

Empresa privada en Sanidad: Grado de adecuación a las diferentes funciones sanitarias*

María Callejón¹ y Vicente Ortún²

Introducción

Este capítulo presta atención al papel de la empresa privada en los tres ámbitos con significación económica que se dan en cualquier sistema sanitario: la financiación del gasto sanitario corriente y de las inversiones, la compra de servicios sanitarios (aunque habitualmente en Europa esta función de compra la realiza de facto la autoridad pública a la que se canalizan impuestos y cotizaciones) y la producción de esos servicios sanitarios (**Gráfico 1**).

El **Cuadro 1** proporciona un esquema más detallado de las funciones más importantes de cualquier sistema sanitario, el papel del Estado con relación a las mismas, la indicación de sus mercados relevantes y el rol de la empresa privada. La primera función que aparece en el Cuadro 1, la regulatoria y de formulación de políticas de salud, será la única que no se abordará en este capítulo por tratarse de una competencia claramente estatal. Excluimos asimismo, explícitamente, de este capítulo la empresarialización de la Sanidad entendida como aquella reforma de la gestión pública que introduce mecanismos cuasicompetitivos y de mercados (tasas, vales, mercados de derechos, competencia pública) e introduce nuevas formas de gestión (fundaciones, consorcios, sociedades estatales, fundaciones públicas hospitalarias) y que ha sido abordada en otros lugares (López-Casasnovas 2002, Ortún 2001).

La adecuación de la empresa privada será analizada para las seis restantes funciones del Cuadro 1:

1. La financiación del gasto sanitario, pública en un 80% en la Unión Europea, se contempla en otro capítulo del libro por lo que aquí se abordará sucintamente para centrar la atención en un aspecto novedoso de la financiación desde el punto de vista del papel que puede jugar la empresa privada:
2. La financiación de las infraestructuras sanitarias.
3. La compra de servicios sanitarios
4. La producción de servicios sanitarios
5. El abastecimiento de los 'inputs' utilizados por el sector sanitario

* Este trabajo ha recibido el apoyo de una beca incondicionada de la Fundación Merck, Whitehouse Station, New Jersey, Estados Unidos. Se agradecen asimismo los comentarios recibidos de Guillem López Casasnovas y Jaume Puig Junoy.

¹ Profesora titular del Departamento de Política Económica y Estructura Económica Mundial de la Universidad de Barcelona.

² Profesor titular del Departamento de Economía y Empresa de la Universidad Pompeu Fabra.

6. La innovación, acotada ésta al rol de la empresa privada en la innovación farmacéutica tanto por razón del debate que suscita como por espacio disponible.

La presencia creciente de empresas privadas – y de mercados – en los ámbitos sanitarios es congruente con la tendencia hacia la introducción de mayor competencia en las actividades del sector sanitario como fórmula para ganar en eficiencia social. Sin embargo, la naturaleza de servicio público esencial del sector sanitario comporta la coexistencia de organizaciones públicas y organizaciones privadas dentro del sistema, con objeto de compatibilizar los incentivos propios de uno y otro tipo de organizaciones con el conjunto de resultados que la sociedad espera del sistema sanitario o, en otros términos, con los objetivos de política sanitaria de los gobiernos.

De los mercados se espera la generación de mecanismos disciplinadores de las empresas – básicamente competencia - que motiven una gestión de costes rigurosa y fomenten la adecuación de la oferta de bienes y servicios sanitarios a las preferencias de los consumidores.

Los sistemas sanitarios absorben más del ocho por ciento del PIB mundial y constituyen entramados complejos de actividades productivas, de servicios y de flujos de financiación directos o cruzados. El análisis segmentado de los elementos de dicho entramado permite diferenciar mejor las características específicas de cada caso, y ayuda a evaluar ex-ante y ex-post, con evidencia empírica, el diferencial de ventajas o desventajas de las organizaciones privadas frente a las públicas.

La mayor parte de las funciones sanitarias son desempeñadas por un *mix* de organismos públicos y privados en proporciones diferentes según las características de la actividad. No obstante, ciertas áreas son por naturaleza públicas puras (adopción de políticas y establecimiento de regulaciones), mientras que otras podrían ser privadas puras. En cualquier caso no resulta fácil determinar el grado óptimo de implantación del sector privado en un sistema sanitario puesto que no se trata de un asunto exclusivamente técnico, determinado las características “objetivas” de los diferentes segmentos de actividad, sino que también depende de los valores políticos de cada sociedad o país, y de su intensidad de preferencia por un sector público amplio – como, simplificando, ocurre en la Unión Europea – o por mayor protagonismo de la iniciativa privada y el mercado – como sería el caso de Estados Unidos. En el ratio público-privado influye, por tanto, el posicionamiento de cada sociedad concreta a lo largo de la dimensión eficiencia – equidad.

Partiremos de la empresa privada convencional recordando las indicaciones que los incentivos de la propiedad y los beneficios proporcionan. Seguidamente analizaremos, a la luz de la evidencia disponible, el grado de adecuación de los incentivos de propiedad y beneficios a las seis funciones ya señaladas más arriba para finalizar con unas conclusiones.

Los incentivos de la propiedad y los beneficios

La empresa privada se caracteriza por la propiedad privada, derechos residuales de decisión privados y, cuando tiene finalidad lucrativa, por la apropiación privada del

excedente. Los derechos residuales de decisión permiten determinar los cursos de acción en aquellos aspectos no regulados ni por ley ni por la costumbre ni por contrato alguno.

La ‘empresa pública’ (en sentido económico, no legal) vendrá definida por la propiedad pública, derechos residuales de decisión públicos, y el derecho colectivo a la renta residual. Entre la empresa privada con finalidad lucrativa (OL) y la ‘empresa pública’ existen diversas posibilidades intermedias, tal como se esquematiza en el **Cuadro 2**. La empresa privada ha resultado adecuada para las industrias con mercados en competencia. La ‘empresa pública’, de manera paralela, ha desempeñado satisfactoriamente una serie de funciones básicas del Estado -como la Hacienda, Seguridad, o Relaciones Exteriores- en situaciones de fallos claros de mercado. Para las distintos ámbitos sanitarios que consideramos en este capítulo, y que comparten fallos de mercado y fallos del Estado, existirá un abanico de formas empresariales intermedias entre las puramente públicas y las puramente privadas a las que se hará oportuna referencia.

