

Eficiencia y organización sanitaria¹

Vicente Ortún Rubio
Departamento de Economía y Empresa
Centro de Investigación en Economía y Salud
Universidad Pompeu Fabra

En los sectores donde se da una fuerte competencia entre organizaciones, éstas tienden a adoptar formas eficientes para sobrevivir y prosperar. En el sector sanitario, las formas organizativas dependen en gran medida de la regulación pública y esta regulación no está todavía suficientemente orientada hacia la creación de valor para los ciudadanos que financian los servicios sanitarios. Incluso se producen cambios regresivos, como con la Ley de Contratos con las Administraciones Públicas.

Se comentan aquí de forma esquemática las líneas básicas de cambio organizativo en la sanidad mundial y se efectúa una breve valoración de su traducción a nuestro medio. Estas líneas son: primera, la privatización de la gestión de los centros sin cambio de titularidad, segunda, la externalización, tercera, la separación entre financiación y producción de servicios, cuarta, la integración entre aseguramiento y producción, y quinta, la integración entre niveles asistenciales.

1/ La privatización de la gestión de los servicios sanitarios sin cambio de titularidad.

Las fundaciones, las empresas públicas, las sociedades mercantiles y los consorcios permiten privatizar la gestión de los servicios sanitarios sin cambiar la titularidad

¹ Este artículo esquematiza alguna de las ideas presentadas en el debate, de 15 de mayo de 1997, organizado por el CAPS y la Fundación Rafael de Campalans, y también en las XVII Jornadas de Economía de la Salud, el 21 de mayo en Murcia. Se agradecen las críticas de Elvira Méndez y Josep Martí.

El 15 de mayo se facilitaron asimismo algunos datos para encuadrar el tema de los que convendría destacar ahora los siguientes: España está gastando en torno al 7.5% de su PIB en sanidad, con un 67% de producción pública de servicios, una cobertura poblacional prácticamente total y un porcentaje de gasto sanitario financiado públicamente del 82%. En los últimos veinte años la financiación pública del gasto sanitario ha crecido más que la financiación privada (que incluye los copagos, las primas voluntarias y los pagos directos a proveedores) y la atención especializada más que la atención primaria. El seguro privado suele utilizar cifras de personas cubiertas; pero no representa más del 5.8% del gasto sanitario total. En cualquier caso resulta más relevante para qué sirve lo que se gasta que la cantidad gastada, de la misma forma que la discusión sobre financiación hay que reconducirla hacia quién paga (los impuestos en España son proporcionales, no progresivos) y quién recibe (no siempre quién más lo necesita, el gasto sanitario tiene menor capacidad redistributiva que otros gastos sociales).

pública de los mismos. Su motivación fundamental 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 (conurrencia en la contratación, mérito y capacidad del personal, control del gasto público, motivación de sus decisiones). Ahora bien, 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 jurídica, no como un intento de pasar a una forma organizativa distinta que ha volar por cuenta propia fuera del nido, en un entorno no protegido, sometido a cierta competencia. 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.

2/ La externalización en las organizaciones sanitarias (comprar fuera servicios que se venían produciendo en el interior de la organización).

La externalización de actividades, la contratación externa de activos no específicos² permite a una organización beneficiarse de las ventajas de la especialización funcional y las economías de escala en funciones que no constituyen su núcleo competencial. Aporta las ventajas de la competencia y de la transparencia (limpieza, seguridad, alimentación, proceso de datos, transporte) y puede fácilmente mejorar la especialización y la profesionalización de quienes a esas funciones se dedican. Incluso, aunque no se contrate fuera, la mera posibilidad de hacerlo espolea la eficiencia y la innovación en aquéllos que realizan las funciones en el interior de una organización.

