

LA GESTIÓN DE LA SANIDAD: UN BIEN PRIVADO FINANCIADO PÚBLICAMENTE

José BAREA (*)

I. INTRODUCCIÓN

QUISIERA, en primer lugar, dar las gracias al comité organizador de las *III Jornadas de Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios* por la invitación que me cursaron para pronunciar la conferencia de clausura de esas Jornadas.

Mi aportación pretende plantear una reflexión para la discusión: cómo gestionar de la manera más eficiente la sanidad, bien privado financiado públicamente.

La gestión eficiente no se plantea, sin embargo, exclusivamente de la sanidad; ha sido la fuerte expansión del sector público la que ha dado lugar en todos los países a plantear el problema de cuál debe ser el papel del sector público en la situación económica presente, y cómo gestionar de la manera más eficiente las funciones que se le asignen.

Vamos a dar una visión de la evolución que el sector público español ha tenido desde hace siglo y medio, con especial referencia a la sanidad.

II. EL DESARROLLO DEL SECTOR PÚBLICO ESPAÑOL

El gran desarrollo del sector público, por cuyas manos pasa la mitad del producto interior bruto de la economía, ha planteado en todos los países una discusión sobre su magnitud y las funciones que realiza.

Es evidente que a tal situación se ha llegado por el soporte teórico que la doctrina económica ha proporcionado, que ha impulsado a los gobiernos a una intervención cada vez mayor en la actividad económica.

Este proceso de expansión creciente del sector público se ha dado igualmente en España, y si cabe con mayor intensidad en cuanto a su ritmo de crecimiento. En 1900, el gasto público representaba el 8,7 por 100 del producto interior bruto (PIB); en 1960, el 16,5 por 100 del PIB, y en 1993, alcanzó la mítica cifra del 50 por 100.

Este cambio no sólo ha sido cuantitativo, sino que se ha producido una fuerte mutación en la estructura de las funciones que el sector público ha ido tomando a su cargo.

Para el período 1850-1957 las estadísticas de las funciones del sector público sólo están disponibles para el Estado (cuadro n.º 1), aunque en ese período el resto de los agentes tenía poca importancia en la actividad económica.

En dicho período, la producción de bienes públicos puros absorbía alrededor del 50 por 100 del gasto total, pasando del 54,9 por 100 en 1850 al 44,9 en 1957.

A los bienes privados suministrados públicamente (prestaciones sociales y bienes preferentes) sólo se le asignaba el 20 por 100 del gasto total (23 en 1850, 19,6 en 1957), con una tendencia descendente en las prestaciones sociales (pensiones) y un mante-

nimiento en los bienes preferentes (educación, sanidad y vivienda). El gasto público en sanidad era prácticamente inexistente, el 0,1 por 100 del gasto total; en 1957, supuso el 1,2 del gasto total y el 0,12 del PIB.

Los gastos de intervención económica del Estado (subvenciones, inversiones y transferencias de capital) han ido ganando posiciones en la asignación de recursos, pasando del 5,5 por 100 en 1850 al 21 en 1957. Es ésta la función que más cambio ha sufrido en el período analizado.

Los intereses de la deuda pública han tenido una tendencia creciente, pasando del 7,3 en 1850 al 34,2 por 100 en 1900, empezando desde el comienzo del siglo un descenso generalizado, de forma que en 1957 sólo representaban el 9,7 por 100 del gasto total.

La conclusión que puede sacarse del comportamiento del Estado en el siglo analizado (1850-1957) es que se da un cierto cambio en la estructura de producción de los servicios públicos, no demasiado acentuado, con pérdida relativa en la producción de bienes públicos, un cierto mantenimiento, con tendencia ligeramente descendente, en el suministro público de bienes privados (protección social), un aumento sensible en los gastos de intervención económica (subvenciones de explotación e infraestructuras), y en cuanto a los intereses, una estabilidad en los años de comienzo y fin del período analizado, pero con una fuerte presión de la carga de intereses hacia mediados de dicho período.

A partir de 1970 existe una clasificación de los bienes y servicios suministrados por el conjunto de las administraciones públicas (cuadro n.º 1, última columna, y cuadro n.º 2).

En los 25 años que comprende este segundo período que va-

CUADRO N.º 1

LA ESTRUCTURA DEL GASTO PÚBLICO ESPAÑOL: 1850-1970

	ESTADO (En millones de pesetas)						ADMINISTRACIONES PÚBLICAS (En miles de millones de pesetas)					
	1850	Porcentaje del		1900	Porcentaje del		1957	Porcentaje del		1970	Porcentaje del	
		Total	PIB		Total	PIB		Total	PIB		Total	PIB
A. Bienes públicos	178,9	54,9	—	292,0	32,3	2,8	20.165,5	44,9	4,3	112,2	19,3	4,3
— Defensa nacional	86,1	—	—	179,9	—	—	12.399,8	—	—	43,9	—	—
— Servicios generales	92,8	—	—	112,1	—	—	7.765,7	—	—	68,3	—	—
B. Bienes privados suministrados públicamente	77,9	23,9	—	131,4	14,5	1,3	8.812,7	19,6	1,9	340,3	58,7	13,0
— Prestaciones sociales	35,5	10,9	—	72,6	8,0	0,7	2.947,6	6,6	0,6	194,3	33,5	7,4
• Pensiones	35,1	—	—	70,3	—	—	2.603,6	—	—	105,4	—	—
• Desempleo	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5,7	—	—
• Otras prestaciones	0,4	—	—	2,3	—	—	344,0	—	—	83,2	—	—
— Bienes preferentes	42,4	13,0	—	58,8	6,5	0,6	5.865,1	13,0	1,3	146,0	25,2	5,6
• Educación	3,6	—	—	13,5	—	—	3.033,7	—	—	49,3	—	—
• Sanidad	0,3	—	—	0,9	—	—	551,1	—	—	73,2	—	—
• Vivienda	0,1	—	—	1,7	—	—	1.032,3	—	—	23,5	—	—
• Otros servicios comunitarios	38,4	—	—	42,7	—	—	1.248,0	—	—	—	—	—
C. Gastos intervención económica	41,5	12,8	—	380,9	42,1	3,7	13.765,7	30,7	2,9	127,4	22,0	4,8
— Servicios económicos	17,8	5,5	—	71,7	7,9	0,7	9.408,2	21,0	2,0	111,5	19,2	4,2
• Subvenciones de explotación	0,2	—	—	4,2	—	—	2.284,0	—	—	23,0	—	—
• Inversiones	5,5	—	—	21,4	—	—	4.131,0	—	—	60,9	—	—
• Transferencias de capital	—	—	—	4,0	—	—	2.332,2	—	—	27,6	—	—
• Otros	12,1	—	—	42,1	—	—	661,0	—	—	—	—	—
— Intereses deuda pública	23,7	7,3	—	309,2	34,2	3,0	4.357,5	9,7	0,9	15,9	2,8	0,6
D. Ajustes en clasificación	27,5	8,4	—	99,5	11,1	0,9	2.152,9	4,8	0,4	—	—	—
Gastos totales (A + B + C + D)	325,8	100,0	—	903,8	100,0	8,7	44.896,8	100,0	9,5	579,9	100,0	22,1

