

**Muestra para utilización docente del capítulo 7 de V Ortún (dir): Gestión Clínica y Sanitaria. De la práctica diaria a la academia, ida y vuelta. Barcelona: Masson, 2003**

EL ENCAJE ORGANIZATIVO DE LA GESTIÓN CLÍNICA.....	2
<b>Escaso conocimiento sobre como encajar la Gestión Clínica .....</b>	<b>2</b>
<b>Diversas formas de articular niveles asistenciales.....</b>	<b>3</b>
Mejoras parciales: Profesionalismo voluntarista .....	4
Contratos de cooperación entre niveles (integración virtual), alianzas estratégicas y proyectos conjuntos .....	5
Integración.....	5
Sobre la mejor forma de articular los niveles asistenciales y el papel de la atención primaria .....	6
<b>Desburocratización de la gestión pública .....</b>	<b>8</b>
Fundamentos y limitaciones de la descentralización organizativa. ....	8
Competencia pública, antídoto de acompañamiento a la desburocratización .....	11
Autonomía para la gestión de los recursos humanos en Sanidad .....	12
Interfaz público-privado:¿Proveedores <i>segregados</i> o <i>combinados</i> ? .....	14
<b>Trabajo por cuenta propia.....</b>	<b>16</b>
<b>Capacitación de las organizaciones sanitarias sin finalidad lucrativa.....</b>	<b>17</b>
<b>Reivindicación de la planificación.....</b>	<b>18</b>
<b>Prevención cuaternaria de los “www” .....</b>	<b>20</b>
<b>Financiación capitativa .....</b>	<b>22</b>
Resistencias a la financiación capitativa .....	22
Presupuestos capitativos y ajuste de riesgos.....	23
Transferencia efectiva del riesgo a <i>compradores</i> democráticamente controlados .....	26
<b>Sistemas de información.....</b>	<b>27</b>
<b>Recapitulación.....</b>	<b>27</b>
<b>Cuadros y figuras.....</b>	<b>30</b>
<b>Bibliografía .....</b>	<b>37</b>

Capítulo del libro:

**GESTIÓN CLÍNICA Y SANITARIA**  
De la práctica diaria a la academia, ida y vuelta

## **EL ENCAJE ORGANIZATIVO DE LA GESTIÓN CLÍNICA**

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

Los encajes abordables de la gestión clínica, último capítulo del libro, tratan de basarse en lo visto hasta el momento, particularmente en el capítulo anterior. En el aspecto de *coordinación* se centrarán en la articulación entre niveles asistenciales. En el otro aspecto esencial, el de *incentivación*, la atención se focaliza en la desburocratización de la gestión pública, la utilización de los incentivos de la propiedad y los beneficios donde sea posible, y en el *aggiornamento* y capacitación de las organizaciones sanitarias sin finalidad lucrativa. Estos engarces de la gestión clínica reclaman el buen uso de la planificación sanitaria, llaman a la prevención *cuaternaria* de los excesos, aconsejan formas capitativas de financiación, e inversión acelerada en sistemas de información. Se acaba con una recapitulación y se inicia dejando constancia del poco conocimiento existente sobre el tema.

### ***Escaso conocimiento sobre como encajar la Gestión Clínica***

Así como sobre las bases de la GC, la medicina basada en la evidencia, existe un conocimiento satisfactorio pese a sus múltiples limitaciones<sup>1</sup>, no puede decirse lo mismo acerca del conocimiento acerca de la eficiencia de la GC y, menos todavía, en relación a cómo impulsarla.

Algunas revisiones sistemáticas del *Cochrane Effective Practice and Organization of Care Group* informan acerca de la efectividad diversas intervenciones –que como el pago por objetivos en AP, los audits, o las intervenciones educativas- podríamos vincular con el encaje organizativo de la gestión clínica (Bernal, 2002), pero habrá que actuar con un limitado conocimiento de cómo impulsarla por varias razones:

- en gestión los experimentos son prácticamente inexistentes, los experimentos naturales escasean y casi toda la evidencia proviene de estudios observacionales,

---

<sup>1</sup> Peiró (2002) para un profundo y exhaustivo análisis de las limitaciones de la MBE.

- la cultura, contenido y contexto de la gestión difiere radicalmente de la cultura, contenido y contexto de la clínica tal como se ha indicado en la presentación,
- proceder por ensayo y error evita, en cualquier caso, la parálisis por el análisis.

La plasmación organizativa de la gestión clínica se facilita con sendos grupos de actuaciones sobre *coordinación* y sobre *incentivos*. Actuaciones que al no producirse espontáneamente -pues apenas existe competencia 'darwinista' que propicie la evolución hacia formas organizativas más eficientes<sup>2</sup>- han de resultar de la actuación política y gestora.

La intensa *coordinación* requerida entre actividades sanitarias proporciona el principal impulso a la necesaria articulación entre niveles asistenciales para conseguir calidad en el sistema sanitario. Consideraremos tres formas de conseguir esta articulación:

- mejoras parciales,
- contratos de cooperación entre niveles (integración virtual), alianzas estratégicas y proyectos conjuntos ,
- integración.

El que predominen unas u otras dependerá del equilibrio que ofrezcan los costes de producción y los costes de transacción analizados en la primera parte de este capítulo.

La segunda dimensión, la de los *incentivos*, puede acomodarse a través de:

- la desburocratización de la gestión pública,
- el empleo del estímulo del trabajo por cuenta propia cuando esté indicado,
- la capacitación de las organizaciones sanitarias sin finalidad lucrativa.

Ambas dimensiones, la de *coordinación* y la de *incentivación* se facilitan:

- reivindicando la planificación (contra los excesos de oferta),
- fomentando la prevención 'cuaternaria' de los 'www' (contra los excesos de demanda),
- introduciendo la financiación capitativa,
- apoyándose en unos sistemas de información.

### ***Diversas formas de articular niveles asistenciales***

La articulación entre niveles asistenciales puede variar desde su práctica inexistencia hasta la integración real de todos los niveles asistenciales en una misma organización sanitaria. Al igual que *no siempre* prevenir es mejor que curar, tampoco *integrar niveles asistenciales superará sistemáticamente al funcionamiento no integrado*.

---

<sup>2</sup> El darwinismo puede resultar admisible en el sector privado pero no en el sector público. Aunque ha tenido su papel en sistemas sanitarios como el de Estados Unidos en temas como la reorientación hacia la atención primaria y la atención sanitaria gestionada. La regulación, y la ejecución de esa regulación por la política sanitaria, han de propiciar estos cambios.

La respuesta a la pregunta de ¿hasta dónde integrar? se facilita si se aborda de forma análoga al tradicional dilema ¿comprar o producir? Sobre el papel el óptimo se consigue minimizando la suma de los costes de producción y los costes de transacción que hemos definido en el capítulo anterior. Una mayor integración comportará:

- Variación en las economías de escala y de gama (el que sea favorable es una cuestión fundamentalmente empírica).
- Mayores costes de transacción: crecientes dificultades para motivar, pérdida de flexibilidad, y amplio campo para las actividades de influencia<sup>3</sup>.
- Coordinación y mantenimiento de información privada más fácil.
- Mayor capacidad para invertir en activos específicos a la relación<sup>4</sup>.
- Consecución de poder político –para negociar- y de poder de mercado a través de una mayor concentración en los mercados geográficos.

El abanico de posibilidades va desde las mejoras parciales en la articulación entre niveles a la integración total pasando por los contratos de cooperación, las alianzas estratégicas y los proyectos conjuntos.

### **Mejoras parciales: Profesionalismo voluntarista**

Mejoras parciales que parten de la interiorización de que “No habrá buena medicina sin continuidad y eficiencia en la atención sanitaria, sin objetivos comunes, sin conocimiento mutuo entre atención primaria y atención especializada y sin el establecimiento conjunto de pautas de actuación” (Ortún 1998). El cuadro 1 recoge una serie de propuestas para la mejora de la coordinación entre niveles dentro de lo que puede considerarse profesionalismo voluntarista.

#### *cuadro 1 por aquí*

La importancia de muchas de las propuestas, que contiene el cuadro 1, estriba en que pueden suponer un cierto cambio cultural en un sector tan profesionalizado como el de los servicios sanitarios. El que habitualmente se desarrolle mayor lealtad y sentimiento de pertenencia en relación a la especialidad que se practica que respecto a la organización en que se trabaja expresa esa cultura, resistente al cambio, que las normas clínicas vertebran.

En efecto, las *normas clínicas* son el conjunto de formas de proceder que una profesión estima aceptables así como su correspondientes mecanismos – formales e informales- para hacerlas cumplir. Estas normas clínicas afectan a la manera de ejercer una profesión con relativa independencia de decisiones políticas y gestoras y resultan ambivalentes: Por un lado facilitan la coordinación entre los miembros de un colectivo; por otro, con su inercia, pueden retrasar la respuesta a los cambios sociales (tecnológicos,

---

<sup>3</sup> Tareas no productivas a través de las cuales los empleados de una organización pretenden obtener beneficios –presupuestarios, de personal, de funciones asignadas- influyendo sobre los responsables de esas decisiones que implican una distribución de beneficios y costes entre las distintas unidades (hacer pasillos, intrigar, organizar coaliciones...).

<sup>4</sup> A mayor especificidad menor es el valor de un activo –un conocimiento, una instalación- en su mejor uso alternativo.

epidemiológicos, demográficos...). Una de estas respuestas pasa por una mayor articulación entre niveles asistenciales –con reasignación de recursos entre ellos incluida- lo cual erosiona los vestigios gremiales de la actual organización sanitaria.

### **Contratos de cooperación entre niveles (integración virtual), alianzas estratégicas y proyectos conjuntos**

El desempeño profesional implica el desarrollo de múltiples tareas y cabe esperar mayor preferencia por unas que por otras. La falta de atractivo intelectual de algunas tareas, el que no formen parte habitual de lo se ha considerado trabajo profesional, o que tengan un beneficio difícil de visualizar o un beneficio que recaerá en otros profesionales...constituyen razones que pueden darse para que algunas tareas queden relegadas a un segundo plano. La manera de impulsar esas tareas, que tienden a quedar preteridas, sería compensarlas en función del coste del esfuerzo que su realización implica. Desafortunadamente sabemos poco acerca de la medición del coste del esfuerzo y difícilmente podremos operar con una variable que no sabemos medir. Queda una salida: el ensayo y error.

Un contrato de cooperación debe incentivar aquellas tareas útiles para el conjunto y que el nivelcentrismo, o la cultura profesional, relega. Estos contratos de cooperación, a medio camino entre el profesionalismo voluntarista y la integración, pueden vestirse como alianzas estratégicas o como proyectos conjuntos.

En las alianzas estratégicas, dos o más organizaciones acuerdan colaborar en un proyecto o compartir información o recursos productivos. La confianza y la renegociación permanente caracterizan a las alianzas estratégicas.

En los proyectos conjuntos –*joint ventures*- dos o más organizaciones poseen conjuntamente una nueva organización independiente.

### **Integración**

La integración de todos los niveles asistenciales en una organización sanitaria -la integración vertical entre niveles asistenciales- da lugar a una red coordinada de servicios que proporcionan la longitudinalidad asistencial a una población determinada sobre cuya salud se tiene responsabilidad y cuyos consumos sanitarios implican un riesgo financiero.

La integración como proceso se inicia formalmente en el momento que se fusionan entidades de atención primaria, especializada, sociosanitaria y mental. El que se culmine con éxito requiere conseguir que:

- las potenciales economías de escala y gama se plasmen,
- los costes de transacción no se disparen y,
- se produzca una cierta fusión cultural,

lo que supondrá poner en práctica bastantes de las medidas sugeridas, anteriormente, como *mejoras parciales* y destinadas a fomentar el conocimiento mutuo, las pautas comunes de actuación, los objetivos compartidos...