Diversos factores favorecen el reciente aumento de la externalización:

- a/ La globalización de la economía. La mayor competencia lleva a las organizaciones a focalizarse en las competencias fundamentales.
- b/ La mayor flexibilidad de la producción que hace disminuir el grado de especificidad de los activos.
- c/ La mejora en las telecomunicaciones: los avances en telecomunicaciones y los cambios en medios diagnósticos y terapéuticos han desplazado en ocasiones el lugar más adecuado para prestar atención sanitaria pero, sobre todo, permiten una mejor comunicación atención primaria/atención especializada. No obstante, la variable clave en el desplazamiento de la divisoria atención primaria/atención especializada (¿donde

² La especificidad de un activo se mide por la pérdida de valor que experimenta cuando se utiliza en su mejor alternativa. Especificidad total cuando carece de valor en cualquier alternativa.

seguir el embarazo, o el paciente de SIDA, o el diabético no insulino dependiente?) viene dado por la capacidad resolutoria de cada nivel. Pese a que el grado de resolución de un problema determinado por dos, o más, "proveedores" alternativos debe establecerse empíricamente, a priori puede decirse que el médico de familia necesita una frecuencia mínima de aparición de un problema determinado para mantener la capacidad de tratarlo (Gérvás y Ortún, 1997).

d/ Los excesos de capacidad instalada.

e/ La necesidad de evitar los inconvenientes de la integración vertical³: la atenuación de incentivos derivada del mayor tamaño de la organización integrada, la menor adaptabilidad ante los cambios y los mayores costes de influencia⁴ a soportar por la organización integrada (Robinson, 1996). Estos inconvenientes también pueden ser paliados mediante integraciones virtuales que dan lugar a una red de proveedores donde cada uno de sus componentes puede ser substituído (siempre que la densidad demográfica lo permita): contratos relacionales, acuerdos estratégicos o las franquicias propuestas por Ibern (1997), concesiones administrativas para gestionar una función monopólica como puede ser la compra de servicios sanitarios.

f/ Los deseos de erosionar el poder sindical.

3/ La separación entre financiación y producción.

La separación entre financiación y producción constituye la expresión máxima de externalización en las organizaciones sanitarias. Øvretveit (1995, pág 29) distingue entre separación total (la autoridad compradora no produce servicio sanitario alguno), separación parcial (algunos servicios sanitarios se compran, otros se producen internamente), y separación sin competencia: el caso de algunas comunidades autónomas, en España, donde aparece formalmente una relación contractual bajo un realidad de dependencia jerárquica.

El discurso reiterado acerca de la separación entre financiación y producción puede hacer creer que ya se ha producido cuando la realidad ha sido la contraria, la de una mayor integración entre financiación y producción por, primero, una creciente dependencia de la financiación pública, segundo, la incorporación del financiador/planificador a los órganos de gobierno de los centros productores de servicios sanitarios, y, tercero, por la presencia de los centros productores en órganos de asesoría y consulta (sobre nuevas formas de pago a los hospitales o sobre el desarrollo del Plan de Salud en un Plan de Servicios) del financiador/planificador.

³ Integración vertical: poner dos o más etapas sucesivas de la cadena de producción y distribución bajo una propiedad y gestión común.

⁴ Costes incurridos en los intentos de influir sobre los otros, normalmente superiores jerárquicos, en interés propio.

4/ Integración del aseguramiento y de la producción de servicios sanitarios

Prescindiendo de los pagos directos de servicios sanitarios, cabe distinguir entre aseguramiento financiado públicamente y aseguramiento financiado privadamente, con todas las combinaciones intermedias. En cuanto a la producción de servicios, ésta puede estar integrada por la organización responsable del aseguramiento (el caso de España) o puede efectuarse bajo contrato con el financiador.

En los últimos años existe una cierta convergencia hacia el sistema de contrato (desintegración del aseguramiento y de la provisión) en los sistemas sanitarios de los países más desarrollados. Alemania, Francia, Bélgica... han introducido o reforzado los vínculos contractuales entre aseguramiento y producción. Reino Unido y Suecia, anteriormente con financiación y producción integradas han separado ambas funciones. Estados Unidos, en cambio, donde el aseguramiento y la producción de servicios no estaban integrados, marcha en sentido contrario: el "managed care" está llevando a una integración de las dos funciones. En EEUU, el hospital de agudos tiende a perder importancia como centro del sistema, se enfatiza la atención primaria y se orienta la actividad hacia el estado de salud de poblaciones definidas (Shortell et al, 1995). Con anterioridad, la expansión de las "Health Maintenance Organizations", que ya integraban aseguramiento y producción, habían prosperado en base a sus ventajas: incentivos para reducir cantidad e intensidad de cuidados y a substituir insumos de forma eficiente, consecución de economías de escala, y otras.

