



**Universitat
Pompeu Fabra**
Barcelona



Health Policy Papers Collection
2023 – 6

**EL TRATADO DEL NO TAN INÚTIL COMBATE
POR LA UNIVERSALIZACIÓN**

Vicente Ortún
Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES)
Universitat Pompeu Fabra

The Health Policy Papers Collection includes a range of articles on Health Economics and Health Policy carried out and selected by researchers from the Centre for Research in Health and Economics of the Pompeu Fabra University (CRES-UPF).

"This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License 4.0 International, which permits unrestricted use, distribution and reproduction in any medium provided that the original work is properly attributed"



<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

Barcelona, Julio 2023

Health Policy Paper Collection 2023 – 6

El tratado del no tan inútil combate por la universalización

Vicente Ortún

Introducción

Alemania, como **EUA** o **Chile**¹⁻², son países donde la obligación de asegurarse, en el ámbito de la salud, puede canalizarse por entidades privadas que segmentan riesgos³. También lo era **Holanda** hasta 2006, año a partir del cual dejó de perder a los ciudadanos con mayores rentas.

Se analiza la experiencia de los países citados, con una mención a **España**, y se propone una regulación básica del seguro voluntario privado.

Alexis, de Yourcenar⁴, contrajo compromisos imprudentes y la vida se encargó de protestar. La financiación sanitaria en muchos países está llena de compromisos imprudentes contrarios al bienestar social. El combate para huir de la segmentación de riesgos y tender hacia la universalización puede parecer inútil pero hay experiencias de éxito total o parcial.

Lecciones de la experiencia comparada: EUA, Alemania, y Holanda

Estados Unidos de América se caracteriza por tener un sistema sanitario con amplias y reconocidas deficiencias (e.g. publicaciones Commonwealth Fund⁵). Tanto las administraciones de Bill Clinton como la de Barack Obama fracasaron en sus intentos de reforma sanitaria para mejorar la cobertura sanitaria de forma más solidaria. Los seguros privados, un 10% del PIB, constituyen un interés creado muy poderoso desde hace décadas. La dependencia de senda y el enquistamiento organizado de esos intereses creados, unido a unos valores más individualistas y menos partidarios de las redes de apoyo social⁶, hace que transitar hacia una financiación pública universal sea más difícil en EUA que en otros países desarrollados. El sistema sanitario de EUA resulta el doble de caro per cápita que los sistemas en Europa, pero eso no da como resultado que los estadounidenses tengan una mejor salud ya que su expectativa de vida es más baja que en otros países ricos y las muertes por desesperación (sobredosis, enfermedad alcohólica hepática/cirrosis, y suicidio) siguen aumentando.

Los países europeos tienen muchos sistemas diferentes, pero tienen dos cosas en común: una es que todos están cubiertos y la otra es que se negocian los precios de los medicamentos y servicios. Evitan la posición de los EUA, donde aproximadamente \$1 de cada \$5 de su producto interno bruto se destina al sector de la atención de la salud. Y esto significa, por ejemplo, menos

dinero cada año para carreteras, para sus otrora grandes universidades estatales, o para otros bienes públicos⁷.

EUA, un sistema sanitario con un comportamiento manifiestamente mejorable pese a estar integrado por organizaciones excelentes: Kaiser, Mayo Clinic, Veterans, Geisinger... de las que hay bastante que aprender, además de constatar que ser mejor no sirve para ganar cuota de mercado en contextos estatales oligopólicos. **Geisinger**, por ejemplo, constituye un modelo pues en una zona poco dinámica de Pensilvania secuencia el exoma a toda la población, tratando los hallazgos (BrCa, Lynch...) en atención primaria, y a las personas diagnosticadas con diabetes tipo II les proporciona terapia alimentaria en lugar de farmacológica, bajando así los costes anuales a una quinta parte y consiguiendo una reducción de la hemoglobina glicosilada 2'5 veces superior⁸.

Alemania: Todos los residentes están obligados a estar cubiertos y algunos que han optado por el aseguramiento privado no tienen permitido reincorporarse al régimen público.

***Inciso contextualizador sobre Gini:** Para capturar desigualdades relevantes en las sociedades, es conveniente recordar que, según la OCDE, el índice Gini de renta disponible para Alemania es de 30, de 44 para Chile, de 38 para EUA y de 32 para España. Esta aproximación a la medida de la desigualdad, indicio de resistencia esperable tanto a una fiscalidad progresiva como a unos servicios públicos que atiendan según necesidad, puede mejorarse incluyendo las prestaciones en especie -tipo educación o sanidad- que no suelen recogerse. Importante cuando estas prestaciones son redistributivas, como puede ocurrir con la atención primaria o con la educación infantil, o cuando son regresivas como la financiación pública de las universidades en algunos países. La universidad constituye el estadio más barato para muchas familias del proceso formativo. En el capítulo IV de la Crítica del programa de Gotha⁹, Karl Marx escribía en 1875: "En algunos países las universidades son gratuitas, lo que únicamente significa financiar a las clases altas a partir de la recaudación general". Esa afirmación está vigente en la actualidad¹⁰. Y más ahora tras la reducción de tasas universitarias. Hablamos mucho de progresividad fiscal, pero olvidamos completamente el otro platillo de la redistribución de renta, el de la utilización de servicios financiados públicamente: en España el 20% de las familias de renta más alta reciben el 25% de los beneficios sociales mientras que el 20% de las familias de renta más baja recibe únicamente el 10% de los beneficios sociales¹¹.*

Alemania: El sistema alemán, en contraste con el de EUA, presenta menos desventajas en su funcionamiento. Las aseguradoras privadas en Alemania pueden fijar primas que reflejen el riesgo individual al tiempo que excluyen la cobertura de condiciones preexistentes. Sin embargo,

deben cubrir tanto la atención hospitalaria como la ambulatoria e igualar los beneficios ofrecidos por el seguro obligatorio alemán, la GKV (*Gesetzliche Krankenversicherung*).