## **Sobre la mejor forma de articular los niveles asistenciales y el papel de la atención primaria**

No existen fórmulas mágicas ni soluciones universales. Puede recurrirse a algunos resultados empíricos, con todas sus limitaciones de validez externa, y, sobre todo, a la lógica. Entre los resultados empíricos destacan los referidos a Estados Unidos, país que durante la década pasada vivió una mayor integración asistencial, valorada –en general- de forma favorable<sup>5</sup>.

Debe señalarse que una integración capitaneada por los hospitales de agudos puede retardar 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 refuerzo del papel de la atención primaria no sólo como puerta de entrada (portero) del sistema sino como gestor de la utilización sanitaria. Dar poder de compra a la atención primaria sobre la atención especializada programable constituye un paso en esta dirección.

En el contexto europeo una mayor orientación hacia la atención primaria parece mejorar la eficiencia de los sistemas sanitarios y facilitar la articulación entre niveles. Con una capacidad resolutoria del estilo de la que presenta la atención primaria en el Reino Unido, Dinamarca u Holanda, resulta mucho más fácil para este nivel asistencial jugar el papel coordinador para el que, a priori, está más capacitado que cualquier otro nivel. Se evita también así los inconvenientes de articulaciones propiciadas con intereses hospitalo-centristas.

En España la atención primaria asiste al progresivo recorte de franjas etarias (pediatría, geriatría en un futuro), enfermedades (sida, anticoagulación), funciones (prevención secundaria), actividades (atención al embarazo y parto sano, atención a la mujer menopáusica) sin el poder que una cierta capacidad de compra de atención especializada programable le conferiría (Gérvas et al 2001; Minué et al 2002).

Los apriorismos sobre la conveniencia de integrar se han comprobado con diseños caso-control en algunas ocasiones. Así, por ejemplo, entre asistencia sanitaria y social a personas en las que concurren enfermedades crónicas con falta de autonomía personal (Bernabei et al 1988). Pero, como recuerda Casado (2002), el disponer de esa evidencia no exime el revisar –para cada circunstancia- en cuantas personas–viviendo en su domicilio; para los institucionalizados existen ya medidas de clasificación de pacientes- concurren enfermedades crónicas con falta de autonomía personal: Su número ayudará a contraponer beneficios de la integración con los costes de transacción que aquella pueda comportar. El problema se torna, pues, más fino: no se trata de si se integran o no se integran –en este caso- los servicios sociales y sanitarios, sino de establecer claramente cuáles son los subgrupos de población que podrían beneficiarse de una integración<sup>6</sup>.

---

<sup>5</sup> Véanse, por ejemplo, los trabajos de Stephen Shortell.

<sup>6</sup> La precisión anterior serviría también para reforzar propuestas como la de Pané y Vargas (2002) que preconiza la creación de un modelo de gestión en el ámbito local que integre la

Diversas investigaciones han intentado identificar facilitadores e inhibidores de la articulación entre niveles asistenciales. Parece deseable la conjunción de tres tipos de poderes: *poder político-normativo* para estimular la articulación (por ejemplo para pasar a la financiación capítativa que se comenta más adelante), *poder incentivador* que propicie la interdependencia entre los actores, y *poder de integración* para facilitar el cambio cultural y la cooperación entre niveles.

A título meramente ilustrativo se describe una experiencia de España evaluada con un somero diseño antes-después.

### Servicios de Salud Integral del Baix Empordà<sup>7</sup>

Esta comarca, de 105.000 habitantes y 700 Km<sup>2</sup>, tiene integrados bajo propiedad única la práctica totalidad de niveles asistenciales, sanitarios y sociosanitarios. Durante los meses de verano la plantilla habitual aumenta en un 25% para atender a los desplazados.

El Baix Empordà ha ido evolucionando hacia una gestión totalmente integrada apoyándose en:

Primero. Una organización sin divisiones por líneas. El organigrama, en vigor desde mediados del 2001, establece una sola dirección asistencial. Se creó también una nueva dirección operativa que engloba logística, compras, seguridad y apoyo, en general, a la actividad asistencial. Una tercera dirección se encarga de sistemas de información, evaluación y gestión de la investigación. Las direcciones de las áreas básicas de salud dependen de la unidad médica –junto con Medicina Interna y sus especialidades, la atención a crónicos y la rehabilitación- y tienen responsabilidad funcional sobre todas las actividades del ABS: pediatría, atención a la mujer, urgencias, etc.

Segundo. Un sistema de información integrado que ya ha incorporado un conjunto de características interesantes:

- única base de datos de usuarios,
- citaciones de visitas recíprocas entre AP y AE,
- consulta en tiempo real, desde cualquier centro de atención de urgencias, de la situación de otros centros,
- petición de pruebas complementarias en origen,
- historia clínica informatizada que incluye la gestión de las prescripciones de farmacia y de la incapacidad transitoria, consultable desde cualquier punto del sistema.

Tercero. Un cambio, aunque piloto, en los sistemas de financiación. La disparidad habitual entre una financiación del hospital según actividad ajustada por estructura y complejidad, con un techo, y una financiación de la AP según estructura –al margen de actividad y capacidad resolutoria- perjudicaba la necesaria orientación hacia la AP que la integración implicaba. De ahí que el

---

atención primaria, los servicios sociales así como los programas de salud pública y promoción de la salud que desarrollan muchos municipios.

<sup>7</sup> Basado en Coderch de Lassaletta J (2002).

Baix Empordà fuera uno de los proponentes del sistema de financiación capitativa que ahora se está aplicando, con carácter piloto, en cinco territorios de Cataluña.

Las primeras evaluaciones antes-después, comparadas con la evolución en el resto de la provincia de Girona, parecen indicar mejoras de efectividad y eficiencia:

- La interconexión entre la atención continuada en AP y las urgencias hospitalarias ha provocado la contención, incluso disminución de éstas, pero, sobre todo ha mejorado su adecuación: disminuyen quienes acuden por iniciativa propia y llega al 25% -año 2000- el porcentaje de pacientes derivados a urgencias hospitalarias.
- Mejora la atención a enfermos crónicos (EPOC), la calidad de la prescripción farmacéutica y disminuye el número de hospitalizaciones evitables (diabetes y neumonía).

## ***Desburocratización de la gestión pública***

### **Fundamentos y limitaciones de la descentralización organizativa.**

Como es sabido, las organizaciones burocráticas caracterizan al sector público en Sanidad aunque no sean exclusivas de éste. Define a la organización burocrática la centralización de las decisiones, lo que conlleva estructuras jerárquicas, habitualmente acompañadas de otros rasgos como puedan ser: la especialización funcional, la existencia de mercados internos laborales, la reglamentación detallada de procedimientos, la presencia de funciones de producción ambiguas, la dificultad para medir el rendimiento, o el carácter funcional del vínculo que une a los empleados y la organización. En suma, rígidos sistemas de decisión que responden lenta e ineficazmente a las demandas de cambio y adaptación.

Unas organizaciones burocráticas que eran adecuadas para conseguir economías de escala en condiciones de producción en serie, se vuelven inadecuadas cuando el conocimiento gana importancia como factor productivo y la demanda se vuelve más sofisticada. En estas circunstancias el problema organizativo fundamental (*coordinar y motivar*) pasa a ser el de situar la capacidad decisoria allá donde está la información específica y costosa de transmitir. Esto es: transferir capacidad de decisión.

Transferir capacidad de decisión implica no sólo delegar, sino también alterar en consonancia los sistemas de medir el desempeño e incentivar a los integrantes de un centro sanitario. La arquitectura organizativa queda así asentada en un trípode: asignación de derechos de decisión, sistemas de medida del rendimiento, y sistemas de incentivos. Se trata con ello de:

- Vincular autoridad y responsabilidad. Quien toma las decisiones ha de tener motivos (incentivos) para adoptar aquellas más correctas para la organización. Toda organización tiene su sistema de incentivos, explícito o implícito.
- Mantener la coordinación. A mayor delegación, mayor necesidad de proporcionar información e incentivos a quienes deciden para que las diferentes actuaciones resulten consistentes entre sí. Las decisiones pueden

no ser consistentes por falta de información o por comportamientos oportunistas. Hay que insistir en que las organizaciones sanitarias se caracterizan por la necesidad de una coordinación muy intensa. Gestionar una organización supone coordinar y motivar a sus miembros para conseguir unos objetivos. Respecto a la coordinación debe recordarse que la calidad de un sistema sanitario (medida, como hemos dicho, por sus indicadores de salud, la supervivencia de los enfermos diagnosticados de cáncer, la tasa de complicaciones graves de la diabetes, la prevalencia de resistencias bacterianas, la incidencia de enfermedades innecesariamente prematuras y sanitariamente evitables...) no se consigue sumando calidades de los centros.

- Disponer de personas formadas en las que pueda delegarse.

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.

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 y, en suma, a través de rígidos sistemas de decisión que responden lenta e ineficazmente a las demandas de cambio y adaptación.

La descentralización se identifica con los siguientes rasgos:

- Desagregación en unidades manejables;
- Medidas explícitas sobre objetivos, resultados, costes e impacto sobre el bienestar;
- Gestión profesional activa y discrecional, controles presupuestarios menos específicos y orientados a la evaluación *ex post* con atribución clara de responsabilidades.

#### Descentralización organizativa y tecnologías de la comunicación y la información

Las TCI afectan indudablemente al grado óptimo de descentralización. Un fax, o Internet, hubieran convertido en prescindibles a los virreyes imperiales. En la actualidad tanto la mayor compatibilidad emisor-receptor, la codificación de la información, y el aumento de capacidad en los canales de conexión, permiten centralizar, por ejemplo, la interpretación de los diagnósticos por imagen (con substanciales economías de escala y aprendizaje).

Una parte importante del conocimiento clínico continuará siendo idiosincrático y difícilmente codificable lo que hace costosa su transmisión. Los servicios personales, por otra parte, ni se almacenan ni se exportan: han de producirse localmente lo cual, junto con la observación anterior, continua abogando por una descentralización, eso sí en centros que la tecnología habrá redefinido.

### Descentralización limitada por la dificultad de desagregar el sector público

Para poder aislar actividades de forma que hagan viable la descentralización, los objetivos establecidos en la *misión de la organización* han de ser claros (no ambiguos), definibles y estables en el tiempo de forma que la decisión de *gobierno* y la ejecución operativa de tal decisión queden claramente separadas. De ahí las mayores dificultades de su aplicación en el sector público.

Bien es cierto que algunas actividades públicas como la de prisiones pueden ser aisladas horizontalmente (de las prestaciones sanitarias, por ejemplo) pero está menos claro que puedan aislarse verticalmente del proceso político. Y no sólo por la resistencia de los políticos a ceder control, sino por el carácter iterativo de la formulación de políticas con lo que tiene de aprendizaje continuo y reelaboración permanente en un proceso de recogida de información, formulación de alternativas, toma de decisión y retroalimentación sobre los efectos observados.

### Descentralización limitada por la dificultad de medir el desempeño

La dificultad en la medida del desempeño -segunda pata del trípode organizativo- impide alterar la tercera -la de los incentivos- en consonancia con el cambio habido en la primera pata al descentralizar derechos de decisión.

La intensidad (potencia, fuerza...) de los incentivos depende -inversamente- de la calidad de la medida del desempeño y de la aversión al riesgo del agente, y -directamente- de la contribución del desempeño del agente a los resultados de la organización y de la sensibilidad del desempeño a los incentivos. Sólo tendrá sentido ofrecer incentivos individuales a quien pueda controlar el ritmo y calidad de su trabajo, y con una intensidad proporcional a la sensibilidad del esfuerzo a los incentivos. Cuando el trabajo de una persona dependa de un equipo (producción de equipo mayor que la suma de las producciones de cada componente por separado) habrá que pensar en ofrecer un incentivo basado en el desempeño conjunto del equipo.