mos a analizar, se observa una tendencia decreciente en la asignación de recursos a la producción de bienes públicos, que precisamente son los que, por sus especiales características, el Estado tiene que suministrar, pasando del 19,3 en 1970 al 13,6 por 100 en 1994. Su participación en el PIB creció ligeramente, pasando del 4,3 al 6,5 por 100.

En los bienes privados suministrados públicamente se nota una cierta estabilidad, en el entorno del 60 por 100 del gasto total, la primera asignación de recursos del conjunto de las administraciones públicas, pero con

una fuerte ganancia en su participación en el PIB, que pasó del 13 por 100 en 1970 al 28,6 en 1994. Una parte creciente de los recursos disponibles de la economía fueron destinados a la protección social.

La sanidad conservó su participación en el gasto total (12,7 por 100), si bien su participación en el PIB más que se duplicó, pasando del 2,8 por 100 en 1970 al 5,9 en 1995.

Los gastos de intervención económica de las administraciones públicas (subvenciones a las empresas, infraestructuras y transferencias de capital) han mantenido

su nivel relativo dentro del gasto público total (en el entorno del 20 por 100), si bien en el año 1994 se observa una sensible caída. Su participación en el PIB ha sido creciente: 4,2 por 100 en 1970; 8,4 por 100 en 1993, con una pérdida de un punto en 1994.

Los intereses mantuvieron estabilizadas, en la década de los setenta, tanto su importancia relativa en el conjunto del gasto (en el entorno del 2,5 por 100) como su participación en el PIB (0,7 por 100). En la década de los ochenta, se dispara la carga de la deuda, que aumenta a un fuerte ritmo, alcanzando en 1994 el 11 por

CUADRO N.º 2

LA ESTRUCTURA DEL GASTO PÚBLICO ESPAÑOL: 1980-1994

DISTRIBUCIÓN DEL GASTO POR FUNCIONES
(En miles de millones de pesetas)

	1980		1985		1990		1994		1994			
	Total	PIB	Total	PIB	Total	PIB	Total	PIB	Total	PIB		
A. Bienes públicos	797,0	15,8	5,2	1.903,6	15,8	6,7	3.154,1	14,4	6,3	4.240,5	13,6	6,5
— Defensa nacional	300,0	—	—	561,2	—	—	775,5	—	—	808,3	—	—
— Servicios generales	497,0	—	—	1.342,4	—	—	2.378,6	—	—	3.432,2	—	—
B. Bienes privados suministrados públicamente	3.284,6	65,3	21,6	6.979,8	58,1	24,7	12.553,3	57,3	25,0	18.486,9	59,2	28,6
— Prestaciones sociales	1.926,3	38,3	12,7	4.039,5	33,6	14,3	7.221,2	33,0	14,4	10.781,2	34,5	16,7
• Pensiones	1.301,5	—	—	2.878,6	—	—	4.972,0	—	—	7.537,8	—	—
• Desempleo	338,4	—	—	783,2	—	—	1.418,2	—	—	2.137,6	—	—
• Otras prestaciones	286,4	—	—	377,7	—	—	831,0	—	—	1.105,8	—	—
— Bienes sociales redistributivos	1.358,3	27,0	8,9	2.940,3	24,5	10,4	5.332,1	24,3	10,6	7.705,7	24,7	11,9
• Educación	496,7	—	—	1.058,8	—	—	2.090,1	—	—	2.821,9	—	—
• Sanidad	687,0	—	—	1.315,8	—	—	2.452,6	—	—	3.779,0	—	—
• Vivienda y serv. comunes	174,6	—	—	565,7	—	—	789,4	—	—	1.104,8	—	—
C. Gastos intervención económica	944,1	18,8	6,2	3.343,1	27,8	11,8	6.091,1	27,8	12,1	8.147,4	26,1	12,6
— Servicios económicos	833,2	16,6	5,5	2.372,6	19,7	8,4	4.224,2	19,3	8,4	4.725,6	15,1	7,3
• Subvenciones de explotación	315,1	—	—	687,3	—	—	960,7	—	—	1.262,3	—	—
• Inversiones	284,0	—	—	1.044,5	—	—	2.524,0	—	—	2.506,7	—	—
• Transferencias de capital	234,1	—	—	640,8	—	—	739,5	—	—	956,8	—	—
— Intereses deuda pública	110,9	2,2	0,7	970,5	8,1	3,4	1.866,9	8,5	3,7	3.421,8	11,0	5,3
D. Ajustes en clasificación	4,0	0,1	—	-216,2	-1,8	-0,8	90,4	0,4	0,1	329,5	1,1	0,5
Gastos totales (A + B + C + D)	5.029,7	100,0	33,1	12.010,3	100,0	42,5	21.888,9	100,0	43,5	31.204,3	100,0	48,2

100 del gasto total y el 5,3 del PIB, a consecuencia del déficit creciente y acumulativo a partir de 1980.

La conclusión que podemos obtener de la intervención del conjunto de las administraciones públicas es una menor atención a la producción de bienes públicos puros, una fuerte asignación de recursos a la protección social, un mantenimiento relativo del gasto de intervención en la economía, aunque creciente en su participación en el PIB, y una fuerte asignación a los gastos de intereses de la deuda pública como consecuencia del déficit público acumulativo generado en la década de los ochenta, que ha situado nuestro nivel de deuda pública en el 65 por 100 del PIB.

III. LA PROTECCIÓN SOCIAL, ENTRE LOS BIENES PRIVADOS Y LOS BIENES PÚBLICOS PUROS

Generalmente, se admite por los economistas que las fuerzas competitivas del mercado generan un elevado grado de eficiencia.

