

Cuadernos

de Información Económica

ENERO

142

1999

Bienvenido, Míster Euro

■ Economía Española

Sanidad: Los seguros privados

■ Economía Internacional

Política monetaria y
Hacienda Pública en la UME

■ Sistema Financiero

Las Cajas de Ahorros
europeas

■ Tema del Mes

La gran fusión bancaria:
el BSCH

■ *Y además nuestras secciones habituales:*

Punto de Vista, Resumen de Prensa, Gráfico del Mes, Instantánea Económica y Libros del Mes.



Sumario

pág

Presentación

Economía Española

¡BIENVENIDO, MR. EURO!— <i>Victorio Valle</i>	1
ASEGURAMIENTO PRIVADO EN FUTURO IMPERFECTO.— <i>Guillem López y Vicente Ortún</i>	10
ENTREVISTAS	14
— JAVIER AGUIRREGABIRIA, Director de Promoción y Desarrollo del Igualatorio Médico Quirúrgico	14
— FRANCISCO IVORRA, Consejero Delegado. ASISA	15
— ALFONSO MARTÍNEZ GASTEY, Presidente Medytec Salud	16
— IGNACIO ORCE SATRÚSTEGUI, Asistencia Sanitaria Colegial, Grup Asistencia	18
— ÁNGEL OSO CANTERO, Director General Adjunto de Caja Salud	19
— PEDRO M. RAZQUÍN, ADESLAS. Seguros de Salud	20
— JOSEP SANTACREU I BONJOCH, Consejero Delegado de DKV PreviaSa	21
— ALONSO URI, Mapfre Vida	22
— JAIME VARELA URÍA, Consejero-Delegado Seguros "La Estrella"	24
— JOHN DE ZULUETA, SANITAS	24
LA REFORMA DEL TRABAJO A TIEMPO PARCIAL EN ESPAÑA EN 1998.— <i>José Ignacio Pérez Infante</i>	27
LOS 100 PRINCIPALES INDICADORES DE LA ECONOMÍA ESPAÑOLA	36

Economía Internacional

LA POLÍTICA MONETARIA DEL BANCO CENTRAL EUROPEO.— <i>Grupo Euro de Analistas Financieros Internacionales</i>	41
HACIENDA PÚBLICA Y UNIÓN MONETARIA EUROPEA: EFECTOS REDISTRIBUTIVOS DE LA CONVERSIÓN DE MONEDAS.— <i>Álvaro Anchuelo Crego</i>	60
LOS INFORMES ECONÓMICOS INTERNACIONALES.— <i>Traducción, resumen y comentario de Ricardo Cortes</i>	67
— INFORME EXTRAORDINARIO DEL FMI SOBRE LA EVOLUCIÓN DE LA ECONOMÍA MUNDIAL	67
— EDICIÓN EXTRAORDINARIA DE LAS PERSPECTIVAS ECONÓMICAS DE LA OCDE	69
— EL PRIMER BOLETÍN MENSUAL DEL BANCO CENTRAL EUROPEO	72
— INFORME ANUAL DE LA COMISIÓN EUROPEA	74

ASEGURAMIENTO PRIVADO EN FUTURO IMPERFECTO

Guillem López
Vicente Ortún (*)

El seguro sanitario privado tiene como cliente a un 20% de la población española pero su importancia económica queda mejor reflejada por su peso del 7% en el total del gasto sanitario. El mercado de aseguramiento libre crece a un 4,5% anual de manera constante y continuada desde 1991 (gráfico núm. 1), por la vía de la elevación de las primas medias. Pero el mercado padece signos de estancamiento al no aumentar el número de personas aseguradas (gráfico núm. 2), convirtiéndose el producto en una *commodity*, en un mercado maduro con escasa capacidad innovadora.

