



Fundación

Edad & Vida

Instituto para la mejora, promoción
e innovación de la calidad de vida
de las personas mayores

Rol de las aseguradoras privadas en la sostenibilidad del sistema sanitario público

IX Edición Premio Edad&Vida

José A. Herce, Fernando Azpeitia,
Enrique Martín y Ana Ramos



Patrocinado por:  SegurCaixa Adeslas

Julio 2014

Rol de las aseguradoras privadas en la **sostenibilidad** del sistema sanitario público

IX Edición Premio Edad&Vida

Director: **José A. Herce**

Coordinador: **Fernando Azpeitia**

Investigadores: **Enrique Martín,
Ana Ramos**

Asesor externo: **Jaume Puig Junoy**

Julio 2014

Presentación

La Fundación Edad&Vida, Instituto para la mejora, promoción e innovación de la calidad de vida de las personas mayores, pretende contribuir con sus actividades a la reflexión sobre aquellos temas en que puedan proponerse acciones que mejoren la calidad de vida de este colectivo.

Impulsada por un grupo de empresas de diferentes sectores económicos y con miembros colaboradores del mundo académico y de asociaciones de personas mayores, la Fundación Edad&Vida aspira a ser un catalizador de las inquietudes de la sociedad civil y del mundo empresarial y tiene la clara vocación de colaborar estrechamente con las administraciones públicas para dar una respuesta eficaz a los retos económicos y sociales derivados del cambio demográfico y el progresivo envejecimiento de la población.

Uno de los principales retos del cambio demográfico es su impacto sobre el Estado del Bienestar que conocemos. La actual crisis económica y los problemas de déficit que deben afrontar muchos gobiernos han acentuado la discusión sobre la viabilidad y sostenibilidad del modelo de financiación y provisión de los servicios de garantía pública, como es el caso de la atención sanitaria, que además debe afrontar un cambio en el patrón de enfermedades en los últimos años, con un incremento de las situaciones de cronicidad, pluripatología y dependencia, muy ligadas a las personas mayores.

El Sistema Nacional de Salud en España, de carácter público, universal y gratuito es uno de los grandes logros de nuestra sociedad y goza de gran prestigio y aceptación entre los ciudadanos. Hacer que sea sostenible en el tiempo es responsabilidad de todos.

En Edad&Vida llevamos años trabajando para concienciar a sociedad, administración y empresas sobre la importancia de abordar el tema de la participación de la iniciativa privada en el aseguramiento de la salud de los ciudadanos y la provisión de servicios sanitarios, con la máxima responsabilidad y transparencia.

En 2012 un Jurado formado por autoridades del ámbito de la salud y la economía, de las Administraciones Central y Autonómicas, así como por expertos del ámbito académico y máximos responsables de empresas del sector de la salud, decidieron otorgar la IX edición del Premio Edad&Vida al proyecto presentado por AFI (Analistas Financieros Internacionales) para analizar el *Rol de las aseguradoras privadas en la sostenibilidad del sistema sanitario público*.

Mi más sincera felicitación al equipo investigador de AFI, dirigido por el Sr. José Antonio Herce y formado por el Sr. Fernando Azpeitia, el Sr. Enrique Martín, la Sra. Ana Ramos y el Sr. Jaume Puig Junoy, como asesor externo, por el excelente trabajo realizado. Las conclusiones y propuestas que presentan, tras analizar la situación del aseguramiento de la salud y la prestación de servicios sanitarios a nivel internacional y la realidad en España, servirán sin duda para profundizar en el debate sobre el futuro del Sistema Nacional de Salud en nuestro país y el rol que debería tener el aseguramiento privado.

Por todo ello, les invito a leer con detenimiento el estudio, que ha contado, además, con las aportaciones de los miembros de la Comisión de Seguros de Salud de la Fundación Edad&Vida y de su Patronato. Las conclusiones y propuestas que de él se derivan han inspirado las **Recomendaciones de la Fundación Edad&Vida** que presentamos al final del estudio.

Las personas y la mejora de su bienestar están en el centro de todas las acciones de la Fundación Edad&Vida y es por ello que en los próximos años continuaremos trabajando en la elaboración de propuestas, aportando elementos para la reflexión y el debate, que contribuyan a mejorar la salud y la calidad de vida de las personas mayores.

Eduardo Rodríguez Rovira

Presidente de Edad&Vida

España es uno de los países con mayor presión sobre la demanda sanitaria y su capacidad de financiación. Esta realidad obliga a repensar el modelo en profundidad y hace necesario apostar por caminos que optimicen el uso de los recursos para ofrecer los crecientes servicios sanitarios que van a demandar los ciudadanos.

En SegurCaixa Adeslas, como empresa líder en seguros de salud, con una cuota de mercado del 27,4% y más de 3,2 millones de clientes, creemos que aunque toda la sociedad ha de contribuir para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, las aseguradoras han de tener un papel protagonista.

Es una realidad que nuestro sector lleva décadas contribuyendo de forma relevante a la mejora de la eficiencia del sistema sanitario con altos niveles de satisfacción de sus asegurados. Estamos convencidos de que algunas de las fórmulas de colaboración público-privadas existentes en la actualidad podrían ser de más amplia utilización para incrementar los beneficios que la sociedad en su conjunto obtiene de estos modelos. Además consideramos que si se incluye a la sanidad privada en el diseño del sistema nacional de salud del futuro, podremos realizar aportaciones que redunden en la mejora de la sostenibilidad, con la calidad requerida y plena satisfacción de los ciudadanos.

Por esta razón, consideramos una oportunidad colaborar con la IX Edición del Premio Edad&Vida, que se ha otorgado al proyecto titulado: *"Rol de las aseguradoras privadas en la sostenibilidad del sistema sanitario público"*.

Una de las conclusiones de este estudio que me gustaría destacar es el hecho de que el envejecimiento de la pobla-

ción no es un factor que ponga en riesgo la sostenibilidad del sistema. Esta afirmación pone aún más de manifiesto la necesidad de repensar el modelo y de actuar sobre la cartera de servicios, el modelo de gobierno o el inadecuado uso por parte de los ciudadanos.

El estudio también desvela que en general se desconoce la aportación de la sanidad privada (aseguradoras y proveedores de servicios) a la sociedad. En este sentido debemos saber transmitir mejor a la sociedad el papel de las aseguradoras privadas para vencer las resistencias a extender las fórmulas de colaboración público-privadas.

El equipo investigador aboga por aprovechar la demostrada capacidad de gestión del sector privado asegurador y transferirle parte de su demanda asistencial, manteniéndose en todo momento la garantía pública de los servicios. El modelo objetivamente más eficiente sería un modelo de cobertura de libre elección en el que el ciudadano pudiera escoger dónde decide estar asegurado, ya sea en el sistema privado o en el público.

Por último, felicitar al equipo investigador de AFI por el excelente trabajo realizado y por su aportación de gran rigurosidad en un tema tan relevante para los ciudadanos como es el cuidado de su salud.

Javier Murillo

*Consejero - Director General de SegurCaixa Adeslas
Vicepresidente del Área de Aseguramiento de las
Personas de la Fundación Edad&Vida*

Índice

1. Objetivo, contenido y enfoque del estudio	9
2. Diagnóstico y perspectivas del SNS español	13
2.1. Análisis DAFO del SNS español	13
2.2. Estimación de necesidades de financiación del SNS al horizonte 2052. El papel de la demografía	17
3. Benchmarking del SNS español con los países de referencia	23
3.1. Alemania	23
3.2. Holanda	27
3.3. Australia	31
3.4. Gran Bretaña	35
3.5. Suecia	37
3.6. España	39
3.7. Análisis comparado	42
4. Análisis del sector de seguros privados de salud en España	49
4.1. Tipologías de seguros privados de salud	49
4.2. Evolución reciente	51
4.3. Concentración del sector asegurador y principales agentes	52
4.4. Impacto del aseguramiento privado en el SNS	53
4.5. Mutualismo administrativo: una forma de colaboración público-privada	54
4.6. Contratos de asistencia sanitaria de trabajadores municipales	59
4.7. La presencia de los seguros de salud en la empresa	60
4.8. Utilización, valoración y calidad asistencial del seguro privado	62
5. Papel de las aseguradoras privadas como agentes sanitarios en España	67
5.1. Hacia una gestión integrada del riesgo de salud en el SNS por parte del aseguramiento privado	67
5.2. Fórmulas de gestión de la oferta de servicios: colaboración público-privada	68
5.3. Presencia del sector asegurador en las concesiones administrativas de gestión de servicios sanitarios	74
5.4. Presencia del sector asegurador en el sector hospitalario privado y centros médicos	75
5.5. Participación de los usuarios en la elección del proveedor de servicios sanitarios	76
5.6. Financiación	76
6. Un modelo en transición hacia la sostenibilidad	79
6.1. Sostenibilidad, eficiencia y suficiencia del sistema sanitario	79
6.2. Las claves de un calendario estratégico hacia un modelo sanitario sostenible	80
7. Conclusiones y propuestas	81
7.1. Conclusiones y propuestas referidas al diagnóstico estratégico y el benchmarking internacional.	82
7.2. Conclusiones y propuestas referidas al rol que pueden desempeñar las entidades aseguradoras privadas en la sostenibilidad del sistema sanitario español.	84
8. Recomendaciones de la Fundación Edad&Vida	87

1. Objetivo, contenido y enfoque del estudio

El Sistema Nacional de Salud (SNS) español se financia por vía presupuestaria y es mayoritariamente de gestión administrativa directa, si bien con notables variaciones entre Comunidades autónomas (CC. AA.), aunque crecientemente conviven en su seno la concertación sanitaria y otras fórmulas público-privadas para la provisión de servicios sanitarios a la población.

Junto al SNS, se encuentra en nuestro país un sector sanitario privado con funciones de asegurador y de proveedor de servicios asistenciales en el que destacan las fórmulas de aseguramiento para la gestión del riesgo de salud, la provisión de los servicios necesarios y su financiación. Una parte sustantiva de la capacidad de este sector sanitario privado se encuentra asignada a la actividad del SNS mediante los conciertos y colaboraciones mencionadas.

Por otra parte, el hundimiento de la base de recaudación del sistema fiscal español a partir de 2008, los ajustes presupuestarios en curso y las perspectivas de un débil crecimiento económico erosionan la financiación del SNS en la actualidad y en los próximos años y ponen en cuestión su sostenibilidad a medio y largo plazo bajo el modelo de funcionamiento vigente. Una gran incógnita que pesa sobre dicha sostenibilidad se plantea cuando se considera el riesgo de que la creciente longevidad de los individuos, y su exposición a enfermedades y cuidados asociados a la edad, exija una intensificación de todas las estructuras sanitarias para atender a una población más longeva.

El actual contexto económico y de contención del gasto público, el sanitario entre otras partidas, está llevando a algunas administraciones a profundizar en los modelos de externalización de los servicios de salud en medio de un debate social en el que se confunde frecuentemente la "externalización" de los servicios sanitarios con la "privatización" de la sanidad. Esta confusión, bien a menudo teñida de consideraciones ideológicas, es de lamentar, pues impide analizar los méritos intrínsecos (o las debilidades) de un modelo de sistema de salud basado en la combinación de la aportación (aparentemente más eficiente) de los proveedores privados con los objetivos sociales de las autoridades sanitarias. Dicha confusión impide, por otra parte, encontrar la mejor solución para la provisión satisfactoria y eficiente

de los servicios de salud requeridos por la población y, por ende, para la sostenibilidad del sistema.

El SNS, financiado con recursos públicos y garante de la accesibilidad, cantidad y calidad última de los servicios sanitarios para el conjunto de la población, debería estar pues a la búsqueda permanente de un modelo que organice los recursos de todo tipo a su disposición para el mejor servicio a los usuarios del sistema.

Este modelo no parece pueda ser el actual, que, de hecho, es un modelo de transición desde un modelo basado en la producción administrativa directa de servicios sanitarios y la financiación presupuestaria, amén de la universalidad y la gratuidad para el usuario final (que no para el contribuyente) hacia ese otro modelo prospectivo en estos momentos en cuya configuración puede figurar de manera relevante el principio de externalización de servicios y procesos en sus diferentes versiones.

Ello implica, necesariamente, el uso de proveedores privados mediante los conciertos o colaboraciones público-privadas más convenientes, de forma que, por el lado de la demanda, los usuarios encuentren satisfactoriamente cubiertas sus necesidades de servicios sanitarios esenciales y, por el lado de la oferta, los agentes del sistema respondan ante el SNS de la calidad y solvencia de su aportación a éste, cubriendo al mismo tiempo sus aspiraciones de resultados económicos competitivos. Este amplio conjunto de objetivos que el SNS deberá cumplir en el futuro inmediato debe ser coherente entre sí pero, sobre todo, ha de ser coherente con la ineludible envolvente de su sostenibilidad financiera.

Para un programa como es el SNS, que prácticamente carece de ingresos afectados (a excepción del denominado "céntimo sanitario" –recargo autonómico en el impuesto sobre hidrocarburos–, que, no obstante, está en vías de desaparición tras la sentencia del Tribunal Europeo de Justicia de octubre de 2013), no es posible definir la sostenibilidad como si se tratase del equilibrio entre gastos e ingresos propios, por lo que tampoco puede hablarse en sentido estricto de déficit sanitario. En ausencia de una contabilidad de gastos e ingresos que pueda sustanciar una definición de déficit, el objetivo de la sostenibilidad del gasto sanitario debería ser, más bien, la contención

del gasto sanitario total en proporción a sus bases de financiación potencial, como son el conjunto de los ingresos (o gastos) públicos o, mejor aún, el propio PIB. Contención del gasto relativo que debería poder acometerse, mediante ganancias de eficiencia, sin dejar de cubrir las necesidades sanitarias de la población.

Garantizar la sostenibilidad del SNS, entendida como se acaba de describir, exige entonces el concurso de todos y cada uno de los proveedores del sistema y sus agentes prescriptores, pero también el concurso de los usuarios, quienes deben limitar sus demandas a aquéllas estrictamente necesarias o indicadas, y requiere actuar en paralelo en varios frentes:

- Optimización y priorización del catálogo de prestaciones.
- Mejora de los procesos de compra tanto de inputs como de servicios asistenciales por parte del SNS.
- Profundización de las fórmulas de colaboración público-privada en la gestión asistencial, tanto hospitalaria como de otras áreas de salud con objeto de mejorar la eficiencia en el uso de los recursos y la innovación sanitaria.
- Diseño de esquemas de copago socialmente aceptables y eficientes, u otros incentivos, necesarios para la racionalización del uso de los servicios sanitarios y del consumo farmacéutico.
- Asunción por parte de los usuarios de comportamientos voluntarios tendentes a dicho uso racional de los servicios del sistema y a la conducta de hábitos de vida saludables.
- Una gestión adecuada del riesgo de salud mediante la técnica del aseguramiento.

En este contexto de búsqueda de un nuevo modelo para el SNS surge, como un elemento de referencia, la evidencia de que el aseguramiento sanitario privado está evitando una mayor congestión del SNS, asegurando y gestionando numerosas incidencias de salud de la población en virtud de las pólizas suscritas privadamente por los usuarios del SNS (o por sus empleadores y otros tomadores) ayudando así, decisivamente, a su sostenibilidad¹

Pero, y sobre todo, más allá de este rol de “alivio” de la presión sobre el sistema, que tiene evidentes ventajas pero también algún inconveniente desde el punto de vista agregado, como elemento de sostenibilidad integral a largo plazo del SNS, el aseguramiento privado puede aportar al SNS su metodología de gestión del riesgo de salud mediante una formulación amplia de su colaboración con éste que permita a los beneficiarios la opción abierta por esta instancia aseguradora dentro de la oferta pública, como ya se hace en diversos países.

En virtud de este planteamiento, el objetivo general de este estudio es el de analizar la potencialidad de las aseguradoras privadas para actuar como agentes clave del SNS, a través de dos vías: (i) como aseguradores propiamente dichos, asumiendo la gestión del riesgo de salud de la población cubierta por el SNS, y (ii) como operadores sanitarios y prestadores de servicios sanitarios.

En la actualidad, este segundo papel desempeñado por las aseguradoras sanitarias es muy reducido en España y hay muchas razones por las cuales el aseguramiento del riesgo de salud, como unidad de negocio, debe estar bien diferenciado de la provisión de los servicios sanitarios. En realidad, se trata de explorar un modelo en el que se combinen el aseguramiento del riesgo de salud de la población, realizado por el sector asegurador, con la provisión de los servicios correspondientes, de la forma más eficiente posible, con la participación de los proveedores privados, y siempre bajo los criterios y directrices del SNS en la medida en que éste aporte la financiación para dichos servicios.

Desde el punto de vista de la sostenibilidad del SNS, el estudio explora también las implicaciones de esta participación del aseguramiento privado para: (i) el ahorro de costes, asistenciales y farmacéuticos, derivados del aseguramiento de las necesidades de salud de la población y (ii) el ahorro de costes por ganancias de eficiencia en la prestación de servicios asistenciales a través de diferentes fórmulas de gestión indirecta de los servicios de salud.

¹ Véase, por ejemplo, López Nicolás et al (2000). En este estudio pionero en España se estima, para el caso de Cataluña, que el doble aseguramiento de la población catalana, en torno al 19% en el año 2000, representaba un ahorro de costes para el SCS del 1,2% del gasto sanitario primario en Cataluña. Descargable en: http://www.econ.upf.edu/~puig/publicacions/Any2000/WPUPF_550.pdf

La estructura del informe es la siguiente. En primer lugar se lleva a cabo un diagnóstico del SNS con el objetivo de contextualizar el análisis posterior y poner de manifiesto la necesidad de adoptar medidas que permitan garantizar la sostenibilidad del SNS. Este diagnóstico se articula sobre un balance DAFO de las debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades del actual SNS y una estimación de las necesidades de financiación del SNS al horizonte 2050, a legislación constante, debidas a la evolución esperada de la población.

A continuación, y con el fin de identificar medidas aplicables al SNS español que permitan profundizar el papel de las aseguradoras privadas dentro del SNS público en aras de su sostenibilidad, se lleva a cabo un benchmarking del SNS español respecto a países de referencia – Alemania, Australia, Holanda, Gran Bretaña y Suecia. Posteriormente se procede a analizar el sector de seguros privados en España con el objetivo de poner de manifiesto la relevancia de éste frente al SNS en la actualidad y su evolución reciente –primas y asegurados, impacto de la crisis en el sector de seguros de salud, origen de las primas: financiación pública vs privada, impacto del aseguramiento privado en el SNS hoy y potencial de los aseguradores privados de salud como agentes del SNS.

Además del rol asegurador y de gestión de riesgos de las entidades aseguradoras, éstas participan en muchos de

los modelos de colaboración público-privada en el ámbito de la sanidad. El informe aborda el análisis del papel de las aseguradoras privadas en estos conciertos (mutualismo administrativo, contratos de asistencia sanitaria a trabajadores municipales, entidades de base asociativa (EBA) para la atención primaria, concesiones administrativas para la construcción y gestión no sanitaria, concesiones administrativas para la atención sanitaria, etc.). Sobre la base de la experiencia nacional e internacional, y a partir de una serie de factores definitorios de los mismos extraídos de dicha práctica, se definen modelos de gestión sanitaria desde la óptica de la colaboración público-privada (y sus extremos puros). La amplia gama de estos factores definitorios antes aludidos se agrupa en tres categorías: titularidad, gestión y financiación.

Por último, y sobre los análisis previos, se elaboran propuestas para la extensión del rol de las aseguradoras privadas en el SNS español sobre cuatro vectores: medidas de incentiva- ción del aseguramiento privado del riesgo de salud y la prestación de los servicios asociados, fórmulas de colaboración público-privada, fórmulas de financiación y reembolso y fórmulas de elección del proveedor. Igualmente se proponen medidas para incentivar la introducción de competencia en la gestión de riesgos, así como factores relevantes para el diseño de contratos de colaboración público-privados capaces de rendir una mayor eficiencia para el SNS sin merma de la cobertura sanitaria de la población.

2. Diagnóstico y perspectivas del SNS español

Existen múltiples estudios que abordan el diagnóstico y evaluación del SNS así como la proyección de las necesidades de financiación a largo plazo del SNS, y que ponen en evidencia la necesidad de adoptar medidas que permitan garantizar su sostenibilidad.

El objetivo de esta sección del estudio es ofrecer un breve diagnóstico de consenso sobre el SNS así como una estimación de las necesidades de financiación del SNS español al horizonte 2050, que sirvan para contextualizar el análisis posterior y como punto de partida marco para la elaboración final de propuestas.

2.1. Análisis DAFO del SNS español

Desde la publicación en 1991 del llamado "Informe Abril", que ofrecía un profundo diagnóstico del SNS y una batería de propuestas de mejora, han sido múltiples los informes que han abordado la evaluación del SNS español y han elaborado propuestas de reforma². En dicho informe es destacable tanto el amplio consenso posterior en el diagnóstico y las propuestas de medidas a adoptar, como la vigencia del mismo en el momento actual. Nada ha cambiado sustancialmente en estos más de 20 años, aunque sí es cierto que se han ido introduciendo cambios en el modelo.

A continuación se ofrece un diagnóstico sintético de las principales debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades del actual SNS que se deriva de esta literatura, poniendo el foco en aquellos factores con especial incidencia en la sostenibilidad del SNS.

A la hora de interpretar los elementos que se ofrecen como Debilidades-Fortalezas o como Amenazas-Oportunidades, debe tenerse en cuenta lo siguiente:

- El primer binomio, Debilidades-Fortalezas, se refiere a un conjunto de factores de carácter interno a la organización, sistema o entidad que se desea analizar con esta metodología. Por factores internos se entienden todos aquellos que está en la mano de la entidad analizada el cambiar, o sobre los que la entidad tiene un cierto control y puede corregir, reforzar o intervenir en algún otro sentido. Claramente, entre estos factores se encontrarían, en el caso que nos ocupa, la eficiencia con la que se prestan los servicios o la determinación de la calidad de los mismos, incluso el uso que los pacientes hacen del sistema, al menos en parte si se piensa en las políticas e incentivos oportunos. Por otra parte, una debilidad puede ser a la vez una fortaleza, en función de la interpretación que la situación del mismo admita.
- El segundo binomio, Amenazas-Oportunidades, incluye elementos (factores externos) sobre los que el organismo analizado no tiene apenas control o no está en su mano modificar o intervenir sobre ellos, limitándose aquél a defenderse de, o aprovechar, su impacto sobre el organismo en cuestión. Al mismo tiempo, en función de un contexto amplio, una amenaza podría también ser vista como una oportunidad. Este es, sin duda, el caso de la tecnología.

² Por citar sólo algunos de los informes de diagnóstico y propuestas de reforma :

- Ministerio de Sanidad y Consumo: "Plan de Calidad del SNS: 2006-2010"
- Consejo Interministerial del SNS: "Acciones y medidas para promover la calidad, equidad, cohesión y sostenibilidad". Acuerdo de 18 de marzo de 2010
- Riesgo, I: "Sistemas de salud: sistema sanitario español" en Villalobos, J. (2007): "Gestión sanitaria para profesionales de la salud". McGraw-Hill
- Asociación de Economía de la Salud (2008): "Aportaciones al diagnóstico sobre el SNS español para un pacto por la Sanidad".
- Gil, V. et al. (2010): "Sostenibilidad financiera del sistema sanitario: 10 medidas estructurales para afrontar la causas del crecimiento del gasto". Antares Consulting
- Rubio, F. et al. (2001): "Libro Blanco del Sistema Sanitario Español". Academia Europea de Ciencias y Artes.
- García, S. et al. (2010): "Health Systems in transition. España: análisis del Sistema Sanitario". SESPAS y European Observatory on Health Systems and Policies.
- Cátedra Fedea-McKinsey (2010): "Impulsar un cambio posible en el sistema sanitario"
- PricewaterhouseCoopers (2012, 2011 y 2010): "Temas candentes de la sanidad española".

Fortalezas

- Destacan entre éstas unos **buenos resultados de salud** en el plano de la eficacia con la cual el SNS llega a cubrir las necesidades de sus usuarios (aunque no tan positivos si se contemplan estos resultados a través de los indicadores de calidad asistencial elaborados por la OCDE), por un lado, y una **buena valoración por parte de los ciudadanos**, por otro. Así, la esperanza de vida al nacer en España es la tercera más elevada de la OCDE (82,2 años), la población exhibe unos ratios de morbilidad inferiores a la media de aquel grupo de países y en línea con la de los países de nuestro entorno, pero unos resultados en términos de indicadores de calidad asistencial (tasas de mortalidad en cuidados intensivos, por ejemplo) por debajo del promedio de la OCDE³. Según los datos de Barómetro Sanitario, la valoración media del sistema por parte de los ciudadanos (6,57 puntos sobre 10 en 2011) ha crecido desde 2002 y sólo un 4,2% cree que su situación está tan deteriorada que debe reformularse por completo, si bien un 48,9% estima que aunque funciona bien son necesarios algunos cambios.
- El SNS español posee una amplia red asistencial que dispone de una **buena dotación tecnológica**. Lo que, en parte, tiene su origen en la descentralización y dispersión territorial (de la población cubierta) del SNS que, de forma bastante evidente a partir de la generalización de las transferencias del Insalud en 2002, ha provocado una inflación de este tipo de dotaciones o su presencia en centros sin la masa crítica de población de influencia indicada. No obstante, la actual coyuntura económica ha puesto en evidencia la falta de recursos públicos necesarios para mantener los elevados niveles de inversión de los últimos años.
- El sistema tiene, entre sus recursos clave, un **personal bien formado**, sensible hacia el paciente, vocacional y experimentado⁴. De nuevo, por desvelar el lado menos fuerte, no debe dejar de apreciarse que el recurso huma-

no tiene muchas facetas en una organización y que, en el caso que nos ocupa, un deficiente encuadramiento del personal al servicio del SNS o su desmotivación pueden contrarrestar el impacto positivo de las cualidades antes mencionadas y disminuir la fortaleza del recurso.

Debilidades

- **Deficiencias en la gobernanza del SNS**, que se traducen en falta de liderazgo y de coordinación de las políticas autonómicas, debilidad de los mecanismos de rendición de cuentas y de los instrumentos de participación de todos los agentes (ciudadanos, profesionales, empresas, etc.) en el proceso de toma de decisiones sobre política sanitaria y en el establecimiento de prioridades de salud.
- **Opacidad/falta de información** sobre el SNS que dificulta el benchmarking, la identificación de buenas prácticas y la adopción de decisiones informadas.
- **Escasa corresponsabilidad de los pacientes**. Excesivo uso de los servicios sanitarios, mayor consumo farmacéutico y peores hábitos de salud. Según datos de OCDE de 2009 el número medio de visitas anuales en España asciende a 7,5, por encima del promedio OCDE (6,5) y de algunos países de referencia (Suecia, 2,9)⁵, una de cada tres visitas podría ser innecesaria⁶, el gasto farmacéutico per cápita es un 40% superior al de países de nuestro entorno como Bélgica, Dinamarca, Reino Unido o Portugal⁷. España es el tercer país europeo con mayor porcentaje de fumadores y en porcentaje de población adulta con sobrepeso⁸.
- **No abundan las evaluaciones rigurosas del coste-efectividad** de las innovaciones terapéuticas y farmacológicas que introduzcan racionalidad al catálogo de prestaciones y controlen la inflación de gasto vivida por el SNS. Algunos autores estiman que la introducción de nuevas tecnologías explica entre el 33-50% del incremento del gasto sanitario⁹. La reciente puesta en marcha de grupos

³ OCDE Health Care quality Indicators. OCDE Statistics

⁴ Aunque la realización de encuestas de satisfacción de los usuarios del SNS no es frecuente, en diversas CC. AA. se realizan este tipo de encuestas. En ellas, las respuestas de los usuarios a preguntas sobre la calidad de los recursos humanos del servicio sanitario son muy positivas y con calificaciones superiores a las de otros elementos clave de los diferentes servicios de salud. Véase: http://www.saludinforma.es/opencms/export/SALUD_1/05_Datos_sanitarios/Campanias/Documentos/Encuestas_SI_completo.pdf para una muestra en el caso de Aragón

⁵ OCDE Health Data 2012 - Frequently Requested Data

⁶ Cátedra Fedea-McKinsey (2010): "Impulsar un cambio posible en el sistema sanitario"

⁷ Idem 6

⁸ Idem 5

⁹ Peiro, M. et al. (2012): "Nuevo contexto y viejos retos en el sistema sanitario". Revista Española de Cardiología, 65, citando a Mohr, P. E. et al. (2011): "The impact of medical technology on future health care cost". HOPE Center for Health Affairs.

de trabajo para la revisión de la cartera básica de servicios es un paso en la dirección correcta.

- **La ausencia de relación entre el sistema de pago y los resultados de la asistencia** es un aspecto clave que afecta tanto a la cartera de servicios (prestaciones) como a la provisión de los mismos¹⁰.
- **Rigidez de los sistemas retributivos y del régimen de personal** con rigideces para la adaptación de horarios y las necesidades asistenciales y con escaso margen para la diferenciación y el reconocimiento individual y colectivo a través del pago por desempeño.
- **Modelo orientado a enfermos agudos** y no al tratamiento de crónicos, con una integración insuficiente de los niveles asistenciales, escaso desarrollo de los servicios socio-sanitarios y que no se ajusta a las necesidades de una población crecientemente envejecida y multi-patológica, siendo más costoso y menos eficaz.
- **Reducida inversión en salud pública** desde una orientación transversal de estrategias preventivas. Según datos de la OCDE en 2010 España dedicaba un 2,6% del gasto sanitario total a medicina preventiva frente al 3,1% del promedio OCDE y muy por debajo de países como Canadá con un 6,5%¹¹.
- **Deficiencias en el sistema de aprovisionamiento** farmacéutico y hospitalario y de relaciones con los proveedores parcialmente subsanadas poco a poco con iniciativas como las centrales de compra (que no siempre son la solución), la introducción de más transparencia y competencia en las adjudicaciones, etc.

Oportunidades

- **Innovación relacionada con las TICs**, que favorecen la interacción e involucración del paciente con el sistema, un mejor seguimiento de las historias clínicas y de prescripción, monitorización remota (mHealth), etc. Factores que se estima pueden traducirse en una mejora de la productividad. Por ejemplo, en una reducción del 30% del número de visitas o del 50% en las reacciones adversas a los medicamentos. La penetración de estas tecnologías es en el caso de España hasta un 40% inferior a la de paí-

ses como Dinamarca, Finlandia, Suecia, Holanda y Reino Unido¹², por lo que existe un amplio margen de mejora.

- **Marco legal** amplio y flexible y creciente experiencia en la articulación de fórmulas de colaboración público-privada (CPP) que, debidamente planteadas, pueden ayudar a la actualización y mantenimiento de servicios intensivos en equipos avanzados bajo parámetros de eficiencia. No obstante es necesario señalar dos elementos que dificultan el establecimiento de fórmulas de colaboración público-privada en la actualidad, limitando el potencial de esta oportunidad en España: (i) la existencia de marcos legales diferentes en cada Comunidad Autónoma, que comporta severos problemas de coordinación para el SNS y (ii) el actual contexto trazado por una comunicación sesgada y defectuosa de las iniciativas en curso y por la falta de transparencia sobre las CPP, lo que facilita la circulación de información parcial y genera mala comprensión de estas fórmulas y oposición ciudadana a las mismas.
- **Presencia de un sector privado**, tanto asegurador como proveedor de servicios sanitarios, desarrollado, bien testado en la práctica de la concertación y dispuesto a cooperar con el SNS en la configuración de nuevos modelos de gestión colectiva del riesgo sanitario y la provisión de los servicios asociados sobre bases amplias de aseguramiento y, a la vez, bases competitivas que redunden en la contención de costes.
- **Presencia de nuevos entrantes** en el sector sanitario, vinculados a la innovación en materia tecnológica para la salud, ciencias de la salud y fórmulas de gestión de la capacidad de producción de servicios sanitarios (empresas de telecomunicaciones, entidades financieras, *retailers*, etc.)

Amenazas

- **Envejecimiento de la población**, con el consiguiente incremento de prevalencia de enfermedades y de cronicidad de las mismas. Para 2052 se espera que un 36,6% de la población española sea mayor de 64 años frente al 18,1% en la actualidad.
- **Incremento de las enfermedades crónicas** vinculado al envejecimiento pero también a los hábitos de vida poco saludables de la población que motivan el 80% de las consultas de atención primaria, el 60% de los ingresos hospitalarios y el 72% del gasto sanitario¹³.

¹⁰ Véase Oliva, J., S. Peiró y J. Puig-Junoy, "Horizontes de cambio en el Sistema Nacional de Salud: agenda para una reforma sanitaria ordenada", *ECONOMISTAS*, 136, Junio 2013: 6-14.

¹¹ OCDE: *Health Expenditure and Financing*

¹² *Idem* 6

¹³ PricewaterhouseCoopers (2012): "Diez temas candentes de la sanidad Española para 2012"

- **Inflación sanitaria**, derivada de la introducción de nuevas técnicas y tratamientos más sofisticados y caros y no suficientemente evaluados, o de la sobredotación en un sistema territorialmente segmentado de costosos equipamientos escasamente utilizados y redundantes.
- **Ajuste del gasto sanitario** en ausencia de una evaluación rigurosa de los servicios afectados y de la consiguiente priorización de actuaciones.

Los anteriores factores se han traducido en un crecimiento en 10 años (entre 1999 y 2009) del gasto público real por persona del 49%, cuatro veces superior al crecimiento del PIB en el mismo período ¹⁴. Esto, junto con la caída de ingresos fiscales derivados de la crisis económica (del 19% desde 2007) que pone en riesgo la financiación del SNS, exige medidas no solo de ajuste del gasto sino también conducentes a una mayor eficiencia en el uso de los recursos disponibles.

Como síntesis de la relación de elementos DAFO que se acaba de describir, se resumen los más destacados en el siguiente cuadro:

ANÁLISIS DAFO DEL SNS ESPAÑOL

FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Buenos resultados generales en materia de salud entre el conjunto de la población reflejados en una elevada esperanza de vida. • Buena valoración general por parte de los ciudadanos. • Amplia red asistencial apoyada por una buena dotación de equipos y tecnológica. • Personal sanitario bien formado en centros superiores estrechamente vinculados al SNS y reclutado mediante pruebas selectivas de reconocida solvencia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Déficit de gobernanza. • Opacidad/falta de información sobre el SNS que dificulta el benchmarking, • Escasa corresponsabilidad de los pacientes. • Insuficiente incidencia de una evaluación rigurosa del coste-efectividad de las innovaciones terapéuticas y farmacológicas. • Rigidez de los sistemas retributivos y del régimen de personal. • Modelo orientado a agudos y no al tratamiento de crónicos. • Reducida inversión en salud pública desde una orientación transversal de estrategias preventivas. • Deficiencias en el sistema de aprovisionamiento.
OPORTUNIDADES	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> • Innovación relacionada con las TICs. • Marco legal amplio y flexible, y creciente experiencia en la articulación de fórmulas de colaboración público-privada. • Sector privado, tanto asegurador como proveedor de servicios sanitarios, desarrollado y dispuesto a cooperar con los servicios públicos. • Nuevos entrantes en el sector vinculados a la innovación tecnológica y de fórmulas de gestión de los servicios sanitarios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Crecimiento del gasto público real superior al crecimiento del PIB, por: <ul style="list-style-type: none"> – Envejecimiento de la población. – Incremento de las enfermedades crónicas. – Inflación sanitaria. – Caída de ingresos fiscales derivados de la crisis económica. • Ausencia de evaluación y priorización de los ajustes en el gasto sanitario como consecuencia de la crisis.

¹⁴ Jaume Puig-Junoy (2011): "Recortar o desinvertir". *Economía y Salud*, nº 72

Sobre los pares de debilidades/fortalezas y amenazas/opportunidades recién descritos, se pueden identificar diferentes tipos de estrategias susceptibles de abordar la reforma del sistema que se caracterizan en el diagrama siguiente:

	Fortalezas	Debilidades
Oportunidades	ESTRATEGIA OFENSIVA Aprovechamiento de las oportunidades que mejor se ajustan a las fortalezas existentes	ESTRATEGIA PRO-ACTIVA Superación de las debilidades existentes aprovechando la presencia de oportunidades
Amenazas	ESTRATEGIA REACTIVA Aprovechar las fortalezas para reducir la vulnerabilidad frente a las amenazas existentes	ESTRATEGIA DEFENSIVA Plan defensivo para evitar las amenazas cuando las debilidades son difícilmente superables

En este sentido, la profundización de las fórmulas de colaboración público-privada tanto en la gestión de servicios sanitarios como en la gestión de riesgos de salud, y su articulación mediante contratos que preserven las fortalezas del actual sistema a la vez que logren ganancias de eficiencia, se enmarcarían dentro de una estrategia proactiva-ofensiva.

