

Este artículo ha sido elaborado por Pilar García Perea y Marta Manrique Simón, de la Dirección General del Servicio de Estudios.

Introducción

Dentro del denominado «modelo social europeo», los problemas de selección adversa e información asimétrica por el lado de la demanda, que afectan a la provisión de servicios de salud por parte del mercado, y los elevados riesgos de selección o exclusión de parte de la población, en especial de las personas con enfermedades crónicas y de edad avanzada, por el lado de la oferta, tienden a afrontarse mediante una elevada responsabilidad pública en la organización de la asistencia sanitaria. Sin embargo, dentro de este marco general, se aprecia que los sistemas sanitarios nacionales difieren sustancialmente entre sí en lo que se refiere a su estructura de organización territorial, las formas de provisión —pública o privada— de los servicios de salud y la financiación de estos (con diferencias a su vez dispares entre los servicios nacionales de salud y entre los sistemas de aseguramiento sanitario social).

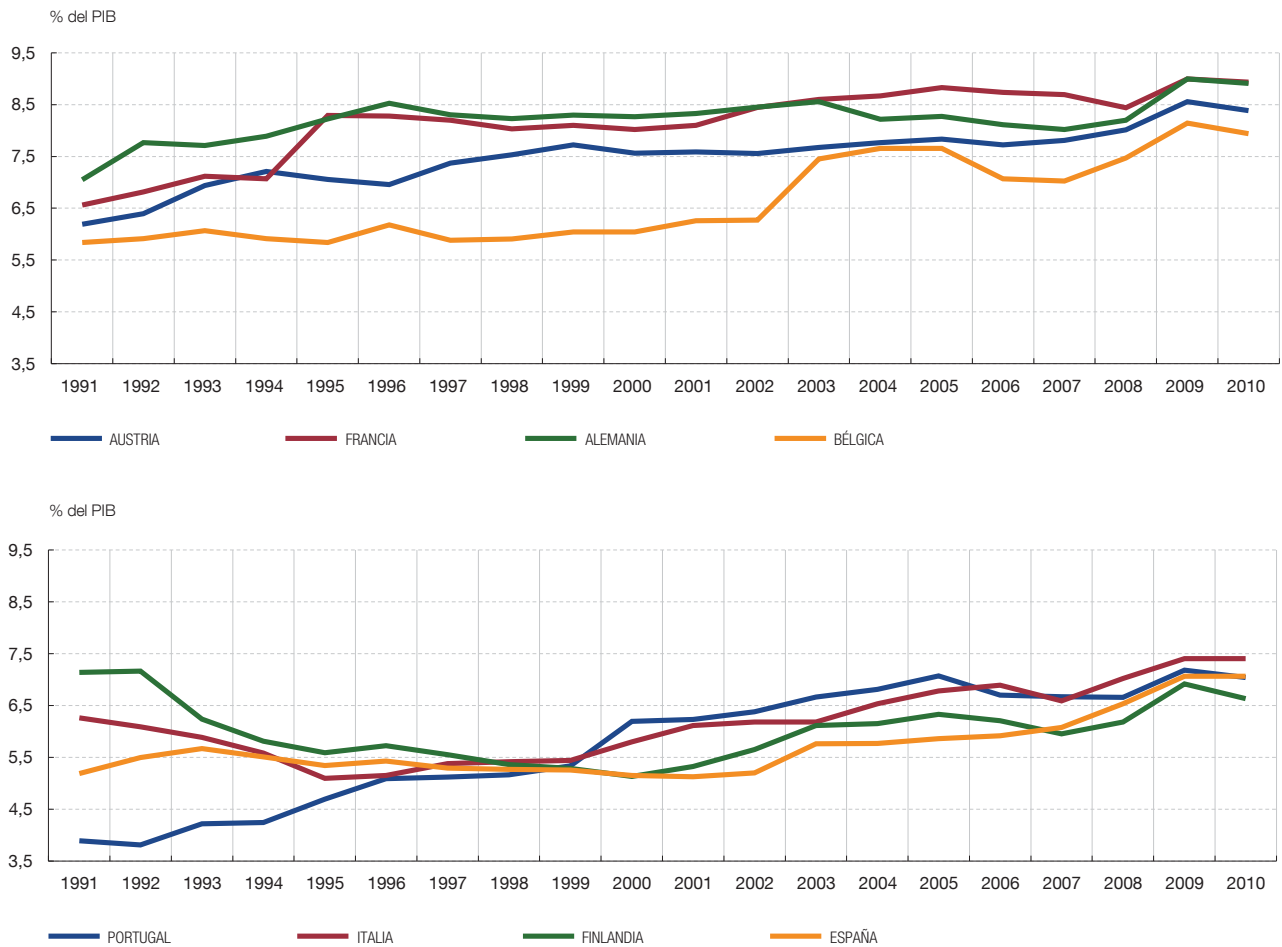
En la actualidad, la sanidad pública se ve afectada también por la severidad de la crisis, cuyo impacto negativo sobre las finanzas públicas se superpone a los problemas derivados del envejecimiento demográfico, que está presionando al alza la demanda de servicios sanitarios debido al aumento de la población con mayores necesidades de atención médica. A la vez, la innovación tecnológica, que está permitiendo logros impresionantes en la mejora de la salud, imprime una presión adicional sobre el gasto sanitario al introducir medicamentos y técnicas de costes elevados. Así, el gasto sanitario en relación con el PIB ha aumentado de forma generalizada en los últimos años en todos los países de la UEM, tendencia que podría prolongarse en las próximas décadas, de acuerdo con las proyecciones realizadas por distintos organismos y, en particular, por la Comisión Europea (véanse gráficos 1 y 2). En estas condiciones, el reto es detener dicha tendencia garantizando los logros alcanzados en términos de calidad y de cobertura de la población. En este contexto, resulta especialmente útil revisar las experiencias de reforma de los países de la UEM, que en este artículo se han agrupado en dos grandes bloques: por un lado, aquellas que tratan de aumentar la eficiencia en la provisión de los servicios sanitarios y, por otro, las que persiguen mejorar los mecanismos de financiación de la sanidad pública y controlar su demanda¹.

El artículo se inicia con una breve descripción de las tipologías de los sistemas sanitarios, aportándose información sobre el gasto en el que incurren en función de la forma en que se realiza la provisión, sobre la financiación de dichos servicios, sobre sus resultados y sobre las perspectivas de gasto en el futuro. En el apartado tercero se aporta evidencia sobre el ahorro que se puede conseguir con las diferentes estrategias de reforma. En el último apartado se presentan las principales conclusiones, destacándose que para conseguir ahorros permanentes del gasto público sanitario es necesario combinar medidas a corto plazo de control del gasto con mejoras dirigidas a aumentar su eficiencia, incidiendo en las causas reales que en cada país impulsan su crecimiento.

