
¿Es más eficiente la gestión privada de los servicios sanitarios que la gestión directa?

José Manuel López Saludas

Resumen: Hay unanimidad en la comunidad científica respecto a las inevitables reformas que deben emprenderse para hacer sostenible el Sistema Nacional de Salud (SNS), pero, sin embargo, existen notables divergencias en el contenido de dichas reformas como consecuencia de los juicios de valor diferentes de las personas o instituciones que las formulan: ¿qué políticas deberían implementarse para que el SNS funcionara con mayor dosis de eficiencia y, por tanto, contribuyera a su sostenibilidad?

¿El sector público debe seguir produciendo directamente los servicios sanitarios públicos o, por el contrario, dichos servicios sanitarios se pueden producir con otros métodos que sean más económicos para el erario público?

El objetivo de este trabajo es explicar sucintamente algunas reformas de gestión innovadoras que se están llevando a cabo en España desde los años 90 y, asimismo, si las mismas son aplicables al conjunto del SNS con el propósito de que la provisión pública de los servicios sanitarios públicos sea más eficiente que la actual.

Palabras clave: Bienes preferentes; eficiencia; ineficiencia; productividad; sanidad.

Códigos JEL: H41; H51; I18.

1. Introducción

La sanidad es un bien preferente o de mérito porque beneficia de una manera individual y divisible a quien directamente lo consume, pero también al conjunto de la sociedad de forma indivisible, es decir, es un bien público y privado al mismo tiempo (Gonzalo y González, 2008). Los servicios sanitarios influyen muy poco en la salud de la población, ya que los factores más importantes son el estilo de vida (no fumar, dieta equilibrada, deporte moderado diario, control del estrés,...) y la biología humana (López Saludas, 2013a, págs. 43 y 51).

Cuando se dice que los «bienes públicos son provistos públicamente», significa que son puestos a disposición de los ciudadanos y se financian¹ por medio del presupuesto público, siendo irrelevante si son producidos por el sector público o privado (Rosen, 2002, pág. 59). Por consiguiente, la provisión pública de un bien o servicio público no implica necesariamente que estos sean producidos por el sector público, ya que determinados servicios públicos pueden ser producidos por empresas privadas a través de diversas modalidades

contractuales: se elegirá el «productor» que minimice el coste de la producción del bien o servicio público en cuestión.

La producción pública de los bienes y servicios que satisfacen las necesidades públicas, a juicio de Musgrave (1969, pág. 48), sólo está justificada en aquellas situaciones en las que la eficiencia económica de la empresa pública es superior a la producción privada bajo control público.

Aun cuando pudiera existir acuerdo entre los miembros del poder político respecto a la necesidad de proveer determinados bienes preferentes, no obstante, existen profundas divergencias (de naturaleza ideológica) sobre quién debe producir dichos bienes. Es decir, ¿la producción debe ser a través de empresas públicas o privadas?

Un postulado esencial de la Economía Pública es la aplicación del principio de la racionalidad económica, se debe elegir el método de producción de cualquier bien o servicio público que minimice el coste (criterio de eficiencia económica), sin perjuicio de la evaluación de la calidad a la que debe producirse dicho bien o servicio público (criterio de eficacia).

¹ Cuando se dicen frases estereotipadas como «se financiación a través del presupuesto», ello no implica necesariamente que quien recibe la prestación no pague nada (gratuito), ya que el poder político puede decidir que pague una parte (por ejemplo: las tasas universitarias, los medicamentos,...) o la totalidad del coste.

En resumen, la producción de un bien preferente la realizará la empresa que lo haga al menor coste posible, es decir, la empresa que sea más eficiente en la asignación de recursos, ya que «se trata de un proceso técnico y, por tanto, debe producirlos el agente económico, público o privado, que sea más eficiente» (Barea y Gómez, 1999, pág. 78).

2. La producción de los servicios sanitarios públicos: ¿empresas públicas y/o privadas?

El objetivo de este trabajo, como decíamos anteriormente, es analizar las reformas innovadoras que se están llevando a cabo en España con el propósito de que la provisión pública de los servicios sanitarios públicos sea más eficiente. Dichas reformas innovadoras consisten, esencialmente, en que la provisión pública de los servicios sanitarios se realiza a través de concesiones administrativas al sector privado, el cual presta dichos servicios gratuitamente a los usuarios y como contraprestación recibe una prima per cápita (el modelo «Alzira» de la Comunidad Valenciana y el modelo «Madrid» de la Comunidad de Madrid). Asimismo, desde hace muchos años, existe el modelo «Muface»², el cual es elegido por el 83%-85% de los funcionarios porque es más eficaz (a juicio de los funcionarios) y más eficiente para la Administración Pública que debe soportar el coste de dicha prestación sanitaria.

