

La evaluación de la eficiencia productiva en los trabajos de investigación propuestos en los títulos de Grado: Propuesta de una metodología sencilla para comparar la eficiencia de la producción pública y privada en el sector sanitario.

José Manuel López Saludas

jose.lopez@upf.edu

Departamento de Administración y Finanzas del Instituto Escola de Treball de Granollers y Departamento de Economía y Empresa de la Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, Universitat Pompeu Fabra. Ramon Trias Fargas, 27, 08005-Barcelona, España.

Recibido: 7 de marzo de 2013
Aceptado: 9 de septiembre de 2013

Resumen

El objetivo de este trabajo es, en primer lugar, presentar algunas de las técnicas que se pueden aplicar los alumnos de enseñanza superior en trabajos de investigación que tengan relación con la eficiencia de las Administraciones Públicas. En segundo lugar, se ofrece una aplicación de la técnica que se considera más apropiada en este ámbito educativo para conocer el grado de eficiencia (o ineficiencia) del Servicio Nacional de Salud (SNS) con respecto al sector privado. En concreto, se expone un ejercicio en el que se analiza si la producción directa de un bien preferente (el servicio sanitario) es más o menos eficiente que la producción del mismo servicio a través de empresas privadas. En el artículo se destaca la utilidad de esta propuesta para la toma de decisiones político-económicas. El artículo concluye con algunas recomendaciones acerca del contenido de los casos que pueden ser objeto de estudio aplicando este tipo de metodología.

Palabras clave: eficiencia, bienes preferentes, sanidad, productividad, Muface.

Códigos JEL: A2, H4, H51, I18

1. INTRODUCCIÓN

El artículo “Cómo enseño técnicas de eficiencia a mis alumnos” de los profesores J. Salinas y D. S. González (publicado en esta revista en febrero 2008, nº 3) es una magnífica recopilación de todas las técnicas de análisis y medición de la eficiencia en el Sector Público. Dicho artículo, a mi juicio, sigue siendo útil para todos los que nos dedicamos a la docencia a nivel secundario (trabajo de investigación en Bachillerato) y/o superior (Ciclo Superior de Administración y Finanzas y Universidad). Las técnicas para evaluar la eficiencia económica se imparten en la asignatura Economía Pública o Hacienda Pública de diversos Grados (Economía, Administración y Dirección de Empresas, Relaciones Laborales, Derecho, etc.) y también en otras asignaturas como, por ejemplo, Contabilidad de Costes, Control de Gestión

(pública y privada), Análisis de Balances, Economía de la Empresa, etc., las cuales son asignaturas obligatorias en el Grado Superior de Administración y Finanzas y en diversos Grados universitarios (especialmente, Administración y Dirección de Empresas).

La asimilación adecuada por los alumnos de estas técnicas de medición de la eficiencia requieren la realización de prácticas suficientemente detalladas, lo más próximas posibles a los casos que suelen analizarse en el mundo real. La realización de trabajos fin de Grado o de trabajos de investigación propuestos en las asignaturas de cursadas en estos títulos constituye una excelente oportunidad para llevar a cabo esta fase del aprendizaje..

El objetivo de este artículo es presentar un tipo de análisis de eficiencia sencillo de aplicación en la realización de trabajos de investigación por los alumnos de últimos cursos de los Grados universitarios mencionados. En concreto, la propuesta que se realiza plantea conocer el grado de eficiencia del sector sanitario público (Servicios Regionales de Salud) con respecto al sector privado (modelo MUFACE), los cuales producen unos servicios sanitarios homogéneos. En el ejercicio planteado se utiliza la técnica que se considera más apropiada y sencilla (como prescribe el método científico) en consonancia con el objeto docente de la investigación propuesta.

La técnica que a continuación se describe y aplica se ha utilizado con alumnos de 5º curso de Ciencias del Trabajo de la Universidad Pompeu Fabra durante el período 2004 - 2012. Estos alumnos tenían que realizar un trabajo de investigación sobre un tema a elegir, de común acuerdo, por el alumno y el profesor. A lo largo de los 8 años han sido 12 los trabajos que han tenido relación con la eficiencia del sector público (sanidad, educación, residencias geriátricas, guarderías y limpieza) respecto al sector privado. Los resultados satisfactorios de los trabajos evaluados recomiendan, en mi opinión, la aplicación de este tipo de método sencillo de evaluación de la eficiencia productiva de los servicios públicos, permitiendo a los alumnos la comparación entre las alternativas de producción pública y privada.

Tras esta introducción, el presente artículo se organiza de la siguiente forma. En la sección dos se hace una breve presentación del ámbito de aplicación de esta metodología, los bienes y servicios públicos de carácter preferente. En la sección tres se trata, de forma sintética, la problemática de la medición de la eficiencia productiva en las administraciones públicas, destacando la relevancia de los análisis para mejorar la oferta de bienes y servicios públicos. En la cuarta sección se plantea y resuelve el tema de análisis propuesto, incluyendo una exposición detallada de los resultados alcanzados con la metodología aplicada, así como valoraciones que pueden servir de ejemplo respecto de las evaluaciones a realizar por los alumnos. La quinta sección finaliza el artículo exponiendo las principales conclusiones del caso planteado, junto con algunas reflexiones sobre la aplicabilidad docente de este tipo de análisis.

