

1.4 Economía de la producción: análisis de la oferta de asistencia sanitaria.



Por el lado de la oferta las empresas buscan usar eficientemente los factores productivos para maximizar beneficios; en la sanidad existen peculiaridades importantes, tanto en los objetivos, la organización, los médicos y la competencia.

Autor: Juan A. Gimeno Ullastres

Catedrático de Economía Aplicada, UNED

Se recomienda imprimir 2 páginas por hoja

Citación recomendada:

Gimeno Ullastres J A..Economía de la producción: análisis de la oferta de asistencia sanitaria [Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2012 [consultado día mes año]. Tema 1.4. Disponible en: [direccion url del pdf.](#)



TEXTOS DE ADMINISTRACION SANITARIA Y GESTIÓN CLÍNICA
by UNED Y ESCUELA NACIONAL DE SANIDAD
is licensed under a Creative Commons
Reconocimiento- No comercial-Sin obra Derivada
3.0 Unported License.



Introducción

En este tema trataremos de aproximarnos a los factores que explican el comportamiento de la oferta de asistencia sanitaria, a partir de los principios generales. La empresa es la protagonista tónica de la oferta y, en consecuencia, discutiremos si su objetivo es hacer máxima su cifra de beneficios, es decir, la diferencia entre sus ingresos y sus costes, o bien se plantea otros objetivos alternativos. Veremos como en el funcionamiento de las empresas es fundamental su posición en el mercado y la competencia con la que se encuentra que marcará su margen de actuación.

En el análisis específico de la asistencia sanitaria, se destacan primero sus complejidades específicas. Después se pone el acento en el análisis del papel del principal protagonista del proceso

productivo de asistencia sanitaria que no es otro que el profesional médico. Tanto en su posible papel de empresario, como de asalariado dentro de un centro médico. Desde este papel juega simultáneamente como oferente y como factor de coste. Con todas las limitaciones que se destacan, se intenta una reflexión sobre la función de costes sanitaria y las diferencias según los casos de que se trate.

Y dentro de las peculiaridades del sector sanitario, un último epígrafe se dedica a reflexionar sobre cómo funciona la competencia en este mercado y los posibles objetivos atípicos de los responsables de la gestión de la asistencia sanitaria.

Introducción

1. La producción, los costes y la competencia

1.1. La maximización de beneficios

1.2. La competencia

2. La producción de asistencia sanitaria

2.1. Peculiaridades generales de la asistencia sanitaria

2.2. Los médicos y la producción

2.3. Los costes de la asistencia sanitaria

3. La competencia en la atención sanitaria

1. La producción, los costes y la competencia

1.1. La maximización de beneficios

La oferta de bienes y servicios supone la existencia de unos sujetos que dedican sus esfuerzos y sus recursos a la producción de esos bienes y servicios. Normalmente, y tanto más cuanto más compleja es la actividad económica, esa producción exige la aportación previa de un capital (con el consiguiente riesgo de perderlo), la contratación de unos factores productivos, la adquisición de otros bienes y servicios, la coordinación de todos los medios utilizados, etc. Este conjunto de complejas tareas puede englobarse bajo la denominación genérica de actividad empresarial. Por eso decimos que la oferta de bienes y servicios está protagonizada por las

empresas... o figuras semejantes.

Según a quien corresponda la propiedad y el control distinguimos las siguientes modalidades básicas de empresas:

- 1. Privadas** (capitalistas): la propiedad es íntegramente de los particulares y el poder de decisión se relaciona con el capital aportado por cada uno de ellos. La gran mayoría de las que existen en el mercado se encuadran en este grupo. Salvo que se diga otra cosa, todos los análisis de comportamiento empresarial se refieren a este tipo de empresas.
- 2. Públicas:** son organizaciones, habitualmente con personalidad jurídica propia, que producen bienes y servicios para el mercado, en las que la mayoría del capital social o del patrimonio es propiedad pública. Pueden asimilarse a nuestros efectos las unidades públicas, integradas en las Administraciones Públicas de una forma u otra, que prestan servicios semejantes a los que se encuentran paralelamente en el sector privado. Tal es precisamente el caso de los servicios de asistencia sanitaria.
- 3. Sin ánimo de lucro:** dentro de este grupo pueden incluirse algunas empresas de economía social (como cooperativas) pero sobre todo Fundaciones, Asociaciones, ONG, etc., que realizan algún tipo de actividad empresarial pero con el objetivo fundamental de ofrecer un determinado servicio, no de obtener beneficios.

Los empresarios privados sólo estarán dispuestos a arriesgar sus recursos si esperan conseguir una compensación adecuada. El empresario toma sus decisiones pensando en obtener los máximos beneficios posibles, es decir, la máxima diferencia entre sus ingresos totales y sus costes totales.

Los ingresos proceden de la venta de los bienes o servicios (o/y, en su caso, de la financiación por patrocinios, subvenciones, transferencias...). Los costes básicamente del pago de factores productivos (personal, inmuebles, maquinaria, servicios contratados, materias primas y productos intermedios utilizados...).

El empresario toma sus decisiones pensando en obtener los máximos beneficios posibles, es decir, la máxima diferencia entre sus ingresos totales y sus costes totales

El pago de los factores productivos (y, en puros términos económicos, aunque no siempre contables, los costes de oportunidad en que incurre el empresario con la utilización de los recursos propios) nos dan su cifra total de costes. Si dividimos ese coste total por el número de unidades vendidas tendremos el coste medio.

Coste medio = Costes totales / número de unidades producidas.

Los bienes y servicios producidos son vendidos en el mercado a un determinado precio. Los ingresos totales vendrán, por tanto, determinados por la cantidad vendida y ese precio:

Ingresos totales = cantidad vendida x precio.

El ingreso medio viene dado también por el cociente del ingreso total y las unidades vendidas. Si todos los bienes son vendidos al mismo precio, el ingreso medio es igual al precio. Por tanto el coste medio se obtiene dividiendo el coste total entre el número de unidades producidas o de servicios prestados. El coste marginal se refiere al incremento del coste que implica producir una unidad adicional. Los mismos conceptos pueden aplicarse a los ingresos medio y marginal.

Además de los costes, los factores determinantes más destacados son:

- **La tecnología**

Los costes de producción dependen de las características del proceso productivo y del nivel tecnológico que en él se aplica. Tras una mejora tecnológica, normalmente, los costes disminuyen.

- **Los precios de los demás bienes**

Los empresarios pueden dedicar sus factores productivos a diversas alternativas. Entre todas las posibles, elegirán aquellas que sean más atractivas. Si suben los precios de determinados bienes, en principio resultará más interesante su producción porque podrían dejar más margen de beneficio. El dato relevante aquí es la medida en que puede sustituirse la producción de un bien por la de otros. La influencia de los precios de unos bienes sobre la oferta de otros será

El coste medio se obtiene dividiendo el coste total entre el número de unidades producidas o de servicios prestados.

El coste marginal se refiere al incremento del coste que implica producir una unidad adicional.

especialmente relevante en aquellos casos en los que, por utilizar parecidos procesos técnicos o/y las mismas materias primas, resulte relativamente sencillo desplazar los factores de producción de unos a otros.

