

«Contención de Costes y Nuevas Prioridades en la Comunidad Europea» *

Este artículo analiza las medidas de control del coste de la atención sanitaria en los doce países de la Comunidad Europea durante el período 1983 a 1990. El mayor grado de convergencia se dió en cuanto a la utilización del presupuesto como sistema de control, reforzado por controles del personal sanitario. La experiencia europea demuestra la factibilidad técnica del control de los costes de la atención sanitaria por parte del gobierno a través de la regulación de la oferta en lugar de la demanda. La clave del éxito en Europa es la utilización del poder de monopsonio, por el que un comprador domina el mercado. El autor argumenta que la regulación en Europa funciona y se pregunta si los Estados Unidos pueden ejercer un control similar sobre la coalición de asegurados y personal sanitario con el fin de recuperar las riendas de sus gastos en atención sanitaria.

Artikulu hau, Europako Komunitateko hamabi herrialdeetan 1983tik 1990erako epealdian eman zen osasun-arduraren kostuaren kontrol-neurriak aztertzeaz arduratzen da. Konbergentzi mailarik handiena aurrekontua kontrol-sistema bezala erabiltzeri buruz eman zen, osasun-pertsonalaren kontrolekin indartuta. Eta, horrela, Europako esperientziak frogatzen digu, osasun-arduraren kostuen kontrola gobernuen aldetik eramatea, teknikoki egin daitekeen zerbait dela, eskaria erregulatu ordez eskaintza erregulatuz. Horren arrakastaren giltzarria, Europan, «monopsonio-ahalmena» delakoan datza, merkatua erosleak menperatu eta manejatzean alegia. Artikulugileak dioenez, erregulazio horrek funtzionatzen du Europan eta galdetzen du Estatu Batuek antzeko kontrolik egin ote dezaketen-edo aseguratuak eta osasun-pertsonalaren gain, hauen osasun-ardurako gastuen kontrolaren bridak berreskuratzeko asmoarekin.

This article reports on the author's survey of the cost-control measures for health care in 12 European countries during the period from 1983 to 1990. Among these countries the greatest convergence was in the use of the budget as a system of control, reinforced by manpower controls. The European experience demonstrates the technical feasibility of the government's controlling health care costs by regulating supply rather than demand. The key to Europe's success is the use of monopsony power, whereby one purchaser dominates the market. The author contends that regulation works in Europe and questions whether the United States can exert similar control over its coalition of insurers and providers in order to rein in its health care expenses.

(*) Traducción del original -Cost Containment and New Priorities in the European Community», publicado en *The Milbank Quarterly*, Vol. 70, n.º3, 1992.

1. Introducción.
 2. Actuación sobre la demanda.
 3. Promoción de la salud.
 4. Actuación sobre la oferta.
 5. Los precios pagados por bienes y servicios.
 6. Restricciones a largo plazo sobre la oferta.
 7. Educación médica y dental.
 8. ¿Mayor prioridad para la atención médica primaria?
 9. Grandes planes de reforma.
 10. Resumen: ¿Convergencia de las Políticas?
 11. Por qué Europa difiere de los Estados Unidos.
- Referencias Bibliográficas.**

Palabras clave: Economía de la salud, coste sanitario, control de costes.
Nº de clasificación JEL: I1, I11, I18, J42

1. INTRODUCCIÓN

En 1990, realicé una visita a los 12 países de la Comunidad Europea y consulté con expertos locales para analizar sus medidas de control de costes de la atención sanitaria y ver qué nuevas prioridades habían establecido. Este artículo cubre el período desde 1983 hasta septiembre de 1990, actualizando un estudio previo en el que describía desarrollos que tuvieron lugar entre 1977 y 1983 (Abel-Smith, 1984).

Mi objetivo principal era ver qué tipos de medidas se estaban poniendo en práctica y con qué éxito. También quería comparar las medidas que se habían mantenido desde mi anterior viaje con las que se habían abandonado, bien porque

no eran prácticas o debido a presiones políticas. Las nuevas iniciativas tenían un interés especial. Otro objetivo consistía en establecer el impacto sobre las prioridades de los países europeos de la publicación en 1985 de los objetivos de Salud Para Todos (SPT) de la Organización Mundial de la Salud. Aunque todos los países de la zona habían suscrito el documento, aún así quería ver en qué medida la publicación había influido en que estos países recondujeran sus energías hacia la atención sanitaria primaria, a la prevención y a invertir en actividades que promuevan la salud.

Contener los costes de la atención sanitaria se ha convertido en el objetivo de prácticamente todos los países del mundo, tanto desarrollados como en vías

de desarrollo. Entre los países que he estudiado, sólo Grecia, cuyos servicios estaban en cualquier caso muy poco desarrollados, constituía una excepción a esta regla.

Confío en que el documentar la experiencia de 12 países europeos occidentales, que cuentan entre ellos a los pioneros del seguro médico obligatorio, pueda ser de utilidad para los países que se están enfrentando a problemas similares. Las soluciones, sin embargo, puede que no sean fácilmente transferibles. Lo que es aceptable en un país puede ser inaceptable en otro. Depende de las actitudes del público, las expectativas culturales, el poder de distintos grupos de interés, y la situación de mercado en la que se encuentran en determinados momentos los proveedores de la atención sanitaria. La principal lección de la experiencia en Europa durante los últimos quince años es que algunas medidas que previamente se habían considerado impensables, pueden no sólo ser tenidas en cuenta, sino también ser adoptadas por gobiernos que se encuentran bajo una gran presión para actuar.

La recesión económica trajo consigo presiones que han afectado a los países en distintos grados en diferentes momentos durante los años setenta y los ochenta. Una vez que la contención del gasto público, incluyendo la cantidad total de gasto en sanidad, se convirtió en un objetivo crítico, los gobiernos, enfrentados a tasas de crecimiento económico bajas o decrecientes y a la resistencia a subir los impuestos, decidieron combatir el aumento secular de los costes sanitarios, que habían crecido más rápidamente que el gasto de la economía en su conjunto. En la mayoría de los países europeos la contención del coste se ve como un

problema de gasto *público*. Así pues, transferir el gasto del sector público al sector privado es una solución aceptable, incluso si el total no se reduce demasiado. En los Países Bajos, donde sólo alrededor del 60 por ciento de la población está cubierto por un seguro médico obligatorio, la contención del coste se considera, al igual que en los Estados Unidos, como un problema tanto de gasto sanitario privado como público. El tema subyacente en mi estudio es la búsqueda de medidas efectivas y aceptables de contención del gasto para sistemas que utilizan métodos diversos de organización y pago de la atención sanitaria.

La principal conclusión del estudio es que es técnicamente posible contener los costes de la atención sanitaria mediante la regulación de la oferta por parte del gobierno en lugar de la demanda. En Europa, es aceptable que el gobierno lleve a cabo este tipo de regulación y no se plantea la cuestión de que los reguladores sean dominados por los regulados. La clave del éxito es la utilización del poder de monopsonio. Incluso cuando existen muchos aseguradores, se ven forzados por la regulación a actuar juntos.

Un aspecto particular de los 12 países es que, con la excepción de los Países Bajos, el seguro médico obligatorio, según lo define la Organización Internacional del Trabajo (OIT), cubre a más del 85 por ciento de la población. Los derechos universales (los mismos derechos básicos para todos los ciudadanos) a la atención sanitaria se han ido extendiendo durante los últimos quince años hasta encontrarse en cinco de los 12 países miembros de la Comunidad: Dinamarca, Grecia, Italia, Portugal y el Reino Unido. Derechos casi universales (una cobertura de alrededor del 99 por ciento) existen en Bélgica,

Francia, Luxemburgo y España. Aunque la cobertura es obligatoria para sólo el 60 por ciento de la población aproximadamente en los Países Bajos, el seguro médico voluntario suple prácticamente todos los resquicios que deja el seguro obligatorio y toda la población se encuentra cubierta frente a riesgos mayores.