Unos derechos de propiedad alienables, siempre con la salvaguarda del Estado, permiten –bajo los supuestos bastante restrictivos de la conjetura de Coase- alcanzar acuerdos socialmente beneficiosos. El crecimiento económico de un país se produce siempre que la asignación de derechos de propiedad haga que sea individualmente provechoso emprender actividades socialmente productivas.—Los supuestos de la conjetura de Coase resultan, no obstante, restrictivos porque requieren información completa, ausencia de costes de transacción, que todos los afectados participen en las negociaciones, que los individuos no presenten efectos de riqueza (esto es que sus decisiones no se vean afectadas por cambios en su riqueza)... Estos supuestos se incumplen especialmente en aquellos ámbitos donde el Estado ha intervenido tradicionalmente (precisamente por la presencia de fallos de mercado).

Los beneficios, como remuneración residual del propietario, cumplen una función socialmente útil cuando premian la eficiencia, recompensan el riesgo que la utilización de capital suponga o estimulan la innovación. Si no cumplen ninguna de estas tres funciones constituyen rentas innecesarias. El que los beneficios cumplan alguna de las tres funciones citadas requiere que no se den fracasos grave de mercado (del estilo del fallo de mercado, dominante en Sanidad, de información insuficiente y asimétrica). Europa contempla con mayor recelo que Estados Unidos la obtención de beneficios en productos y servicios financiados públicamente.

El por qué de las organizaciones privadas sin finalidad lucrativa (ONL)

Los mercados desarrollan mecanismos para reducir las ineficiencias derivadas de la información insuficiente o asimétrica entre oferentes y demandantes. Una tipología bastante utilizada clasifica los bienes y servicios en tres clases: de reputación, de información y de experiencia.

Ciertos servicios sanitarios son bienes de *reputación* ya que el consumidor carece de los conocimientos o la información propia que le suministra criterios para comparar y no puede juzgar la calidad de los mismos ni siquiera después de haberlos consumido. Tras haber realizado, por ejemplo, una determinación de creatinina -para considerar la

posibilidad de un síndrome neuroléptico maligno desarrollado a partir de una encefalitis viral no herpética- difícilmente podrá juzgar sobre el valor de la prueba diagnóstica: deberá guiarse por la *reputación* del médico.

En otros casos los demandantes pueden hacer acopio de información sobre los precios y la calidad de los distintos oferentes que operan en el mercado, y estamos ante los llamados servicios de *información*. Por ejemplo, la perspectiva que proporciona el embarazo o la previsión de una intervención de cirugía electiva puede estimular, en cambio, a recoger *información* sobre la calidad de los proveedores y la efectividad de la intervención.

Un tercer tipo de servicio sanitario, el más infrecuente, sería un bien de *experiencia*. Un paciente crónico, diabético por ejemplo, puede llegar a considerar su teleasistencia como un servicio de *experiencia* sobre cuya calidad puede opinar con fundamento si se nota bien controlado y sin crisis

Como siempre que se definen tipos puros –reputación, información, experiencia- nos encontraremos con una realidad de servicios sanitarios que participan en diferentes proporciones de cada uno de los tipos puros. Las autoridades sanitarias pueden colaborar en la corrección de la información asimétrica a través de la recogida y difusión de información sobre calidad de proveedores, los procedimientos de acreditación, la evaluación de la introducción y difusión de tecnologías, etc.

La reputación, clave para la dimensión ‘técnica’ de la calidad, tiene poca importancia en la componente ‘aparente’ o ‘percibida’ de la calidad. La calidad aparente, apreciable por el consumidor, puede encubrir una calidad técnica deplorable, incluso de juzgado de guardia. Un paciente puede quedar totalmente satisfecho de una intervención innecesaria y perjudicial; mostrar gran disposición a pagar por un servicio que le produce una rotunda pérdida de bienestar. La disposición a pagar sobre bases informativas erróneas no expresa el valor de un servicio. En este caso los demandantes intentan limitar su riesgo de error acudiendo a empresas con trayectoria solvente y bien conocida.

En la cultura del ‘más es mejor’, compartida por algunos oferentes y bastantes demandantes, el consumo excesivo –el que produce un perjuicio neto- tiene importancia ya que ocasiona substanciales pérdidas de bienestar social³. Las intervenciones innecesarias y *no* perjudiciales limitan su coste al de oportunidad y plantean problemas nuevos cuando se establece que son innecesarias⁴.

En un entorno en el que, como acabamos de esbozar, tanto la incertidumbre como la asimetría en la información son crecientes –progreso tecnológico más rápido que la mejora en la capacitación científica de la sociedad- las ONL ofrecen al consumidor no

³ El consumo de estrógenos y progesterona para protección cardiovascular por mujeres menopáusicas sanas ha confirmado recientemente los indicios existentes acerca de su carácter perjudicial (Sackett, 2002), ampliando la amplia relación de procedimientos causantes de pérdida de bienestar (Meneu, 2002)..

⁴ La cirugía artroscópica en el tratamiento de la osteoartritis de rodilla acaba de revelarse como perteneciente a esta categoría. En un ensayo clínico aleatorio doble ciego (paciente, que había consentido a la posibilidad de recibir una intervención placebo, y analistas) la eficacia de la intervención real fue idéntica a la eficacia de la intervención simulada (Moseley et al, 2002).

explotar su poder de mercado. En sectores como el educativo o el sanitario la ausencia de finalidad lucrativa es percibida por los usuarios como una señal de confianza.

La señal de confianza, derivada de la dificultad de medir el ‘producto’ sanitario, se extiende habitualmente a la organización que lo ofrece, pues tampoco los supervisores dentro de esa organización pueden medir el ‘producto’ sanitario. Y aquí está el origen de la presencia de incentivos débiles en Sanidad: Primero, cabe esperar que se evite compensar únicamente por lo que se sabe medir –número de visitas por ejemplo- en el conocimiento de que casi cualquier tarea profesional supone diversas actividades y que no hay que disuadir actividades que en absoluto se saben medir –información pronóstica a familiares y afectado/a de leucemia, por ejemplo. Segundo, se atenúan los derechos de propiedad: ONL no pueden distribuir beneficios pecuniarios ni a propietarios ni a gerentes. Ello no significa que no quepan otro tipo de beneficios no pecuniarios en términos de condiciones de trabajo, prebendas, aislamiento de la competencia o prestigio. No hay que olvidar que los decisores en las ONL son tan sensibles a los incentivos financieros y altruistas como sus contrapartes en la organizaciones con finalidad lucrativa (OL) (Duggan M, 2000).

