servicios sanitarios especializados o conciertos singulares para ofrecer asistencia sanitaria a un área poblacional, mediante hospitales privados (Madrid – Fundación Jiménez Díaz, Vigo – Povisa_ o diversos hospitales en Cataluña. Los conciertos representan un 10,5% del gasto

público sanitario y no son ajenos a la actual situación de ajuste presupuestario. A modo de ejemplo;

HOSPITAL DE POVISA (VIGO): Povisa es un hospital general que pertenece al grupo gallego Nosa Terra XXI, integrado a su vez en el holding Nosa Terra, y buena parte de su actividad se centra en la atención a los más de 140.000 pacientes de la sanidad pública que tiene asignados en virtud del último concierto firmado con el Servicio Galego de Saúde en 2009

MUTUALIDADES

Regímenes especiales en la prestación de servicios, financiación, jubilación... para los trabajadores públicos como MUFACE²-MUJEGU³ O ISFAS⁴ A modo de ejemplo;

MODELO MUFACE: Los pilares normativos básicos sobre los que se sustenta la actuación de MUFACE en todos sus aspectos son:

1. El Texto Refundido de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado (TRLSSFCE), aprobado por Real Decreto Legislativo 4/2000, de 23 de junio.
2. El Reglamento General del Mutualismo Administrativo (RGMA), aprobado por Real Decreto 375/2003, de 28 de marzo, que contiene las normas de aplicación y desarrollo del texto refundido.
3. El Real Decreto 577/1997, de 18 de abril, por el que se establece la estructura de los Órganos de gobierno, administración y representación de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE).
4. La Resolución de 23 de mayo de 2012, de MUFACE, sobre delegación de atribuciones.

El Texto Refundido de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado, aprobado por Real Decreto legislativo 4/2000, de 23 de junio, establece en su artículo segundo que los mecanismos de cobertura que integran este Régimen Especial de Seguridad Social son el Régimen del Mutualismo Administrativo y el Régimen de Clases

² MUFACE. **Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado**

³ MUJEGU. **Mutualidad Judicial General del Estado**

⁴ ISFAS: **Instituto Social de las Fuerzas Armadas**

Pasivas del Estado, cuya competencia corresponde a MUFACE y a la Dirección General de Costes de Personal y Pensiones Públicas del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas, respectivamente.

MUFACE tiene establecidas las siguientes prestaciones:

- Asistencia sanitaria.
- Subsidio de incapacidad temporal o por riesgo durante el embarazo o durante la lactancia natural.
- Indemnización por lesiones permanentes no invalidantes.
- Prestación por gran invalidez.
- Prestación por hijo o menor acogido a cargo con discapacidad.
- Ayudas económicas en los casos de parto múltiple.
- Subsidio de jubilación.
- Subsidio de defunción por muerte del mutualista.
- Ayuda de sepelio por muerte de beneficiario.
- Ayudas económicas para la adquisición de vivienda por el mutualista.
- Becas de estudio para mutualistas, becas de residencia para hijos y huérfanos de mutualistas y becas con cargo al Legado Casado de la Fuente.
- Ayudas asistenciales en situaciones especiales de necesidad.
- Ayudas de atención a la dependencia.
- Ayudas de atención social a mayores y a otros colectivos específicos.

Corresponde igualmente a MUFACE la gestión y el mantenimiento de los derechos de los socios y beneficiarios de las mutualidades integradas en el Fondo Especial, así como la administración de los inmuebles procedentes de tales mutualidades.

CONCESIONES ADMINISTRATIVAS

Como son las PPP (Public Private Partnership) y las PFI (Private Finance Initiative), fórmulas de financiación y gestión mixtas público- privadas que han permitido la construcción de nuevos grandes Hospitales con financiación de la construcción a cargo de UTEs (Unión Temporal de Empresas). A este grupo pertenece el denominado HOSPITAL DE LA RIBERA o MODELO ALZIRA.A modo de ejemplo;

HOSPITAL DE LA RIBERA: En la Comunidad Valenciana se implantó el día 1 de enero de 1999 el primer modelo de concesión administrativa en un servicio sanitario público. Se realizó en el área sanitaria 10, en la comarca de La Ribera. Esta área constituía un marco ideal donde iniciar el nuevo modelo sanitario, ya que sufría de carencias en infraestructura sanitaria, principalmente en lo concerniente a la atención especializada, al no tener hospital, lo que obligaba a los ciudadanos a desplazarse a Valencia. No en vano la construcción del hospital había sido un compromiso político que se venía arrastrando desde las anteriores legislaturas.

Así pues, el modelo de concesión administrativa denominado "Modelo Alzira" se inicia con la puesta en marcha del Hospital de La Ribera y se consolida con la integración de la Atención Primaria en abril de 2003, pasando la empresa concesionaria a gestionar la atención pública sanitaria integral de los 235.000 habitantes que residen en los 29 municipios que abarca el área de salud 10 de la Comunidad Valenciana.

Este modelo contiene el principio básico de la separación entre la financiación realizada por el ente público y la provisión de los servicios, que es responsabilidad de la Concesión administrativa formada por una Unión Temporal de Empresas (UTE).

Las bases conceptuales del modelo son que la propiedad, la financiación y el control son públicos, y la prestación privada, respetándose los principios de eficacia, eficiencia, equidad y gratuidad de los servicios.

El control público se realiza por medio de un Comisionado de la Conselleria de Sanidad, quien tiene entre sus funciones principales la de velar por el cumplimiento del pliego de condiciones y el exhaustivo control de la calidad en los servicios prestados. Además, ejerce la jefatura administrativa del personal estatutario, por lo que se establecen vínculos de colaboración necesarios entre la Conselleria de Sanidad y la UTE.

2.3 RESULTADOS DE LA HISTORIA RECIENTE

Dentro del ámbito público

2.3.1 Financiación territorial

Las CC. AA. han pasado de gozar de un colchón de ingresos apreciable, a sufrir una situación de insuficiencia financiera motivada por el desplome de las bases impositivas de los tributos cedidos vinculados al sector inmobiliario, lo que está generando importantes problemas de liquidez que alimentan la deuda de las CC. AA. con los proveedores sanitarios (Umpierre y Utrilla 2012). En consecuencia, pese a que el nuevo modelo que entró en vigor en 2009 preveía un incremento global de la suficiencia financiera de las comunidades, la erosión de la recaudación impositiva motivada por la crisis ha hecho que los recursos procedentes del sistema sean en 2010 inferiores a los liquidados en 2006 para la práctica totalidad de las CC. AA.

El sistema de financiación autonómica actual no parece, en suma, estar preparado para adaptarse correctamente al presente contexto recesivo, y ha desembocado en un escenario de mayor insuficiencia financiera y mayor inequidad relativa entre las diferentes CC. AA.

En la actualidad, se están trabajando en las siguientes medidas:

P1. Dotar a las CC. AA. de mayor autonomía financiera en términos cualitativos (capacidad normativa), especialmente en relación con la tributación directa, pues la normativa comunitaria limita la indirecta.
P2. Vincular la recepción de los fondos estatales provenientes del Fondo de Liquidez Autonómica al mantenimiento de unos estándares autonómicos mínimos de calidad (que no necesariamente idénticos) en la provisión de las prestaciones sanitarias.
P3. Otorgar prioridad a los proveedores sanitarios en el acceso a los fondos citados con objeto de evitar situaciones de desabastecimiento por retrasos o incumplimientos en los pagos a dichos proveedores.
P4. Reformar el actual sistema de financiación autonómica de las CC. AA. de Régimen Común con el objetivo primordial de atenuar, ya en origen, las inequidades ocasionadas por diferencias injustificadas en términos de financiación por unidad de necesidad. En este sentido, debería evitarse “anclarse” en el año base como <i>statu quo</i> que debe consolidarse.
P5. Crear dentro del sistema de financiación autonómica un fondo específico orientado a asegurar la efectiva coordinación (que no uniformidad) de los sistemas autonómicos de salud por parte del MSSSI.
P6. La adopción de cualquier política fiscal debería ir acompañada de los pertinentes análisis de simulación para revelar las ventajas e inconvenientes de las medidas planteadas

Fuente: Asociación de Economía de la Salud. Sistema Nacional de Salud: Diagnóstico y propuestas de avance

2.3.2 Gasto sanitario público

Cuando se considera el impacto demográfico como único determinante de la evolución del gasto sanitario público del conjunto de las CC. AA., Abellán et al. (2013) anticipan una ralentización muy sustancial en el ritmo de crecimiento del gasto (0,74%) para el periodo 2010-2016 en comparación con el crecimiento medio anual observado durante el periodo previo de 1991-2010 (7,6%). Dicha desaceleración, aunque generalizada para la totalidad de las CC. AA., reviste ciertas matizaciones entre los diferentes territorios autonómicos.

Si aparte del factor demográfico también se tiene en cuenta la aportación tanto de los precios sanitarios implícitos como del factor residual o prestación sanitaria real media (Abellán et al. 2013), esto es, de las variaciones producidas en la cantidad y en la calidad de los servicios sanitarios consumidos por la población, el crecimiento medio anual esperado para el gasto sanitario nacional en el periodo 2010-2016 rondaría el **4,7%**. Este comportamiento agregado esconde nuevamente diferencias muy notables, respecto a los factores y al comportamiento del gasto agregado por CC. AA.

Según la Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP), el gasto sanitario público en España ascendió al 6,4% del PIB en 2011. Relativizado respecto a la población, el gasto sanitario público representa 1.434 euros por habitante.

	2007	2008	2009	2010	2011
Millones de euros	60.310	66.918	70.464	69.128	67.626
Porcentaje sobre PIB	5,7%	6,2%	6,7%	6,6%	6,4%
Euros por habitante	1.334	1.450	1.507	1.470	1.433

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. ESTADISTICA DE GASTOS SANITARIO PUBLICO 201 Noviembre 2013

Gráfico 1. Gasto sanitario público consolidado (GSP) y producto interior bruto (PIB). Tasa de variación interanual (en porcentaje). España, 2007-2011



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. ESTADISTICA DE GASTOS SANITARIO PUBLICO 201 Noviembre 2013

El desglose del gasto por categorías económicas muestra cómo el capítulo que absorbe una mayor porción del gasto público en sanidad es el destinado a gastos de personal, con casi el 44% del total. Le siguen en importancia los consumos intermedios (21,6%) — que incluyen el gasto en la farmacia hospitalaria—, las transferencias corrientes (20,7%) —que incluyen el gasto farmacéutico mediante receta médica dispensada en oficinas de farmacia— y el gasto en conciertos (11%). Los gastos de capital representan solo un 2,4% del gasto agregado, y la aportación del consumo de capital fijo es completamente marginal (0,4%).

	2007	2008	2009	2010	2011
Remuneración de personal	26.160	29.186	31.341	30.944	30.364
Consumo intermedio	11.851	13.775	14.704	14.061	14.953
Consumo de capital fijo	197	224	274	284	306
Conciertos	6.814	7.424	7.403	7.417	7.456
Transferencias corrientes	12.650	13.475	14.185	14.240	13.035
Gasto de capital	2.638	2.833	2.557	2.183	1.512
Total consolidado	60.310	66.918	70.464	69.128	67.626

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. ESTADISTICA DE GASTOS SANITARIO PUBLICO 201 Noviembre 2013

El análisis de la estructura del gasto por funciones permite comprobar el predominio de los servicios hospitalarios y especializados (58,3%) frente al resto de destinos del gasto sanitario público, cuya participación en el total en 2011 oscila entre el 53,4% de Extremadura y el casi 70% en la Comunidad de Madrid. En segundo lugar se sitúa el gasto en farmacia no hospitalaria, con el 18,1% del total. Esta función ha venido moderando su crecimiento desde el año 2004 y experimentando un leve retroceso en 2010 (-0,4%) para caer sustancialmente en 2011 (-8,5%). En tercer lugar, en importancia cuantitativa, se sitúa el gasto en servicios de atención primaria, que alcanzan el 15,1% del gasto sanitario total. El resto de funciones, con la excepción de los servicios colectivos de salud, no exceden del 3%.

Tabla 3. Gasto sanitario público consolidado según clasificación funcional. Millones de euros.
España, 2007-2011

	2007	2008	2009	2010	2011
Servicios hospitalarios y especializados	32.612	37.018	39.132	38.743	39.493
Servicios primarios de salud	9.429	10.456	10.831	10.651	10.217
Servicios de salud pública	839	784	1.158	761	750
Servicios colectivos de salud	1.828	1.907	2.074	2.058	2.086
Farmacia	11.884	12.690	13.415	13.381	12.237
Traslado, prótesis y aparatos terapéuticos	1.081	1.230	1.298	1.351	1.332
Gasto de capital	2.638	2.833	2.557	2.183	1.512
Total consolidado	60.310	66.918	70.464	69.128	67.626

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. ESTADISTICA DE GASTOS SANITARIO PUBLICO 201 Noviembre 2013

2.3.3 Cobertura poblacional

Cobertura poblacional

Se da una paradoja en la motivación del legislador para anclar el derecho a la asistencia sanitaria en el artículo 41 de la Constitución (derecho a la Seguridad Social) antes que en el artículo 43 (derecho a la Protección de la salud) lo que pareció responder a un interés por centralizar las decisiones en materia de sanidad, hurtando a los parlamentos autonómicos competencias en el manejo presupuestario, aun a costa de la contradicción que puede

representar mantener una prestación no contributiva y universal dentro del régimen económico de la Seguridad Social (Cabasés, 2002).

En estos momentos, los asegurados son de dos tipos, con diferentes condiciones de acceso y reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria.

- En el primer grupo, tienen la condición de asegurados los trabajadores afiliados a la Seguridad Social, los pensionistas y perceptores de cualquier prestación periódica de la Seguridad Social y los desempleados que hubieran agotado la prestación o el subsidio de desempleo. Todas estas personas ven reconocida su condición de asegurados de oficio.
- El segundo grupo de asegurados verán reconocida su condición previa solicitud del interesado. En este grupo se incluye a las personas que tienen nacionalidad española y residen en el territorio español, a los nacionales de algún Estado miembro de la UE, del Espacio Económico Europeo (EEE) o de Suiza, y que están inscritos en el Registro Central de Extranjeros y, por último, a los nacionales de un país distinto de los mencionados, o que son apátridas, y son titulares de una autorización para residir en territorio español. En cualquiera de los supuestos enunciados, para ser reconocidos como asegurados los interesados deben acreditar dos condiciones: no tener ingresos superiores en cómputo anual a los 100.000 euros, ni cobertura obligatoria de la prestación sanitaria por otra vía.

Una implicación directa del cambio acaecido en las condiciones de acceso al derecho a la asistencia sanitaria es la exclusión de la cobertura sanitaria pública de los extranjeros en situación irregular, con la excepción de los extranjeros menores de dieciocho años, que recibirán asistencia sanitaria “en las mismas condiciones que los españoles”, así como de aquellos extranjeros mayores de edad que precisen de la asistencia de urgencia hasta la situación de alta médica y la asistencia al embarazo, parto y postparto. Por tanto, con las salvedades expuestas, la única vía de acceso a la prestación de la asistencia sanitaria pública que queda a los inmigrantes en situación irregular que residan en España es la suscripción de un convenio especial, por el que tendrán que abonar una contraprestación

económica. Dicha contraprestación, regulada por el RD 576/2013, asciende a 60 euros/mes para los menores de 65 años y a 157 euros/mes para los suscriptores de 65 o más años.

España ha pasado a ser el Estado europeo menos restrictivo en materia de reconocimiento de derechos de los inmigrantes en situación irregular respecto de los servicios médicos, por demandar en la práctica únicamente un requisito de residencia (empadronamiento) como vía de acceso a la sanidad pública en condiciones de igualdad a los españoles, a situarse en el grupo de los países que más limitan el acceso, como sucede en Grecia, Alemania o Rumanía.

Cartera de servicios comunes

La experiencia previa, tanto española como internacional, apunta a que la práctica habitual consiste en definir una lista amplia de prestaciones que básicamente consolida lo que se está haciendo en la actualidad. Para dicho cometido se cuenta con el consejo Interterritorial del SNS (CISNS).

En cualquier caso, sea cual sea la lista final de prestaciones (básica, suplementaria o accesoria), lo más importante es que al definir las prestaciones se detallen claramente las indicaciones y los grupos de personas quien más pueden beneficiarse de ellas, puesto que lo que es eficaz en una indicación y grupo de pacientes puede no serlo en otros y ello no puede ser regulado exclusivamente mediante legislación: requiere una gestión clínica adecuada y la pericia y el compromiso de los profesionales sanitarios.

Estrategia de reinversión

La articulación de una estrategia de reinversión requiere instaurar un programa de evaluación de tecnologías sanitarias sistemático y predecible. En este sentido, el hecho de que todavía no se haya aprobado el proyecto de orden ministerial por la que se crea la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS y se establecen sus normas de funcionamiento, suscita serias dudas acerca de la voluntad política por impulsar dicho programa.

En cualquier caso, para lograr el objetivo de fundamentar las decisiones de “incorporación, condiciones de financiación o desinversión y uso apropiado de las tecnologías sanitarias” no se precisa desarrollar una nueva estructura burocrática, pero sí que se requiere aprender de la experiencia acumulada por el NICE y otras agencias de naturaleza similar, ya que las agencias españolas nunca antes han ordenado prestaciones.