De acuerdo con los cálculos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), se ha producido una notable reducción en la tasa de aumento del gasto médico en relación con el producto interior bruto (PIB) (véase Cuadro n.º 1). Los once países para los que se dispone de datos de ambos años muestran aumentos sustanciales en la proporción del PIB dedicada a gasto sanitario entre 1970 y 1980; tres países redujeron la proporción entre 1980 y 1989; y la proporción no se alteró en un país. Las tasas máximas de aumento rondaban el 1 por ciento en dos países, comparado con el 2 por ciento o más en cinco países en el período anterior.

Un caso particularmente notable fue Dinamarca donde, utilizando la definición nacional de gasto sanitario, el porcentaje del PIB se redujo en un punto entre 1982 y 1988 (no se muestra). La última columna del cuadro, que muestra el porcentaje del gasto que es público, combina tres elementos: compra de medicamentos sin receta, pagos privados por los servicios, que pueden ser a través de un asegurador privado, y participación en los costes del seguro obligatorio.

Los métodos utilizados por distintos países para controlar los costes difieren según cómo organicen y financien la atención sanitaria. Donde el gobierno o los principales aseguradores sanitarios tienen las instalaciones sanitarias en propiedad y pagan a los profesionales de la salud en forma de salarios —lo que la OIT denomina el sistema de financiación *directa*— el control es obviamente más sencillo que en una situación en la que los proveedores de la atención sanitaria tienen un contrato bien sea con el

Cuadro n.º 1. **Gasto Sanitario como porcentaje del PIB, 1970-1989**

País	1970	1980	1985	1987	1989	% Público 1989
Bélgica	4,1	6,3	6,9	7,3	7,2	89
Dinamarca	6,1	6,8	6,3	6,3	6,3	84
Francia	5,8	7,6	8,5	8,5	8,7	75
Alemania	5,9	8,5	8,6	8,6	8,2	72
Grecia	4,0	4,3	4,9	5,2	5,1	89
Irlanda	5,6	9,0	8,3	8,0	7,3	84
Italia	5,2	6,8	7,0	7,3	7,6	79
Luxemburgo	4,1	6,8	6,8	7,2	7,4	92
Holanda	6,0	8,2	8,2	8,5	8,3	73
Portugal	—	5,9	7,0	6,4	6,3	62
España	3,7	5,6	5,7	5,7	6,3	78
Reino Unido	4,5	5,8	6,0	5,9	5,8	87

Fuente: Schieber y Poullier (1991, 109).

gobierno o con los principales aseguradores —el sistema de financiación *indirecta*.— La financiación mediante los presupuestos del estado no necesariamente conduce a que el estado posea los servicios o que todo el personal sanitario cobre sus salarios del estado. De hecho, este modelo se encuentra sólo en Portugal y en los dos mayores planes de salud en Grecia. Incluso en ese caso, se pueden contratar servicios privados para suplementar los servicios en posesión del asegurador. Tampoco se sigue que los

hospitales públicos sean financiados directamente por el estado. Se financian así en Dinamarca, Irlanda, Italia, y el Reino Unido, pero no en los demás países de la Comunidad Europea, donde los hospitales públicos se financian completamente sobre la base de las cotizaciones del seguro sanitario obligatorio y compiten de manera activa con otros hospitales privados tengan o no fines de lucro. La experiencia de estos países es del máximo interés para los Estados Unidos.

Cuadro n.º 2. Principales Métodos de Provisión de Servicios en la Comunidad Económica Europea (*)

País	Directa (empleados)	Indirecta (contratados)	Pago a médicos Atención
Bélgica	—	Todos los servicios	Honorario por serv.
Alemania	—	Todos los servicios	Honorario por serv.
Francia	—	Todos los servicios	Honorario por serv.
Luxemburgo	—	Todos los servicios	Honorario por serv.
Holanda	—	Todos los servicios	Capitación
Dinamarca	Hospitales	Gps, especialistas, externos, farmacias, dentistas y fisioterapeutas	Capitación, 25% Honorario por serv., 75%
España	Especialistas, hospitales, GPs	Farmacias, dentistas y hospitales privados	Capitación
Grecia	Doctores, dentistas, hospitales	Hospitales privados y farmacias	Salario
Italia	Hospitales públicos y especialistas	Hospitales privados GPs. y especialistas privados	Capitación
Irlanda	Hospitales públicos y especialistas (GMS)	GPs, hospitales no lucrat. y farmacias	Capitación
Portugal	GPs, algunos especialistas, hospitales públicos	Hospitales privados, algunos doctores en áreas rurales, farmacias, labor, de rayos X y patológicos	Salario
Reino Unido	Hospitales y servicios comunitarios	GPs, farmacias, dentistas y oculistas	Capitación

(*) Prestación principal o prestación a personas de bajo nivel de renta.

El cuadro n.º 2 indica los principales sistemas de oferta de servicios en los 12 países o, en el caso de Irlanda, cubre el Servicio Médico General (GMS) para los grupos de renta baja. Hay también una columna que muestra el método de pago a los médicos de atención sanitaria primaria. En Europa los aseguradores pagan a los proveedores de servicios sanitarios por los servicios prestados a las personas aseguradas, excepto en Francia y Bélgica donde los aseguradores reembolsan parte del coste de algunos servicios sobre la base de las facturas que se presentan; por otros servicios, el asegurador paga al proveedor directamente. El tipo americano de seguro médico privado, o «seguro médico convencional» es la excepción en Europa.

Los servicios sanitarios que se financian directamente a través de los presupuestos del gobierno, central o local, siempre han estado sujetos, al menos teóricamente, a la contención de costes. Se puede aplicar la financiación a través de presupuesto global independientemente de la parte de recursos obtenidos mediante las cotizaciones del seguro médico obligatorio. Mi estudio muestra que funcionaban con presupuestos globales en Dinamarca (a través del gobierno local), Italia, Irlanda, España, Portugal y el Reino Unido, y para el plan de seguro médico rural en Grecia.

En teoría, puede parecer que aseguradores médicos independientes no pueden verse atados por las restricciones estatales, pero en la práctica el estado puede utilizar su poder para restringir o vetar los aumentos de las cotizaciones del seguro médico obligatorio, para aprobar cualquier carga sobre los pacientes, y para controlar o imponer reducciones en el alcance del seguro ofrecido. Además, el estado puede imponer presupuestos en hospitales individuales

independientemente de su propiedad, incluso cuando obtienen sus ingresos de distintos aseguradores sanitarios.

Se puede imponer una contención de costes bien en la *demanda* del consumidor o en la *oferta*. Al describir las medidas que operan sobre la demanda del consumidor como son por ejemplo los costes compartidos, doy al término un sentido más amplio de lo que es común en los Estados Unidos. Los costes compartidos significan que en último término el consumidor tiene que pagar parte del coste, bien sea como una carga al usuario o en forma de reembolso parcial, en lugar de total, del coste. Sin embargo, los pacientes pueden recibir reembolso de la parte que les corresponde mediante un seguro suplementario. Este pago puede que tenga el objetivo de aumentar los ingresos (y reducir así el gasto *público*), o de desincentivar la demanda del usuario, o de señalar al médico o dentista que autoriza la utilización de los recursos que el usuario tendrá que pagar, lo que tiene la finalidad de incentivar una utilización más económica. El caso extremo es aquel en el que el usuario soporta todo el coste de un servicio concreto.