2.2. Estimación de necesidades de financiación del SNS al horizonte 2052

El papel de la demografía

Para la estimación de las necesidades de financiación del SNS a largo plazo existen una serie de metodologías comúnmente aceptadas basadas en la descomposición del gasto sanitario total en sus diferentes componentes. Estos componentes, que pueden ser muy numerosos, se reducen a cinco categorías básicas:

- i. La población total y su estructura de género y edades, el factor material determinante, si se quiere, por ser el sujeto del sistema sanitario, aunque, como se verá más adelante, no necesariamente el más relevante bajo ciertos escenarios de *policy* verosímiles.
- ii. La “mochila” de servicios (e instalaciones y equipos) sanitarios (índice compuesto de servicios-equipos por género/edad). Factor, que secularmente ha venido creciendo hasta hace poco impulsado por la intensificación tecnológica del sistema sanitario, las demandas sociales más o menos fundadas y una voluntad política propensa a la “sobrepaja” en un contexto de *race to the top* territorial.
- iii. La prevalencia de patologías entre la población de cada género/edad. Un factor clave en la medida en que las políticas de salud pública y los comportamientos saludables de la población pueden interactuar en un círculo virtuoso para compensar la emergencia o generalización de patologías o nuevas patologías entre una población más longeva.
- iv. La “productividad” de los procesos médico-hospitalarios, que, de aumentar, se traduce en términos de menor coste y mejores resultados (incluida la mayor satisfacción del usuario) de la práctica sanitaria.
- v. La inflación diferencial del coste de los servicios sanitarios (incluido el input farmacéutico) respecto al deflactor del PIB.

El análisis de cada uno de estos factores para establecer una proyección del gasto sanitario total no es sencillo debido a la ausencia de información estadística y requiere una aproximación muy prolija que no se abordará en este estudio. De todos ellos, no obstante, el determinante demográfico del gasto sanitario es el más inmediato, siendo su impacto sobre el gasto sanitario total el resultado de dos factores claramente identificables:

- i. El monto total de la población en tanto constituye el número de “capitas” potenciales sobre las que se aplicaran los servicios del sistema.
- ii. La estructura de género y edades de la población en la medida en que cada género/edad, que puede sufrir patologías comunes con las restantes, sufre también patologías específicas, propias de cada marca idiosincrática que, a menudo, se distinguen también por un coste específico fuertemente diferenciado.

Así, el volumen total de población y su estructura de género/edad, que evolucionan a medida que el balance natalidad/longevidad cambia en el tiempo, son poderosos vectores de cambio del gasto sanitario total independientemente del efecto que puedan tener los restantes determinantes antes analizados, no menos relevantes aunque claramente susceptibles de control por parte de las autoridades sanitarias, a diferencia de lo que ocurre con la población y su estructura de género/edad. La demografía, pues, ejerce su impacto sobre el gasto sanitario a través de dos factores esenciales: (i) el factor población propiamente dicho (el quantum de población) y (ii) el factor longevidad implicado en la estructura de edades (siendo la estructura de género mucho menos relevante, en general).

No cabe pensar que los factores no demográficos que impulsan el gasto sanitario, por el hecho de ser “gestionables” por parte de los gestores del sistema sanitario en mayor o menor medida, son menos relevantes que el factor demográfico, ni que este último deba tomarse como un dato exógeno frente al que no es posible reacción alguna por parte de la política sanitaria. Todos los factores que intervienen en la evolución del gasto sanitario son gestionables en alguna medida y las políticas sanitarias, tanto las que buscan la eficacia del sistema (cobertura, efectividad) como las que buscan su eficiencia (sostenibilidad), deben perseguirse en todos estos ámbitos.

Sucede que muy a menudo, popularmente, se liga la sostenibilidad del SNS a la evolución de la demografía, al igual que sucede con otros grandes programas del Estado del Bienestar (las pensiones, por ejemplo). Pero el riesgo de

salud es algo muy diferente de la contingencia segura de la jubilación y, por lo tanto, la incidencia de la demografía en cada uno de estos ámbitos también es diferente y conviene tratarla con detenimiento.

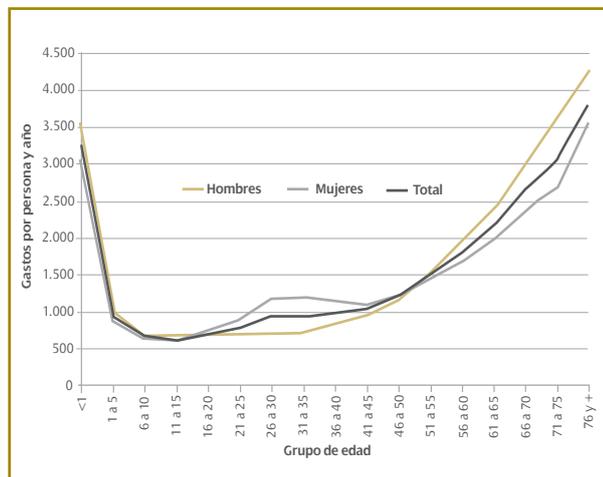
En este contexto, el ejercicio que se describe en esta sección contempla la incidencia de la demografía sobre el gasto sanitario en España dando por hecho que los restantes cuatro factores enunciados anteriormente resultan muy determinantes del gasto total y sobre los que la política sanitaria deberá adoptar las medidas oportunas.

De hecho, si bien el gasto sanitario total es el resultado inmediato de la atención prestada a un volumen dado de población de características de género y edad determinadas, el coste debido a los factores no demográficos ha venido siendo el principal determinante del gasto total en el pasado. Este coste se combina en un único indicador que es el gasto sanitario por habitante de género/edad determinados. Para estimar en base 2012 dicho gasto unitario se han actualizado, mediante los deflatores oportunos, las estimaciones de este indicador realizadas por Ahn et al (2003)¹⁵. Estas estimaciones se muestran en el gráfico y cuadro siguientes.

En el gráfico se muestra el patrón bien conocido en forma de “J” caracterizado por un elevado gasto en el primer año de vida y, especialmente, al nacimiento, e igualmente en las fases más avanzadas del ciclo vital a partir de los 50 años. En este patrón, la diferenciación etaria es muy relevante, dándose la menor incidencia del sistema sanitario entre los 6 y los 25 años no dándose diferencias significativas por razón de género. A partir de esta edad, y hasta los 45 años aproximadamente, se produce el igualmente bien conocido fenómeno de la diferenciación por género debida al gasto asociado a la función reproductiva de las mujeres. Justamente entre los 50 y los 55 años vuelven a coincidir los niveles de gasto por habitante para ambos sexos y a partir de los 55 años se produce una creciente divergencia entre el gasto unitario de hombres y mujeres, que apenas se reduce a partir de los 75 años, manifestándose más intensamente dicho gasto en el caso de los hombres en virtud del mayor coste y/o prevalencia de las incidencias de salud que les afectan más específicamente y que se traducen en una mayor probabilidad de muerte.

¹⁵ Ahn, N.; J. Alonso y J. A. Herce. *Gasto sanitario y envejecimiento de la población en España. Documentos de Trabajo 7, 2003. Fundación BBVA.*

EL GASTO SANITARIO MEDIO POR GÉNERO Y GRUPO DE EDAD EN ESPAÑA (2012)



Fuente: Afi a partir de Ahn et al (2003).

En los eventos de edad/género más distanciados en cuanto al gasto unitario respectivo, puede observarse que el mismo es similar para los individuos de menos de un año y para los que han superado los 70 años, mientras que el gasto de un individuo de entre 11 y 15 años es aproximadamente 5,3 veces menor que el de los individuos de aquéllas edades. En el caso del género, el gasto unitario de las mujeres de entre 26 y 40 años es un 50% mayor que el de los hombres del mismo grupo de edad.

Gasto sanitario por persona y año por género y grupo de edad - España 2012 (euros)

Grupo de edad	Hombres	Mujeres	Total
<1	3.591	3.063	3.335
1 a 5	996	866	933
6 a 10	689	642	666
11 a 15	677	614	646
16 a 20	731	771	751
21 a 25	718	881	798
26 a 30	711	1.180	941
31 a 35	726	1.190	955
36 a 40	865	1.129	997
41 a 45	976	1.094	1.035
46 a 50	1.146	1.231	1.189
51 a 55	1.529	1.481	1.505
56 a 60	1.929	1.691	1.807
61 a 65	2.392	1.989	2.179
66 a 70	3.010	2.375	2.667
71 a 75	3.598	2.703	3.094
76 y +	4.282	3.546	3.814

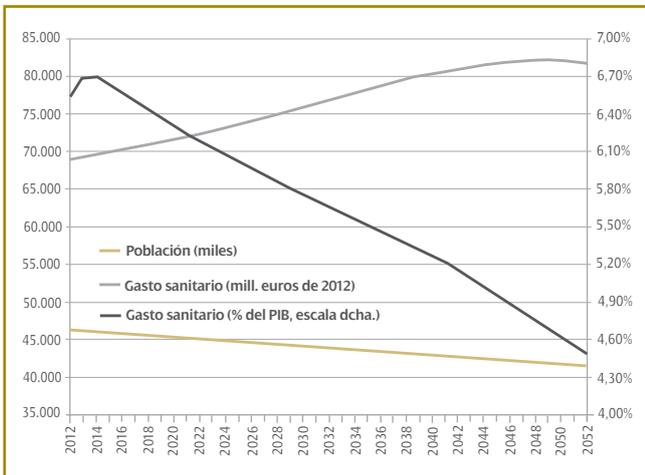
Fuente: Afi a partir de Ahn et al (2003).

Sobre las bases de esta estimación de gasto por género y edad, y suponiendo que los factores antes mencionados que impulsan el gasto unitario permanecen invariables en todo el periodo, se realiza a continuación una proyección del gasto sanitario total al horizonte 2052 utilizando las últimas proyecciones de población elaboradas por el INE (Diciembre de 2012).

Este supuesto es fuerte, especialmente si tenemos en cuenta que la experiencia del pasado muestra que la evolución de la prevalencia de incidencias de salud, el contenido de la mochila de servicios sanitarios, la utilización de la tecnología en la prestación de dichos servicios y la inflación diferencial de los inputs sanitarios no han permanecido precisamente estables. De hecho, como se confirmará también en la proyección que sigue, han sido en su conjunto bastante más determinantes del aumento del gasto sanitario que los factores demográficos.

Las perspectivas que se obtengan de este ejercicio, no obstante, mostrarán elocuentemente la importancia de diseñar políticas de control de estos factores no demográficos, los únicos que se pueden controlar a la hora de limitar el avance del gasto haciendo incluso más eficiente al SNS.

IMPACTO DE LA DEMOGRAFÍA SOBRE EL GASTO SANITARIO TOTAL (PRECIOS 2012)



Fuente: Afi a partir de proyecciones de población del INE.

En efecto, en el cuadro anterior se constata cómo, ante la eventualidad de un descenso de la población total en España, como ya se está observando a consecuencia de la crisis, el peso del factor demográfico en el gasto sanitario sería cada vez menor. De hecho, la participación del gasto en el PIB (referida exclusivamente al gasto sanitario público) podría descender del casi 7% actual a algo menos del 4,5% en los próximos cincuenta años. Como consecuencia de ello, de mantenerse los demás factores constantes (la cartera de servicios, la tecnología sanitaria y la prevalencia de enfermedades entre la población), incluso en términos absolutos (y en euros de 2012), el gasto sanitario se estabilizaría al final del periodo de proyección.

Para la comprensión de este resultado, debe quedar claro que partiendo de la evolución del gasto sanitario absoluto, ligada al quantum de población y a su composición de género y edad, las cifras relativas al PIB son igualmente tributarias de los supuestos adoptados respecto a la evolución de esta macromagnitud, enteramente ajena al ámbito sanitario e incierta por definición en una proyección de este tipo.

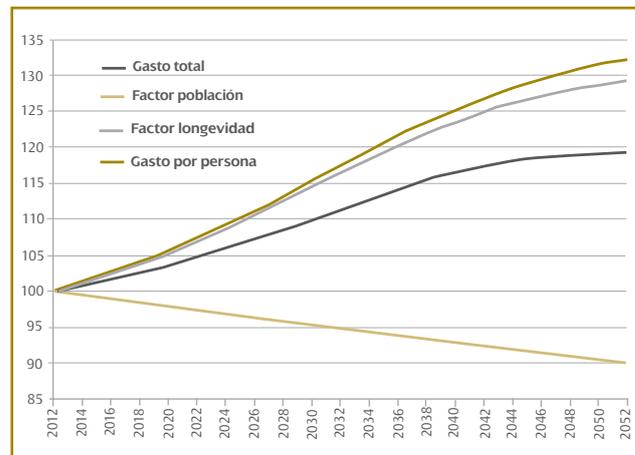
La enseñanza que se retira de estos resultados, no obstante, en los que pesan tanto el total de población como la cambiante composición por edades de la población, es que si las políticas sanitarias (incluidas la innovación en materia de provisión y gestión de los servicios del SNS) logran controlar los restantes determinantes del gasto, la demografía no solo no va a ser un vector de impulso del gasto sino todo lo

contrario: constituirá un poderoso coadyuvante de dichas políticas.

Naturalmente, la creciente longevidad de los individuos, dado el patrón en forma de "J" del gasto unitario antes comentado, no va a facilitar las cosas. Pero su incidencia, que será significativa quedaría mitigada en una buena tercera parte de su impacto sobre el gasto total gracias al descenso proyectado de la población. Aun así, para que se produzca el resultado antes comentado de la caída de la tasa de gasto sanitario sobre el PIB, resulta crucial constatar que el aumento del gasto sanitario debido a una mayor longevidad de los individuos, incluso sin verse compensado por el descenso de la población absoluta, se daría a ritmos fácilmente acomodables al crecimiento esperado del PIB real¹⁶.

Para observar mejor el efecto aislado que los dos elementos demográficos mencionados hasta ahora, el quantum de población y su composición por género/edad, tienen sobre el gasto sanitario se ha procedido a la descomposición de los mismos en forma de índices normalizados a 100 para cada uno en el año base de la proyección. El resultado se muestra en el gráfico siguiente.

DESCOMPOSICIÓN DEL IMPACTO DE LA DEMOGRAFÍA SOBRE EL GASTO SANITARIO TOTAL (PRECIOS 2012)



Fuente: Afi a partir de Ahn et al (2003).

¹⁶ La discusión previa del papel de los factores no demográficos que impulsan el gasto sanitario debe tenerse en cuenta a la hora de matizar este resultado. En un informe reciente de la OCDE con proyecciones del gasto de salud, se constata que, hasta el presente, los factores demográficos explican tan solo la octava parte (la séptima en España) del crecimiento del gasto sanitario entre 1995 y 2009.

Se observa claramente que el factor población contribuye a compensar una tercera parte del gasto sanitario que, de tenerse únicamente en cuenta el factor longevidad, haría aumentar el gasto sanitario absoluto (en euros de 2012) en un 30% respecto al año base. Al introducirse además el factor población, el gasto absoluto aumenta solo un 20%. Este aumento en los cuarenta años de la proyección implica un crecimiento real del gasto sanitario real (debido exclusivamente a la demografía futura) de un 0,43% anual medio. Este ritmo de crecimiento explica que a nada que el PIB crezca por encima del mismo la ratio de gasto sanitario sobre el PIB descenderá de manera señalada.

En el gráfico anterior, se muestra también la evolución del índice de gasto sanitario por persona en el periodo de proyección. Se constata que este indicador habría aumentado un 32% entre 2012 y 2052 bajo las hipótesis de proyección adoptadas.

Conviene reiterar que a la vista de estos resultados, la política sanitaria tiene una verdadera posibilidad de controlar la dinámica del gasto sanitario incidiendo decididamente sobre los factores que tienen que ver con la prevención

de la prevalencia de eventos de salud entre la población, la definición de la cartera de servicios sanitarios, el uso adecuado de la tecnología y el control de los costes de todos los protocolos e inputs sanitarios en la confianza de que ni la demografía ni la longevidad serán elementos que desestabilicen el sistema, a diferencia de lo que sucede en el ámbito de las pensiones.

El papel de los factores no demográficos que impulsan el gasto sanitario, como se comentaba anteriormente, es potencialmente muy importante, como también se ha constatado en el pasado. Un conjunto de proyecciones recientes de la OCDE para el gasto sanitario y los gastos asociados a la dependencia (cuidados de larga duración) establece que, para España, el gasto sanitario público, que había representado en media, entre 2006 y 2010, el 5,6% del PIB, podría aumentar hasta el 8,5% en 2060 incluso en un escenario de contención de costes por la vía del control de los factores no demográficos fundamentalmente. Por el contrario, de seguir estos factores impulsando el gasto como lo han hecho en el pasado, el gasto sanitario público podría ascender hasta el 12,5% del PIB en 2060¹⁷.

¹⁷ De la Maisonneuve, C. y J. Oliveira-Martins: "Public spending on health and long-term care: a new set of projections." *OECD Economic Policy Papers*, N° 6. Disponible en: <http://www.oecd.org/eco/growth/Health%20FINAL.pdf>.

3. Benchmarking del SNS español con los países de referencia

En este capítulo se aborda una breve revisión de los sistemas de salud de varios países de forma que permita comprender su funcionamiento, y en consecuencia podamos situar cuál es el papel de los aseguradores privados en cada uno de ellos, y poder compararlos con el papel y desarrollo de dicho sector en España.

Los países objeto de análisis son los siguientes: Alemania, Reino Unido, Suecia, Australia, Holanda y aunque más adelante se dedique un capítulo entero al sector de seguros privados de salud en España, también se analizará el sistema de salud en su conjunto en España.

En cada uno de los sistemas de salud de los países analizados más allá de realizar una breve descripción de su sistema de funcionamiento y esquema organizativo nos fijaremos en una serie de aspectos que son clave para el desarrollo de los seguros privados de salud, como es la población cubierta en cada uno de ellos, el sistema de financiación, la existencia de copagos, los servicios cubiertos, etc.

3.1. Alemania

Descripción general y estructura organizativa

Una característica fundamental del sistema público alemán de salud es que el Estado no se ocupa directamente de la gestión del seguro de salud público, sino que delega dicha gestión en los principales agentes del sistema: entidades aseguradoras y proveedores de servicios, que son los encargados de organizar y administrar el sistema de forma conjunta, a través de convenios con el Estado. En comisiones conjuntas, los pagadores (asociaciones de fondos de enfermedad) y los proveedores (médicos y hospitales) definen las prestaciones, precios y normas (a nivel federal) para controlar y sancionar a sus miembros (a nivel regional).

Uno de los pilares sobre los que descansa el sistema son las Cajas de Salud o Enfermedad (154 en 2011), organismos autónomos, sin fines de lucro, no gubernamentales regulados por ley, que actúan como entidades aseguradoras, y que en conjunto forman el Seguro Social de Enfermedad. Las Cajas o Fondos son las encargadas de recaudar los recursos procedentes de las cotizaciones de los asegurados, siendo también los encargados de establecer contratos

con los prestadores sanitarios para la provisión de servicios de salud a los integrantes del sistema, ya que la provisión de servicios no forma parte de sus atribuciones legales. En general, pues, las Cajas de Enfermedad conciertan con los consorcios hospitalarios y las asociaciones médicas, ambos de ámbito regional, la prestación de los servicios sanitarios hospitalarios y ambulatorios, respectivamente.

Los convenios entre las Cajas de Salud, las aseguradoras y los médicos no se negocian a nivel individual, sino que se realizan de forma colectiva a través de asociaciones que representan a las partes, en particular los consorcios hospitalarios y las asociaciones médicas regionales mencionados. La gestión, es por tanto, de corte corporativista. Así tenemos como principales actores, por un lado, a las federaciones regionales de Cajas de Salud, que a su vez están asociadas en una confederación nacional (GKV-Spitzenverband), y por otro las asociaciones regionales y la asociación nacional de médicos concertados.

Los Fondos y las Cajas de Salud son quienes conciertan con los Consorcios hospitalarios regionales, bajo la supervisión de las autoridades sanitarias de los Länder, la atención hospitalaria de la población. Los asegurados tienen libertad de elegir el centro en el que van a tratarse y los centros están obligados a proveer dicho tratamiento. Los consorcios hospitalarios regionales cuentan con una Organización hospitalaria federal. Estos consorcios regionales, además, son quienes negocian las condiciones financieras con las Cajas de Salud.

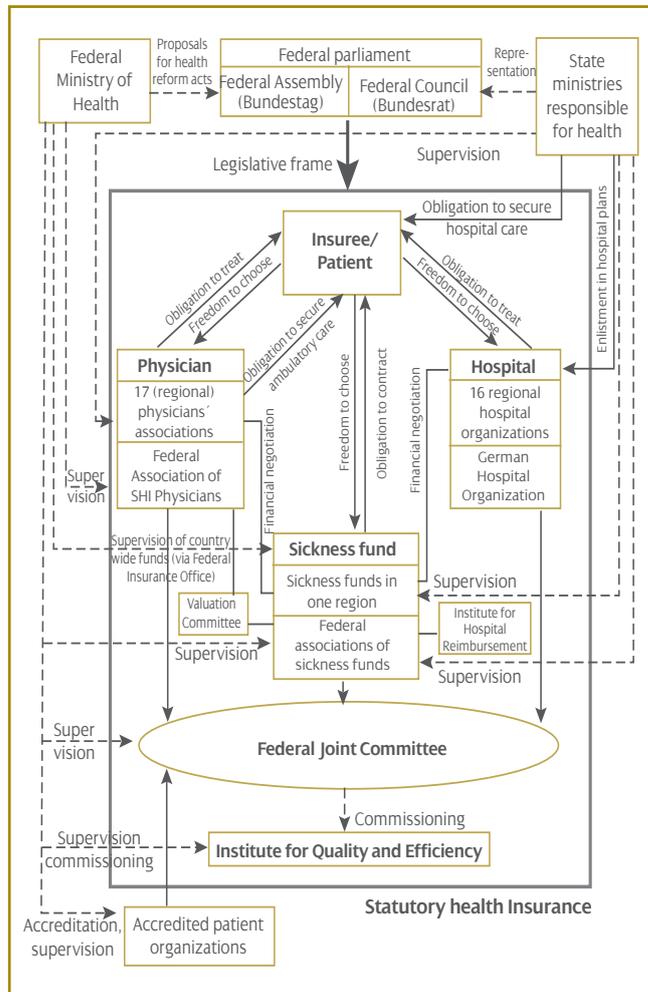
Por lo que hace a la asistencia ambulatoria, las Asociaciones regionales de médicos, que, al igual que las Cajas o Fondos de Salud, son corporaciones de derecho público, tienen la obligación, fijada por ley, de garantizar asistencia médica ambulatoria a la población. Por tanto, las asociaciones de médicos concertados ostentan el monopolio de la asistencia médica ambulatoria. La asistencia en sí corre a cargo de los médicos concertados. Para alcanzar esta condición y, por ende, poder prestar atención sanitaria a los afiliados al seguro público, el médico tiene que obtener una autorización oficial. Más del 85% de los médicos dedicados a la asistencia ambulatoria en Alemania son médicos concertados.

Dado que ni el Estado ni las Cajas de Salud poseen centros de salud propios, la asistencia médica ambulatoria pública se presta en las consultas privadas de los propios médicos concertados, en las que los titulares, por regla general, atienden tanto a pacientes del seguro público como del seguro privado. Por tanto, en Alemania, los médicos del seguro público no son funcionarios contratados por el Estado, sino profesionales autónomos con consulta propia, aunque también son habituales los consultorios colectivos y las consultas compartidas. Además, desde el año 2004, existe una nueva figura que son los centros de atención médica. Centros en los que los médicos concertados y médicos contratados de distintas especialidades pueden prestar sus servicios, a veces junto con otros proveedores sanitarios no médicos, a los afiliados al seguro público.

Por lo que respecta al sistema de remuneración, a partir del dinero asignado del fondo sanitario, las Cajas de Salud transfieren a las asociaciones de médicos concertados una cantidad fija, con la que deben cubrirse las prestaciones médicas ambulatorias recibidas por los asegurados durante un año más los gastos de administración de las asociaciones. En el caso de que se dé un aumento no previsto de la morbilidad, por ejemplo, por una epidemia, existe la posibilidad de que las Cajas tengan que abonar una cifra superior a la pactada.

Con ese dinero, las asociaciones remunerar a los médicos según las tarifas oficiales fijadas para las prestaciones cubiertas por el seguro público. La mayoría de los actos médicos no se facturan por separado, sino que están agrupados en grupos de diagnóstico y el médico recibe un importe fijo por caso, que incluye todas las prestaciones relativas a un problema de salud definido durante un periodo de tiempo determinado. Así, el médico facturará trimestralmente a la asociación a la que esté adscrito las prestaciones realizadas a los precios fijados en la tarifa oficial.

ESQUEMA DE ORGANIZACIÓN DE LOS PRINCIPALES AGENTES DEL SISTEMA DE SALUD (2005)



Fuente: *Health Systems in Transition*, 2005.

Financiación

El seguro público de salud se financia a partir de tres fuentes: las cotizaciones, las subvenciones estatales y otros ingresos marginales. De estas tres fuentes, la más importante son las cotizaciones, que se calculan aplicando un porcentaje definido (tipo de cotización) a los ingresos brutos sujetos a cotización de los trabajadores. De hecho, las Cajas o Fondos de Salud se financian mediante cotizaciones obligatorias de trabajadores y empresarios.

El cálculo de las aportaciones respectivas de la empresa y el trabajador se realiza según el siguiente mecanismo. El tipo de cotización vigente menos 0,9 puntos se financia de forma paritaria entre el trabajador y la empresa, y el 0,9% restante constituye un tipo de cotización adicional financiado únicamente por el trabajador.

Desde el 2011, el tipo único de cotización es del 15,5% que se distribuye entre el trabajador y el empresario a razón de un 8,2% a cargo del trabajador y un 7,3% a cargo del empresario. La base cotización está constituida por todos los ingresos brutos hasta un tope máximo, que en el año 2011 era de 44.550€ anuales.

Las personas dependientes (cónyuges sin ingresos e hijos), están cubiertas a través del Fondo de Salud del miembro principal de la familia. Los desempleados contribuyen en proporción a sus derechos de desempleo, excepto en el caso de los desempleados de larga duración, siendo el gobierno quién paga una prima fija por desempleado.

Las subvenciones estatales proceden de los impuestos generales y se destinan a la financiación de prestaciones ajenas al seguro propiamente dicho, como, por ejemplo, el aseguramiento gratuito de cónyuges e hijos. Estos gastos se consideran de interés común y son, por tanto, cubiertos parcialmente por impuestos generales.

Todas las cotizaciones, junto con las subvenciones, se gestionan de forma centralizada en un fondo de recolocación central (Gesundheitsfonds), que asigna recursos a cada Caja de Enfermedad. Esta asignación se basa en una fórmula de capitación ajustada por riesgo. Esta fórmula tiene en cuenta la edad, el sexo y la morbilidad de 80 enfermedades crónicas y/o graves.

Desde 2009, los Fondos de Enfermedad pueden cobrar al asegurado una prima adicional si los ingresos no son suficientes (o devolver el dinero en el caso de los ingresos excedentes).

Copagos

En Alemania, existe un gran número de prestaciones del seguro médico público que se encuentran sujetas a copago.

Las visitas médicas al médico de atención primaria tenían un copago de 10 € por trimestre que se abonaba en la primera visita realizada a un médico en el trimestre correspondiente. Este copago cubría todas las visitas que se realizasen al mismo médico durante el trimestre, así como todas las que se realizasen a otros médicos si el paciente fue derivado por el primero. Sin embargo, este copago ha sido eliminado en 2013 como consecuencia del superávit de las compañías

de seguros públicos y de que el copago no ha obtenido los resultados esperados en términos de reducción de las consultas médicas.

En cuanto a la atención hospitalaria y los servicios de urgencias, los copagos establecidos son de 10 € por día de hospitalización y estancias de rehabilitación (con un máximo de 28 días por año), más el 10% de los costes totales de las pruebas y tratamientos hospitalarios.

Por lo que respecta a los medicamentos, por regla general el seguro público no cubre los medicamentos de venta libre, con excepción de los prescritos a niños de hasta 12 años de edad. En cuanto a los medicamentos de prescripción obligatoria, el asegurado tiene que abonar en concepto de copago el 10% del precio del medicamento, con un mínimo de 5 y un máximo de 10€. En caso de que el medicamento cueste menos de 5€, el asegurado abonará el precio real de éste. Los niños y jóvenes hasta los 18 años están exentos del copago. Además, existe una serie de medicamentos que están exentos de copago, que se publican en una lista oficial de acceso público.

No obstante, con el objetivo de evitar que los copagos supongan una carga económica excesiva para los asegurados, se ha establecido como tope máximo en concepto de copagos el 2% de los ingresos brutos familiares anuales. Si un asegurado alcanza ese límite (sumando todos los copagos realizados durante el año en curso), puede solicitar la exención de copagos para el resto del año previa presentación de los justificantes correspondientes a su Caja de Salud. Para los enfermos crónicos, el tope máximo es el 1% de los ingresos.

Por otro lado, los Fondos de Salud pueden ofrecer a sus asegurados diferentes deducciones, es decir, el asegurado recibirá una cierta cantidad de su contribución si no ha utilizado ningún servicio en un año.

Población cubierta

El seguro médico es obligatorio para todos los ciudadanos y residentes permanentes, ya sea a través del seguro público obligatorio o de seguros de salud privados.

Los trabajadores por cuenta ajena y los pensionistas que ganan menos de 52.200€ anuales (en 2013) están cubiertos obligatoriamente por el seguro obligatorio de enfermedad y sus familiares (cónyuges sin ingresos e hijos) están cubiertos de forma gratuita.

Los funcionarios, los trabajadores por cuenta propia y los trabajadores por cuenta ajena cuyos salarios brutos superen el límite establecido pueden elegir entre permanecer en el

seguro público de salud (y el 75% de ellos lo hacen) o adquirir un seguro de salud privado.

Servicios cubiertos

Todas las Cajas del Seguro de salud público tienen que ofrecer un mínimo de prestaciones fijadas en el Código Social. Si bien los contenidos generales de la cartera de servicios están definidos legalmente, los detalles específicos son decididos por el Comité Federal Conjunto (G-BA).

Dentro de este catálogo de prestaciones figuran medidas preventivas –vacunas, chequeos periódicos–, tratamientos médicos ambulatorios y hospitalarios, rehabilitación, psicoterapia, socioterapia, asistencia odontológica y prótesis dentales, asistencia médica por maternidad –que incluye asistencia posparto domiciliaria prestada por una comadrona durante diez días–, cuidados paliativos, asistencia domiciliaria, asistencia a enfermos terminales, medicamentos y prestaciones económicas por enfermedad propia y de los hijos, todo ello bajo la libre elección de médico –tanto de atención primaria como de especialistas– por parte del asegurado.

Los cuidados de larga duración están cubiertos por un seguro distinto, que es obligatorio para toda la población. Las prestaciones del seguro de cuidados de larga duración dependen de la evaluación de las necesidades individuales de cada caso, y están limitadas a ciertas cantidades máximas según el nivel de atención requerido. Los beneficiarios pueden elegir entre recibir un importe en efectivo o en especie. Como las prestaciones cubiertas no suelen ser suficientes para cubrir la atención completamente, a los ciudadanos se les recomienda contratar un seguro privado de cuidados de larga duración que complemente el seguro obligatorio.

Papel de las aseguradoras privadas

Dentro del sistema de salud alemán, podemos encontrar dos tipos de seguros privados de salud, aquellos que sustituyen al seguro público para los colectivos que no están protegidos por éste, y los seguros privados complementarios contratados voluntariamente para cubrir prestaciones o servicios no cubiertos por el sistema público.

Los seguros de salud privados juegan un papel sustitutivo en la cobertura sanitaria de los grupos de población exentos de la obligación de formar parte del seguro de salud público (SHI), y que por tanto pueden elegir el seguro privado en vez del público: funcionarios, trabajadores por cuenta ajena y trabajadores por cuenta propia cuyo salario bruto anual supera el tope definido para su afiliación forzosa al seguro público.

El seguro de salud privado está regulado por el gobierno para garantizar que los asegurados no se enfrentan a grandes aumentos de primas a medida que envejecen o si sus ingresos disminuyen.

Los trabajadores por cuenta ajena que decidan contratar un seguro de salud privado sustitutorio tienen derecho a cofinanciación de las cuotas por parte del empresario por el mismo importe que este aportaría al seguro público, con la salvedad de que no podrá superar la mitad de la prima real del seguro privado. En este sentido, se financia de forma similar al seguro público, aunque a diferencia de éste, que se basa en el principio de solidaridad, el seguro de salud privado es un seguro individual cuya prima se calcula en función de su riesgo individual. De este modo, en los seguros de salud privados no existe la afiliación gratuita de familiares dependientes y las primas no dependen de sus ingresos, sino de factores como la edad y el estado de salud del asegurado en el momento de la contratación del seguro. La entidad aseguradora puede rechazar solicitudes, así como excluir determinadas prestaciones por enfermedades preexistentes.

El seguro de salud privado funciona en régimen de capitalización, por lo que se constituyen provisiones para prestaciones futuras. De tal forma, las aseguradoras privadas de salud están obligadas por ley a establecer reservas de envejecimiento, cuando los asegurados son jóvenes con el fin de frenar el aumento de las primas con la edad. Desde enero de 2009, las reservas individuales de envejecimiento son transferibles si una persona decide cancelar su póliza o cambiar a otra aseguradora.

Por regla general, la cuantía de las primas aumenta con la edad del asegurado, ya que con la edad suele aumentar también el uso de los servicios sanitarios. Mediante las citadas provisiones se pretende reducir este efecto, de forma que los asegurados jóvenes pagan unas primas superiores a los gastos que ocasionan y la diferencia se destina a una provisión que se invierte, generando intereses, y con la que más adelante se puedan financiar al menos en parte las prestaciones que superen el importe de las primas.

Con la entrada en vigor de la obligatoriedad universal de contar con un seguro de salud, las aseguradoras privadas de salud tienen que ofrecer también una póliza básica con unas prestaciones comparables a las del seguro público y una prima máxima que no exceda la cotización máxima al seguro público. En esta modalidad de seguro, no está permitido que las entidades aseguradoras rechacen a ningún cliente.

En el seguro privado, el pago de las prestaciones se realiza por el sistema de reembolso: el asegurado abona al médico la factura que éste le extiende por sus servicios y luego la remite a su aseguradora para que le reembolsen los gastos total o parcialmente, según los términos de la póliza contratada. Así, aquí los proveedores de servicios reciben su remuneración del paciente y no de las aseguradoras.

A la hora de facturar las prestaciones, los médicos han de atenerse a lo estipulado en las tarifas oficiales para prestaciones médicas privadas, establecidas por el Ministerio de Sanidad, previa aprobación por la Cámara Alta alemana (Bundesrat). En dichas tarifas, al igual que en las vigentes para el seguro público, se encuentran listadas las diferentes prestaciones y su correspondiente valor monetario (mayor que en el de las tarifas para el seguro público), con la posibilidad de multiplicarlas por determinados tipos de incremento en función de la dificultad y el tiempo requerido. En el sistema privado no existen contingentes de prestaciones, de modo que todos los servicios prestados pueden facturarse según las tarifas oficiales sin limitación de cantidad.

Dadas las diferentes filosofías que subyacen al seguro de enfermedad público y al privado, el paso del público al privado es fácil si se reúnen los requisitos exigidos, pero el retorno al seguro público después de haber estado asegurado en el privado está casi excluido por el sistema. El motivo es evitar abusos del principio de solidaridad del seguro de enfermedad público, que se darían si la población con altos ingresos abandonase el seguro público para beneficiarse de las bajas primas que ofrece el seguro privado a los pacientes jóvenes y cuando las primas del seguro privado aumentan con la edad retornase al público para sacar partido de un sistema solidario al que no han contribuido.

Además de los seguros de enfermedad sustitutorios, las aseguradoras privadas también ofrecen seguros de salud complementarios al seguro de salud público, por ejemplo, para cubrir determinados servicios no cubiertos por el seguro público o para mejorar las prestaciones de éste. En este caso, a diferencia del seguro público, en el seguro privado no existe ningún catálogo de prestaciones prescrito, sino que estas dependerán del tipo de póliza que elija el asegurado.

3.2. Holanda

Descripción general y estructura organizativa

En términos generales el sistema holandés de salud se caracteriza por los siguientes aspectos:

- Cotizaciones obligatorias para financiar el sistema de salud.
- Oferta múltiple, predominantemente privada tanto a nivel de aseguramiento como de provisión de servicios.
- Clara separación del rol asegurador y de los proveedores de prestaciones de salud.
- Eficientes mecanismos de información orientados al usuario para tomar decisiones informadas.
- Participación de grupos consultivos y organizaciones de pacientes.

En cuanto a los servicios que provee el sistema público de salud holandés, el sistema se puede dividir en tres grandes niveles o segmentos de coberturas:

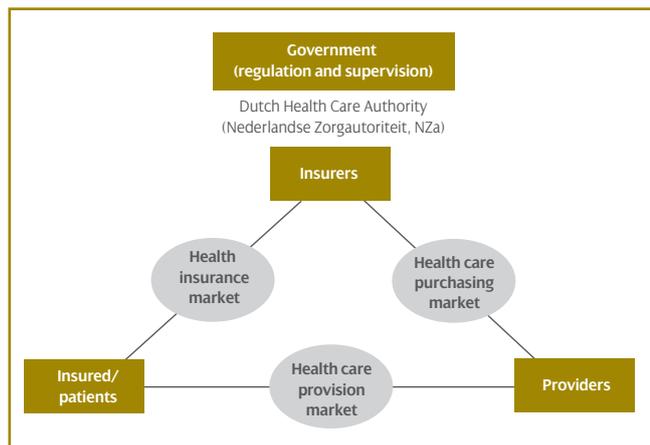
1. Cuidados a largo plazo para enfermedades crónicas. La atención a las enfermedades recogidas en este nivel es independiente de la capacidad financiera de cada individuo y está regulada por la Ley de gastos médicos excepcionales (AWBZ).
2. Servicios Sanitarios Generales: Atención médica básica y esencial, visitas a médicos generales, estancias en hospitales a corto plazo y citas o tratamientos con médicos especialistas. El sector asegurador privado es el responsable de proveer a todos los ciudadanos un paquete básico de asistencia sanitaria.
3. Cuidados suplementarios, tratamientos dentales, fisioterapia, etc. Se cubren a través de seguros privados suplementarios.