Tienen, pues, las ONL el inconveniente fundamental de renunciar al incentivo potente del beneficio -y las subsecuentes pérdidas de bienestar social que ello pueda originar- y la ventaja de ofrecer una señal de confianza a usuarios en un entorno presidido por la asimetría informativa. En algunas ocasiones, también supondrá una ventaja el poder contar con profesionales más motivados por la misión -y menos controlados que sus homólogos en OL- con menor tendencia a reducir costes que empeoran esa calidad que el usuario no puede observar y el financiador no puede contratar (Rose-Ackerman, 1996).

Cuanto menor sea la asimetría informativa menor será también la presencia como productoras de servicios de las ONL y de la organizaciones públicas (OP).

1. Rol de la empresa privada en la financiación de servicios sanitarios

La financiación pública –cuando es progresiva- ayuda a mejorar la equidad, y –cuando es universal- corrige el fallo de mercado que la selección adversa –y su respuesta en términos de selección de riesgos- introduce en un eventual mercado asegurador. Un aseguramiento de colectivos podría corregir el fallo de mercado si no excluyera a esa pequeña parte de la población que concentra la mayor parte del gasto sanitario. Puede, pues, decirse que tanto la selección adversa por parte de los potenciales asegurados como la respuesta de los aseguradores en términos de evitar clientes no rentables (selección de riesgos) descartan –a grandes rasgos- la financiación fundamentalmente privada de la sanidad. Cabrá desconcentrar el aseguramiento sanitario cuando se neutralicen de manera efectiva los incentivos a la citada selección de riesgos.

Cabrá también establecer *financiación privada* complementaria allá donde se considere que la disposición individual a pagar constituye un buen criterio para la asignación de recursos sanitarios.

Escuetamente, aseguramiento público desconcentrado y aseguramiento privado complementario, parecen ser los dos papeles posibles para la empresa privada en el campo del aseguramiento. Queda mucho por investigar acerca de la interacción entre seguro público y seguro privado, como se reconoce en otro capítulo de este libro dedicado a este asunto.

2. Rol de la empresa privada en la financiación de infraestructuras sanitarias⁵

La financiación privada de infraestructuras sanitarias constituye una faceta del interfaz público-privado estrenada en 1992 por el gobierno británico y aplicada también en España en estos últimos tiempos para infraestructuras públicas. Se esbozan aquí los tipos generales de proyectos de infraestructura, las posibilidades de diferir el impacto presupuestario según tipos de proyectos, y las consideraciones a tener en cuenta para su evaluación así como algún resultado reciente.

Tipos generales de proyectos de infraestructura

En general los proyectos de infraestructuras se atribuyen ex-ante a alguno de los tres tipos siguientes:

- A. El usuario paga una tarifa que proporciona rentabilidad financiera suficiente como para hacer atractiva la inversión para el sector privado sin necesidad de apoyos públicos.
- B. Los ingresos vía tarifas son insuficientes -para recuperar la totalidad de la inversión y los costos de explotación- por lo que requieren apoyo público.
- C. No hay pagos directos de los usuarios por lo que se requiere el apoyo total del sector público.

En el caso de proyectos del tipo A lo normal es que se haga cargo el sector privado de su realización, aunque si los ejecutase el sector público, vía un ente o compañía pública, la inversión se podría sectorizar como privada -cumpliría el criterio del Sistema Europeo de Cuentas Regionales y Sectoriales o SEC 95- y la deuda no afectaría al déficit del sector público.

En el caso de proyectos del tipo B la forma usual de conseguir diferir presupuestariamente el impacto de la inversión es bien utilizar estructuras público-privadas (PPs) -por ejemplo concesiones o empresas mixtas- o bien crear entes o compañías públicas que tengan una cierta autosuficiencia financiera complementada con pagos o aportaciones públicas. La clave sin embargo -en este último caso- es que los ingresos de mercado del proyecto excedan el 50% de los costes de producción (criterio del SEC-95), ya que si no fuese así la formación bruta de capital se consolidaría con la del sector público y la deuda del proyecto incrementaría el déficit público.

Hasta la reciente decisión de Eurostat sobre un caso austriaco no era posible financiar proyectos del tipo C sin que su deuda consolidase con la del sector público, si el promotor del mismo era público, por lo que la única manera de diferir presupuestariamente su impacto era mediante una estructura PP (por ejemplo concesiones privadas con pagos sombra o arrendamiento operativo).

⁵ Se agradece la información recibida del Sr. Francisco Domínguez del Banco Europeo de Inversiones.

Posibilidad de diferir el impacto presupuestario según tipos de proyectos

A continuación se da un listado del tipo de proyectos y se comenta brevemente sobre el análisis que hay que efectuar para poder decidir sobre la estructura óptima de financiación que pudiese permitir el diferimiento de su impacto presupuestario. La lista incluye sólo aquellos proyectos de los tipos B y C y de forma no exhaustiva.

Tipo B: Vivienda social, residencias de tercera edad y centros de día con pagos parciales por los usuarios, zonas industriales con naves de alquiler, infraestructuras en las que el usuario puede pagar la mayoría de los costes como depuración de aguas, puertos, aeropuertos; carreteras con peaje blando, estaciones intermodales con posibles desarrollos comerciales (oficinas, comercios, parkings), infraestructuras de transporte urbano.

En general antes de decidir su forma de financiación, habría que tener un estudio preliminar fiable de los proyectos tipo (mercado, costos de inversión y costos de explotación) que permitiese establecer qué proyectos podrían cumplir la regla del 50% del SEC. Para aquellos que la cumplieren habría que valorar la importancia de la componente de gestión de los mismos y sobre esta base intentar ver si el costo global para la colectividad a lo largo de la vida del proyecto (construcción y explotación) sería más barato (a igual nivel de servicio) si el proyecto fuese público o si lo ejecutase el sector privado. Para los proyectos públicos se podría considerar la creación de una entidad promotora independiente que se financiaría de forma estructurada sobre la base del proyecto en sí mismo en función de sus ingresos de mercado más las correspondientes transferencias o aportaciones presupuestarias del sector público diferidas en el tiempo. Para aquellos proyectos que se considerase que el sector privado debería ejecutar se podrían licitar como concesión o se podría sacar a concurso el accionariado privado responsable de su gestión en una posible empresa mixta.

Para aquellos proyectos que mostrasen en el estudio comparativo anterior un cierto sobrecosto si los ejecutase el sector privado con respecto al público, se podría considerar de todas maneras el concederlos al sector privado si se considerase que las ventajas (el beneficio para la colectividad por su rentabilidad económica –distinta de la financiera) de acelerar su ejecución compensase el sobrecosto con respecto a su ejecución retrasada en el tiempo por un promotor público.