2. LOS BIENES Y SERVICIOS PREFERENTES

No todos los bienes y servicios que son necesarios producir para la satisfacer las necesidades humanas son privados o públicos, ya que existen otros tipos de bienes o servicios (bien preferente, de mérito o mixto) que satisfacen necesidades preferentes (necesidades individuales y sociales).

La escolarización obligatoria genera beneficios individuales y sociales porque cohesiona la sociedad, aumenta el capital humano individual, facilita la movilidad social, aumenta el civismo, es un importante factor de socialización, fomenta el espíritu crítico, etc. Por tanto, si

la educación genera beneficios individuales y sociales, la educación hasta un determinado nivel debe ser gratuita (financiada con impuestos) y obligatoria.

La sanidad también es un bien preferente porque beneficia de una manera individual y divisible a quien directamente lo consume, pero también al conjunto de la sociedad de forma indivisible. La administración de una vacuna antigripal beneficia de forma directa y divisible a la persona que la recibe, quien queda inmune frente a la enfermedad, y este mismo beneficio personal constituye a su vez un beneficio social o colectivo (indivisible), desde el momento en que la persona vacunada deja de ser potencial transmisora de la epidemia. (Gonzalo y González, 2008: 111-113).

En la mayoría de los países occidentales la provisión de los servicios sanitarios y educativos es pública, pero, sin embargo, ¿está justificado que también lo sea la producción de dichos bienes preferentes?

Un postulado esencial de la Economía Pública es la aplicación del principio de la racionalidad económica: se debe elegir el método de producción de cualquier bien público o preferente que minimice el coste (criterio de eficiencia), sin perjuicio de la evaluación de la calidad a la que debe producirse dicho bien o servicio (criterio de eficacia).

La mayoría de la comunidad científica considera que, cuando los poderes públicos deciden que la provisión de un determinado bien o servicio debe ser pública, se debe elegir quién lo producirá (empresa pública o privada) y el criterio único o preferente de elección será la eficiencia económica, o sea, el Estado deberá elegir al productor que le reporte un coste menor por la provisión del bien o servicio, ya que los recursos públicos son escasos y cualquier ahorro implica menores impuestos o menor endeudamiento o, alternativamente, destinar el ahorro a otras necesidades públicas que no se satisfacen o bien de forma insuficiente (Rosen, 2002: 59-60).

3.- LA MEDICIÓN DE LA EFICIENCIA ECONÓMICA DE LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS

El concepto de eficiencia se asocia con el hecho de emplear la menor cantidad posible de recursos para obtener una determinada cantidad de producto (Mochón, 1993: 66-67), es decir, evitar el despilfarro. No obstante, la eficiencia se analiza desde la óptica técnica (eficiencia técnica) y la económica (eficiencia económica). La primera consiste en elegir la combinación de los factores o recursos productivos que permita obtener la máxima cantidad posible de producción (bienes y servicios), o sea, maximizar la producción con unos determinados factores productivos (inputs). Por tanto, hay métodos de producción que son más eficientes que otros. La segunda, consiste en el elegir aquel método de producción que consiga producir el bien o servicio al menor coste posible (minimizar los costes).

La eficiencia y la productividad no son conceptos sinónimos pero están interrelacionados. La productividad es la relación aritmética entre la cantidad de bienes o servicios producidos (o valor de la producción) y la cantidad de recursos o factores productivos utilizados (o valor de dichos inputs). Se puede calcular la productividad de un factor de producción según las unidades empleadas (horas-hombre, horas-máquina, etc.) o la productividad de una empresa, Comunidad Autónoma o Nación. La productividad del factor trabajo es la medida de la productividad más utilizada (relación entre las unidades producidas por cada unidad de trabajo empleada). Si una unidad organizativa incrementa la productividad, ello significa que se obtiene mayor cantidad de producto con el mismo consumo de recursos o

factores de producción, o bien obtener la misma cantidad de producción con menores costes. Aunque en la mayoría de los casos, el incremento de la productividad de la mano de obra repercute positivamente en la eficiencia económica de la empresa (reducción de los costes unitarios), no obstante, a veces, “una empresa puede haber alcanzado una elevada productividad de la mano de obra a costa de un despilfarro de las materias primas o de la excesiva utilización del equipo y maquinaria, con lo cual el resultado neto para la empresa podría ser desfavorable” (Fernández, 1974: 267-275). En consecuencia, cuando se pretende conseguir que una organización (pública o privada) aumente su eficiencia económica, sin modificar la tecnología existente, la vía principal es aumentar la productividad¹ de todos los factores productivos que se precisan para producir los bienes y servicios.

En España, en el período 1970-1978, el coste estimado de los servicios públicos fue un 42,6% superior al que se hubiera generado si se hubieran utilizado los mismos recursos que el sector de servicios privado. “Dicho exceso de coste es debido, en el 18,28%, a la retribución del factor trabajo y, en el 24,3%, a la mayor eficiencia en el uso de los recursos” (Valle, 1989). La metodología utilizada se conoce como “costes privados de la producción pública” (es un modelo frontera²), la cual consiste en comparar el coste³ en que han incurrido las Administraciones Públicas en producir un determinado bien o servicio con el coste de la producción que se obtendría si el bien o servicio lo realizara una empresa privada, utilizando ésta los mismos factores productivos que utilizan aquéllas. Es decir, se trata de conocer el exceso de coste en que incurre el sector público respecto al privado y este exceso se atribuye a la menor eficiencia de las Administraciones Públicas.

