

“MUFACE: UNA INTERESANTE EXPERIENCIA DE COLABORACIÓN PÚBLICO-PRIVADA”

El sistema sanitario español presenta, en general, un balance positivo pero está necesitado de reformas orientadas a mejorar su gestión.

Los gestores de la Sanidad Pública, responsables de la asignación de los recursos económicos entre los distintos centros sanitarios, necesitan conocer, para que esta asignación sea eficiente, los **resultados** obtenidos en términos de salud por los diferentes centros sanitarios así como los **costes** de los procesos atendidos.

La información respecto de la calidad de la asistencia es, asimismo, necesaria para el paciente, como lo es para el facultativo (o facultativos) responsable del tratamiento.

¿Cuál es el coste, por ejemplo, del tratamiento de un cáncer de pulmón o un implante de cadera, en función del centro que atiende al paciente?

Tampoco el paciente ni el médico responsable disponen de información de los resultados, en términos de salud, de los tratamientos aplicados en los diferentes centros, por lo que la elección del hospital idóneo, en la práctica, es imposible

El gasto sanitario representa una parte importante de nuestro PIB, el 10 por 100, pero si se satisficiese la demanda de asistencia sanitaria hasta unos límites razonables, reduciendo las listas de espera, su eliminación es imposible, muy probablemente, a corto plazo, el gasto sanitario alcanzaría el 12 por 100 del PIB.

Dos potentes motores impulsan este gasto: la mejora del nivel de vida de la población – a mayor renta mayor demanda de asistencia sanitaria – y, en segundo lugar y paradójicamente, **el éxito del sistema sanitario** que se traduce en un aumento de la esperanza de vida y el envejecimiento de la población genera un aumento importante de la demanda de asistencia sanitaria. Este crecimiento del gasto sanitario a un ritmo superior al que crece el PIB, exige su gestión eficaz, objetivo que la Administración Sanitaria está lejos de alcanzar.

La gestión del gasto sanitario desde la perspectiva de la Teoría de la Hacienda Pública

El hecho de que la asistencia sanitaria sea responsabilidad del Estado (Administración Central y Comunidades Autónomas) no quiere decir que sea un “**bien público**”, de acuerdo con los principios de la Hacienda Pública, generalmente aceptados.

La Sanidad Pública es un bien “vendible” y por eso se vende, a diferencia, por ejemplo, del “alumbrado público” que, precisamente, por ser un “bien público”, no es posible adquirirlo en el mercado pagando el correspondiente precio y debiendo ser proporcionado gratuitamente por el ayuntamiento, quien lo financia, necesariamente, con impuestos.

De acuerdo con la Constitución (artículo 43) y con la vigente Ley General de Sanidad de abril de 1986, *“todos los ciudadanos tienen el derecho a la protección de la salud, lo que requiere de los poderes públicos la adopción de medidas idóneas para protegerlo”*.

Existen dos razones importantes que justifican que la legislación vigente exija a los poderes públicos responsabilizarse de la oferta y la financiación de la asistencia sanitaria consumida por los ciudadanos:

- Equidad
- Asignación eficaz de recursos.

Una gran mayoría de españoles entiende que la asistencia sanitaria debe ser “gratuita”, es decir financiada con impuestos y proporcionada al individuo de acuerdo con sus necesidades, definidas por un facultativo oficialmente habilitado para ello y ***al margen de la capacidad de pago del paciente***.

Por otro lado, es muy importante destacar que el paciente suele desconocer la necesidad de recibir asistencia sanitaria pero, en el caso de ser consciente de esa necesidad, no está capacitado para transformarla en una demanda concreta.

Un caso extremo es el del paciente que ingresa inconsciente en el servicio de urgencias de un hospital, incapaz, por tanto, de formular una demanda concreta de asistencia, (a diferencia de lo que ocurre cuando el consumidor acude a un restaurante o a un supermercado).

Sin llegar a ese caso extremo, la determinación de la demanda concreta de asistencia no está al alcance de quien la necesita (de ahí que sea denominado ***“paciente”***); lo que exige, a su vez, que sea un facultativo quien la formule.

