

INTEGRACIÓN VERTICAL EN SANIDAD

Vicente Ortún

Universitat Pompeu Fabra

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 tecnología influye tanto en la adecuación del lugar donde se presta la atención como en la combinación de recursos y habilidades que mejor resuelven un problema. Desde la tuberculosis a las úlceras pépticas o a la insuficiencia renal, los cambios en la tecnología han originado desplazamientos entre niveles. La rapidez de la reasignación de recursos entre niveles varía inversamente con la flexibilidad del sistema y el grado de enrocamiento de los «proveedores habituales».

Este artículo se centra en los factores explicativos de la articulación entre la atención primaria y la atención especializada. En el primer epígrafe se analizan los factores institucionales y en el segundo los factores tecnológicos. La perspectiva económica se desarrolla en el tercer epígrafe y la perspectiva sanitaria en el cuarto. Ambas perspectivas se aplican a la situación española para poder establecer unas conclusiones en el quinto y último epígrafe.

Palabras clave: economía de la salud, eficiencia, innovación tecnológica, innovación organizativa, costes de transacción.

1. FACTORES INSTITUCIONALES

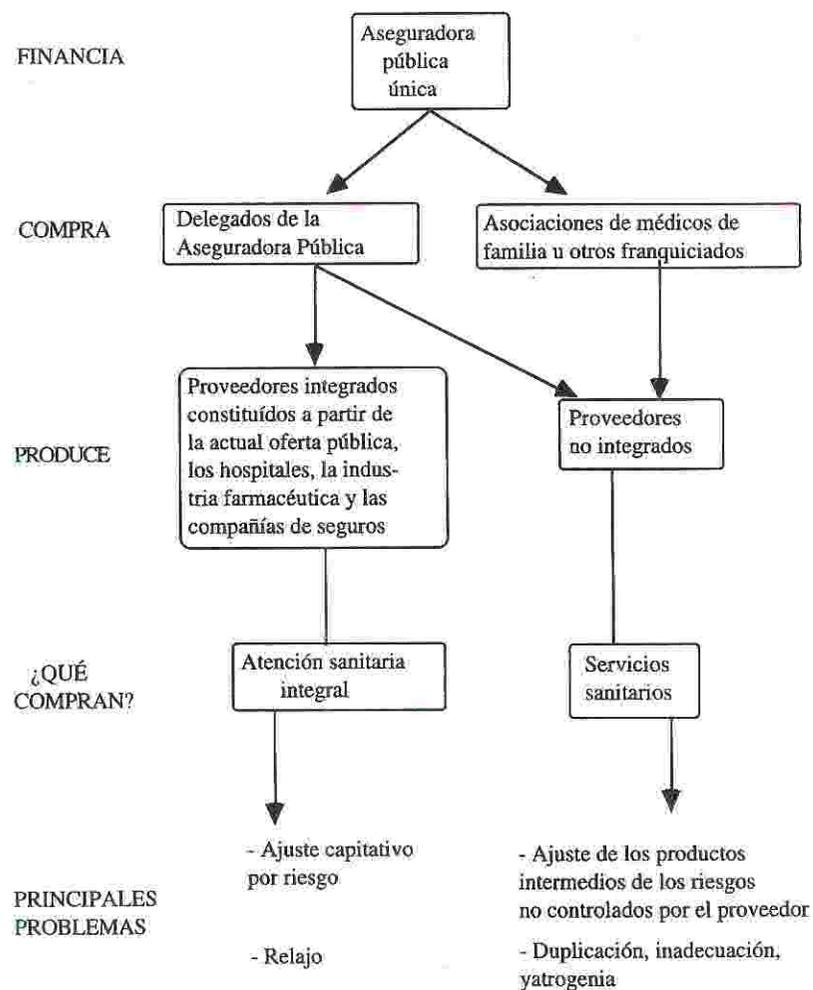
1.1. Regulación existente

Los rasgos más relevantes para el tema que nos ocupa serían los derivados de las estructuras burocráticas de INSALUD y los Servicios Regionales de Salud caracterizadas por una elevada producción pública de servicios y sometimiento al derecho administrativo (Martín, 1996; Freire, 1996).

Los Organismos Autónomos de carácter administrativo son la forma jurídica predominante en la organización sanitaria española. Aunque INSALUD

e Instituto Catalán de la Salud se configuran como organismos gestores de la Seguridad Social, para los efectos jurídico administrativos su funcionamiento es igual al de los Organismos Autónomos Administrativos: los bienes asignados a tales organismos conservan su calificación jurídica orginaria, las obras se contratan y ejecutan según el sistema general establecido por el Estado, la Intervención fiscaliza derechos y obligaciones, ingresos y pagos, el personal tiene carácter quasi-funcionarial (estatutario), y se funciona, en general, de forma centralizada y escasamente autónoma.

Gráfico 1
FINANCIACIÓN, COMPRA Y PRODUCCIÓN EN ESPAÑA



Se trata, en suma, de una organización sanitaria que autolimita su eficiencia al dotarse de un marco no adecuado a la naturaleza de la prestación sanitaria. No se ha intentado ninguna reforma frontal (no se ha cogido el toro por los cuernos), sino que se ha seguido, más bien, la estrategia de evitar el problema allá donde se ha podido (nuevos centros cuya gestión ha sido cedida, privatización de la gestión sin pérdida de titularidad pública...) y se ha aparcado el núcleo duro de producción pública de servicios sanitarios.

