

## La contratación externa en la gestión pública: el caso de los servicios sanitarios

**Guillem López Casanovas**  
**Laura Pellisè Urquiza**

*Departamento de Economía Política, Hacienda Pública y  
Derecho Financiero y Tributario  
Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales  
Universidad de Barcelona  
Avda. Diagonal, 690 - 08034 Barcelona*

### La contratación externa en la gestión pública: el caso de los servicios sanitarios.

### Health Services Contracting Out

#### RESUMEN

#### ABSTRACT

El presente trabajo tiene por objeto analizar las políticas de concertación de servicios públicos. El artículo se divide en dos partes: La primera trata de resumir los argumentos que suelen respaldar las políticas de contratación externa de servicios públicos, señalando sus ventajas e inconvenientes a la vista de la evidencia empírica de la que se dispone.

La segunda parte analiza la estrategia seguida para la aplicación de dichas políticas. Para ello se discuten dos aproximaciones. La primera destaca que la concertación debiera tener lugar, "caeteris paribus" todo lo demás, sólo cuando los servicios públicos consiguieran su máximo de utilización prevista. La segunda, fundamenta la decisión de concertar o no en argumentos de pura eficiencia económica, no aceptando para ello el criterio del "peso muerto" o herencia del pasado.

Ambas ópticas se contrastan a partir de la evidencia disponible de la concertación hospitalaria en Cataluña.

This paper is divided in two parts. The first one summarises the most important features of the contracting-out policies in public sector analysis.

The main arguments in support of this are discussed and some caveats are presented according to the empirical evidence available. The second part analyses the contracting-out policies from the implementation strategy side, as it is pursued in the health care sector of contracting-out policies. Two views are here discussed. The first one points out that since hospital capacity is usually a "sunk cost" in public expenditure, no contracting should take place without improving public hospital facilities. The second view favours a contracting-out policy even in the last case, since efficiency must prevail always over other arguments.

These two views are explored, looking at the evidence available in the Catalan Hospital Health Care Sector in Spain.

## La contratación externa en la gestión pública: el caso de los servicios sanitarios\*.

### I. EL CONCEPTO DE CONTRATACIÓN EXTERNA

Bajo el concepto de contratación externa pueden contenerse diversas acepciones. Entendemos por concertación externa en este trabajo, aquella que resulta de (i) la organización descentralizada de la provisión, (ii) basada en un contrato de financiación expresado en términos de la actividad realizada, (iii) proveniente de un acuerdo resultado de la interacción de la oferta y la demanda y (iv) que supone una forma de provisión pública con producción privada.

Refiriendo dicho concepto a los servicios públicos, y como D. HEALD (1984) señala, se trata de una modalidad de privatización de la producción de servicios públicos, aún manteniéndolos bajo financiación pública ya sea de modo directo o bajo la forma de vales o bonos.

Cuatro son al menos, por lo tanto, las características de la concertación externa:

1. La contratación se enmarca en un campo en que la operativa administrativa jerarquizada pierde peso en favor de una mayor autonomía en la gestión. En otras palabras, y desde la óptica de la teoría de las organizaciones, con la decisión de contratar externamente se está dispuesto a aceptar un posible incremento de los costes de transacción derivados del cambio en el modo de provisión —ya que la solidaridad de las partes con los objetivos del sistema se reduce— a cambio de un descenso esperado en los costes de producción como resultado de una ejecución más eficiente del contenido del contrato<sup>1</sup>.

\* Este trabajo es parte de la Ponencia que el primero de los autores presentó a las III Jornadas de Economía de los Servicios Sociales, celebradas en Palma de Mallorca, en Marzo de 1988.

1. Se consideran costes de transacción los derivados de la concreción "ex ante" del contenido de un contrato y de la necesidad de ejercer un seguimiento "ex post" para asegurar su cumplimiento. Como señala R.C.O. MATTEWS, (ob. cit.) una de las causas del crecimiento de los costes de transacción experimentado en las sociedades modernas es la progresiva división del trabajo y la consiguiente especialización. En este sentido, y desde una óptica hicksiana, podría reconocerse que la innovación registrada en los procesos de producción ha resultado sesgada en

2. El acuerdo se produce en términos de la actividad realizada, aunque sea ésta generalmente medida, únicamente, por sus outputs intermedios. En el caso de los servicios sanitarios éstos se suelen referir al número de estancias, pacientes tratados, ingresos por niveles asistenciales definidos, patologías vistas, etc. Basar la contratación en el output permite, contrariamente a lo que sucede si el acuerdo se basa en la utilización de inputs, una mayor autonomía en la gestión del proveedor, una mayor motivación a la búsqueda de información sobre distintas fronteras de producción, un mayor incentivo a la coordinación de factores y un menor esfuerzo en internalizar los beneficios externos producidos dentro de la unidad de provisión (HOENACK, 1983).

3. El acuerdo es resultado de un cierto mecanismo de mercado en el que, de modo previo a la contratación, existe oferta y contraoferta de producción. Dicho acuerdo se acompaña de un componente financiero, de compensación o remuneración, fijado en términos de la actividad realizada. En la medida que existan situaciones asimétricas en la información disponible sobre dicha actividad, la compatibilidad de intereses y la fijación de incentivos en la dirección apropiada (objetivos del sistema), exigirá, a su vez, una participación de los agentes proveedores en los resultados conseguidos. La teoría económica de la relación de agencia ofrece soporte analítico para la fundamentación de dicho resultado (véase FAMA (1980), RADNER (1981)).

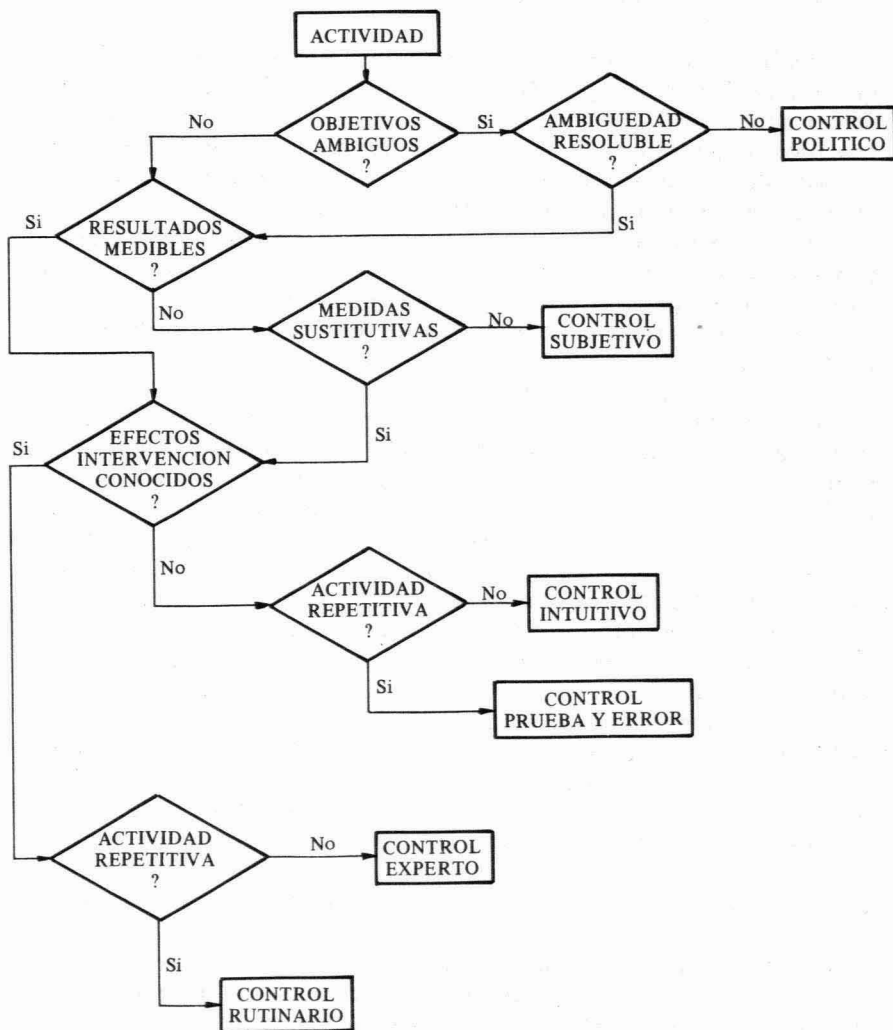
4. Finalmente, y de modo consecuente con el punto anterior, la modalidad de control exigida vendrá determinada por la especificación y contenido del contrato establecido. Las diferentes modalidades se resumen en el cuadro siguiente.

.../...  
la dirección de significar ahorros importantes en los costes de producción dentro de los costes totales de provisión. En otras palabras: las habilidades en tratar y manipular "cosas" han mejorado más rápidamente que las referidas a tratar con personas (Matthews, pág. 907).

