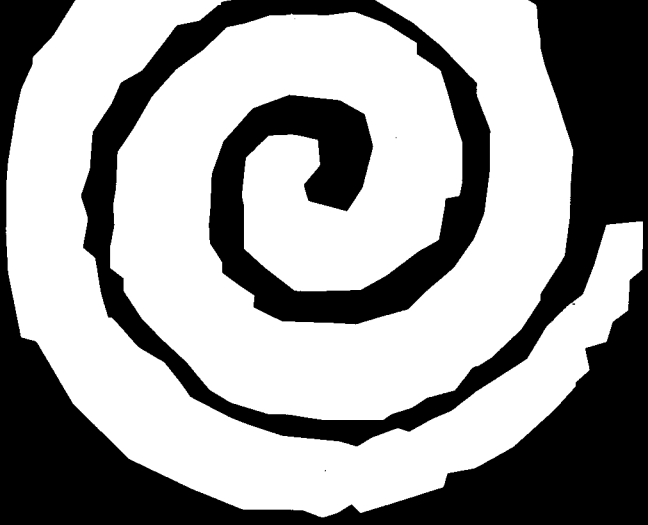


POLÍTICA Y GESTIÓN SANITARIA: LA AGENDA EXPLÍCITA

Editores Ricardo Meneu, Vicente Ortún

ASOCIACION
DE ECONOMIA
DE LA SALUD

ÍNDICE

Presentación VII

Autores XI

1. ANÁLISIS DE LA EFICACIA DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

La interrelación de lo público y lo privado en sanidad desde la perspectiva de la adopción de políticas sanitarias: algunas reflexiones contextuales
Guillem López i Casasnovas 3

La eficiencia técnica de los hospitales públicos españoles
Patricia Barber, Beatriz González López-Valcárcel 17

Evaluación comparativa de la eficiencia y calidad hospitalaria mediante perfiles de práctica médica
Salvador Peiró 63

Medida de la productividad en atención primaria. Los grupos de centros con entorno homogéneo como sistema de ajuste de resultados de productividad
Francisco J. Ortiz 79

Estudio de la efectividad de la práctica clínica
Soledad Márquez Calderón 115

La colaboración Cochrane. Preparar, mantener y diseminar revisiones sistemáticas sobre los efectos de la atención sanitaria
Xavier Bonfill 141

2. INNOVACIONES EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Innovación organizativa en sanidad
Vicente Ortún 157

Cambios en la regulación del sistema sanitario público español: incentivos y eficiencia
José J. Martín 177

Gestión de la utilización
Ricardo Meneu 219

El rediseño de los procesos, una estrategia innovadora para la mejora de la eficiencia hospitalaria
Eduard Portella, Antoni Calvó 239

La investigación en acreditación sanitaria
Lluís Bohigas 245

3. CARTERA DE SERVICIOS Y CONTRATOS

Estructura del sector farmacéutico en España
Laura Cabiedes 255

The guaranteed health care entitlement in Spain
Juan M. Cabasés 277

Aseguradoras y médicos: contratación, retribución y riesgo
Juan J. Artells 295

Regulación de competencia en el mercado de seguros sanitarios español. Capitación y selección de riesgos en MUFACE
Laura Pellisé 301

Políticas de contención del gasto farmacéutico en los estados miembros de la Unión Europea
Julio López Bastida, Elias Mossialos 321

INNOVACIÓN ORGANIZATIVA EN SANIDAD*

Vicente Ortún

Departamento de Economía y Empresa
Universidad Pompeu Fabra

Definiciones y conceptos

El cambio tecnológico puede definirse de muchas formas. El concepto comprende las mejoras en los productos, los procesos de producción, los productos intermedios y los métodos de gestión del sistema económico (Stoneman, 1995).

La trilogía schumpeteriana que divide el proceso de cambio tecnológico en tres estadios proporciona una taxonomía útil. El primer estadio es el de la **invención**, que comprende la generación de nuevas ideas. El segundo estadio, el de la **innovación**, supone el desarrollo y conversión de estas nuevas ideas en productos y procesos comercializables. En el tercer estadio, el de la **difusión**, los nuevos productos y procesos se extienden por el mercado potencial. El impacto de una nueva tecnología se produce en el estadio de difusión y la medida de ese impacto es precisamente una medida de cómo cambia la economía conforme se introducen

*Se agradece a Antonio Marrero Hernández, Presidente del V Congreso Nacional de Economía (Las Palmas de Gran Canaria, 5-7 diciembre 1995) el permiso para glosar parte de la ponencia "Formas y reformas organizativas. Teoría de la Organización y Sanidad", allí presentada y publicada en el tomo 2, Economía de la Salud (ISBN 84-87832-24-5), págs 13-42. A tal ponencia nos remitimos para el tratamiento de la innovación organizativa en política sanitaria y en gestión clínica que en este trabajo apenas se esbozan.

y utilizan nuevas tecnologías. La investigación básica se relaciona con la invención, la investigación aplicada y las actividades de desarrollo con la innovación.

La innovación supone, además de cambios en productos y procesos, cambios en formas de gestión. A este tipo de innovación la llamaremos **innovación organizativa. Las organizaciones cambian cuando lo hacen las tecnologías que usan o el entorno en que operan.** Y cambian para resolver mejor los problemas de coordinación y motivación a que se enfrentan. Bajo los exigentes supuestos de la **hipótesis de Coase** las organizaciones aparecen como el resultado de la elección de personas que establecen relaciones que son eficientes para sí mismas.

La innovación organizativa implica el diseño de unas instituciones que minimizan los costes de transacción, dada una tecnología. La innovación organizativa puede contribuir a reducir tanto los costes de producción (just in time, kanban) como los de transacción (aseguramiento obligatorio como respuesta a la selección adversa).

De la misma forma que no siempre es fácil distinguir entre costes de producción y costes de transacción, tampoco resulta sencillo separar la innovación tecnológica de la innovación organizativa. La realidad, es dinámica y las tecnologías no están dadas, por lo que parece razonable la **hipótesis de North y Wallis** (1994) según la cual las organizaciones se escogerán con el ánimo de minimizar los costes totales, la suma de los costes de producción y de transacción. No obstante, la tecnología se desarrolla con dependencia del camino previo ("path dependent"); en presencia de economías de escala, una vez que la tecnología se desarrolla a lo largo de un camino, caminos y tecnologías alternativos pueden quedar arrinconados. Los resultados no siempre son óptimos (North, 1990).