Financiación de la prestación farmacéutica y nuevas tecnologías

- *Regulación de precios, la consideración del beneficio clínico incremental y de la relación coste-efectividad* como criterios de financiación no constituye una novedad. Sí lo es la inclusión del impacto presupuestario como un criterio fundamental (junto al de coste-efectividad), así como el componente de innovación para avances terapéuticos indiscutibles. La novedad se extiende a la *Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos* (CIPM), que tendría que considerar los análisis coste-efectividad y de impacto presupuestario.

Sin duda es un paso positivo la inclusión explícita en una norma de rango de ley de los criterios enunciados, pero su aplicación, como es obvio, depende de la voluntad política. En este sentido, nuevamente el panorama no es halagüeño. Como hemos visto, el RDL 16/2012 opta en el caso de la prestación farmacéutica por la creación de un comité asesor, sin capacidad regulatoria, e integrado en el Ministerio, en lugar de un organismo independiente. El hecho de que las funciones del Comité Asesor para la Financiación de la Prestación Farmacéutica del Sistema Nacional de Salud parezcan diseñadas más como apoyo casi exclusivo a la decisión de fijación de precios de la CIPM antes que a la de inclusión de nuevos medicamentos en la cobertura pública, suscita la duda de quién y cómo tomará las decisiones de financiación pública.

- *Acuerdos de riesgo compartido (ARC)*, se requiere un diseño cuidadoso, de modo que los objetivos, medidas de resultados, estudio de seguimiento y características organizativas del entorno sanitario en el que se vayan a aplicar estén claramente delimitados (Espín et al. 2010). Todo esto, junto con los costes de gestión que conlleva la verificación del grado de cumplimiento de los objetivos pactados, debe tenerse muy presente al diseñar futuros ARC.

- *Sistemas de precios de referencia, los cambios operados han avanzado en la línea de distanciar cada vez más el sistema español del vigente en otros países europeos* como por ejemplo Alemania, en los cuales no se impide que el paciente adquiera un medicamento con un precio de venta al público superior al más bajo o el de referencia, abonando la diferencia entre ambos. Con un mercado amplio de presentaciones de medicamentos genéricos, conceder esta libertad de elección al usuario convierte dicha diferencia en un copago evitable (Puig-Junoy, 2012).

Otro aspecto negativo del sistema de precios de referencia en España es que, tal como sugieren las ya referidas sentencias de la Audiencia Nacional, en realidad nunca se ha garantizado el abastecimiento a las oficinas de farmacia de los medicamentos de precio menor. Esto ha podido suponer que, de forma contraria a la libre competencia, se haya utilizado el precio de un medicamento autorizado pero no comercializado de forma efectiva para forzar la bajada de precios de otras presentaciones.

El resultado de que, en la práctica, el sistema de precios de referencia se haya acabado convirtiendo en un sistema de precio menor, es que se anula la posibilidad de que los laboratorios compitan en precios, ya que la mayoría de ellos rebajan su precio hasta el nivel del menor, diluyéndose ahí el incentivo a continuar bajando el precio de venta al público. Ante esta situación, los proveedores de medicamentos genéricos han optado por competir ofreciendo descuentos sobre el precio industrial a las oficinas de farmacia, ventajas que no han trascendido ni al financiador público ni tampoco a los pacientes (Puig-Junoy, 2009). Por otra parte, conocida la situación, resulta sorprendente que las lecciones que nos ofrece la experiencia europea en políticas de fomento de la competencia en precios en el mercado de genéricos (medidas de mejora y profundización del diseño de los sistemas vigentes de fijación del reembolso máximo, medidas de seguimiento de los precios competitivos con la finalidad de reembolsar a las oficinas de farmacia solo los costes reales de adquisición, y medidas de fomento de la competencia de precios en las adquisiciones públicas basadas en instrumentos de mercado como las subastas competitivas) (Puig-Junoy, 2010) hayan pasado casi inadvertidas en España.

- *Informes de Posicionamiento Terapéutico* no deja de ser sorprendente por dos motivos. En primer lugar, es una medida que no estaba contemplada entre las previsiones del RDL 16/2012 y que se ha llevado adelante, mientras que nada se sabe del Comité Asesor para la Financiación de la Prestación Farmacéutica del SNS, cuya creación sí se preveía en el RDL. Este tipo de “vaivenes” no hacen sino introducir incertidumbre acerca del marco regulador, ya que resta previsibilidad a su desarrollo. En segundo lugar, y más importante aún, el planteamiento contenido en la propuesta de colaboración es en sí mismo contradictorio. Sin embargo, de forma previa a las decisiones de financiación y precio los IPT solo evaluarán (de oficio) la efectividad y seguridad comparada, pues la inclusión de una evaluación económica queda a discreción del Grupo de Coordinación del Posicionamiento Terapéutico (GCPT). Será con posterioridad a las mencionadas decisiones cuando los IPT contendrán la evaluación económica y el análisis de impacto presupuestario. Esta forma de contemplar el papel de la evaluación económica y los análisis de impacto presupuestario en el proceso de toma de decisiones de financiación y precio es un total dislate. Métodos como el análisis coste-efectividad, si bien pueden (y deben) utilizarse para evaluar medicamentos ya financiados, cobran su auténtica razón de ser como herramientas de evaluación *ex ante*, precisamente para guiar la decisión de financiación (y en su caso fijación de precio) de nuevas prestaciones. No tiene sentido incorporar la evaluación económica *ex post*, cuando no se ha tenido en cuenta para adoptar la decisión de financiación. En estos momentos, las líneas en las que se está actuando son:

P18. Revisar y adaptar de un modo objetivo y transparente los fundamentos de las decisiones sobre incorporación de nuevas tecnologías sanitarias de las principales agencias internacionales evaluadoras en esta materia, tales como el NICE británico. Esta es una estrategia coste-efectiva en un contexto de crisis como el actual, que debería guiar las recomendaciones de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS en su labor de ordenación de la cartera común básica de servicios del SNS.. .
P19. Utilizar la evaluación económica y el análisis de impacto presupuestario como herramientas clave para la toma de decisiones de financiación pública y fijación de precios de los medicamentos y los productos sanitarios.
P20. La financiación selectiva fundamentada en dichas herramientas debe incluir en la prestación farmacéutica solo aquellos productos cuyo valor terapéutico añadido supere el coste de oportunidad de incorporar o mantener la innovación. De modo congruente con esta forma de decidir la cobertura pública, los precios de financiación del SNS deben responder al criterio de “precio basado en el valor”; esto es, los precios de los medicamentos y dispositivos incluidos en la cobertura pública deben ser tales que garanticen un balance coste-efectividad favorable.
P21. Aplicar guías y recomendaciones ya existentes (Abellán et al. 2009; López et al. 2009) para la presentación de estudios de evaluación económica y de impacto presupuestario de manera reglada. Ello debe complementarse con la consideración de otros elementos técnicos, como el valor terapéutico, y normativos, como la importancia de la equidad, la gravedad de la enfermedad o la ausencia de alternativas de tratamiento relevantes, al estilo de los ‘juicios de valor social’ empleados por el NICE (2012), para superar las dificultades inherentes a los criterios de eficacia, seguridad y calidad.
P22. Impulsar investigaciones encaminadas a estimar de forma empírica cuál debería ser el umbral de eficiencia o precio máximo por unidad de efectividad (Año de Vida Ajustado por la Calidad) del SNS. Dicho umbral ‘básico’ debería ponderarse por aquellos factores que se juzguen relevantes para fijar el precio de las nuevas tecnologías sanitarias, de modo similar a como se plantea realizar en el Reino Unido.
P23. Desarrollar una estrategia a largo plazo de reinversión, de forma que los criterios de actualización de las carteras básica y suplementaria del SNS contemplen no solo la incorporación de nuevas tecnologías sanitarias, sino también la desinversión en aquellas que se revelen como no coste-efectivas.
P24. Comenzar el proceso de reinversión con las siguientes tecnologías: (a) las inseguras (con razones de riesgo-beneficio altas); (b) las que no se usen para tratar enfermedades graves; (c) las muy invasivas cuyo impacto en el paciente es alto (riesgo de efectos adversos); (d) aquellas cuya reinversión cause menos desconfianza y resentimiento entre pacientes y proveedores; (e) las que tienen alternativas efectivas claras, y (f) las de alto impacto presupuestario y las de baja repercusión en los recursos humanos dedicados a las que se dejan de financiar. Es importante acompañar estas medidas con el refuerzo de la utilización de intervenciones con buena relación coste-efectividad que estén siendo subutilizadas.. .
P25. Instrumentar la reinversión: (i) limitando las indicaciones sobre la base de criterios de eficacia y seguridad, eficacia relativa o de coste-efectividad incremental; (ii) especificar qué proveedores pueden ofrecer qué prestaciones (en virtud de criterios tales como la regionalización de prestaciones, el volumen de la oferta, la capacitación, la experiencia y la pericia clínicas); (iii) limitar la frecuencia y la duración de determinados tratamientos a la luz de los criterios anteriores;; (iv) implantar programas del tipo ‘uso tutelado’ y reembolso condicionado, de modo que la financiación de determinadas prestaciones sea temporal, subordinada a que se recaben pruebas científicas suficientes sobre su efectividad en un periodo razonable, y (v) desarrollar métodos adecuados para informar la reinversión. Entre estos últimos se han propuesto los estudios de variabilidad de práctica médica, los estudios de coste-efectividad (utilizados para identificar y priorizar tecnologías candidatas para reinversión), y los análisis de impacto presupuestario y marginal.. .
P26. Instaurar un marco regulatorio de precios de los medicamentos y productos sanitarios transparente, eficiente y no discriminatorio, que ofrezca las máximas garantías de independencia y seguridad jurídica para los proveedores. En este sentido, debe garantizarse la comercialización efectiva de las presentaciones que sirvan de referencia y no su mera autorización.. .
P27. Fomentar las políticas de competencia en precios en el mercado de genéricos, explorando medidas de mejora y profundización del diseño de los sistemas vigentes de fijación del reembolso máximo, medidas de seguimiento de los precios competitivos con la finalidad de reembolsar a las oficinas de farmacia solo los costes reales de adquisición y medidas de fomento de la competencia de precios en las adquisiciones públicas basadas en instrumentos de mercado como las subastas competitivas.. .
P28. Reformar el sistema de precios de referencia de modo que: (a) los nuevos medicamentos con patente sean incluidos por defecto en el sistema de precios de referencia a menos que demuestren que aportan valor suficiente como para merecer un precio diferente al del conjunto que les correspondería; (b) los precios de referencia no se calculen de forma lineal como el precio menor de las presentaciones agrupadas en cada conjunto, sino que se ponderen en función del número de medicamentos genéricos presentes; y (c) los usuarios puedan retirar un medicamento de precio superior al de referencia, pagando la diferencia (copago evitable).

Fuente: Asociación de Economía de la Salud. Sistema Nacional de Salud: Diagnóstico y propuestas de avance

2.3.4 Aportaciones del usuario

- El *Copago* puede servir de fuente adicional de financiación de la sanidad, pero la teoría económica postula que su verdadera finalidad no es contributiva, sino disuasoria; de ahí que se refiera con frecuencia el copago como ‘ticket moderador’.

De acuerdo con dos revisiones (Jemai et al. 2004; González et al. 2010), la mayoría de los estudios europeos concluyen que la instauración del copago o el aumento en su nivel induce una disminución en la demanda de los servicios afectados, aunque dicha disminución no es uniforme, varía por servicio y grupo poblacional. Asimismo, el copago parece tener un efecto disuasorio mayor entre los colectivos más vulnerables (Chandra et al. 2010), lo cual parece guardar a su vez una estrecha relación con el nivel de renta.

La evidencia disponible para España no es muy abundante (Rodríguez y Puig 2012), pero parece apuntar al efecto moderador del consumo que tiene el copago. Así, el cambio de la condición de no pensionista a pensionista ocasiona un aumento significativo en el número de recetas que de otra forma no se habría producido. En concreto, la reducción del copago desde el 40% hasta la gratuidad incrementa el gasto farmacéutico total individual en un 25% (Puig-Junoy et al. 2011). Otra indicación indirecta del efecto del copago proviene de la comparación entre la cobertura ofrecida por el mutualismo administrativo y el SNS. Mientras que el 70% de las recetas del SNS se concentra en un 20% de la población (pensionistas y sus beneficiarios), este mismo colectivo, dentro de la Mutualidad de Funcionarios de la Administración del Estado, con un copago del 30% para todos los afiliados, consume un 40% menos (García, 2005).

Un aspecto positivo de la reforma abordada es que el nuevo copago huye de la gratuidad según edad y exime de aportación a las personas menos favorecidas. Hace pagar un porcentaje moderado del precio (10%) a todos los pensionistas que cobren rentas de hasta 100.000 euros, en lugar de la gratuidad, pero les protege con un límite máximo mensual, más elevado cuanto mayor sea la renta.

Aspectos mejorables;

En primer lugar, el sistema actual continúa perpetuando la división entre activos y pensionistas cuando, a tenor de la evidencia empírica disponible, la distinción relevante es, a igual necesidad, entre sujetos de renta alta y sujetos de renta baja (Abellán et al. 2013).

En segundo lugar, la aportación del usuario se hace depender del nivel de ingresos (según lo declarado en la liquidación del IRPF), en un intento por introducir progresividad en el sistema. Sin embargo, y este es uno de los aspectos más criticables de la reforma, los límites al desembolso solo se aplican a los pensionistas, no a los activos, de modo que esa presunta progresividad (de por sí limitada al contemplar únicamente tres tramos muy amplios de renta) quedan en entredicho. Como ha sido argumentado por Puig-Junoy (2012, 2013), el copago instaurado no tiene en cuenta el gasto acumulado que efectúan periódicamente los activos, mientras que tienen que realizar una aportación por receta considerable respecto a otros países europeos: de poco sirve pagar “solo” un 40% cuando se necesitan muchas medicinas de forma que se acaba pagando una factura familiar significativa al cabo del mes. En este sentido, es útil recordar que los trabajos realizados previamente al cambio en el modelo de copago identificaban que únicamente un 5% de los usuarios acumulaban casi el 50% de los copagos.

Por otra parte, tal y como marca la norma, el importe de las aportaciones que excede los límites máximos al desembolso mensual para los pensionistas “será objeto de reintegro por la comunidad autónoma correspondiente, con una periodicidad máxima semestral”. Pues bien, la gestión de estas devoluciones se ha instrumentado de un modo lamentable. El diferimiento del reembolso está propiciando que en muchas CC. AA. (básicamente todas aquellas que no disponen de la receta electrónica) se esté acumulando el gasto que excede mes a mes del límite establecido, lo cual da lugar presumiblemente a importes acumulados nada desdeñables en los enfermos crónicos y con varias enfermedades y origina una potencial inequidad y riesgo de pérdida de adherencia a los tratamientos.

Finalmente, la reforma no contempla la relación entre los copagos y la relación coste-efectividad de los medicamentos. Dicho de otra forma, no se avanza en la línea de lo que en la bibliografía se conoce como enfoque del “seguro basado en el valor” (Frendrik et al. 2001; Chernew et al. 2007), empleado por diferentes aseguradoras sanitarias en EEUU desde hace años, según el cual el copago debería ser tanto más reducido cuanto más coste-

efectivo sea el tratamiento (mayor valor adicional aporta), y tanto más elevado cuanto menos coste-efectivo sea (*copagos diferenciales*). Este enfoque se basa en la idea de que los pacientes pueden infraconsumir tratamientos de alto valor terapéutico a consecuencia de su incapacidad para valorar adecuadamente los beneficios de aquellos respecto al copago que deben afrontar (Niteesh et al. 2010). La consecuencia económica de este efecto del copago sobre la conducta de los pacientes es que, como se ha comprobado en diferentes estudios (Triveldi et al. 2010; Chernew et al. 2010), se acaban produciendo efectos de sustitución entre las prestaciones afectadas por el copago y las que no lo están, que terminan por diluir los ahorros iniciales cosechados por el copago.

Una fórmula de copagos diferenciales basados en el valor son los denominados '*copagos evitables*' (Puig-Junoy 2012; López Casasnovas 2007; Puig-Junoy 2007). La idea tras estos copagos es intentar garantizar la cobertura gratuita (o con un copago bajo) a los medicamentos más coste-efectivos para cada indicación, estableciendo copagos más elevados (que serían, por tanto, evitables) sobre medicamentos alternativos (sustitutivos terapéuticos) menos eficientes. En esos momentos las líneas en las que se está trabajando son las siguientes:

- P29. Avanzar paulatinamente desde el actual copago farmacéutico, lineal y obligatorio, hacia otro evitable y basado en criterios de coste-efectividad o al menos efectividad. Esto debería de hacerse extensible al resto de prestaciones de la cartera común suplementaria. Un modo de instrumentalizar estos copagos evitables basados en efectividad o coste-efectividad es mediante un sistema híbrido como, por ejemplo, el alemán (Drummond et al. 2011).
- P30. No diferenciar entre trabajadores activos y pensionistas. Los criterios diferenciales del copago deben ser la renta y la condición de salud (enfermedades crónicas).
- P31. Los límites máximos a los desembolsos mensuales de los usuarios, ahora solo aplicables a los pensionistas, deberían extenderse también a los activos. Preferentemente deberían considerarse topes trimestrales o anuales por todo tipo de copago y limitar la cantidad anual máxima acumulada por cualquier tipo de copago sanitario a un porcentaje de la renta (un 1% o un 2%), como se hace en otros países europeos.
- P32. Los citados límites máximos solo pueden operar eficientemente si una vez alcanzados el usuario deja de aportar. La forma idónea para ejecutar dichos límites es mediante la generalización a todos los sistemas regionales de salud de la receta electrónica. .
- P33. En su defecto, debe acortarse lo más posible el plazo en que se efectúa el reintegro del exceso que ha desembolsado el usuario por encima del límite máximo que le corresponde. En este sentido, la periodicidad máxima semestral prevista en el Real Decreto ley 16/2012 es a todas luces desmesurada. Debería alcanzarse un acuerdo en el seno del Consejo Interterritorial del SNS para rebajar dicha periodicidad.
- P34. Evaluar urgentemente el impacto que ha tenido la reforma del copago por grupos de pacientes y de medicamentos, para conocer qué parte de la reducción del gasto en medicamentos con receta se ha debido al efecto precio (reducción del consumo excesivo atribuible a la gratuidad) y qué parte al efecto renta (reducción del consumo necesario por el encarecimiento del acceso), a fin de atajar potenciales problemas de falta de adherencia a los tratamientos y de empeoramiento del estado de salud.