La contratación derivada de aquella especialización requiere, en muchos casos, reforzar los mecanismos de solidaridad del sistema. En otras palabras, se hace más necesario salvaguardar el sistema de comportamientos oportunistas en la interpretación del contrato. Ello genera unos costes de transacción que pueden llegar a contrarrestar los ahorros en los costes de producción en que se incurre y así en la racionalidad de la concertación externa.

CUADRO 1

TIPOLOGIA:



## II. LA CONTRATACIÓN EXTERNA DE SERVICIOS PÚBLICOS: BASES TEÓRICAS DE JUSTIFICACIÓN.

La literatura existente sobre contratación externa de servicios públicos (véase, por ejemplo, HEALD (1984), HARTLEY (1984), entre otros) parece justificar mayormente el interés de dicha modalidad de provisión sobre supuestos de eficiencia económica, bajo la presunción genérica de que la persecución del propio interés tiende a promover la eficiencia en los individuos y las organizaciones.

Esta posición se basaría en los argumentos siguientes: la titularidad privada supone formas de organización más sensibles a la coyuntura (incluyendo aquí desde el posible cambio en la consideración de centros de costes/centros de beneficios hasta los procesos de información de actividades productivas); la existencia de menores restricciones en la adaptación a la combinación factorial más adecuada, en atención a los costes relativos cambiantes, sobre una base de motivación a la mejora en las tecnologías de gestión y "know-how" (JUDGE y KNAPP (1984)) en la utilización de los recursos productivos; la presencia de una mayor flexibilidad en las respuestas a las innovaciones producidas en cada momento en el sector; y, finalmente, la definición de un sistema de control más ajustado a la realidad de la gestión, y menos vinculado a procedimientos formales genéricos en todo el sector público.

A los puntos anteriores podrían añadirse las ventajas que puede representar el aumento de opciones de consumo en el bienestar del ciudadano y así, quizás, en el objetivo de equidad (LE GRAND, 1987).

Sin embargo, como señala P. MINFORD, la presunción anterior de justificación de la contratación externa u opción privatizadora en general por la vía de la eficiencia se deberá calificar: El Estado se involucra en las instituciones de manera diferente a como lo hace la tecnología, debido a que el Estado es quien garantiza, en último término, los derechos de propiedad de los agentes. Es por ello que se debe estar preparado para identificar qué tipos de derechos y obligaciones se está dispuesto a reconocer y a reforzar, y hasta qué punto<sup>2</sup>; y, entre éstos, la medida en que se quiera perseguir el objetivo de eficiencia sin perder el control democrático sobre los mecanismos de provisión. La provisión de servicios sanitarios puede ser en este sentido un buen ejemplo. Resulta claro que el sistema sanitario que se desea es el resultado de una elección democrática y, por tanto, depende de actitudes e ideologías, expresadas generalmente en cuestiones de asignación y distribución dentro de

2. Citado por K. JUDGE y M. KNAPP (ob. cit).

los sistemas sanitarios, no siempre compaginables a través de sistemas mixtos de provisión (MAYNARD, WILLIAMS (1984)).

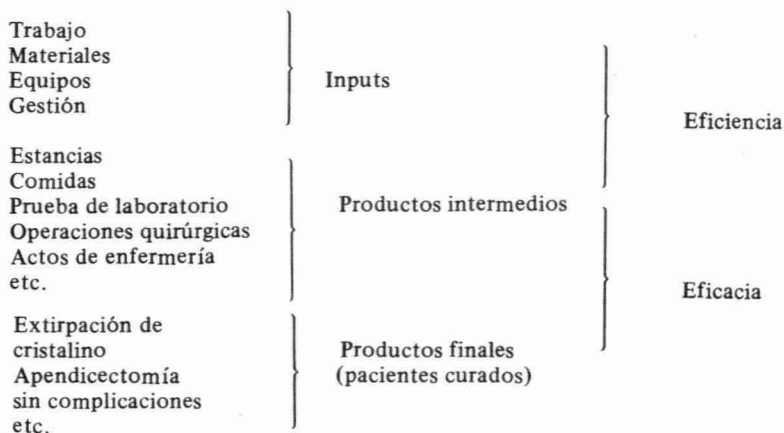
En cualquier caso, aún acordados los objetivos que se quieran servir en términos de equidad y eficiencia, juzgar la bondad de un tipo de provisión u otro requerirá un esfuerzo adicional. Plantear el análisis de sistemas idealizados de provisión infiriendo sus efectos en abstracto no suele resultar útil para aquellos efectos. Ni la equidad está garantizada bajo una titularidad de provisión determinada (LE GRAND (1982)), ni es real la presunción de eficiencia postulada en abstracto por los partidarios del sistema de mercado, cuya imagen ideal puede acabar siendo completamente irrelevante y una utopía inalcanzable en la realidad CULYER (1982). Ello obliga a descender al terreno de las contrastaciones empíricas pese a que los resultados de éstas no siempre sean concluyentes.

### III. LA CONTRATACIÓN EXTERNA DE SERVICIOS SANITARIOS

En la práctica, la razón de contratar externamente los servicios sanitarios puede basarse: en principio, en dos supuestos:

1. La insuficiencia de medios asistenciales propios sobre el territorio en un momento dado en el tiempo. Tanto razones históricas como de coste de oportunidad en la provisión (dimensión, flexibilidad, marginalidad de la provisión, etc.) pueden basar este argumento.

CUADRO 2



Mejora en el estado de salud (resultado mediato).

2. La constatación de un ahorro en los costes incurridos en la provisión que ya se viene realizando a través de la concertación, con lo que se espera un mejor ajuste a la nueva situación financiera que se haya podido crear, por ejemplo, como resultado de una mayor limitación del gasto sanitario.

Dichos argumentos pueden afectar a cualquiera de las partes integrantes del proceso de producción de servicios sanitarios, tal como recoge el Cuadro 2 para el caso hospitalario.

Sobre la base anterior pueden distinguirse las siguientes modalidades de concertación.

1. Una primera modalidad de concertación externa en los servicios sanitarios consiste en la contratación de inputs no directamente relacionados con los servicios de diagnóstico y tratamiento, si no tan sólo requeridos por éstos últimos como soporte de la actividad asistencial. Este sería el caso del transporte de enfermos, servicios domésticos en centros sanitarios, de hostelería, etc.

En este campo no existen demasiados estudios empíricos que permitan la validación para dicha modalidad de las bases teóricas que acostumbran a argumentarse para la contratación externa de dichos servicios. Es quizás una excepción el trabajo de DOMBERGER, MEADOW-CROFT y THOMPSON (1987). Dichos autores han analizado, recientemente, los efectos de la licitación de contratos de servicios hospitalarios domésticos (mantenimiento, lavandería y servicios de planta) en el Servicio Nacional de la Salud británico. Su estudio compara los costes de dichos servicios entre diferentes hospitales según resulten de contratos licitados públicamente o su provisión se produzca de modo directo desde el centro hospitalario.

Dicho análisis se centra en la estimación econométrica de variaciones en el coste<sup>3</sup> para una muestra de centros hospitalarios. El estudio concluye que la introducción de ofertas competitivas en la contratación de servicios hospitalarios domésticos ha resultado en ahorros sustanciales en los costes unitarios de provisión, que se estiman del orden del 20%<sup>4</sup>.

Independientemente de los resultados concretos de aquel estudio, este tipo de aproximación debería tener en cuenta los siguientes extremos, que resultan relevantes para refinar las inferencias posteriores que de dichos resultados suelen derivarse:

3. Para un análisis exhaustivo de dicho punto véase G. LOPEZ (1984): *A Budget based contract to improve efficiency in the Hospital Sector*, Universidad de York, (mimeo).

4. No existe evidencia generalizada sobre este tipo de políticas. En este punto MAYNARD y WILLIAMS (1984) citan el caso de la contratación externa de servicios de lavandería de Calderdale, en la Autoridad Sanitaria de la Región de Yorkshire, en la que el propósito gubernamental no resultó justificado empíricamente en términos de ahorro en los costes incurridos, aunque se mantuvo la opción privatizadora (pág. 109).

(i) La necesidad de ajuste por la necesidad o no de que los diferentes ofertantes (público-privado) deban asumir los costes provenientes de lo que podríamos denominar la herencia del pasado, haciéndose cargo, por ejemplo, del personal, instalaciones, subrogación en condiciones de contrata, costes de “hundimiento” (sunk-costs) etc., o puedan éstos obviarse.

(ii) Los problemas derivados de la asimetría en la información entre el actual proveedor y el ofertante potencial, en cuanto no ya a la influencia que pueda tener cada cual en la unidad decisora, si no al estudio de costes previo que suele servir de base a la concurrencia de ofertas.