Para evitar primas de aseguradoras privadas insostenibles a medida que las personas envejecen, en Alemania se obliga a las aseguradoras privadas introducir una cuota suplementaria entre los nuevos suscriptores que permita constituir una reserva -fondos propios- para mayores gastos futuros derivados del envejecimiento.

El seguro público pierde a la población más adinerada y saludable. La asociación de aseguradoras privadas de Alemania (PKV) señala que los especialistas ganan dinero con sus afiliados y así ayudan al sector público. No obstante, esta aseveración se contradice con la dinámica de remuneraciones, en donde los facultativos reparten su tiempo entre el sector privado y el sector público proporcionalmente a los ingresos que reciben de cada fuente.

En Alemania, las aseguradoras privadas negocian precios con los especialistas ambulatorios pero el riesgo de inadecuación¹² (especialmente por sobreindicación) es altísimo. Recordemos el experimento natural de la Rand que, al no poder controlar la respuesta de la oferta -aumentar el margen extensivo, más pruebas y visitas-, optó porque los proveedores no la notaran.

Holanda: Antes de la gran reforma en 2006, casi una cuarta parte de la población tenía seguro privado como sustituto del público. La Ley de Seguro Sanitario de 2006 creó un seguro único y obligatorio, régimen que cubre a toda la población. El proceso fue largo. El informe de la comisión Dekker, de 1987, ya hablaba en su *Willingness to change* de competencia regulada y solidaridad. En 1992 se permitió que los fondos de enfermedad operaran en todo el país, perdiendo así su posición de monopolio regional. A los suscriptores se les permitió cambiar a otro fondo cada 2 años (cada año desde 1997).

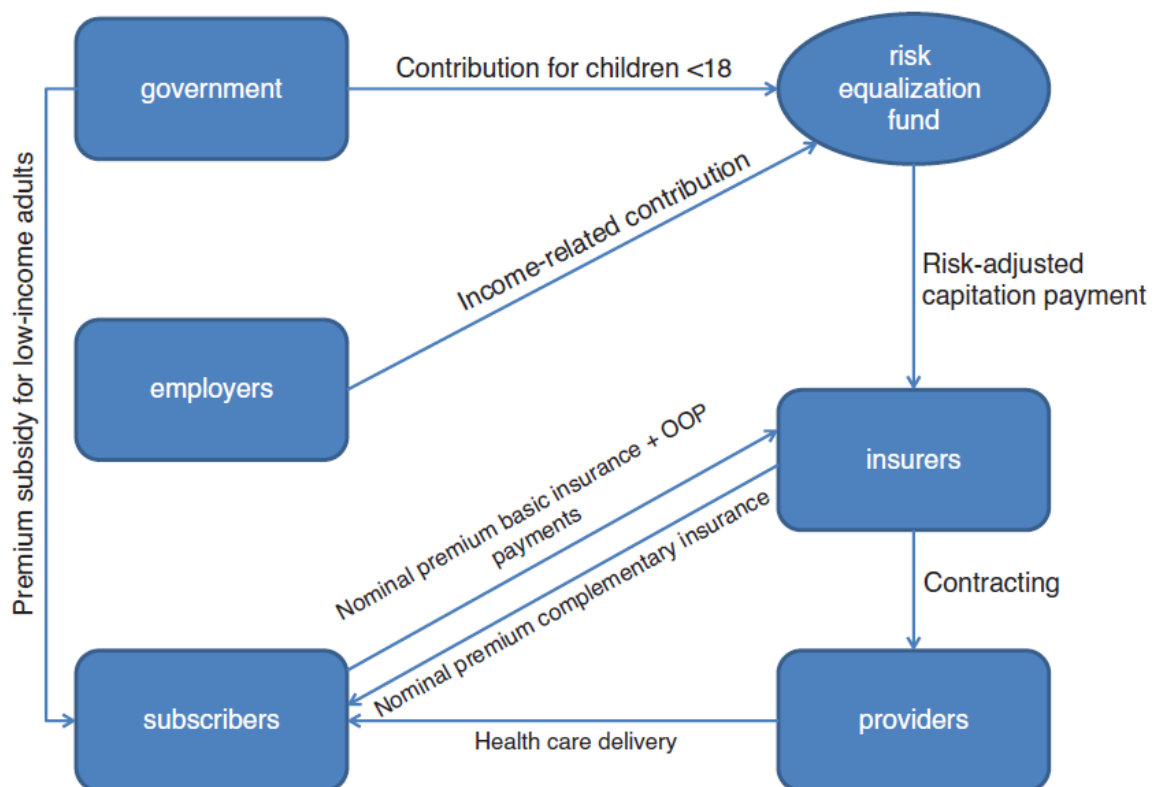
En 1992 se introdujeron tarifas máximas para atención médica y se dio a los fondos y aseguradoras privadas la opción de negociar tarifas más bajas con proveedores. En 1993 se inicia la transmisión gradual de riesgos a las aseguradoras. Para fomentar la eficiencia, un plan de reembolso prospectivo para los fondos de enfermedad se introdujo mediante pagos capitativos ajustados por riesgo, poniendo fin al principio de reembolso de los gastos. El riesgo promedio de los fondos aumentó desde el 3% de su gasto en 1995 a aproximadamente el 50% en 2004. De esta manera se consolidó un esquema de compensación de riesgos cada vez más sofisticado. Posteriormente, en 1995, se implementó la financiación hospitalaria según actividad ajustada por complejidad de casos.