La pregunta que surge inmediatamente es si los mercados competitivos conducen siempre a la eficiencia o si, por el contrario, se han de cumplir determinadas condiciones para que tal hecho suceda. La respuesta es que la eficiencia no se conseguirá en los supuestos siguientes:

- bienes de consumo no rivales y no excluyentes;

- fallos de la competencia (control monopolístico, rendimientos crecientes de escala);

- efectos externos;

- existencia de riesgos e incertidumbres no asegurables por la inexistencia de mercados de seguros de futuros;

- información imperfecta y costosa.

Los bienes que reúnen a la vez las características de no rivales y no excluyentes se conocen con el nombre de bienes públicos puros, y las necesidades que satisfacen no pueden ser atendidas por el mercado, ya que el coste marginal de que un individuo adicional disfrute de ellos es cero, mientras que el coste de excluir a

un individuo del servicio es infinito. Esta es la razón de que tales bienes tengan que ser suministrados por el poder público y financiados de manera coactiva.

Tenemos así delimitados dos tipos de bienes situados en polos opuestos: los bienes privados, suministrados por el mercado, y los bienes públicos, suministrados por el Estado.

Entre uno y otro polo se encuentra un conjunto de bienes privados (en el sentido de que no cumplen las dos características de los bienes públicos puros) que en la actualidad son suministrados total o principalmente por el sector público. La educación, la sanidad, las pensiones, el desempleo y la asistencia social constituyen casos típicos del grupo de bienes que constituyen la protección social.

No existe una razón única por la que los bienes de protección social deban financiarse públicamente. Para cada una de las prestaciones, la doctrina ha construido una teoría que justifica el pase al sector público de una necesidad privada.

En el caso de la sanidad, la teoría está fundamentada en fallos del mercado, problemas de riesgo moral, necesidad preferente, distribución de la renta (equidad en el acceso), problemas de selección adversa de riesgos y costes de transacción elevados.

Para la educación, la justificación se encuentra en fallos del mercado, necesidad preferente, distribución de la renta e integración social.

En las pensiones, la fundamentación que sirve de base se encuentra en fallos del mercado, problemas de selección adversa, problemas de riesgo moral y elevados costes de transacción.

Por último, en el desempleo, la justificación se encuentra en fallos del mercado y en problemas de riesgo moral.

Las razones expuestas, que ponen de manifiesto los fallos del mercado en la cobertura de dichas necesidades, justifican y legitiman, a priori, la intervención del sector público en los programas de gastos sociales, ya que el equilibrio competitivo que genera el mercado se corresponde con una asignación de recursos no óptima o ineficiente en el sentido de Pareto.

Sin embargo, al traspasar a la esfera pública la producción de bienes privados se corre el riesgo de perder un conjunto de ventajas relacionadas con los mercados: no hay competencia, y los otros incentivos para una producción eficaz se ven atenuados.

De las teorías de los fallos del mercado para justificar la intervención pública en la protección social, se ha pasado recientemente al análisis de los fallos del sector público para tratar de introducir una mayor eficiencia. El camino que parece más seguro para ello es tratar de utilizar el mercado en la gestión por el sector público de los programas sociales, dando entrada a la competencia, estableciendo una clara separación entre la provisión (financiación) y la producción.

Contra la fuerte intervención del sector público en la economía se ha producido una reacción a partir de la década de los setenta. Como ha afirmado Gordon Tullock, los fallos de la economía del mercado pueden ser importantes, pero los perjuicios ocasionados a la sociedad como consecuencia de las intervenciones públicas pueden no ser menores.

Por todo ello, las políticas públicas deben ser evaluadas com-

parando las ventajas y desventajas del mercado y del sector público. De las teorías de los fallos del mercado para justificar la intervención pública, se ha pasado al análisis de los fallos del sector público, para tratar de introducir una mayor eficiencia. La evaluación de los programas públicos destinados a corregir fallos del mercado debe tener en cuenta no sólo sus objetivos, sino también su ejecución.

IV. LA INTRODUCCIÓN DE CRITERIOS DE MERCADO EN LA GESTIÓN DE LA SANIDAD

El modelo de provisión y producción pública utilizado en España para el suministro de la sanidad ha producido crecimientos muy importantes del gasto sanitario. En la década de los setenta, con un crecimiento del PIB en valores constantes del 7,5 por 100, el gasto en sanidad creció al 10 por 100 en pesetas constantes, con una elasticidad del 1,3; en el período 1980-93, el gasto sanitario en pesetas constantes creció al 4,2 por 100, cuando el PIB sólo aumentó el 2,4 en términos reales, con una elasticidad del 1,3.

Aunque es bien cierto que la ampliación de la cobertura ha tenido una influencia en dicho crecimiento del gasto sanitario, no es menos cierto que la prestación real media (factor residual que comprende la calidad del servicio, nuevas tecnologías, crecimiento de los salarios en términos reales, crecimiento del número de médicos y de enfermeras, etc.) ha aumentado más que el PIB por habitante.

De todos los factores que impulsan el crecimiento del gasto sanitario—tasa de crecimiento de los precios de los servicios sani-

tarios, demografía, tasa de cobertura y prestación real media—, esta última cae dentro del control de la Administración; la tasa de cobertura, desde el momento en que la sociedad ha efectuado la elección de una provisión pública, ha tenido que irse ampliando.

Si el modelo de dirección pública de la gestión sanitaria ha sido incapaz de controlar el crecimiento del gasto, cabría preguntarnos si no ha llegado el momento de, conservando la provisión pública que nadie discute, introducir criterios de mercado en la producción de la sanidad, que es un bien privado, lo que podría dar lugar a eliminar las ineficiencias que se producen cuando la producción de un bien privado se traspasa a la esfera del sector público.

Dice Wolf (1) que «en un contexto de no mercado, las internalidades aumentan de modo excesivo los costes del organismo, desplazando hacia arriba sus curvas de oferta, por encima de lo que sería técnicamente factible, dando lugar a unos costes unitarios más altos y a unos niveles más reducidos de producción real del no mercado que los que serían socialmente eficientes, existiendo, por tanto, un fallo del no mercado».

Wolf cita concretamente las dos siguientes internalidades que se dan en las actividades públicas:

a) Crecimiento presupuestario (más es mejor). Al faltar el beneficio como criterio de motivación y evaluación del rendimiento, un organismo de no mercado puede considerar el tamaño de su presupuesto como su principal internalidad. Podría pensarse que en un hospital las realizaciones del personal y de los diferentes departamentos se evaluarían en función de su contribución al au-

mento del presupuesto. Se crearían así incentivos para justificar los costes, y no para reducirlos: la importancia de un servicio se mide por su presupuesto.

b) Progreso tecnológico (lo nuevo y lo complejo es mejor). En medicina, puede producirse un sesgo en favor de la atención sanitaria de la máxima calidad. Dado que los hospitales públicos no pretenden maximizar sus ingresos netos, no se plantean si el coste adicional de la alta tecnología queda compensado por los progresos curativos. El desarrollo de nuevos sistemas que incorporan la tecnología más reciente se toma como un imperativo organizativo.