El desempeño puede tener muchas dimensiones y cada una de ellas muchos modos de medida. Lo que se mida y recompense es lo que se pretenda mejorar. La potencia (fuerza) de los incentivos depende de lo bien que se mida la actuación. Incentivos fuertes, con efectividad, requieren una buena medida del desempeño.

Los servicios sanitarios se caracterizan por producirse en condiciones de fuerte asimetría en la información y tener varias dimensiones, muchas no mensurables. La calidad constituye una de estas dimensiones que, de entrada, admite muchas definiciones (clínica, técnica, social...). Estas características hacen coherentes a los incentivos de baja potencia dada la ausencia de soluciones fáciles para los problemas de incentivación: No sirve la persecución del lucro, sin correcciones, ya que cortocircuita las decisiones clínicas en interés del paciente. Desafortunadamente, la persecución de objetivos distintos al del lucro (comodidad, ocio, interés intrínseco del trabajo...) -en esquemas burocráticos- también cortocircuitan la debida consideración a los intereses del paciente.

En algunos casos, esta dificultad de medir el producto está en la base de la persistencia de organizaciones burocráticas, no descentralizadas, tanto en organizaciones públicas como privadas. Resulta aplicable aquí la reflexión de Salas (1998) 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). Si se utiliza un criterio equivocado para medir el desempeño los resultados pueden ser peores que si no se establecieran incentivos explícitos. Peor todavía que tratar igual a los desiguales es tratar desigualmente sobre bases sistemáticamente equivocadas.

Otros límites a la descentralización relacionados con las dificultades en la medida del rendimiento se derivan de:

- El efecto trinquete, revisión de los objetivos a conseguir en base al mejor comportamiento observado lo cual, una vez anticipado, frena el entusiasmo productivo.
- Los problemas de linealidad: el avance se torna, con frecuencia, más difícil cuando el objetivo está próximo. Ello hace conveniente considerar el grado de proximidad al objetivo.

Existen vías, investigadoras y gestoras, para avanzar en la medida del desempeño; la objeción de su dificultad no resulta invalidante. Los gestores, no obstante, deben huir de la *Alexitimia*, esa tendencia mental a adquirir compromisos imprudentes lanzando promesas que no pueden cumplir (del Alexis de Marguerite Yourcarnar<sup>8</sup>).

#### Descentralización limitada por...la incapacidad para descentralizar

En España, y tal como señala Matesanz (2001), “resulta, cuando menos, contradictorio iniciar un proceso intrahospitalario de descentralización, autonomía y transferencia de riesgo a los servicios o unidades para al mismo tiempo negarle esas posibilidades al hospital donde se asientan”.

Esta incapacidad para descentralizar supone una clara negación de la autonomía de gestión. Sin autonomía de gestión la discrecionalidad no se ejerce y, como Guillem López (2002) recuerda, no se puede argumentar eficiencia ni apelar a la competencia interna regulada (siguiente epígrafe). Lo peor, no obstante, desde el punto de vista del encaje de la gestión clínica – objeto de este capítulo - se deriva de la incapacidad para alterar los sistemas de contratación, promoción, formación y remuneración de personal, a los que volvemos inmediatamente después del siguiente epígrafe.

#### **Competencia pública, antídoto de acompañamiento a la desburocratización**

La competencia pública que revela información sobre actividad y costes permite mejorar la eficiencia técnica pero reclama, en la mayor medida posible:

---

<sup>8</sup> “No te pide perdón por marcharme, sino por haberme quedado tanto tiempo. Contraje compromisos imprudentes y la vida se encargó de protestar.”

- Medidas válidas de desempeño (resultados). A peor medida del desempeño menos control externo y mayor necesidad de regular/gestionar la competencia.
- Conocimiento de costes.
- Situar a los proveedores a cierto riesgo. La actual tendencia a gestionar directamente una parte de los servicios sanitarios y concertar otra parte - integración vertical parcial entre financiación y producción- permitirá comparar diferentes soluciones organizativas siempre que pueda situarse a cierto riesgo a los proveedores de servicios sanitarios. Y ahí están los tímidos avances en la línea de dotar de cierta autonomía a los centros sanitarios y educativos e intentar que los estatutos de personal no imposibiliten las reformas organizativas que se precisan para adaptarse a los notables cambios demográficos, tecnológicos, sociales y epidemiológicos que no paran de producirse.
- Flexibilizar las relaciones funcionariales, estatutarias o laborales.
- Homogeneizar la capacidad de gestión de todos los agentes productores de forma que nadie quede con las manos atadas a la espalda. Cuando la homogeneización no sea posible porque los productores públicos tienen unas servidumbres de las que carecen los productores privados habrá que ajustar debidamente por estas circunstancias no imputables a diferentes eficiencias de gestión.

Si bien la conveniencia de flexibilizar la producción pública - y de no garantizar la inmortalidad a organización alguna - suscita cierto consenso como motivo justificativo de la introducción de competencia –por comparación al menos- mediante la separación entre financiación y producción de servicios del Estado del Bienestar, otras razones, normalmente aducidas, para la separación financiación/producción –como la de que rebaja costes- no se comparten.

### **Autonomía para la gestión de los recursos humanos en Sanidad**

Las diversas profesiones, clínicas o no, que trabajan en el sector sanitario se caracterizan por una elevada cualificación, necesidad de coordinación, ejercicio de discrecionalidad responsable, y ostentación de la responsabilidad clave del funcionamiento del sector, pues son esos profesionales –bajo restricciones políticas y gestoras- quienes con sus decisiones determinan los índices de funcionamiento (*performance*) del sistema sanitario en sus dimensiones más relevantes (calidad, satisfacción del usuario, efectividad, accesibilidad, eficiencia...).

No puede tolerarse la arbitrariedad (nepotismo, enchufismo...) pero tampoco hay que sacrificar la discrecionalidad en el intento de atajarla. No es difícil caer en arbitrariedades cuando no se soportan las consecuencias –económicas, penales- de esas arbitrariedades. Difícil será encontrar arbitrariedades cuando quien decide una contratación o una promoción ha de sufrir las consecuencias de la misma; el uso discrecional de la autonomía de gestión, con su responsabilidad correspondiente, lleva a elegir el número y composición de profesionales más adecuado.

#### España como ilustración

Algunos datos de partida:

- desproporción entre ciertas profesiones clínicas: ratio enfermería/medicina cercano a 1; bajo porcentaje de médicos de familia sobre el total de médicos...y no por insuficiencia de médicos de familia,
- número comparativamente elevado de algunos profesionales (médicos),
- entorno burocrático de remuneración fija,
- escasas perspectivas –en general- de carrera profesional,
- nivel de remuneración aparentemente bajo, pero sobre el que resulta difícil manifestarse sin ajustar, como mínimo, por paridad de poder adquisitivo, calidad del trabajo y número de horas trabajadas,
- composición rígida de plantillas en AP (1 pediatra por 3 médicos de familia por ejemplo) y algo más de laxitud en AE que, no obstante, puede premiar alguna forma de ineficiencia que se traduzca en listas de espera.
- existencia de capacidad humana no utilizada en bastantes centros,
- admisión generalizada del ejercicio simultáneo público y privado<sup>9</sup>, que “conlleva, no sólo a una confusión de intereses, sino a problemas de selección de pacientes, inducción de demanda y desplazamientos del esfuerzo clínico hacia las actividades más rentables del ámbito privado” (Martín, 2002).

Ningún acontecimiento reciente parece que vaya alterar el *statu quo*. Tanto los concursos para funcionarizar a quién no lo estuviera como los diversos acuerdos suscritos por las comunidades autónomas, tras la generalización de las transferencias, consolidan la situación. En efecto, se han aumentado retribuciones, se incrementan plantillas directa o indirectamente (aplicación de la jornada semanal de 35 horas o reducción de tarjetas por facultativo) sin contrapartida alguna –en calidad, rendimiento- ni intento de corrección de deficiencias.

Coincidimos con Martín (2002) cuando señala cómo se gastan importantes recursos políticos y sindicales en criticar experiencias de nuevas formas de gestión y precisaríamos más su recomendación de coordinar las políticas laborales y retributivas de los distintos servicios autonómicos de salud. Está claro que se han erigido barreras innecesarias y perjudiciales tanto para el conveniente mestizaje social como para la necesaria circulación de profesionales; en este campo la coordinación debería servir para homogeneizar. En el ámbito de las condiciones de trabajo, la coordinación debería servir, en cambio, para estimular la heterogeneidad y evitar una *homogeneidad* injusta y, claro, al alza, comparándose con quien esté mejor en cada momento.

El ingrediente clave para encajar organizativamente la gestión clínica pasa por dotar a los centros sanitarios de capacidad para alterar los sistemas de contratación, promoción, formación y remuneración de personal. Cualquier centro que soporte un cierto riesgo tendrá interés en acertar en:

- Selección. Conocimientos, habilidades y actitudes en función del puesto. Sobre todo actitudes, más difícilmente mejorables (un pediatra a quien no le gustan los niños) que conocimientos y habilidades.

---

<sup>9</sup> Andalucía propone, en el momento de redactar estas líneas, la incompatibilidad para jefes de sección y jefes de servicio.

- Tamaño de plantilla. La cantidad está relacionada con la remuneración. Trabajando más y mejor se necesita menos personal, y, ceteris paribus, la repercusión del coste laboral por proceso asistencial resulta menor para un mismo volumen de masa salarial (menores cargas sociales, menores gastos de administración, de supervisión...).
- Composición de la plantilla. Dentro de los grandes ámbitos profesionales quien ha de contratarse es aquel que ofrezca mayor capacidad resolutive (cociente entre efectividad y costes).
- Promoción: Carreras *horizontales* ya que no siempre la buena ejecutoria profesional capacita para una dirección ni tampoco la mejora profesional ha de pasar por una dirección.
- Remuneración: Con niveles adecuados no resulta difícil introducir algún componente variable ligado a calidad y consecución de resultados por parte del grupo. Algo puede aprenderse de diversas experiencias (Grignon 2002).
- Exclusividad. ¿Conviene emplear personas para trabajar en la organización...y en su competencia? Otro tema, al que volvemos inmediatamente, es el de si conviene suplementar la financiación pública de los centros sanitarios con fondos procedentes de otras fuentes: financiación privada, mecenazgo, docencia, investigación y consultoría.
- Formación. Parte difícil por hallarse actualmente la formación continuada de bastantes profesionales sanitarias financiada predominantemente por la industria farmacéutica.

### **Interfaz público-privado: ¿Proveedores *segregados* o *combinados*?**

En los extremos las organizaciones sanitarias pueden aparecer *segregadas* o *combinadas*.

La primera posibilidad pasa por segregar la provisión pública con financiación pública de la provisión privada con financiación privada. Existen así dos sistemas: uno público puro (financiación y producción pública) y uno privado puro (financiación y producción privada).

La segunda posibilidad implica combinar la financiación pública y privada en proveedores públicos o privados. Estos proveedores, con independencia de su propiedad y forma jurídica, suministran servicios contratados tanto por financiadores públicos como por financiadores privados.

Cada alternativa tiene sus ventajas e inconvenientes, algunos de los cuales se mencionan a continuación. Un sistema *segregado* hace que:

- Diferentes proveedores compitan por los mismos recursos escasos, particularmente profesionales.
- Los pacientes queden separados según la clase social, lo cual puede repercutir en la integración social y en la popularidad de las instituciones del Estado del Bienestar.