La Ley de Seguro de Salud de 2006 (Zorgverzekeringswet) puso fin a la distinción tradicional entre cajas de enfermedad y aseguradoras privadas, introduciendo un régimen único que abarque a todos los residentes legales. El esquema es conocido como el Plan Básico de Seguro de Salud, distinguiéndose de otros planes de seguros complementarios que cubran servicios extras no incluidos en el paquete de prestaciones del régimen básico. Con este fin, se apunta a mejorar la solidaridad del sistema. Implementado por aseguradores privados, incluidas las antiguas cajas de enfermedad, la nueva legislación de seguros creó un entorno institucional destinado a fomentar competencia entre aseguradoras que, a su vez, se esperaba que aumentara la eficiencia. También fue un intento de mejorar las condiciones de las aseguradoras, posicionadas como un poder compensatorio de los proveedores, en donde su nuevo papel era negociar en nombre de sus clientes con los proveedores sobre los costos, el volumen y la calidad de la atención dentro de una estructura institucional establecida por el Estado.

En Holanda, tras la reforma del 2006, se estableció que las aseguradoras debían ofrecer inscripción abierta y no pueden rescindir contratos (prohibición de selección de riesgos). En este sentido, el gobierno establece un paquete estándar para evitar que los consumidores tengan un seguro insuficiente, así como para facilitar la competencia -comparación de primas- entre aseguradoras, y para evitar la selección de riesgos a través de la diferenciación del 'producto'.

Entre 2004 y 2006 la participación de la financiación pública en el gasto sanitario corriente aumentó del 65,6 % al 85,7 % (OCDE, 2016). Sin embargo, desde la perspectiva del asegurado y del asegurador (contratos anuales; aseguradores privados, algunos comerciales) es claramente un esquema privado.

Gráfico 1
Esquema sistema sanitario holandés



Fuente: Maarse 2009 The Netherlands. In: Thomson S, Mossialos E, eds. *Private health insurance in the European Union*. London, European Commission by the London School of Economic and Political Science.

Entre los efectos de la reforma de 2006 en Holanda se encuentran los cambios anuales de aseguradora estabilizados en torno al 6-7%, lo cual es un indicador de cierta competencia entre las mismas. También se cuenta con una prima individual más costosa que la prima colectiva (trabajadores de una empresa). Por último, se observa que solo un 0.1% de la población se encuentra sin seguro aunque un 2.1% de los asegurados no paga la prima.

Las cuatro mayores aseguradoras (Zilveren, OWM, VGZ y Menzis) cubren el 90% del mercado, a la vez que han bajado costes administrativos. Sin embargo, los beneficios generados por las aseguradoras tienen como consecuencia que el público ve a las aseguradoras como buscadoras de lucro. Se mantienen deducibles importantes para frenar la utilización ya que eliminarlos supondría aumentar cotizaciones.

En Holanda, solo un hospital privado tiene finalidad de lucro (Red Cross), a diferencia de EUA y Alemania que presentan una cuota creciente de este tipo de instituciones; Reino Unido, también con poca cuota de hospitales con finalidad de lucro.

Inciso contextualizador sobre hospitales con fines lucrativos: *Implicaciones para la política sanitaria. Las decisiones con respecto a los planes de reembolso público son determinantes críticos del crecimiento del sector hospitalario con fines de lucro. Tales decisiones influyen en la rentabilidad a corto plazo y suelen ser relativamente estables y duraderas. Por lo tanto, los formuladores de políticas que buscan influir en la composición del mercado hospitalario deben centrarse en el diseño de planes de pago, en particular los detalles de financiamiento y reembolso de capital. Intervenir para reducir los costos de capital de una forma de propiedad en relación con otras puede inducir cambios a largo plazo en la composición del sector hospitalario. Por lo tanto, nuestros hallazgos exigen un examen más detenido de cómo los planes de reembolso de capital “dirigen” el negocio de la salud. Finalmente, el sector de hospitales con fines de lucro es bastante complicado: una vez que ha crecido, tiende a no contraerse. Esta característica es particularmente relevante en una era en la que muchos hospitales están bajo presión financiera. Privatizar hospitales públicos o sin fines de lucro con dificultades financieras es relativamente “fácil”, pero revertir la privatización suele ser extenuante y costoso¹³.*

Otro país a considerar para la evidencia comparada es **España**. Las Mutualidades de Funcionarios civiles, militares y judiciales (MUFACE, ISFAS y MUGEJU respectivamente) se crean en España en 1975, responden a una tradición histórica y suponen fundamentalmente homogeneizar un régimen especial de seguridad social para funcionarios. Sus 1,8 millones de beneficiarios pueden optar, para su asistencia sanitaria, entre el Régimen General de Seguridad Social -el 20% lo hace- o las aseguradoras privadas concertadas con esas mutualidades¹⁴. Estas aseguradoras privadas debidamente autorizadas (actualmente son tres: Adeslas, Asisa y DKV) pugnan por atraer la mejor fracción de funcionarios, quienes eligen libremente -una vez al año- entre aquellas, siendo el pagador público quien financia por una cuantía predefinida a las que aceptaron las condiciones. Esta cuantía predefinida está por debajo del gasto sanitario por persona del régimen general de Seguridad Social, lo cual se utiliza como argumento a favor de las Mutualidades, siendo la expulsión de procesos graves y costosos hacia la sanidad pública el principal argumento en contra.