Si la competencia es el motor de la innovación, las instituciones que han de permitir el avance de la innovación en un país son la pista que condiciona el rendimiento del motor, el grado de desarrollo económico (North, 1990). El cómo las instituciones de cada país evolucionan y proporcionan un entorno favorecedor explicará hasta qué punto se produce una asignación discriminante y eficiente de estructuras de gobierno (mercados, contratos a largo plazo, empresas, cooperativas, sociedades sin ánimo de lucro...) a cada tipo de transacción (Williamson, 1993).

Entender, pues, la innovación organizativa supone, primero, analizar la innovación tecnológica, y, segundo, analizar el entorno institucional. Este entorno dicta las oportunidades de maximización para la organización: en el sentido de la eficiencia social o en el sentido de las prácticas monopolistas*, el crimen o la corrupción (North, 1990).

*La inflacionaria señorialización de los molinos del río Segura por los cristianos, por ejemplo, no sirvió para minimizar costes de transacción sociales sino para maximizar los beneficios particulares de un monopolio (de una visita reciente a los molinos)

Innovación en Sanidad

La innovación tecnológica y la innovación organizativa se producen conjuntamente, aunque en proporciones variables dada la substituibilidad existente entre las mismas. En la más somera observación del sector sanitario se aprecia una intensa innovación tecnológica y una relativamente escasa innovación organizativa.

La competencia, y en primera instancia la supervivencia, constituye el motor de cualquier innovación. Una serie de supuestos técnicos e institucionales deben cumplirse para que un mercado sea competitivo y la innovación que en él se produzca contribuya al bienestar social (Milgrom y Roberts: 1993, págs 344-360). En el sector sanitario la práctica ausencia de competencia basada en precios o, máxime, la presencia de competencia monopolista, basada en la diferenciación de producto, tiene profundas implicaciones tanto en la innovación organizativa como en la innovación tecnológica.

La **innovación tecnológica** es apropiable (patentable) por las empresas que suministran al sector sanitario y contribuye a diferenciar el producto dentro del marco de competencia monopolista que mejor caracteriza a los servicios sanitarios. Parte de la innovación organizativa (procedimientos y estrategias clínicas por ejemplo) no es, en cambio, apropiable ya que tiene características de bien público.

La innovación tecnológica en el sector sanitario se dirige a diferenciar producto y a acentuar y profundizar los fallos de mercado de servicios sanitarios en las hipótesis descriptivas de Evans (1984) y Puig (1994). Así, los efectos del cambio tecnológico sobre los fallos del mercado en el sector sanitario actúan en el sentido de aumentar la asimetría informativa, la complejidad de las decisiones clínicas, las indivisibilidades y los efectos externos. La observación de los efectos del cambio tecnológico sobre los fallos del mercado indica un acrecentamiento del poder de monopolio ejercido por la profesión médica (Puig, 1994).

La mayor parte de las innovaciones tecnológicas son efectivas, aunque no forzosamente eficientes, pese a que también se difunden tecnologías inefectivas e incluso yatrogénicas, como la episiotomía sistemática (Banta, 1990) o la fototerapia de rutina en neonatos con hiperbilirubinemia (Dixon, 1990).

La **innovación organizativa** en el sector sanitario queda frenada por la falta de competencia y la cartelización de la medicina, uno de cuyos objetivos es, precisamente, el de limitar el acceso a los mercados. La ausencia de competencia que caracteriza al sector sanitario es la misma que genera una estructura corporativa de la Medicina (por el término corporativismo se entiende un sistema económico en el cual un número de monopolios y cartels disfrutan de aceptación porque alegan producir un bien público). Este corporativismo médico puede quedar reforzado por una comunidad de intereses con los políticos. En efecto, limitar el acceso a los mercados, uno de las principales objetivos del corporativismo, interesa a los médi-

cos pero puede interesar también a los políticos en la medida que contribuye a racionar la oferta, lo cual constituye la estrategia más efectiva de contención del gasto sanitario y de control de los déficits públicos (Zweifel y Eichenberger, 1992).

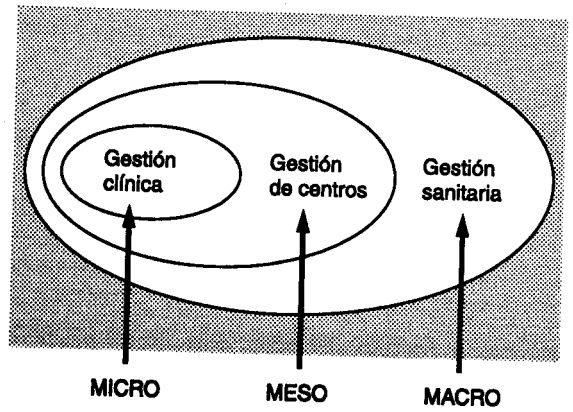
Las grandes cuestiones de la innovación organizativa en sanidad se centran, como ya se ha dicho, en la innovación tecnológica y en el diseño institucional. Y las preguntas a las que debe responderse son las siguientes:

- ¿Cómo potenciar la innovación tecnológica y organizativa que tiene características de bien público?
- ¿Cómo conseguir externalidades marshallianas en sanidad?
- ¿Cómo 'dirigir' la innovación hacia la efectividad y la calidad de vida, a la coordinación entre niveles y hacia un tipo de competencia en el cual la ventaja o ventajas competitivas perseguidas por cada organización sean las convenientes desde la óptica de la eficiencia social?
- ¿Hasta qué punto estructuras de gobierno alternativas funcionarían mejor en el sistema sanitario español?
- ¿Debe el Estado adoptar un papel más o menos activo, favoreciendo o dificultando, ciertas formas de organización sanitaria?

Taxonomía de la Innovación Organizativa en Sanidad

Existen tres niveles de gestión en el sector sanitario claramente diferenciados (figura 1 y cuadro 1) en los que se han producido diversas innovaciones organizativas (cuadro 2).

Figura 1: Gestión sanitaria



Cuadro 1. Gestión Sanitaria

Macrogestión sanitaria = Gestión pública

Intervención del Estado para corregir fallos del mercado en sanidad y mejorar el bienestar social a través de: primero, la regulación de estilos de vida, medioambiente, tecnología, recursos humanos, y servicios sanitarios; segundo, la financiación de la sanidad y el establecimiento político de prioridades para la asignación de recursos; tercero, la organización y gestión de los servicios sanitarios de titularidad pública.

Mesogestión sanitaria = Gestión de centros

Entre la intervención pública y la decisión clínica operan diversas organizaciones (laboratorios, hospitales, mayoristas, aseguradoras, centros de salud) en las que la conveniencia de "coordinar y motivar a las personas para conseguir los objetivos de la organización" se plantean con toda claridad.

Microgestión sanitaria = Gestión clínica

El médico asigna el 70% de los recursos en el sector sanitario en millares de decisiones diagnósticas y terapeúticas tomadas cotidianamente en condiciones de incertidumbre, y para ello gestiona: coordina y motiva a otras personas del propio servicio o de servicios centrales y de apoyo.