Fuente: Asociación de Economía de la Salud. Sistema Nacional de Salud: Diagnóstico y propuestas de avance

Dentro del ámbito de colaboración público-privado

2.3.5 Concertaciones, Mutualidades y Concesiones Administrativas

Al respecto de estos nuevos modos de colaboración, hemos de realizar las siguientes reflexiones:

1. No debe ser cuestión de ideología, sino de quién consigue mayor eficiencia social.
2. No hay soluciones universales, sino soluciones locales
3. Es aconsejable propiciar formas alternativas de organización, controladas y evaluadas.
Huir de un modelo único para poder comparar (Vicente Ortún, 2013)
4. La diversidad organizativa puede enriquecer al sistema sanitario, aportando frentes por los que avanzar y referentes de comparación para los centros sanitarios (Beatriz González, 2013)
5. Las actuales barreras de información en el SNS, impiden o dificultan las comparaciones entre modelos y esto es un hándicap importante. La falta de transparencia y el acceso a las bases de datos de la Administración dificultan que el proceso se desarrolle sin desconfianza.

En el *programa marco* de las concertaciones, no se establecen sanciones por el incumplimiento de objetivos, ni se suele transferir el riesgo a los proveedores.

Concertaciones: HOSPITAL POVISA (VIGO)

No se ha podido encontrar de una forma abierta ningún resultado publicado por el centro, ni en su web, ni en la del Servicio Galego de Saúde (SERGAS), si bien en su estrategia 2014, encontramos el siguiente objetivo:

Es importante que exista un sector privado complementario al sector público, que añada valor al sistema sanitario en su conjunto, mediante la aportación de recursos y el desarrollo de actividades adicionales.

- *Nuestro marco de colaboración con los centros privados (imprescindible para garantizar los tiempos de espera en el acceso a determinadas prestaciones sanitarias y proveer servicios sanitarios y socio-sanitarios cuando los recursos*

púlicos son insuficientes) se basa en la transparencia y en los acuerdos a largo plazo.

- *Con el objetivo de mejorar el entorno de colaboración de las entidades concertadas, el Servicio Gallego de Salud realizará actuaciones en los siguientes ámbitos:*
 - *Redefinición del concierto singular con Povisa, en un contexto de libre elección y con un nuevo sistema de pago.*

Lo que indica que continúan existiendo problemas a resolver tanto en el ámbito contractual como el de financiación.

Mutualidades: MODELO MUFACE

El resultado económico-patrimonial del ejercicio 2012, obtuvo como diferencia entre la corriente de ingresos (ingresos de gestión ordinaria, subvenciones recibidas y ganancias extraordinarias) y la corriente de gastos (gastos de funcionamiento de servicios, prestaciones sociales, subvenciones concedidas y pérdidas extraordinarias) ofreció un saldo negativo de 127,26 millones de euros.

El resultado presupuestario (diferencia entre los derechos reconocidos y las obligaciones reconocidas) ofreció un saldo negativo de 128,68 millones de euros.

Concesiones: HOSPITAL DE ALZIRA

Según la memoria 2012 publicada, el resultado del ejercicio resulta positivo en 1,5 millones de euros de EBITA⁵

Siguiendo con su memoria, el Departamento de Salud de La Ribera apuesta por una gestión clínica que implique al profesional asistencial en la responsabilidad de hacer un uso racional de los recursos. Los resultados ponen de manifiesto que es compatible en el entorno de la sanidad pública la prestación de una asistencia de alta calidad con la

⁵Faltarán descontar intereses, impuestos y amortizaciones

eficiencia y la racionalidad en el gasto. Y todo ello ejecutando el acuerdo de inversiones por valor de 68 millones de euros alcanzados con la Consellería de Sanitat.



Fuente: Memoria 2012 Hospital de la Ribera

3 SISTEMAS SANITARIOS COMPARADOS

Es fundamental revisar qué otros modelos sanitarios están aplicándose en el resto de países, en concreto en los pertenecientes a la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos).

Para su comparativa, determinamos cuatro elementos principales, presentes en sus Sistemas sanitarios, y que participan de manera directa: Ciudadanos, personal sanitario, Gobierno y las agencias aseguradoras privadas. Todos ellos están relacionados de cuatro maneras: Por la regularización, la financiación, la gestión y la provisión de servicios.

Definición de *sistema sanitario*, según Organización Mundial de la Salud (OMS); conjunto de elementos interrelacionados que contribuyen a la salud en los hogares, lugares de trabajo, lugares públicos y comunidades, así como en el medio ambiente físico y psicosocial, y en el sector de la salud y otros sectores afines.

Los diferentes modelos existentes:

- El modelo Inglés o de Beveridge

En el que la financiación de la sanidad pública procede de los presupuestos generales del Estado y es prestada, asimismo, en condiciones de universalidad, equidad y gratuidad, como Reino Unido, Suecia, Finlandia, Noruega, Dinamarca, Italia, España y Portugal.

Garantiza el principio de atención gratuita extendido a toda la población a fin de garantizar la cobertura universal de enfermedad. Se basa en una financiación fiscalizada, en la cual los hospitales pertenecen a la colectividad y los médicos de los hospitales públicos son asalariados. En cuanto a los médicos generalistas, están o bien bajo contrato con el National Health Service inglés, por ejemplo, o bien son contratados directamente por los centros de salud locales.

El punto débil son las largas listas de espera, debido a la falta de inversión y la burocracia de la organización. La reciente introducción de mecanismos de competencia, la apertura a la financiación privada y el auge del sector de seguros privados constituyen los signos de un retorno a métodos liberales.

- Modelo alemán o de Bismarck

En el que el Estado garantiza las prestaciones sanitarias mediante cuotas obligatorias como en Francia, Alemania, Austria, Bélgica, Luxemburgo y Holanda, y los del Sistema Nacional de Salud (SNS).

Se caracteriza por el principio de los seguros, la protección de la salud se relaciona con el trabajo y está financiada por las cotizaciones sociales. Los gastos de la atención sanitaria están a cargo de cajas de seguros de enfermedad, cuya gestión está centralizada (Francia), o regionalizada (Alemania).

La característica es el carácter obligatorio y nacional de estos seguros. La asistencia sanitaria es mixta, del sector público y del sector privado. Este sistema presenta un problema de déficits en las cajas del seguro de enfermedad. La regulación de la oferta de atención sanitaria así como la introducción de formas de gestión privada se encuentran en el centro de las reformas en estos países. No hay redistribución entre los grupos de ingresos, los asegurados son empleados y la financiación depende de la contribución por el volumen de ingresos. En Alemania, la última gran ley de salud pública intensifica la competencia entre todo el sistema de salud.

- Modelo de la Europa del Norte

El sistema de salud de los tres países nórdicos (Suecia, Finlandia, Dinamarca) se caracteriza por una financiación a través de la fiscalidad, una cobertura y un acceso universal a la atención sanitaria, un sector público dominante en el marco de una organización de la atención sanitaria altamente descentralizada. En concreto, el paciente paga sólo una tarifa única (forfait) que cubre todos los cuidados médicos y hospitalizaciones.

Se introdujeron prácticas de gestión privada y la responsabilidad de los actores de la salud, introduciendo un mecanismo de pago de incentivos médicos, “médico de referencia” con una parte salarial y otra parte en la actuación y la redefinición de las competencias de los profesionales salud. Como consecuencia de la fuerte autonomía de los municipios, existe una desigualdad regional en el acceso a la atención sanitaria y la persistencia de las listas de espera en los hospitales.

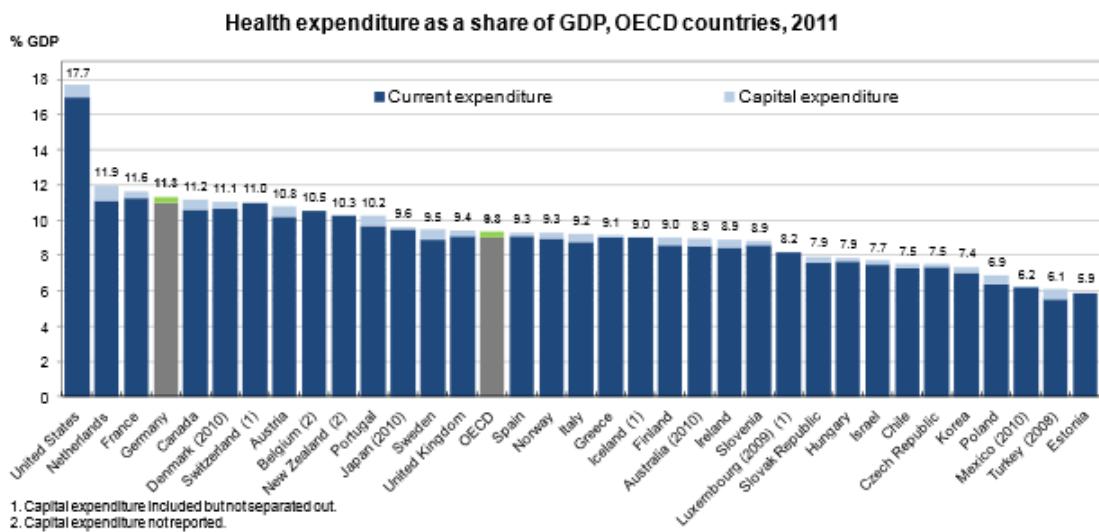
- Modelo de la Europa Oriental

Marcados por el carácter universal y gratuito de la atención sanitaria, una gestión centralizada con graves problemas de la asignación de recursos. En la actualidad, la situación sanitaria sigue estando por debajo de los estándares europeos. Esta situación ha fomentado un sistema de dos velocidades de atención sanitaria, por una parte un acceso a los servicios de atención sanitaria públicos gratuitos para todos, pero de una eficacia limitada y, por otra parte el uso de sobornos o de seguros privados.

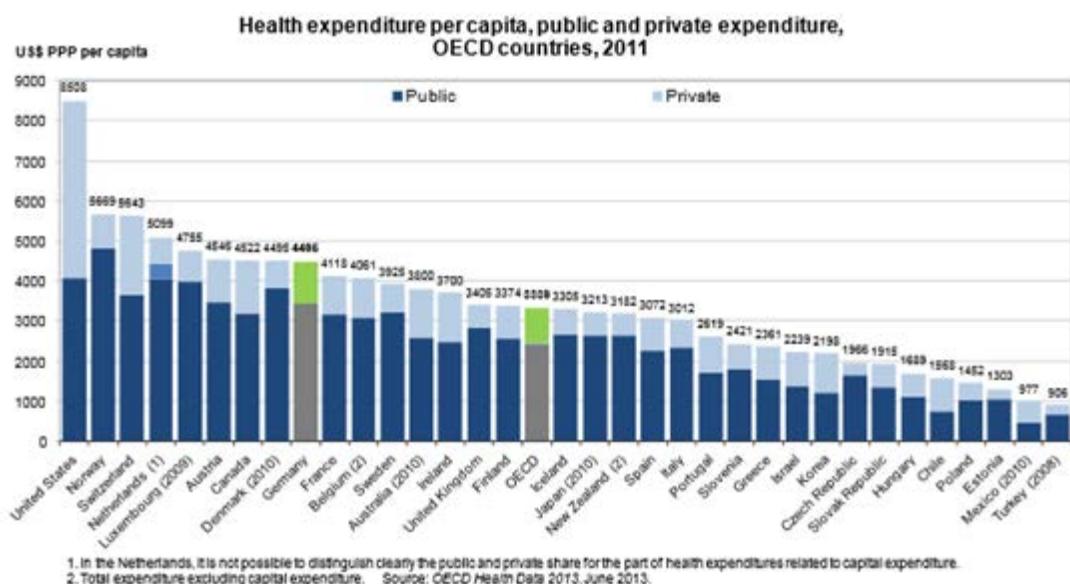
- Modelo de la Europa Meridional

España, Italia, Portugal y Grecia tienen características que revelan sistemas nacionales con régimen de seguridad social (tipo Bismarck), pero las reformas emprendidas se basan en la descentralización, en particular en España e Italia. En España, tal y como hemos explicado en los anteriores epígrafes, existe un servicio de salud universal gratuito. Las diecisiete comunidades autónomas españolas disponen de competencias de pleno derecho en materia de salud y asuntos sociales: el 70% de los recursos proviene de los ingresos fiscales transferidos por el Estado. El sector privado proporciona un parte importante (25% de los procedimientos médicos hospitalarios). En Italia, desde 2004, las regiones se han convertido en las únicas responsables del equilibrio presupuestario. Lo que ha llevado a un acceso desigual a la asistencia sanitaria. Los parámetros comparables de estos sistemas son la estructura organizativa y las leyes; los modelos de financiación; la extensión de la cobertura y el precio que han de pagar (si existe o no el copago).

3.1 ALEMANIA



Fuente: Base de datos de la OCDE sobre la salud 2013



Fuente: Base de datos de la OCDE sobre la salud 2013

Es uno de los países con verdadera reforma intencionada. Su sistema sanitario tiene fama de ser uno de los mejores del mundo. Hay un gran número de médicos y una amplia red de hospitales. Las listas de espera para tratamientos son poco comunes. Las instalaciones médicas están equipadas con las últimas tecnologías y los seguros médicos cubren casi todas las medicinas y tratamientos.

La gran contraprestación de este sistema son los costes. El sistema sanitario alemán está considerado como uno de los más caros del mundo. Toda la asistencia debe ser pagada por el paciente o por el seguro de éste.

Gestionado por el Gobierno. Los ciudadanos están obligados a elegir un seguro del Estado. A partir del 2004, este seguro es obligatorio para: empleados con ingresos menores de 40.500 euros anuales; estudiantes de universidades públicas menores de 30 años; personas en prácticas o cursando educación secundaria; pensionistas; parados que perciben prestación; estudiantes de países con los que Alemania tiene acuerdos de Seguridad Social.

a) Sistema Estatal de seguros sanitarios

Lo proveen compañías sin ánimo de lucro que trabajan para el Estado (AOK, BKK, BEK, DAK, KKH). Desde 1996, el ciudadano puede elegir la compañía. Estos seguros aseguran a toda la familia sin coste adicional.

El Ministro de Salud propone las leyes que una vez aprobadas en el Parlamento definen la legislación. Existen un total de 291 Fondos de Enfermedad que negocian sus contratos con los distintos proveedores de servicios sanitarios. Desde 1996 cada persona asegurada puede elegir uno de los distintos Fondos de Enfermedad y estos fondos están obligados a aceptar a cualquiera que los solicite. Existe libertad de elección de médico, generalista o especialista.

Existen diferentes esquemas de compensación de riesgos, por edad, sexo y estado de salud entre los distintos fondos de enfermedad.

b) Seguro Asistencial

Este seguro se añadió en 1995 y cubre cuidados y atención a un enfermo en caso de accidente grave, enfermedad, invalidez o vejez. Las compañías privadas ofrecen el asistencial. Los que poseen el seguro estatal, acceden a este seguro de forma automática.

c) Seguro sanitario privado

En algunos casos, puede elegirse. Ofrece una cobertura muy extensa. Todo aquel que esté fuera del seguro sanitario del estado puede elegir un seguro privado. El paciente paga los gastos y emite el recibo a la compañía, que hace el reembolso.

d) Hospitales

Alemania tiene hospitales público-estatales, hospitales sin ánimo de lucro y privados. En el servicio de urgencias hay que entregar documentación que certifique que el paciente tiene seguro. El seguro médico cubre los gastos en el hospital. Sin embargo, los pacientes con seguro público tiene que pagar una tarifa diaria los primeros 14 días de estancia.

El cuidado de los pacientes a nivel hospitalario agudo se realiza por un sistema de proveedores mixto público y privado con una participación del sector público en un 53%, organizaciones no lucrativas 39%, y el sector privado el 8%.