Tal como escribe Guillem López-Casasnovas¹⁵: “En ninguna parte dice la Constitución española que el Convenio del Mutualismo sea un derecho exclusivo de un grupo de población, negable a otros ciudadanos, aunque estos beneficios en especie deban estar excluidos de valoración fiscal como prestación en especie, siendo, como mínimo, empoderamiento con valor de cambio. Y menos aún se entiende que los sindicatos (UGT y CCOO) manifiesten que éste mutualismo (1975) sea una conquista democrática de los trabajadores, como lo han hecho recientemente. La existencia de este 'vale' otorga una elección tramposa, marcada por la inexistencia de una

regulación que defina con mayor precisión los cambios extraordinarios de régimen desde el sistema privado al público, los períodos de carencia para los cambios ordinarios, e incluso el procedimiento de facturación cuando se combinan por urgencia los dispositivos asistenciales. Más lógico que confrontar la plausibilidad de la fiscalidad sobre el aseguramiento complementario sería, en mi opinión, o generalizar el sistema MUFACE en el conjunto de los españoles (alternativa más que compleja, a estas alturas), o suprimirlo, terminando así con un régimen claramente de privilegio”.

Conviene recordar: 1/ Que el ministro de Sanidad en la sombra, Fernández Miranda, proponía generalizar el modelo MUFACE. Finalmente, en 1996, fue nombrado Romay Beccaria, que se distinguió precisamente por su política de fortalecer la universalidad sanitaria procurando, incluso, una mejora de la eficiencia de la prestación sanitaria a través de las ya prematuramente olvidadas ‘nuevas formas de gestión’. 2/ Que el modelo de área única existente en la comunidad de Madrid desde 2009 -una competencia por comparación que no ha nivelado el terreno de juego, pues solo la Fundación Jiménez Díaz tiene incentivos para captar pacientes- ha tenido un importante refrendo electoral. Ello, unido al progresivo deterioro de la gestión pública directa y al interés de los grandes grupos hospitalarios privados en conseguir financiación pública, hace plausible la generalización del modelo Madrid.

Fondo universal sanitario por razones de eficiencia

Conviene entender bien la eficiencia asignativa sobre el bienestar -función de evaluación- pues la eficiencia técnica se limita a maximizar la cantidad de un servicio, que puede ser incluso perjudicial o inadecuado, cuando hay que procurar la eficiencia asignativa: la combinación de servicios que, con unos recursos dados, más contribuye al bienestar. Como medida del progreso económico y social, el bienestar supera a la mortalidad, cuyos determinantes conocemos¹⁶. Centrarse en el bienestar de la población, presente y su sostenibilidad en el tiempo, medir los servicios no tanto por los gastos sino por sus resultados, otorgar más importancia a la distribución de los ingresos, del consumo y de la riqueza, contabilizar actividades no mercantiles como las domésticas y el tiempo libre, valorar la calidad de vida en todas sus dimensiones... Aproximaciones prácticas han sido el Índice de Desarrollo Humano de Naciones Unidas, desde 1990, y el *Better Life Index* de la OCDE, situadas entre el insuficiente PIB y la excesiva FIB (Felicidad Interior Bruta) de Bután.

Conocemos las dificultades que tiene construir una función de bienestar social basada en preferencias individuales. Conviene cambiar a una función de evaluación social que no las

precisa tal como hace Antonio Villar¹⁷, quien parte del bienestar social como función directamente definida sobre el espacio de variables primarias sin tener que pasar por el espacio de vectores de utilidad.

La financiación pública del gasto sanitario es lo que permite atender a la población según necesidad clínica o sanitaria posibilitando la eficiencia asignativa, la consecución de la mayor cantidad y calidad de vida con los recursos disponibles. Atender la demanda solvente lleva a dedicarse, en ocasiones, a tratamientos de bajo valor, incluso inadecuados, obviando tratamientos efectivos a aquellos con escasa disposición a pagar.

Estas razones de eficiencia son más permanentes, sólidas e independientes de ideologías que los conceptos de equidad. Se basan en el teorema de Rothschild-Stiglitz que muestra como la selección adversa impide un mercado eficiente salvo que salga a cuenta asegurar el mayor riesgo. La conjetura de Coase, por otra parte, llevaría al aseguramiento de colectivos como procedimiento contractual que no necesita de la intervención del mercado y evita la selección adversa, pues sobre un tamaño poblacional grande se pueden estimar riesgos con un intervalo de confianza estrecho. En la realidad, y es una cuestión empírica, en un año cualquiera más de la mitad del gasto sanitario se concentra en población que no pertenece a colectivos de población ocupada asegurable. Queda la alternativa de seguro público obligatorio universal como único eficiente. *[Dicho esto, conviene evitar el término 'eficiencia' así como el de 'consideraciones económicas'. Ni los tribunales lo ven bien. Impera la regla del rescate y aquel con poder industrial, mediático o político conseguirá que su problema sea atendido. La víctima visible oculta las 300 víctimas anónimas que sufren el desplazamiento de recursos a la visible. Lo decían los evangelios: En ocasiones ha de morir un hombre por un pueblo pero nunca ha de morir un pueblo por un hombre solo. Alternativas: Hablar de 'calidad' o de 'valor'; significan lo mismo y suscitan muchas más adhesiones. Incluso cabe utilizar el término 'capacidad resolutive', la marca del virtuosismo en clínica. Asignar un órgano a quien mayor probabilidad tiene de beneficiarse del mismo no deja de ser expresión de 'eficiencia']*.