Cuadro 2. Innovación organizativa sanitaria

En Macrogestión sanitaria o gestión pública

- Introducción de mecanismos de competencia basada en precio: Competencia gestionada en base a la diferenciación de las funciones de financiación, compra y producción
- Cambios en la regulación: desmonopolización y descorporativización
- Establecimiento de prioridades -frente a decisión secuestrada- y reorientación del Estado del Bienestar
- Orientación del sistema sanitario hacia la atención primaria

En mesogestión sanitaria o gestión de centros

- Privatización de la organización de los servicios sin cambio de titularidad
- Descentralización e incentivos

En microgestión sanitaria o gestión clínica

- Vías clínicas para una Medicina científícamente fundamentada, orientada al usuario y con el coste social de oportunidad interiorizado
  - Constatación de variaciones
  - Estudios de efectividad y adecuación
  - Validación medidas de calidad de vida relacionada con la salud
  - Análisis decisiones diagnósticas y terapeúticas
  - Elaboración, difusión y monitorización de Guías de Buena Práctica Clínica
- Vías no clínicas
  - Asociaciones de profesionales
  - Contratos de incentivos en el ejercicio por cuenta ajena

Común a cualquier gestión sanitaria:

- Radicalismo selectivo: Innovación radical sobre frentes claves y reducidos que se traslada al resto del sistema por un proceso de innovación-difusión*
- Formación
- Selección de los mejores
- Protección actividad no inmediata

*Un ejemplo de radicalismo selectivo lo constituye la cirugía mayor ambulatoria. la cirugía mayor ambulatoria resulta de los avances en anestesiología y de unas técnicas quirúrgicas cada vez menos invasivas. La implantación de la cirugía ambulatoria permite una reducción de estancias hospitalarias, del 5 al 15%, la reducción de colas y la mejora en la calidad de vida. Los procesos más susceptibles de cirugía ambulatoria representan una parte muy substancial de las listas de espera de nuestro país y su producto constituye una clara mejora en la calidad de vida de la población a un riesgo y coste claramente menores. Así por ejemplo: una reparación de hernia inguinal, excisión nódulo de mama, ligadura y expirpación de venas varicosas, citoscopia diagnóstica y/o terapéutica, circuncisión, liberación Túnel Carpiano, artroscopia diagnóstica y/o terapéutica, excisión ganglión, orquidopexia, extracción catarata, corrección estrabismo, mringotomía, dilatación y legrado de útero, laparoscopia, sin o con esterilización... Se trata de un claro avance en la eficiencia y en la satisfacción de las aspiraciones colectivas que requiere, no obstante, para su materialización generalizada: Primero, medidas de producto intermedio que ajusten por complejidad de patología. Segundo, incentivo al profesional que discrimine según rendimiento y mérito. Tercero, cierre asociado de camas de agudos o su reconversión en camas de cuidados paliativos para enfermos terminales y en camas de crónicos en general. Sin cierre o asignación alternativa de los recursos liberados se produce la temida expansión del gasto.

Innovación organizativa en macrogestión sanitaria o gestión pública

Introducción de mecanismos de competencia

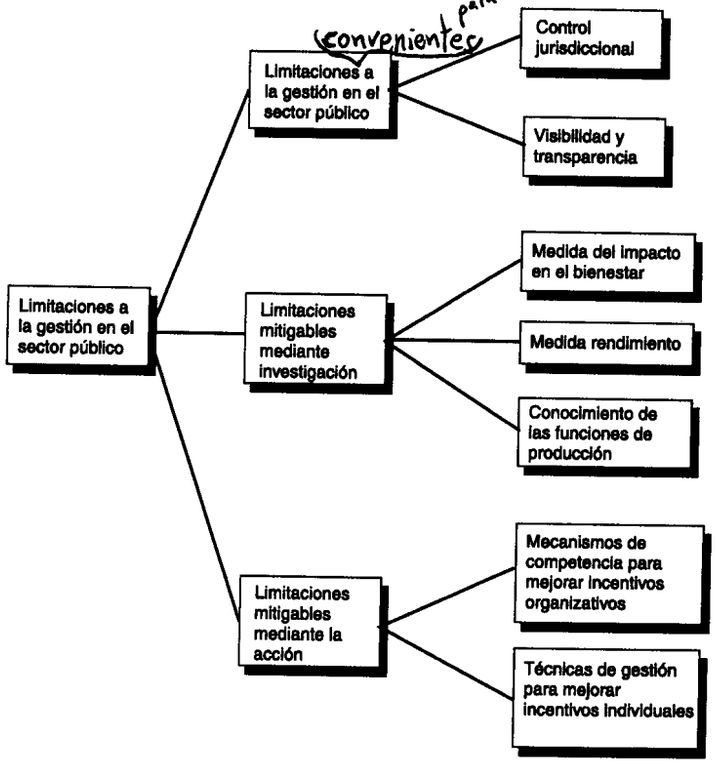
Establecer la dosis de mercado requiere considerar los méritos relativos del mercado y del Estado como mecanismos para la asignación de recursos sanitarios en sanidad y para la reconciliación del interés individual y el colectivo (remisión a la ponencia del V Congreso Nacional de Economía). En la valoración de los méritos relativos del Estado ocupa un papel central la consideración de las limitaciones a la gestión en el sector público, limitaciones claramente percebibles en el sector sanitario.

Las limitaciones a la gestión en el sector público

Las limitaciones derivadas del carácter público del cometido pueden clasificarse en no abordables por esenciales (satisfacen objetivos sociales superiores al de la eficiencia) y abordables bien por la investigación bien por la acción. Así se llega a otra forma de contemplar la gestión pública: la acción sobre dos familias de limitaciones mitigables -falta de incentivos organizativos y falta de incentivos individuales- mediante dos grupos de actuaciones: introducción de mecanismos de competencia y aplicación de técnicas de gestión, respectivamente.

En la figura 2 se esquematizan las limitaciones a la gestión pública. Algunas son convenientes y otras mitigables. Mitigables pero no eliminables.Hay que tener claro que las limitaciones convenientes a la gestión pública -y que explican precisamente que ésta exista- continuaran existiendo por lo que conviene recordar que por muchas técnicas de gestión que se apliquen al sector público, empresas y gobierno continuaran siendo dos realidades diferentes (Economist: 1995).

Figura 2. Limitaciones a la gestión pública



La dosis de mercado

Existen razones apriorísticas para creer que la competencia, más o menos dirigida/gestionada/administrada puede funcionar en el sector sanitario.

