

# **ESTADO Y MERCADO EN SANIDAD**

**Vicente Ortún y Juan del Llano**

## **Juan del Llano Señarís**

Doctor en Medicina. Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública.

Departamento de Relaciones Institucionales, Merck, Sharp & Dohme de España, S.A.

## **Vicente Ortún Rubio**

Profesor titular Departamento de Economía y Empresa.

Centro de Investigación en Economía y Salud.

Universidad Pompeu Fabra, Barcelona.

## **Introducción**

### **Las limitaciones a la gestión sanitaria en el sector público español**

#### **Méritos relativos del mercado y del Estado**

**El mercado**

**El Estado**

**La dosis de mercado**

### **La separación de las funciones de financiación, producción y compra de servicios**

#### **sanitarios**

**Financiación de servicios sanitarios**

**Regulación de servicios sanitarios**

**Producción de servicios sanitarios**

### **Incorporación de la gestión clínica: las normas profesionales**

**Gestión clínica por cuenta ajena: la dificultad de medir el desempeño**

**Gestión clínica por cuenta propia: la pertinencia limitada de las cooperativas**

#### **El radicalismo selectivo**

## **Introducción**

La actuación social para prevenir enfermedades, prolongar la vida y promover la salud incluye tanto la minimización, o si es posible eliminación, de los comportamientos dañinos y las influencias perjudiciales de factores medioambientales y sociales, como la prestación de servicios sanitarios eficientes.

La eficiencia social pasa por producir al menor coste social aquellos bienes y servicios que más valora la sociedad. En Sanidad se valora la cantidad y calidad de vida producida por los servicios sanitarios. Secundariamente se valoran asimismo algunos aspectos asociados al proceso de prestar asistencia sanitaria (como los de recibir información o delegar las decisiones "difíciles").

Que el propósito principal de las intervenciones sanitarias sea aumentar, restablecer y mantener la salud o limitar las consecuencias de las enfermedades debería implicar que el rendimiento de las actividades del sector se valorara en términos de salud. Así, un criterio básico de la gestión sanitaria sería la determinación de las modificaciones producidas en la salud de los ciudadanos atribuibles a las actividades sanitarias. Se sabe, no obstante, que los determinantes de la salud son múltiples, de manera que resulta difícil cuantificar con precisión operativa el efecto de las intervenciones estrictamente sanitarias sobre la salud. De otro lado el crecimiento de la organización sanitaria, con financiación fundamentalmente pública, ha comportado el desarrollo de una compleja oferta de servicios que a pesar de poderlos considerar como instrumentos para alcanzar objetivos de salud parecen gozar de notable autonomía respecto a sus consecuencias sanitarias.

Las organizaciones sanitarias de un país son fruto de una evolución histórica y cambian influídas tanto por cambios en la tecnología como por cambios en las instituciones. Las organizaciones las forman grupos de individuos con un propósito común. Las instituciones son las reglas de juego, formales e informales, que enmarcan las interacciones entre personas en una sociedad. Las "buenas" instituciones son las que mejor reconcilian el interés individual con el interés social.<sup>1</sup> Es un hecho constatado que sistemas sanitarios de diferente índole se encuentran en pleno proceso de reforma: 18 de los 25 países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico.

Será objetivo de este capítulo revisar los cambios relativos en la organización/mercado y en la organización/Estado para el caso de España, con alguna referencia a las normas médicas en tanto que institución que también contribuye a configurar las interrelaciones

de cualquier sistema sanitario. La investigación evaluativa de que se dispone en este campo rara vez es experimental (como lo fue el estudio de la Rand sobre la influencia del tiquet moderador en la utilización de servicios sanitarios y en el estado de salud de la población), en ocasiones cuasi-experimental (medida antes y después de una intervención con grupo de control no equivalente, por ejemplo), y con mayor frecuencia pre-experimental: Así los estudios de caso único con una sola medición. En los casos en los que la reforma o intervención no se ha producido no cabe ningún tipo de diseño evaluativo. Hay que limitarse a una discusión apriorística, tan documentada como sea posible.

Un documento de trabajo reciente<sup>2</sup> señala como los tres principales problemas de la sanidad pública en nuestro país: la viabilidad financiera del sistema sanitario público, un nivel de eficiencia global bajo y una insuficiente política sanitaria. Este tercer problema se deriva de una deficiente definición de objetivos y falta de consistencia, coordinación entre niveles asistenciales y participación de la población. El mismo documento considera que los médicos constituyen con diferencia el elemento más relevante para la operación eficiente del sistema sanitario, seguido de la atención primaria y la gestión de hospitales.