Los hospitales se financian de manera doble. La inversión está planificada por los gobiernos de los 16 *Länder* y después cofinanciada por el *Länder* y el gobierno federal. Los fondos de enfermedad financian los gastos recurrentes y los costes de mantenimiento.

e) Farmacias

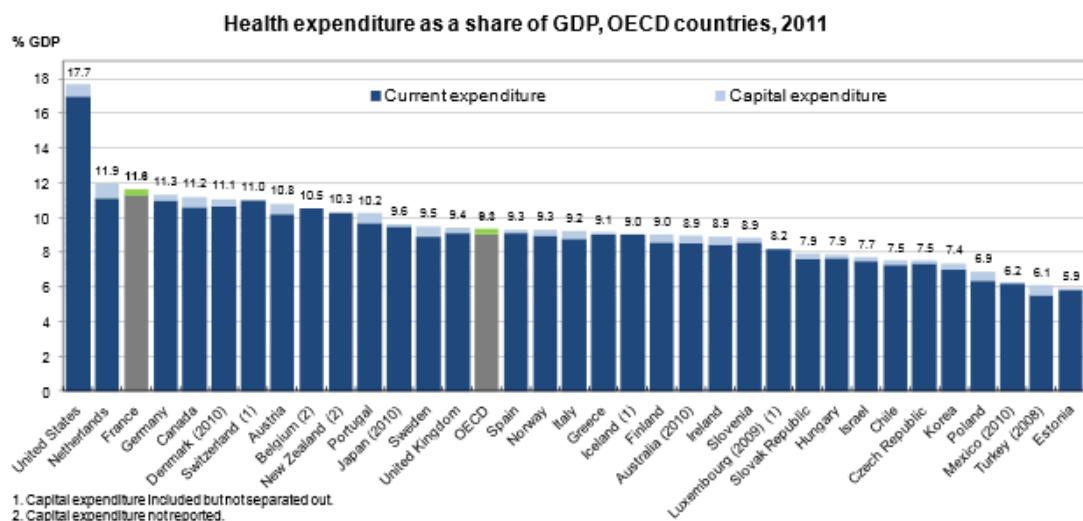
Suministran medicamentos con prescripción médica y sin ella. Las medicinas en este país son de las más caras de Europa. Alemania tiene una política muy estricta con respecto a las prescripciones médicas.

Los seguros públicos cubren la mayor parte del coste de las medicinas con prescripción. Se tiene que pagar una pequeña cantidad por cada medicamento. Si los ingresos del ciudadano (brutos anuales) están por debajo de un cierto nivel, puede que esté exento de pagar gastos adicionales por las prescripciones.

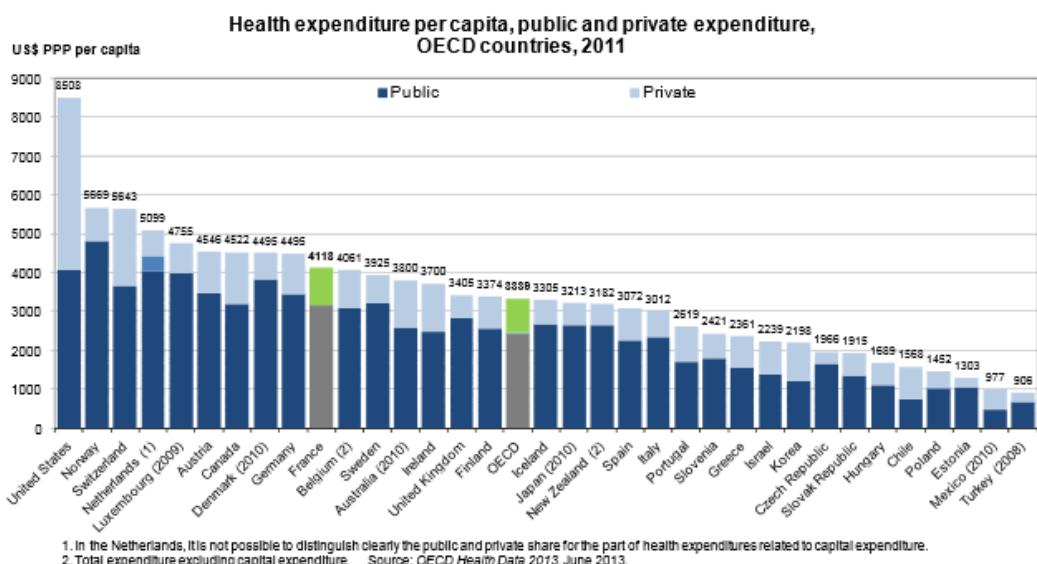
Si se tiene un seguro privado, se pagan las medicinas primero y se envían los recibos a la aseguradora para recibir el reembolso. Independientemente del seguro que se tenga, siempre se tiene que pagar el coste total de las medicinas que no tengan prescripción.

Un medicamento incluido en el sistema de precios de referencia se le garantiza la financiación pública hasta el límite de dicho precio, el cual no tiene por qué coincidir con el precio de venta al público. Si el paciente desea adquirir el medicamento, tendrá que abonar la diferencia entre el precio de venta y el precio de referencia. Si el paciente desea evitar este copago puede adquirir un sustitutivo terapéutico que tenga el precio de referencia (Ognyanova et al. 2011; Gerber et al. 2011).

3.2 FRANCIA



Fuente: Base de datos de la OCDE sobre la salud 2013



Fuente: Base de datos de la OCDE sobre la salud 2013

El gasto en Salud en Francia aumentó en términos reales por 2,8% por año en promedio entre 2000 y 2009, pero esta tasa de crecimiento se ralentizó en 1,3% entre 2009 y 2011.

El 76,8% del gasto sanitario fue financiado por fuentes públicas en 2011. La proporción del gasto público en salud fue mayor en Francia que en otros países europeos como España y Suiza, pero menor que en los países nórdicos (Dinamarca, Noruega y Suecia) y Reino Unido.

Su sistema sanitario es uno de los más complejos, combinando factores de varios modelos. Es un sistema de seguro de salud nacional complementario, con financiación basada en impuestos (tasa general social CSG) y en los seguros de salud voluntarios complementarios (VIH).

Casi toda la población está cubierta por la seguridad social obligatoria que, sin embargo, sólo genera el 70% del gasto sanitario. Los médicos pueden o no atender a los pacientes del seguro obligatorio. Quienes lo hacen pueden cobrar las tarifas impuestas por el asegurador o cobrar importes adicionales.

El sistema de salud está regulado por el Estado (Parlamento, Gobierno y Ministerios) y los Fondos de Seguros de Salud Estatutarios.

Hay tres esquemas principales dentro del sistema de seguro de salud estatutario: el esquema general cubre al 85% de la población (empleados en comercio, industria y familiares); el esquema agrícola que cubre a granjeros y familias (10%); y el esquema para autónomos que cubre el 5%.

El sistema de salud francés está descentralizado de Nacional a Regional. Desde 1996 el Parlamento aprueba un techo de gasto anual, presupuesto que una vez fijado se divide en cuatro subgrupos: práctica privada, hospitales públicos, hospitales privados lucrativos y cuidados sociales.

El esquema principal de seguro de salud paga a los hospitales públicos a través de presupuestos globales prospectivos en base a los GRDs. Los hospitales privados lucrativos se pagan mediante una cantidad fija que cubre todos los gastos a excepción de los médicos que se cubren en base libre. Los hospitales privados no lucrativos pueden elegir entre los dos sistemas de pagos.

La mayoría de los servicios se proporcionan por medio de médicos autónomos libres, en consultas y hospitales privados. Los pacientes pagan directamente por servicio y luego son

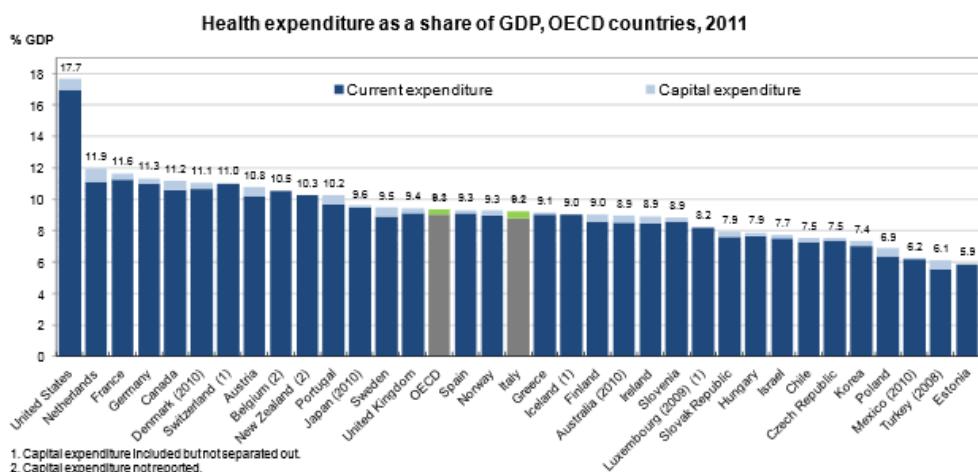
reembolsados parcialmente por el sistema de seguro de salud estatutario. El acuerdo nacional entre médicos y los fondos especifican una tarifa negociada. Alternativamente desde 1990 los médicos especialistas (aproximadamente el 24% de los médicos) cobran elevados salarios. Los médicos en los hospitales públicos reciben un salario de base y desde 1986 se les permite en *part-time* realizar la práctica privada dentro del mismo hospital como incentivo para trabajar en el sector público.

Existe copago y el paciente paga el 25% del coste de consulta (salvo que tenga seguros adicionales). Paga el 65% del transporte sanitario y el 40% de fisioterapia y pruebas de laboratorio. En hospitalización se paga por día, más un 20%. Los medicamentos de ciertas enfermedades crónicas están exentos de aportación, fijándose el copago para los demás entre un 35 y un 65%.

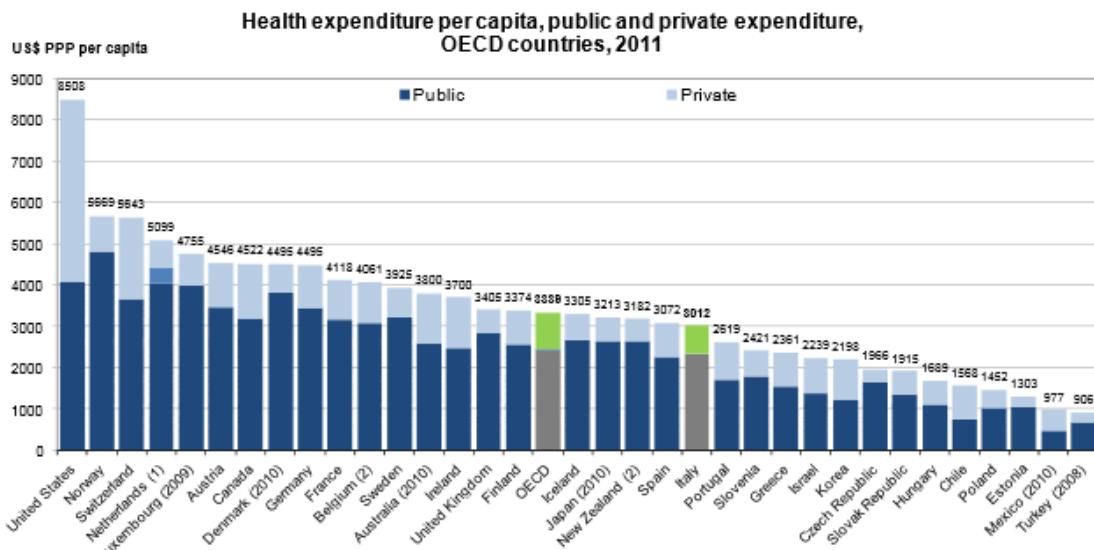
Los pacientes tienen acceso libre al médico y hospital. El 65% son hospitales públicos, 15% privados no lucrativos, 20% privados lucrativos.

Dentro de los objetivos del sistema está el mantener y potenciar un alto nivel de libertad de elección de médico; mantener la pluralidad en la provisión de servicios; mejorar la accesibilidad; mantener el escaso porcentaje de lista de espera existente en Francia; mantener una contención de gastos a pesar de la cobertura nacional; mantener el copago por visita al médico; reducir el gasto en farmacia; y prevenir el fraude del uso de la tarjeta sanitaria. Las reformas en marcha podrían implicar una mayor privatización de la financiación sanitaria.

3.3 ITALIA



Fuente: Base de datos de la OCDE sobre la salud 2013



1. In the Netherlands, it is not possible to distinguish clearly the public and private share for the part of health expenditures related to capital expenditure.

2. Total expenditure excluding capital expenditure. Source: OECD Health Data 2013, June 2013.

Data are expressed in US dollars adjusted for purchasing power parities (PPPs), which provide a means of comparing spending between countries on a common base. PPPs are the rates of currency conversion that equalise the cost of a given 'basket' of goods and services in different countries.

Fuente: Base de datos de la OCDE sobre la salud 2013

Durante muchos años, se han asignado los recursos de manera ineficiente. Como en la mayoría de los países de la OCDE, el número de camas de hospital per cápita en Italia ha disminuido con el paso del tiempo. Esta disminución ha coincidido con una reducción en la duración de la estancia en hospitales y un aumento en el número de procedimientos y ambulatorios.

En el año 1978 se estableció el NHS italiano teniendo como objetivo el garantizar el acceso universal a un nivel uniforme de cuidados de salud en todo el país; sistema de salud financiado mediante los impuestos (tasas generales). Aunque se alcanzó la cobertura universal, existen diferencias en cuanto a cuidados de salud, recursos sanitarios y gasto sanitario entre las distintas regiones.

Después del 2001, el Estado Central y las regiones comparten la responsabilidad sanitaria del país. El Estado Central tiene el poder para definir las prestaciones, el llamado LEA (*Livelli Essenziali di Assistenza*), que se proporciona de manera uniforme en todo el país. Las 20 regiones tienen la responsabilidad para la organización y administración de los sistemas de salud. Las autoridades locales son responsables de proporcionar los servicios a nivel local.

En cuanto a la financiación y gasto sanitario, en los años noventa el Seguro Social de Salud realizaba más del 50% de la financiación y a finales del noventa, un impuesto regional

sobre el negocio reemplazó a las contribuciones sociales. Este impuesto se complementa con una subvención central financiada a través del IVA.

Las prestaciones ortoprotésicas no están cubiertas, aunque sí el transporte. Se abona un 40% del coste de las pruebas diagnósticas. El copago ha aumentado y los pacientes que acuden a visitas de médicos especialistas pagan 10 euros cada vez y 25 cuando acudan a urgencias y no requieran de ingreso hospitalario.

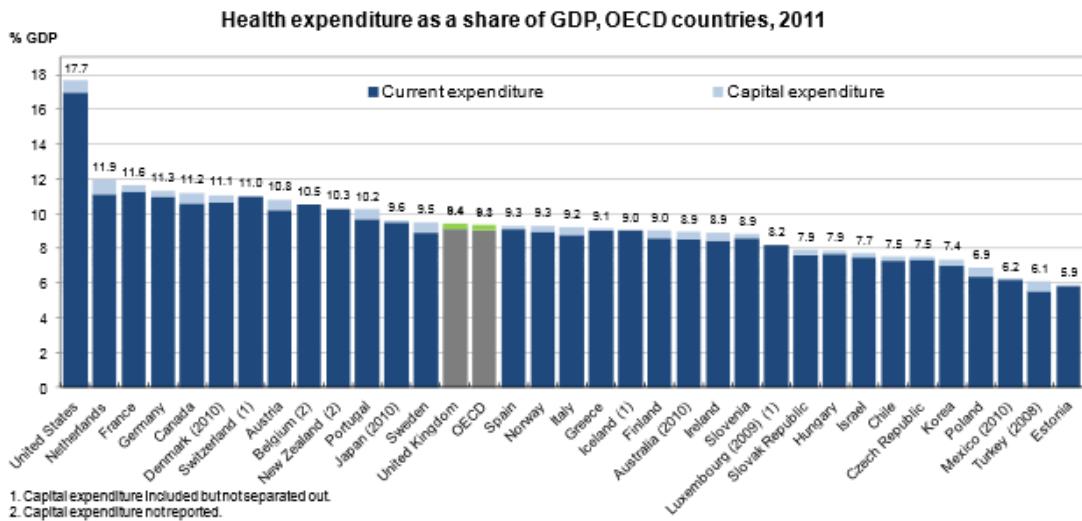
Existe un copago de manera que los pagos privados comparten costes para los servicios públicos para pruebas diagnósticas, farmacia y consultas a especialistas. Desde 1993, los pacientes tienen que pagar los seguimientos ambulatorios hasta un máximo estipulado. En 1996 los copagos suponían el 4,8 % del total de ingresos del NHS italiano, pero esto cayó al 2,9% en el año 2002 después de que se eliminara el copago de medicamentos a nivel nacional.

Los pacientes pagan por los medicamentos sin receta médica. Aproximadamente el 15% de la población tiene un seguro privado de salud complementario, bien individual o colectivo a través de su empresa.