El sector del aseguramiento privado, a juzgar por las respuestas al cuestionario que se adjuntan en este número de *Cuadernos de Información Económica* constituye un exponente de virtudes gestoras (lo que refleja una preocupante incapacidad de algunas aseguradoras para la autocrítica). A juicio de expertos externos conocedores del sector, éste no parece, en realidad, ser el caso. El sector ha padecido quizás de dos espejismos:

Primero, el de centrar sus esperanzas en la generalización del modelo MUFACE (Portella 1998) sin haber mostrado ventaja relativa alguna para una gestión creíble de la transferencia de riesgo que aquélla u otra financiación capítativa requiere; segundo, el de pretender basar su estrategia en la consecución de economías de escala y gama mediante la adquisición de cartera a través de procesos de absorciones y fusiones. Es cierto que parte de las imperfecciones del presente y de los interrogantes del futuro del aseguramiento sanitario privado los ha creado, con sus dudas y titubeos, la Administración sanitaria, tanto la presente como las pasadas. Desmonopolización de la sanidad, apertura de mercados internos, simulación de competencia, etc., son términos que tienen contenido académico, pero

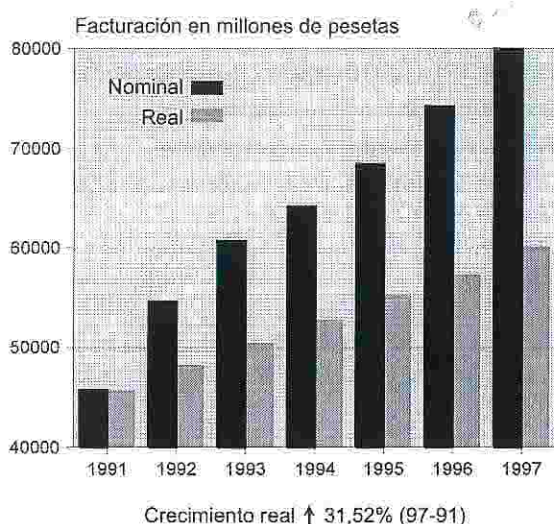
que se han utilizado políticamente de un modo equívoco indudable.

En definitiva, en nuestra opinión, el sector del aseguramiento privado no ha afrontado aún los retos de desarrollarse ni como mercado complementario ni como sustitutivo al aseguramiento público. No se han diferenciado productos complementarios que satisfagan suficientemente las necesidades de los clientes actuales y potenciales de los sistemas públicos, y perviven unas relaciones contractuales con los médicos basadas en el pago por acto con escasa monitorización de la calidad. Dicho posicionamiento resulta lejano aún de las posibilidades que la medicina gestionada ofrece para el control de la siniestralidad, y que sin duda requiere en todo su alcance el aseguramiento sustitutivo (Artells, 1996).

Podemos contemplar el sector del aseguramiento privado segmentado en dos grandes grupos. El primer grupo estaría constituido por compañías tradicionales y conservadoras, líderes en volumen; el segundo, por nuevas empresas que tratan de innovar. Véase el cuadro núm 1.

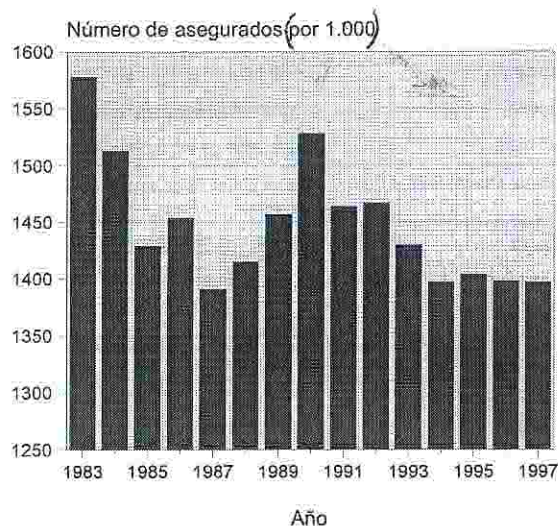
Para acometer el futuro con una cierta lógica y coherencia con el desarrollo social alcanzado en la actualidad por los sistemas nacionales de Salud, parecería que las empresas del sector deberían cuestionarse en qué basan su ventaja competitiva. Así, 1) frente a un sector con crecimiento casi vegetativo, una estrategia posible podría consistir en diferenciar el producto asegurado; 2) frente a una fuerte competencia en el precio de la póliza, tratar de conocer mejor las expectativas de los clientes (para facilitar la citada diferenciación de producto); 3) frente a la búsqueda del incremento de la masa crítica de asegurados como estrategia única para la mejora de la productividad, per-

