

Servicios de asistencia médica en el sector privado del Reino Unido

Y EL NUEVO CONTRATO DE ESPECIALISTAS: ESTADÍSTICAS Y TENDENCIAS CLAVE*

Francisco Reyes Santos • David Vivas Consuelo • Isabel Barrachina Martínez

Fecha de recepción 27-08-04 • Fecha de aceptación 27-09-04

Resumen

El sector de los hospitales privados en el Reino Unido es pequeño comparado con la provisión ofertada por el National Health Service (NHS). En términos per cápita, en el bienio 1997-1998, había 20 camas hospitalarias de agudos por 100.000 habitantes, comparado con las 219 camas de agudos por 100.000 habitantes ofertadas por el NHS. El monto económico por la atención médica y quirúrgica realizada por el sector privado en 1999 fue de 1.548 millones de libras.

El mercado privado de la asistencia sanitaria es complejo y muy concentrado. Las tres mayores compañías de seguros médicos son Bupa, PPP y WPA. Las aseguradoras han centrado sus esfuerzos de reducción de costos en rebajar las tarifas que cobran los hospitales privados.

El nivel de demanda de asistencia médica privada se ha asociado siempre con la insatisfacción provocada por la provisión pública de asistencia sanitaria del NHS. Existen aproximadamente 14.000 médicos especialistas en 15 especialidades médicas y quirúrgicas en la práctica privada de la medicina en el Reino Unido. Se estima que en el año 2000, el ingreso medio neto de un especialista del NHS con práctica privada fue de 44.000 libras.

Los hospitales privados de agudos compiten entre ellos del mismo modo que las compañías privadas de seguros lo hacen por incrementar su cuota de mercado. En esta competencia, el sector privado se ha enfocado hacia estrategias de reducción de márgenes comerciales. Se considera poco probable una reacción agresiva por parte del sector privado en la competencia por el tiempo asistencial de los especialistas del NHS.

Palabras clave: sanidad privada, mercado de seguros médicos, retribuciones médicas, especialistas del NHS.

Summary

The private hospital sector in the UK is small compared with NHS provision. In per capita terms there were 20 private acute beds per 100.000 population in 1997/8 compared with 219 per 100.000 in the acute NHS. The value of independent acute hospitals and clinics supply in 1999 for acute medical/surgical inpatient and outpatient work was £1548 million.

The private health care market is complex and quite concentrated. The three largest medical insurance companies are Bupa, PPP and WPA. Insurers have focused their cost containment efforts on provider prices charged by hospital providers.

The volume of demand for private healthcare has always been associated with dissatisfaction with public supply provided by the NHS. There are around 14.000 consultants doing some private practice in 15 specialities in the UK. The estimated average net private income per NHS consultant in 2000 was £44.000.

Within the acute sector, private owned hospitals compete with each other for business and insurers compete with each other for large, stable insured populations. In this competition, private sector is focussed on margin rate strategies. We regard the risk of spoiling tactic of private sector outbidding NHS for consultant time as unlikely.

Key Words: Healthcare private sector, health insurance market, consultants payments, NHS consultants

* Proyecto de investigación financiado por *Economics and Operational Research* del Departamento de Salud del Ministerio de Salud del Reino Unido.

Introducción

En el National Health Service (NHS) Plan Inglaterra. *Un plan de inversión. Un plan de reforma*, Capítulo 8, dedicado a los “Cambios para médicos del NHS” se informa que en el futuro, el NHS pretende contratar nuevos especialistas calificados para trabajar de manera exclusiva para el NHS, probablemente durante los primeros siete años de sus carreras, incrementando de esta manera las ventajas económicas de estos nuevos especialistas. Además, el derecho a ejercer la práctica privada dependerá del cumplimiento de un plan de trabajo así como de los requerimientos del NHS, incluyendo evaluaciones satisfactorias.

Se ha considerado la posibilidad de comprar la mayor parte de la práctica privada, pagando horas extra al precio del “valor por hora

del sector privado”, pero la propuesta enfrenta el problema de que el NHS entre en una guerra de ofertas con el sector privado (The NHS Plan, 2000).

Esta publicación describe el sector de salud privada aguda en el Reino Unido, y trae a consideración cierta literatura académica a propósito de la interacción entre el NHS y el sector privado, además de intentar evaluar los riesgos del sector privado tratando de responder de manera competitiva al Plan de reforma de contratos de especialistas del NHS.

1. Tamaño del sector privado

El valor de suministros para hospitales y clínicas independientes de agudos durante 1999, para procedimientos médico-quirúrgicos de agudos en pacientes internos y externos, fue de £1.548 millones.

CUADRO 1
TENDENCIAS EN EL VALOR DEL MERCADO DE ASISTENCIA Y SEGURIDAD MÉDICA Y PRIVADA

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	Promedio
Valor del mercado de sanidad privada de agudos £m	912	975	1.049	1.126	1.176	1.288	1.411	1.548	
% Crecimiento del mercado de agudos		6,9	7,6	7,3	4,4	9,5	9,5	9,7	7,9
Valor Total del mercado de sanidad privada £m	1.073	1.154	1.249	1.350	1.427	1.570	1.733	1.915	
% Crecimiento del mercado Total		7,5	8,2	8,1	5,7	10,0	10,4	10,5	8,6
% Proporción de agudos en el valor total del mercado	85,0	84,5	84,0	83,4	82,4	82,0	81,4	80,8	82,9
Participación de la PMI* en el mercado £m	1.489	1.584	1.667	1.767	1.931	2.120	2.182	2.317	
Crecimiento de la PMI* en el mercado		6,4	5,2	6,0	9,3	9,8	2,9	6,2	6,5

* Seguridad médica privada (PMI, por su sigla en inglés): esta cifra debe ser sumada a los £473m de las actividades de financiación del NHS así como a los pagos externos, para explicar la financiación de la sanidad de agudos en el mercado.

