
Interacciones público-privadas en el ámbito de la salud

Pere Ibern Regás

Universitat Pompeu Fabra. Centre de Recerca en Economia i Salut. Barcelona. España.

Introducción

El análisis de las implicaciones relativas a la interacción entre lo público y lo privado en relación con la salud es un ámbito extraordinariamente amplio. Este artículo se centrará únicamente en la comprensión de tres cuestiones: seguros de salud, provisión de servicios y salud pública.

Antes que nada conviene reseñar que hay una vertiente ideológica en todo lo que deseamos conseguir, y al mismo tiempo en la forma como entendemos la realidad. Las formas en las que preguntamos, los métodos analíticos y la evidencia que buscamos están influidas por un sesgo ideológico. El debate sobre lo público y lo privado en las políticas de salud es vulnerable a ello, y no hay teorías asépticas al respecto.

Siguiendo las sugerencias de Williams¹, la forma convencional sobre cómo medimos la eficiencia no está ajena a la consideración de los valores. Él mismo señala que necesitamos confrontar nuestras posiciones ideológicas de forma abierta y honesta, y explicitar de esta manera los fundamentos de las políticas que se proponen. Considerar en general que la economía está al margen de los valores resulta inadecuado.

Las recomendaciones sobre donde está lo óptimo en el debate público-privado no pueden surgir directamente del análisis positivo, únicamente del análisis normativo. Además, la diferencia entre las circunstancias en las que se produce la evaluación de una política y el entorno real donde podría aplicarse tal recomendación puede ser muy grande.

	Los liberales creen que:	Los igualitarios creen que:
Cuestiones básicas	<p>La libertad de elección es buena en sí misma</p> <p>Las personas tienen su mejor criterio acerca de su bienestar</p> <p>El bienestar social no es más que la suma del bienestar de los individuos</p>	<p>Todos los miembros de una sociedad deben tener derechos iguales a bienes básicos</p> <p>Es la sociedad quien debe determinar cuáles son los bienes básicos</p> <p>El bienestar social depende de cómo estos bienes se distribuyen en la sociedad</p>
Esfuerzo y resultados	<p>Los resultados necesitan ser compensados</p>	<p>La falta de resultados no debe penalizarse</p>
Libertad	<p>La libertad es un bien supremo en sí mismo y no debe restringirse</p>	<p>La libertad se relaciona con las oportunidades reales de elección y necesitan restringirse a unos para que aumenten en otros</p>
Igualdad	<p>La igualdad ante la ley es el concepto clave, si hay conflicto la libertad está por encima de la igualdad</p>	<p>La igualdad de oportunidad es un concepto clave. En su ausencia, la compensación de los desfavorecidos es una obligación moral</p>

Tomada de Williams A¹.

Tabla 1. Los valores subyacentes de la política sanitaria.

Es por ello que mientras desde una posición liberal existiría una preocupación por la utilidad individual estricta (ya sea satisfacción del paciente o incluso satisfacción de los ciudadanos), desde una posición extra-welfarista interesa la salud (o el acceso a la asistencia sanitaria), según algún estándar determinado socialmente. El conflicto se presta, pues, entre una visión liberal y otra igualitaria. Pero lejos de pensar en términos excluyentes en el análisis y de implantación de políticas lo que interesa es com-

prender el *trade-off*, entender a qué renunciamos a cambio de obtener otra alternativa mejor. Es en este contexto donde el debate público-privado necesita situarse.

La consideración de dos puntos extremos de la política, una visión liberal y otra igualitarista, puede ayudar a comprender la cuestión. A pesar de que puede considerarse una simplificación extrema, es un primer punto de partida (tabla 1).

