

## **GESTIÓN PRIVADA EN SANIDAD**

*(para Boletín del Círculo de Empresarios)*

**Vicente Ortún Rubio**

**Departamento de Economía y Empresa**

**Centro de Investigación en Economía y Salud**

**Universidad Pompeu Fabra, Barcelona**

C/ Ramon Trías Fargas 25. 08005 Barcelona. 2 de marzo 1998

### **RESUMEN**

**La consecución de un Estado más eficaz, ingrediente esencial del desarrollo económico y del bienestar social, requiere de la introducción de mecanismos de cuasi-competencia y mercado en Sanidad. Ciertas limitaciones de la gestión sanitaria pública son mitigables y se analizan las posibilidades de la gestión privada en la financiación, compra y producción de servicios sanitarios.**

**Las mayores dificultades para la gestión privada en Sanidad estriban en cómo evitar los incentivos perversos a la selección de riesgos, en el aseguramiento, y en cómo disponer de las medidas del producto -ajustadas por aquellas variables que el proveedor no controla- que posibiliten una comparación razonable entre la producción pública y la producción privada de servicios sanitarios.**

**Se esbozan, finalmente, los pasos inmediatos que permitirán mejorar la gestión sanitaria pública en España.**

## **Cambios en la gestión pública**

Las dificultades de la transición, en la antigua Unión Soviética y en la Europa Central y Oriental, desde sistemas planificados a economías de mercado, la crisis fiscal del Estado del Bienestar en muchos países desarrollados, así como el importante papel jugado por el Estado en el desarrollo del Asia Oriental han contribuido a fomentar el convencimiento de que "un Estado eficaz es imprescindible para poder contar con los bienes y servicios, las normas e instituciones, que hacen posible que los mercados prosperen y que las personas tengan una vida más saludable y feliz" (Banco Mundial, 1997).

La consecución de un Estado más eficaz, aunque se limite el análisis al sector sanitario, requiere mejorar el sistema de contrapesos y salvaguardias, que facilita una acción colectiva capaz de defender intereses generales, así como de la participación de las empresas y de la sociedad civil en las actividades del Estado. Las líneas que siguen se sitúan, no obstante, en un plano inferior al del diseño institucional: tratan de analizar las posibilidades y limitaciones de la gestión privada en Sanidad. Véase el **Gráfico 1**.

*Gráfico 1 por aquí*

## **Gestión pública, gestión privada.**

Gestionar consiste en coordinar y motivar a los integrantes de una organización para alcanzar metas individuales y colectivas. La gestión pública, aunque substantivamente gestión, debe desenvolverse con unas limitaciones impuestas por la responsabilidad fiduciaria que constituye la contrapartida a la excepcionalidad del Estado como organización. En una organización privada, tanto la pertenencia a la organización como la distribución entre las partes de obligaciones y derechos resultan de arreglos contractuales (voluntarios en principio). En el Estado, en cambio, los ciudadanos pertenecen obligatoriamente a la organización, que tiene poderes de coacción ejercitables sin aquiescencia individual (Albi et al, 1997).

Las estructuras burocráticas de INSALUD y de los Servicios Regionales de Salud caracterizadas por una elevada producción pública de servicios y sometimiento al derecho administrativo dibujan los rasgos más relevantes en cuanto a limitaciones a la gestión sanitaria (Martín, 1996). Los Organismos Autónomos de carácter administrativo son la forma jurídica predominante en la organización sanitaria

española. Aunque INSALUD e Instituto Catalán de la Salud se configuran como organismos gestores de la Seguridad Social, para los efectos jurídico administrativos su funcionamiento es igual al de los Organismos Autónomos Administrativos: Los bienes asignados a tales organismos conservan su calificación jurídica originaria, las obras se contratan y ejecutan según el sistema general establecido por el Estado, la Intervención fiscaliza derechos y obligaciones, ingresos y pagos, el personal tiene carácter cuasi-funcionarial (estatutario), y se opera, en general, de forma centralizada y escasamente autónoma. Se trata de una organización sanitaria que autolimita su eficiencia al dotarse de un marco no adecuado a la naturaleza de la prestación sanitaria.

Ahora bien, no todas las limitaciones de la gestión pública en sanidad tienen las mismas características: unas son tan inevitables como convenientes, lo que supone que nunca la gestión pública será como la gestión privada ni tiene por qué serlo. Entre las limitaciones a la gestión pública no abordables porque satisfacen objetivos sociales superiores al de eficiencia deben mencionarse el control jurisdiccional y la visibilidad y transparencia de las actuaciones (**Gráfico 2**).

*Gráfico 2 por aquí*

Constituyen limitaciones mitigables abordables mediante la investigación la medida del impacto en el bienestar, tipo Años de Vida Ajustados por Calidad o métodos de evaluación contingente, el establecimiento explícito de prioridades sanitarias frente a decisión secuestrada, las medidas del producto intermedio de los servicios sanitarios, tipo Grupos Relacionados con el Diagnóstico o Grupos de Atención Ambulatoria, o la aplicación de diversos métodos, paramétricos y no paramétricos, para la medición de la eficiencia de los centros sanitarios.