Existen también razones apriorísticas para creer que la competencia gestionada puede **no** funcionar en el sector sanitario si:

a/ En el sector se da una colusión de hecho.

b/ Se compite por la vía de diferenciación de producto. En servicios personales resulta fácil diferenciar producto y generar lealtad. En servicios sanitarios

mucho más fácil. Si a ello se añade el problema de la asimetría en la información puede generarse un escenario, eso sí bien enmoquetado, de tecnología inadecuada y redundante. De nuevo estimular la actividad económica y contribuir al bienestar social puede presentar contradicciones.
Sin una medida del producto real de los servicios sanitarios (calidad de vida relacionada con la salud), la eventual competencia en sanidad se centra en incorporar los últimos equipos e instalaciones (Olmsted, Porter y Brown: 1994).

c/ Los costes de transacción (acreditación, negociación y supervisión de los contratos de compra de servicios) superan a los eventuales beneficios derivados de una mayor competencia. Los costes administrativos representan la cuarta parte del gasto sanitario estadounidense (Woolhandler y Himmelstein : 1991).

d/ Los regulados controlan el aparato regulador, como ya en ocasiones ha ocurrido.

e/ Se olvida que la competencia supone destrucción. Competencia y preservación del status quo son dos términos antitéticos.

La dosis correcta de mercado se establece para cada momento por un procedimiento de ensayo y error. En alguna Comunidad Autónoma en la que se han realizado bastantes actuaciones tendentes a mitigar limitaciones a la gestión pública, y especialmente a introducir mecanismos de competencia basada en precios, parece haberse llegado a una situación en la que: Primero, existe más posibilidad de competencia en precios que la políticamente deseable. Hoy podrían efectuarse asignaciones presupuestarias -a hospitales- con criterios de eficiencia pero con alteración del statu quo en perjuicio de los hospitales universitarios, quienes con mayor habilidad han diferenciado producto. Segundo, frente a la pregonada separación entre financiación y producción, existe mayor control del financiador sobre los productores por una doble vía: creciente dependencia de la financiación pública y presencia de la Administración en los órganos de gobierno de entidades benéfico-privadas y municipales, antaño más autónomas.

Orientación del sistema sanitario hacia la atención primaria

La orientación de los servicios sanitarios de un país hacia la atención primaria está asociada con menores costes de atención, mayor satisfacción de la población con sus servicios sanitarios, mejores indicadores de salud y menor uso de medicamentos (Starfield : 1994). Este hecho, clave para cualquier política sanitaria, tiene fundamento teórico y respaldo empírico (Ortún y Gérvas, 1996a) siempre que se haya roto con el círculo vicioso de una "mala" atención primaria. En el caso de España -y pensando en la atención médica primaria- la ruptura del círculo vicioso pasa por tres vías. Primera, clara regulación del papel de filtro de la A.P. Segunda, recomposición de la oferta de profesionales: contención, incluso disminución, del total de médicos con aumento del porcentaje de médicos generales. Tercera, eliminación

de los puntos negros de la atención primaria a través de la profundización y diversificación del proceso de reforma en curso. Esta diversificación incluye el facilitar que grupos de médicos de cabecera puedan romper sus vínculos estatutarios y convertirse en profesionales independientes, que ejercen sólos o asociados.

En un contexto de separación entre financiación y producción de servicios la competencia nominal entre oligopolios de base hospitalaria no mejorará la eficiencia si no se diseña para favorecer la innovación organizativa y la adaptación al cambio y las necesidades sociales (Zweifel y Eichenberger: 1992). En España, la atención médica primaria, con escasa tradición de profesionales independientes y todavía limitada capacidad de resolución, constituye un ingrediente tan endeble como imprescindible de la atención sanitaria. La endeblez tiene dos remedios: 1/ que las entidades proveedoras de servicios sanitarios pivoten sobre la atención primaria para ser competitivas (el "managed care" de EEUU), 2/ que se creen asociaciones de profesionales de atención médica primaria, con presupuestos autogestionados y capacidad de compra de atención especializada. Véase la figura 3.

Figura 3: Formas de ejercicio profesional

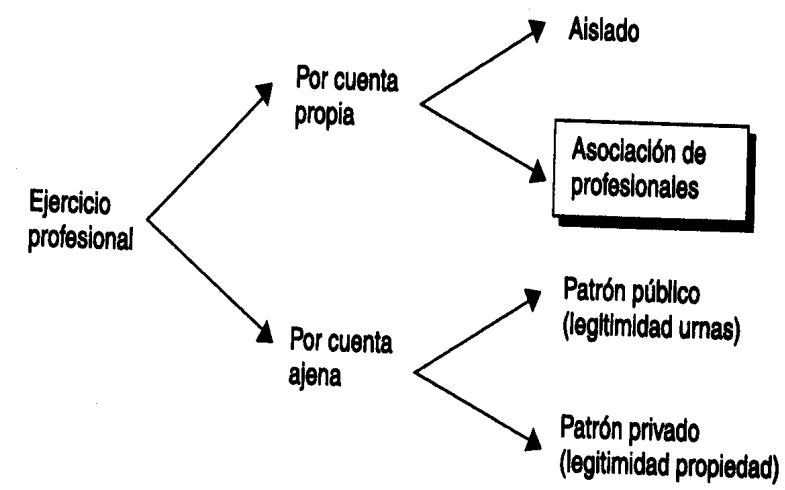
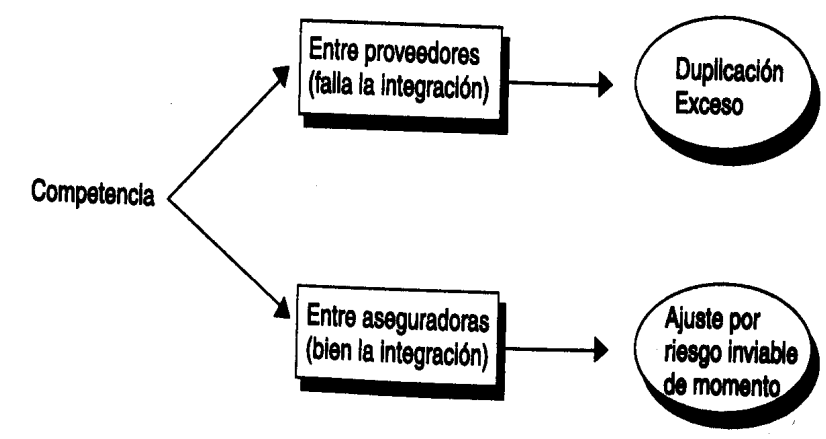


Figura 4: Talones de Aquiles de la competencia en Sanidad



Innovación organizativa en gestión de centros sanitarios

El problema de la innovación organizativa en centros pasa por la asignación discriminante y eficiente de formas organizativas a distintos tipos de transacciones. En las páginas precedentes hemos abundado en el conocimiento de las características de las transacciones que se producen en el sector sanitario, por lo que ya no debe sorprender la elevada presencia de organizaciones públicas y sin finalidad lucrativa en Francia, Alemania, España o Japón. En este último país el 80% de los hospitales son propiedad de los médicos -un estilo cooperativa- y un 20% son públicos; no se permite que inversores posean hospitales.