Por razones de **equidad**, especialmente con sistemas recaudatorios proporcionales o regresivos, calma. Recordar siempre que Aristóteles, Rawls o Sen son importantes, pero para la política sanitaria importa el juicio social acerca de qué desigualdades son aceptables; ese es el concepto de equidad, diferente entre sociedades y cambiante en el tiempo. Puede ser más conveniente pensar tanto en pre-distribución como en re-distribución por la vía de la **educación** financiada públicamente, el principal determinante de la salud, del desarrollo y de la participación social. Véase:

La riqueza crea poder y el poder crea riqueza. La desigualdad creciente genera riesgos muy serios, pues erosiona la cohesión social¹⁸ y estimula movimientos anti-democráticos, pudiendo, además, perjudicar al crecimiento futuro¹⁹. La competencia fiscal entre países dificulta tanto la introducción de una mayor progresividad como la creación de un registro global en el cual conste la propiedad de los activos financieros, un antídoto del lavado de capitales y la evasión fiscal. Una buena noticia ha sido el anuncio²⁰ por parte de la OCDE, el 8 de octubre de 2021, de que 136 países han acordado que las multinacionales paguen un impuesto mínimo sobre sociedades del 15%, cuestión que ya se había impulsado tanto desde el G-7 como desde el G-20. Resulta difícil dejar de suscribir las tres grandes familias de recomendaciones de políticas que los autores del *World Inequality Report 2018*²¹ formulan: mayor progresividad impositiva, registro global en el que conste la propiedad de los activos financieros (antídoto del lavado de capitales, la evasión fiscal y la creciente desigualdad) y mejor acceso a la educación.

La consecución de esa conquista de la humanidad llamada Estado del Bienestar necesita participación mayoritaria. La votación con los pies hacia un mayor aseguramiento privado recuerda que se ha de revertir la tendencia a la disminución del porcentaje de gasto sanitario financiado públicamente para que se mantenga la asignación de recursos según necesidad clínica o sanitaria, así como potenciar la capacidad resolutive orientando el sistema de cuidados hacia la atención primaria.

Sanidad financiada públicamente, y sobre todo Educación, en la medida que ‘crean’ capital humano, fomentan la ‘pre-distribución’ de renta y riqueza. Secundariamente, la Sanidad - especialmente la atención primaria en España- es redistributiva. De hecho, el Gini de renta disponible, cuando se extiende para incorporar las prestaciones en especie del Estado del Bienestar en España, mejora notablemente, tal como calculó Goerlich²².

En todo caso, las políticas con mayor potencial reductor de las desigualdades están fuera del ámbito sanitario y entre ellas destaca la educación, pues, incluso medida como años de escolaridad formal, constituye la variable más explicativa del estado de salud. Para igualar las oportunidades hay que centrarse en la educación preescolar y la primaria complementada con un gasto social centrado en los niños y niñas con mayor riesgo de exclusión social: las condiciones uterinas y de los primeros 5 años de vida²³ afectan tanto a las condiciones de vida futuras como la salud de las personas. Además, la educación como inversión en capital humano es la que puede permitir a un país aumentar su productividad y cimentar su cohesión, pues una mejor educación se correlaciona no sólo con estar ocupado con sueldos más altos y mejor salud sino también con mayor confianza en la sociedad, más efectividad en la actuación política y participación más elevada en tareas de voluntariado social.

Las políticas siempre implicarán una cierta lucha entre racionalidad social e intereses creados - sea hablando de calentamiento global (mal público también global) o reducción de desigualdades (bien público global)- y necesitarán siempre ensayo y error, así como evaluación continua (por tanto, Estado más potente y, al mismo tiempo, más democráticamente controlado). Conocemos las barreras: una gestión pública más pendiente del control legal que de la eficacia; la polarización política, que impide que las reformas cuenten con un grado de consenso imprescindible; o el secuestro de la administración por los partidos políticos.

Regulación básica seguro voluntario privado

Suele distinguirse entre cuatro tipos de seguro privado de salud: acceso principal a la aseguradora, cobertura duplicada (el seguro privado ofrece cobertura para servicios ya incluidos en la cobertura pública), complementario y suplementario. Suele ser difícil para los consumidores evaluar muchas características de las pólizas de seguro y agregarlas para poder efectuar una comparación.²⁴ Los consumidores tienen dificultades para escoger y acaban optando por opciones no siempre racionales, con lo que ni las pólizas se ajustan a sus necesidades ni los productos de la industria del seguro mejoran como deberían hacerlo en mercados competitivos.

Se precisa una regulación específica del seguro privado voluntario tanto para favorecer la creación de valor (mejor salud para los asegurados) como para garantizar la competencia. Hay, pues, que contemplar tanto la solvencia financiera de las aseguradoras como la calidad del servicio. En este segundo aspecto de protección del consumidor hay tres aspectos fundamentales a tener en cuenta:

1. Problemas de información. Selección adversa antes de contratar, con su respuesta de selección de riesgos, y dificultades de interpretación de la póliza, aumento de precios y cambios de cobertura después de contratar.
2. La regulación ha de procurar maximizar la proporción de las primas dedicadas a gastos sanitarios. Los gastos de administración y marketing no conviene absorban una parte elevada de los ingresos por primas. La *Affordable Care Act*, por ejemplo, señala que el ratio aceptable de gastos sanitarios sobre primas es del 80%.
3. Precios habitualmente muy inferiores en contratación individual respecto a contratación colectiva: Vigilar subsidiación cruzada y tratar de proteger al asegurado individualmente. Conviene asimismo que el contrato de seguro sea portátil para evitar

el *job-lock* (seguro asociado a un puesto concreto de trabajo) y la pérdida de flexibilidad laboral que ello supone.

