

5.1. Sistemas Sanitarios y Aseguramiento de riesgos para la salud.



Los sistemas sanitarios son esquemas de aseguramiento colectivo de riesgos para la salud; en el Siglo XX los Estados desarrollados han asumido la protección de la salud individual; se revisan características y se analizan las ventajas y los retos del aseguramiento público.

Autor: Jose Ramón Repullo

*Jefe de Departamento de Planificación y Economía de la Salud
Escuela Nacional de Sanidad*

Se recomienda imprimir 2 páginas por hoja

Citación recomendada:

Repullo Labrador J.R.. Sistemas Sanitarios y Aseguramiento de riesgos para la salud [Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2012 [consultado día mes año]. Tema 5.1. Disponible en: [direccion url del pdf.](#)



TEXTOS DE ADMINISTRACION SANITARIA Y GESTIÓN CLÍNICA
by UNED Y ESCUELA NACIONAL DE SANIDAD
is licensed under a Creative Commons
Reconocimiento- No comercial-Sin obra Derivada
3.0 Unported License.



Resumen:

Los Sistemas Sanitarios son instrumentos para conjuntar riesgos de amplias capas de la población, fomentados y tutelados por los poderes públicos, que aportan protección sanitaria y económica ante la enfermedad.

Se construyen a partir del modelo tradicional de medicina liberal,

impulsados por el desarrollo del conocimiento científico y técnico, la especialización, el cambio del rol del hospital, y el consecuente aumento de los costes sanitarios.

Introducción: Los sistemas sanitarios.

1 Génesis de los Sistemas Sanitarios

2 La funcionalidad del aseguramiento colectivo de riesgos para la salud, y el papel del Estado.

3 Problemas y retos de los modelos públicos de aseguramiento sanitario.

Referencias bibliográficas

El aseguramiento colectivo de riesgos de salud es una buena opción ante un coste medio sanitario que es elevado, muy desigualmente distribuido, y con alta incertidumbre sobre dicha distribución. Permite, a través del pago prospectivo y el tercero pagador, un subsidio de sanos a enfermos, de jóvenes a ancianos, y (en los públicos) de ricos a pobres. Su extensión a amplias capas de la población, exige la intervención del Estado, estableciendo la obligatoriedad del aseguramiento y la financiación impositiva o por contribuciones.

Al crearse un esquema de aseguramiento colectivo, se producen problemas de selección adversa (los "bajo riesgo" quieren salirse), selección de riesgos (los aseguradores intentan impedirlo y evitar que los "alto riesgo" entren), y riesgo moral (uso excesivo e inapropiado).

Las políticas y reformas de los sistemas públicos de salud han intentado responder a estos inconvenientes con políticas por el lado de la demanda (copagos) y de la oferta (integración vertical de proveedores), que han tenido resultados desiguales y controvertidos.

Introducción: Los sistemas sanitarios.

Cuando hablamos de Sistemas Sanitarios nos estamos refiriendo a los esquemas de aseguramiento colectivo de riesgos de enfer-

Los Sistemas Sanitarios son instrumentos para conjuntar riesgos de amplias capas de la población, fomentados y tutelados por los poderes públicos, que aportan protección sanitaria y económica ante la enfermedad.

mar que bajo la tutela de los poderes públicos están disponibles de forma muy accesible para amplias capas de la ciudadanía de un determinado país. En nuestro contexto europeo cabe hablar de sistemas públicos de salud, (aseguramiento público, seguro obligatorio, o seguro social sanitario) ya que el papel del Estado es muy activo en la regulación o la financiación. En otros contextos donde no hay aseguramiento obligatorio de los trabajadores (Estados Unidos), o donde los sistemas públicos u obligatorios están poco extendidos o tienen una calidad muy erosionada (países en vías de desarrollo), el término obliga a mayores matizaciones: implica describir con mayor detalle los subsistemas (público, seguro social, seguros gremiales, seguro privado, utilización directa, etc.) y las inevitables interacciones entre ellos.

No obstante, al referirnos a Sistema Sanitario, conviene reparar en que la palabra "sistema" significa la articulación de una serie de centros y servicios de atención sanitaria en forma de red capaz de responder a través de los principios de especialización y coordinación a un amplio elenco de problemas de salud; el término "sanitario" nos remite al sector, pero permite interpretaciones más o menos amplias: desde lo meramente médico, a lo salubrista (preventivo), o a lo social (bienestar, equidad y justicia social) .

Siendo prácticos, podemos partir de un alcance más limitado del término, y referirnos a los sistemas sanitarios como un instrumento de ingeniería social para posibilitar el aseguramiento colectivo de los riesgos de pérdida de la salud, de forma que grandes grupos sociales conjunten su probabilidad de enfermar y consigan una protección mutua eficiente y equitativa, que evite el riesgo económico para aquellos individuos que tengan la mala fortuna de precisar asistencia sanitaria, especialmente en las enfermedades graves, crónicas y caras que arruinan las economías familiares.

Ambos aspectos están históricamente relacionados, y en los puntos siguientes se explicará su génesis histórica, su configuración y problemas, así como la intervención del Estado desde final de la Segunda Guerra Mundial, momento en el cual emergen los actuales sistemas públicos de salud.

1 Génesis de los Sistemas Sanitarios

Hay un lento camino para que la atención médica a las personas se convierta en una preocupación social, y sea asumida como parte de las responsabilidades de tutela de los poderes públicos.

A los gobernantes desde tiempos inmemoriales les han preocupado los problemas de salud de carácter colectivo; el paradigma son las epidemias. El Talmud hebreo (codificado en el siglo V, pero recogiendo tradiciones del Siglo I a.c.) ya regulaba la identificación, segregación de leprosos, y tratamiento de sus viviendas y enseres. La peste negra del Siglo XIV redujo entre el 30 y el 60% de la población, y en algunas zonas la superficie cultivable se redujo en un 40% por despoblación. Es comprensible que los poderes públicos tomaran muy en serio establecer medidas de control sanitario y prevención de la difusión de epidemias. La higiene y policía sanitaria, salud pública en términos más modernos, vehiculizó la primera intervención organizada de la sociedad para protegerse de riesgos colectivos para la salud.

La preocupación colectiva por los problemas de salud de las personas que no suponían amenazas de tipo infecto-contagiosa a la comunidad, entraba en otra categoría menos tutelar: la beneficencia o caridad. Pero ésta no se canalizaba tanto por los gobiernos, sino por iniciativas religiosas o altruistas de los ciudadanos. Y no radicaba tanto en la atención médica (muy poco efectiva y evolucionada hasta el Siglo XIX), sino en la acogida y cuidado de los pacientes.

Para que los poderes públicos incorporen a su responsabilidad la protección activa de la salud de las personas individuales ha de recorrerse un largo camino. Y para ello la medicina como ciencia y arte ha de emerger de su propia historia, haciendo eclosionar un elenco de intervenciones efectivas que cambien substancialmente el curso de la enfermedad. Repasemos brevemente esta génesis de la medicina social.

1.1 La medicina liberal como paradigma de la práctica clínica tradicional.

Cuando se consolida la práctica profesional de la medicina (Laín

Los poderes públicos desde el mundo antiguo limitaban su preocupación a los problemas colectivos de salud, particularmente al control de las epidemias; los problemas de las personas eran apoyados desde el altruismo y la caridad.

El nuevo paradigma de la protección de la salud individual emerge a partir de un largo camino de desarrollo de la medicina.

Entralgo lo sitúa a partir del Siglo XI) ¹ se va instaurando un modelo organizativo muy sencillo al que se suele llamar "**medicina liberal**". Este modelo tiene sólo dos componentes, paciente y médico. Cuando una persona padece una serie de síntomas, signos, molestias, dolores o alteraciones diversas, y éstas superan un determinado umbral, se desencadena la conducta de buscar a un profesional de la medicina, el cual atiende al paciente, haciendo un diagnóstico, aconsejando una terapéutica y eventualmente practicando intervenciones y técnicas para recuperar su salud o paliar las molestias de la enfermedad. La medicina se practica en las casas de las familias o en los consultorios de los médicos, y se mantiene en un perfil tecnológico bajo, de manera que el instrumental y aparataje habitual cabe en el maletín del médico (con el apoyo de los servicios fármaco-terapéuticos del boticario, y quirúrgicos menores del cirujano o barbero).