(iii) La dificultad, en alguno de los supuestos, de definir los outputs objeto de contratación, debiendo acudir a la especificación de los inputs utilizados, por ejemplo en términos de calidad, regularidad, variedad, etc., lo que puede acabar obstaculizando la evaluación o seguimiento en el cumplimiento de dichos contratos. Ello puede incrementar los costes que de transacción por encima de cualquier potencial ahorro esperado.

(iv) Finalmente, que los “precios” concertados puedan diverger de los costes de provisión finales (por ejemplo, como resultado de ofertas conscientemente infravaloradas), siendo por ello necesario considerar los márgenes que deja abierto el sistema para la revisión de contratos y la simetría efectiva que exista en la operación de dichas cláusulas entre las partes.

2. Una segunda modalidad de concertación, que ha merecido además una atención creciente en los últimos años, se basa en la contratación, no ya de lo que son productos intermedios del área de gestión hotelera del centro hospitalario, pongamos por caso, sino de su output final, aunque éste no tenga un carácter mediato. Dicho output resulta de las diferentes áreas incluidas en el hospital (clínica, técnica y hotelera) en términos de pacientes curados o, cuando menos, satisfactoriamente tratados.

Este es el caso más común, al que nos referiremos más adelante, como concertación hospitalaria.

3. Una tercera modalidad es la de concertación de resultados finales en términos de población íntegramente atendida por formas privadas de protección sanitaria. La obligación y el modo de financiación hacen que dicha forma de provisión se deba considerar aún como pública. Este sería el caso, en nuestro país, de aquellos funcionarios del Estado que eligen la asistencia sanitaria privada, a partir de la financiación pública de la Mutualidad de Funcionarios de la Administración Civil del Estado (MUFACE). Sin embargo, el campo de experimentación más importante en esta línea de provisión viene de la mano de las HMO (Organizacio-



nes para el Mantenimiento de la Salud) estadounidenses<sup>5</sup>.

Dicha modalidad no supone hoy de hecho contratación externa alguna por parte del sector público, sino una modalidad de seguro. Sin embargo, su análisis aquí se justificaría por el hecho de que diferentes autores (ENTHOVEN (1986), GREEN (1986)) han postulado dicha forma de prestación como una de las reformas políticamente factibles dentro de los Sistemas Nacionales de Salud. Se pretende con esta modalidad introducir mayores posibilidades de elección por parte del consumidor, sin que pierda el sector público la responsabilidad regulatoria y de financiación<sup>6</sup>.

Consideradas genéricamente, las HMO constituyen una forma de atención instaurada en 1940 por la Fundación Kaiser, y que ha conocido un enorme desarrollo en los últimos años<sup>7</sup>. En la actualidad, consiste en la compra, por parte de los consumidores, de la condición de miembro (en lugar de comprar un seguro propiamente dicho) de una de las Organizaciones. Consecuentemente, cuando un afiliado necesita asistencia puede acudir a alguno de los centros (propios o concertados) de la HMO a la que pertenece para recibir atención médica (incluida la hospitalización). Las facturas se envían a la HMO y no al paciente. Supone, por tanto, un pago anticipado sobre una base anual, realizado antes y no después del tratamiento. En realidad se trata de lo que podríamos considerar una *medicina socializada promovida por empresas privadas*, aligeradas, sin embargo, de dos de los grandes problemas que suelen concurrir en los sistemas de tipo Servicio Nacional de Salud: (i) el de la falta de incentivos y agilidad ante los procesos de innovación registrados en el sector; y (ii) los derivados de la imposición de estructuras de gobierno que deben guiar la totalidad de las decisiones de los profesionales (ya sean estos asalariados, ya sean proveedores bajo prácticas independientes). En este sentido, se postula en favor de las HMO su capacidad

5. A. ENTHOVEN basa su propuesta en descentralizar el Sistema Nacional de Salud a través de la organización interna de HMOs (Organizaciones para el mantenimiento de la Salud) con el respaldo de los sindicatos y bajo la coordinación y tutela de la Autoridad del Distrito Sanitario. Afiliado a dichas organizaciones, si el ciudadano quisiera más calidad (servicios de hostelería) podría siempre pagar la diferencia entre la provisión garantizada por el sistema y la otorgada por la respectiva HMO. De otro modo, podrían ser las propias organizaciones que competirían en la diferenciación de su oferta para atraer afiliación.

A dichas propuestas formuladas a instancias del propio DHSS del gobierno conservador británico, se añaden las que hacen referencia al intento de que fuesen los hospitales quienes arrendasen los servicios de asistencia primaria, integrando de este modo los servicios sanitarios de área.

6. Una alternativa a dicha propuesta consiste en la simulación de mercados dentro del Sector Público en la determinación de la financiación hospitalaria (véase G. LOPEZ (1985), BEVAN (1984)).

7. En la actualidad, el 11% de la población norteamericana pertenece a diferentes HMOs. Kaiser, Cigna, Maxi Care y U.S. Health Care System son las grandes compañías de esta modalidad de provisión.

de motivar a los profesionales sanitarios a través de incentivar la mejora en la calidad asistencial (atracción de afiliados) y a la contención de costes (a la búsqueda de un pre-pago más competitivo)<sup>8</sup>.

Las ventajas postuladas para esta modalidad de contratación en consistencia con los objetivos del Estado, radicarían además en:

1. Su consistencia con el concepto de salud como output final de la asistencia sanitaria. Es decir, se produce un pago (anticipado) por parte de los miembros del grupo (por tanto, respecto de los valores medios y no reales individuales) en contraprestación a los servicios de mantenimiento de la salud del colectivo. Con ello se estimulan las políticas de prevención y su tratamiento más eficiente.

2. El estímulo constante a la revisión de prácticas cuya asociación de costes y beneficios no resulta probada, en favor del estudio de otras alternativas más eficientes.

Para el despliegue de todas las virtualidades de este tipo de organizaciones se requieren al menos los siguientes desarrollos:

(i) que se trate de sistemas integrados de provisión, abarcando ofertas asistenciales alternativas a la hospitalización;

(ii) que las organizaciones proveedoras mantengan en el tiempo y en el espacio una base competitiva, evitando ofertas monopólicas u oligopólicas;

(iii) que se controle por el output de los niveles asistenciales ofrecidos, evitando el acortamiento injustificado de determinados tratamientos, así como su sustitución por alternativas asistenciales de calidad dudosa; aunque como reconoce EASTERBROOK (1987), éste acaba siendo un problema interno menor, ya que, aún hoy, sigue siendo difícil decir realmente en muchos casos qué nivel de atención sanitaria es el correcto.

Los estudios empíricos parecen probar que dichas HMOs pueden reducir los gastos de atención sanitaria en un 25% (al menos en el momento inicial de su implantación)<sup>9</sup> sin efectos adversos sobre la población en general -aunque, como afirma EASTERBROOK, resulta más difícil precisar dicho resultado para grupos de población específicos (pobres, personas sin posibilidad de valerse por sí mismas, etc.).

4. Una fórmula intermedia entre las anteriores es la basada en la contratación de productos intermedios de servicios de diagnóstico

8. El no cumplimiento de los puntos (i) y (ii) anteriores, limita la posibilidad de que Mútuas privadas y compañías aseguradoras españolas se asemejen a aquellas formas de provisión, MUFACE presentaría mayores similitudes de no mediar el pago coactivo y el hecho de que los efectos de la elección de proveedor, en términos de ahorro de costes, no resulten en beneficio del afiliado.

9. El hecho conocido de que empresas como General Motors y Chrysler hayan mostrado interés en dar acceso a sus trabajadores jubilados a las HMO, considerando la posibilidad de aceptar pacientes por el 95% del coste anual de Medicare por beneficiario, creyendo que pueden obtener beneficios a dicho tipo reducido, parece ratificar el punto anterior.

y/o tratamiento, tales como los derivados del CAT scanner, oxígeno-terapia, hemodiálisis, litotricia, etc., o, más globalmente, a los servicios resultantes de la integración de las distintas áreas de gestión.

Las modalidades de concertación vistas requieren en su operativa la precisión de los siguientes extremos:

(i) La definición de la extensión que se quiere dar al alcance de la complementariedad que pueda tener la provisión ajena dentro de la red asistencial, tanto en los aspectos relativos a la planificación sanitaria como a su financiación. En este sentido, cabe determinar de modo coherente, los márgenes de libertad (competencia) que se quiere dar en el sistema a los flujos de actividad por parte de las diferentes unidades proveedoras, y las consecuencias que éstos deban tener en su financiación.

(ii) El establecimiento de un marco básico de regulación en términos de acreditación (niveles asistenciales), sistemas de información (asistencial y de costes) y auditoría, reconocimiento de los derechos del usuario, etc.

(iii) La especificación del contenido del contrato, en términos de duración (estabilidad del acuerdo), sistemas de seguimiento, penalización y revisión.

(iv) Las bases de financiación, unidades de pago, formación de tarifas, ajustes ante desviaciones, revisiones contractuales y otros mecanismos de incentivo que se quieran establecer para garantizar la consecución de determinados objetivos asistenciales.