Establecer un **producto certificado de seguro voluntario** (con prestaciones homogéneas) facilitaría la elección del consumidor en una plataforma con información comparable supervisada por la autoridad reguladora. Esta póliza certificada sería además la opción por defecto tanto para simplificar la elección del consumidor como para estimular la competencia²⁵.

El seguro privado chileno, de carácter substitutivo, tiene como referencias los países analizados al inicio de este documento: Estados Unidos, Alemania, Holanda, y, en cierto grado, España. No obstante, siempre puede obtenerse alguna idea de Francia donde existe un seguro privado complementario.

En Francia, las organizaciones de seguros de salud voluntarios son los proveedores tradicionales de cobertura de los gastos sanitarios desembolsados por los afiliados a la Seguridad Social. El seguro público, la Seguridad Social, es el seguro obligatorio de asistencia sanitaria. Los seguros privados voluntarios cubren los gastos de bolsillo de los beneficiarios del seguro social (después del reembolso bajo el régimen de seguro médico obligatorio). Esta es un área particularmente amplia en lo que respecta a la atención médica de rutina, de la cual el régimen obligatorio se ha ido retirando gradualmente, y donde el tratamiento hospitalario puede implicar unos gastos de bolsillo catastróficos para los pacientes. Sobre la base de esta necesidad económica de cobertura, con el transcurso del tiempo, las Mutualidades, que gestionan los seguros voluntarios privados, se han involucrado en la regulación de la provisión de servicios sanitarios en su conjunto a través de la *Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie*, UNOCAM). Los gastos de ópticos, dentistas y especialistas en prótesis auditivas ahora están sujetos a un esquema legal específico de fijación de precios.

Resumen y conclusiones

- Se analiza la experiencia comparada de Estados Unidos de América, Alemania, Holanda, y, parcialmente, España, pues son países que han canalizado el aseguramiento obligatorio por canales privados, lo que proporciona alguna inspiración siempre que no se pierda de vista su necesario acomodo progresivo a la cultura, valores y reglas de juego (instituciones) de cualquier país.
- Estados Unidos de América tiene un desastroso sistema sanitario. Peor esperanza de vida -muertes por desesperación- pese a gastar el doble per cápita que países ricos comparables, lo que supone sacrificar otros gastos además de presionar salarios a la

baja por los crecientes costes del aseguramiento. No negocian los precios ni de medicamentos ni de servicios, y el fracaso de sus intentos de reforma, Clinton u Obama, ilustra la dificultad de luchar contra potentísimos intereses creados. Compatible todo ello con la existencia de destacadas organizaciones sanitarias.

- Alemania, con una desigualdad muy inferior a la de EUA o Chile, no tiene un sistema sanitario desastroso pese a que los más ricos pueden optar por un seguro sanitario privado. Se obliga a las aseguradoras privadas a introducir una cuota suplementaria entre los nuevos suscriptores que permita constituir una reserva -fondos propios- para mayores gastos futuros derivados del envejecimiento. Por otra parte, una vez que se ha optado por el régimen privado no se puede volver al régimen público.
- Holanda: Antes de la gran reforma en 2006, casi una cuarta parte de la población tenía seguro privado como sustituto del público. La Ley de Seguro Sanitario de 2006 creó un seguro único y obligatorio, régimen que cubre a toda la población. Claro aumento de la financiación pública a partir del 2006, y creación de un mercado de aseguradoras (las 4 mayores cubren el 90% del mercado) que funciona satisfactoriamente. Solo un hospital privado con finalidad lucrativa, a diferencia de EUA y Alemania donde la cuota de este tipo de hospitales aumenta. Éxito en la transferencia gradual de riesgo y en los ajustes de los pagos capitativos para evitar los incentivos a la selección de riesgos por parte de las aseguradoras. En cualquier caso, a destacar la gradualidad y persistencia en los intentos universalizadores a lo largo de los años compatible con una mayor capacidad de elección por encima de alardes técnicos.
- España: régimen especial de seguridad social para funcionarios. Sus 1,8 millones de beneficiarios pueden optar, para su asistencia sanitaria, entre el Régimen General de Seguridad Social -el 20% lo hace- o las aseguradoras privadas concertadas con esas mutualidades.
- Fondo universal sanitario por razones de eficiencia. Definición del bienestar social directamente sobre espacio de variables primarias, como Índice de Desarrollo Humano de Naciones Unidas y el *Better Life Index* de la OCDE, sin tener que pasar por el espacio de vectores de utilidad. La financiación pública del gasto sanitario es lo que permite atender a la población según necesidad clínica o sanitaria posibilitando la eficiencia asignativa, la consecución de la mayor cantidad y calidad de vida con los recursos disponibles. Atender la demanda solvente lleva a dedicarse, en ocasiones, a tratamientos de bajo valor, incluso inadecuados, obviando tratamientos efectivos a aquellos con escasa disposición a pagar. Estas razones de eficiencia son más

permanentes, sólidas e independientes de ideologías que los conceptos de equidad, diferentes entre sociedades y cambiantes en el tiempo.