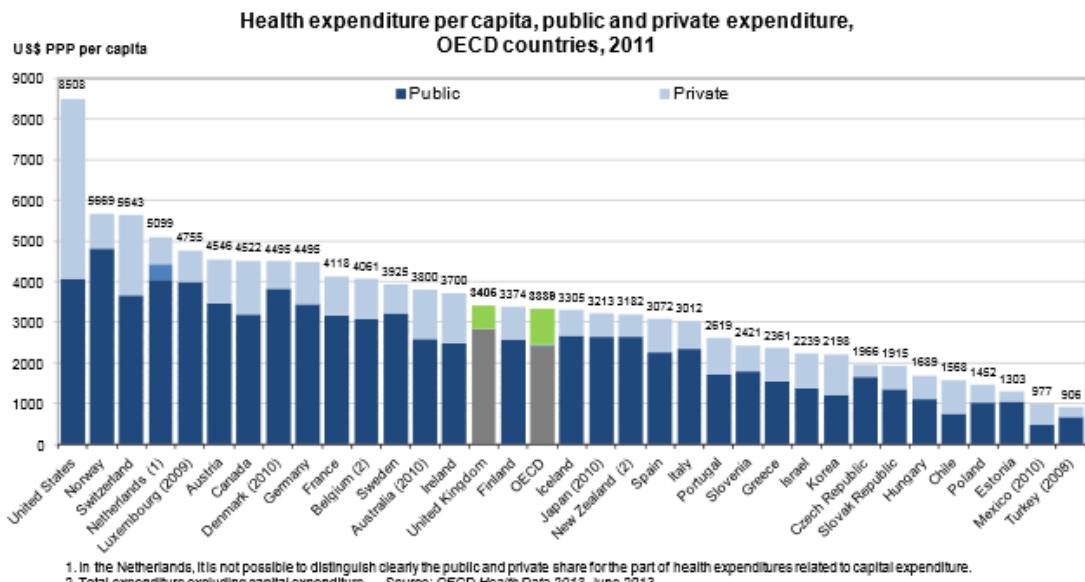
Los hospitales terciarios tienen *status* de fundaciones y disfrutan de libertades financieras. Los hospitales públicos secundarios y comarcales disfrutan de alguna autonomía financiera pero permanecen bajo el control de las LHU (unidades locales). A nivel hospitalario se implantó un sistema de pagos prospectivos mediante los GRDs para los pacientes en hospitalización. Los médicos hospitalarios son empleados fijos asalariados.

Las LHU son las encargadas de promover y proteger la salud pública por medio de la medicina preventiva (vacunaciones), promoción de la salud y control alimentario. Los servicios de especialistas se realizan por medio de las LHU o a través de centros concertados (61%) y privados (sin ánimo de lucro), acreditados por las LHU.

3.4 REINO UNIDO



Fuente: Base de datos de la OCDE sobre la salud 2013



Fuente: Base de datos de la OCDE sobre la salud 2013

El gasto sanitario creció en términos reales una media de un 5,7% cada año (2000-2009). Sin embargo, en 2010 cayó 1,9%, en términos reales, en 2010 (con una caída de 0,4% más en el 2011). En 2011 el Reino Unido, el 82.8% del gasto en salud fue financiado por fuentes públicas (por debajo del 83,5% registrado en 2010).

En la línea de los países de la OCDE, el número de camas de hospital per cápita en Reino Unido ha caído gradualmente durante la última década. Esta disminución ha coincidido con una reducción de las estancias en hospitales y un aumento en las cirugías.

El SNS, National Health Service (NHS), financiado por impuestos generales nacionales, proporciona asistencia sanitaria pública, por medio de proveedores públicos, delegando las responsabilidades de compra a nivel local.

La cobertura es universal a todos los residentes legales en el Reino Unido y a los residentes de la CEE y ciudadanos de otros países con los que el Reino Unido tenga acuerdos. La sanidad privada, por medio de un seguro médico complementario, es escasa, suponiendo en el 2001 el 11,5% de la población.

Es uno de los sistemas más citados, debido a la elevada satisfacción de los usuarios, cifras de resultados y costo bajo.

El NHS se financia por medio de impuestos generales (IVA, IRPF) y de impuestos locales. El gasto total en sanidad es bajo. Hay contención del gasto.

La asistencia primaria se realiza por medio de los médicos generales (GP) que son autónomos y desde el 2004 su remuneración es en base a un sistema mixto: capitativo con un plus extra de calidad. Los GP de asistencia primaria se unen en grupos que actúan como médicos de cabecera de toda la población asignada. Los hospitales reciben su financiación por contratos de actividad mediante el análisis del *case-mix* y los GRDs.

El plan estratégico tiene como objetivos el incremento del número de médicos de asistencia primaria; la mejora de la eficiencia y la equidad; la libre elección de médico. Los últimos años estuvieron marcados por una reforma sustancial, tras evidenciarse un elevado número de pacientes en listas de espera. Desde el 2004 cualquier ciudadano en lista de espera quirúrgica de más de seis semanas tiene la opción de operarse fuera del sistema, en el sector privado, haciendo acuerdos con clínicas privadas.

El cambio más radical estriba en la posibilidad de «compra de servicios sanitarios por parte de los médicos de atención primaria», que, a su vez, pueden establecerse en parte del accionariado sanitario (*GP fund holdings*). Hay políticas agresivamente mercantilistas en los hospitales (al menos en la zona de Londres, donde la concentración hospitalaria es máxima y excesiva para la atención exclusiva de su población. En otras zonas la escasez de recursos hospitalarios no permite una verdadera competencia, y los gastos administrativos del cambio no abaratan, sino que encarecen la asistencia).

El copago en farmacia ha ido subiendo paulatinamente. En la práctica, sin embargo, pocos pagan esa cantidad, debido a las exenciones y al hecho de que casi la mitad de los medicamentos cuestan menos, con lo que es más barato adquirirlos sin receta. En hospitalización se paga una tarifa por habitación privada. Recientemente se ha suprimido la gratuidad del transporte sanitario.

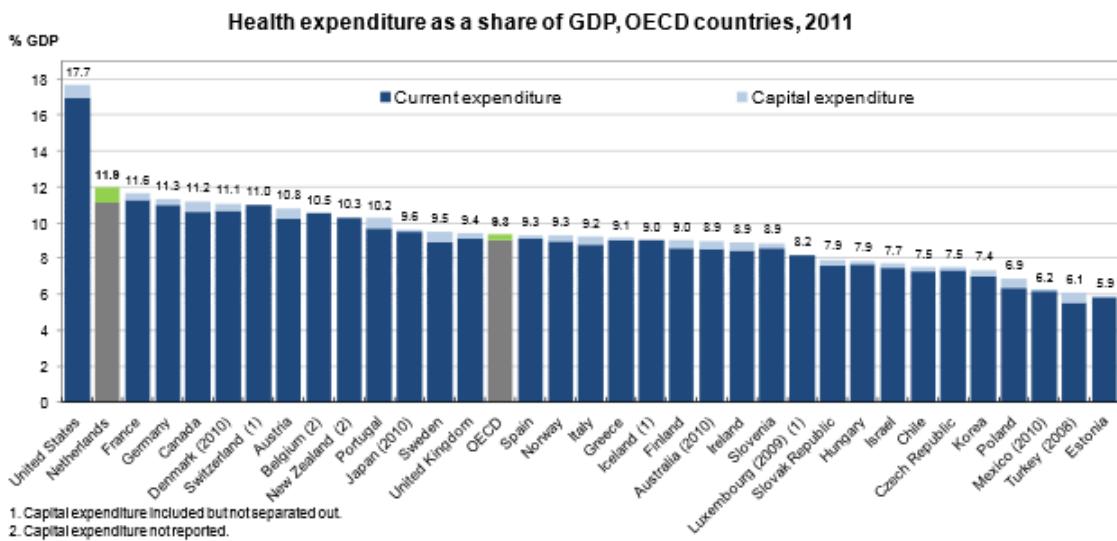
La reforma del sistema de regulación de precios farmacéuticos vigente en el Reino Unido, va a adoptar un sistema de precios basado en el valor a partir de 2014 (Department of Health, 2011). Para que este sistema funcione es preciso evaluar económicamente el medicamento en cuestión, lo cual determinará su inclusión en la prestación farmacéutica (como, por ejemplo, hace el Pharmaceutical Benefits Advisory Committee australiano), para a continuación utilizar esa información como punto de partida para fijar el precio máximo financiable del medicamento (como prevé hacerse en el Reino Unido).

El National Health Service dejará de ser un sistema de propiedad estatal y se transformará en un sistema en el que la asistencia competirá a diversas organizaciones públicas y privadas, en buena parte, autónomas.

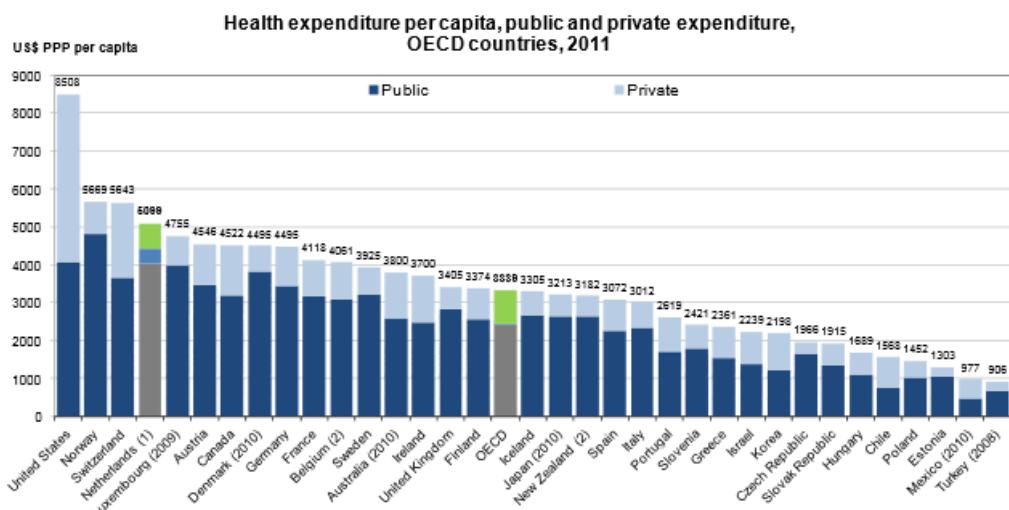
Hay que valorar muy bien la relevancia de las indicaciones para subgrupos de pacientes, como hace el National Institute for Health and Care Excellence (**NICE**) británico, cuyas recomendaciones sobre nuevas tecnologías son mayoritariamente del tipo “sí, pero”, esto es, aceptación con restricciones, no aplicaciones con carácter universal (Dakin et al. 2006).

También es importante resaltar el **Performance Assessment Framework**, desarrollado por el NHS como Guía en la implementación del Marco del Desempeño del NHS. Este marco establece la identificación de las organizaciones que están desarrollando un bajo rendimiento y estipula cuándo debe tener lugar una intervención en ellas.

3.5 HOLANDA



Fuente: Base de datos de la OCDE sobre la salud 2013



Fuente: Base de datos de la OCDE sobre la salud 2013

El gasto en salud de los Países Bajos aumentó en términos reales una media de casi un 6% al año entre 2000 y 2009, pero esta tasa de crecimiento se ralentizó a un 3,2% en 2010 y disminuyó un 0,1% en 2011.

En 2011 en los Países Bajos, el 85,6% del gasto en salud fue financiado por fuentes públicas (porcentaje muy superior a la media de los países de la OCDE; 72.2%)

Holanda está considerado el país con mejor sistema sanitario de Europa. Según un estudio de la organización de consumidores sueca, *Health Consumer Powerhouse* (especializada en sanidad y colaboradora de la Comisión Europea). El Euro Health Consumer Index (EHCI) es un informe que mide la calidad del sistema público de salud de 35 países europeos.

Holanda tiene una estructura organizativa, tipo SNS, basado en los seguros, coexistiendo tres compartimentos paralelos de seguros. El primero incluye un *Seguro de Salud Nacional* para los gastos médicos excepcionales; el segundo tiene diferentes regímenes regulatorios: *Fondos de Enfermedad Obligatorios* para personas hasta cierta cantidad de ingresos y *Seguros Privados*, la mayoría seguros de salud voluntarios complementarios.

En el primero, regulado por el Acta de gastos médicos excepcionales (AWBZ), que incluye un seguro para gastos médicos excepcionales asociados con enfermedades crónicas o de elevado coste de tratamiento, está prácticamente el 100% de la población.

El segundo seguro cubre los cuidados médicos estándar. En éste está el 65% de la población y cubre a aquellos con salarios anuales por debajo de 30.700 euros. Todos aquellos con salarios anuales por encima de 30.700 euros, realizan algún tipo de contratación con el sector de seguros privados (WTZ) que cubre al 30% de la población. El esquema de funcionarios cubre al 5% de la población.

El tercer tipo de seguro incluye cobertura en aquellas técnicas no consideradas vitales, como servicios dentales, prótesis no implantables, etc. Esta parte está cubierta por los Seguros Médicos Privados Complementarios.

El sistema está supervisado por diferentes Ministerios y recientemente la responsabilidad ha cambiado pasando del gobierno central al sector privado (delegación o descentralización funcional) y ha habido una transferencia de competencias del gobierno central al provincial/local.

En cuanto a la financiación y gasto sanitario, los cuidados crónicos (AWBZ) se financian por medio de deducciones de la nómina de los trabajadores y por Fondos Gubernamentales y representa el 41% del gasto sanitario. Los gastos para el Seguro estándar (ZFW) suponen el 38% del gasto total; los seguros privados el 15%; y los pagos directos privados el 6%.

Desde el año 2000 los pagos hospitalarios se realizan de acuerdo a un sistema basado en el coste por GRDs. Además, adicionalmente los hospitales reciben presupuestos adicionales para gastos estructurales.

Los médicos especialistas en formación son empleados asalariados de los hospitales. Los médicos generales cobran en base a un sistema capitativo por paciente asegurado en ZFW y un pago por servicio para los seguros privados.

Cada paciente se vincula a un médico de medicina general (médico de cabecera), que actúa como controlador y filtro a los demás servicios del sistema (médicos especialistas y hospitalización). La mayoría de los problemas médicos, dos tercios de los procesos ambulatorios, son tratados por los médicos de familia siendo las derivaciones a los especialistas y a los hospitales bajas.

La mayoría de la asistencia especializada se realiza a través de médicos especialistas, en hospitales con consultas externas. Dentro de los hospitales más del 90% son hospitales privados, no lucrativos, y el resto son hospitales principalmente públicos universitarios.

La tendencia ha sido realizar una transferencia de la responsabilidad de proporcionar cuidados de salud del gobierno central a los asegurados y a que exista una mayor competencia entre los proveedores de servicios sanitarios.

La totalidad de la población se halla asegurada frente a procesos graves y crónicos. La cobertura ante procesos agudos es para el 62% de la población, mientras que el resto contrata seguros privados. El copago de farmacia es el exceso sobre el precio de referencia.

La clave de su éxito se debe a una serie de características:

- 1) **Financiación pública y prestación de servicios privada:** el Estado asegura a todos sus ciudadanos que quedarán totalmente cubiertos, sin importar su edad o historial

clínico, pero son las empresas del sector las que compiten por atraer a los clientes/contribuyentes.

La legislación neerlandesa obliga a todos los ciudadanos a contratar un **seguro médico**. La normativa establece un catálogo mínimo de prestaciones que toda compañía debe ofrecer y que está entre los más completos de todos los sistemas públicos europeos. Este seguro se abona entre el Gobierno, las empresas y los propios asegurados.

Sin embargo, hay familias a las que les repercute económicamente este pago; por eso, hasta el 70% de los hogares del país recibe algún tipo de subvención pública para ayudar en el pago del seguro. Estado puede llegar a pagar la práctica totalidad del seguro.

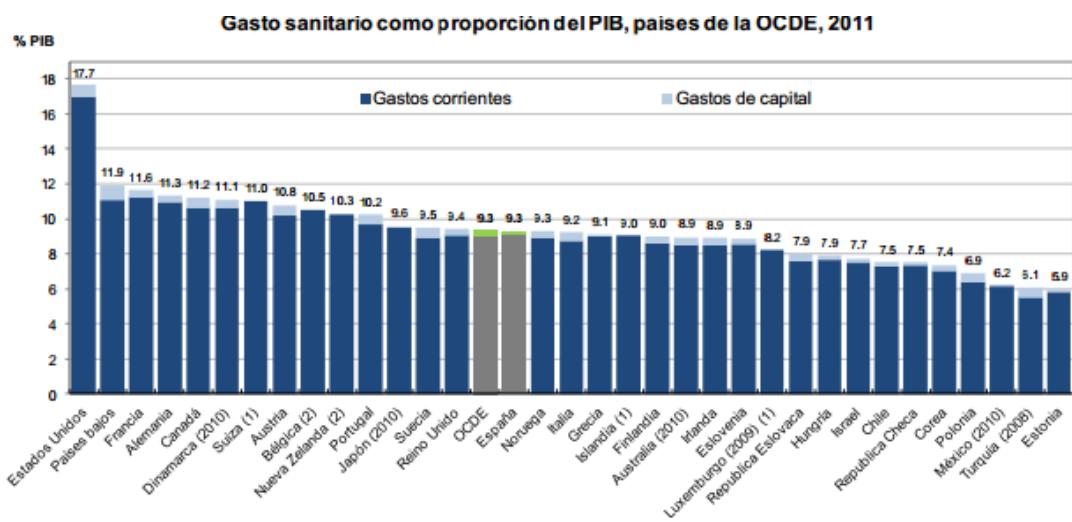
Cada holandés tiene que pagar cada año una pequeña cantidad que se asemeja a un **copago** para sus primeras visitas al médico (alrededor de 220 euros). Cuando acude por primera vez al especialista o a la farmacia es como si sacara dinero de esta cuenta. Cuando la agota, entra en juego el seguro privado.