#### IV. LA CONTRATACIÓN EXTERNA DE SERVICIOS SANITARIOS EN ESPAÑA

##### IV.1. Breve descripción del sistema sanitario español.

Un sistema sanitario puede esquematizarse en su modelo de provisión o financiación en torno a los agentes siguientes: (i) financiadores primarios (familias y empresas); (ii) intermediarios financieros (Estado, Seguridad Social y Mutualidades y Compañías aseguradoras); y (iii) proveedores de servicios en los diversos ámbitos asistenciales (primaria, hospitalaria, etc.).

Dentro de las coordinadas anteriores el sistema sanitario español puede describirse del modo siguiente:

CUADRO 3  
EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL: RASGOS ESTILIZADOS (1986)

POBLACION PROTEGIDA (s/total)	SEGURIDAD SOCIAL	94,4%
	SEGURO PRIVADO	1,5%
	SEGURO PRIVADO Y SEG. SOCIAL	10,7%
GASTO SANITARIO (5,6% PIB)	PUBLICO (76%)	Seg. Soc. (82%)
		Estado (9%)
		Corp. Locales (9%)
FINANCIACION	PRIVADO (24%)	Ayts. 2% Prov. 7%
		Farmacia (32%)
		Prótesis (8%)
PROVEEDORES	SEGURIDAD SOCIAL	Seguro (15%)
		IAL/ISAL (44%)
		COTIZACIONES (75%)
FINANCIACION	RESTO SISTEMA PUBLICO	TRANSFER. (25%)
		IMPUESTOS
		PRIMAS
PROVEEDORES	PUBLICO	Medios Propios 68%
		Medios Ajenos 15%
		Farmacia 17%
	PRIVADO <sup>10</sup>	

Nota: IAL/ISAL: Instituciones con y sin ánimo de lucro.

Fuente: G. LOPEZ (1986).

10. No se conoce para el conjunto del gasto sanitario español los sectores de destino de dicho gasto según entidades proveedoras. Para el caso de Cataluña, y referido al ejercicio de 1981, M. RODRIGUEZ (art. cit.) estima para las familias una concentración del gasto en asistencia extrahospitalaria y en asistencia hospitalaria para las instituciones privadas sin fin de lucro.

El gasto en asistencia hospitalaria financiado por las familias representaba el 10,4% del total, y el 42,2% del extrahospitalario, mientras que para las instituciones privadas sin fin de lucro dichas cifras eran del 0,8 y 0,4 respectivamente.

Dentro de este cuadro general, tanto en las cifras relativas a la cobertura y funciones de gasto realizadas por servicios, como a su composición por proveedores, no existe, sin embargo, homogeneidad entre las distintas Comunidades Autónomas. Así por ejemplo, en el caso de Cataluña el porcentaje estimado de población que mantiene seguro público y privado de modo simultáneo es tres veces mayor al correspondiente al conjunto del Estado español (36,4%). Así mismo, la utilización de medios hospitalarios ajenos por parte de la Seguridad Social cuatricula en Cataluña los valores medios estatales; por su parte, el gasto sanitario municipal y provincial dobla el medio del Estado, debido básicamente, al efecto de Barcelona dentro del total del gasto sanitario local.

En conjunto, el 73% del gasto sanitario en Cataluña, se financia públicamente, pero este se generaba en 1986 en un 33% en centro de titularidad privada, con y sin ánimo de lucro, mientras que dicha cifra representaba un 14,6% para el INSALUD. A su vez, en cuanto a la participación de instituciones privadas sin fin de lucro y del sector privado en general (médicos, clínicas y farmacias) en el total del gasto del sector sanitario, para 1981, este se cifraba en un 60,2%, contabilizándose, mayoritariamente, para el primero de los casos en la asistencia hospitalaria (sector privado sin fin de lucro) y en la extrahospitalaria para el segundo de los casos (sector privado con ánimo de lucro). (Véase para un mayor análisis: M. RODRIGUEZ (1988)).

En definitiva, la diferente estructura de provisión y financiación, así como la descentralización producida en nuestro sistema sanitario a lo largo de los últimos años, permite distinguir hoy la política de concertación seguida por el INSALUD, de la propia del INSTITUT CATALA DE LA SALUT para Cataluña.

#### IV.2. LA CONCERTACIÓN INSALUD

El papel de los medios ajenos en la provisión pública de servicios sanitarios incluye dos vertientes. La que representan los centros ajenos administrados por el propio INSALUD y la referida propiamente a la acción concertada.

En la práctica cabe anotar que la distinción entre medios propios y medios ajenos administrados y financiados por el INSALUD reviste escasa importancia a los efectos de este trabajo y, en cualquier caso, pierde relevancia a partir de 1985 debido a la integración registrada de la mayoría de aquellos centros (los Hospitales Clínicos Universitarios en particular) en la red sanitaria de la Seguridad Social<sup>11</sup>.

11. La Ley 50/1984 de 30 de Diciembre de Presupuestos Generales del Estado para 1985 establece que los Hospitales Clínicos Universitarios quedan desafectados del Ministerio de Edu-

Desglosadas por áreas de gestión, y en miles de pesetas, la importancia de la asistencia sanitaria con medios ajenos prestada por el INSALUD en nuestro país se resume, para 1987, en el Cuadro siguiente<sup>12</sup>:

CUADRO 4  
EL GASTO EN ASISTENCIA SANITARIA (1987) (en miles de ptas.)

<b>Asistencia sanitaria con medios propios</b>		<b>Gastos por prótesis y vehículos para inválidos</b>	
A domicilio	98.383.297	A domicilio	1.475.247
II SS abiertas	62.329.486	II SS abiertas	223.314
Hospitales	401.127.848	Hospitales	6.012.023
		Hosp. Admin.	645.088
<b>Asistencia sanitaria con medios ajenos</b>		<b>Las inversiones reales fueron las siguientes:</b>	
II SS abiertas	7.625.690		
Hospitales	63.919.034	<b>Asistencia sanitaria con medios propios</b>	
Hosp. Admin.	15.359.132	II SS abiertas	8.767.986
Entregas por desplazamiento	703.618	Hospitales	19.801.704
Otros servicios	14.938.863		
<b>Medicina Preventiva</b>	1.154.718	<b>Asistencia sanitaria con medios ajenos</b>	131.599
<b>Gastos en farmacia sin aportación del beneficiario</b>		<b>Investigación</b>	18.104
A domicilio	156.264.285	<b>Docencia</b>	12.817
		<b>Medicina Prevent.</b>	16.026
<b>Investigación y docencia</b>		<b>Administración General</b>	325.219
Investigación	2.117.811		
Docencia	8.904.634		

Fuente: Memoria INSALUD, 1987.

En cuanto a los componentes de la asistencia concertada INSALUD y a su titularidad, estos son los datos correspondientes a 1986:

El número de centros de carácter hospitalario concertado por el Instituto Nacional de la Salud en 1986 era de 237, con el siguiente desglose:

cación y Ciencia adscribiéndose al Ministerio de Sanidad y Consumo, quedando integrados (Orden de 13 de Septiembre de 1985) en la red sanitaria de la Seguridad Social. Ello explica que en 1985 el número de camas se haya reducido a 1845, afectando dicha reducción a 5 centros.

12. Las cifras reseñadas incluyen el total estimado para el conjunto de la red sanitaria de la Seguridad Social, —incluyendo, por tanto, la red hoy descentralizada ya en favor de las CC.AA.—, a efectos de conseguir una comparación homogénea.

**CUADRO 5**  
**TITULARIDAD DE CENTROS HOSPITALARIOS CONCERTADOS**

	Nº de Centros
AISNA	31
Corporación Local-Municipal	5
Diputación provincial	19
Benéfico-privado	19
Oncológicos	3
Privados	101
Iglesia	19
CC.AA. o Cabildo Insular	26
Cruz Roja	13
Ministerio de Educación y Ciencia	1

Fuente: Memoria INSALUD, 1986.

Para 1987, el número de camas concertadas para agudos ascendió a 20.594 y para crónicos a 5.846. Las estancias causadas ascendieron a 5.444.188.

El total de Consultorios concertados fue de 736.

Otros servicios prestados en régimen de concierto, fueron:

Diálisis Ambulatoria en Centros .....	72
Diálisis Domiciliaria .....	139

El número de empresas de oxígeno terapia domiciliaria ascendió a 47 y los Centros de Rehabilitación a 63.

En cuanto al transporte de enfermos, funcionaron durante el año 814 ambulancias.

Dado, sin embargo, que la concertación hospitalaria representa prácticamente el 86% del total del gasto concertado, las páginas que siguen se centran en la concertación hospitalaria.

#### IV.3. LA CONCERTACIÓN HOSPITALARIA

Los cuadros siguientes ofrecen una descripción de la red hospitalaria del INSALUD a 31 de Diciembre de 1987.