Lo anterior lleva a que las entidades que disponen de mayor flexibilidad de gestión —hospitales y mutuas catalanas que funcionan según el derecho privado— estén mejor situadas para constituirse en el embrión de los futuros proveedores integrados y participar en consorcios que gestionan la atención primaria¹ pese a que esta sea la vía que presenta más peligros para que la atención primaria sea la puerta de entrada al sistema (Planes, 1996). A 13 de noviembre de 1996, 22 de las 203 Áreas Básicas de Salud de Cataluña están siendo gestionadas por entidades distintas del Institut Català de la Salut: son consorcios (Baix Empordà, Barcelona, Mataró, La Selva...), fundaciones (Sta. Tecla...), mutuas (Terrassa) o sociedades anónimas (SAGESSA) de base hospitalaria con la excepción de la Sociedad Limitada integrada por médicos de familia que gestiona una parte de la atención primaria de Vic².

Si se evolucionara hacia productores integrados —verticalmente integrados— que compitieran entre sí, estos optarían por las fórmulas organizativas más eficientes (aquéllas que minimizaran los costes de conjuntos de producción y transacción) supuesta una cierta competencia entre proveedores³.

En el sistema sanitario español existen varias dificultades para una competencia basada en precios⁴ tanto entre proveedores integrados como entre centros sanitarios: políticas unas, técnicas las otras.

Entre las dificultades políticas destaca que la competencia destruye y altera el status quo, lo que no siempre se desea. Los datos asistenciales y económicos de los que se dispone en la actualidad permiten ya una competencia

(1) La atención primaria o las prisiones. Cualquier persona que reflexione sobre su experiencia gestora en la Administración Sanitaria puede darse cuenta de cómo los problemas tienden a solucionarse por el frente que presenta menor resistencia.

(2) El Instituto Catalán de Servicios Médicos, S. A. constituido en 1988 fue la primera sociedad integrada por médicos que gestionó la A.P. en Cataluña. El Consorcio Hospitalario de Barcelona actúa como comprador de servicios de A.P. en el Área Básica de Salud (ABS) de Barceoneta. También, desde 1995, el PAMEM compra los servicios de A.P. a la Sociedad Limitada que gestiona el ABS de Villa Olímpica. No se trata, pues, del caso más habitual de predominio hospitalario por la vía de la gestión, sino del poder de compra.

(3) 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).

(4) La competencia basada en precios pone unos límites a los centros sanitarios en función de su eficiencia relativa. Los efectos generales de la competencia dependen de cómo ésta se regule: tanto puede originar una reducción en costes medios como un aumento por duplicación y especialización innecesaria que lleva a excesos de capacidad y utilización inadecuada.

entre hospitales mayor de la que parece políticamente deseable. De no resolverse la actual falta de transparencia en el proceso decisional acerca de cómo se financian los centros, la separación del comprador de servicios del poder político (para aislar el establecimiento político de prioridades de la determinación técnica de cómo cumplirlas mejor) podría ser necesaria en un futuro (López Casanovas, 1996).

Entre las dificultades técnicas comunes a la competencia entre proveedores integrados y entre proveedores no integrados, destacan las derivadas de la presencia de monopolios naturales o de la dificultad de medir el producto incorporando suficientemente la dimensión de calidad. Todas las dimensiones del producto que no se midan aparecerán indebidamente como ineficiencia⁵.

Dificultad técnica específica de la compra de atención sanitaria integral es la de controlar la cantidad y calidad de los servicios así como el ajustar por riesgo el pago capitativo para evitar comportamientos de selección de riesgos.

Dificultad técnica específica de la compra de servicios sanitarios es la de ajustar la medida de producto intermedio por aquellas variables que el proveedor no controla así como la de fomentar la necesaria colaboración entre niveles que compiten entre sí.

Por otra parte, al no disponer de evidencia empírica sobre lo que ocurrirá en el futuro (la evidencia empírica sobre, por ejemplo, la capacidad resolutoria de los diferentes niveles asistenciales constituiría la mejor forma de prescribir política-basada-en-la-evidencia⁶) debe argumentarse según razonamientos apriorísticos y no esperar de un mercado inexistente lo que ha de iniciarse con un cambio de las actuales reglas de juego (la regulación referida al inicio de este trabajo).

(5) Los asesores de las autoridades sanitarias conscientes de este hecho (tal vez porque algún familiar fue diagnosticado/a recientemente de, por ejemplo, leucemia y apreciaron la ingente cantidad de tiempo y el derroche de calidez de distintos profesionales sanitarios empleados a fondo en proporcionar información y consuelo) aplican con cautela sus análisis, paramétricos y no paramétricos, de la eficiencia. Los asesores conocen que su medida del producto no acaba de incorporar todas las dimensiones de calidad pero que si se comparan servicios homogéneos entre unidades técnicas de decisión muy pequeñas los resultados son válidos. El financiador oír al asesor y tal vez intentará mejorar la eficiencia social, con las restricciones que los intereses creados imponen, en base a tres estrategias:

- Utilizar precios cuando sea posible.
- Potenciar la efectividad médica y el empleo de guías de buena práctica como requisito de eficiencia. Elaborar y difundir información sobre efectividad (Chassin et al., 1996).
- Dirigir la financiación hacia los centros (si alguna vez llegan a ser autónomos y responsables) de mayor eficiencia con una prudencia proporcional a las dificultades de incorporación de las dimensiones ocultas de los servicios —especialmente la calidad— a las medidas del producto empleadas. Una buena política de participación ciudadana puede complementar, e incluso suplir con ventaja, muchas deficiencias tecnocráticas.

(6) Como ilustración de este tipo de evidencia en el que basar las prescripciones de política sanitaria en cuanto a las relaciones entre niveles asistenciales, véase por ejemplo, el estudio de la capacidad resolutoria del mal de espalda de tres diferentes tipos de profesionales sanitarios: los médicos de atención primaria, los quiroprácticos y los cirujanos ortopédicos (Carey et al., 1995).