### **Las limitaciones a la gestión sanitaria en el sector público español**

Las estructuras burocráticas de INSALUD y de los Servicios Regionales de Salud caracterizadas por una elevada producción pública de servicios y sometimiento al derecho administrativo.<sup>3-4</sup> dibujan los rasgos más relevantes en cuanto a limitaciones a la gestión sanitaria.

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

Se trata, en suma, de una organización sanitaria que autolimita su eficiencia al dotarse de un marco no adecuado a la naturaleza de la prestación sanitaria. No se ha intentado

ninguna reforma frontal (no se ha cogido el toro por los cuernos), sino que se ha seguido, más bien, la estrategia de evitar el problema allá donde se ha podido (nuevos centros cuya gestión ha sido cedida, privatización de la gestión sin pérdida de titularidad pública...) y se ha aparcado el núcleo duro de producción pública de servicios sanitarios.

Las limitaciones derivadas del carácter público del cometido pueden clasificarse en no abordables por esenciales y abordables bien por la investigación bien por la acción. Entre las no abordables porque satisfacen objetivos sociales superiores al de eficiencia deben mencionarse el control jurisdiccional y la visibilidad y transparencia de las actuaciones.

Constituyen limitaciones mitigables abordables mediante la investigación la medida del impacto en el bienestar, tipo Años de Vida Ajustados por Calidad o métodos de evaluación contingente, el establecimiento explícito de prioridades sanitarias frente a decisión secuestrada, las medidas del producto intermedio de los servicios sanitarios, tipo Grupos Relacionados con el Diagnóstico o Grupos de Atención Ambulatoria, o la aplicación de diversos métodos, paramétricos y no paramétricos, para la medición de la eficiencia de los centros sanitarios.

Finalmente, abordables mediante la acción son aquellas limitaciones derivadas de la falta/inadecuación de incentivos organizativos e individuales. Y precisamente aquí entran las propuestas de introducción de competencia basada en precios.

### **Méritos relativos del mercado y del Estado**

#### **El mercado**

Los servicios sanitarios afectan a la preservación de la vida, o su calidad como mínimo, con gran incertidumbre, una información muy asimétrica, externalidades y otros elementos constitutivos de importantes fallos de mercado.

La incertidumbre está presente en cómo y cuando la enfermedad afecta a los individuos, en la práctica profesional (cómo interpretar señales y síntomas, cómo relacionar señales y síntomas con enfermedades, saber qué puede esperarse de una prueba diagnóstica, prever cual puede ser el resultado de un tratamiento, prever qué puede pasar si no se trata...) y en el aseguramiento privado: difícil objetivación del daño por las dos partes implicadas, selección adversa, y riesgo moral. El aseguramiento público facilita la objetivación del daño y evita la selección adversa. Persiste el riesgo moral entendido

como tendencia a un comportamiento más despreocupado y a un mayor consumo de servicios sanitarios por el hecho de estar asegurado.

La información asimétrica que supone el hecho de que los profesionales sanitarios saben mucho más que los pacientes acerca de los procesos de atención intenta resolverse con una relación de agencia, de perfección variable, y con la producción y difusión pública de información sobre la efectividad de los tratamientos.

Las externalidades que acarrear las enfermedades infecciosas, los estilos de vida peligrosos y descuidados, la investigación o la producción y difusión de información revisten especial importancia en los servicios sanitarios. También otros fallos típicos del mercado aparecen en los servicios sanitarios: monopolios en zonas de baja densidad poblacional, mercados incompletos para ciertos seguros, racionalidad individual que fracasa en situaciones tipo "dilema del prisionero" que exigen cooperación, así como fallos en relación a la equidad o la calificación de bienes y servicios sanitarios como merecedores de protección.

Los servicios sanitarios están relativamente protegidos de la competencia y cualquier reforma tiene importantes repercusiones redistributivas entre profesionales, usuarios, industria proveedora del sector y ciudadanos.<sup>5</sup> Al fin y al cabo el gasto sanitario de un país constituye una renta para los proveedores de servicios sanitarios.

### **El Estado**

El Estado constituye una organización económica única con afiliación universal y poder de coacción lo que le proporciona ventajas e inconvenientes en relación al mercado. Las características que le facultan para resolver algunos de los problemas de selección adversa y riesgo moral, también le incentivan para reducir la competencia, hacer al empleo y salario público poco sensible a las cambiantes necesidades sociales, reducir los incentivos a la eficiencia, fomentar las actividades de búsqueda de rentas, crear burocracia, y reducir la flexibilidad de las políticas a través de rigideces normativas.