En cualquier caso cabe señalar, respecto de las cifras anteriores, que el número de camas no resulta una variable decisiva a estos propósitos al no suponer su concertación compromiso alguno de actividad. Ello

es así aunque obviamente cabe suponer el mantenimiento de cierta estabilidad entre la contratación de una cama y su nivel de utilización.

CUADRO 6  
RED HOSPITALARIA DEL INSALUD

	Nº de centros		Nº de camas	
	1985	1987	1985%	1987%
H. Propios	131	159	52.23	65.3
H. Administrados	5	7	2.13	2.2
H. Conc. públicos	97	15	23.67	17.1
H. Conc. privados	159	138	18.97	15.4
TOTAL	392	379	86571	81382

Fuente: Memoria INSALUD, 1987 y elaboración propia.

En cuanto a la distribución de camas, los hospitales concertados de titularidad pública disponen de algo más del 70% del total de las camas de crónicos utilizadas por el INSALUD, seguidas a mucha distancia por las de propiedad privada.

CUADRO 7  
DISTRIBUCION POR TIPOS DE CAMAS (en porcentajes)

	Camas agudos	Camas crónicos
H. Propios	60.61	6.55
H. Administrados	2.33	0.35
H. Concertados Públicos	18.30	72.23
H. Concertados Privados	18.76	20.87

Fuente: Memoria INSALUD 1987 y elaboración propia.

En cuanto al total de estancias concertadas, los ejercicios de 1986 y 1987, registran un importante descenso respecto de 1985, cifrado en un 16,13%. Como puede comprobarse, ello se corresponde con un descenso en el total del gasto concertado, que disminuye en un 14,56%. Dicho porcentaje parece aumentar ligeramente en 1988<sup>13</sup>.

13. Parece ser que el hecho de facturar con un centro privado, independientemente de la existencia de concertación, argumentando "urgencia vital" había supuesto una práctica común que era permitida desde las Direcciones Provinciales. Ello se realizaba con la complacencia de los centros concertados que de este modo huían de los corsés que imponían las circulares sobre concertación. El hecho de que esta actividad, de hecho concertada, se pagase por conceptos presupuestarios distintos, obviamente dificulta el análisis de la evolución de la clasificación económica del gasto concertado.



Sin embargo, dichas cifras no son en modo alguno representativas de la situación en la concertación en las distintas CC.AA., siendo claramente superiores en el caso de Cataluña, con un 28% de estancias en centros concertados superior al total de estancias para el conjunto INSALUD.

Así, en Cataluña, las estancias realizadas en sus centros concertados representaba en 1986, aproximadamente el 31% del total de las efectuadas en centros ajenos por la Seguridad Social en todo el Estado y un 64% de las estancias totales de Cataluña. A su vez, mientras que en Aragón los ingresos en los hospitales concertados significaban poco más del 10% del total de ingresos de esa comunidad, en Cataluña representaban más del 70%.

Las Comunidades con unos niveles de actividad concertada más elevados eran, en 1987, los siguientes:

	% enfermos	% estancias
Cataluña	70,4	73,3
Navarra	58,3	59,2
Canarias	53,0	63,8

A su vez las Comunidades con una proporción más reducida eran:

	% enfermos	% estancias
Aragón	10,8	9,9
Extremadura	11,1	10,2
Castilla-La Mancha	20,0	14,5

Fuente: J. PUIG (op. cit.)

#### IV.4. LA POLÍTICA DE CONCERTACIÓN HOSPITALARIA

La ambigüedad parece estar en la base de la política de concertación hospitalaria del INSALUD en estos últimos años. Así lo refleja, por ejemplo, la Resolución de 11 de Abril de 1980 de la Secretaría de Estado para la Sanidad al establecer que "los conciertos de prestaciones de servicio y actividades tendrán carácter **subsidiario** y **complementario** de las prestaciones de servicios y actividades sanitarias desarrolladas directamente por la Seguridad Social", si bien se da prioridad, en igualdad de condiciones, a los centros del Sector Público y a los del sector privado no lucrativo. En términos similares se expresa la Ley General de Sanidad.

Para este propósito se califican los centros en función y nivel de la cobertura asistencial que ofrece el centro, personal, equipamiento material, continuidad en las prestaciones de servicios de urgencia, indicadores de rentabilidad y características del inmueble<sup>14</sup>. Sobre esta base se fija un sistema de tarifas para cada grupo y nivel de prestación, basadas en el día de estancia<sup>15</sup>. Son objeto de concertación independiente, en régimen ambulatorio, la hemodiálisis, la rehabilitación y la medicina nuclear, la tomografía axial computerizada, la radio y la quimioterapia.

A su vez el INSALUD establece una parrilla de valores máximos para los hospitales de agudos con una estancia media global de 10,5 días y distintos valores para cada uno de los servicios<sup>16</sup>, aceptándose desviaciones justificadas de un máximo del 10%. El valor de la tarifa por nivel se somete a una actualización anual de tipo incrementalista uniforme.

En su conjunto, este sistema de concertación adolece de muchos defectos. Entre ellos:

— Los derivados de la tabulación transversal, en la que se basa el sistema de clasificación por niveles, dada la pérdida de información producida en el salto de intervalo, la arbitrariedad que supone imponer intervalos discretos sobre variables continuas, y la excesiva proliferación de “celdas” (o niveles) que hacen perder significatividad a los valores medios aplicables.

— Los efectos derivados del pago por estancia-día. Entre éstos, la prolongación arbitraria de la estancia, especialmente rentable en los días finales de hospitalización (al disminuir la relación entre el coste de tratamiento y el coste total en la medida que aumenta la estancia). Al quedar generalmente fijado el numerario de pago de acuerdo con el coste medio, y al ser éste superior al marginal para el período final de la hospitalización, el alargamiento de la estancia supone para el centro márgenes importantes de rentabilidad. Dado que, en muchos casos, dicha prolongación conlleva un falseamiento del output (retraso pre y post operatorios, por ejemplo), o cuando menos un impacto nulo sobre éste, aquella mayor utilización se traduce inequívocamente en una pérdida de eficiencia<sup>17</sup>.

14. Sobre esta base se determinan cuatro grupos para los hospitales especiales (cuidados mínimos de media y larga estancia; media estancia monográfica; maternas y quirúrgicos); y tres para los hospitales generales (comarcal, provincial y regional). A su vez, los primeros se dividen en 12 niveles y en 9 niveles los segundos, de acuerdo con las variables antes indicadas (función, cobertura, equipamiento, etc.).

15. Si el centro tiene contratada la atención en régimen de ambulatorio, la tarificación sería la siguiente: la primera consulta ambulatoria, al 50% de la tarifa fijada para la estancia de su grupo y nivel, y las sucesivas al 25%. Las urgencias se equiparan a las primeras visitas.

16. Medicina interna (12 días), Cirugía General (9-10), Traumatología (10-12), Tocología (4), Ginecología (7-8), Pediatría (5), Urología (10), ORL (3) y Oftalmología (3).

17. Véase G. LOPEZ (1986) “Hacia una “cohabitación” de centros propios y concertados en una única red asistencial pública”, Ponencia presentada a las VI Jornadas de Economía de la Salud, Valencia.

En general, parece claro que con este sistema de concertación no se garantiza el ajuste por la diferente complejidad y combinación de casos vistos por los centros, ni se estimula un comportamiento eficiente por parte de los proveedores. La elevada estancia media registrada por dichos centros (en torno al 12,5%) refleja de algún modo el estiramiento al que se somete dicha variable, a la búsqueda de un valor en el coste por enfermo satisfactorio para el centro (con lo que el término satisfactorio puede representar de discrecionalidad).

La cuestión de complementariedad entre red pública propia y concertada ha sido analizada para el sector hospitalario por J. PUIG (1986) en relación a un conjunto de indicadores globales de utilización de los recursos hospitalarios, tales como el índice de ocupación, número de ingresos en hospitales concertados y duración media de las estancias. En cuanto al índice de rotación (enfermos ingresados/año), PUIG señala una asociación positiva de este indicador con la oferta ajena. Además, según dicho autor, las Comunidades Autónomas con una oferta hospitalaria total (recursos propios y concertados) más elevada, son las que tienen una frecuentación más elevada.

Respecto del índice de ocupación (camas ocupadas sobre el total) PUIG concluye de su estimación regresional que el número de camas de hospitales ajenos afecta negativamente al número de ingresos en centros propios: Cuanto más elevada es la oferta hospitalaria ajena, menor resulta el número de ingresos en los hospitales propios y, por tanto, menor es su índice de ocupación. En resumen, parece que el índice de ocupación refleja una asociación negativa con la oferta de camas en centros ajenos, contrariamente al que cabría esperar de una política de subsidiariedad.