Finalmente, abordables mediante la acción son aquellas limitaciones derivadas de la falta/inadecuación de incentivos organizativos e individuales. Y precisamente aquí entran las propuestas de introducción de mecanismos de cuasicompetencia y mercado (precios, tasas, tiquets moderadores, vales, bonos, mercados de derechos, mercados internos, competencia gestionada, y las nuevas formas de gestión introducidas por la ley 15/1997: fundaciones, consorcios, entes públicos empresariales...) y del gerencialismo en el sector público. González Páramo (1997) identifica el gerencialismo con los siguientes rasgos: 1/ Mayor peso de los elementos competitivos; 2/ Importación de técnicas de gestión empresarial (marketing de servicios, valoración de puestos de trabajo, gestión de inventarios, etc); 3/ Gestión profesional activa y discrecional; 4/ Medidas explícitas sobre objetivos, resultados, costes e impacto sobre el bienestar; 5/ Énfasis en productos finales frente a procesos; 6/ Desagregación del sector público en

unidades manejables; 7/ Controles presuestarios menos específicos y orientados a la evaluación ex-post; 8/ Cultura de servicio y de orientación al usuario; y 9/ Atribución clara de responsabilidades.

### **Gestión privada en Sanidad**

La actuación sobre las limitaciones mitigables a la gestión pública en Sanidad abren una serie de oportunidades a la gestión privada. Dado que el instrumento más importante para la introducción de mecanismos de competencia y para potenciar el gerencialismo en sanidad pasa por la separación entre las funciones de financiación, compra y producción de servicios sanitarios, será útil comparar gestión pública y gestión privada para cada una de dichas funciones. El **cuadro 1** detalla las modalidades que pasan a considerarse.

*Cuadro 1 por aquí*

### **Financiación: Aseguramiento público**

La superioridad del aseguramiento sanitario obligatorio no depende de valores individuales acerca de la equidad sino de la imposibilidad de que exista un mercado de aseguradoras cuando el aseguramiento es libre. El típico individuo-económico-racional compraría cobertura aseguradora únicamente cuando la indemnización esperada más su valoración de la cobertura de riesgo fuera mayor o igual al precio de la póliza, pero las aseguradoras han de cubrir con la prima la indemnización media prevista y los gastos de administración y marketing. Y ahí está el problema: que el coste de producir aseguramiento depende de quien compre el aseguramiento (lo que no ocurre con el coste de producir embutidos u ordenadores) y que lo racional es que sólo lo compren aquéllos que originarán pérdidas a la aseguradora por lo que también es racional que la aseguradora no lo ofrezca, con lo cual el mercado no existe (teorema de Rothschild-Stiglitz).

Se impone el aseguramiento colectivo con una indemnización media esperada mucho más baja al incluir a todo el mundo, riesgos buenos y malos, lo que puede resultar socialmente beneficioso en la medida que el coste de administrar el esquema sea inferior a la utilidad que con el seguro se gana. Como señala Drèze (1994) lo relevante

del acceso al seguro sanitario ha de ser su universalidad con independencia del estado de salud de los individuos aunque no necesariamente con independencia de otros factores individuales.

Un aseguramiento de colectivos podría establecerse como respuesta de las empresas aseguradoras al fenómeno de la selección adversa sin necesidad de que el Estado regulara la obligatoriedad del aseguramiento (sería la solución coasiana). Pero con un 5% de personas concentrando el 60% del gasto sanitario en un año, de poco nos sirve resolver el 40% del problema. Hay que establecer la obligatoriedad del aseguramiento y analizar, en todo caso, si cabe descentralizar ese aseguramiento.

### **Financiación: Aseguramiento privado**

El seguro sanitario privado tiene como cliente a un 20% de la población española pero su importancia económica queda mejor reflejada por su peso del 7% en el total del gasto sanitario. El que podría ser un exponente de virtudes gestoras no parece caracterizarse por su capacidad innovadora a juicio de expertos externos conocedores del sector. Tal vez, como sugiere Portella (1998), el sector ha padecido de dos espejismos: el de centrar sus esperanzas en una imprudente generalización del modelo MUFACE y el de basar su estrategia en la consecución de economías de escala y gama mediante la adquisición de cartera en procesos de absorciones y fusiones. El número de asegurados se ha estancado y el servicio se ha convertido en una "commodity". No se han afrontado los retos de desarrollarse como mercado complementario al aseguramiento público. No se han diferenciado productos que satisfagan las necesidades de los clientes actuales y potenciales y perviven unas relaciones contractuales con los médicos, basadas en el pago por acto y con escasa monitorización de la calidad, lejos de las posibilidades que la medicina gestionada ofrece para el control de la siniestralidad (Artells, 1996).

### **Compra: Descentralización del aseguramiento**

Con financiador público único y aseguramiento obligatorio cabe analizar la posibilidad de descentralizar la decisión de compra bien en una aseguradora, escogida por el ciudadano, bien en una cooperativa de profesionales de atención primaria.

Para poder plantearse la posibilidad de tal descentralización deben investigarse los posibles tratamientos de los problemas de selección de riesgos. La selección de riesgos constituye la respuesta de las aseguradoras al fenómeno de la selección adversa o ocultación de información oportunista previa a la suscripción de una póliza. En un estudio acerca de las prácticas de diversas aseguradoras privadas se constató cómo se evita la selección adversa en base a considerar enfermedades anteriores, expectativas de enfermedad, actividades de riesgo y causas sociales (Ruiz y Nieto, 1997).