● Factores sociológicos y psicológicos

Como en el caso de la demanda, detrás de la oferta hay un buen número de factores que, en determinados casos, pueden resultar más importantes incluso que los que acabamos de ver. Un ejemplo típico es la influencia de los cambios climáticos en la oferta de productos agrícolas. El Estado tiene aquí una importancia muy relevante. Las regulaciones estatales que limitan las formas de producción peligrosas o socialmente perjudiciales tienden a elevar los costes de las empresas. Las subvenciones, por el contrario, equivalen a una reducción de costes. Y un impuesto se considera como un coste adicional.

Siempre que hablemos de decisiones empresariales tendremos que tener en mente un factor de capital relevancia en su comportamiento: **las expectativas**. Como sabemos, buena parte de las decisiones requieren un tiempo antes de llevarse totalmente a cabo. Por lo tanto, cuando un empresario está eligiendo qué productos sacar al mercado, qué inversiones realizar, qué factores productivos contratar, con qué características y en qué condiciones, está pensando más en las condiciones de equilibrio futuras que en las presentes. Está buscando la situación óptima para ejercicios sucesivos, sobre la base de los precios, de los costes, de los tipos de interés, de la evolución tecnológica, de las políticas económicas, de los gustos de los consumidores... que estima que dominarán en ese tiempo por venir. De nuevo aquí observamos la importancia de la variable tiempo.

Factores tan impalpables como el clima de optimismo o pesimismo y la estabilidad son, a menudo, mucho más importantes que los señalados como determinantes de la oferta de bienes y servicios. Naturalmente las condiciones futuras no son conocidas sino que responden a una estimación que puede ser o no acertada. En un mundo económico cambiante, el acierto o el error en adelantarse al futuro

suele ser un factor determinante del éxito o del fracaso de la actividad empresarial.

Es importante precisar el plazo de tiempo a que se refiere el análisis. Para delimitarlo, atenderemos preferentemente a las condiciones de la producción. Así, podemos fijar hasta cuatro períodos distintos:

PERÍODOS DE ANÁLISIS:

- **Cortísimo plazo o inmediato:** será aquel en el que no es posible variar ninguno de los factores que intervienen en la producción. Por lo tanto el volumen total de producto no puede variarse y la oferta resultaría totalmente rígida. En tal supuesto, cualquier variación de la demanda se traduciría en cambio del precio, dada la imposibilidad de ajuste a través de las cantidades de equilibrio. Si el precio no se adapta, sería necesario algún tipo de racionamiento. Lo más probable es que, si se trata de un fenómeno repentino y quizás excepcional, los últimos en llegar se encontrarán sin producto o/y que surgiera algún tipo de reventa que lo ofreciera a un precio superior al mercado. Si, por el contrario, la demanda fuera inferior a la esperada, quedaría el producto sin vender.
- **Corto plazo:** en el cual existen determinados factores productivos que tienen el carácter de **fijos**, cuya cuantía y utilización no puede variarse. Pero existen también otra serie de factores **variables** que pueden incrementarse, adaptándose en función de las necesidades de la producción.
- **Medio o largo plazo:** en el cual no existen factores fijos sino que todos tienen el carácter de variables, todos pueden adaptarse a las dimensiones que se consideren óptimas.
- **Largo - larguísimo plazo:** período de carácter más aleatorio que incluye no sólo el paso del tiempo sino también la existencia de innovaciones tecnológicas, es decir, de condiciones básicas que cambian sustancialmente, de forma más o menos importante según el carácter de la innovación concreta, la situación preexistente. Podríamos decir que el medio - largo plazo es un período que podemos planificar con los datos hoy disponibles mientras que el larguísimo plazo incluye variables impredecibles y/o incuantificables.

Otros factores como los objetivos de los empresarios, o la estructura del mercado serán muy importantes condicionantes del comportamiento de los oferentes.

El empresario irá aumentando su producción mientras sus beneficios sigan aumentando. El objetivo de la **maximización de beneficios** puede admitirse como una aproximación: no siempre se persigue directa sino indirectamente y no siempre los empresarios disponen de toda la información necesaria para poder garantizarlo. Lo normal es que los empresarios tengan que conformarse con aproximaciones suficientes porque no tienen la información completa (y ésta puede ser muy costosa) para optar a la perfecta delimitación del objetivo de máximo beneficio. Por ejemplo en la práctica resulta difícil que un empresario conozca con exactitud su curva de demanda. En el mejor de los casos podría tener estimaciones aproximadas que, las más de las veces, diferirán notoriamente de las que luego se darán realmente.

¿Cuál puede ser, esquemáticamente, el razonamiento del empresario medio? Sabemos que los beneficios son la diferencia entre ingresos y costes. Por lo tanto, si yo hago máximos mis ingresos y hago mínimos mis costes habré conseguido probablemente maximizar los beneficios. Dado que cuanto más produzco, normalmente, mayores son mis costes totales, el objetivo de minimizar costes se referirá siempre a los costes medios por unidad de producto.

Frecuentemente, estamos ante un caso de relación de agencia imperfecta: quien toma las decisiones no es propietario sino un experto o conjunto de expertos contratados para gestionar la empresa pero los intereses del *principal* (accionista) pueden no coincidir con los del *agente* (gestor). Para estos gestores el beneficio deja de ser un objetivo en sí mismo. Salvo, quizás, cuando sea la parte fundamental de su retribución. Normalmente el primer objetivo que perseguirá el gestor será el de maximizar el tamaño de la empresa porque cuanto mayor sea ésta más probable es que maximice sus intereses: su retribución, seguridad, poder y presencia social, *status*, etc. Pero siempre mantendrá una cifra de beneficios *razonable* que mantenga satisfechos a sus accionistas y financieramente saneada a la empresa.

1.2. La función de producción.

El empresario debe utilizar los factores productivos de la forma más eficiente posible. El empresario elige aquella combinación de los factores productivos que le permite obtener la mayor producción posible en relación con el precio que implica su utilización. Esta decisión tiene un componente técnico importante, de acuerdo con el tipo de producto y el nivel tecnológico existente.

En el corto plazo existen algunos factores fijos y unos factores variables. Entre los factores fijos, es preciso contar con edificios, con máquinas, con contratos... que implican una serie de gastos independientes de que produzcamos o de que tengamos parada la producción. En cambio, hay otros factores como las materias primas, la electricidad, las horas de trabajo... que necesitaremos utilizar en función del nivel de producción. Los gastos ligados a esos factores variables serán nulos si la producción es cero. Cualquier variación en el nivel de producción a corto plazo ha de hacerse reduciendo o aumentando la utilización de los variables ya que, por definición, ello no es posible con los fijos.

La productividad de un factor será la relación que existe entre el producto que se obtiene y el grado de utilización del factor. La productividad **media** se calcula dividiendo el producto total por las unidades totales utilizadas del correspondiente factor. Dado que existen unos factores fijos, según incrementamos la utilización de los factores variables irá aumentando la producción de forma creciente hasta que se alcance la combinación óptima. A partir de ese punto, la producción sigue aumentando, pero cada vez a un ritmo menor. Podría suceder que se alcanzara un punto en el cual no aumentara la producción por mucho que se incrementara la utilización de los factores variables o, incluso, que cualquier aumento de éstos llevara a una disminución de las cifras de producto obtenido.