Un sistema *combinado* permite:

- La explotación del paciente para justificar servicios sanitarios financiados privadamente, especialmente cuando el proveedor conoce la situación socioeconómica del paciente. Esta explotación, permitida por la ignorancia

- del paciente, puede servir para aumentar los ingresos del proveedor u obtener otros beneficios (investigar, profundizar en casos interesantes...).
- La utilización de una infraestructura y unos recursos que han sido financiados públicamente para estimular la demanda de servicios financiados privadamente. Se seleccionan servicios según financiador e incluso la gestión clínica del paciente queda afectada según quien financia

Desde la perspectiva del proveedor puede resultar atrayente evolucionar hacia un modelo *combinado*, ya que permite:

- explotar el monopolio territorial,
- conseguir mayor poder de mercado,
- no competir por recursos humanos,
- conseguir mayor financiación por la vía de copagos, seguros complementarios, facturaciones extra y contratos con financiadores privados

Recientemente se ha reflexionado sobre la posibilidad de ingresos adicionales a los públicos en la actividad hospitalaria. Genescà, Vallbé y Casas (2002) analizan las condiciones mínimas para abrir el hospital a la financiación no pública, detallan tres posibilidades organizativas y concluyen con unas consideraciones legales. Las condiciones mínimas se refieren a la existencia de un mercado potencial, posibilidad de aumentar la producción, demanda expresa o tácita de los profesionales por obtener retribuciones complementarias por la vía de ampliar su dedicación... Los autores reconocen que no se mueven en el mejor de los mundos deseables, y entre las opciones organizativas se decantan por la que se esquematiza en el cuadro 2.

#### *cuadro 2 por aquí*

Finalmente, aceptan que la diferenciación en listas de espera podría ser la que mayores problemas legales originara: En España, el artículo 90 de la Ley General de Sanidad establece que “En cada concierto que se establezca...quedará asegurado que la atención sanitaria y de todo tipo que se preste a los usuarios afectados por el concierto será la misma para todos sin otras diferencias que las sanitarias inherentes a la naturaleza de los distintos procesos sanitarios, y que no se establecerán servicios complementarios respecto de los que existen en los centros sanitarios públicos dependientes de la Administración Pública concertante”. Creen los autores que, en el caso del concierto, se predica la igualdad entre todos los usuarios, pero de la actividad sanitaria financiada públicamente, no de la que pueda realizarse al margen del concierto.

Desde un punto de vista social (de bienestar social) se trata de aumentar la financiación privada (copagos, seguros complementarios...) pero sin que sufra el nivel de salud poblacional, manteniendo el criterio de necesidad como guía para la asignación de recursos sanitarios. No plantean problemas los lujos suplementarios (aparte de señalar a los pacientes mejor situados) de tipo no sanitario, o los servicios sanitarios que no tienen por qué financiarse

públicamente<sup>10</sup>, para los cuales el criterio de disponibilidad a pagar resulta muy adecuado.

### ***Trabajo por cuenta propia***

Una parte importante de los problemas de motivación que se presentan en el trabajo por cuenta ajena pueden resolverse recurriendo a los incentivos de la propiedad que proporciona el trabajo por cuenta propia, habitualmente a través de cooperativas de profesionales sanitarios.

La característica esencial de la empresa cooperativa es la de que los trabajadores ejercen el control. Las formas jurídicas son varias: Desde las cooperativas laborales propiamente dichas a las sociedades laborales, o las sociedades civiles o mercantiles formadas por profesionales liberales.

En principio la asociación de profesionales reduce el conflicto entre discrecionalidad profesional y discrecionalidad gestora -al coincidir ambas en las mismas personas, da mayor control y satisfacción al profesional, e implica responsabilidad sobre los aspectos económicos de las decisiones profesionales-. Esta responsabilidad - convenientemente modulada - lleva a la interiorización del coste social de oportunidad en las decisiones profesionales, y aunque complique tales decisiones puede constituir una mejor salvaguarda de la libertad profesional que la alternativa de una interferencia permanente en la misma.

Ahora bien, para que las asociaciones de profesionales puedan funcionar se precisa:

- Tamaño de grupo pequeño que permita un proceso democrático, y no costoso, de decisión.
- Posibilidad de control mutuo de la actividad de cada socio.
- Que el capital humano, y no el físico, detente el mayor riesgo. Mayor control sobre el propio ejercicio lo cual puede motivar y estimular la cooperación en la medida en que se participa en resultados y se arriesga la reputación.

Las condiciones anteriores se dan en la atención médica primaria, por lo cual se ejemplificarán en ella las cautelas precisas para cambiar la regulación. De nuevo, si unos mercados inexistentes no pueden sentenciar sobre la eficiencia relativa de las cooperativas de profesionales como forma organizativa, habrá que propiciar la diversidad mediante cambios en la regulación. Este fomento de la diversidad tiene un sentido de aprendizaje por ensayo y error en un entorno en el que quepa cierta competencia gestionada entre formas organizativas y donde otras alternativas de mejora de la gestión pública no sean viables: por falta de condiciones para la competencia (contratación externa) o por dificultades insuperables para avanzar por la vía de la descentralización en las organizaciones públicas.

---

<sup>10</sup> Véase, más adelante, la prevención *cuaternaria* de los “www”.

### Cautelas ante las asociaciones de profesionales (ejemplificadas en la atención médica primaria):

- Peligro de selección de riesgos. Existen dos formas de evitar la selección de riesgos: restringir la libertad de elección del usuario (y asignar presupuestos en base poblacional con algunos ajustes por edad, sexo, mortalidad, privación, y dispersión) o ajustar por riesgo el pago capitativo.
- Tamaño insuficiente para compensar riesgos. Este problema puede resolverse delimitando la cartera de servicios o estableciendo un techo anual de gasto sanitario por persona cubierta.
- Costos de administración y gestión que anulen las mejoras en eficiencia.
- Densidad poblacional que permita comparaciones entre distintos proveedores de atención sanitaria.
- Garantía al usuario de que las motivaciones de lucro no interfieren en las decisiones clínicas.

### **Capacitación de las organizaciones sanitarias sin finalidad lucrativa**

Los beneficios, como se ha dicho, tienen tres importantes funciones: retribución del capital (función del riesgo), premio a la innovación (en procesos y estrategias clínicas, por ejemplo) y recompensa a la eficiencia. Las organizaciones sin finalidad lucrativa (ONL), las más prevalentes en numerosos sistemas sanitarios, carecen de este acicate. Ahora bien, las ONL también tienen ventajas derivadas de personas, gerentes y profesionales, que crean en una mejor manera de suministrar un servicio, que tengan una ideología que vaya más allá de la mera conveniencia pecuniaria:

- El control de calidad resulta más fácil donde los empleados están motivados por la misión. Ello adquiere especial importancia siempre que, como en sanidad, es difícil medir el producto y cuesta mucho, por tanto, establecer y controlar las características deseables de un servicio.
- Señal de confianza a usuarios desinformados. Los suministradores tienen menos motivos para aprovecharse de la asimetría informativa en servicios cuya calidad es muy difícil de medir (atención diligente y cariñosa a un anciano, cuidado de un niño...).
- Menor necesidad de supervisión pública por creación de reputación (menores incentivos a, por ejemplo, seleccionar riesgos).

La evidencia disponible en Sanidad acerca de la eficiencia de las ONL tiende a ser favorable a éstas (Callejón y Ortún 2002). Ahora bien, del que algunas organizaciones con finalidad lucrativa puedan sacrificar calidad y operar con menos eficiencia no puede inferirse que su protagonismo deje de aumentar. Si las ONL –incluyendo las públicas- han de forcejear por el favor social y político mal lo harán si continúan con los brazos ligados.

Ya se está requiriendo, cada vez más, de las organizaciones sanitarias aprovechamiento de economías de escala (incluso en marketing), especialización, adaptabilidad... El juego de la gestión ha de tener las mismas reglas para todos los participantes, sean éstos organizaciones públicas o privadas, con o sin finalidad lucrativa. La expansión, por otra parte, requiere obtener fondos. Las ONL pueden encontrarse con dificultades a la hora de financiar el crecimiento: primero, porque quienes los aportan pueden querer

control (propiedad) y, segundo, porque la financiación pública puede resultar insuficiente si se establecen prioridades y se dejan de financiar aquellos servicios que no son coste-efectivos (pese a que reconforten, embellezcan, entretengan o distraigan).

Tanto para que la gestión se produzca en igualdad de condiciones como para no cercenar las oportunidades de crecimiento a las ONL, hay que capacitarlas. Como ocurría con la descentralización (se precisaba cierta autonomía para poder descentralizar), hay que estar capacitado para poder capacitar ('empowerment') a los trabajadores y profesionales de una organización sanitaria.

### ***Reivindicación de la planificación***

Hasta ahora el encaje de la gestión clínica –con sus exigencias de coordinación, descentralización y capacitación que acabamos de comentar– supone acabar con la inmortalidad garantizada, introducir una ligera competencia por comparación, situar a los proveedores bajo algún riesgo...liberar unas fuerzas que suenan a mercado y que tienen muchas contraindicaciones en sanidad. El que esas fuerzas no resulten más destructivas de lo socialmente conveniente requiere un Estado que mejore el cumplimiento de aquellas funciones que claramente le competen: mantener el aseguramiento obligatorio, orientar las políticas de salud, regular donde haga falta...y, particularmente, recuperar la planificación.

La caída del muro de Berlín, en 1989, fue precipitada y erróneamente leída como el triunfo del mercado y el fracaso de la planificación. La catástrofe social (económica, sanitaria...) de la transición desde economías de mercado a economías planificadas<sup>11</sup> ha puesto las cosas en su sitio: lo que ha *triunfado* en el mundo ha sido una combinación de mercado/Estado. El mercado constituye una condición necesaria pero no suficiente para el desarrollo de un país. Este mercado aparece de forma espontánea...cuando los aviones de bombardeo se alejan o las patrullas saqueadoras que merodean en varios puntos de África vuelven a sus bases...surge el *top-macarrón* o el *top-yuca*...el mercado existe incluso en los campos de concentración. Para que un país se desarrolle necesita de unas reglas de juego –provisas y garantizadas en gran parte por el Estado– que hagan individualmente atractivo lo que es socialmente beneficioso.

En España se ha pasado de un gran discurso planificador a un olvido injustificado del mismo. Lo que sea el sistema sanitario dentro de 10 y 20 años depende de unas decisiones que ningún mercado puede tomar. Especialmente

---

<sup>11</sup> De catástrofe puede calificarse la reducción a la mitad de la producción de un país en pocos años, la disminución de la esperanza de vida al nacer en 8 años, o la sustitución, en ciertas parcelas, del Estado por la mafia. En Tadjikistan, Rusia o Moldavia no ha fallado el mercado sino las instituciones: esas reglas de juego sociales que conviene hagan individualmente atractivo lo socialmente conveniente. Reglas de juego que pasan, entre otras cosas, por el respeto a los derechos de propiedad, el funcionamiento de una justicia independiente y la existencia de una burocracia apta y libre de corrupción. Curiosamente, otros países socialistas –como China y Vietnam– no se han despojado de las reglas de juego que funcionaban; simplemente las adaptan y dan mayor entrada al mercado, esa condición necesaria, pero no suficiente, para que un país prospere.

decisiones de oferta, pública o privada, tanto de profesionales como de instalaciones. Veamos cada una de ellas por separado.

### Profesionales

Puede visualizarse la gestión como el movimiento a lo largo de la isocuanta de la figura 1 (combinación de factores que dan lugar a x procesos de igual calidad: seguimiento de un embarazo, por ejemplo). Simplifiquemos a dos factores para permitir la representación gráfica. Estos dos factores pueden ser: médicos especialistas y médicos de familia, o personal de enfermería y personal médico, o dentistas e higienistas dentales... El punto óptimo, el de mayor capacidad resolutive - es aquel en el que la recta de isocoste (que ilustra los recursos que pueden adquirirse con un presupuesto dado según los precios de los factores) es tangente a la isocuanta. ¿Qué pasa si ese punto óptimo está muy alejado del punto de partida que refleja la presente distribución de factores en un país y momento determinados? Que aunque quisiéramos movernos hacia el óptimo tardaremos muchos años en hacerlo.