Tipo C: Hospitales, museos, escuelas, edificios universitarios, carreteras sin peaje. Hasta la reciente decisión de Eurostat, la única manera de conseguir diferir presupuestariamente el coste de la inversión, sin que se consolidase la inversión como pública, era involucrando al sector privado con mecanismos de tipo concesional o similares (por ejemplo la '*private finance initiative*' inglesa, ahora '*public-private partnership*') que transfiriesen una parte del riesgo al inversor privado. Con mayor conocimiento de la experiencia austríaca mencionada y una flexibilización en la postura de la Intervención General del Estado podrían explorarse nuevas vías para financiar de forma diferida, y sin consolidar, dichos proyectos.

Consideraciones a tener en cuenta

Desde el punto de vista del SEC-95, la clave para conseguir que la inversión no se consolide con la del sector público y su impacto se pueda diferir en el tiempo, en el caso

de que el promotor sea público, es que el proyecto tenga ingresos de mercado que excedan el 50% de los costes.

El sector privado es generalmente más ágil y por consiguiente potencialmente más eficiente en aquellas situaciones o proyectos que requieren un alto grado de flexibilidad y de adaptación a mercados cambiantes, pero en contrapartida tiene unos costos financieros más altos. Más altos por partida doble: primero, porque la rentabilidad del capital social privado es superior al que busca el sector público y, segundo, porque el costo de la deuda privada es generalmente superior a la del sector público. Por ello hay que tener en cuenta que cuanto menor es la componente de gestión en el proyecto con respecto al valor de la inversión (o simplificando si el valor presente de los costos de explotación del proyecto son inferiores al de la inversión) mayor posibilidad hay de que sea más barato en términos de costes globales si el proyecto lo ejecuta el sector público que si se otorga al sector privado. Por el contrario, si la componente de eficiencia en la gestión es la que más pesa, una buena gestión privada puede compensar sus mayores costos de financiación.

En España los sobrecostes (diferencia entre el precio final, después de modificar el proyecto, y el precio de adjudicación) son habituales en las grandes obras públicas: El 80% de las obras públicas presentan sobrecostes y el sobrecoste medio es del 20% (Ganuzá, 2002). Una mejor elaboración de los proyectos iniciales de las obras y una adecuación de los mecanismos de revisión que la Administración utiliza para conceder o denegar un sobrecoste pueden tener un mayor impacto en el bienestar social que el grado de financiación privada de infraestructuras.

3. Rol de la empresa privada en la compra de servicios sanitarios

La función de compra de servicios sanitarios está separándose, aunque a veces sólo formalmente, de la función de financiación. Por otra parte, la posibilidad de desconcentrar el aseguramiento sanitario introduce la preocupación por los efectos que pueda tener la dilución del poder de compra. El que alguno de estos compradores desconcentrados sea privado añade la posibilidad de comparar distintos tipos de formas organizativas compradoras.

¿Monopsonio o múltiples compradores? La concentración del poder de compra así como las economías de escala parecerían favorecer la idea de comprador único y descartarían cualquier desconcentración o descentralización de la función compradora en agentes con finalidad lucrativa. Siempre, claro está, que ese agente comprador esté debidamente controlado por el principal último (la población en compra pública).

En cualquier caso se trata de una cuestión a dirimir empíricamente. Un artículo de Cutler et al (2000), con un diseño muy robusto, destacó la importancia de una compra eficiente. El artículo compara la utilización sanitaria, costes y desenlaces de la atención sanitaria entre un esquema asegurador tradicional y otro de atención gestionada a través de una HMO ('Health Maintenance Organization'). Su contexto es el de Estados Unidos donde, durante las dos últimas décadas, y especialmente en la segunda mitad de los años noventa, se ha desarrollado extraordinariamente la atención sanitaria gestionada: De sólo una cuarta parte de la población asegurada bajo esquemas de atención gestionada se ha pasado a una amplia mayoría de la población en la actualidad. Se ha abandonado, pues, el esquema tradicional de aseguramiento de riesgos con libertad de acceso a cualquier proveedor, a quien se pagaba por acto, y donde únicamente se trataba de

influir sobre la utilización a través de la demanda. La atención gestionada se caracteriza por la integración entre aseguramiento y provisión de servicios, por restringir la elección del usuario a los proveedores que forman parte de una red, por recuperar el papel de filtro de la atención primaria, huir del pago por acto, emplear el poder de compra para rebajar precios, y actuar sobre la utilización a través de la oferta. En los planes de atención gestionada contemplados en el artículo, estos controles de utilización incluían pagos capitativos a proveedores -con cierta transferencia de riesgo a los mismos- cartera de servicios definida, segundas opiniones y derivación a especialistas desde el médico de atención primaria.

Se compararon los servicios prestados y los resultados obtenidos bajo el tradicional seguro de reembolso y el seguro con atención gestionada utilizando dos bases de datos: todas las hospitalizaciones de Massachusetts y la utilización de los empleados de una gran empresa cuyos empleados están divididos entre los dos tipos de cobertura aseguradora que interesan al objetivo del artículo. Dado que la población asegurada en esquemas de atención gestionada tiende a estar más sana, los autores ponen especial empeño en evitar la selección de riesgos. Escogen para ello dos enfermedades cardíacas muy prevalentes, que siempre reciben algún tipo de tratamiento (y alguno muy caro), y respecto a las cuales resulta muy difícil pronosticar su gravedad antes de que se produzcan. (No puede esperarse, por tanto, que influyan en la selección del esquema asegurador). Son la enfermedad isquémica cardíaca y el infarto agudo de miocardio cuyos episodios son seguidos durante 90 días desde que se inician, registrando de los mismos desenlaces, utilización y gasto. Para evitar los problemas de selección de riesgos -más probables en pacientes crónicos- se incluyen en la muestra únicamente los nuevos casos de enfermedad isquémica cardíaca; concretamente los pacientes atendidos por un médico a raíz de un infarto agudo de miocardio (IAM), enfermedad isquémica cardíaca o fallo cardíaco congestivo y que no habían visto un médico por ninguna de estas tres condiciones durante todo el año anterior.

Resultados: Los desenlaces no presentan diferencias entre los dos tipos de aseguramiento. Se miden, en el IAM, por resultados adversos en términos de mortalidad hasta un año y reingresos con complicaciones; en la isquemia por hospitalizaciones hasta un año por enfermedad cardíaca grave.