En España se sabe empieza a darse la forma contractual entre financiador/comprador y proveedores, pero cubriendo una realidad de dependencia jerárquica (la integración). Ulteriores avances en la desintegración aseguramiento-producción requieren mitigar las rigideces derivadas de los Estatutos de personal y someter a cierto riesgo a las organizaciones sanitarias. La necesidad de flexibilizar la producción de servicios sanitarios constituye la razón más compartida, entre autores de perspectivas diversas, para separar la financiación y compra de los mismos de su producción, y vertebrar la reforma más probable en España.

5/ Integración de niveles asistenciales en las organizaciones sanitarias

La producción de servicios sanitarios se realiza a lo largo de un continuo asistencial que comprende desde la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud hasta la atención primaria y especializada (secundaria y terciaria), y la atención sociosanitaria.

La evolución del conocimiento y de la tecnología, la forma de organizar y financiar los servicios sanitarios y el poder de los distintos grupos profesionales dibujan los límites de la atención primaria, la atención especializada y la atención sociosanitaria. La Ley General de Sanidad, de 1986, establece el Area de Salud como la unidad territorial sobre la que pivota toda la asistencia sanitaria, primaria y especializada, aunque no se ha implantando en casi ningún sitio.

En España, la integración sobre la que empiezan a darse más experiencias y estudios es la que se produce desde los hospitales hacia la atención primaria⁵. Frente a las razones salubristas que señalan la conveniencia de dotar a la atención primaria de poder de compra de atención especializada programable, son distintas entidades controladas por hospitales de agudos las que han pasado a gestionar 21 Areas Básicas de Salud en Cataluña⁶. Así, un hospital que controle el flujo de pacientes puede obtener poder de mercado por la vía de reforzar el monopolio geográfico. Consigue pacientes cautivos en base al control de la atención primaria, de los hospitales de crónicos y/o de la atención sociosanitaria.

Razones de eficiencia (diagnóstica y terapéutica) exigen una continuidad articulada que permite una atención integral a los problemas de salud de las personas, de forma que se eviten duplicaciones innecesarias, y cada problema sea tratado por el nivel más adecuado (primaria, especializada, sociosanitaria), en el lugar más indicado (domicilio, ambulatorio, internamiento) del continuo asistencial.

En España, con cobertura universal y libre acceso a la atención primaria, la utilización de los servicios de urgencia hospitalarios indica triplemente que la integración entre niveles asistenciales no es óptima. En primer lugar porque la mayoría de "urgencias" que no son tales, y en las que el usuario se presenta espontáneamente, muestra que los hospitales están actuando como atención primaria precisamente porque están ofreciendo la capacidad resolutive que -a menor coste- puede ofrecer una atención primaria que funcione. En segundo lugar, el que la mitad de los ingresos hospitalarios en España se efectue a través del servicio de urgencias (cuando con una correcta integración de niveles la mayoría de los ingresos serían programados) vuelve a recordar la mala integración y sus pésimas consecuencias. En tercer lugar, la efectividad del

⁵ En un futuro cercano cobrará mayor centralidad la articulación entre la atención sociosanitaria, la atención especializada, y la atención primaria por la creciente prevalencia de enfermedades crónicas ligadas al envejecimiento poblacional, con sucesivos episodios de agudización.

⁶ Tal como reconoce Helena Ris, Subdirectora del Servicio Catalán de la Salud en el momento de escribirlo, "al iniciar la diversificación de proveedores en atención primaria se quiso contar con empresas que tuvieran experiencia de gestión...los hospitales....algunos hospitales también se interesaron por esta línea, a veces por vocación de gestión integrada, también para diversificar su oferta de servicios, y, en otros casos, como medio para asegurarse los flujos de pacientes" Revista del Consorci Hospitalari de Catalunya, nº 24, octubre 1996, pág 7.

sistema sanitario disminuye cuando la mitad de los cánceres digestivos son diagnosticados en servicios hospitalarios de urgencias. Así Porta et al (1997) han mostrado como el ingreso hospitalario a través de urgencias constituye -para los cánceres digestivos- un marcador importante de agravamiento de pronóstico: Los servicios de urgencias y la admisión urgente sólo compensan parcialmente las deficiencias en efectividad que la falta de integración entre niveles origina.