El Estado también es, pues, una institución imperfecta y falla por:

Primero, problemas de incentivos: Ausencia de competencia e imposibilidad de quiebra adormecen las organizaciones. Imposibilidad de discriminación según rendimiento y mérito así como estabilidad garantizada adormecen a los individuos.

Segundo, el énfasis en la "legalidad" que niega la preocupación por la eficiencia.

Tercero, una mala prevención de la arbitrariedad que niega la discrecionalidad y, por tanto, la capacidad de gestión. La arbitrariedad gestora que permita a burócratas y políticos actuar en exclusivo interés propio ha de ser obviamente evitada.

Cuarto, internalidades: convertir en público el interés particular. Desviación de poder.  
 Quinto, patologías burocráticas que no pasan la cura de adelgazamiento que supone el tener que trasladar sus costes a un mercado competitivo.

En suma, ventajas e inconvenientes en las dos instituciones fundamentales. Tanto los fallos del mercado como los fallos del Estado son más la regla que la excepción. Ni la existencia de fallos de mercado basta para justificar la intervención estatal ni los fallos del Estado son suficientes para legitimar el "laissez faire".

### **La dosis de mercado**

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

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

Primero, en el sector se da una colusión de hecho.

Segundo, se compite por la vía de diferenciación de producto. En servicios personales resulta fácil diferenciar producto y generar lealtad. En servicios sanitarios mucho más fácil. Si a ello se añade el problema de la asimetría en la información puede generarse un escenario, eso sí bien enmoquetado, de tecnología inadecuada y redundante. De nuevo estimular la actividad por la actividad puede resultar contraproducente para el bienestar social. Empíricamente se observa que muchos mercados geográficos no permiten competencia. Así, Cataluña presenta, desde la óptica de los mercados geográficos, dos subsectores: uno conformado por 22 mercados hospitalarios pequeños que actúan con una elevada concentración, ocho de ellos con sólo un hospital (monopolio geográfico) y seis mercados con sólo dos hospitales, y el otro subsector compuesto por un mercado con 37 hospitales, 3'4 millones de habitantes y caracterizado por un alto grado de competencia<sup>6</sup>.

Sin una medida del producto real de los servicios sanitarios (calidad de vida relacionada con la salud), la eventual competencia en Sanidad se centra en incorporar los últimos equipos e instalaciones.

Tercero, los costes de transacción (acreditación, negociación y supervisión de los contratos de compra de servicios) superan a los eventuales beneficios derivados de una mayor competencia.

La dosis correcta de mercado se establece para cada momento por un procedimiento de ensayo y error y afecta, en España, de forma muy distinta a la intervención estatal en los terrenos de la financiación, la producción y la regulación de los servicios sanitarios.

## **La separación de las funciones de financiación, compra y producción de servicios sanitarios**

### **Financiación de servicios sanitarios**

Se produce una coincidencia amplia en la fórmula genérica financiación pública de la Sanidad más algún tipo de competencia entre productores de servicios sanitarios, públicos y privados. Con la excepción americana de EEUU y la excepción europea de Holanda que orienta su reforma sanitaria hacia la introducción de competencia entre aseguradoras además de entre productores de servicios sanitarios.

### **Regulación de servicios sanitarios**

No existe un signo común a todos los cambios en la regulación de los servicios sanitarios, pese a que la utilización frecuente del término desregulación da el signo menos por supuesto. La regulación tiende, no obstante, a aumentar en unos casos, como medio ambiente y estilos de vida, y tiende a disminuir -o cambiar de contenido- en otros, como está sucediendo con las oficinas de farmacia.<sup>7</sup>

### **Producción de servicios sanitarios**

Una producción pública de servicios sanitarios -tan elevada como la española- en un marco inadecuado para la naturaleza de la prestación sanitaria (tal como se ha reseñado anteriormente) parece ser la razón más compartida para proceder a la separación entre financiación y producción de servicios sanitarios.<sup>8</sup> Ahora bien, tanto si se desconcentra el poder de compra (Áreas de Salud, por ejemplo, tal como la Ley General de Sanidad establecía) como si se descentraliza tal poder (en asociaciones de médicos de familia, por ejemplo) habrá que optar entre comprar servicios sanitarios a centros sanitarios o atención sanitaria a proveedores integrados. Y 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. Al lado de las dificultades prácticas que estas dos medidas supondrán las dificultades técnicas, que a continuación se señalan, parecen fácilmente superables.