Finalmente, el trabajo de PUIG revela que el número de enfermos ingresados en hospitales concertados depende principalmente de la oferta de camas ajenas a la Seguridad Social. Por cada cama ajena concertada en 1983 se producían en torno a 15 ingresos hospitalarios, no guardando éstos ninguna relación con el volumen de población, ni con la falta o exceso de dotación de camas propias, siendo negativo, pese a ello, el coeficiente que sobre aquellos ingresos representaba el número de camas en centros propios.

Rechazando pues en su conjunto también el principio de complementariedad<sup>18</sup>, más bien se trataría de una subsidiariedad inversa, PUIG concluye que para la propia mejora en el futuro de la eficiencia en la gestión de la red administrada por el INSALUD "resulta imprescindible el control de la distribución de la actividad entre los hospitales propios

18. Puig argumenta su conclusión en el hecho de que, de otro modo, la tendencia a la reducción en la estancia media observada no permitiría aumentar el índice de rotación de los centros propios (pág. 12).

y los concertados, a fin de conseguir un nivel óptimo de utilización de los primeros y la reducción de la actividad concertada” con el consiguiente ahorro en el gasto sanitario.

El Cuadro 8 refleja para los ejercicios de 1982, 1983 y 1985 por Comunidades Autónomas, el exceso relativo de estancias concertadas que se produciría en el supuesto de consecución de un coeficiente de utilización de medios propios del 85% y un objetivo de 9 días de estancia media por ingreso, siguiendo la metodología propuesta por PUIG.

La cuantificación del exceso de utilización de actividad concertada a través del método anterior adolece del importante defecto de calcular el número de estancias óptimas a concertar a partir de un valor de estancia medio homogéneo para todos los enfermos atendidos por el Sector Público (en hospitales propios y concertados)<sup>19</sup>. Nos referimos concretamente a la estancia media de 9 días expuesta como óptima por el INSALUD para sus hospitales propios. Esta generalización de la estancia media exigida parece incompatible con la desigual composición de la asistencia concertada en términos de enfermos agudos versus enfermos crónicos entre los centros propios y concertados (véase Cuadro 7). Basándonos en este diferencial, hemos estimado en 13,4 días la estancia media exigible para los concertados, equiparables a los 9 días establecidos para los centros propios.

De acuerdo con el criterio anterior, en la tabla 9 aparece estimado para cada CC.AA. y para el año 1985<sup>20</sup>, el exceso de estancias concertadas correspondiente a una situación de optimización de los recursos propios, neutralizando, a su vez, los probables efectos que sobre la duración de las estancias concertadas haya podido tener el sistema de pago a los centros concertados<sup>21</sup>. En la segunda columna cuantificamos la consecuente sobrevaloración relativa del exceso de concertación derivado del enfoque de J. PUIG, actualizado por nosotros para este mismo año.

19. El exceso de estancias concertadas, según se desprende del texto de Puig, sería la diferencia entre el nivel observado y el óptimo estimado (ECO-ECE). La estimación del nivel óptimo se obtendría aplicando la formulación matemática siguiente:

$$ECE = (IC + IP) * 9 - (365 * 0.85) * CP,$$

donde IC e IP representan, respectivamente, el número de enfermos ingresados en hospitales concertados y propios; y CP, las camas en funcionamiento en los hospitales propios.

20. La inexistencia de datos publicados relativos a ingresos en hospitales concertados para años posteriores a 1985 han imposibilitado la realización de estimaciones más actuales.

21. Concretamente, la formulación matemática aplicada en este caso ha sido:

$$EFC = (365 * 0.85) * CP - IP9,$$

donde EFC es el exceso de concertación en términos de estancias; CP, las camas en funcionamiento en los hospitales propios; e IP, los enfermos ingresados en hospitales propios.

CUADRO 8  
EXCESO RELATIVO DE ESTANCIAS CONCERTADAS

	1982	1983	1985
Andalucía	154,1	83,9	104,17
Aragón	211,0	201,9	562,0
Asturias	332,3	248,9	283,8
Baleares	150,0	106,1	16,4*
Canarias	351,1	256,9	304,0
Cantabria	397,8	344,7	229,3
Castilla-La Mancha	105,0	24,2	42,6
Castilla-León	253,4	206,7	199,0
Cataluña	152,0	177,2	179,5
Extremadura	35,2	7,0	0,0
Galicia	149,1	100,7	87,2
Madrid	418,6	335,7	229,0
Murcia	0,0	0,0	125,0*
Navarra	191,8	151,0	148,0
País Vasco	213,3	247,0	267,62
La Rioja	338,7	164,4	165,62
Valencia	142,8	154,2	53,4
Ceuta y Melilla	68,3	0,0	0,0
<b>TOTAL</b>	<b>205,0</b>	<b>168,9</b>	<b>146,7</b>

Fuente: Año 1982 y 1983: J. Puig (ob. cit.).  
Año 1985: elaboración propia.

(\*) En el caso de la C.A. de Murcia, las cifras de gasto de concertación parecen avalor el cambio observado en la política de concertación. No ha sido posible, sin embargo, encontrar una explicación igualmente plausible para el caso de Baleares, que no sea la de un posible error en los cálculos en el trabajo que sirve de referencia.

Los resultados de PUIG sobre la asociación entre recursos propios y concertados deben utilizarse, en todo caso, con cautela, vistos los problemas econométricos implícitos en su estimación<sup>22</sup> y la heterogeneidad de los centros incluidos en su análisis<sup>23</sup>. Su estudio ofrece, sin embargo, un indudable interés. Nótese que su argumento no se basa en criterios de eficiencia asignativa, sino que reduce su análisis a considerar la

22. Así, por ejemplo, a la vista del escaso número de observaciones en las que se basa (resultando unos catorce grados de libertad) y de la omisión de variables posiblemente relevantes y explicativas que pueden justificar la variación de ingresos hospitalarios por cama, otras que número de camas propias o ajenas per cápita.

23. Ello es, principalmente, debido a la heterogeneidad de los centros que se incluyen en las cifras agregadas a nivel autonómico, utilización de numerarios poco sensibles a la complejidad de las patologías y a la diferente oferta asistencial de centros.

existencia de la red asistencial de centros propios como un coste fijo para el sistema —lo cuál es útil reconocimiento del presente pero un instrumento poco imaginativo para el futuro.

Contrariamente, un segundo criterio para la definición de la concertación hospitalaria podría venir dado por la introducción de elementos de eficiencia en la reasignación a medio plazo de los recursos asistenciales, incluyendo en ellos tanto los propios como los concertados integrados en una única red asistencial pública.

CUADRO 9  
EXCESO DE CONCERTACION HOSPITALARIA

	1985	
	Porcentaje exceso de concert.	Porcentaje sobrevalor. exceso ded. enfoque Puig
Andalucía	16,3	84,4
Aragón	562,0	0,0
Asturias	178,0	59,4
Baleares	29,5	(*)
Canarias	29,8	919,0
Cantabria	146,8	56,2
Castilla-La Mancha	30,3	41,0
Castilla-León	119,0	67,2
Cataluña	42,2	325,4
Extremadura	0,0	0,0
Galicia	59,2	47,3
Madrid	204,3	12,1
Murcia	0,0	(*)
Navarra	15,4	857,8
País Vasco	82,1	226,2
La Rioja	19,4	753,7
Valencia	53,4	0,0
Ceuta y Melilla	82,1	0,0
TOTAL	72,75	50,4

Fuente: Elaboración propia.

(\*) ver comentario al pie del Cuadro 8.

Hasta el momento se adolece de estudios sobre esta base de aplicación para la concertación INSALUD. LOPEZ y VALOR (1988) han elaborado, en su reciente análisis referido a la Red Catalana de Utilización Hospitalaria Pública (XHUP) del Institut Català de la Salut, un conjunto de indicadores para la evaluación de rendimientos hospitalarios que pu-

dieran resultar útiles tanto para su uso como guías de concertación, como para la reforma del sistema de financiación hospitalaria.

El caso catalán reviste particular atractivo a la vista de la importancia que tiene el sector concertado, y el privado en general, en la provisión de los servicios sanitarios, y el interés que parece existir en introducir mayor grado de libertad en los flujos sanitarios dentro de una red asistencial única y de regulación pública. La existencia de sistemas multihospitalarios del tipo Consorci Hospitalari de Catalunya, Unió Catalana d'Hospitals, Consorci d'Hospitals de Barcelona, hace que pueda resultar imaginativo constituir la red propia, transferida del INSALUD, como un sistema multihospitalario más, dando para ello una mayor autonomía de gestión. En este contexto, el Institut Català de la Salut podría actuar como "principal" en la relación de agencia creada, con responsabilidades únicamente para preservar el marco estatutario del sistema y la financiación del conjunto de la red. La utilización de numerarios de pago basados en mayor medida en la patología o tipo de enfermo tratado, independientemente de quién los haya tratado, añaden obvios atractivos a esta situación.