Si se continua presupuestando/comprando servicios sanitarios a proveedores no integrados se favorece la competencia entre niveles asistenciales, la duplicación de pruebas, el uso inadecuado y yatrogénico de tecnología y la diferenciación de servicios.

Si, en cambio, se opta por presupuestar/comprar atención sanitaria a una población se favorece la cooperación entre niveles ya que ni la retención de pacientes ni la actividad por la actividad favorece a ninguno de los niveles asistenciales en un juego de suma cero.

Una integración capitaneada por los hospitales de agudos retardará -en principio- la innovación y la reasignación de recursos entre niveles asistenciales que los cambios demográficos, tecnológicos y en morbilidad reclaman⁷, aunque de momento abra una vía de avance respecto a la situación actual: La atención compartida entre la atención primaria y el hospital (Solans y Rodríguez, 1996) fuerza una conveniente "reingeniería" de las organizaciones sanitarias partícipes al obligarlas a una organización por procesos en lugar de la habitual organización por funciones.

La reasignación requerida de recursos entre niveles asistenciales se produce en los países que han orientado el sistema sanitario hacia la atención primaria de salud: como opción de política sanitaria (Reino Unido, Dinamarca, Holanda) o como resultado de una mayor competencia (Estados Unidos).

El grado de integración entre niveles asistenciales, hoy muy facilitado por la tecnología, permite conseguir economías de gama y producir salud de forma eficiente, si se flexibiliza la producción. La integración entre niveles requiere, de nuevo, mitigar las rigideces innecesarias de la producción pública⁸ y actuar contra los corporativismos profesionales de todo tipo. Dado este supuesto de supresión de barreras a la

⁷ De ahí, que deba prestarse particular atención a orientar el sistema sanitario hacia la atención primaria de salud (Gérvas y Ortún, 1997).

⁸ No todas las limitaciones a la gestión pública en el sector sanitario deben eliminarse o mitigarse. Algunas, como el control jurisdiccional, deben mantenerse, y otras, como la transparencia de las actuaciones, deben reforzarse.

flexibilidad⁹, y sin esperar nada de un mercado que apenas existe, el mejor acicate a la integración provendrá del establecimiento de la atención sanitaria a una persona -en su globalidad y en todos los aspectos que estén cubiertos- como el producto relevante de las organizaciones sanitarias. Corresponde tal definición de producto relevante al financiador dominante¹⁰ -público- que tiene además potestad regulatoria.

Apuntan, finalmente, otras cuatro tendencias cuya consolidación facilitaría una mejor adaptación de las organizaciones sanitarias a los cambios demográficos, epidemiológicos, tecnológicos y sociales.

a/ Otorgar mayores derechos de decisión a los profesionales que puedan tener el impacto más importante en la actividad, y en última instancia en la "rentabilidad" de la organización. Se trata de reconocer a la gestión clínica el protagonismo que tiene en el conjunto de la gestión sanitaria. Incorporar la gestión clínica supone contestar a la pregunta de cómo dotar a los médicos -decisiones clave del sistema sanitario- con los incentivos, información e infraestructura precisa para efectuar las decisiones clínicas de una forma coste-efectiva. Siempre se ha procurado¹¹.

b/ Considerar la adecuación de las tecnologías de gestión. El tiempo dirá hasta qué punto Europa importará tecnologías de gestión sanitaria de Estados Unidos y hará que la considerable autonomía de la que gozan los médicos en Europa disminuya¹². La liberalización de servicios en el comercio mundial aumenta la probabilidad de que sistemas de información y técnicas de gestión desarrollados en el entorno estadounidense permitan a las grandes organizaciones sanitarias integradas, que allí se están desarrollando, implantarse en Europa.

