

*Utilización docente de un capítulo de: Muñoz Machado S, García Delgado JL y González Seara L (dir): Las estructuras del Bienestar. Propuestas de reforma y nuevos horizontes. Madrid: Civitas, 2002, p 159-207.*

### Capítulo 3

## REFORMA DE LA SANIDAD

Vicente Ortún Rubio  
Profesor titular de Organización de Empresas  
Departamento de Economía y Empresa  
Centro de Investigación en Economía y Salud  
Universidad Pompeu Fabra, Barcelona

SUMARIO: CONVERGENCIA DE SISTEMAS SANITARIOS EN EUROPA. POLÍTICAS DE SALUD. FINANCIACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS. REGULACIÓN. PRODUCCIÓN Y ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS. RECAPITULACIÓN. BIBLIOGRAFÍA.

Aclaraciones: Cada uno de los **4 Cuadros** (del 1 al 4) y de los **2 Gráficos** (del 1 al 2) aparecen citados una sola vez en el texto. Se entregan ordenados al final precediendo a la Bibliografía. Convendrá, no obstante, que cada uno de ellos aparezca próximo a su cita en el texto.

Vicente Ortún Rubio, e-mail: [vicente.ortun@econ.upf.es](mailto:vicente.ortun@econ.upf.es)

### *Indice del Capítulo 3: Reforma de la Sanidad*

<i>1. Convergencia de sistemas sanitarios en Europa</i>	<i>3</i>
<i>2. Políticas de salud</i>	<i>4</i>
2.1. Alcance de la Política de Salud	6
2.2. El desempeño de los Sistemas Sanitarios: Políticas de salud buenas y menos buenas	6
<i>3. Financiación de servicios sanitarios</i>	<i>9</i>
3.1. ¿Todo, para todos, de la mejor calidad?	9
3.2. El establecimiento de prioridades en Sanidad	9
3.3. Listas de espera	12
3.4. Financiación capitativa y articulación entre niveles asistenciales	13
<i>4. Regulación</i>	<i>19</i>
4.1. La regulación de la prestación farmacéutica	19
<i>5. Producción y organización de servicios sanitarios</i>	<i>22</i>
5.1. ¿Qué se descentraliza?	25
5.2. ¿En quién se descentraliza la producción?	29
5.3. Gestión Clínica y Medicina Basada en la Evidencia	31
5.4. Cambios en las Organizaciones Sanitarias del Estado del Bienestar	33
5.5. Condicionantes políticos de las reformas en la gestión pública sanitaria:	36
<i>Recapitulación</i>	<i>36</i>
<i>Bibliografía</i>	<i>45</i>

## **1. Convergencia de sistemas sanitarios en Europa**

En Europa se ha producido una convergencia -hacia un sistema mixto- entre los Sistemas Nacionales de Salud (tradición Beveridge) y los Sistemas de Seguro Social (tradición Bismarck). Un Sistema Nacional de Salud otorga beneficios por el hecho de ser ciudadano y se financia con impuestos generales. Un Sistema de Seguro Social protege a los afiliados y se financia a través de cotizaciones.

Los Sistemas de Seguro Social han extendido gradualmente su cobertura hasta conseguir, prácticamente, protección universal y han huído del pago por servicio hacia remuneraciones basadas en presupuestos globales. En cambio, en países con Sistemas Nacionales de Salud, se han introducido incentivos por actividad, mayor elección para los pacientes y competencia entre proveedores.

España ha caminado decididamente hacia la construcción de un Sistema Nacional de Salud, como lo ha hecho Italia, mientras que otros países del Sur de Europa, como Grecia y Portugal, dan un protagonismo creciente al sector privado y pueden ser definidos como Sistemas de Seguro Social menos desarrollados que los del Centro de Europa<sup>1</sup>.

La conciencia de problemas comunes de salud y de sistemas sanitarios entre los países europeos, la acción de diversos organismos multinacionales así como la creciente competitividad internacional han llevado a una mayor convergencia entre sistemas y políticas de salud. Los organismos multinacionales suelen ofrecer estadísticas comparativas e informes varios en útiles páginas web como la de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico ([www.ocde.org](http://www.ocde.org)) o la del Observatorio Europeo de Sistemas Sanitarios ([www.observatory.dk](http://www.observatory.dk)). En esta última puede obtenerse gratuitamente "Health Care Systems in Transition: Spain", del año 2000, Informe que configura junto con los Informes bienales de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS), y los sendos capítulos sanitarios de las dos obras precedentes<sup>2</sup> el punto de partida para estas páginas.