Modelos sanitarios en la UEM: tipología y resultados

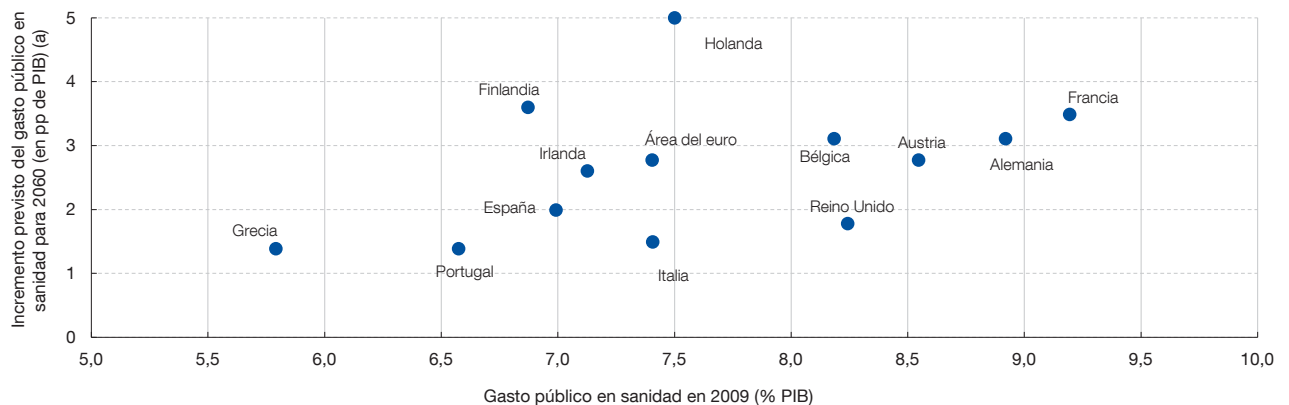
Los sistemas sanitarios comprenden todas las instituciones, personal especializado, equipamiento y actividades cuya finalidad principal es promover, restablecer o mantener la

¹ Para un análisis complementario centrado en la complementariedad entre provisión pública y privada, financiación pública y voluntaria y la descentralización en la gestión de los servicios sanitarios, véase López Casanovas (2009).



FUENTE: OECD Health Data 2012, agosto de 2012.

GASTO EN SANIDAD. AUMENTO PREVISTO PARA 2060 (a)
Desglose por países



FUENTES: OCDE y Comisión Europea. Previsiones según el informe 2012 Ageing Report.

a Estas previsiones incluyen los ejercicios, según el escenario de referencia AWG, relativos al gasto público en sanidad, incluyendo los cuidados de larga duración.

Datos en %

	Recaudación de recursos				Acumulación de fondos	Contratación		Copago (d)	Límites a la provisión		
	Gasto público % PIB (a)	Gasto público % total	Cotizaciones sociales	Impuestos generales		Remuneración (b)	Pago a hospitales (c)		Control de la demanda	Acceso atención primaria	Control del gasto: presupuesto
Francia	8,9	79,0	73,8	5,2	Seguro obligatorio	FFS	DRG	C/E/H/U/M	Incentivada	Objetivos superables	Listas positivas
Austria	8,4	76,4	44,8	31,6	Seguro obligatorio	FFS/CAP	DRG + RR	C/E/H/U/M	Libre	No existe presupuesto	No definido
Alemania	8,9	76,9	67,8	9,0	Elección seguros	FFS/CAP	DRG	C/E/H/U/M	Incentivada	Objetivos superables	Listas negativas
Holanda	10,3	81,4	75,6	5,8	Elección seguros	FFS/CAP	PG (80 %) DRG (20 %)	E/H/U/M	Obligatoria	Objetivos superables	Listas positivas
Bélgica	7,9	75,1	62,7	12,4	Seguro único	FFS	C (45 %) + P (41 %) + M (14 %)	C/E/H/U/M	Incentivada	Objetivos superables	Listas positivas
Luxemburgo	6,6	90,9	70,3	20,6	Seguro único	FFS	PG	C/E/H/M	Libre	Objetivos superables	Listas positivas
Finlandia	6,6	74,6	14,5	60,1	Municipios	FFS/CAP/SAL	DRG	C/E/H/U/M	Obligatoria	Objetivos superables	No definido
España	7,1	71,8	5,1	66,7	Autonomías	CAP/SAL	PL	M	Obligatoria	Objetivos superables	Listas positivas
Italia	7,4	76,5	0,1	76,4	Regiones	CAP	DRG	E/H/U/M	Obligatoria	Presupuesto estricto	Listas positivas
Portugal	7,0	71,5	0,8	70,7	Nacional	SAL	PG + DRG	C/E/U/M	Obligatoria	Presupuesto estricto	No definido
Grecia	6,1	60,3	31,2	29,1	Nacional/elección	SAL	RR por día	H/U/M	Libre	Objetivos superables	Difiere por seguros
Irlanda	6,4	80,7	0,6	80,1	Nacional	CAP	PG (60 %) + DRG (20 %) + RR por día (20 %)	U/H/M	Incentivada	Presupuesto estricto	No definido

FUENTES: Comisión Europea y OCDE (*Health Systems Institutional Characteristics*, OCDE Health Working Papers n.º 50).

a Gasto público en sanidad para el año 2010. Datos estimados según OCDE Health Data August 2012.

b FFS: Pago por acto médico; CAP: Capitación; SAL: Salario.

c DRG: Pago por caso en función del grupo de diagnóstico relacionado; RR: Reembolso retrospectivo; PG: Presupuesto global; PL: Presupuesto por líneas; C: Pago por caso; P: Pagos por procedimiento; M: Pagos por medicamentos.

d C: Visita al médico de cabecera; E: Visita al especialista; U: Urgencias; H: Hospitalización; M: Medicamentos.

salud². Los servicios de salud de los países europeos se caracterizan por tener una cobertura pública prácticamente universal y un amplio catálogo de prestaciones —servicios médicos, medicamentos y tecnología—, en los que de manera creciente se recurre al copago por parte del usuario y a la provisión de servicios por parte del sector privado. El gasto privado suele tener un carácter complementario, concentrado en tratamientos que no están previstos completamente por los sistemas públicos (odontología o cirugía plástica) o para eludir las listas de espera, así como en ciertos productos farmacéuticos.

El cuadro 1 sintetiza las características de los sistemas sanitarios públicos en los principales países de la UEM. Los recursos pueden ser finalistas, como en el caso de las cotizaciones sociales, o provenir de los impuestos generales, para posteriormente acumularlos en un único fondo, o en varios, en este caso con la posibilidad de que el paciente

2 Véase el Informe sobre la salud en el mundo correspondiente al año 2000; la OMS (Organización Mundial de la Salud) publica este informe anualmente.

pueda elegir entre distintas compañías de seguros. Los fondos acumulados se destinan a la compra de productos y a la contratación del personal médico y de los servicios hospitalarios para satisfacer las necesidades de la población, proceso que se lleva a cabo con distintos niveles de control por parte de la Administración y con diferente grado de participación de los ciudadanos en el pago de dichas prestaciones en forma de copago.

