



INTERFAZ PUBLICO-PRIVADO EN LOS SERVICIOS PÚBLICOS

Guillem López-Casasnovas

**Catedrático de Economía Pública.
Departamento de Economía y Empresa.
Centro de Investigación en Economía y Salud. Univ.
Pompeu Fabra.**

ESADE- UCH. 2 de Octubre del 2008

PARTE 1a-
ARGUMENTACIÓN TEÓRICA
PUBLICO-PRIVADO

LO PÚBLICO EN LO PRIVADO (I):

- ***‘LO PÚBLICO Y LO PRIVADO’*** : REFERENTES TEORICOS.
 - **El teorema de Rotschild-Stiglitz**
 - **PROVISION PUBLICA DE BIENES PRIVADOR PREFERENTES**

LO PÚBLICO Y LO PRIVADO (II):

**INTERACCIONES ENTRE SEGURO PÚBLICO Y PRIVADO.
COMPLEMENTARIEDADES.**

LO PUBLICO EN LO PRIVADO (III)

- **RECURSOS E IMPACTO EN BIENESTAR: EFICIENCIA, EQUIDAD EN LA REVERSION DE LA LEY DE WAGNER DE ACUERDO CON LOS ESTADIOS DE DESARROLLO SOCIAL EN LA COMBINACION PUBLICO-PRIVADO (CURVA DE PRSTON)**

LO PUBLICO EN LO PRIVADO (IV)

- **AUTONOMÍA DE PROVEEDORES Y LIBRE ELECCIÓN DE LOS USUARIOS DE LOS SERVICIOS**



CENTRE DE RECERCA
EN ECONOMIA I SALUT·CRES

UNIVERSITAT POMPEU FABRA

LO PRIVADO EN LO PUBLICO

- **LO PRIVADO EN LO PUBLICO (I)**

**-EMPRESA PRIVADA EN SANIDAD: GRADO DE
ADECUACIÓN A LAS DIFERENTES FUNCIONES PUBLICAS**

- **LO PRIVADO EN LO PUBLICO (II)**

**– LA PROVISION PUBLICA CON PRODUCCION PRIVADA:
CONTRATACIÓN EXTERNA DE SERVICIOS**



CENTRE DE RECERCA
EN ECONOMIA I SALUT·CRES

UNIVERSITAT POMPEU FABRA

- **LO PRIVADO EN LO PUBLICO (III)**

**-LA EXCLUSIVIDAD DE LOS
PROFESIONALES PÚBLICOS Y EL SISTEMA DE
RETRIBUCIONES**

- **LO PRIVADO EN LO PUBLICO (IV)**

**-INGRESOS Y PRESTACIONES PRIVADAS
BAJO NUEVAS FORMAS ORGANIZATIVAS
PÚBLICAS.**



CENTRE DE RECERCA
EN ECONOMIA I SALUT · CRES

UNIVERSITAT POMPEU FABRA

La gobernanza de los sistemas públicos

¿SON COMPATIBLES LAS PRETENSIONES DE LO QUE SE DECIDE POLÍTICAMENTE, EN PRINCIPIO EN EL INTERÉS COLECTIVO, CON LA LÓGICA EMPRESARIAL DE LA PERSECUCIÓN DEL EXCEDENTE ECONÓMICO?.

‘LO PRIVADO EN LO PÚBLICO’, Y ‘LO PÚBLICO EN LO PRIVADO’

: ANALISIS DE CASOS

- **1-ACUERDOS PARA FINANCIAR NUEVA INVERSIÓN EN EL SECTOR (*PUBLIC-PRIVATE PARTNERSHIPS*)**
- **2- PRESTACIÓN DE SERVICIOS (VÍA ENTIDADES DE PROFESIONALES O CONSORCIOS DE PROVEEDORES AUTÓNOMOS SOBRE BASE TERRITORIAL)**
- **3-EMPRESARIALIZACIÓN DE LA GESTIÓN DE LAS INSTITUCIONES (CONSORCIOS, FUNDACIONES, EMPRESAS SANITARIAS)**



CENTRE DE RECERCA
EN ECONOMIA I SALUT·CRES

UNIVERSITAT POMPEU FABRA

ANALISIS DE CASOS

- **4-SUBMINISTRO DE SERVICIOS (CONCERTACIÓN EXTERNA, CONTRATOS DE GESTIÓN DELEGADA, FÓRMULAS DE *LEASING*, ETCA.)**
- **5-RÉGIMEN DE COMPATIBILIDADES DE LOS PROFESIONALES, EN PRÁCTICA PRIVADA Y PÚBLICA**
- **6-UTILIZACIÓN DEL DISPOSITIVO PÚBLICO CON FINALIDADES MERCANTILES PRIVADAS**