Niveles	Ley	Estatus	Cobertura	Servicios
Primer Nivel	AWBZ (Exceptional Medical Expenses Act)	Público	Obligatoria para todos los residentes	Cuidados de larga duración
Segundo Nivel	HIA (Health Insurance Act)	Cuasi-Privado	Obligatoria para todos los residentes	Atención primaria y hospitalaria, etc.
Tercer Nivel	Seguros privados complementarios (Private Medical Insurance) sin una ley específica	Privado	Voluntaria, más del 90% de la población	Servicios no cubiertos por HIA o AWBZ

Fuente: *Private Health Insurance in the Netherlands*, Professor Hans Maarse, University of Maastricht, March 2009.

El sistema público de salud en Holanda sufrió una importante reforma en el año 2006 con la Ley del Seguro de salud (Health Insurance Act, HIA) que establecía como obligatorio para toda la población la contratación de un seguro privado de salud para cubrir los servicios sanitarios recogidos en el segundo nivel de prestaciones del sistema. También dentro de dicha reforma se establecía la libertad de los ciudadanos para elegir compañía de seguros, lo que a su vez permite estimular la competencia entre las diferentes aseguradoras de salud. Esto es posible porque la relación entre el asegurado y el asegurador se basa en un contrato anual que el asegurado puede renovar cada año, terminarlo o sustituirlo por otro contrato con otra compañía de seguros.

AGENTES Y MERCADOS DEL SISTEMA DE SALUD HOLANDÉS DESDE 2006



Fuente: *Health Systems in Transition, The Netherlands*, 2010.

En consecuencia todos los residentes deben contratar una póliza de seguro que incluya un “paquete básico” de servicios que asegure la asistencia sanitaria esencial a todos los ciudadanos. Aquellos que no contratan un seguro de salud básico deben pagar una multa del 130% del valor de la prima. Además del “paquete básico” los ciudadanos tienen la posibilidad de contratar seguros privados de salud complementarios para acceder a servicios no recogidos en el “paquete básico”, como por ejemplo para disfrutar de servicios dentales a partir de los 18 años.

Los aseguradores privados de salud desempeñan un papel destacado dentro del sistema de salud holandés, ya que son los encargados de negociar y alcanzar los acuerdos correspondientes con los diferentes proveedores de servicios sanitarios, médicos y hospitales.

Los médicos de familia son la puerta de entrada al sistema de salud, de hecho los especialistas y los hospitales sólo son accesibles para los pacientes derivados por médicos de familia. Los pacientes pueden elegir su médico de atención primaria. Los médicos reciben un pago capitolativo por cada paciente asignado y una tasa por cada consulta. La mayoría de los médicos especialistas se encuentran en los hospitales, aunque poco a poco algunos especialistas comienzan a trabajar fuera de los hospitales.

Prácticamente todos los hospitales son privados o pertenecen a organizaciones sin ánimo de lucro. Los presupuestos de los hospitales están fijados en base a las negociaciones entre las aseguradoras privadas y los propios hospitales.

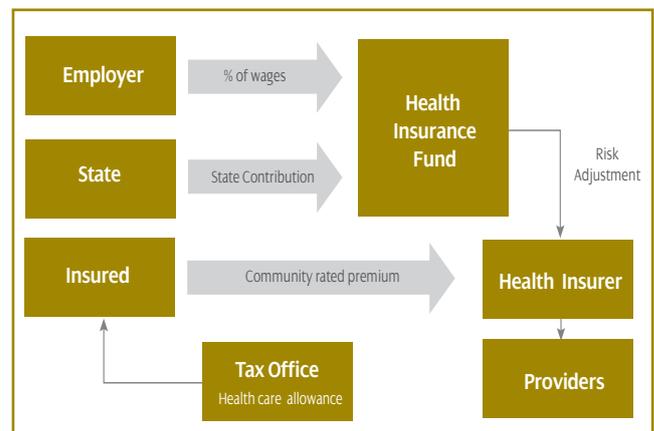
Financiación

La financiación del sistema de salud holandés varía en función del nivel de cobertura:

Niveles	Ley	Financiación
Primer Nivel	AWBZ (Exceptional Medical Expenses Act)	Se financia a través de cotizaciones sobre el salario de los trabajadores por cuenta ajena y por cuenta propia. La cotización es del 12,65% sobre los primeros 33.363€ de ingresos anuales ¹⁸ .
Segundo Nivel	HIA (Health Insurance Act)	1.- Primas que los individuos deben pagar a las compañías aseguradoras por el "paquete básico". La prima media anual para adultos se sitúa aproximadamente en 1.100€ aunque difiere entre las compañías. 2.- Cotizaciones (7,75%) sobre el salario de los trabajadores por cuenta ajena a cargo de los empresarios. En el caso de trabajadores por cuenta propia y pensionistas la cotización es del 5,65%. La base de cotización (ingresos) máxima es de 50.853€ (2013).
Tercer Nivel	Seguros privados complementarios (Private Medical Insurance) sin una ley específica	Primas que los individuos deben pagar a las compañías aseguradoras en función de los servicios y coberturas contratadas.

Las cotizaciones sobre los salarios se recaudan de forma centralizada y se distribuyen entre las aseguradoras privadas sobre la base de una fórmula de capitación (prima per cápita) ajustada al riesgo que tiene en cuenta la edad, el género, la situación laboral, la región y riesgo para la salud (en base al consumo de drogas en el pasado y la tasa de hospitalización) de cada uno de los asegurados.

ESQUEMA DE FLUJOS DE FINANCIACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD (HIA, ZVW)



Fuente: *Health Systems in Transition, The Netherlands, 2010.*

¹⁸ En el caso de menores de 65 años. Para mayores de 65 años el límite de la base de cotización es 33.555€.

Copagos

Todos los asegurados mayores de 18 años deben pagar los costes de la atención sanitaria del “paquete básico” hasta que alcanzan los 350€ (2013). Este copago no aplica a las consultas a los médicos de familia, atención a la maternidad, obstetricia, exámenes de detección de cáncer de mama, vacunas contra la gripe para grupos de alto riesgo y cuidados o servicios cubiertos por los seguros complementarios de salud.

Al contratar el seguro de salud se puede optar por aumentar la franquicia de 350€, desde 100€ hasta 500€ adicionales, a cambio de recibir descuentos en las primas de seguro del “paquete básico”.

El gobierno proporciona subsidios para las familias de bajos ingresos en los que la prima del “paquete básico” de servicios sanitarios supera el 5% de su ingreso familiar.

Población cubierta

Desde el 1 de enero de 2006, todos los residentes, así como los no residentes que pagan el impuesto sobre la renta holandés, están obligados a adquirir un seguro de salud, excepto aquellos con objeciones de conciencia y miembros activos de las fuerzas armadas. Los solicitantes de asilo en el país son cubiertos por el gobierno, y existen varios mecanismos para reembolsar los costes de atención de salud de los inmigrantes ilegales que no pueden pagar la atención sanitaria recibida.

Servicios cubiertos

Por ley todos los residentes deben contratar una póliza de seguro que incluya un “paquete básico” de servicios sanitarios que asegure la asistencia sanitaria esencial a todos los ciudadanos, en concreto el paquete básico incluye:

- Atención médica, incluida atención primaria prestada por médicos de cabecera y atención médica especializada.
- Tratamientos hospitalarios.
- Productos farmacéuticos.
- Cuidados odontológicos para menores de 18 años (la cobertura después de los 18 años se limita a la atención especializada dental y dentaduras postizas).
- Atención a la maternidad y servicios de obstetricia.
- Cuidados paramédicos (fisioterapia limitada/terapia correctiva, terapia del habla, terapia ocupacional y asesoramiento dietético).
- Ayudas para dejar de fumar.

Papel de las aseguradoras privadas

Como ya hemos indicado con anterioridad hay dos tipos de seguros privados de salud, el seguro obligatorio básico que conforma el segundo nivel de cobertura del sistema nacional de salud y que contiene el “paquete básico” de servicios esenciales (regulados por ley, HIA), y los seguros complementarios voluntarios (tercer nivel) y que pretenden cubrir los servicios no cubiertos por los otros niveles de cobertura.

En los seguros obligatorios que contienen “paquete básico” de servicios esenciales las entidades aseguradoras tienen la obligación de aceptar a todos los ciudadanos que quieran adherirse, y a su vez todos los ciudadanos tienen el derecho a elegir la compañía de seguros que quieran de forma anual.

Dado que el sistema holandés funciona bajo el principio de solidaridad las primas de seguros que cobran las entidades deben ser las mismas para todos sus asegurados, con independencia de su estado de salud o de su edad. Por lo tanto, las entidades de seguros pueden competir en ofrecer mejores servicios al mismo precio.

Los ciudadanos pueden contratar los seguros de forma individual o a través de un colectivo, de forma que puedan ganar capacidad de negociación con las entidades aseguradoras. El descuento máximo por ley que pueden aplicar las entidades a los grupos es del 10%.

Las entidades aseguradoras además de las primas que pagan los asegurados reciben ingresos adicionales a través del Fondo de Seguros de Salud, es lo que se conoce como “ajuste de primas por riesgo”. Dado que las aseguradoras no pueden ajustar las primas de los seguros obligatorios de los ciudadanos en función de los riesgos asociados a cada uno de ellos, las aseguradoras reciben una compensación por aquellos asegurados con perfiles de riesgo desfavorables (personas mayores, enfermos crónicos o discapacitados). La compensación depende de la composición de la cartera de asegurados de cada compañía, de tal forma, las entidades reciben mayores ingresos si entre sus asegurados hay un mayor número de asegurados con un perfil de riesgo desfavorable.

El ajuste por riesgo se basa en las diferentes características socio-económicas de cada uno de los asegurados: edad, sexo, fuentes de ingresos, la región donde reside el asegurado, grupos de coste farmacéutico y grupos de coste según diagnóstico.

El objetivo del ajuste de primas por riesgo es evitar la selección adversa de riesgos, de forma que los asegurados con mejor estado de salud se cambiasen a las entidades

aseguradoras con primas más bajas. Además de evitar la selección adversa, el ajuste de primas por riesgo incentiva la competencia leal entre las aseguradoras de salud, aunque al mismo tiempo puede favorecer la selección de riesgos. Dado que todas reciben pagos ajustados al riesgo que igualan el coste de la atención a sus asegurados, cada entidad cuenta con la misma capacidad de obtener beneficios a través de su gestión de costes administrativos o de negociar mejores precios para sus miembros con los proveedores sanitarios. En consecuencia, las diferencias entre las primas de diferentes compañías sólo pueden deberse a las diferencias de eficiencia en la gestión y prestación de los servicios sanitarios básicos.

En cambio, los seguros de salud privados complementarios (tercer nivel) que sirven para cubrir servicios no cubiertos por el primer y segundo nivel de cobertura no están regulados por ninguna de las leyes anteriores y son voluntarios para todos los ciudadanos. En este caso, las entidades aseguradoras son libres de fijar las primas en función del riesgo de cada asegurado y de las coberturas o prestaciones incluidas en las pólizas, como por ejemplo prestaciones de odontología o visitas adicionales a un fisioterapeuta.

3.3. Australia

Descripción general y estructura organizativa

El sistema público de salud australiano se conoce como Medicare, y consta de una red compuesta por organizaciones y personas que proveen de cuidados de salud a la comunidad en general. Esto incluye a médicos, hospitales, trabajadores sociales, dentistas y a otros servicios de salud, entre ellos, los de asistencia social.

El gobierno australiano desempeña un papel importante en la formulación de las políticas nacionales de salud, pero en general se caracteriza más por financiar los servicios que por prestarlos directamente. Financia el sistema nacional de salud, las prestaciones farmacéuticas, y junto a los diferentes estados, financia los hospitales públicos y los programas de salud. Además de financiar el sistema se encarga de regular gran parte del mismo, incluyendo los seguros de salud privados, los productos farmacéuticos y los servicios médicos. En cambio, los ocho estados (a través de sus departamentos de salud) que componen Australia son los encargados de administrar de forma autónoma los servicios de salud sujetos a acuerdos intergubernamentales. En consecuencia, los estados se encargan de la administración de los hospitales públicos, la regulación de todos los hospitales y servicios comunitarios de salud.

Medicare garantiza a todos los australianos acceso a atención médica, oftalmológica y hospitalaria gratuita o a un coste muy bajo, al mismo tiempo que da la posibilidad de optar por servicios privados de salud. De forma general a través de Medicare se accede a:

- Prestaciones extra-hospitalarias: tratamiento gratuito o subsidiado a cargo de profesionales de la salud: médicos, inclusive especialistas, oftalmólogos y dentistas que participan en el sistema (solamente para los servicios especificados).
- Prestaciones hospitalarias: tratamiento gratuito como paciente público (de Medicare) en un hospital público.

Las prestaciones extra-hospitalarias cubiertas por Medicare se basan en un esquema de tarifas fijado por el gobierno federal. Aunque los médicos tienen libertad para fijar unos honorarios por encima de las tarifas básicas fijadas por el gobierno, en la mayoría de los casos tanto los médicos como los hospitales fijan el coste de los servicios según las tarifas oficiales (subsidio que paga el gobierno federal).

Cuando los médicos fijan sus honorarios en base a las tarifas fijadas por el gobierno éstos no cobran a los pacientes, sino que pasan directamente la factura de los servicios al gobierno federal aceptando el 85% de las tarifas oficiales como pago, y por tanto sin ningún tipo de cargo al paciente. En cambio, si el médico establece unos honorarios por encima de las tarifas básicas oficiales, el paciente debe pagar dichos honorarios y posteriormente Medicare le reembolsará el 85% de las tarifas básicas oficiales.

En las consultas extra-hospitalarias los pacientes tienen la opción de elegir su médico. Los médicos de atención primaria tienen un papel importante como puerta de entrada al sistema, ya que Medicare sólo reembolsa el pago de las consultas a especialistas derivadas por los médicos de cabecera.

El sector hospitalario está compuesto por una mezcla de instalaciones públicas gestionadas por los estados y privadas (con y sin fines de lucro). Los hospitales públicos son financiados conjuntamente por el gobierno central y el gobierno de cada estado a través de acuerdos de cinco años de duración. Los hospitales públicos también reciben algunos ingresos como consecuencia de tratar a pacientes de seguros privados. Muchos médicos especialistas asalariados en los hospitales públicos también tratan a algunos pacientes privados en los hospitales públicos, a los que generalmente contribuyen con una parte de los ingresos obtenidos de dichas consultas privadas.

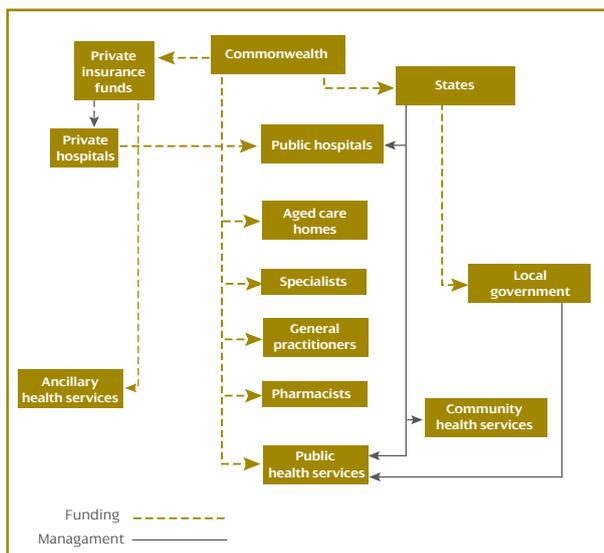
La atención hospitalaria en los hospitales públicos cuando se acude como paciente público (Medicare) es gratuita, pero en

este caso los médicos y especialistas que prestan los servicios son elegidos por el hospital. En cambio, si la atención en un hospital público se hace a un paciente privado, éste tiene derecho a elegir su médico. En este segundo caso, Medicare cubre el 75% de las tarifas básicas de los servicios hospitalarios recibidos, pero los costes de alojamiento, atención hospitalaria, gastos de quirófano y medicamentos deberán ser cubiertos por el propio paciente.

El sistema ha definido unos umbrales de gasto sanitario, de forma que cuando son sobrepasados por cada uno de los pacientes, el subsidio financiado por Medicare se eleva desde el 85% al 100% de las tarifas básicas de los servicios extra-hospitalarios para el resto de servicios que se utilicen hasta el final del año. El umbral se establece sobre la diferencia entre el coste de las prestaciones y las tarifas básicas y está establecida en AUS\$ 421,7 (343,1€) con carácter general.

En 2004 se introdujo un sistema adicional que establece prestaciones adicionales cuando se supera el umbral de pagos directos por parte de los pacientes por servicios extra-hospitalarios. Una vez alcanzado, los pacientes reciben el 80% de la diferencia entre el pago de Medicare y los honorarios de los médicos para lo que queda de año. El umbral está fijado en AUS\$ 610,7 (496,8€) para personas con bajos ingresos y pensionistas, y en AUS\$ 1.221,9 (994,1€) para la población en general.

ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

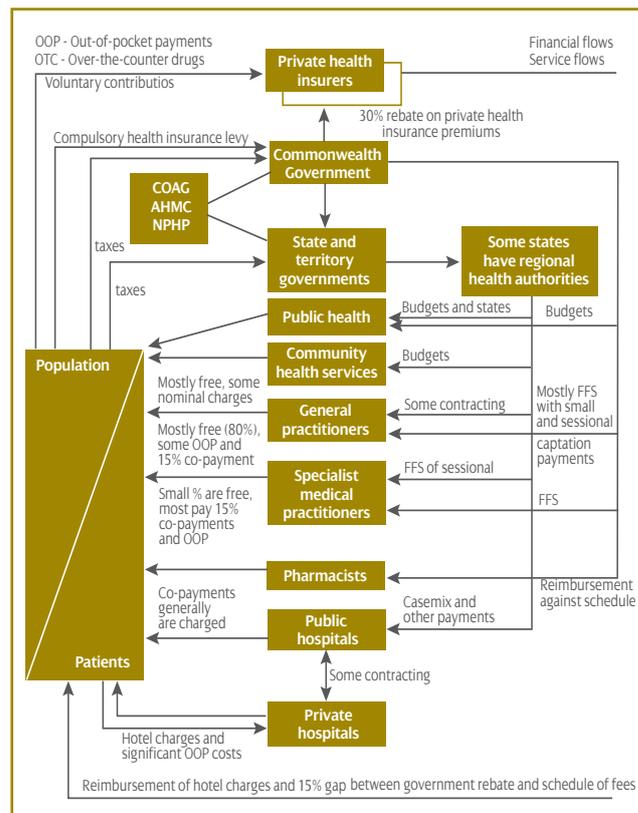


Fuente: *Health Systems in Transition, Australia. 2006.*

Financiación

Medicare es financiado principalmente a través de impuestos generales, incluido un impuesto del 1,5% sobre los ingresos anuales de cada individuo. Los individuos con bajos ingresos están exentos del pago del impuesto sobre sus ingresos.

ESQUEMA DE FLUJOS DE FINANCIACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD



Fuente: *Health Systems in Transition, Australia. 2006.*

Copagos

Los medicamentos incluidos en el esquema de prestaciones farmacéuticas (Pharmaceutical Benefits Scheme, PBS) de Medicare tienen un copago básico de AUS\$ 36,10 (29,37€) anual para la población general, con un copago reducido para los individuos con bajos ingresos, pensionistas, etc. de AUS\$ 5,9 (4,8€).

Las personas que superen anualmente el tope de gasto farmacéutico establecido pueden recibir subsidios adicionales. El copago anual de los pacientes en general por artículo disminuye cuando el gasto supera el tope anual de AUS\$ 1.390,6 (1.131,3€) hasta disfrutar del mismo copago que los pacientes con bajos ingresos o pensionistas (4,8€), y en este caso el tope anual en fármacos incluidos en el PBS es de AUS\$ 354 (288€).

Existen también, ciertos copagos evitables como resultado de la aplicación de un sistema de precios de referencia.

Población cubierta

El sistema nacional de salud australiano, Medicare proporciona atención sanitaria universal a todos los ciudadanos y residentes permanentes, y a los turistas de países con convenios recíprocos con Australia. Por tanto, Medicare tiene carácter universal. Los servicios hospitalarios públicos son gratuitos para toda la población.

Los estudiantes extranjeros están cubiertos a través de acuerdos especiales. El gobierno australiano proporciona asistencia médica a los solicitantes de asilo mientras su solicitud se tramita.

Servicios cubiertos

Dentro de las prestaciones que cubre Medicare se incluyen las siguientes:

- Honorarios de consultas a médicos y especialistas.
- Análisis y exámenes médicos necesarios para tratamiento de enfermedades, incluidos rayos X y análisis de patologías.
- Análisis oculares realizados por oftalmólogos.
- La mayoría de las operaciones quirúrgicas y terapéuticas realizadas por médicos.
- Algunas operaciones quirúrgicas realizadas por dentistas autorizados.

Papel de las aseguradoras privadas

En el caso de Australia, el Gobierno a través del Departamento de Salud y Envejecimiento fija la política de los seguros de salud privados, de forma que es el Ministerio de Salud quién aprueba cualquier aumento de tarifas de los seguros privados de salud.

Los fondos de salud privados son las entidades que comercializan los seguros privados de salud en Australia, para ello deben estar registradas al amparo de la Ley de Seguro Privado de Salud (*Private Health Insurance Act*) de 2007, y su supervisión depende del Consejo del Seguro de Salud

Privado, organismo independiente del Gobierno, cuyo objetivo es que dichas entidades cumplan los requisitos de solvencia establecidos.

Los fondos de salud privados pueden tener ánimo de lucro o no, y pueden ser de carácter abierto o no, es decir si la adhesión a los mismos está restringida a los miembros de un colectivo (empleados de una empresa, miembros de una asociación profesional o de un sindicato), o si en cambio ofrecen sus pólizas al público en general.

Los seguros privados de salud no cubren la atención primaria, solamente cubren la atención hospitalaria o servicios complementarios como servicios dentales y ópticos.

Aunque hay dos tipos de seguros de salud privados que pueden contratarse de forma independiente, pólizas que cubren la atención hospitalaria y pólizas que cubren tratamientos considerados como auxiliares o complementarios (por ejemplo, los servicios dentales o la fisioterapia), la mayoría de los fondos de salud ofrecen pólizas combinadas que proporcionan cobertura tanto para la atención hospitalaria como para cubrir tratamientos complementarios.

Las primas de los seguros de salud privados no se calculan en función del riesgo asociado a cada asegurado, sino que para un mismo nivel de cobertura las primas son las mismas independientemente de los riesgos asociados a esa persona, es lo que se conoce como "community rate", por tanto la prima a pagar no depende del historial médico particular, del estado de salud actual, o de la edad. Para equilibrar esta situación los fondos de salud pueden establecer períodos de carencia de hasta 12 meses para las preexistencias.

La contratación de seguros privados de salud es opcional, pero desde el gobierno de Australia se fomenta la contratación de seguros privados de salud a través de rebajas en impuestos y de subsidios. Para incentivar la contratación de seguros privados que cubran servicios hospitalarios a edades tempranas, se ha establecido un sistema de recargos sobre las primas, es lo que se conoce como "*Life time Health Cover (LHC)*", o cobertura vitalicia de salud. De tal forma, las personas que contratan un seguro de salud antes de los 31 años y 6 meses evitan un recargo sobre la prima del 2% anual por cada año que tarde en contratarlo. Así, una persona que contrata un seguro privado por primera vez a los 40 años paga un 20% de sobreprima¹⁹, si se espera a los 50 años el recargo será del 40%, y así hasta un máximo del 70%.

¹⁹ Si se mantiene la cobertura del seguro privado hospitalario durante 10 años desde la contratación del mismo este recargo desaparece.

De esta forma, las personas que contratan un seguro de salud privado antes de los 31 años y 6 meses se garantizan pagar menores primas que las personas que contratan el seguro privado a edades más avanzadas.

Además de este sistema de recargos sobre las primas de seguros privados hospitalarios el gobierno australiano ha tomado una serie de medidas para incentivar la contratación

de seguros de atención hospitalaria, entre las que podemos señalar:

- El gobierno australiano asume una parte del coste de las primas de seguros privados. El porcentaje de rebaja sobre la prima depende del nivel de ingresos y de la situación familiar, pero por ejemplo en el año 2012-13 la mayoría de ciudadanos se beneficiaron de una rebaja del 30% sobre la prima del seguro.

DESCUENTOS SOBRE LOS SEGUROS PRIVADOS DE SALUD 2012-13

Colectivo	Nivel básico	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3
Solteros	≤ \$84.000	\$84.001 - 97.000	\$97.001 - 130.000	≥ \$130.001
Familias	≤ \$168.000	\$168.001 - 194.000	\$194.001 - 260.000	≥ \$260.001
< 65 años	30%	20%	10%	0%
65 – 69 años	35%	25%	15%	0%
> 70 años	40%	30%	20%	0%

Nota: Parejas solteras y parejas, incluidas parejas de hecho, están sujetos a los niveles para familias. Para familias con hijos, los rangos se incrementan en \$1.500 por cada hijo a partir del primero.

- Además, las personas cuyos ingresos sean superiores a una cantidad determinada (\$84.000 para solteros y \$168.000 para parejas, 2012-13) y que no tengan con-

tratado un seguro privado hospitalario deben pagar un recargo en función de los ingresos anuales (adicional al impuesto del 1,5% sobre los ingresos anuales).

RECARGOS ADICIONALES POR LA NO CONTRATACIÓN DE SEGUROS PRIVADOS DE SALUD 2012-13

Colectivo	Nivel básico	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3
Solteros	≤ \$84.000	\$84.001 - 97.000	\$97.001 - 130.000	\$130.001
Familias	≤ \$168.000	\$168.001 - 194.000	\$194.001 - 260.000	\$260.001
Todas las Edades	0,0%	1,0%	1,25%	1,50%

Nota: Parejas solteras y parejas, incluidas parejas de hecho, están sujetos a los niveles para familias. Para familias con hijos, los rangos se incrementan en \$1.500 por cada hijo a partir del primero.

3.4. Gran Bretaña

Descripción general y estructura organizativa

El Servicio Nacional de Salud (*NHS, National Health Service*), establecido en el año 1948, es un instrumento del Departamento de Salud y conforma una estructura verticalmente integrada con los prestadores de servicios sanitarios, tanto desde el punto de vista de la propiedad como del control.

La responsabilidad de la atención sanitaria financiada con fondos públicos recae en el Secretario de Estado de Salud, que es el responsable ante el Parlamento. El Departamento de Salud es el organismo del gobierno central encargado de fijar la política del Sistema Nacional de Salud. Su función principal es apoyar al gobierno en la mejora de la salud de la población en el Reino Unido, fijar la política general y la estrategia en materias de salud, así como su legislación y reglamentación.

El Departamento de Salud opera a nivel regional a través de 10 Autoridades Estratégicas de Salud (*SHA, Strategic Health Authority*) que son las responsables de garantizar la calidad y rendimiento de los servicios locales de salud dentro de cada área geográfica. Cada SHA coordina diferentes *Trusts*, que son los responsables de administrar los servicios sanitarios. En el marco del NHS toda la población es libre de elegir la institución y el profesional contratado por el NHS con los que desea ser atendida.

La responsabilidad de la puesta en marcha de servicios de salud a nivel local descansaba hasta el año 2013, en 151 organizaciones de atención primaria, los conocidos como PCT (*Primary Care Trust*), cada una con una población geográficamente definida, que contrataban los servicios con diferentes proveedores, hospitales, médicos generales, y otros, para prestar los servicios a la población local. En 2013, los PCT han sido sustituidos por 212 *Clinical Commission Groups* que incluyen a todos los médicos generales de una determinada área geográfica y que están dirigidos por los propios médicos de atención primaria. En su órgano de gobierno, los grupos tendrán, además de los médicos, por lo menos una enfermera y un médico especialista en atención secundaria.

Por tanto, los *Clinical Commission Groups* son las organizaciones responsables de los servicios sanitarios a nivel local. Son los responsables de la organización de los servicios sanitarios dentro de su área geográfica, incluyendo: la atención hospitalaria, los tratamientos rehabilitadores, los servicios de urgencias, la mayoría de servicios de salud de la comunidad y los servicios de salud mental.

Dentro de sus responsabilidades está la de evaluar las necesidades de la población local y contratar los servicios sanitarios, ya sean hospitales, clínicas, dentistas, oftalmólogos, servicios de transporte de pacientes, farmacias, etc.

La atención primaria es facilitada principalmente por médicos generales privados que operan bajo un contrato nacional con el NHS y cobran mediante una combinación de salario, capitación y pagos por servicios. Los médicos de atención primaria locales son la puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud y los pacientes tienen libertad para elegir su médico. De igual forma, los pacientes pueden elegir al médico especialista que quiere que le atienda.

Los hospitales del NHS se encuentran en proceso de transformación hacia los *Foundation Trusts* con el objetivo de lograr una mayor autonomía respecto del Departamento de Salud, la mayoría ya ha logrado dicha calificación aunque todavía quedan algunos hospitales que dependen totalmente del NHS. Los *Foundation Trusts* tienen más fácil acceso a la financiación y durante años pueden retener beneficios o mantener déficits de forma temporal.

Financiación

Los servicios de salud en Reino Unido se financian principalmente con fondos públicos, a través de las cotizaciones de los trabajadores y de impuestos generales.

Alrededor del 75% de la financiación del Sistema Nacional de Salud proviene de impuestos generales, un 20% procede de las cotizaciones salariales al seguro nacional (*NIC, National Insurance Contribution*) de todos los empleados, las tasas por uso de servicios y otras fuentes de ingresos suponen otro 3%. La tasa de cotización de los trabajadores por cuenta ajena²⁰ es un 12% de los ingresos semanales entre £146 (173€) y £817 (972€) y un 2% de los ingresos que superen ese límite.

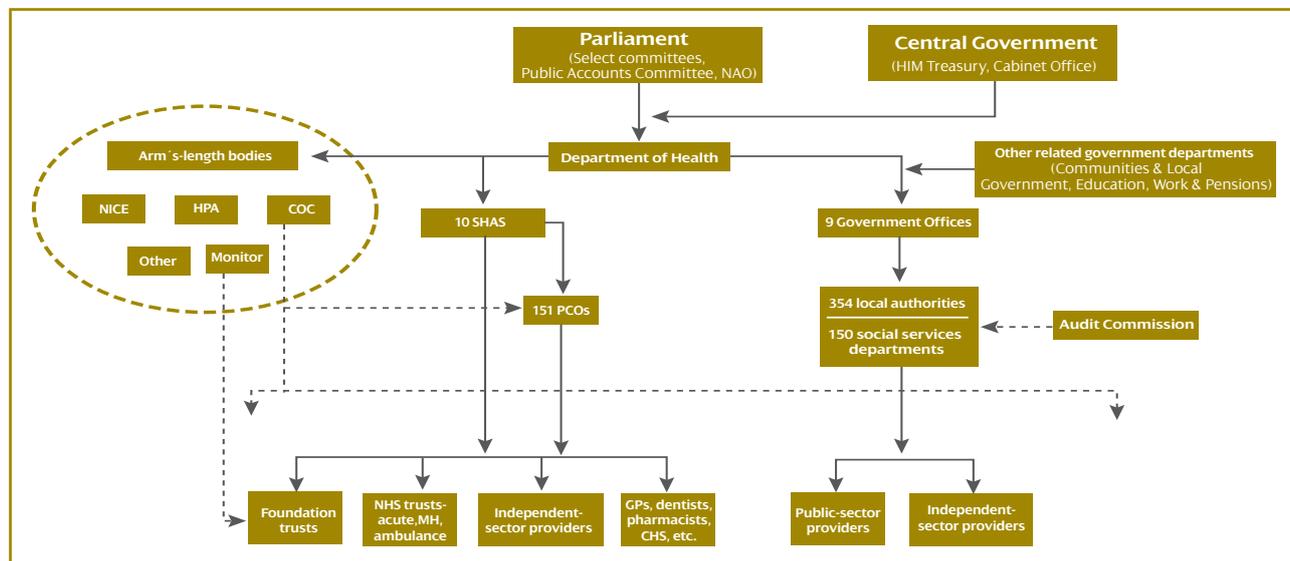
Además de los ingresos que el Sistema Nacional de Salud recibe procedente de las cotizaciones sociales, también percibe ingresos vía tasas procedentes de los medicamentos recetados y servicios de odontología, y de otras tasas y cargos, en particular de los pacientes de financiación privada que utilizan los servicios del Sistema Nacional de Salud.

Copagos

Sólo hay copagos sobre los medicamentos prescritos por el Sistema Nacional de Salud y la asistencia dental. Los

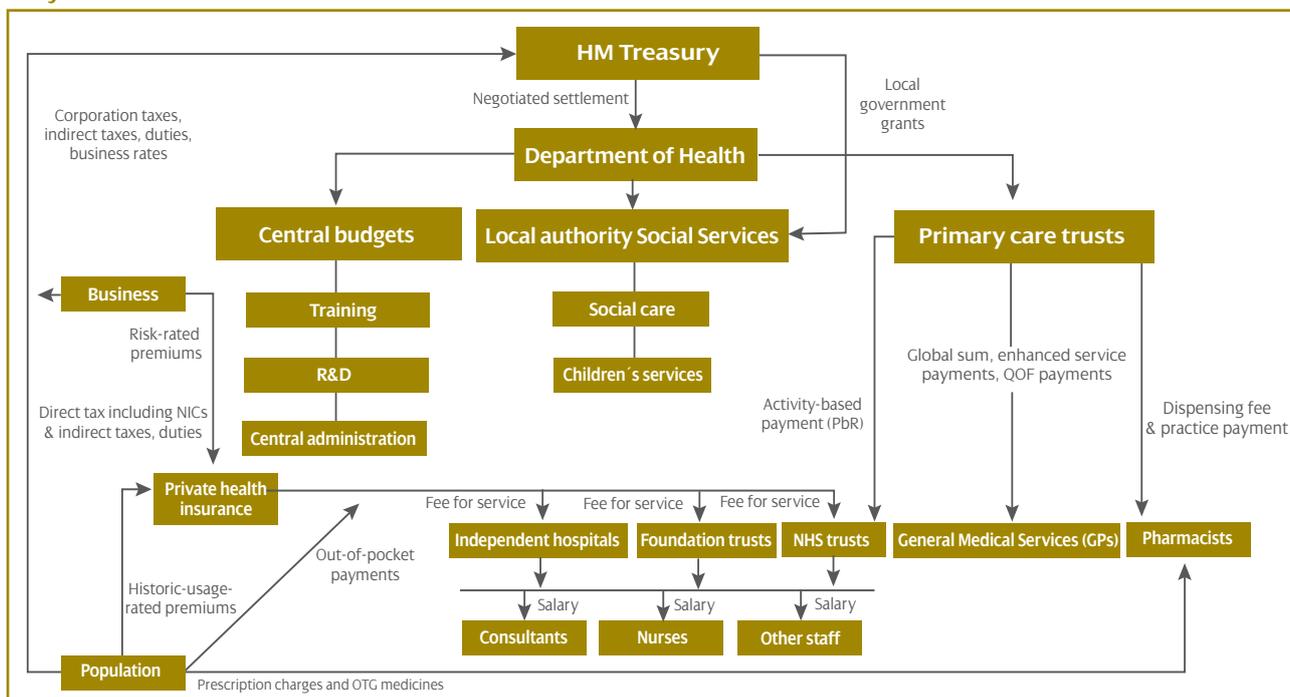
²⁰ Los trabajadores por cuenta propia tienen tasas de cotización distintas.

ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD EN REINO UNIDO



Fuente: *Health Systems in Transition, England, 2010.*

FLUJOS DE FINANCIACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD



Fuente: *Health Systems in Transition, England, 2010.*

medicamentos están sujetos a una tasa fija de £7,40 por receta (8,17€) y los servicios de odontología están sujetos a un copago de hasta un máximo de £204 por tratamiento (225,2€).

Existen medidas para mitigar los costes de los servicios del Sistema Nacional de Salud en determinados grupos de pacientes en los que el copago puede tener un impacto indebido. Los grupos siguientes de población están exentos del copago de los medicamentos:

- Menores de 16 años y menores escolarizados a tiempo completo de 16, 17 ó 18 años.
- Mayores de 60 años.
- Personas con bajos ingresos, mujeres embarazadas y aquellas con hijos menores de 1 año, y personas con ciertas discapacidades permanentes.

Alrededor del 89% de las recetas están exentas de cargos (*NHS Information Centre 2011a*). También hay descuentos por pago anticipado a través de certificados para las personas que utilizan un gran número de medicamentos recetados, por ejemplo se puede obtener un certificado por 115€ anual que ofrece un ahorro considerable o de 3 meses por £29,10 por receta (32€).

Población protegida

La cobertura del Sistema Nacional de Salud es universal. Todos los residentes regulares en Reino Unido tienen derecho a atención sanitaria, que en su mayor parte es de carácter gratuito. Para los no residentes, turistas e inmigrantes ilegales los servicios sanitarios solamente son gratis en caso de accidentes y emergencias, y en caso de ciertas enfermedades infecciosas.