Habría, por tanto, que optar entre proveedores integrados o no integrados (cuestión regulatoria). La forma de presupuestar —en la actualidad— o comprar —en el futuro— señalará la opción.

Si se continúa presupuestando/comprando servicios sanitarios a proveedores no integrados se favorece la competencia entre niveles, 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.

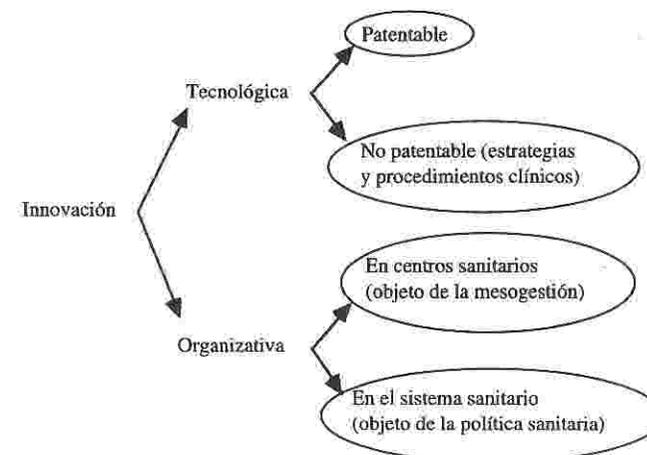
2. FACTORES TECNOLÓGICOS

El cambio tecnológico y el cambio organizativo se producen conjuntamente, aunque en proporciones variables dada la sustituibilidad existente entre los mismos. 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.

El gráfico 2 ordena los distintos tipos de innovaciones tecnológicas relevantes en el sector sanitario. Este epígrafe comentará cada una de ellas.

Gráfico 2
TIPOS DE INNOVACIÓN TECNOLÓGICA



2.1. Innovación tecnológica

La mayor parte de 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 (procedimientos y estrategias clínicas por ejemplo) no es, en cambio, apropiable y tiene características de bien público.

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 AP/AE (¿dónde seguir el embarazo, o el paciente de SIDA, o el diabético no insulino dependiente?) viene dada 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. Los problemas muy infrecuentes deberían ser referidos al especialista, pero el médico general debe tener los conocimientos y las habilidades necesarios para detectarlos, al menos. Así, si el mantenimiento de la competencia exige atender cada tres meses a un problema determinado (diabetes insulino dependiente, por ejemplo), si de este problema determinado el paciente realiza dos visitas en un año, se precisan dos pacientes con el problema en cuestión para mantener la competencia (dos pacientes por dos visitas igual a cuatro visitas al año, una cada tres meses). Si el médico general tuviera asignada una lista de 2.000 personas, la frecuencia mínima anual que se requiere de un problema para mantener la competencia será del uno por mil.

2.2. Cambio organizativo en centros sanitarios

Han existido sin duda innovaciones organizativas en los centros sanitarios españoles. A título de ejemplo se relacionan algunas a continuación:

- Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria, Hospital de Viladecans.
- Descentralización de la gestión de la Atención Primaria en Mallorca.
- Privatización de la gestión de servicios sanitarios sin cambio de titularidad (Hospital de Marbella, Hospital de Verín, Instituto de Diagnóstico por la Imagen en Cataluña, Alta Tecnología Sanitaria en el País Vasco...).
- Hotel de pacientes, Hospital Juan Canalejo de La Coruña.
- Externalización de servicios generales y comunes.
- Carrera profesional de los médicos, Hospital Clínico de Barcelona.
- Sistemas de incentivos para gestores, Andalucía.

Los centros sanitarios cambian cuando lo hacen las tecnologías que usan o el entorno en que operan.

El entorno demográfico, epidemiológico y económico cambia en el sentido por todos conocido: envejecimiento, desplazamiento de la carga de morbi-

lidad hacia las enfermedades crónicas, e incorporación creciente del criterio de eficiencia a todos los aspectos de la gestión sanitaria.

En general, la respuesta de las organizaciones a los cambios en la tecnología y en el entorno depende de las instituciones de un país. Estas instituciones dictan 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).

Un entorno institucional burocrático (que pese a la connotación negativa del término burocrático podría ser el más adecuado) provoca relativamente pocos cambios organizativos. La supervivencia está asegurada y quien se mueve no sale en la foto.

2.3. Cambio organizativo en el sistema sanitario

La asociación entre gestión sanitaria y gestión hospitalaria resulta como mínimo incompleta y como máximo completamente falsa. Los gestores hospitalarios —con poca capacidad para «desplazarse por las isocuantas»— administran más que gestionan. Los auténticos frentes de gestión sanitaria están en la macrogestión (la política) y en la microgestión sanitaria (la clínica).

El buen funcionamiento de un sistema sanitario va más allá del buen funcionamiento de los centros que lo integran. Han sido innovaciones en organización sanitaria la actuación sobre los determinantes de la salud (Lalonde) o la orientación de los sistemas hacia la atención primaria. Está siendo innovación el enraizamiento de la gestión clínica que obliga a plantearse cómo dotar a los decisores claves del sistema —los médicos— con los incentivos, información e infraestructura precisa para efectuar las decisiones clínicas de una forma coste-efectiva.

3. PERSPECTIVA ECONÓMICA DE LAS RELACIONES ENTRE NIVELES ASISTENCIALES

3.1. Análisis de los costes de transacción

¿De qué depende que un servicio se produzca internamente o se contrate fuera? ¿Qué explica que un servicio —producido o contratado— sea responsabilidad del hospital o de otros agentes del sistema sanitario?. Ha sido precisamente la integración vertical el tema paradigmático de la economía de los costes de transacción.