Las investigaciones posteriores que se han realizado utilizando la misma metodología corroboran las conclusiones del profesor V. Valle. Así por ejemplo, N. Rueda estudió el período 1996-1998 y el exceso de coste del conjunto de las Administraciones Públicas (sector público) frente al privado fue del 27,40% aproximadamente. Es decir, “en el sector público es un 27,40% más caro producir los servicios públicos que en el sector privado, bajo la hipótesis de que éste empleara para ello los mismos factores productivos de titularidad pública” (N. Rueda, 2006, p. 68). Dicho estudio también se realizó para conocer el grado de eficiencia del sector público de diversos países de la OCDE, siendo los menos eficientes: Portugal, Grecia e Italia, con un exceso de coste del 67,96%, 42,20 y 32,70%, respectivamente. Por el contrario, los más eficientes fueron: Suecia, Estados Unidos, Austria y Finlandia con un exceso de coste del 3,95%, 4,79%, 5,38% y 7,52%, respectivamente.

La empresa privada utiliza una metodología semejante: los costes estándares. Un coste estándar es una estimación de lo que debería ocurrir bajo un conjunto de supuestos, es decir, es el coste medio en el que incurriremos, en condiciones normales, al producir o fabricar una unidad de un producto determinado. Si se fija el “coste estándar” como punto de referencia para producir un bien o servicio, luego, a posteriori, se pueden comparar los resultados reales con el estándar (“análisis de desviaciones”) y sacar conclusiones en cuanto a si lo que ha ocurrido es “bueno” o “malo” y tratar de averiguar sus causas. Si se ha incurrido en un coste (real) superior al previsto (estándar), lógicamente, se ha incurrido en una desviación desfavorable o ineficiencia (Ballarin *et al.* 1979: 227-228).

Una empresa privada que compite con otras empresas debe, inexcusablemente, minimizar los costes de producción, y la herramienta más útil es establecer como objetivo el producir los bienes o servicios a un coste igual o inferior que la competencia. Por tanto, los costes estándares se calculan antes de iniciar la producción, teniendo en cuenta las materias primas a emplear, la mano de obra a utilizar y la incidencia de los servicios generales. Los costes reales⁴ (calculados “a posteriori”) se comparan con los estándares correspondientes, a

fin de revelar las desviaciones⁵ entre la previsión y la realización. El conocimiento de las causas⁶ que provocan las desviaciones desfavorables permite al empresario el conocer en qué secciones o departamentos se trabaja con ineficiencia. Los costes estándares permiten analizar los factores determinantes de la productividad y la eficiencia. Por consiguiente, el estándar representa una medida de eficiencia de las unidades productivas (Álvarez López, 1975: 219-230)

Por tanto, si las Administraciones Públicas son ineficientes con respecto al sector privado, es condición necesaria (pero no suficiente, ya que también hay que considerar la eficacia o calidad) aumentar el grado de eficiencia de aquéllas en la producción de los bienes y servicios públicos. En un mercado de libre competencia (por ejemplo, la producción de los servicios sanitarios públicos), las empresas públicas necesitan ser igual o más eficientes que las empresas privadas, ya que se otorgará la concesión a la empresa que sea más eficiente porque, en un proceso de licitación, aquélla podrá ofrecer el producir los bienes y servicios públicos a un precio inferior que el resto de licitadores (de acuerdo con unos indicadores de calidad)

Las reformas que se han efectuado, en casi todos los países de nuestro entorno, han tenido como objetivo principal la aplicación de un principio elemental de la Economía Pública: la producción de un bien preferente, lógicamente, la realizará la empresa que lo haga al menor coste posible, es decir, la empresa que sea más eficiente en la asignación de recursos.

En definitiva, como sugiere Barea y Gómez (1994: 35), “la distinción entre provisión y producción nos lleva a plantear el tema de si es necesario que el sector público produzca directamente los servicios de asistencia sanitaria, gestionando hospitales, ambulatorios y consultorios o, por el contrario, tal gestión puede ser realizada de una manera más eficiente por el sector privado, aunque la provisión continúe siendo pública”. Esta reflexión es también extrapolable a la producción de servicios educativos y otros servicios (especialmente, las residencias geriátricas).

4. LA EFICIENCIA ECONÓMICA DE LOS SERVICIOS REGIONALES PÚBLICOS DE SALUD CON RESPECTO A LA PRODUCCIÓN PRIVADA

Como decíamos anteriormente, el concepto de eficiencia se asocia con el hecho de emplear la menor cantidad posible de recursos para obtener una determinada cantidad de producto. La eficiencia económica consiste en el elegir aquel método de producción que consiga producir el bien o servicio al menor coste posible (minimizar los costes).

Es muy importante conocer si el sector público incurre en un exceso de coste con respecto al privado y, si existe, este exceso se atribuye a la menor eficiencia (ineficiencia) de las Administraciones Públicas.

La Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE) fue creada en 1975, principalmente, porque a la mayoría de los funcionarios se les prestaban unos servicios sanitarios de inferior calidad con respecto al resto de los trabajadores por cuenta ajena. En el momento de la creación, más de 100.000 funcionarios carecían de cobertura contra el riesgo de enfermedad. Se creó MUFACE para resolver o solucionar un problema que tenía un colectivo de aproximadamente 375.000 funcionarios, los cuales no tenían una cobertura de asistencia sanitaria común, e incluso, algunos de ellos, no tenían ningún tipo de cobertura sanitaria. En definitiva, se creó MUFACE para que las prestaciones de los servicios sanitarios

fueran iguales para un colectivo de 375.000 funcionarios y 400.000 beneficiarios (personas dependientes del funcionario, como, por ejemplo, el cónyuge e hijos).

Asimismo, según la Ley 29/1975, MUFACE puede prestar los servicios sanitarios directamente (gestión directa) o, alternativamente, a través de Conciertos con empresas públicas o privadas que prestan servicios sanitarios. Dicha Ley dice que los Conciertos “se establecerán preferentemente con Instituciones de la Seguridad Social”. Aunque la voluntad del legislador era clara, sin embargo, no se pudo llevar a cabo porque la propia Seguridad Social (el Instituto Nacional de Previsión) no tenía, en aquel momento, la suficiente capacidad para absorber a un colectivo de casi 800.000 personas. En consecuencia, MUFACE tuvo que prestar los primeros servicios sanitarios a través de Conciertos con cuatro Entidades de seguros médicos. No obstante, desde 1977, la Seguridad Social es una empresa más (además de las empresas privadas) que presta servicios sanitarios, es decir, los funcionarios, a partir de esa fecha, pueden elegir libremente qué empresa (pública o privada) prefieren que les presten los servicios sanitarios, siendo neutro el coste de dicha elección. Desde dichas fechas, MUFACE suscribe periódicamente Conciertos con diversas Entidades de Seguro (empresas privadas) al objeto de prestar asistencia sanitaria a los mutualistas y los beneficiarios.

MUFACE, por la experiencia acumulada desde 1975, está especializada en la compra de coberturas sanitarias. A través del Concerto (contrato suscrito entre MUFACE y las empresas aseguradoras privadas), compra para sus mutualistas una cobertura equivalente a la que se presta a través de los Servicios Públicos de Salud, recibiendo las empresas aseguradoras, como contraprestación, una prima mensual por cada persona asegurada. Así, MUFACE sabe con certeza el coste de las prestaciones sanitarias, ya que traslada a las empresas privadas el riesgo de que la prima no cubra el coste real de los servicios que prestan a los mutualistas y beneficiarios de éstos.

El “modelo MUFACE” posibilita algo esencial: la libertad de elección. Es decir, el mutualista tiene, periódicamente (cada año), el derecho de elegir qué empresa pública (SNS) o privada (diversas empresas de seguros médicos) quiere que le preste los servicios sanitarios, lo cual permite alcanzar un elevado nivel de satisfacción. Este “modelo” no prejuzga si la sanidad pública es mejor que la privada o viceversa, ya que MUFACE ofrece a sus mutualistas tanto servicios sanitarios producidos por empresas públicas (SNS) como por empresas privadas. Son los mutualistas (no MUFACE) quienes eligen, de acuerdo con sus preferencias y la experiencia propia acumulada, la empresa que le prestara los servicios sanitarios. La libertad de elección, por tanto, se establece entre empresas o proveedores públicos y privados y, hay que resaltar, que el 82,81% de los mutualistas eligieron en el año 2010 a proveedores privados (Adeslas, Asisa y DKV), mientras que sólo el 17,16% eligieron el Servicio Nacional de Salud. Las causas de esta abrumadora preferencia por la producción privada de los servicios sanitarios son dos: la calidad de los servicios sanitarios ofrecidos por las empresas privadas y el alto grado de accesibilidad a dichos servicios, ya que, de hecho, no existen listas de espera. Además, el mutualista no sólo tiene libertad de elegir qué empresa privada le presta los servicios sanitarios, sino que, además, elige qué profesional le presta dichos servicios, entre los muchos que le ofrece dicha empresa privada. Finalmente, las empresas o proveedores privados pueden prestar dichos servicios sanitarios a través de: a) medios o infraestructuras propias de las empresas aseguradoras privadas (consultorios, hospitales, etc.), b) contratar a terceros al objeto de que presten los servicios sanitarios (las empresas aseguradoras privadas compiten entre sí para contratar a los proveedores “más eficientes y con la mayor calidad asistencial”) y c) una combinación de a y b. Y, por supuesto, los Conciertos que MUFACE suscribe con las empresas aseguradoras privadas, no permiten a éstas aplicar períodos de

carencia ni realizar selección alguna de riesgos, así como tampoco trasladar los costes de la asistencia a la sanidad pública (Limarquez, M, 2004: 1-5).

¿Qué coste soporta MUFACE por los servicios sanitarios que prestan las empresas aseguradoras a los mutualistas y beneficiarios?. ¿Cuál es el coste de la asistencia sanitaria producida por el propio SNS? ¿Qué método de producción es más eficiente?