Fuente: Con base en Laings y Buisson, 2000.



El Cuadro 1 muestra las tendencias en gastos de servicios de agudos y el total de la aseguración médica privada.

El sector de agudos es de lejos el componente más grande (81%) de toda la asistencia médica privada, así como el sector con el crecimiento más rápido.

Esta publicación se concentrará ahora en la sección de agudos, donde existe la competencia más agresiva por el tiempo de los especialistas del NHS. Los honorarios pagados a cirujanos, anestesiastas y médicos para tratamientos especializados de práctica privada, se estiman en cerca de £825 millones adicionales durante 1999. En cambio, la proporción de beneficios pagados a los especialistas por las aseguradoras se ha reducido de 34% en 1988 a 27% en 1999, reflejando un estricto control sobre los niveles de tarifas.

1.1 Camas hospitalarias

A mediados de 2000 había registrados 225 hospitales agudos independientes médico-

quirúrgicos, con capacidad de aceptar pacientes internos. La capacidad total era de 9.503 camas.

El sector médico-quirúrgico independiente de agudos está dominado por cinco operadores hospitalarios en el Reino Unido: *General Healthcare Group Ltd.* (BMI Healthcare), *Bupa Hospitals Ltd.*, *Nuffield Nursing Homes Trust Ltd.*, *Community Hospitals Group* y *Hospital Corporation of America (HCA) International Ltd.* Entre estos cinco grandes grupos poseen 149 hospitales de agudos con una capacidad de 7.189 camas, es decir 72% del total del Reino Unido. El sexto operador más grande, *British Pregnancy Advisory Service*, que posee nueve hospitales, cuenta solamente con 211 camas que representan 2,1% de la capacidad total de camas (Cuadro 2).

BMI Healthcare (la división médico-quirúrgica de agudos del *General Healthcare Group Ltd.*), se convirtió en el operador británico más grande, luego de la fusión de BMI y *Amicus Healthcare Group Ltd.*

CUADRO 2
MAYORES OPERADORES MÉDICO/QUIRÚRGICOS HOSPITALARIOS
POR NÚMERO DE HOSPITALES Y CAMAS

Operador	Hospitales	Camas	Porcentaje de camas %
General Healthcare Group Ltd (BMI)	43	2.180	21,8
Bupa Hospitals Ltd.	36	1.810	18,1
Nuffield Nursing Homes Trust Ltd.	41	1.618	16,2
Community Hospitals Group plc	22	826	8,3
HCA International Ltd.	7	755	7,6

Fuente: Con base en Laings & Buisson, 2000.

1.2 Tamaño relativo del sector privado

El sector hospitalario privado es pequeño comparado con el del NHS. Desde una pers-

pectiva per cápita, había 20 camas privadas de agudos por una población de 100.000 habitantes en 1997-1998, comparada con 219 camas por 100.000 habitantes en el sector de

agudos del NHS. La distribución regional de hospitales de agudos está fuertemente acentuada en el sudeste de Inglaterra. La proporción de camas de agudos varió de 38 por 100.000 en sectores de Londres, a 8 por 100.000 en Gales.

El uso de camas de agudos en el sector privado es relativamente bajo –alrededor del 49% en 1996-1997– y éste ha ido decreciendo de manera constante, desde un porcentaje del 55% hace una década. En el NHS, el uso promedio de camas es superior al 80%. Esto refleja, de manera parcial, una estadia más breve en hospitales del sector privado, pero también pocas facilidades para acceder a un acceso veloz.

Unos 591.755 pacientes quirúrgicos (13,4% del total de los pacientes quirúrgicos en el Reino Unido) tuvieron financiamiento privado durante 1998 (Williams *et al.*, 2000).

La proporción de pago propio entre las admisiones de hospitales independientes tuvo un crecimiento del 13% en 1992-1993 al 19% en 1997-1998. Más del 20% de los ingresos de la sanidad privada durante 1999 se derivaron de pacientes de pago propio. El pago propio ha continuado su crecimiento durante los últimos tres años, estimulado por un mercadeo más agresivo de pago propio privado entre los grupos hospitalarios independientes (Williams *et al.*, 2000) (cuadros 3 y 4).

CUADRO 3
INGRESOS DE LOS CINCO MAYORES OPERADORES HOSPITALARIOS
MÉDICO/QUIRÚRGICOS DE AGUDOS

Proveedor	1995	%	1996	%	1997	%	1998	%
	£m	Participación	£m	Participación	£m	Participación	£m	Participación
General Healthcare Group (BMI)	198.4	17,3	203.5	16,7	226.3	17,5	338	24,3
Bupa Hospitals Ltd.	222.3	19,4	232.1	19,1	248.9	19,3	292.4	21,0
Nuffield Nursing Homes Trust Ltd.	138.6	12,1	151.1	12,4	167.2	13,0	195.9	14,1
Community Hospitals Group	50.7	4,4	56.1	4,6	75.5	5,8	85.6	6,2
HCA International Ltd.	87.6	7,6	91.5	7,5	92.7	7,2	104.2	7,5
Total proveedores privados	1.147.9	100	1.215.2	100	1.291.1	100	1.390.5	100

Fuente: Con base en Laings & Buisson, 2000

CUADRO 4

TARIFAS/CAMA £ DE LOS CINCO MAYORES OPERADORES MÉDICO/QUIRÚRGICOS DE AGUDOS

Proveedor	1999 £m	% Participación 1999	Tarifa £k 1999 £/cama
General Healthcare Group Ltd (BMI)	367.6	23,7	168.624
BUPA Hospitals Ltd.	322.1	20,8	177.956
Nuffield Nursing Homes Trust Ltd.	215.4	13,9	133.127
Community Hospitals Group	113.9	7,4	137.893
HCA International Ltd.	111.4	7,2	147.550

Fuente: Calculada según la reseña *Laing's Healthcare Market Review*, Laings y Buisson, 2000.