Existen otras maneras de restringir la demanda en un sistema de seguro. Una de ellas es rebajar la prima del seguro por la no utilización de servicios médicos, que se ha puesto en práctica en Alemania en pequeña escala desde 1989. Una segunda forma lleva consigo concesiones en el impuesto sobre la renta a los individuos que deciden adquirir los servicios privadamente en lugar de utilizar los que ya han pagado mediante cotizaciones al seguro médico obligatorio o mediante impuestos. Tales concesiones se han aplicado en Irlanda y Grecia, en Portugal desde 1989, y para personas de

más de 60 años en el Reino Unido desde abril de 1990. No obstante, una comisión gubernamental en Irlanda ha desestimado las concesiones impositivas para las primas de los seguros médicos y los gastos sanitarios. Una tercera aproximación es requerir aprobación previa, como es el caso de ciertos servicios auxiliares en Luxemburgo y ciertos tratamientos dentales en el Reino Unido. El cuarto enfoque, el más fundamental, es reducir la demanda de servicios sanitarios mediante la prevención y la promoción de la salud.

Hay una variedad mucho más amplia de sistemas de contención de costes que operan sobre la *oferta*; en años recientes han adoptado formas diferentes, en particular los sistemas que operan bajo contrato. El stock de capital que está a disposición de los aseguradores se puede restringir limitando la extensión o la construcción de hospitales, cerrando hospitales, denegando subsidios o contratos de seguro a ciertos hospitales, y racionando el equipo médico más caro mediante cuotas o por tipo de tecnología. Se puede restringir a los profesionales de la salud su entrada a la práctica médica que se encuentra cubierta por el seguro médico obligatorio o bien, con el fin de reducir el stock de personas formadas que buscan su primer trabajo en el sistema del seguro médico obligatorio, restringir el acceso a las facultades de medicina y odontología.

Se pueden reforzar las restricciones presupuestarias sobre el gasto corriente controlando el número de personas que están empleadas en el sistema de atención sanitaria. El gasto corriente depende en parte de la cantidad de servicios ofrecidos y en parte del precio tanto de los productos como de la mano de obra (salarios o pagos por servicios) utilizada para proveerlos. Se pueden

contener los costes operando en cualquiera de las dos partes. Las acciones de autorización de los médicos y dentistas pueden verse influenciadas alterando sus incentivos: se pueden alterar los ratios entre las tasas de pagos por los distintos servicios; se pueden controlar sus autorizaciones y los que otorguen muchas pueden ser advertidos, amenazados, o se les pueden imponer castigos monetarios. Todos estos tipos de acciones se han iniciado en diferentes países, proporcionando así una gran lista de opciones de intervención de entre las que un país puede elegir.

2. ACTUACIÓN SOBRE LA DEMANDA

Aunque todos los países de la Comunidad Europea en algún momento han utilizado algún sistema modesto de costes compartidos para reducir la demanda, no ha sido el mecanismo más importante para la contención de costes ni su papel ha aumentado de manera estable. Su impacto, tanto en términos de aumento del ingreso como en su calidad de intento para controlar la demanda directa o indirectamente, ha sido relativamente bajo. No se pueden efectuar comparaciones entre países del ingreso obtenido por los costes compartidos, debido a las variaciones en la medida en la que se reembolsan los costes de servicios como dentista, gafas y gastos de viaje. Dada su visibilidad, es un asunto de una agitada controversia entre los partidos políticos de todos los países. Los costes compartidos, por tanto, podrían verse reforzados en un momento en el que la situación económica es mala y posteriormente reducirse en alcance cuando las perspectivas mejoren. La medida en la que se comparten los costes podría depender también de qué partido político está en el poder. Su papel

en el gasto sanitario considerado en conjunto ha sido más bien pequeño en cada uno de los países que he estudiado excepto en Francia, donde ha tenido una gran importancia a lo largo de los 50 años de seguro médico obligatorio de ese país.

Una razón es que muchos médicos en Francia (más del 30 por ciento en 1989) se han negado a aceptar el pago negociado como pago total, insistiendo en añadir un pago adicional. Sin embargo, la mayoría de la gente dispone de un seguro privado, que paga la cuota del paciente en los costes, de manera que su impacto en la contención de costes es pequeño.

La consideración de objetivos aceptables de costes compartidos depende de lo que tradicionalmente haya cubierto el seguro médico. Los países encuentran más aceptable aplicar costes compartidos a los servicios de dentista y a las gafas, porque, con la excepción de la necesidad urgente de la extracción dentaria, tales gastos se pueden posponer hasta que la persona disponga de dinero para pagarlos. Esta opción no se puede utilizar en países que nunca han tenido estos beneficios o sólo los han ofrecido de manera simbólica, como en el caso de España, Grecia, Irlanda, Italia, y Portugal. Bélgica nunca ha cubierto la provisión de dentaduras.

Durante el período analizado, el gasto en gafas se convirtió en no reembolsable para los adultos en Bélgica, excepto para los individuos con muy mala vista; los niños menores de 12 años tenían derecho a lentes gratuitas y un pago en efectivo para la montura. En 1985, el Reino Unido eliminó también el derecho de los adultos a gafas gratuitas bajo el Servicio Nacional de Salud a menos que tuvieran problemas especiales de ojos o estuvieran recibiendo asistencia social. Para las personas que tenían derecho, se les entregaba un

pago en efectivo o un bono en lugar de la provisión en especie. En 1988 se eliminó el derecho a revisiones dentales y visuales gratuitas y los pagos por los servicios dentales se incrementaron. También se impusieron mayores pagos en Alemania. En Dinamarca, las personas de más de 30 años de edad han tenido que pagar todo el coste de los servicios dentales desde 1983. Los servicios dentales están subsidiados para las personas entre 18 y 30 años y son gratuitos para las personas menores de 18 años.

Se ha producido un aumento de los costes compartidos para los medicamentos —a menudo bajo nuevas formas— en siete países. Los medicamentos han constituido un objetivo clave, en parte porque la cuota de los gastos sanitarios que se dedica a ellos no es pequeña, variando desde el 6 al 21 por ciento (Portugal) de los gastos totales. Adicionalmente, en al menos siete de los países, los medicamentos han constituido el mayor gasto, aumentando más rápidamente que cualquier otra categoría.

Alemania introdujo en 1989 un sistema muy ingenioso. El paciente no sólo paga un precio fijo bajo por medicamento recetado, alrededor de 1.30 dólares americanos, sino que además, cuando existen productos similares más baratos, incluyendo los medicamentos genéricos, se establece un «precio de referencia», como media el 30 por ciento más bajo que el precio de los productos de marca. Los pacientes tienen que pagar la cantidad que sobrepasa el precio de referencia en lugar del precio fijo. Esto ha tenido el efecto de inducir a los fabricantes de productos que se vendían a precios por encima del precio de referencia a abaratarlos para eliminar el pago adicional. Es todavía demasiado

pronto para ver los efectos de esta medida sobre los gastos, pero los economistas están proyectando que se ahorrarán 2 millones de marcos alemanes cuando el sistema esté plenamente desarrollado. Además, Alemania ahora exige a los médicos que especifiquen en la receta cuándo no se puede permitir la sustitución por un medicamento genérico.