c/ Clarificar la "propiedad" de las organizaciones sanitarias. Para ser autónomo hay que ser responsable (penal, económicamente, profesionalmente, políticamente). En el sector sanitario predominan, como cabe esperar, las organizaciones públicas y las

⁹ Si los movimientos por las isocuantas son posibles, cabrá substituir primaria por especializada, genéricos por medicamentos con marca, atención domiciliaria por hospitalización, alfombrillas anti-deslizantes por reducciones de fracturas, actividades preventivas por quimioterapia, o promoción de la salud por fibrinolíticos.

¹⁰ Y que en la medida que controle la financiación adicional que puede llegar al sector público -aunque no provenga de impuestos o cotizaciones sino de copagos relacionados con la efectividad de la prestación y la capacidad económica del beneficiario- seguirá siendo el financiador dominante.

¹¹ Las "novedades" estriban en la mayor interiorización del coste social de oportunidad (los pacientes son colectivos) y en la creciente orientación al usuario (los servicios sanitarios producen cada vez más calidad de vida, subjetiva por definición).

¹² La autonomía profesional ha quedado seriamente afectada en Estados Unidos por las reformas allí introducidas (principalmente por la generalización de la "medicina gestionada"). Medicare, es el último bastión del tradicional pago por acto. Mientras el 60% de los trabajadores están en planes de "medicina gestionada", este porcentaje solo llega al 7 para los beneficiarios de Medicare. Sorprenden las diferencias en libertad clínica entre Europa y Estados Unidos.

privadas sin finalidad lucrativa, en las que los "propietarios" -lejanos y escasamente representados- podrían conceder a los gestores un extraordinario margen de actuación que podrían dar lugar a comportamientos aprovechados de no mediar la profilaxis burocrática.

d/ Proseguir el avance en las medidas de desempeño clínico. Los sistemas de ajuste por riesgo de los desenlaces permiten comparaciones con sentido entre servicios y centros, son básicas para informar de forma responsable a los usuarios, posibilitan la medida de la efectividad ayudando a orientar los recursos que a sanidad se dedican. Y desde el punto de vista organizativo constituyen el sine qua non de la descentralización. Mientras no se pueda medir, razonablemente bien, el desempeño clínico ajustando por aquellas variables que el clínico no controla deberá continuarse con organizaciones burocráticas, centralizadas, que apenas discriminan esfuerzo, y con organizaciones sin finalidad lucrativa, que evitan tentaciones¹³.

¹³ La mayor empresa sanitaria del mundo, el epítome del lucro, Columbia/HCA está en los tribunales, con serios indicios de que las consideraciones clínicas y financieras no siempre conjugan bien (The Economist, 2 de agosto 1997, págs 52-53).

Bibliografía

Cabasés J, Martín J. Contratos de servicios en el sistema sanitario. En: Asociación de Economía de la Salud (dir): *Instrumentos para la gestión en Sanidad*. Barcelona: SG editores, 1995; pág 124-166.

Gérvas J, Ortún V. Regulación y eficiencia de la atención sanitaria primaria en España. En G López-Casasnovas y D Rodríguez (dirs): *La regulación de los servicios sanitarios*. Madrid: Civitas y FEDEA, 1997.

Ibern P . Subastas de contratos de franquicia e incentivos: una aplicación a la atención primaria de salud. *Hacienda Pública Española*, en prensa.

Øvretveit J. *Purchasing for health*. Buckingham: Open University Press, 1995.

Porta M, Fernández E, Belloc J, Malts N, Gallén M, Alonso J. Emergency admission for cancer: a matter of survival? *British Journal of Cancer*, en prensa.

Robinson J. The dynamics and limits of corporate growth in health care. *Health Affairs* 1996; 15(2): 155-169.

Shortell S, Gillies R, Devers K. Reinventing the american hospital. *The Milbank Quarterly* 1995; 73 (2): 131-160.

Solans P, Rodríguez L. La atención compartida entre la atención primaria y el hospital. *Cuadernos de Gestión en Atención Primaria* 1996; 2: 150-158.