En los últimos dos años, Bupa perdió el primer puesto como el operador más grande del mercado debido a la fusión entre BMI y General, pero conserva los ingresos más altos por cama de hospital.

6.366.000 mil personas fueron cubiertas por seguros médicos privados en 1999, es decir, 10,8% de la población del Reino Unido. El número de suscriptores cayó en 1,1% en el mismo año (Cuadro 5).

1.3 Aseguradoras privadas

Las tres compañías más grandes de seguros médicos son Bupa, PPP y WPA. Unas

Los márgenes de ingresos brutos totales de las aseguradoras médicas privadas cayeron levemente, de 17,8% en 1998, a 17,5% en 1999.

CUADRO 5

PARTICIPACIÓN DEL MERCADO DE SANIDAD PRIVADA POR ASEGURADORA

	1995 £m	% Participación	1996 £m	% Participación	1997 £m	% Participación	1998 £m	% Participación	1999 £m	% Participación
Bupa	780	44,1	813	42,1	867	40,9	871	39,9	928	40,1
PPP	476	26,9	525	27,2	590	27,8	687	31,5	674	29,1
WPA	88	5,0	95	4,9	96	4,5	96	4,4	107	4,6
BCWA	37	2,1	37	1,9	39	1,8	42	1,9	46	2,0
Otros	386	21,8	461	24,0	528	24,9	486	22,3	562	24,3
Total	1.767	100,0	1.931	100,0	2.120	100,0	2.182	100,0	2.317	100,0

Fuente: Con base en Laings & Buisson, 2000.

1.4 Participación del mercado

La participación en cirugía electiva del sector privado no se ha incrementado durante la última década. De hecho, cayó levemente entre 1992-1993 y 1997-1998. De otra parte, los casos diarios tuvieron un incremento del 69% en el mismo periodo, constituyendo ahora 51% de todas las cirugías realizadas en hospitales independientes (Cuadro 6).

CUADRO 6
PACIENTES PRIVADOS QUE RECIBIERON
CIRUGÍAS ELECTIVAS O PROCEDIMIENTOS

Año	Total	Financiamiento privado	%
1981	1.660.428	219.558	13,2
1986	2.804.925	415.036	14,8
1992/93	3.745.014	527.274	14,1
1997/98	4.415.334	591.755	13,4

Fuente: Extraído por los autores a partir del Departamento de Estadísticas Médicas.

2. Interacciones con el servicio nacional de seguridad médica (NHS)

El volumen de demanda de seguridad médica privada se ha relacionado siempre con la insatisfacción hacia el servicio prestado por el NHS. Diversos autores han estudiado los factores determinantes del volumen de demanda de Seguridad Médica Privada (PMI, por su sigla en inglés) y la relación entre los sectores público y privado.

- Besley *et al.* (1996) encontraron una estrecha relación entre las largas listas de espera y la demanda por una seguridad médica privada pagada individualmente, calculando un incremento del 2% en la probabilidad de que un individuo compre seguro médico privado. Ninguna de las otras variables dirigidas a evaluar la calidad de servicio del NHS parece haber tenido un impacto significativo en la decisión de comprar un seguro (Besley *et al.*, 1999).
- McAvinchey *et al.* (1993) estudiaron elasticidades a largo término. Los estudios muestran que un crecimiento permanente del 1% en la variable del tiempo de espera, llevará a una menor demanda –del 4,79%– por el servicio de agudos del NHS,

implicando un crecimiento del 0,6% en la demanda de servicio privado de agudos.

- Propper (2000) encontró en su estudio que no existe una clara asociación entre las listas de espera y el uso de una aseguración pública o privada.
- Cuanto más alto sea el valor que un paciente asigne a su salud médica, menor importancia dará al precio de su aseguración médica y menor elasticidad habrá en los productos de servicios de salud. Propper y Maynard (1989) hicieron cálculos sobre elasticidades de precio a corto y largo plazos de entre -0.6 y -2.55 . Los autores argumentaron que a corto plazo, los proveedores podrán ser agresivos con los precios sin arriesgar pérdidas en las ganancias del mercado.
- Sin embargo, McAvinchey *et al.* (1993) encontraron que un crecimiento constante del 1% en el precio de la aseguración implicará una reducción del 4,26% en la demanda del servicio privado de agudos, y un incremento de 0,82% en la demanda del servicio de agudos del NHS. Las elasticidades a largo plazo calculadas por estos autores indican un intercambio en el servicio de agudos público y privado: el movimiento de pacientes del NHS hacia la seguridad privada, luego del crecimiento en las listas de espera (0,60%), es me-



nor que la transferencia de pacientes privados al NHS, luego de un incremento en la prima promedio de aseguración privada (0,82%).

- Tor Iversen (1997) informa sobre un crecimiento en el sector privado cuando los especialistas que trabajan tiempo comple-

to en el sector público y parcialmente en el privado, distribuyan listas de espera para las admisiones, generando un incremento en la lista de espera para tratamientos en el sector público.

Estos hallazgos no conclusivos se resumen en el Cuadro 7.