Entre las dificultades técnicas comunes tanto a la competencia entre proveedores integrados -que cubren todo el continuo asistencial: primaria, especializada y sociosanitaria- como entre proveedores no integrados destacan las derivadas de la presencia de monopolios naturales (citado ya anteriormente) o de la dificultad de medir el producto incorporando suficientemente la dimensión de calidad. Todas las dimensiones del producto que no se midan aparecerán indebidamente como ineficiencia

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

a/ Utilizar precios cuando sea posible.

b/ Potenciar la efectividad médica y el empleo de guías de buena práctica como requisito de eficiencia. Elaborar y difundir información sobre efectividad.

c/ Dirigir la financiación hacia los centros (si alguna vez llegan a ser autónomos y responsables) de mayor eficiencia con una prudencia proporcional a las dificultades de incorporación de las dimensiones ocultas de los servicios -especialmente la calidad- a las medidas del producto empleadas. Una buena política de participación ciudadana puede complementar, e incluso suplir con ventaja, muchas deficiencias tecnocráticas.

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

Dificultad técnica específica de la compra de servicios sanitarios es la de ajustar la medida de producto intermedio -tipo Grupos de Atención Ambulatoria- por aquellas variables que el proveedor no controla, y de las que consecuentemente no es responsable, así como la de fomentar la necesaria colaboración entre niveles asistenciales que compiten entre sí.

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 separación entre financiación y producción de servicios sanitarios, otras razones, normalmente aducidas, para la separación financiación/producción no se comparten. Y no se comparten bien por principio bien porque se juzga que los resultados no serán favorables. Entre estas razones no compartidas figuraría el debilitamiento del poder sindical, la contención de costes (más bien la competencia expandiría el gasto sanitario), la mayor eficiencia (aumentan los gastos de administración del sistema como

consecuencia de la separación financiación/producción), la mayor sensibilidad a las preferencias del usuario, o el acabar con la politización de la gestión.

Una separación adicional, entre el comprador de servicios y el financiador, el poder político, (para aislar el establecimiento político de prioridades de la determinación técnica de como cumplirlas mejor) podría ser necesaria en un futuro.<sup>9</sup> de no resolverse la actual falta de transparencia en el proceso decisional acerca de cómo se financian los centros. En efecto, los datos asistenciales (como el Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria) y económicos (como la Central de Balances) de los que se dispone en la actualidad permiten ya una competencia entre hospitales de agudos -por ejemplo- mayor de la que parece políticamente deseable (la que se está dando). Y es que se olvida con frecuencia que la competencia destruye y altera el status quo.

### **Incorporación de la gestión clínica: las normas profesionales**

El Estado, con sus regulaciones, y el mercado, con sus incentivos económicos, moldean el comportamiento tanto de las organizaciones sanitarias como el de los individuos que las integran. No hay que olvidar, no obstante, la gran discrecionalidad de los profesionales sanitarios y la obviedad de que son ellos quienes realmente asignan la mayor parte de los recursos sanitarios. Y ese comportamiento profesional está sujeto a una ética -entendida como la serie de comportamientos que una profesión estima aceptables- con su correspondiente sistema de controles por colegas, sus mecanismos sancionadores -recompensas y ostracismos- y su creciente apoyo en la evidencia científica.

A todo médico le cabe la satisfacción de resolver problemas, curar a veces, paliar en ocasiones y consolar siempre. El contenido de su trabajo se enriquece con el progreso científico. Quienes publican ganan reconocimiento profesional e incluso quienes descubren o innovan tienen el reconocimiento intelectual de ser los primeros, primicia laureada a veces con eponimia (la enfermedad de Hodgkin o la maniobra de Leopold), y más frecuentemente con distinciones y premios.

Pensar en el Estado y en el mercado como los únicos instrumentos de asignación de recursos en Sanidad constituye un craso error. Las profesiones pueden organizarse corporativamente para luchar por sus ingresos y crear barreras de entrada a la profesión en nombre de la calidad, pero también pueden orientarse al usuario, interiorizar los costes de oportunidad, y decidir en el mejor interés de los pacientes con fundamento científico y empatía.

No se entra aquí a valorar si el sistema de incentivos profesionales sirve a la salud de la población (ni la tendencia a la sobreespecialización, ni el premio al hacer y no al escuchar, ni la búsqueda del artículo en lugar del paciente pasarían el examen) sino simplemente a constatar su existencia para tenerla, consecuentemente, en cuenta. ¿Cómo? Reconociendo a la gestión clínica el protagonismo que tiene en el conjunto de la gestión sanitaria (la macro o política, la meso o gestión de centros y la micro o gestión clínica).