La exclusión de la cobertura del seguro médico se puede considerar bien como una restricción de la oferta o como un sistema de costes compartidos del 100 por cien. Irlanda extendió su lista de medicamentos no gratuitos para los pacientes del Servicio Médico General en 1982 y tiene en proyecto una lista restringida de lo que puede cubrirse por el sistema (República de Irlanda 1989, 314). Alemania también eliminó en 1983 ciertos medicamentos de menor importancia de la cobertura del seguro médico obligatorio. En 1985, el Reino Unido eliminó varios medicamentos, principalmente aquellos que no necesitaban receta, de la cobertura del Servicio Nacional de la Salud. La lista de los medicamentos no cubiertos por el seguro médico en Luxemburgo se confeccionó en 1979, y no se ha modificado desde esa fecha. Listas limitadas de los medicamentos que se pueden recetar bajo el seguro médico existen en Bélgica, Dinamarca, Italia, los Países Bajos, Portugal y Grecia, aunque Grecia no pone en práctica de manera efectiva las restricciones. Hasta el momento no existe ninguna lista de restricciones en España, pero hay una en proyecto.

En Irlanda se introdujeron pagos por ingresos y visitas de especialistas (pero no para los pacientes del Servicio Médico General de bajo nivel de renta) de alrededor de 19 dólares americanos por día o por visita, sujeto a un máximo anual.

En Italia se introdujo un pago diario que oscilaba entre 7 y 50 dólares por día los primeros diez días de hospitalización y se eliminó después de una huelga general de medio día y la caída del gobierno. En su lugar se introdujo un pago de alrededor de 7 dólares por la visita a un especialista. En Luxemburgo se introdujo en 1983 un pago de alrededor de 5 dólares diarios para los pacientes hospitalizados, que sería después incrementado con el coste de la vida. En Italia se introdujeron pagos por las pruebas de diagnóstico: el 30 por ciento del coste hasta un máximo de alrededor de 14 dólares. En Dinamarca se redujeron los subsidios de los gastos de viaje. Por el contrario, en los Países Bajos se eliminaron los pagos por medicamentos y visitas a especialistas y en Portugal se abolieron todos los pagos por visitas a médicos y hospitalización. Todos estos pagos son modestos y su principal efecto ha sido transferir costes del sector público al sector privado, aunque hay evidencia de que la gente en el Reino Unido que tenía que pagar por sus recetas redujo su consumo de medicamentos con aumentos proporcionados en el nivel del pago (Birch 1986, 163-184).

3. PROMOCIÓN DE LA SALUD

No ha sido posible para ningún país proporcionar cifras completas de gastos en promoción de la salud. Por tanto no es posible mostrar si el programa Salud Para Todos (SPT) de la OMS ha dado lugar a un mayor gasto, aunque España e Irlanda han desarrollado su propio programa nacional siguiendo las directrices de la OMS. Tampoco está claro si el énfasis en el SIDA ha disminuido la atención prestada a otros problemas sanitarios.

4. ACCIÓN SOBRE LA OFERTA

4.1. La Cantidad de Oferta Corriente

Controles del Personal y Presupuestarios

Los presupuestos globales para los servicios públicos de salud en Dinamarca, España, Irlanda, Italia, Portugal y el Reino Unido normalmente no se incrementan si los precios aumentan más que lo proyectado por el gobierno. En Dinamarca, el exceso del gasto es cubierto por los presupuestos locales y está limitado por el gobierno central: el 15 por ciento de cualquier exceso de gasto de los condados ha de ser devuelto al Ministerio de Economía al año siguiente. Dinamarca redujo los límites de gasto de los condados en 1983 y de nuevo en 1984; el nivel de gasto de 1982 no se recuperó hasta 1985. Como resultado, utilizando la estrecha definición local de servicios sanitarios, el porcentaje del PNB que se dedica a servicios de salud pública cayó del 6.4 por ciento en 1982 hasta el 5.4 por ciento en 1988. En Irlanda, el gasto real cayó casi cada año desde 1982 hasta 1988 debido a las restricciones presupuestarias reforzadas por controles sobre el personal y los pagos del sector público: utilizando la amplia definición local de servicios sanitarios, la proporción del PNB dedicada a los servicios de salud pública cayó desde el 7.5 por ciento en 1982 hasta el 6.0 por ciento en 1988.

En España, el gasto en los servicios sanitarios se mantuvo aproximadamente constante en términos reales hasta 1988; la cantidad se incrementó una vez que la situación económica mejoró. Asimismo, en Portugal los presupuestos totales se mantuvieron aproximadamente constantes en términos reales desde 1982 hasta 1984 y después se relajaron. En Inglaterra, el gasto real en el Servicio

Nacional de Salud se redujo en 1983-1984 y después aumentó ligeramente. El porcentaje del producto nacional bruto gastado en servicios sanitarios fue en 1989 ligeramente inferior al nivel de 1982. En Italia, los presupuestos siempre se confeccionan de manera poco realista; las regiones piden prestado y retrasan los pagos de sus cuentas hasta que el gobierno paga la deuda pendiente con una apropiación especial. El gasto se mantiene controlado de manera efectiva mediante controles sobre el personal. Desde 1983 hasta 1986 el personal que abandonaba los servicios estatales no era normalmente reemplazado, disminuyendo así la proporción del PNB gastada en servicios de sanidad pública.

En vista de la dificultad para restringir el gasto en atención primaria, aparte de los costes compartidos, la principal carga del ajuste en estos países ha recaído sobre los hospitales. Se ha presionado a los hospitales para que racionalicen su stock cerrando pequeñas unidades o cambiando su utilización, particularmente en instalaciones para los enfermos crónicos o los ancianos. Por ejemplo, en Dinamarca, las camas ocupadas cayeron en un 17.5 por ciento y la duración de la estancia en un 25 por ciento entre 1983 y 1988, a pesar de un aumento del 9 por ciento en las admisiones. En Irlanda, el número de camas disponibles en hospitales públicos cayó en un 22 por ciento entre 1982 y 1988. Ningún país experimentó ningún problema importante de enfermos esperando el ingreso. En Portugal, donde siempre ha habido largas listas de espera, la duración de la estancia en los hospitales centrales se redujo en un 14 por ciento en tres años.

De mayor interés para los Estados Unidos son los países que no tienen un servicio nacional de la salud, sino que

utilizan múltiples aseguradores. Alemania fija un objetivo para cada categoría principal de gasto después de negociar cada año con todas las partes implicadas, y posteriormente introduce medidas especiales, tales como mayores costes compartidos para los servicios dentales o un sistema de precios de referencia para los medicamentos, si se exceden los objetivos. Para ocuparse de la atención hospitalaria, Alemania, con su mezcla de hospitales públicos y privados, en 1986 introdujo «presupuestos flexibles», que fueron establecidos por las principales mutualidades médicas o «fondos para la enfermedad», la denominación alemana de los aseguradores. Estos recompensaban las reducciones en la duración de la estancia más allá de lo que se había planeado y penalizaban las ocasiones en que la duración de la estancia sobrepasaba las directrices del plan. No obstante, las tasas de admisión han continuado aumentando. A pesar de ello, Alemania ha alcanzado una notable estabilidad en la proporción del PNB que se dedica a los gastos sanitarios (véase cuadro n.º 1). Las últimas cifras alemanas reflejan una reducción del 0.4 por ciento en la proporción del PNB gastada en servicios sanitarios entre 1988 y 1989.