Servicios Cubiertos

El alcance detallado de los servicios incluidos en el Servicio Nacional de Salud no está definido a través de ninguna norma. Sin embargo, en la práctica el sistema provee de los siguientes servicios: cuidados preventivos, incluyendo la detección y programas de inmunización y vacunación; atención hospitalaria y extra-hospitalaria; servicios de médicos generales y especialistas; prestación farmacológica dentro y fuera de hospitales; atención dental; algunos tratamientos oftalmológicos; atención de la salud mental, incluida la atención para las personas con dificultades de aprendizaje; cuidados paliativos y algunos cuidados de larga duración y de rehabilitación.

Papel de las aseguradoras privadas

En Reino Unido los seguros privados fundamentalmente

son de carácter suplementario a los servicios públicos de salud.

Por tanto, todas las personas que tienen contratado un seguro privado de salud tienen acceso al NHS. Si optan por utilizar su seguro privado en lugar de utilizar los servicios públicos del NHS, el proceso comienza de la misma manera. El asegurado debe dirigirse a su médico de cabecera, quien, en lugar de derivarle a un especialista del NHS le dirigirá a un médico privado (que muy probablemente será un médico del NHS trabajando fuera de su horario). El médico especialista fijará cita y, antes del inicio del tratamiento, el paciente por lo general tendrá que contactar con la aseguradora privada para asegurarse de que el tratamiento propuesto está cubierto por la póliza.

Los seguros privados de salud son contratados tanto por individuos como por colectivos, en el segundo caso es muy habitual que los empresarios contraten seguros de salud a favor de sus trabajadores como parte de sus beneficios sociales.

Las primas de los seguros de salud dependen de las coberturas incluidas en las pólizas y de las características personales de los individuos que contratan los seguros, edad, enfermedades pre-existentes, etc.

Un 12% de la población está cubierta por los seguros privados de salud (*PMI, Private Medical Insurance, o VHI, Voluntary Health Insurance*), los cuales principalmente proveen acceso a atención especializada en el sector privado.

3.5. Suecia

Descripción general y estructura organizativa

Todos los suecos tienen garantizada la igualdad de acceso a los servicios de salud, en un sistema en gran medida descentralizado y financiado a través de fondos públicos.

La responsabilidad de los servicios médicos y de salud en Suecia es compartida por el gobierno central, las diputaciones provinciales y los municipios. La ley de servicios médicos y de salud regula la responsabilidad de las diputaciones provinciales y los municipios, dejando al mismo tiempo mayor libertad en ese campo a las administraciones locales.

La función del gobierno central consiste en establecer principios y directrices y definir el programa político de servicios sanitarios, a través de leyes y ordenanzas o concertando acuerdos con la Asociación de Autoridades Municipales y Regionales de Suecia, que representa a las diputaciones provinciales y municipios del país.

La responsabilidad de prestar servicios de salud recae sobre las diputaciones provinciales (los servicios sanitarios suponen el 90% de su actividad) y, en algunos casos, sobre los municipios. Las primeras son órganos políticos cuyos representantes son elegidos por los residentes cada cuatro años, el mismo día de las elecciones nacionales generales. La política sueca establece que cada diputación provincial tiene que proveer a la población de servicios sanitarios de buena calidad, al mismo tiempo que promueve la buena salud para toda la población. Las diputaciones provinciales también responden de la atención odontológica para sus residentes hasta la edad de 20 años.

Suecia está dividida en 290 municipios, 20 diputaciones provinciales y cuatro regiones: Gotland, Halland, Escania (*Skåne*) y Gotia Occidental (*Västra Götaland*). Las regiones de Suecia se componen de diputaciones provinciales o municipios que han recibido del Estado la responsabilidad del desarrollo regional.

Los municipios de Suecia responden de la atención a los ancianos en sus casas o en residencias especiales. Además, entre sus tareas se cuentan la atención a personas con discapacidad física o afecciones psíquicas, el apoyo y servicios a las personas dadas de alta de hospitales y la promoción de la atención de salud en los colegios.

A partir de 2010, por ley (*Health Care Act*) los ciudadanos tienen la opción de elegir su proveedor de atención primaria, pudiendo elegir entre un proveedor público y uno privado. De igual forma, los pacientes pueden elegir entre cualquier hospital público o privado o clínica acreditada por la Diputación Provincial. Los pacientes también pueden acudir a otros condados si los hospitales o clínicas locales no cumplen los objetivos de tiempos de espera establecidos.

De hecho, los ciudadanos deben registrarse obligatoriamente en un proveedor en todas las diputaciones provinciales, excepto en Estocolmo, donde es opcional. De igual forma, los proveedores tienen el compromiso de aceptar a los nuevos individuos. Los pagos a los proveedores están basados en una prima per cápita ajustada por riesgo complementada por los copagos por cada visita.

Aunque la privatización de los servicios de atención primaria y de los hospitales se inició en 2010, la mayoría de centros de salud son propiedad de las diputaciones provinciales, siendo los centros de propiedad privada un tercio del total. En el caso de los hospitales la mayoría de ellos son propiedad y están gestionados por las diputaciones provinciales.

Población protegida

La cobertura es universal. Todos los residentes tienen derecho a la asistencia sanitaria pública. Los inmigrantes indocumen-

tados menores de 18 años tienen el mismo derecho a la atención médica subsidiada como niños solicitantes de asilo que los niños que son residentes permanentes. Los adultos indocumentados tienen el derecho a recibir atención médica inmediata no subvencionada.

Servicios cubiertos

El sistema de salud de financiación pública cubre: la salud pública y los servicios de prevención, atención hospitalaria y ambulatoria, atención primaria de salud, medicamentos recetados para pacientes hospitalarios y ambulatorios, atención de la salud mental, atención dental para los niños y los jóvenes, servicios de rehabilitación, servicios de apoyo a la discapacidad, transporte de pacientes, servicios de apoyo, atención domiciliaria, y cuidados de larga duración.

Financiación

La financiación del sistema público de salud proviene principalmente de los impuestos centrales y locales. Las diputaciones provinciales y los municipios tienen derecho a recaudar impuestos proporcionales sobre la renta sobre sus residentes. El Gobierno central proporciona fondos para los subsidios de los medicamentos recetados. También proporciona apoyo financiero a las diputaciones provinciales y a los municipios a través de las subvenciones concedidas mediante una fórmula de capitación, que tiene en cuenta el nivel de ingresos promedio, las características demográficas y las condiciones geográficas de las autoridades locales.

Subvenciones puntuales del Gobierno central se centran en solucionar problemas específicos, tales como los tiempos de espera y las desigualdades geográficas en el acceso a la salud, pero también apoyan el desarrollo de la atención primaria, la atención psiquiátrica y la atención de las personas mayores en general. Las 21 diputaciones o condados proveen fondos para el cuidado de la salud mental, atención primaria y servicios especializados en los hospitales. Los 289 municipios proveen fondos para la atención domiciliaria, servicios para el hogar y el cuidado de ancianos.

Copagos

El sistema nacional de salud establece copagos, por estancias hospitalarias, servicios de atención primaria y especialistas, acceso emergencias y fármacos.

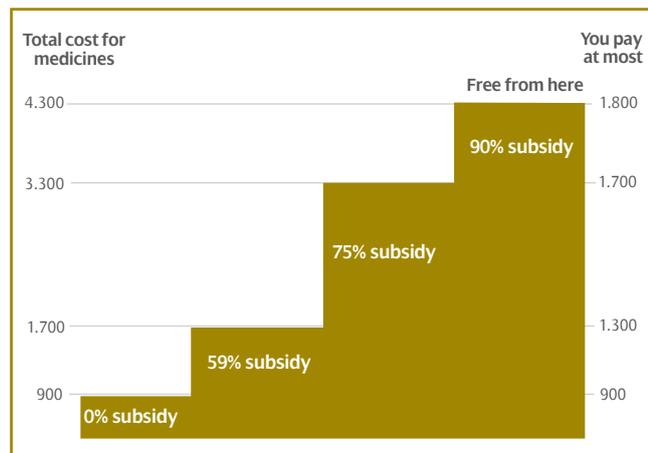
En el caso del copago por la atención primaria de salud el copago varía según la diputación provincial entre 11€ (SEK100) y 22€ (SEK200) por cada visita al médico de cabecera, y por cada consulta a médicos especialistas entre 25€ (SEK230) y 35€ (SEK320).

En el caso de las consultas médicas cuando el paciente alcanza un total de 99€ (SEK900) y 121€ (SEK1.100) durante un año, varía según su zona de residencia, las consultas hasta el final del año pasan a ser gratuitas, es decir el tope de gasto o de copago se sitúa entre los 99€ y 121€ anuales.

La estancia diaria en un hospital tiene un copago diario de 9€ (SEK80) para los primeros diez días y de 6,7€ (SEK60) diarios por el tiempo restante. El acceso a los servicios de urgencias tiene un copago de entre 11€ (SEK200) y 44€ (SEK300).

En el caso de los fármacos extra-hospitalarios, los pacientes asumen el 100% de su coste total hasta alcanzar el tope anual de 99€ (SEK900). Entre 99€ (SEK901) y 186€ (SEK1.700) los pacientes asumen el 50% sobre el exceso de 99€, entre 186€ (SEK1.701) y entre 362€ (SEK3.300) los pacientes asumen el 25% sobre el exceso de 186€, entre 362€ (SEK3.301) y entre 471€ (SEK4.300) los pacientes asumen el 10% sobre el exceso de 362€, y por encima de 471€ no asumen ningún coste adicional.

ESTRUCTURA DE COPAGOS EN FÁRMACOS EXTRA-HOSPITALARIOS. SUECIA



Fuente: *The Swedish Pharmaceutical Reimbursement System.*

Papel de las aseguradoras privadas

En Suecia cerca del 4% de la población está cubierta por un seguro de salud suplementario voluntario, que proporciona un acceso más rápido a los cuidados y servicios especializados en el sector privado.

Los honorarios a los proveedores privados de las aseguradoras privadas se basan en la negociación entre ambos.

3.6. España

Descripción general y estructura organizativa

En España, las competencias en materia de salud están trasladadas en su totalidad a las comunidades autónomas desde finales de 2002; esta descentralización dio lugar a 17 departamentos de salud (consejerías o departamentos de sanidad) que tienen la principal jurisdicción sobre la organización y la prestación de servicios sanitarios dentro de su territorio.

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) conserva la autoridad sobre determinados ámbitos estratégicos, como la legislación relativa a medicamentos, y también continúa siendo el garante de que la prestación de los servicios de salud se realice en condiciones de igualdad en todo el territorio nacional. El órgano que ostenta la máxima responsabilidad en la coordinación del Sistema Nacional de Salud es el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), que está constituido por el MSSSI (que ostenta la presidencia) y por los 17 consejeros competentes en materia de salud de las comunidades autónomas. Las decisiones del CISNS se adoptan por consenso y se plasman exclusivamente en recomendaciones, ya que afectan a cuestiones que han sido transferidas a las CC. AA.

La estructura más habitual de los sistemas regionales de salud comprende una consejería o departamento de salud (o sanidad), responsable de la regulación y la planificación en materia de política y atención sanitaria, y un servicio regional de salud que se encarga de la provisión de servicios. A estos departamentos de salud compete la organización territorial de los servicios sanitarios bajo su jurisdicción: la designación de áreas de salud y zonas básicas de salud y el establecimiento del grado de descentralización, es decir, las competencias que se atribuyen a las estructuras de gestión a cargo de cada una de ellas. El modelo más frecuente comprende dos gerencias diferenciadas, una para la atención primaria y otra para la atención especializada (ambulatoria y hospitalaria), en cada área de salud. Sin embargo, los servicios de salud de las CC. AA. están poniendo en marcha cada vez con mayor frecuencia gerencias únicas de área que integran la atención primaria y la especializada.

En algunas CC. AA., por otra parte, el sector público ha venido transfiriendo el rol de proveedor de los servicios sanitarios mediante fórmulas de colaboración público-privadas más allá de los mecanismos convencionales de la sanidad concertada con centros privados, aunque ha seguido conservando el rol de asegurador del riesgo de salud (Valencia, C. de Madrid).

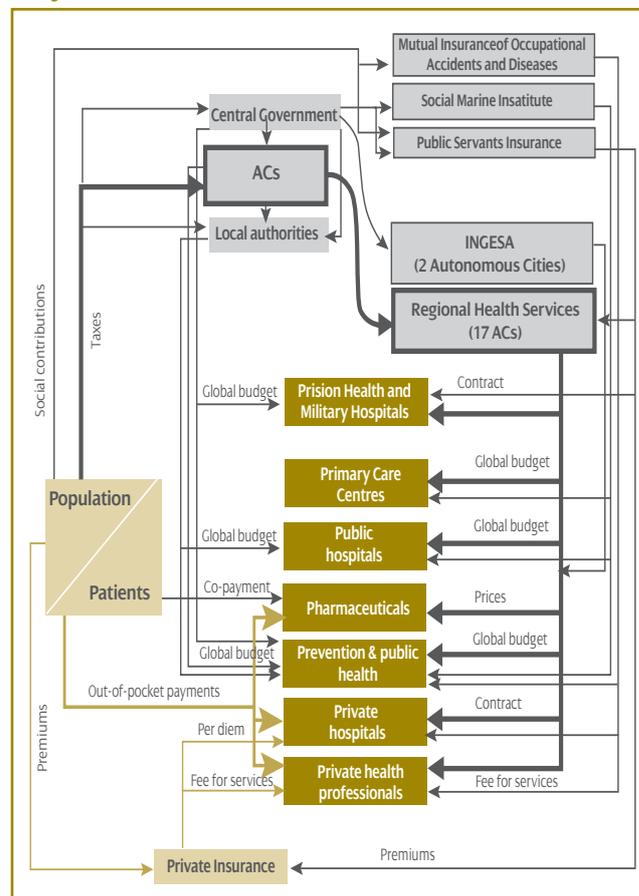
Las zonas básicas de salud son la unidad de menor tamaño de la estructura organizativa de la asistencia sanitaria. Normalmente, se organizan en torno a un único Equipo de Atención Primaria que constituye la puerta de entrada al sistema. En lo que respecta a las posibilidades de elección de los pacientes, la posibilidad de elegir especialista y hospital está relativamente menos desarrollada (con algunas diferencias entre comunidades autónomas) que en la atención primaria. En cualquier caso, para acceder a atención sanitaria especializada es preciso que el médico de familia o pediatra derive al paciente a la misma. Las responsabilidades en el área de la salud pública suelen estar centralizadas en la consejería o departamento de salud, aunque funcionalmente sigan la estructura básica de las áreas de salud. Cada área de salud debe cubrir una población de no menos de 200.000 habitantes y no más de 250.000.

Los médicos de familia actúan como puerta de entrada al SNS, puesto que son el primer punto de contacto con el sistema, a excepción de las urgencias. La atención primaria es un servicio integrado compuesto por centros de atención primaria y equipos multidisciplinares y presta servicios sanitarios personales y de salud pública.

La red de atención primaria española es pública en su totalidad y la mayor parte de los proveedores son profesionales asalariados del sector público, con escasas excepciones en la Comunidad Valenciana, Madrid y Cataluña, donde se subcontrata, con arreglo a distintas fórmulas, a proveedores privados (o de otras titularidades públicas) para prestar atención primaria.

La atención especializada hospitalaria en el SNS puede prestarse de forma ambulatoria o con ingreso hospitalario, y también en hospitales de día, dependiendo de la patología del paciente y de sus necesidades especiales. Aproximadamente el 40% de los hospitales pertenecen al SNS, el resto de hospitales son de titularidad privada, aunque muchos de ellos conforman la red de hospitales de utilización pública y hospitales con concierto sustitutorio y reciben financiación pública por su actividad, de tal forma que cerca del 40% de las altas de hospitales privados en España están financiadas con cargo al presupuesto del SNS.

FLUJOS FINANCIEROS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD



Fuente: *Health Systems in Transition, Spain, 2010.*

Financiación

La práctica totalidad del gasto público en sanidad (excluyendo las mutualidades de funcionarios) se financia a través del sistema tributario general. Por esta vía se genera el 94,07% de los recursos públicos, mientras que las contribuciones de trabajadores y empleadores a las mutualidades de accidentes laborales y enfermedades profesionales ascienden al 2,53% de los fondos sanitarios y las mutuas de funcionarios proporcionan el 3,4% de los recursos.

Desde el año 2002, las comunidades autónomas financian la atención sanitaria con cargo a sus presupuestos generales; las transferencias del Estado central no son finalistas. El sistema general de financiación de las CC. AA. de régimen común incluye varios fondos específicos destinados a cu-

brir las necesidades estimadas de gastos en cada comunidad autónoma y a compensar las distintas necesidades de inversión y combatir las desigualdades entre las regiones²¹. La fórmula utilizada para la adjudicación de fondos se basa en un criterio per cápita, ponderado por la estructura de la población, la dispersión de la población, la extensión y la insularidad del territorio.

Además, se han creado o ampliado fondos finalistas para promover la puesta en práctica de políticas destinadas a incrementar la eficiencia y reducir las desigualdades en todo el SNS²².

Población protegida

El Sistema Nacional de Salud español es un sistema de cobertura universal, si bien la reforma²³ del sistema sanitario llevada a cabo en el año 2012, establece la prestación de servicios sanitarios gratuitos para todas aquellas personas que tengan la condición de asegurado. Para adquirir la condición de asegurado hay que encontrarse en alguna de estos supuestos:

- Ser trabajador por cuenta ajena o por cuenta propia, afiliado a la Seguridad Social y en situación de alta o asimilada a la de alta.
- Ostentar la condición de pensionista del sistema de la Seguridad Social.
- Ser perceptor de cualquier otra prestación periódica de la Seguridad Social, incluidas la prestación y el subsidio por desempleo.
- Haber agotado la prestación o el subsidio por desempleo y figurar inscrito en la oficina correspondiente como demandante de empleo, no acreditando la condición de asegurado por cualquier otro título.

En aquellos casos en que no se cumple alguno de los supuestos anteriormente establecidos, las personas de na-

cionalidad española o de algún Estado miembro de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo o de Suiza que residan en España y los extranjeros titulares de una autorización para residir en territorio español, pueden ostentar la condición de asegurado siempre que acrediten que no superan el límite de ingresos determinado.

También se puede ser beneficiario (deben residir en España) de un asegurado. Lo pueden ser: el cónyuge o persona con análoga relación de afectividad; el ex cónyuge a cargo del asegurado; así como los descendientes a cargo del mismo que sean menores de 26 años o que tengan una discapacidad en grado igual o superior al 65%.

Aquellas personas que no tengan la condición de asegurado o de beneficiario del mismo podrán obtener la prestación de asistencia sanitaria mediante el pago de la correspondiente contraprestación o cuota derivada de la suscripción de un convenio especial.

La suscripción del convenio especial de prestación de asistencia sanitaria determinará la obligación de abonar a la administración pública con la que se suscriba el mismo la siguiente contraprestación económica:

- Si el suscriptor tiene menos de 65 años: cuota mensual de 60 euros.
- Si el suscriptor tiene 65 o más años: cuota mensual de 157 euros.

Esta cuota mensual podrá ser incrementada por las CC. AA. cuando incorporen en el convenio especial otras prestaciones asistenciales de la cartera de servicios complementaria de la comunidad autónoma.

Copagos

Los servicios son gratuitos, con la excepción de los medicamentos, en los que el coste de los mismos es compartido por los usuarios mediante copagos. El porcentaje de aportación de los usuarios sobre el precio de venta al público depende de su nivel de renta y de su condición de pensionista o no del Sistema de Seguridad Social, y sigue el siguiente esquema general:

- Un 60% para los usuarios y sus beneficiarios cuya renta sea igual o superior a 100.000 euros.
- Un 50% para las personas que ostenten la condición de asegurado activo y sus beneficiarios cuya renta sea igual o superior a 18.000 euros e inferior a 100.000 euros.
- Un 40% para las personas que ostenten la condición de asegurado activo y sus beneficiarios y no se encuentren incluidos en los dos apartados anteriores.

²¹ Las comunidades de Régimen Foral, Navarra y País Vasco, recaudan todos los impuestos en sus territorios y afrontan la financiación de sus sistemas sanitarios al margen de los procedimientos de revisión acordados para las de régimen común.

²² Este es el caso del llamado "céntimo sanitario" introducido a través de la figura del Impuesto sobre Ventas Minoristas de Determinados Hidrocarburos (IVMDH). Desde el 1 de enero de 2013, este impuesto se integra en el Impuesto sobre Hidrocarburos y desaparece como tal. En la actualidad son 12 las CC. AA. que lo aplican, oscilando su carga entre los 2,4 y los 4,8 céntimos por litro.

²³ Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

- Un 10% para las personas que ostenten la condición de asegurado como pensionistas de la Seguridad Social, con excepción de las personas incluidas en el apartado a). La aportación de este colectivo está limitada con unos topes en función del nivel de sus ingresos²⁴.
- Un 30% para los mutualistas y clases pasivas de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE), del Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS) y la Mutualidad General Judicial (MUJEGU).

Quedan exentos de aportación los usuarios y sus beneficiarios que pertenezcan a alguno de los siguientes colectivos:

- Afectados de síndrome tóxico y personas con discapacidad en los supuestos contemplados en su normativa específica.
- Personas perceptoras de rentas de integración social o de pensiones no contributivas.
- Parados que han perdido el derecho a percibir el subsidio de desempleo en tanto subsista su situación.
- Los tratamientos derivados de accidente de trabajo y enfermedad profesional.

Papel de los seguros privados

Los seguros privados de salud tienen un papel relativamente menor en el Sistema Nacional de Salud, aunque cada vez más relevante, en el sistema sanitario español. Los seguros privados son voluntarios e independientes del sistema público y, de carácter suplementario, en muchas ocasiones, se contratan para acceder a servicios para los que hay listas de espera en el sistema público, como la atención sanitaria especializada, o a servicios que están incluidos de forma muy limitada en el catálogo de prestaciones.

Por tanto, en general no es posible renunciar a la cobertura sanitaria pública para recibir prestaciones exclusivamente privadas. Existe una excepción al sistema general descrito, las mutualidades de funcionarios, MUFACE, MUGEJU e ISFAS, que cubren exclusivamente a los funcionarios públicos y sus beneficiarios (aproximadamente el 4,1% de la población). Éstas se financian mediante un sistema mixto de contribuciones salariales e impuestos. Los funcionarios son el único colectivo de población que puede renunciar a la cobertura del Sistema Nacional de Salud, pudiendo optar por servicios sanitarios totalmente privados.

En el caso de las mutualidades de funcionarios las primas de seguros están definidas en función de la edad de los asegurados, sin tener en cuenta el riesgo asociado a cada uno de ellos. En el resto de seguros privados de salud, las primas son definidas por cada entidad aseguradora en función de sus propios criterios de selección de riesgos y en base a las coberturas y servicios incluidos en las pólizas.

En España, los únicos seguros de salud que tienen incentivos fiscales a su contratación son los seguros colectivos, es decir cuando la empresa contrata un seguro de salud para sus empleados. De tal forma, la cuota pagada por la empresa por persona (empleado, cónyuge y descendientes) es deducible como otros gastos sociales. Mientras que para los empleados el pago del seguro a través de la empresa no se considera retribución en especie y por tanto no tributa en IRPF, hasta un importe máximo de 500€ anuales por cada miembro de la unidad familiar (empleado, cónyuge y descendientes).

De igual forma, para los trabajadores autónomos que tributan en régimen de estimación directa, las primas de seguro de enfermedad satisfechas por éste en la parte correspondiente a su propia cobertura y a la de su cónyuge e hijos menores de veinticinco años que convivan con él, tienen la consideración de gasto deducible para la determinación del rendimiento neto en estimación directa. El límite máximo de deducción será de 500 euros por cada una de las personas señaladas anteriormente.

3.7. Análisis comparado

Gasto sanitario

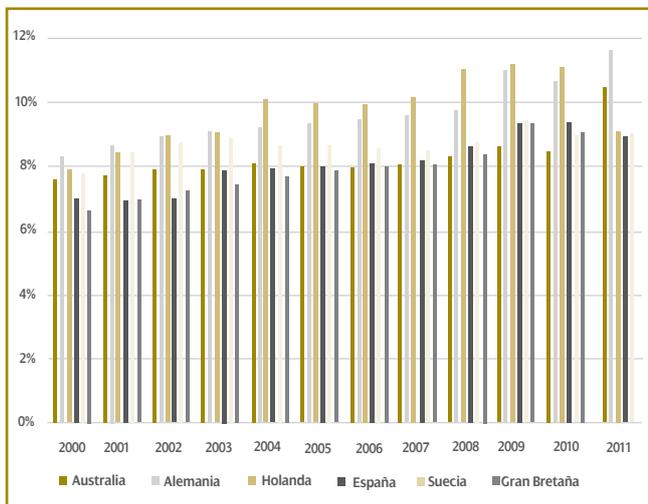
Aunque el gasto en salud de un país depende de muchos factores como los servicios cubiertos, la población protegida, la estructura etaria de la población, la calidad de los servicios sanitarios, etc., uno de los aspectos a analizar, una vez descritos los diferentes sistemas de salud de los países mencionados, es si el modelo definido en cada país para prestar servicios sanitarios a la población determina o afecta el nivel de gasto en salud de un país.

En la misma línea, el análisis debe permitir determinar si una mayor participación del sector asegurador privado en la gestión del riesgo sanitario de población en general permite reducir el gasto conjunto en salud y, en particular, el gasto sanitario público²⁵.

²⁴ 8 euros mensuales para ingresos inferiores a 18.000 euros anuales, 18 euros mensuales para aquellos con ingresos entre 18.000 y 100.000 euros anuales, y 60 euros mensuales para aquellos que superen los 100.000 euros anuales.

²⁵ Ya se ha comentado que el doble aseguramiento actual de una parte de la población a través de seguros de empresas o particulares representa en la actualidad un cierto alivio sobre los recursos de la sanidad pública (ver nota a pie nº 1).

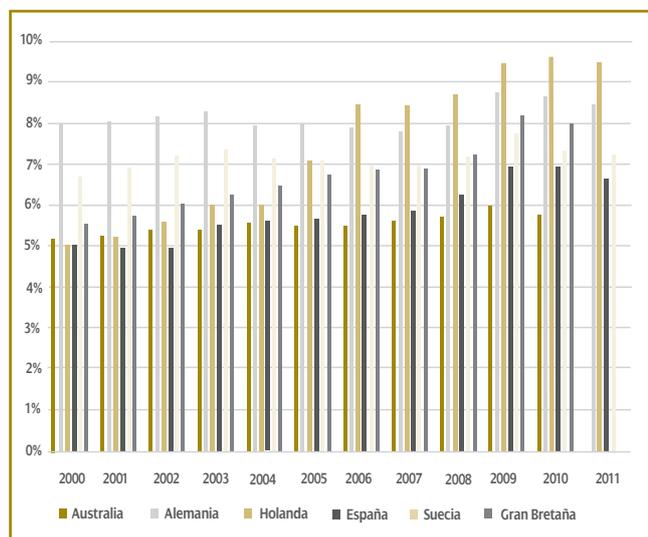
EVOLUCIÓN DEL GASTO SANITARIO TOTAL (% s/PIB)



Fuente: Afi a partir de datos de OCDE.

Los países que presentan un menor gasto sanitario en relación a su Producto Interior Bruto son Australia, Suecia, España y Gran Bretaña, con nivel de gasto por debajo del 10% del PIB, mientras que Alemania y Holanda presentan un gasto sanitario claramente superior al 10%.

EVOLUCIÓN DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO (% s/PIB)



Fuente: Afi a partir de datos de OCDE.

En cambio, si analizamos la evolución del gasto sanitario total en los últimos años, 2000-2011, los países que presentan un incremento más significativo son Holanda, Gran Bretaña y España. Si en vez del gasto sanitario total analizamos la evolución del gasto sanitario público, observamos que justamente en dichos países el incremento del gasto público es superior al del gasto total en salud, mientras que en Australia, Alemania y Suecia, el gasto público en salud crece en un porcentaje menor que el gasto total.

GASTO SANITARIO TOTAL S/PIB (2011) Y TASA ANUAL DE CRECIMIENTO COMPUESTO (2000-11)

País	2011	TAAC 2000-11
Australia*	8,48%	1,12%
Alemania	10,47%	2,12%
Holanda	11,59%	3,52%
España	9,11%	2,43%
Suecia	8,93%	1,25%
Gran Bretaña	9,07%	2,83%
*Datos a 2010		

Fuente: Afi a partir de OCDE, Dataset 2011.

GASTO SANITARIO PÚBLICO S/PIB (2011) Y TASA ANUAL DE CRECIMIENTO COMPUESTO (2000-11)

País	2011	TAAC 2000-11
Australia*	5,76%	1,06%
Alemania	8,43%	0,51%
Holanda	9,49%	5,96%
España	6,64%	2,64%
Suecia	7,29%	0,82%
Gran Bretaña	8,01%	3,74%
*Datos a 2010		

Fuente: Afi a partir de OCDE, Dataset 2011.

Sin duda, y a pesar de la reforma realizada en el año 2006, el país que mayor gasto en salud en relación a su PIB registra es Holanda, país que mayor relevancia concede al sector asegurador privado dentro de su sistema nacional de salud, al establecer la obligación de contratar un seguro de salud con una entidad aseguradora privada. Si bien este incremento tan significativo del gasto puede deberse a que en el período analizado es cuando Holanda ha llevado a cabo la reforma del sistema (2006) y aún no ha pasado el tiempo suficiente como para ver sus resultados en términos de reducción o al menos de contención del gasto sanitario.

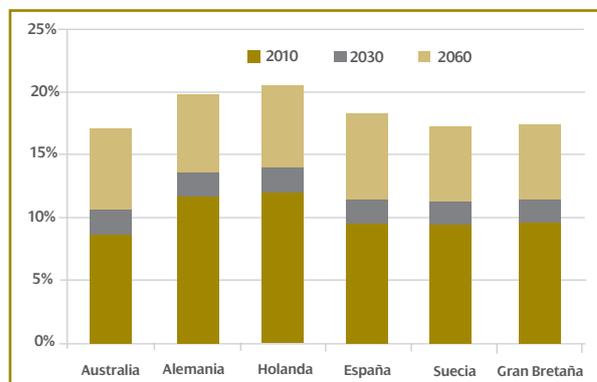
Los países que menor incremento del gasto sanitario registran son Alemania y Australia, el primero con un elevado gasto en salud y el segundo con el menor gasto en salud de los países analizados. En cambio, las proyecciones de gasto sanitario para el año 2060 indican que el país que registrará un mayor incremento de gasto en los próximos años será España, por encima de Alemania, Holanda y Australia, mientras que los países que registrarán un menor crecimiento serán Suecia y Gran Bretaña.

Nótese que, con arreglo al escenario de evolución de los factores demográficos que determinarán el gasto sanitario en España en las próximas décadas analizado en la Sección 2.2, los factores que fundamentalmente impulsarán este aumento del gasto sanitario en proporción al PIB son los no demográficos, es decir, la tecnología sanitaria, la prevalencia de enfermedades sobre la población y la evolución de la cartera de servicios y de sus precios relativos.

PROYECCIONES DE INCREMENTO DE GASTO SANITARIO TOTAL S/PIB (2030-2060)

País	2010	2030	2060
Australia	8,7%	2,0%	6,3%
Alemania	11,6%	2,1%	6,2%
Holanda	12,0%	2,2%	6,3%
España	9,6%	2,0%	6,7%
Suecia	9,6%	2,0%	6,7%
Gran Bretaña	9,6%	1,9%	5,9%

Fuente: Afi a partir de OCDE.



Fuente: Afi a partir de OCDE.

Seguros privados de salud

De forma genérica podemos definir los seguros de salud privados en tres categorías en función del contenido de su prestación en relación a los seguros públicos de salud de cada país (Mossialos & Thomson, 2004):

- **Sustitutivos**, ofrecen coberturas que de otra forma serían facilitadas por el Estado, es el caso típico de aquellos grupos de población que no disponen de esa cobertura o de colectivos que tienen la opción de utilizar el seguro privado frente al seguro público de salud. En general, los servicios y coberturas proporcionadas por los aseguradores privados deben ofrecer, como mínimo, las mismas garantías asistenciales que el sistema público.
- **Complementarios**, ofrecen cobertura a los asegurados por aquellos servicios sanitarios excluidos o no totalmente cubiertos por el sistema público de salud (por ejemplo copagos). En definitiva cubren prestaciones no concurrentes con el sistema público.
- **Suplementarios**, ofrecen cobertura a los asegurados de servicios mejorados o de mejor calidad que los ofrecidos por el sistema público de salud, por ejemplo tener un acceso más rápido a los mismos servicios, evitando listas de espera, o incrementando la capacidad de elección de los asegurados. A través de estos seguros se obtiene una cobertura hasta cierto punto duplicada, se paga dos veces, una a través de impuestos y otra directamente de su bolsillo, por el derecho a recibir los mismos servicios o servicios equivalentes de una u otra instancia²⁶.

En base a esta clasificación de los seguros privados podemos caracterizar a los países analizados con anterioridad, de tal forma podemos decir que los seguros privados de salud en España, Suecia y Gran Bretaña en su mayoría tienen carácter suplementario al sistema de salud público de dichos países, ya que en su mayoría, los seguros privados son contratados para acceder más rápido a los servicios sanitarios o para acceder a servicios con mejores prestaciones.

En cambio, el caso holandés es el paradigma de los seguros privados de salud sustitutivos, ya que todos los trabajadores tienen la obligación de contratar un seguro privado de salud que cubra un “paquete básico” de servicios definido para toda la población, y el resto de seguros privados se contratan para cubrir servicios no recogidos en dicho “paquete básico”.

En Alemania para aquellos colectivos de población no protegidos por el seguro público de salud, los seguros privados son sustitutivos del seguro público, mientras que para el resto de la población son complementarios.

Por último, en el caso de Australia, los ciudadanos tienen la opción de contratar seguros privados de atención hospitalaria sustitutivos del seguro público, y de contratar seguros complementarios para cubrir prestaciones o servicios no cubiertos por el sistema público.

²⁶ En realidad, este “doble aseguramiento” no significa que se sumen literalmente las prestaciones, ya que la operativa del SNS hace muy difícil combinar la atención pública y la privada en una misma enfermedad. Lo que sucede es que, acogidos a la doble cobertura, el asegurado elige en cada caso concreto a su proveedor de los servicios sanitarios que necesita. En este sentido, no deja de darse una concurrencia más o menos activa de proveedores públicos y privados de servicios sanitarios.

CUADRO COMPARATIVO DE LOS SEGUROS PRIVADOS DE SALUD

Características	Australia	Alemania	Holanda	España	Suecia	Gran Bretaña
Tipo Seguro	Sustitutivos para atención hospitalaria Complementarios para el resto	Sustitutivos para funcionarios y personas con elevados ingresos Complementarios para el resto	Sustitutivos para el paquete básico de servicios Complementarios para el resto	Sustitutivos para los mutualistas y beneficiarios de las mutualidades de funcionarios Suplementarios para el resto	Suplementarios	Suplementarios
Obligatorio/ Voluntario	Voluntario	Obligatorio para colectivos no cubiertos por el seguro público: funcionarios y personas con elevados ingresos Voluntarios para el resto	Obligatorio para el paquete básico de servicios Voluntario para el resto	Voluntario	Voluntario	Voluntario
Paquete de servicios	Póliza de atención hospitalaria	Póliza básica comparable a la cobertura pública Para el resto difiere en función de la póliza contratada	Definido un paquete básico de servicios Para el resto difiere en función de la póliza contratada	Cartera de servicios definida por las mutualidades de los funcionarios Para el resto difiere en función del producto y del asegurador	Difiere en función del producto y del asegurador	Difiere en función del producto y del asegurador
Incentivos propios a la contratación	SI	NO	SI	SI, solo para seguros colectivos de empresa	NO	NO
Selección de riesgos	NO, para los seguros de atención hospitalaria SI, para el resto	NO, para los colectivos con derecho a elegir la contratación de un seguro sustitutivo de salud SI, para el resto	NO, para el seguro obligatorio con el paquete básico de servicios SI, para el resto	NO, para los mutualistas y beneficiarios de las mutualidades de funcionarios SI, para el resto	SI	SI
% Población asegurada s/ total	54,6%	27,6%	99,1%	25,5%	4,0%	9,0%

Fuente: Afi elaboración propia.

En aquellos países donde la legislación establece la obligatoriedad de contratar un seguro privado de salud para toda la población, como Holanda, o en los que se concede a determinados grupos de población el derecho a elegir libremente y en igualdad de condiciones (precios y coberturas regulados, sin selección de riesgos, incentivos a la contratación, etc.) entre el seguro privado sustitutivo y el seguro público, como pueden ser Australia y Alemania, la relevancia del sector asegurador privado en términos de primas y de población asegurada es mucho más elevada que en aquellos países donde no se produce dicha circunstancia.

PRIMAS DE SEGUROS PRIVADOS DE SALUD S/PIB

País	2012
Australia	n.d.
Alemania	1,3%
Holanda	6,7%
España	0,6%
Suecia	n.d.
Gran Bretaña	0,4%

Fuente: Afi a partir de información pública.

POBLACIÓN PROTEGIDA POR SEGUROS PRIVADOS DE SALUD SOBRE EL TOTAL

País	2012
Australia	54,6%
Alemania	27,6%
Holanda	99,1%
España	22,5%
Suecia	4,0%
Gran Bretaña	9,0%

Fuente: Afi a partir de información pública.