*figura 1 por aquí*

### Instalaciones

La utilización viene explicada, principalmente, por la oferta. La tasa de procedimientos de clara efectividad –reparación de fracturas de cadera por ejemplo- es independiente de la oferta. En cambio aquellos procedimientos de efectividad dudosa están muy influidos por la oferta. En la figura 2 puede verse esta asociación que desde hace algunos años ilustran Wennberg (1999) y colaboradores en su Atlas de Darmouth . La universalidad de la Medicina hace previsible que estos resultados se repliquen en cualquier país de la misma forma que se han replicado los hallazgos previos de Wennberg sobre variaciones aparentemente arbitrarias en numerosos procedimientos.

*figura 2 por aquí*

La práctica de las profesiones clínicas goza de un grado importante de discrecionalidad pero se debe a una sociedad que tiene unas preferencias y unos recursos. De la misma forma que como individuos priorizamos qué queremos primero -como sociedad también deberíamos hacerlo- hay que constatar que cualquier decisión clínica supone asignar recursos. Priorizar, individual o socialmente, supone influir, condicionar, restringir en ocasiones, la práctica clínica.

Fundamentalmente existen dos formas de condicionar la práctica clínica: la que proviene de la legitimidad que concede la propiedad y la que se deriva de la legitimidad que los ciudadanos otorgan al Estado. Bajo la primera legitimidad – más propia de EEUU- se afirma rotundamente la libertad clínica al mismo tiempo que se introducen segundas opiniones o perfiles de prescripción que suponen la rescisión del contrato con el clínico cuando se considera conveniente. Bajo la segunda legitimidad –más propia de Europa- se cacarea menos la libertad clínica pero no se interfiere en ella con lo cual acaba respetándose más. Existe, no obstante, una forma efectiva de condicionar la práctica clínica –sin interferirla- que pasa por el dimensionado de la oferta de

un país. La práctica clínica (admisiones, solicitudes de pruebas diagnósticas...) se adapta insensiblemente a la oferta disponible y la modelación de esa oferta, a través de la planificación, constituye uno de los mecanismos más potentes para –condicionando la práctica- tratar de conseguir lo que la sociedad valora más al menor coste.

### ***Prevención cuaternaria de los “www”***

‘Wealthy, well and worried’ (Ricos, saludables y preocupados). Una excesiva orientación hacia el usuario puede llevar a dedicar muchos más recursos a quienes menos lo necesitan. En las zonas donde el número de ‘www’ sea mayor la morbilidad también será mayor lo cual atraerá más inversión y más gasto corriente. ¡Lástima que la morbilidad (hospitalaria, de declaración obligatoria, atendida en primaria...) no indique la necesidad sanitaria sino la utilización! Y la utilización sigue una ley gravitacional<sup>12</sup>: directamente proporcional a la masa e inversamente proporcional al cuadrado de la distancia (distancia mensurable en tiempos más costes indirectos de abandonar el trabajo). La utilización registra el encuentro entre oferta y necesidad expresada. Si la necesidad expresada estuviera correlacionada con la necesidad –como sería esperable en cualquier sistema financiado públicamente- no habría problema. Si la necesidad expresada no guarda demasiada relación con la necesidad clínica o epidemiológica hay que tenerlo en cuenta. Y se puede tener en cuenta: Cualquier sistema de asignación de recursos en base territorial que pretenda tratar precisamente en función de esa necesidad que legitima la financiación pública preverá el gasto que permita proporcionar la respuesta sanitaria promedio a cada necesidad. En términos estadísticos hay que ajustar por oferta a la hora de establecer la distribución de los fondos públicos en presupuestos sanitarios territoriales y dejar el criterio *disposición a pagar* para lo que socialmente se considere complementario.

Hace tiempo que se conoce la paradoja de la salud, según la cual una mejora de los indicadores objetivos de salud (como la esperanza de vida) va acompañada de un empeoramiento en la percepción subjetiva del estado de salud. Cuatro factores explican la divergencia entre los datos objetivos externos al individuo y la percepción subjetiva del estado de salud. Primero, la disminución de la mortalidad por enfermedades infecciosas, y el éxito retrasando el momento de la muerte, resulta en un aumento relativo de enfermedades degenerativas y crónicas. Segundo, la mayor preocupación social por la salud propicia el autoescudriñamiento y amplifica los síntomas y percepciones de enfermedad. Tercero, la creciente comercialización de algunos servicios sanitarios y la atención de los medios de comunicación, morbosa en ocasiones, a los problemas de salud contribuyen a la creación de un clima de alarma, aprensión e inseguridad ante la enfermedad. Finalmente, la progresiva medicalización de la vida cotidiana ha comportado la creación de expectativas desaforadas de curación lo que hace menos soportable cualquier deficiencia o incapacidad (Barsky, 1988). El Nobel de Economía Sen (2002) ha ilustrado gráficamente esta paradoja.

---

<sup>12</sup> Numerosas tesinas, tesis doctorales incluso, que han analizado diversos tipos de utilización sanitaria y sus determinantes han topado con realidades gravitacionales. Wennberg inició así sus investigaciones sobre variaciones arbitrarias en la práctica médica. En España puede verse, por ejemplo, Saturno 1987.

¿Qué está sucediendo? Que el péndulo se ha ido totalmente al extremo opuesto. La escasa orientación al usuario empezó a destacar cuando caló la conciencia de que una parte importante de las intervenciones sanitarias tienen como principal efecto una mejora en la calidad de vida, calidad de vida que no sólo es subjetiva (depende de individuos) sino que además no está correlacionada con las tradicionales medidas clínicas (lo que obliga a medir esa calidad de vida relacionada con la salud). Si a ello se añaden diferentes actitudes ante el riesgo estará claro que no hay otra opción que proporcionar información pronóstica y compartir la decisión con el paciente. Ello resulta más eficiente por definición (se tratar de maximizar 'la utilidad' del paciente) y puede incluso atenuar el lamento profesional que inevitablemente ha de producirse siempre que una tecnología se muestra –con su uso- perjudicial como ha ocurrido con la terapia hormonal substitutoria con finalidad cardioprotectora (Writing Group 2002). No es lo mismo haber instaurado un tratamiento perjudicial sin implicar a la paciente que haber procedido de acuerdo con ella, tras una explicación sobre el impacto probable del mismo en *corazón, huesos y cáncer*.

Tan al extremo se ha ido el péndulo que la calvicie se ha medicalizado, se presentan síntomas leves (colón irritable) como si se tratara de una enfermedad preocupante, se exagera la prevalencia de la fobia social, factores de riesgo se convierten en enfermedades (osteoporosis), o se magnifica la prevalencia de la disfunción eréctil (Moynihan et al 2002). Se corre el riesgo de hacer cierto el dicho *no hay persona sana sino paciente insuficientemente estudiado*.

Orientarse al usuario está más allá de toda duda....pero sin excederse. Poner los medios precisos para facilitar ese cambio en la forma de practicar la Medicina (producción de información pronóstica, difusión y validación de ayudas a la decisión...) será útil. Ahora bien todavía la vida y la muerte son los mejores indicadores económicos (*sic*) de un país y la esperanza de vida libre de incapacidad un buen referente de salud individual. La demanda de atención no efectiva no tiene porqué cubrirse con fondos públicos lo que no suprime la realidad de una extraordinaria disposición a pagar tanto de las personas con sobrepeso por tratamientos *milagrosos* como de los enfermos terminales por *sanadores* que remueven *tumores* tras incisiones de cicatrización instantánea<sup>13</sup>.

En ocasiones incluso habrá que pensar también en la prevención 'cuaternaria': la intervención sanitaria que atenúa o evita las consecuencias de un intervencionismo médico excesivo: 'esperar y ver', poner en su sitio miedos injustificados<sup>14</sup>, dar a los pacientes la oportunidad de una decisión informada

---

<sup>13</sup> En palabras de Joan Gené (2002): "...facilitar el acceso...no implica forzosamente que debamos responder a todas las demandas que realicen los ciudadanos...la gestión de servicios intenta que los profesionales realicen adecuadamente aquellas intervenciones de eficacia probada, únicamente a las personas que las precisan...el incremento de la oferta de servicios puede llevar a colapsarlos a base de realizar actividades de escaso impacto sobre la salud..."

<sup>14</sup> Ejemplo a propósito del miedo al colesterol: "Señora: si no fuma ni tiene diabetes ni hipertensión no hace falta saber su cifra de colesterol en sangre; viva sanamente y disfrute de la vida sin preocuparse por el colesterol" (Gérvas, 2002).

ante pruebas dudosas...una prevención 'cuaternaria' cada vez más necesaria, y difícil, antídoto ante eventuales excesos de optimismo acerca de las potencialidades de la genética (Gérvás 2002).

### ***Financiación capitativa***<sup>15</sup>

Con independencia de que se desconcentre el poder de compra (Áreas de Salud, por ejemplo, tal como la Ley General de Sanidad establecía) o que, en un futuro, se descentralice el citado poder de compra, habrá que optar, en cualquier caso, entre comprar servicios sanitarios a centros sanitarios o atención sanitaria a proveedores integrados. Se argumenta aquí a favor de la compra de atención sanitaria como forma de estimular la conveniente articulación entre niveles asistenciales. Será inevitable poner a cierto riesgo a tales proveedores, lo que implica una atenuación de las rigideces funcionariales y una mayor responsabilidad de los centros, que abandonarían el incrementalismo presupuestario garantizado.

A la hora de valorar las distintas alternativas de financiación conviene clarificar que, más que de la financiación del sistema sanitario en si mismo, en realidad se trata de financiar a los proveedores del sector. En principio, los enfoques posibles van desde basar la financiación en un concepto global de salud de los pacientes, hasta una simple compensación financiera por las tareas de los proveedores ('inputs'), pasando por la valoración intermedia sobre la base de los episodios de la enfermedad.

### **Resistencias a la financiación capitativa**

En general, en numerosos servicios de salud, la situación suele estar muy marcada por la presión sobre la financiación corriente del gasto sanitario para proteger intereses corto-placistas de los proveedores sanitarios. En esta situación, resulta relativamente sencillo generar coaliciones políticas y de grupos de opinión para postergar el interés público general a favor de intereses particulares corporativos.

Como dice Javier Elola (2001), hay que democratizar el Estado del Bienestar "rechazando la propaganda electoralista (todo para todos, no importan los recursos porque se trata de la salud), abandonando maniqueísmos interesados (todo lo público -o privado- por definición es bueno), rechazando la estupidez (gestión empresarial es un paso para la privatización) y , especialmente, propiciando la activa participación del mayor número posible de ciudadanos - incluyendo los profesionales de la salud- informados."

En este sentido, puede que la amenaza real para el sistema de salud sea hoy precisamente la ausencia de fiscalización social y responsabilidad individual en la utilización de los servicios sanitarios, empujados en buena medida por la senda y los intereses corporativos. A este respecto, la ineficiencia sistémica resultante no sólo genera inflación de costes, sino también utilización

---

<sup>15</sup> Esta parte de financiación capitativa y articulación entre niveles asistenciales está basada en diversos trabajos, fundamentalmente resume las ideas más relevantes de Ortún V, López G. Financiación capitativa, articulación entre niveles asistenciales y descentralización de las organizaciones sanitarias. Madrid: Fundación BBVA, 2001.

inadecuada (tanto utilización excesiva como utilización insuficiente) y falta de flexibilidad para ajustar el dispositivo asistencial a las nuevas necesidades.