La mayoría de los restantes países tienen presupuestos para el gasto hospitalario. Aunque en Francia los aseguradores pagan a los hospitales por día de estancia, el gobierno presupuesta la cantidad total que un hospital público puede recibir de todos los aseguradores. Una agencia local especial ejerce la función de calcular la cuota de este presupuesto que paga cada mutualidad de acuerdo con la utilización de las distintas mutualidades por parte de los pacientes a lo largo del año. Los gastos totales de los hospitales privados

también están limitados y la asociación de mutualidades médicas tiene que negociar precios diarios para cada hospital para mantenerse dentro de ese total. En los Países Bajos, los presupuestos se confeccionan para cada hospital (la mayoría de ellos no tienen ánimo de lucro); se permitió un aumento en términos reales del 0.5 por ciento en 1983 con respecto a las cifras de 1982, en 1984 no hubo ningún aumento y en 1985 se produjo un recorte del 1 por ciento en términos reales, seguido de otro recorte del 2 por ciento en 1986. Durante los dos años siguientes los presupuestos se mantuvieron constantes en términos reales. Una consecuencia fue la disminución de las admisiones. Bélgica controla sus hospitales públicos y privados estableciendo una cuota de días de cama para cada hospital. En 1983 las cuotas eran un 3 por ciento más bajas que las vigentes en 1980, con una reducción adicional del 5 por ciento en 1984. De 1985 a 1987 las cuotas se mantuvieron; se introdujo un sistema de control más complejo para el período 1988 a 1990, exigiendo a cada hospital que excediera su cuota devolver el dinero a ciertas mutualidades médicas. La duración de la estancia en los hospitales belgas cayó en un 16 por ciento entre 1982 y 1988, pero las tasas de ingresos aumentaron. Luxemburgo sigue pagando a los hospitales sobre la base de una cantidad diaria, lo que incentiva estancias largas, pero es probable que cambie a un sistema de presupuestos hospitalarios similar al utilizado en Bélgica o Alemania.

Este sistema de presupuestos ha sido efectivo en restringir el gasto. Por ejemplo, en Bélgica los gastos en términos reales de tratamientos hospitalarios cayeron en un 8 por ciento entre 1982 y 1985. En Francia, los gastos hospitalarios

aumentaron en un 18 por ciento en términos reales entre 1982 y 1989, en contraste con el 40 por ciento de aumento que sufrieron los gastos sanitarios totales. De manera similar, los gastos hospitalarios a precios corrientes aumentaron sólo un 6 por ciento en los Países Bajos, comparado con el 14 por ciento de aumento en los gastos totales.

A pesar de los controles financieros restrictivos en Bélgica, Alemania, Francia y los Países Bajos, las esperas para las citas con especialistas o las admisiones en el hospital no constituyen un problema importante excepto, en algunos casos, en la cirugía de transplante, que es consecuencia sobre todo de una escasez de donantes. El pago a especialistas en forma de pago por servicio parece garantizar que la competencia entre ellos acorta los tiempos de espera para las citas.

4.2. Alternativas a la Atención Hospitalaria

Los hospitales de día y la cirugía de día están bien desarrollados en Dinamarca y el Reino Unido, están creciendo rápidamente en los Países Bajos y se incentivan en Irlanda. El sistema alemán de seguro médico no establece un sistema de precios para pagar estos servicios. La cirugía de día existe en pequeña escala en Bélgica, Francia, Italia y se está proyectando para Luxemburgo.

En casi todos los países la provisión de hogares de asilo y residencias de ancianos (que generalmente no proporcionan cuidados de enfermería profesionales) está incluida en un presupuesto aparte de los gobiernos locales o de la seguridad social, o se deja en manos del sector privado. Únicamente en Irlanda se financian las residencias de

ancianos con el mismo presupuesto, pero, debido a que la provisión está mal coordinada con los hospitales, una residencia de ancianos es más cara que un hospital, aunque no tan cara como la utilización de una institución del sector privado sin ningún subsidio. Los centros de acogida parecen estar más plenamente desarrollados en los Países Bajos: hay más camas ocupadas en hogares de asilo que en hospitales. Comparado con el 4 por ciento del Reino Unido, el 10 por ciento de los ancianos en los Países Bajos se encuentran en instituciones; los centros de asilo se financian con un sistema de seguro nacional separado y la atención en las residencias de ancianos se financia a través del presupuesto nacional. Muchos países están reconociendo la necesidad de hacer mayores provisiones para los ancianos transformando pequeños hospitales en centros de acogida para ellos. Se ha estimado en Alemania que el 17 por ciento de los pacientes de hospitales no necesitan los cuidados de un hospital. Un condado en Dinamarca hizo que los municipios reembolsaran el coste por cada día que un paciente permaneciese en el hospital mientras esperaba una plaza en una residencia de ancianos, con el efecto inmediato de forzar a los municipios a que establecieran un mayor número de residencias de ancianos. Se espera que este sistema sea puesto en práctica en toda Dinamarca.

Los centros de asilo están poco desarrollados en la mayoría de los países que he estudiado, pero en los Países Bajos las sociedades de la Cruz los ofrecen de manera extensiva con el subsidio del gobierno; los servicios de atención domiciliaria están a disposición de más del 20 por ciento de los ancianos. Los centros de asilo son competencia de

las comisiones de la salud en Irlanda, pero sólo a una escala limitada, y está muy mal coordinado con los servicios hospitalarios. Bélgica y el Reino Unido tienen estos servicios más extendidos, aunque tampoco los coordinan bien con los hospitales, a pesar de que la atención domiciliaria y los hospitales comparten el mismo presupuesto en el Reino Unido. El servicio más extendido y dinámico es el danés, donde enfermeras de servicio a domicilio con coches visitan a los pacientes, incluso durante la noche, para poner inyecciones y supervisar. No dispongo de los datos necesarios para establecer comparaciones cuantitativas sobre la extensión de la provisión de estos servicios en los países analizados. En Alemania, se introdujo en 1991 un servicio de atención domiciliaria y pagos en efectivo para las personas aseguradas que decidieran procurarse ellas mismas este servicio.

4.3. Cambios en los Sistemas de Pago a los Médicos que realizan Servicios Extrahospitalarios

En aquellos lugares en que a los doctores se les paga sobre la base de pago por servicio, el gasto es particularmente difícil de controlar. El principal cambio en el período de estudio ocurrió en Irlanda en 1989 cuando los doctores de medicina general que trabajaban para el Servicio Médico General aceptaron sustituir el pago por consulta o visita domiciliaria por un sistema de capitación. La finalidad era reducir la tasa de recetas para estos pacientes, pero el efecto todavía no se ha hecho notar.

Un segundo cambio importante ha sido el acuerdo en 1987 de los médicos alemanes con consulta para establecer un sistema de pagos según el cual cualquier

aumento en las acciones por las que un médico puede reclamar pago del seguro, incluso si ha sido ocasionado por un aumento en el número de médicos, hace disminuir proporcionalmente el nivel final de pago por acto médico de todos los doctores con consulta. El efecto ha sido la continuación en el descenso de los ingresos medios de este tipo de doctores, que han caído en relación a los ingresos medios de la población en general desde 6.5 veces esa cantidad en 1971 hasta 3.5 veces en 1988. Un intento de aplicar un sistema similar a los especialistas con consulta en los Países Bajos se abandonó debido a la falta de cooperación para recoger la información necesaria para su puesta en funcionamiento.

Se produjo un cambio adicional en Alemania, también en 1987, en el valor relativo que se atribuía a diferentes servicios prestados por los médicos, de manera que se pagaba menos por pruebas de diagnóstico y más por tratamiento médico. El gasto extra en pruebas no se permitía que disminuyera los honorarios por consultas y otros servicios. Recientemente, Bélgica ha fijado un techo a los pagos por patologías extrahospitalarias y disminuido los pagos por patologías hospitalarias. Asimismo se impuso una cuota de patologías permitidas por día de atención médica. Una nueva regla adicional estipulaba que una radiografía sólo se pagaría si era efectuada en presencia de un radiólogo. En Francia, los pagos del seguro médico por procedimientos de diagnóstico han sido reducidos de manera proporcionada.