El **Gráfico 3** ilustra sobre posibles tratamientos del problema de la selección de riesgos, cuestión que dista de estar resuelta. Y el progreso tecnológico tenderá a agravar tanto la selección adversa como la selección de riesgos: Los avances en el conocimiento del genoma humano y la mayor facilidad para la transmisión de información convertirán a las personas en libros abiertos. Por mucho que se prohíba la transmisión de información genética personal, ésta se producirá si ello puede beneficiar a alguien. Una garantía para que tal información no se utilice interesadamente es que desaparezca el incentivo de lucro asociado a tal utilización: que la función aseguradora no se descentralice en entidades con finalidad lucrativa.

*Gráfico 3 por aquí*

### **Compra: Descentralización del aseguramiento en cooperativas de profesionales de Atención Primaria**

La viabilidad de las asociaciones de profesionales dependerá de su eficiencia relativa: de que puedan funcionar con unos "costes de transacción" menores que los de formas organizativas alternativas.

En principio la asociación de profesionales reduce el conflicto entre discrecionalidad profesional y discrecionalidad gestora -al coincidir ambas en las mismas personas, da mayor control y satisfacción al médico, e implica responsabilidad sobre los aspectos económicos de las decisiones clínicas (a tener en cuenta las posibles interferencias de las consideraciones financieras con las consideraciones clínicas). Esta responsabilidad - convenientemente modulada- lleva a la interiorización del coste social de oportunidad en las decisiones clínicas, y aunque complique tales decisiones constituye una mejor salvaguarda de la libertad clínica que la alternativa de una interferencia permanente en la misma en base a segundas opiniones, perfiles de prescripción, derivaciones canalizadas, autorizaciones administrativas y medidas similares.

Ahora bien, para que las asociaciones de profesionales puedan funcionar (funcionan en los hospitales japoneses y en la atención médica primaria del Reino Unido) se precisa:

Primero. Tamaño de grupo pequeño que permita un proceso democrático, y no costoso, de decisión. Los tamaños excesivos complican los procesos decisorios, hacen la empresa menos manejable, y desincentivan el esfuerzo individual en la medida que se debilita la relación entre este esfuerzo y el resultado de la producción conjunta. Para que un tamaño reducido sea viable hace falta que no se produzcan economías de escala substanciales. Cuando una organización -caso de las cooperativas industriales de Mondragón- se desenvuelve en sectores con importantes economías de escala, el crecimiento constituye una estrategia obligada si quiere mantenerse la competitividad.

Segundo. Posibilidad de control mutuo de la actividad de cada socio. El inevitable control -de rendimiento, calidad, etc- se encarece cuando debe realizarse sobre trabajo profesional ya que sólo lo pueden realizar otros profesionales; de ahí que convenga sea mutuo, entre pares. De nuevo, si el tamaño del grupo no es reducido, se desincentiva el esfuerzo individual de control en la medida que se debilita la relación entre tal esfuerzo y el resultado de la producción conjunta.

Tercero. Que el capital humano, y no el físico, detente el mayor riesgo.

Cuarto. Escasa especialización profesional requerida para la función gestora, de forma que ésta puede ser ventajosamente substituída por el control mutuo.

Estas condiciones, que se dan en la atención primaria, no parecen darse en la atención especializada. Aún con todo, las posibilidades de las cooperativas de profesionales de atención primaria de actuar como compradores tienen un techo en el 30-40% del gasto sanitario: lo que constituye atención primaria propiamente dicha, una parte muy importante del gasto farmacéutico y la atención especializada programable.

La cooperativa utiliza los estímulos derivados de la propiedad y evita la interferencia de las consideraciones clínicas con el afán de lucro. Puede tener, además, otra serie de ventajas que exceden del ámbito de estas líneas<sup>1</sup>.

### **Producción: Proveedores integrados, real o virtualmente, entre niveles asistenciales<sup>2</sup>**

---

<sup>1</sup> Puede consultarse 1/ Ortún V, Gervas J. Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria. **Medicina Clínica** 1996; 106: 97-102; 2/ Ortún V, Gervas J. Las Asociaciones de Profesionales en Medicina General. **Atención Primaria** 1996; 17: 300-302; 3/ Del Llano et al (ed). **Gestión Sanitaria: Innovaciones y desafíos**. Barcelona: Masson y MSD, 1997; y 4/ López G et al (ed). **La regulación de los servicios sanitarios en España**. Madrid: Civitas, 1997.

<sup>2</sup> Basado en Ortún V, Del Llano J. Mercado y Estado en Sanidad. En Del Llano J, Ortún V, Martín Moreno JM, Millán J, Gené J (dir): **Gestión Sanitaria. Innovaciones y desafíos**. Barcelona: Masson y MSD, 1997, p 3-16.

Tanto si se desconcentra el poder de compra (Áreas de Salud, por ejemplo, tal como la Ley General de Sanidad establecía) como si se descentraliza tal poder (en asociaciones de médicos de familia, por ejemplo) habrá que optar entre comprar servicios sanitarios a centros sanitarios o atención sanitaria a proveedores integrados. Y será inevitable poner a cierto riesgo a tales proveedores lo que implica una atenuación de las rigideces funcionariales y una mayor responsabilidad de los centros que abandonarían el incrementalismo presupuestario garantizado. Al lado de las dificultades prácticas que estas dos medidas supondrán las dificultades técnicas, que a continuación se señalan, parecen fácilmente superables.