### **Presupuestos capitativos y ajuste de riesgos**

En la práctica, existe gran variabilidad en la forma de asignar los recursos que financian la sanidad en los países desarrollados. No obstante, un rasgo común a muchos de ellos es el de devolver la responsabilidad sobre la organización de la asistencia sanitaria a algún tipo de *plan*. Este *plan* puede ser una empresa aseguradora (como en Estados Unidos), un seguro de enfermedad o una mutua (como en Holanda y Alemania), o una zona geográfica (como en Suecia, Reino Unido y España). Estos *planes* tienen la responsabilidad de organizar la atención sanitaria que les ha sido delegada para una población. Varía, eso sí, la forma de definir esa población: geográficamente en unos casos, por el tipo de trabajo que se realiza en otros, según el régimen profesional de encuadramiento (que obliga a una afiliación determinada en la Seguridad Social), o en función de una afiliación voluntaria a una compañía de seguros.

Para permitir el control del gasto sanitario, los planes citados reciben un presupuesto para proporcionar atención sanitaria a la población definida. Esos presupuestos se establecen basándose en la capitación, entendida ésta como la cantidad de financiación sanitaria que se asigna para que una persona reciba la atención sanitaria especificada durante un período de tiempo determinado.

Se conoce como *ajuste de riesgos* el proceso por el cual se trata de adecuar la financiación capitativa a las características de cada persona. El ajuste de riesgos pretende obtener un estimador insesgado de cual sería el gasto sanitario esperado de un individuo durante un período de tiempo determinado si se diera una respuesta promedio a su necesidad sanitaria.

Los problemas de la capitación difieren substancialmente entre *planes* de base geográfica y *planes* sin base geográfica. En estos últimos la preocupación fundamental pasa por evitar la selección de riesgos. En los *planes* con base geográfica se trata de efectuar un ajuste de riesgos tal que permita igual financiación para igual necesidad (Reino Unido) o igual subsidio público para igual necesidad (algunos países escandinavos).

Si se continua presupuestando, o comprando, servicios sanitarios a proveedores no integrados –con lo que se mantiene el problema técnico de ajustar por aquellas variables que influyen en los productos intermedios y que no están bajo el control del proveedor- se favorece la competencia entre niveles (primaria, especializada, sociosanitaria y mental), la duplicación de pruebas, el uso inadecuado y iatrogénico de tecnología y la diferenciación de servicios. Si, en cambio, se opta por presupuestar, o comprar, atención sanitaria a una población - problema técnico: ajustar por riesgo el pago capitativo- se favorece la longitudinalidad de la asistencia sanitaria, el que cada problema sanitaria se resuelva en el lugar más resolutivo, y la cooperación 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 (véase la figura 3).

### figura 3 por aquí

#### No hay fórmula de asignación capítativa que sea perfecta.

Un aspecto crucial a la hora de establecer el valor de la financiación de base capítativa consiste en definir en qué costes debe basarse la asignación. En principio, deberían ser los costes de suministrar asistencia mediante aquellos servicios adecuados desde un punto de vista clínico y de forma coste-efectiva.

En la práctica se emplean asignaciones basadas en los costes observados. Estos están influenciados por diversos factores explicativos de las variaciones en el gasto sanitario de los individuos

En general, resulta aceptable que las características del proveedor no constituyan un factor legítimo de diferenciación en las asignaciones capítativas. En cambio, la edad y el sexo así como el estado de salud<sup>16</sup> acostumbran a considerarse, a la vez que se observan discrepancias respecto a los factores socioeconómicos. La inclusión o exclusión de factores socioeconómicos depende, en efecto, de juicios sociales acerca de la equidad, y muy específicamente de la opinión que la sociedad tenga acerca de qué diferencias en estado de salud son imputables a los individuos. Por ejemplo si se considera que una buena odontología preventiva y comunitaria permite dejar la responsabilidad de la atención dental a las personas adultas (como el Informe Dunning ya señaló) tiene sentido, como acontece en Suecia, que para la cofinanciación pública de implantes dentales se requiera de un nivel de estreptococos dentales indicativos de una higiene personal adecuada.<sup>17</sup>

Ahora bien, incluso una vez se ha controlado el efecto de todos los anteriores factores que afectan el coste, es imprescindible recordar que todavía existirá una notable variación en el gasto sanitario individual debido a causas aleatorias. La implicación de ello es obvia: no hay fórmula perfecta y ninguna fórmula puede resolver todos los problemas relativos a la gestión del riesgo.

#### Métodos empleados para el cálculo de la asignación capítativa.

Los principales métodos empleados para establecer el valor del gasto esperado para cada individuo son de tipo empírico y se basan en el análisis de la utilización observada de servicios. El tomar en consideración la utilización o el gasto observados implica aceptar la hipótesis de que no hay demanda insatisfecha (la fórmula empleada en Nueva Zelanda es de las pocas que toma en cuenta esta posibilidad de forma explícita), y que toda la demanda observada es adecuada (de ahí los intentos de la reforma de la fórmula del *Resource Allocation Working Party*, RAWP, de 1989 para *normar* o estandarizar, la utilización sanitaria).

---

<sup>16</sup> Los *Ambulatory Care Groups* parecen funcionar bastante satisfactoriamente para los problemas de individuos relativamente sanos, en tanto que los *Clinical Risk Groups* resultan más adecuados en individuos con mayor carga de enfermedad. Sobre la validez y aplicabilidad de ambos sistemas de clasificación se está investigando en nuestro medio.

<sup>17</sup> Comunicación personal de Emili Cuenca.

En concreto, para calcular el valor de la asignación capitativa, bien puede seguirse un *enfoque matricial* (por ejemplo, en el caso del Condado de Estocolmo), bien utilizar índices sintéticos (por ejemplo, la fórmula RAWP). La posibilidad de emplear el primero de estos enfoques viene limitada por la disponibilidad de información individual, a pesar de que es el método más indicado.

#### La influencia de la oferta en la utilización observada.

Puesto que la selección de las variables se realiza a partir del gasto o de los niveles de utilización observados, resulta imprescindible que la construcción de la fórmula de asignación tenga en cuenta la simultaneidad de la oferta y la demanda en la determinación de la utilización (y gasto) así como su relación con la definición aceptada de necesidad de atención sanitaria. La revisión de la fórmula RAWP de 1994 y, especialmente, el método empleado en la propuesta de fórmula para asignar presupuestos de gasto farmacéutico en el Reino Unido son los mejores ejemplos a efectos de intentar aproximar una estimación correcta de las ponderaciones de la población desde el punto de vista metodológico. La revisión de la fórmula RAWP de 1994 emplea el concepto de utilización normativa definida como la utilización de servicios esperada en cada área geográfica si el grado de respuesta a las necesidades de la población fuera equivalente a la media nacional; en la práctica la estimación de esta utilización normativa requiere excluir aquella parte de la demanda atendida que es inducida por la oferta. De forma similar, en la propuesta para asignar presupuestos de farmacia se ha tratado de cuantificar variables explicativas de la prescripción, aislándolas de la influencia de la oferta (Rice et al, 2000).

Conviene tener presente que los sistemas que han desarrollado ajustes de riesgos más correctos son los que intentan separar los factores no legítimos (no relacionados con el objetivo cuya financiación se postula) de los legítimos (relacionados con dicho objetivo) en las diferencias observadas en el gasto sanitario.

#### Problemas específicos de la capitación en áreas pequeñas

La experiencia en la aplicación de fórmulas de asignación capitativa para la atención primaria pone de relieve la importancia de algunos problemas que no aparecen (o lo hacen en menos intensidad) en la asignación regional (por ejemplo, a las regiones inglesas o a las comunidades autónomas españolas) pero se manifiestan para áreas geográficas inferiores. Problemas como la cuantificación de la población registrada, la limitada información sobre los pacientes individuales, el atribuir a pacientes individuales las características del área geográfica y, la elevada varianza predecible cuando se trata de asignar recursos para una dimensión poblacional reducida (problema especialmente grave por debajo de los 100.000 habitantes como puede apreciarse en la figura 4).

*figura 4 por aquí*

#### Empleo de fórmulas capitativas con carácter prospectivo

El empleo de fórmulas capitativas con carácter prospectivo requiere:

Primero, evitar las tentaciones a la reducción de la calidad a través de la competencia en costes unitarios. La mejor forma de preocuparse por la calidad es tener que internalizar los costes (pérdida de usuarios, mala imagen...) que su falta origina.

Segundo, favorecer la elaboración y difusión de información sobre calidad asistencial (empezando por la que ya existe).

Tercero, capacidad de elección por parte del usuario para aquellos servicios sanitarios en los que tenga sentido: cirugía electiva, atención primaria...

Cuarto, énfasis en la calidad sistémica o global vía capacidad resolutoria.

### **Transferencia efectiva del riesgo a *compradores* democráticamente controlados**

La transferencia de un derecho de decisión trata de que la decisión se produzca por aquel que dispone de la información. Quien descentraliza ha de disponer de medidas de supervisión que garanticen el correcto cumplimiento de la función descentralizada.

En una organización jerárquica la desconcentración va acompañada de cambios en los sistemas de información y en los incentivos. En cambio, si lo que se pretende es descentralizar, habrá que proveer incentivos al comportamiento eficiente. La financiación prospectiva capitativa proporciona parte de ese incentivo pero introduce asimismo unos riesgos. ¿Asumirá una entidad privada con finalidad lucrativa las pérdidas derivadas de una financiación prospectiva insuficiente? ¿Por qué debería hacerlo?

Cabe pensar en la legitimidad alternativa a la propiedad: la que proporciona el voto. Entidades con base política y que dispongan de capacidad normativa para recabar financiación complementaria pueden recibir la transferencia de riesgos, que acompaña a la descentralización, de una forma más creíble que una entidad privada con finalidad lucrativa.

Estas entidades con base política, sometidas por tanto a control democrático (Puig 2002), actuarían como compradoras de servicios, con clara definición de la población asignada, de unas prestaciones definidas de forma centralizada por el asegurador.

La financiación complementaria local del ente político podría conseguirse de tres formas:

- mediante impuestos afectados,
- por la vía del copago (una tasa),
- a través de primas voluntarias para prestaciones suplementarias a la cartera pública de servicios.

En cuanto a las organizaciones proveedoras de servicios convendría separar el gobierno (consejos de administración) de la gestión de los centros. Igual que durante el siglo XX en muchas empresas privadas se separó la propiedad de la gestión por las ventajas que proporciona la especialización productiva, puede realizarse algo parecido para las organizaciones sanitarias, contribuyendo asimismo a una delimitación más clara entre propiedad y gestión.

## **Sistemas de información**

Pese a la intensidad informativa de la sanidad (puede estimarse que un 30% de los costes sanitarios se originan en la recogida, procesamiento y uso de información) la revolución en las tecnologías de la información ha tenido escaso impacto en el sector sanitario. Técnicamente es posible compartir historias clínicas digitalizadas, enviar las recetas electrónicamente a las oficinas dispensadoras o programar actividades tanto desde cualquier punto del sistema como desde el domicilio del usuario. La introducción de un programa de gestión de enfermedades, o una articulación más efectiva entre niveles asistenciales, requiere en numerosas ocasiones el apoyo de adecuados sistemas de información.

Los sistemas de información conviene puedan operar entre sí lo que no implica deban ser únicos: Cada organización puede tener el suyo. En cambio, los estándares de los sistemas de información sí han de ser únicos –o alternativamente abiertos- y la Administración Sanitaria tiene un importante papel a jugar en su definición. La definición de un episodio, por ejemplo, ha de ser comparable entre proveedores y compartida. La idea del Conjunto Mínimo Básico de Datos, existente para el internamiento de agudos, debe extenderse a todos los ámbitos asistenciales.

No tiene ventaja en cambio la Administración Sanitaria para implantar los cambios: los pliegos de condiciones técnicas ligan indebidamente el desarrollo de proyectos que requieren adaptación constante, el peligro de depender del proveedor adjudicatario es demasiado grande, las tentaciones de *descubrir el Mediterráneo* constantes...Las limitaciones de la Gestión Pública se notan especialmente en estos ámbitos.