Al trasladar ambas perspectivas al ámbito de la política sanitaria apare-

cen las controversias usuales. Por ejemplo, cuando se habla de libertad de elección de médico, uno debe pensar que en términos prácticos las restricciones a tal libertad existen, los recursos son limitados. Ayuda mucho más comparar la libertad de elección en este caso con la planificación. La planificación y asignación de médico por parte de un burócrata olvida las preferencias individuales y anula la libertad individual; o también en relación con el esfuerzo, las particularidades del sector salud obligan a entender que esfuerzo y resultados se relacionan asimismo con los riesgos inherentes de los pacientes. Separar ambos efectos resulta complejo, y en cualquier caso requiere precaución.

En la medida que al final los ciudadanos demandan seguro y provisión, la solución privada o pública ante tales demandas pasa por estructurar la oferta según los criterios y valores correspondientes. El resultado de considerar tales valores acaba estructurando la oferta y la demanda de modos diametralmente distintos (tabla 2). La asignación de determinadas decisiones y tareas individuales a lo público es fruto de una perspectiva ideológica, pero asimismo de factibilidad. Por ejemplo, cuando se señala la solución públi-

ca de los riesgos extremos, sabemos que desde un punto de vista teórico hay argumentos sólidos para argumentar tal solución².

O por otro lado, el supuesto de que los proveedores en lo privado tienen incentivos a producir al menor coste, contrasta con el hecho de que tienen al mismo tiempo incentivos al maximizar el volumen de demanda. Si analizamos cada uno de los aspectos señalados por separado observaremos que entre el enunciado y su traducción a la práctica hay una distancia notable, que da lugar a paradojas y controversias considerables. En cualquier caso ayuda a evaluar que ante tales paradojas no estamos en situación de proclamar de forma contundente soluciones óptimas, sino que necesitamos contrastar las ventajas e inconvenientes que aportan.

De todos los aspectos de la tabla 2, requiere mención especial lo relativo a mecanismos de ajuste entre la oferta y la demanda. Es necesario precisar el alcance de la competencia y planificación como mecanismos extremos. Podemos tomar en consideración ambos mecanismos, ya sea en el ámbito del seguro o en el ámbito de la provisión, e incluso dentro de cada uno podemos establecer salvedades.

	Privado	Público
Demanda	<p>Las personas tienen su propio criterio sobre el bienestar</p> <p>Las prioridades se determinan por la disponibilidad a pagar</p> <p>Los riesgos extremos se resuelven mediante seguros privados</p> <p>Cuestiones de equidad se resuelven en otro plano (fiscalidad)</p>	<p>Cuando enfermamos, tenemos limitaciones en evaluar nuestro bienestar</p> <p>Las prioridades se determinan bajo criterios sociales de necesidad</p> <p>Los riesgos extremos requieren acceso gratuito</p> <p>Si la distribución de la renta es desigual con relación a la necesidad de salud, debe aislarse su impacto</p>
Oferta	<p>El beneficio es la forma de motivar a los proveedores para satisfacer necesidades</p> <p>Las prioridades se determinan por la capacidad de pagar y los costes de satisfacer deseos en el margen</p> <p>Los proveedores tienen incentivos al producir al menor coste</p>	<p>La ética profesional y la dedicación al servicio público son la motivación, cuidar y curar</p> <p>Las prioridades se determinan por la capacidad de curar y cuidar en el margen</p> <p>La existencia de límites en recursos genera un fuerte incentivo al contener costes</p>
Mecanismos de ajuste	<p>Muchos proveedores en competencia garantizan precios bajos</p> <p>Consumidores bien informados buscan el tratamiento más coste-efectivo</p> <p>La oferta y la demanda buscarán el equilibrio</p>	<p>La auditoría y el control de costes presionan hacia un sistema coste-efectivo</p> <p>Clínicos bien informados capaces de prescribir el mejor tratamiento coste-efectivo</p> <p>La planificación como mecanismo de ajuste</p>
Criterios de éxito	<p>Los consumidores valorarán el sistema por la capacidad de satisfacción de sus demandas</p> <p>Los productores valorarán el resultado por los beneficios que obtienen</p>	<p>Los políticos valorarán si el nivel de salud mejora en función de los recursos que se dedican</p> <p>Los productores valorarán el sistema por la capacidad de prestar tratamientos que consideran coste-efectivos</p>

Tomada de Williams A¹.