Para Stiglitz (2), en los servicios de asistencia sanitaria suministrados por los países occidentales, la fracción de los costes médicos que asume el asegurado es tan pequeña (o nula) que prácticamente no tiene incentivos para limitar los costes. Así, las fuerzas del mercado que garantizan habitualmente la eficiencia económica simplemente no entran en juego.

Los bienes de la protección social pueden ser considerados como privados, ya que en ellos se da el principio de exclusión, de rivalidad en el consumo y de consumo individual, y por tanto pueden ser suministrados por el mercado y financiarse vía precio, como ha sucedido años atrás, y aún hoy día subsisten en determinados casos. No pueden, por tanto, ser considerados como bienes públicos puros, cuya provisión tiene que ser pública.

Hemos analizado con anterioridad las razones para la actuación de los gobiernos en los programas sociales. Sin embargo, al tratarse de bienes privados, cuando se sitúan en la esfera pública, se corre el riesgo de perder

un conjunto de ventajas relacionadas con los mercados, tales como:

- La capacidad de satisfacer las distintas preferencias (necesidades) de los diversos individuos. Las limitaciones de igualdad impuestas por el gobierno perjudican a esta capacidad.

- Los mercados proporcionan una variedad de mecanismos (incluida la competencia) para garantizar la eficiencia: que los productos que realmente se produzcan sean los que los usuarios quieren, y que la calidad refleje lo que están dispuestos a pagar. Como el público consume los productos que se producen, él mismo proporciona un mecanismo de control natural para el producto.

En cambio, si el productor es el gobierno, no hay competencia, y los otros incentivos para una producción eficaz se ven atenuados. Aún existen otros efectos peores: los derivados de las limitaciones impuestas a la Administración pública cuando realiza los procesos de producción de dichos bienes privados, que se sujetan al derecho administrativo (imposibilidad práctica de contratar personas más competentes ante la limitación que supone la igualdad en retribuciones, proceso reglado de compras, etc.), que perjudican la capacidad del gobierno para funcionar con eficacia.

Frente a las desventajas notables que el gobierno tiene respecto al sector privado cuando actúa en el campo de la producción de bienes privados, tiene, sin embargo, ventajas notables cuando actúa dentro de la esfera de regulación, tales como: poder de gravar con impuestos, mitigar los problemas de riesgo moral, mitigar los problemas de selección adversa y reducir los costes de transacción.

Ante la postura de los defensores a ultranza del mercado para los bienes privados suministrados públicamente (lo que hace el Estado puede hacerlo mejor el sector privado), y de los defensores de un gran papel del Estado en este campo, con eliminación práctica del mercado, ya que el gobierno puede solucionar cualquier problema, Stiglitz propone encontrar una tercera vía, que constituye el reto para las próximas décadas. Esta tercera vía podría consistir en dirigir los mercados combinando los puntos fuertes y los puntos débiles del gobierno y de los mercados.

Habría que tener muy en cuenta, para un buen gobierno de los gastos sociales, la introducción de lo que Stiglitz denomina *principio básico de la transparencia*, no mezclando aspectos relativos a la distribución con los de seguro y ahorro, ya que confunden en vez de clarificar.

En el camino de la dosis apropiada de mercado e intervención pública, Stiglitz propone un sistema que permitiría que los individuos se autoasegurasen y tuvieran cubiertos la mayor parte de sus riesgos, en aplicación de la ley de los grandes números. Algunos ciudadanos podrían tener la mala suerte de quedarse sin trabajo, pero gozar de muy buena salud; sus gastos serían más elevados que los de la media en un aspecto, pero menos en otro. Con el sistema actual, en el que cada riesgo se asegura por separado, hay una atenuación de los incentivos, asociada a cada uno de los riesgos. Pero el único riesgo real es que sus «necesidades» a lo largo de la vida sean mucho más grandes que las del individuo medio.

Para financiar este sistema, se crearía un fondo de previsión que se nutriría mediante una contribu-

ción obligatoria que podría ser un porcentaje del salario del trabajador, que se ingresaría en una cuenta de depósito individualizada, cuenta que sólo se podría utilizar para una cantidad limitada de objetivos (comprar pensiones, pagar subsidios de desempleo, pensiones de invalidez temporal, atención sanitaria crónica, seguro para los principales gastos médicos). Los depósitos en esta cuenta acumularían intereses; incluso se puede admitir la posibilidad de colocar los fondos en una serie de inversiones privadas autorizadas.

Propone Stiglitz que el gobierno pueda complementar las contribuciones individuales por dos causas específicas: las personas muy pobres podrían recibir un complemento de sus cuentas, como parte de un programa general de redistribución; y los que durante su vida laboral hubieran de sacar dinero de su cuenta por motivos de salud, desempleo, etcétera, más graves de lo normal, también recibirían un complemento, como parte del «seguro de beneficios vitalicios».

El sistema se basa en que todo el mundo se enfrenta con el coste marginal real de sus acciones, con lo cual el problema de riesgo moral quedaría muy atenuado.

V. UNA REFLEXIÓN SOBRE EL CASO ESPAÑOL

La introducción de criterios de mercado para ganar eficiencia ha de efectuarse tanto a nivel macro, de introducir la competencia dentro del mercado público de la sanidad, como a nivel de los centros públicos que producen el servicio de sanidad, que deben tener estructuras organizativas y sistemas de gestión análogos a los de las empresas privadas.

Cuando hablamos de la necesidad de crear un mercado competitivo de la sanidad, no queremos decir que se vuelva a la situación primitiva de una necesidad privada financiada vía precio, sino que, permaneciendo la provisión pública, se establezca una competencia entre los agentes productores del servicio sanidad y un margen de elección de médico y hospital por parte de los pacientes, sin que para nada se vea afectada la equidad en el acceso a los servicios sanitarios.

Se trata, en definitiva, de crear un mercado regulado de la sanidad, donde se eliminan, en la medida de lo posible, las ineficiencias generadas en el sistema público de sanidad, caracterizado por la planificación de las necesidades sanitarias públicamente definidas, la producción pública y el desconocimiento de los deseos individuales de los pacientes, que no tienen opción de manifestarse.