CENTRE DE RECERCA
EN ECONOMIA I SALUT · CRES

UNIVERSITAT POMPEU FABRA

Análisis de detalle

A- ANALISIS TEORICO

COMPRA PUBLICA DE SERVICIOS PRIVADOS. BAJO SUPUESTO DE PLENA UTILIZACIÓN DE LA CAPACIDAD PRODUCTIVA PUBLICA (Sólo en el corto plazo o como política estable?), O NO (Costes marginales públicos versus costes medios privados?)

- **SEGUN COMO SEA EL PROCESO DE ASIGNACION DE PACIENTES (aleatoria o no; decidida por la autoridad sanitaria o inducida por el propio médico; de patologías con alta o baja dispersión de gravedad en pacientes); Con efectos en el ‘vaciamiento’ de listas de espera y de aumento relativo de costes unitarios públicos**



CENTRE DE RECERCA
EN ECONOMIA I SALUT · CRES

UNIVERSITAT POMPEU FABRA

Análisis de detalle

- **A LA VISTA DEL SISTEMA DE PAGO (ajustado o no por gravedad; según grado efectivo de transferencia de riesgo financiero – prospectivo (eficiencia), retrospectivo (menor selección de riesgos) y según costes de oportunidad incurridos –públicos (tiempo en retribución salarial) o –privados (pacientes con disposición a pagar por si mismos y/o participación en beneficios empresariales) Y SU IMPORTANCIA EN LA RETRIBUCION TOTAL DEL MEDICO**
- **DE ACUERDO CON EL REGIMEN DE INCOMPATIBILIDAD PROFESIONAL VIGENTE (marcado éste por la capacidad de retribución que tenga el sector público y de garantías de mantenimiento y mejora de la productividad)**

**SELECCIÓN ADVERSA O DE RIESGOS
potencialmente para los casos:**

- **(i) de selección de pacientes por parte del propio médico,**
- **(ii) que compatibiliza actividad pública y privada,**
- **(iii) que ve retribuída la primera por salario y la segunda por acto,**
- **(iv) siendo ésta a tarifa fija independiente de la complejidad del paciente,**
- **(v) cobrando el médico directamente del financiador y**
- **(vi) con poco peso del comportamiento profesional y ético del médico. En las hipótesis utilizadas en los estudios teóricos se encuentran pues, en buena parte, los resultados de las investigaciones empíricas.**

PRESTACIONES PRIVADAS EN ORGANIZACIONES PÚBLICAS

B- ANÁLISIS TEORICO

PRESTACIONES PRIVADAS EN ORGANIZACIONES PÚBLICAS: DE QUÉ ESTAMOS HABLANDO (CON O SIN REGIMEN DE INCOMPATIBILIDADES PROFESIONALES; CON O SIN CAPACIDAD DE FINANCIAR LA ESCALADA RETRIBUTIVA PÚBLICA; CON O SIN CAPACIDAD PARA GARANTIZAR EFECTIVAMENTE SU CUMPLIMIENTO)

REQUIERE UN REGULADOR ACTIVO (lista de espera única; asignación de pacientes, consentimiento informado efectivo...) .

B- PRESTACIONES PRIVADAS EN

ORGANIZACIONES PÚBLICAS:

Dada la situación actual:

- **1- Ayuda a poner orden (clínico y financiero), transparenta razones y soluciones a la insuficiencia financiera pública o en calidades asistenciales, y a evitar sospechas de parasitismo de pruebas intermedias, inducción perversa de pacientes y la diferenciación encubierta de prestigio y falta de lealtad profesional**
- **2- Aumenta la exigencia efectiva de incompatibilidad, cumplimiento horario y complemento retributivo controlado y evita la fragmentación de responsabilidades institucionales de los enfermos**
- **3- Rentabiliza un dispositivo que cuenta con capacidad ociosa y a la vez listas de espera en razón de la limitación financiera en la compra pública de servicios asistenciales**

Parte 2a- **EL FOCO EN CONSUMIDOR.**

**‘Apoderamiento’, atención a la diversidad de preferencias
y Bienestar**

Alternativas de elección :