Tal facultativo, por sus conocimientos, ocupa una posición ***dominante***, disponiendo de gran margen para “imponer” la asistencia que el paciente consume, (“demanda inducida”, “información asimétrica”, “aversión al riesgo”, etc.)¹, pudiendo tener en cuenta también los intereses del agente prestador.² De ahí que sea necesario que un poder independiente intervenga en la fijación de las condiciones del acuerdo entre prestador y paciente, procediendo la participación pública.

Tanto en la prestación de ***asistencia sanitaria gratuita*** como en la de ***bienes públicos*** (alumbrado público o Defensa), es necesario distinguir tres funciones distintas, aunque estrechamente relacionadas:

¹ Varios premios Nobel de Economía (K. Arrow, G. Akerlof, R. Thaler) se han ocupado de estos temas relacionados con el consumo de asistencia sanitaria.

² Quevedo ya advertía contra la modalidad de “pago por acto médico” frente a “la iguala”: “Para que duren poco tus enfermedades, llama a tu médico y dale dineros cuando estés bueno, pero no le pagues mientras estés malo, porque si le pagas mientras estás malo ¿cómo quieres que te cure el tabardillo que le da de comer?”

Provisión, Financiación y Producción

La **provisión** de asistencia sanitaria es, en España, responsabilidad de los poderes públicos. Son las autoridades sanitarias quienes, en función de los recursos económicos disponibles y de la evaluación de las necesidades del colectivo atendido, definen los centros sanitarios (hospitales, centros de salud, etc.), su ubicación, dotación de personal, equipamiento, etc.

La **financiación** (¿quién soporta el coste de la asistencia sanitaria, en función de las necesidades del paciente?) es, asimismo, responsabilidad de los poderes públicos.

La **producción** de la asistencia que los poderes públicos garantizan a los ciudadanos, de forma gratuita, en función de sus necesidades puede, en cambio, ser llevada a cabo en centros públicos por funcionarios públicos o ser prestada en centros privados por personal sin el estatus de funcionario público, mediante el acuerdo correspondiente entre la Administración responsable de la provisión y la empresa a la que aquélla, encarga la producción.

En el caso del alumbrado público (invendible), la **producción privada es inevitable** para garantizar el servicio. Miles de municipios se verían privados de ese suministro si el ayuntamiento renunciase a contratar la producción con empresas privadas y decidiese ser el productor.

En el caso de la Sanidad Pública, la Administración, además de garantizar la provisión y la financiación puede, en cambio, incluso de forma excluyente, asumir **la producción**, aunque ello no es la opción más económica (además de no ser posible: daría lugar a la inevitable aparición de un “mercado negro” de consecuencias muy negativas).

Desde el punto de vista del binomio **calidad-coste** la experiencia demuestra que resulta más rentable que el Sector Público se responsabilice de la provisión y la financiación de la asistencia sanitaria gratuita y contrate con el sector privado al menos una parte de la producción de esa asistencia.

Así lo entiende la Administración Central en el caso de MUFACE, y así lo entienden grandes empresas, incluso con importante participación pública en su accionariado, cuando contratan la asistencia sanitaria de sus trabajadores con empresas aseguradoras privadas. El orden público o la actividad judicial, por ejemplo, no son susceptibles de ser subcontratados con empresas privadas, pero ése no es el caso de la Sanidad Pública.

Producción privada de Sanidad Pública

El producto (output) generado por un hospital, es muy complejo, exige disponer de fuertes inversiones tanto en **capital humano** como en **capital físico** y su volumen y su calidad son de muy difícil medición, tanto según el centro como según el proceso atendido. No es el caso, por ejemplo, de la producción de automóviles o el de la construcción de viviendas³, razón por la cual la gestión centralizada de los hospitales es muy problemática⁴.