La elección empresarial no sólo se da entre factores productivos (trabajo o capital), sino incluso dentro de ellos (trabajadores más o menos especializados o unas máquinas frente a otras) o entre producción propia o ajena. Un hospital puede tener su lavandería o contratar esta tarea con una empresa especializada.

La productividad media se calcula dividiendo el producto total por las unidades totales utilizadas del correspondiente factor

Y este ejemplo es válido absolutamente para todo: prácticamente cualquiera de las actividades del proceso pueden realizarse en el seno de la empresa o “comprarse hechas”, *externalizarse*.

Siempre que sea técnicamente posible, la alternativa que se encarezca en términos relativos tenderá a ser sustituida por la que resulte más barata tras el cambio en los precios de unos factores y no de otros. Si suponemos que existe la posibilidad de elegir entre un proceso productivo más intensivo en trabajo y otro más intensivo en capital y que éste sólo es rentable a partir de un cierto nivel de producción, es lógico esperar que un encarecimiento relativo del factor trabajo implique que el nivel de producción a partir del cual el cambio es rentable sea ahora inferior respecto al que teníamos antes.

La demanda de los factores productivos es también una demanda derivada. Los factores productivos, como regla general, no sirven para satisfacer directamente necesidades sino que son instrumentos que, adecuadamente combinados, permiten producir bienes y servicios. Las empresas están interesadas en los factores productivos para obtener productos que vender. Por lo tanto solamente les interesa demandar factores productivos en la medida en que éstos produzcan bienes que luego se vendan y generen ingresos.

El incremento de ingresos que se deriva de la utilización de una unidad adicional de un factor productivo dependerá así de dos factores.

- de la mayor o menor capacidad de ese factor productivo para hacer aumentar la producción total. Es evidente que cuanto más eficaz sea un trabajador, una tierra o una máquina más dispuesto estará el empresario a pagar más por su utilización porque podrá obtener más producto.
- el valor al que se vende ese incremento de producción, lo que realmente aporta a la cifra de ingresos totales.

Exactamente igual que en el caso de los bienes finales, la elasticidad de demanda de un factor productivo es la sensibilidad de la cantidad demandada del mismo ante modificaciones en su precio. Con carácter general, diremos que la elasticidad de la demanda de un factor productivo será tanto mayor cuanto

- **Más fácil sea su sustitución por otros.** Cuantas más posibilidades existan en el mercado para sustituir el factor que se está utilizando más sensible será la demanda a cualquier cambio en su precio. El trabajo menos cualificado tendrá normalmente una demanda más elástica que el especializado.
- **Mayor sea la elasticidad de la oferta de los otros servicios productivos.** Si los posibles sustitutos presentan una notable rigidez en su oferta, cualquier intento de sustitución implicará un incremento de sus costes tan fuerte que esa presunta facilidad se convertirá en inalcanzable. También es importante la elasticidad de los factores o servicios productivos complementarios. Supongamos un determinado factor productivo que se utiliza necesariamente con otros servicios inseparables: por ejemplo, una industria apartada que debe ofrecer a sus trabajadores transporte y comedor, entre otros servicios. Si baja el precio del factor trabajo, aunque su demanda pudiera ser teóricamente muy elástica, es posible que no aumente significativamente la cantidad demandada de trabajo si los servicios de transporte y comedor son extremadamente rígidos y cualquier incremento en el uso de los mismos implicara unos costes desproporcionados.
- **Más elástica sea la demanda del producto final.** Acabamos de ver cómo la gran interrelación que existe entre la demanda de factores productivos y el bien que estos factores producen implica que el cambio en el precio de un factor hace variar el coste, el precio final y, por tanto, la demanda del propio factor. Dado que la disminución en la cantidad demandada del bien final será tanto mayor cuanto más elástica sea la demanda del mismo, una disminución importante en la demanda producirá una disminución igualmente grande en la demanda de los factores productivos utilizados.
- **Mayor sea la fracción del coste total que representa el servicio.** Cualquier pequeño cambio en las condiciones de los factores que representan un gran peso en la producción será analizado con más detalle por la gran repercusión que tiene sobre las cifras globales de costes y beneficios.
- **Más amplio sea el tiempo de posible adaptación a las nuevas circunstancias.** Un abaratamiento de la mano de obra o

la aparición de un nuevo aparato muy eficiente quizás no implique cambios inmediatos. Pero paulatinamente las empresas irán sustituyendo los métodos productivos más caros o anticuados por los más baratos o/y más productivos.

Buena parte de los *inputs* utilizados por las empresas son en realidad bienes intermedios, es decir, productos finales para otras empresas que son utilizados para producir otros bienes o servicios o para sufrir algún tipo de transformación antes de ser puestos a la venta directa a los consumidores. En tales casos es obvio que la oferta será idéntica a la que estudiamos en el mercado de bienes porque, en principio, a los oferentes les resulta indiferente que los destinatarios sean consumidores intermedios o finales.

Como regla general, la cantidad ofrecida de un factor productivo será tanto más elevada cuanto más alto sea el precio que se pague por su utilización porque ello hará que queden compensados los costes de adquisición y de oportunidad para un mayor número de propietarios. Quizás a corto plazo la oferta pueda ser rígida pero a medio o largo plazo precios más altos animarán a nuevos oferentes bien a entrar en el mercado, bien a realizar las inversiones necesarias para que aumente la oferta. Evidentemente si el uso de un factor está anclado a un destino concreto menor será su movilidad y será más rígida la oferta. La oferta de los factores de producción para objetivos específicos tenderá ser más elástica que la oferta total de ese factor porque (y en la medida que) es más fácil la movilidad, funcional o espacial, de unos destinos a otros.

Las condiciones de la producción tienen su lógica repercusión en los costes. En primer lugar, tendremos unos costes fijos ligados a los factores que tienen tal carácter. Dado que los mismos, por definición, son independientes del nivel de producción, tendremos la misma cuantía de **costes fijos** para un nivel de producción de cero, de cien o de mil mientras no variemos esos factores fijos (y si los cambiamos salimos del corto plazo para entrar en el largo plazo). Los costes fijos serán tanto mayores cuanto mayores sean la dimensión de la empresa y el precio de los factores fijos y menor sea el plazo de tiempo al que nos referimos.

Mientras la productividad media crece, los costes crecen despacio

porque cada elevación del coste va acompañada de un incremento mayor de la producción. Pero si la productividad empieza a decrecer, los costes variables crecerán más y más deprisa.

Lógicamente, los costes fijos tienden a perder importancia cuando el volumen de producción es muy elevado. Pero si aquellos son mucho más relevantes que los costes variables, éstos serán los irrelevantes. Por ejemplo, en la producción de energía eléctrica el coste de cada nuevo kilovatio es prácticamente despreciable dado que lo realmente costoso es la construcción, amortización y mantenimiento de las centrales eléctricas e infraestructuras de transporte que posibilitan el suministro.

Tres vías básicas para disminuir los costes de producción:

- reducir la utilización de factores productivos
- reducir el precio de esos factores
- incrementar la productividad (mejoras organizativas, tecnológicas...)