La retribución que reciben los médicos por estos servicios son honorarios que varían según los pacientes: en efecto durante siglos es uso habitual el que los médicos practiquen la "discriminación de precios", de forma que los ricos pagan más, y los pobres pagan menos, o incluso los más pobres de entre los pobres son atendidos gratuitamente; por lo tanto existe un "subsidio cruzado" a través del médico, por el cual los más ricos estarían financiando parte de la atención médica de los más pobres.

El núcleo científico de la medicina está en estos médicos liberales instalados en la comunidad. El papel del hospital es subsidiario y complementa otro tipo de necesidades. El hospital medieval es una institución benéfica (religiosa fundamentalmente), de acogida para los que tienen una dolencia grave pero carecen de un domicilio donde ser atendidos; los pobres y mendigos entran en esta categoría, pero también los que caen enfermos fuera de su casa como viajeros, soldados o comerciantes². La función de cuidados, que es la esencial, se complementa con la visita periódica de los médicos de la población, que en general tiene carácter altruista y no remunerado.

Durante largos siglos la medicina desarrolla muy pocos conocimientos e innovaciones, dominando una tendencia a la tradición y la aplicación generación tras generación de los mismos saberes y textos clásicos; el tabú impuesto por las tres religiones

monoteístas occidentales para hacer autopsias frenó la posibilidad de adquirir conocimientos anatómicos y fisio-patológicos nuevos, mientras que el tradicionalismo dificultó la transmisión del saber empírico adquirido.

En la **Figura 1** se muestra la situación descrita anteriormente, con una base de relación paciente-médico estructurada en torno a la medicina liberal, y un modelo de hospital caritativo o benéfico, apoyado o subsidiado por la población, con funciones de cuidados más que de atención médica. La principal interacción se produce entre el ciudadano que ha enfermado (paciente) con el médico local de su elección (médico liberal); además, hay algunos pacientes menesterosos y graves que han de acudir al hospital, donde cuidan de él y donde también acude el médico para visitarle de forma altruista.

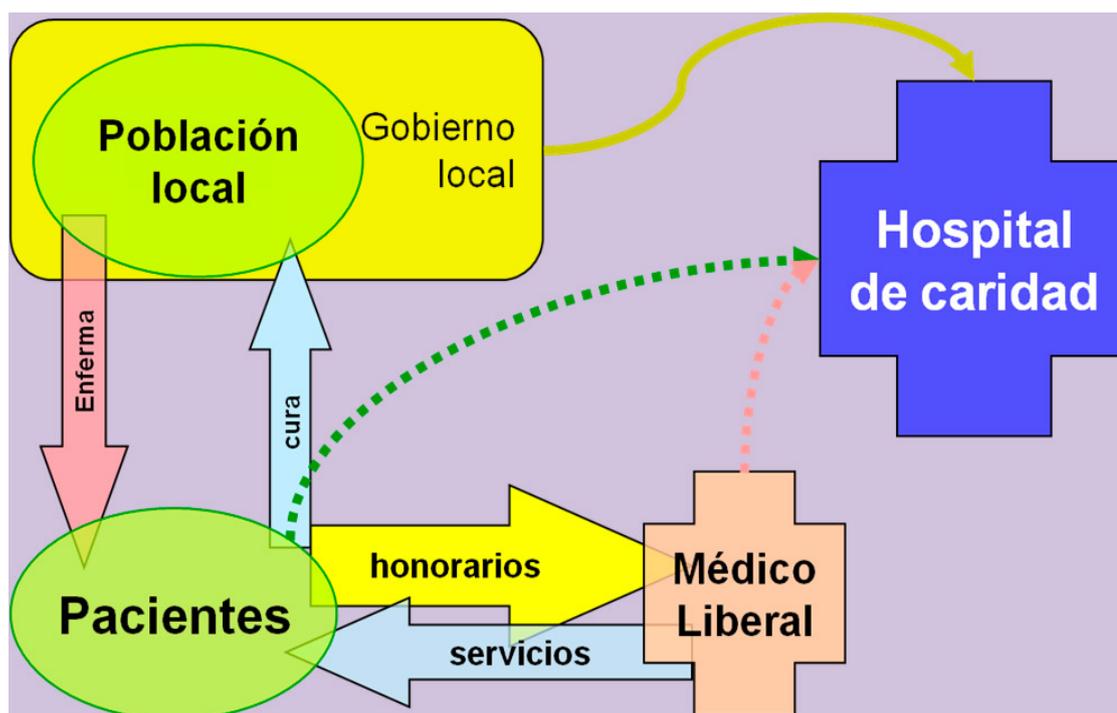


Figura 1: Modelo asistencial clásico de la medicina liberal y el hospital de cuidados de beneficencia.

1.2 La expansión del saber clínico y la especialización.

La medicina empieza a cambiar en el renacimiento, siendo agentes muy significados de esta transformación de la visión dominante André Vesalio (con su anatomía de 1543 "de humani corporis fabrica"), Paracelso (1493-1541 con sus aportaciones a la clínica) y Ambrosio Paré (con su obra famosa sobre cirugía de 1545

El modelo tradicional de medicina liberal se basó en dos agentes: el paciente y el médico local, que intercambiaban servicios a cambio de honorarios en las consultas y domicilios; el hospital cumplía una función secundaria, para dar acogida y cuidados a los pobres, con la colaboración altruista de los médicos de la localidad.

“método de tratar las heridas causadas por arcabuces y otros bastones de fuego”). El cambio se acelera desde el Siglo XVIII: como dice Lyons “la característica fundamental de la medicina del Siglo XIX es el intento de correlacionar los descubrimientos del laboratorio y de la sala de autopsias con las observaciones junto al lecho del enfermo”³.

La expansión del conocimiento clínico se produce lógicamente en el hospital, que actúa como gran concentrador de casos graves y floridos en pacientes pobres y desasistidos. Los médicos van dedicando más tiempo al hospital, iniciándose el proceso de especialización, al aplicar su atención y esfuerzo en aquellas patologías, órganos o sistemas que despiertan su interés científico y profesional.

La **especialización** es un proceso de gran importancia, pues tiene efectos profesionales y sociales. Los médicos durante el Siglo XIX siguen obteniendo sus ingresos de sus consultas y pacientes de todo tipo que acuden desde el vecindario; pero aquellos que se van especializando en el hospital caritativo, si bien no obtienen rentas significativas por ello, si que consiguen una reputación que atrae pacientes privados desde más lejos, bien por la fama en la población o por la derivación de otros médicos que conocen su competencia clínica. Esto mejora su situación económica y permite dedicar más tiempo a sus investigaciones médicas; el saber sigue especializándose y se van estructurando relaciones personales y epistolares entre médicos que estudian problemas afines, lo que configura tanto los esquemas de especialidades como las primeras revistas científicas.

Curiosamente esta situación donde el médico obtiene del hospital más reputación que rentas, y de la consulta particular más renta que reputación, parece una constante que se ha mantenido hasta nuestros días, en términos de la relación del desempeño público – privado⁴.

Este cambio profesional da lugar a una eclosión del saber clínico, con centros neurálgicos de referencia como el Hospital de la Pitié Salpetriere de París, o el Hospital Guy´s de Londres, que junto con otros centros franceses, ingleses y germánicos contribuyeron decisivamente a crear la nosología, propedéutica y semiología de la medicina clínica moderna.

Los **avances diagnósticos** tardaron en ser seguidos por mejoras en la **efectividad terapéutica**; algunas mejoras desde el Siglo XVIII cabe identificar en la fármaco-terapéutica disponible (quinina, digital, belladona...) así como en el tratamiento quirúrgico de las heridas de arma de fuego. Pero el arte diagnóstico toma ventaja sobre la terapéutica, lo cual en cierta forma es lógico y esperable: hay que entender que las taxonomías diagnósticas jugaron un papel clave para conectar la experiencia clínica individual (mi paciente) con la ciencia médica general (las enfermedades), siendo por lo tanto esenciales tanto para la acumulación y difusión del conocimiento científico, como para la ulterior aplicación de dicho conocimiento en la asistencia sanitaria de los pacientes.

El principal efecto de la expansión del saber clínico y de la especialización es la **crisis del modelo tradicional** de medicina liberal. Una mente y un par de manos (por sabias o virtuosas que sean respectivamente), no pueden ya contener el conocimiento y las habilidades necesarias para dar respuesta desde la medicina a las enfermedades de los pacientes.