Además, existe en Cataluña una fuerte presencia mutualista y una larga tradición de seguro privado, que hace que prácticamente se triplique, respecto a las cifras medias del Estado, el porcentaje de ciudadanos con doble seguro (público y privado). En este contexto existen ya algunas experiencias de integración (mutualidad y provisión de servicios hospitalarios directamente) o renovados intentos en esta dirección (Mútuas sin hospitales y hospitales sin mútuas), que, en caso de extenderse a los servicios primarios de Salud, podrían atisbar el nacimiento de potenciales organizaciones para el Mantenimiento de la Salud al modo de las reseñadas anteriormente. Estas, a su vez, podrían ser las destinatarias de la política de contratación pública en la segunda de las modalidades de concertación vistas.

En la situación actual, y sin necesidad de efectuar ejercicio prospectivo alguno, se trata de responder a las preguntas claves para cualquier modalidad de concertación, como son las derivadas de saber cuánto, cómo y a quién se debe concertar. En efecto, a partir del ejercicio presupuestario de 1987, el servicio de concertación hospitalaria del ICS ha establecido un mecanismo de interacción oferta-demanda respecto de un conjunto de parámetros (Unidades Básicas de Asistencia y Tarifa) que puede servir como base para la fundamentación de aquellas decisiones.

Este es aún hoy un mecanismo muy imperfecto al basarse en indicadores no de la actividad realizada en términos de patologías asistidas, sino de estancias en cierto modo arbitrarias, resultado de la aplicación de un número determinado de ingresos objetivos multiplicado por una

estancia media objetivo (establecida según niveles hospitalarios), a la que se superpone posteriormente un sistema de incentivos y penalizaciones.

Es por todo ello que en adición a la mejora del "tendering" competitividad de la concertación, la reforma del sistema de financiación hospitalario debería permitir la introducción de criterios que ofrezcan mayor credibilidad y ayuden a la racionalización de los recursos. Ello pasa por: (i) basar la financiación en la medición de la actividad asistencial efectivamente realizada, a partir de la codificación de patologías (ICD9-CM), integrándolas a la información adicional que proporciona sobre el paciente la hoja resumen de alta; (ii) perfeccionar las técnicas de ajuste por la distinta combinación de casos ("case-mix") a efectos de evitar las disfuncionalidades que generan la clasificación de centros y catalogación en niveles asistenciales por intervalos discretos respecto de la oferta de los centros, y (iii) refinar los cálculos de las tarifas.

La aportación realizada por dichos autores consiste en la construcción de un indicador de complejidad de patologías atendidas y de la especialización del centro. El primero, definido por el lado de la demanda, atiende a la concentración relativa de determinadas patologías en unos centros respecto de otros. El segundo, por el lado de la oferta, vendría dado por el rango o abanico de patologías vistas, postulándose que a menor rango mayor especialización<sup>24</sup>. En principio, las consideraciones en eficiencia en la provisión requeriría ajustar por la influencia de ambos indicadores. El de complejidad por su impacto sobre los costes medios. El de especialización, por la diferente regulación que en este extremo afecta a centros públicos y privados<sup>25</sup>.

Efectivamente, de los resultados del análisis (véase anexo 1) se desprende que ambos indicadores no se mueven siempre en la misma dirección; es decir, existen hospitales que ven patologías poco complejas (tal como se ha definido a éstas) con un alto grado de especialización —este es el caso de determinados centros quirúrgicos—; otros que combinan un bajo grado de complejidad con un nivel de especialización también bajo —caso de alguna policlínica—, y viceversa; es decir, que combinan un índice de complejidad con un índice de especialización elevado —caso de centros de excelencia por ejemplo en oftalmología; o, finalmente se observan centros con un grado relativamente alto de complejidad y un nivel de especialización más bien bajo —como es el caso de la mayoría de los grandes hospitales públicos.

24. Dichos índices han sido propuestos por EVANS y WALKER (1972), basándolos en la teoría de la información, para su aplicación al análisis de la estructura de los costes hospitalarios.

25. Dichos indicadores se han elaborado a partir de 68 enfermedades básicas derivadas de la Encuesta Hospitalaria de Barcelona (1985).



Un segundo parámetro utilizado por LOPEZ y VALOR consiste en la construcción de un indicador de actividad definido como cociente entre estancias esperadas y estancias reales. Las estancias esperadas se determinan como aquellas que se hubiesen realizado en el supuesto de que las patologías efectivamente tratadas por el centro hubiesen sido vistas de acuerdo con la estancia media registrada para cada patología por el conjunto de centros pertenecientes a la red.

Este indicador (que reflejarían un menor grado de “eficiencia” para valores superiores a la unidad y viceversa, muestra una importante variación entre centros, con desviaciones en sus valores desde un mínimo de 0,59605 hasta un máximo de 1,89305. Pese a ello, no resulta significativa ningún factor de discriminación<sup>26</sup>.

Finalmente, LOPEZ y VALOR señalan tentativamente en su estudio una consignación presupuestaria que se basase en la cantidad que resultaría para cada centro de aplicar los valores de predicción a partir de un análisis regresional que combinase variables de flujo y estoc, así como variables “case-mix” (tal como están hoy disponibles para el conjunto de hospitales en el análisis del comportamiento de los costes unitarios por ingreso<sup>27</sup>.

De nuevo, las desviaciones resultantes entre los 68 hospitales que componen la red pública catalana varía desde  $-1.59131$  a  $+1.40905$ , una vez neutralizados casos que reflejan anomalías conocidas (véase historiograma nº 1). Dichos resultados, que deberían considerarse, como se ha dicho, tentativos a la vista de la información utilizada (la que hoy se dispone), puede valorarse sin embargo, como un paso adelante al plantear las cuestiones de concertación desde la óptica de una mayor eficiencia en el gasto. La construcción de aquellos índices sobre la base de una información más ajustada a la realidad de los centros puede, en definitiva, suministrar criterios más fundados y aceptables como guías para la concertación hospitalaria.

26. Cabe señalar en este punto que, al referirse la muestra a los hospitales de Barcelona, el escaso número de centros propios puede restar significatividad a dicha correlación.

La alternativa, sin embargo, de aplicar dicho método de cálculo al conjunto de la Red Hospitalaria de Cataluña (XHUP), requería basar el análisis en las altas y estancias medias por servicio, —al no estar disponible para dicho ámbito la información por patologías más desagregadas— con lo que el ejercicio perdía obviamente su virtualidad. Con la definitiva implantación de la Hoja Resumen de Alta para todos los centros de la XHUP, el tipo anterior de análisis cobraría mayor sensibilidad y así sus resultados ofrecerían mayor credibilidad.

27. Para un mayor detalle de la metodología seguida, existe un informe interno, elaborado para el Institut Català de la Salut, que describe la aproximación seguida. Para los resultados del análisis regresional véase G. LOPEZ y J. VALOR (1988): *Catalunya i Salut*, resumen del trabajo citado, siendo su publicación cortesía del ICS.

HISTOGRAMA N° 1  
CONSIGNACIONES PRESUPUESTARIAS SOBRE BASES DE PREDICCIÓN  
(Hospitales de la XHUP)

Desviaciones Real-Estimado (000 pts.)  
(EES XHUP 84)

MEDIA INTERVALO	NUMERO DE OBSERVACIONES	
- 3000000	1	*
- 2500000	0	
- 2000000	0	
- 1500000	0	
- 1000000	0	
- 500000	9	*****
0	47	*****
500000	6	*****
1000000	5	****

Desviaciones (Real-Estimado) Real (000 pts.)  
(EES XHUP 84)

MEDIA INTERVALO	NUMERO DE OBSERVACIONES	
- 2.8	1	*
- 2.4	1	*
- 2.0	0	
- 1.6	0	
- 1.2	0	
- 0.8	4	****
- 0.4	17	*****
0.0	31	*****
0.4	14	*****

Fuente: G. LOPEZ y J. VALOR (1988).

V. CONCLUSIÓN

Afortunadamente podemos considerar hoy que, en su conjunto, el debate en torno a la provisión pública versus provisión privada de la asistencia sanitaria ha superado ya posibles planteamientos antagónicos reconduciéndose hacia otros derroteros, más allá de lo que acertadamente califican CULYER, MAYNARD, WILLIAMS "la crítica de la pa-

ja ajena y la ignorancia de la viga propia”<sup>28</sup>. El reconocimiento de que el “huevo” está en la potestad regulatoria y en la financiación más que en el “fuero” o titularidad de la producción puede explicar en parte aquel cambio de óptica. En efecto, la controversia actual se centra en mayor medida en el papel que deben tener los sectores públicos y privados dentro de los sistemas de salud, a la vista de los medios que aportan y la oferta asistencial existente así como en el establecimiento de mecanismos de financiación adecuados que permitan una mayor racionalización de los recursos. Y ello, dentro de una concepción determinada de sistema nacional de salud<sup>29</sup> —basada en otros motivos posiblemente, que los derivados exclusivamente de su eficiencia relativa. Así lo reconocen, cuando menos de palabra, las autoridades sanitarias españolas: “La concepción del propio Sistema Nacional de Salud y los recursos económicos que nuestro actual nivel de desarrollo posibilita derivar hacia la sanidad pública, aconseja la óptima utilización de todos los recursos disponibles, independientemente del agente proveedor y de su titularidad patrimonial” (Memoria Anteproyecto de Presupuesto INSALUD 1988 p. 24).