Así, en Holanda prácticamente toda la población está cubierta por seguros privados de salud y las primas captadas suponen el 6,7% del PIB del país. En el caso de Australia, aunque la contratación de seguros de salud no es obligatoria, las primas de los seguros de salud están reguladas por el gobierno, que además ha establecido un fuerte sistema de incentivos a la contratación de seguros privados de salud, ya sea a través rebajas en las primas o a través de reducciones de impuestos, de esta forma han conseguido que más de la mitad de la población esté asegurada de forma privada.

En Alemania, un 27,6% de la población tiene contratado un seguro privado de salud, si bien solamente un 10,9% disfruta de una cobertura total, es decir de seguros sustitutivos del seguro público. El resto de asegurados se corresponde con pólizas de seguros complementarias al sistema público de salud. Una situación parecida, aunque en menor medida, es la de España, en la que el 21,9% de la población dispone de un seguro privado de salud. Si bien más de 1,9 millones de asegurados privados, un 18,7% del total, se corresponde con funcionarios públicos (MUFACE, MUGEJU e ISFAS) que teniendo la capacidad de elegir entre el sistema privado y

el público, han elegido recibir la prestación de asistencia sanitaria de entidades aseguradoras privadas.

Finalmente, tanto en Suecia como en Gran Bretaña los seguros privados tienen carácter voluntario y suplementario del seguro público de salud y en consecuencia la población asegurada de forma privada es más reducida, aunque en los últimos años se ha registrado un aumento significativo de las primas de seguros privados de salud.

Aunque el hecho de que mediante la legislación se establezca la obligatoriedad de contratar un seguro privado o el derecho de algunos colectivos a contratar un seguro privado sustitutivo al seguro público de salud, en condiciones similares al seguro público, se constituya como uno de los factores más relevantes para el desarrollo de los seguros privados de salud, no es el único.

De hecho, podemos señalar algunos factores adicionales de especial relevancia que permiten establecer las condiciones adecuadas para el desarrollo de los seguros privados de salud en un país, y para que en consecuencia actúen como motores de desarrollo del sector:

- Alcance de las prestaciones cubiertas por el sistema público.
- Profundidad de la cobertura del sistema público, las prestaciones están totalmente cubiertas o los usuarios tienen que realizar aportaciones por su uso, copago.
- Población cubierta por el sistema público de salud, la cobertura es universal, o existen grupos de población excluidos de las prestaciones públicas.
- Satisfacción del consumidor y percepción sobre la calidad de la atención ofrecida por el sistema público de salud.
- Incentivos a la contratación (fiscales, subsidios, etc.) o recargos y penalizaciones por la no contratación de seguros privados de salud.

4. Análisis del sector de seguros privados de salud en España

La actividad del sector de seguros privados de salud en España solamente puede entenderse desde un prisma más amplio que permita poner de manifiesto la estrecha relación que tiene el sector asegurador privado con el Sistema Nacional de Salud y con el sector hospitalario privado en España, que en muchos casos está compuesto tanto por operadores sanitarios privados que no son compañías aseguradoras como por éstas, que gestionan centros sanitarios, hospitales, centros médicos y ambulatorios.

Los ejemplos de interrelaciones entre los mencionados sectores son muy diversos, desde los conciertos de entidades libres de seguros con el sector del mutualismo administrativo, las concesiones administrativas para la gestión privada de centros hospitalarios públicos, la derivación de pacientes del Sistema Nacional de Salud hacia centros sanitarios privados (concierto convencional), o los convenios entre entidades aseguradoras privadas y los centros médicos privados.

Estas formas de colaboración, cada vez más intensas en especial en el sector sanitario, entre el sector público y privado se están extendiendo de manera continua entre el desconocimiento de la población y la cada vez más difusa línea de separación entre la gestión de recursos públicos y privados.

GRANDES SUBSECTORES DEL SECTOR SANITARIO ESPAÑOL Y SUS FUNCIONES PRINCIPALES



Fuente: Afi.

En este apartado del estudio, trataremos de caracterizar el sector de seguros privados de salud español, realizando un repaso de las principales variables del mismo, y aunque en el apartado siguiente se realizará un análisis más detallado del papel de los aseguradores privados como operadores sanitarios en España, sí que prestaremos atención a algunas de las formas de colaboración entre los diferentes sectores antes mencionados que son relevantes destacar como puede ser los conciertos con entidades de seguros que tienen las diferentes mutualidades de funcionarios.

4.1. Tipologías de seguros privados de salud

Los conocidos como seguros privados de salud en España son un conjunto de productos de seguros caracterizados por garantizar la reparación patrimonial al asegurado en el caso de producirse riesgos relacionados con la salud de las personas. Si bien la base del producto, como acabamos de decir, es la mencionada reparación patrimonial, la evolución del seguro destinado a cubrir siniestros relacionados con la asistencia sanitaria de las personas ha evolucionado hasta hacer mayoritaria la prestación directa a través de servicios sanitarios por parte de la entidad aseguradora.

Cuando hablamos de seguros de salud, nos referimos tanto a los seguros de enfermedad como a los seguros de asistencia sanitaria. Los seguros de enfermedad son aquellos en los que el asegurador se obliga al pago de ciertas sumas y gastos de asistencia médica y farmacéutica, mientras en los seguros de asistencia sanitaria el asegurador se obliga a prestar al asegurado servicios de atención sanitaria directamente a través de su propia estructura o mediante el pago de los gastos ocasionados.

Los conocidos como seguros de salud, por lo tanto, cubren dos riesgos diferentes:

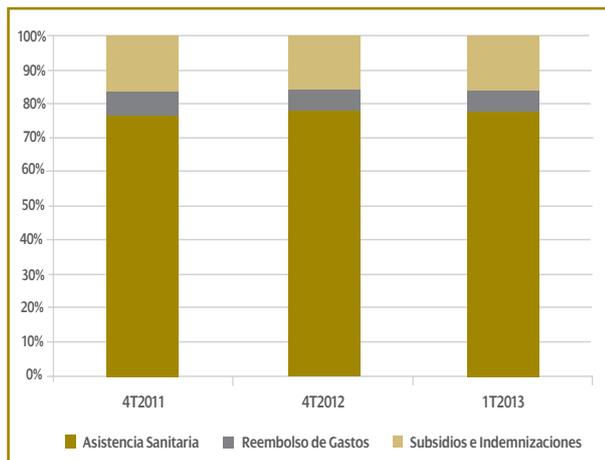
- El riesgo de enfermar o tener alguna alteración más o menos grave de la salud que obligue al asegurado a detener su trabajo, en cuyo caso se compromete una indemnización (subsídios), normalmente diaria, por cada día de baja.
- El riesgo de necesitar algún tipo de atención sanitaria, cubierto por:

- Los seguros de asistencia sanitaria, que aportan un cuadro médico al que el asegurado puede acudir, a cambio de la prima pagada. En función de los productos y compañías es habitual que el asegurado tenga una pequeña participación final en el coste de la asistencia médica, un copago, de modo que cada vez que utilice estos servicios debe satisfacer una pequeña cantidad (por ejemplo cada vez que se realiza una visita médica).
- Los seguros de reembolso de gastos, que indemnizan todo o parte de la factura del servicio libremente contratado por el asegurado. Este tipo de seguros también se puede presentar con una combinación de reembolso de un porcentaje inferior al 100% de la factura, mas reembolso de la totalidad en el caso de que el servicio médico usado esté dentro de un cuadro de la entidad aseguradora.

Dentro de los seguros de salud podemos incluir los seguros dentales, diseñados específicamente para cubrir todos aquellos problemas relacionados con la salud buco-dental de los asegurados y que en muchos casos se pueden contratar como una garantía más de los seguros tradicionales de salud, pero que de igual forma pueden contratarse como una póliza de seguros independiente. Estos seguros, a diferencia de los seguros sanitarios convencionales, sí son complementarios del aseguramiento público.

Del total de pólizas de seguros de salud, el 78% de las mismas son seguros de asistencia sanitaria, el 15,3% son seguros de subsidios e indemnizaciones, mientras que los seguros de reembolso solamente suponen un 6,7% del

DISTRIBUCIÓN DE LOS ASEGURADOS POR TIPO DE SEGURO DE SALUD

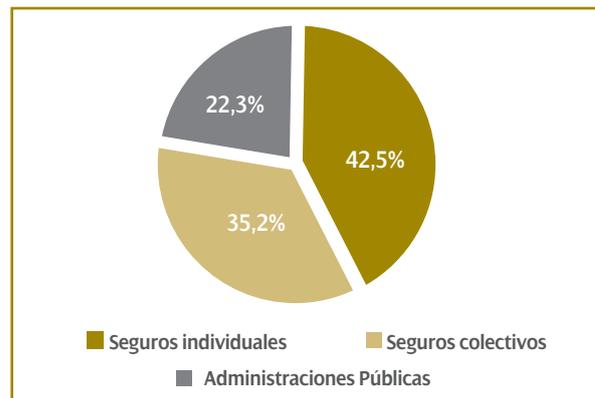


Fuente: ICEA.

Los seguros privados de salud en España pueden contratarse de forma individual, o a través de pólizas colectivas, un ejemplo muy claro de este caso son los seguros de salud que contratan muchas empresas a favor de sus trabajadores, y en algunos casos los familiares de éstos.

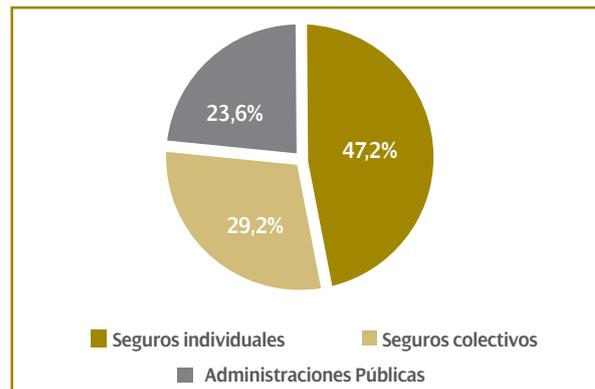
De forma aproximada del total de seguros de salud, el 43% de los asegurados proviene de contratos individuales mientras que el 35% de seguros colectivos, el resto de asegurados proceden de conciertos y acuerdos con Administraciones Públicas. En cambio, en términos de primas, el 47% proviene de seguros individuales mientras que el 29% de las mismas proviene de los seguros colectivos. La disminución del peso relativo de las primas de seguros colectivos frente al peso que tienen en número de asegurados se debe sin duda a la menor prima media que soportan los asegurados por contratos colectivos.

DISTRIBUCIÓN DE ASEGURADOS PRIVADOS DE SALUD



Fuente: PwC. El seguro de salud en las empresas. 2013.

DISTRIBUCIÓN DE PRIMAS DE SEGUROS PRIVADOS DE SALUD



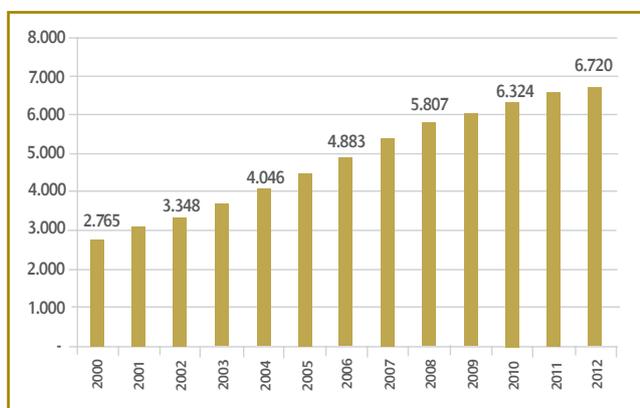
Fuente: PwC. El seguro de salud en las empresas. 2013.

4.2. Evolución reciente

Las primas de seguros de salud (enfermedad y asistencia sanitaria) ascendieron en el año 2012 a 6.720 millones de euros²⁷, lo que supone un 11,5% aproximadamente del total de primas de seguros (seguros de vida y no vida) del año 2012. Y suponen algo más del 0,6% del PIB a cierre de 2012.

Si bien, aproximadamente 1.400 millones de euros²⁸ proceden de los conciertos con las mutualidades de funcionarios, MUFACE, ISFAS y MUGEJU, lo que supone casi el 21% del total de los ingresos del sector.

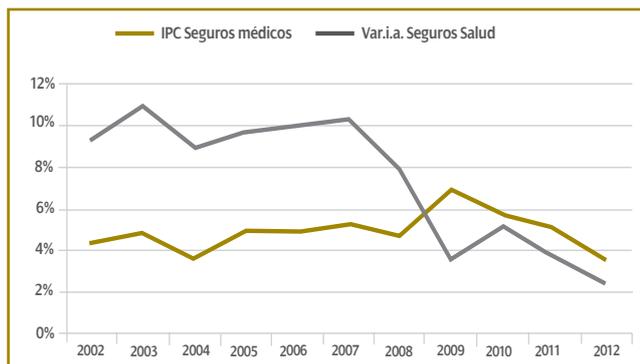
EVOLUCIÓN PRIMAS* DE SEGUROS DE SALUD 2000-12 (MILLONES DE EUROS)



*Primas imputadas brutas.

Fuente: Afi a partir de datos de la DGSFP.

EVOLUCIÓN IPC DE SEGUROS MÉDICOS Y DE PRIMAS DE SEGUROS DE SALUD



Fuente: Afi a partir de datos del INE y de la DGSFP.

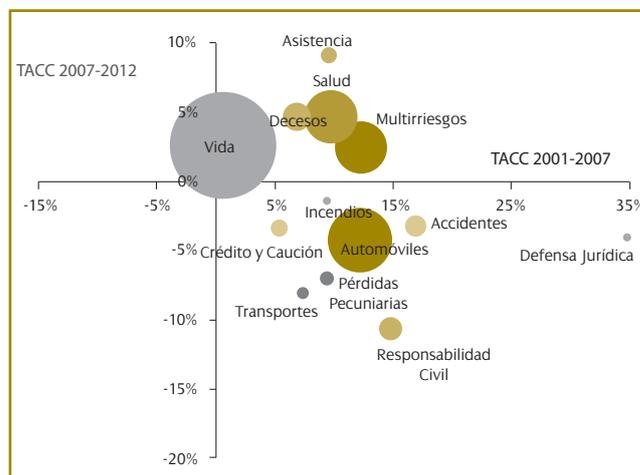
²⁷ Datos de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

²⁸ A partir de datos de la memoria de MUFACE del año 2012 y las memorias de ISFAS y MUGEJU del año 2011.

Como se puede observar en los gráficos anteriores, las primas de seguros privados de salud registran una tendencia creciente en los últimos años con una tasa de crecimiento anual compuesto del 7,6%, incluso en el período 2007-12, años de mayor impacto de la crisis económica en España la tasa de crecimiento anual compuesto es de un 4,5%, lo que da muestra del buen comportamiento del sector frente a la crisis financiera y económica que está sufriendo el conjunto de la economía. Si bien buena parte del crecimiento se debe al crecimiento de los precios de bienes y servicios del sector sanitario que se ha trasladado a los precios de los seguros de salud.

De hecho si hacemos un análisis comparado del sector de seguros privados de salud frente al comportamiento de otros ramos o productos de seguros podemos observar que es junto a los seguros multirriesgos (hogar, comercio, etc.), asistencia y decesos uno de los ramos de seguros que mejor comportamiento está registrando durante los años de crisis. De hecho, y aunque las tasas de crecimiento se han moderado respecto de la época pre-crisis, durante el período 2007-12 registra tasas de crecimiento positivas, una tasa de crecimiento anual compuesta del 4,6%, frente a una tasa del 9,6% para el período 2001-07, previo a la crisis.

COMPARATIVA DE TASAS DE CRECIMIENTO DE PRIMAS POR RAMOS DE SEGUROS 2001-07 FRENTE A 2007-12

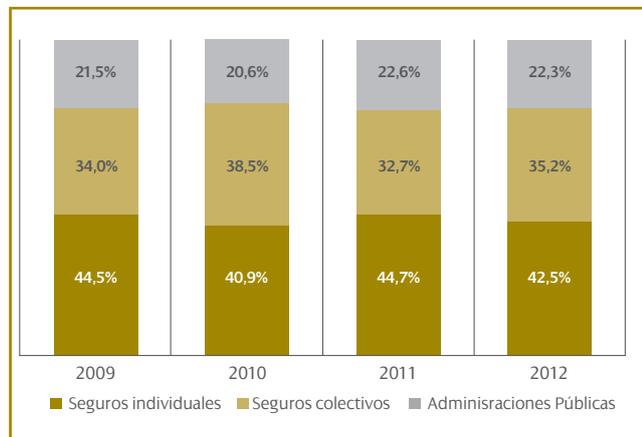


* El tamaño de las bolas representa el volumen de primas de cada uno de los ramos de seguros.

Fuente: Afi a partir de datos de DGSFP e ICEA. Dato de 2012 estimado a partir de tasa de variación de ICEA sobre el dato de primas de la DGSFP a 2012.

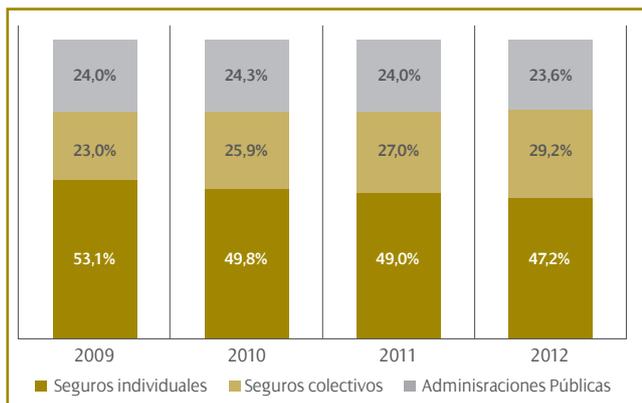
Aunque el ramo de seguros de salud está registrando un buen comportamiento relativo con respecto al resto de ramos de seguros, las aseguradoras de salud están sufriendo como el resto de empresas, una creciente presión en sus cuentas de resultados, derivada de dos efectos, uno propio del sector, que es la tendencia registrada en los últimos años de aumento relativo del peso de las pólizas colectivas frente a las individuales, si bien todavía no se aprecia en los datos esta tendencia a la larga supondrá una reducción de las primas medias, y el incremento de la competencia en un entorno de demanda decreciente como consecuencia de la crisis económica.

DISTRIBUCIÓN DE ASEGURADOS PRIVADOS DE SALUD



Fuente: PwC. *El seguro de salud en las empresas. 2013.*

DISTRIBUCIÓN DE PRIMAS DE SEGUROS PRIVADOS DE SALUD



Fuente: PwC. *El seguro de salud en las empresas. 2013.*

Prima Media (euros)	2009	2010	2011	2012
Seguros individuales	734	736	757	785
Seguros colectivos	415	406	570	588
Administraciones Públicas	685	712	735	750
Total Primas Medias	615	604	690	708

Fuente: PwC. *El seguro de salud en las empresas. 2013.*

La tendencia a la colectivización y mutualización de los seguros privados de salud, como consecuencia del aumento de los seguros colectivos provocará una tendencia a la reducción de las primas medias del sector, porque las primas medias de los seguros colectivos son un 25% inferior a las primas de seguros individuales. Aspecto muy relevante, cuando el coste de la prestación sanitaria es el mismo para todos los asegurados en igualdad de condiciones de salud y garantías, ya sean de seguros colectivos o de seguros individuales.

Por otro lado, la diferencia de primas entre las pólizas individuales y colectivas pone de manifiesto la relevancia de alcanzar economías de escala que permitan captar un determinado volumen de negocio y actividad en el sector de seguros privados de salud.

En cuanto al número de asegurados privados de salud según los últimos datos publicados por ICEA a cierre del primer trimestre de 2013, el número total de asegurados a esa fecha ascendía a 10,5 millones de personas. Si bien esta cifra puede recoger personas que estén doblemente aseguradas, de tal forma que el número de asegurados estimado sitúa en unos 8,9 millones de personas. Hay que destacar que casi 2 millones de asegurados proceden de los conciertos con las mutualidades de funcionarios de la administración pública.

4.3. Concentración del sector asegurador y principales agentes

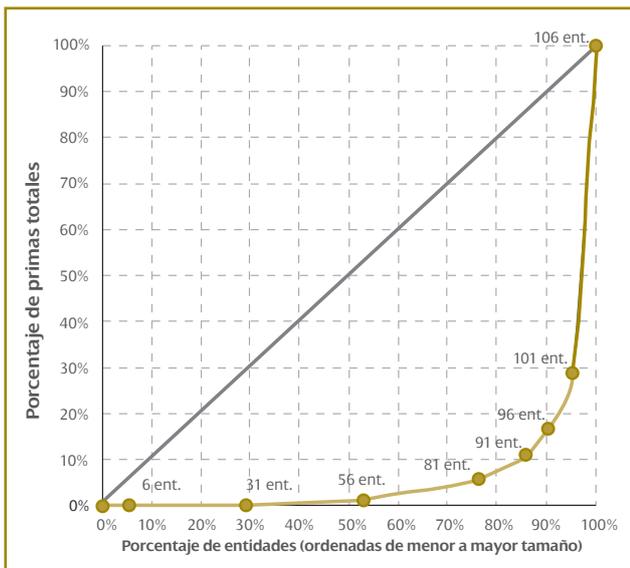
Al cierre de 2012, según la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, operaban en España en los ramos de salud (enfermedad y asistencia sanitaria) 106 entidades aseguradoras. Si bien, esta cifra supone un elevado censo de agentes, el 72% de las primas de seguros está concentrado en las cinco primeras compañías. Las 25 primeras compañías alcanzan casi el 95% de las primas del sector, por lo que podemos considerar que se trata de un sector muy concentrado, en parte porque requiere de una gran especialización y de economías de escala a través del tamaño de las entidades.

**CONCENTRACIÓN DEL SECTOR DE SEGUROS SALUD
(% ENTIDADES, % PRIMAS DEVENGADAS SEGURO DIRECTO)**

Agrupación	% Entidades	% Primas
5 primeras entidades	4,72	71,71
10 primeras entidades	9,43	83,31
15 primeras entidades	14,15	89,07
25 primeras entidades	23,58	94,22
50 primeras entidades	47,17	98,55
75 primeras entidades	70,75	99,77
100 primeras entidades	94,34	100
Total Entidades	106	100

Fuente: DGSFP, informe 2012.

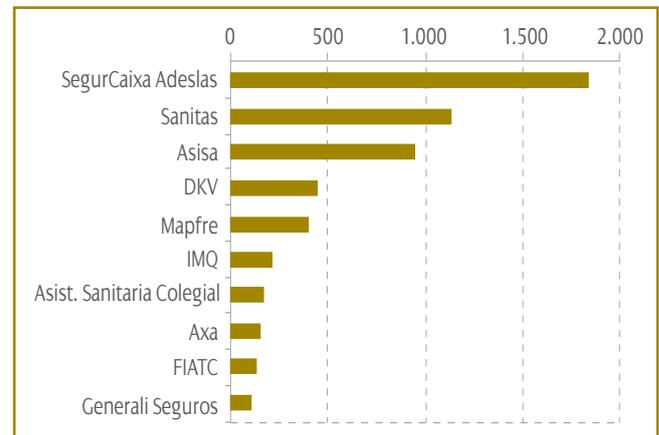
CURVA DE LORENZ DE LA CONCENTRACIÓN DEL SECTOR DE SEGUROS SALUD



Fuente: Elaboración Afi a partir de la DGSFP.

De hecho algunas de las primeras entidades del sector (Sanitas, Asisa o DKV Seguros) son entidades monorramo que en su mayoría sólo operan en el sector de los seguros de salud y que han logrado alcanzar una dimensión operativa suficiente para cubrir la escala nacional. SegurCaixa Adeslas, por su parte, es una entidad crecientemente multiramo.

RANKING DE ENTIDADES ASEGURADORAS DE SALUD POR PRIMAS, 2012 (MILLONES DE EUROS)



Fuente: Afi a partir del Informe: Análisis de Situación, 2013. Informe IDIS, a su vez emplea datos de ICEA, febrero 2013.

4.4. Impacto del aseguramiento privado en el SNS

Las prestaciones pagadas²⁹ por parte de las entidades aseguradoras de salud a sus asegurados, ascendieron en el año 2012 a unos 5.800 millones de euros lo que supone aproximadamente un 84% del total de primas recaudadas por estas entidades.

El coste de dichas prestaciones, 5.800 millones de euros que asumen las entidades privadas, a cambio de las primas cobradas a los asegurados con anterioridad, supone el 8,8% del gasto público sanitario total consolidado estimado³⁰ para el año 2012.

El análisis de la evolución de ambas partidas muestra cómo el coste de las prestaciones pagadas por el seguro privado de salud a sus asegurados ha ido incrementándose en los últimos años y ganando importancia relativa sobre el gasto

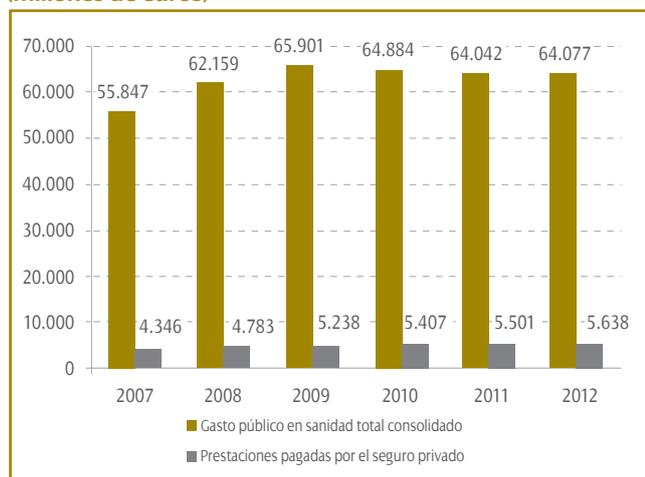
²⁹ Siniestralidad Bruta: Prestaciones y gastos pagados Seguro directo + Prestaciones y gastos pagados Reaseguro aceptado + Variación de la provisión para prestaciones (+ ó -) Seguro directo + Variación de la provisión para prestaciones (+ ó -) Reaseguro aceptado + Gastos imputables a prestaciones, de las CTV y CTNV

³⁰ Estimado a partir del dato de gasto público consolidado del año 2011 (depurado de gastos de capital) en base al crecimiento esperado para el presupuesto de gasto sanitario del año 2012.

sanitario público. Mientras que en el año 2007 las prestaciones pagadas por el seguro privado suponían el 7,8% del presupuesto público sanitario de gastos corrientes en el año 2012 ese importe ascendió al 8,8%.

De hecho, durante el período de crisis económica, años 2008-12, el coste total soportado por las entidades aseguradoras privadas para atender a sus asegurados ascendió aproximadamente a 26.500 millones de euros en total frente a un gasto sanitario público acumulado de 321.062 millones de euros, lo que supone el 8,3% del total.

EVOLUCIÓN DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO Y DE LAS PRESTACIONES PAGADAS POR EL SEGURO PRIVADO (millones de euros)*



*Gasto sanitario público depurado de gasto de las mutualidades y de gastos de capital, pero inclusivo de gastos de gestión. Las prestaciones del seguro privado no incluyen los gastos de gestión del sistema.

Fuente: Afi a partir de datos del SNS y DGSFP.

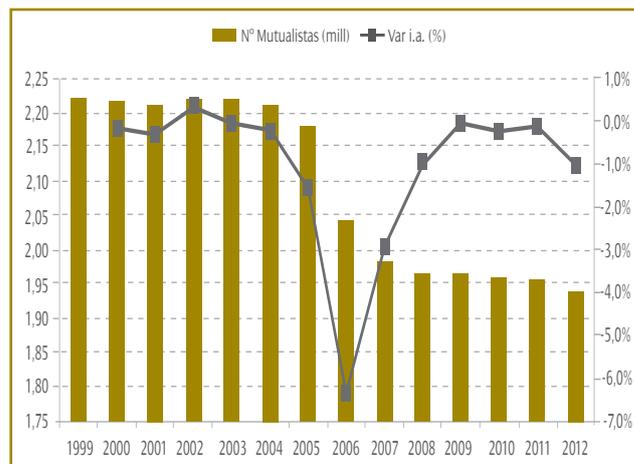
Dado que el seguro privado de salud en España en su mayoría es de carácter suplementario al sistema nacional de salud (excepto en el caso del aseguramiento del mutualismo administrativo, que es sustitutivo), podemos decir que en cierta forma el coste de las prestaciones asumido por las entidades aseguradoras es en definitiva un ahorro de costes al sistema público de salud, ya que si esas personas no estuviesen aseguradas a través de sus seguros privados y no hubiesen hecho uso de sus servicios, tendrían que haber sido atendidas por el sistema nacional de salud, lo que hubiese incrementado sus gastos en un importe equivalente o incluso superior al pago de dichas prestaciones (López Nicolás et al., 2000; y nota al pie nº 1).

4.5. Mutualismo administrativo: una forma de colaboración público-privada

El mutualismo administrativo es un claro ejemplo de un esquema sustitutivo al SNS en el que se combinan el aseguramiento privado del riesgo de salud con la provisión privada de los servicios asociados mediante un concierto de los aseguradores/proveedores privados con los poderes públicos. De hecho, dada la naturaleza del concesionario y "dueño del proyecto" (el gobierno, no el SNS), el asegurador/proveedor compete con el SNS ya que viene obligado a prestar una cartera idéntica de servicios a los asegurados, que pueden elegir entre los concesionarios privados y el SNS cada año.

El colectivo cubierto por el régimen de mutualismo administrativo, aunque viene registrando una reducción paulatina está formado por casi 2 millones de personas, siendo MUFACE la mutualidad con mayor número de beneficiarios con el 66% de los mutualistas.

EVOLUCIÓN DEL NÚMERO TOTAL DE MUTUALISTAS



Nota: El descenso de mutualistas registrado en 2006 se debe a una revisión y actualización de la bases de datos de MUFACE, a través de la que se depuraron duplicidades.

Fuente: Sistema Nacional de Salud, Recursos Red 2012.

El mutualismo administrativo está formado por tres mutualidades:

- MUFACE: La Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, es un Organismo Público dependiente del

Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas, encargado de gestionar (junto al régimen de clases pasivas de los funcionarios) el régimen del Mutualismo Administrativo de los funcionarios civiles del Estado.

- ISFAS: El Instituto Social de las Fuerzas Armadas, ISFAS, es el organismo encargado de gestionar (junto con las clases pasivas) el Régimen Especial de la Seguridad Social de las Fuerzas Armadas y de la Guardia Civil.
- MUGEJU: Es la entidad gestora del Régimen Especial de Seguridad Social del personal al servicio de la Administración de Justicia.

Bajo este modelo, los mutualistas y beneficiarios pueden elegir de manera anual, libre y voluntariamente si quieren ser atendidos por el Sistema Nacional de Salud o por una entidad aseguradora, opción esta última que es escogida a cierre de 2012 por entre el 80% y el 85% de los mutualistas. Para ello cada una de las mutualidades establece conciertos o convenios con entidades aseguradoras para que gestionen el riesgo de salud y presten (o hagan prestar) los servicios sanitarios correspondientes a sus respectivos colectivos.

Las bases de este modelo de gestión son muy parecidas al modelo establecido en Australia para el conjunto de la población y para la prestación de los servicios hospitalarios. Bajo este modelo el Estado mantiene las funciones de regulador, garante y financiador de las prestaciones sanitarias, trasladando su implementación al Sistema Nacional de Salud o a entidades de seguro libre. En este segundo caso, son las Mutualidades las que definen tanto la cartera de servicios a prestar por las entidades como el precio o primas a pagar a las aseguradoras que se adhieren a los diferentes conciertos, por tanto la política de gestión de riesgos de las entidades aseguradoras queda limitada al no poder fijar las primas en función de su propia política de riesgos (enfermedades, edad, etc.).

Bajo el modelo del mutualismo administrativo, las compañías aseguradoras deben proporcionar la prestación sanitaria en condiciones similares al sistema público, salvo la medicación, y las diferencias con las carteras de servicios de las diferentes Comunidades Autónomas. Las compañías aseguradoras se hacen cargo del 100% de los gastos sanitarios de sus asegurados, incluidos los trasplantes. Los mutualistas que optan por la provisión privada deben acudir siempre al sistema privado, ya que si acuden a la sanidad pública deberán hacer frente a los gastos en los que incurran, salvo en aquellos casos de urgencia médica.

Aunque existen diferencias entre las primas fijadas por unas mutualidades y otras, todas ellas han evolucionado hasta

fijar las primas en función de la edad de los miembros de los colectivos, estableciendo primas por grupos de edad, de forma que a mayor edad de la persona asegurada la prima pagada a las entidades aseguradoras es más elevada.

PRIMAS FIJAS DE LOS CONCIERTOS DE ASISTENCIA SANITARIA DE MUFACE Y MUGEJU CON ENTIDADES DE SEGUROS PRIVADAS. AÑO 2013

Grupos etarios	Prima fija euros/persona y mes. Año 2013
0-4	52,16
5-14	43,46
15-44	49,26
45-54	52,16
55-64	57,96
65-74	69,55
Más de 74	75,34

Nota: Estimada a partir de las primas de 2012 y la revisión para 2013 (85% s/IPC).

Fuente: Concierto de MUFACE. 2012-13.

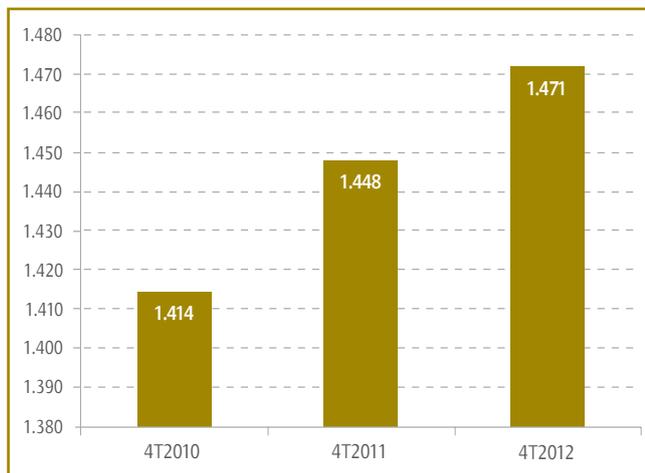
Grupos etarios	Prima fija euros/persona y mes. Año 2013
Menos 60	58,9
60-69	65,26
Más de 69	78,41

Fuente: Prórroga Concierto de MUGEJU. 2013.

De hecho, tomando como referencia las primas de MUFACE, éstas contrastan con las cuotas mensuales fijadas por la administración pública para aquellos que tengan que suscribir un convenio especial de prestación de asistencia sanitaria por no cumplir los requisitos para tener la consideración de asegurados a efectos del sistema sanitario público, 60 euros mensuales para los menores de 65 años y 157 euros para los mayores de 65 años.

En términos de volumen de primas, el mutualismo administrativo alcanzó los 1.471 millones de euros en 2012, lo que supone un incremento del 1,6% respecto del año anterior. La mayor parte de primas proceden de MUFACE cuyo colectivo es superior al de las otras dos mutualidades.

EVOLUCIÓN PRIMAS DE SEGUROS PROCEDENTES DEL MUTUALISMO ADMINISTRATIVO (mill. euros)



En 2012, las mutualidades suscribieron conciertos de asistencia sanitaria con un total de 7 entidades aseguradoras, siendo SegurCaixa Adeslas y Asisa las compañías que proveen asistencia sanitaria a los mutualistas de las tres mutualidades existentes en nuestro país³¹.

Mutualidad	SegurCaixa Adeslas	Asisa	DKV	Caser	Mapfre	Igualatorio Cantabria	Sanitas
MUFACE	✓	✓	✓			✓	✓
ISFAS	✓	✓					
MUGEJU	✓	✓	✓	✓	✓		✓

Fuente: Afi a partir de BOE.

En términos económicos, el mutualismo administrativo es un modelo que aporta eficiencia en la prestación de un servicio público, ya que el gasto per cápita de la población cubierta es sustancialmente inferior al gasto sanitario público per cápita del conjunto del sistema, como se muestra más abajo.

Aunque los conciertos de las mutualidades de funcionarios utilizan como referencia para definir su cartera de servicios de asistencia sanitaria, la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, existen diferencias, aunque pequeñas, entre los servicios incluidos por cada una de las mutualidades y la cartera de servicios comunes. De hecho, como bien es conocido, incluso entre las Comunidades Autónomas las carteras de servicios difieren entre sí.

Para poder realizar una comparación homogénea entre el gasto sanitario público per cápita y el gasto per cápita de las mutualidades en asistencia concertada con las entidades de seguro libre, hemos tratado en primer lugar, de identificar las diferencias entre las carteras de servicios, y una vez identificadas se ha tratado de hacer una cuantificación de dichas diferencias para así ajustar las cifras de gasto sanitario per cápita y poder comparar ambas cifras.

Para aproximarnos a una cifra de gasto sanitario público del conjunto de los sistemas públicos sanitarios la principal fuente de información utilizada es la EGSP (Estadística de Gasto Sanitario Público), que facilita información contable de gasto sanitario público tanto de las diferentes comunidades autónomas como de las mutualidades de funcionarios. A partir de dichos datos trataremos de cuantificar las diferencias detectadas entre ambos modelos y llevar a cabo los ajustes que nos permitan realizar una comparación lo más homogénea posible en términos de gastos entre ambos modelos.