Es muy frecuente que una empresa no se dedique tan sólo a producir un bien o servicio. De hecho ocurre a menudo que la producción conjunta de dos bienes implica ventajas mutuas que abaratan la producción de uno y otro. En tal caso se dice que se producen unas determinadas economías en la producción que podríamos asimilar al término de **sinergias**.

Para tomar sus decisiones, el empresario debe comparar sus costes con los precios a los que puede vender los bienes o servicios que produce. Suponemos que tales precios vienen determinados por el mercado en el que confluyen todos los oferentes y todos los demandantes. Cada empresario, decimos, es *precio – aceptante* en el mercado de competencia perfecta. En tales condiciones la empresa individual se encuentra con que existe un precio que le fija el mercado y la demanda de la empresa es totalmente elástica. Puede ocurrir que el precio fijado en el mercado esté por encima o por debajo del nivel de equilibrio. Si el precio es superior la empresa obtendrá beneficios extraordinarios; si es inferior tendrá pérdidas e incluso cerrará si las mismas son superiores a los costes

Los costes fijos se corresponden con los factores fijos y los variables aumentan según evolucionan el nivel de producción y la productividad de los factores.

Se producen sinergias en la producción cuando resulta menos costoso producir dos o más bienes conjuntamente que cada uno de ellos por separado

fijos. Normalmente, especialmente en el corto plazo, coexisten empresas en todas esas situaciones.

Existen **economías de escala** cuando un aumento de la dimensión empresarial similar en todos los factores productivos utilizados origina un incremento de la producción más que proporcional y, por lo tanto, una disminución de los costes medios. En sentido inverso, hablaríamos también de potenciales **deseconomías de escala**.

Existen economías (o deseconomías) de escala cuando un aumento de la dimensión empresarial origina un incremento de la producción más (o menos) que proporcional y, por lo tanto, una disminución (o un aumento) de los costes medios.

Existen unos costes de dirección y control relativamente independientes del nivel de producción, en parte también indivisibles. Determinadas actividades requieren inversiones muy elevadas que se diluyen y amortizan tanto más cuanto mayor sea la cantidad de producto. En la misma línea los gastos en investigación y desarrollo son tanto más posibles y potencialmente rentables cuanto mayor es la organización e incrementarán la probabilidad de incorporar mejoras tecnológicas reductoras de costes. Es también importante el mayor poder de negociación: una empresa de grandes dimensiones será probablemente un cliente fundamental para sus proveedores o sus entidades financieras por lo que fácilmente conseguirá mejores precios y condiciones que un competidor menos poderoso

Cuando un industria funciona con **rendimientos crecientes de escala** (predominan las economías de escala) se produce una tendencia natural hacia la reducción del número de oferentes con el consiguiente detrimento de la primera condición de la competencia perfecta.

Sin embargo, también existen **deseconomías de escala**. Las tareas de dirección, coordinación, supervisión e información se hacen, según aumenta la dimensión de la organización, cada vez más complejas, lentas, costosas e improductivas. La pirámide organizativa crece y se hace más compleja. Las directrices llegan tarde y mal. Los costes "generales", no ligados directamente a la producción de bienes y servicios finales sino dedicados al servicio de la organización, adquieren un peso creciente en detrimento de la productividad global. Disminuyen la creatividad y la flexibilidad, aumentan la despersonalización, el absentismo y la rutina. La productividad desciende en el corto y en el largo plazo. Por ello

y por la mayor facilidad de organización, son más frecuentes en las grandes empresas los conflictos laborales y tienden a ser también mejores las condiciones salariales y laborales con lo que los mayores costes pueden compensar (o superar) las ganancias derivadas de otras economías de escala.

La capacidad de reacción y adaptación es también menor. Por último la gran dimensión implica una fuerte demanda de factores productivos y suministros en general. Si ello puede suponer una ventaja de negociación, en buen número de casos también puede suponer problemas de abastecimiento y almacenaje en mercados reducidos, incapaces de atender tan importantes cifras demandadas, con los consiguientes encarecimientos.

Dado que economías y deseconomías de escala conviven normalmente en todas las actividades (sólo que unas predominan sobre las otras) muchas empresas tratan de compatibilizarlas. Así, una gran empresa tiende a descentralizar buena parte de la actividad en pequeñas unidades con cuentas propias y una cierta competencia entre sí, pero mantiene centralizadas aquellas actividades en las que las economías de escala son más poderosas, como planificación estratégica, investigación, relaciones con los gobiernos... Por el lado opuesto, las pequeñas empresas de distribución tienden a agruparse para determinadas actividades como compras centralizadas, publicidad en televisión, etc.

A largo plazo la competencia hace desaparecer las empresas ineficientes y lleva a las supervivientes a producir con la estructura óptima que garantiza el menor coste posible y la mejor asignación de factores dado el nivel tecnológico existente.

2. La producción de asistencia sanitaria

2.1. Peculiaridades generales de la asistencia sanitaria

La asistencia sanitaria es el resultado de un acto o hecho aislado pero, más frecuentemente, de una secuencia de actos, de duración y localización definidas, realizados gracias a un conjunto de medios humanos y materiales. Dentro de la denominación genérica de servicios sanitarios es obvio que se engloban un conjunto muy variado de prestaciones y cualquier intento de clasificación resultará problemático. Sin embargo, es necesario

Los servicios sanitarios engloban tanto el servicio básico ligado a la atención médica como un conjunto de servicios periféricos asociados y complementarios

realizar alguna delimitación de cuáles son los servicios que pretenden prestarse para acercarnos a un concepto coherente de oferta.

Una taxonomía clásica desglosa los servicios en dos grandes grupos:

- a) El **servicio básico**. Constituye la razón principal, la función o utilidad por la que el cliente acude al oferente. Es aquél que a los ojos del usuario identifica de forma clara y completa lo que busca. Así, el servicio básico del hospital es la atención médica en régimen de hospitalización.
- b) Los **servicios periféricos**. Son aquellos a los que se puede acceder por ser usuario del servicio de base. No son los que busca el usuario directamente pero van a marcar de forma importante su satisfacción o insatisfacción. Se dividen en asociados y complementarios:
 - Los **servicios periféricos asociados**. Son aquellos que forman parte indisoluble del servicio básico. Son todas aquellas actividades indispensables, asistenciales y no asistenciales, para poder realizar el servicio básico.
 - Los **servicios periféricos complementarios**. Son aquellos que no resultan necesarios, pero que se incorporan al paquete de servicios a fin de mejorarlo. Son atributos del servicio que frecuentemente marcan la diferencia externa entre los distintos oferentes. Estos aspectos son en buena parte comunes a casi cualquier servicio, sea o no médico y tienen que ver más con el trato que recibe el cliente y su confort que propiamente con la salud.

Es evidente que el concepto de servicio se refiere directamente al beneficio alcanzado por el usuario con la adquisición del bien o servicio. Tanto el **esperado**, el que busca con la compra del producto; el **asumido**, con el que cuenta el cliente al comprar el producto aunque de forma a menudo inconsciente; y el **añadido**, el que no espera obtener al adquirir un producto y que el oferente puede querer proporcionar adicionalmente.

No debe olvidarse que el cliente valora el conjunto de los servicios, integrado por el núcleo del servicio y las prestaciones periféricas, pero también el propio sistema de prestación que incluye, además del servicio en sí, al personal que le atiende y a

El usuario considera los componentes del sistema de prestación de servicios como parte integrante de los beneficios que recibe, esto es, como elementos del concepto de servicio

los equipos e instalaciones.