GRÁFICO NÚM. 1
FACTURACIÓN DE ENTIDADES DE
ASEGURAMIENTO LIBRE EN CATALUÑA
(1991-1997)



Fuente: Servicio de Entidades de Asistencia Sanitaria de Afiliación Colectiva. Dirección General de Recursos Sanitarios. Departamento de Sanidad y Seguridad Social. 1997.

GRÁFICO NÚM. 2
NÚMERO DE ASEGURADOS EN ENTIDADES DE
ASEGURAMIENTO LIBRE EN CATALUÑA
(1991-1997)



Fuente: Servicio de Entidades de Asistencia Sanitaria de Afiliación Colectiva. Dirección General de Recursos Sanitarios. Departamento de Sanidad y Seguridad Social. 1997.

seguir la mejora de procesos y tecnología; 4) finalmente, cabría plantearse el compartir riesgos con los proveedores sanitarios (médicos, clínicas), lo que parece del todo apropiado a la vista de las asimetrías de información existentes en el sector de cuidados de la salud.

La gestión privada en Sanidad tiene importantes frentes abiertos en los sectores donde tradicionalmente ha dominado:

En el aseguramiento privado, donde ha desarrollado su rol complementario al aseguramiento público, el sector tiene pendiente explorar las posibilidades actuales y las que se derivarán de una reorientación del Estado del bienestar hacia los más pobres. Ello abrirá nuevas oportunidades derivadas de la limitación del alcance y profundidad *-de iure o de facto-* de la cartera de servicios financiada públicamente (servicios sociosanitarios por ejemplo).

La gestión privada de la compra -descentralización del aseguramiento- se enfrenta, en cambio, al difícil problema de eliminar los incentivos a seleccionar riesgos. Éste es un problema común a la financiación capitativa de sea quien sea el destinatario final de la transferencia de riesgo (médicos de cabecera, hospitales, etc.).

Como demuestra la experiencia inglesa con los *GP fundholders*, el incentivo de los beneficios, pese a ser motor de innovación, retribución del riesgo y premio de eficiencia, no funciona de forma sencilla en el sector sanitario. De ahí que, antes de proceder a cambios irreversibles, sea necesaria la experimentación.

No parece en este extremo que las aseguradoras privadas hayan mostrado voluntad alguna para participar en dicho proceso. No deja de ser sorprendente la respuesta que dan algunas de ellas en favor de la financiación capiativa, pero sin aceptar una prima comunitaria única ni asumir riesgo compensatorio, buscando que el sector público sea garante de la suficiencia. Incluso muchas de dichas compañías carecen de datos capitativos para los que la utilización y coste de los servicios quede bien identificada a lo largo del ciclo vital de sus asegurados.

En la agenda de trabajo necesaria para acometer una medida de las anteriores características cabría considerar el tratamiento de: 1) los problemas derivados de los distintos medios utilizados para intentar neutralizar la selección de riesgos; 2) la posibilidad de que el control de costes desvirtúe el control de calidad por parte de las entidades financiadas; 3) los efec-

CUADRO NÚM. 1
TIPOLOGÍA DE LOS DOS GRANDES GRUPOS DE ASEGURAMIENTO
SANITARIO PRIVADO

	Compañías tradicionales, líderes en volumen	Nuevas empresas en el sector, innovadoras
Producto	Único, especialistas en el sector sanitario	Muchos productos (grandes carteras de productos de seguros generales)
Know-how	Experiencia en gestión sanitaria	Experiencia en el sector de seguros y en la gestión del riesgo
Estructura	Integración de los propios hospitales	Subcontratación de servicios asistenciales
Crecimiento	Adquisición de otras compañías	Por productos y <i>marketing</i> cruzado de productos
Marketing y comercialización	Pasivo, la fuerza de ventas conoce muy bien el producto	Activo, pero la fuerza de ventas no conoce bien el producto
Estrategia	Defensiva (gran número de asegurados)	Proactiva
Precios	Lineales	Actuariales
Enfoque en	El producto	El cliente (satisfacción, percepción del valor añadido)