Se necesita la cooperación entre distintas especialidades y médicos; pero también se necesita un entorno diferente al del domicilio del paciente, ya que el maletín del médico ha quedado desbordado en su capacidad: se necesitan consultas y hospitales equipados por instalaciones y tecnologías cada vez más numerosas y complejas, y se precisa de la colaboración de personal profesionalizado y entrenado para asistir a los médicos en el cuidado del enfermo en la aplicación de intervenciones y técnicas, y en el manejo de la nueva tecnología.

Florence Nightingale (1820-1910) inició en la guerra de Crimea en 1854 los fundamentos de la nueva profesión de enfermería, que se desarrolló con todo su potencial a lo largo del Siglo XX; la creciente introducción de tecnología en la segunda mitad del Siglo XX lleva a que aparezcan otras profesiones y especializaciones técnicas para el auxilio en áreas como la radiología, la medicina nuclear y laboratorios, mientras que la enfermería y sus especializaciones refuerzan su papel e identidad en torno a los cuidados directos al paciente.

En pocas palabras; **se pasa de la atención del médico a la**

La medicina desde el Renacimiento avanza en acumular y transmitir nuevos conocimientos anatómicos, fisiológicos y clínicos; el hospital es el escenario de generación de saber, y fomenta la especialización.

En el siglo XIX el desarrollo de la medicina supera el viejo modelo de medicina liberal: se necesitan redes y cooperación, y se precisa un nuevo tipo de hospitales, donde desarrollar la medicina y la cirugía; y hace falta una nueva profesión, la enfermería, para los nuevos cuidados del hospital intervencionista.

atención sanitaria, donde los médicos trabajan en red y con apoyos institucionales crecientes (especialmente el hospital como centro de la modernidad médica). El ocaso de la medicina liberal viene a plantear un nuevo problema; la efectividad creciente de la medicina moderna, que la hace más deseable socialmente, viene asociada con costes crecientes que amenazan con hacerla menos accesible. De ahí que a lo largo del Siglo XX se configuren nuevos modelos de aseguramiento para hacer posible que la asistencia sanitaria pueda llegar a amplias capas de la población.

1.3 Los primeros seguros médicos.

Los primeros seguros médicos en la Alemania del siglo XIX (Krankenkasse) no tenían como objetivo primario sufragar los gastos médicos directos, sino subsidiar el salario del trabajador que caía enfermo, protegiendo a las familias del infortunio económico asociado a que el trabajador no pudiera obtener su salario por causa de enfermedad.

Según se hace más compleja y efectiva la asistencia sanitaria, el coste directo de los servicios pasa a ser el riesgo económico principal a considerar.

Además existe una **distribución del gasto muy concentrada** en pocas personas. Diversos estudios han identificado esta "concentración de riesgos", llegando a concluir que el 5 % que más usa los servicios sanitarios acumula a lo largo de un año casi un 50% del gasto sanitario total ^{5,6}. Para este 5% la enfermedad es un riesgo económicamente catastrófico, riesgo de tal nivel que sólo los más ricos podrían sufragar con sus propios medios económicos.

Y finalmente, este riesgo económico es además **poco predecible** a nivel individual; así, para una persona que hoy está razonablemente sana, es difícil saber si va a padecer una enfermedad en el siguiente año, y el coste que supondrá el tratamiento de la misma.

Por todo lo anterior, cuando un riesgo tiene un coste medio elevado, se distribuye de forma muy diversa en su población, y su aparición es difícilmente previsible en las personas (aunque no en los grupos sociales), una solución interesante consiste en

“juntar riesgos”, y buscar un esquema por el cual todos aporten una cantidad, para el caso de que algunos puedan necesitar la asistencia por un problema de salud. Esta es la esencia del aseguramiento.

En la **figura 2** se representa el nuevo esquema que forman población (que decide asegurarse colectivamente), asegurador o tercero pagador (la caja común y su sistema de cobros y pagos), y los proveedores (generalistas, especialistas y hospitales) que son quienes prestan finalmente los servicios.

El esquema de financiación implica que la población asegurada paga prospectivamente (es decir periódicamente y antes de saber si se va a enfermar o no) una cantidad que recauda el asegurador o tercero pagador; con este dinero se hará frente al coste de la asistencia para aquellos que tengan la mala fortuna de caer enfermos; así, cuando un “asegurado” percibe que tiene un problema de salud que requiere atención médica, acude al médico o centro sanitario (con las restricciones que puedan existir en su esquema de aseguramiento), pero el coste de dicha asistencia ahora se repercute en el asegurador (sin menoscabo de que pueda tener que hacer frente a algún copago directamente). Este es, en esencia, la gran innovación organizativa, que nace en pequeños grupos de trabajadores y gremios, pero que en el Siglo XX se generalizará para configurar los sistemas sanitarios de cobertura poblacional.

Cuando un riesgo tiene un coste medio elevado, se distribuye de forma muy diversa en su población, y su aparición es difícilmente previsible en las personas (aunque no en los grupos sociales) la solución racional es “juntar riesgos” en un esquema integrado de seguro mutuo.



Figura 2: Modelo de aseguramiento colectivo de riesgos de enfermar por un grupo poblacional.

1.4 La generalización de los esquemas de seguro sanitario.

La evolución de las **Krankenkasse alemanas** marca también la senda de la generalización. Como describe Wolper⁷ y también Busse y Riesberg⁸ desde la edad media se produjo la lenta extensión de estas entidades para apoyo mutuo de gremios y talleres ante el infortunio de la enfermedad y la muerte, así como de sus consecuencias económicas para las familias; la industrialización del siglo XIX por una parte ayudó a extender el modelo, pues los trabajadores de manufacturas lo siguieron; pero también desbordaron un modelo que había nacido para grupos más pequeños y estables de artesanos. En los tiempos de Otto von Bismarck, había una enorme agitación política y sindical; además, éste canciller pretendía contrarrestar la influencia de la izquierda con medidas de corte social. En 1883 el Reichstag publicó la Ley del Seguro Nacional de Salud donde se establecía la obligatoriedad de afiliación de todos los trabajadores por cuenta ajena en los fondos de enfermedad, que pasaban a ser entidades sin ánimo de lucro gestionadas por empresarios y trabajadores y reguladas por el gobierno; los trabajadores aportaban 2/3 de las cuotas y el empleador 1/3.

Este modelo tiene un notable éxito; se ha establecido como punto de partida de la Seguridad Social, y tras su estabilización se extendió a otros países; en el inicio de la **Primera Guerra Mundial** hasta 10 países europeos ya habían seguido esta senda, incluido el Reino Unido que en 1911 aprobó la Ley del Seguro Nacional; incluso en Estados Unidos en 12 Estados se había desarrollado el debate legislativo, bajo los auspicios del presidente progresista Roosevelt; sin embargo su derrota en 1912, y la hostilidad de seguros de vida y de grupos médicos, hizo fracasar la iniciativa, que se abandona en 1917 cuando entra EEUU en la Guerra Mundial⁹.

El número de Krankenkassen era muy elevado; 18.776 en 1885; y aunque fueron reduciéndose hasta unos 2000 (desde 1935), se mantuvieron como esquemas separados. Hasta los años 90 no se establece un sistema de compensación de riesgos entre estos fondos; en la actualidad hay poco más de 300, y aunque articulados, configuran el modelo paradigmático de seguro social sanitario pluralista.

El caso de **Francia** es diferente, aunque los orígenes parecen similares¹⁰; en 1900 existían unas 13.000 sociedades de seguros mutuos (*sociétés de secours mutuelles*); en 1930 la Ley de Seguros Sociales hace nacer el seguro obligatorio de enfermedad, que en 1939 ya cubre a 2/3 de la población francesa. Sin embargo, cuando en 1945 (tras la Segunda Guerra Mundial) se establece la Seguridad Social francesa ("*l'Assurance Maladie*") se constituye como una organización unitaria, y las *mutuelles* o bien desaparecen o pasan a jugar un papel en el aseguramiento complementario; de ahí, que la Seguridad Social francesa pase a ser el paradigma de seguro social sanitario unitario.

En el caso del **Reino Unido**, durante la Segunda Guerra Mundial se produce el conocido Informe Beveridge de 1942¹¹, en el cual se recomienda establecer un seguro para los riesgos de salud de todos los ciudadanos; esta propuesta se materializa en 1946 (*National Health Service Act*), con la creación de un modelo donde toda la población pasa a formar parte de un único grupo de conjunción de riesgos y cuya financiación se basa en impuestos generales.