En relación al Concierto⁷ suscrito por MUFACE con las empresas aseguradoras privadas que prestan los servicios sanitarios, la prima mensual ponderada que pagó MUFACE en 2009 y 2010 fue 58,84 € cada mes, es decir, 706,08 € cada año. Si observamos las primas según la pirámide de edad de las personas, la prima menor es para la edad 5-14 (47,51 €/mes) y la mayor es para los que tienen más de 74 años (82,35 €/mes)

Según el art. 8.3.1 del Concierto, las primas que abonó MUFACE a las Entidades aseguradoras fueron las mismas para los años 2009 y 2010.

Tabla 1

Grupos según edad	Prima/mes 2010
0 - 4	57,01
5 - 14	47,51
15 - 44	53,85
45 - 54	57,01
55 - 64	63,35
65 - 74	76,02
Más de 74	82,35
Prima mensual ponderada	58,84

Fuente: Concierto entre Muface y las Entidades aseguradoras (BOE 29-12-2009)

Las cantidades anteriormente expuestas son coherentes con la información obtenida de la Memoria MUFACE de 2010. No obstante, al finalizar el año 2010 el coste unitario real de la asistencia sanitaria fue algo mayor⁸ (3%) a la prima mensual ponderada presupuestada. Según indica en “Análisis de la ejecución presupuestaria”, las obligaciones reconocidas por MUFACE supone un grado de ejecución del 89,35% del presupuesto de Gastos. Por lo que respecta al Programa 312E (Asistencia Sanitaria del Mutualismo Administrativo), el Presupuesto inicial de “Conciertos Asistencia Sanitaria” ascendió a 975,81 millones de euros y la Ejecución ascendió a 933,65 millones de euros⁹. Asimismo, dicha Memoria indica que los mutualistas y beneficiarios que recibieron asistencia sanitaria a través de “Entidades” (Adeslas, Asisa, DKV y IMQ) ascendieron a 1.283.677¹⁰, lo cual significa que el coste medio unitario (de asistencia sanitaria) que debió sufragar MUFACE ascendió a 727,32 €/año, cantidad muy inferior al coste medio unitario de asistencia sanitaria del SNS (como más adelante se observará).

El 21 de diciembre de 2011 se publicó en el BOE el Concierto suscrito por MUFACE con las empresas aseguradoras privadas que prestaron los servicios sanitarios durante los años 2012 y 2013. Las cláusulas son prácticamente las mismas que el Concierto anterior, excepto que otra empresa (Sanitas) ha suscrito el mismo y se han actualizado las primas en los siguientes términos:

Tabla 2

Grupos según edad	Prima/mes 2012	Prima/mes 2010	Variación %
0 - 4	59,63	57,01	4,60%
5 - 14	49,69	47,51	4,59%
15 - 44	56,32	53,85	4,59%
45 - 54	59,63	57,01	4,60%
55 - 64	66,27	63,35	4,61%
65 - 74	79,52	76,02	4,60%
Más de 74	86,14	82,35	4,60%
Prima mensual ponderada	no publicado	58,84	

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de los Conciertos de MUFACE

Las primas que pagó MUFACE a las empresas aseguradoras se incrementaron en el 2012 aproximadamente un 4,60% con respecto a las de 2010, lo cual representa un TAM del 2,27 % anual, es decir, una cantidad muy inferior al TAM del sector público (7,80 %).

Según PriceWaterhouseCoopers (2010, p. 10), el diferencial entre el gasto sanitario público per cápita en que incurrió el SNS por prestar la asistencia sanitaria (entre 1999 y 2004) fue, en promedio, un 50% más caro que la prima per cápita que percibieron las empresas aseguradoras de MUFACE por prestar el mismo servicio a los mutualistas y beneficiarios. En definitiva, según este estudio, el coste de la prestación de los mismos servicios sanitarios a través del SNS (producción pública) es el 50% más caro (ineficiencia) con respecto a la prima per cápita que paga MUFACE a las empresas aseguradoras (producción privada).

¿Ha seguido siendo tan ineficiente el SNS con respecto al “modelo MUFACE” a partir del 2004? Aplicando la esencia de las metodologías comentadas, según los datos publicados por los distintos organismos públicos¹¹ referidos al Gasto Sanitario Público devengado por las CC.AA. y las Ciudades Autónomas así como el Gasto Sanitario de MUFACE, compararemos los costes de producir los mismos servicios sanitarios.

Tabla 3

GASTO SANITARIO DEVENGADO DEL MODELO MUFACE						
	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Total de Mutualistas y Beneficiarios de MUFACE	1.546.409	1.530.900	1.525.926	1.539.635	1.536.871	1.550.082
Total de Titulares y Beneficiarios de MUFACE que eligen Empresas Privadas	n.d.	n.d.	1.304.298	1.301.803	1.288.547	1.283.677
Total de Titulares y Beneficiarios de MUFACE que eligen el SNS (público)	n.d.	n.d.	221.628	237.832	248.324	266.036
Porcentaje de Titulares y Beneficiarios que eligen Empresas Privadas			85,48%	84,55%	83,84%	82,81%
Gasto en Asistencia Sanitaria con Empresas Aseguradoras privadas (miles euros)	n.d.	783.020	822.280	865.070	900.400	933.650
Gasto por persona de asistencia sanitaria de Titulares y Beneficiarios que eligen Empresas Privadas			630,44	664,52	698,77	727,32
Gastos en Farmacia de los Titulares y Benef. de MUFACE (miles de euros)		269.830	286.360	303.710	327.730	302.130
Gasto por persona de Titulares y Beneficiarios en Farmacia		176,26	187,66	197,26	213,24	194,91
Gastos en Prótesis y otras Prestaciones a Titulares y Beneficiarios de MUFACE (miles de euros)		40.620	43.000	45.450	45.700	44.800
Gasto por persona en Prótesis y otras Prestaciones a Titulares y Beneficiarios de MUFACE		26,53	28,18	29,52	29,74	28,90
Gasto sanitario total por persona Titular y Benf. MUFACE que eligen Empresas Privadas			846,28	891,30	941,75	951,14
Gasto Sanitario Público total por persona usuaria del SNS	1.133,59	1.227,64	1.314,25	1.426,02	1.494,14	1.452,04
Ineficiencia del gasto sanitario público con respecto a MUFACE			55,30%	59,99%	58,66%	52,66%