Incorporar la gestión clínica supone contestar a la pregunta de cómo dotar a los médicos -decisiones clave del sistema sanitario- con los incentivos, información e infraestructura precisa para efectuar las decisiones clínicas de una forma coste-efectiva. Siempre se ha procurado. Las "novedades" estriban en la mayor interiorización del coste social de oportunidad -los pacientes son un colectivo- y en la creciente orientación al usuario: los servicios sanitarios producen cada vez más calidad de vida, subjetiva por definición, y la decisión sobre la efectividad de una prostatectomía, con prostatismo sintomático, o del tratamiento hormonal sustitutorio requieren que el usuario exprese las dimensiones de calidad de vida que le son pertinentes.

La asunción del protagonismo de la gestión clínica en los centros sanitarios supone reconocer como responsables de las diferentes líneas de producción sanitaria a aquéllos que están al cargo del cuidado directo de los pacientes. Se verá, a continuación, qué supone la mencionada asunción de la gestión clínica en los centros sanitarios en dos escenarios diferentes: el del ejercicio por cuenta ajena y el del ejercicio por cuenta propia.

### **Gestión clínica por cuenta ajena: Descentralización limitada por la dificultad de medir el desempeño**

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

Descentralizado y burocrático son dos términos antitéticos. En una organización descentralizada, sus miembros poseen un alto grado de autonomía decisoria y dentro de él responden a los estímulos que emanan del sistema de incentivos implantado. La

organización burocrática se regula por reglas preestablecidas de antemano, con procedimientos formales de decisión, con limitaciones en la discrecionalidad (menores en las burocracias profesionales) y, en suma, a través de rígidos sistemas de decisión que responden lenta e ineficazmente a las demandas de cambio y adaptación.

La alta especificidad de la información clínica -lo cual implica que su transmisión a un decisor central resulta muy costosa- aconseja que las decisiones se tomen allá donde se posee esa información. Esto supone descentralización. ¿De qué depende la descentralización? De una armonía entre decisiones que se descentralizan, medidas que se utilizan para observar la actuación y de los incentivos. Toda estructura organizativa tiene sus incentivos, explícitos o implícitos, y los de una organización sanitaria descentralizada exigen:

- Especificar las metas de forma concreta y comunicarlas de forma inteligible.
- Evaluar o medir el desempeño, con muchas dimensiones y muchos modos de medida. Cabe medir el desempeño relativo. Lo que se mida y recompense es lo que los profesionales y trabajadores pretenderán mejorar.
- Ofrecer incentivos individuales sólo a quien pueda controlar el ritmo y calidad de su trabajo, y con una intensidad proporcional a la repercusión del trabajo en la organización, e inversamente proporcional a la calidad de la medida del desempeño.

Resulta plenamente aplicable aquí la reflexión de Salas<sup>10</sup> 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 equivocadas.

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

Dadas las ventajas que todavía tiene la burocracia como forma organizativa hospitalaria el problema de dotar al clínico de la información, incentivos e infraestructura precisa para una gestión clínica socialmente eficiente<sup>11</sup> tiene dos líneas de avance: primera,

mejorar las medidas de desempeño clínico de forma que puede establecerse una descentralización con sentido; segunda, potenciar el ejercicio clínico por cuenta propia.

Se ha avanzado bastante en las medidas de desempeño clínico, en los sistemas de clasificación de pacientes o de ajuste por riesgo pero subsisten muchas limitaciones.<sup>12</sup> Todavía debe avanzarse más tanto yendo a unidades técnicas de decisión más pequeñas (en última instancia el clínico individual) como ajustando mejor por calidad. Trabajos como el de Rué et al<sup>13</sup>, para unidades de cuidados intensivos, muestran la factibilidad de estos avances en la medida del desempeño clínico. La dificultad de medir el desempeño clínico no tan sólo limita la descentralización sino que explica también la alta prevalencia de organizaciones sin finalidad lucrativa en el sector hospitalario; en este caso por la señal que se envía a un usuario con una información asimétrica en relación a la del hospital. Señal que significa: "tranquilo, todavía nos preocupa más tu bienestar que la cuenta de resultados".

En cualquier caso, mientras se avanza en las posibilidades de una descentralización, puede fomentarse la participación interesada. Si los círculos de calidad en la empresa pretenden utilizar el mayor conocimiento de los trabajadores sobre su puesto de trabajo, materiales que utilizan y métodos que emplean, si se buscan y fomentan las sugerencias, ¿no debería, con mayor razón, hacerse algo parecido con los profesionales sanitarios? Aunque una mayor descentralización pueda estar frenada cabe una mayor participación, que servirá, entre otras cosas, para compartir el problema de la medida del desempeño, de indudable interés clínico, sanitario y gestor.