Una de las ventajas de utilizar la EGSP es que suministra información sobre centros sanitarios dependientes de las comunidades autónomas de alta especialización, lo que nos permite estimar el gasto asociado a estos centros para después proceder a deducirlo del gasto sanitario público del conjunto de los sistemas públicos sanitarios de las comunidades autónomas, ya que las aseguradoras en los convenios con las mutualidades de funcionarios no incurrir en gastos equivalentes (por ejemplo, Bancos de Sangre y Tejidos).

Por tanto, para poder comparar las cifras de gasto sanitario per cápita de ambos modelos, se ha ajustado el gasto sanitario público per cápita para el conjunto del Sistema Nacional de Salud para excluir las siguientes partidas: gastos en docencia (MIR), gastos en prestaciones farmacéuticas, servicios de salud pública, gastos en prótesis y aparatos terapéuticos, gastos en investigación y formación, gastos de administración general, gastos en centros sanitarios de alta especialización de las comunidades autónomas, y cargos asociados a la asistencia sanitaria realizada al amparo de los convenios internacionales. De esta forma, se pueden com-

³¹ Con efectos 1 de febrero se 2014 Sanitas dejó de formar parte del pool de aseguradores/proveedores de servicios de salud de MUFACE.

para los gastos per cápita de ambos tipos de aseguradores (el público y el privado).

En realidad, las partidas anteriormente mencionadas deberían ser objeto de una depuración más fina que no cabe realizar en el marco de este informe, con objeto de afinar todo lo posible un cálculo tan sensible como el que se presenta más adelante, estimándose este, no obstante, como bastante aproximado a la realidad³².

Una vez realizados estos ajustes, y con las limitaciones antes mencionadas para realizar los mismos, el gasto per cápita medio para los colectivos de funcionarios se situó en 2011³³ en 723 euros anuales (60,25 euros/mes) por asegurado, mientras que el gasto sanitario público per cápita para

el conjunto del sistema comparable para ese mismo año fue de 995 euros (82,9 euros/mes), lo que supone aproximadamente un gasto en el mutualismo administrativo un 27,4% menor que en el SNS.

A pesar de haber tratado de homogeneizar y hacer comparables las cifras de gasto per cápita, debemos tener en cuenta que hay diferencias en la cartera de servicios de ambos modelos que con los datos disponibles en la actualidad son muy difíciles de cuantificar, que añadidas a la diferente estructura de edades de los colectivos asegurados en uno y otro modelo, hacen difícil la mera comparación directa de las cifras resultantes del análisis realizado. Aunque esas diferencias en la cartera de servicios pudiesen suponer que

COMPARATIVA GASTO HOMOGÉNEO PER CÁPITA ENTRE GASTO PÚBLICO TOTAL SANITARIO Y EL GASTO PER CÁPITA DE LAS MUTUALIDADES DE FUNCIONARIOS (2010-11)*

Gasto público sanitario total	2010	2011
Gasto sanitario total homogéneo (miles de euros)	44.878.122	45.096.418
Población protegida	45.231.173	45.328.066
Gasto sanitario homogéneo per cápita	992,2	994,9
Mutualidades Funcionarios	2010	2011
Gasto sanitario total homogéneo (miles de euros)	1.358.807	1.399.802
Población protegida	1.959.320	1.937.255
Gasto sanitario homogéneo per cápita	693,5	722,6

*Se entiende por "gasto homogéneo" el resultado de sustraer el gasto sanitario público (vid gráfico de la página 54) una serie de gastos no incurridos por el aseguramiento privado (vid supra).

Fuente: Elaboración propia a partir de EGSP, IME y Mutualidades de Funcionarios.

³² En particular, habría que tener en cuenta las siguientes salvedades: (i) los conciertos del mutualismo administrativo incluyen la cobertura de la prestación farmacéutica en hospital, (ii) las aseguradoras cubren vacunaciones y otros gastos de salud pública, así como las prótesis (no así las órtesis ni aparatos terapéuticos), (iii) las aseguradoras deben cargar sus costes de estructura/gestión en la prima y (iv) las aseguradoras atienden también la alta especialización, sea mediante establecimientos privados o pagando la factura de establecimientos públicos.

³³ Último dato disponible.

el gasto per cápita de las mutualidades fuese mayor, la diferencia sigue siendo muy relevante, como para pensar que dichas referencias expliquen completamente la diferencia entre un modelo y otro.

Por otra parte, ha de tenerse en cuenta que las tasas de uso de la Atención Primaria y la Asistencia Especializada son muy diferentes en el SNS y en el mutualismo administrativo, al no operar la primera como filtro previo para las aseguradoras. Por ello, la frecuentación de la asistencia especializada es notablemente mayor en los conciertos del mutualismo, sin que se pueda olvidar que es más cara que su filtro previo generalista. Igualmente, ha de tenerse en cuenta que la libertad de elección con la elevada frecuencia que imponen los conciertos (anual) implica costes para las aseguradoras, así como la elevada dispersión geográfica del colectivo asegurado en una buena parte del territorio nacional o la garantía de una prestación sin demoras (que faculta a los usuarios para acudir, en su caso, a medios sanitarios ajenos a la Entidad). Todos estos elementos obligan a las aseguradoras a incurrir en costes que el SNS no soporta, de forma que si se considerasen las imputaciones indicadas en una homogeneización estricta de los costes del SNS y del mutualismo administrativo, habría que concluir que los costes comparativos ofrecidos en el cuadro anterior constituyen más bien una estimación conservadora y que el margen de eficiencia a favor del mutualismo administrativo que revelan podría ser en realidad mayor.

En relación a la siniestralidad, el conjunto del mutualismo administrativo ha registrado en 2012, según datos de ICEA, una tasa de siniestralidad, prestaciones pagadas sobre las primas de seguro captadas, del 97,1%, muy superior a la media del sector asegurador, cuya siniestralidad ha sido del 79,6% en el mismo periodo analizado. La evolución de la siniestralidad del mutualismo administrativo en los últimos años se ha mantenido siempre en niveles superiores a los de la media del sector de seguros privados de salud.

Todos estos rasgos indican que la prima media per cápita de estos colectivos es extraordinariamente ajustada y puede que insuficiente para compensar las prestaciones de los mismos dejando, al mismo tiempo, margen para una remuneración de mercado a los factores productivos de las compañías aseguradoras/proveedoras. Ello interpela igualmente al aparentemente elevado margen de los seguros de salud ajenos al mutualismo administrativo, en el sentido de que la extensión de estas modalidades entre la población pasa por un ajuste del margen y una mayor competencia entre entidades.

Los datos analizados, relativos al menor coste equivalente del aseguramiento sanitario mutualista parecen indicar que este despliega un modelo de gestión sanitaria susceptible de beneficiar a todos los agentes que intervienen en el mismo, a la administración pública por el menor coste per cápita del asegurado y por contar con un coste fijo para un colectivo relevante de la población, a la sanidad pública por la reducción de la demanda de pacientes y por el apoyo que prestan los recursos privados, y a los mutualistas y beneficiarios porque tiene la posibilidad de elegir entre recibir la asistencia sanitaria a través del Sistema Nacional de Salud o través de entidades de seguro libre, de hecho, el elevado porcentaje de mutualistas que eligen la prestación ofrecida por las entidades aseguradoras privadas, demuestra el grado de satisfacción de los usuarios con el modelo, configurando a éste como un modelo de alto valor añadido para los mutualistas y beneficiarios.

De igual forma, y a pesar de la mayor siniestralidad registrada por estos colectivos, las entidades aseguradoras privadas se benefician del aseguramiento de un colectivo de gran tamaño que permite generar economías de escala para el resto del negocio. Una extensión del modelo mutualista permitiría generar economías de escala aún más sustanciales, muy fáciles de materializar en un contexto de gestión competitiva de los recursos del sistema, que aliviase la presión que sufren las compañías para ajustar permanentemente su margen. Sin estas economías de escala, las compañías solamente podrían mantener la ventaja que hoy día ostentan frente al SNS en materia de eficiencia a costa de comprometer su propia supervivencia.

En definitiva, el mutualismo administrativo se configura como un modelo que favorece el equilibrio entre el sistema sanitario público y el privado, aportando eficiencia en la prestación de un servicio equivalente al público a un coste sensiblemente menor, garantizando la prestación de una cartera de servicios equivalente a la del del Sistema Nacional de Salud entre sus colectivos.

Por todas estas características, se puede decir que el mutualismo administrativo reduce la presión sobre los recursos del SNS (ya que sus prestaciones son sustitutivas de las del SNS para los colectivos cubiertos por el mutualismo administrativo) y, a la vez, sobre los recursos públicos destinados a la sanidad si, a los primeros, sumamos los que el gobierno aporta directamente a dicho sistema (ya que las prestaciones del mutualismo administrativo son más baratas que las mismas prestaciones del SNS, en términos prácticamente equivalentes, casi un 29% más barato en 2010-2011).

4.6. Contratos de asistencia sanitaria de trabajadores municipales

Otro ámbito donde encontramos ejemplos de colaboración sanitaria entre la Administración Pública y las entidades privadas de seguros de asistencia sanitaria, son las Corporaciones Locales.

El Real Decreto 480/93, de 2 de abril, dispuso la integración en el Régimen General de la Seguridad Social de los funcionarios de la Administración Local, con efectos a partir del 1 de abril de 1993. Sin embargo, la Disposición Transitoria 5ª (que regula la asistencia sanitaria e incapacidad laboral transitoria del personal activo) del citado Real Decreto estableció que las Corporaciones Locales que tuvieran concertada la asistencia sanitaria con entidades privadas en dicha fecha, podrían continuar haciéndolo mediante acuerdo plenario.

Si bien las restricciones presupuestarias derivadas de la crisis económica, la reducción del déficit público y las dificultades de financiación que atraviesan algunos ayuntamientos, están provocando que buena parte de los conciertos realizados por ayuntamientos con entidades aseguradoras estén siendo no renovados o cancelados. En consecuencia, las referencias de ayuntamientos que mantienen contratos con entidades aseguradoras privadas para llevar a cabo la prestación de asistencia sanitaria a sus trabajadores son escasas. Las principales referencias encontradas se muestran en el cuadro resumen de la página siguiente.

A diferencia del modelo de concesión de las mutualidades de funcionarios, la mayoría de las adjudicaciones de los contratos están realizadas bajo un procedimiento de concesión abierto, que fija un precio máximo (prima per cápita) y unas condiciones técnicas a cumplir por las entidades.

En cualquier caso, hay que destacar que en muchos casos las primas fijadas como máximas en los pliegos técnicos y, en consecuencia, también las adjudicadas, son inferiores al gasto per cápita estimado para el colectivo de mutualidades de funcionarios y al gasto sanitario público per cápita para el conjunto del Sistema Nacional de Salud. Este aspecto es relevante, ya que, aún sin realizar un análisis detallado de las coberturas de cada uno de los pliegos técnicos, la base de prácticamente todos ellos es la cartera de servicios comunes del SNS. En unos casos la cobertura de servicios será más amplia y en otros casos será más reducida.

SELECCIÓN DE CONCIERTOS DE AYUNTAMIENTOS CON ENTIDADES ASEGURADORAS PRIVADAS PARA LA ASISTENCIA SANITARIA DE SUS TRABAJADORES

Entidad Contratante	Año	Colectivo Estimado	Cobertura	Comentarios
Ayuntamiento de A Coruña	Septiembre 2009	1.400 (Funcionarios + Beneficiarios)	Cartera servicios comunes SNS + Cartera servicios específicos Galicia	Exclusión: contingencias por accidente de trabajo y enfermedad profesional Complementarios para el resto
Ayuntamiento de Oviedo	Mayo 2010	1.200 (Funcionarios + Beneficiarios)	Las prestaciones sanitarias* deberán, como mínimo tener el mismo alcance que la del RG de SS	n.a.
Ayuntamiento de Bilbao	2007-08	Aproximadamente 3.775 (Funcionarios + Beneficiarios)	Cartera servicios del pliego, y en su defecto cartera de servicios comunes SNS	Ámbito territorial: nacional y extranjero
Consell de Mallorca e IMAS	Junio 2010	Aproximadamente 458 (Funcionarios + Beneficiarios)	Cartera servicios del pliego y, en su defecto, cartera de servicios comunes	Ámbito territorial: nacional y extranjero
Ayuntamiento de Málaga	Julio 2010	2.625 (Funcionarios) 1.716 (Familia y otros)	Asistencia primaria y especializada. Hospitalización sin límite de estancia. Tratamientos Especiales.	Sin exclusiones por preexistencias y periodos de carencias
Ayuntamiento del Puerto de Santa María	Diciembre 2010	Aproximadamente 571 (Funcionarios + Beneficiarios)	Cartera servicios del pliego y, en su defecto, cartera de servicios comunes SNS	Ámbito territorial: nacional y extranjero
Ayuntamiento de Huelva	Mayo 2013	Aproximadamente 850 (Funcionarios + Beneficiarios)	Cartera de servicios de MUFACE	n.a.

Nota: En dorado los conciertos cancelados o no renovados.

Fuente: Elaboración propia a partir de información pública.

4.7. La presencia de los seguros de salud en la empresa

La relevancia de los seguros de salud colectivos o de empresa se pone de manifiesto porque el número de los asegurados en colectivos³⁴, incluidos los asegurados de administraciones públicas (más de 5 millones de personas), equivale al 32% del total de trabajadores afiliados a la Seguridad Social en 2012³⁵.

³⁴ Si bien puede haber algunos colectivos que no estén formados por empresas.

³⁵ Nótese que entre los asegurados de las entidades privadas se incluyen los beneficiarios de los trabajadores incluidos en los seguros de empresa y el mutualismo administrativo, y los pensionistas de este último, por lo que la relevancia del citado 32% no cabe interpretarla como una cobertura del colectivo laboral estricto.

Este nivel de desarrollo de los seguros de salud colectivos, como se ha puesto de manifiesto en el apartado 4.2, es consecuencia del aumento de la contratación de seguros privados colectivos de salud frente a las pólizas individuales registrado en los últimos años.

Una de las causas que han permitido el desarrollo de los seguros de salud colectivos, es que éstos disfrutan de una fiscalidad particular, y es que, empresas y empleados pueden beneficiarse de ventajas fiscales cuando la empresa contrata un seguro de salud para sus empleados. De tal forma, la cuota pagada por la empresa por persona (empleado, cónyuge y descendientes) es deducible como otros gastos sociales. Mientras que para los empleados el pago del seguro a través de la empresa no se considera retribución en especie y por tanto no tributa en IRPF, hasta un

Duración	Revisión Primas	Prima/mes máx. licitación	ESL	Prima adjudicada	Prima anual aprox.
2 años + prórroga 2 años	85% IPC art. 78,3 LCSP	Personal activo: 46 euros Pesonal jubilado 0 > 69 años: 57,5 euros	Adeslas Unión Madrileña de Seguros	Personal activo: 43,5 euros Pesonal jubilado 0 > 69 años: 53,5 euros 45 euros para todo el colectivo	540
4 años + 2 prórrogas de 1 año cada una	85% IPC art. 78,3 LCSP	45,14 euros	Salus Asistencia Sanitaria	44,95 euros	539,4
2 años + prórroga 2 años	IPC	47,41 euros	IMQ	45 euros	546
4 años + prórroga 2 años	85% IPC art. 78,3 LCSP	56,71 euros	ASISA (provisional)	50 euros	606
1 año + prórrogas anuales hasta máximo conjunto de 4 años	85% IPC rúbrica Servicios médicos, art. 78,3 LCSP 85% IPC rúbrica Servicios médicos, art. 78,3 LCSP	37 euros sin copago 40 euros con copagos limitados	Groupama Groupama		456
1 año + prórrogas anuales hasta máximo conjunto de 4 años	85% IPC clase Seguros médicos, art. 78,3 LCSP	57 euros	ASISA	51 euros	612
2 + prórroga 2 años	85% IPC, art. 78,3 LCSP	62,5 euros/mes	Pendiente de adjudicación		750

importe máximo de 500 euros anuales por cada miembro de la unidad familiar (empleado, cónyuge y descendientes).

De esta forma, tanto la empresa como el trabajador se ven beneficiados por este tratamiento fiscal, dichos incentivos fiscales convierten a los seguros privados de salud en uno de los beneficios sociales preferidos por las empresas para retener a sus empleados. A esto hay que añadir la buena valoración que tiene entre los trabajadores este tipo de remuneración no monetaria.

En la misma línea que las empresas, para los trabajadores autónomos que tributan en régimen de estimación directa, las primas de seguro de enfermedad satisfechas por éste en la parte correspondiente a su propia cobertura y a la de su cónyuge e hijos menores de veinticinco años que convivan con él, tienen la consideración de gasto deducible para la

determinación del rendimiento neto en estimación directa. El límite máximo de deducción será de 500 euros por cada una de las personas señaladas anteriormente.

Estas ventajas fiscales³⁶ no son aplicadas a los contratos de seguros de salud cuando la contratación se realiza con carácter individual.

Otra de las razones que podemos encontrar detrás del desarrollo de los seguros de salud promovidos por las empresas

³⁶ *Baleares ha sido hasta hace poco la única comunidad autónoma que había establecido una deducción en concepto de gastos en primas de seguros de salud individuales, recogida en Ley 12/2012, de 26 de septiembre, de medidas tributarias para la reducción del déficit de la Comunidad Autónoma de las Illes Balears (ver apartado 5.2 más adelante). Recientemente lo han hecho también Cantabria Ley 10/2013 de 27 de diciembre) y Aragón (Ley 2/2014 de 23 de enero).*

a favor de sus trabajadores es que se trata de uno de los beneficios sociales más valorados por los trabajadores³⁷, por delante de otras prestaciones sociales como los planes de jubilación y pensiones o la formación profesional. Dicha percepción positiva de los trabajadores redundará en la mejora de la imagen de la propia empresa.

En este contexto, se entiende mal la medida recientemente adoptada por el ejecutivo para incluir los seguros médicos ofrecidos por las empresas a sus trabajadores (conveniales o no), considerados salarios pagados en especie, entre los conceptos salariales constitutivos de la base de cotización por contingencias comunes de la Seguridad Social. Sin duda, los conceptos salariales sujetos a cotización deben ser amplios y homogéneos, con objeto de evitar discriminaciones entre trabajadores que tengan un acceso diferenciado a este tipo de modalidades retributivas y puedan verse afectados en sus derechos de futuros de pensión. Pero, al mismo tiempo, deben respetarse los márgenes de las empresas para incentivar a sus trabajadores con figuras extra-salariales evitando someter estas figuras a un trato tan oneroso como es el de los tipos de cotización establecidos y, por lo tanto, reducir su uso por parte de las empresas. Por otra parte, en el caso de los seguros de salud no conveniales este tratamiento parafiscal va a significar la suspensión de muchos de estos arreglos mermando la capacidad recaudatoria de la disposición y, al mismo tiempo, devolviendo al SNS una cierta carga de trabajo (y los costes consiguientes) de la que estas figuras venían descargando al mismo. No está claro, a falta de un análisis detallado, que los beneficios (recaudatorios) de la medida vayan a ser superiores a los costes a corto, medio y largo plazo, lo que implica (más gasto sanitario público en el presente y mayores gastos por pensiones en el futuro).

4.8. Utilización, valoración y calidad asistencial del seguro privado

De los resultados históricos del Barómetro de la Sanidad Pública (hasta el año 2012) realizado por el Centro de Investigaciones Sociológicas para el MSSSI se pueden extraer conclusiones muy reveladoras de la utilización de la sanidad privada por parte de los ciudadanos y de la preferencia de los ciudadanos por la utilización de los servicios públicos y privados en materia de sanidad³⁸. Si bien los resultados referidos a la sanidad privada no son exclusivos de los servicios ofrecidos por las entidades de seguros privadas sino que también incluyen los ofrecidos por otros gestores privados de asistencia sanitaria en sus diversas alternativas.

El barómetro muestra la mayor utilización de los servicios sanitarios públicos frente a los servicios privados. Entre los diferentes servicios sanitarios, los centros privados presentan un ratio de utilización más elevado en las consultas a médicos especialistas.

En cuanto a la utilización de los centros públicos y privados por parte de los ciudadanos se observa que si bien la mayoría de los ciudadanos prefieren la utilización de los servicios sanitarios públicos, en los últimos años se está produciendo un aumento paulatino de la utilización de los centros privados, aumento que se hace más acentuado en el caso de hospitalización y de la atención urgente.

³⁷ Los seguros de salud son el beneficio social más valorado por la mayoría de los encuestados, por delante de los planes de jubilación, la formación y los planes de pensiones. Barómetro de Salud 2012. SegurCaixa Adeslas.

³⁸ A la hora de valorar en su justa medida los resultados que se desprenden del BSP que se comentan a continuación, debe tenerse en cuenta que esta encuesta se administra a una parte relevante de la población que nunca ha utilizado ni utilizará los servicios sanitarios de las aseguradoras, por lo que, al margen del evidente interés de saber qué incidencia tiene este uso, las valoraciones que sobre los servicios sanitarios privados puedan realizar encuestados que no los han utilizado deben tomarse como opináticas y no basadas en la experiencia. Para una mejor apreciación de las valoraciones de los usuarios de los servicios sanitarios de las aseguradoras se ofrecen más adelante los resultados del barómetro de la sanidad privada de la Fundación IDIS.

DURANTE LOS ÚLTIMOS DOCE MESES, ¿HA ACUDIDO UD. A LA CONSULTA DE UN MÉDICO O A UN CENTRO SANITARIO? *

Veces que acudió (media)	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Consulta de un médico de familia									
Público	4,6	4,6	4,4	--	4,3	4,2	4,1	3,9	3,9
Privado	0,4	0,4	0,4	--	0,4	0,4	0,3	0,4	0,3
Urgencia									
Público	1,7	1,7	1,8	1,9	1,8	1,9	1,8	1,7	1,9
Privado	0,3	0,2	0,3	0,3	0,2	0,3	0,2	0,3	0,3
Consulta de un médico especialista									
Público	2,1	2,1	2,0	2,1	2,1	2,0	2,1	2,0	2,0
Privado	0,9	0,8	0,9	0,7	0,8	0,8	0,7	0,7	0,8
Hospitalización									
Público	1,1	1,2	1,1	1,2	1,2	1,1	1,2	1,2	1,1
Privado	0,2	0,2	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,4

* Se hace referencia a una verdadera consulta médica del entrevistado, pero no por haber acudido para una petición de hora o cita, ni para la realización de una radiografía o un análisis, ni como acompañante de un miembro de su familia, amigo, vecino, etc.

Fuente: Barómetro de la Sanidad Pública, 2012.

SI UD. O ALGÚN MIEMBRO DE SU HOGAR TUVIERAN QUE UTILIZAR UN SERVICIO SANITARIO Y UD. PUDIERA ELEGIR, ¿ACUDIRÍA A UN CENTRO PÚBLICO O PRIVADO, CUANDO SE TRATARA DE...?

% de encuestados que optaría por:	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Atención primaria										
Provisión pública	65,1	59,6	--	58,7	61,7	62,9	62,8	63,9	63,4	64,4
Provisión privada	27,8	32,9	--	34,5	32,3	31,0	31,3	29,8	28,6	29,1
Ambas (pública + privada)	6,4	6,7	--	6,3	5,4	5,6	5,5	5,8	6,4	6,1
Atención especializada										
Provisión pública	53,5	47,5	--	46,2	49,8	47,9	46,8	48,0	49,5	51,1
Provisión privada	35,9	42,6	--	45,6	42,7	43,6	45,2	42,9	41,6	40,4
Ambas (pública + privada)	10,0	9,2	--	7,6	6,8	7,9	7,4	8,4	8,4	7,9
Hospitalización										
Provisión pública	69,1	62,4	--	59,5	61,7	59,0	58,4	58,8	59,6	60,7
Provisión privada	24,0	30,2	--	33,0	31,6	33,4	34,1	33,7	32,3	32,0
Ambas (pública + privada)	6,1	6,6	--	6,7	5,8	6,9	6,6	6,6	7,4	6,4
Atención urgente										
Provisión pública	71,9	64,6	--	62,1	62,6	60,7	59,7	59,6	59,9	60,1
Provisión privada	21,0	27,7	--	30,5	29,6	31,2	32,9	33,0	31,7	32,2
Ambas (pública + privada)	6,3	6,9	--	6,6	6,8	7,3	6,5	6,7	7,6	6,9

Fuente: Barómetro de la Sanidad Pública, 2012.

Entre los motivos que llevan a los ciudadanos a utilizar los servicios sanitarios privados destacan sobre los demás, la

rapidez con la que atienden los servicios privados frente a los públicos y el confort de las instalaciones de los primeros.

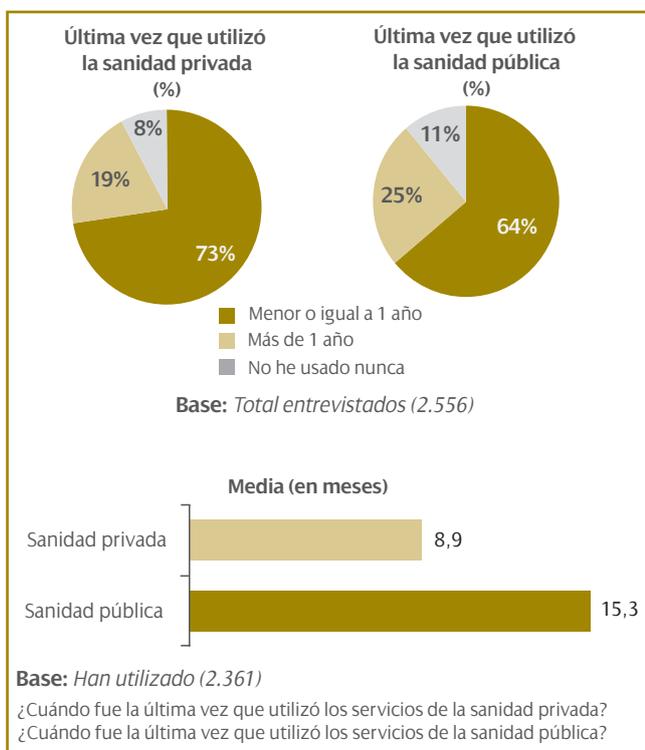
MOTIVOS POR LOS QUE LA GENTE PUEDE ELEGIR UN SERVICIO SANITARIO PÚBLICO O UNO PRIVADO. EN SU CASO PARTICULAR, Y SIEMPRE EN EL CASO DE QUE UD. PUDIESE ELEGIR, ¿ELEGIRÍA UN SERVICIO SANITARIO PÚBLICO O UNO PRIVADO TENIENDO EN CUENTA...?

% de encuestados que elegiría un centro sanitario teniendo en cuenta:	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Tecnología y medios de los que dispone									
Provisión pública	62,9	--	59,5	--	60,7	66,0	62,5	64,6	63,6
Provisión privada	22,2	--	23,6	--	26,1	25,6	24,8	23,8	23,0
Capacitación de los médicos									
Provisión pública	50,1	--	49,4	--	55,8	57,3	58,1	60,1	61,0
Provisión privada	20,9	--	19,3	--	21,8	21,1	20,9	20,1	18,2
Capacitación de las enfermeras									
Provisión pública	50,8	--	47,4	--	54,6	56,2	57,1	59,7	60,2
Provisión privada	20,8	--	20,5	--	22,0	20,8	21,0	19,6	18,4
Rapidez con que atienden									
Provisión pública	27,2	--	22,6	--	29,3	28,2	30,3	33,3	32,6
Provisión privada	35,3	--	70,2	--	64,5	65,6	63,9	60,8	61,5
Información que recibe sobre su problema de salud									
Provisión pública	40,0	--	35,5	--	43,0	43,8	46,3	48,4	49,5
Provisión privada	38,8	--	40,7	--	38,2	37,3	34,6	33,0	31,2
Trato personal que reciben									
Provisión pública	37,1	--	31,9	--	40,0	36,9	41,6	44,5	45,1
Provisión privada	45,4	--	47,9	--	44,3	44,1	42,3	40,2	38,1
Confort de las instalaciones									
Provisión pública	32,5	--	24,5	--	32,6	33,6	35,8	38,9	38,2
Provisión privada	56,0	--	63,6	--	57,3	56,7	54,6	51,0	52,2

Fuente: Barómetro de la Sanidad Pública, 2012.

Según los resultados de la encuesta de la Fundación IDIS (Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad) publicados en su informe “Barómetro de la sanidad privada 2013”, llevado a cabo en base a preguntas realizadas entre enero y febrero del año 2013 sobre una población de 2.556 personas mayores de 18 años que tienen un seguro de salud privado, ya sea seguro de asistencia sanitaria, de reembolso de gastos o mutualismo administrativo, distribuidas por toda la geografía nacional. El 92% de los entrevistados ha utilizado en alguna ocasión los servicios de la sanidad privada, y 3 de cada 4 los ha utilizado en el último año.

ÚLTIMA VEZ QUE UTILIZÓ LOS SERVICIOS DE LA SANIDAD PRIVADA / PÚBLICA



Fuente: Fundación IDIS, Informe “Barómetro de la sanidad privada 2013”.

Es importante poner de manifiesto como 9 de cada 10 asegurados son igualmente usuarios de la sanidad pública, si bien la frecuencia media con la que se utilizan los servicios de la sanidad privada es claramente mayor que en el caso de la pública, habiendo transcurrido 9 meses desde la última vez que se acudió a la sanidad privada frente a los más de 15 meses desde que se acudió por última vez a la sanidad pública.

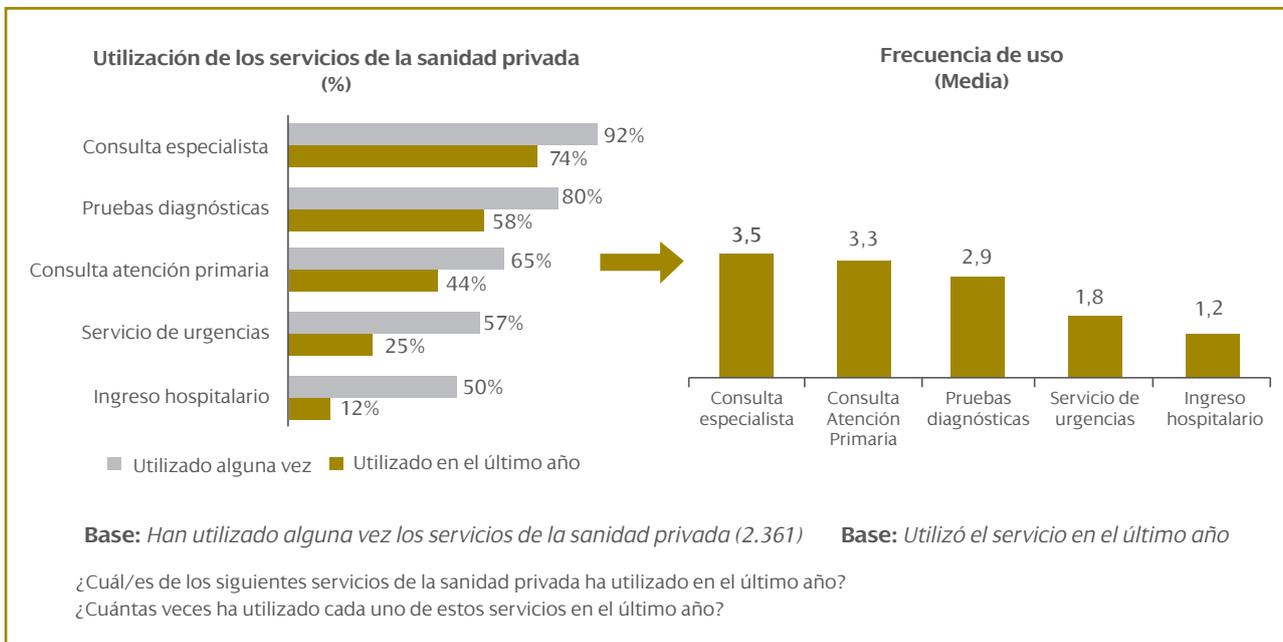
Dentro de los servicios prestados por las aseguradoras privadas, el servicio más utilizado es la consulta al especialista, de tal forma que le 92% de los encuestados ha acudido alguna vez al especialista y 3 de cada 4 lo han hecho durante los últimos 12 meses, con una frecuencia media de 3,5 veces al año.

Las pruebas diagnósticas, constituyen el segundo servicio más utilizado por los entrevistados. En este sentido, un 80% de los asegurados han hecho uso de este servicio en alguna ocasión y 6 de cada 10 lo ha utilizado en el último año, con una frecuencia media anual de 3 visitas.

El número de asegurados que ha utilizado en alguna ocasión los servicios de atención primaria y de urgencias es similar (65% vs 57%) si bien, mientras que un 44% de los asegurados ha acudido en el último año a la consulta de atención primaria, tan sólo 1 de cada 4 asegurados ha necesitado hacer uso en los últimos 12 meses del servicio de urgencias.

Finalmente, 1 de cada 2 asegurados ha requerido ingreso hospitalario en alguna ocasión, si bien tan sólo un 12% ha sido ingresado en el último año.

UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE LAS ASEGURADORAS PRIVADAS DE SALUD Y FRECUENCIA DE USO



Fuente: Fundación IDIS, Informe "Barómetro de la sanidad privada 2013".

De los resultados ofrecidos por el mismo estudio podemos obtener una valoración de los servicios prestados por las entidades aseguradoras privadas, comparando además los resultados del estudio de 2013 con los del año anterior. De los mismos se observa que la valoración de los servicios es muy positiva en todas las tipologías de servicios analizadas, y que la valoración se mantiene muy estable en un nivel de notable tanto en el año 2012 como en el 2013.

VALORACIÓN DE LOS SERVICIOS DE LAS ENTIDADES ASEGURADORAS

Tipología de servicios	Valoración media*	
	2012	2013
Servicios generales	7,7	7,4
Atención primaria y especialista	7,9	7,8
Ingresos hospitalarios	8,6	8,6
Servicios de urgencias	8,0	7,9

*Escala del 1 al 10.

Fuente: Fundación IDIS, Informe "Barómetro de la sanidad privada 2013".

5. Papel de las aseguradoras privadas como agentes sanitarios en España

5.1. Hacia una gestión integrada del riesgo de salud en el SNS por parte del aseguramiento privado

La información existente y los baremos de cálculo conocidos acerca del papel actualmente desempeñado por el aseguramiento privado del riesgo de salud y la provisión, igualmente privada, de los servicios sanitarios asociados en España dan pie para abordar la prospectiva, siquiera somera, del papel que estos proveedores privados pueden desempeñar en el futuro bajo determinadas reglas de juego. Estas reglas de juego son las que dimanar de una variedad relativamente amplia de modelos de colaboración público-privada practicados en numerosos países, como se ha visto en la comparativa internacional, incluido nuestro propio país.

Este planteamiento, simplemente, contemplaría una participación para el asegurador/proveedor en la cobertura de colectivos generales sensiblemente más amplia que la actual asegurando su riesgo de salud y ordenando los recursos necesarios para la prestación de los servicios sanitarios asociados. Dicho así, pudiera parecer que se aboga por el repliegue del SNS a favor de aseguradores/proveedores privados.

De hecho, la confusión reinante en la actualidad sobre los procesos de externalización de los servicios sanitarios de diversos sistemas regionales de salud, en buena medida exacerbada por planteamientos inadecuados o imperfectos desde el propio sector público, es fruto también de un prejuicio extendido acerca de esta aparente intencionalidad privatizadora.

Nada más lejos de la realidad, sin embargo. La experiencia de países tan poco sospechosos de dejar la salud de sus ciudadanos al albur de un mercado sin restricciones en esta materia, como son los Países Bajos, Alemania o Australia, indica que el recurso de sus respectivos SNS a este tipo de colaboración es generalizada. Ello, en general, implica el cumplimiento de las siguientes bases:

- El “dueño del proyecto” sanitario, cuyo objetivo es la cobertura universal, eventualmente gratuita de la población es el sector público (a menudo el propio SNS, pero generalmente una autoridad sanitaria pública).
- El dueño del proyecto concede a una serie de aseguradores privados la gestión del riesgo sanitario de la población bajo condiciones de no exclusión de riesgos, competencia por el mercado, rendición de cuentas al concesionario y cumplimiento de estándares de satisfacción.
- El dueño del proyecto o el concesionario de la gestión del riesgo de salud concesionan, a su vez, la provisión de los servicios sanitarios a la población cubierta, bien a proveedores privados de estos servicios, bien al SNS, o bien los propios concesionarios gestores del riesgo de salud se hacen cargo de manera integrada de la provisión de los servicios de salud a la población.
- Los asegurados y sus beneficiarios eligen por un periodo determinado (un año, generalmente) con qué asegurador/proveedor desean materializar la cobertura de los servicios sanitarios que la autoridad sanitaria pública les garantiza.
- Los aseguradores/proveedores perciben una prima por asegurado que ha sido previamente concertada en el proceso concesionario por la autoridad sanitaria pública. Esta prima es siempre menor que el coste equivalente (descontadas funciones docentes y de I+D) de la prima implícita (coste de los servicios) del SNS.
- El asegurado, o bien está exento de pagar al asegurador/proveedor (que es pagado por la autoridad sanitaria pública, no por el SNS) o bien paga directamente la prima concertada al asegurador/proveedor y es reembolsado por la autoridad sanitaria pública, no descartándose anticipos de la autoridad sanitaria en caso de desembolsos superiores a un cierto importe.
- En caso de reembolso, en algunos países, la autoridad sanitaria pública lo hace en un porcentaje menor al 100% del desembolso realizado por el asegurado en función de los servicios consumidos, las características de asegurado, etc. Esta modalidad de copago es, de hecho, muy sencilla de aplicar y bastante efectiva en lo que se refiere a su modulación, gestión y carácter disuasorio de un uso impropio de los servicios sanitarios ya que acompaña a un mecanismo de avance del gasto por parte del asegurado.