En el caso **español**, es en 1942 cuando se implanta la Ley del Seguro de Enfermedad, como "... *seguro, con carácter obligatorio para los productores económicamente débiles, y con la amplitud y generosidad propia de nuestra Revolución Nacional sindicalista*", con una clara inspiración Bismarckiana, aunque con un carácter unitario nacional y claramente impuesto desde el autoritarismo propio de la dictadura del General Franco tras la Guerra Civil¹².

Como vemos en los casos anteriores, el proceso de extensión del aseguramiento sanitario en Europa ha seguido una senda de **extensión hacia amplias capas de la población**, bien sea por la ruta de hacer obligatorio el aseguramiento para los trabajadores (el Estado asume un papel regulatorio, pero no gobierna directamente el sistema), o por incorporarlo a los derechos de ciudadanía, y a las obligaciones tributarias de los contribuyentes (asumiendo el Estado un papel más activo en la organización de los servicios sanitarios).

En el caso de **Estados Unidos** se produce un desarrollo divergente, que rompe la aspiración universalista que animaba el con-

Los seguros sociales sanitarios, desde su constitución como seguros obligatorios para trabajadores alemanes a finales del Siglo XIX, se extendieron por muchos países; tras la Segunda Guerra Mundial se expanden a amplias capas de la población en los países europeos, e incluso en algunos se universaliza para el conjunto de la ciudadanía. Estados Unidos diverge de esta tendencia dominante de "Estado de Bienestar".

cepto de Estado de Bienestar; como afirma McKee y Stuckler, Estados Unidos "... emergió de la Guerra con un poderoso sector industrial, enriquecido por el gasto militar, que pudo modificar el discurso político en su propio interés. En la mayor parte de Europa la industria estaba devastada y en Alemania y países que ésta había ocupado, las principales compañías estaban marcadas como colaboracionistas. Sin embargo, la diferencia crucial de efectos más duraderos fue la raza. En Estados Unidos un blanco no podía descender al peldaño más bajo de la escalera social, porque ya estaba ocupado. Los afro-americanos se enfrentaban a una discriminación generalizada y persistente... Los europeos sabían que podían irse a la cama ricos y despertarse pobres, pero un estadounidense rico (que además era blanco), podía estar seguro de que nunca se convertiría en negro..."¹³.

En la **figura 3** se visualiza cómo los diferentes esquemas ocuparían un gradiente en un sistemas de coordenadas: en abci-
sas según avanza la perspectiva del sujeto colectivo (interés general de la sociedad) sobre los intereses y expectativas del individuo; en ordenadas, según avanza la conjunción de riesgos de individuos y grupos sociales en un único grupo de riesgo que abarca a toda las sociedad. En el origen de coordenadas, estaría el individuo que no se asocia y se auto-asegura de sus riesgos; el siguiente esquema es la creación de grupos pequeños que teniendo un similar perfil de ingresos y de riesgos, deciden integrarse voluntariamente (egoísmo inteligente); el tercer modelo sería el del seguro obligatorio, bien pluralista (como en Alemania) o bien unitario (como en Francia); el carácter obligatorio es el resultado de la imposición de la visión social sobre la individual (uso de la coerción); y ésta perspectiva social es aún más fuerte cuando el conjunto de los ciudadanos se ven obligados a integrarse en un único grupo de riesgo (como es el caso del modelo británico del NHS)¹⁴.

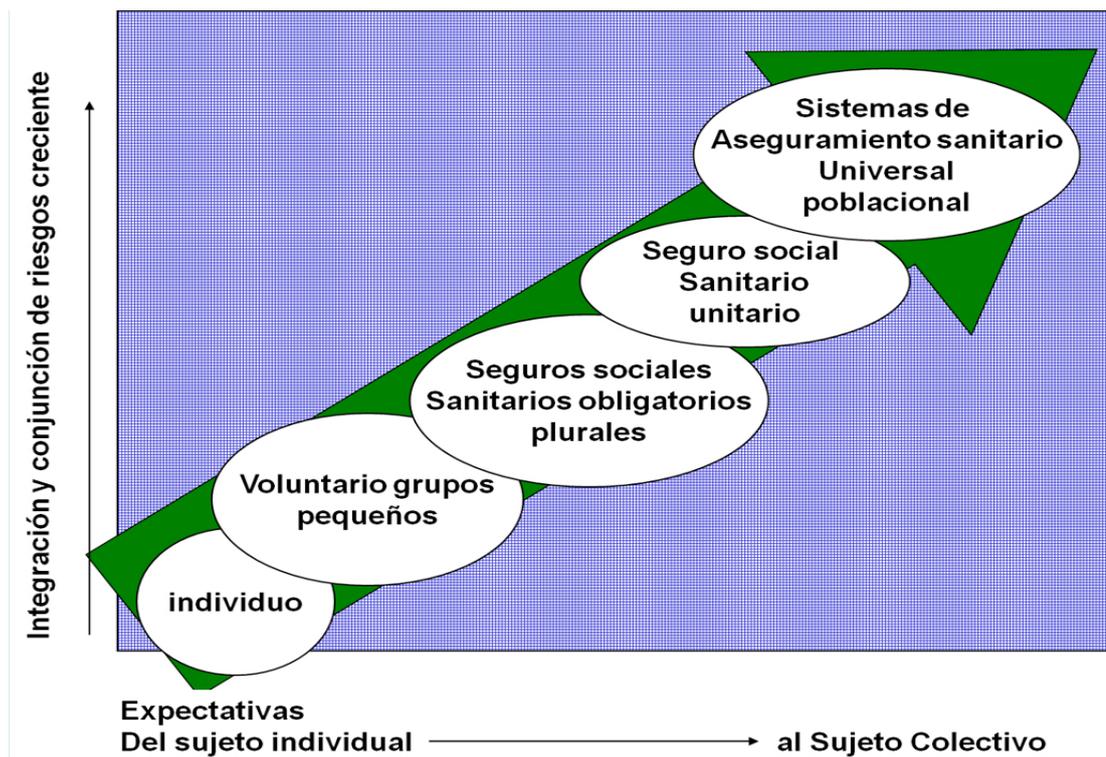


Figura 3: Evolución de los modelos de aseguramiento, en función de la importancia de la perspectiva del sujeto colectivo sobre la del individuo, y de la intensidad de integración de riesgos.

2 La funcionalidad del aseguramiento colectivo de riesgos para la salud, y el papel del Estado.

Hemos comentado que las Krankenkasse voluntarias de los gremios alemanes, tenían como principal propósito protegerse del infortunio económico que ocasionaba en las familias el que el trabajador dejara de acudir a la (lo que hoy llamaríamos subsidio por "incapacidad temporal" -IT-). También tenían acuerdos con médicos para que atendieran a sus afiliados, pero el coste y riesgo principal no era el de la atención médica sino el del subsidio de rentas.

El desarrollo de la ciencia y la técnica médicas, especialmente a lo largo del Siglo XX, cambia totalmente la situación; el coste directo de los servicios sanitarios rebasa ampliamente la merma de ingresos que produce la enfermedad en la población activa, y constituye en sí mismo un mayor peligro sobre la capacidad y solvencia económica de las familias (en la actualidad en España el coste de la IT es la vigésima parte del de la asistencia sanitaria pública).

Por lo tanto, el crecimiento de los costes de la asistencia sanitaria, es un primer factor que llevaría a plantearse por razones de equidad en el acceso, la posibilidad de que existiera una acción de solidaridad social para que los individuos de mayores rentas pudieran apoyar a los que tienen menor capacidad económica.

Profundizamos lo planteado en el punto 1.3.

Si juntamos el alto coste y la concentración de riesgos, nos encontramos con el hecho de que la enfermedad puede suponer un riesgo catastrófico (en términos de costes directos médicos de la asistencia), para aquellas personas que tienen la mala fortuna de estar en los primeros grupos de la tabla. Pocas economías personales pueden soportar directamente el pago de las facturas de ciertos procesos que requieren intervenciones, hospitalización, tratamientos costosos, y que en muchos casos son procesos que se alargan en el tiempo. Pensemos en una insuficiencia renal crónica, en un transplante hepático o cardíaco, o en el tratamiento quirúrgico, quimioterápico y radioterápico de un tumor cerebral. Pero no sólo la alta tecnología implica costes catastróficos; una anorexia nerviosa tributaria de varios ingresos hospitalarios prolongados, y de un dilatado seguimiento y terapia, puede competir en costes con dichos procesos.