### **Gestión clínica por cuenta propia: la pertinencia limitada de las cooperativas**

Una cooperativa es la empresa gestionada por sus trabajadores. Cuando estos trabajadores son profesionales aparecen las asociaciones de profesionales de la auditoría, el derecho, la banca, la arquitectura o la medicina. La viabilidad de las asociaciones de profesionales dependerá de su eficiencia relativa: de que puedan funcionar con unos "costes de transacción" menores que los de formas organizativas alternativas.

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 médico, e implica responsabilidad sobre los aspectos económicos de las decisiones clínicas (a tener en cuenta las posibles interferencias de las consideraciones financieras con las consideraciones clínicas). Esta responsabilidad - convenientemente modulada- lleva a la interiorización del coste social de oportunidad en las decisiones clínicas, y aunque complique tales decisiones constituye una mejor

salvaguarda de la libertad clínica que la alternativa de una interferencia permanente en la misma en base a segundas opiniones, perfiles de prescripción, derivaciones canalizadas, autorizaciones administrativas y medidas similares.

Ahora bien, para que las asociaciones de profesionales puedan funcionar (funcionan en los hospitales japoneses y en la atención médica primaria del Reino Unido) se precisa:

Primero. Tamaño de grupo pequeño que permita un proceso democrático, y no costoso, de decisión. Los tamaños excesivos complican los procesos decisorios, hacen la empresa menos manejable, y desincentivan el esfuerzo individual en la medida que se debilita la relación entre este esfuerzo y el resultado de la producción conjunta. Para que un tamaño reducido sea viable hace falta que no se produzcan economías de escala substanciales. Cuando una organización -caso de las cooperativas industriales de Mondragón- se desenvuelve en sectores con importantes economías de escala, el crecimiento constituye una estrategia obligada si quiere mantenerse la competitividad.

Segundo. Posibilidad de control mutuo de la actividad de cada socio. El inevitable control -de rendimiento, calidad, etc- se encarece cuando debe realizarse sobre trabajo profesional ya que sólo lo pueden realizar otros profesionales; de ahí que convenga sea mutuo, entre pares. De nuevo, si el tamaño del grupo no es reducido, se desincentiva el esfuerzo individual de control en la medida que se debilita la relación entre tal esfuerzo y el resultado de la producción conjunta.

Tercero. Que el capital humano, y no el físico, detente el mayor riesgo.

Cuarto. Escasa especialización profesional requerida para la función gestora, de forma que ésta puede ser ventajosamente substituída por el control mutuo.

Estas condiciones, que se dan en la atención médica primaria, no parecen darse en la atención especializada. Si los cambios tecnológicos no permiten un mayor desmembramiento de las unidades que actualmente integran el hospital y abren la vía a que algunas de ellas sean tributarias de asociaciones de profesionales, la principal vía de avance de la gestión clínica en la organización hospitalaria es la de la medida del desempeño.

### **El radicalismo selectivo**

De no mediar cataclismos o colapsos sociales, como en los países del Este de Europa, los cambios en el sistema sanitario serán graduales y vendrán por la senda del radicalismo selectivo, definido éste como el conjunto de transformaciones escogidas, de

gran alcance, sobre un frente clave y reducido que se generalizan por un proceso de innovación/difusión.<sup>14</sup>

El Estado tendrá un papel cambiante en la financiación y la regulación de los servicios sanitarios. La producción de éstos se flexibilizará -lo que la tecnología ya permite y el marco administrativo dificulta- a través de una inicial separación financiación/producción que deberá, no obstante, mitigar las características quasi-funcionariales de los profesionales sanitarios y probablemente dotar de mayor autonomía, y responsabilidad, a los centros sanitarios.

Se trata de aprovechar todos los puntos fuertes de los tres mecanismos de asignación de recursos contemplados en este capítulo: El Estado para controlar la oferta de profesionales y tecnología, y procurar la equidad y cohesión social. El mercado para espolear la eficiencia e introducir los convenientes estímulos organizativos e individuales. Las profesiones sanitarias, si evitan el corporativismo y separan con claridad público de privado, para conseguir que el lucro no interfiera el juicio clínico y para ofrecer reputación como alternativa a una supervisión costosa e inadecuada que comporta, además, pérdida de libertad clínica.