Fuente: Elaboración propia utilizando datos del INE, Ministerio de Sanidad y Memorias de MUFACE a fecha 3/12/2012

Si comparamos el Gasto sanitario total (per cápita) devengado por las CC.AA. con respecto al Gasto total del “modelo MUFACE” (ambos incluyen la asistencia sanitaria, la farmacia, prótesis y otras prestaciones), se constata la ineficiencia de las CC.AA. en la producción de los mismos servicios sanitarios. Dicha ineficiencia se sitúa entre el 55 % y 60 %, la cual no difiere de los cálculos realizados por la Consultora PriceWaterhouseCoopers para los períodos 1999-2004.

Si hacemos la comparación, únicamente, entre el Gasto de la Asistencia Sanitaria (servicios médicos ambulatorios y hospitalarios), es decir, al Gasto sanitario total per cápita de las CC.AA. (1.431,74 €) le restamos el 20,06 % (287,21 €) de Farmacia y el 1,83 % (26,20 €) de Prótesis y traslado enfermos, correspondiente al año 2009, la cantidad resultante es 1.118,33 €. En consecuencia, el Gasto de la “Asistencia Sanitaria” de las CC.AA. y del “modelo MUFACE” fueron 1.118,33 € y 698,77 €, respectivamente (año 2009), lo cual significa que las CC.AA. incurrieron en un “exceso de coste” (o ineficiencia) respecto al “modelo MUFACE” de 419,56 €, o lo que es lo mismo: el 60,04 %¹² de ineficiencia.

Respecto al año 2010, los costes del sector público (Servicios Regionales Públicos de Salud) y del sector privado (Asisa, DKW, Adeslas) fueron 1.091,33 ¹³€ y 727,32 € respectivamente, ascendiendo el exceso de coste a 364,01 €¹⁴ (50,05% ¹⁵ de ineficiencia).

A la misma conclusión llegamos si comparamos el Gasto Sanitario Público total (per cápita) devengado por las CC.AA. y las Ciudades Autónomas con respecto al Gasto Sanitario total (per cápita) de la MUTUALIDAD DE FUNCIONARIOS (Muface + Isfas + Mageju). Se puede constatar la que el coste sanitario público¹⁶ (per cápita) es muy superior (más del 50 %) al coste del “modelo” de la MUTUALIDAD DE FUNCIONARIOS (en ambos gastos totales están incluidos los gastos de la asistencia sanitaria, farmacia y prótesis, es decir, la comparación es entre las magnitudes homogéneas).

Tabla 4

GASTO SANITARIO TOTAL DEVENGADO, INCLUYENDO LA ASISTENCIA SANITARIA, FARMACIA Y PRÓTESIS						
	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Población en España	44.108.530	44.708.964	45.200.737	46.157.822	46.745.807	47.021.031
Mutualistas protegidas por Empresas Aseguradoras privadas	2.180.302	2.042.715	1.983.778	1.964.997	1.963.929	1.959.320
Población protegida por el SNS	41.928.228	42.666.249	43.216.959	44.192.825	44.781.878	45.061.711
Gasto Sanitario Público CC.AA. (miles de euros corrientes)	45.705.256	50.350.294	54.559.578	60.651.209	64.111.904	63.250.289
Gasto Sanitario Público CC.AA. por persona	1.090,08	1.180,10	1.262,46	1.372,42	1.431,65	1.403,64
Gastos Mutualidad de Funcionarios (miles de euros corrientes)	1.701.237	1.769.957	1.854.760	1.972.070	2.053.746	2.076.131
Gasto Sanitario "M. Funcionarios" por persona	780,28	866,47	934,96	1.003,60	1.045,73	1.059,62
Gasto Sanitario Público Total (miles de euros corrientes)	47.529.247	52.378.624	56.797.700	63.019.945	66.910.483	65.431.385
Gasto Sanitario Público total por persona	1.133,59	1.227,64	1.314,25	1.426,02	1.494,14	1.452,04
Ineficiencia del gasto público respecto a "M. Funcionarios"	45,28%	41,68%	40,57%	42,09%	42,88%	37,03%
Gasto sanitario público por habitante según el I.N.E.	1.224,18	1.330,92	1.423,05	1.552,10	1.606,81	n.p..
Ineficiencia del gasto sanitario público (INE) respecto a "M. Funcionarios"	56,89%	53,60%	52,20%	54,65%	53,65%	

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE, Ministerio de Sanidad y tablas anteriores

La "M. de Funcionarios" se refiere al conjunto de Funcionarios y Beneficiarios de MUFACE, ISFAS y MUGEFU

En relación con todos los datos expuestos, conviene recordarlo una vez más, cuando los poderes públicos deciden que la provisión de un determinado bien o servicio debe ser pública, se deberá elegir quién lo producirá (empresa pública o privada) y el criterio único o preferente de elección será la eficiencia económica (Musgrave, 1969, p. 48), o sea, el Estado deberá elegir al productor que le reporte un coste menor por la provisión del bien preferente, ya que los recursos públicos son escasos y cualquier ahorro implica menos impuestos o menor endeudamiento o, alternativamente, destinar el ahorro a otras necesidades públicas que no se satisfacen o se prestan de forma insuficiente.