- La desigualdad creciente genera riesgos muy serios pues erosiona la cohesión social y estimula movimientos anti-democráticos, pudiendo, además, perjudicar al crecimiento futuro. La consecución de esa conquista de la humanidad llamada Estado del Bienestar necesita participación mayoritaria. La votación con los pies hacia un mayor aseguramiento privado recuerda que se ha de revertir la tendencia a la disminución del porcentaje de gasto sanitario financiado públicamente para que se mantenga la asignación de recursos según necesidad clínica o sanitaria, así como potenciar la capacidad resolutive orientando el sistema de cuidados hacia la atención primaria.
- En todo caso, las políticas con mayor potencial reductor de las desigualdades están fuera del ámbito sanitario y entra ellas destaca la educación, pues, incluso medida como años de escolaridad formal, constituye la variable más explicativa del estado de salud. Para igualar las oportunidades hay que centrarse en la educación preescolar y la primaria complementada con un gasto social centrado en los niños y niñas con mayor riesgo de exclusión social: las condiciones uterinas y de los primeros 5 años de vida, afectan tanto las condiciones de vida futuras como la salud de las personas. Además, la educación como inversión en capital humano es la que puede permitir a un país aumentar su productividad y cimentar su cohesión, pues una mejor educación se correlaciona no sólo con estar ocupado con sueldos más altos y mejor salud sino también con mayor confianza en la sociedad, más efectividad en la actuación política y participación más elevada en tareas de voluntariado social.
- Regulación básica del seguro sanitario privado: Establecimiento de un producto certificado de seguro voluntario (con prestaciones homogéneas) que facilitaría la elección del consumidor en una plataforma con información comparable supervisada por la autoridad reguladora. Esta póliza certificada sería además la opción por defecto tanto para simplificar la elección del consumidor como para estimular la competencia.
- De los dos grandes ejes de la Reforma, el fortalecimiento del sistema público irá acompañado con la universalización pero siempre un paso por delante. Por eso se cierra este Documento Final con lo que puede aprenderse de la experiencia internacional en dos temas clave: Atención Primaria y Mecanismos de Libre Elección/Competencia.
- Los beneficios, con propiedad privada, cumplen una gran función si premian la eficiencia y estimulan la innovación y el riesgo. Si, por el contrario, simplemente reflejan amiguismos, influencias o poder de mercado constituyen un lastre social. En cualquier

caso, la posibilidad de que los incentivos de lucro cortocircuiten las decisiones clínicas hace que en la prestación sanitaria de los países desarrollados predominen las organizaciones públicas y las privadas sin finalidad lucrativa. Existen, naturalmente, otras formas de lucro, como el lucro o la parasitación de un empleo público desde un puesto privado, más fácil cuando ambos se pueden compatibilizar.

- Colofón parafraseando a Osler: Más importante que establecer qué diagnóstico tiene una sociedad, o un sistema sanitario, es conocer qué sociedad, o sistema sanitario, tiene ese diagnóstico. La huida de Holanda de la segmentación de riesgos según renta tiene componentes técnicamente imitables como: 1/ el ajuste de las primas capitativas según riesgo individual para eliminar el incentivo de las compañías aseguradoras -entre las que se pretendía introducir competencia- a seleccionar riesgos, y 2/ una transferencia gradual y sostenida de riesgo desde el financiador público a las aseguradoras. No obstante, resulta imprescindible recordar que para que esas políticas tuvieran éxito hay que mantenerlas a lo largo de décadas, reflejando consensos básicos entre las principales fuerzas políticas. Y este rasgo suele ser el más difícilmente imitable.

Bibliografía

- ¹ Cid C, Pagano JP, Pescetto C, Prieto L. Espacio fiscal para el financiamiento sostenible de los sistemas de salud y la salud universal. *Rev Panam Salud Pública*. 2019; 42:e197.
- ² Cid C, Marinho ML. Dos años de pandemia de COVID-19 en América Latina y el Caribe: reflexiones para avanzar hacia sistemas de salud y de protección social universales, integrales, sostenibles y resilientes. *Documentos de Proyectos* (LC/TS.2022/63), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2022.
- ³ Thomson S, Sagan A, Mossialos E. Private Health Insurance. History, Politics and Performance. European Observatory on Health Systems Performance, 2020.
- ⁴ Yourcenar M. *Alexis ou le traité du vain combat*. París: Au Sans Pareil, 1929.
- ⁵ The Commonwealth Fund. *Mirror, mirror: Comparing health systems across countries*. Agosto 2021. <https://www.commonwealthfund.org/series/mirror-mirror-comparing-health-systems-across-countries>
- ⁶ Pew Research Center. *The American-Western European Values Gap*. 29 febrero 2012. <https://www.pewresearch.org/global/2011/11/17/the-american-western-european-values-gap/>
- ⁷ Case A, Frueh S. People Feel That Their Ability to Contribute to Society Has Been Terribly Thwarted. *Issues in Science and Technology* 39, no. 1 (Fall 2022): 26–29.
- ⁸ Topol E, Feinberg D. Geisinger: The most progressive healthy system in the planet. *Medscape*, 2018. <https://www.medscape.com/viewarticle/902769#:~:text=Geisinger%20CEO%20David%20Feinberg%20Talks%20Genetics%20and%20Refunds%20With%20Eric%20Topol>
- ⁹ Marx K. Critique of the Gotha Program. <https://www.marxists.org/archive/marx/works/1875/gotha/ch04.htm>
- ¹⁰ Cabrales A, Güell M, Madera R et al. Income contingent university loans: Policy design and an application to Spain. *Economic Policy* 2019;34(99):479-521. <https://discovery.ucl.ac.uk/id/eprint/10069603/>
- ¹¹ García Montalvo J. Gasto social y efectividad. *La Vanguardia*, 18 de julio 2020. <https://www.lavanguardia.com/economia/20200718/482381085411/gasto-social-y-efectividad.html>
- ¹² Ortún V, Varela J. Infra y sobreutilización. ¿Inventando problemas? *Gest Clin San* 2017; 19(3): 87-89. <https://www.upf.edu/documents/2984046/0/GestClinSan66.pdf/e916c3fd-0e63-2c11-10bd-3c2f654b5781>
- ¹³ For-Profit Hospitals Have Thrived Because of Generous Public Reimbursement Schemes, Not Greater Efficiency: A Multi-Country Case Study. Patrick P. T. Jeurissen, Florian M. Kruse, Reinhard Busse, David U. Himmelstein, Elias Mossialos, and Steffie Woolhandler. *International Journal of Health Services* 2021, Vol. 51(1) 67–89.
- ¹⁴ IDIS. *Impacto del cambio de modelo de las Mutualidades*. 2021.
- ¹⁵ López-Casasnovas G. S'ha de subvencionar l'assegurament sanitari privat? *CRES Health Policy Papers* 2023-5. <https://repositori.upf.edu/handle/10230/57199>

