



### en este número

	pág.
EDITORIAL .....	1
PROXIMAS REUNIONES .....	2
FORMACION .....	3
- V. P. Valencia.	
- C.I.E.	
- Monte Verità.	
- U. of Limburg.	
INFORMES .....	4
- V Congreso SESPAS.	
- Jornada aseguramiento Sanitario.	
- Econometría del SIDA.	
XIV JORNADAS DE ECONOMIA DE LA SALUD .....	5
PUBLICACIONES .....	6
TEMAS .....	6
- Prestaciones sociales en América Latina.	
INVESTIGACIONES .....	8
- Estudio coste-efectividad del tratamiento hipolipemiante en el sector sanitario de Sabadell.	
- Trato fiscal del gasto sanitario privado en el IRPF.	
LIBROS .....	10
VARIOS .....	11
- Otras Asociaciones. Humor.	
NOTICIAS DE LA AES .....	11
- Becas para realización de informes.	
- Catálogo de prestaciones.	

#### SECRETARIA DE LA ASOCIACION: A.E.S.

Arizala, 1-3 entlo. 1º  
08028 BARCELONA  
Tel. (93) 334 85 36  
Fax. (93) 334 49 35

#### HORARIO

Lunes a Viernes:  
de 10 a 2 y de 3 a 7

## editorial

### EL NUEVO MARCO DE LA SANIDAD EN EE. UU.

J. Puig Junoy

La propuesta de reforma del sistema sanitario de Estados Unidos presentada por el Presidente Clinton el 22 de septiembre de 1993 (**Health Security Act of 1993**) es el resultado de situar los problemas de los servicios sanitarios en el centro de la escena política y económica. La reforma fue presentada en su día como la principal promesa electoral y su puesta en funcionamiento podría asegurar la reelección al presidente. El nuevo marco de la sanidad que propone la reforma pretende dar respuesta a tres problemas crónicos del actual sistema sanitario: en primer lugar, el elevado coste de la atención sanitaria (14% del PIB o, lo que es lo mismo, el equivalente a 1/7 de la economía americana o a casi dos veces el PIB de España) que no resiste la comparación con los pobres resultados obtenidos en términos de indicadores de estado de salud; en segundo lugar, el hecho que más de una décima parte de la población americana (el 13.6% en 1990) carece de seguro de atención sanitaria; y, en tercer lugar, la discutible pero extendida impresión de que el aumento del gasto sanitario afecta negativamente a la competitividad de la industria americana.

#### Universalización y contención de costes

El plan Clinton tiene por objetivos universalizar la cobertura de atención sanitaria estableciendo la obligatoriedad para los empresarios de asegurar a sus trabajadores, y frenar el crecimiento del gasto sanitario global (tanto público como privado) a través de un sistema de competencia gestionada, sujeto a límites presupuestarios.

Los beneficiarios de la universalización son los grupos de población con mayor probabilidad de no estar asegurado: los parados, los jóvenes entre 18 y 24 años excluidos hasta ahora de la cobertura paterna y todavía no establecidos por su cuenta y los trabajadores a tiempo parcial. El nivel obligatorio de prestaciones se establece de forma muy generosa, con el objetivo de que sea equivalente al que disfrutaban los trabajadores de las grandes empresas.

Las empresas tienen la obligación de financiar como mínimo el 80% de la primas del seguro sanitario dando cobertura familiar a los trabajadores casados, con un límite que no debe sobrepasar el 7.9% de la remuneración salarial. Para las empresas con una plantilla igual o inferior a 75 trabajadores se establece un límite máximo para el coste financiado por la empresa que oscila entre el 3.5% y el 7.9% de la remuneración. Los trabajadores por cuenta propia tienen la obligación de contratar un seguro y financiarlo por su cuenta. Los desempleados no perderán la cobertura sanitaria, y deberán continuar pagando sólo el 20% del coste del seguro. El Estado establece subvenciones tanto para las empresas pequeñas como para individuos con ingresos por debajo de un determinado nivel de renta. La financiación adicional del plan debe provenir de menores gastos gracias a la mejora de la gestión en los programas públicos actuales y de la aplicación de impuestos sobre el "pecado": un impuesto afectado sobre el consumo de tabaco y otro no definido sobre el consumo de alcohol.