Tabla 2. La visión pública y privada de la oferta y la demanda.

En el marco de la Unión Europea, y fruto del debate sobre la directiva sobre servicios, en el año 2006 se estableció una declaración sobre los principios y valores comunes en la

asistencia sanitaria³. En el documento se exponen cómo los valores de universalidad, acceso, equidad y solidaridad son compartidos en las instituciones europeas y al mismo tiempo

cada país da forma a tales principios. Si bien la declaración es previsiblemente genérica, introduce elementos clave que alejan a los países de la Unión de mecanismos de ajuste propios del mercado en el ámbito de los seguros de salud privados como respuesta de la política sanitaria.

La consideración del papel de la competencia en el ámbito de la provisión ha sido revisada recientemente por Gaynor⁴. La estimación de los estudios realizados al respecto (fundamentalmente norteamericanos) no le permite derivar una posición normativa al respecto, y le preocupa en especial el impacto de la competencia en la calidad. En esta cuestión, asimismo, no se muestra concluyente y aboga por continuar las investigaciones. Esta incertidumbre sobre los resultados de la competencia en la provisión lleva a considerar situaciones a medio camino de la planificación. Se trataría de la “competencia por comparación” o *yardstick competition*, cuestión sobre la que, a pesar de haber sido propuesta hace dos décadas, todavía resulta de interés⁵. Esta cuestión se desarrollará en la sección posterior en la medida que tiene tanto implicaciones para seguros como para provisión.

Público y privado en la cobertura del riesgo

En el ámbito de los seguros de salud sabemos que la necesidad de garantizar el acceso obliga a una cobertura universal. El análisis normativo nos diría que es la asimetría de información en el mercado lo que conlleva a la selección adversa y a la necesidad de intervención del Estado obligando a la cobertura. De ello no se deriva sin embargo que la financiación sea necesariamente pública. Los detalles de las implicaciones del análisis normativo se detallan con precisión por parte de Vera⁶. Más allá de la confirmación efectiva de la existencia de selección adversa en entornos privados y su remedio potencial, debemos tener presente que la existencia de seguros conlleva asimismo riesgo moral. Las personas adoptan comportamientos distintos en el caso que deban asumir los costes directamente. El riesgo moral es inherente al hecho asegurador, y las formas de corregirlo son complejas en la medida que las prestaciones y situaciones son diversas. Interesa garantizar cobertura y acceso adecuado evitando exceso e inadecuación; el límite resulta difícil esta-

blecerlo con precisión y no hay recetas unívocas.

En un entorno donde se ha atenuado la selección adversa y se mantiene el riesgo moral, como es el caso de un Sistema Nacional de Salud, podemos preguntarnos acerca de las opciones alternativas de gestión de la cobertura aseguradora. En un extremo encontraríamos la situación en la que el financiador último, el Estado, es asimismo el gestor de la cobertura. En el otro podríamos preguntarnos si tal gestión de cobertura admite que pueda existir diversidad de gestores privados y públicos y si los afiliados pueden elegir o no.

Los dos modelos podemos considerarlos como:

1. “Monopolio gestionado” cuando el Estado admite una concesión privada para la gestión de la cobertura del riesgo.

2. “Competencia gestionada” cuando el Estado admite que los afiliados escojan entre distintas organizaciones públicas y privadas para que gestionen la cobertura. En ambos modelos hay obligatoriedad de cobertura y financiación pública. El primero se justifica por la densidad demográfica. En situaciones de baja densidad demográfica resulta inapropiado des-

de el punto de vista de la eficiencia ofrecer una capacidad de elección cuyo coste (de administración) puede resultar excesivo. El segundo modelo incorpora la posibilidad de elección de gestor de la cobertura, lo que implica que las organizaciones compiten entre sí para atraer afiliados. En ambos casos, la compensación que se recibe es una prima ajustada por el riesgo de la población afiliada. La competencia que se establece en el segundo caso es en dimensiones distintas del precio.