Tampoco hubo diferencias en el tipo y cantidad de procedimientos, sino -con práctica exclusividad- en el precio pagado por cada procedimiento. Este precio es poco más de la mitad del precio pagado por el seguro tradicional.

Conclusiones: El mejor desempeño del aseguramiento a través de HMO, con atención gestionada, no se deriva ni de una menor utilización de procedimientos ni de una peor calidad de los mismos, sino de los precios substancialmente inferiores pagados por esos procedimientos, con su correspondiente reflejo en unas menores primas.

Este artículo, que recibió el premio Arrow -edición 2001- de la International Health Economics Association, suministra un marco teórico al trabajo empírico que desarrolla y permite explicar la mayor eficiencia de la atención gestionada en términos de precios pagados por los procedimientos utilizados. Muy posiblemente los precios en atención gestionada serán bastante más de la mitad que en seguro tradicional para otros procedimientos no cardíacos: Cardiología y Cirugía Cardíaca son importantes centros de beneficios en muchos hospitales de Estados Unidos. No hay razón en cambio para suponer que los resultados en términos de utilización sanitaria y desenlaces no puedan generalizarse a otros episodios menos agudos que las isquemias cardíacas. En la depresión, por ejemplo, las variaciones en la práctica médica son mayores pero no desfavorables a la atención gestionada.

Evidencias como la que acaba de reseñarse tienen una validez externa muy limitada por ser muy dependientes de la trayectoria y organización de cada país. En España, tras la transferencia de competencias sanitarias a todas las Comunidades Autónomas, tendremos oportunidad de apreciar donde y para qué una compra descentralizada resulta más eficiente que una compra centralizada.

4. Rol de la empresa privada en la producción de servicios sanitarios

La mejor evidencia sobre el impacto de los incentivos de la propiedad y los beneficios sobre la eficiencia proviene de los hospitales de Estados Unidos. La oferta hospitalaria de este país, según censo diario de pacientes, se reparte entre un 10% con finalidad lucrativa, un 18% pública y un 71% sin ánimo de lucro. La característica de presentar un alta prevalencia de organizaciones sin finalidad lucrativa en sectores con gran asimetría informativa entre demandante y oferente no es exclusiva de Estados Unidos: constituye una constante internacional.

La irrupción de cadenas hospitalarias, de propiedad privada y cotizadas en Bolsa, habida hace un par de décadas en EEUU, provocó una serie de estudios que compararon actividad, ajustada por complejidad, costes y facturación, entre hospitales con finalidad lucrativa y el resto. Los resultados obtenidos por Pattison et al (1983) y Watt et al (1986) indicaban que la finalidad lucrativa suponía mayores beneficios, por mayores precios y recurso sistemático al marketing, pero no una mayor eficiencia operativa. Evidencia más reciente y más robusta ofrece resultados en esta misma línea.

¿Son más eficientes los hospitales con finalidad lucrativa?

Los resultados de Sloan et al (2001) permiten concluir que los hospitales con finalidad lucrativa, en Estados Unidos, resultan menos eficientes que las ONL y los públicos: Obtienen resultados comparables pero a unos costes mayores.

El artículo pretende establecer como afecta la propiedad del hospital a: primero, lo que cuesta a Medicare atender a una serie de pacientes afectados por cuatro enfermedades diferentes, y, segundo al desenlace de los episodios. Para ello se construye un panel de datos de una muestra de beneficiarios de Medicare con alguna limitación de la vida cotidiana: con información sobre estado funcional y cognitivo, características personales y socioeconómicas (provenientes del *National Long-Term Care Survey*) y datos de facturación hospitalaria y extrahospitalaria.

La muestra final de 8.403 individuos se seleccionó a partir de aquellas personas con ingresos hospitalarios de estancia inferior a 91 días y diagnósticos principales de fractura de cadera, accidente vascular cerebral, enfermedad coronaria e insuficiencia cardiaca congestiva.

Para medir los gastos de Medicare se considera no sólo la admisión hospitalaria que motiva el ingreso en la muestra sino todos los gastos sanitarios habidos en los seis meses siguientes a la admisión. Para estimar el impacto del tipo de propiedad del hospital en los desenlaces de los episodios se observan tanto la mortalidad como la calidad de vida relacionada con la salud. Se efectúan diversos ajustes por variables potencialmente explicativas y se emplea el método de variables instrumentales para las variables dependientes de pagos y el análisis logit para las variables de desenlace, al no poderse rechazar la exogeneidad de éstas.

Los resultados muestran que Medicare gastó entre un 9% y un 16% menos en los pacientes admitidos en los hospitales públicos en relación con pacientes admitidos en

hospitales con ánimo de lucro. Estos últimos costaron a Medicare entre un 12% y un 14% más -para pacientes similares- que los hospitales sin ánimo de lucro. Finalmente, el tipo de propiedad de los hospitales no afectó a los desenlaces. No se aprecian diferencias en calidad, medida ésta en términos de supervivencia, cambios en situación funcional y grado de dependencia.

El rol de los beneficios en la producción de servicios sanitarios

Existen otros trabajos recientes que refuerzan el mensaje del artículo que acabamos de comentar. Por su especial eco, prensa económica incluida, merece la pena destacar el de Himmelstein et al (1999), quienes hallan que los incentivos de la propiedad estaban consistentemente asociados con peores indicadores de calidad (en este caso los *HEDIS*, del *Health Plan Employer Data and Information Set*).

La evidencia disponible, poco favorable a la producción privada, se circunscribe fundamentalmente al ámbito de EEUU; su validez externa no puede suponerse. Tampoco hay que inferir que el crecimiento de las OL en sanidad vaya a dejar de producirse pese a que ofrezcan peor calidad y no tengan una mayor eficiencia. El imperativo de las economías de escala –aunque sea únicamente en marketing- y la necesidad de disponer de una oferta articulada entre niveles asistenciales y con amplia cobertura geográfica –europea en un futuro cercano- puede obligar tanto a una concentración como a una ampliación de los proveedores. Para ello se necesita financiación; y a la hora de crecer las ONL se encuentran con dificultades para obtener fondos (quien los aporta quiere también control) y las OP (organizaciones públicas) presentan el problema opuesto al de las OL ya que sus incentivos son extremadamente débiles. La intensidad de los incentivos constituye otro problema de dosis: como un medicamento efectivo su ausencia no cura pero su abuso puede matar.