4.4. Perfiles Médicos

Los perfiles médicos se utilizan en algunos países para intentar poner límite al exceso de actos médicos o recetas por

parte de doctores que trabajan fuera del hospital. Se utilizan para medicamentos en Dinamarca, Alemania, España (desde 1983), Francia, Irlanda, Italia, Portugal y el Reino Unido y están en proyecto en Bélgica y Luxemburgo. Sin embargo, no parecen tener demasiado efecto a largo plazo porque muy raramente se imponen sanciones. Por ejemplo, Alemania estableció un techo legal al gasto en medicamentos en 1989, pero no especificó cómo iba a poner en práctica esta medida. De manera similar, a los médicos generales en el Reino Unido se les proporcionan «presupuestos indicativos» para las recetas: probablemente se aplicarán sanciones con el tiempo a aquellos doctores que excedan estos presupuestos. Una medida excepcional adoptada en una ocasión en Portugal fue publicar una lista con los nombres de los médicos con mayores niveles de recetas. Portugal también redujo los tamaños de las cajas de los medicamentos y exigió que cada medicamento fuese recetado en un impreso separado. Esto no tuvo ningún efecto en el nivel de recetas y se eliminó.

Los perfiles sobre las acciones de los doctores se utilizan en Bélgica, Alemania y Francia, y sobre los especialistas en los Países Bajos. En Bélgica y Francia su valor se ve limitado por la negativa de los médicos a revelar sus diagnósticos a los seguros médicos por razones de «confidencialidad médica». En Alemania el 10 por ciento de los doctores cuya práctica se desvía de manera significativa de la media rinde cuentas a los colegios médicos regionales ante un comité de revisión. Las sanciones incluyen consejos y asesoramiento, advertencias y multas. La característica especial del sistema alemán es que, con el advenimiento de menores niveles de honorarios de los

médicos con consulta, los colegios médicos tienen un claro interés en restringir el comportamiento diferencial entre sus miembros. Recientemente se les ha autorizado a las mutualidades médicas a emplear doctores para investigar casos de presunto fraude.

4.5. La Entrada de Médicos a la Práctica del Seguro Médico Obligatorio

Una manera de limitar los aumentos de costes es restringir el número de doctores. Por ejemplo, se ha calculado que en Alemania un 1 por ciento de aumento en el número de médicos lleva a un aumento de un 1.1 por ciento en los reembolsos que se reclaman. El número de médicos a los que se permite entrar en la práctica del seguro médico obligatorio en Alemania se controla a través de los colegios regionales de médicos. El gobierno federal ha aumentado recientemente los requisitos para que un doctor pueda solicitar la entrada.

Seis de los países tienen restricciones específicas sobre los doctores que entran en la práctica del seguro médico obligatorio. En Dinamarca cada condado es responsable de indicar qué regiones están abiertas o cerradas a la entrada de médicos generales y especialistas adicionales. En Irlanda las comisiones de la salud limitan la entrada de médicos generales al Servicio Médico General para los pacientes de bajo nivel de renta, y en Italia se ejercita el control por cada uno de los 673 distritos. La entrada a la práctica del Servicio Médico General es muy competitiva en Irlanda y requiere un período de prácticas. Como en Irlanda sólo existe un curso de prácticas, la mayoría de estos períodos de prácticas

se efectúan en el Reino Unido. En España y Portugal, el número de plazas para los médicos se encuentra también severamente controlado. En España la entrada a la seguridad social requiere una cualificación con un período de prácticas de posgrado. En Portugal, no se concedieron nuevas plazas para médicos entre 1986 y 1989. En los Países Bajos hubo un intento fallido de limitar el número de médicos en activo (y fisioterapeutas). Desde los inicios del Servicio Nacional de la Salud, el Reino Unido ha restringido severamente la entrada a la práctica general en áreas con exceso de médicos, pero no ha habido ningún intento de fijar un límite global a la entrada de médicos generales en el Servicio Nacional de la Salud.

4.6. Equipo Médico Muy Costoso

Los países con servicios sanitarios financiados mediante presupuesto se encuentran en una buena posición para limitar la expansión del equipo médico más costoso en los hospitales públicos, aunque en Dinamarca los condados tienden a responder a las peticiones de sus especialistas y en el Reino Unido algunos planes cuidadosamente desarrollados a menudo han fracasado debido a donaciones y apelaciones públicas. En España, Irlanda e Italia, los desarrollos en el sector privado pueden limitar el efecto de las restricciones en el sector público. En Alemania, una ley de 1985 que regulaba los hospitales se ve anulada porque los médicos adquieren equipo médico costoso para sus consultas privadas, las cuales se encuentran cerca de los hospitales y estos pueden contratar su utilización. Portugal diseñó su ley de 1988 específicamente para que incluyera al sector privado, pero desde 1990

el gobierno ha sido menos exigente en el tratamiento de las solicitudes de los médicos privados. Existen leyes específicas sobre equipo médico costoso en Bélgica, Francia y Luxemburgo: las proporciones permitidas han ido aumentando a lo largo de los años.

Sólo Dinamarca tiene un órgano central específicamente responsable del asesoramiento técnico para la compra del nuevo equipo. Aunque Francia y los Países Bajos están proyectando establecer agencias como esas, los informes ocasionales que se emiten en Francia no tienen demasiada influencia. El asesoramiento se hace ad hoc a través del departamento de salud tanto en Irlanda como en el Reino Unido, pero los demás países no disponen de ningún sistema.

5. LOS PRECIOS PAGADOS POR BIENES Y SERVICIOS

Niveles de pago

Un efecto de los presupuestos es reforzar la renuencia de los administradores del servicio a los aumentos de salarios. En Bélgica los salarios de los empleados de hospital no han ido aumentando al mismo ritmo que el coste de la vida. En Francia, los acuerdos sobre los honorarios pagados por el seguro médico han ralentizado los incrementos de los honorarios de los especialistas y esto ha causado que los honorarios de los médicos generales disminuyan. En los Países Bajos los honorarios de los especialistas se redujeron en un 7 por ciento en 1989, sobre la base de que sus gastos habían sido sobreestimados en previos acuerdos, y se fijaron niveles de honorarios, constantes durante tres años.

Los precios de los medicamentos

Métodos para controlar los precios de los medicamentos, bien sea directa o indirectamente, funcionan en todos los países de la Comunidad excepto en los Países Bajos y Alemania y parcialmente en Luxemburgo. Alemania tiene un sistema de control indirecto para ciertos medicamentos mediante la fijación de un «precio de referencia».

6 RESTRICCIONES A LARGO PLAZO SOBRE LA OFERTA

El Stock de Capital

Todos los países tienen desde hace tiempo provisiones para controlar la construcción de nuevos hospitales y la expansión de los ya existentes: «certificados de necesidad» otorgados por el gobierno. Irlanda y el Reino Unido han cerrado o cambiado la utilización de hospitales públicos que se juzgaban innecesarios; adicionalmente, Irlanda ha cortado drásticamente los subsidios a los hospitales privados sin ánimo de lucro. El número de hospitales públicos en el Reino Unido ha disminuido en alrededor de 30 por año a lo largo de la pasada década. Un ambicioso plan para cerrar hospitales en los Países Bajos en 1982 fue frustrado por la oposición local y el problema de seleccionar qué hospitales cerrar en un país con una mezcla de hospitales públicos y privados, algunos de ellos confesionales. Un plan más reciente conllevaba reducir las camas de hospital en 8.000 entre 1987 y 1991. En Alemania, aunque cada mutualidad puede excluir hospitales particulares de sus contratos, esto rara vez ocurre debido a la competencia por miembros entre las distintas mutualidades.