La elevada presencia de organizaciones no lucrativas en el sector sanitario se explica por la dificultad de supervisar la producción (de cuidado competente y cariñoso en una residencia de ancianos, p. ej.), y -por consiguiente- de incentivar el comportamiento diligente de los empleados, así como por la mayor confianza que inspira a la población, y a los benefactores, una organización que -al no repartir beneficios- tiene menores incentivos para explotar las asimetrías informativas (Weisbrod, 1989). Entre los inconvenientes teóricos que supone el no poder distribuir beneficios figura la reducción de incentivos a los gestores para supervisar, buscar nuevos mercados e innovar. De nuevo el problema es de dosis, y de cómo va cambiando la dosis de organizaciones sanitarias sin finalidad lucrativa en la medida que varian las razones que la justifican. Así, por ejemplo, si una mayor información pública sobre efectividad y calidad de los tratamientos permitiera reducir la asimetría informativa, la razón "señal de confianza" de las entidades sin finalidad lucrativa perdería peso.

Empíricamente no se han mostrado diferencias en eficiencia entre centros sanitarios con finalidad lucrativa y centros sanitarios sin finalidad lucrativa (Frank y Salkever, 1994).

Privatización de la organización de los servicios sin cambio de titularidad

Diversas empresas públicas han sido creadas en los últimos años por los Servicios Regionales de Salud. A título de ejemplo: Entidades de derecho público con personalidad jurídica cuya actuación se acomoda al derecho privado (como el *Instituto de Diagnóstico por la Imagen*, adscrito al Servei Català de la Salut o el *Hospital de la Costa del Sol*, tutelado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía) o sociedades anónimas de propiedad pública como el *Sistema de Emergencias Médicas, S.A.* (Servei Català de la Salut) o *Alta Tecnología Sanitaria*, vinculada al Servicio Vasco de Salud.

La motivación fundamental de esta innovación viene dada por el deseo de conseguir mayor libertad de actuación fuera de los ámbitos del derecho administrativo, una

huída al derecho privado con ventajas de mayor agilidad, e inconvenientes de pérdida de las garantías del derecho administrativo (concurrencia en la contratación, mérito y capacidad del personal, control del gasto público, motivación de sus decisiones). Una huída incluso del derecho para algunos (Villar, 1994).

En ausencia de mercados competitivos para productos, capitales y directivos, la mera privatización de la organización de los servicios sanitarios debe contemplarse como un cambio de forma burocrática, no como un intento de pasar a una forma organizativa distinta, descentralizada. Por tanto constituye una cuestión empírica valorar si las ganancias en flexibilidad compensan las pérdidas de garantías y la mayor politización de cuadros y directivos de las nuevas empresas públicas.

Resulta plenamente aplicable aquí la reflexión de Salas (1995) en el sentido de presentar la burocracia como la consecuencia, y no como la causa, de la mayor ineficiencia que se introduciría en el sector público si se pretendiera funcionar de forma descentralizada, incentivando a los agentes de manera poco relacionada con el esfuerzo que realizan (por problemas de información) . Cullis y Jones (1987) y Pauly (1970) habían efectuado aportaciones parecidas (sanidad y defensa los primeros, sanidad el segundo) al insistir en que los habituales incentivos a la eficiencia puede ser contraproducentes en organizaciones que precisamente carecen de tales incentivos por la dificultad de medir el producto.

Cuando los supervisores no soportan todas las consecuencias de sus decisiones, el intercambio será ineficiente para toda la organización (a diferencia de lo que ocurre cuando el supervisor es el propietario). La imposición de restricciones burocráticas constituye una profilaxis del amiguismo, del nepotismo, de la desviación de poder, de los actividades de influencia (malversación de recursos empleados en agradar a quien manda).

En el sector público, el conjunto de propietarios (los ciudadanos) está muy lejos.

Si la burocracia es una forma organizativa adecuada el problema de la innovación organizativa en centros sanitarios pasa por instaurar mecanismos de torneo que estimulen la evolución hacia formas burocráticas más eficientes.

Descentralización e incentivos

Conforme se desplaza hacia abajo la decisión, la organización responde con mayor rapidez, hay menos necesidad de comunicación y menor pérdida de información, las decisiones están mejor informadas y los niveles superiores sufren menos sobrecarga administrativa. Los mercados ofrecen el mejor ejemplo de descentralización; en ellos la asignación de derechos de propiedad, evaluación de la actuación y recompensa de la misma se producen de forma automática. En las organizaciones, los derechos de propiedad deben ser asignados (quién hace qué), y hay que diseñar y utilizar sistemas de control e incentivos.

Descentralizado y burocrático son dos términos antitéticos. En una organización descentralizada, sus miembros poseen un alto grado de autonomía decisoria y dentro de él responden a los estímulos que emanan del sistema de incentivos implantado. La organización burocrática se regula por reglas preestablecidas de antemano, con procedimientos formales de decisión, con limitaciones en la discrecionalidad (menores en las burocracias profesionales) y, en suma, a través de rígidos sistemas de decisión que responden lenta e ineficazmente a las demandas de cambio y adaptación.

¿Hasta dónde desplazar la potestad decisoria?, o lo que es lo mismo, ¿de qué depende la descentralización?

1º/ Autoridad y responsabilidad han de ir juntas. Quien toma las decisiones ha de tener motivos para adoptar las decisiones que estime más correctas. En el seno de las organizaciones, ello supone poner en marcha sistemas de incentivos. A ello volvemos más adelante.

2º/ Mantenimiento de la coordinación. A mayor descentralización, mayor necesidad de proporcionar información e incentivos a quienes deciden para que las diferentes actuaciones resulten consistentes entre sí.

3º/ Existencia de personas capaces en las que pueda descentralizarse.