Rol de la empresa privada en la práctica clínica

Los clínicos, decisores sanitarios clave, han de tener la información e incentivos que propicien decisiones coste-efectivas. La consideración del lucro puede crear serias imperfecciones en la relación de agencia y cortocircuitar la debida consideración de las variables que afectan al paciente. De nuevo surge la conveniencia de incentivos financieros débiles lo que obliga a pensar en otras formas de incentivación no directamente financieras:

- Autonomía en el trabajo, que se ha mostrado altamente motivadora (Tamborero et al, 1996).
- Facilidades para la formación e investigación, mejoras en el lugar y condiciones de trabajo.
- Sentimiento de afiliación compatible con posibilidades de movilidad.
- Adecuada selección de personal que pueda compensar la debilidad de los incentivos. Este enfoque de la selección como solución alternativa a los incentivos tiene particular relieve en Sanidad, necesitada de una ética profesional y de servicio público.

El profesionalismo no es un concepto caduco. Ha de actualizarse, eso sí, en el sentido de que no tan sólo implica un compromiso personal de velar por el interés de los pacientes, sino que también ha de incluir los esfuerzos colectivos por mejorar los sistemas de asistencia sanitaria a favor del bienestar social. El profesionalismo constituye una

respuesta a los problemas de asimetría informativa que ni el afán de lucro ni la normativa pueden resolver.

5. Rol de la empresa privada en las industrias suministradoras de la Sanidad

El heterogéneo grupo de suministros o 'inputs' sanitarios suele presentar mercados relativamente eficientes y ha sido dominado, tradicionalmente, por empresas privadas. Los incentivos de la propiedad y los beneficios están, pues, ampliamente extendidos entre los suministradores de la Sanidad. El objetivo de este epígrafe será el de considerar si cabe externalizar servicios que todavía se producen internamente en las organizaciones sanitarias.

En España, más de la mitad de los hospitales han externalizado al menos uno de los siguientes servicios: limpieza, lavandería, alimentación, mantenimiento, seguridad. (Puig y Pérez, 2001). Limpieza presenta el mayor grado de contratación externa (45% de los hospitales) y lavandería el menor (el 94% de los hospitales la mantienen integrada verticalmente).

La externalización de servicios –sobre todo la que implica activos no específicos, esto es activos que tienen utilización alternativa a la contratada sin substanciales pérdidas de valor- ofrece a cualquier organización sanitaria las ventajas de acceder a unas economías de escala y a una especialización que no puede obtener para una función o servicio ajena a su núcleo competencial. La externalización palia los inconvenientes que el tamaño excesivo de una organización pueda tener: inconvenientes en términos de menor adaptabilidad a cambios por mayor inercia o mayores costes de influencia. Incluso, aunque no se contrate fuera, el mero hecho de poder hacerlo espolea a quienes en la actualidad realizan internamente la función: Resulta, por tanto, comprensible la resistencia sindical a la externalización de servicios.

Los últimos años han registrado tendencias favorecedoras de los procesos de externalización:

- La flexibilización de la producción que disminuye, por definición, la especificidad de los activos y aleja, por tanto, el peligro de retención por parte del proveedor.
- El desarrollo de las tecnologías de comunicación e información que han aumentado el grado de competencia en los mercados al reducir los costes de transacción.
- Coyunturalmente, las situaciones de excesos de capacidad en los oferentes crean buenas oportunidades para quienes consideren la externalización de un servicio.

Finalmente, la integración vertical y la externalización completa de un servicio constituyen formas extremas de un continuo que admite diversas formas híbridas intermedias de notable interés:

- Integración parcial: mantener una parte de producción interna y otra comprarla externamente. La información interna sobre costes puede ayudar a negociar los contratos externos.
- Alianzas estratégicas: Dos o más empresas acuerdan colaborar en un proyecto o compartir información o recursos productivos. La alianza estratégica viene a ser

una especie de ‘matrimonio’, con pocas cláusulas obligatorias, en donde la confianza y la renegociación permanente son fundamentales.

- Proyectos conjuntos (joint-ventures): Dos o más empresas crean y poseen conjuntamente una nueva organización independiente.

6. Rol de la empresa privada en la innovación: Farmacia

Harrison y Napster

En el observatorio de Greenwich están expuestos los tres relojes que Hamilton construyó a lo largo de 60 años para finalmente ganar el premio convocado el Parlamento Británico para compensar a quien fabricara un reloj suficientemente preciso que permitiera a los barcos hallar su longitud. Durante siglos los navegantes conocían su latitud por la altura del sol pero la falta de un reloj resistente a cambios en presión, temperatura, balanceos, etc impedía establecer correctamente la longitud, lo cual se tradujo en numerosas naufragios. El problema se resolvió cuando alguien pudo apropiarse de los beneficios de su innovación. Esta es la idea de las patentes y de todos los tipos de derechos de propiedad intelectual: estimular la innovación, conceder un monopolio temporal al propietario de la patente y, eso sí, sufrir las pérdidas de bienestar estáticas asociadas al monopolio. El monopolista, salvo por razones de imagen (descuentos en medicamentos a ancianos en EEUU) o para tratar de disuadir la entrada de un producto competidor (un genérico por ejemplo), establece unos precios que impiden el acceso de las poblaciones pobres del mundo a los medicamentos. La empresa farmacéutica suele manifestarse contraria incluso a discriminar precios según un criterio de Ramsey: reparto de costes fijos –los más importantes- inversamente a la elasticidad precio de la demanda y costes marginales –los menos importantes, prácticamente nulos para la música- iguales para todo el mundo.

Napster fue declarada ilegal y apenas ha podido convertir en suscriptores a sus antiguos usuarios. Probablemente su desaparición fue negativa desde un punto de vista económico ya que la música puede transmitirse a coste marginal despreciable y los incentivos a producir música no desaparecerían aunque las grandes estrellas ganaran la décima parte de lo que ganan (siempre podrían actuar en directo donde, a diferencia de en red, sí hay rivalidad en el consumo).

El tema de los medicamentos resulta algo más complejo ya que la inversión para desarrollarlos es notoriamente mayor y la pérdida del incentivo a innovar podría tener claras repercusiones sobre la salud de las poblaciones. El conocimiento, farmacológico o musical, no presenta rivalidad en el consumo: excluir a través de precios implica una pérdida de bienestar. Se trata, de nuevo, de una cuestión empírica: valorar pérdidas y beneficios asociadas a los acuerdos TRIPS (*Trade Related Aspects of Intellectual Property Rights*) de la Organización Mundial del Comercio.