En España, en el período 1970-1978, el coste estimado de los servicios públicos fue un 42,6% superior al que se hubiera generado si se hubieran utilizado los mismos recursos que el sector de servicios privado. Dicho «exceso de coste» es debido, en el 18,28% del total, a la retribución del factor trabajo y, en el 24,3%, a la mayor eficiencia en el uso de los recursos (Valle, 1989). Es decir, se trata de conocer el exceso de coste en que incurre el sector público respecto al privado y este exceso de coste se atribuye a la menor eficiencia de las Administraciones Públicas.

² El «modelo Muface» posibilita algo esencial: la libertad de elección. Es decir, el mutualista tiene, periódicamente (cada año), el derecho de elegir qué empresa pública (SNS) o privada (diversas empresas de seguros médicos) quiere que le presten los servicios sanitarios, lo cual permite alcanzar un elevado nivel de satisfacción. Este «modelo» no prejuzga si la sanidad pública es mejor que la privada o viceversa, ya que Muface ofrece a sus mutualistas tanto servicios sanitarios producidos por empresas públicas (Servicios Regionales de Salud) como por empresas privadas. Son los mutualistas (no Muface) quienes eligen, de acuerdo con sus preferencias y la experiencia propia acumulada, la empresa que le prestará los servicios sanitarios. Y, por supuesto, el coste de la elección es neutro para el mutualista y sus beneficiarios.

Las investigaciones posteriores que han realizado utilizando la misma metodología corroboran las conclusiones del profesor Valle. Así por ejemplo, la profesora Rueda (2006, pág. 78) estudió el exceso de coste del conjunto de las Administraciones Públicas (sector público) frente al privado en el período 1996-1998, situándose en el 27,4% aproximadamente. Es decir, «en el sector público es un 27,4% más caro producir los servicios públicos que en el sector privado, bajo la hipótesis de que éste empleara para ello los mismos factores productivos de titularidad pública».

Aplicando una metodología similar, según PriceWaterhouseCoopers (2010, pág. 10), el gasto sanitario público per cápita en que incurrió el SNS por prestar la asistencia sanitaria (entre 1999 y 2004) fue, en promedio, un 50% más caro que la prima per cápita que percibieron las empresas aseguradoras de Muface por prestar el mismo servicio a los mutualistas y beneficiarios. En definitiva, según este estudio, el coste de la prestación de los mismos servicios sanitarios a través del SNS (producción pública) es un 50% más caro (ineficiencia) con respecto a la prima por cápita que paga Muface a las empresas aseguradoras (producción privada).

¿Ha seguido siendo tan ineficiente el SNS con respecto al «modelo Muface» a partir del 2004?

El gasto en asistencia sanitaria de las CC.AA. (Servicios Regionales Públicos de Salud) y del «modelo Muface» fue 1.118,33 € y 698,77 € por persona, respectivamente (año 2009), lo cual significa que las CC.AA. incurrieron en un «exceso de coste» (o ineficiencia) respecto al «modelo Muface» de 419,56 €, o lo que es lo mismo: el 60,0 %³ de ineficiencia. Respecto al año 2010, los costes del sector público (Servicios Regionales Públicos de Salud) y del sector privado (Asisa, DKW, Adeslas) fueron 1.091,33 € y 727,32 € respectivamente, ascendiendo el exceso de coste a 364,01 €⁴ (el 50,1%⁵ de ineficiencia), es decir, el grado de ineficiencia en la producción de servicios sanitarios homogéneos del sector público fue, aproximadamente, del 50% con respecto a la producción privada. Paradójicamente, lo que eligen actualmente (y siempre) la mayoría de funcionarios (83%-85%, aproximadamente) de las Administraciones Públicas (excepto la local) es lo más económico para el erario público (López Saludas, 2013b, págs. 131-135).

El llamado «modelo Alzira» fue impulsado por el Gobierno de la Comunidad Valenciana a mediados de los 90. El «modelo Alzira» es un modelo de gestión

³ $((1.183,33 - 698,77) / 698,77) \times 100 = 60,0 \%$.

⁴ $1.091,33 - 727,32 = 364,01 \text{ €}$

⁵ $((1.091,33 - 727,32) / 727,32) \times 100 = 50,1\%$.

sanitaria que difiere sustancialmente del modelo de producción y gestión pública directa.

Este modelo sanitario es un modelo mixto de colaboración público-privada, que, ante todo, garantiza la universalidad de la atención, ya que, como establece la Constitución Española, «los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos» (art. 41). Cuando se diseñó este modelo, se tuvo en consideración las recomendaciones del «Informe de la Comisión Abril», especialmente en «alcanzar un mayor grado de responsabilidad de los gestores del sistema para lograr una mayor eficiencia en el uso de los recursos humanos y materiales».