Si pensamos en término de tecnologías de la comunicación y la información nos daremos cuenta de que España está adoptando con lentitud las innovaciones tecnológicas que empiezan a tener mayor impacto en la mejora de la productividad. Las organizaciones sanitarias, bastante resguardadas de la competencia, pierden una oportunidad de mejora. Una mirada al cuadro 3 servirá para situarnos y preguntarnos por qué organizaciones sanitarias con muy alta cualificación en sus trabajadores no acaban de adoptar esa estructura organizativa participativa y descentralizada que constituye el mejor caldo de cultivo de la innovación en la sociedad de la información.

*cuadro 3 por aquí*

## **Recapitulación**

Las prácticas clínicas convergen entre países pero sus condicionantes difieren mucho. El encaje organizativo de la gestión clínica apenas avanzará si no se modifican algunas de esas restricciones contraproducentes desde cualquier perspectiva que no sea la del interés creado.

De los dos grandes ejes del encaje organizativo de la gestión clínica – coordinación e incentivos- el primero se aborda fundamentalmente analizando la articulación entre niveles asistenciales desde perspectivas sanitarias y económicas. En integración entre niveles asistenciales se huye de apriorismos tipo *integrar es mejor* para abogar por el estudio empírico de cada interfaz y de cada paciente. Tres son las alternativas (desde el voluntarismo profesional a la integración pasando por diversos tipos de acuerdos) y algo ha podido afirmarse sobre la mejor forma de articular niveles asistenciales.

La orientación del sistema sanitario hacia la atención primaria, aparte de su papel beneficioso cuando se ofrece capacidad resolutoria, facilita la articulación entre niveles asistenciales especialmente cuando la AP tiene cierto poder (para organizarse, para comprar atención especializada programable...).

El segundo gran eje del encaje organizativo de la gestión clínica –el de la incentivación- pasa fundamentalmente por una desburocratización de la gestión pública: cierta competencia, autonomía de gestión en los centros y avances –gestores e investigadores- en la medida del desempeño, condición *sine qua non* para una descentralización con sentido.

La autonomía para la gestión de recursos humanos, sin la cual se agravarán los aspectos más desfavorables del *statu quo*, parte de una situación nada halagueña, lo cual hace que el contraste con las posibilidades que una correcta selección, promoción, remuneración y formación del personal sanitario ofrece.

La posibilidad de que existan, en los centros sanitarios, ingresos adicionales a los públicos, cuestión resuelta de manera opuesta en diferentes países, se presenta chirriante, especialmente –tal vez- porque la disonancia cognitiva impide valorar suficientemente la alternativa de continuar como ahora estamos: ejerciendo por cuenta ajena sintiéndose cuenta propia y trabajando para una organización...y para su competencia.

Donde menos dificultades presenta el encaje organizativo de la gestión clínica es en el trabajo asociado por cuenta propia, aplicable a algunos ámbitos de la actividad asistencial –particularmente la atención primaria.

Tampoco son insalvables las dificultades para encajar la gestión clínica en las organizaciones sin finalidad lucrativa siempre que se permita a éstas funcionar y expansionarse en igualdad de condiciones con las lucrativas, amén de separar claramente propiedad y gestión.

La reivindicación de la planificación y la prevención *cuaternaria* de los *well, wealthy, worried* constituyen sendas iniciativas necesarias para acabar con la complicidad tácita del *más siempre es mejor* y que actúan, respectivamente, sobre oferta y demanda. Esta prevención *cuaternaria* ha de ayudar a priorizar, separando las prestaciones sanitarias coste-efectivas, a financiar públicamente, de aquéllas que no son coste-efectivas, a financiar privadamente.

El repaso de las posibilidades de la financiación capítativa como instrumento de integración asistencial, de fomento de la capacidad resolutive, muestra cómo hacer más clínica la gestión.

Finalmente, la última medida de apoyo, el recurso a los sistemas de información: una oportunidad que se está desaprovechando por falta de inversión y que bien desarrollada permitiría adoptar –si existe autonomía de gestión- una estructura organizativa participativa y descentralizada, el mejor caldo de cultivo de la innovación, de la satisfacción en el trabajo y la mejor vía para conseguir que los profesionales se *sientan empresa*. Entonces, se habrá encajado organizativamente la gestión clínica.

*Agradecimientos. Este capítulo se ha beneficiado de las observaciones de Beatriz González, Guillem López, Ricard Meneu, Salvador Peiró y Jaume Puig a un borrador previo. Todos han contribuido a mejorar este texto y algunos de ellos, compartiendo empeños, a configurarlo. Ninguno de los citados tiene responsabilidad de los errores y omisiones que puedan subsistir.*

## ***Cuadros y figuras***

### Cuadro 1: Propuestas para la mejora de la coordinación asistencial

#### 1/ Aumentar el conocimiento mutuo entre profesionales de AP y AE

- Favorecer estancias y rotaciones de los médicos de AP con los especialistas a los que derivan sus pacientes
- Propiciar visitas periódicas de los especialistas a los centros de salud
- Dar a conocer las carteras de servicios respectivas
- Exigir identificación de los profesionales en el proceso de interconsulta
- Formalizar la consulta telefónica

#### 2/ Establecer pautas de actuación conjunta

- Elaboración de protocolos y/o guías de práctica clínica
- Favorecer el seguimiento conjunto de los pacientes hospitalizados
- Remitir el informe de alta hospitalaria directamente a los médicos de AP
- Favorecer la remisión del paciente a las consultas de AE con las pruebas diagnósticas ya realizadas
- Fomentar proyectos de investigación conjuntos

#### 3/ Establecer objetivos comunes del hospital y de los distritos/áreas de AP

- Acuerdos de colaboración interniveles
- Incorporación de los objetivos específicos de colaboración interniveles a los servicios hospitalarios y a los centros de AP

Fuente: Gallo P, 2002

## Cuadro 2: Elementos principales de una oferta privada institucional

1. La relación contractual entre el médico y el hospital es de carácter laboral. El médico, con horario ampliado o no, cobra como asalariado, si bien puede recibir incentivos en función de diferentes criterios: ampliación de horario, actividad privada, eficiencia, calidad, etc.
2. La titularidad de los activos utilizados es del hospital.
3. La titularidad de la cartera de clientes es también del hospital.
4. Corresponde al hospital la definición de los sistemas organizativos.
5. La titularidad de la facturación es del hospital.
6. La responsabilidad relativa a los actos médicos desarrollados es del hospital, independientemente de cuál sea la fuente de financiación.
7. Corresponde también al hospital garantizar la equidad en la prestación del servicio médico en los aspectos más esenciales.
8. Los elementos que pueden diferenciar las prestaciones con la financiación no pública con respecto a la financiación pública son los relativos a:
  - a/ Diferenciación en los servicios hoteleros
  - b/ Diferenciación en las listas de espera
  - c/ Diferenciación en las condiciones de elección de médico
  - d/ Diferenciación de espacios y horarios en la prestación de servicios

Fuente: E Genescà, R Vallbé, J Casas, 2002

Cuadro 3: Etapas de penetración de las tecnologías de la información en la empresa

<i>Años</i>	70	80/90	90/00	00/-
<i>Tecnología de información</i>	Grandes ordenadores	Microprocesadores	Internet y PC	Redes inteligentes
<i>Área de aplicación</i>	Administración	Fabricación	Comercio	Creación
<i>Tecnología de aplicación</i>	MIS	CAD/CAM	B2B/B2C	Organización virtual
<i>Bases para la mejora de la eficiencia</i>	Costes de gestión y control	Costes producción y de cambio de producto	Costes de transacción	Combinación de conocimientos
<i>Implicaciones organizativas</i>	Centralización y planificación	Reingeniería y TQM	Desintegración vertical	Colaboración interempresarial
<i>Implicaciones estratégicas</i>	Escala y costes	Flexibilidad y diferenciación	Logística y servicio	Innovación

Fuente: V Salas, 2002

Figura 1. Isocuanta e isocoste con una composición de partida (1,3) alejada del óptimo (3,1). Ejes con médicos de familia (MF) y especialistas (ME)