Entre las dificultades técnicas comunes tanto a la competencia entre proveedores integrados -que cubren todo el continuo asistencial: primaria, especializada y sociosanitaria- como entre proveedores no integrados destacan las derivadas de la presencia de monopolios naturales o de la dificultad de medir el producto incorporando suficientemente la dimensión de calidad. Todas las dimensiones del producto que no se midan aparecerán indebidamente como ineficiencia. Los asesores de las autoridades sanitarias conscientes de este hecho (tal vez porque algún familiar fue diagnosticado/a recientemente de, por ejemplo, leucemia y apreciaron la ingente cantidad de tiempo y el derroche de calidez de distintos profesionales sanitarios empleados a fondo en proporcionar información y consuelo) aplican con cautela sus análisis, paramétricos y no paramétricos, de la eficiencia. Los asesores conocen que su medida del producto no acaba de incorporar todas las dimensiones de calidad: que no puede compararse una fimosis con una sustitución de válvula mitral, ni una persona con comorbilidades (o sin apoyo social o de baja educación) con otra que presente las características opuestas. Ello, no obstante, no debe impedir dirigir la compra de servicios sanitarios hacia los proveedores (si alguna vez llegan a ser autónomos y responsables) de mayor eficiencia con una prudencia proporcional a las dificultades de incorporación de las dimensiones ocultas de los servicios -especialmente la calidad- a las medidas del producto empleadas. Estamos ante una limitación a la gestión pública mitigable mediante investigación: la del ajuste de resultados por los riesgos que el proveedor no controla. Dificultad técnica específica de la compra de atención sanitaria integral es la de controlar la cantidad y calidad de los servicios así como, de nuevo, el ajustar por riesgo el pago capitativo para evitar comportamientos de selección de personas y pacientes según su riesgo.

Dificultad técnica específica de la compra de servicios sanitarios es la de ajustar la medida de producto intermedio -tipo Grupos de Atención Ambulatoria- por aquellas variables que el proveedor no controla, y de las que consecuentemente no es



responsable, así como la de fomentar la necesaria colaboración entre niveles asistenciales que compiten entre sí.

Si bien la conveniencia de flexibilizar la producción pública -y de no garantizar la inmortalidad a organización alguna- suscita cierto consenso como motivo justificativo de la separación entre financiación y producción de servicios sanitarios, otras razones, normalmente aducidas, para la separación financiación/producción no se comparten. Y no se comparten bien por principio bien porque se juzga que los resultados no serán favorables. Entre estas razones no compartidas figuraría el debilitamiento del poder sindical, la contención de costes (más bien la competencia expandiría el gasto sanitario), la mayor eficiencia (aumentan los gastos de administración del sistema como consecuencia de la separación financiación/producción), la mayor sensibilidad a las preferencias del usuario, o el acabar con la politización de la gestión.

Los datos asistenciales (como el Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria) y económicos (como la Central de Balances) de los que se dispone en la actualidad permiten ya una competencia entre hospitales de agudos -por ejemplo- mayor de la que parece políticamente deseable (la que se está dando). Y es que se olvida con frecuencia que la competencia destruye y altera el status quo.

### **Producción: Externalización**

Comprar servicios que se venían produciendo públicamente. La externalización de actividades, la contratación externa de activos no específicos permite a una organización beneficiarse de las ventajas de la especialización y las economías de escala en funciones que no constituyen su núcleo competencial. Aporta las ventajas de la competencia y de la transparencia (limpieza, seguridad, alimentación, proceso de datos, transporte) y puede fácilmente mejorar la especialización y la profesionalización de quienes a esas funciones se dedican. Incluso, aunque no se contrate fuera, la mera posibilidad de hacerlo espolea la eficiencia y la innovación en aquéllos que realizan las funciones en el interior de una organización.

Diversos factores favorecen el reciente aumento de la externalización: 1/ La globalización de la economía (la mayor competencia lleva a las organizaciones a focalizarse en las competencias fundamentales); 2/ La mayor flexibilidad de la producción que hace disminuir el grado de especificidad de los activos; 3/ La mejora en las telecomunicaciones: los avances en telecomunicaciones y los cambios en medios diagnósticos y terapéuticos han desplazado en ocasiones el lugar más adecuado para prestar atención sanitaria pero, sobre todo, permiten una mejor comunicación atención

primaria/atención especializada; 4/ Los excesos de capacidad instalada; 5/ La necesidad de evitar los inconvenientes de la integración vertical: la atenuación de incentivos derivada del mayor tamaño de la organización integrada, la menor adaptabilidad ante los cambios y los mayores costes de influencia a soportar por la organización integrada. Estos inconvenientes también pueden ser paliados mediante integraciones virtuales que dan lugar a una red de proveedores donde cada uno de sus componentes puede ser substituído (siempre que la densidad demográfica lo permita): contratos relacionales, acuerdos estratégicos o las franquicias propuestas por Ibern (1996), concesiones administrativas para gestionar una función monopólica como puede ser la compra de servicios sanitarios; y 6/ Los deseos de erosionar el poder sindical.