- 2) **Las compañías no excluyen pacientes:** los enfermos más graves o crónicos no tienen problema a la hora de ser aceptados por un seguro. El estado paga una prima por los grupos de riesgo a las compañías para incentivar su inclusión. Además, existe un seguro público que cubre las enfermedades crónicas y tratamientos especiales.
- 3) **Competencia:** este modelo dispara la competencia entre las compañías aseguradoras privadas. Decenas de ellas ofrecen sus servicios a todos los ciudadanos, se anuncian y buscan atraer clientes que mejoren su cuenta de resultados. Luego, en el trato diario, su objetivo es agradarles, para conseguir que repitan año tras año.
- 4) **Más servicios:** las compañías pueden ofrecer complementos en el seguro (desde servicios dentales, hasta fisioterapia, pasando por mejores condiciones de hospitalización). Quien lo desee, puede pagar complementos a su póliza y cubrir así estas necesidades especiales.

Hay que tener en cuenta que este modelo no es barato. Los ciudadanos del país valoran los servicios de las aseguradoras y un porcentaje elevado contrata extras respecto al mínimo legal establecido.

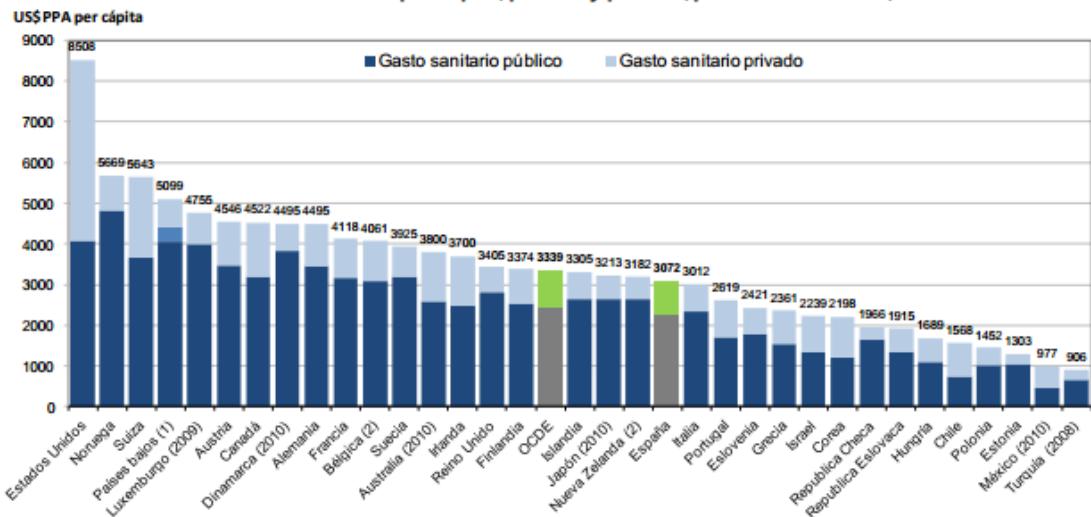
Desde 2006, en un proceso que contó con el consenso de los principales partidos del arco parlamentario, tanto a izquierda como a derecha, está en vigor en Holanda un modelo muy novedoso que podría resumirse como de financiación pública y prestación de servicios privada. Es decir, que el Estado asegura a todos sus ciudadanos que quedarán totalmente cubiertos, sin importar su edad o historial clínico, pero son las empresas del sector las que compiten por atraer a los clientes/contribuyentes.

3.6 ESPAÑA



Fuente: Base de datos de la OCDE sobre la salud 2013

Gasto sanitario per cápita, público y privado, países de la OCDE, 2011



1. En los Países Bajos, no es posible distinguir entre los gastos públicos y los gastos privados relacionados con los gastos de capital.

2. Los gastos totales no incluyen los gastos de capital. Fuente: *OECD Health Data 2013*, Junio 2013.

Datos en Dólares EE.UU., ajustados por paridad de poder de compra (PPC), lo cual permite comparar los gastos entre los países con una base en común. PPA es la tasa de cambio que iguala el coste de una canasta dada de bienes y servicios entre diferentes países.

Fuente: Base de datos de la OCDE sobre la salud 2013

Nos encontramos ligeramente por debajo de la media de la OCDE.

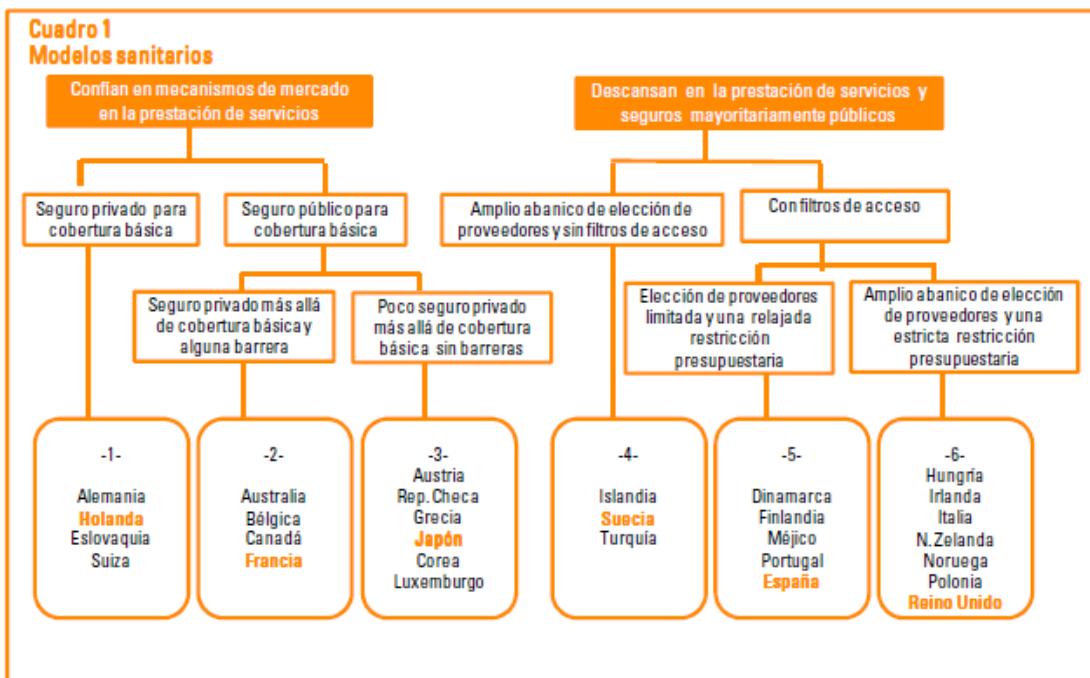
La crisis financiera y económica condujo a un incremento de gasto en salud como proporción del PIB en España, cuando el PIB comenzó a caer bruscamente en el segundo semestre de 2008 y durante 2009, mientras que el gasto en salud continuó subiendo, aunque a un ritmo más lento. Sin embargo, unas reducciones subsecuentes del gasto sanitario en 2010 y en 2011 llevó a una disminución de dicha proporción.

El gasto sanitario en España creció, en términos reales, un 5.6% en promedio anual entre 2000 y 2009, más rápido que el promedio de la OCDE de 4.8%, pero cayó un 0.5% en 2010 y un 2.8% en 2011. Este crecimiento negativo se debió a una gran reducción en el gasto sanitario público. Los países con las proporciones públicas de gastos en salud más altas (más del 80%) son los países nórdicos (Dinamarca, Noruega, Islandia y Suecia), el Reino Unido y el Japón.

Tal como en la mayoría de los países de la OCDE, el número de camas para la atención hospitalaria por habitante viene disminuyendo. Esta reducción ha coincidido con una reducción de la duración media de estancia en hospital y un aumento en el número de intervenciones quirúrgicas ambulatorias.

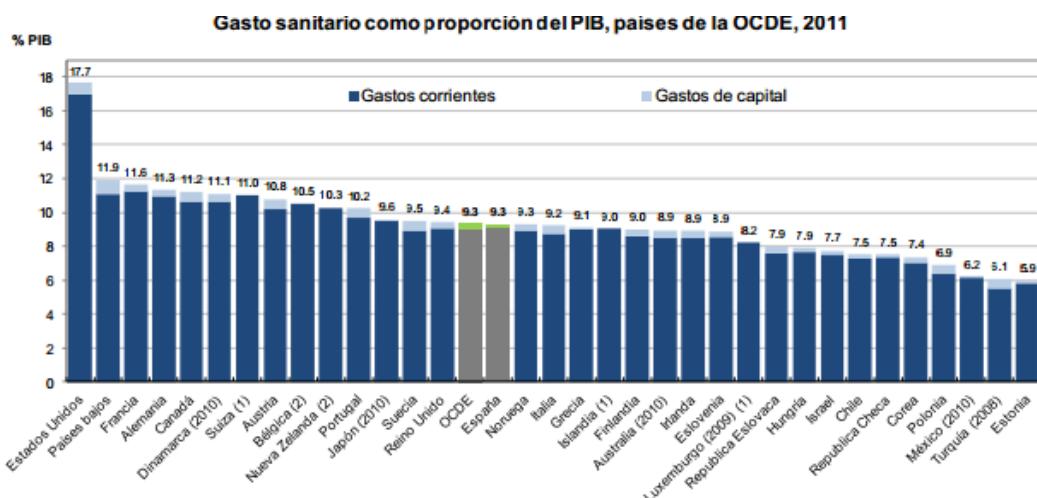
3.7 RESULTADO DE LA COMPARATIVA

Atendiendo a la prestación de servicios público, privada o mixta y los diferentes accesos, identificamos los siguientes modelos:



Fuente: Círculo de Empresarios. Un sistema Sanitarios Sostenible. 2012

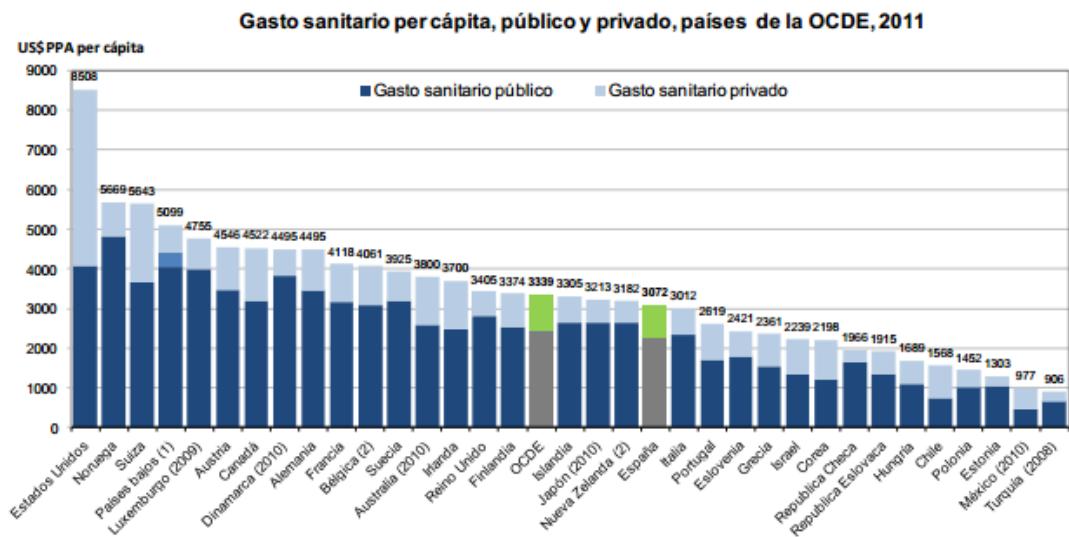
Según los Porcentajes del PIB destinado al gasto sanitario⁶ (países OCDE, 2011)



Fuente: Base de datos de la OCDE sobre la salud 2013

⁶ Incluyendo España como comparativa

Según el Gasto sanitario per cápita, gasto público y privado (países OCDE, 2011)



1. En los Países Bajos, no es posible distinguir entre los gastos públicos y los gastos privados relacionados con los gastos de capital.

2. Los gastos totales no incluyen los gastos de capital. Fuente: *OECD Health Data 2013*, Junio 2013.

Datos en Dólares EE.UU., ajustados por paridad de poder de compra (PPC), lo cual permite comparar los gastos entre los países con una base en común. PPA es la tasa de cambio que iguala el coste de una canasta dada de bienes y servicios entre diferentes países.

Fuente: Base de datos de la OCDE sobre la salud 2013

Según los Recursos Sanitarios 2011

PAÍS	PIB	USD	MEDICOS(*)	ENFERMERAS (*)	CAMAS (*)
Alemania	11,3	4.495	3,8	11,4	8,3
OCDE	9,3	3.339	3,2	8,7	4,8
Francia	11,6		3,3	8,7	6,4
Italia	9,2	3.012	4,1	6,3	3,4
Reino Unido	9,4	3.405	2,8	8,6	3
Holanda	11,9	5.099	3	11,8	4,7
España	9,3	3.072	4,1	5,5	3,2

(*) Cada 1.000 habitantes

Fuente OMS. Elaboración propia.

Según la Financiación del Sistema de Salud

PAÍS	Financiación PÚBLICA %
Alemania	76,5
OCDE	72,2
Francia	76,8
Italia	77,8
Reino Unido	83,8
Holanda	85,6
España	73

(*) Cada 1.000 habitantes

Fuente OMS. Elaboración propia.

Son coincidentes los siguientes puntos:

- ✓ Practica cobertura Universal, en todos ellos
- ✓ Sector público como principal fuente de financiación, incluso >80% en países nórdicos, Reino Unido y Japón
- ✓ Incrementos en Gasto Sanitario importantes, que han tenido que desacelerar o incluso frenar por la falta de financiación generada en la crisis.
- ✓ Reducción en número de camas
- ✓ Incremento de la Cirugía ambulatoria
- ✓ Disminución de la estancia media hospitalaria
- ✓ Presencia en mayor o menor grado del sector privado asegurador
- ✓ Pago basados en GRD⁷s

Los hechos diferenciales más significativos se dan entre países de mayor poder adquisitivo como son Alemania, Holanda, Francia, Suecia y Reino Unido.

- ✓ PIB (>11 % Alemania, Francia, Holanda)
- ✓ Dólares de paridad (Holanda: 5.099 Alemania 4.495 España: 3.072)
- ✓ Diferencia en número de camas hospitalarias (Alemania: 8,3 Reino Unido: 3)
- ✓ Ratio enfermeras/médico (Alemania: 4, Holanda: 3,9, España 1,39)

Comparándonos con el caso Holandés, con la privatización de sus proveedores sanitarios, cuyos resultados resultaban incentivadores para ser emulados, es evidente que sin una regularización por parte del Estado, la privatización completa con aseguradoras privadas con fines de lucro, puede generar problemas de eficiencia y equidad. Se correría el riesgo de aumentar de forma notable los costes de transacción, regulación y control, pudiendo también generar selección de riesgos por parte de la aseguradora y lo que es más, se podría trasladar a primas la ineficiencia del sistema.

Como principal reflexión se destaca que es fundamental el establecimiento de un sistema de información, vinculado a resultados. El sistema de información ha de ser válido para el conjunto del Estado, sobre costes, recursos, productos intermedios y resultados en salud.

⁷Grupos Relacionados por Diagnóstico

Es en el Reino Unido donde se identifica el mayor desarrollo de esta información cuyo National Health Service ha establecido en los últimos años el Performance Assessment Framework que determina seis áreas de monitorización evaluadas mediante cuarenta y un indicadores, que permite evaluar el rendimiento de los hospitales, y otras herramientas de ámbito más técnico como el NICE (National Institute for Health and Care Excellence).

4 PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN

La exposición previa pone de manifiesto la complejidad y diversidad organizativa bajo la que se prestan servicios de salud en los países desarrollados, así como la variedad de iniciativas que se ponen en marcha en España con el fin último de mejorar las prestaciones dentro de unos presupuestos totales restrictivos. La investigación que se propone realizar toma como punto de partida la falta de un marco conceptual teórico general, pero a la vez adaptado a las características idiosincrática de la prestación de servicios de salud, que permita ordenar el entramado institucional bajo el que se estructura la organización de los sistemas sanitarios en el mundo. Si se consigue disponer de ese marco general el diagnóstico sobre potenciales pérdidas de eficiencia será más fácil de realizar y se podrá valorar la aportación de cada pieza al resultado final teniendo en cuenta las complementariedades con las aportaciones de las demás.

Las dos grandes opciones organizativas para la prestación de servicios sanitarios se mueven entre los extremos de la provisión privada donde las relaciones entre oferta y demanda se regulan por el sistema de precios, y las burocracias públicas donde la coordinación y la motivación de los participantes se consiguen a través de la planificación y la jerarquía. La solución de mercado puro se descarta fácilmente por las singularidades que presenta el mercado de productos y servicios sanitarios. Por otra parte, la provisión estatal encuentra sus limitaciones en las dificultades de la burocracia para asegurar flexibilidad y capacidad de adaptación bajo severas condiciones de información asimétrica entre planificadores y ejecutores (Arrow, 1970). Constatadas las limitaciones prácticas de los modelos puros, en la realidad conviven modelos mixtos donde la regulación pública busca proteger intereses generales en entornos quasi liberalizados, o modelos donde la burocracia pública se complementa con mecanismos de cuasi mercado.