Este libro se estructura en tres secciones: la tercera trata de gestión clínica, la segunda de gestión de centros sanitarios y esta primera de política sanitaria. Se esboza, a continuación, la trama de los capítulos que configuran esta primera sección. Abre Josep M Antó, epidemiólogo y proponente de una orientación de la política de salud orientada por problemas, con "La atención a la salud: una función insuficientemente especificada". Muchos debates de política sanitaria parecen debates económicos o de gestión olvidando que la política sanitaria tiene su razón de ser en la política de salud. Antes de entrar en el detalle de la gestión de los servicios sanitarios, Antó sitúa a éstos como un elemento más de una política de salud, cuyos desafíos científicos, éticos y económicos analiza en un contexto de conocimiento imperfecto de los determinantes de la salud. En opinión de Antó los recursos que España dedica a la prevención y control de las enfermedades deben aumentarse para que disminuyan las necesidades no cubiertas.

Ahora bien, aumenten o disminuyan los recursos que un país dedica a sanidad, nunca se cubrirán todas las necesidades por lo que se establecerán prioridades. Estas prioridades siempre han existido. Puede priorizarse según capacidad de pago o según necesidad técnicamente establecida; puede priorizarse de forma implícita o explícita, pero se prioriza. Juan Cabasés, en "Establecimiento de prioridades en política sanitaria", revisa diversos criterios explícitos para el establecimiento de prioridades y los refiere a la

ordenación de las prestaciones del Sistema Nacional de Salud en España, atendiendo a sus implicaciones jurídicas, éticas, políticas y económicas.

Priorizar de forma explícita, según una decisión colectiva, implica que el Estado ha intervenido. Se habla de política sanitaria cuando el Estado interviene para corregir fallos del mercado -positivos o normativos- en sanidad y para promover el bienestar social. Esta intervención del Estado puede referirse: a la financiación de los servicios sanitarios (financiación pública equivale a obligatoria y se establece en la medida que las sociedades quieran que los servicios sanitarios se asignen según necesidad y no según capacidad de pago), a la producción de tales servicios (organización cuando la producción es pública y contratación cuando la producción no lo es), y a la regulación tanto de los servicios sanitarios (profesionales, tecnología) como de los factores que influyen en la salud (medio ambiente, estilos de vida). Los cuatro capítulos que siguen, del tercero al sexto, tratan, precisamente, cada uno de los tres aspectos citados de la política sanitaria: financiación (capítulo tercero), producción (capítulo cuarto) y regulación (capítulos quinto y sexto).

Laura Pellisé, en base a sus trabajos previos sobre MUFACE, presenta, en "Financiación de servicios sanitarios", la elección del sistema óptimo de financiación en base a la compensación recíproca entre ineficiencia y riesgo. Para ello establece previamente las dos dimensiones de los sistemas de financiación: unidad de pago, o grado de agregación de servicios asistenciales que se contratan, y reparto del riesgo entre financiador y proveedor. El capítulo de Salvador Peiró -"Medidas de actividad y producto sanitario"- tiene relevancia directa respecto a la primera dimensión -unidad de pago- y el capítulo de Pere Ibern y Ricard Meneu -"Managed care y revisión de la utilización hospitalaria"- respecto a la segunda, reparto de riesgos.

Guillem López Casasnovas, en "Organización y eficiencia de la producción de servicios sanitarios", revisa, en una primera parte del capítulo, los problemas de la producción pública de servicios sanitarios en la que confluyen una diversidad de intereses y aspiraciones. En la segunda parte contempla las actuaciones sobre la producción por la vía contractual procurando integrar y lograr la compatibilidad entre las tres grandes esferas de la gestión sanitaria: la de la política, la de la gestión de centros y la de gestión clínica.

El primer capítulo sobre regulación, el de José Asua y José Antonio Sacristán, explica la "Regulación de las tecnologías sanitarias". La desaparición de la Office of Technology Assessment de EEUU, que corroboró no tan sólo que la ciencia no tiene poder sino que, en ocasiones, el poder no tiene ciencia, ha estado compensada por el reforzamiento de

las Agencias de Evaluación de Tecnologías en otros países. Anteriormente se comentaba que las organizaciones cambian cuando lo hace la tecnología que emplean o el entorno en que operan. A nadie hay que descubrirle, pues, la trascendencia de la regulación de la tecnología sanitaria, tanto por la vía directiva como por la vía de los incentivos que moldean la invención, la innovación y la difusión.

El segundo capítulo sobre regulación, el de Julio López Bastida "El mercado farmacéutico español: una panorámica", desarrolla la regulación del sector en España sobre el análisis detallado de la estructura de la industria, y las características del mercado español, y sobre un conocimiento exhaustivo de este tipo de regulación en los principales países de Europa.