#### Competencia y regulación

El plan de reforma introduce dos tipos de innovaciones en la distribución de recursos financieros a los proveedores sanitarios: el fomento de la competencia entre las compañías aseguradoras y proveedores sanitarios mediante el poder de monopsonio de compra de las **Regional Health Alliances (RHA)**, y el aumento de la regulación directiva del mercado a través de la **National Health Board**. El modelo resultante pretende acercarse a una combinación de competencia gestionada entre los ofertantes de planes de salud y los proveedores, sujeta a una restricción presupuestaria global (control de precios/primas). Las RHA ejercen el poder de monopsonio, en relación con la situación actual, en favor de los trabajadores de empresas pequeñas y no trabajadores, comprando de forma competitiva planes de medicina gestionada que cubran las prestaciones obligatorias. Se establece que cada Estado debe tener como mínimo una RHA. Las grandes empresas (a partir de 5.000 trabajadores) están autorizadas a actuar como RHA para sus propios trabajadores.

Cada RHA debe ofrecer como mínimo tres planes de salud entre los que pueden escoger los consumidores (no las empresas), uno de los cuales debe ser del tipo pago por acto, presumiblemente más caro que los de las **Health Maintenance Organizations** o de las **Preferred Provider Organizations**. Los planes de salud deben ofrecer idénticas prestaciones y no pueden seleccionar pacientes. Las RHA podrían utilizar dos formas alternativas de contratación según la elección que realice cada Estado: el modelo de pagador único (muy parecido al modelo canadiense) o el modelo de competencia gestionada entre planes de salud.

Editor del Boletín: **TXOMIN URIARTE**

Han colaborado en este número: **JAUMA PUIG, NATXO OLEAGA, VICENTE ORTUN, JOAN J. ARTELLS, CARLOS MURILLO, CARMELO JUAREZ, CONGREGA, GUILLEM LOPEZ, FERNANDO ANTONANZAS, JOAN ROVIRA, SEBASTIAN CALERO, ESTHER MARTINEZ, ITXASO MUGARRA** y alguno o alguna que siempre se nos olvida.

El nuevo marco propuesto para la sanidad implica un antes y un después en el paradigma liberal de una sociedad como la estadounidense. La reforma implica un cambio de rumbo con el paso de la consideración de los servicios sanitarios como un bien privado cualquiera, limitado exclusivamente a la esfera de la soberanía del consumidor, a la consideración de un bien preferente, cuya valoración se extiende más allá de la estricta valoración individual del propio bienestar.

#### Problemas y dificultades

Al margen de los beneficios sociales y políticos de la universalización propuesta, el coste en términos de eficiencia presenta algunas dudas en cuanto a los incentivos a la contención del gasto y en cuanto a sus efectos sobre el mercado de trabajo. Los ahorros que pueden conseguirse con la competencia gestionada son bastante limitados. Así mismo se ha observado que las HMO consiguen un ahorro inicial pero después el gasto crece con la misma proporción que el resto del sistema sanitario. De ahí que el plan Clinton además de la competencia gestionada establezca controles directos sobre la contribución de empresa y trabajador (competencia estrechamente regulada).

Las ventajas potenciales asociadas a la competencia gestionada pueden verse desequilibradas por el mantenimiento de la ficción del mito de la gratuidad (el **free lunch myth** de Reinhardt). El papel desarrollado por las empresas hasta ahora con la compra directa de servicios ha contribuido al aumento del gasto sanitario gracias a la exención fiscal, al dificultar la conciencia del coste para los trabajadores y actuar con una restricción presupuestaria muy débil. De forma parcial esta ficción continúa todavía presente con el

plan de reforma al mantener las exenciones fiscales, o incluso extendiéndolas, tanto para las empresas como para los trabajadores. Los incentivos (conciencia del coste) a empresas y trabajadores para la contención del gasto son bastante débiles. La exención fiscal del coste del seguro para las empresas no contribuye a fomentar el interés de las empresas por la elección del plan más barato. El consumidor sólo contribuye como máximo con el 20% del coste marginal limitado del seguro elegido; coste marginal medido como diferencia entre el coste del plan elegido y el coste medio de los planes ofrecidos. El salario en especie que representa la contribución empresarial no tiene la consideración de renta salarial, lo cual equivale a la continuidad de la exención fiscal de una parte, hasta ahora creciente, de las rentas salariales.

La mayor flexibilidad que permite el plan en el mercado de trabajo (desaparición del miedo a perder el seguro sanitario) puede verse contrarrestada por la disminución de la creación de empleo directo en el sector sanitario, sector que ha posibilitado el 14.2% de los puestos de trabajo creados en la década de los 80 en la economía norteamericana. Por otro lado, el coste laboral para los puestos de trabajo con salarios bajos se encontrará determinado por la doble regulación de salario mínimo y cobertura sanitaria obligatoria; si el salario actual es inferior al salario mínimo más el coste de la cobertura las empresas experimentan un aumento del coste laboral, cuyo resultado puede ser el aumento del desempleo para este tipo de trabajadores.