La metodología de investigación propuesta en esta Tesina sigue una estrategia de análisis distinta. El punto de partida del análisis no es ni el mercado, ni el estado con sus variantes, sino la organización, entendida por el conjunto de mecanismos de asignación de recursos donde los problemas de coordinación y motivación se resuelven a través de mecanismos y fórmulas distintos de los precios (Gibbons y Roberts, 2013). Aunque inevitablemente el análisis desde la “organización” se solapará con las soluciones de mercado más regulación y de estado más liberalización, lo novedoso del planteamiento está en que estos modelos son punto de llegada del análisis, no punto de partida.

Las organizaciones como unidades de análisis diferenciadas de los mercados y del estado, han generado una corriente de estudios especializados dentro de la Economía que se identifican bajo el término genérico de Economía Organizacional (Organizational Economics). La reciente publicación del Handbook of Organizational Economics (Gibbons y Roberts, 2013) significa un importante impulso de sistematización de conocimientos sobre esta parcela de la Economía. A los objetos de nuestra investigación, el estudio de la organización para la prestación de servicios sanitarios se realizará alrededor de los cuatro ámbitos de decisión que la Economía Organizacional ha detectado como relevantes para la eficiencia en la asignación de recursos: Propiedad, Gobierno, Contratos y Organización Interna.

En los siguientes sub-apartados se hace una breve introducción a cada uno de estos cuatro ámbitos de decisión. Establecido el marco teórico, el ámbito de aplicación más inmediato será el del sistema sanitario español. Aunque es pronto todavía para evaluar el impacto efectivo de las reformas acometidas en los últimos años en la performance del sistema sanitario español, la experiencia de iniciativas reformadoras anteriores hace suponer que el objetivo de mantener los costes sanitarios bajo control sin pérdidas sustanciales en los estándares de calidad asistencial y de niveles de salud, no será fácil de conseguir. Y más difícil aun en una coyuntura de crisis económica tan intensa y prolongada en el tiempo. Es por ello que está plenamente justificado avanzar en el conocimiento de posibles iniciativas reformadoras en el ámbito de la propiedad, el gobierno y la organización de los principales agentes que configuran la estructura de provisión de servicios de salud en España.

Propiedad

Las decisiones sobre propiedad se refieren a determinar quién o quienes deben ser los propietarios de los activos no humanos (el capital humano incorporado en las personas no es transferible ni apropiable en contra de la voluntad de los portadores del mismo) más importantes para la provisión de servicios de salud, así como el alcance de dichos derechos. El ejercicio de los derechos de propiedad acostumbra a manifestarse en dos dimensiones distintas, los derechos a decidir sobre el uso de los activos, y los derechos a la apropiación por el propietario de los beneficios generados por ese uso y aplicación, después de descontar los pagos por las obligaciones contraídas. El Cuadro 1 muestra las

alternativas sobre formas de propiedad que resultan de cruzar las dos dimensiones indicadas según valores atribuidos a cada una de ellas. Las dos grandes alternativas en lo que se refiere a quién ostenta los derechos de decisión sobre los activos no humanos, son propiedad privada y propiedad pública. A un mayor nivel de desagregación dentro de la propiedad privada se puede descender a forma jurídica que en el fondo equivale a la naturaleza de los propietarios: sociedad anónima (capitalistas), cooperativa (trabajadores), mutua (clientes). Igualmente dentro de la propiedad pública se puede distinguir entre Estado, Comunidad Autónoma, Municipio...

La dimensión de propiedad que tiene que ver con la apropiación de los excedentes generados, distingue entre ejercicio de la propiedad con ánimo de lucro o sin ánimo de lucro. Bajo el ánimo de lucro no existe restricción alguna para que quien ostenta la propiedad disponga libremente de los retornos generados por la prestación de servicios, incluida la plena apropiación privada de los mismos. Cuando los derechos de propiedad se ejercen sin ánimo de lucro, se limita voluntariamente la plena disposición de los beneficios generados por la explotación de los activos. Bajo la propiedad pública de los activos, los beneficios de la actividad, si los hubiere, redundan de forma natural e inmediata en una ganancia para toda la sociedad. Sin embargo bajo la propiedad privada renunciar al lucro privado significa adoptar una forma jurídica, por ejemplo fundación, que permite ejercer los derechos de decisión sobre los activos al propietario privado, pero este no puede apropiarse en beneficio propio de las ganancias. Estas ganancias, si se producen deben revertir en el cumplimiento de la misión establecida en los estatutos fundacionales.

El cruce de las dos dimensiones muestra una gran variedad de formas puras y mixtas de propiedad sobre los activos no humanos que es fácilmente trasladable a distintas situaciones que actualmente ya se dan en el sistema sanitario español, tal como se indica con los ejemplos que acompañan a la Figura 1. Cada una de las formas de propiedad resultantes y las que se puedan añadir cuando se desagregue la dimensión en cuanto a titular de la propiedad privada y niveles de la propiedad pública, deberá evaluarse desde la perspectiva del objetivo último de calidad del servicio a un coste asumible, en cuanto a los incentivos que resultan para mantener el máximo valor de los activos invertidos, los incentivos para seguir invirtiendo en ellos, y las posibilidades de influir en estos incentivos

por parte de la competencia y las demandas de los usuarios. La referencia básica para el análisis continúa siendo el libro ya clásico de Hansmann (1996).

Cuadro I.- Alternativas sobre las formas de propiedad

TITULAR DERECHOS DE DECISION

Apropiación privada de rentas residuales	PROPIEDAD PRIVADA	PROPIEDAD COMPARTIDA	PROPIEDAD PÚBLICA (ESTADO)
SI	Organización privada Pura (1)	Organización privada regulada (2)	X
Parcialmente	Organización comercial no lucrativa o con lucro limitado (cooperativa de trabajadores) (3)	Organización comercial no lucrativa con financiación pública (4)	Organización pública comercial (5)
NO	Organización no lucrativa pura (6)	Organización privada con financiación pública (7)	Organización pública pura (8)

Figura 1.- Ejemplos sobre las alternativas sobre las formas de propiedad

- (1) Organización privada pura
 - Grupo Hospitalario Quirón
- (2) Organización privada regulada
 - XHUP (Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública). Catalunya
- (3) Organización no lucrativa o con lucro limitado
 - Entidades base asociativa (Mutua de Tarrasa y SAGESA)
- (4) Organización no lucrativa con financiación pública
 - Hospital MAZ (Zaragoza)
- (5) Organización pública comercial
 - Banco de Sangre y Tejidos de Aragón
- (6) Organización no lucrativa pura
 - Orden Hospitalaria de San Juan de Dios
 - Hospitales de la Cruz Roja
- (7) Organización privada con financiación pública
 - Concesión Sanitaria del Hospital de la Ribera
- (8) Organización pública pura
 - Hospital Universitario Miguel Servet
 - Hospital Clínico Lozano Blesa

Fuente: Salas Fumás (2007) y elaboración propia

Gobierno

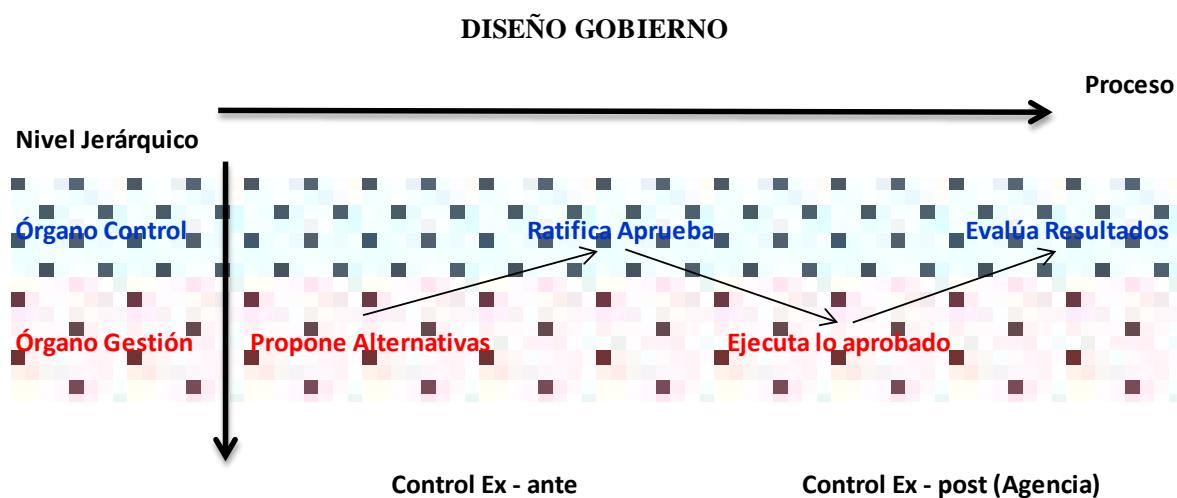
El término “gobierno” se refiere a las formas de ejercer los derechos de propiedad. En una sociedad mercantil cotizada en bolsa, con un número muy grande de accionistas, es evidente que la propiedad formal que ostentan los accionistas tiene claras limitaciones para poder ejercerse en el día a día del funcionamiento de la empresa. La propiedad pública, que en última instancia debe entenderse como la propiedad compartida por todos los ciudadanos de un país, no se ejerce de manera que pueda decirse que cada ciudadano influye en las decisiones sobre qué hace y cómo se hace, en las entidades públicas. Estos son sólo algunos ejemplos de las complicaciones que concurren en el ejercicio de la propiedad cuando nos apartamos del caso más simple, y poco realista en muchos de los ámbitos de prestación de servicios sanitarios, de que la propiedad está concentrada en una persona física que además se implica directamente en la gestión y el trabajo de la organización.

El gobierno de las organizaciones trata de articular los ámbitos de gestión, toma de decisiones, y de control seguimiento de los resultados, en los que se descompone el ejercicio de los derechos de propiedad, repartiéndolos entre órganos individuales o colectivos cuya composición y ámbito de responsabilidad están debidamente acotados (Shleifer y Vishny 1997, Hermalin, 2013). El Esquema 1 sintetiza las etapas del ciclo de decisión (iniciación, ratificación, ejecución y evaluación) repartidas entre un órgano con funciones de gestión y otro distinto con funciones de control (Jensen y Meckling, 1976, Fama 1980). El buen gobierno, entendido desde el criterio de alineación de las decisiones a todos los niveles con el objetivo de la organización, requiere asegurar la suficiente separación entre los órganos de control y de gestión, y requiere también precisar los criterios con los que se seleccionan los miembros de los mismos (competencia profesional, independencia, tiempo de dedicación,...). Finalmente, entre las decisiones relevantes de diseño del gobierno corporativo están las que tienen que ver con la representación de los distintos grupos de interés en los órganos establecidos.

Para tomar el ejemplo más conocido de las sociedades anónimas, al máximo nivel el órgano de control es la asamblea de accionistas y el primer órgano de gestión es el consejo de administración es el primer órgano de gestión; a su vez, el consejo es órgano de control

y el equipo directivo órgano de gestión. En Alemania las grandes empresas cuentan con representación de trabajadores y accionistas en sus consejos de administración, mientras que en España solo están representados los accionistas. En los últimos años se han producido avances teóricos y empíricos importantes para identificar y contrastar una amplia variedad de formas de diseñar los sistemas de gobierno que sin duda serán de aplicación al ámbito de las organizaciones sanitarias.

Esquema 1.- Elementos principales para el diseño de un sistema de gobierno



Fuente: Salas Fumás (2007) y elaboración propia

La aplicación de los modelos y recomendaciones sobre gobierno corporativo al ámbito de la organización para la provisión de servicios sanitarios incluye aspectos tan relevantes como el ejercicio de los derechos de propiedad pública en los hospitales. Actualmente en España los nombramientos de los directivos y consejeros de los hospitales públicos está sujeto al ciclo político, es decir son los parlamentos o gobiernos nacionales o regionales quienes, en cuanto legitimados para ello por los resultados electorales, eligen a directivos y consejeros de los centros sanitarios, así como los consejeros de todos los puestos de control intermedios desde el poder político a los órganos más ejecutivos. El gobierno corporativo ofrece alternativas para desvincular el ciclo político con la forma de elegir y renovar a los miembros de los órganos de control de asignarles más o menos poderes, como por ejemplo el nombramiento de los gestores en los puestos de máxima responsabilidad.

Contratos

Los contratos remiten a la regulación de las transacciones entre unidades del sistema; puede decirse también que los contratos surgen de las decisiones previas en las que se opta entre “fabricar” o “comprar”, es decir entre provisión interna o compra externa de un input intermedio a lo largo de la cadena de valor, en nuestro caso la cadena de valor de la prestación de servicios sanitarios. Entendiendo el contrato en sentido amplio, dentro del mismo puede incluirse el análisis de cuestiones tan relevantes como el copago sanitario o la prestación gratuita para los pacientes; la generalización de la intermediación a través de mutuas y compañías de seguros; la separación entre actividades nucleares (operaciones quirúrgicas) y actividades complementarias no esenciales (hostelería) en organizaciones hospitalarias. Libertad en la elección de proveedor sanitario o asignación obligatoria de los mismos dentro del ámbito de la prestación pública.

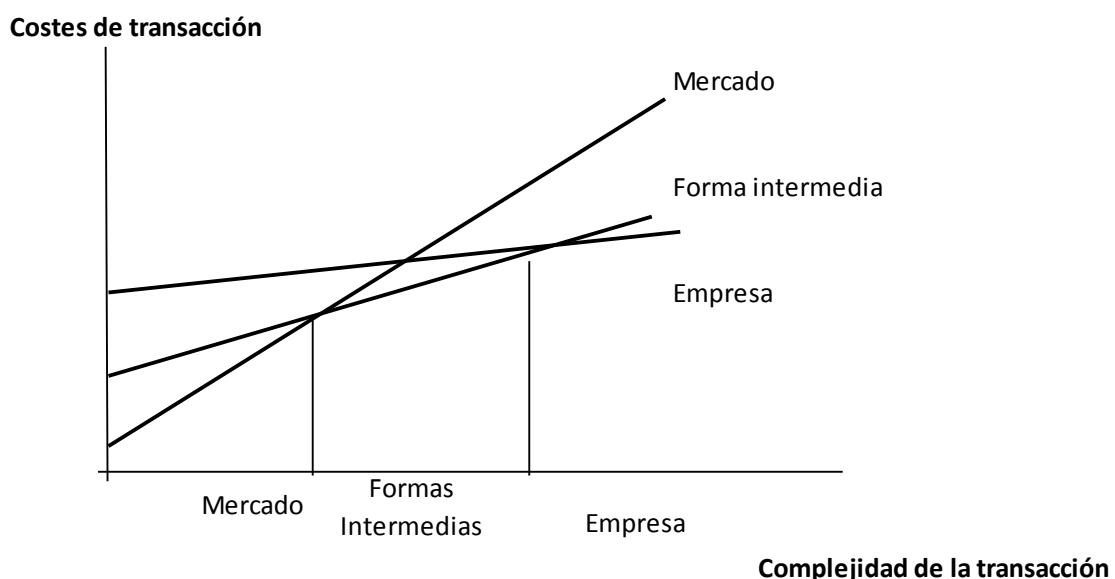
El marco teórico de apoyo para el análisis de las principales opciones contractuales en el ámbito que definimos como “contratos”, procede la Economía de los Costes de Transacción (Williamson 1985), y la Teoría de los Derechos de Propiedad (Hart 1995, 2003). En ambos casos se presta especial atención a los intercambios en condiciones de información incompleta y asimétrica que impiden la utilización de contratos completos para regular las transacciones, y se hace necesario en cambio utilizar contratos de carácter incompleto. Ni los contratos completos ni los incompletos reducen a cero los costes de contratar, ahora bien desde la ECT más clásica de Williamson se hace hincapié, sobre todo, en los costes de utilizar los contratos completos de mercado en situaciones de intercambio caracterizadas por incertidumbre y elevada especificidad de los activos utilizados. Desde la TDP, en cambio, se alerta sobre los costes de integrar las actividades para que las transacciones tengan lugar dentro de la organización y bajo el control de estructuras jerárquicas.

El Esquema 2 resume la principal propuesta de la ECT sobre la relación entre características de las transacciones y solución organizativa de fábrica-empresa o comprar-mercado, así como de fórmulas intermedias entre empresa y mercado. La mayor complejidad de las transacciones aumenta los costes de transacción sea cual sea la forma organizativa adoptada, pero los costes iniciales y las pendientes varían de unas opciones a

otras. Por ejemplo, en la solución de empresa (mercado) los costes de estructura son relativamente altos (bajos) porque hay que soportar los costes privados de la jerarquía (se aprovecha la infraestructura pública del mercado). Pero en cambio la mayor (menor) capacidad adaptativa de la jerarquía (mercado) implica que los costes crecen más despacio (deprisa) con la complejidad de las transacciones.

Las fórmulas organizativas intermedias, a veces bajo el término generar de proyectos público-privados, abundan en el ámbito de la prestación de servicios sanitarios, por lo que el esquema 2 es un punto de referencia especialmente útil para comprobar si efectivamente las soluciones adoptadas siguen la regla general de aplicar a cada transacción la solución organizativa que hace mínimos los costes de contratar.

Esquema 2.- Relación entre complejidad de las transacciones y elección de la “empresa” (“fabricar”), el mercado (“comprar”) o las formas intermedias (“alianzas”) bajo el criterio de minimizar los costes de transacción.