Un oferente de servicios sanitarios, tendrá que conocer así qué servicios pretende prestar, cuál es el mercado correspondiente de referencia, los clientes potenciales y reales, y cuáles los productos que, consecuentemente, tiene que producir. Las decisiones se encadenan unas con otras.

Todo producto se corresponde con un servicio que satisface una necesidad genérica. Una mamografía responde en algunos casos a la necesidad de diagnosticar un tumor, en otros, a la necesidad de prevenir. Y la prestación del servicio puede ser producida con diferentes tecnologías. Así, el diagnóstico de una úlcera gástrica puede hacerse mediante un estudio radiográfico o una endoscopia.

Desde esta perspectiva, el mercado propio quedaría definido por la función (utilidad o necesidad satisfecha por el producto), la tecnología empleada y el grupo de clientes a quien se dirige.

A partir de los datos anteriores, se puede pasar a definir el mercado, la industria y el producto-mercado en el marco de la oferta sanitaria. Es decir, no desde la perspectiva global sino de la específica de cada uno de los que intervienen en el sector como oferentes de los servicios.

El **Mercado** está definido por la intersección de todas las alternativas tecnológicas que permiten satisfacer una determinada necesidad en un grupo determinado de clientes. Por ejemplo, los pacientes con arteriosclerosis coronaria tratable médicamente, quirúrgicamente o mediante angioplastia constituyen un mercado; los que padecen lupus eritematoso, otro...

Se define un **producto-mercado** como la selección de un grupo de clientes con unas necesidades satisfechas por una tecnología concreta. Por ejemplo, relacionado con la anticoncepción, un producto-mercado sería mujer y esterilización; otro sería mujer y métodos hormonales, y cada método hormonal podría constituir un producto-mercado diferente.

La noción mercado para el oferente está más próxima a las necesidades genéricas y pone su acento en la tecnología

La selección de un grupo de clientes con unas necesidades satisfechas por una tecnología concreta da lugar al concepto de producto-mercado

La noción de industria se apoya en una característica de la oferta, de la producción, y no en el mercado o en colectivos específicos de usuarios

Por último, la **industria** estaría definida por la integración de varios productos-mercado basados en una misma tecnología, independientemente de la necesidad satisfecha y del grupo de clientes. Por ejemplo, la actividad quirúrgica recoge toda la producción realizada con este procedimiento, sea cual sea el grupo de clientes o de patología al que se dirige y las necesidades que cubra.

El estudio del posible equilibrio de oferta y demanda en cada uno de estos mercados, se definen como se definan, es más complejo en el caso de los oferentes sanitarios. Por un lado, porque en un sistema predominantemente público las restricciones a la competencia y las interrelaciones con el sector no lucrativo son muy importantes. Por otro lado, porque el sector presenta algunas peculiaridades más específicas como las siguientes.

La primera es que no resulta fácil delimitar quién es el auténtico oferente. ¿Lo es el ente financiador, ya sea el Ministerio o Consejería de Sanidad o una entidad aseguradora, en la medida en que marca objetivos y limitaciones en tarifas o/y presupuestos? ¿Lo es el centro, hospitalario o de consultas? ¿Lo es el ente, en su caso, encargado de coordinar a los anteriores en un ámbito delimitado con criterios espaciales o de otro tipo? ¿O lo son los profesionales sanitarios que actúan como agentes directos de la prestación sanitaria y, simultáneamente, de los propios pacientes?

Todos los agentes citados comparten efectivamente decisiones típicas de los oferentes y ello supone uno de los factores claves de la complejidad. La diversidad de objetivos y condicionantes y la distinta relación con los usuarios conllevan inevitables problemas de sintonización.

La perspectiva es más distante y "política" en el caso de las Administraciones, cuya preocupación dominante es conseguir el mínimo coste posible, con la restricción de que las prestaciones no se deterioren por debajo de un nivel aceptable. Siendo aceptable todo nivel que no genere el descontento de los ciudadanos y el posible rechazo electoral posterior.

La perspectiva es más próxima y vinculada al servicio directo en el caso de los centros sanitarios y, especialmente, de los profesionales de la sanidad. En ellos, especialmente en los últimos, predomina la preocupación por la calidad del servicio y la disponibilidad de medios adecuados sobre los aspectos financieros.

El hecho cierto es que las decisiones más importantes para los usuarios y para el prestigio de los centros y del sistema sanitario las toman los médicos y enfermeras en el acto asistencial. Se da así un modelo donde consumen los enfermos, compran una parte mayoritaria los médicos y pagan unas instituciones que, aunque involucradas con unos y otros, se pueden calificar como "un tercero".

Esto hace que los profesionales sanitarios sean los gestores directos de la mayor parte de los servicios prestados por el sistema puesto que determinan con sus decisiones del orden de las dos terceras partes del gasto en bienes y servicios. Se podría decir entonces que son el peso fundamental de las decisiones de los oferentes en el sistema.

Sin embargo, los profesionales sanitarios desconocen en muchos casos el gasto que comportan sus decisiones, como la solicitud de análisis bioquímicos, prescripciones y prolongación de la estancia hospitalaria, etc. Normalmente, ignoran también lo que el hospital recibe como contraprestación de los servicios asistenciales que presta. La carencia de información en esta materia contribuye a que tengan poco en cuenta las implicaciones económicas en la práctica clínica. Ello no sería especialmente grave salvo por el hecho de la existencia de costes de oportunidad: cualquier despilfarro o gasto poco eficiente repercute en menores recursos para el conjunto del sistema.

La primera condición para una oferta eficiente exigiría una coordinación entre los objetivos de los distintos agentes involucrados y una corresponsabilización de los gestores económicos y los profesionales sanitarios.

Un segundo factor de complejidad se deriva de las propias características del bien demandado, que condiciona las decisiones

La complejidad de la oferta sanitaria comienza porque se trata de un modelo en el que consumen los enfermos, compran (en buena medida) los médicos y normalmente pagan unas instituciones diferentes, aunque involucradas con unos y otros

El oferente de servicios sanitarios se encuentra cómo su campo de decisión está condicionado por decisiones que le son ajenas, como la política de precios o la organización general del sistema.

de oferta. En la medida en que es el bien de inversión (salud) y no el de consumo (servicios sanitarios) el relevante, parecería que un sistema sanitario tendería a primar un sistema de salud orientado hacia la promoción de la salud, la educación sanitaria y la prevención de las enfermedades frente a una concepción de asistencia curativa y rehabilitadora del paciente. Al menos, teóricamente.

Desde esa perspectiva, el concepto de servicio que se veía más arriba se difumina algo más. Mientras el servicio asistencial es claramente definible, las mejoras en la salud y en los hábitos de vida de los ciudadanos no pueden individualizarse en la misma forma. Por ello este tipo de actividades queda casi necesariamente fuera del campo del mercado.

