
Un futuro para el Sistema Nacional de Salud

Josep Santacreu i Bonjoch y Pere Ibern i Regàs

DKV Seguros. Barcelona

Introducción

Las dificultades de reforma de los sistemas sanitarios son la expresión más evidente del reto de superar conflictos de interés en la sociedad. La adopción de un nuevo diseño en las instituciones y en las organizaciones existentes es lo que puede permitir la mejora de la eficiencia y la equidad del sistema sanitario. Es decir, nuevas reglas de juego y nuevos mecanismos de coordinación e incentivos.

El punto de partida para ello reside en comprender que hay dos ámbitos distintos: el riesgo de enfermar y la necesidad de atención. El primer ámbito corresponde a la actividad aseguradora, el segundo a la actividad de provisión de servicios.

La adopción de la cobertura aseguradora universal mediante financiación pública por vía fiscal supone que en efecto el Sistema Nacional de Salud (SNS) es un seguro público. Los motivos de la intervención del Estado en el sector salud se sitúan precisamente en este ámbito,

tratando de establecer la obligación de aseguramiento. Podría reflexionarse acerca de la necesidad de que al lado de la obligación de aseguramiento, la financiación deba ser pública. Sin embargo, tomemos este hecho como un dato sobre el que hay un amplio consenso social. Esta cobertura aseguradora obligatoria diluye los efectos de la selección adversa propia de los mercados de seguro, pero al mismo tiempo aumenta el riesgo moral fruto de estar asegurados. Es decir, los asegurados consumen más allá de lo que lo harían si debieran sufragar la totalidad del coste en el momento de consumo.

El equilibrio en el mercado de asistencia sanitaria es inestable. Hay múltiples factores que diluyen las posibilidades de una libre competencia, tales como la existencia de monopolios locales o de producto, garantía de capacidad mínima instalada, inversión en formación, distorsión del mecanismo de precios fruto de la existencia de seguros y dificultad de medir la calidad. Pero aunque existan tales limitaciones, la intervención del Esta-

do para la producción de servicios asistenciales no se justifica necesariamente.

Más allá de la intervención del Estado en sanidad, conviene analizar por separado el impacto de la competencia en la eficiencia, del de la propiedad. Distintas formas de propiedad pueden tener efectos diferenciales sobre la eficiencia. Sin embargo, la dirección del efecto no es totalmente nítida. Hay ocasiones en las que ante la dificultad de verificar la calidad o de inversiones intangibles a largo plazo, la propiedad pública puede superar la privada, y hay otras ocasiones donde la obtención de economías de escala, productividad y costes más bajos sólo los garantiza la propiedad privada.

Pero también resulta un tanto reduccionista pensar que la propiedad lo es todo. El proceso de separación propiedad-control que ha producido el sistema capitalista muestra como más allá del impacto de la propiedad en la eficiencia, la variable relevante es cómo disciplinar a los directivos y cómo introducir instrumentos de control y vigilancia desde los representantes de la propiedad. Hay tres mecanismos clave en los mercados privados: el mercado de productos, el mercado de capitales y el mercado de trabajo. Por el primer mercado, los directivos deben ser capaces de que su producto sea competitivo, se venda. El mercado de ca-

pitales está atento a las debilidades en la gestión que pueden suponer una valoración empresarial inferior y por tanto una oportunidad de compra, fusión o adquisición. El mercado de trabajo de directivos descarta aquellos que su historial no satisface las exigencias de profesionalidad necesarias para una buena gestión.

Así pues tenemos tres niveles para la consecución de una mayor eficiencia: competencia, propiedad y gestión. El énfasis en uno solo de ellos puede llevarnos a caminos equivocados, al igual que asimilarlos todos a lo mismo bajo la etiqueta de privatización.