Fácilmente podemos comprender que ambos modelos están presentes en el Sistema Nacional de Salud. Es el caso de las concesiones en Valencia (“monopolio gestionado”) y el de MUFACE (“competencia gestionada”). En Valencia hay un proceso previo de “competencia por el mercado” hasta el momento de la adjudicación, mientras que en MUFACE hay una “competencia en el mercado” cuyo resultado es conocido, el 87% de los afiliados escoge gestores privados de cobertura. A pesar de todo, hasta la fecha no disponemos de un análisis detallado y una evaluación de los resultados de ambos modelos. Existen aproximaciones parciales, si bien sería fundamental conocer qué aportan en

comparación con una opción monolítica sin capacidad de elección, de gestor público de cobertura.

En la medida que ambos modelos existen desde hace muchos años, 25 en MUFACE y una década en Valencia, hay motivos para preguntarnos cuáles han sido las restricciones, ya que ambos representan un coste inferior en un 35-40% respecto al gestor público de cobertura⁷. Antes incluso convendría analizar el alcance de la diferencia del coste ajustando por riesgo, dato que por el momento es desconocido. Una vez evaluados podríamos admitir que las restricciones a la extensión de ambos modelos se encontrarían en la preservación de los intereses existentes. Cabe señalar que hay imperfecciones obvias en los modelos, tanto en MUFACE como en Valencia, entre las que destaca la falta de ajuste por riesgo de la prima o determinadas mejoras regulatorias en el convenio o concesión. Y al mismo tiempo los esfuerzos por mejorar la regulación de los modelos se han dilatado en el tiempo.

Desde esta perspectiva y con los ejemplos, lo público y lo privado pueden coexistir en la gestión de la cobertura del riesgo, una vez garantizada la obligatoriedad de la cobertura.

El éxito de tales modelos está estrechamente relacionado con la capacidad de establecer unas reglas de juego adecuadas para conseguir los objetivos que se pretenden.

Público y privado en la provisión

En el ámbito de la provisión sabemos que existen diferencias sustanciales en el nivel de eficiencia y resultados en salud entre distintas organizaciones, ya sean públicas o privadas, e incluso dentro de cada una de ellas. Lo relevante es entender los incentivos a los que están sometidos las organizaciones. No podemos comparar resultados de organizaciones públicas y privadas sin más, y menos cuando hay permeabilidades entre ambas opciones^{8,9}. Una organización pública no tiene los mismos incentivos que una privada, y por ello no podrá conseguir una asignación de recursos equivalente.

Los incentivos que aporta la propiedad privada se diluyen en el caso de las organizaciones públicas; y más allá de la propiedad surgen múltiples factores (legislación, gobierno de las instituciones, etc.) que facilitan la capacidad de adaptación al entorno en las organizaciones privadas. Una

comparación adecuada obligaría a aislar estos factores, si bien por ahora es una tarea pendiente.

Desde un punto de vista normativo no encontraremos justificación alguna para que un sistema de salud financiado públicamente deba proveer los servicios públicamente. La combinación público-privado en la provisión añade valor en la medida que permite al sector público conocer el diferencial de coste al que está trabajando. Si tan sólo hay entidades de propiedad pública se desconocería tal diferencial. Este es el valor de lo que se llama *second sourcing*, o proveedor alternativo, que permite ofrecer información sobre otras formas de asignar recursos para la realización de las mismas prestaciones.