CUADRO 7

ELASTICIDAD Y ELASTICIDAD CRUZADA EN LOS SECTORES DE SALUD PÚBLICO Y PRIVADO

Autor (año)	Elasticidad de precio		Elasticidad cruzada	
	Tiempos de espera	Precio sector privado	Tiempos de espera/ tamaño sector privado	Precio sector privado/ tamaño NHS
Besley <i>et al.</i> (1999)			0.2	
Blundell <i>et al.</i> (2000)	2.48			
Gravelle H	0.207			
Maynard y Propper (1989)		0.60		
McAvinchey <i>et al.</i> (1993)	0.29-0.68	0.78-0.85	0.60	0.82
Phelps <i>et al.</i> (1987)		0.60		
Propper (2000)	0.026			
Smith (2001)	0.23			

Fuente: Extraída por los autores a partir de varias fuentes.

Se hizo una simple regresión lineal para evaluar la literatura no conclusiva sobre cómo se asocia el sector privado con los tratamientos en hospitales públicos. El modelo de ecuación es el siguiente:

$$Y = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \mu$$

Y siendo el crecimiento porcentual de la cuota de mercado para la aseguración médica del sector privado, y X_1 el crecimiento porcentual de las tarifas médicas en el sector privado.

El método para calcular la regresión lineal es el mínimo cuadrado ordinario.

El valor resultante con un R^2 de 0.747 muestra que un crecimiento en el porcentaje de las tarifas de especialistas lleva a un incremento en la cuota de mercado para las compañías privadas de seguros. Los resultados se muestran en la ecuación 1.

$$Y (\text{crecimiento mercado}\%) = 4.881 + 0.589 X_1 (\text{crecimiento tarifas}\%) \quad (1)$$

Según nuestra opinión, este resultado sostiene la idea de que los especialistas trabajando en el sector privado pueden influenciar la cuota de mercado de las compañías privadas de seguridad médica.

Las reacciones de los líderes del mercado, y los comentarios de Laing & Bussons (2000) respecto a tales reacciones, reflejan la incertidumbre encontrada en la literatura académica.

- En un intento por reconstruir ganancias durante el año 2000, las aseguradoras incrementaron sus costos para pólizas individuales a tasas similares a las de 1999. Bupa incrementó sus precios en un promedio del 14% al comienzo de 2000 y los costos de PPP aumentaron un promedio de 12%.
- Laings & Buisson (2000) consideran que aunque existe una demanda “no elástica” por la aseguración médica privada, los altos costos de los últimos dos años han reducido la demanda en el sector personal, y esta tendencia continuará presentándose durante los próximos años con los suscriptores individuales.

Quizás la conclusión más segura que se puede elaborar es que la elasticidad del precio por aseguración médica privada es más alta a largo que a corto plazo, y que probablemente existe una relación débil no elástica entre las listas de espera y desempeño del NHS, y la demanda por tratamientos con el sector privado.

2.1 Otras interacciones entre el NHS y el sector privado

Los ingresos del NHS por pacientes privados se calcula en unos £331 millones entre 1999/2000. La cuota de redes privadas del NHS decreció de 15,5% en 1997 a 14,7% en 1999. Una razón para explicar este hecho es la exclusión de la mayoría de unidades de pacientes privados (PPU) del NHS de las redes de aseguradoras, en especial, de Bupa. La excepción es PPP. Durante el año 2000, el número de unidades de pacientes privados (PPU) en la red de salud PPP aumentó, así como la expansión general de esta red de salud.

En 1997/1998, 10,5% de las admisiones generales a hospitales independientes fueron financiadas por el NHS, comparado con el 5% entre 1992/1993.

3. Relaciones aseguradoras-hospital

De acuerdo con lo enunciado por Laing & Buisson (2000), la tendencia creciente en los reclamos de usuarios asegurados, continúa siendo una seria amenaza para el crecimiento futuro de la aseguración médica privada.

Las aseguradoras han concentrado sus esfuerzos de limitación de costos en los precios de proveedores cobrados por los hospitales.

- Las aseguradoras desempeñan un papel activo en negociar precios con los proveedores. El problema es que las negociaciones sobre el precio se volvieron más sofisticadas con el tiempo, implicando costos más altos de transacción.
- Las aseguradoras usan integración vertical para limitar los costos de los proveedores y al mismo tiempo asegurar la disponibilidad de buena calidad en los servicios hospitalarios (Bupa y PPP son los ejemplos principales).
- Las aseguradoras están desarrollando productos “en red”. Si el referimiento de pacientes puede ser enfocado a los hospitales más eficientes y de más alta calidad, entonces sus altos costos fijos podrían esparcirse sobre volúmenes más largos de actividad, y los ahorros por unidad podrían ser compartidos entre el hospital y la aseguradora. Una posible consecuencia de esta estrategia podría ser el cierre de varios hospitales y el surgimiento de un número más alto de casos de monopolios locales, que podría llevar a costos más elevados en el futuro.



En 1999 Bupa informó que 80% del total de su volumen de pacientes pasó por hospitales de su red y que su red de productos era 15% más económica que los planes fuera de la red. La pérdida potencial para hospitales excluidos de la red Bupa promedió 10% de sus ingresos.

La Aseguradora PPP estimuló a sus clientes a escoger su red, ofreciendo un descuento de dinero en efectivo que decía ser igual al 15% de sus primas al utilizar hospitales de la red en vez de hospitales “externos”.