Aunque parezca obvio, la primera observación a realizar es que hay competencia si hay mercado, si hay libre elección de proveedor y un mecanismo de precios. Hace unos años se habló de competencia pública, como si dentro del sector público pudiera darse tal opción. Lo cierto es que sólo alimentó la confusión y hoy afortunadamente ha pasado al olvido. Siguiendo a Niskanen¹, los incentivos de los directivos del sector público se dirigen a maximizar el presupuesto. A pesar de las críticas a esta posición² y del tiempo transcurrido, esta perspectiva es uno de los puntos de partida para comprender las burocracias públicas. Además, cuando la asignación de recursos no tiene que ver con precios y contratos sino con

decisiones que se establecen políticamente en el marco organizativo de una jerarquía, pensar exclusivamente que una mejor gestión pública puede incorporar instrumentos del sector privado y ello le llevará a una mayor eficiencia, resulta primario. Los incentivos de los gestores públicos son de baja intensidad, porque el entorno es el que es. No le podemos pedir aquello que no puede dar. Las experiencias de competencia llevadas a cabo en países de OCDE, excepto Estados Unidos en los años 90 muestran que fueron efímeras y con resultados controvertidos³, estuvieron centradas en la función de provisión y no se observaron experiencias de competencia entre compradores colectivos de servicios o gestores de cobertura aseguradora.

Así pues si desde el sector público se intenta maximizar el presupuesto, y al mismo tiempo los incentivos a la eficiencia son de baja intensidad, nos encontramos ante dificultades para conseguir el mayor valor para el dinero. La cuestión a realizar es si es posible escapar de este círculo^{4,5}.

Hay competencia posible en la atención sanitaria, pero necesitamos identificar en qué nivel deberíamos situarla atendiendo al marco de partida. Nada se construye en el vacío, hay una realidad de propiedad pública y privada que ya existe.

En este artículo pretende responderse a esta cuestión. Por una parte sin que existan mecanismos de competencia no podrán satisfacerse plenamente las preferencias de los ciudadanos. Por otra parte la inexistencia de tales mecanismos impedirá necesariamente la asignación de los recursos a aquellas actividades que mayor valor producen a la sociedad. Únicamente si las preferencias de los ciudadanos-votantes quedaran perfectamente representadas políticamente y se trasladaran efectivamente a decisiones sin distorsión alguna, podríamos pensar en tal posibilidad. Por tanto conviene explorar dónde situar la competencia en el SNS.

El espacio para la competencia

En 1986, la Ley General de Sanidad estableció un marco en el cual se desarrollaría la política sanitaria, especialmente en dos aspectos cruciales: la universalización de la cobertura asistencial y la configuración de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas. Respecto a la primera cuestión se traducía el derecho constitucional a la protección de la salud en el derecho al acceso en condiciones de igualdad a los servicios sanitarios públicos. Ello tuvo una implicación financiera posterior, el SNS tende-

ría en los sucesivos a ser financiado por vía fiscal, hecho que concluyó en 1999.

La realidad de los servicios de salud plenamente transferidos en su totalidad a partir de 2002 ha configurado la distribución competencial prevista legalmente 16 años antes.

Una de las previsiones no desarrolladas de la Ley General de Sanidad ha sido justamente el papel del Área de Salud. Estas se consideran “estructuras fundamentales del sistema sanitario, responsabilizadas de la gestión unitaria de los centros, de las prestaciones sanitarias y programas de su demarcación territorial” (artículo 56.1). Esta tarea de coordinación entre prestaciones o servicios que ofrecen los proveedores de distintos ámbitos asistenciales a una población afiliada en un territorio está pendiente de desarrollar. Mientras que en algunos casos las leyes de ordenación sanitaria de algunas Comunidades Autónomas han puesto el énfasis en la participación comunitaria, en otros casos se han creado estructuras administrativas de acuerdo con la ley pero sin unas funciones claras y diferenciadas.

Las propuestas de separación de la financiación y provisión han llenado buena parte del discurso de los 90. Sin embargo, la adopción práctica de tales reflexiones dista mucho de la realidad³.

Los sistemas de salud mantienen una estructura similar a la que tenían antes, en la medida que la propiedad pública y por consiguiente la última responsabilidad sigue siendo la misma. Por otra parte cabe preguntarse si el énfasis de tal propuesta iba en el sentido adecuado, si tenía en cuenta el punto de partida, y podríamos comprobar que no.

Ahora, entrado el nuevo siglo, conviene una nueva reflexión. Lo crítico no es separar la financiación de la provisión, lo fundamental reside en ejercer la función de compra colectiva de servicios de forma eficiente. Definamos pues el contexto.

El papel financiador o asegurador reside en asumir financieramente los costes de las coberturas de prestaciones sanitarias preestablecidas a cambio de unos ingresos fiscales. El asegurador público garantiza la cobertura y para ello debe realizar las funciones que les son propias: a) definir el contenido de la cartera de prestaciones; b) definir los proveedores de la red de atención, c) regular el proceso de afiliación de los usuarios y d) controlar la calidad y los resultados a nivel agregado.