La economía de los costes de transacción, con sus hipótesis de racionalidad limitada y comportamiento oportunista, estudia las organizaciones —dadas unas reglas de juego— desde la perspectiva coasiana de minimización de los costes de transacción (los costes de fricción de hacer funcionar un sistema económico, los derivados de la coordinación y motivación de las personas en una organización).

La coordinación entre niveles asistenciales puede enfocarse como un problema de integración vertical: ¿Producir o comprar servicios de atención especializada? ¿Producir o comprar servicios de atención primaria, o comunitaria?

ria, o de atención domiciliaria? ¿Producir o comprar servicios sociales personales?.

Esta decisión puede analizarse a través de algunos conceptos básicos que empíricamente se ha visto ayudan a explicar las formas organizativas que se observan en la realidad⁸.

Especificidad de los activos

La especificidad de un activo se mide por la diferencia entre su valor en el uso actual y el valor alternativo que tendría el activo para otro cliente o empleador. A mayor especificidad, mayor cuasirrenta⁹, y —ceteris paribus— mayor posibilidad de comportamiento oportunista. En la medida que ese comportamiento oportunista no pueda prevenirse contractualmente la organización tenderá a poseer ese activo específico (Klein, Crawford y Alchian, 1978).

Los activos específicos incluyen la localización, los equipos y habilidades profesionales que tienen un valor significativamente más alto en la situación actual que en la mejor alternativa, por oposición a los activos no específicos (equipos y habilidades generales) que apenas pierden valor cuando se dedican a otros fines.

Como ilustración del concepto de activo específico imagínese que en una de las zonas con hospital único se quiere contratar externamente una nueva prueba de imagen (PI). Se convoca concurso a tal efecto para un volumen anual previsto de 1.000 PI. Con unos costes fijos anualizados de cinco millones de pesetas y unos costes variables de 3.000 ptas. por PI, a partir de 8.000 ptas. por PI podría establecerse un acuerdo para externalizar esa PI. Ahora bien, la especificidad de la instalación (en el supuesto de que no puede dedicarse a ningún otro uso y que el equipo no valga ni para chatarra) permite al hospital apropiarse de la cuasirrenta del proveedor pagando, simplemente, algo por encima de las 3.000 ptas. El proveedor aunque pierda dinero, pierde menos que abandonando el negocio ya que, como mínimo, puede recuperar una parte de los costes fijos. Según las circunstancias, el comportamiento oportunista también podría provenir del proveedor (exigiendo precios por encima de las 8.000 ptas., bajando la calidad, maltratando a los pacientes...)¹⁰. Si este tipo de comportamientos oportunistas no puede prevenirse contractualmente será difícil que alguien se presente al concurso o que el hospital tenga interés en el concurso.

(7) En consonancia con lo dicho hasta ahora (de mayor capacidad del hospital para convertirse en proveedor integrado) se analiza la especificidad desde la perspectiva de la atención especializada y no desde la perspectiva de la atención primaria.

(8) Este enfoque ha sido aplicado también al sector sanitario (Robinson y Casalino, 1996).

(9) Cuasirrenta: Parte de la renta en exceso de la cantidad mínima necesaria para impedir que un trabajador abandone su puesto o un productor abandone su sector.

(10) Con posibilidades de comportamiento oportunista por ambas partes (habitualmente situación de monopolio bilateral), mucho cambio, e incertidumbre, el contrato no puede especificar todas las contingencias posibles. Han de intervenir otros mecanismos que fomenten la cooperación: reputación, inversiones específicas constituidas como prendas recíprocas y, sobre todo, interés a largo plazo que disuada el oportunismo a corto plazo (Cabasés y Martín, 1995).

La solución podría venir dada bien por la producción dentro del hospital de la PI bien por una franquicia que pueda otorgar el financiador de los servicios (Ibern, 1996)¹¹. En este segundo caso, el financiador público de los servicios realizaría la inversión en los activos específicos y concedería la franquicia (explotación de un monopolio bajo ciertas condiciones) a quien presentara la mejor oferta. En general, entre financiador sanitario y proveedores de servicios que actúan en mercados escasamente competitivos se dan unas relaciones contractuales bilaterales donde la dependencia mutua es un rasgo dominante (Cabasés y Martín, 1995).

La contratación externa de activos no específicos permite al hospital beneficiarse de las ventajas de la especialización funcional y las economías de escala en funciones que no constituyen el núcleo competencial central del hospital. Aporta las ventajas de la competencia y de la transparencia (limpieza, seguridad, alimentación...) 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 del hospital.

La mayor parte de los equipos y habilidades hospitalarias son de tipo general, válidas para un conjunto de hospitales¹², por lo que la razón más importante para la integración vertical en la industria (expansión de límites de la organización) no se da en el sector hospitalario siempre que los mercados geográficos permitan una cierta competencia. Y esta competencia es la que falla.

Empíricamente se observa que muchos mercados geográficos no permiten competencia. Así, Cataluña presenta, desde la óptica de los mercados geográficos, dos subsectores: uno conformado por 22 mercados hospitalarios pequeños que actúan con una elevada concentración, ocho de ellos con sólo un hospital (monopolio geográfico) y seis mercados con sólo dos hospitales, y el otro subsector compuesto por un mercado con 37 hospitales, 3,4 millones de habitantes y caracterizado por un alto grado de competencia (Puig y Dalmau, 1995).