### **Producción: La desburocratización de los servicios sanitarios públicos.**

Las fundaciones, las empresas públicas, las sociedades mercantiles y los consorcios permiten desburocratizar la gestión de los servicios sanitarios sin cambiar la titularidad pública de los mismos. Su motivación fundamental viene dada por el deseo de conseguir mayor libertad de actuación fuera de los ámbitos del derecho administrativo, con ventajas de mayor agilidad, e inconvenientes potenciales de pérdida de las garantías del derecho administrativo (concurrencia en la contratación, mérito y capacidad del personal, control del gasto público, motivación de sus decisiones). Ahora bien, en ausencia de mercados competitivos para "productos", capitales y directivos, la mera desburocratización de la organización de los servicios sanitarios públicos resulta insuficiente: hay que introducir una cierta competencia por comparación entre las distintas formas organizativas, públicas -nuevas y tradicionales- y privadas. Constituye, por otra parte, una cuestión empírica valorar si las ganancias en flexibilidad compensan el riesgo de mayor utilización desviada del poder político. Experiencias que se han podido analizar, como la de la Fundación Hospital de Manacor, ofrecen un balance favorable tanto asistencial como económico.

### **Recapitulación**

La gestión privada en Sanidad tiene importantes frentes abiertos en los sectores donde tradicionalmente ha dominado:

- en el aseguramiento privado, donde ha de desarrollar su rol complementario al aseguramiento público, explotando las posibilidades actuales y las que se derivarán de una reorientación del Estado del Bienestar hacia los más pobres, lo que abrirá nuevas oportunidades derivadas de la limitación del alcance y profundidad -de iure o de facto- de la cartera de servicios financiada públicamente (servicios sociosanitarios por ejemplo).

- en la industria farmacéutica con unas empresas multinacionales ubicadas en España que pueden competir y a las que la mayor integración europea les resulta beneficiosa y otras empresas farmacéuticas de capital español con un reducido tamaño medio (que refleja décadas de protección) y que deben emprender un enérgico proceso de cambio para sobrevivir.

La gestión privada de la compra -descentralización del aseguramiento- se enfrenta, en cambio, al difícil problema de eliminar los incentivos a seleccionar riesgos. El incentivo de los beneficios, pese a ser motor de innovación, retribución del riesgo y premio de eficiencia, no funciona de forma sencilla en el sector sanitario. Dado que la solución tampoco pasa por presentar organizaciones sin finalidad de lucro como segundas marcas de organizaciones que persiguen el lucro, hay que mantener un asegurador público -de momento- al no tener éste los incentivos para utilizar de forma ventajosa una información privada cada vez más extensa y disponible.

La gestión privada de la producción tiene como mayor obstáculo el ajustar los resultados por todas aquellas variables que el proveedor no controla. La progresiva externalización de actividades se irá produciendo allá donde la calidad del producto resulta medible más fácilmente y donde pueden realizarse contratos más completos. Esta dificultad de medir el producto está en la base de la persistencia de organizaciones burocráticas, no descentralizadas.

Finalmente, para que la conveniente introducción de gestión privada en Sanidad pueda realizarse con la actual intensidad de preferencias poblacionales en contra de la misma, importa mucho el cómo hacerlo. Y en este punto, una estrategia gradual de radicalismo selectivo puede ser conveniente. El radicalismo selectivo -transformaciones escogidas de gran alcance sobre un frente clave reducido- no incentiva la aparición de grandes coaliciones de bloqueo y permite la formación paulatina de coaliciones de apoyo. Estas últimas líneas sugieren, aunque su justificación queda fuera del ámbito de este artículo, unos pasos inmediatos para la mejora de la gestión sanitaria pública:

1/ Flexibilización de la producción de servicios sanitarios, con proveedores que integren, aunque sea virtualmente, todos los niveles asistenciales (primaria, especializada, sociosanitaria, salud mental) y que compitan en la medida en que la naturaleza de los servicios sanitarios lo permita. No mucho como Dalmau y Puig (1998) muestran. La actual tendencia a gestionar directamente una parte de los servicios asistenciales y concertar otra parte -integración vertical parcial entre financiación y producción en palabras de Ventura (1998)- permitirá comparar diferentes soluciones organizativas siempre que se logren hacer creíbles las amenazas de pérdida de las

actuales posiciones de privilegio e incompetencia, siempre que pueda situarse a cierto riesgo a los proveedores de atención sanitaria. Y ahí están los tímidos avances en la línea de dotar de cierta autonomía a los centros e intentar que los estatutos de personal no imposibiliten las reformas organizativas que se precisan para adaptarse a los notables cambios demográficos, tecnológicos, sociales y epidemiológicos que no paran de producirse.