Las entidades compradoras (las Áreas de Salud en la previsión del SNS) adquieren servicios médicos y hospitalarios para las prestaciones y proveedores defi-

nidos, por cuenta de sus usuarios afiliados. Para ello reciben una prima del financiador y pagan por los servicios realizados de acuerdo con el sistema de pago establecido contractualmente. Los instrumentos para la gestión de estos compradores colectivos son: revisión de la utilización, *case-management*, acreditación de proveedores y sistemas de pago de los servicios.

Los proveedores mantienen contratos con las entidades compradoras que son quienes les compensan financieramente por los servicios ofrecidos a sus usuarios. Las áreas de salud deberían actuar como compradores expertos por cuenta de sus usuarios. Es precisamente la información que se maneja a este nivel, la frecuencia relativa y sus resultados, la que permite una toma de decisiones respecto a coste-calidad de los proveedores más ajustada.

El ejercicio de cada una de las funciones de forma separada comporta unos incentivos diferenciales. La función aseguradora se preocupa de satisfacer cobertura financiera a un coste asumible y predeterminado. La función de compra se preocupa de garantizar el acceso a una combinación de servicios de calidad a un coste prefijado. La función proveedora trata de prestar servicios de calidad al menor coste posible. Se separa pues lo

que es barrera financiera al acceso (función aseguradora) de lo que es barrera de acceso real a las prestaciones (función de compra). La eficiencia de la función de compra reside en su capacidad para llevar a cabo una tarea de coordinación del acceso a distintos niveles de atención. No podemos esperar que esta función se desarrolle por generación espontánea. Sólo unos agentes con los incentivos adecuados la podrán llevar a cabo. La expectativa de resolución de la coordinación entre niveles sin ningún tipo de incentivos no ha dado ni podrá dar resultados en el futuro. Situar tal coordinación para que la ejerza el médico o el usuario individual no resulta satisfactorio. Un intermediario experto actuando entre las partes debe tratar de conseguir el mayor valor en la transacción. Éste es el papel del comprador colectivo.

Los compradores colectivos de servicios: confianza y experiencia

La asistencia sanitaria como servicio tiene unos atributos singulares que no permiten clasificarla ni como un bien de búsqueda o inspección (aquellos que su calidad puede observarse mediante una muestra) ni como un bien de experiencia (aquellos en los que el consumidor apren-

de sus características mediante su uso repetido o compra repetida). La calidad de los llamados *credence goods* o bienes de confianza nunca podrá establecerse con seguridad. Wolinsky⁶ los considera como aquéllos en los que los oferentes son a su vez expertos que determinan las necesidades de los consumidores. En estos mercados, a pesar de que la realización de servicio es observable, los usuarios no pueden determinar a menudo hasta qué punto era necesario, ni tampoco evaluar su realización de forma fiable. Es justamente esta asimetría de información la que crea incentivos para un comportamiento oportunista de los proveedores.

Los colegios profesionales podrían ejercer de árbitros y limitar las posibilidades de explotar estas asimetrías de información por parte de los médicos. De esta forma la existencia y el papel de los colegios profesionales se justificaría por la exigencia de un nivel de calidad aceptable y un comportamiento ético admisible y bajo la amenaza de inhabilitación. Pero los colegios profesionales no necesariamente adoptan este tipo de actitud vigilante y sancionadora. Este aspecto ha sido analizado ampliamente por Zweifel y Eichenberger⁷ que consideran el corporativismo médico como un cartel que sirve a unos intereses que son propios y que les delega el gobierno.

El papel de las organizaciones compradoras de servicios se justificaría en la medida en que deberían asumir el papel de vigilancia y auditoría de la calidad de los proveedores (individuales-médicos e institucionales-hospitales), dado que disponen de una población de referencia que recibe unos servicios y que fruto de su repetición continuada puede transformar lo que es un bien de confianza para el consumidor en un bien de experiencia para el comprador. Aun así siempre existirán atributos sobre los que nunca se podrá determinar nada con precisión. Pero el nivel de información será superior al nivel de comprador para poder tomar decisiones y modificar el curso de las actividades.