- ¹⁶ Cutler D, Deaton A, Lleras-Muney A. The determinants of mortality. *Journal of Economic Perspectives* 2006; 20(3): 97-120. <https://www.aeaweb.org/articles?id=10.1257/jep.20.3.97>
- ¹⁷ Villar A. La valoración del bienestar social. *Ekonimiz* 2022; nº 101: 30-35.
- ¹⁸ Inglehart RF, Norris P. Trump, Brexit, and the Rise of Populism: Economic Have-Nots and Cultural Backlash (July 29, 2016). HKS Working Paper No. RWP16-026, Disponible en: SSRN: <https://ssrn.com/abstract=2818659>
- ¹⁹ Cingano F. Trends in economic inequality and its impact on economic growth. OECD 2014. <https://www.oecd.org/els/soc/trends-in-income-inequality-and-its-impact-on-economic-growth-SEM-WP163.pdf>
- ²⁰ OECD says 136 countries agree deal on global corporate tax. *Financial Times*, 8 octubre 2021.
- ²¹ World Inequality Report 2018. <https://wir2018.wid.world/>
- ²² Goerlich F. Distribución de la renta, crisis económica y políticas redistributivas. Bilbao: Fundación BBVA, 2016.
- ²³ Heckman J. The development origins of health. *Health Economics* 2011; 21(1): 24-29.
- ²⁴ Kunreuther HC, Pauly MV, McMorro S. Insurance and behavioral economics: Improving decisions in the most misunderstood industry. Cambridge University Press, 2013.
- ²⁵ Ibern P. The regulation of voluntary health insurance. *Economic Journal of Catalonia*, 2020, issue 81, p 66-71. <https://www.coleconomistes.cat/Canals/Ficha.aspx?IdMenu=1e333773-ef9d-4d24-a878-86732e3a51dd&Cod=7539f69e-b9e9-4c9f-abf5-5fe6eb1bd0a4&Idioma=ca-ES>

Health Policy Papers Collection 2023 – 6

Últimos Títulos de la Colección Health Policy Papers:

López-Casasnovas, G; **"S'ha de subvencionar l'assegurament sanitari privat?"** Health Policy Papers Collection 2023-5_GL

López-Casasnovas, G; **"El debate sobre la colaboración público-privada como forma de privatización sanitaria"** Health Policy Papers Collection 2023-4_GL

Meneu, R., Ortún, V., Urbanos, R.; **"La sanidad en la encrucijada post-COVID. Financiación, organización y gestión"** Health Policy Papers Collection 2023-3_RM_VO_RU

Ortún, V; **"La princesa del Estado del Bienestar está triste"** Health Policy Papers Collection 2023-2_VO

López-Casasnovas, G; **"Hipòtesi sobre immigració i estat del benestar"** Health Policy Papers Collection 2023-1_GL

López-Casasnovas, G; **"La Financiación de las nuevas terapias"** Health Policy Papers Collection 2022-16_GL

López-Casasnovas, G; Maynou-Pujolràs, L.; Sáez-Zafra, M; **"Health and Random Shocks: Self-Perceived Health in Spain and in Some European Countries During the Financial Crisis"** Health Policy Papers Collection 2022-15_GL_LM_MS

Castaño Riera, E; **"El Relato: VII Programa Experto en Política Sanitaria y Farmacoeconomía"** Health Policy Papers Collection 2022-14_EC

Ortún Rubio, V; **"¿Sirve el instrumental de evaluación económica convencional para la innovación actual y futura?"** Health Policy Papers Collection 2022-13_VO

Ibern Regàs, P; **"Perspectivas económicas sobre la medicina de precisión."** Health Policy Papers Collection 2022-12_PI

Peiró Moreno, S; **"Modelos de estratificación poblacional de la cronicidad."** Health Policy Papers Collection 2022-11_SP

López-Casasnovas, G; **"La privatización de la sanidad. Que viene el lobo."** Health Policy Papers Collection 2022-10_GL

Serrano-Alarcón, M; Hernández-Pizarro, H; López-Casasnovas, G; Nicodemo, C; **"Effects of long-term care benefits on healthcare utilization in Catalonia"** Colección Health Policy Papers 2022-09_GL.

López-Casasnovas, G; **"Los beneficios fiscales del aseguramiento sanitario privado"** Colección Health PolicyPapers 2022-08_GL

López-Casasnovas, G; **"Como veo la evolución de los tratamientos farmacológicos"** Colección Health PolicyPapers 2022-07_GL.

López-Casasnovas, G; **"Petita crònica de les propostes de la comissió d'experts per a la reforma fiscal, amb especial referència final a la fiscalitat indirecta de la sanitat privada."** Colección Health PolicyPapers 2022-06_GL.

López-Casasnovas, G; **"La Subvenció pública en el món de les Arts. Teatre i economia."** Colección Health PolicyPapers 2022-05_GL.

López-Casasnovas, G; **"La economía de la salud 'en cuerpo y alma."** Colección Health Policy Papers 2022-04_GL.

<https://www.upf.edu/web/cres/health-policy-papers>