La exigencia de sistemas de asignación de recursos transparentes en la provisión de servicios sanitarios surge como requisito fundamental. Si disponemos de diversidad de proveedores necesitamos establecer fórmulas de asignación que permitan obtener el máximo de eficiencia. En este sentido, volvemos nuevamente al comentario de la sección anterior. El mecanismo regulatorio es fundamental para garantizar el éxito en la diversidad de proveedores. Sin un

mecanismo adecuado, cualquier desajuste podría encontrar justificación equivocada.

Una de las opciones posibles reside en la asignación de recursos mediante competencia por comparación (*yardstick competition*). Mediante información pública es posible explicitar diferencias legítimas de coste, y que ello obligue a entender el *trade-off*, hasta qué punto vale la pena compensar el diferencial de coste.

La elección de proveedor por parte del paciente es una cuestión más compleja de abordar. El motivo es que en determinados entornos promover la competencia y elección entre proveedores puede resultar altamente costoso. Ello depende de los costes administrativos y de la inversión óptima en capacidad. Si la densidad demográfica es baja puede resultar óptimo limitar la capacidad de elección, porque hay indivisibilidades y capacidad productiva ociosa a evitar^{4,10}.

Público y privado en la salud pública

En el ámbito de la salud pública nos interesará conocer la mayor evidencia disponible del coste-efectividad de

las medidas¹¹. Ante recursos escasos a aplicar a la salud pública y ante la evidencia de medidas coste-efectivas, el nivel de protección y promoción de la salud escogido tendrá que ver una vez más con los valores existentes en cada sociedad y en cada momento.

El conflicto entre responsabilidad individual en la salud frente a protección y regulación aparecerá en todo momento, y cada sociedad evaluará el nivel deseado de intervención pública. En cualquier caso la interacción público-privada en medidas de salud pública toma como eje principal al individuo.

Comentarios finales

El presente artículo ha pretendido esbozar distintos aspectos clave de

la consideración de lo público y lo privado en el ámbito de la salud. Si en la gestión de la cobertura del riesgo se admite la participación privada, entonces los modelos que surgen son del tipo “monopolio gestionado” o “competencia gestionada”. Si en la provisión se admite la participación privada, entonces la importancia de los mecanismos de asignación de recursos tipo *yardstick competition* resulta crucial. En cualquier caso, el éxito o fracaso en la obtención de unos resultados deseables de la interacción público-privada está estrechamente relacionado con una regulación adecuada. De otro modo, lo que podemos observar como fracaso de la interacción público-privada se debería a la regulación, más que a tal interacción en sí misma.

BIBLIOGRAFÍA

1. Williams A. The pervasive role of ideology in the optimisation of the public-private mix in public health care systems. En: Maynard A, editor. The public-private mix for health. London: The Nuffield Trust; 2005.
2. Selden TM. Should the government provide catastrophic insurance? J Public Econ. 1993;51(2):241-7.
3. Official Journal of the European Union Council Conclusions on Common values and principles in European Union Health Systems 22.6.2006 C 146/I.
4. Gaynor M. What do we know about competition and quality in health care markets. CMPO Working Paper Series 06/151; 2006.
5. Shleifer A. A theory of yardstick competition. RAND J Econ. 1985; 16(3):319-27.
6. Vera Hernández M. Interacciones entre seguro público y privado en sanidad. En: López i Casanovas G, editor. El interfaz público-privado en Sanidad. Barcelona: Masson, S.A.; 2003.
7. Expansión (29-03-2008). La asistencia sanitaria de los funcionarios desata la polémica.
8. Brekke KR, Sorgard L. Public versus private health care in a national health service. CESIFO Working Paper; 2006. p. 1679.
9. González P. On a policy of transferring public patients to private practice. Health Econ. 2005;14:513-27.
10. Propper C, Wilson D, Burgess S. Extending choice in English health care: the implications of the economic evidence. CMPO Working Paper Series 05/133; 2005.
11. Grahon JD, Corso PS, Morris JM, Segui-Gómez M, Weinstein MC. Evaluating the cost-effectiveness of clinical and public health measures. Annu Rev Public Health. 1998;19:125-52.