1. Los agentes del mercado

La organización del mercado sanitario requiere determinar los agentes que intervienen en el mismo. Estos agentes son:

- *Los financiadores*, que suministran los recursos para el pago de los servicios suministrados por los productores.

Siendo la sanidad en España un servicio de provisión pública a través de los Presupuestos Generales del Estado, la Administración central es, en último término, junto con las comunidades autónomas, por las transferencias de fondos que recibían de aquella, los financiadores. En la práctica, esta función es realizada a través del Instituto Nacional de la Salud para los servicios no transferidos, y por los servicios de salud de las co-

munidades autónomas para los transferidos.

- *Los compradores de servicios*, que contratarían con los hospitales y centros de salud públicos y privados los servicios a suministrar a los pacientes, fijando la calidad y precio. Esta función estaría a cargo de las áreas de salud para la población de su zona.

- *Los productores de servicios* (suministradores), que prestarían a los pacientes los servicios por éstos demandados. Tendrían tal condición los hospitales, centros de salud y clínicas, públicos y privados, contratados, así como las farmacias.

- *Los demandantes*, que utilizarían los servicios de los productores de su zona. Tendrían tal condición los pacientes de cada área de salud.

En el esquema 1, se muestra gráficamente la estructura de la organización que proponemos.

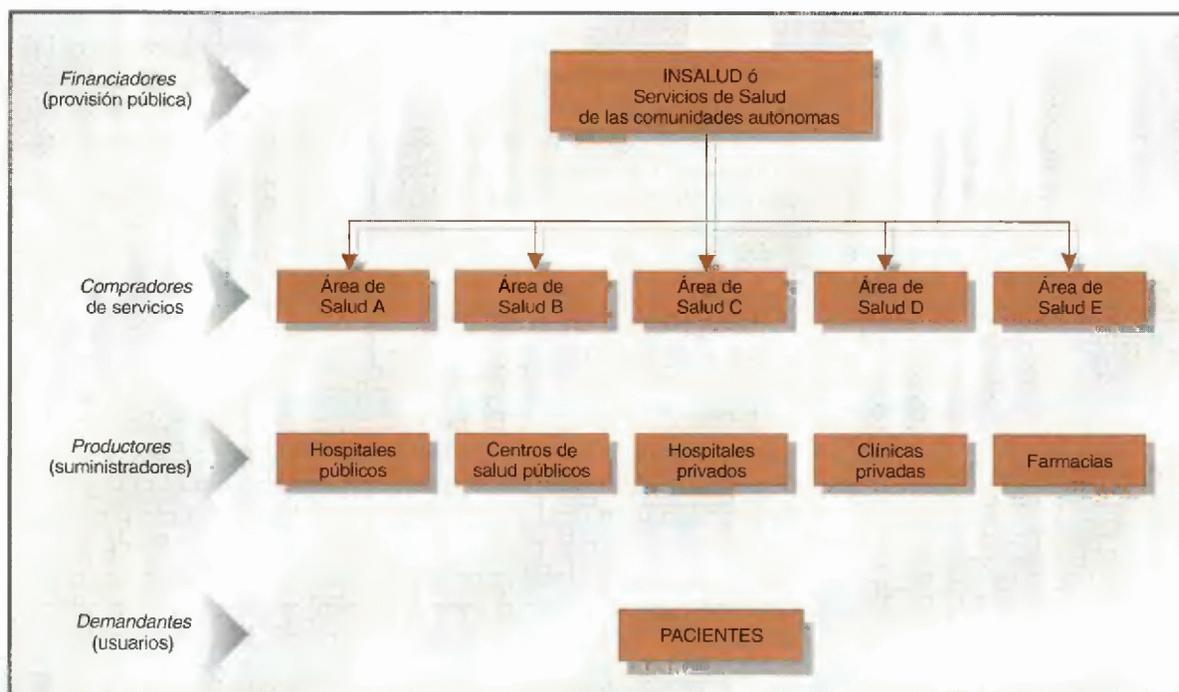
Las funciones de los agentes del mercado de asistencia sanitaria deben estar claramente separadas unas de otras. Entre los economistas de la salud, estas ideas están hoy día aceptadas plenamente, especialmente desde que la Comisión de Evaluación y Análisis del Sistema Nacional de Salud (Comisión Abril) propuso (3):

«Separar la financiación (pública) de la provisión de servicios (pública y privada) como punto principal para mejorar la eficiencia. Esta separación, que constituye también un criterio fundamental en las reformas proyectadas en algunos sistemas sanitarios europeos, permitiría introducir un cierto grado de competencia entre los proveedores, de forma que fuesen

premiados aquellos que presten una atención eficiente, y, por otra parte, crearía las bases para ampliar la libertad de elección del usuario».

En el aspecto normativo, el Real Decreto 858/1992, de 10 de julio, por el que se determina la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad y Consumo, en su exposición de motivos, reconoce que: «la configuración del Sistema Nacional de Salud... exige una clara definición de la autoridad sanitaria que distinga convenientemente lo que son, por una parte, el ámbito de aseguramiento del derecho a la protección de la salud, y por otra, la provisión de recursos sanitarios», concibiéndose como un avance en la consolidación y mejora del Sistema Nacional de Salud la «separación de las funciones de garantía del derecho a la protec-

ESQUEMA 1
ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE PRESTACIÓN SANITARIA PÚBLICA



ción de la salud, es decir, las reservadas a la autoridad sanitaria, de aquellas que corresponden a la prestación del servicio sanitario».

De acuerdo con este principio, se establece que «el Estado debe ejercer una función reguladora de las condiciones de ejercicio del mencionado derecho con independencia de quién sea la entidad —INSALUD, comunidades autónomas, corporaciones locales o establecimientos sanitarios privados— que tenga a su cargo las prestaciones concretas a través de las cuales aquél se hace efectivo».

Parece, sin embargo, que las funciones de comprador de servicios se atribuyen al Ministerio a través del Contrato Programa con el INSALUD, así como de los ciertos con entidades públicas y privadas para la prestación de servicios sanitarios que tengan carácter sustitutorio de los servicios prestados por el INSALUD, dándose así una confusión entre las funciones de financiador y comprador.

En la Comunidad Autónoma de Andalucía, la función de financiador y de comprador de servicios se asigna a la Consejería de Salud, y la función de producción, al Servicio Andaluz de la Salud y a los centros privados.