Dos consideraciones restan relevancia al enfoque de los costes de transacción en el sector sanitario: primera, tal enfoque toma como dato el entorno institucional que —tratándose de relaciones entre niveles asistenciales en España— constituye la variable clave. Segunda, el escaso grado de cumpli-

(11) La franquicia es aquel acuerdo por el que una organización concede derechos exclusivos a otra parte para utilizar su marca o realizar un proceso productivo o de prestación de servicios, bajo unos métodos establecidos, en una localización, y por un periodo de tiempo, a cambio de alguna compensación al propietario de la marca por la utilización de este derecho. Ibern propone subastar el derecho exclusivo a ofrecer atención primaria en un territorio y otorgar una franquicia temporal al ganador de forma que no se compita en precios o calidad dentro del mercado sino, en la subasta, por obtener el mercado.

(12) Incluso la especificidad de nombre/prestigio/reputación de un profesional determinado puede evitarse. En una hipotética Clínica Templaria de Ponferrada puede existir un prestigioso servicio de Oncología o un prestigioso oncólogo. Si la atracción de la Clínica se basa en el oncólogo prestigioso nos hallamos ante un activo específico. No, en cambio, si la atracción se basa en un Servicio que puede atraer buenos profesionales sustituibles con una política salarial que discrimine según rendimiento.

miento de los supuestos del teorema de Coase, pilar básico en el enfoque de los costes de transacción.

El teorema de Coase establece que el resultado de la negociación o de la contratación entre las partes es independiente de la asignación inicial de derechos de propiedad y la riqueza, y es determinado por la eficiencia (consideraciones distributivas al margen). Este notable resultado tiene, como la eficiencia del mercado, su letra pequeña: hipótesis restrictivas sobre preferencias (ausencia de efectos de riqueza, lo que exige cierta simetría de poder entre las partes), información perfecta, derechos de propiedad garantizados y negociables, y que todos los afectados participen. Cuando los acuerdos alcanzados entre dos, o más, partes afectan a terceros que no participan en las negociaciones no suele ser verdad que todo intercambio deba incrementar el valor. El enfoque de los costes de transacción o neohobbesianismo contrasta con puntos de vista alternativos que incorporan explícitamente la dimensión del poder en cualquier intercambio: el poder industrial (para eliminar la competencia o manipular precios) o el poder de enfrentamiento (para expoliar y robar). Coase y su neohobbesianismo tienen su relevancia en el estudio de las organizaciones, pero Machiavelo también.

Al economista le convendría que los mercados fueran competitivos pues bastaría la postura darwinista de supervivencia de los más adaptados. Si resulta que orientarse hacia la atención primaria, por ejemplo, confiere ventajas competitivas... el economista neohobbesiano no se preocuparía... los productores integrados de servicios se orientarán hacia la atención primaria (algo de este estilo ha ocurrido con el cuidado gestionado en EE.UU.). Ahora bien, si los mercados sanitarios no son competitivos el neohobbesiano deviene Cándido al creer que «tout va pour le mieux, dans le meilleur du monde».

3.2. Análisis estratégico

El otro abordaje económico de la integración vertical proviene del análisis estratégico de las organizaciones (Ventura, 1994) y se centra en la ponderación de ventajas e inconvenientes de la integración vertical. Para ello se escogen a continuación los datos más relevantes sobre el terreno de juego y los jugadores en el sistema sanitario español.

Recursos humanos por niveles asistenciales

A destacar el alto porcentaje de producción pública de servicios sanitarios (67% conjunto de España, 56% en Cataluña) y la escasa importancia del trabajo médico por cuenta propia (prácticamente todos los médicos trabajan por cuenta ajena, para un patrón público y en régimen quasi-funcionario). El bajo porcentaje de médicos generales/de familia sobre el total de médicos (o lo que es lo mismo, el alto porcentaje de especialistas), la alta densidad médica y el bajo cociente personal de enfermería/personal médico limitan, por otra parte, la posibilidad de sustitución entre recursos humanos.

Equipamientos por niveles asistenciales

En equipamientos cabe reseñar el déficit de camas para crónicos y la persistencia del desequilibrio tecnológico entre hospitales (muchas camas sofisticadas y caras y relativamente pocos hospitales básicos).

El sistema continúa siendo hospitalocentrista no por el porcentaje del gasto sanitario que al mismo se dedica ni por la cifra de camas sino porque los hospitales se han convertido en macrocentros de urgencias, desagüe de las insuficiencias del sistema.

Distribución de poder y comportamientos estratégicos

El hospital, especialmente el de agudos, concentra el poder científico y político. Está organizado y puede actuar coordinadamente con otros hospitales para conseguir mayor *poder negociador*. El hospital dispone de gestores que saben gestionar el cambio, afrontar el problema de *exceso de capacidad*, y buscar las ventajas competitivas para el hospital ofreciendo nuevos servicios diferenciados —apoyados en la *reputación*— y tratando de controlar el *flujo de usuarios*.

La contradicción se presenta porque no todo lo que es bueno para el hospital es bueno para el sistema sanitario de un país¹³.

Poder negociador

Los hospitales, con mayor poder negociador, se benefician de menores costes de transacción en la negociación y vigilancia de los contratos que se establezcan con el financiador.

Exceso de capacidad

Los cambios demográficos, en morbi-mortalidad, y tecnología suponen una disminución relativa¹⁴ de la necesidad de hospitales de agudos. Ahora bien si a la esclerosis del sistema sanitario español —que origina una muy lenta adaptación a los cambios— se le unen unas relaciones de poder favorables a los hospitales, el resultado previsible es el de que no se produzca la reasignación de recursos precisa entre niveles asistenciales.