Dadas estas características, una conducta ordenada, sin visos de privilegio para cualquiera de las partes, en los procesos concesionales de la gestión del riesgo de salud y la provisión de los servicios sanitarios asociados, solo debería producir el muy deseable objetivo doble de la contención y sostenibilidad del gasto sanitario público, por un lado, sin merma de la cantidad y calidad de los servicios recibidos por la población, por otro.

De hecho, si tenemos en cuenta la característica antes señalada del coste de las primas por asegurado del mutualismo administrativo frente al coste de los servicios equivalentes del SNS (casi un 29% menos para el primero en el periodo 2010/2011), un escenario de sustitución plena del SNS por parte del modelo similar al del mutualismo llevaría dicho coste total equivalente del SNS de los 45 mil millones de euros anuales estimados en este estudio a unos 32 mil millones, una diferencia de 1,3 puntos porcentuales del PIB.

Este escenario es, sin duda, exagerado y, seguramente, indeseable, ya que, como se constata en los países de nuestro entorno, el SNS sigue siendo un asegurador/proveedor de referencia para la población por las muchas otras funciones que cumple. Pero cualquier avance en esta dirección representaría una verdadera oportunidad para la eficacia y la eficiencia del gasto sanitario público en nuestro país y, por lo tanto, para la sostenibilidad de la sanidad universal y prácticamente gratuita para la población. Pero, puesto que esta sanidad no sería gratuita para los contribuyentes (no se olvide ello), éstos quedarían sensiblemente más aliviados de su carga tributaria y el gobierno tendría más margen para ordenar sus finanzas cumpliendo así sus objetivos/compromisos de estabilidad presupuestaria a largo plazo.

5.2. Fórmulas de gestión de la oferta de servicios: colaboración público-privada

Además de los modelos de colaboración público-privados mencionados con anterioridad, sustitutos del seguro público, como son el aseguramiento de los colectivos pertenecientes al mutualismo administrativo o los contratos de asistencia sanitaria de trabajadores municipales, a lo largo de los últimos años, y a través de la normativa en materia sanitaria, se han establecido numerosas fórmulas o alternativas para gestionar y proveer a la población de asistencia sanitaria en sus diferentes niveles, que en la mayoría de los casos no conllevan una transferencia de los riesgos asociados a la salud a un tercero.

De tal forma, se han ido introduciendo progresivos márgenes de autonomía de gestión, para ir transfiriendo riesgos

al proveedor de servicios o al gestor de los mismos, ya sean éstas entidades aseguradoras o no. Detrás de todas las fórmulas o alternativas de colaboración el objetivo que subyace es la búsqueda de una mayor eficiencia en la gestión y producción de los servicios públicos sanitarios.

En este sentido es relevante recordar que la Ley 15/1997, sobre nuevas formas de gestión del SNS, no excluye ninguna forma jurídica, siempre y cuando esta tenga naturaleza o titularidad pública y mantenga el carácter de servicio público de la asistencia. La Ley General de Sanidad también prevé las formas de gestión indirecta. Por tanto, y siguiendo el esquema establecido por J. J. Marín Marín (2003) podemos clasificar las formas de gestión sanitaria en dos grandes bloques, gestión directa y gestión indirecta.

A su vez, las modalidades de **gestión directa** se pueden regir por el Derecho público o bien por el Derecho privado. Las formas de gestión que se rigen por Derecho público implican restricciones de tipo administrativo garantistas de la legalidad de forma prioritaria frente a la eficiencia, como son, por ejemplo, las siguientes:

- Sistema estatutario-funcionario tradicional, sin personalidad jurídica propia ni autonomía de gestión (gestión desde servicios centrales): así es el sistema de gestión de las instituciones sanitarias procedentes de la red de la SS (extintos INP, Insalud).
- Agencias e instituciones con autonomía de gestión sin personalidad jurídica propia: Servei Valencià de Salut, Agencia de Evaluación Tecnológica de Andalucía, Institutos y Unidades Clínicas. Son entidades territoriales de gestión directa que prestan servicios públicos, sin patrimonio propio. Contratan de acuerdo con la LCAP (RDL 2/2000).
- Organismo autónomo administrativo: con personalidad jurídica y patrimonio propio: Servicio Andaluz de Salud, Osasunbidea, Sergas. Actúan de manera descentralizada, administrando un servicio público con fondos y bienes. Constituyen el modelo predominante de gestión pública sanitaria de forma directa. Se crean por ley y aprueban sus estatutos por decreto. Contratan según LCAP y poseen patrimonio propio o cedido al igual que las tres formas que siguen.

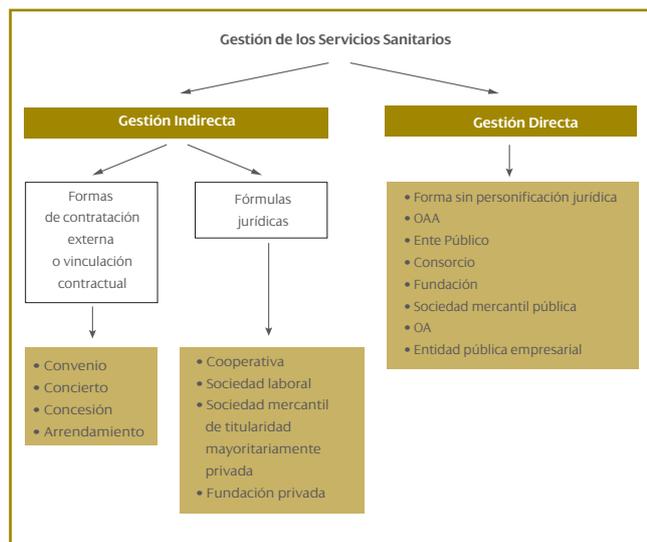
En cambio, las formas de gestión que se rigen por Derecho privado pueden adquirir las siguientes fórmulas:

- **Fundaciones**, las fundaciones son entidades con personalidad propia, pública o privada, sin ánimo de lucro y regidas por un patronato. A estas instituciones, con personal laboral, pertenecen por ejemplo en el campo de la

sanidad los hospitales de Verín, Alcorcón, Manacor, Cieza, Calahorra y Arriendas. Su patrimonio está afectado para la realización de objetivos de interés general y realizan sus contratos, salvo excepciones, según el Derecho privado.

- **Ente público**, los entes de derecho público han sido derogados por la LOFAGE, si bien siguen en vigor en las CC. AA. Tienen capital mayoritariamente público, personalidad jurídica propia, y la gestión de recursos, sometida a Derecho privado, es para la prestación de un servicio público. Con personal laboral trabajan instituciones como los hospitales de Poniente, Costa del Sol, Andújar, Emergencias Sanitarias de Andalucía, Servei Català de Salut, Osakidetza, Servicio Madrileño de Salud (Sermas, Hospital de Fuenlabrada).
- **Consortio**, entidad con responsabilidad jurídica y patrimonio propio público que admite la asociación de entidades de la administración y privadas sin ánimo de lucro. Los consorcios están regidos por el Consejo de Gobierno; tienen personal funcionario o laboral y generalmente son de carácter territorial; su regulación es mínima, pudiendo incluir grandes variaciones. Las sinergias público-privadas son no lucrativas, y su contratación se rige por el Derecho privado, con principios de publicidad y concurrencia. Instituciones de esta modalidad son el Consorcio Hospitalario de Cataluña y los consorcios municipales de Vic, Barcelona y Mataró.

FÓRMULAS DE GESTIÓN DE LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS EN ESPAÑA



Entre las modalidades de **gestión indirecta** podemos señalar las siguientes:

- **Personal médico y de enfermería contratado como autónomo** (urgencia domiciliaria en el País Vasco).
 - **Sociedades limitadas y cooperativas**: los profesionales que la conforman se convierten en gestores y poseen como mínimo el 51% del capital social. La infraestructura es cedida por la Administración sanitaria. Así ocurre, por ejemplo, en las entidades de base asociativa en la atención primaria de Cataluña (EBA): cooperativas de atención primaria en Cataluña.
- El proceso de establecimiento de esta modalidad de gestión supone un contrato de gestión con acreditación previa, proyecto de gestión, adjudicación pública, con control y auditoría de la Administración sanitaria. Se trata de un modelo de gestión con gran desarrollo en Cataluña.
- **Contratación de entidades privadas**: se trata de sociedades mercantiles (entidades lucrativas) que reciben una cesión de la administración sanitaria pública para la gestión y provisión de servicios no sanitarios y/o sanitarios para una población. Tienen personal laboral y la sociedad realiza una subcontratación de actividades. La titularidad es por lo general privada. Existen varias modalidades de esa gestión por contratación de sociedades privadas.
 - **Externalización de servicios no sanitarios**: contratos de cafetería, restauración, lavandería, limpieza, seguridad, mantenimiento u otros en instituciones sanitarias bajo cualquiera de los regímenes de gestión.
 - **Conciertos regulados** para la prestación de servicios sanitarios y convenios singulares.
 - **Concesiones de obra pública**: contratación de construcción y gestión del edificio sanitario y provisión de servicios no sanitarios, considerando el pago por canon anual durante 30 años (para amortizar costes de capital simultáneamente al pago por prestación de servicios). Por esta modalidad de concesión se están realizando siete hospitales de Madrid, actualmente en construcción. También Burgos y Mallorca tienen proyectos únicos.
 - **Concesiones administrativas, concesiones de gestión privada**: construcción y gestión del edificio sanitario y provisión de servicios sanitarios y no sanitarios, para una población definida, geográficamente delimitada, con pago per cápita.

El "Modelo Alzira" (en vigor desde 1999) se configura como el modelo de referencia dentro de las concesiones administrativas. En este caso el concesionario se

compromete a prestar asistencia sanitaria completa, tanto primaria como especializada, a los ciudadanos del área de salud que gestione. Para ello contará con recursos propios y ajenos, bien dispensados por la Consejería de Sanidad de la CA o por otros proveedores que sean autorizados por la autoridad sanitaria.

El objeto del contrato de prestación de servicios de asistencia sanitaria del “Modelo Alzira”, comprende los servicios de asistencia especializada, tanto hospitalaria como ambulatoria, y los servicios de atención primaria, para la población protegida en los municipios correspondientes.

Los ingresos de las entidades concesionarias del “Modelo Alzira” provienen fundamentalmente de los ingresos capitativos, o prima per cápita establecida en el contrato de la concesión, aunque hay otras líneas de ingresos adicionales.

La prima per cápita establecida en los contratos se actualiza con carácter anual, en función del crecimiento anual del presupuesto sanitario de la Generalitat Valenciana, estableciéndose como importe mínimo el IPC, y como máximo el incremento anual del gasto sanitario público consolidado para el Estado (media de todas las Comunidades Autónomas) en el ejercicio. La prima per cápita para el año 2012 era de 639,1 euros anuales (53,25 euros/mes).

Los ingresos adicionales pueden provenir de diferentes fuentes como la facturación intercentros (ingresos por prestación de servicios sanitarios a las personas cubiertas por el sistema público de salud), los ingresos por facturación de servicios sanitarios a personas no cubiertas por el sistema público: clientes de aseguradoras privadas españolas o extranjeras, de mutuas de accidentes de trabajo, seguros de viaje y clientes de pago directo, etc., y los ingresos por explotación de servicios no sanitarios, generados por actividades económicas como aparcamientos, cafeterías u otros...

En este caso hay que señalar que el concesionario no podrá obtener una rentabilidad superior al 7,5%. Si este porcentaje fuese superado, la cantidad que excediese se debería retornar a la Consejería con una mayor inversión en el departamento al finalizar el ejercicio. Y por otro lado el concesionario se compromete a entregar a la Consejería de Sanidad, al final de la vida de la concesión, todos los activos en perfecto estado. Para ello, durante la vida de la concesión, el concesionario se compromete a la realización de un montante de inversiones, que se llevarán a cabo mediante la presentación a la Consejería de planes a cinco años.

La duración de las concesiones de la Comunidad Valenciana es de 15 años prorrogables otros 5 años, hasta un total de 20 años.

Dentro de la C. A. existen otros ejemplos de concesiones administrativas como son los Hospitales de Denia (atención especializada y sociosanitaria), Torrevieja, Manises y Elche (todos ellos incluyen atención primaria y especializada).

La Comunidad Valenciana no es la única que ha desarrollado el modelo de concesiones administrativas, de igual forma Madrid ha iniciado el desarrollo de dicho modelo, cuya implantación ya está operativa en los hospitales Infanta Elena, Torrejón de Ardoz, Móstoles y Collado Villalba y sus respectivas poblaciones de referencia. En estas áreas de salud el modelo establecido es una variante del “Modelo Alzira”, en el que la concesión incluye la construcción del hospital y la prestación de todos los servicios, incluidos los sanitarios.

Otros seis hospitales madrileños se han desarrollado a través de concesiones administrativas que incluyen la construcción del hospital y la prestación de servicios no sanitarios. La Comunidad de Madrid abrió en el año 2013 el proceso para ampliar las concesiones de los hospitales a la prestación de servicios sanitarios iniciándose los correspondientes procesos de adjudicación, si bien dicha iniciativa fue recurrida por colectivos profesionales y ciudadanos opuestos al proceso de externalización y, en la actualidad, se encuentra suspendida por decisión judicial.

Otro modelo de colaboración público-privada que debemos considerar es la incentivación de la contratación de seguros privados de salud mediante desgravación fiscal de una parte de las primas. En este sentido, además de los incentivos fiscales aplicados a empresas y trabajadores en los contratos de seguros de salud colectivos de empresas para sus trabajadores (ya comentado en el punto 4.7) debemos señalar el caso de la deducción autonómica en concepto de gastos en primas de seguros de salud individuales establecida de manera pionera por la CA de las Islas Baleares³⁹ en 2012 y seguida posteriormente por Cantabria y Aragón en, respectivamente, 2013 y 2014.

³⁹ Recogida en Ley 12/2012, de 26 de septiembre, de medidas tributarias para la reducción del déficit de la Comunidad Autónoma de las Illes Balears.

En el caso de Baleares, este incentivo a la contratación de seguros de salud privados consiste en una deducción en la cuota íntegra autonómica del 15% de los gastos satisfechos por el contribuyente durante el ejercicio en concepto de primas de seguros individuales de salud. No se trata de un incentivo general para toda la población sino que sólo se puede aplicar si se cumplen una serie de requisitos y condiciones:

a) Las personas contribuyentes y beneficiarias del seguro deberán tener residencia en las Islas Baleares y cumplir alguna de las siguientes características personales:

- Ser miembro de una familia numerosa.
- Ser mayor de 65 años.
- Sufrir una discapacidad con un grado de minusvalía igual o superior al 65%.

b) El contribuyente no deberá haber obtenido, durante el ejercicio, rendimientos de actividades económicas sujetos al impuesto sobre la renta de las personas físicas.

c) La suma de la base imponible general más la base imponible del ahorro menos el mínimo del contribuyente y el mínimo por descendientes no deberán superar la cuantía de 12.000 euros en caso de tributación individual, y 25.000 euros en caso de tributación conjunta. No obstante, en el caso de familias numerosas, estos importes se elevan a 24.000 euros en el caso de tributación individual y a 36.000 en el supuesto de tributación conjunta.

d) Sólo darán derecho a deducción los gastos de primas de seguros individuales destinadas única y exclusivamente a cubrir gastos de asistencia sanitaria. A estos efectos, no darán derecho a deducción las primas vinculadas únicamente a asistencia dental, ni tampoco las abonadas en concepto de seguros privados derivados del régimen de las mutualidades de funcionarios u otros colectivos.

e) A los efectos de la aplicación de esta deducción, sólo se podrán tener en cuenta los descendientes miembros de la familia numerosa que, a su vez, den derecho a la reducción prevista, en concepto de mínimo por descendientes, en el artículo 58 de la Ley 35/2006, de 28 de noviembre, del impuesto sobre la renta de las personas físicas. Y, en caso de que los cónyuges miembros ascendentes de la familia numerosa hayan optado por la tributación individual y tengan derecho a la reducción prevista, en concepto de mínimo por descendientes, en el artículo 58 de la citada Ley 35/2006, cada uno tendrá derecho a aplicarse la mitad de la deducción correspondiente a los gastos derivados de primas de seguro por miembros descendientes de la familia numerosa.

Estas iniciativas de colaboración público-privadas en el ámbito sanitario no son específicas del caso español ya que son numerosas las experiencias desarrolladas en otros países de nuestro entorno. Uno de los casos más relevantes es el modelo de gestión de la sanidad pública en Holanda (ver apartado 3.2). También merece la pena destacar el amplio desarrollo de los llamados sistemas de concesión de obra, que son habitualmente denominados en la literatura anglosajona como sistemas PFI (Private Finance Initiative), de características similares al "Modelo Alzira".

Tal y como hemos podido comprobar en esta revisión de las fórmulas de colaboración público-privadas existentes en España, existen numerosas alternativas, quizás más de las deseables si tenemos en cuenta que a su vez son aplicadas con diferentes criterios y bajo normativas distintas en cada una de las CC. AA. que optan por el desarrollo de estos sistemas. Y que la extensión de alguna de ellas permitiría generar economías de escala y establecer unas reglas de juego comunes tanto para los agentes privados como para las administraciones públicas.

Es importante señalar que en la mayoría de las fórmulas de colaboración público-privada desarrolladas en España no se produce una verdadera transferencia de los riesgos asociados a la salud de la población protegida desde el sector público al privado, aunque sí se transfieren otros riesgos, como el riesgo financiero y de plazos asociado a la construcción de hospitales en el caso de las concesiones administrativas de gestión, sino que la colaboración público-privada va dirigida a la búsqueda de una mayor eficiencia a través de mejoras en la gestión de la prestación de los servicios sanitarios.

El cuadro siguiente resume los diversos modelos de Colaboración público-privada que se han comentado extrayendo algunas de sus características principales.

RESUMEN: MODELOS DE COLABORACIÓN PÚBLICO-PRIVADA EN MATERIA SANITARIA

Modelo de colaboración	Referencia	Contratante	Financiación	Titularidad/ Propiedad	Gestión	Prestación de servicios	Obligatoriedad para el usuario
Mutualismo administrativo	MUFACE, MUGEJU e ISFAS	Administración Central	Pública	Privada	Pública / Privada	Pública / Aseguradora Privada	NO
Contratos de asistencia sanitaria de trabajadores municipales	Ayto. Málaga - Ayto. A Coruña (otros)	Corporaciones Locales	Pública	Privada	Privada	Aseguradora Privada	NO
EBA (entidades de base asociativa)	Cataluña - Andalucía	Servicio Salud de la C. A.	Pública	Privada	Pública	Privada	SI
Concesiones de obra para la construcción y gestión no sanitaria de carácter público	Hospital Central de Asturias y Hospitales de Cartagena y Mar Menor de Murcia	Servicio Salud de la C. A.	Pública	Pública	Pública	Pública	SI
Concesiones de obra para la construcción y gestión no sanitaria de carácter privado	Modelo Majadahonda (7 hospitales)	Servicio Salud de la C. A.	Pública	Pública	Privada	Privada / Aseguradora Privada	SI
Concesiones administrativas para atención sanitaria especializada	Modelo Valdemoro	Servicio Salud de la C. A.	Pública	Pública	Privada	Privada / Aseguradora Privada	SI
Concesiones administrativas para la gestión integral del servicio público de salud	Modelo Alzira	Servicio Salud de la CA	Pública	Pública	Privada	Privada / Aseguradora Privada	SI
Conciertos regulados para la prestación de servicios sanitarios	Laboratorio Clínico Central de SS de los Reyes	Servicio Salud de la C. A.	Pública	Pública	Privada	Privada / Aseguradora Privada	SI
Externalización de servicios no sanitarios	Hospital Doce de Octubre	Servicio Salud de la C. A.	Pública	Pública	Privada	Privada / Aseguradora Privada	n.a.
Desgravación fiscal de una parte de la prima de seguros privados de salud	Islas Baleares	C. A.	Pública	Privada	Privada	Aseguradora Privada	NO

Coberturas	Colectivo	Plazo/ Duración	Capacidad Elección	Prima/ Coste	Zona geográfica
Coberturas similares a la cartera de servicios comunes SNS (atención primaria y especializada)	Funcionarios + beneficiarios	1 año + prórrogas (2 años)	Anual	Prima capitolativa por tramos de edad	A nivel nacional
Coberturas similares a la cartera de servicios comunes SNS (atención primaria y especializada)	Funcionarios + beneficiarios	1 a 4 años + prórrogas	NO	Prima capitolativa	A nivel nacional
Atención Primaria	Población de referencia	--	NO	Prima capitolativa	Zona básica de salud
n.a.	Población de referencia	30 años	NO	n.a.	n.a.
Construcción, equipamiento inicial y servicios no sanitarios	Población de referencia	30 años	NO	n.a.	n.a.
Atención Especializada	Población de referencia	15 años	NO	Prima capitolativa + Facturación incentivos	Área de salud delimitada
Coberturas similares a la cartera de servicios comunes SNS (atención primaria y especializada)	Población de referencia	15 años	NO	Prima capitolativa + Facturación incentivos	Dpto. de salud delimitado
Servicios sanitarios concertados	Población de referencia	8 años + prórroga (2 años)	NO	n.d.	Área de salud delimitada
Cafetería, Limpieza, Jardinería, Desinfección, Reprografía, Seguridad, Mensajería, Comedor profesionales, Otros. etc.	Población de referencia	n.a.	n.a.	n.d.	n.d.
En función del seguro privado	Residentes en la CA que cumplan requisitos	n.a.	SI	Desgravación fiscal: 15% de las primas	C. A.

Nota: La desgravación fiscal de las primas de seguros privados de salud se asimila a una modalidad (aunque de entidad menor) de colaboración público-privada.

5.3. Presencia del sector asegurador en las concesiones administrativas de gestión de servicios sanitarios

Las concesiones administrativas de gestión de servicios sanitarios se han venido implantando en España en los últimos lustros como vía para el control del gasto sanitario desde el inicio de un proyecto hospitalario. La apertura de nuevos complejos hospitalarios en los últimos años ha supuesto el despegue de esta fórmula por la que la construcción de un hospital, la financiación de dicha construcción y su posterior operación al servicio de una población dada son ofertadas por un consorcio privado a la administración que otorga la concesión a cambio de un pago anual por cabeza durante el periodo concesional.

Dado que en estas modalidades se produce a menudo una transferencia de riesgos relacionados con la salud, se da la presencia de entidades aseguradoras en las UTEs adjudica-

tarias de las concesiones de gestión administrativas de los centros de salud que gestionan los servicios sanitarios de una determinada población de referencia. Esta presencia de las entidades aseguradoras como miembros de las UTEs, por otra parte, les permite generar economías de escala con su negocio asegurador y, al mismo tiempo, su experiencia en el sector sanitario les permite aportar eficiencia en la gestión de los centros sanitarios.

En las concesiones de obra y que además incluyen la gestión sanitaria, la mayoría de las UTEs están compuestas por una entidad constructora, una entidad aseguradora de seguros de salud y, en muchos casos, la participación de entidades de crédito a través de sociedades inversoras (ej. Ribera Salud).

En el cuadro siguiente se recoge una muestra de la presencia del sector asegurador en diferentes concesiones de gestión privada.

PRESENCIA DE ENTIDADES ASEGURADORAS EN CONTRATOS DE GESTIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA (SELECCIÓN)

Hospitales públicos / Áreas de Salud	Entidades participantes en las UTEs			
	Entidad 1	Entidad 2	Entidad 3	Entidad 4
Hospital Universitario de la Ribera (Alzira)	SegurCaixa Adeslas (51%)	Ribera Salud (45%)	Lubasa (2%)	ACS-Dragados (2%)
Hospital de Denia	DKV (65%)	Ribera Salud (35%)	--	--
Hospital de Torreveja	Ribera Salud (50%)	ASISA (35%)	CM Salus Balears (10%)	Cívica (5%)
Hospital de L'Horta Manises	SANITAS (60%)	Ribera Salud (40%)	--	--
Hospital de Vinalopó (Elche)	Ribera Salud (60%)	ASISA (40%)	--	--
Hospital Torrejon de Ardoz	SANITAS (60%)	ASISA (35%)	Concessia (10%)	FCC (5%)

Fuente: Afi a partir de información pública.

La presencia de las compañías aseguradoras en este modelo, no obstante, permite una calibración ajustada del riesgo de salud de la población cubierta dentro del ámbito geográfico de la concesión y la determinación de primas implícitas que facilitan la sostenibilidad económica de la concesión reportando remuneraciones de mercado para todos los agentes intervinientes al tiempo que se cumplen los requisitos de servicio impuestos por el concesionario, el SNS en definitiva.

5.4. Presencia del sector asegurador en el sector hospitalario privado y centros médicos

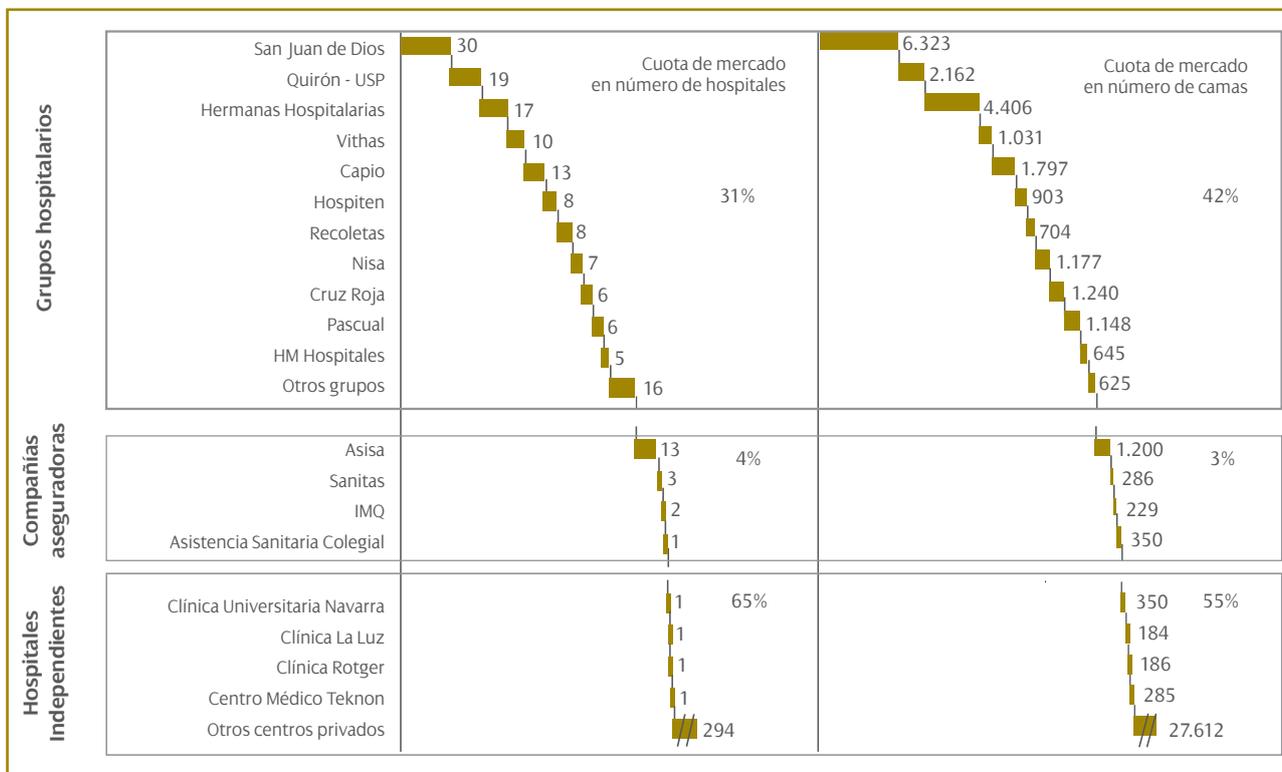
Los principales agentes que operan en el sector hospitalario privado pueden clasificarse en tres grandes tipologías:

- Grupos hospitalarios privados dedicados a la gestión de hospitales
- Hospitales pertenecientes a compañías de seguros de salud (integración vertical)

- Hospitales y clínicas independientes.

La distribución de hospitales y camas entre los principales agentes muestra cómo las entidades aseguradoras privadas disponen sólo de un 4% de los hospitales y un 3% de las camas, cuotas de mercado muy inferiores a las de los grupos hospitalarios privados y a la del conjunto de hospitales y clínicas independientes, por lo que no son los agentes principales de este sector y el margen de desarrollo en este ámbito de actividad y gestión es muy elevado.

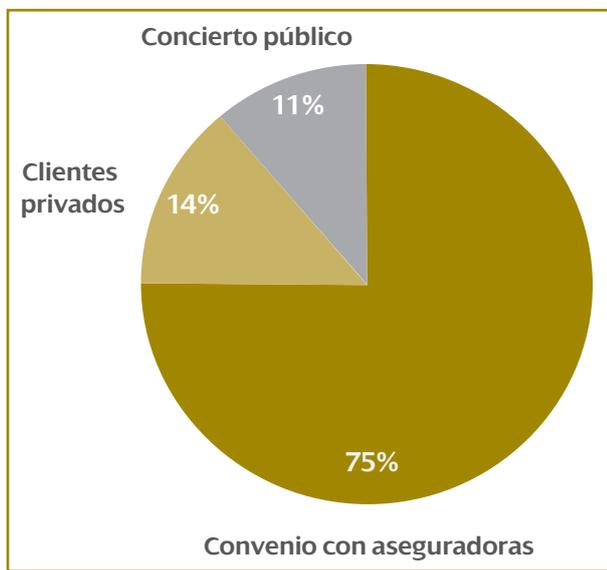
DISTRIBUCIÓN DE HOSPITALES Y CAMAS EN FUNCIÓN DE LOS PRINCIPALES AGENTES



Fuente: IDIS, Análisis de situación, 2013.

Dónde la presencia del sector asegurador tiene mayor relevancia es en los centros médicos y ambulatorios, pero no cómo accionista o propietario de éstos, ya que es un sector con un grado de atomización muy elevado, en el que la mayoría de las empresas opera en el sector con un único centro médico, sino como demandante de los servicios que prestan los centros médicos, ya que el 75% de la facturación de los centros médicos proviene de concertos con aseguradoras privadas.

FACTURACIÓN DE LOS CENTROS MÉDICOS POR SEGMENTOS DE DEMANDA, 2009



Fuente: IDIS, *Análisis de situación*, 2013.

En cualquier caso, la presencia de las entidades aseguradoras en el sector hospitalario privado es muy reducida, lo que pone de manifiesto la limitada integración vertical existente en el sector de seguros de salud.

5.5. Participación de los usuarios en la elección del proveedor de servicios sanitarios

En los modelos anteriormente analizados, sin embargo, la población cubierta permanece adscrita a un área geográfica, distrito urbano, etc. De manera que, con contadas excepciones, no está en su mano la elección del proveedor de los servicios sanitarios que requiere. Esta "zonificación" de los beneficiarios es incompatible, pues, con un esquema en el que el usuario pueda elegir al proveedor de los servicios sanitarios.

Cuando el usuario tiene libertad de elección de su proveedor de servicios sanitarios, la estructura del esquema de aseguramiento del riesgo de salud y de la provisión de los servicios asociados debe cambiar de manera radical a fin de permitir la instrumentación de dicha libertad de elección.

El aseguramiento eficiente del riesgo de salud requiere bases poblacionales amplias y heterogéneas sobre las que

realizar la compensación de riesgos y las economías de escala que determinan el menor coste posible para el SNS. La fijación de una prima general por cabeza sin ningún tipo de ajuste por el riesgo asumido en el aseguramiento de cada individuo, en función de sus características, como por ejemplo la edad, la región, historial médico o estado de salud, no permite una fijación eficiente de los precios, tal y como hacen las entidades aseguradoras en su negocio privado.

La elección del proveedor por parte de los usuarios, por lo tanto, es lo que dota de dinamismo al mercado y lleva a los proveedores de aseguramiento/servicios a un ajuste de sus costes al tiempo que les obliga a cumplir con los estándares de servicio fijados por la autoridad sanitaria en las cartas de concesión. Es la pieza angular de un sistema eficiente y dinámico de aseguramiento del riesgo de salud y de prestación de los servicios sanitarios asociados, sin merma de la calidad de dicho servicio. Pero, por otra parte, cuando el aseguramiento y/o la prestación de servicios sanitarios exigen la realización de inversiones muy elevadas, en virtud del esquema de colaboración público-privada elegido, las entidades pueden acabar sufriendo exceso de capacidad o de oferta de servicios que se revelaría en el caso de una transferencia significativa de asegurados entre ellas en un marco de elección muy frecuente de proveedor. Ello puede dar lugar a ineficiencias o inestabilidad en el sector a las que debe prestarse atención.

La libertad de elección del proveedor puede realizarse durante una ventana temporal pautada (cada año o cada pocos años), para dotar de estabilidad a la planificación de los proveedores y evitar comportamientos ineficientes por parte de los asegurados (sobrecarga de costes administrativos, exceso de capacidad u oferta de servicios), pero puede instrumentarse en la práctica de manera continua mediante encuestas de satisfacción y liquidación de las cuentas anuales entre la autoridad sanitaria y el proveedor privado.

5.6. Financiación

La financiación, finalmente, sigue siendo el elemento esencial de cualquier modelo de aseguramiento del riesgo de salud y provisión de los servicios asociados (sea éste público, privado o mixto), ya que las ganancias de eficiencia, sin menoscabo de la efectividad del sistema, solo pueden obtenerse mediante el conjunto de incentivos adecuado.

La implantación de un modelo de colaboración público-privada como el que se ha descrito en este capítulo exige que la financiación sea pública, pues de otra forma

no podría asegurarse el servicio universal y gratuito a la población. Esta afirmación debe entenderse desde dos puntos de vista:

- i. El carácter gratuito para el asegurado conlleva su participación en la financiación del sistema en tanto que contribuyente. Pero sus aportaciones al sistema quedan referidas a su capacidad de pago, mientras que sus necesidades de servicios de salud quedan cubiertas independientemente de sus aportaciones al sistema, en ausencia de mecanismos de copago (limitados necesariamente) adaptados a dicha capacidad de pago.
- ii. La financiación pública resarce al proveedor de aseguramiento/servicios a la población por cuenta de los asegurados, bien directamente o bien, indirectamente, mediante un mecanismo de desembolso (por parte del asegurado)/reembolso (por parte de la autoridad sanitaria al asegurado).

Desde estos puntos de vista, practicados los mecanismos de financiación con respeto a los criterios de pulcritud

de los procesos asignativos (concesionales o administrativos), justicia distributiva y competencia técnica (en la prestación de los servicios), se entiende mal la resistencia de numerosos sectores de la sociedad a la aplicación de fórmulas contrastadas dentro y fuera de nuestro país que puedan apuntalar la sostenibilidad del gasto sanitario en España mediante la implantación de modelos de colaboración público-privada.

Si no fuera porque, en efecto, no siempre se ha acertado en el cumplimiento de los criterios anteriores y/o en la adecuada comunicación de los procesos concesionales, mientras se da por hecho que la ordenación estrictamente pública del aseguramiento y la provisión de los servicios sanitarios es la mejor alternativa no solo para la eficacia de dicha provisión sino también para su eficiencia.

Ni una cosa ni la otra deberían impregnar, como lo hacen en la actualidad, la definición del mejor modelo futuro posible de asistencia sanitaria pública (suficiente, eficaz, eficiente y sostenible) para la población en su conjunto.

6. Un modelo en transición hacia la sostenibilidad

En este capítulo, previo a las principales conclusiones y propuestas del estudio, se abordan de manera muy esquemática una serie de consideraciones que han subrayado de múltiples maneras todo lo dicho hasta ahora en este informe. Sin duda, habrán pautado también las reacciones del lector que haya perseverado hasta este punto en la lectura de su contenido.

Estas consideraciones tienen que ver con los elementos más novedosos tratados en los Capítulos 4 y 5 y se organizan, junto a reflexiones adicionales, a modo de un “cronograma estratégico” hacia un modelo futuro sostenible, eficiente y suficiente para la atención sanitaria de la población en nuestro país.

6.1. Sostenibilidad, eficiencia y suficiencia del sistema sanitario

El trinomio sostenibilidad-eficiencia-suficiencia mantiene una dialéctica muy peculiar. Aunque normalmente se focaliza el problema de la sostenibilidad en el debate sobre la sanidad, se sobreentiende que la eficiencia en el diseño del sistema y la prestación de los servicios es la única manera de reconciliar dicha sostenibilidad con la suficiencia de dichos servicios a la hora de atender con la calidad debida a las necesidades de la población en esta materia.

La sostenibilidad, para empezar, es básicamente un problema de adecuación de los recursos necesarios para cumplir los objetivos que se desean obtener en materia de salud a la capacidad de la base de la que se extraen dichos recursos sin que esta se vea limitada para abastecer los recursos necesarios para otras actividades ni distorsionados sus fundamentos productivos. La base a la que se hace referencia es, naturalmente, el PIB o alguno de sus grandes componentes por el lado de las rentas (salarios y excedentes empresariales) o por el lado del gasto (demanda interna de bienes de consumo, servicios y bienes de inversión).