En el País Vasco, aparecen claramente separadas las funciones de financiación (Departamento de Sanidad), compra (áreas de salud) y producción (Servicio Vasco de Salud y centros privados). Lo mismo sucede en la Comunidad Autónoma de Cataluña, donde la función de financiador se atribuye al Servicio Catalán de la Salud, la de compra a las regiones sanitarias y la de producción a la Red Sanitaria de Utilización Pública.

2. Funcionamiento del mercado

Un mercado competitivo requiere la existencia de oferentes de productos y de demandantes de éstos.

a) *Por el lado de la oferta*, la restricción que habría que establecer, en relación con un mercado de competencia perfecta, es que no todo el que quiera entrar en el mercado mixto de sanidad pública puede hacerlo. En principio, los productores de servicios sanitarios del mercado mixto serían los centros públicos (propiedad de la Administración central, autonómica o local) y los centros privados cuyos servicios hayan sido contratados por las áreas de salud, que actuarían como compradores de los servicios de asistencia sanitaria para la población de su área.

A medida que el mercado vaya expulsando a los ineficientes, públicos o privados, nuevos productores podrán ir entrando en el mercado competitivo que estamos analizando.

b) La mejor manera de conseguir una mejora en la calidad de la asistencia sanitaria, así como de satisfacer mejor los deseos individuales de los pacientes, es introducir la competencia en el mercado público *del lado de la demanda*, lo cual se conseguiría estableciendo un margen de elección de centros y médicos por parte de los pacientes.

Sería éste el mejor medio para hacer efectiva la participación de los usuarios en la toma de decisiones a través de la mano invisible del mercado.

La elección por parte del paciente, que constituye el eje fundamental de la competencia en el mercado mixto competitivo a implantar, podría efectuarse en la forma siguiente:

- En la asistencia primaria, los pacientes seleccionarían anualmente tanto el centro de salud —público o privado contratado— donde desearían recibir asistencia como el médico de cabecera que, dentro de aquél, querrían que les atendiera. Los individuos se apuntarían en la lista de su médico de cabecera elegido, dentro de un límite estipulado para cada médico.

- Existiría así para los pacientes la oportunidad de acceder a centros alternativos de atención primaria, y para los centros de salud y los médicos, la necesidad de competir por una cuota en el mercado mixto de provisión pública. La calidad en el servicio a los pacientes se convertiría en el eje de esta competencia.

En principio, la zona dentro de la cual podría efectuarse la elección sería la que correspondiera al área de salud donde el paciente tuviera su residencia.

- En la asistencia hospitalaria, los pacientes podrían elegir el hospital —público o privado contratado— correspondiente a su zona del cual recibirían atención médica, una vez que su médico de cabecera decidiera hospitalizarles.

Los hospitales y los médicos que trabajan en ellos se verían obligados a competir por una cuota del mercado mixto; la calidad en el servicio prestado adquiriría así un papel fundamental.

La necesidad de competir por una cuota de mercado, tanto para los hospitales como para los centros de salud, es una consecuencia de la organización del mercado sanitario mixto de provisión pública, en la que los centros han de luchar por su futuro.

Si la demanda de servicios se quiere mantener bajo la dirección y control públicos, no estable-

ciéndose la libre elección de médico y hospital por parte de los pacientes, los gerentes de las áreas de salud adquirirían, junto a su función de contratantes de servicios, la de demandantes para los pacientes incluidos en la póliza de aseguramiento firmada con los proveedores.

En este supuesto, es evidente que la contratación de servicios en función de una prima por asegurado (matizada según edades, para evitar una selección adversa de riesgos) encontrará menos dificultades por parte de los productores.

Una política de los gerentes de área sería promover la integración de hospitales, centros de salud y consultorios para ofrecer los servicios totales a los asegurados.

c) Los consultorios, centros de salud y hospitales, tanto públicos como privados, deberán ser objeto de *acreditación* por el INSALUD o por los centros análogos de las comunidades autónomas con competencias transferidas. Las áreas de salud contratarían con los centros acreditados de su zona los servicios a suministrar a la población, así como la calidad y precio a percibir por los servicios sanitarios prestados a los pacientes.

d) Los centros hospitalarios —públicos y privados contratados— entregarán a los pacientes *factura* de los servicios prestados, de conformidad con los precios que correspondan. Si se trata de personas acogidas al régimen de seguridad social, u otros regímenes aseguradores concertados por el INSALUD u organismos similares de las comunidades autónomas, se hará constar en la factura la entidad que efectuará el pago de ésta excepto para los supuestos que se especifican más adelante, en los que se

confeccionará la factura separada para su abono por los interesados.

e) Mensualmente, los centros hospitalarios a que se hace referencia en el apartado anterior remitirán al INSALUD, u organismo similar de las comunidades autónomas, nota de cargo acompañada de las citadas facturas, a los efectos del pertinente control asistencial y de su abono al centro hospitalario correspondiente, dentro de los treinta días siguientes a la presentación.

f) Los servicios de investigación, de enseñanza y otros prestados por los centros hospitalarios no incluidos en los servicios de asistencia sanitaria deberán ser abonados mensualmente por el INSALUD (central o de las comunidades autónomas) a los mencionados centros, en la forma que se pacte.

g) Los consultorios y centros de salud —públicos y privados contratados— facturarán mensualmente al INSALUD los servicios de atención primaria prestados a personas acogidas al régimen de seguridad social u otros regímenes aseguradores concertados con el INSALUD. Dicha facturación sería en función del número de pacientes que hayan elegido el centro de salud correspondiente y al módulo que, por cabeza, se haya estipulado. El módulo por cabeza contendría las matizaciones oportunas para evitar una selección adversa de riesgos.

h) Se implantaría un sistema de incentivos adecuados a los prestadores de la asistencia sanitaria en centros públicos, con objeto de fomentar una utilización más eficiente de los recursos disponibles. Junto a los incentivos centrados en el número de pacientes de cada médico, deberían existir además incentivos

adecuados para obtener metas de productividad interna. La elección efectuada por los pacientes influiría en el nivel de ingresos de los médicos de asistencia primaria y hospitalaria.

i) Se establecería un sistema de presupuesto flexible para cada centro, en contraposición al sistema actual de presupuestos rígidos. Esta flexibilidad supone ajustes, que pueden llegar a ser mensuales, para hacer depender el presupuesto de funcionamiento de cada centro de la participación en el mercado mixto (volumen de pacientes) y de la productividad organizativa (eficiencia interna).

j) Los centros hospitalarios públicos y, en su caso, los centros de salud públicos podrán ofrecer servicios que satisfagan los deseos individuales de los pacientes, sin que ello suponga un deterioro de la capacidad global del sistema para satisfacer las necesidades públicas relacionadas con la equidad.