Pero aún centrándonos en los servicios sanitarios, el problema está en que la oferta y la demanda individual con la que aquélla se enfrenta dependen de una serie de factores que pueden ser fácilmente ajenos al posible campo de actuación de los responsables directos de las unidades de producción. Son aspectos externos que influyen decisivamente en el mercado sobre el que se actúa y que condicionan la optimización del comportamiento de los oferentes. Se pueden englobar en dos puntos algunos de los más relevantes:

- a) Precio aplicable a los servicios.** Ya vimos que el precio es fundamental para delimitar la demanda efectiva y su satisfacción. Si la gratuidad y el acceso universal son el criterio general, ello supone
- una tendencia al crecimiento de la cantidad demandada de servicios.
 - la ausencia para los gestores de centros de una decisión típica del oferente en cualquier mercado,
 - la imperiosa necesidad de conocer el mercado potencial para planificar adecuadamente la oferta de servicios y
 - el peligro de que aparezcan listas de espera o deudas sanitarias no asimilables por el financiador.

Si la oferta no es gratuita, se restringe el mercado disponible

fundamentalmente a clientes con elevado poder adquisitivo y se refuerza la necesidad de dar una gran importancia a servicios periféricos complementarios.

b) Organización general del sistema. La demanda específica para cada centro depende no tanto del mayor o menor atractivo de la oferta sino de una serie de aspectos que son relativamente ajenos y, desde luego, independientes de la propia producción. Así, la ya mencionada política de salud pública y de medicina preventiva, las características de la población objetivo (edad, cultura, morbilidad, etc.), la presencia relativa de la atención primaria y la hospitalaria, la distribución geográfica de los centros y la proximidad mayor o menor entre los distintos centros sanitarios, las características de las viviendas y de sus servicios, la estructura familiar, la oferta de residencias para personas de avanzada edad, etc.

Todo este conjunto de factores hace difícil cualquier simplificación de los objetivos de los oferentes de servicios sanitarios así como una modelización simple de su comportamiento. Nos centraremos en reflexionar sobre los grandes objetivos genéricos y en alguna de sus aplicaciones, conscientes de que en otros temas se profundizará en aspectos concretos con mucho más detalle.

2.2. Los médicos y la producción

Cuando el médico actúa **como profesional autónomo** tiene todas las características de un empresario. Utiliza bienes de capital y horas de trabajo (propias y, probablemente, ajenas) para ofrecer servicios médicos. Con los datos de los precios de esos factores productivos, de su productividad y del estado de la tecnología buscará la forma productiva más eficiente y adecuará el nivel de producción en función de la demanda. Normalmente, si la especialización es baja y el capital necesario poco relevante, la competencia será elevada y nos acercaremos al modelo de la competencia perfecta. La demanda será, por tanto, extremadamente elástica. El médico será precio - aceptante y sus principales objetivos, partiendo de un precio fijado externamente

En la asistencia sanitaria el médico aparece como la unidad de producción por excelencia: sea como productor directo o como factor de producción en una institución productora.

Cuanta más especialización y sofisticación tecnológica, menos competidores, más monopolio y más rigidez de demanda

por el mercado, serán

- incrementar el número de usuarios para obtener mayores ingresos totales.
- reducir los costes pues cuanto y, por tanto, conseguir la producción más eficiente.

En sentido contrario, cuanto más elevado sea el grado de especialización o/y más sofisticados los bienes de capital necesarios para la prestación sanitaria, menos serán los competidores. La formación extraordinaria y el instrumental de última generación y precio elevado actúan como barreras de entrada. El médico en tal situación alcanza así un elevado poder monopolístico, con una demanda más bien rígida y una capacidad amplia para fijar el precio aplicado a sus servicios. La gestión se hace más compleja pues aumenta el número de variables que deben tomarse en consideración. Cuanto más elevado sea el grado de especialización o/y más sofisticados los bienes de capital necesarios para la prestación sanitaria, menos serán los competidores, más elevado el poder monopolístico y más rígida la demanda.

Pero es más frecuente la situación del **médico como factor productivo** de un centro más amplio que es el que tiene realmente la consideración de oferente. En ese caso, el profesional ofrece su capital humano (formación y experiencia) y sus horas de trabajo al centro que demanda sus servicios. Como sabemos, la oferta en el primer caso depende fundamentalmente de la retribución que pueda obtener a cambio de su prestación.

La demanda, como demanda derivada que es, dependerá no sólo de la productividad del médico sino también de la demanda de asistencia sanitaria que tenga el propio centro. Por esta causa, un aumento en el número de pacientes atendidos por el centro conllevará un incremento paralelo en la demanda de horas de trabajo médico. Probablemente por el juego conjunto de los dos factores (productividad y demanda final), también aquí el factor especialización puede ser relevante: el médico no especializado se enfrentará a una demanda más elástica porque es más fácilmente sustituible y el valor de su productividad es menor. Por las mismas razones, en sentido opuesto, el más

especializado tendrá una demanda más rígida, aunque también posiblemente más reducida en términos de cantidad demandada (por su mayor coste).

En términos dinámicos, la mayor retribución de los especialistas es también consideración necesaria para que exista la oferta suficiente. El proceso de formación implica un coste, tanto por los pagos que pueda implicar (matrículas, materiales, desplazamientos, quizás alojamiento) como por los costes de oportunidad derivados de los ingresos no percibidos por el trabajo que podría haberse desempeñado durante ese tiempo. Sólo habrá una demanda suficiente de esa formación adicional si las expectativas de ingresos futuros compensan los mencionados costes. **Hay que considerar que desde los años 90 la práctica de Medicina General exige tener una especialidad (Medicina Familiar y Comunitaria); no obstante la solicitud de puestos de formación en el MIR indica menor preferencia que otras especialidades, posiblemente por la menor perspectiva de retorno económico.**

De esta forma, se consigue que cada tarea sea realizada por el personal más barato de entre los que pueden llevarla a cabo. *Sensu contrario*, es un despilfarro que unas personas cualificadas dediquen parte de su jornada a unas actividades que pueden realizar otras con menor coste.

Sabemos que, dada la relación de agencia, el médico se convierte de hecho en el demandante fundamental de servicios médicos y en el principal generador de costes dentro del centro médico. En teoría, no existiría problema asignativo (sin entrar en aspectos distributivos) si suponemos que el paciente soporta directamente los costes y que entre él y su médico existe una relación perfecta de agencia. Pero sabemos que lo más probable es que ni paciente ni médico sean muy conscientes de costes y precios y que, tanto por la existencia de información asimétrica como por el juego de otros factores e intereses en juego, la relación de agencia sea imperfecta.

Adquiere así una gran importancia el juego de incentivos y desincentivos que puedan estimular comportamientos más eficientes del personal médico. No se trata aquí de entrar en el análisis de las políticas de recursos humanos, pero es obvio

El contratador de los profesionales de un centro médico comparará el valor de la productividad de cada colectivo con el precio (salario) correspondiente y desplazará cuanto pueda el peso relativo del servicio hacia los colectivos con mejor relación.

Mientras no se introduzca de alguna forma la corresponsabilidad del profesional médico con los costes generados, los incentivos retributivos probablemente contribuyan también a un crecimiento de los gastos del sistema.