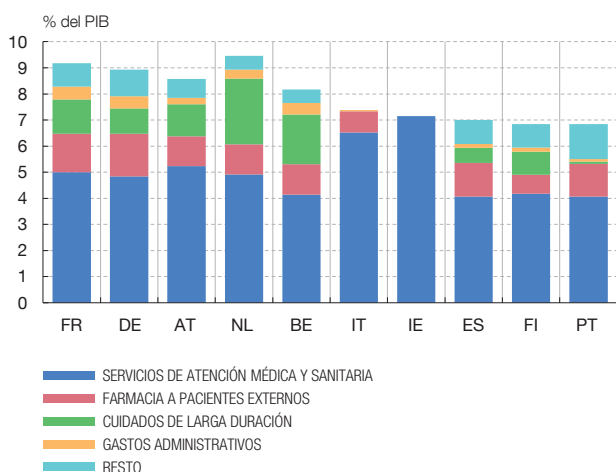
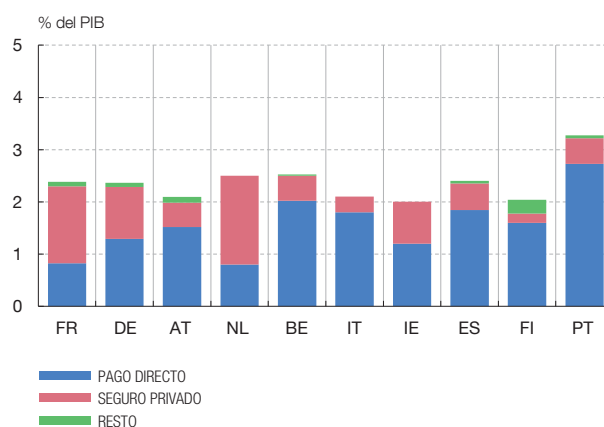
A efectos meramente expositivos, en ocasiones se hace referencia a la existencia de dos modelos básicos de gestión y provisión de los servicios sanitarios, el denominado «Seguridad Social», también conocido como «modelo Bismarck», y los sistemas nacionales de salud, conocidos como «modelos Beveridge». El primero de ellos se caracteriza por financiarse prioritariamente por medio de cotizaciones sociales obligatorias, por lo que, en principio, la cobertura quedaba restringida a trabajadores y familiares. En el otro lado, los sistemas Beveridge se financian a través de impuestos y ofrecen una cobertura universal automática. En la actualidad, la frontera entre estos dos tipos de aproximaciones se ha diluido bastante, de manera que la distinción resulta menos útil. Así, por ejemplo, incluso en los casos más próximos al modelo Bismarck la cobertura se ha extendido a prácticamente todos los ciudadanos a través de aportaciones del Estado.

Algunos de los sistemas actuales se caracterizan por ser no-integrados, donde un organismo independiente —generalmente una compañía de seguros privada sin ánimo de lucro— que se rige por unas reglas de gobernanza, que incluyen sistemas de rendición de cuentas y de transparencia, está encargado de contratar con proveedores privados y públicos los servicios sanitarios para sus asegurados, y el Estado, además de regular, controla la calidad de dichos servicios. Entre los países más próximos a este esquema cabe señalar los del centro y, más recientemente, los del este de Europa.

En el otro lado, existen también sistemas integrados, en los que la Administración Pública produce los servicios sanitarios médicos, integrando a los proveedores en su organización, por lo que la provisión de asistencia sanitaria la realizan mayoritariamente centros y empleados públicos. Como prototipo de este modelo se suele citar el National Health Service (NHS) del Reino Unido, creado en 1948. En este segundo grupo se alinean también todos los países nórdicos, así como los países del sur de Europa e Irlanda, que en las últimas décadas hicieron una transición hacia este tipo de sistemas.

En el gráfico 3 se aprecia que en los países de la UEM la financiación sanitaria es fundamentalmente pública, con una participación media de casi el 80 % del gasto sanitario total independientemente del sistema. Sin embargo, en general, los países del centro de Europa gastan más en sanidad, especialmente en sanidad pública, entre un 8 % y un 9 % del PIB, frente a un 6 %-7 % en el resto. El gasto en atención médica y sanitaria es en torno a un punto porcentual superior y los cuidados de larga duración están mucho más desarrollados, al tiempo que se incurre en unos mayores costes administrativos. Los gastos farmacéuticos, que se sitúan próximos al 20 % del gasto público sanitario, están más vinculados a las características individuales y a las reformas que se han adoptado en los diferentes países. Estas diferencias de gasto son compatibles con un comportamiento bastante homogéneo respecto a los indicadores disponibles sobre contratación de médicos y estancia media en hospitales, y algo menos en relación con las consultas por habitante y las camas por habitante (véase gráfico 4).

Respecto al estado de salud general de la población, destacan España, Italia y Francia, con una esperanza de vida más alta, situándose en el extremo contrario Portugal y Alemania. Estas diferencias no son, sin embargo, necesariamente indicativas del distinto

GASTO PÚBLICO POR FUNCIÓN.
2009 (a)GASTO PRIVADO POR ORIGEN.
2008 (b)

FUENTES: OECD-Eurostat-OMS, OCDE Health Data 2011 y Health Accounts (SHA).

- a En el caso de Irlanda no hay datos desglosados por función y para Italia solo está disponible el gasto farmacéutico. Los datos de Portugal se refieren a 2008.
b La última información disponible corresponde al año 2008.

nivel de eficiencia de sus sistemas sanitarios ya que una medida tan genérica esconde la contribución de otros componentes que no afectan al gasto sanitario, pero que influyen en el estado de salud de la población, tales como factores demográficos, sociales y culturales³. En cualquier caso, en las últimas décadas la mejora del estado de salud de la población ha sido general. Un ejemplo es el aumento de la esperanza de vida, de alrededor de un año cada cuatro, desde la década de los noventa. Asimismo, la reducción de la mortalidad prematura e infantil ha sido considerable, y una conclusión similar se puede observar cuando se utilizan las tasas de mortalidad después de un diagnóstico específico, como el cáncer o el infarto agudo de miocardio. Como se apuntó en la introducción, esta mejora de la esperanza de vida ha venido acompañada de un incremento generalizado del gasto público en sanidad en relación con el PIB, que, de acuerdo con las previsiones de la Comisión Europea, podría prolongarse durante las próximas décadas (véase gráfico 1). En concreto, la Comisión Europea (2012) estima que el gasto sanitario total⁴ podría aumentar entre 3 y 6 puntos del PIB entre el año 2010 y 2060, dependiendo del escenario⁵. Los países con mayores aumentos esperados del gasto serían Holanda, Finlandia y Francia, mientras que se espera que los más moderados sean Grecia, Italia o Portugal (véase gráfico 2).