Toda estructura organizativa tiene sus incentivos, explícitos o implícitos. Otra cuestión es si la estructura de incentivos existente resulta conveniente. Determinarlo supone conocer qué se intenta llevar a cabo con la organización. La lógica establece algunos pasos:

- Especificar las metas de forma concreta y comunicarlas de forma inteligible
- Evaluar o medir el desempeño. El desempeño puede tenir muchas dimensiones y cada una de ellas muchos modos de ser medida. Lo que se mida y recompense es lo que los profesionales y trabajadores pretenderán mejorar. O sea que si se utiliza un criterio equivocado para medir el desempeño los resultados pueden ser peores que si no se establecieran incentivos explícitos.
- Ofrecer incentivos individuales sólo a quien pueda controlar el ritmo y calidad de su trabajo. Cuando el trabajo de una persona dependa de un equipo habrá que pensar en ofrecer un pago incentivado a todo el equipo, sobre la base del desempeño del conjunto.
- Cuanto mayor el efecto de un cambio de conducta sobre el desempeño, más fuertes deberán ser los incentivos.
- La potencia (fuerza) de los incentivos depende también de lo bien que se mida la actuación. Incentivos fuertes con efectividad requieren una buena medida del desempeño.

- De no ser posible recompensar un aspecto de un trabajo puede ser mejor no recompensar ninguno.
- Evaluar la bondad del trabajo efectuado por una persona utilizando información sobre el desempeño de otras con situaciones y problemas equiparables (evaluación del desempeño relativo). Díficil en condiciones de monopolio.
- Incentivos de grupo para fomentar la cooperación y el control mutuo (menor necesidad, por tanto, de control externo).

Estos principios han sido correctamente aplicados en experiencias como la descentralización de la atención primaria de Mallorca (Tamborero, 1996).

Las vías clínicas para la innovación organizativa en la microgestión sanitaria*

Sin una medicina efectiva no puede haber unos servicios sanitarios eficientes. Recíprocamente una buena práctica clínica requiere de una buena sanidad. La evolución de la Medicina -con su énfasis sucesivo en la eficacia, la efectividad, la eficiencia o calidad- ha provocado un aumento en el componente gestor de la actividad clínica y ha hecho a la calidad de la práctica clínica más dependiente de la calidad de la organización y gestión sanitarias.

La preocupación por la eficacia documentada mediante métodos científicos, como el ensayo aleatorio controlado, ve los trabajos pioneros en la década de los cuarenta. El siguiente gran paso, la preocupación por conocer la probabilidad de que una persona en una población determinada se beneficie de la aplicación de una técnica a la solución de un problema de salud -la efectividad- tiene diversos motivadores entre los que destaca los trabajos de Wennberg sobre variaciones aparentemente arbitrarias en al práctica médica. Documentar la existencia de variaciones (por ejemplo en la tasa de cesáreas) puede ser un primer paso para azuzar la curiosidad por el conocimiento de la efectividad, la adecuación y el impacto de los servicios sanitarios en la calidad de vida de los individuos.

El enemigo no es la variación intencionada, querida, sino la no buscada. Las prácticas clínicas constituyen el sistema nervioso central del sistema sanitario y no se trata de que políticos y gestores pretendan equivocadamente la uniformidad, sino de que la profesión y sus líderes se deben a sí mismos y a los pacientes una reducción, del despilfarro, el riesgo y las variaciones sin sentido. La conciencia de

*Basado en "Clínica y Gestión", Medicina Clínica 1995;104:298-300.

importantes variaciones qua afectan a procedimientos muy comunes constituye una auténtica caída del caballo en la conversión hacia un mayor interés por la efectividad y la adecuación de los procedimientos clínicos. Tanto efectividad como adecuación desbordan el proceso clínico estricto pero son influenciables por el médico.

Por otro lado, el que los servicios sanitarios en los países desarrollados produzcan más cantidad que calidad de vida, unido a la creciente constatación de que las utilidades relevantes son las del paciente, y al hecho de que, en ocasiones, la mejor alternativa de tratamiento depende de la valoración de síntomas que realice el individuo afectado (caso p.ej. de la protastectomía en el prostatismo sintomático) han llevado al desarrollo de medidas de impacto subjetivas que atienden a la calidad de vida relacionada con la salud, desbordando los tradicionales parámetros fisiológicos.

La insistencia en la efectividad y la constatación de que la decisión clínica se caracteriza por su incertidumbre han introducido el análisis de decisión en la práctica clínica contribuyendo a fundamentar científicamente las buenas prácticas clínicas.

Todos los abordajes novedosos de las variaciones, la efectividad, la adecuación y el impacto en la calidad de vida relacionada con la salud contribuyen al establecimiento de guías (Jovell y Navarro: 1995), o recomendaciones de buena práctica, basadas en la evidencia científica, pero no están exentos de problemas. Sus resultados prácticos dependerán de la calidad de la evidencia en que se basen, del grado de implicación de los profesionales en su elaboración, y de un uso dirigido a informar -no dictar- la decisión clínica. No se puede pretender substituir ni la experiencia ni el sentido clínicos ni, incluso, cierta subjetividad puesto que la mejor ciencia clínica representa menos que todo lo que los médicos saben. Corregido el evagenlismo algorítmico de sus excesos queda, con todas las cautelas antes expuestas, una práctica clínica que ha de incidir sobre variables no estrictamente clínicas para continuar su proceso de mejora continua.

La jerarquización en la asistencia sanitaria se ha producido acudiendo a modelos organizativos impropios de un colectivo profesional en el que la coordinación del trabajo se ejerce a través de la normalización de habilidades (anestesista, cirujano) y de la correspondiente preparación para ejercerlas mediante la formación de postgrado. No existe correspondencia entre responsabilidad real y autoridad delegada para ejercerla, ni las decisiones se toman en el lugar más rico en información por descentralización en agentes inadecuados. Se exagera el control externo y se relega a un segundo plano tanto el control interno, de cada profesional sobre la calidad de su propio trabajo, como el control por colegas. Es comprensible, por tanto, la sobrerreacción que trata de eliminar el control externo, tanto público como gestor, de la práctica de la medicina.

Las Asociaciones de Profesionales

La experimentación generalizada con grupos de médicos de cabecera detentadores de presupuestos -un estilo británico muy atenuado- daría entrada a dos grupos de compradores: las agencias públicas y las asociaciones de médicos de cabecera. La modificación efectuada de la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña, de 1990, para permitir que asociaciones de profesionales sanitarios actuen como proveedores que contratan con el Servicio Catalán de la Salud sería un paso en esta línea.

Las asociaciones de profesionales podrían contratar con los Servicios de Salud la atención primaria a un sector de la población, lo que puede implicar gestión no tan sólo de los recursos humanos y materiales de la atención primaria, sino también de la analítica, la radiología y la prescripción farmaceútica, e -incluso- de la atención especializada programable.

Existen unas indicaciones claras para las asociaciones de profesionales en sanidad (Ortún y Gérvas, 1996b) pero también su eventual potenciación requiere de una serie de cautelas.