³ Los hospitales españoles no dispusieron hasta octubre de 1981 de un plan de contabilidad “ad hoc”, por lo que se refiere a los costes. Bien entendido que la contabilidad hospitalaria, de acuerdo con la correspondiente Orden del Ministerio de Hacienda, sólo se refería a los costes del centro, pero no por tipo de proceso atendido. Por lo que se refiere a la calidad de la asistencia, las

La gestión privada de los hospitales que atienden pacientes, cuyo coste es soportado por el Sector Público mediante los correspondientes conciertos, tiene grandes posibilidades de competir, en precio y calidad, con los centros gestionados por el Sector Público, principalmente por dos razones: los hospitales públicos suelen estar, por razones políticas, sobredimensionados (número de camas y plantilla), lo que hace muy difícil una gestión eficaz⁵ y, en segundo lugar, la gestión del personal, factor fundamental en el binomio calidad/coste, es también muy difícil, dado que, en los centros públicos, el estatus del que goza el personal, *funcionario*, dota a las plantillas de una gran rigidez: (“plaza en propiedad”).

Hace 20 años, el sector privado no disponía de capacidad técnica ni financiera para gestionar hospitales de alto nivel, pero hoy en día sí.

El modelo MUFACE es un punto fuerte del sistema sanitario público español, que podría abrirse a otros colectivos – Comunidades Autónomas, Ayuntamientos, grandes empresas, etc. - lo que vendría a introducir una saludable competencia. Otra fórmula exitosa de colaboración público-privada, tanto desde el punto de vista de la calidad, como del coste de los **hospitales públicos** es el modelo seguido en el hospital de Alcira.

Estos modelos de gestión mixta exigen por parte de la Administración disponer de funcionarios con un alto nivel de preparación para garantizar que la asistencia prestada sea de calidad y a un coste razonable. Para ello, además, los contratos han de ser transparentes y los resultados de la gestión, tanto desde el punto de vista de los costes como de la calidad en términos de salud de los procesos atendidos y fácilmente accesibles⁶.

La ideología (lo que es moral o inmoral), tiene todavía, en el ámbito de la salud, un peso importante⁷. Durante siglos la enfermedad y la muerte han venido siendo contempladas desde una perspectiva con un fuerte contenido religioso que los avances tecnológicos han ido reduciendo pero aún mantiene un alto nivel de vigencia⁸: no se considera moral que existan empresarios que puedan obtener beneficios legítimos por el ejercicio de su actividad empresarial, si ésta se desarrolla en el campo de la sanidad.

La gestión ineficiente de la sanidad pública, lleva a los ciudadanos a “votar con los pies”: a adquirir asistencia sanitaria a través del mercado, dada la aversión al riesgo, mediante la contratación de seguros sanitarios privados.

Los conciertos sanidad pública-sanidad privada (modelo MUFACE o modelo Alcira), cuando están bien gestionados, reducen, en cambio, la demanda de asistencia a través del mercado.

autoridades sanitarias no disponen de información de resultados por procesos de cada uno de los centros, tanto públicos como privados, lo que hace muy difícil la elección del centro idóneo.

⁴ En los hospitales españoles, en 2021, trabajaban 615.600 personas, de las cuales 100.000 son médicos, que atendieron a cinco millones de pacientes, de ellos, un millón ciento veinte mil, privados.

⁵ Como ya advierte el Arcipreste de Hita: “Donde hay mucho dinero hay mucha bendición”

⁶ La ley de Gresham mantiene una vigencia que es necesario tener en cuenta si se quiere garantizar un alto nivel de resultados del binomio calidad-coste. Un caso práctico de vigencia de esta ley es el proceso de sustitución de médicos españoles con una alta inversión en capital humano (titulación MIR) por médicos extranjeros, más baratos (sin titulación MIR). Esta práctica debería ser abolida por acuerdo de las empresas del sector sanitario, o por la Administración Sanitaria.

⁷ Algunos partidos políticos se oponen al uso en centros públicos de aparatos de protonterapia, donados gratuitamente, no porque no sean beneficiosos para la salud sino porque su financiación tiene un origen “inmoral”: el beneficio empresarial del donante.

⁸ “Los hombres prácticos, que se creen exentos por completo de cualquier influencia intelectual, son generalmente esclavos de algún economista difunto” (Keynes. “Teoría General”)