El sistema sanitario español obtiene la mayor parte de sus recursos de los presupuestos generales, que se nutren a su vez de impuestos (sobre las rentas y el gasto) y cotizaciones sociales (sobre las rentas salariales). Una parte menor de la financiación del gasto sanitario (privado) corre a cargo de las primas abonadas por los beneficiarios o tomadores de los seguros correspondientes.

La sostenibilidad como problema tiene que ver con la parte del sistema sanitario que se financia con recursos públicos. ¿Por qué existe un problema de sostenibilidad en este relevante segmento y no en el segmento privado? Básicamente, porque, en el servicio sanitario público, la demanda es muy elevada e insensible a un coste que soportan otros y la eficiencia del gasto y las decisiones de asignación de recursos corrientes y de capital son mejorables, como se ha argumentado e ilustrado en las páginas anteriores.

La eficiencia, de hecho, es el resultado de una buena gestión en todos los segmentos relevantes del proceso sanitario (primaria, hospitalaria, farmacia, suministros, equipamiento y recursos humanos). La gestión/provisión administrativa directa del riesgo de salud y/o de los servicios sanitarios no es la más eficiente y desde hace décadas todos los sistemas nacionales de salud ensayan modelos alternativos de gestión y provisión de ambos pilares. Frente a la rigidez de la instancia pública, la iniciativa privada, obligada en cualquier caso por la carta de colaboración a cumplir los estándares fijados por la autoridad sanitaria, ha demostrado ser mucho más sólida en el plano técnico (aseguramiento) y flexible en el plano operativo, todo ello redundando en una mejor adecuación de los recursos disponibles.

La suficiencia, por último, es, por excelencia, una cuestión difícilmente objetivable en un indicador. Pero la atención sanitaria interviene cuando los profesionales del sistema, sobradamente capacitados para ello, determinan que un paciente necesita un determinado tratamiento. Lo que adecua la necesaria objetividad de esta intervención es, finalmente, la disponibilidad de recursos y las orientaciones de la política sanitaria. La ley de los grandes números garantiza que una sociedad avanzada estaría siempre en condiciones de poder permitirse un sistema sanitario capaz de atender sus necesidades en esta materia siempre que los costes estén contenidos, los proveedores del sistema sean competitivos, la tecnología contribuya a la eficiencia del sistema en vez de encarecer innecesariamente los tratamientos, la prescripción se atenga a bases técnicas y a las restricciones de recursos, los objetivos sanitarios sean realistas y el uso de los servicios por parte de la población sea racional.

Este último elemento tiene más trascendencia de la que se le suele atribuir a la hora de determinar tanto la suficiencia como los restantes atributos deseables de un sistema sanitario (la eficiencia y la sostenibilidad). Ninguno será suficiente ante demandas incesantes y desproporcionadas de la población, y todos tendrán problemas de suficiencia si deben atender a poblaciones que opinan que la sanidad es gratis y/o se embarcan en comportamientos y hábitos poco saludables. Frente al racionamiento de los servicios sanitarios, cuantitativo o por la vía del copago, caben otras alternativas más amables, pero ninguna viable sin la colaboración de la población.

6.2. Las claves de un calendario estratégico hacia un modelo sanitario sostenible

Con arreglo a todo lo dicho hasta ahora, desde el DAFO del sistema hasta la apuesta por un modelo de colaboración público-privada inspirado en el modelo MUFACE renovado, pasando por el benchmarking internacional, cuatro serían las claves sobre las que orientar la incesante transición del sistema sanitario español, dirigiéndolo, sin menoscabo del cumplimiento de sus funciones generales, hacia su sostenibilidad a largo plazo. Estas claves son las siguientes.

- El sector sanitario privado español, tanto en su segmento de aseguramiento del riesgo de salud de la población como en su segmento de prestación de servicios sanitarios integrales, está perfectamente capacitado para ofrecer los servicios correspondientes a la escala que sea necesaria. Ya lo hace en la propia esfera privada, en la esfera concertada de la sanidad pública y en la esfera del mutualismo administrativo. La mayor escala que una extensión sustantiva de su presencia implicaría, puede lograrse gradualmente en el tiempo, a medida que la gestión externalizada toma el relevo de la gestión administrativa directa hasta el punto que se decida.
- Más sencilla e inmediata todavía sería la transferencia de los protocolos y estándares de calidad en la prestación de los servicios a los usuarios a una escala mayor. Lo mismo puede decirse de la aplicación de las bases técnicas del aseguramiento del riesgo de salud a bases poblacionales más y más amplias. Las economías de escala que la amplia base poblacional de la sanidad española implica, no están rindiendo hoy, en el contexto de un sistema territorialmente segmentado, toda su potencialidad, lo que implica que hay un gran margen de ganancias de eficiencia en la aplicación de criterios técnicos y de calidad homogéneos a lo largo del territorio, para el ahorro de costes y para la mejor cobertura de las lagunas existentes.
- La base de recursos humanos del conjunto del sistema sanitario, constituida en su mayoría por profesionales con elevada formación y vocacionalmente orientados viene experimentando desde hace años la transición desde la gestión administrativa directa y el estatuto funcional hacia la gestión público-privada y un estatuto laboral ordinario. La profundización de esta transición hacia el nuevo modelo sanitario sostenible requiere pues una reubicación más intensa y productiva, a la vez, de los recursos humanos del sistema que deberá acometerse gradualmente aprovechando la dinámica vegetativa de este colectivo en los próximos años.
- Las propiedades que, en todo caso, deben caracterizar a un sistema sanitario público, como el actual SNS español, se verán definidas con más intensidad, y garantizadas, en un modelo más sostenible en el que una Agencia Nacional de Salud define la cartera de servicios y financia con recursos presupuestarios el aseguramiento del riesgo sanitario y la prestación de los servicios asociados. El concierto competitivo generalizado con entidades aseguradoras y/o proveedoras de los servicios no modifica en absoluto dichas propiedades del sistema sanitario (gratuidad y universalidad), a la vez que redundará en mejoras en la eficiencia, la calidad y la satisfacción de los usuarios del sistema.

7. Conclusiones y propuestas

La revisión realizada de los factores que contribuirían a facilitar la sostenibilidad del SNS que se ha realizado en este informe ha partido del principio de que el aseguramiento privado, desde la gestión del riesgo de salud, por una parte, y la ordenación de recursos para la prestación de los servicios sanitarios asociados a dicho riesgo de salud cuando este se materializa, por otra parte (o una mezcla de ambos), puede realizar una relevante aportación a dicha sostenibilidad aportando su experiencia en estas materias y sus modelos de gestión del riesgo de salud.

La visión inicial es que el SNS en su configuración actual no es más que una fase más o menos estable de una transición de fondo que arranca con un modelo casi puro de gestión pública directa del riesgo de salud y de los servicios sanitarios asociados, con las bases de gratuidad y cobertura universal añadidas. Esta transición de fondo debe definir todavía nuevas fases que, en cualquier caso, contendrán elementos de la actual.

A diferencia del modelo puro de partida, en la fase actual del SNS ya encontramos numerosos modelos de colaboración público-privada más o menos explícitos o generalizados que determinan una presencia mucho más limitada que antaño de la gestión directa por parte del SNS. Encontramos también el mutualismo administrativo, un modelo que sigue su propia dinámica, compleja donde las haya por numerosas circunstancias, y que es susceptible de protagonizar un gran salto hacia adelante que debería producirse según las líneas apuntadas en las secciones precedentes.

Aunque las conclusiones que se extraen de los abundantes materiales comparativos y analíticos que se ofrecen en el estudio son a menudo de orden técnico y factual, no debe perderse la perspectiva que impone la naturaleza del estudio y su propio título. De hecho, la tendencia de fondo a la que se aludía anteriormente, debería proseguir mediante una nueva fase de la suficiente envergadura como para definir un sistema de salud propio de esta primera mitad del S. XXI afrontando decididamente los problemas de sostenibilidad, eficiencia y suficiencia que presenta la actual configuración del SNS.

En otras palabras, esta nueva transición del sistema sanitario español desembocaría en la creación de una Agencia Nacional de Salud (ANS) que arbitrarse todos los recursos del sistema en beneficio del conjunto de la población (de la que surgen dichos recursos por la vía fiscal o para fiscal) para asignarlos competitivamente a sendos pilares de aseguramiento del riesgo de salud y prestación de los servicios correspondientes. La ANS sería pues la “dueña del servicio” sanitario cuyo aseguramiento y prestación se desarrollaría en virtud de un modelo similar, aunque perfeccionado, al del mutualismo administrativo, más sostenible, eficiente y eficaz, si hemos de creer la evidencia presentada en este informe, que el modelo vigente en el SNS actual, especialmente en su porción de gestión pública directa.

Las conclusiones, que se acompañan de otras tantas propuestas motivadas por cada una de ellas, se agrupan en dos grandes apartados. En primer lugar, se abordan las referidas al diagnóstico estratégico del SNS y el benchmarking internacional, cuyo tenor es fundamentalmente valorativo de la situación presente del sistema español y la puesta en perspectiva de las opciones que brinda la práctica internacional en la materia. En segundo lugar, las referidas al rol que pueden desempeñar las entidades aseguradoras privadas en la sostenibilidad del sistema sanitario español.

7.1. Conclusiones y propuestas referidas al diagnóstico estratégico y el benchmarking internacional

Conclusiones	Propuestas
<ul style="list-style-type: none"> ✓ No pueden definirse con precisión los conceptos de déficit o sostenibilidad del gasto del SNS en ausencia de ingresos propios del sistema. Si bien, su referencia al PIB es una guía que permite comparaciones con otros países y la fijación de determinados objetivos cuantitativos para este indicador que faciliten un análisis de su sostenibilidad. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Deberían publicarse con regularidad, suficiente actualidad y detalle las cuentas y los indicadores básicos del SNS español en el marco de un sistema de “Cuentas de la salud” armonizado para las diferentes CC. AA. españolas y con los restantes países de la UE y/o la OCDE. Acompañando esta publicación con un “benchmarking” de desempeño y sostenibilidad del sistema.
<ul style="list-style-type: none"> ✓ El SNS puede exhibir buenos resultados en lo que se refiere a la eficacia con la que cubre las necesidades de salud de la población española y la valoración que ésta hace del propio sistema. Posee también una amplia red asistencial y buena dotación tecnológica. Pero ambas sufren de problemas de redundancia y difícil mantenimiento motivados por, respectivamente, la descentralización autonómica y la crisis económica. El SNS cuenta, por otra parte, con un personal formado, vocacional, sensible hacia el paciente y experimentado, pero desmotivado y, en parte, mal encuadrado en los esquemas operativos. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ El prestigio y la calidad que todavía conserva el SNS español no debe darse por adquirido para siempre, en ausencia de mejoras. La crisis y otras disfunciones internas determinan que sea cada vez más difícil asegurar su financiación, la calidad del servicio y la satisfacción de los usuarios. Los recortes lineales, poco relacionados con la efectividad y la eficiencia así como el parón en la conservación y mantenimiento de las inversiones pueden comprometer su capacidad en los próximos años.
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Diversas debilidades, por otra parte, aquejan al SNS por el lado de los mecanismos de gobernanza (coordinación territorial, especialmente), identificación de buenas prácticas y evaluación de los resultados del sistema, co-responsabilidad de los usuarios, integración socio-sanitaria y asistencial, políticas preventivas y aprovisionamiento farmacéutico-hospitalario. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Deben afrontarse decididamente las principales debilidades del sistema que le restan eficacia y, sobre todo, eficiencia en el cumplimiento de sus cometidos. Deben, en particular, corregirse las enormes diferencias geográficas en la práctica clínica y la ausencia de criterios de financiación selectiva en las prestaciones.
<ul style="list-style-type: none"> ✓ El SNS se encuentra frente a oportunidades manifiestas, debidas a la tecnología sanitaria actual que, de una vez por todas, debería ayudarle a abaratar costes y aumentar la eficacia y calidad de sus servicios, en vez de hacer dichos servicios cada vez más caros, como ha venido sucediendo hasta el presente. O un marco legal relativamente flexible para ensayar nuevas fórmulas de colaboración público-privada, que, sin embargo, choca con la descoordinación territorial y una comunicación y/o prácticas deficientes en la instrumentación de dichas colaboraciones que han acabado por suscitar la resistencia de la población a las mismas. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ La intensificación tecnológica, ineludible para la renovación del SNS, debe abordarse al máximo nivel gubernamental, en estrecha coordinación territorial para evitar redundancias y colmar lagunas, haciendo del equipamiento tecnológico un factor de ahorro y no de gasto desproporcionado, y fomentando la innovación. También deben revisarse críticamente los procesos de instrumentación de colaboraciones público-privadas, para hacerlos socialmente aceptables y financieramente viables para todos los agentes.
<ul style="list-style-type: none"> ✓ El SNS viene, a pesar de esta percepción, beneficiándose desde hace tiempo de la presencia de un sector privado, asegurador del riesgo de salud y proveedor de servicios asociados con el que colabora o incluso compite activamente en fórmulas convencionales de concierto o de mutualismo administrativo. Esta colaboración representa una gran oportunidad, acrecentada por “nuevos entrantes” en el sector sanitario como entidades financieras, tecnológico-científicas y fórmulas minoristas de producción y distribución de servicios de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ La puesta en valor social de la colaboración existente entre el SNS y los aseguradores del riesgo de salud y/o proveedores de servicios sanitarios privados es casi una obligación para todos los agentes del sistema. De esta forma se abriría el debate hacia una adecuada percepción de la oportunidad que esta colaboración representa.

Conclusiones	Propuestas
<ul style="list-style-type: none"> ✓ El SNS debe hacer frente, por otra parte, a amenazas potenciales o reales como el envejecimiento de la población y su carga de enfermedades crónicas, la inflación de la cartera de servicios y las tecnologías sanitarias y el ajuste drástico del gasto sanitario realizado en ausencia de una evaluación rigurosa y una priorización de las alternativas existentes al recorte del gasto sanitario o entre diferentes categorías del mismo. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ No todas estas amenazas acabarán materializándose, pero toda aproximación estratégica al futuro del SNS debe evaluarlas detenidamente. Se requiere una “Estrategia Nacional de Salud” que integre este tratamiento.
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cuando se analiza con detalle el curso esperado de la población española, su longevidad en aumento y su carga de cuidados de salud, se descubre que, si fuera por este factor solamente, el gasto sanitario total sería claramente sostenible en proporción al PIB, incluso inferior al actual, debiéndose concluir que la política de contención del gasto sanitario debe temer mucho más a la extensión de la cartera de servicios, la intensificación tecnológica encarecedora de los servicios, la inflación de otros inputs sanitarios y el uso indebido del sistema o los comportamientos poco saludables, por parte de los beneficiarios, que al envejecimiento de la población. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Puede que el énfasis en los riesgos que la creciente longevidad de la población comporta para el SNS esté equivocado. Convendría equilibrar esta percepción concentrándose más en los riesgos ligados al crecimiento excesivo de la cartera de servicios, la inflación tecnológica, el inadecuado uso por parte de los usuarios y la prevención llevando a cabo la pedagogía institucional necesaria.
<ul style="list-style-type: none"> ✓ El amplio benchmarking de los principales SNS existentes en el mundo realizado en este informe indica que, bajo muy diferentes diseños, en todos los sistemas avanzados se practican fórmulas de colaboración público-privada, copagos por parte de los usuarios del sistema y aseguramiento estrictamente privado del riesgo de salud y del disfrute de los servicios sanitarios. La financiación de la sanidad es mixta en la mayoría de los casos yendo desde los extremos de elevadas primas por habitante (Holanda) hasta servicios virtualmente gratuitos para los beneficiarios (España) dentro de esquemas de cobertura casi universal. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ El reducido uso que se hace en nuestro país de la riquísima evidencia internacional comparada de la que se dispone, en este y otros muchos campos, es un punto débil del modelo español de gestión sanitaria, cuyos responsables deberían profundizar en dicha práctica. De evaluarse con más discernimiento y afán de réplica las buenas prácticas ajenas, nuestro SNS estaría en una mejor situación, pues no le faltan elementos para ello.
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ni uno u otro extremo de los anteriormente comentados asegura a priori la contención del gasto sanitario, sea éste público o privado. Tampoco pueden asociarse las perspectivas de incremento futuro del gasto sanitario a un modelo en particular, pero España es el país para el que la OCDE prevé el mayor crecimiento de este indicador en el horizonte 2060 y Suecia el país en el que se espera el menor crecimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Las previsiones de aumento del gasto sanitario en las próximas décadas sitúan a España entre las naciones más afectadas por este problema. Debe estudiarse qué fórmula de gestión sanitaria permitiría limitar estas perspectivas teniendo en cuenta que no necesariamente el factor demográfico es el principal responsable.
<ul style="list-style-type: none"> ✓ En Holanda, el 99% de la población tenía contratado en 2012 un seguro privado de salud y las primas correspondientes comportaban el 6,7% del PIB, mientras que en España dichos indicadores eran, respectivamente, el 22,5% de la población y el 0,6% del PIB. Ello indica la muy diferente cobertura individual en cada caso, y mucho mayor en Holanda. En Alemania, el 27,6% de la población tenía un seguro de salud comportando dicha cobertura primas equivalentes al 1,3% del PIB, una cobertura individual sensiblemente mayor que la del español medio asegurado pero todavía menor que la del holandés medio asegurado. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Deben desarrollarse sistemas de indicadores de eficacia (cobertura y acceso) y eficiencia (coste por unidad de servicio) debidamente armonizados para poder comparar el desempeño del aseguramiento sanitario privado en los distintos países.

7.2. Conclusiones y propuestas referidas al rol que pueden desempeñar las entidades aseguradoras privadas en la sostenibilidad del sistema sanitario español.

Conclusiones	Propuestas
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Entre los factores que se encuentran detrás de una mayor penetración del seguro privado de salud se encuentran el propio alcance (extensión/profundidad) de las prestaciones ofrecidas por el sistema público, existencia de copagos, existencia de colectivos excluidos del sistema público (funcionarios), preferencias de los usuarios y percepción de la calidad comparada de los diferentes sistemas e incentivos económicos a su contratación. Estos han recibido un severo revés con su inclusión reciente en la base de cotización a la Seguridad Social. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Debe extenderse entre la sociedad la idea de que la penetración del aseguramiento sanitario privado no es una invasión de lo público. La colaboración entre ambas instancias se da a menudo junto a la competencia entre ellas, con resultados mejores para los usuarios. El tratamiento fiscal de estos servicios debería ser el mismo que el de los servicios sanitarios públicos, pues sirven al mismo fin.
<ul style="list-style-type: none"> ✓ En España coexisten, de hecho, el SNS, los seguros privados de salud y un sector hospitalario privado que concierta la prestación de servicios con el SNS y con el sector asegurador privado. Este último carece de una red hospitalaria de entidad y fundamentalmente asegura el riesgo de salud y organiza otros recursos externos para que sus asegurados puedan utilizar los servicios contratados. El 78% de los seguros de salud existentes son de asistencia sanitaria y las primas ascendieron en 2012 a 6,7 millardos de euros. Casi 9 millones de personas se encuentran cubiertas por un seguro privado (individual o colectivo) de salud, entre ellas muchos funcionarios y sus beneficiarios (unos 2 millones de personas). 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ A pesar de que una quinta parte de la población española está cubierta por un seguro sanitario privado, la sociedad española desconoce, en general, el papel que el sector sanitario privado (asegurador y proveedor de los servicios) desempeña en la sociedad y la economía. Corresponde al sector una mejor comunicación a la sociedad de su realidad.
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Al cierre de 2012 operaban en España 106 entidades aseguradoras del riesgo de salud, las cinco mayores recibían el 71,7% de las primas. Estas entidades se encuentran altamente especializadas en el aseguramiento sanitario, mientras que el resto combinan, por lo general, el seguro sanitario con otras líneas de seguro. Mientras el gasto sanitario público ha venido disminuyendo desde 2009, estabilizándose en 2012, el gasto sanitario canalizado por las compañías aseguradoras no ha dejado de crecer, alcanzando en la actualidad una cuota equivalente al 8,8% del anterior. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ La elevada especialización de las principales compañías aseguradoras del riesgo de salud en España determina la existencia de una capacidad de gestión de dicho riesgo muy avanzada. Su generalización al conjunto del ámbito sanitario puede ser una vía para racionalizar los principales procesos de prestación de los servicios y asignación de recursos.
<ul style="list-style-type: none"> ✓ El mutualismo sanitario administrativo (MUFACE, ISFAS y MUGEJU) está asegurado mayoritariamente por compañías privadas, que cubren en la actualidad a unos 2 millones de funcionarios y sus beneficiarios. Su organización es muy similar al del modelo establecido en otros países para el conjunto de la población (Australia, por ejemplo). Las primas de este sector ascendieron en 2012 a 1.471 millones de euros. El modelo se basa en la "competencia por el mercado" que las compañías adjudicatarias ejercen regularmente para obtener las concesiones del servicio a los colectivos mutualistas. Estos pueden elegir cada año entre una compañía aseguradora privada y el propio SNS. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Existe una cierta confusión entre la población española, y mucho desconocimiento, acerca del papel que desempeña el mutualismo administrativo en el conjunto del sistema sanitario. Se conocen más sus problemas cuando los conciertos entre la administración y las compañías se formulan de manera desequilibrada que sus realizaciones asegurando la salud de un colectivo muy importante combinando los recursos disponibles muy eficientemente.

Conclusiones	Propuestas
<p>✓ En términos homogéneos comparables (cartera de servicios equivalente), en 2011, el gasto sanitario per cápita en las mutualidades de funcionarios ascendió a 722,6 euros por año, contra 994,9 euros por asegurado y año en el SNS. Esta diferencia, extrapolada al conjunto del gasto sanitario público equivalente, da lugar a un montante de 13 mil millones de euros, un gran margen de sostenibilidad del SNS. A su vez, revela que el “modelo MUFACE” contiene elementos clave de un sistema sostenible de aseguramiento del riesgo de salud y provisión de los servicios sanitarios asociados para el conjunto de la población</p>	<p>✓ Sorprenden, a pesar de ser muy conocidas, las cifras relativas al coste unitario de la sanidad asegurada por el “modelo MUFACE” y la que asegura el SNS. Debe profundizarse en el origen de estas diferencias y analizar los rasgos del primer modelo con vistas a su generalización al conjunto del sistema. Todo sugiere que el margen de sostenibilidad en juego marcaría la diferencia en esta materia.</p>
<p>✓ 9 de cada 10 asegurados en compañías privadas utilizan simultáneamente el SNS, si bien utilizan más intensamente el sistema privado. Las consultas al especialista, las de atención primaria y las pruebas diagnósticas son los servicios más utilizados por los asegurados. El 12% de estos han requerido un ingreso hospitalario en un año. La valoración media de la calidad de los servicios por parte de los asegurados oscila alrededor de 8 en una escala de 1 a 10 para el conjunto de los servicios ofertados.</p>	<p>✓ Debe profundizarse el estudio de los comportamientos de uso simultáneo del aseguramiento privado y el SNS en segmentos sustitutivos de la cadena de los servicios sanitarios, a fin de racionalizar en lo posible el uso de cada instancia sanitaria y, en cualquier caso, establecer evidencia firme de las ventajas o inconvenientes de este tipo de uso compartido.</p>
<p>✓ La experiencia del aseguramiento privado del riesgo de salud y la prestación privada de los servicios de salud asociados, tanto en España como en los países avanzados, muestra que es posible concebir un modelo sanitario público eficaz, eficiente y sostenible, satisfactorio para los usuarios, en el que las compañías privadas puedan concesionar la gestión de dicho riesgo de salud y todo tipo de proveedores públicos y privados, elegidos por los usuarios, desarrollen los servicios sanitarios propiamente dichos. La financiación sería pública y los beneficiarios podrían, o no, anticipar el desembolso del coste de los servicios siendo reembolsados posteriormente al 100% o descontando un copago eficiente y socialmente aceptable.</p>	<p>✓ A pesar de los fallos constatados de formulación, instrumentación y comunicación de procesos concesionales recientes, que han motivado el rechazo de una parte de la población a la colaboración público-privada, debe fomentarse entre la población el conocimiento de esta modalidad de gestión del riesgo de salud y de la prestación de los servicios sanitarios. España necesita superar la lógica de un SNS característico del S. XX para avanzar hacia un sistema más eficiente, sostenible y satisfactorio para los usuarios.</p>
<p>✓ El sistema sanitario de cualquier país, también el español, se encuentra siempre en transición hacia su sostenibilidad, mayor eficiencia y suficiencia de sus prestaciones para cubrir las necesidades de la población. Junto a la evidencia de que los servicios sanitarios públicos son gratuitos para los usuarios, su coste es soportado por el conjunto de los contribuyentes y aquéllos no son necesariamente más baratos de producir que los servicios sanitarios privados. En realidad, el aseguramiento universal, la financiación pública, la provisión privada y el uso racional por parte de los usuarios, dentro de un concepto renovado de SNS, es una poderosa mezcla que se está abriendo paso poco a poco en los países avanzados como muestra de esa transición permanente a la que se aludía. Para pilotar esta transición ineludible, sería deseable que se crease una entidad que velase por los intereses de la población en materia de salud, el uso responsable de los servicios y la transparencia de las colaboraciones público-privadas del sistema.</p>	<p>✓ La sociedad española debe aprender a distinguir lo esencial en materia de prestaciones y gasto sanitario. Lo esencial es la sostenibilidad, la eficiencia, la suficiencia de los servicios sanitarios y su uso racional por parte de la población. Cada uno de estos elementos garantiza a los restantes y, todos juntos, garantizan la salud de la población hasta donde cada sociedad puede permitírsela. El prejuicio contra la intervención de la iniciativa privada en el aseguramiento del riesgo sanitario y en la provisión de los servicios sanitarios asociados no se justifica y tanto la falta de transparencia en los procesos de externalización como su inadecuado diseño refuerzan dicho prejuicio en detrimento del interés común. Una Agencia Nacional de Salud contribuiría a ordenar el futuro en esta materia.</p>

8. Recomendaciones de la Fundación Edad&Vida

El Sistema Nacional de Salud en España, de carácter público, universal y gratuito, es uno de los grandes logros de nuestra sociedad y goza de gran prestigio y aceptación entre los ciudadanos por la calidad de sus profesionales, la amplia red asistencial distribuida por el territorio, su alto nivel de dotación tecnológica y la eficacia con la que garantiza el derecho de protección de la salud.

La actual crisis económica y los problemas de déficit que deben afrontar muchos gobiernos han acentuado la discusión sobre la viabilidad y sostenibilidad del esquema público de financiación y provisión de los servicios de garantía pública, como es el caso de la atención sanitaria, que afectan directamente a la calidad de vida de las personas.

Pero no se trata de un mero problema coyuntural. El cambio demográfico y el envejecimiento de la población ejercen una presión importante sobre los sistemas de pensiones, sanidad y dependencia. El cambio en el patrón de enfermedades, con un incremento de las situaciones de cronicidad, pluripatología y dependencia también presiona los presupuestos sanitarios. Pero, más allá del impacto de la demografía estricta, se encuentran otros factores si cabe más potentes que ya están marcando una tendencia hacia la no sostenibilidad del sistema, como son la intensificación tecnológica, el uso creciente por habitante de los servicios del sistema, derivado de una mayor incidencia de nuevas patologías, pero también de un uso no siempre responsable, y la redundancia de recursos en un sistema territorialmente segmentado, que encarece la prestación de los servicios.

Por todo ello, es lógico que desde la Fundación Edad&Vida se considere crucial analizar el potencial de las estrategias de colaboración público-privada y trabajar en la promoción de nuevas formas de colaboración, con el objetivo último de ofrecer servicios de calidad, económicamente viables y sostenibles en el tiempo, al conjunto de los ciudadanos.

El debate sobre la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y la voluntad de poner sobre la mesa propuestas que contribuyan a garantizar la calidad de vida de las personas, es lo que nos llevó en 2012 a otorgar el Premio Edad&Vida a un estudio que analiza el rol de las aseguradoras privadas en la sostenibilidad del Sistema Sanitario Público en nuestro país.

Una vez finalizado dicho estudio, a tenor de sus principales conclusiones, desde la Fundación Edad&Vida consideramos que:

1. Debería iniciarse un **debate profundo a nivel político y social** que permita a los ciudadanos y a las instituciones tomar conciencia sobre la necesidad de abordar el tema de la participación de la iniciativa privada en el ámbito sanitario público, con la máxima responsabilidad, un marco jurídico que ofrezca garantías y una amplia transparencia. Todo ello en aras de asegurar la sostenibilidad futura del sistema.
2. El debate debería incluir los aspectos relacionados con la **responsabilidad individual** y el **uso racional del sistema sanitario** por parte de la población.
3. Para ello, es importante **mejorar la información y el conocimiento** sobre el funcionamiento de nuestro **Sistema Nacional de Salud** y sobre los **sistemas de salud de países de nuestro entorno**, en los que la concertación entre el ámbito público y el sector privado en la financiación y la provisión de servicios sanitarios, en absoluto ausentes en nuestro país, está más desarrollada.
4. **El Sistema Nacional de Salud**, por su parte, en su función de asegurador público y gestor de los recursos financieros del sistema, **debería practicar un genuino aseguramiento del riesgo de salud**, aplicando los criterios técnicos y profesionales propios de este sector.
5. La **experiencia internacional** en todos los países analizados demuestra una importante **participación del sector sanitario privado tanto en funciones de asegurador del riesgo de salud como de proveedor de los servicios asociados**. Esta participación permite la sostenibilidad de los sistemas sanitarios así configurados, garantizándose en todo momento la universalidad de la cobertura. Aspectos que deberían estar siempre bajo la responsabilidad directa de las autoridades o agencias de salud de cada país.
6. Debería analizarse y valorarse adecuadamente **el rol que desempeña actualmente en España el seguro de salud privado** y los beneficios que supone para sus usuarios y para el conjunto de la población. El aseguramiento pri-

vado por el que opta alrededor del 20%¹ de la población permite liberar recursos públicos y disminuir la presión asistencial, redundando en una reducción de las listas de espera, menores filtros para los tratamientos especializados y mayor satisfacción para los usuarios. En consecuencia, un aseguramiento que genera beneficios tanto para sus propios asegurados como para la población general.

En un escenario donde es necesario moderar los costes del Sistema Nacional de Salud, son accionables dos palancas, la de reducir la oferta de servicios, versus la de disminuir la demanda de los mismos. El seguro de salud privado incide en una reducción de la demanda, es decir, del número de personas que solicitan prestaciones al sistema público, y por tanto sin que sea necesario recortar la oferta de servicios o poner barreras a su acceso.

Además, el seguro privado de salud ha permitido estructurar en España una red de prestadores privados (hospitales, centros, consultas de profesionales...) que sin este seguro no tendrían viabilidad financiera en muchas provincias españolas, generando riqueza y puestos de trabajo en la zona donde operan y un dispositivo que complementa al del Sistema Nacional de Salud y en el que éste se apoya con frecuencia, sea de forma estable o puntual.

7. Debería mejorarse la información y el conocimiento sobre el modelo de libre elección de aseguramiento desarrollado en España por las Mutualidades de funcionarios del Estado (Muface, Mugeju e Isfas) y analizar las características de este modelo que, a la luz de los resultados del estudio, consigue importantes ahorros para el sistema, ya que históricamente ha combinado los recursos disponibles de forma más eficiente que el propio Sistema Nacional de Salud, además de proporcionar altos grados de satisfacción para el usuario, manteniendo idénticas coberturas que la prestación pública general y bajo una tutela en la que la mutualidad actúa como garante de la calidad asistencial de sus afiliados.

Sin embargo, a pesar de que el sistema se beneficiaría de ahorros muy importantes en sus presupuestos, no sería realista, en el corto o medio plazo, plantear una extensión general a toda la población del modelo de colaboración del mutualismo administrativo por diferentes motivos, eminentemente socio-políticos.

8. Este proceso de progresiva generalización del modelo del mutualismo administrativo debería, sin embargo, perfeccionarse sobre bases financieras renovadas, **ajustando las primas a los costes efectivos del sistema**, presentes y futuros.

9. Más allá de los nuevos modelos de aseguramiento de la salud que puedan plantearse de cara al futuro, en el que todas las tendencias señalan una mayor participación de la iniciativa privada, la realidad actual nos lleva a pensar que una **mayor penetración del seguro privado de salud**, sea tomado de forma individual o colectiva, **permitiría mejorar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud de forma inmediata**, aliviando la presión y los costes sobre el mismo, mejorando los servicios a la población y permitiendo al sector privado obtener economías de escala que harían ganar en eficiencia al conjunto del sistema.

10. En este sentido, con el objetivo de mejorar la colaboración público-privada y favorecer la contratación de seguros de salud privados entre la población en general y entre las personas mayores en particular se proponen las siguientes medidas:

- **Restablecer los incentivos fiscales a la contratación individual de seguros de salud**, fijando porcentajes de desgravación más elevados para las personas mayores y con implantación a nivel nacional, de forma que se eviten diferencias de trato entre Comunidades Autónomas y se mantenga la cohesión social y territorial.
- **Mantener los estímulos fiscales a la contratación de seguros de salud colectivos**, tanto a través de la empresa y para los trabajadores autónomos.
- **Restablecer la exclusión de la base de cotización a la Seguridad Social de las aportaciones a seguros de salud colectivos**, eliminada recientemente por el Real Decreto Ley 16/2013, de 20 de diciembre, que modifica el art.109 del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social.
- En el ámbito de la contratación a través de la empresa y para evitar que el paso de una situación de activo a pensionista deje sin cobertura a un colectivo importante de personas, **fomentar fórmulas de remuneración salarial diferida** con carácter finalista, **que generen un capital acumulado para el seguro de salud del trabajador una vez jubilado**, facilitando así que éste pueda hacer frente sin problemas al pago de las primas.
- **Extender a colectivos de ciudadanos** que reúnan algún elemento común que los aglutine, por necesidades de salud u otras, (asociaciones, zonas geográficas, otros funcionarios autonómicos o municipales...etc.), planteamientos en la cobertura de sus necesidades sanitarias que incluyan la posibilidad de optar por **fórmulas de aseguramiento privado, en la línea del modelo de las Mutualidades de funcionarios del Estado**.

¹ Esta cifra incluye el Mutualismo Administrativo.

El estudio **Rol de las aseguradoras privadas en la sostenibilidad del sistema sanitario público** ha sido realizado por:

Director: José A. Herce

Coordinador: Fernando Azpeitia

Investigadores: Enrique Martín
Ana Ramos

Asesor Externo: Jaume Puig Junoy

En estrecha colaboración con la **Comisión de Seguros de Salud** y el equipo técnico de la Fundación de Edad&Vida y con las aportaciones de los miembros de la **Comisión Ejecutiva** y del **Patronato de Edad&Vida**.

Fundación “Instituto Edad&Vida”

Aribau, 185, 5º-7ª.

08021-Barcelona

Tel. 93 488 27 20

www.edad-vida.org

e-mail: edad-vida@edad-vida.org

Diseño y realización:

Senda Editorial, S.A.

Capitán Haya, 56, 7ºD

28020 Madrid

Depósito legal: M-

MIEMBROS PROMOTORES



MIEMBROS COLABORADORES

- **AFALcontigo** – Asociación Nacional del Alzheimer
- **CAEPS** – Universitat de Barcelona
- **CEATE** – Confederación Española Aulas de Tercera Edad
- **CEOMA** – Confederación Española de Organizaciones de Mayores
- **CSIC** – Consejo Superior de Investigaciones Científicas
- **EADA** – Escuela de Alta Dirección y Administración
- **ESADE** – Escuela Superior de Administración y Dirección de Empresas
- **Fundación Aequitas** – Fundación del Consejo General del Notariado
- **Fundació Bosch i Gimpera** – Universitat de Barcelona
- **Fundación Consejo General de la Abogacía Española**
- **Fundació Pere Tarrés** – Universitat Ramon Llull
- **Fundación Universitaria San Pablo-CEU**
- **IBV** – Instituto de Biomecánica de Valencia
- **IESE - Escuela de Dirección de Empresas** – Universidad de Navarra
- **LOYOLA LEADERSHIP SCHOOL**
- **POLIBIENESTAR** – Instituto de investigación en Políticas de Bienestar Social
- **SEAUS** – Sociedad Española de Atención al Usuario de la Sanidad
- **SECOT** – Seniors Españoles para la Cooperación Técnica
- **SEDISA** – Sociedad Española de Directores de Salud
- **SEGG** – Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología
- **SEMER** – Sociedad Española de Médicos de Residencias
- **SEMERGEN** – Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria
- **SEMFYC** – Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria
- **SEMG** – Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia
- **UDP** – Unión Democrática de Pensionistas y Jubilados de España
- **Universidad de Almería**
- **Universidad Autónoma de Madrid**
- **Universidade da Coruña**
- **Universidad de Córdoba**
- **Universidad de Extremadura**
- **Universidad de Granada**
- **Universitat Politècnica de Catalunya**
- **Universitat de Vic**



Fundación

Edad & Vida

Instituto para la mejora, promoción
e innovación de la calidad de vida
de las **personas mayores**

Paseo de la Castellana, 52, 5º.
28046 Madrid

Aribau, 185, 5º, 7ª.
08021 Barcelona

www.edad-vida.org
e-mail: edad-vida@edad-vida.org
Tel. información: 93 488 27 20