Además, para una persona que hoy está razonablemente sana, es difícil predecir la probabilidad de aparición de una enfermedad, y el coste que supondrá el tratamiento de la misma. Las compañías de seguro llevan mucho tiempo intentando predecir este fenómeno, con el objetivo seleccionar y ajustar el pago de las pólizas al "perfil de riesgo"; pero lo cierto es que la capacidad predictiva es notoriamente baja, y el factor más indicativo del consumo de recursos es el propio perfil de utilización en el año anterior (es decir, cuando ya ha comenzado a debutar la propia morbilidad); esta capacidad de predicción de gasto según autores como Newhouse no llega en el mejor de los casos a explicar el 20% de la varianza¹⁵; en trabajos más recientes, y usando como predictores la morbilidad atendida en años anteriores, hospitalaria y extrahospitalaria, el seguro de ancianos norteamericano "Medicare", utilizando el "CMS-HCC" lograba explicar una variación del 11.2%¹⁶.

Dicho en otros términos; para un individuo es difícil saber si el año próximo va a sufrir, por ejemplo, un cólico renal (aunque

ayuda a predecirlo el que haya tenido en el pasado otros episodios); para un grupo reducido (como los alumnos que están en un aula), sigue siendo realmente atrevido hacer una estimación; pero para los 1.700 pacientes de un médico general empieza a ser posible, y si hablamos de una zona básica o mejor de un área de salud, la ley de los grandes números permite hacer predicciones bastante ajustadas. Tomando como base este ejemplo, podemos entender que la solución más lógica como antes se comentó, es el aseguramiento mutuo que mancomuna los riesgos de todos.

En la **figura 4** podemos ver cómo funciona en esencia un esquema de aseguramiento colectivo obligatorio o universal como los descritos anteriormente. La población financia el sistema de aseguramiento con mayor o menor participación del Estado regulador; esta financiación prospectiva es la que permite asignar o reembolsar a los proveedores (públicos y/o privados por los servicios que prestan a los asegurados o ciudadanos cuando enferman.



F

figura 4: Flujos de financiación y de servicios en los sistemas sanitarios de aseguramiento público con amplia cobertura poblacional.

Este circuito es en esencia un sistema para que los sanos subsidien a los enfermos: dado que pagan sanos y enfermos y sólo reciben servicios los enfermos, el balance neto es una transferencia de rentas de los primeros a los segundos. También cabría decir que dado que los ancianos enferman más que los jóvenes, habría un segundo componente de transferencia inter-generacional de rentas (de jóvenes a viejos).

El aseguramiento sanitario funciona cuando un grupo aporta prospectivamente fondos por si enferman, que son administrados por un asegurador o tercero pagador; cuando alguien precisa asistencia, el coste de la misma no repercute en el paciente sino que es cubierto por la caja común.

Las relaciones bilaterales entre los agentes que componen el aseguramiento serían las siguientes:

- Entre **población y asegurador**: las personas pagan prospectivamente y reciben un derecho de utilización o cobertura.
- Entre **población** (que paga) y **pacientes** (que tienen derecho de utilización) hay una compleja relación: en los primeros domina el rol de contribuyente (conciencia de que paga más de lo preciso), mientras que en los segundos prevalece la exigencia de más servicios (se reciben menos de lo necesario); ambas conciencias pueden concurrir en el mismo individuo (pago mucho más de lo que recibo).
- Entre **pacientes y proveedores**: las personas utilizan los servicios (de acuerdo a las especificaciones de su cobertura), y eventualmente pueden tener que aportar alguna cantidad menor de dinero en el momento del uso de los servicios (los llamados copagos en el caso de que existan).
- Entre **asegurador y proveedores**: el coste principal de los servicios (excluidos copagos) que ha ocasionado la asistencia para el proveedor, es cargado al asegurador (de acuerdo a las posibles especificaciones contractuales que pueda haber).

El éxito de estos modelos tiene que ver con que aportan un gran valor social: tener un seguro sanitario **beneficia al que usa los servicios**, porque no ha de añadir la penalidad económica al infortunio de la enfermedad; si además tiene una enfermedad grave y costosa, el aseguramiento es la única opción, ya que ni con su renta ni con su patrimonio familiar podría hacer frente al coste de la asistencia. En 2007 en Estados Unidos, el 62% de las bancarrotas familiares fueron de origen médico, y la situación ha empeorado desde 2001 por la infra-cobertura y el aumento de costes¹⁷. En los países del tercer mundo, la ruina médica pasa a ser un problema de primera magnitud.

Pero **también beneficia al que no usa los servicios**; porque obtiene valor en términos de seguridad y protección; y porque le permite no tener que reservar parte de sus ingresos por si cae enfermo, y puede redirigir su capacidad de compra o ahorro para satisfacer otras necesidades.

Y también **tiene un efecto positivo en los propios servicios sanitarios**, pues permite un flujo estable y sin barreras

de pacientes que acuden a recibir asistencia, avalados por una financiación suficiente y equilibrada basada en los pagos prospectivos.

Pero para los poderes públicos, su implicación en regular o fomentar el aseguramiento de riesgos de salud supone un cambio muy importante en el papel histórico: de preocuparse tan sólo de los problemas de **salud colectiva** (epidemias, riesgos ambientales, infraestructuras de saneamiento), pasan a incluir dentro de su ámbito de responsabilidad a los problemas de salud de los individuos. Esto supone un cambio importante en la legitimación de la intervención del Estado: se pasa de garantizar la salubridad de la colectividad como bien público, a promover la **asistencia sanitaria a las personas** como bien preferente o de mérito (que merece el apoyo de los poderes públicos pero que, a diferencia de los bienes públicos, puede ser también producido y adquirido en el mercado)¹⁸.

La implicación del Estado en la atención a las personas, se produce en el momento en el que la medicina ha mejorado su efectividad terapéutica, y también en el momento en el cual los costes asistenciales han comenzado a subir exponencialmente. En esta situación la sociedad exige que estos avances médicos no queden fuera del alcance de los menos afortunados económicamente; el final de la **Segunda Guerra Mundial** es el punto de inflexión donde la deuda a los trabajadores por su esfuerzo bélico, los ideales de justicia social (Estado de Bienestar), y el desarrollo de la moderna medicina, obligan a los Estados a poner en marcha sistemas de aseguramiento colectivo de la salud individual.

3 Problemas y retos de los modelos públicos de aseguramiento sanitario.

3.1 Riesgo moral, selección adversa y selección de riesgo.

El seguro sanitario debe lidiar con los tres problemas clásicos de todo sistema de aseguramiento colectivo de riesgos de salud.

El balance neto subsidio de sanos a enfermos, y de jóvenes a mayores. La seguridad ante la enfermedad aporta valor a los que usan los servicios, pero también a los que no lo usan.

El primero es el de la "**selección adversa**", por el cual los individuos con menor perfil de riesgos tienden a salirse de los esquemas colectivos. Un grupo de individuos pueden voluntariamente integrarse o constituir un seguro de enfermedad, acordando contribuciones periódicas; es una iniciativa que puede explicarse por el propio interés (egoísmo inteligente) mientras que todos tengan similares aportaciones y similares beneficios. Pero si el "perfil de riesgo" es muy diferente, la unidad del grupo de aseguramiento se resquebraja. Imaginemos un seguro deportivo escolar que integra a jugadores de rugby y de ajedrez; en pocos fines de semana los ajedrecistas se darán cuenta de que su función esencial es financiar los gastos de traumatología de sus rudos compañeros, y pensarán en salirse del esquema; por el contrario, los jugadores de rugby estarán encantados de la situación, y desearían que otros jugadores de bajo riesgo (mus, petanca, etc.) también se incorporaran.