- **(1) ASEGURAMIENTO**
- **...asegurarse o no (distinto grado de obligatoriedad por colectivos)**
- **...con participación o no de aseguradoras privadas, a elección bajo financiación pública**
- **...según alcance de beneficios cubiertos (mínimo obligatorio y componente complementario)**
- **...según correspondencia estricta entre prima y grado de cobertura o subsidiación transversal entre colectivos**

- ***Referentes de elecció:*** Organizació del dispositiu sanitari y abordaje de los problemas de salud
- **(2) PROVISION**
- **...en el primer contacto con el proveedor, de centro asistencial, de especialista en el centro, de médico de cabecera responsable del conjunto de contingencias**

- ***Referentes de elecció***: Organizaci3n del dispositivo sanitario y abordaje de los problemas de salud
- **(3) TRATAMIENTO**
- ...rechazar o no un tratamiento, elecci3n entre modalidades de un mismo tratamiento, en la forma de asistencia, en las facilidades hoteleras asociadas, en el tiempo de espera

Parte 3a- ¿QUÉ PAPEL PARA EL SECTOR ESTRICTAMENTE PRIVADO EN UN SISTEMA EMINENTEMENTE PÚBLICO?

CONTEXTOS:

- Sobre la base de la oferta de lo que el sector público no subministra o lo subministra a calidad inferior a la aceptable para determinados grupos de población.
- Actuando por cuenta del sector público (franquicias privadas de prestaciones públicamente financiadas), complementando en su caso aquello que se sitúe fuera de catálogo

...Sobre la base de la oferta de lo que el sector público no suministra o lo suministra a calidad inferior a la aceptable para determinados grupos de población.

- **Pros:** - Más especificidad empresarial que complejidad clínica. Permite organizar una producción acotada, con más prestación directa (frente a la alternativa aseguramiento y gestión de riesgos y siniestralidad-, singularizable para el marketing en cuestiones de 'calidad' percibida, con tendencia a organizarse como actividad complementaria a coste marginal.

....Sobre la base de la oferta de lo que el sector público no subministra o lo subministra a calidad inferior a la aceptable para determinados grupos de población.

- **Cons:** Dependencia de la oferta pública (menos previsible) y de las condiciones de trabajo de sus profesionales. Mayor elasticidad precio y elasticidad renta de su consumo (sensibilidad a las coyunturas económicas). Incentivos mayormente explícitos, y menos los implícitos (asociados al *job enrichment* y al *job enlargement*)

Actuando por cuenta del sector público (franquicias privadas de prestaciones públicamente financiadas), complementando en su caso aquello que se sitúe fuera de catálogo

- **Pros:** - Coste de elección inicial neutral (no penalizado como pago separado).
Consecuentemente, más fácilmente articulable una prestación complementaria.

Actuando por cuenta del sector público (franquicias privadas de prestaciones públicamente financiadas), complementando en su caso aquello que se sitúe fuera de catálogo

- **Cons:** Al albur de la comprehensividad de la definición del catálogo público. Mayor dificultad organizativa (construcción de una red completa de proveedores) y de gestión (aseguramiento con financiación a prima comunitaria de difícil ajuste).

INCERTIDUMBRES

- **EVOLUCIÓN DE LAS ORGANIZACIONES PÚBLICAS OFERTANDO PRESTACIONES PRIVADAS. DEBATE DE SUPUESTOS DE COMPETENCIA DESLEAL/ CUESTION DE COSTE MARGINAL PUBLICO VERSUS COSTE MEDIO PRIVADO EN LA DECISIÓN DE INTEGRAR O PRODUCIR, SEGÚN SEA EL HORIZONTE TEMPORAL CONTEMPLADO.**
- **DEVENIR DE LA EXCLUSIVIDAD EN EL TRABAJO DE LOS PROFESIONALES EN EL SISTEMA PÚBLICO (E INCREMENTO DE RETRIBUCIÓN ASUMIDA)**

Parte 4a- Reflexionar sobre el futuro de nuestro Sistema de Salud

- **Re-pensar para cambios graduales en la dirección de la coherencia teórica y la adaptación social**
- **Lo cubierto y lo opcional. La financiación solidaria y la responsabilidad individual.**
- **La descentralización de la gestión el aseguramiento, el traslado de riesgo y la eficiencia social**



CENTRE DE RECERCA
EN ECONOMIA I SALUT · CRES

UNIVERSITAT POMPEU FABRA

COSTES DE OPORTUNIDAD DEL CAMBIO:

Consolidación del sistema?