4. Relaciones especialistas-aseguradoras

4.1 Ganancias individuales

El Departamento comisionó al *inland revenue* para llevar a cabo un estudio sobre las ganancias de los especialistas en hospitales de Inglaterra. Estudios similares han sido llevado a cabo ocasionalmente, el último cubriendo el año financiero 1993-1994. Estos estudios fueron suspendidos mientras se introdujo el autogravamen, pero ahora es posible resumir estudios utilizando los resultados de los formularios de autogravámenes. Los resultados de este año cubren el año financiero 1998-1999. El estudio recolectó información de ganancias, tanto privadas como asalariadas, de una muestra de especialistas en hospitales en Inglaterra. El estudio cubre todas las ganancias asalariadas (Programa E) y privadas (Programa D). En algunos casos, el total del Programa D incluye algunas “otras” ganancias (no relacionadas con el servicio médico). Sin embargo, como el autogravamen provee una descripción de ganancias en el Programa D, existe alguna información sobre fuentes privadas de utilidades.

Una muestra de 1.944 especialistas, seleccionada dentro del Censo masculino médico y

dental de septiembre de 1998, fue distribuida por edad y tipo de contrato (tiempo completo, medio tiempo máximo y otros medios tiempos). Esta muestra fue enviada al *Inland Revenue* para registrar los resultados de autogravámenes y para obtener detalles sobre las ganancias.

Existen unos 14.000 especialistas privados en 15 especialidades médicas y quirúrgicas en el Reino Unido. El salario promedio estimado por especialista privado del NHS durante el año 2000 fue de £44.000, con una figura de £109.000 para la décima parte superior. El Cuadro 8 también indica el rango de la media y las proporciones.

CUADRO 8
GANANCIAS DE ESPECIALISTAS PRIVADOS
DURANTE EL 2000

	£
Media	44.055
Intermedio	26.017
Proporción 25	7.104
Proporción 50	26.017
Proporción 75	60.642

Fuente: Extraído por los autores a partir del Departamento de Estadísticas Médicas.

Una cuarta parte de los especialistas del NHS tiene contratos máximos de medio tiempo (MPT); 12% tiene contratos de medio tiempo (PT) y 62% tiene contratos de tiempo completo (FT). El estudio del *Inland Revenue* tiene ligeramente más contratos MPT (29%) y menos FT (59%).

El 27% de los especialistas tiene ingresos de cero en el sector privado. La distribución de ganancias netas en el sector privado, luego de impuestos y gastos, se muestra en el Cuadro 9.

CUADRO 9
DISTRIBUCIÓN DE LAS GANANCIAS DEL SECTOR PRIVADO

	Todos los especialistas	FTs	MPTs	PTs
% Especialistas £0 ganancias Privadas	27	37	3	55
Media £	51.888	28.820	63.564	41.492
Mediana £	32.876	12.413	44.886	20.345
Proporción 20 £	9.272	2.968	19.828	3.691
Proporción 50 £	32.876	12.413	44.886	20.345
Proporción 70 £	61.088	30.024	77.016	44.929
Proporción 90 £	123.555	73.360	135.020	111.474

Fuente: Extraído por los autores a partir del Departamento de Estadísticas Médicas.

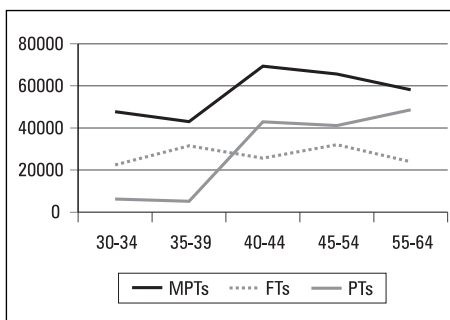
El Cuadro 10 y el Gráfico 1 muestran la distribución de ganancias entre MPT, FT y PT por edad.

CUADRO 10
PROMEDIO DE GANANCIAS PRIVADAS
POR TIPO DE CONTRATO Y EDAD

	MPTs	FTs	PTs
30-34	47.678	22.353	6.239
35-39	42.994	31.578	5.181
40-44	69.429	25.678	42.918
45-54	65.736	32.093	41.145
55-64	58.154	23.955	48.674

Fuente: Extraído por los autores a partir del Departamento de Estadísticas Médicas.

GRÁFICO 1
DISTRIBUCIÓN DE GANANCIAS PRIVADAS POR
TIPO DE CONTRATO Y EDAD



Fuente: Extraído por los autores a partir del Departamento de Estadísticas Médicas.

El Cuadro 11 y el Gráfico 2 muestran las medias de salario base NHS de todas las especialidades por nuevos contratos; T y O son más altos que aquellos para ganancias del sector privado.

Sin embargo, las tarifas por hora son mucho más altas (entre porcentajes) en el sector privado que en los nuevos contratos del NHS (Cuadro 12 y Gráfico 3).



CUADRO 11
PROMEDIO COMPARADO DEL SALARIO BASE PARA ESPECIALISTAS DEL SECTOR PRIVADO Y NUEVOS CONTRATOS DEL NHS

	NHS Nuevo	Privado	
Especialidad	Media	Media	%
Anestesista	52.276	27.218	48
Otorrino	55.806	39.763	29
Medicina	51.701	13.630	74
O y G	53.456	30.833	42
Psiquiatría	60.312	16.658	72
Radiología	55.299	21.488	61
Cirugía general	54.353	33.419	39
Urología	55.330	39.231	29
T & O	54.435	58.959	-8
Oftalmología	55.736	36.325	35

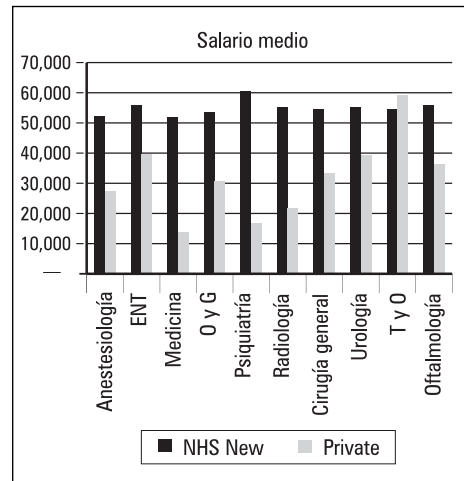
Fuente: Extraído por los autores a partir del Departamento de Estadísticas Médicas.