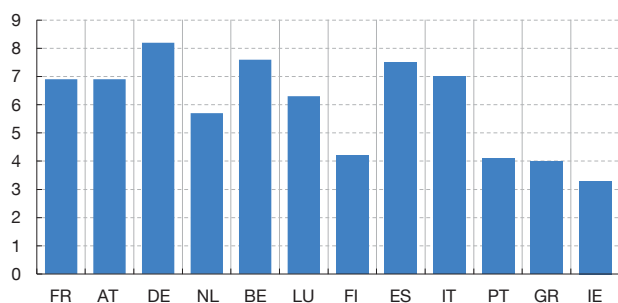
La Comisión Europea pone de manifiesto la importancia relativa de la evolución de la población a la hora de explicar la senda esperada del gasto público en servicios sanitarios (sin cuidados de larga duración). De hecho, un escenario puramente demográfico apuntaría hacia un incremento del gasto de 1,3 pp entre 2010 y 2060, desde el 7,3 % hasta el 8,6 % del PIB. Sin embargo, el aumento ascendería a casi 3 pp si el escenario reflejara el impacto

3 En la actualidad se están dando los primeros pasos para la obtención de medidas que permitan comparar la eficiencia de los sistemas sanitarios, aunque los retos a los que hay que hacer frente son muy elevados, como se pone de manifiesto en Smith y Papanicolas (2012).

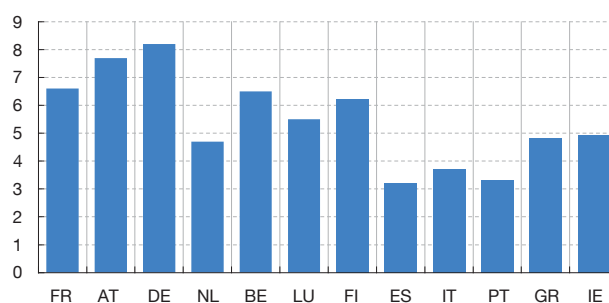
4 La CE estima separadamente el gasto esperado en servicios de cuidados de larga duración.

5 Las proyecciones de gasto sanitario realizadas por la OCDE [Oliveira *et al.* (2006)] estiman un crecimiento del gasto sanitario de entre 2 pp y 3,9 pp para 2050, mientras que el FMI proyecta un aumento de 3 pp para el conjunto de países avanzados y de 2 pp para Europa [Fondo Monetario Internacional (2012), p. 37].

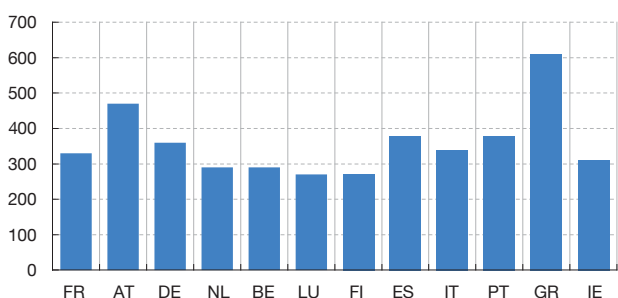
CONSULTAS POR HABITANTE Y AÑO



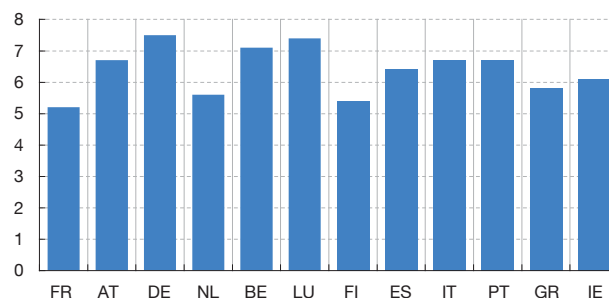
CAMAS POR 100.000 HABITANTES



MÉDICOS POR 100.000 HABITANTES



ESTANCIA MEDIA EN HOSPITAL



FUENTE: OCDE Health Data.

de todos los factores de carácter no demográfico⁶, entre los que se engloban los derivados de algunos factores institucionales y, muy especialmente, los vinculados a la evolución de la renta. Estos se transmiten a través de dos canales. El primero, ligado a la demanda, por el cambio de actitud que provoca el crecimiento del nivel de vida en las personas respecto a su propia salud y que eleva sus expectativas sobre la cantidad y calidad de la atención prestada por el Estado. El segundo, derivado de la inversión en investigación médica y la adopción de tecnologías modernas que suele venir asociada al crecimiento. Los estudios más recientes muestran que este último elemento ha tenido un efecto considerable en el aumento del gasto, tanto por los costes que entraña su desarrollo como por la extensión a un amplio conjunto de la población de tratamientos que antes no existían, como, por ejemplo, los cuidados paliativos.

Estrategias de reforma sanitaria: experiencias en la UEM

Las perspectivas sobre la evolución del gasto sanitario descritas hacen que su contención constituya uno de los retos más importantes a los que se enfrentan las políticas presupuestarias en numerosas economías. Las reformas que a este efecto han introducido los países de la UEM en las últimas décadas han sido muy variadas, reflejo en buena parte de la diversidad que caracteriza a los propios sistemas sanitarios nacionales.

A continuación se analizan de manera detallada las diferentes estrategias de reforma, clasificándolas por motivos expositivos en dos grandes bloques: las que afectan al sistema de provisión de servicios públicos, entre las que se incluyen la introducción de topes presupuestarios o restricciones cuantitativas directas, los controles de precios y los cambios en los sistemas de

⁶ Por su parte, el ejercicio similar realizado para el gasto en cuidados de larga duración —supone un 1,8% del PIB en 2010 en el área del euro— proyecta un incremento del gasto en un rango que abarca desde 1,5 pp en un escenario puramente demográfico hasta más de 3 pp en uno de cobertura total.

gestión pública —conteniendo aspectos como los sistemas de gestión descentralizada y el desarrollo de la atención primaria—; y las reformas que afectan al sistema de financiación y de control de la demanda dirigidas, por un lado, a potenciar los mecanismos de mercado —a través, fundamentalmente, de elementos que aumentan la libertad de elección del paciente— y de nuevos sistemas de contratación y, por otro, a racionalizar el uso de los recursos de salud, donde se incluyen aspectos como el copago o la extensión de los seguros privados.

REFORMAS QUE AFECTAN AL SISTEMA DE PROVISIÓN DE SERVICIOS PÚBLICOS

Topes presupuestarios

La introducción de topes presupuestarios ha sido una medida muy extendida y efectiva en la reducción del gasto sanitario por su impacto a corto plazo. La experiencia sugiere, sin embargo, que para que sus efectos perduren y se minimicen las posibles consecuencias adversas —como una ampliación de las listas de espera— es necesario que simultáneamente a la fijación de topes se pongan en marcha reformas microeconómicas que incidan sobre las causas reales que provocan el incremento del gasto. En particular, los topes se han de diseñar de tal forma que incentiven el trasvase de recursos desde los centros o áreas de actividad ineficientes a favor de los más eficientes, facilitando el redimensionamiento (o incluso el cierre) de centros ineficientes, evitando recortes uniformes y lineales. En este contexto, la técnica de elaboración de los presupuestos resulta crucial. Los presupuestos por objetivos facilitan la flexibilidad indispensable para poder obtener ganancias de eficiencia al tiempo que se respetan los topes o restricciones globales. Por contra, los presupuestos por capítulos tienden a perpetuar las estructuras existentes en función de los costes históricos, ya que cada unidad de gasto independiente o línea (un hospital o un centro de salud) se enfrenta a sus propias restricciones presupuestarias sin la posibilidad de que se produzcan trasvases [Figueras *et al.* (2004)].