Reputación

Existen servicios de los que el consumidor aprecia la calidad cuando los consume con cierta frecuencia (el jamón, el médico de familia...), sobre otros puede aprender acerca de su calidad si emplea tiempo en informarse (un ordenador) o si la información sobre calidad se elabora y difunde por la autoridad sanitaria, y —finalmente— existe un tercer tipo de servicios acerca de los cuales el consumidor no puede apreciar la calidad incluso después de haberlos consumido. En este tipo de servicios la reputación suele guiar la elección. Esta reputación se construye de diversas formas: desde con un buen comportamiento hasta con una fuerte inversión publicitaria en marcas que den

(13) Ni la búsqueda de culpables (la perversidad está repartida) ni la discusión corporativa (tipo médicos de familia contra especialistas) son enfoques adecuados para un tema político —las reglas sociales del juego— a debatir como ciudadanos.

(14) Disminución relativa de la necesidad de hospitalización de agudos compatible con un aumento absoluto de tal necesidad. Mayor morbilidad crónica y derivada de problemas asociados al envejecimiento implica también un número más alto de episodios agudos.

la señal «estamos aquí para quedarnos; no estamos gastando estos millones en publicidad para ofrecer un servicio que el consumidor no aprecie por falta de calidad».

El activo reputacional de los hospitales permite que el ciudadano otorgue la confianza a nuevos servicios (ambulatorios, domiciliarios) que el hospital pueda ofrecer.

Control del flujo de pacientes

Obtención de poder de mercado por la vía de reforzar el monopolio geográfico. Conseguir pacientes cautivos en base al control de la atención primaria, de los hospitales de crónicos y/o de la atención sociosanitaria.

Tamaño de la población cubierta

En esquemas de financiación capitativa, una mayor población permite una mejor compensación de riesgos.

Economías de gama

Si los factores de producción (conocimientos sobre tratamiento del dolor) que se precisan en dos niveles asistenciales distintos (hospitalización de agudos y atención domiciliaria, por ejemplo) interactúan bien entre sí, el hospital puede conseguir economías de gama en la atención a pacientes terminales (siempre que estas economías de gama no queden anuladas por unos salarios más elevados o una intensidad/medicalización mayor).

Atenuación de incentivos, pérdida de adaptabilidad al cambio y mayores costes de influencia

Entre los inconvenientes que el mayor tamaño del proveedor integrado comporta cabe destacar la atenuación de incentivos, la menor adaptabilidad ante los cambios y los mayores costes de influencia a soportar por la organización integrada (Robinson, 1996). Estos inconvenientes pueden ser paliados mediante integraciones virtuales (contratos relacionales, acuerdos estratégicos) que den lugar a una red de proveedores donde cada uno de sus componentes pueda ser substituido (siempre que la densidad demográfica lo permita).

4. PERSPECTIVA SANITARIA DE LA RELACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES

La Ley General de Sanidad establece dos niveles asistenciales interconectados entre sí: atención primaria y atención especializada. La atención primaria se constituye en la puerta de acceso al sistema sin que la intervención a este nivel esté limitada a la existencia de enfermedad. La asistencia especializada se concibe como apoyo y complemento de la atención primaria atendiendo aquellos procesos cuya complejidad exceda la capacidad de ésta. La idea que configura los niveles asistenciales es la de que hasta las enfermedades más frecuentes son realmente raras en la población general, pero no en el ámbito de un hospital general universitario donde hasta la «cudicia aguda intermitente» puede llegar a ser frecuente (Aranaz y Buil, 1996).

En la realidad la falta de continuidad entre una AP poco madura y una AE en ocasiones dividida entre ambulatoria y hospitalaria, sin criterios clínicos y organizativos comunes, constituye uno de los principales problemas de nuestro sistema sanitario. Ciertamente no es mucho mejor la continuidad en Francia o Alemania; pero sí en el Reino Unido, Dinamarca u Holanda. Esta realidad origina claros perjuicios y da al ciudadano una visión fraccionada del sistema, fraccionamiento que origina dificultades de accesibilidad, imagen deteriorada del funcionamiento de los aspectos administrativos y —en ocasiones— una percepción de enfrentamiento entre los profesionales de los dos niveles. Precisamente, en las encuestas de satisfacción, los aspectos peor valorados son las esperas y los trámites de acceso a otros niveles asistenciales (Pomar, 1996).

La eficiencia bayesiana de la longitudinalidad asistencial¹⁵

Desde un punto de vista económico la longitudinalidad propia de la atención primaria supone importantes ganancias de eficiencia. En efecto, una parte substancial del tiempo médico se dedica al proceso diagnóstico (en algunas especialidades, como Anatomía Patológica, puede constituir la práctica totalidad de dicho tiempo).

Este proceso diagnóstico puede conceptualizarse como una forma de reducir las sospechas iniciales de manera secuencial a través de un método hipotético-deductivo. El médico recaba información (historia clínica, exploración, pruebas diagnósticas) para revisar las sospechas iniciales y la probabilidad que a las mismas asigna. Una nueva información diagnóstica sirve para revisar probabilidades hasta que sea más ventajoso detener el proceso diagnóstico y pasar a tratar/no tratar («esperar y ver» incluido).

Una prueba diagnóstica será eficiente si el beneficio de la misma —en términos de información diagnóstica aportada, esto es, de capacidad para revisar probabilidades previas— supera a su coste (el beneficio diagnóstico en la mejor alternativa razonablemente disponible). El beneficio diagnóstico depende de la sensibilidad y especificidad del test diagnóstico respecto a una condición y de la probabilidad que tiene el paciente de presentar dicha condición.

El buen ejercicio de un médico general, con una longitudinalidad plasmada debidamente en la historia clínica, permite valorar a muy bajo costo probabilidades previas (conocimiento de factores de riesgo por ejemplo) y aumenta la probabilidad pre-test. La labor de filtro aumenta la probabilidad de las enfermedades en el grupo de pacientes derivados y por ello mejora y justifica los métodos de diagnóstico y terapéutica de los especialistas. Supongamos, por ejemplo, que los médicos generales aumentan la probabilidad de la enfermedad en los pacientes derivados a los especialistas del 1 al 10%. Y aceptemos que estos emplean pruebas de sensibilidad 95% y especificidad 90%. El valor predictivo positivo pasa del 8,7% al 51,3%.