Tras el repaso de las principales funciones de la política sanitaria, financiación, producción y regulación, la trama de esta primera sección torna al origen que da la razón de ser a los servicios sanitarios: su impacto sobre la salud, introducido en el capítulo de Josep M Antó. Pasar del discurso sobre efectividad, calidad, accesibilidad de servicios al discurso sobre longevidad y calidad de vida y al de los factores que la determinan (educación, diferencias socioeconómicas...) tiene unos requisitos informativos que Enrique Regidor detalla en "Sistema de información para la política sanitaria". No deja de ser paradójico, como dice Regidor, que el sufrimiento y la muerte de muchas personas como consecuencia de circunstancias no relacionadas con el sistema sanitario no merezcan el más mínimo comentario, mientras que la sola sospecha de que la salud de alguien pueda estar en peligro por cualquier circunstancia relacionada con los servicios sanitarios se convierte de inmediato en el centro del debate social y en noticia de portada. Las organizaciones, sanitarias o no, tienen su sistema de control de gestión. La política económica tiene un sistema de información "poblacional". La política sanitaria bastante menos ya que tiene sus "Bancos de España" dispersos y fragmentados.

Bioética y Ética empresarial son dos de las mayores novedades de la Filosofía práctica en los últimos lustros. Al converger ambas en la política sanitaria, Diego Gracia resulta la persona más indicada para -cerrando esta sección- abrir todos los capítulos de un libro que, como éste, versa sobre gestión sanitaria.

- 
- <sup>1</sup> North, D. *Institutions, institutional change and economic performance*. Cambridge University Press, 1990.
- <sup>2</sup> Herce J, Cabasés J, López Casanovas G. Los problemas de la sanidad pública en España: una encuesta rápida entre los expertos en economía de la salud. *Textos Express* 95-01. FEDEA, 1995.
- <sup>3</sup> Martín J. Cambios en la regulación del sistema sanitario público español: incentivos y eficiencia. En Meneu R y V Ortún (dir): *Política y gestión sanitaria: La agenda explícita*. Barcelona: SG editores y Asociación de Economía de la Salud, 1996; págs 177-217.
- <sup>4</sup> Freire JM. Problemas y reformas de la sanidad española: una aproximación crítica. Seminario sobre el Futuro del Estado del Bienestar, Universidad Internacional Menéndez y Pelayo, Barcelona, 15-16 de julio 1996, mimeo.
- <sup>5</sup> Evans R. Marketing markets, regulating regulators: Who gains? Who loses? What hopes? What scope?. En O.C.D.E.: *Health Care Reform. The will to change*. París: OCDE, 1996.
- <sup>6</sup> Puig J , Dalmau E. Market structure and hospital efficiency: evaluating potential effects of deregulation in a national health service. *Review of Industrial Organization*, en prensa.
- <sup>7</sup> Asociación de Economía de la Salud. *Cambios en la Regulación Sanitaria*. Barcelona: SG editores, 1995.
- <sup>8</sup> Navarro V. El debate sobre la separación entre las funciones de financiación y provisión de servicios en el Estado de Bienestar y su relevancia para España. *Gaceta Sanitaria* 1995; 9: 202-209.
- <sup>9</sup> López Casanovas G. Algunas consideraciones acerca del ajuste por riesgo en la financiación sanitaria. En Puerta, Ruiz, Vilanova (dir): *Sanidad privada; ¿cuál será el próximo acto?* Madrid, editorial Noesis, 1996; páginas 41-60.
- <sup>10</sup> Salas V. La organización empresarial del sector público. Reflexiones desde la teoría de los contratos. En Asociación de Economía de la Salud (dir): *Instrumentos para la gestión en Sanidad*. Barcelona: SG editores, 1995.
- <sup>11</sup> Fuchs V. Economics, values, and health care reform. *American Economic Review* 1996; 86(1): 1-24.
- <sup>12</sup> Peiró S. Limitaciones en la medición de los resultados de la atención hospitalaria: Implicaciones para la gestión. En: Asociación de Economía de la Salud (dir): *Instrumentos para la gestión en sanidad*. Barcelona: SG editores, 1995; págs 57-101.
- <sup>13</sup> Rué M., Lemeshow S, Artigas A, Mestre J, Bonfill X et al. Utilización de los modelos probabilísticos de mortalidad (MPMII) para evaluar la efectividad de la atención a pacientes en estado crítico. *Medicina Clínica* 1996; 106: 565-570.
- <sup>14</sup> Ortún V, López Casanovas G. La reforma del Sistema Sanitario Español: radicalismo selectivo. *Hacienda Pública Española* 1993; Monografías I: 13-31.