Restricciones cuantitativas y control de precios

Es habitual que los topes presupuestarios vengán acompañados de restricciones en la dotación de factores, que pueden afectar tanto al número de camas u hospitales como al personal sanitario o al conjunto de productos farmacéuticos. Sin embargo, la evidencia disponible sugiere que estas políticas han tenido un impacto solo marginal en la contención del gasto sanitario⁷. Algunos países han introducido límites a los precios de los tratamientos médicos, especialmente en aquellos sistemas donde la provisión de los servicios de salud la realizan principalmente las compañías de seguros, pero las experiencias no son muy alentadoras por la posibilidad que tienen los médicos de redirigir a los pacientes hacia tratamientos más caros o incrementar el volumen de visitas. Los controles de precios sobre los productos farmacéuticos tampoco están exentos de dificultades por la capacidad de las farmacéuticas para sortearlos [Stolpe (2012)]. Sin embargo, pueden llegar a ser una herramienta muy eficaz para racionalizar el uso de las medicinas y mantener el gasto farmacéutico bajo control si se avanza en el diseño de una adecuada regulación del mercado farmacéutico⁸. En López Casanovas y Puig-Junoy (2000) se sugiere que los precios de referencia son una medida especialmente útil para contener el gasto farmacéutico cuando la raíz del problema no es un exceso de prescripciones de medicamentos por parte de los médicos, sino unos niveles excesivamente elevados de precios; cuando las diferencias de precios entre medicamentos equivalentes son significativas, y cuando el mercado de medicamentos genéricos es muy amplio.

En el ámbito farmacéutico el grueso de las actuaciones se ha centrado en la contención de precios de toda la cadena farmacéutica, industria, distribuidores y oficinas, afectando

7 Por ejemplo, en Finlandia se introdujo un recorte en el número de camas hospitalarias, y en Alemania una lista de productos farmacéuticos, además de reducirse el número de tratamientos que forman parte de la sanidad pública [FMI (2012)].

8 En Carone *et al.* (2012), tras el estudio de numerosas *best-practices* en la regulación del sector farmacéutico se concluye que existe un margen muy amplio para alcanzar mejoras de eficiencia.

al sistema de precios de referencia⁹, a los precios de los medicamentos genéricos¹⁰ y a los precios de los medicamentos innovadores. El precio de los medicamentos suele fijarlo el Gobierno a partir de negociaciones con laboratorios y el comité de medicamentos del país, y normalmente se utilizan como referencia los precios internacionales. Una excepción a la forma de fijar los precios ha sido Alemania hasta 2010, ya que las compañías farmacéuticas tenían libertad para establecer los precios de los nuevos medicamentos, que se situaban entre los más altos de la OCDE, lo que convertía a Alemania en el destino preferido para los lanzamientos de los nuevos productos. Con el objetivo de corregir esta situación, en 2011 se cambió la ley sobre el sistema de reembolso y desde entonces solo se negocia el precio si se demuestra que el medicamento aporta un valor añadido clínico, incluyéndose, en caso contrario, directamente en el sistema de precios de referencia¹¹. En general, en todos los países los precios de referencia, junto con la extensión del genérico, han supuesto una notable reducción del gasto farmacéutico. La forma más usual de promover el uso de medicamentos genéricos es mediante la introducción de incentivos a las farmacias, de copagos más reducidos y de directrices a los médicos, complementada con el seguimiento de las conductas prescriptoras y con campañas de educación sobre el uso de los medicamentos.

Mejoras en la gestión pública

Las reformas en la gestión pública han buscado modificar la organización del sistema sanitario con el objetivo de reducir costes. Entre las estrategias de reforma que se han seguido en este ámbito, las estimaciones más recientes del FMI (2012) señalan que la involucración de los Gobiernos regionales en la toma de decisiones clave puede tener un importante impacto estimado en términos de contención del gasto sanitario, siendo más modestos los efectos de cambios en otros aspectos de la gestión pública. Sin embargo, la evidencia empírica no es concluyente y otras estimaciones señalan que el impacto de la descentralización de la gestión no resulta significativo [véase Hernández de Cos y Moral-Benito (2011)].

El efecto estimado de la descentralización en términos de contención del crecimiento del gasto en salud depende crucialmente de la implementación práctica. En un extremo, en el que se sitúa Francia, cuando las entidades territoriales son las encargadas de proporcionar la atención sanitaria y el Gobierno financia totalmente el servicio sanitario, existen incentivos a demandar un aumento de los servicios a nivel local, lo que puede inducir a una presión excesiva de los costes y a menores niveles de eficiencia. En el extremo contrario, donde se situaría Finlandia, se combina la autonomía fiscal con la responsabilidad de proporcionar los servicios, en cuyo caso los Gobiernos regionales asumen la responsabilidad de ajustar ingresos y gastos con resultados más positivos en términos de contención de costes, aunque con riesgos de que aumenten las desigualdades regionales si no se articulan mecanismos de ajuste en la asignación de los recursos en función de las necesidades de salud. En Italia, la forma en que se ha llevado a cabo la descentralización combina el federalismo fiscal con un sistema de transferencias de fondos que asigna los recursos a nivel regional en función de criterios de eficiencia, de tal forma que la aparición de déficit exige la introducción de medidas correctoras. En

9 Los precios de referencia consisten en que el asegurador público solo cubre el coste del medicamento más barato.

10 Un estudio reciente reveló que los precios de los medicamentos genéricos en Europa superan entre un 34 % y un 44 % a los precios internacionales, mientras que dichos precios están en línea con las referencias internacionales en América [World Health Organization (2010)].

11 Desde entonces, las compañías de seguros pueden utilizar su poder de negociación con los proveedores para fijar el nivel de reembolso máximo a los medicamentos que se pruebe que tienen un mayor beneficio terapéutico, para así limitar el gasto en medicinas nuevas con un beneficio terapéutico marginal.

España, la descentralización de la sanidad ha evidenciado algunas tensiones y retos, entre los que destacan la tendencia de las regiones a gastar por encima de lo presupuestado, la dificultad para coordinar las políticas sanitarias que afecta a las desigualdades regionales y la escasa conexión existente en materia de información entre los sistemas de salud autonómicos [Durán (2011)].