5. CONCLUSIONES

El incremento del Gasto sanitario público durante el período 2002–2009 fue exponencial (8,97 % de TAM¹⁷), cuya cifra es muy superior al incremento del IPC (2,66 % de TAM) y al de la población protegida por el SNS (1,77 % de TAM), lo cual explica los grandes problemas económicos-financieros actuales del SNS.

Las Administraciones Públicas deben aumentar el grado de eficiencia económica de todas sus actividades y, sobre todo, un bien preferente se debería producir con el método de producción que sea más económico para el erario público. La técnica que hemos utilizado para calcular y comparar los costes de la producción pública (SNS) con respecto a la producción privada (MUFACE, ISFAS y MUGEFU) es rigurosa, sencilla y útil (como prescribe el método científico). Dicha técnica es muy similar a la que utilizan los técnicos o consultores de las empresas para analizar (estática y dinámicamente) la situación económica y financiera de la empresa al objeto de diagnosticar los problemas (si los hubiere) u optimizar la utilización de los factores de producción. Además, los datos que son analizados no permiten ser manipulados con fines espurios, ya que se puede comprobar la exactitud de los mismos (son datos objetivos publicados por entes públicos y accesibles a cualquier persona que quiera comprobar la veracidad de los mismos).

Pero, además del rigor y la utilidad, lo más importante es que dicha técnica está al alcance de cualquier alumno universitario de 3º o 4º curso de Grado (o de 2º curso de Formación Profesional Superior) que tenga claro los conceptos económicos y contables básicos que aquí hemos expuesto y que sepa establecer la relación existente entre las magnitudes relevantes a través de los ratios que se consideren oportunos para el objetivo de la investigación (no es necesario amplios conocimientos matemáticos o estadísticos como, por ejemplo, la técnica DEA, la cual sólo la aplican los alumnos de Máster o Doctorado).

De acuerdo con los datos que hemos analizado, si, por ejemplo, el modelo MUFACE se extendiera al colectivo de funcionarios de la Administración Local, el ahorro que se generaría sería considerable para el erario público y, por supuesto, sería mucho mayor si se extendiera a todos los empleados públicos de todas las Administraciones Públicas. Paradójicamente, lo que eligen actualmente (y siempre) la mayoría de funcionarios de las Administraciones Públicas (excepto la Local) es lo más económico. No obstante, como en muchos otros temas, la decisión de quién produce los bienes preferentes corresponde al poder político y, por supuesto, ello tiene consecuencias muy importantes de índole económico-financiero. A mi juicio, una limitación de la técnica aplicada es que no se ha tenido en consideración la pirámide de la población y el estado de salud de los colectivos analizados (usuarios del SNS y mutualistas o beneficiarios de MUFACE, ISFAS y MUGEFU).

Para concluir este artículo debemos destacar que el trabajo aquí presentado constituye, como se expuso en la sección introductoria, un ejemplo de aplicación docente para introducir a los alumnos de los últimos cursos de Grado en el campo de la evaluación económica. Por ello, una de las recomendaciones que han de realizarse tiene que ver con la necesidad de combinar adecuadamente la sencillez del método de análisis con la complejidad presente en el tema concreto de evaluación. El objetivo de desarrollar destrezas de aplicación de este tipo de técnicas recomienda identificar los puntos más relevantes a considerar en el análisis comparativo de eficiencia, evitando complejidades innecesarias para esta fase de aprendizaje. No obstante, el análisis que aquí se propone aporta la suficiente información y detalle institucional para que el alumno contemple los problemas y limitaciones a los que se enfrentará en el desarrollo futuro de su práctica profesional o de investigación.

Notas

¹ A veces, las mejoras de la productividad se consiguen a través de la disminución de la eficacia (calidad del servicio).

² La técnica o modelo “frontera” consiste en la estimación del comportamiento óptimo o asignación óptima de los recursos productivos (en este caso, Valle toma como referencia el sector privado de cada país).

³ El valor de la producción pública es el coste de producción (consumo intermedio + remuneraciones de asalariados + consumo de capital fijo)

⁴ El coste es la expresión monetaria del consumo de los factores productivos necesarios para la obtención del producto. Las inversiones constituyen costes a medida que el gasto efectuado en ellas se considera incorporado o afectado a un determinado ejercicio económico como consecuencia del consumo estimado (la amortización) para el mismo. El concepto de gasto tiene su origen en un pago (o endeudamiento) al “exterior” de la empresa como consecuencia de, por ejemplo, compras de materias primas, adquisición de inmovilizado, etc. Solamente “en la medida en que los gastos representan consumos en el proceso productivo del ejercicio tienen el carácter de coste” Fernández Pirla, 1974: 306-310).