Un paciente que presenta cualquier patología recibe un conjunto de servicios de distintos proveedores: médico de cabecera, especialista, hospital y farmacia entre otros. El abanico de servicios que se ofrecen por parte de cada proveedor en un mismo proceso patológico resulta diverso. En este sentido el papel del comprador colectivo debe residir en modular los servicios hacia aquellos proveedores que ofrezcan un conjunto de actividades de diagnóstico y tratamiento para aquella enfermedad con el mayor nivel de coste-efectividad. El paciente en los sistemas nacionales de salud está asegurado y no

paga en el momento del servicio, por ello desconoce la información sobre los costes, no se le puede asignar el papel de “buscador de precios”. El comprador colectivo en cambio debe sufragar los costes de los servicios de su población afiliada y por ello aprende cuáles son los proveedores más eficientes mediante su comparación. De esta forma el comprador colectivo procura obtener un coste *per cápita* mínimo atendiendo a una combinación adecuada de proveedores coste-efectivos para el conjunto de enfermedades que presenta la población.

La orientación a la búsqueda de proveedores eficientes por parte de compradores colectivos ha sido objeto de análisis amplio en el ámbito de las *Health Maintenance Organizations* en Estados Unidos⁸. En estas entidades se ha observado que una selección adecuada de los proveedores y la configuración de relaciones a largo plazo permite complementar mejor los términos contractuales. Es decir, el establecimiento de un contrato entre un comprador colectivo y un proveedor (hospital, por ejemplo) debe ofrecer estabilidad y continuidad en la relación para así evitar comportamientos oportunistas.

Los compradores colectivos de servicios sanitarios establecerán relaciones contractuales continuadas con aquellos

proveedores que muestran niveles de eficiencia mayores. El nivel de información sobre los costes a nivel de usuario es prácticamente inexistente ya que está asegurado y no paga en el momento del uso. En cambio las organizaciones compradoras disponen de mayor información ya que deben pagar por los servicios que recibe la población afiliada y ello les permitirá establecer la combinación de proveedores adecuada para cada problema de salud después de haber seleccionado los proveedores eficientes.

Sin embargo la selección de proveedores resulta un proceso complejo en el sector hospitalario, ya que algunos mecanismos contractuales como concursos y subastas no se observan del mismo modo que sucede en otros entornos. A menudo la dificultad estriba en que la zona geográfica en cuestión tan sólo dispone de un hospital al que puede acceder la población. En estos casos no hay selección posible.

La existencia de un solo proveedor de servicios sanitarios puede justificarse por razones de tamaño óptimo de inversión. A menudo son decisiones tomadas fruto de un proceso de planificación sanitaria donde no se desea un proceso de competencia entre proveedores.

El diseño institucional y la formalización contractual entre compradores y

proveedores de servicios sanitarios en entornos de proveedor único requiere un análisis detallado de los mecanismos de compensación económica, de incentivos no económicos así como de control de calidad asistencial con el objetivo de dar respuesta a problemas de selección adversa y riesgo moral.

Hasta el momento hemos visto la razón de ser de los compradores, la selección como mecanismo, el diseño contractual en entornos de proveedor único, por lo que hace falta concretar dónde reside esta función de compra. Se trata de definirlo en el contexto del SNS tal como lo conocemos.

Los compradores expertos ejercen de intermediarios entre proveedor y financiador. Hay distintas tareas clave para el intermediario: seleccionar proveedores cualificados para ciertas prestaciones (*screening*), coordinar proveedores complementarios con clientes (“arbitraje”), establecer contratos (“negociación”), supervisar la actividad y resultados de proveedores (solventía y calidad) (*monitoring*) y ofrecer información a los usuarios para la elección (“comunicador”)⁹.

Las organizaciones proveedoras presentes en el sector de la asistencia sanitaria no sólo desarrollan actividades diversas de carácter complementario (se

necesitan entre ellas) sino que se superponen, es decir, los mismos servicios pueden encontrarse en organizaciones distintas. Identificar las oportunidades de coordinación desde fuera puede ser potencialmente más fácil que desde dentro puesto que cada parte quiere hacer valer su aportación.

Las tendencias recientes: iniciativa financiera privada

Las necesidades de financiación de capital público en un entorno de limitación de déficit público han dado lugar a nuevas alternativas. La experiencia de Alzira es una muestra de colaboración público-privada en la financiación de infraestructuras. Esta experiencia de adjudicación temporal de la gestión de la provisión a cambio de una prima capitativa ha tenido un papel preponderante en el debate público-privado de los últimos años. Las posibilidades de extensión de este esquema son limitadas, porque la cantidad de hospitales a construir también lo es. Cabe considerarlo como una experiencia que va a replicarse en función de las condiciones existentes. No cabe esperar que esta experiencia pueda considerarse como modelo generalizable en el marco del SNS para la financiación de capital.