Otro cambio en la estructura de gestión ha sido el establecimiento de un sistema de control de acceso a los médicos especialistas y hospitales, esto es, un sistema de atención primaria. Este instrumento, con el médico generalista que actúa de coordinador, reduce los costes de búsqueda del paciente y mejora el control del gasto, al eliminar servicios innecesarios, por lo que es una herramienta muy potente para racionalizar la demanda y reducir el gasto sanitario. Por ello, en numerosos países, como en Francia y, en cierta medida, en Alemania, su uso se está extendiendo, al tiempo que se expanden los servicios que se pueden realizar en la atención primaria (en un entorno de bajo coste), liberando así recursos en los hospitales (por ejemplo, en la atención a pacientes crónicos). Algunos países están aplicando estrategias muy innovadoras en este ámbito, como en algunas ciudades de Finlandia, donde los hospitales y los centros de salud colaboran usando un sistema de e-consulta a través del cual el médico de cabecera formula preguntas con los datos clínicos del paciente al hospital y recibe consejos/recomendaciones sobre los pasos que debe seguir [Ettelt *et al.* (2006)]. Por su parte, en España, para fomentar la coordinación se ha empezado a utilizar la historia clínica electrónica con su correspondiente prescripción electrónica¹² [Gil *et al.* (2010)]. Pero también hay experiencias donde el impacto de la atención primaria sobre la eficiencia y el gasto sanitario es dudoso, debido a que los profesionales acaban efectuando la labor de un simple recepcionista que dirige al paciente al especialista, sin efectuar un seguimiento adecuado [Velasco *et al.* (2010)]. El hecho de que en Hernández de Cos y Moral-Benito (2011) se estime un coeficiente negativo y significativo de la atención primaria sobre la eficiencia podría ser indicativo de las dificultades de implementación y coordinación a las que se enfrentan los países en los que dicho sistema está más desarrollado.

REFORMAS QUE AFECTAN AL SISTEMA DE FINANCIACIÓN Y A LA DEMANDA DE SERVICIOS PÚBLICOS

Mecanismos de mercado
y sistemas de contratación

La introducción de mecanismos de mercado, como la libertad de elección de compañía de seguros, así como el aumento de la provisión privada que facilite la competencia entre proveedores, busca controlar los costes mejorando la eficiencia a nivel microeconómico. La evidencia empírica disponible confirma el elevado potencial de estas medidas a la hora de reducir el gasto, aunque resulta crucial que las reformas se diseñen cuidadosamente y vayan acompañadas de una regulación y de mecanismos de rendición de cuentas, junto con una transmisión adecuada de información sobre la calidad y los precios de los servicios.

Alemania y Holanda son los países que más han apostado por la competencia entre las compañías de seguros como mecanismo para mejorar la eficiencia. Su experiencia ha evidenciado, no obstante, que cuando se permite que las compañías de seguros compitan entre sí surgen mecanismos de selección adversa, ya que las aseguradoras tratan de atraer a los ciudadanos más sanos, lo que puede poner en peligro la igualdad de acceso. Para preservar la equidad, en ambos países se introdujeron mecanismos de ajuste tendentes a compensar a las aseguradoras con miembros de alto riesgo, al tiempo que se fortalecía también la regulación y el control externo con el objetivo de preservar el nivel de calidad.

¹² Existen programas piloto para su introducción a nivel nacional, aunque la interconexión e integración entre autonomías está resultando muy compleja, al tener cada autonomía su propio modelo de HCE.

Alemania fue en 2009 uno de los últimos países de la UEM en unirse a la tendencia dominante de crear un único fondo central donde se acumulan todos los recursos y que, al igual que la Administración Central en los sistemas descentralizados, es el encargado de distribuirlos entre las compañías de seguros (o entre los entes provinciales en los sistemas descentralizados), para lo que se ha diseñado un mecanismo de ajuste que permite asignar los recursos en función de las características del asegurado, fundamentalmente edad y morbilidad¹³. Cada compañía de seguros recibe unos ingresos que están fuera de su control, y debe solucionar cualquier dificultad financiera solicitando una prima suplementaria a sus asegurados, con el riesgo de que los asegurados cambien de compañía de seguros, lo que permite ejercer una presión competitiva tendente a aumentar la eficiencia [Stolpe (2012)]. Pese a todo, el margen de maniobra sobre el que es posible competir es reducido debido a la intensa regulación introducida.

Los gastos de personal representan aproximadamente la mitad del gasto total en salud en un país. Entre las regulaciones de precios relativas al pago a profesionales, existe acuerdo en que hay que limitar el alcance de aquellos sistemas que fijan una cuantía por consulta o acto médico, que es un sistema de remuneración que no tiene un tope y tiende a fomentar un crecimiento excesivo de la demanda inducida por los oferentes. Por el contrario, el principal inconveniente del salario fijo es la falta de incentivos, lo que ha llevado a la introducción de sistemas mixtos como la capitación, donde una parte de la remuneración depende del número de pacientes asignados a un profesional. En la práctica se suelen combinar diferentes sistemas de remuneración y, en particular, para evitar la sobreprescripción y mantener los incentivos, se están diseñando sistemas novedosos de pago en función de los resultados (véase cuadro 1).

Los avances son más claros en los nuevos sistemas de pago a los hospitales, que se basan en clasificar a los pacientes en grupos de enfermedades homogéneas que presentan pautas de consumo de recursos hospitalarios similares. Cada paciente dado de alta se clasifica en función de su Grupo Relacionado con el Diagnóstico (DRG, por sus siglas en inglés) y el hospital recibe un pago por cada caso¹⁴. Este sistema crea incentivos para que los hospitales aumenten la calidad de sus servicios y minimicen los recursos utilizados, ya que reciben una cantidad fija independientemente de los días de hospitalización. También permite medir de forma concisa la actividad hospitalaria y facilita las comparaciones de costes, eficiencia y calidad, al poder contrastar los días de hospitalización de los pacientes pertenecientes a un mismo grupo en diferentes hospitales, el coste de tratar a dichos pacientes o el grado de complicaciones habidas. El sistema se tiene que actualizar periódicamente para reflejar los cambios en las prácticas clínicas y se está introduciendo paulatinamente en todos los países, aunque en función de procedimientos heterogéneos, lo que limita drásticamente las posibilidades de comparación (véase cuadro 1). Alemania fue uno de los primeros países que decidió pasar al nuevo sistema, y su introducción, que hoy se considera un éxito, ha sido muy paulatina [Saltman *et al.* (2011)]. En la actualidad se está trabajando en la posibilidad de desarrollar un sistema común europeo por sus potenciales efectos de reducción de costes y mejoras de eficiencia, en la línea del que se ha implantado en los países nórdicos, que proporciona un ejemplo de la viabilidad de este tipo de desarrollos [Magnussen *et al.* (2009)].

13 En concreto, se aplica un «mecanismo de ajuste del riesgo prospectivo por capitación» consistente en que cada compañía de seguros recibe una cantidad fija por cada asegurado y el 50 % de dicha cuantía aparece determinado por sus características personales.

14 Se trata de pagar los servicios médicos en función del coste medio aproximado de tratar a los pacientes a partir de protocolos eficientes, y para ello se requiere tener datos de historial clínico para agrupar a los pacientes en grupos de enfermedades (DRG) y según el coste medio del tratamiento.