Cautelas ante las asociaciones de profesionales de atención médica primaria

Primera cautela. Peligro de selección por riesgo. El ciudadano tiene una razonable información para elegir médico de cabecera y este médico de cabecera tiene mayor información sobre el usuario que cualquier agencia compradora. Ello puede permitir al médico cribar -por tipo de servicios ofertados, accesibilidad, trato- a los "riesgos" que considere más interesantes. Estaríamos ante una selección por riesgo, conducta oportunista basada en la ventaja informativa.

Existen dos formas de evitar la selección por riesgo: 1/ restringir la libertad de elección del usuario y asignar presupuestos en base poblacional con algunos ajustes por edad, sexo, mortalidad deprivación, y dispersión; 2/ hacer que la asociación de profesionales escogida por cada usuario reciba del financiador de la asistencia una cantidad anual ajustada por riesgo. Para realizar, aunque sea con escaso poder predictivo, este ajuste por riesgo individual se precisa un registro poblacional de utilización.

La segunda vía es la que se intenta en Holanda -país con una buena atención médica primaria- separando las funciones de financiación, compra y producción en tres grupos de agentes diferenciados. Los ciudadanos contribuyen según capacidad de pago a un fondo único (con lo cual la equidad no queda lastimada) y este fondo paga a la aseguradora elegida por el ciudadano una cantidad ajustada por riesgo. Ningún paciente puede ser rechazado.

Segunda cautela. Tamaño insuficiente para compensar riesgos. La población atendida por una asociación de médicos de cabecera -unos miles de personas- tiene un tamaño tan reducido que cualquier desviación en la incidencia esperada de enfermedades catastróficas desequilibra el presupuesto y provoca que el financiador

público no pueda efectuar una transferencia efectiva de riesgo y responsabilidad a la asociación proveedora. Este problema puede resolverse de varias formas. Entre ellas: la delimitación de una cartera de servicios que excluya ciertas coberturas o el establecimiento de un techo anual de gasto sanitario por persona cubierta que limita la responsabilidad de la asociación de profesionales. Esta última ha sido la solución adoptada en el Reino Unido ("stop loss provision").

Tercera cautela. Pérdida de equidad si los pacientes afiliados con asociaciones de profesionales resultaran mejor tratados. Problema evitable si se vigilan los presupuestos que se pactan con las asociaciones.

Cuarta cautela. Costos de administración y gestión que anulen las mejoras en eficiencia. La contratación de servicios de atención especializada no urgente, el manejo del presupuesto de farmacia, del personal y de las instalaciones -pongamos unas 30-40.000 ptas, de 1995, por persona cubierta- supone costes de gestión, que pueden -no obstante- pactarse y ser objeto de monitorización.

Quinta cautela. Densidad poblacional que permita comparaciones. La separación financiación/producción se basa en la idea de que los monopolios son perjudiciales porque permiten explotar a consumidores sin otra salida u opción. La explotación no necesariamente se presenta como precio excesivo sino que también puede presentarse -especialmente en trabajo profesional por cuenta ajena- bajo distintas formas de ineficiencia: retrasos, indolencia, derivación excesiva, prescripción inadecuada..."escaqueo" en general. Obviamente las motivaciones intrínsecas y sociales de los médicos pueden contrarrestar la invitación a la ineficiencia pero tampoco conviene esperar sistemáticamente todo de las mismas; especialmente si existe la posibilidad de traducir la ineficiencia -en la producción pública por cuenta ajena- en beneficio privado -por cuenta propia- a otras horas.

Las bajas densidades poblacionales pueden impedir la elección del usuario y la comparación entre proveedores. Ahora bien, allá donde la densidad lo permita, las reglas del juego deberían ser claras y compartidas por todos: incompatibilidad, prohibido trabajar para una organización y para su competencia.

Sexta cautela. Garantía al usuario de que las motivaciones de lucro no interfieren en las decisiones clínicas. La autonomía profesional no puede subordinarse a intereses comerciales -propios o ajenos- sin erosionar el compromiso ético y social que sustenta la relación médico-paciente. El interés comercial puede aparecer tanto en la propia práctica como en otras instituciones a las que se remitan pacientes para diagnóstico o tratamiento (versión actualizada de las "dicotomías" o "dicos").

Hay que compatibilizar la participación en los resultados de una asociación de profesionales con el correcto desempeño como agente del paciente. Una posible solución pasa por la definición de los resultados económicos y profesionales. Los beneficios económicos pueden utilizarse en equipo, instalaciones, formación, o contrataciones de personal, pero no son distribuibles como dividendos. Los beneficios profesionales se derivan de una mayor satisfacción en el ejercicio -con capacidad para innovar- y del desplazamiento de poder hacia la atención médica primaria al poder ejercer presión sobre los hospitales y otros niveles asistenciales con su correspondiente traducción en ganancias para el paciente en términos de menores esperas para atención especializada programable (cirugía por ejemplo) y mayor capacidad de resolución.

Resumen

La innovación organizativa en sanidad tiene sus principales frentes de avance en la macrogestión sanitaria o gestión pública y en la microgestión sanitaria o gestión clínica (cuadros 1 y 2).

La innovación tecnológica -muy importante en el sector sanitario- contribuye a la acentuación de los fallos de mercado y refuerza el poder corporativo de la profesión médica, poder corporativo que, a su vez, frena la innovación organizativa en sanidad -escasa ésta- al limitar la competencia, motor de la innovación.

El problema de la innovación organizativa en gestión sanitaria es el de establecer las reglas de juego que estimulen la búsqueda de ventajas competitivas, por parte de los actores del sistema, que sean convenientes al bienestar social. Los cambios en las reglas de juego -para combinar salud y satisfacción sin transferir a los proveedores más renta de la conveniente- supone redefinir el papel del Estado en sanidad y llegar, por un procedimiento de ensayo y error, a la dosis correcta de mercado en cada momento del tiempo.

La redefinición del papel del Estado se enfrenta a limitaciones que no conviene arrumbar y a limitaciones que pueden abordarse mediante la investigación y mediante la acción (figura 2). El que haya limitaciones convenientes y limitaciones mitigables -no eliminables- es lo que compatibiliza la introducción de mecanismos de competencia basada en precio y la introducción de técnicas de gestión (tipo dirección por objetivos), por una parte, con la constatación de que empresas y gobiernos son dos realidades distintas, por otra parte.

La innovación organizativa en mesogestión sanitaria (la gestión de centros) tal vez más relevante sea la de la privatización de la organización de los servicios sin cambio de titularidad. Esta innovación puede presentar tantos inconvenientes como ventajas por la ausencia de mercados competitivos para productos, capitales y directivos. La burocracia existe como consecuencia de la mayor ineficiencia que se produciría bajo descentralizaciones absurdas en un contexto donde los incentivos a la eficiencia pueden ser contraproducentes si no se sabe medir el producto ni apreciar el esfuerzo.