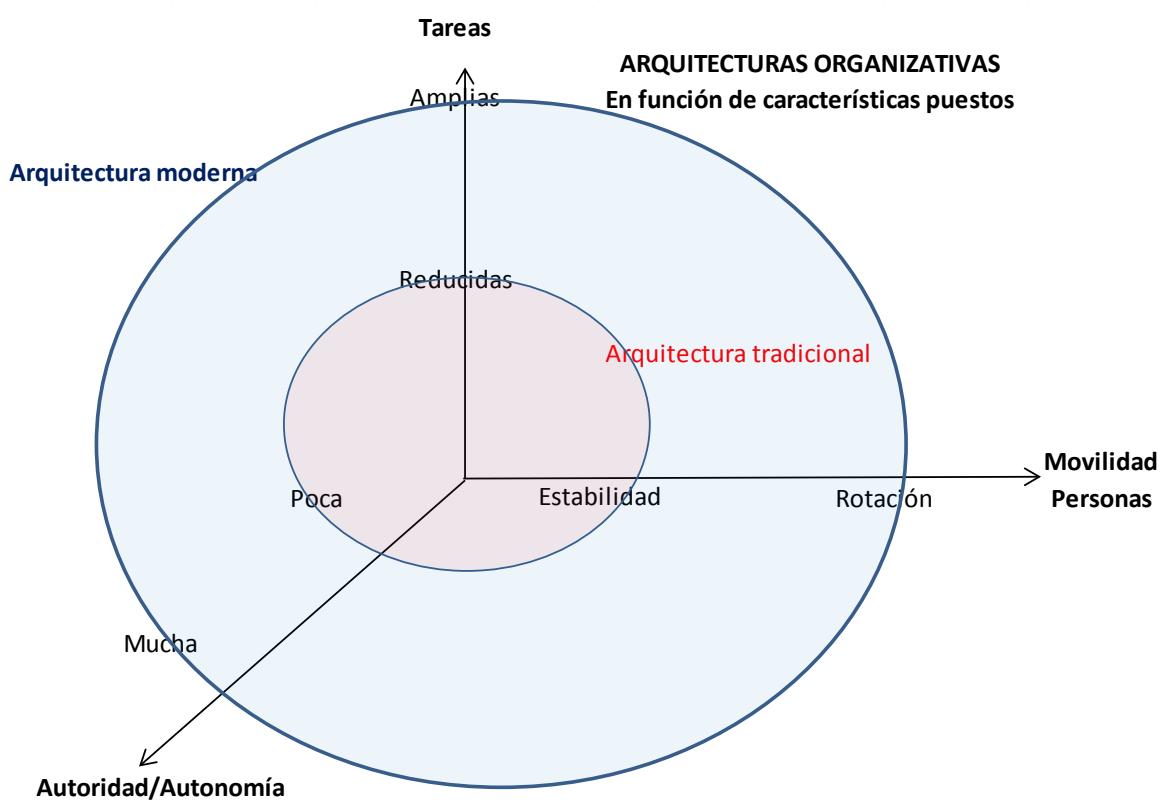
Fuente: Salas Fumás, (2007) y elaboración propia

Organización interna

La organización interna remite al diseño que regula las relaciones entre personas y recursos dentro de un perímetro de unidad de dirección determinado. Estamos hablando de cuestiones como la definición de los puestos de trabajo, la selección de las personas en los mismos, el mayor o menor grado de autonomía que se les otorga, la forma de evaluar y

reconocer el desempeño, la agrupación de puestos en departamentos u otras unidades superiores (divisiones, grupos empresariales,...). Aunque las tipologías de opciones de diseño organizativo interno son muy numerosas, a modo ilustrativo el Esquema 3 muestra las dos grandes alternativas entre lo que se ha denominado “arquitectura tradicional” y “arquitectura moderna”. Para cada una las opciones de diseño se concretan en tres dimensiones, siendo especialmente destacable la relevancia de elegir de forma coherente en las tres dimensiones a la vez para asegurar la complementariedad que refuerza la eficacia de cada dimensión por separado.

Esquema 3.- Arquitecturas generales para la organización interna a partir de características de los puestos de trabajo.



Fuente: Salas Fumás (2007) y elaboración propia

El marco teórico para valorar las opciones de diseño organizativo en el ámbito sanitario procede de los modelos teóricos para la solución de problemas de coordinación (Teoría de los Equipos) y la solución de problemas de motivación (Teoría de la Agencia). La teoría de agencia se inscribe en la prolongación de la teoría de los derechos de propiedad. Jensen y Meckling (1976) definen la relación de agencia, como un contrato por el cual una o varias

personas (jerarca o principal) contratan a otra persona (agente), para ejecutar una determinada tarea por delegación o representación, lo que en alguna medida, obviamente, implicará la transferencia al agente de algún poder de decisión o resolución. Como ocurre con la ECT y la TDP, la teoría de la agencia desarrolla soluciones contractuales para la prestación de servicios que buscan la eficiencia en términos de minimización de costes de transacción, si bien ahora bajo la limitación de utilizar contratos completos. De esta forma, en un entorno complejo y organizaciones con un número elevado de personas, como ocurre con buena parte de las que prestan servicios sanitarios, donde además la información y las decisiones están repartidas entre un gran número de agentes, surgen muchas situaciones que pueden representarse para su estudio bajo el modelo o relación de agencia. La aplicación de las recomendaciones teóricas de los modelos de agencia y sus extensiones se puede trasladar a cualquier organización del ámbito de prestación de servicios sanitarios, desde los centros de salud a los hospitales generales y desde la alta dirección hasta el personal sanitario de un servicio concreto dentro de un hospital general.

Concluyendo, las nuevas fórmulas de gestión directas e indirectas, que se han puesto en marcha en los últimos años contribuyen de forma decisiva como experiencias de innovación y deben ser investigadas con mayor profundidad.

BIBLIOGRAFIA CITADA

- Abellán JM (dir.), Sánchez FI, Méndez I, et al. (2013). El sistema sanitario público en España y sus comunidades autónomas. Bilbao: Fundación BBVA.
- Abellán JM, Martínez JE, Méndez I, et al. (2012). Financiación y eficiencia del sistema sanitario público de la Región de Murcia. Murcia: Consejo Económico y Social de la Región de Murcia. //www.cesmurcia.com/estudios/estudios_32/0_Estudio_32.pdf.
- Arrow, K. J. y Hahn, F. H. General Competitive Analysis. San Francisco: Holden-Day, 1971.
- Asociación de Economía de la Salud. Sistema Nacional de Salud: Diagnóstico y propuestas de avance (2013)
- Asociación Económica de la Salud -AES-. La sanidad pública ante la crisis, 2012.
- Beltrán JL (2002). Prestaciones sanitarias y autonomías territoriales: cuestiones en torno a la igualdad. Derecho y Salud, 10(1): 15-28.
- Busse R, Schreyögg J, Gericke C Analyzing Changes in Health Financing Arrangements in High-Income Countries: A Comprehensive Framework Approach. HNP Discussion Paper. Washington, DC: The World Bank. (2007)
- Campillo-Artero C, Bernal-Delgado E (2013). Reinversión en sanidad: fundamentos, aclaraciones, experiencias y perspectivas. Gaceta Sanitaria, 27(2):175-179.
- Carlson JJ, Sullivan SD, Garrison LP, et al. (2010). Linking payment to health outcomes: A taxonomy and examination of performance-based reimbursement schemes between healthcare payers and manufacturers. Health Policy, 96(3): 179-190.
- Casado Marín D, Puig-Junoy J, Puig Peiró R (2009). El impacto de la demografía sobre el gasto sanitario futuro de las CC. AA. Madrid: Fundación Pfizer. Disponible en: http://www.fundacionpfizer.org/docs/pdf/publicaciones/documentos_trabajo/Impacto_demografia_gasto_sanitario.pdf.
- Círculo de Empresarios. Un sistema sanitario sostenible. (2006)
- Claxton K (2007). OFT, VBP: QED? Health Economics, 16(6): 545-558.
- onomics 9, 1996, pp. 5-40.
- Chandra A, Gruber J, McKnight R (2010). Patient cost-sharing and hospitalization offsets in the elderly. American Economic Review, 100(1): 193–213.

- Chernew ME, Rosen AB, Fendrick AM (2007). Value-Based insurance design. *Health Affairs*, 26(2): w195-w203.
- Dakin HA, Devlin NJ, Odeyemi IA (2006). "Yes", "No" or "Yes, but"? Multinomial modelling of NICE decision-making. *Health Policy*, 77(3): 352-367.
- Dutch Health Care Performance Report 2010. National Institute for Public Health and the Environment. 2010. http://www.gezondheidszorgbalans.nl/object_binary/o10298_dhCPR2010.pdf
- Espín J, Oliva J, Rodríguez-Barrios JM (2010). Esquemas innovadores de mejora del acceso al mercado de nuevas tecnologías: los acuerdos de riesgo compartido. *Gaceta Sanitaria*, 24(6): 491-497.
- ESTADÍSTICA DE GASTO SANITARIO PÚBLICO 2011: Principales resultados MSCII Edición noviembre 2013
- Eurohealth Observer. Health policy in the financial crisis. Eurohealthincorporating Euro Observer, vol. 18, nº 1, 2012. Fundación BBVA-IVIE (2011)
- Freire, JM, Repullo JR, Oteo, LA, Oñorbe, M. Libro Blanco de la Sanidad en Madrid (2011)
- Fendrick AM, Smith DG, Chernew ME, et al. (2001). A benefit-based copay for prescription drugs: Patient contribution based on total benefits, not drug acquisition cost. *American Journal of Management Care*, 7(9): 861-867.
- García CM (2005). La prestación farmacéutica del mutualismo administrativo: balance y perspectivas. En: XXV Jornadas de Economía de la Salud. Barcelona: AES, pp. 140-150.
- Gerber A, Stock S, Charalabos-Markos D (2011). Reflections on the changing face of German pharmaceutical policy. *Pharmacoconomics*, 29(7): 549-553.
- Gibbons, R. y Roberts, J. *Handbook of Organizational Economics*, Princeton University Press, Princeton New Jersey, 2013.
- González P, Porteiro N (2010). Nuevos enfoques en el diseño de los copagos farmacéuticos. Actual, nº 48. Fundación Centro de Estudios Andaluces.
- González P, Pinto-Prades JL, Porteiro N (2010). Teoría y política del copago en sanidad. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía/Universidad Pablo de Olavide.
- González, B Mesa Redonda "La gestión privada de la Sanidad Pública, ventajas e inconvenientes". Universidad de Alicante (UA) y El País. (2010)

- Hart, O.: 'Incomplete contracts and public ownership: remarks and an application to public-private partnerships,' *Economic Journal*, 119, 2003, C69-C76.
- Hermalin, B.: "Corporate Governance". En Gibbons y Roberts, *Handbook of Organizational Economics*, 2013, pp 732-763.
- Herrero A, Ruiz-Huerta J, Vizán C (2010). La reforma de la financiación autonómica de 2009. *Revista d'Estudis Autonòmics i Federales*, 11: 169-205.
- Informe abril Martorell (1990)
- Jemai N, Thomson S, Mossialos E (2004). An overview of cost sharing for health services in the European Union. *Euro Observer*, 6: 1–4.
- López-Casasnovas G. La crisis económica española y sus consecuencias sobre el gasto social. *Forthcoming in Gaceta Sanitaria* (2014).
- Navarro JA (2012). La consideración del valor de los medicamentos en el nuevo sistema de fijación de precios del NHS. Nota Técnica 2012/1. Sevilla: Cátedra de Economía de la Salud. Universidad Pablo de Olavide. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.
- Jensen, M. y W. Meckling. "Theory of the firm: managerial behaviour, agency costs and ownership structure". *Journal of Financial Economics* 3, 1976, 305-360.
- Kenneth Arrow: *Essays in the Theory of Risk-Bearing*.- 1970
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Estadística de Gasto Sanitario Público*, (2012)
- Niteesh K, Choudhry K, Rosenthal MB, et al. (2010). Assessing the evidence for value-based insurance design. *Health Affairs*, 29(11): 1988-1994.
- OCDE Achieving Better Value for Money in Health Care. Directorate for Employment, Labour and Social Affairs, Health Division, (2009).
- OCDE Health care systems: Getting more value for money. OCDE Economics (2010) <http://www.OCDE.org/health/health-systems/OCDEhealthdata.htm>
- OCDE Improving Health Sector Efficiency. The Health Consumer Powerhouse Euro Health Consumer Index report (2012)
- Ognyanova D, Zentner A, Busse R (2011). Pharmaceutical reform 2010 in Germany: Striking a balance between innovation and affordability. *Eurohealth*, 17(1): 11-13.
- Ortún, V: *GESTIÓN CLÍNICA Y SANITARIA* De la práctica diaria a la academia, ida y vuelta Barcelona: Masson, (2003)

- Ortún, V: Mesa Redonda "La gestión privada de la Sanidad Pública, ventajas e inconvenientes" Universidad de Alicante (UA) y El País. (2013)
- Pauly MV (1968). The economics of moral hazard: Comment. American Economic Review, 58(3): 531-536.
- Puig-Junoy. Economía y salud. Año 2011. Diciembre nº 72 www.aes.es
- Puig-Junoy J (2013). Un año de 'tripago' farmacéutico. Semanario de Diario Médico, 1 de julio.
- Puig-Junoy J (2010). Políticas de fomento de la competencia en precios en el mercado de genéricos: lecciones de la experiencia europea. Gaceta Sanitaria, 24(3): 193-199.
- Rodríguez M, Puig-Junoy J (2012). Por qué no hay que temer al copago. Gaceta Sanitaria, 26(1): 78-79.
- Salas Fumás, V. El Siglo de la Empresa (2007)
- Shleifer A, Vishny RW. A survey of corporate governance. J. Finance 1997; 52: 737-783.
- Triveldi A, Mollo H, Mor V (2010). Increased ambulatory care copayments and hospitalizations among the elderly. New England Journal of Medicine 362(4): 320-328.
- Umpierre M, Utrilla A (2012). La adecuación de la financiación sanitaria a la evolución de las necesidades y el gasto por Comunidades Autónomas. Un análisis de las repercusiones de los modelos de financiación en el periodo 1999-2009. XIX Encuentro de Economía Pública, Santiago de Compostela, 27 de enero de 2012.
- Williamson, O.: The Economic Institutions of Capitalism. Free Press, New York. (1985)
- Williamson, O. «Transaction cost economics: the governance of contractual relations». Journal of Law Economics 22 (1979): pp 233-261.
- Zeckhauser R (1970). Medical Insurance: A Case Study of the Tradeoff between Risk Spreading and the Appropriate Incentives. Journal of Economic Theory, 2(1): 10-26.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- Alchian, A. y Demsetz, H. "Production, information and economic organization". American Economic Review, 62, 1972, 777-795.
- Barómetro de la Sanidad Privada. Madrid, abril 2012.
- Barreto Nieto, CA. Modelo de asociación pública-privada: un enfoque de teoría de contratos. Revista de Economía Institucional, vol. 13, n.º 25, segundo semestre/2011, pp. 249-274
- Burke, E: Reflections on the Revolution in France (1790)
- Coase, R. "The nature of the firm". Economica, 4, 1937, 386-405.
- Comisión de las Comunidades Europeas. Libro Verde: Sobre la colaboración público-privada y el derecho comunitario en materia de contratación pública y concesiones, Bruselas, 2004.
- Crítica. Ed. Círculo de la Sanidad, 2007.
- Crocker, K. y Masten, S, "Regulation and administered contracts revisited: Lessons from transaction-cost economics for public utility regulation", Journal of Regulatory Ec
- Health and wealth: Assessing the case for investing in health systems
http://dx.doi.org/10.1787/health_glance_2011_en
- Healthcast 2020: creando un futuro sostenible. Health Research Institute de Pricewaterhousecoopers; 2007.
- Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad -IDIS- (2012) Primer barómetro de la sanidad privada
- Journal of Public Economics 90, 2006, pp. 2143-2160.
- McKinsey y Company y FEDEA Impulsar un cambio posible en el sistema (2009)
- OCDE Session 1: Health System Priorities when Money is tight. OCDE Health (2010)
- PriceWaterhouseCoopers Diez temas candentes de la Sanidad española (2012)
- PriceWaterhouseCoopers. Diez temas candentes de la Sanidad Española (2010)
- Privada, aportando valor. Deuda pública con el sector sanitario privado. (2011)
- Propuestas para Debate. XXV Aniversario de la Ley General de Sanidad – 25 abril
- Recomendaciones para una actuación pública sensata y responsable. Documento de debate AES, (enero 2012).
- Revista de Administración Sanitaria, vol. 2, nº. 4, 2004: 721-731.

- Revista de Economía Institucional, vol. 13, n.º 25, 2º semestre/2011:249-274
- Santacreu, J. y Ibern, P. Un futuro para el Sistema Nacional de Salud. Rev. (2004)
- Schmitz, PW.: Partial Privatization and Incomplete Contracts: The Proper Scope of Government Reconsidered (2000)
- Smith, A.: La Riqueza de las Naciones, [1776], Madrid, Alianza Editorial, 1994.
- Survey of 29 OCDE Countries. OCDE Health Working Papers, nº 50, OCDE Publishing. (2010)
- Systems in Transition. España: Análisis del sistema sanitario 2010. Resumen y conclusiones. Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud, (2010)
- World Health Organisation (www.who.es) Documentos básicos, suplemento de la 45a edición, octubre de 2006 Constitución Mundial de la Salud