Los fondos para efectuar las inversiones necesarias que hagan posible ofrecer tales servicios se obtendrían por los citados centros en el mercado. Dichos servicios se facturarán directamente a los pacientes que los hayan demandado.

k) El control de calidad de las prestaciones sanitarias suministradas, tanto por los centros públicos como privados, estaría a cargo de los servicios del INSALUD u organismo equivalente de las comunidades autónomas, como competencia transferida, y de los gerentes de las áreas de salud.

Es evidente que la implantación en España del mercado mixto competitivo que hemos expuesto forzaría a los centros sanitarios públicos (hospitales, centros de salud, consultorios y

ambulatorios) a adoptar una organización adecuada y sistemas de gestión empresariales, y no burocráticos como los que hoy día existen, ya que han de ser eficientes para poder competir con el sector privado y no ser expulsados del mercado.

Para que la eficiencia se alcance, es preciso dotar a los hospitales de personalidad jurídica propia e independiente de los institutos de salud de que dependan, sometiendo su actividad al ordenamiento jurídico privado y delegando en ellos las atribuciones necesarias para tener autonomía en su gestión.

Si, a pesar de todo, algunos hospitales públicos fueran ineficientes y no cubrieran sus costes con los servicios facturados al INSALUD, o servicios de salud de las comunidades autónomas, sería necesario instrumentar un plan de reestructuración del hospital a medio plazo (tres años), al cabo del cual, si las pérdidas continuasen, habría que adoptar la decisión de cerrar el hospital o enajenarlo al sector privado.

La implantación del mercado mixto competitivo que hemos propuesto debería efectuarse de manera paulatina, ensayando su aplicación en varias áreas de salud para ir teniendo experiencia y corrigiendo los defectos observados. Debería comenzarse en áreas de salud donde existieran centros públicos y privados, y donde el personal de los centros públicos esté mejor preparado y sea más receptivo a las innovaciones.

La gestión eficiente de los factores de producción y del proceso productivo constituye en el hospital, como en cualquier empresa, el condicionante básico para permanecer en el mercado.

Para que tal objetivo pueda conseguirse, es necesario que el

hospital pueda funcionar como una empresa. Ello puede ser factible, como hemos dicho, reconociendo al hospital personalidad jurídica propia, independiente de los institutos de salud de que dependan, sometida su actividad al ordenamiento jurídico privado y delegando en él las atribuciones necesarias para tener autonomía en su gestión.

La de producir el servicio de asistencia sanitaria por los hospitales públicos no constituye una función pública propiamente dicha, en el sentido de función normativa de gobierno, ya que el mercado puede dar respuesta a esta necesidad, aunque la provisión sea pública. Más bien debe entenderse como un proceso técnico económico, que no debe verse constreñido por ningún condicionante de la Administración.

Si el proceso productivo de los hospitales privados está sujeto al derecho privado, cuando la Administración pública realice dicho proceso en los hospitales de su propiedad, la regulación debe ser la misma: el derecho privado. Imponer cortapisas a través de normas administrativas a la actuación productiva de los hospitales públicos es condenarlos de antemano a ser menos eficientes que los del sector privado, y de esta ineficiencia surgirán después las peticiones de privatizar la producción que hoy día realizan los hospitales públicos.

El reconocimiento de personalidad jurídica propia a los hospitales requiere norma con rango de Ley, y debería efectuarse en el sentido de considerarlos como entidades de derecho público que por Ley hayan de ajustar sus actividades al ordenamiento jurídico privado, quedando así automáticamente incluidos en el apartado b) del artículo 6.1 de la Ley General Presupuestaria.

Una alternativa al no reconocimiento de personalidad jurídica propia sería que funcionasen como servicios descentralizados, sometida su actividad al ordenamiento jurídico privado; para ello, sería necesaria una norma con rango de Ley, que podría obviarse incluyendo un artículo en la Ley de Presupuestos Generales del Estado del tenor siguiente: «Los hospitales públicos del Estado y de la seguridad social ajustarán su actividad, derivada de la ejecución descentralizada de sus presupuestos, al ordenamiento jurídico privado. El gobierno aprobará las normas de funcionamiento de tales centros».

Esta forma de gestión es utilizada normalmente por la empresa, descentralizándose la gestión en las sucursales, talleres, fábricas o centros a través de delegación de atribuciones para la ejecución de los presupuestos asignados a cada centro.

Una gran ventaja de este sistema es la facilidad que proporciona para la movilidad del personal y para su promoción.

Los hospitales públicos estarían regidos por un consejo, presidido por el representante del propietario del hospital (INSALUD, servicios de salud, etc.) designado a tal efecto, y formarían parte del equipo directivo del hospital representantes de los entes locales del entorno de influencia y representantes de organizaciones no gubernamentales relacionadas con asuntos sanitarios.

La consideración del hospital como empresa, sujeta su actividad al derecho privado, con reconocimiento de personalidad jurídica propia o como servicio descentralizado, y la descentralización en el mismo de las atribuciones necesarias para que funcione con autonomía de gestión, con la correspondiente exigencia

de responsabilidad en la consecución de los objetivos fijados, constituye una condición necesaria, pero no suficiente, para que los hospitales públicos actúen con eficiencia.

En España está muy generalizada la creencia de que las leyes resuelven los problemas. La dura realidad es que las leyes establecen los marcos jurídicos para que actuaciones posteriores de los agentes económicos hagan posible resolver los problemas.

En el caso que estamos tratando, el marco jurídico que hemos propuesto para que el hospital funcione como una empresa no va a resolver los problemas. El nuevo marco jurídico haría posible su solución, siempre que se adoptasen las oportunas medidas de gestión. Y corresponde principalmente a los equipos directivos de los hospitales cambiar la mentalidad burocrática y formalista de gestión actualmente imperante por una mentalidad empresarial, introduciendo el espíritu de iniciativa y la generalización de las preocupaciones por su eficiencia. Un acicate fuerte para ello sería la creación por la Administración sanitaria de un mercado competitivo en el cual los costes y la calidad del servicio constituirían los desafíos principales para los hospitales públicos.