No es fácil estimar la función de costes de la asistencia sanitaria porque existe una gran dificultad para definir adecuadamente el output y los centros son multiproducto y muy diferentes.

que resulta excesiva la simplificación que supone mencionar tan sólo la retribución como el factor determinante de oferta y demanda. De hecho, un pago por salario fijo no supone incentivo alguno para elevar la productividad, ni para reducir costes ni para estimular una mejor atención a los pacientes. Cabe esperar que, dejando al margen ahora la propia exigencia deontológica, se tienda a prestar atención a los aspectos que más puedan contribuir al prestigio personal como prestaciones de vanguardia e inversiones tecnológicas innovadoras. La solución, administrativamente la más sencilla es también probablemente la más ineficiente.

2.3. Los costes de la asistencia sanitaria

No es fácil estimar la función de costes de la asistencia sanitaria desde el momento en que existe una gran dificultad para definir adecuadamente el *output* de que estamos hablando. Para empezar, ¿deberíamos medir la producción en términos de salud, que es el auténtico objetivo teóricamente pretendido, o centrarnos en la asistencia sanitaria propiamente dicha, más fácilmente mensurable y más relacionada con la responsabilidad directa del gestor?

Aún suponiendo el segundo caso, un centro médico es habitualmente oferente de una amplia gama de servicios, de gran complejidad y muy diferentes entre sí. Incluso centrándonos en servicios semejantes, resulta difícil comparar las respectivas funciones de costes cuando las dimensiones de los centros son diferentes (lo que afecta a sus economías o deseconomías de escala), las sinergias con otros servicios pueden ser o importantes o inexistentes, las características de los pacientes y de las enfermedades presentar circunstancias muy diferentes, la misma calidad de las prestaciones (tan difícil de medir) variar significativamente.

El hospital es, no obstante, la unidad productiva de servicios médicos por excelencia. También un caso prototípico de empresa multiproducto. Quizás por ello, los intentos de estimar la dimensión óptima, la más eficiente para un hospital, han dado resultados tan divergentes, encontrándose evidencias

tanto en favor de la existencia de economías de escala como de rendimientos constantes y de costes medios crecientes para los hospitales con mayor número de ingresos, lo que parece indicar deseconomías de escala. Y los resultados varían de nuevo si se intenta incluir el factor calidad en las estimaciones de costes y *output*.

Por todo ello, deben tomarse siempre con sumo cuidado las comparaciones entre hospitales, incluso entre unidades de distintos hospitales, porque son demasiados los factores externos que afectan decisivamente a los costes y son muchas las variables que alteran el propio valor del *output*.

Una de las características más relevantes de las diferencias en los costes entre centros y en el tiempo se relacionan con la incorporación de cambios tecnológicos. En la economía moderna, la innovación tecnológica aparece como el factor fundamental de reducción de costes y de avances en eficiencia en los procesos productivos.

Sin embargo en el sector sanitario, para la mayoría de los autores, el rápido cambio tecnológico está ligado fundamentalmente a incrementos en la calidad de los servicios o/y a la introducción de nuevos productos y procedimientos. En todo caso, la regla general es un importante incremento de los costes de producción, lejos de la reducción que podría esperarse de acuerdo con la tendencia universal.

Se observa que los costes sanitarios han crecido por encima de la media del índice de precios al consumo. Y que en buen número de casos se han incorporado nuevos tipos de *inputs* que sustituían a otros más baratos. Pero al mismo tiempo, hay nuevos tratamientos incorporados en las últimas décadas que permiten cuidados más efectivos, se reducen en buen número de procesos las estancias medias en hospitales y son muchos los casos en que ha disminuido el riesgo de recaídas y ha mejorado la calidad de vida de los pacientes.

La conclusión más probable es que, efectivamente, las innovaciones tecnológicas están implicando una elevación importante de los

Para la mayoría de los autores, el rápido cambio tecnológico en el sector sanitario está provocando un importante incremento de los costes.

costes de la asistencia sanitaria. Pero también que es preciso descontar la parte de esa elevación que se relaciona con mejoras en la calidad del servicio. De alguna forma, el nuevo *output* es más caro sí, pero en parte porque es un producto mejor.

La pregunta obligada es si la presión de las empresas innovadoras, el afán de llegar a las ventajas de los pioneros o, posteriormente, el temor a quedar fuera de del presunto progreso no estará llevando a la incorporación de medicamentos e innovaciones que sólo incrementan costes sin realmente estar acompañados de ventajas reales para la mejora de la asistencia sanitaria.

No hace falta decir que muchas innovaciones nunca llegan a consolidarse por no permitir ni reducciones de costes, ni mejoras en el bienestar de los pacientes, ni aportar novedades dignas de ser incorporadas. En tal caso, es posible que los pioneros se queden solos y que la innovación se estanque o, incluso retroceda.

3. La competencia en la atención sanitaria

hemos visto que es frecuente que los oferentes de asistencia sanitaria disfruten de algún tipo de poder monopolístico. Cuando más especializada sea la habilidad del profesional o más reducida la generalización de la tecnología utilizada mayor será ese poder monopolístico y más rígida la correspondiente demanda.

Dentro de esa especialización es fundamental el juego de la diferenciación del producto ante los demandantes y respecto a los competidores. Diferenciación que puede corresponderse poco o mucho con la realidad. La "imagen de marca" es esencial para que un oferente consiga una *fidelización* de sus clientes, independientemente de la calidad, que responde unas veces a la calidad del producto y otra a factores más relacionados con las técnicas de venta que con las de producción.

Las barreras de entrada son la condición básica para la pervivencia de las posiciones monopolísticas. Pero frecuentemente, la imagen de marca y la fidelización de los clientes otorgan un fuerte poder monopolístico a algunos oferentes.

El monopolio exige la existencia de barreras de entrada que impidan la entrada de potenciales competidores. Esas barreras de entrada pueden ser de tipo legal (una licencia, colegiación o patente), espacial (distancia), económicas (un mercado reducido no permite la supervivencia de más de un oferente), de escala (costes decrecientes implican que el mayor tamaño permite precios más bajos con lo que la inversión de entrada es inabordable)...

Un caso intermedio es, por ejemplo, la discriminación de precios entre los clientes que llegan a través de una compañía aseguradora y quienes lo hacen de forma privada. La regla general será que se aplica el precio más alto a quien presenta una demanda más rígida. El temor a perder a un elevado número de potenciales usuarios (demanda más elástica) llevará a que probablemente se facture un precio inferior a las compañías que al cliente privado *puro*. En realidad, la negociación entre el médico (sería lo mismo si habláramos de otra institución productora) y la compañía o agencia compradora supone el enfrentamiento entre dos poderes monopolísticos: un oligopolio contra un oligopsonio.

Ya se señalaba más arriba que el monopolio puro prácticamente no existe porque siempre puede buscarse una alternativa. Cuanto peor sea esta (por calidad, por distancia o por cualquier otra causa), mayor será el grado de monopolio. Y se decía también que al no ser estrictamente idénticos los servicios ofrecidos, todo oferente es algo monopolista. Si en una ciudad existen muchos odontólogos, los potenciales clientes los consideran probablemente muy similares e intercambiables. Pero al mismo tiempo tienden a guardar fidelidad a uno en concreto por razones tan diferentes como la inercia, la proximidad, los horarios, el tiempo de espera o la simpatía. Además, claro es, del precio de los servicios.