El «modelo Alzira» fue la primera concesión administrativa de servicios sanitarios, la cual consistió en que el concesionario (la empresa adjudicataria) cobra de la Generalidad Valenciana una cantidad fija por cada usuario⁶ (prima per cápita). El «modelo Alzira», aunque su filosofía es muy similar al «modelo Muface», se inspiró en «las teorías económicas de Milton Friedman» (Martínez, págs. 11-19).

expansionado a otras Áreas de la Comunidad Valenciana (Torrevieja, Denia, Manises y Elche) y a otras CC.AA. (principalmente, en la Comunidad de Madrid).

En todas las concesiones que se han realizado en la Comunidad Valenciana, en el accionariado de la empresa adjudicataria siempre existe una empresa aseguradora privada⁷: Adelas (Alzira), DKV (Denia), Asisa (Torrevieja y Elche) y Sanitas (Manises).

El «modelo Madrid», es similar al «modelo Alzira», pero tiene algunas peculiaridades que permiten que se le considere como otra forma de «colaboración público-privada» en el sector sanitario. La concesión administrativa es sólo para los servicios hospitalarios y especializados (excluidos los trasplantes, oxigenoterapia y transporte sanitario), es decir, no incluye la asistencia primaria.

Cuadro 1: «Modelo Alzira». Indicadores

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Prima capitativa global de la Consejería de Sanidad ⁽¹⁾	547 €	606 €	660 €	714 €	781 €	812 €	825 €
Prima capitativa del «modelo ALZIRA» ⁽¹⁾	413 €	455 €	495 €	535 €	572 €	598 €	607 €
Proporcionalidad (prima «modelo ALZIRA» /Prima Consejería)	75,5%	75,1%	75,0%	74,9%	73,2%	73,6%	73,6%
Ineficiencia (exceso coste Consejería Sanidad con respecto a la concesión «modelo ALZIRA»)	32,45%	33,19%	33,33%	33,46%	36,54%	35,79%	35,91%

⁽¹⁾ Sin incluir: farmacia, prótesis, oxigenoterapia, transporte sanitario e inversiones

Fuente: Elaboración propia y Consejería de Sanidad de la Generalidad Valenciana

Aunque no está reflejado el ahorro en medicamentos que le reporta a la Consejería de Salud como consecuencia de los «incentivos» establecidos contractualmente, es evidente que el «modelo Alzira» es más eficiente que la «producción pública y gestión directa» del Servicio Regional Valenciano, ya que éste es ineficiente en torno al 35% con respecto al «modelo Alzira» (cuadro 1). Lógicamente, este modelo se ha

Bajo esta modalidad se han otorgado las concesiones administrativas de la Gestión del servicio público «Atención sanitaria especializada» de diversas zonas geográficas y a diversas empresas: «Valdemoro» (Capiro), «Torrejón de Ardoz» (Rivera Salud y Asisa), «Móstoles» (Capiro) y «Collado Villalba» (Capiro).

A pesar de que, según la Comunidad de Madrid, el grado de satisfacción global de los usuarios de los hospitales es similar al de los usuarios de los hospitales de gestión directa, no obstante, como hemos podido constatar en los últimos meses, existe una fuerte oposición de los profesionales sanitarios respecto a la privatización de la gestión de seis hospitales públicos, ya

⁶ Este tipo de Concesión es muy similar al concierto entre Muface y las empresas aseguradoras privadas. Así opina la empresa aseguradora DKV, ya que, a su juicio, el «modelo sanitario valenciano básicamente consiste en la cesión temporal, desde la Administración Pública a una empresa sanitaria privada, de la gestión de todos los centros sanitarios públicos de una zona geográfica y del aseguramiento de todas las coberturas sanitarias públicas de la población con derecho a esta zona. Conceptualmente es un modelo similar al de Muface...»: (http://www.dkvseguros.com/newsletterdkv/documentos/revistas/interior311_62.htm9).

⁷ Además de una aseguradora, en todas las concesiones participa la empresa Ribera Salud (50% del capital es de la CAM y el otro 50% es de Bancaja), la cual es una empresa especializada en la gestión sanitaria. Dicha empresa se creó en 1997 para desarrollar iniciativas sanitarias de colaboración público-privadas.

que, a juicio de éstos, «la privatización de la sanidad» disminuye la calidad de los servicios sanitarios que se presta (prestará) a los ciudadanos. La gestión privada de estos seis hospitales públicos, supondrá para el erario público un ahorro de 143 millones de euros cada año (Sanidad elEconomista, nº 18, pp. 1-3).

Según el IDIS⁸ la gestión privada de los hospitales públicos ahorra un 27% al erario público porque la productividad es un 37% superior a la gestión directa y, además, todos los indicadores de calidad asistencial (índice de mortalidad, complicaciones y readmisiones) son mejores en la primera. Es decir, como dice el consejero Lasquetty, «los centros de gestión privada ofrecen mejores resultados y a menor coste para el contribuyente» (Sanidad. El Economista, nº 10, págs. 3-4).