Teóricamente, una buena conexión entre la atención primaria y otros niveles asistenciales facilitaría el traspaso de información, lo que permitiría evitar

(15) Reproducción de fragmentos de V. Ortún y J. Gervas (1996).

pruebas duplicadas y orientaría con mayor eficiencia el proceso diagnóstico. No obstante, ni toda la información que maneja el médico es objetivable ni todos los procesos de pensamiento pueden programarse. Los datos que aporta la experiencia se organizan mediante un proceso subjetivo de inferencia difusa e intuición; la mejor ciencia clínica constituye únicamente una parte de todo lo que los médicos saben. Una mejor circulación de la información clínica relativa a un paciente podría contribuir a la eficiencia del sistema pero no reducirá la ventaja comparativa de los médicos de cabecera, fruto de su longitudinalidad (personal y familiar) y alto nivel de información previa, frente a cada nuevo episodio enfermedad.

La eficiencia sanitaria de la visión global del enfermo

Los jefes de los servicios de Medicina Interna de los hospitales comarcales de Cataluña mencionan «la necesidad imprescindible de recuperar la visión global del enfermo, asumir al paciente como una sola biografía con episodios de necesidad abordables en diferentes niveles» (primaria, especializada, sociosanitaria), pero con un criterio de integración: desarrollando acuerdos entre la atención primaria y la atención especializada y, entre otras acciones, potenciando la interconsulta médico-médico¹⁶.

Las tendencias demográficas, de morbilidad y tecnológicas hacen que cada vez adquiera mayor importancia la persona con un trastorno crónico que experimenta sucesivos episodios de agudización, con lo que surge, un grupo cada vez más numeroso de enfermos, grandes consumidores de servicios sanitarios y sociales, que se desplazan mucho entre los distintos niveles del sistema: atención primaria, especializada y sociosanitaria (Teniente, 1996).

El aumento en eficiencia que supone la visión global del paciente viene avalado por, primero, las tendencias internacionales, segundo, historias recientes de éxito empresarial, tercero, la concentración del gasto sanitario en un número reducido de pacientes, y cuarto, la mejor situación del médico general para desempeñar el rol de agente del paciente.

Las decisiones sobre la asistencia efectuadas por el médico general, escogido por el consumidor y cercano a éste, deberían reflejar mejor las preferencias e información del usuario que las decisiones que pueda tomar un gestor. La evidencia parecía señalar que los médicos de cabecera británicos detentadores de presupuestos se han mostrado como compradores de servicios para sus pacientes más imaginativos, más exigentes y más efectivos que los gerentes de distritos (Glennister y Matsaganis, 1993). El informe más completo publicado hasta la actualidad —el de la Audit Commission de 1996— reconoce el potencial del esquema pero valora como escaso lo conseguido hasta el momento: pocas mejoras tangibles para los pacientes para un notorio aumento en los gastos administrativos (The Economist, 1996).

(16) Jefes de Servicio de Medicina Interna de los Hospitales Comarcales de Cataluña. El futuro de los servicios de medicina interna de los hospitales comarcales de Cataluña: líneas estratégicas en el contexto de cambio en la sanidad. Med. Clin. (Barc.) 1993; 100: 587-590.

La atención primaria debería, idealmente, ofrecer una gran capacidad resolutoria, de forma que los médicos generales resuelvan adecuadamente los problemas de salud que deben resolver y ni retengan en exceso los casos a derivar, ni deriven innecesariamente. Para el paciente es muy agradable que los problemas se resuelvan en el acto, sin derivaciones y por el médico conocido, en un entorno cercano y humano.

5. CONCLUSIONES

La integración vertical entre niveles asistenciales —entendida como red coordinada de servicios que proporcionan la continuidad asistencial a una población determinada sobre cuya salud se tiene responsabilidad y cuyos consumos sanitarios implican un riesgo financiero— tiene, a priori, más ventajas sanitarias y económicas que inconvenientes.

Una financiación capitativa ajustada por riesgo constituye una de las palancas regulatorias más potentes para fomentar la integración de proveedores.

La integración puede producirse mediante la propiedad conjunta (proceso de absorciones y fusiones) o a través de acuerdos contractuales. La integración virtual puede paliar los inconvenientes derivados del mayor tamaño (atenuación de incentivos, peor adaptabilidad al cambio y mayores costes de influencia).

La densidad demográfica limita la eventual competencia entre proveedores integrados a las áreas metropolitanas del país. Cabe, sin embargo, una cierta competencia en el seno de proveedores integrados mediante acuerdos contractuales.

Parece claro, sin embargo, que una integración capitaneada por los hospitales de agudos retardará la innovación y la reasignación de recursos entre niveles asistenciales (que los cambios demográficos, tecnológicos y en morbilidad reclaman) por lo que debería prestarse particular atención a orientar el sistema sanitario hacia la atención primaria de salud. Ayudan a esta orientación las políticas de recomposición de la oferta de recursos humanos (frenar la sobreespecialización) y un reforzamiento del papel de la atención primaria no tan sólo como puerta de entrada (portero) del sistema sino como gestor de la finca. Dar poder de compra a la atención primaria sobre la atención especializada programable constituye un paso en esta dirección. Dar poder de compra a la A.P. sobre la A.E. supone poner esta última a un cierto riesgo lo que difícilmente podrá lograrse sin dotar de mayor autonomía y responsabilidad a los centros hospitalarios.