Borrell y Watal (2002) estiman los dos impactos contradictorios de las patentes en el acceso a medicamentos antiretrovirales (los introducidos a partir de 1995, claramente efectivos, para el tratamiento del SIDA) en 35 países del mundo de rentas bajas y medias. Por una parte se dificulta el acceso de la población y por otra la garantía de las patentes estimula los lanzamientos tempranos de las innovaciones. Entre 1995 y 1999, el resultado neto -de los dos impactos contradictorios citados- derivado de la no existencia de patentes se hubiera traducido en un aumento del acceso a los

antiretrovirales del 30%. El resultado pierde algo de espectacularidad cuando en lugar de en términos relativos se expresa en términos absolutos: del 0.88% de quienes lo necesitan al 1.15%; la mayoría de los pacientes hubiera continuado sin acceso a los antiretrovirales, salvo que se subsidiaran, aunque durante 1995-1999 se hubiera producido un cambio hacia un régimen de ausencia de patentes.

Con carácter más general se estima que las patentes son un buen sistema para fomentar la innovación aunque no necesariamente el mejor. Preocupan las estimaciones que dan un valor social a la innovación mayor en entornos competitivos (sin patentes) que en entornos monopolísticos. Se ha propuesto que los gobiernos adquieran las patentes de sus creadores, en subasta, a valor social y la transfieran al dominio público (Kremer, 1998). Ellos requeriría una difícil coordinación entre gobiernos y evitar pagar precios excesivos que habría que financiar con subidas impositivas (Ibern, 2002).

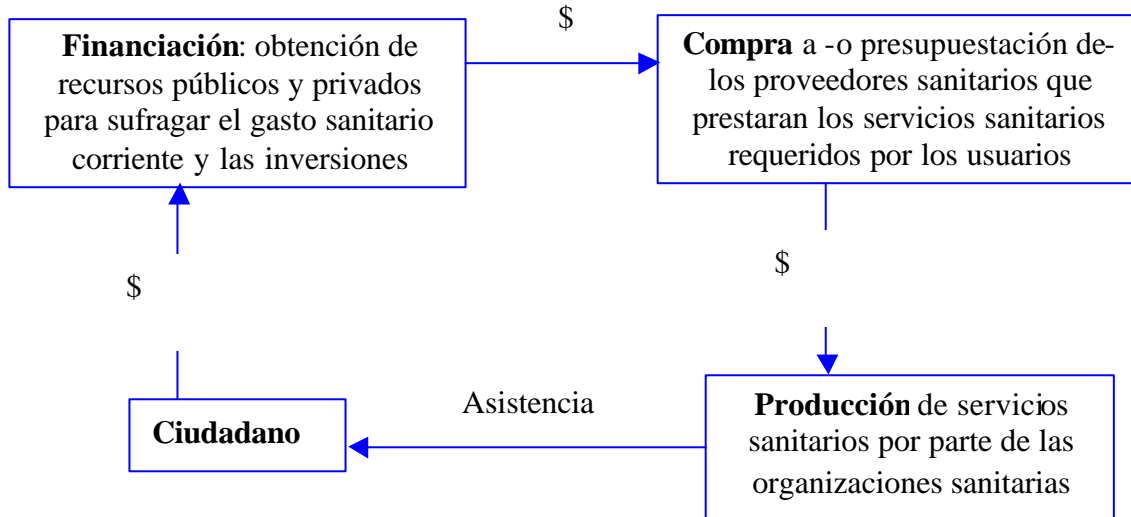
Conclusiones

1. Una primera conclusión parece emerger de los distintos estudios –en sectores con fallos de mercado- que comparan la eficiencia relativa de distintas formas organizativas: El grado de competencia en el mercado de productos o servicios afecta más al comportamiento de las organizaciones que su propiedad. La bondad y capacidad innovadora de cualquier organización depende más de los estímulos que reciba (o los obstáculos que deba superar) que de quiénes sean sus propietarios. Bajo una cierta competencia, aunque sólo sea por comparación, las distintas formas organizativas (OL, ONL, OP) tenderán a presentar eficiencias parecidas siempre que: primero, ninguna organización tenga garantizada la ‘inmortalidad’, segundo, exista una capacidad de elección –aunque sea limitada- por parte de usuarios y/o profesionales (derivaciones de los médicos de familia, por ejemplo) y, tercero, los fondos se asignen de acuerdo con la eficiencia mostrada.
2. De la misma manera que la excelencia en un tipo de forma organizativa obliga también a la excelencia en las restantes, algo parecido puede afirmarse de la mediocridad. Una mala calidad en las OP puede provocar deserción de las clases medias en su apoyo al Estado del Bienestar. En el otro extremo, la posibilidad de desertar –aseguramiento sanitario no obligatorio- podría propiciar un Estado de Bienestar para –relativamente- pobres, con la subsiguiente pérdida de universalidad y arraigo social. En la medida que el desarrollo de un país viene muy explicado por su riqueza institucional (Easterly et al, 2002) y esta riqueza institucional incluye la efectividad de su gobierno y la calidad de sus servicios públicos (además de derechos políticos, libertad de prensa, independencia judicial, respeto a los derechos de propiedad, ausencia de corrupción, etc.) parece conveniente mantener la legitimidad, efectividad y aceptación de la componente sanitaria del Estado del Bienestar.
3. Más allá de la aceptación de la presencia de incentivos débiles en Sanidad -a través de las organizaciones no lucrativas, las organizaciones públicas y los valores del profesionalismo- queda la tarea de, por ensayo y error, ir estableciendo en cada circunstancia geográfica y temporal, la dosis más adecuada de OL. España utiliza poco los mercados en su producción sanitaria:

Particularmente la externalización de aquellas funciones respecto a las cuales los centros sanitarios no tienen ventaja alguna resulta llamativamente pequeña.