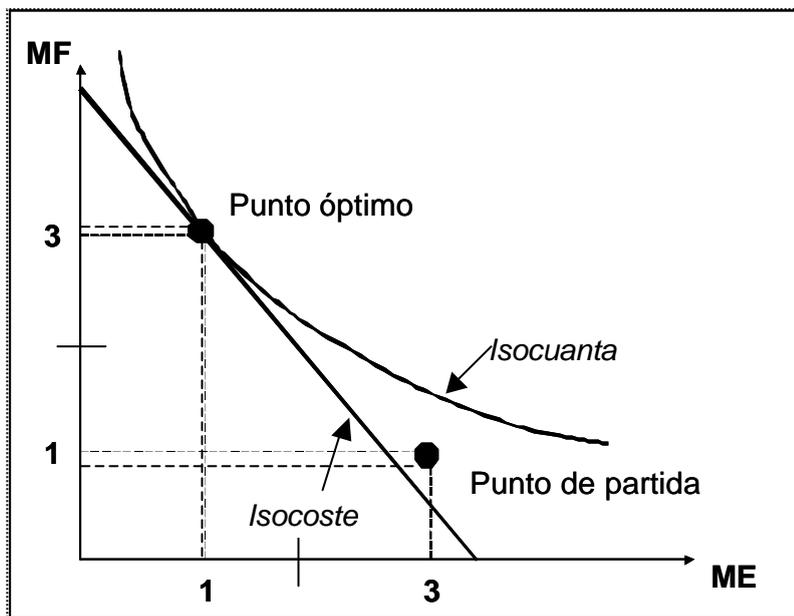
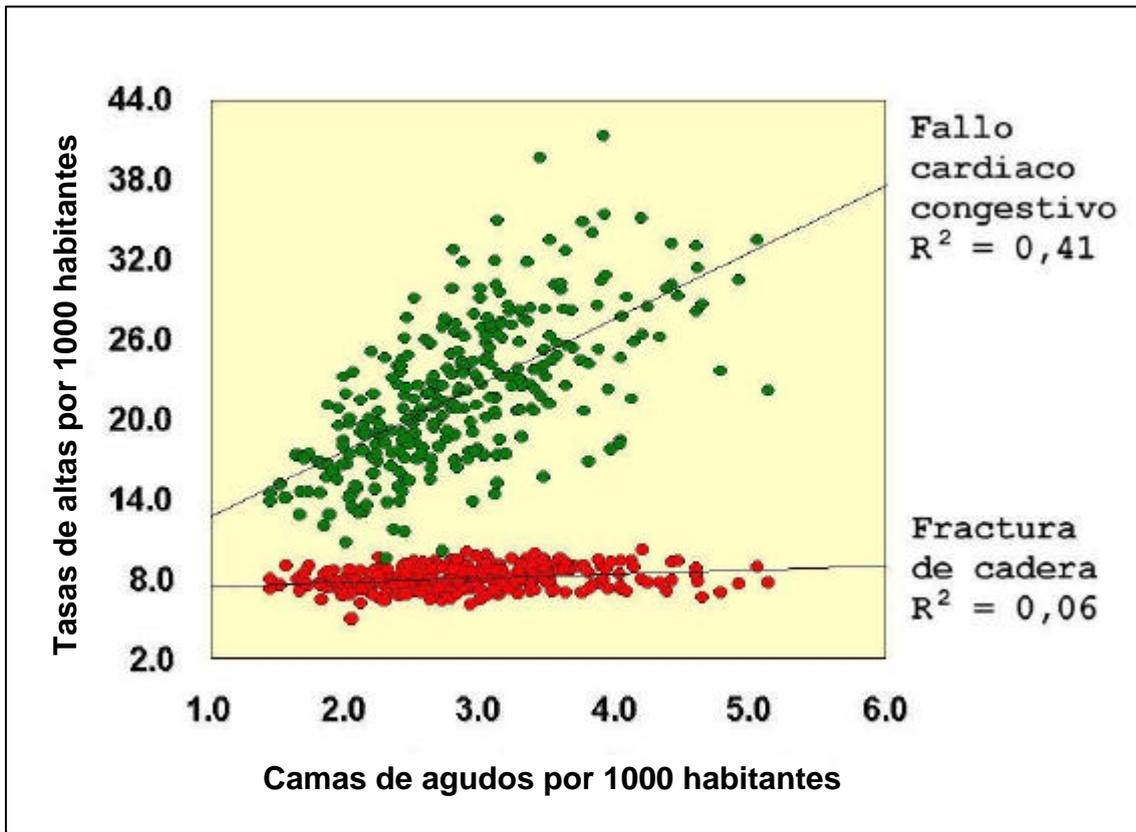
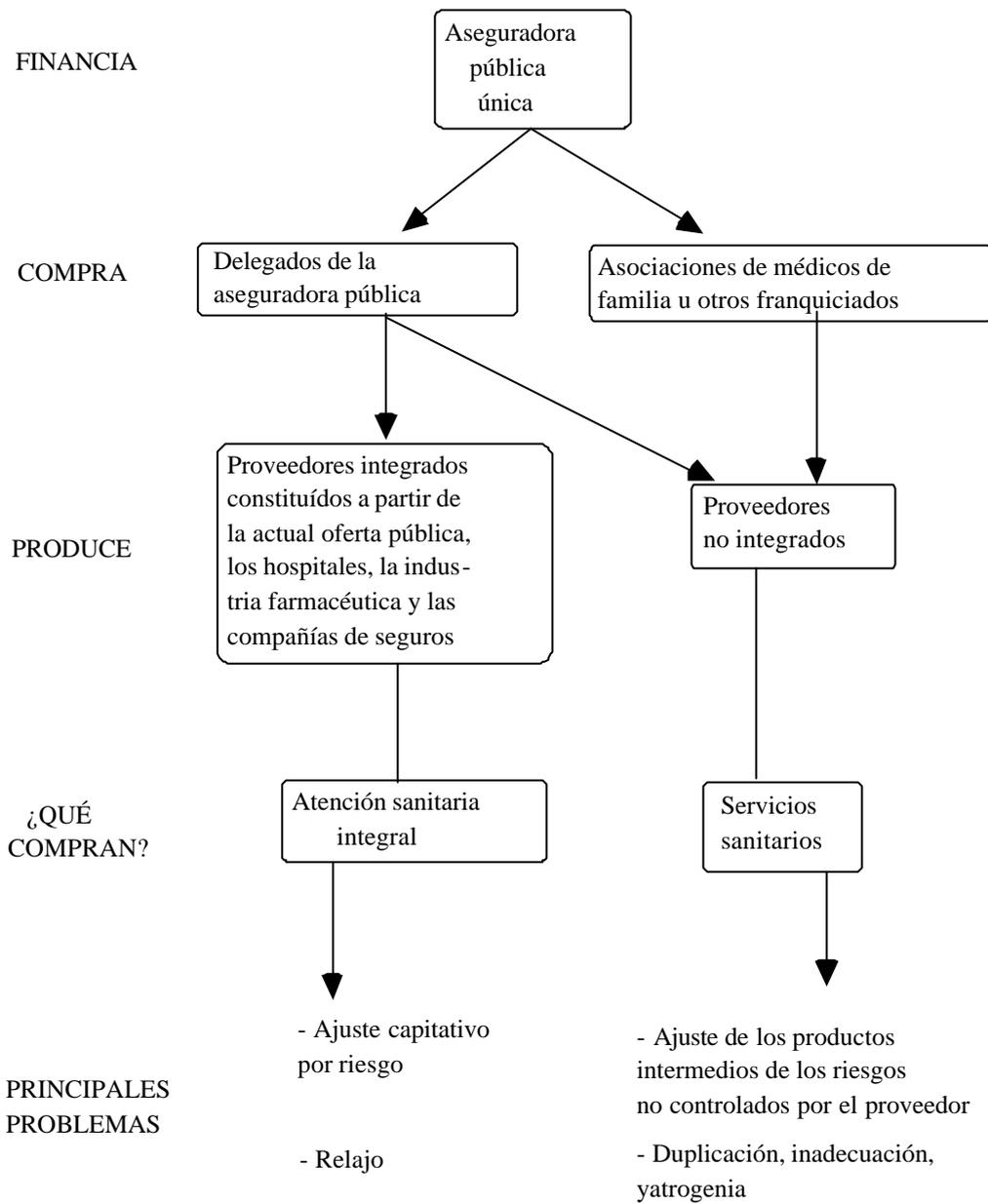


Figura 2: Asociación entre capacidad y dos causas de ingreso hospitalario



Fuente: Wennberg J. The Dartmouth Atlas of Health Care in the United States. Chicago: AHA press, 1999

Figura 3: Un escenario de financiación, compra y producción

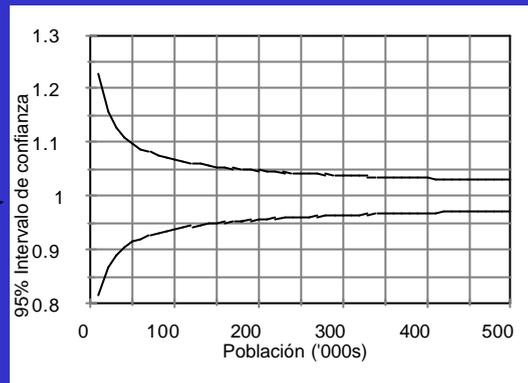


Fuente: V Ortún. La articulación entre niveles asistenciales, en J Del Llano, V Ortún, JM Martín Moreno, J Millán, J Gené (eds): Gestión Sanitaria. Innovaciones y desafíos. Barcelona: Masson, 1998, pág. 350.

Figura 4

**Varianza (CI 95) en la predicción del gasto esperado según volumen de población (Inglaterra 1991/1992)**

Presupuesto = 1.0



Fuente: Martin, Rice and Smith, *Social Science and Medicine* (1998)

## **Bibliografía**

Barsky AJ. The paradox of health. N Engl J Med 1988; 318: 414-18.

Bernabei R, Landi F, Gambassi G et al. Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community. BMJ 1998; 316: 1348-51.

Bernal E . ¿Tienen futuro las guías de práctica clínica en el Sistema Nacional de Salud? Gestión Clínica Sanitaria 2002; 4(3): 75-77. Accesible en <http://www.iiss.es/gcs/index.htm>

Callejón M, Ortún V. Empresa privada en Sanidad: grado de adecuación a las diferentes funciones sanitarias. En G López-Casasnovas (dir): El interfaz público-privado en Sanidad. Barcelona: Masson, 2002, p. 103-121.

Casado D. La provision integrada de servicios sanitarios y sociales a los ancianos es coste-efectiva. Comentario a Bernabei et al, op cit. Gest Clin San 2002; 4 (2): 48. Accesible en <http://www.iiss.es/gcs/index.htm>

Coderch de Lassaletta J. Desarrollo de un modelo asistencial integrado y utilización de servicios. Jornada sobre condicionantes en la utilización de servicios de atención primaria. Girona, 11-12 de abril del 2002. Mimeografiado.

Elola J. Política sanitaria española. Madrid: Díaz de Santos, 2001, pág. 179.

Expósito J (editor). El trabajo de gestión desde una Dirección Médica. Granada: Hospital Universitario Virgen de las Nieves, 2002.

Gallo P. Atención primaria y atención especializada: *condenadas* a entenderse. En J Expósito (ed), op. cit., pág. 159.

Gené J. De las pirámides a Spiderman. Jano 2002; nº 1146 (4-10 octubre): 864.

Genescà E, Vallbé R, Casas J. Ingresos y prestaciones privadas bajo las nuevas formas organizativas publicas. En G López-Casasnovas: El interfaz público-privado en sanidad. Barcelona: Masson, 2002, págs 187-198.

Gérvas J. Genética y prevención cuaternaria. Economía y Salud, Boletín Informativo 2002; nº 45 (octubre): 8-9. Accesible en [www.aes.es](http://www.aes.es)

Gérvas J, Palomo L, Pastor-Sánchez R, Pérez-Fernández M y C Rubio. Problemas acuciantes en Atención Primaria. Aten Primaria 2001; 28(7): 472-77.

Grignon M, Paris V, Polton D. Influence of physician-payment methods on the efficiency of the health care system. Commission on the future of health care in Canada. Discussion paper nº 35. Accesible en [www.hc-sc.gc.ca/english/care/romanow/pdfs/35\\_e.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/english/care/romanow/pdfs/35_e.pdf)

López-Casasnovas G. Nuevos paradigmas en la provision pública de bienes preferentes. El caso de la Sanidad. En G López: El interfaz público-privado en Sanidad, op cit.

López Casasnovas G. El interfaz público-privado en Sanidad. Barcelona: Masson, 2002.

Martín J. Sistema de retribuciones y exclusividad de los facultativos de los hospitales públicos del Estado Español. En G López: El interfaz público-privado en Sanidad, op cit.

Martín S, Rice N, Smith P. Risk and the general practitioner budget holder. Soc Sci Med 1998; 47 (10): 1547-54.

Matesanz R. Gestión clínica: ¿por qué y para qué? Med Clin 2001; 117: 222-26.

Minué S, De Manuel E, Solas O. Situación actual y futuro de la atención primaria. En J Cabasés, JR Villalbí, C Aibar (dir): Informes Sespas 2002. Invertir en salud. Valencia: Generalitat Valenciana, 2002, páginas 395-437.

Moynihan R, Health I, Henry D. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. BMJ 2002; 324: 886-890.

Ortún V. La articulación entre niveles asistenciales. En: J del Llano, V Ortún, JM<sup>a</sup> Martín Moreno, J Millán, J Gené. Gestión Sanitaria. Innovaciones y desafíos. Barcelona: Masson, 1998, pág. 356.

Ortún V, López Casasnovas G. Financiación capítativa, articulación entre niveles asistenciales y descentralización de las organizaciones sanitarias. Madrid: Fundación BBVA, 2001.

Pané O, Vargas I. La atención primaria y la administración local. ¿Es posible en España la implicación municipal en el gobierno de la atención primaria de salud? Atención Primaria 2002; 30 (9): 581-87.

Peiró S. Limitaciones y autolimitaciones de la medicina basada en la evidencia para la práctica clínica y la atención sanitaria. Med Clin 2002; 118 (Supl 3): 49-56.

Puig-Junoy J. Integragión asistencial y capitación. Economía y Salud 2002; 15 (nº 44): 1-2. Accesible en [www.aes.es](http://www.aes.es)

Rice N, Dixon P, Lloyd D, Roberts D. Derivation of a needs based capitation formula for allocating prescribing budgets to health authorities and primary care groups in England: regression analysis. *BMJ* 2000; 320: 284-8.

Salas V. Sobre las instituciones del Estado del Bienestar. En A Castells y N Bosch (dirs): *El futuro del Estado del Bienestar*. Madrid: Civitas, 1998.

Salas V. Tecnologías de la información e innovación en la empresa española. *Economistas* 2002; nº 91 (marzo), pág. 369.

Saturno P. La función hospitalaria. Análisis de una macrocomarca. Murcia: Universidad de Murcia, 1987.

Sen A. Health: perception versus observation. *BMJ* 2002; 324: 860-61.

Wennberg J. *The Dartmouth Atlas of Health Care in the United States*. Chicago: AHA press, 1999. <http://www.dartmouth.edu/~atlas/>

Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women. Principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA* 2002; 288: 321-33.