CUADRO 12
PROMEDIO COMPARADO DE TARIFAS POR HORA PARA ESPECIALISTAS DEL SECTOR PRIVADO Y NUEVOS CONTRATOS DEL NHS

	NHS Nuevo	Privado	
Especialidad	£	£	%
T y O	31.24	116.52	73
Oftalmología	29.74	84.24	65
Otorrino	28.12	74.07	62
Cirugía general	33.66	83.46	60
Urología	34.17	76.21	55

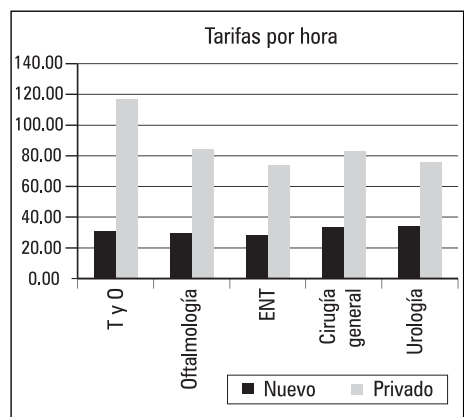
Fuente: Extraído por los autores a partir del Departamento de Estadísticas Médicas.

GRÁFICO 2
SALARIO MEDIO PARA NHS NUEVOS CONTRATOS Y ESPECIALISTAS SECTOR PRIVADO



Fuente: Extraído por los autores a partir del Departamento de Estadísticas Médicas.

GRÁFICO 3
PROMEDIO COMPARADO DE TARIFAS POR HORA PARA ESPECIALISTAS DEL SECTOR PRIVADO Y NUEVOS CONTRATOS DEL NHS



Fuente: Extraída por los autores a partir del Departamento de Estadísticas Médicas.

Las aseguradoras no han puesto tanta atención a las tarifas de los especialistas como a las de los precios de hospitales. A pesar de ello, Bupa establece límites en sus honorarios a especialistas dentro de sus normas, y

en años recientes sus límites no han aumentado tanto como la inflación general; esto ha generado críticas por parte de los especialistas (Monopoly and Mergers Comisión, 1993) (Cuadro 13).

CUADRO 13

RELACIÓN ENTRE HONORARIOS DE ESPECIALISTAS PRIVADOS Y VALOR DEL MERCADO PRIVADO

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	Promed.
Valor del mercado de seguridad médica privada de agudos	912	975	1.049	1.126	1.176	1.288	1.411	1.548	
% Crecimiento mercado		6,9	7,6	7,3	4,4	9,5	9,5	9,7	7,9
% Proporción de honorarios en el valor del mercado	52,0	49,9	47,9	46,1	45,2	44,5	43,2	43,1	46,5
% Crecimiento honorarios con respecto al valor del mercado		-4,0	-4,1	-3,6	-2,1	-1,6	-2,8	-0,3	-2,6
Honorarios especialistas	474	487	502	520	532	573	610	667	
% Crecimiento honorarios		2,6	3,2	3,5	2,3	7,7	6,5	9,4	5,0

Fuente: Extraída por los autores a partir del *Healthcare Market Review 2000-2001 de Laing*, 1992.

Luego de comparar la información del Cuadro 12 con la del sector privado en el Cuadro 6, se observa que el costo por operación ha decrecido durante el periodo de 1992/1993 a 1997/1998.

En abril de 1997 Bupa pareció intentar una nueva estrategia, contraria a su esquema de asociación de consultoría. Bupa ofrece un bono de 5% a los especialistas por referencia a hospitales de la red Bupa.

En julio de 2000, Bupa cambió de nuevo su esquema, ofreciendo a los especialistas un bono de 10% que buscaba atraerlos a su esquema, además de eliminar la restricción de intervenir a los pacientes en uno de los hospitales de la red Bupa como manera de reclamar el bono. Para septiembre de 2000,

alrededor de 6.300 especialistas de práctica privada, de los 20.000 del Reino Unido, habían firmado este acuerdo con Bupa.

5. Análisis competitivo

El mercado de la aseguración médica privada es complejo y bastante concentrado. El índice hospitalario Herfindhof es 0.248 y el índice de aseguración Hertindhof es 0.454, pero el sector privado corresponde a menos de 1/10 del tamaño del NHS. En el sector de agudos, los hospitales de propiedad privada compiten entre sí por el mercado, de la misma manera en que las aseguradoras privadas lo hacen por grupos estables de población asegurada. Pacientes sin muchos recursos son atraídos a hospitales privados y unidades pri-



vadas del NHS. El NHS provee 15% del total de la actividad de internos privados, incluida la mitad de pacientes de pocos recursos del sector privado. El NHS también financia 10,5% de las actividades de pacientes internos privados, paga costos completos de entrenamiento a especialistas, provee cuidados de emergencia en hospitales privados cuando la situación es grave, y en el futuro tendrá materiales de evaluación de cada especialista. El reciente acuerdo con el sector privado (que ellos mismos recibieron con beneplácito) fue un intento por fortalecer los beneficios mutuos del intercambio entre ambos sectores, en vez de generar competencia.