Otra forma de aumentar la competencia es a través de la libertad de elección de médicos, ya que potencia la transparencia si se acompaña con la publicación de información sobre listas de espera, listados de prestaciones, y quejas y satisfacción del cliente, con efectos indudables sobre la eficiencia.

Control de la demanda y copago

Las reformas por el lado de la demanda ayudan, por una vía adicional, a reducir el crecimiento del gasto, fundamentalmente a través de un aumento en la participación de los pacientes en la cobertura de los costes sanitarios, lo que habitualmente se denomina «copago»¹⁵. No obstante, la delimitación del paquete de prestaciones sanitarias que se desea incluir dentro del sistema de financiación pública (tales prestaciones se denominan «listas positivas») o la forma que tiene la población de acceder a la atención especializada u hospitalaria tienen también una incidencia importante sobre la demanda de servicios sanitarios.

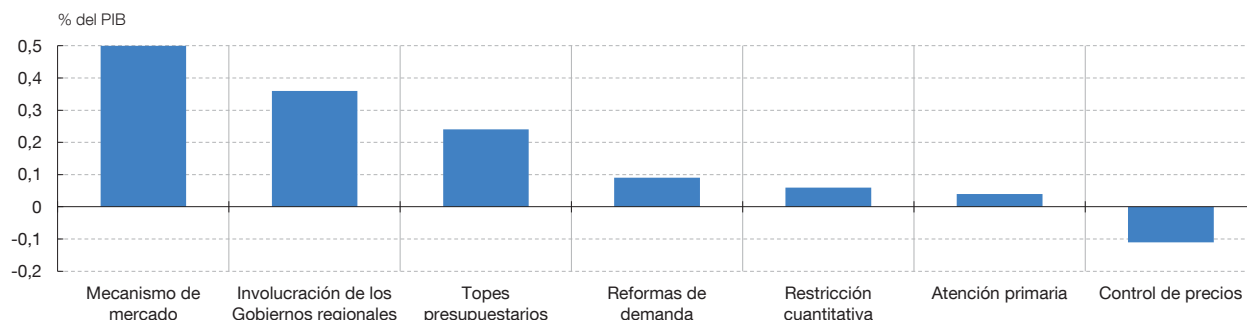
El copago, especialmente en productos farmacéuticos, es una práctica muy extendida en los países de la UEM, ya que contribuye a racionalizar la demanda, al desalentar los usos excesivos e ineficientes de los recursos (véase cuadro 1). Sin embargo, a la hora de implementar el copago para que su efecto sea más favorable es necesario evitar posibles trasvases de demanda de servicios sanitarios desde la atención primaria o especialista hacia otras áreas (urgencias), especialmente en el caso de los segmentos de población con rentas más bajas. Por otra parte, los resultados aportados por el *Rand Health Insurance Experiment* para Estados Unidos sugieren, entre otras cosas, que, aunque un mayor copago no se traduce en promedio en una peor salud de la población, los pacientes de alto riesgo se verían perjudicados en el caso de pertenecer al tramo de rentas bajas. Sin embargo, sus conclusiones no son generalizables, ya que dependen de una serie de condicionantes. Para afrontar estas desventajas, todos los sistemas suelen introducir esquemas de exenciones vinculados a los ingresos de la población y para los enfermos crónicos, aunque con ello se incrementen los costes de administración y gestión. En los países en que se ha implantado en los últimos años, como Francia y Alemania, el objetivo fundamental ha sido dirigir a los pacientes hacia pautas más racionales de uso de los servicios sanitarios, como en el caso francés, en que el copago se reduce cuando el paciente acude al médico de referencia¹⁶.

Otra forma de reducir la presión de los gastos sanitarios sobre los presupuestos generales es la expansión de los seguros privados, que pueden ser complementarios, como en Francia, donde los pacientes pagan directamente la consulta médica y posteriormente el Estado realiza el reembolso de un porcentaje de la factura, lo que ha llevado a que la mayoría de la población tenga un seguro privado complementario con el que paga el resto de la factura¹⁷; o sustitutivos, como en España, que frecuentemente se utilizan para acceder más rápidamente a la atención médica, evitando las listas de espera. A pesar de las posibilidades que abren para cubrir los servicios excluidos del paquete de prestaciones financiados con fondos públicos y limitar el gasto público sanitario, se han hecho muy pocos esfuerzos dirigidos a alentar el seguro de salud privado, y, de hecho, los incentivos fisca-

15 Aunque coloquialmente hablamos de copago para referirnos a todos los costes compartidos, en realidad hay tres grandes modalidades de contribución del paciente en la financiación de recursos: el coseguro (los pacientes pagan un porcentaje del coste de los servicios utilizados), el copago (se carga una cantidad por unidad de servicio utilizado) y los deducibles (se establece un nivel de gasto inicial que asume el paciente a partir del cual empieza a actuar la cobertura pública).

16 En efecto, cuando los pacientes acuden al médico de referencia se les reembolsa la totalidad del servicio, y las consultas del especialista tienen un copago de (1+8) € por visita si está prescrita y de (1+17) € si no lo está. Adicionalmente, en 2005 se introdujo un tique moderador de 1€ por cada visita al médico y en 2008 un pago de 0,5 € por cada caja de medicamento.

17 Este seguro es gratuito para las personas con ingresos muy bajos.



FUENTE: Fondo Monetario Internacional (2012).

a Impacto medio esperado en términos de reducción de gasto público en sanidad hasta 2030, tras la introducción de diferentes reformas sanitarias.

les asociados a los seguros privados se han reducido o suprimido en la UEM (no así en España, en sociedades).

Finalmente, otra medida de racionalización de la demanda es la definición de listas positivas que incluye el catálogo de servicios y medicamentos que se financian públicamente. En este sentido, muchos países han establecido órganos gubernamentales que evalúan la relación coste-eficacia de las tecnologías nuevas y existentes para decidir qué tratamientos deben financiarse con fondos públicos. Desde finales de los años noventa se vienen haciendo esfuerzos, con éxito en varios países, para que el proceso de toma de decisiones sobre el catálogo de prestaciones incluya las recomendaciones de las agencias de evaluación de tecnologías sanitarias (HTA por sus siglas en inglés) para asegurar que los sistemas de salud optimicen los recursos de gastos sanitarios. Más recientemente, la Directiva de Asistencia Sanitaria Transfronteriza de principios de 2011 ha establecido las bases para la cooperación a nivel de la UEM y especifica un conjunto de áreas para desarrollar redes formales, que son una estructura novedosa de la política comunitaria que ayuda a reducir el gasto nacional y a aumentar la eficiencia de los recursos limitados [Kanavos *et al.* (2010)].