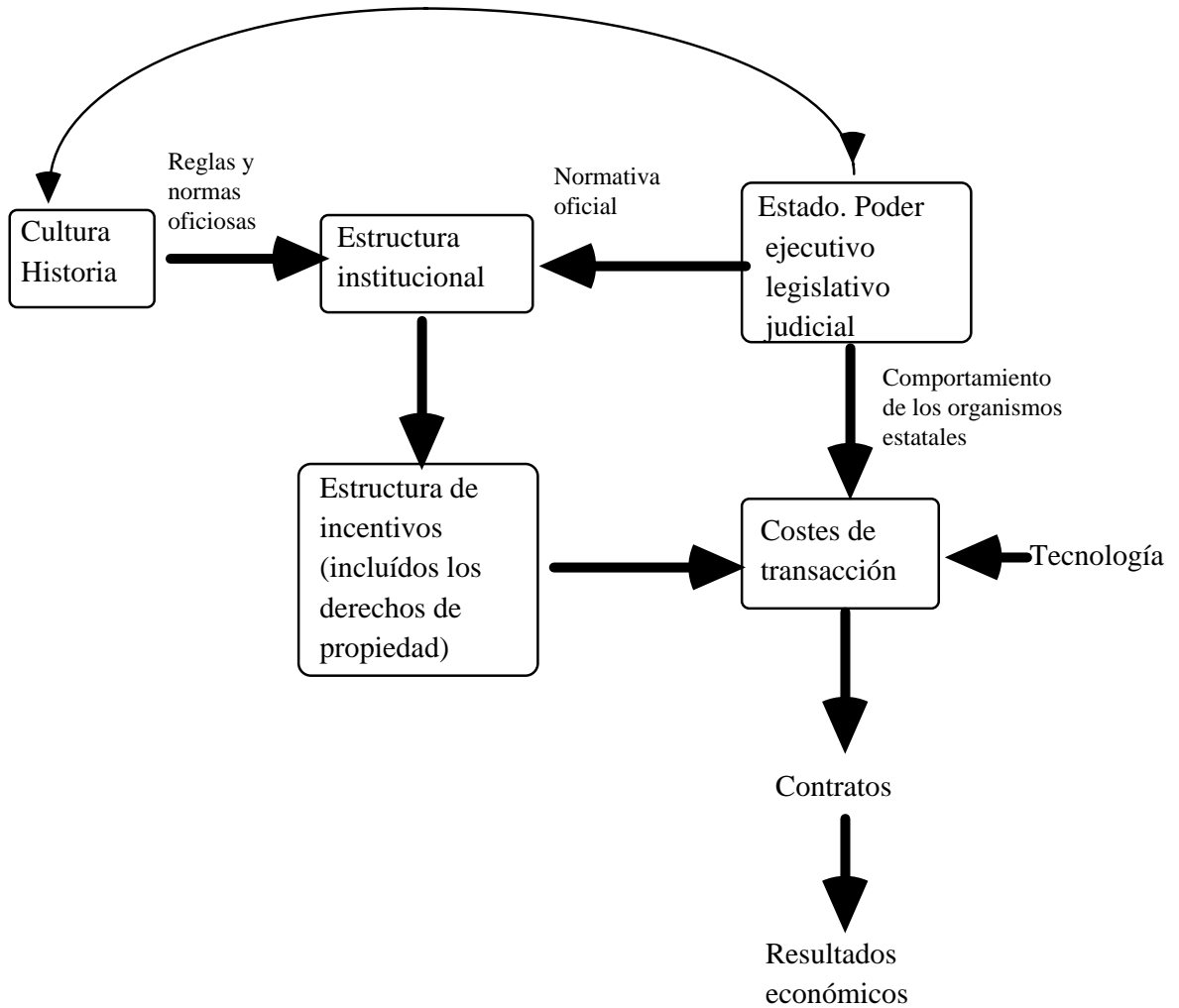
2/ Diseño de consejos de administración y patronatos de organizaciones sanitarias públicas o sin finalidad lucrativa donde los incentivos de la propiedad funcionen en la medida que la irresponsabilidad tenga su castigo económico, profesional, o penal.

3/ Establecimiento de medidas de desempeño clínico, válidas y aceptadas, que permitan mitigar los rigores burocráticos y traducir a hechos el discurso de la gestión clínica, la descentralización y la competencia entre proveedores.

4/ Fomento del ejercicio clínico asociado por cuenta propia en atención primaria sin interferencias de lucro.