7. EDUCACIÓN MÉDICA Y DENTAL

La educación médica y dental es un asunto potencialmente importante para la Comunidad Europea en el marco de la directiva que otorga derechos de libre circulación entre los estados miembros. En la práctica esta directiva ha sido relativamente poco utilizada, a pesar de un desempleo médico sustancial en España e Italia. El Reino Unido ha desarrollado cuidadosamente planes para intentar limitar la entrada a las facultades de medicina, sobre la base del número de médicos que esperan serán necesarios en el futuro. Dinamarca redujo la entrada en un 23 por ciento entre 1982 y 1987. Otros países producen más médicos de los que necesitan. Bélgica es el único país que permite a todos los solicitantes cualificados hacer un curso de medicina completo y es un oferente importante para Luxemburgo, que no tiene facultad de medicina. Grecia encuentra difícil ejercer algún control porque muchos estudiantes van al extranjero a estudiar. Aunque Francia permite entrar a todos los solicitantes cualificados, las cifras se reducen enormemente mediante un examen muy selectivo al final del primer año. El número de estudiantes que entran ha caído en un 56 por ciento entre 1975 y 1989, parcialmente como consecuencia de una disminución en las solicitudes. En España, Alemania, Italia, los Países Bajos y Portugal, las cifras de estudiantes están fijadas de acuerdo con la capacidad de las universidades para mantener standards aceptables de docencia, no según las estimaciones de las necesidades futuras de médicos. La entrada de estudiantes se ha visto muy reducida en España y se ha mantenido aproximadamente constante en Irlanda, los Países Bajos y Portugal. Italia no estableció limitación hasta 1986, pero en

cualquier caso la entrada de estudiantes ha caído en un 62 por ciento entre 1980 y 1989, debido a una disminución en las solicitudes. Además, únicamente alrededor del 65 por ciento completa sus estudios. En Alemania, donde hay un exceso de doctores, tanto a las mutualidades como a los colegios médicos les gustaría ver una reducción en el número de estudiantes en la facultad de medicina, pero hasta el momento cualquier intento de imponer restricciones ha sido políticamente inaceptable.

8. ¿MAYOR PRIORIDAD PARA LA ATENCIÓN MÉDICA PRIMARIA?

¿Hasta qué punto los datos que he recogido indican un cambio en las prioridades hacia la atención sanitaria primaria en línea con los principios del programa Salud para Todos de la OMS?. No se dispone del desglose del gasto médico total de los últimos años en Grecia. En el caso de seis países (Dinamarca, Alemania, los Países Bajos, Inglaterra, Francia e Italia), se ha producido una clara transferencia de fondos desde los hospitales a la atención sanitaria primaria, una tendencia que es particularmente acusada en Francia e Italia. La confirmación de que esto puede ser una regularidad también en Bélgica, Irlanda y Luxemburgo requeriría un análisis más detallado de los datos. La aparente preferencia por la atención primaria podría proceder del hecho de que son más aceptables políticamente severos controles en el gasto hospitalario que restricciones sobre los médicos y sobre lo que autorizan para la atención extrahospitalaria. La tendencia ha sido la opuesta tanto en España como en Portugal.

9. GRANDES PLANES DE REFORMA

La poca satisfacción con los incentivos existentes en los métodos actuales de organización y pago de los servicios está llevando a los Países Bajos y el Reino Unido a planificar cambios radicales. Algunos de estos cambios están inspirados en la experiencia de las organizaciones para el mantenimiento de la salud (HMO) de los Estados Unidos, aunque Europa tenía miles de aseguradores similares en el siglo XIX y comienzos del siglo XX. La idea esencial es que la misma agencia no debería actuar como asegurador (o comprador) y oferente, sino que cada oferente debería competir por los contratos de acuerdo con el precio y la calidad de sus servicios. En el Reino Unido, la reforma de Mrs. Thatcher del Servicio Nacional de la Salud estaba basada en tres principios fundamentales (Departamento de Sanidad, 1989). En primer lugar, los grandes hospitales públicos, aun cuando se mantuviesen como propiedad pública, deberían verse liberados de las principales normas del Servicio Nacional de la Salud y, por ejemplo, se les debería permitir determinar los pagos a sus empleados en lugar de verse restringidos por las escalas de salarios negociadas a nivel nacional. En segundo lugar, cada director de distrito del Servicio Nacional de la Salud debería convertirse en un demandante de servicios en lugar de ser un oferente. Como tal, el director solicitaría pujas tanto de los hospitales públicos como de los privados para la provisión de servicios particulares y firmaría contratos sobre la base del precio y la calidad. Ciertos servicios hospitalarios «centrales», sin embargo, tendrían que seguir proporcionándose sobre la base del presupuesto actual.

En tercer lugar, a las grandes sociedades de médicos con más de

9.000 pacientes en sus listas se les debería dar presupuestos sobre una base más amplia de capitación, de la cual adquirirían los principales servicios requeridos por sus pacientes. Cualquier beneficio se podría retener para mejorar la consulta. En otras palabras, la asociaciones de médicos generales se convertirían en el asegurador o la organización para el mantenimiento de la salud (HMO), lo que motivaría a la unidad de atención primaria a hacer dos cosas: primero, a considerar cuidadosamente cualquier gasto, y, segundo, a comprar los servicios más efectivos desde el punto de vista de los costes.

Existen tres problemas importantes con este enfoque. El primero es el mantenimiento de la calidad: los médicos generales pueden verse tentados a proporcionar servicios que quedan fuera de su competencia. El segundo es que los médicos generales pueden seleccionar sobre todo pacientes con poco riesgo sanitario. El tercero es la falta de experiencia de los médicos en operar un sistema de esta clase y el coste de obtener la información para llevarlo a cabo de manera efectiva.

La reforma propuesta en los Países Bajos en 1991, según la cual todos los residentes estarán cubiertos por un seguro médico nacional, era incluso más ambiciosa (Ham, Robinson y Benzeval 1990; Wynand 1988). Así pues, los Países Bajos serán el sexto de los doce países en tener un servicio nacional de la salud. En Europa este término significa iguales derechos de atención sanitaria para todos los ciudadanos.

Cada ciudadano elegirá un asegurador público o privado que será responsable de asegurar mediante contrato la provisión de servicios sanitarios definidos y alternativas a estos servicios tales como hogares de acogida, residencias de

ancianos y servicios de atención domiciliaria. Los aseguradores tendrán que tener un sistema de admisión abierto y se les pagará con un sistema de capitación basado en la estructura de edad, la región geográfica cubierta y otros factores de riesgo de la población que les elige, de lo que, en efecto, es un impuesto. Este «impuesto» pagará, como media, el 97 por ciento del coste de los actuales servicios sanitarios y servicios sociales relacionados: el 82 por ciento de este «impuesto» irá en relación a los ingresos y el 18 por ciento en cambio será fijo.

Como media, el 3 por ciento restante del coste del seguro será abonado directamente por el asegurado, que podrá comprar un seguro suplementario para cubrirlo. Los aseguradores podrán firmar contratos directamente con los hospitales: los ahorros que se puedan obtener de contratos favorables se pueden trasladar a los asegurados en forma de primas más bajas por el seguro suplementario. Se espera que se ponga en funcionamiento este sistema antes de 1995.

En un principio podría parecer que reintroducir algo de la magia del mercado puede resolver los problemas de eficiencia. Aunque no hay duda de que estos mecanismos podrían obtener servicios a bajo coste, el proceso de contratación no es en absoluto gratuito para las partes contratantes. Los principales problemas con estos sistemas están relacionados con el establecimiento de garantías de calidad y contra la discriminación de pacientes que tienen altos riesgos sanitarios.