#### Los grupos de presión

El camino para la aprobación de la **Health Security Act** se presenta largo y plagado de dificultades políticas. Las campañas de los

grupos de presión no se han hecho esperar: por ejemplo, la inmediata campaña de publicidad televisiva iniciada por la **Health Insurance Association of America** basada en la limitación de la capacidad de elección. Las dudas, sin embargo, no deben empañar el revulsivo al cambio que supone la propuesta. A nivel político, el principio de la competencia gestionada parece sugerir pocos desacuerdos; sin embargo si se prioriza el objetivo de la contención de costes y dados los límites de la competencia gestionada deberán examinarse alternativas que contemplen: la obligatoriedad del seguro sanitario para los individuos y no para las empresas, la financiación impositiva evitando la cotización social y la definición de un paquete más restringido de prestaciones obligatorias.

Finalmente, no debe olvidarse que la aprobación de la **Health Security Act of 1993** requiere un consenso político, al que Clinton ha apelado en base a valores morales al priorizar la cobertura universal. Ahora bien, el principal peligro que acecha a la reforma proviene de que los intereses en juego son lo bastante importantes (industria farmacéutica y tabacalera, fumadores, pequeñas aseguradoras, empresas pequeñas que hoy no aseguran a sus trabajadores, trabajadores de las grandes empresas, hospitales, médicos especialistas, etc.) como para que los grupos de presión apelen a tópicos ante los cuales el ciudadano americano parece bastante sensible: la cobertura del aborto incluida en las prestaciones obligatorias, la pérdida de capacidad de elección para el consumidor y el previsible racionamiento de los servicios como contrapartida al control de precios. Una nota favorable: el 55% de la población apoya el plan aunque opinen que les va a suponer tener que pagar más. ■

## próximas reuniones

### THE SOCIO-ECONOMIC IMPACT OF AIDS IN EUROPE

"Estimating the cost of HIV and AIDS to Society"

Lugar: London

Fechas: 25 a 28 febrero 1994

#### Información:

Vanesa Hardy  
National AIDS Trust  
Eileen House  
80 Newington Causeway  
LONDON SE11 6EF  
Tel.: 71.972 2845  
Fax: 71.972 2855

### 2nd INTERNATIONAL CONFERENCE "STRATEGIC ISSUES IN HEALTH CARE MANAGEMENT"

"Setting priorities in Health Care"

Lugar: St. Andrews (Escocia)

Fechas: 29 a 31 marzo 1994

#### Información:

Mo Malek  
Department of Management  
University of St. Andrews  
ST. ANDREWS, FIFE KY16 9DJ  
Escocia  
Tel.: (44) 334.62806  
Fax: (44) 334.62812

### XXXIII INTERNATIONAL CONFERENCE "ECONOMETRICS OF HEALTH CARE: EVALUATION"

"Evaluation methodology and applications"

Lugar: Lyon (Francia)

Fechas: 4 a 8 julio 1994

#### Información:

AEA. Chapitre Santé-Evaluation  
UCB Lyon 1 - Bat 101  
43 Bd. du 11 Novembre 1918  
69622 VILLEURBANE Cedex  
Francia - Fax: (33) 72.440573

### 10th INTERNATIONAL CONFERENCE ON AIDS

Lugar: Yokohama (Japón)

Fechas: 7 a 10 agosto 1994

#### Información:

Congress Corporation  
Namiki Bdg, 5-3 Kamiyama-cho, Shibuya-Ku  
TOKYO 150, Japón  
Tel.: (81) 3.3466.5812  
Fax: (81) 3.3466.5929

### XII REUNION DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE EPIDEMIOLOGIA (S.E.E.)

Lugar: Alicante

Fechas: 29 septiembre a 1 octubre 1994

#### Información:

Clara Ripoll  
Depto. Salud Pública  
Universidad de Alicante  
Campus San Juan  
Apdo. Correos 374 - 03080 ALICANTE  
Tel.: (96) 5659811 Ext.: 161  
Fax: (96) 5940713

### 13th INTERNATIONAL CONFERENCE ON THE SOCIAL SCIENCES & MEDICINE

Lugar: Hotel Fured (Hungría)

Fecha: 10 a 14 octubre 1994

#### Información:

Dr. Peter J. McEwan  
Glengarden, BALLATER,  
Aberdeenshire AB35 5UB Escocia  
Tel.: (3397) 55429  
Fax: (3397) 55995