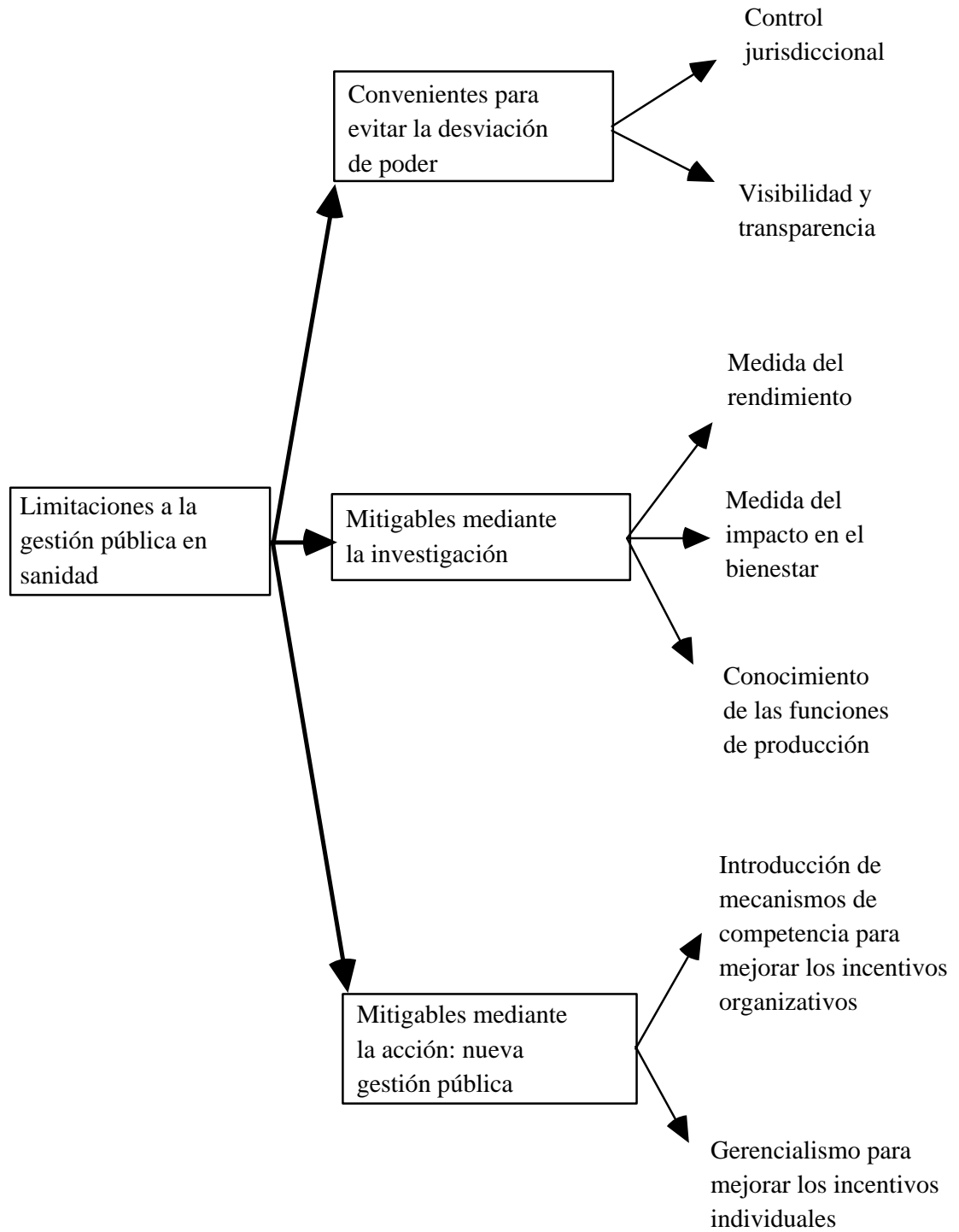
5/ Evitar búsquedas y mantenimiento de rentas a través de actividades de influencia. No siempre puede ser bueno atar los políticos al mástil, como Martín (1998) sugiere para otras circunstancias. Los politiqueros suponen una ineficiencia, pero cortar la comunicación, reforzar la privacidad, y no dar cuentas constituye una forma inaceptable en gestión pública de acabar con las actividades de influencia. Al igual que algunas empresas atemperan el problema de agencia empleador-empleado haciendo que los trabajadores reciban una parte de sus remuneraciones en acciones de la compañía, cabe que la población se siente más propietaria -la famosa participación- y los trabajadores más empresa. Las éticas de servicio público y las éticas profesionales pueden llenar unos espacios que ni el mero interés propio -no necesariamente egoísta- ni la racionalidad instrumental medios-fines pueden ocupar en el terreno sanitario por las conocidas condiciones de incertidumbre, asimetría informativa y especificidad de activos.

**Gráfico 1: Estado, Instituciones y resultados económicos**



fuelle: Banco Mundial. Informe sobre el Desarrollo Mundial 1997, página 34.