El problema del SNS es que tras las transferencias a las Comunidades Autónomas aparecen necesidades de financiar la reposición y mejora de los activos, y para ello lo habitual es el acceso a la deuda pública. Por otra parte, lo que también ha mostrado la experiencia de Alzira ha sido la importancia de los mecanismos regulatorios que han requerido una corrección profunda¹⁰.

Así pues, ¿dónde está el papel futuro de la colaboración público-privada en sanidad? En primer lugar mediante la concertación de servicios sanitarios. La contratación externa se justifica por ejemplo cuando hay necesidades de capacidad y pueden obtenerse economías de escala y gama superiores. Pero cuando la contratación no se establece en un mercado competitivo, como es el caso de sanidad, es conveniente introducir las precauciones necesarias en el nivel de calidad obtenido y en los problemas de interferencia política en los proveedores.

En segundo lugar, y previsiblemente el aspecto más relevante, está la introducción de la diversidad de propiedad en la función compradora en las Áreas de Salud. En la medida que los ciudadanos pudieran optar entre un número limitado de operadores (públicos y privados) esto daría lugar a una competencia por la calidad y obligaría a satisfacer con mayor

presión las necesidades y peticiones de los ciudadanos. Esta opción no sería extensible de igual forma a toda la geografía, en la medida que para zonas con baja densidad geográfica supondría costes administrativos excesivos e imposibilidad de diferenciación en la provisión. Por otra parte no es posible abrir ilimitadamente las opciones de elección en zonas densamente pobladas. La lógica contractual llevaría a establecer un número óptimo de empresas privadas que accederían por concurso a la gestión de una población, de forma similar a las subastas de telefonía móvil, un mercado regulado por excelencia. Además de las compañías privadas, se garantizaría una compañía pública en la misma zona geográfica. Ello permitiría al regulador comparar costes relativos y a los consumidores calidad.

Comentarios finales

La relación del sector público y privado en sanidad ha sido objeto de debate constante y se mantiene. Sin embargo, más allá del papel potencial en la provisión de servicios, donde reside la mayor aportación posible del sector privado es en la gestión de compra, en la gestión de la cobertura aseguradora. En un entorno donde no hay posibilidades de selección de riesgos, las entidades compradoras

competirían en calidad por atraer pacientes a cambio de una prima equivalente ajustada por riesgo financiada públicamente.

El papel del sector privado en la financiación de infraestructuras se mantendrá,

pero en el aspecto sanitario cabe considerarlo como residual ya que la dificultad financiera fundamental se encuentra en la reposición, mantenimiento y mejora de los activos, más que en la construcción propiamente dicha.

BIBLIOGRAFÍA

1. Niskanen WA. Bureaucrats and politicians. *Journal of Law and Economics* 1975;18:617-43.
2. Rodríguez-Alvarez A, Suárez Pandiello. Organizaciones burocráticas e ineficiencia X: Una revisión de modelos. *Hacienda Pública Española/Revista de Economía Pública* 2003; 164:83-107.
3. Docteur E, Oxley H. Health care systems: lessons from the reform experience. Paris: OECD Working Paper 9, 2003.
4. Salas V. Gestión empresarial y sector público. *Ekonomiaz* 1996;35:146-63.
5. Ortún V. Organización de los servicios sanitarios en el estado del bienestar. En: Rubio Parejo L, et al, (coord.). *La organización de los servicios públicos sanitarios*. Madrid: Marcial Pons, 2001; p. 47-70.
6. Wolinsky A. Competition in a market for informe experts' services. *Rand Journal of Economics* 1993;24:380-98.
7. Zweifel P, Eichenberger R. The political economy of corporatism in medicine: self-regulation or cartel management? *Journal of Regulatory Economics* 1992;4:89-108.
8. Miller R, Luft H. HMO plan performance an analysis of the literature 1997-2001. *Health Affairs* 2002;21:4.
9. Spulber Daniel F. *The Market Makers: How Leading Companies Create and Win Markets*. New York: McGraw-Hill, 1998.
10. *Diario Médico*. La gestión de La Ribera, otra vez a concurso. 7/11/2003.