Conclusiones

Como se ha visto, existen numerosas estrategias de reforma y la evidencia disponible no permite señalar una estrategia óptima. En principio, las condiciones actuales parecen demandar una mayor atención a las reformas destinadas a alcanzar mayores niveles de eficiencia en la provisión de los servicios sanitarios porque permitirían reducir el gasto manteniendo la cobertura y la calidad de los servicios, es decir, explotando el margen existente para reducir los recursos o *inputs* sanitarios (y por tanto los costes) con que se alcanzan unos determinados resultados del sistema de atención sanitaria o *output*. En este sentido, la OCDE (2010b) concluye que en más de un tercio de sus países miembros podrían mejorar los resultados de salud, tanto como en la década anterior, únicamente consiguiendo una mayor eficiencia y manteniendo el gasto constante. Por otra parte, la explotación de las ganancias de eficiencia se podría traducir en un ahorro de gasto público que podría ascender hasta un 1,9 % del PIB para 2017 en promedio para el área de países de la OCDE y hasta más del 3 % en países como Grecia, Irlanda o el Reino Unido.

Por su parte, Hernández de Cos y Moral-Benito (2011) estiman el impacto de las instituciones sobre la eficiencia en los países de la OCDE a partir de veinte indicadores institucionales

y encuentran efectos estadísticamente significativos de la regulación de precios, el control de acceso a los especialistas, el control de objetivos, el copago y el desarrollo de la cobertura privada, así como del grado de universalidad y el grado de delegación de las aseguradoras. En ese mismo sentido, un estudio más reciente del FMI (2012) identifica las reformas que han tenido más éxito en la contención del gasto sanitario y cuantifica el impacto de cada una de ellas sobre el exceso de gasto sanitario¹⁸. En el gráfico 5 se resumen los principales resultados, apreciándose que los mayores ahorros provendrían de la introducción de mecanismos de mercado, de la involucración de los Gobiernos regionales en la toma de decisiones y de la inclusión de topes presupuestarios. Con un impacto más reducido, pero no despreciable, se sitúan las reformas por el lado de la demanda, la introducción de restricciones cuantitativas y la potenciación de la atención primaria. Por último, los controles de precios tienen un impacto contrario al deseado.

7.11.2012.

BIBLIOGRAFÍA

- CARONE, G., C. SCHWIERZ y A. XAVIER (2012). «Cost-containment policies in public pharmaceutical spending in the EU. European Commission», *European Economy*, n.º 461.
- COMISIÓN EUROPEA (2012). *The 2012 ageing report. Economic and budgetary projections for the 27 EU Member States (2010-2060)*.
- (2010). *Joint report on health systems*, European Economy Occasional Papers n.º 74.
- COTTARELLI, C. (2010). *Macro-fiscal implications of health care reform in advanced and emerging economies*, estudios de casos preparados por el Departamento de Asuntos Fiscales, FMI.
- DURÁN, A. (2011). Health system decentralization in Spain: a complex balance, *Euro Observer*, vol. 13, n.º 1.
- ETTELT, S., E. NOLTE, N. MAYS, S. THOMSON, M. MCKEE y THE INTERNATIONAL HEALTHCARE COMPARISONS NETWORK (2006). *Policy brief. Health care outside hospital. Accessing generalist and specialist care in eight countries*, European Observatory on Health Systems and Policies.
- FEDEA (2009). *Impulsar un cambio posible en el sistema sanitario (2009)*, McKinsey & Company y Fedea.
- FIGUERAS, J., M. MCKEE, J. CAIN y S. LESSOF (2004). *Health systems in transition: learning from experience*, European Observatory on Health Systems and Policies.
- FONDO MONETARIO INTERNACIONAL (2012). *The economics of public health care reform in advanced and emerging economies*, editado por Benedict Clements, Davis Coady y Sanjeev Gupta.
- GRUBER, J. (2006). *The Role of Consumer Copayments for Health Care: Lessons from the RAND Health Insurance Experiment and Beyond*, Kaiser Family Foundation.
- GIL, V., J. BARRUBÉS, J. C. ÁLVAREZ y E. PORTELLA (2010). *Sostenibilidad financiera del sistema sanitario. 10 medidas estructurales para afrontar las causas del crecimiento del gasto*, Antares Consulting, Barcelona.
- HERNÁNDEZ DE COS, B., y E. MORAL-BENITO (2011). *Eficiencia y regulación en el gasto sanitario en los países de la OCDE*, Documentos Ocasionales n.º 1107, Banco de España.
- KANAVOS, P., E. NICOD, S. VAN DEN AARDWEG y S. POMEDLI (2010). «The impact of health technology assessments: an international comparison», *Euro Observer*, vol. 12, n.º 4.
- LÓPEZ CASASNOVAS, G. (2009). «La sostenibilidad de los sistemas sanitarios públicos y las reformas financieras en el horizonte», J. L. Rodríguez-Vigil y M. Caicoya (coords.), *La sanidad pública en Asturias. I. La sostenibilidad del sistema*, Real Instituto de Estudios Asturianos, Oviedo.
- LÓPEZ CASASNOVAS, G., y J. PUIG-JUNOY (2000): «Review of the literature on reference pricing», *Health Policy*, vol. 54, pp. 87-123.
- MAGNUSSEN, J., K. VRANGBAEK y R. B. SALTMAN (2009). *Nordic health care systems. Recent reforms and current policy challenges*, Open University Press, McGraw-Hill.
- OCDE (2010a). *Health at a Glance: Europe 2010*, OECD Publishing.
- (2010b). *Health Care Systems, Efficiency and policy settings*.
- (2010c). *Value for Money in Health Spending*, OECD Health Policy Studies.
- OLIVEIRA, M., C. MAISONNEUVE y S. BJORNERUD (2006). *Projecting OECD health and long-term care expenditures: What are the main drivers?*, OECD Working Paper n.º 477, París.
- PARIS, V., M. DEVAUX y L. WEI (2010). *Health systems institutional characteristics: a survey of 29 OECD countries*, OECD Health Working Papers, n.º 50.
- SALTMAN, B., A. DURÁN y H. F. W. DUBOIS (2011). *Governing public hospitals. Reform strategies and the movement towards institutional autonomy*, European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen.
- SMITH, P. C., y I. PAPANICOLAS (2012). *Health system performance comparison: an agenda for policy, information and research*, European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen.
- STOLPE, M. (2012). *Containing public health spending through market-based health reform in Germany*.

¹⁸ Se entiende por «exceso de gasto sanitario» el exceso del crecimiento del gasto público real sanitario *per capita* por encima del de la renta real *per capita*, una vez que se ha controlado por los cambios demográficos.

- THOMSON, S., T. FOUBISTER, J. FIGUERAS, J. KUTZIN, G. PERMANAND y L. BRYNDOVÁ (2009). *Addressing financial sustainability in health systems*, European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen.
- THOMSON, S., T. FOUBISTER y E. MOSSIALOS (2009). *Financing health care in the European Union. Challenges and policy responses*, European Observatory on Health Systems and Policies.
- VELASCO, M., A. ZENTNER y R. BUSSE (2010). «The effects of gatekeeping: A systematic review of the literature», *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 29, pp. 28-38.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2010). *The world health report: health systems financing: the path to universal coverage*.