El segundo, estrechamente ligado al anterior, es la "**selección de riesgos**". La tendencia natural de escape de los "*bajo riesgo*", y de adhesión de los "*alto riesgo*" es lo que hemos llamado selección adversa; para una empresa o institución aseguradora de riesgos de salud, es esencial que no abandonen los que aportan fondos sin casi consumir servicios (jóvenes, personas con buena salud, etc.), y si es posible que se salgan o no entren aquellos cuyas aportaciones son totalmente superadas por una utilización y unos costes muy importantes (ancianos con mala salud, o enfermos graves y crónicos). Para ello desarrolla una serie de políticas hacia los bajo riesgo (bonificaciones, publicidad, servicios satisfactivos...) y hacia los alto riesgo (penalizaciones, exclusiones de cobertura, limitación de prestaciones, etc.). Estas políticas activas de optimización de la siniestralidad del seguro es lo que recibe el nombre de "*selección de riesgos*".

Esta es una tendencia insolidaria, que lleva en muchos sistemas a regímenes de aseguramiento diferenciado: así, los militares, los empleados públicos (MUFACE en España), los empleados de ciertas empresas de alto nivel (las llamadas "entidades colaboradoras de la seguridad social" en España). La solución a éste problema no es compleja, pero implica que el Estado regule el aseguramiento obligatorio y único; es decir, que los "bajo riesgo" no se puedan escapar y estén obligados a ser parte de un único grupo de conjunción de riesgos que abarque a toda la población.

El tercer problema es el del **"riesgo o abuso moral"** ¹⁹, que se refiere a la tendencia de los asegurados a hacer un uso excesivo e inapropiado de los servicios cubiertos por el seguro, ya que el beneficio de la utilización es concreto y tangible, pero los costes de estos servicios se reparten entre todos los asegurados. Las compañías de seguro (por ejemplo del automóvil) reducen esta tendencia a través de bonificaciones y descuentos a los conductores que no presentan partes de daños. De hecho, estas cantidades son un forma de estimación económica del riesgo moral: ¿qué cantidad me tienen que descontar de mi seguro para que yo me comporte como si no tuviera el vehículo asegurado?.

En los sistemas sanitarios los copagos han intentado jugar este papel, pero plantean grandes inconvenientes: no es fácil separar el uso del abuso, se produce un daño claro a la equidad, y además, buena parte de las decisiones de utilización de los recursos (y del coste de los servicios) no dependen del paciente, sino del médico²⁰.

Puede ser oportuno señalar que el riesgo moral o abuso moral ("moral hazard") tiene dos acepciones. Por un lado puede definirse como un cambio en el comportamiento de las personas cuando se aseguran, que les lleva a disminuir los esfuerzos para evitar el evento asegurado (el ejemplo citado del automóvil, en el que el seguro a "todo riesgo" induce inductor de estilos más descuidados de conducción). Pero también pueden entenderse como una mayor utilización de los servicios objeto del seguro y que ya están "pagados" prospectivamente (pensemos en los bonos para entrar a todas las atracciones de un parque, los bufets, las "barra libre" y los hoteles con todo incluido); el aseguramiento sanitario entra claramente en esta segunda definición.

Mientras que en la primera acepción hay una claro matiz de conducta oportunista (abuso), en la segunda (aumento de la utilización de servicios pre-pagados) la interpretación es más ambivalente; particularmente en el caso de la sanidad. Po una parte el hecho en sí del aseguramiento busca liberar barreras económicas para facilitar el acceso cuando surge la necesidad. Por lo tanto el "abuso" sería más difícil de aquilatar, algo así como una extralimitación en la demanda de servicios, que supera lo que comúnmente se considera razonable ante una determinado pro-

Al crearse un esquema de aseguramiento colectivo, se producen problemas de selección adversa (los "bajo riesgo" quieren salirse), selección de riesgos (los aseguradores intentan impedirlo y evitar que los "alto riesgo" entren), y riesgo moral (uso excesivo e inapropiado)

blema de salud: de ahí que se suele definir el riesgo moral en sanidad como **“uso excesivo e inapropiado”**.

Pero en los servicios sanitarios hay una característica muy especial: buena parte del consumo asistencial no se produce directamente por la demanda del paciente, sino que se induce por las **decisiones clínicas** (el médico como agente del paciente que indica pruebas, técnicas, intervenciones, interconsultas, tratamientos...). El paciente tiene un papel determinante en el contacto inicial con el profesional de primera línea (médico general, especialistas si hay acceso libre, o urgencias), pero lo que ocurre después está básicamente fuera de su control. Por lo tanto, al considerar el efecto del abuso moral en los servicios sanitarios, debemos tener en cuenta que existe, pero que no es fácil diferenciar el mayor uso del abuso, y que la mayor parte de la utilización viene inducida por decisiones profesionales que reinterpretan sus necesidades a partir del conocimiento e información clínica.

3.2 Políticas para minimizar el efecto de la selección adversa-selección de riesgos, y del riesgo moral.

a) Selección adversa y selección de riesgos.

La corrección de los problemas de **selección adversa y selección de riesgos** no es demasiado difícil; la forma de que los bajo riesgo no escapen de sus obligaciones financieras consiste en obligarles a permanecer en un único esquema de aseguramiento colectivo de riesgos de salud; esta obligación sólo puede imponerse desde la perspectiva del sujeto social (la sociedad “decide” cubrir el riesgo de enfermar de todos, aunque esto no guste a los “bajo riesgo”), y con los instrumentos coercitivos que tiene el Estado (regulación de obligatoriedad de afiliación o pertenencia a un esquema de aseguramiento).

Por eso, los sistemas públicos de salud, desde el punto de vista del aseguramiento, se llaman **“seguros obligatorios”**, ya que lo más relevante es la decisión de obligar a los bajo riesgo a convivir y aportar fondos junto con los alto riesgo, bien sea en un esquema de seguridad social, vinculado al mercado de trabajo y concretado por contribuciones o cuotas, o bien otros esquemas

de servicio nacional de salud, vinculado a la ciudadanía y materializado a través de impuestos.

Por supuesto que dentro de estos esquemas generales, los colectivos con bajo riesgo y alto poder corporativo intentan siempre escapar del sistema general, y a veces lo consiguen: por ello es frecuente encontrar algunos esquemas o regímenes que se han separado, tales como en el caso de funcionarios, militares, empresas y grupos profesionales, etc. (como ya hemos citado, en España existe el mutualismo administrativo para funcionarios del Estado). En los países en vía de desarrollo, hay una dualidad adicional entre los trabajadores del sector formal que tienen el privilegio de acceder a un esquema de Seguridad Social (en general mejor financiado), y la población general (mayoritaria) que usa los servicios públicos dependientes de los Ministerios de Salud, y que con frecuencia tienen peores estándares (aunque los afiliados de la seguridad social también pueden hacer uso de dichos servicios en tanto que ciudadanos)²¹.

En los Seguros Sociales sanitarios de tipo pluralista (Alemania), la tendencia es a construir **barreras entre grupos de asegurados**: en donde dominan afiliados de bajos riesgos y altas rentas (bancos), no quieren saber nada de donde se produce la situación inversa (trabajadores agrícolas y de la construcción). Esta forma sectorial de selección de riesgos sólo puede ser contrarrestada por el Estado, bien con sistemas de compensación financiera, o bien integrando todos los regímenes sectoriales en un único régimen general o grupo de aseguramiento.

Pero también puede existir una **selección de riesgos de tipo territorial**; por ejemplo, donde la sanidad se gestiona de forma altamente descentralizada: las regiones tienen notables diferencias en su renta (capacidad recaudatoria), en su estructura sanitaria (nivel tecnológico de servicios y dispersión poblacional), y en las necesidades sanitarias de la población (morbilidad y edad). La ecualización, en este caso, suele tener claras connotaciones políticas, ya que las instituciones regionales son cámaras de resonancia de las desigualdades, y el papel del gobierno nacional suele estar muy condicionado por alianzas y equilibrios parlamentarios. No obstante, es oportuno recordar que las diferencias entre territorios (por ejemplo, entre las Comunidades Autónomas españolas), es mucho menor que las diferencias intra-territoriales (entre provincias, ciudad-campo, ricos-pobres,

Para evitar la fuga de los individuos y grupos con mayores ingresos y menor perfil de riesgo, el Estado regula la obligatoriedad del aseguramiento; no obstante algunos grupos pueden conseguir regímenes especiales o diferenciados; y también pueden existir desigualdades territoriales que sigan a las socioeconómicas y fiscales.

etc.). Y no olvidar que no enferman y mueren los territorios, sino las personas.

b) **Riesgo o Abuso Moral.**

¿Cómo se pueden limitar los efectos negativos del **abuso moral** en el aseguramiento sanitario? La tendencia a utilizar los servicios (que no necesariamente era negativa), tiene dos determinantes: el de la demanda (o riesgo moral propiamente dicho, en el que son los asegurados los que buscan más servicios), y el de la oferta (o demanda inducida por criterios o intereses de los profesionales, en su papel de consejeros y agentes del paciente). Veremos ambos aspectos separadamente.