**Gráfico 2: Limitaciones a la Gestión Pública en Sanidad**



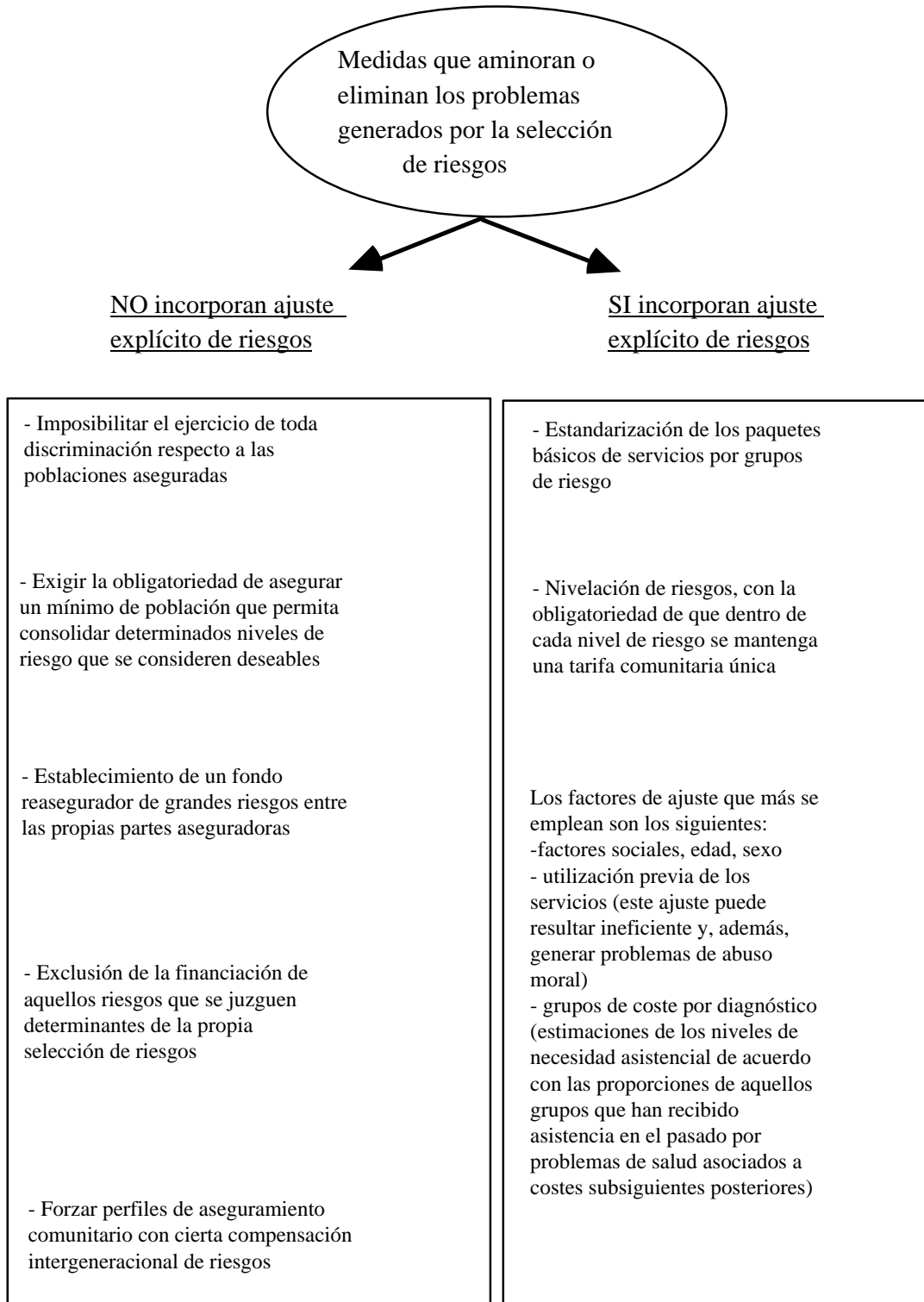
fuelle: V Ortún. Revista Asturiana de Economía 1995; 4: 179-193.

**Cuadro 1: Gestión pública/ gestión privada en Sanidad**

	Financiación	Compra	Producción
Gestión pública	Seguro obligatorio	Monopsonio público, con o sin desconcentración	Producción pública burocrática  Producción pública desburocratizada (ley 15/1997)
Gestión privada	Seguro voluntario	Descentralización: -en aseguradoras - en cooperativas de profesionales de Atención Primaria  Franquiciados privados que han obtenido licencia para competir por el mercado (Ibern, 1996)	Proveedores de servicios sanitarios de titularidad privada  Externalización

fuente: Elaboración propia.

**Gráfico 3: Posibles tratamientos de la selección de riesgos**



fuelle: López G, Ortún V. Economía y Salud. Madrid: Ed Encuentro, 1998, p 61.



## **Bibliografía**

Albi E, González Páramo JM, López Casasnovas G. **Gestión pública**. Barcelona: Ariel, 1997.

Artells JJ. Modelos de organización del sector asegurador sanitario. En Puerta el al (ed): **Sanidad privada: ¿Cuál será el próximo acto?** Madrid: Noesis, Sanitas y SmithKline Beecham, 1996.

Banco Mundial. **El Estado en un mundo en transformación. Informe sobre el Desarrollo Mundial 1997**. Washington D.C.: Banco Mundial, 1997.

Dalmau E, Puig J. Market structure and hospital efficiency: Evaluating potential effects of deregulation in a national health service. **Review of Industrial Organization**; 1998, en prensa.

Del Llano J, Ortún V, Martín Moreno JM, Millán J, Gené J. **Gestión Sanitaria. Innovaciones y desafíos**. Barcelona: Masson y MSD, 1997.

Drèze J. Forty years of Public Economics: a personal perspective. **Journal of Economic Perspectives** 1994; p 111-130.

González Páramo JM. **Cambios organizativos al servicio de la gestión pública**. IV Seminario La Gestión del Cambio en los Servicios Sanitarios. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 6 y 7 de noviembre de 1997. Libro de ponencias.

Ibern P. Subastas de contratos de franquicia e incentivos: una aplicación a la atención primaria de salud. **Hacienda Pública Española** 1996; 139: 7-21.

López Casasnovas G, Ortún V. **Economía y Salud. Fundamentos y políticas**. Madrid: Ed Encuentro, 1998.

Martín J. Cambios en la regulación del sistema sanitario público español: incentivos y eficiencia. En Meneu R y V Ortún (dir): **Política y gestión sanitaria: La agenda explícita**. Barcelona: SG editores y Asociación de Economía de la Salud, 1996; págs 177-217.

Martín J. Las nuevas experiencias en gestión sanitaria. En **Informe SESPAS 1998. La Salud Pública y el futuro del Estado del Bienestar**. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1998.

Portella E. El desarrollo del seguro de salud: un reto entre espejismos. **Expansión**, 26 de enero de 1998, p. VII (especiales Medicina Privada).

Ruíz García S, Nieto M. **La selección adversa en las pólizas médicas**. Barcelona: 1997, multicopiado.

Ventura J. **Posibilidades y límites en la innovación sanitaria: dinero público gestionado privadamente**. Madrid: Fundación BBV, en prensa.