5. Conclusiones

La mayoría de la comunidad científica considera que, cuando los poderes públicos deciden que la provisión de un determinado bien o servicio debe ser pública, se debe elegir quién lo producirá (empresa pública o privada) y el criterio único o preferente de elección será la eficiencia económica, o sea, el Estado deberá elegir al productor que le reporte un coste menor por la provisión del bien o servicio, ya que los recursos públicos son escasos y cualquier ahorro implica menores impuestos o menor endeudamiento o, alternativamente, destinar el ahorro a otras necesidades públicas que no se satisfacen o bien de forma insuficiente.

Es un hecho incontrovertible que la experiencia del «modelo Alzira» (así como «Madrid» y «Muface») ha significado un considerable ahorro para el erario público de la Comunidad Valenciana. Por tanto, si se implantara o extendiera un modelo sanitario de gestión privada en todos los servicios regionales de salud de España similar a «Alzira» y «Madrid», el ahorro anual⁹ que supondría para el erario público sería, aproximadamente, de 9.762,45 millones de €, ya que la producción y gestión directa del Servicio Regional Valenciano es de 825 € per cápita (año 2010), mientras que el coste de producir los mismos servicios sanitarios (ambulatorios y hospitalarios) a través de la gestión privada es de 607 € per cápita (año 2010), lo cual significa, que la producción y gestión pública incurre en un exceso de coste de 218 € per cápita, es decir, una ineficiencia del 35,9% respecto a la gestión privada.

Todas las Comunidades Autónomas han sido obligadas a reducir el déficit público durante los años

2011 y 2012 y, la reducción deberá ser aún mayor a lo largo de 2013 y 2014. Una de las medidas que contribuiría a reducir dicho déficit sería la implantación (en las Comunidades que aún no lo han hecho) y la expansión (en la Comunidad Valenciana y Madrid¹⁰, principalmente) de dichos modelos o bien otros similares que redujeran el coste sanitario público per cápita.

Referencias bibliográficas

BAREA, J. y GÓMEZ, A. (1999): «El problema de la eficiencia del sector público en España. Especial consideración de la sanidad», Instituto de Estudios Económicos.

GONZALO Y GONZÁLEZ, L. (2008): «La Sanidad como bien de mérito: consecuencias económico-financieras con referencia a España», Conferencia pronunciada en el verano del 2007 en La Granda (págs. 111-125 de la publicación de Farmaindustria: «Proyección social de la asistencia médica»).

LÓPEZ SALUDAS, J.M. (2013a): «Efecto de los copagos en la sanidad: teoría y evidencia», Boletín Económico ICE, nº 3035, págs. 43-52.

LÓPEZ SALUDAS, J.M. (2013b): «Producción pública, gestión privada y eficiencia económica del SNS», Tesis Doctoral, Facultad Ciencias Económicas y Empresariales de la UNED.

MARTÍNEZ FERRER, M. (2007): «Los cambios de las formas jurídicas en la Gestión Sanitaria y su significación histórica», Las nuevas formas de Gestión Sanitaria: «Modelo Alzira», Instituto de Estudios Económicos.

MUSGRAVE, R.A. (1969): Teoría de la Hacienda Pública, Aguilar, 1ª edición., Madrid.

PRICEWATERHOUSECOOPERS (2010): «Quince temas candentes de la Sanidad española para 2010».

ROSEN, H. S. (2002): «Hacienda Pública», McGraw Hill, 5ª edición, Madrid.

¹⁰ La Comunidad de Madrid tiene previsto implantar la gestión privada (modelo Valdemoro) en 6 hospitales y 25 Centros de Salud, ya que, por ejemplo, el nuevo Hospital Rey Juan Carlos de Móstoles (gestión privada de los servicios hospitalarios) tiene un coste para la Comunidad de Madrid de 594 € per cápita, mientras que el otro Hospital de Móstoles (gestión pública) el coste per cápita es de 917 €, lo cual supone un ahorro para el erario público de 58 millones de euros al año (la población protegida es de 180.000 habitantes):

<http://www.libremercado.com/2012-04-19/cuando-los-hospitales-no-son-gestionados-por-politicos-sino-por-empresarios-127645622/>

⁸ Instituto para el Desarrollo y la Integración de la Sanidad.

⁹ $44.781.878 \times 218 = 9.762,45$ millones de euros.

SANIDAD. EL ECONOMISTA (2012): Revista
quincenal de gestión sanitaria, nº 10.

RUEDA LÓPEZ, N (2006): «El objetivo de la mejora de la eficiencia pública. Reflexiones a partir de la evidencia empírica», Auditoría Pública nº 40.

VALLE SÁNCHEZ, V. (1989): «La eficacia del gasto público en España», Papeles de Economía Española, nº 41.