Por el lado de la demanda, los aseguradores tienen pocas opciones que no sean el introducir costes compartidos en el momento de la utilización. En efecto, en la medida en que desplazamos la financiación de la atención sanitaria desde el ámbito prospectivo (contribuciones), al momento del uso (copagos), el paciente siente mayor presión para limitar su utilización (se disuelve el efecto de riesgo moral). Pero también a medida en que esto ocurre, se debilita el efecto de subsidiación desde los sanos (personas que pagan contribuciones) a los enfermos (pacientes que ya precisan usar servicios).

Este efecto de inhibir la demanda, sólo parece ser realmente efectivo cuando las decisiones están en manos del paciente; es decir, fundamentalmente en el momento en que los signos, síntomas y preocupaciones por su salud rebasan un dintel y le llevan a entablar el primer contacto con los profesionales. Pero evidentemente, al inhibir este primer contacto, estamos con frecuencia retrasando el momento del curso clínico en el que el paciente se pone en manos de los médicos; y de forma muy particular, podemos estar inhibiendo la utilización en programas preventivos.

Una vez que el paciente ya ha entrado en el proceso clínico, tiene escasa iniciativa a la hora de modular la utilización subsidiante. Pensemos en un copago por día de estancia: el paciente no decide ni el ingreso ni el alta, por lo que es una medida recaudatoria que no tienen ningún efecto en el abuso moral: la asimetría de información entre médico y paciente altera subs-

tancialmente la relación entre proveedor y cliente del mercado. Los copagos en este tipo de servicios afectan escasamente a la utilización (se dice que la demanda es inelástica en relación a los precios que se puedan introducir).

Parece existir un efecto del copago sobre el profesional, basado en su papel de agente que actúa como asesor del enfermo: el médico se compadecería del copago que ha de afrontar su paciente, y buscaría medios más económicos para conseguir los mismos fines. En un trabajo de 2011 en España, la diferencia en el coste mensual del mismo tratamiento para un jubilado (paga todo el servicio público) y para un activo (paga un 40%) es de 9,74 € más en el caso del pensionista (parece claro que el médico es sensible al paciente activo, y que se compadece mucho menos del erario público)²².

En aquellos sistemas donde los ingresos de los médicos están directamente vinculados al número de visitas o intervenciones que realizan, existe un fuerte propulsor para que éstos desarrollen un estilo de práctica profesional muy intervencionista (lo que se conoce como "demanda inducida por la oferta"). Si se instauran copagos en las entradas del sistema (médico general o urgencias) para inhibir la demanda donde es más elástica, el resultado final es que acuden menos pacientes nuevos (aunque posiblemente más graves); para mantener el volumen de actividad (y de honorarios profesionales), se tiende a tratar con mayor intensidad a aquellos pacientes que ya están inmersos en procesos asistenciales. El balance es dar mucho más asistencia a un grupo de pacientes, y dejar de darla a otros que han quedado a las puertas del sistema.

Investigaciones recientes en Estados Unidos (período 2001-2006) comparando 18 aseguradoras que habían subido el copagos de consultas extra-hospitalarias (generalistas y especialistas), frente a otras 18 que no lo había hecho, han demostrado en las primeras una reducción de un 19.8 % de consultas ambulatorias, pero también un incremento del 2.2 % en ingresos hospitalarios y de un 3.4% de estancias; este efecto fue mayor para afiliados de zonas de menor nivel socio-económico, y aquellos con diabetes, hipertensión o historia previa de infarto de miocardio²³.

No es posible aquí entrar en el debate de copagos; se han generalizado en Europa, y previsiblemente la crisis favorecerá esta

Los copagos intentan disuadir la demanda excesiva e inapropiada; pero no es fácil separar uso y abuso; dada la asimetría de la información entre médicos y pacientes, muchos copagos no afectan a decisiones del usuario, por lo que son esencialmente recaudatorios (y no tienen relación con el riesgo moral).

política de costes compartidos, a pesar de que no hay evidencias de que tenga un efecto racionalizador (reducción de uso excesivo e inapropiado). Para una revisión más amplia, se aconseja esta revisión amplia de la situación de los copagos en Europa y su análisis crítico²⁴. También existe otro debate más sutil sobre la necesidad de pagar para apreciar un servicio ("con gratuidad no hay gratitud"); la conciencia de costes (por ejemplo, informando al paciente con una factura sombra o indicativa) siempre es bienvenida, pero también falta evidencia de que se traduzca en algún tipo de racionalización del comportamiento de los agentes²⁵.

Por el lado de la oferta, los aseguradores tienen algunas posibilidades de actuación, que básicamente se dirigen a limitar los incentivos de pago por acto o facturación por volumen. Se trata de contrarrestar la llamada "alianza contra el tercero pagador", en la cual los pacientes con su riesgo moral no tienen objeción a recibir cuantos tratamientos le indique el profesional, y los proveedores obtienen ingresos adicionales con cada nuevo paciente que vean o procedimiento que realicen ("supply induced demand").

En los seguros sanitarios (privados y públicos), se han dado tres modelos de relación entre asegurador y proveedores (médicos y hospitales u otros centros): el reembolso, la contratación y la integración (ver el tema de Francisco Sevilla 2.3 de "sistemas sanitarios comparados en países desarrollados):

- En el **reembolso**, el paciente asegurado elige libremente a su médico general, especialista u hospital, y le abona directamente toda la factura; el asegurador simplemente reembolsa al paciente el coste (normalmente no de forma total); así funcionan los llamados "seguros de reembolso", que ofrecen la mayor capacidad de elección posible, pero que tienden a ser muy caros. Muchas aseguradoras norteamericanas funcionan aún de esta forma; y en los sistemas públicos, la asistencia extra-hospitalaria en países como Francia funciona inspirada en este modelo.
- En la **contratación**, el asegurador decide tomar un papel más activo, y en vez de limitarse a pagar pasivamente las facturas que le van llevando, decide entablar relaciones directas con los proveedores. Utilizando su poder de compra, consigue contratar

anticipadamente unos volúmenes de asistencia o pactar unos precios por servicio. Los seguros privados en España suelen usar este modelo basado en cuadros médicos, y centros donde ingresan sus asegurados. En el ámbito público los sistemas de seguro social como Francia o Alemania han usado este método para contratar a los hospitales. La capacidad de elección de los pacientes disminuye, pues debe disciplinarse a los cuadros médicos y a los centros que previamente se han contratado.

- En la **integración**, el asegurador incorpora a los proveedores en su propia organización; los hospitales y centros sanitarios pasan a ser de su propiedad, y los profesionales dejan de cobrar por acto y tarifas, para vincularse por salario o capitación. Los modelos de "Servicio Nacional de Salud" (o modelos "Beveridge") como en el Reino Unido y en los países Nórdicos, funcionan de esta forma, aunque muchas aseguradoras privadas han comenzado a integrar recursos en su propia organización (por ejemplo hospitales). A través de la integración el asegurador intenta evitar el incentivo a producir más servicios, al desvincular actividad y retribución. El paciente ve enormemente limitada su capacidad de elegir.

La tendencia actual hacia modelos contractuales o integrados para contrarrestar la alianza contra el tercero pagador, tanto en el sector privado (aunque con limitaciones para no restringir excesivamente la libertad de elección), como en el sector público. En el aseguramiento público merece la pena mencionar la tendencia de los sistemas integrados (como los hospitales británicos, suecos o españoles) a crear simulaciones de separación entre el financiador y los hospitales, y entrar en negociación de contratos de gestión con penalizaciones y bonificaciones; este modelo se situaría en un lugar intermedio de este gradiente entre contrato e integración (¿diferenciación funcional?), y responde a la necesidad de combatir la falta de incentivos a la productividad de los modelos burocráticos de asignación histórica.

3.3 El problema de erosión del contrato social de los Servicios Públicos de Salud.

En la medida en la que el coste de la asistencia sanitaria se ha ido incrementando, la solidaridad que supone un sistema público de salud se ha ido poniendo a prueba (es fácil dar todo a todos cuando el todo es barato, pero difícil cuando nos supone un importante sacrificio).