Fuente: Portella E. (1998) y Gemini Consulting

tos resultantes de que el incentivo de lucro con asimetría informativa sea, a su vez, generador desconfianza entre la población; 4) los límites poblacionales necesarios para posibilitar una efectiva competencia entre proveedores; 5) la relevancia de los costes administrativos y de *marketing* que se puedan superponer a los costes directos de producción y, finalmente, 6) la pérdida efectiva, por parte del regulador público, de la capacidad para dirigir directamente la oferta sanitaria, la palanca más importante de la política sanitaria.

La gestión privada de la producción tiene como mayor obstáculo, de nuevo común a todas las políticas de concertación externa de servicios, el de ajustar los resultados por todas aquellas variables que el proveedor no controla. La progresiva externalización de actividades se irá produciendo allá donde la calidad del producto resulte medible más fácilmente y donde puedan realizarse contratos más completos. Esta dificultad de medir el producto está en la base de la persistencia de organizaciones burocráticas, no descentralizadas. La apertura de mercados con la quiebra de la jerarquización burocrática, amén de ventajas, puede también generar algunas limitaciones.

Finalmente, para que la conveniente introducción de gestión privada en Sanidad pueda realizarse, con la actual intensidad de preferencias por parte de la población, en contra, importa mucho el cómo hacerlo. Y en este punto, una estrategia gradual puede ser conveniente. Actuaciones selectivas transformaciones escogidas de gran alcance, sobre un frente clave reducido, tie-

nen sus ventajas: no incentivan la aparición de grandes coaliciones de bloqueo y permiten la formación paulatina de coaliciones de apoyo.

La flexibilización de la producción de servicios sanitarios, con proveedores que integren, aunque sea virtualmente, todos los niveles asistenciales (primaria, especializada, sociosanitaria, salud mental) y que compitan en la medida en que la naturaleza de los servicios sanitarios lo permita, ofrece una línea de experimentación efectiva, aunque limitada, tal como Dalmau y Puig (1998) muestran. La actual tendencia a gestionar directamente una parte de los servicios asistenciales y concertar otra parte —integración vertical parcial entre financiación y producción, en palabras de Ventura (1998)— permitirá comparar diferentes soluciones organizativas siempre que se logren hacer creíbles las amenazas de pérdida de las actuales posiciones de privilegio por causas de incompetencia, siempre que pueda situarse en posición de cierto riesgo a los proveedores de atención sanitaria. Y ahí están los tímidos avances en la línea de dotar de cierta autonomía a los centros e intentar que los estatutos de personal no imposibiliten las reformas organizativas que se precisen para adaptarse a los notables cambios demográficos, tecnológicos, sociales y epidemiológicos que no paran de producirse.

NOTAS

(*) Depto. de Economía y Empresa de la Univ. Pompeu Fabra y Centre de Recerca en Economia i Salut.

BIBLIOGRAFÍA

Artells JJ. Modelos de organización del sector asegurador sanitario. En Puerta el al (ed); *Sanidad privada: ¿Cuál será el próximo acto?* Madrid: Noesis, Sanitas y SmithKline Beecham, 1996.

Dalmau E, Puig J. Market structure and hospital efficiency: Evaluating potential effects of deregulation in a national

health service. *Review of Industrial Organization*; 1998, en prensa.

Portella E. El desarrollo del seguro de salud: un reto entre espejismos. *Expansión*, 26 de enero de 1998, p. VII (especiales Medicina Privada).

Ventura J. *Posibilidades y límites en la innovación sanitaria: dinero público gestionado privadamente*. Madrid: Fundación BBV, en prensa.