- **La situación actual está muy marcada por la presión sobre la financiación corriente del gasto sanitario para proteger intereses corto-placistas de los proveedores sanitarios. Resulta sencillo generar coaliciones políticas y de grupos de opinión para postergar el interés público general a favor de intereses particulares corporativos. (Las listas de espera como último ejemplo)**
- **Los tópicos de protección argumental abundan: Observar incorrectamente la incidencia diferencial en ingresos (cotizaciones versus ?), no valorar efectos de incidencia presupuestaria global (fuentes y aplicaciones del gasto), no ajustar predicciones de gasto por renta, derivar medias a partir de muestras sesgadas, usar a conveniencia el referente PIB y poblacional, etc.**



CENTRE DE RECERCA
EN ECONOMIA I SALUT · CRES
UNIVERSITAT POMPEU FABRA

FUTURO

- **-LA AMENAZA REAL PARA NUESTRO SISTEMA DE SALUD PROCEDE DE LA AUSENCIA DE FISCALIZACION SOCIAL Y RESPONSABILIDAD INDIVIDUAL EN LA UTILIZACION DE LOS SERVICIOS SANITARIOS**
- **La ineficiencia sistémica no sólo genera inflación de costes, sino también utilización inadecuada, sobreutilización y falta de flexibilidad para ajustar el dispositivo asistencial a las nuevas necesidades: Áreas para las que las nuevas tecnologías pueden añadir valor al objetivo salud.**

• *Eficiencia en provisión:*

– Integración asistencial de proveedores

– Traslado de riesgo

– Status de los proveedores en las instituciones sanitarias, más acorde con su capacidad inductora de demanda y autonomía clínica pretendida

- **Parece crucial -desde una perspectiva de bienestar social- que unos proveedores -con poder de mercado y poder político- pero con acceso a fuentes de financiación pública y privada- que**
- ***(i) o bien tengan como contraparte a un comprador potente que además de comprar:***
 - **Gestione la utilización sanitaria**
 - **Regule y controle la financiación que provenga de seguros complementarios (fiscalmente desgravados, posiblemente), y cubran prestaciones sanitarias no cubiertas en el paquete público así como elementos sociosanitarios o de dependencia.**



CENTRE DE RECERCA
EN ECONOMIA I SALUT · CRES

UNIVERSITAT POMPEU FABRA

Alternativas

- **Regule y controle la financiación privada que los copagos puedan originar.**
 - **Asigne los recursos sanitarios con base a la necesidad, con las excepciones comentadas donde la disponibilidad a pagar esté más indicada.**
- *(ii) o bien que consolide niveles de riesgo suficientes*
- **Que le estimulen a una mejor integración de servicios**
 - **Que ‘el ojo del amo’ (en interés conjunto y compatible con el del financiador) otorgue las llaves de la finca a una atención primaria mejor coordinada con la especializada**



CENTRE DE RECERCA
EN ECONOMIA I SALUT · CRES

UNIVERSITAT POMPEU FABRA

Alternativas

- **Que acepte un entorno de regulación ‘diferente’ (la marginalidad y el clientelismo político no cotizan).**
- **Que involucre a los profesionales en una gestión clínica que en la medida que resulta eficiente les garantiza la viabilidad empresarial (contra la idea de un profesional cuenta ajena en lo retributivo, y cuenta propia en la ‘libre práctica’).**
- **Con el lenguaje del episodio clínico, el determinante ‘salud’ de la población y una valoración utilitarista complementaria a la efectividad clínica**

EN GENERAL Y EN RESUMEN:

- **REPENSAR EL SECTOR SANITARIO (PÚBLICO Y PRIVADO) DESDE EL CONJUNTO DEL SISTEMA DE SALUD, DEL GASTO SOCIAL, DESDE LA PERSPECTIVA LONGITUDINAL, INTERGENERACIONAL Y DE LA ECONOMÍA EN GENERAL**
- **TIEMPO DE ARTICULAR MEDIDAS DE FINANCIACION DIFERENTES: NO POR ‘SER’ O ‘HACER’ SINO POR ‘CONSEGUIR’**
- **ABRIR MAS FINANCIACION PRIVADA PARA EL SISTEMA, PREFERENTEMENTE COORDINADA CON LA PUBLICA, PARA LA SOSTENIBILIDAD CONJUNTA DEL SISTEMA. EL GASTO SANITARIO TOTAL SIN DUDA ESTA ABOCADO A CRECER Y DIFICILMENTE PODRÁ, NI TIENE LÓGICA QUE LO HAGA, *PARI PASSU*, AFRONTARLO LA FINANCIACIÓN PÚBLICA IMPOSITIVA DE DICHO GASTO.**

Gracias por su atención