Desde el "lado de la oferta" se puede modificar la organización de los sistemas sanitarios para reducir incentivos de los médicos a inducir o aceptar mayor nivel de utilización de servicios: la integración vertical sería el proceso por el cual los médicos (y centros privados) dejan de cobrar por acto (reembolso o contrato a tarifas pactadas), y pasan a integrarse en equipos e instituciones con acuerdos salariales o de bloque.

En un contexto de crisis la solidaridad es también más cara; para preservar el contrato social se exige un buen gobierno y una buena gestión, que incluye evitar el despilfarro y la corrupción, y evitar el desencanto de los buenos cumplidores fiscales y de los usuarios responsables de los servicios públicos.

Además, el ámbito de la acción médica se ha ido extendiendo a territorios donde el apoyo social se debilita: así, es claro que hay que financiar la diálisis de un enfermo, pero no es fácil conceder la misma prioridad y solidaridad social a las técnicas de fertilización asistida para que una pareja pueda tener hijos. La tendencia a medicalizar la vida cotidiana y todo el sufrimiento, impulsada desde el mundo de la farmacia, de la industria médica y desde la propia lógica de los profesionales médicos, tiende a incrementar este problema, a la vez que plantea nuevos retos y dilemas, porque la medicalización del malestar supone aumentar la dependencia del individuo, y alienar la salud de su ámbito de decisión.

El mayor coste de los servicios, y la mayor renuencia a los impuestos, se combina con la observación cotidiana de personas que usan mecanismos para conseguir más cosas de las que tienen derecho, y aportar menos o nada de lo que deberían. La paradoja es que la aparente tolerancia social al fraude en prestaciones y tributos (lo público no es de nadie), lleva rápidamente a deslegitimar el espacio colectivo: los buenos cumplidores se desmoralizan cuando ven entronizado el abuso, y amenazan con romper el contrato social que fundamenta la solidaridad entre clases medias, populares y pobres.

Todos estos factores son vectores con una enorme capacidad de erosión del capital social en el cual reposa la legitimidad y estabilidad de los sistemas públicos de salud. Por eso, las políticas y las reformas deben tener buenos diseños, mecanismos de evaluación, sistemas de control, y la necesaria transparencia y rendición de cuentas como para que la sociedad deposite y refuerce su confianza en las instituciones.

Referencias bibliograficas

1 Laín Entralgo P. *Historia de la medicina*. Barcelona: Salvat Editores; 1989: 192-3.

2 Abel Smith, B. *¿Cuánto cuesta la Salud?: estudio comparado de las prestaciones sanitarias en la Seguridad Social*. Madrid, MAPFRE, 1982: 3-6.

3 Lyons AS, Petrucelli RJ. *Historia de la medicina*. Barcelona: Mosby-Doyma; 1994.

4 Repullo JR. *El marco de la política profesional*. En: Antequera JM, Arias E (eds): *Sistema sanitario y recursos humanos: Manual para gestores y profesionales*. Madrid: Díaz de Santos – IAS; 2005: 32-59.

5 Ibern P. *La concentración de los costes sanitarios per cápita y el control del riesgo*. *Gaceta Sanitaria*, 1995; 9 (47): 133-139. Disponible en:

<http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/138/138v09n47a13141032pdf001.pdf>

6 Yu W, Ezzati T. *Concentration of Health Care Expenditures in the U.S. Civilian Noninstitutionalized Population*. *MEPS Statistical Brief*, (81), 2005. Disponible en: http://meps.ahrq.gov/mepsweb/data_files/publications/st81/stat81.pdf

7 Wolper LF. *Healthcare Administration: Managing Organized Delivery Systems*. London: Jones and Bartler Publishers, 2011(5 th edition): 25-26. Disponible parcialmente en: <http://books.google.es/books?id=3iUhGoNQtn8C&pg=PA397&dq=Wolper+LF.+Healthcare+Administration&hl=es&sa=X&ei=O2oET82DEJKYhQfC86iPCg&ved=0CDcQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false>

8 Busse R, Riesberg A. *Health care systems in transition: Germany*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004: 12-14. Disponible en: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0018/80703/E85472.pdf

9 Ross JS. *The Committee on the Costs of Medical Care and the History of Health Insurance in the United States*. Einstein

Quart. J. Biol. Med. (2002) 19:129-134. Disponible en: <http://www.einstein.yu.edu/uploadedFiles/EJBM/19Ross129.pdf>.

10 Chevreul K, Durand-Zaleski I, Bahrami S, Hernández-Quevedo C and Mladovsky P. France: Health system review. *Health Systems in Transition* 2010; 12(6): 19-22. Disponible en: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/135809/E94856.pdf

11 Beveridge W. *Social Insurance and Allied Services*. London: HMSO, 1942. Disponible en: http://news.bbc.co.uk/2/shared/bsp/hi/pdfs/19_07_05_beveridge.pdf

12 Ley de 14 de Diciembre de 1942 por la que se implanta el Seguro de Enfermedad. Disponible copia en: http://bib.us.es/derecho/servicios/common/Ley_1942_SeguroDeEnfermedad.pdf

13 McKee M, Stuckler *The assault on universalism: how to destroy the welfare state*. *BMJ* 2011; 343.

Disponible en: http://www.bmj.com/highwire/fieldstream/552261/field_highwire_article_pdf/0.pdf

14 Smith PC, Witter S. *Risk Pooling in Health Care Financing* Texto presentado al 2001 World Bank Workshop. Disponible en: <http://www.york.ac.uk/inst/che/pooling.pdf>

15 Newhouse JP. *Risk adjustment: where are we now?*. *Inquiry* 1998; 35: 122-31

16 Hsu J, Huang J, Fung V, Price M, Brand R, Hui R, Fireman B, Dow W, Bertko J, Newhouse JP. *Distributing \$800 Billion: An Early Assessment Of Medicare Part D Risk Adjustment*. *Health Aff* January/February 2009; 28 (1): 215-225. doi: 10.1377/hlthaff.28.1.215. Disponible en: <http://content.healthaffairs.org/content/28/1/215.abstract>

17 Himmelstein DU, Thorne D, Warren E, Woolhandler S. *Medical Bankruptcy in the United States, 2007: Results of a National Study*. *The American Journal of Medicine* 2009. doi:10.1016/j.amjmed.2009.04.012 Disponible en: http://www.pnhp.org/new_bankruptcy_study/Bankruptcy-2009.pdf

18 Rubio S. *Glosario de Planificación y Economía Sanitaria*,

Segunda Edición, Díaz de Santos, Madrid, 2000.

19 McGuire A, Henderson J, Money G. *The Economics of Health Care. An Introductory Text.* London, Routledge & Keegan Paul, 1988: 189-93.

20 Saltman R, Figueras J. *Reforma Sanitaria en Europa. Análisis de las estrategias actuales.* Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo – OMS, 1997; pp: 91-115.

21 Murray CJL Frenk J. *Un marco para evaluar el desempeño de los sistemas de salud.* *Bulletin of the World Health Organization* 2000, 78 (6): 717–31.

22 Gonzalez Lopez-Valcarcel B, Librero J, Sanfelix-Gimeno G, Peiro S, Group for Drug Utilization Research Ium-sns. *Are prescribing doctors sensitive to the price that their patients have to pay in the Spanish National Health System? BMC Health Services Research* 2011, 11:333 doi:10.1186/1472-6963-11-333.

Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-11-333.pdf>

23 Trivedi AN, Moloo H, Mor V. *Increased Ambulatory Care Copayments and Hospitalizations among the Elderly.* *N Engl J Med* 2010;362:320-8. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMsa0904533>

24 Repullo JR. *Copago sí, copago no: revisando las modalidades y efectos de los costes compartidos en el contexto sanitario europeo.* *AMF* 2009; 5(11):625-32. Disponible en: <http://www.scribd.com/doc/26215020/%C2%BFcopago-si-copago-no>

25 Repullo JR. *La buena Sanidad Pública, ¿ni se compra ni se vende? A propósito de los copagos y de su contribución a una mejor valoración de los servicios públicos por los «usuarios-clientes».* *Revista Salud* 2000. 2009 noviembre; 124: 15-20. Disponible en: http://www.actasanitaria.com/fileset/doc_58779_FICHERO_NOTICIA_25611.pdf