

¿HOSPITALES CON BENEFICIOS? EL DEBATE DE LA CUENTA DE PÉRDIDAS Y GANACIAS

PONENTE: D. JOSÉ F. SOTO BONEL,

Director de Gestión y Servicios Generales del Hospital Clínico, Madrid

INTRODUCCION: LA CONSIDERACIÓN DE LOS RESULTADOS PARA LA EMPRESA.

La teoría económica concibe y justifica el beneficio empresarial como fuente interna de aumentos patrimoniales. De ese modo, si la empresa presenta una cifra de resultados negativa (pérdidas) a lo largo de un período, su patrimonio neto se ve disminuido, y su futuro se antoja (al menos a corto plazo) "algo más complicado" que antes de cerrar su ejercicio económico.

Si la empresa, por el contrario, obtiene beneficios (cifra de resultados positiva), mejora su situación patrimonial, y consolida su posición en el mercado de su sector. En este caso, se convierte en relevante la cuestión de la propiedad, ya que el reparto de esos beneficios se verá decidido por sus accionistas o capitalistas, manteniendo las correspondientes obligaciones fiscales que establezcan las normativas impositivas.

Resultados iguales a cero (sin pérdidas ni beneficios) parecen garantizar que se mantiene el patrimonio, pero es preciso hacer advertencia de la pérdida de competitividad a largo plazo que puede suponer tal hecho.

HOSPITALES PRIVADOS VS. HOSPITALES PÚBLICOS:

El caso de un hospital privado refleja fielmente las consideraciones generales expuestas en

la introducción, de forma que la distinta composición del capital se hace clave a la hora de decidir cómo repartir los beneficios o cubrir las pérdidas de un determinado ejercicio.

Los estatutos fundacionales, las decisiones del Consejo de Administración, o la voluntad de sus propietarios serán soberanos en las decisiones a tomar.

En los hospitales públicos se presenta una diversidad de formas jurídicas de constitución, y de tipos de propiedad que hacen imposible su consideración unitaria, aunque se convenga en todos los casos en sus objetivos de equidad, solidaridad, atención a la necesidad,....., que complican el análisis de las cuentas de resultados.

En este caso, la voluntad de los propietarios se hace patente a través de la representación electoral, y los gestores rinden resultados a los representantes de la propiedad.

Los gestores, de este modo, pueden verse ante la coyuntura de asignar recursos y programar acciones tendentes a satisfacer objetivos de la representación de la propiedad, ignorando los de ésta, al no ser expresada directamente.

Es la representación de los propietarios quien decide el futuro de hospitales con resultados negativos o positivos, la responsabilidad de los gestores en los mismos, y el posible reparto de eventuales beneficios.

Se presenta un doble papel en esta modeliza-

ción para los gestores, en facetas de proveedores y compradores de servicios sanitarios, en muchos casos.

Quedan como meramente ilustrativos los casos de asignaciones de subvenciones a la explotación a hospitales o agrupaciones funcionales de servicios de un hospital, realizadas por los responsables de la producción y venta de servicios, que a la vez son compradores de ellos, en uno u otro ámbito (Hospital o agrupación funcional de servicios).

EL MERCADO SANITARIO COMO INCENTIVO A LOS BENEFICIOS:

La justificación de capitalizar los beneficios en activos de una empresa viene por la necesidad de sobrevivir en un mercado que sea competitivo, donde la propiedad asegure su posición al menos, a fin de prolongar indefinidamente la vida del negocio.

La competencia se convierte, de esta forma, en el mejor incentivo a tener ganancias en un período, y a su vez éstas alimentan la competencia en el mercado.

La pregunta se nos presenta inevitable: ¿El mercado de servicios sanitarios hospitalarios es competitivo?. ¿Los hospitales encuentran incentivos a mejorar su posición en él, y pretenden cerrar sus cuentas de resultados anuales con beneficios?.

En el caso de centros hospitalarios de titularidad privada, no cabe duda que es así, pero no debemos olvidar su papel y posición en el mercado global de servicios sanitarios, minoritarios y complementarios, casi siempre, respecto a los centros públicos.

Desde estas líneas, es posible arriesgar un vaticinio, en el sentido de que parece que la competencia que regula este segmento del mercado

hospitalario formado por clínicas y centros privados está haciendo mejorar la posición de los mismos frente a los públicos, y cada vez ven aumentada su cuota de mercado, presentando cuentas de resultados positivas, que posibilitan ofertas a los compradores de servicios sanitarios (organismos administrativos, aseguradoras, etc..) en condiciones que harán mejorar todavía más su posición a corto plazo.

¿Y el caso de los hospitales públicos?

El mercado de la asistencia hospitalaria pública no ha logrado todavía separar los papeles de los financiadores, proveedores y compradores suficientemente para que pueda calificarse de “transparente” y “libre”.

De este modo, los agentes de este mercado, hospitales y autoridades sanitarias entre los más importantes, se ven de una parte impelidos a competir (en el caso de los hospitales) para producir a menores costes y lograr los mejores resultados, que les permitan situarse en condiciones ventajosas a la hora de negociar la financiación para un nuevo ejercicio económico, y de otra parte a asignar recursos a sus distintas líneas de producción, convirtiéndose sus gestores en compradores y financiadores de sus servicios o agrupaciones funcionales de éstos.

Pero, ¿se establece distinción entre “ganadores” y “perdedores”, de forma nítida?. ¿La serie negativa de resultados de manera continuada a lo largo de diversas anualidades provoca la toma de decisiones propia de empresas descapitalizadas, y la salida del mercado?.

En este punto, se impone la restricción del modelo de maximización de resultados que se sigue por los hospitales públicos, y se sujetan las acciones a la necesidad de mantener los hospitales referenciados a áreas de población, y de priorizar la mejora de determinados ob-

jetivos de la sanidad pública (como la reducción de las listas de espera para acceso a los servicios), aún a costa de pérdidas en la eficiencia de los mismos.

Los gestores-directivos de los hospitales públicos se mueven en las revueltas aguas que lindan la profesionalidad y la representatividad, y sus instrumentos han de ser tales que logren satisfacer al mercado, cumpliendo objetivos de los propietarios de su negocio (electores de sus representantes) y de éstos propios representantes (autoridad sanitaria compradora de su producción), frecuentemente con intereses diferentes, y a veces contrapuestos.

¿HOSPITALES CON BENEFICIOS?

Con todo lo expuesto anteriormente, se deduce que la consecución de resultados positivos o negativos explican mejor la posición competitiva en el mercado de servicios hospitalarios de los centros privados que de los públicos.

En este caso (hospitales públicos), los clientes de su producción son variopintos (particulares, seguros de tráfico, mutuas laborales, entidades colaboradoras de la seguridad social, organismo gestor de la Seguridad Social), pero su venta se concentra mayoritariamente en este último, que es quien, en su papel de monosopnio, impone el precio en la negociación de compraventa.

La parte positiva de los Resultados (los Ingresos) viene determinada por el comprador mayoritario, al ser el producto aritmético de las magnitudes PRECIO Y N° DE ACTIVIDAD vendida, ambas decididas por aquel.

El problema se plantea cuando el precio no refleja la cantidad monetaria que el mercado estaría dispuesto a pagar, y la cuenta de pérdidas y ganancias no sintetiza la posición competitiva de un hospital frente a otros.

En este caso, la consecución de beneficios no se convierte en prioritario para el hospital, que no depende de ellos par su desarrollo y supervivencia futuros.