La producción de servicios intermedios en el hospital —algunos de ellos relacionados con el proceso de diagnóstico y terapéutica del paciente (análisis, radiología, medicamentos, quirófano), mientras que otros constituyen verdaderos servicios complementarios (comidas, limpieza, estancias) al margen del proceso clínico— constituye un campo para introducir criterios de mercado en su gestión.

La gestión de la producción de estos servicios intermedios debe

efectuarse con las técnicas clásicas de gestión industrial, ya que su contenido de subjetividad y aleatoriedad es mínimo.

El problema que se presenta es el de la determinación de los precios de transferencias de estos servicios intermedios; es decir, el precio que debe utilizarse para valorar los suministros efectuados por los centros productores de dichos servicios a los centros demandantes.

Para impulsar la gestión eficiente de los centros productores, el precio de transferencia no debe ser el del coste del producto, sino el que se facture al cliente de fuera del hospital o el de mercado. De esta manera, los responsables de dichos centros se preocuparán de los costes de producción, ya que ésta deberá ser una de sus funciones principales. El establecimiento de presupuestos clínicos hace necesaria la implantación de esta estrategia, ya que el equipo médico que gestiona dichos presupuestos podría optar por demandar algunos de dichos productos fuera del hospital, al tener unos precios inferiores para una calidad dada, haciendo más eficiente la gestión de dichos presupuestos para un mismo volumen de *inputs*, y generando unos ahorros de los cuales podrían apropiarse. La estrategia de implantar mercados internos dentro de los hospitales estaría en línea con esta moderna corriente de pensamiento ensayada en la empresa.

Cada una de las unidades que producen servicios intermedios debería organizarse como centro de responsabilidad, que funcionaría, a su vez, como empresa con plena autonomía de gestión, descentralización de facultades, presupuesto propio y exigencia de responsabilidad.

Estos centros de responsabilidad podrían funcionar como cen-

tros de beneficios o como centros de costes operativos; en el caso de organizarse como centros de beneficios, con la finalidad de aumentar la eficiencia en la gestión, sería factible implantar un sistema de incentivos, haciendo participar al personal en los beneficios.

La consideración de las unidades que producen servicios intermedios como centros de responsabilidad, funcionando como empresas dentro del hospital, podría ser una vía para dar solución al problema de la responsabilidad de las desviaciones en los costes. En la actualidad, las unidades que producen los servicios intermedios son, a lo sumo, responsables de los costes variables, que son los que de verdad pueden gestionar, pero no de los costes fijos.

Si un centro productor de servicios intermedios se encuentra sobredimensionado en la actualidad, nadie se preocupa de ajustar su plantilla a las necesidades de la demanda interna del hospital o de buscar demanda en centros ajenos al hospital. La ineficiencia se perpetúa.

Si, junto a la eficiencia que se pretende conseguir a través del mercado mixto competitivo de la sanidad, se intentara trasladar el riesgo hacia los productores de la asistencia sanitaria, dando certeza al volumen de gasto público, estaríamos considerando un mercado en el que los oferentes serían compañías aseguradoras del riesgo mediante el pago por la Administración pública de una prima capitativa igual para todos, o con ciertas correcciones en función del sexo, edad, etcétera, para evitar la selección adversa de riesgos. La provisión continuaría siendo pública, con opción de los asegurados para elegir la compañía aseguradora.

VI. CONCLUSIÓN

Como conclusión, podríamos decir que si bien es verdad que ineficiencias se dan tanto en el sector público como en el privado, los errores del sector público se diluyen y pagan por toda la colectividad, mientras que los del privado los pagan sólo unos cuantos: los accionistas, los trabajadores, los gerentes, los proveedores, etc. Esto da lugar a que existan mayores incentivos para evitar los errores en el sector privado que en el público.

No me resisto a citar unas palabras de Stiglitz: «El reto es có-

mo el Estado puede utilizar el mercado y/o dirigirlo; cómo podemos diseñar instituciones y políticas que aprovechen los puntos fuertes de cada uno; que reconozcan los fallos del mercado sin dejar de ver los puntos débiles del Estado. No hay soluciones fáciles. Si las hubiera, seguramente ya las tendríamos. Pero tenemos que romper los moldes del pasado, tanto los ideológicos de izquierda, que simplemente suponen que el gobierno puede solucionar cualquier problema, si así lo quiere, como las ideologías de derecha, que simplemente suponen que los mercados pueden

solucionar cualquier problema. Debemos encontrar una tercera vía. Este es el reto para las próximas décadas».

NOTAS

(*) El texto conserva en gran parte su estilo oral, puesto que procede de una conferencia pronunciada en las *III Jornadas de Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios*.

(1) WOLF, Charles (jr), *Mercados o gobiernos*, IEF, 1995, pág. 70.

(2) STIGLITZ, J. E., *Análisis económico de la sanidad*, Generalitat de Catalunya, 1994.

(3) Recomendación 7.ª del *Informe Abril*. Un antecedente de la separación entre financiación y producción de servicios se encuentra en la Introducción de J. BAREA al libro de Abel SMITH, *Cuánto cuesta la salud*, Madrid, 1983.

Resumen

El artículo plantea la problemática de los bienes de la protección social, situándolos entre los bienes privados y los bienes públicos puros. Analiza las razones por las cuales dichos bienes, que reúnen las características de los bienes privados, han pasado a ser de provisión pública. Centrándose en el caso de la asistencia sanitaria, propugna la introducción de criterios de mercado para ganar eficiencia, tanto a nivel macro, de introducir la competencia dentro del mercado público de la sanidad, como a nivel de los centros públicos que producen el servicio de sanidad, que deben tener estructuras organizativas y sistemas de gestión análogos a los de las empresas privadas. Describe la creación de un mercado regulado de la sanidad en España, estudiando su organización (agentes del mercado) y su funcionamiento.

Palabras clave: bienes públicos puros, bienes privados, bienes de la protección social, criterios de mercado, mercado regulado de la sanidad, provisión, producción, oferentes y demandantes de productos.

Abstract

This paper raises the difficulty of treatment of social protection goods, being something in between private goods and pure public goods. It analyses the reasons by which these goods, having the characteristics of private goods, have become publicly provided. Focusing on the case of health care, it advocates the introduction of «market criteria» to increase efficiency, both at macro level, by introducing the competition in the health public market, and at public institutional level for those who provide medical services, which should have similar organizational structures and managerial systems to those of private enterprises. It describes the creation of a regulated health market in Spain, studying its organization (market agents) and its performance.

Key words: pure public goods, private goods, social protection goods, market criteria, health regulated market, provision, production, goods demand and supply.

JEL classification: F13, F15.