10. RESUMEN: ¿CONVERGENCIA DE LAS POLÍTICAS?

El mayor grado de convergencia en las políticas de los distintos países se produce

en la utilización del presupuesto como sistema de control, reforzado en algunos casos por los controles de personal. Los seis países con controles de presupuesto global (incluyendo Dinamarca, donde existen techos para los gastos del gobierno local) han utilizado, como método principal de control de costes, techos de gasto, cuyos niveles se establecen normalmente por adelantado. Sin embargo, también se han establecido y puesto en práctica presupuestos para cada hospital en Alemania, Francia y los Países Bajos; en Bélgica, las cuotas de camas-día tienen el mismo efecto y Luxemburgo tendrá probablemente tales presupuestos en el futuro. Así pues, los hospitales en 11 de los 12 países o bien utilizan ya o utilizarán algún tipo de control presupuestario. La excepción es Grecia, que ha estado intentando mejorar sus hospitales.

En Alemania se han utilizado los presupuestos para controlar los pagos a los médicos con consultas fuera de los hospitales y en los Países Bajos se intentó hacer esto mismo para los especialistas pero no tuvo éxito. Estos controles no son necesarios cuando se paga a los médicos mediante salario o algún tipo de sistema de capitación, como es el caso en seis de los países. Los costes de las recetas extrahospitalarias se contienen mediante presupuesto en Alemania y el Reino Unido; estos costes se controlan con presupuestos globales, con éxito en Irlanda, España y Portugal, y sin éxito en Italia.

En la mayoría de los países el control presupuestario ha tenido el mayor impacto sobre los hospitales. Esto ha generado una presión para reducir la duración de la estancia, racionalizar las instalaciones, transformar los hospitales en otro tipo de instalaciones o venderlos y desarrollar alternativas a la atención hospitalaria. Los hospitales de día y la cirugía de día están

bien desarrolladas sólo en unos pocos países. La financiación separada de los hogares de acogida, las residencias de ancianos y la asistencia domiciliaria limita el desarrollo de alternativas a los hospitales en casi todos los países. En seis países, y posiblemente en tres más, se ha destinado una mayor proporción del gasto sanitario a la atención médica primaria en lugar de a la atención hospitalaria, dando la vuelta así a las tendencias anteriores.

Todos los países, excepto los Países Bajos, utilizan costes compartidos para los medicamentos. La tendencia ha sido a extenderlo a los gastos de dentista, al menos para adultos que han tenido cobertura dental extensiva en el pasado. Hay también un movimiento hacia la reducción o la eliminación de los subsidios para las gafas de adultos, excepto para personas con muy mala vista. Los países se diferencian sobre todo en si hay que pagar algo por las consultas médicas y las estancias en los hospitales.

Hay también convergencia en los intentos de controlar el equipo médico más costoso; la falta de éxito, donde se ha producido, se puede atribuir a la exclusión del sector privado. Los controles de la entrada a la educación médica son comunes en todos los países y se han instaurado controles en la práctica del seguro.

Tanto el Reino Unido como los Países Bajos están proyectando utilizar las fuerzas del mercado como sistema de control de costes. Una vez intentado y evaluado queda por ver si estos sistemas se mantendrán.

11. POR QUE EUROPA DIFIERE DE LOS ESTADOS UNIDOS

El principal mensaje de la experiencia de la Comunidad Europea es que es

técnicamente posible controlar los costes de la atención sanitaria mediante la regulación de la oferta en lugar de la demanda, en particular, aplicando presupuestos a los hospitales. Algunas organizaciones para el mantenimiento de la salud y algunos «estados regulados» también han demostrado esto en los Estados Unidos. ¿Por qué puede estos países europeos hacer nacionalmente algo que los Estados Unidos puede sólo conseguir localmente?. La clave del éxito europeo es la utilización del poder de monopsonio por el que un comprador domina el mercado, y no sólo el mercado hospitalario. Donde hay muchos compradores, como en Alemania, éstos se ven forzados a actuar juntos. Debido a que a los aseguradores no se les permite mayores ingresos, bien sea procedentes de impuestos o de contribuciones, y debido a que lo que pueden cobrar a los asegurados está determinado centralmente, los aseguradores se ven forzados bien a enfrentarse a los oferentes o a racionar sus recursos disponibles. En la mayoría de los países esto no conduce a largas colas de pacientes esperando ser atendidos. El control más ingenioso funciona en los Países Bajos, donde los aseguradores privados tienen el 40 por ciento del mercado, aunque el gobierno controla cuánta atención hospitalaria puede adquirir un asegurador. La existencia de un seguro sanitario nacional que cubre prácticamente a toda la población, aunque facilita la tarea, no es un prerrequisito para la contención de costes.

¿Por qué son capaces los países europeos de introducir y hacer funcionar una regulación que de hecho actúa sobre la mayor parte del mercado de atención sanitaria, mientras que los Estados Unidos son aparentemente incapaces de conseguirlo?. Una respuesta es que hay

poca o ninguna competencia entre los aseguradores en Europa, o donde hay competencia cada asegurador se encuentra atado por las mismas restricciones en el lado de la oferta. Esto también ocurre en Canadá, que ha tenido éxito en la contención de costes. Como Ted Marmor y sus colegas han señalado recientemente, en los Estados Unidos «la competencia por los pacientes, empleados y aseguradores restringe el grado en el que los oferentes pueden mantener a raya los problemas de riesgo moral» (Marmor 1990, 167). ¿Están los norteamericanos tan acostumbrados a elegir su compañía aseguradora, después de leer la letra pequeña de las pólizas, que rechazan que esta posibilidad se vea limitada?.

También es verdad que, en Europa, la regulación funciona. Es aceptable que el gobierno regule y utilice funcionarios de carrera para establecer los detalles, una vez que se han establecido los principios. No se plantea la cuestión de que los regulados dominen a los reguladores. ¿Es ésto inaceptable en los Estados Unidos —al menos en el caso de la atención sanitaria?.

A un nivel más profundo uno puede preguntarse si en los Estados Unidos la coalición de intereses que pretende mantener el status quo es demasiado poderosa. ¿Protege la constitución federal a esta coalición de aseguradores, proveedores, y el conjunto creciente de entidades que trabajan para ellos bajo contrato?. Cada uno de los países europeos tiene un legislativo predominante en el que se concentra el poder real y un gobierno que normalmente puede controlarlo, aun cuando ese gobierno sea una coalición de diferentes partidos políticos. ¿Está demasiado abierto a la presión de los grupos de interés un país con dos

cuerpos legislativos federales poderosos y separados, una falta de disciplina de partido, y una división entre el legislativo y el ejecutivo, como para ser capaz de emprender una acción unificada en este

campo?. La experiencia de los países de la Comunidad Europea demuestra que gobiernos firmes y unidos pueden alcanzar lo que habría sido considerado previamente en muchos países como imposible.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABEL-SMITH, B. (1984): *Cost Containment in Health Care*. Occasional Papers in Social Administration, No 73. London: Bedford Square Press.
- BIRCH, S. (1986): «Increasing Patient Charges in the National Health Service: A Method of Privatizing Primary Care». *Journal of Social Policy* 15(2): 178.
- DEPARTAMENTO DE SANIDAD (U.K.) (1989): *Working for Patients* (Cm. 555). London: Her Majesty's Stationery Office.
- HAM, C; ROBINSON, R. y BENZEVAL, M. (1990): *Health Check: Health Care Reforms in an International Context*. London: King's Fund Institute.
- MARMOR, T.R.; MASHAW, J.L y HARVEY, P.L (1990): *America's Misunderstood Welfare State: Persistent Myths, Enduring Realities*. New York: Basic Books.
- Republic of Ireland. *Commission on Health Services* (1989): Dublin: Stationery Office.
- SCHIEBER, G.J. y POULLIER, J.P. (1991): International Health Spending: Issues and Trends. *Health Affairs* (1):106-16.