El NHS también tiene una ventaja en términos de empleo de expertos. La remuneración adicional que se les paga en el sector privado, probablemente refleja la preferencia entre especialistas por un empleador seguro, que ofrezca beneficios pensionales, más que un salario competitivo. A corto plazo, si el sector privado comenzara a competir por el tiempo de los especialistas en detrimento del NHS, el NHS podría incrementar su nivel de remuneraciones a corto plazo, imponer condiciones más estrictas a sus especialistas o comenzarlos a reclutar del extranjero. A largo plazo, el NHS podría aumentar las exigencias de experiencia académica de sus técnicos o cambiar los requerimientos de habilidades hospitalarias.

La elasticidad del intercambio de precio entre el sector privado y el NHS es del 0.82. En otras palabras, el aumento del 1% en los costos, llevaría al retorno de 0,82% pacientes al NHS. Este porcentaje es más alto que el 0,6% de pacientes que cambiarían del NHS al sector privado luego de experimentar un aumento en los tiempos de espera. Una plan agresivo por parte del sector privado para reclutar especialistas, financiado por un aumento en las remuneraciones, sería contraproducente.

Un análisis del retorno de inversión (ROI) muestra que existen dos estrategias posibles para aumentar las ganancias de una compañía. Primero, incrementar la tasa de rotación de activos, reduciéndolos o incrementando las ventas y el número de servicios. La segunda estrategia posible es la de incrementar el margen de precio, con base en la reducción operacional de costos o precios crecientes.

La primera estrategia es difícil para el sector privado. Tratar de reducir una “sobre capacidad” (alrededor del 50% en la actualidad) puede incrementar el promedio de los tiempos de espera. Concentrar los fondos en los proveedores más eficientes también podría reducir la accesibilidad geográfica.

Aumentar el tamaño del mercado también es difícil para el sector privado. Su competencia para cirugías electivas es el NHS. Conforme a lo dicho por varios autores, el NHS enfrenta una elasticidad de precio bajo (la elasticidad de precio para el NHS se asume en tiempos de espera). En otras palabras, tiempos de espera más largos no necesariamente reducirán la demanda del NHS. También enfrenta una elasticidad baja de intercambio de precio entre los sectores público y privado. En otras palabras, tiempos de espera más largos en el NHS no necesariamente incrementarán la demanda del sector privado.

Así mismo, Carol Propper (2000), en su estudio sobre la demanda de seguridad médica privada en el Reino Unido, encontró evidencia de que existe una tendencia por parte de los individuos a reutilizar el sector que previamente utilizaron (NHS o servicio privado).

Por tanto, se plantea la hipótesis en la cual el sector privado está enfocado en estrategias de márgenes de precio:

1. El año pasado este sector aumentó las remuneraciones en 12% y a pesar de la inelasticidad del precio de aseguración, perdió 1,1% de sus clientes. La elasticidad del intercambio de precio entre el sector privado y el NHS es del 0.82. En otras palabras, el aumento del 1% en los costos llevaría de regreso a 0,82% de los pacientes al NHS. Este porcentaje es más alto que el 0,6% de pacientes que cambiarían del NHS al sector privado luego de experimentar un aumento en los tiempos de espera. Por tanto, una política agresiva por parte del sector privado para reclutar especialistas de tiempo completo, financiados con remuneraciones más altas, causaría un regreso aún mayor de pacientes al NHS.

2. Mantener los costos bajos para así mantener un nivel bajo de crecimiento debido a: negociación de contratos con limitaciones de costo (con los costos de transacción compensados por los ahorros en costos hospitalarios), desarrollo de redes hospitalarias, implementación de una integración vertical, así como evitar costos crecientes de especialistas.

El análisis ROI, aplicando la fórmula Dupont para dos grupos hospitalarios independientes (*General Healthcare Group* y *Community Hospitals Group*), según aparecen en el Cuadro 14, confirma las estrategias de retención de precios, mostrando que las compañías están más enfocadas en mantener los márgenes a través del control de costos o aumento de remuneraciones, que en aumentar su participación en el mercado.

6. Riesgo en las tácticas del sector privado para imponerse al NHS por tiempo de especialistas

Conforme a lo enunciado por varios autores, existe una baja elasticidad de intercam-

CUADRO 14
ROI DURANTE 1999 DE LOS GRUPOS
HOSPITALARIOS INDEPENDIENTES
GHG Y CHG

	General Healthcare Group	Community Hospitals Group
Margen porcentual %	5,35	15,65
Tasa de rotación de fondos	0.51	0.46
ROI %	2,7	7,2

Fuente: Laings y Buisson, 2000.

bio entre los tiempos de espera del NHS y la demanda del sector privado. Es improbable que tiempos de espera reducidos por parte del NHS generen una respuesta agresiva por parte del sector privado. Así mismo, la reforma de contratos de especialistas no aspira a reducir el número de horas otorgada por el especialista al sector privado, sino hacer arreglos más explícitos y quizás reducir el número de especialistas otorgando esas horas.

Si el sector privado percibe como una amenaza los tiempos de espera más cortos en el NHS, podrán entonces planear una “guerra de tiempo del especialista” a corto plazo. Esto se consideró poco probable.