Si la innovación organizativa en gestión de centros sanitarios está actualmente limitada, la atención se desplaza bien "hacia arriba" (de nuevo la macrogestión sanitaria o gestión pública) bien "hacia abajo", a la gestión clínica, efectuada por profesionales sanitarios, dotados ya de gran discrecionalidad y asignadores, de facto, del 70% de los recursos sanitarios sin responsabilidad económica sobre sus decisiones. Parece, pues, razonable considerar los profesionales como agentes.

La innovación en gestión clínica ha de permitir precisamente esta descentralización en los profesionales sanitarios. Esta innovación se está efectuando por vías estrictamente clínicas (ediciones futuras del *Harrison*) y por vías no clínicas. Las vías clínicas han sido tratadas y trabadas de forma sucinta: variaciones, efectividad, adecuación, medida de calidad de vida relacionada con la salud, análisis de decisión en condiciones de incertidumbre, y guías de buena práctica clínica. La buena práctica clínica -el ejercicio responsable de la libertad clínica constituye su mejor salvaguarda- está científicamente validada, relacional y humanamente orientada al usuario e interioriza el coste de oportunidad en la decisión clínica. Innova y difunde estrategias diagnósticas y terapeúticas eficientes. Innova organizativamente, en suma, en la práctica de la Medicina, el sistema nervioso central de la sanidad.

Entre las vías no clínicas se ha analizado la introducción de asociaciones de profesionales sanitarios, especialmente en atención primaria, que puedan contratar con los organismos financiadores de la sanidad.

La atención primaria española (clave de la eficiencia de los sistemas sanitarios) puede llegar a un compromiso entre imprescindibilidad y endeblez relativa por dos vías: una, que las entidades proveedoras de servicios sanitarios pivoten sobre la atención primaria para ser competitivas ("managed care"), otra, que se creen asociaciones de profesionales de atención médica primaria, con presupuestos autogestionados y capacidad de compra de atención especializada. Se acepta que el juicio acerca de si la innovación organizativa "asociación de profesionales" mejora la eficiencia debe resolverse empíricamente y se han avanzado las indicaciones de las mismas, las cautelas que deben acompañar su regulación inicial en nuestro país así como alguna de las resistencias que cabe esperar.

En cualquier caso, las responsabilidades más importantes respecto a la innovación organizativa recaen sobre los gestores públicos y sobre los profesionales. El refuerzo del profesionalismo, aunque frecuentemente asociado a la defensa de intereses corporativos, merece consideración como institución social que puede resolver el problema central de la asimetría informativa, siempre que se consiga que el interés comercial no interfiera en la decisión clínica. Y a los gestores públicos corresponde, en esta innovación organizativa como en las otras anteriormente analizadas, introducir los cambios en la regulación que permitan aprovechar mejor los puntos fuertes tanto del mercado como de los poderes públicos.

Bibliografía

Banta HD, Thacker SB (1990): "The case for reassessment of health care technology", *JAMA*, Vol 264, 235-264.

Cullis J, Jones P (1987): *Microeconomics and the public economy. A defense of Leviathan.* Basil Blackwell, Oxford. Traducido al castellano por el Instituto de Estudios Fiscales (1991).

Dixon A (1990): "The evolution of clinical policies", *Medical Care*, Vol 28, 201-220.

Economist, The (1995): "Gurus in government", 20 mayo, 25-26.

Evans, R (1984): *Strained mercy: The economics of Canadian health Care*, Butterworths, Toronto.

Frank R, Salkever D (1994): "Nonprofit organizations in the health sector", *Journal of Economic Perspectives*, Vol 8 (nº 4), 129-144.

Jovell A, Navarro MD (1995): "Guías de práctica clínica", *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, Vol 2, 152-156.

Milgrom P, Roberts J (1993): *Economía, Organización y Gestión de la Empresa*, Ariel, Barcelona.

North D (1990): *Institutions, Institutional Change and Economic Performance*, Cambridge University Press.

North D, Wallis J (1994): "Integrating institutional change and technical change in economic history. A transaction cost approach", *Journal of Institutional and Theoretical Economics*, Vol 150, 609-624.

Olmsted E, Porter M, Brown G (1994): "Making competition in health care work", *Harvard Business Review*, julio-agosto, 131-141.

Ortún V, Gérvas J (1996a): "Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria", *Medicina Clínica* 1996; 106: 97-102.

Ortún V, Gérvas J (1996b): "Las Asociaciones de Profesionales en Medicina General". *Atención Primaria* 1996, 17: 300-302.

Pauly M (1970): "Efficiency incentives and reimbursement of health care", *Inquiry*, Vol 8, 114-131.

Puig, J (1994): "Innovación tecnológica y mercado sanitario: de la macro-regulación a la micro-regulación", en Asociación de Economía de la Salud (ed): *Cambios en la Regulación Sanitaria*, SG editores, Barcelona, 335-364.

Salas V (1995): "La organización empresarial del sector público. Reflexiones desde la teoría de los contratos". En Asociación de Economía de la Salud (ed): *Instrumentos para la gestión en sanidad*, SG editores, Barcelona, 33-51.

Starfield B (1994): "Is primary care essential?", *The Lancet*, Vol 344, 1129-1133.

Stoneman P. (1995): *"Handbook of the Economics of Innovation and Technological Change"*, Blackwell, Oxford, 1995.

Tamborero G. (1996): *Valoración del impacto de un sistema de incentivos en atención primaria de Mallorca.* Trabajo para la asignatura Introducción a la

Política y Gestión Sanitaria del Master de Economía de la Salud y Gestión Sanitaria de las Universidades de Barcelona y Pompeu Fabra, mimeo.

Villar J (1994): "La huída al derecho privado en la gestión de los servicios de salud", en Asociación de Economía de la Salud (ed): *Cambios en la regulación sanitaria,* SG editores, Barcelona, 265-281.

Weisbrod B (1989): "Rewarding performance that is hard to measure: The private nonprofit sector", *Science,* Vol 244, 541-546.

Williamson O (1993): *The economic analysis of institutions and organisations in general and with respect to country studies,* OCDE, París, Economics Department Working Papers # 133.

Woolhandler S, Himmelstein D (1991): "The deteriorating administrative efficiency of the U.S. Health Care System", *New England Journal of Medicine,* Vol 324, 1253-58.

Zweifel P, Eichenberger R (1992): "The political economy of corporatism in Medicine. Self-regulation or cartel management?", *Journal of Regulatory Economics,* Vol 4, 89-108.