⁵ Porcentaje de desviación o ineficiencia = (Desviación / “Estándar”) * 100

⁶ La/s causa/s de la ineficiencia se pueden analizar a través de las desviaciones técnicas y económicas de las Materias Primas, la Mano de Obra Directa y los Gastos Generales de Fabricación.

⁷ Resolución de 15 de diciembre de 2009, de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, por la que se publican los conciertos suscritos por la misma para la prestación de asistencia sanitaria en territorio nacional durante los años 2010 y 2011 (publicado en el BOE de 29 de diciembre de 2009, págs. 313 y ss.)

⁸ Probablemente dicho incremento en 2010 obedezca a la actualización de la prima pactada entre MUFACE y las Empresas aseguradoras privadas.

⁹ Página 98-102 de la Memoria MUFACE

¹⁰ Página 49 y 102 de la Memoria MUFACE de 2010

¹¹ MUFACE, INE y Ministerio de Sanidad.

¹² $(1.183,33 - 698,77) / 698,77 * 100 = 60,04 \%$

¹³ $1.403,64 - (0,203 * 1.403,64) - (0,0195 * 1.403,64) = 1.091,33 \text{ €}$

¹⁴ $1.091,33 - 727,32 = 364,01 \text{ €}$

¹⁵ $((1.091,33 - 727,32) / 727,32) * 100 = 50,05 \%$

¹⁶ El Gasto Sanitario Público Total incluye: Gasto Sanitario Público de las CC.AA. y Ciudades con Estatutos de Autonomía (fue el 96,67 % del total en 2010) + Gasto de la Administración Central + Instituto Nacional de Gestión Sanitaria + Instituto Social de la Marina + Gasto Sanitario de las Corporaciones Locales.

¹⁷ La Tasa Anual Media (TAM) significa la tasa anual uniforme a la que hubiese tenido que crecer una cantidad inicial, entre diversos períodos analizados, para alcanzar el valor del último periodo.

$TAM = ((70.340.683 / 38.563.045)^{1/7} - 1) * 100 = 8,9659\%$

Agradecimientos

El autor agradece las propuestas de los evaluadores y comentarios del editor que han contribuido a mejorar la versión inicial.

REFERENCIAS

Álvarez, J. (1975). *Contabilidad analítica*, San Sebastián: Editorial Donostiarra.

Ballarín, E. y otros (1979). *Contabilidad para Dirección*, Barcelona: Ediciones Orbis.

Barea, J. y A. Gómez, (1994). *El problema de la eficiencia del sector público en España. Especial consideración de la sanidad*, Madrid: Instituto de Estudios Económicos.

Barea, J. (1996). “La gestión de la sanidad: un bien privado financiado públicamente”, *Papeles de Economía Española*, **69**: 52-63.

- Fernández Pirla, J.M. (1974). *Economía y gestión de la empresa*, Madrid: Ediciones ICE, 6ª edición.
- Gonzalo, L. (2008). “*La Sanidad como bien de mérito: consecuencias económico-financieras con referencia a España*”, Conferencia pronunciada en el verano de 2007 en La Granda (págs. 111-125 de la publicación de Farmaindustria: “Proyección social de la asistencia médica”).
- Limarquez, M. (2004). “MUFACE: un modelo de protección social de funcionarios públicos, de presente para el futuro”, *IX Congreso Internacional del CLAD sobre Reforma del Estado y de la Administración Pública*, Madrid.
- Memorias de MUFACE, años 2008, 2009, 2010 y 2011
<<http://www.muface.es/content/memoria>> (1 de septiembre de 2013)
- Ministerios de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. “*Recursos del Sistema Nacional de Salud*”
<<http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/home.htm>> (1 de septiembre de 2013)
- Mochón, F. (1992). *Economía Básica*, Madrid: McGraw Hill, 2ª edición.
- Musgrave, R.A. (1969). *Teoría de la Hacienda Pública*, Madrid: Aguilar.
- Price Waterhouse Coopers (2010). “*Quince temas candentes de la Sanidad española para 2010*”.
- Rosen, H. S. (2002). *Hacienda Pública*, Madrid: McGraw Hill, 5ª edición.
- Rueda, N (2006). “El objetivo de la mejora de la eficiencia pública. Reflexiones a partir de la evidencia empírica”, *Auditoría Pública*, **40**: 61-74.
- Valle, V. (1989). “*La eficacia del gasto público en España*”, *Papeles de Economía Española*, **41**: 146-158.

Abstract

The aim of this paper is, first, to present some of the techniques that it could be used by university students to evaluate the efficiency of public sector. Second, it provides an application of the technique which is considered more appropriate in education to determine the level of efficiency (or inefficiency) of the Servicio Nacional de Salud (NHS) when compared with the private sector. Specifically, it presents an exercise in which we analyze whether the direct production of a *merit choice* (the health service) is more or less efficient than producing the same service through private companies. The article highlights the usefulness of this proposal for making political and economic decisions. It concludes with some recommendations about the content of the cases that can be studied using this methodology.

Key Words: efficiency, merit goods, health, productivity, MUFACE.

JEL Codes: A2, H4, H51, I18