La integración, real o virtual, puede mitigar la actual falta de continuidad entre A.P. y A.E. pero, en última instancia, el que cada problema sea tratado en el lugar más adecuado —el más resolutivo— y que no se retengan casos ni se derive innecesariamente constituye un problema clínico para el que es necesario contar con la participación activa de los médicos. No habrá buena Medicina sin continuidad y eficiencia en la atención sanitaria, sin objetivos comunes, sin conocimiento mutuo A.P./A.E. y sin el establecimiento conjunto de pautas de actuación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aranaz, J. y Buil, J. A. (1996): Gestión sanitaria: acerca de la coordinación entre niveles asistenciales, *Medicina Clínica*, n.º 106, págs. 182-184.
- Cabasés, J. (1995): Contratos de servicios en el sistema sanitario, en: Asociación de Economía de la Salud (dir.): *Instrumentos para la gestión en Sanidad*, Barcelona: SG editores; págs. 124-166.
- Carey, T.; Garrett, J.; Jackman, A.; McLaughlin, C.; Fryer, J. y Smucker, D. et al. (1995): The outcomes and costs of care for acute low back pain among patients seen by primary care practitioners, chiropractors, and orthopedic surgeons, *New England J Medicine*, n.º 333, págs. 913-7.
- Chassin, M.; Hannan, E. y DeBuono, B. (1996): Benefits and hazards of reporting medical outcomes publicly, *New England J Medicine*, n.º 334, págs. 394-398.
- Freire, J. M. (1996): *Problemas y reformas de la sanidad española: una aproximación crítica*. Seminario sobre el Futuro del Estado del Bienestar, Universidad Internacional Menéndez y Pelayo, Barcelona, 15-16 de julio, mimeo.
- Glennerster, H. y Matsaganis, M. (1993): The UK health reforms: The fundholding experiment, *Health Policy*, n.º 23, págs. 179-191.
- Ibern, P.: Subastas de contratos de franquicia e incentivos: una aplicación a la atención primaria de salud, *Hacienda Pública Española*, en prensa.
- Klein, B.; Crawford, R. y Alchian, A. (1994): Integración vertical, rentas apropiables y el proceso competitivo de contratación (1978), en Putterman, L. (ed.): *La naturaleza económica de la empresa*, Madrid: Alianza, 1994, págs. 287-310.
- López Casanovas, G. (1996): Algunas consideraciones acerca del ajuste por riesgo en la financiación sanitaria, en Puerta, Ruiz, Vilanova (eds): *Sanidad privada; ¿cuál será el próximo acto?* Madrid, editorial Noesis; págs. 41-60.
- Martín J. (1996): Cambios en la regulación del sistema sanitario público español: incentivos y eficiencia, en Meneu R. y V. Ortún (dirs.): *Política y gestión sanitaria: la agenda explícita*, Barcelona: SG editores y Asociación de Economía de la Salud; págs. 177-217.
- Milgrom, P. y Roberts, J. (1993): *Economía, Organización y Gestión*, Barcelona, Ariel.
- North, D. (1990): *Institutions, Institutional Change and Economic Performance*, Cambridge University Press.
- Ortún, V. y Gervas, J. (1996): «Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria», *Medicina Clínica*, n.º 106, págs. 97-102.
- Planes, A. (1996): Atención primaria: futuro apasionante, *JANO* 27, septiembre-3, octubre; n.º 1.181, pág. 9.

- Pomar, J. M.ª (1996): Opiniones sobre las relaciones entre niveles asistenciales desde la experiencia de una Gerencia de atención primaria, Libro de ponencias del *III Seminario de Gestión Sanitaria, Escuela Andaluza de Salud Pública*, Granada, 7-8 de noviembre.
- Puig, J. y Dalmau, E.: Market structure and hospital efficiency: evaluating potential effects of deregulation in a national health service, *Review of Industrial Organization*, en prensa.
- Robinson, J. y Casalino, L. (1996): Vertical integration and organizational networks in health care, *Health Affairs*, n.º 15(1), págs. 7-22.
- Robinson, J. (1996): The dynamics and limits of corporate growth in health care, *Health Affairs*, n.º 15(2), págs. 155-169.
- Starfield, B. (1994): Is primary care essential? *The Lancet*, n.º 344, págs. 1.129-1.133.
- Teniente, J. M. (1996): La integració dels diferents àmbits de salut i assistència, *Revista del Consorci Hospitalari de Catalunya*; año VII, n.º 24 (octubre), págs. 5-6.
- The Economist* 22-28 marzo 1996 (edición del Reino Unido). GP Fundholding. Too little change.
- Ventura, J. (1994): *Análisis competitivo de la empresa: Un enfoque estratégico*. Madrid, Cívitas.
- Zweifel, P.; Eichenberger, R. (1992): The political economy of corporatism in Medicine. Self-regulation or cartel management? *J. Regulatory Economics*, n.º 4, págs. 89-108.

ABSTRACT

The development of awareness and technology, the manner of organizing and financing health care services, and the power of distinct professional groups delineate the limits of primary, specialized, and social services. Technology influences the suitability of the place where services are rendered, as well as the combination of resources and skills which best resolve a problem. From tuberculosis to peptic ulcers or kidney failure, changes in technology have given rise to level shifts. The speed by which resources are reallocated between levels varies inversely with system flexibility and the rate of change between «habitual suppliers».

This article focuses on the explicatory factors of the articulation between primary and specialized care. The first part analyzes the institutional factors, while the second examines the technological ones. The economic perspective is developed in the third part and the health care perspective in the fourth. Both perspectives are applied to the Spanish situation so that conclusions can be drawn in the fifth and final part.

Key words: health economics, efficiency, technological innovation, organizational innovations, transaction costs.