En este contexto deviene crucial la regulación óptima del papel de la asistencia privada dentro de los sistemas públicos de provisión, tanto en lo referente a las obligaciones estatutarias que aquella deba respetar como al establecimiento de sistemas de financiación que permitan incentivos compatibles entre las partes. Y en este punto, como recuerda algún autor (WILLIAMS (1979)) la supremacía de los objetivos del sistema deben saberse compaginar con la motivación del decisor, el profesional sanitario, a la hora de que éste pondere los costes y beneficios derivados de su decisión para una utilización eficiente de los recursos.

Desde esta óptica, la gestión de sistemas de salud en los que convivan un sector público y un sector privado importante deberá acometer un serio esfuerzo de ajuste por la distinta naturaleza de sus ofertas asistenciales en términos, por ejemplo, de combinación de patologías (“case-mix”) y de objetivización de los instrumentos de financiación. Garantizados ambos extremos, la simulación de mecanismos de mercado dentro de los sistemas públicos puede ofrecer un serio estímulo

28. Al comparar comparables, cuestión ésta previa a la derivación de inferencias sobre eficiencia económica, a menudo se ignoran cuestiones como aquellas referidas a (i) las condiciones de provisión, alcance territorial y personal de la cobertura, obligatoriedad en la asunción de costes heredados o derivados del mantenimiento de un exceso de oferta, o a la vista de demandas opcionales que ofrecen externalidades positivas; (ii) los distintos aspectos o dimensiones del output sanitario intermedio (grado de complejidad de las patologías, calidad hotelera, humanización de la asistencia, etc.).

29. El debate entre la titularidad de la provisión sanitaria parece haber desconocido que los objetivos de los sistemas suelen diferir entre sí (por ejemplo en el reconocimiento del alcance que se quiera dar a las cuestiones de equidad y eficiencia), no cabiendo utilizar argumentos parciales sobre éstos para cuestionar las titularidades respectivas en la prestación.

lo al comportamiento eficiente en la asignación de recursos, sin llegar a cuestionar otros objetivos socialmente valorados y el grado de control democrático que la comunidad haya refrendado sobre su servicio de salud.

ANEXO I  
INDICES DE COMPLEJIDAD Y ESPECIALIZACIÓN  
(RED HOSPITALARIA CATALANA)

Cluster	Complejidad	Especialización	Cluster	Complejidad	Especialización
0	0.957	0.269	1	1.542	2.510
0	0.848	0.510	1	0.937	1.506
0	1.003	0.288	0	0.864	0.760
0	0.925	0.517	1	0.990	1.075
0	1.013	0.490*	1	0.951	1.485
1	1.077	1.057	1	1.016	1.864
0	1.026	0.300	1	0.983	1.593
0	0.985	0.315	0	0.990	2.147
0	1.014	0.586	1	1.056	0.543
1	1.018	1.075	0	0.946	0.326
1	0.952	1.782	0	0.984	0.505
1	1.075	1.037	0	0.958	0.611
1	0.828	0.799	0	0.957	0.694
0	0.933	0.445	1	0.932	0.303
0	0.967	0.679	0	0.868	0.593
1	0.845	0.918	1	1.279	2.085*
1	1.628	1.841	1	1.077	1.676
0	0.970	0.560	1	0.980	1.058
0	0.984	0.396*	0	0.931	0.820
0	0.956	0.604	1	0.754	2.123
1	0.677	1.270	0	1.222	3.154
0	1.047	0.931	0	0.986	0.646*
1	1.637	3.123	0	1.070	1.998*
0	0.980	0.464*	0	0.923	1.607*
0	1.012	0.755	0	1.147	1.160*
0	0.925	0.359*	1	1.034	0.601
0	0.853	1.091	1	0.923	1.729
1	0.901	0.495			

Nota: señalados con asterisco los centros de titularidad pública.

Fuente: G. LOPEZ y J. VALOR (1988).

## BIBLIOGRAFÍA

- ARTAL, R. y otros (1988): “La contratación externa de servicios asistenciales: Modelo aplicado por el Institut Català de la Salut”. Comunicación presentada a las *III Jornadas de Economía de los Servicios Sociales*, Mallorca, marzo de 1988.
- BEVAN, R.G. (1984): “Organising the Finance of Hospitals by Simulated Markets” *Fiscal Studies*, vol. 5, 4, Nov. pp. 45-63.
- CULYER, A. (1982): “The NHS and the market: images and realities”, en McLAHLANG y A. MAYNARD (eds) (1982) *The public/private mix for Health*, Nuffield Provincial Hospitals Trust, Londres.
- DOMBERGER, S.; MEADOWCROFT, S. y THOMPSON, D. (1987): “The impact of competitive tendering on the costs of hospital domestic services”, *Fiscal Studies*, vol. 8, 4, Nov. (pp. 39-54).
- EASTERBOOK, G. (1987): “La Revolución en la medicina” *Papeles de Gestión Sanitaria*, nº 6 y 7, Ministerio de Sanidad y Consumo.
- EVANS, R.G. y WALKER, H.D. (1972): “Information Theory and the Analysis of Hospital Costs Structure”, *Canadian Journal of Economics*, vol. 5, 3 (pp. 395-418).
- FAMA, E.F. (1980): “Agency problems and the theory of the firm”. *Journal of Political Economy*, vol. 88, 2.
- GREEN, D.G. (1986): *Challenge to the NHS*, Hobart Paperback nº 23, Institute of Economic Affairs, Londres.
- GREEN, D.G. (1988): “The potential for a competitive market in Health Services in Britain: Are there any lessons from America?”. Trabajo presentado a la Conferencia Anual del HESG, de Gran Bretaña, celebrado en Newcastle upon Tyne. Enero.
- HARTLEY, (1984): “Policy towards contracting out: the lessons of experience”, *Fiscal Studies*, 5, 1, Febrero, IFS, Londres.
- HEALD, (1984): “Privatisation: Analysing its appeal and limitations”, *Fiscal Studies*, 5, 1 Febrero, IFS, Londres.
- HOENACK, S.A. (1983): *Economic Behaviour within organizations*, Cambridge University Press.
- HOFSTEDE, G. (1981): “Management Control of Public and not-for-profit activities”, en *Accounting Organization and Society*, vol. 6, 3, pp. 193-211.
- JUDGE, K. y M. KNAPP (1984): “Efficiency in the Production of welfare: The public and private sectors compared”, *PSSRV Discussion Paper 331/3*, Diciembre.
- LE GRAND, J. (1982): *The Strategy of Equality*, George Allen & Unwin, Londres.
- LE GRAND, J. (1987): “Three Essays on Equity” Suntory-Toyota International Centre for Economics and Related Disciplines, *London School of Economics Discussion Paper nº 22*, Octubre.
- LOPEZ-CASANOVAS, G. (1985): “Gasto Público y racionalización presupuestaria”, *Papeles de Economía Española*, nº 23, F.I.E.S., Madrid.

- LOPEZ-CASASNOVAS, G. y VALOR SABATIER, J. (1988): "Algunas medidas para el seguimiento de la actividad de los centros hospitalarios", *Catalunya i Salut*, nº 3, Enero.
- MATTEWS, R.C.O. (1986): "The economics of institutions and the sources of growth", *The Economic Journal*, 96 Dec. pp. 903-918.
- MAYNARD, A. y A. WILLIAMS (1984): "Privatisation and the NHS", en LE GRAND, J. y R. ROBINSON *Privatisation and the Welfare State*, George Allen & Unwin, Londres.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (1985): *Análisis del Sistema Sanitario Español*, Informe elaborado para el Ministerio de Sanidad y Consumo (mimeo).
- PUIG JUNOY, J. (1986): "Efectos de la combinación de la utilización de recursos propios y concertados sobre el Gasto Hospitalario del INSALUD", *VI Jornadas de Economía de la Salud*, Mayo 1986. Colegio de Economistas de Valencia, 1988.
- RADNER, R. (1981): "Monitoring cooperative agreements in a repeated principal-agent relationship", *Econometrica*, vol. 49, 5, Sep.
- RODRIGUEZ MARTINEZ, M. (1988): "Análisis del Gasto sanitario privado en Cataluña", Tesis Doctoral leída en la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Barcelona el 9 de febrero de 1988 (mimeo).
- WILLIAMS, A. (1983): "The Economics of Health" en D.H. GOWLAND (ed) *Modern Economic Analysis 2*, Butterworths, Londres.