4. Se ha comentado tanto la evidencia como el consenso existente acerca de la importancia de los *entornos* de las organizaciones sanitarias: Un primer entorno inmediato definido por sus *mercados geográficos* (en una comunidad autonómica media tendríamos un par de decenas de dichos mercados) y un segundo entorno establecido por la *política y regulación sanitaria*. El primer entorno parece claro que ha de estimular la competencia, aunque sólo sea por comparación, y el segundo entorno es responsable tanto de la coherencia de la política sanitaria, como del establecimiento de unas reglas de juego que fomenten la innovación y la eficiencia. Se precisan, por tanto, estudios multinivel –como mínimo tres niveles: organización, mercado, país- para contestar a la pregunta clave de los factores explicativos de la eficiencia sanitaria (entendida como producción de impactos favorables en la salud al menor coste social). Longitudinalmente, los análisis temporales muestran un impacto favorable de la tecnología sanitaria en el estado de salud. Transversalmente, sin embargo, se constata la parte plana de la efectividad: Marginalmente, el 20% del gasto de Medicare no produce efecto alguno. Este 20% del gasto se produce en zonas de alta intensidad de tratamiento para condiciones de efectividad subjetiva y durante los últimos seis meses de la vida de las personas (Skinner et al, 2001). La solución se conoce hace tiempo: hay que modular la oferta hacia los servicios de efectividad probada y ello constituye una función que en Europa corresponde al Estado. La legitimidad democrática permite influir sobre la asignación de recursos a través de instrumentos tales como la planificación, la presupuestación, o la necesaria autorización previa de cambios substanciales en la oferta de equipos e instalaciones.
5. ONL y OP parece que deberán ensayar formas organizativas intermedias entre la externalización y la producción interna para poder mejorar la articulación entre niveles asistenciales, expandir cobertura geográfica, y conseguir economías de escala en marketing e imagen. Distintas formas de integraciones virtuales y de alianzas estratégicas pueden estar particularmente indicadas.

Gráfico 1: La máxima separación de funciones en Sanidad



Cuadro 1: Funciones sanitarias, Estado, mercado y empresas privadas

Función Sanitaria	Papel del Estado	Mercado relevante	Rol empresa privada
Regulación y política de salud	Prácticamente exclusivo	Mercados políticos	Limitado
Financiación	Dominante	Seguros	Secundario
Financiación Caso particular de la financiación de infraestructuras	Dominante	Capitales	Despuntando
Compra de servicios sanitarios	Monopsonio con experiencias de descentralización y desconcentración	Mercados geográficos de atención hospitalaria, sociosanitaria, mental...	Limitado
Producción de servicios sanitarios	En regresión. Importante en España	Mercados geográficos de atención hospitalaria, sociosanitaria, mental...	Creciente aunque con predominio de las no lucrativas
Abastecimiento de factores de producción	Regulatorio	Mercados de 'inputs' o factores de producción	Dominante
Innovación	Regulatorio y de política industrial	Mercados de 'inputs'. Secundariamente, mercados geográficos de atención hospitalaria, sociosanitaria, mental....	Dominante

Cuadro 2: Tipología de organizaciones según sea la remuneración residual de la tarea de control.

	Derechos residuales de decisión privados	Derechos residuales de decisión públicos
Apropiación privada del excedente: Sí	Dominio privado puro	Competencia gestionada, franquicias, concesiones
Apropiación privada del excedente: No	Privadas no lucrativas	Dominio público puro: burocrático o desburocratizado

Derecho residual: En contratos incompletos, decisión sobre lo no cubierto por ley, costumbre o el propio contrato.

Fuente: Vicente Salas, 1998.

Bibliografía

Borrell JR, Watal J. *Impact of patents on access to HIV/AIDS drugs in developing countries*. www.cid.harvard.edu/cidwp/ Acceso de 22 de Agosto del 2002.

Cutler D, McClellan M, Newhouse J. How does managed care do it? *Rand Journal of Economics* 2000; 31: 526-548. Comentado por V Ortún en *Gest Clin San* 2002; 4(2): 57.

Duggan M. Hospital ownership and public medical spending. *The Quarterly Journal of Economics* 2000: 1342-73.

Easterly W, Levine R. Tropics, germs and crops: *How endowments influence economic development*. National Bureau of Economic Research. Working Paper 9106, Agosto 2002. www.nber.org/papers/w9106.

Ganuza JJ. Los mecanismos de licitación: subastas y concursos. En G López (dir): *La Nueva Gestión Pública*. Barcelona: Fundación La Caixa, 2002.

Himmelstein D, Woolhandler S, Hellander I, Wolfe S. Quality of care in investor-owned vs not-for-profit HMOs. *JAMA* 1999; 282(2): 159-163.

Ibern P. Incentivos para la innovación en el mercado farmacéutico. En J Puig (ed): *Análisis económico de la financiación pública de medicamentos*. Barcelona: Masson, 2002, p 3-15.

Kremer M. Patent buyouts: A mechanism for encouraging innovation. *Quarterly Journal of Economics* 1998; 113(4): 1137-67.

López-Casasnovas G. *La nueva gestión pública. Instrumentos al servicio de la mejora de la eficiencia en la provisión de servicios públicos*. Barcelona: Fundación La Caixa, 2002.

Meneu R. *Variabilidad de las decisiones médicas y su repercusión sobre las poblaciones*. Barcelona: Masson, 2002.

Moseley JB, O'Malley K, Petersen NJ et al. A controlled trial of arthroscopic surgery for osteoarthritis of the knee. *New Engl J Med* 2002; 347: 81-8.

Ortún V. Organización de los servicios sanitarios en El Estado del Bienestar. En Parejo L (ed): *La Organización de los Servicios Sanitarios Públicos*. Madrid: Marcial Pons, 2001, p 47-70.

Pattison R, Katz H. Investor-owned and not-for-profit hospitals. A comparison based on California Data. *New Engl J Med* 1983; 309: 547-53.

Puig-Junoy J, Pérez-Sust P. Integración vertical y contratación externa de los servicios generales en los hospitales españoles. *Gaceta Sanitaria* 2002; 16(2): 145-55.

Rose-Ackerman S. Altruism, nonprofits and economic theory. *Journal of Economic Literature* 1996; 34: 701-728.

Sackett D. Hormone replacement therapy. The arrogance of preventive Medicine. *Canadian Medical Association Journal* 2002; 167(4): 363-64.

Salas V. Sobre las instituciones del Estado del Bienestar. En A Castells y N Bosch (dirs): *El futuro del Estado del Bienestar*. Madrid: Civitas, 1998.

Sloan F, Picone G, Taylor D, Chou S. Hospital ownership and cost and quality of care: is there a dime's worth of difference? *Journal of Health Economics* 2001; 20:1-21.

Skinner J, Fisher E, Wennberg J. *The efficiency of Medicare*. National Bureau of Economic Research. Working Paper 8395, Julio 2001. www.nber.org/papers/w8395

Tamborero G, Pomar JM, Pareja A, Fuster J. Descentralización de la gestión y motivación profesional. *Cuadernos de Gestión en Atención Primaria* 1996; 2:177.

Watt J, Derzon R, Renn S et al. The comparative economic performance of investor-owned chain and not-for-profit hospitals. *N Eng J Med* 1986; 314: 89-96.