Una respuesta agresiva por parte del sector privado significa emplear especialistas privados de tiempo completo (Laing, 1992). El sector privado encontrará cinco problemas bajo esta estrategia:

1. Los médicos preferirán trabajar para el NHS por razones de estatus profesional, lealtad, así como las ventajas inherentes al sitio de trabajo y el personal, donde se puede afrontar cualquier emergencia, en vez de trabajar para el sector privado. Esto se aplica no solamente a los PPU actuales,

- sino al futuro esquema de pagos del NHS, explicando por qué los médicos escogen trabajar para el PPU del NHS en vez de trabajar más horas para el sector privado.
2. Los especialistas que tengan un puesto de consultores en el NHS, prácticamente ejercen un monopolio sobre las prácticas del sector privado, debido a la cadena de referencia profesional que va desde los médicos generales hasta los especialistas. Este monopolio se hace más fuerte debido a que son los mismos médicos quienes manejan las listas de espera, pudiendo manipular el sector privado (McAvinchey y Yannopoulos, 1993).
 3. No existen economías de escala o de ámbito para hospitales independientes según tamaño. Un estudio conjunto entre el *Nuffield Institute for Health* de la Universidad de Leeds y el *Centre for Reviews and Dissemination* de la Universidad de York, encontró que los hospitales de tamaño moderado, con entre 200 y 300 camas, exhibieron economías de escala. El estudio también demostró que los hospitales más grandes, con más de 600 camas, y los hospitales pequeños, con menos de 100 camas, desplegaron una diseconomía de escala. Para los mayores proveedores independientes (BMI, Bupa y *Nuffield Hospitals*), el tamaño promedio es de 46.7 camas por hospital. Al evaluar esto, se pueden esperar diseconomías de escala en vez de economías de escala en el sector hospitalario independiente. El estudio también sugiere que esta evidencia no comprueba la existencia de economías de ámbito para el hospital promedio a largo plazo. (Nuffield Institute for Health, 1996, Aletras *et al.*, 1997).
 4. El sector privado tiene un problema en la limitación de suministros. Sólo suministra 0.2 camas por 1.000 y aun con una ocupación total de las camas, significaría que el sector privado sólo puede proveer, como mucho, dos décimos del total de camas de agudos que el NHS provee. Así mismo, el abastecimiento de camas por parte del sector privado tiene una fuerte demarcación regional en el sudeste de Inglaterra, mostrando una carencia de abastecimiento en el resto del país. La limitación física de recursos limita el número de pacientes que pueden ser tratados.
 5. Si el sector privado cambiara su política de utilizar especialistas de medio tiempo por una de personal de tiempo completo, esto significaría pagar tarifas horarias muy elevadas ya que los especialistas de tiempo completo no aceptarían las tarifas promedio actuales. Laing (1992) calculó ingresos para los especialistas de tiempo completo en la práctica privada, por entre £300.000-340.000 (hoy, esta cifra debe estar más cerca a los £500.000). Si Bupa, que actualmente tiene 6.350 especialistas trabajando medio tiempo, pagara la tarifa más baja posible de tiempo completo, estaría utilizando 1.300 especialistas de tiempo completo; sin embargo, una estrategia tal le costaría a Bupa 150% más que su plan actual.

Conclusiones

Existe evidencia en cuanto a que la hipótesis de que los especialistas al trabajar en los sectores público y privado podrán influenciar la cuota de crecimiento del mercado de seguros; las estadísticas actuales sugieren que esto podrá suceder debido a la tendencia en tiempos de espera más prolongados en los hospitales del sector público.

Debido a esta hipótesis, una estrategia apropiada para que el NHS obtenga esfuerzos de especialistas, así como tiempo dedicado al NHS, será la de comprar horas extra a “valor por hora del sector privado”.

El miedo del NHS a generar una guerra de tarifas con el sector privado no es muy realista. Nuestro análisis sugiere que es improbable que el sector privado responda de manera agresiva a cualquiera de estas políticas. Si trataran de compensar un cambio de actividad empleando a especialistas de tiempo completo y transfiriendo los altos costos de esta estrategia a planes especiales de seguridad, enfrentarían salarios con costos muy elevados, problemas y restricciones en el abastecimiento, y la posibilidad de que especialistas del sector privado regresen al NHS.

Las aseguradoras compiten mediante una integración vertical con el fin de controlar los costos de los proveedores y el desarrollo de productos en la red. La posible consecuencia de una estrategia tal podría ser el cierre de algunos hospitales y el surgimiento de monopolios locales. El riesgo es que los consumidores tengan que enfrentar costos más elevados en el futuro.

Bibliografía

Aletras, V.; Jones, A.; Sheldon, T.A. 1997. "Economies of Scale and Scope. Concentration and choice in healthcare". Royal Society of Medicine Press.

Besley, T; Hall J., Preston. 1999. "The demand for private health insurance: do waiting lists matter?". *Journal of Public Economics*. 72: 155-181.

Iversen, T. 1997. "The effect of a private sector on the waiting time in a national health service". *Journal of Health Economics* 16: 381-396.

Laings & Buisson. 2000. "Laing's Review Healthcare Market Review 2000-2001".

Laing. 1992. "UK private specialists' Fees-is the price right?". Norwich Union Healthcare.

Maynard, A.; Propper, C. 1989. "The market for private health care and the demand for Private Insurance in Britain". Centre for Health Economics. Health Economics Consortium. Discussion paper 53.

McAvinchey, I.; Yannopoulos A. 1993. "Elasticity estimates from a dynamic model of interrelated demands for private and public health care". *Journal of Health Economics*. 12: 171-186.

Monopolie and Mergers Commission. 1993. "HMSO Private medical services: A report on agreement and practices relating to charges for the supply of private medical services by NHS consultants".

Nuffield Institute for Health, University of Leeds; NHS Centre for Reviews and Dissemination, University of York. 1996. "Hospital Volume and health care outcomes, costs and patient access". *Effective Health Care*. December. 2(8).

Propper, C. 2000. "The demand for private health care in the UK". *Journal of Health Economics*. 19: 855-876.

The NHS Plan. 2000. "A plan for investment. A plan for reform. The Stationery Office Limited".

Williams B.; Whatmough P.; McGill J.; Rushton L. 2000. "Private funding of elective hospital treatment in England and Wales. 1997-1998: national survey. *BMJ*. 320:904-5.