Parece comprobado que la competencia en precios implicaría a largo plazo que los beneficios extraordinarios desaparecerían (salvo, quizás, para algunos profesionales de especial prestigio por una u otra causa). Por ello, es difícil que los oferentes se disputen el mercado bajando precios. Los pactos explícitos suelen estar prohibidos, pero no son necesarios cuando son aceptados de forma implícita y espontánea por todos los competidores.

En mercados no perfectamente competitivos los oferentes tienden a competir en aspectos diferentes al precio.

La diferenciación y la libertad de elegir conllevarían un precio a los consumidores algo superior al que hubiera supuesto una competencia perfecta en sentido estricto.

Estas y otras limitaciones significan que el mercado sanitario puede comportarse de una manera muy distinta a como se comportan los mercados en los que hay una mayor competencia. Por ejemplo, la teoría convencional de la competencia predeciría que un aumento de la oferta de médicos reduciría el precio de los servicios médicos. En los últimos diez años, el número de médicos casi se ha duplicado en España, mucho más deprisa que la demanda, y sin embargo, los precios no han bajado. Se ha llegado a afirmar que si aumentara el número de cirujanos, no bajaría el precio de las operaciones sino que aumentaría su número.

Por último, también es relevante como diferencia entre los mercados médicos y los mercados competitivos convencionales la ausencia de ánimo de lucro: la inmensa mayoría de los hospitales son instituciones sin ánimo de lucro. Su objetivo no consiste tanto en minimizar el coste de la asistencia médica o maximizar los beneficios como en maximizar la calidad de los servicios médicos que prestan.

Contrariamente a las previsiones de la teoría, un aumento de los oferentes de servicios sanitarios no siempre conduce al abaratamiento de éstos sino que, a menudo, eleva los precios.

La búsqueda de beneficios es el objetivo básico que hemos presupuesto en la empresa privada. Sin embargo, en casi todos los sistemas sanitarios esa oferta es minoritaria. La existencia de una oferta privada desinteresada, sin ánimo de lucro, o de una amplia oferta pública implican un juego muy limitado del mercado y de la competencia entre oferentes. A ello podemos añadir la presencia de ciertos valores éticos en los profesionales sanitarios, lo que lleva a pensar que los modelos descritos hasta el momento resultan poco útiles al basarse en comportamientos donde el altruismo parece impensable.

Pero el excedente económico es una condición necesaria para cualquier institución que desee mantener en el tiempo los mejores niveles de servicio. Una fundación privada dedicada a la gestión hospitalaria, aunque carece de ese ánimo de lucro, estará interesada en que la actividad genere excedentes que permitan una seguridad financiera, mayores posibilidades de crecimiento

e innovación, mejoras en los servicios, etc. Aunque no exista reparto de beneficios, éstos son la mejor garantía del mantenimiento de un buen servicio.

A largo plazo es irrenunciable que los ingresos cubran todos los costes de producción. Y mantener al día la calidad de los servicios implica la necesidad de fondos que posibiliten inversiones de mantenimiento y modernización. La supervivencia, la eficiencia, el control y el crecimiento son fines comunes a cualquier organización. Ello implica que todo oferente de asistencia sanitaria, de naturaleza privada o pública, lucrativa o desinteresada, comparta parecidas preocupaciones básicas, muy parecidos problemas de gestión y casi idénticos objetivos.

De hecho, una institución no lucrativa obtendrá la mayor parte de sus ingresos muy probablemente del cobro de algunos de sus servicios, con comportamientos externos quizás no muy diferentes de los que se observan en las instituciones con ánimo de lucro. Por ello no las reflexiones realizadas respecto al beneficio económico y al funcionamiento del mercado no son en absoluto ajenas a cualquier oferente de asistencia sanitaria.

La suficiencia financiera y la existencia de excedentes es un objetivo de cualquier institución, tenga o no ánimo de lucro.

Diferencias fundamentales en la consideración de los beneficios para las instituciones no lucrativas respecto a las empresas lucrativas

- a) El objetivo del equilibrio financiero, incluso de obtener excedentes, es tan sólo un medio para conseguir el nivel adecuado de prestaciones, no un fin en sí mismo. El objetivo no es hacer máximos los beneficios sino alcanzar los ingresos necesarios para el adecuado mantenimiento de la actividad,
- b) Los excedentes no se reparten sino que se buscan en función de necesidades de inversión y modernización.
- c) Es frecuente que la prestación sanitaria y la financiación se sitúen en niveles diferentes, correspondiendo a distintos agentes.
- d) La equidad es un valor presente, frente a la ausencia habitual en una entidad lucrativa.

Conclusiones

Destacamos las siguientes ideas clave a modo de resumen y conclusión:

- Los costes dependen de la cantidad de factores productivos utilizados así como del precio y productividad de éstos. Los costes fijos están ligados a los factores productivos que no podemos variar a corto plazo.
- Los factores productivos son utilizados (y ofrecidos) para conseguir bienes y servicios finales, de ahí que su demanda por parte de las empresas (y su oferta por las economías domésticas) sea derivada de la que tengan los productos finales. La demanda de un factor productivo depende de la comparación entre su coste, es decir su precio, y su rendimiento, es decir el valor de su productividad.
- La demanda de un factor productivo será tanto más elástica cuanto más fácilmente pueda sustituirse, cuanto más elástica sea la oferta de los factores sustitutivos y complementarios, cuanto más elástica sea la demanda del producto final, cuanto mayor sea su participación en el coste de producción y cuanto mayor sea el plazo a que nos referimos. Variará también en función del ámbito de demanda considerado.
- Aunque una empresa pueda subsistir un cierto tiempo con pérdidas (si no cubre la totalidad de sus costes fijos), a largo plazo las empresas en tal situación irán abandonando el mercado desplazándose hacia otras alternativas más rentables. A largo plazo existen "economías de escala" cuando un aumento de la dimensión empresarial implica una disminución de los costes medios. Pero también hay factores que contribuyen a que existan "deseconomías de escala".
- En la asistencia sanitaria el médico aparece como la unidad de producción por excelencia: sea como productor directo o como factor de producción en una institución productora. El sistema retributivo supone un juego de incentivos y desincentivos importantes.
- Cuanto más elevado sea el grado de especialización o/y

más sofisticados los bienes de capital necesarios para la prestación sanitaria, menos serán los competidores, más elevado el poder monopolístico y más rígida la demanda. La experiencia muestra que la competencia en el sector es escasa e, incluso, que los resultados no siempre coinciden con las predicciones teóricas.

- Existe una gran dificultad para definir adecuadamente el output y los centros son multiproducto y muy diferentes. Para la mayoría de los autores, el rápido cambio tecnológico en el sector sanitario está provocando un importante incremento de los costes.
- Frecuentemente, la imagen de marca y la fidelización de los clientes otorgan un fuerte poder monopolístico a algunos oferentes. En mercados no perfectamente competitivos los oferentes tienden a competir en aspectos diferentes al precio.
- La suficiencia financiera y la existencia de excedentes es un objetivo de cualquier institución, tenga o no ánimo de lucro. Los intereses de los distintos agentes involucrados en la oferta de asistencia sanitaria llevarán a un equilibrio entre cantidad y calidad del servicio, probablemente más tendente a la primera en el caso de la oferta pública y de la segunda en la asistencia privada, especialmente la no lucrativa.

Referencias bibliográficas