Adicionalmente, el sistema de protección de salud europeo se encuentra inmerso en un proceso de internacionalización. Los efectos de la integración europea, los tratados de Maastricht y de Amsterdam han ampliado la base legal para una actuación conjunta en salud pública. Se ha producido una cierta armonización en el proceso de aprobación de medicamentos, existe movilidad de profesionales de limitadas consecuencias prácticas, así como nuevos problemas planteados por la movilidad de los ciudadanos: las sentencias del Tribunal Europeo de Justicia, de 1998, sobre los casos Kohll y Decker, establecieron el derecho de los pacientes a procurarse atención sanitaria no urgente en otros países de la Unión Europea y ver reembolsados los costes incurridos como si hubieran recibido la atención en su propio país. Gobiernos y aseguradoras temieron un auge importante en el flujo internacional de pacientes, con su consecuente repercusión en el gasto sanitario.

Recientemente, el 12 de julio del 2001, el Tribunal Europeo de Justicia sentenció en relación al caso de dos ciudadanos holandeses que habiendo recibido tratamiento en Alemania y Austria pretendían el reembolso de sus gastos. El Tribunal Europeo

confirmó el derecho de los países miembros a organizar sus servicios sanitarios como consideren conveniente cumpliendo, eso sí, la normativa europea relevante. Y, por primera vez, el Tribunal sentenció que: primero, la atención hospitalaria debía conformarse a la libre circulación de servicios con independencia de su forma de reembolso; segundo, la solicitud de autorización previa, en el país de origen, pese a ser un obstáculo a la libre circulación de pacientes debía mantenerse en ciertas circunstancias.

¿Cuáles son estas circunstancias que justifican la autorización previa? Primera: atentar contra la viabilidad financiera de los sistemas sanitarios de cada país, lo que puede producirse cuando un numeroso grupo de pacientes acude en busca de tratamiento fuera de su país. Segunda: Ausencia de evidencia de efectividad ya que no tiene sentido pagar servicios sanitarios fútiles, e incluso perjudiciales, para la salud de los individuos. Tercera: Ausencia de retrasos indebidos. El Tribunal confirma que las autoridades sanitarias de cada país de la UE pueden negar la autorización previa a un ciudadano para que busque atención especializada programable en otro país siempre que pueda recibir el tratamiento en cuestión, u otro de efectividad similar, en el propio país sin retrasos indebidos<sup>3</sup>. El flujo internacional de pacientes dentro de la Unión Europea continúa siendo pequeño -aunque en aumento- habiéndose producido algunos acuerdos bilaterales entre países para el envío de pacientes.

En conclusión: ha sido la vía jurisprudencial la que ha abierto un camino para una progresiva armonización de servicios y coberturas entre los países de la Unión Europea ante la inhibición del ejecutivo comunitario y de los ejecutivos de los países miembros.

## 2. Políticas de salud

La práctica de la **Salud Pública** trata de prevenir enfermedades, prolongar la vida y promover la salud a través de la intervención organizada de la sociedad. Ello incluye no solamente los esfuerzos para mantener la salud minimizando, y si es posible eliminando, los comportamientos dañinos y las influencias perjudiciales de factores medioambientales y sociales, sino también la prestación de servicios sanitarios eficientes que ayuden a los enfermos a recuperar la salud o, como mínimo, a reducir el sufrimiento, la minusvalía y la dependencia.

*Nuestro país y nuestro mundo.* En la dimensión local las prioridades de actuación se sientan sobre la base de los problemas de salud de una comunidad, y sus conveniencias, tratando -en todo caso- de protegerse de riesgos que puedan provenir de otros países. El conocimiento de la carga de morbilidad de la población local constituye así el punto de partida lógico para el establecimiento de las actuaciones de salud pública. La exportación de riesgos -mediante la comercialización agresiva de productos perjudiciales para la salud de otros, como el tabaco (primera causa de mortalidad evitable en muchos países), y la admisión de dobles estándares en general- no representa problema alguno en perspectiva local que se despreocupa de problemas ajenos aunque los exporte.

En la dimensión internacional se aprecia que el subdesarrollo y la pobreza originan la mayor parte del sufrimiento humano. En el desarrollo económico y social está su cura<sup>4</sup>.

Los sentimientos de solidaridad con la presente generación, y con las futuras, alientan una perspectiva internacional. Recientemente, la conciencia de problemas comunes también conduce hacia una perspectiva internacional de los problemas de salud pública. Entre los principales problemas comunes del mundo cabe citar:

- Las desigualdades crecientes entre países. Hace 200 años el país más rico del mundo tenía una renta per cápita cinco veces mayor a la del país más pobre. Hoy en día la renta per cápita de Suiza es 400 veces superior a la renta per cápita de Mozambique<sup>5</sup>. Actualmente tenemos tres tipos de naciones: aquellas en las que las personas gastan enormes cantidades de dinero para controlar el peso, aquellas cuyas poblaciones comen para vivir y aquellas cuyos habitantes no saben de dónde vendrá la próxima comida.
- Las desigualdades dentro de cada país. Aquellos países más igualitarios que han priorizado los servicios sociales (educación y sanidad, intensivos en mano de obra relativamente barata) han conseguido espectaculares mejoras en su bienestar social pese a no registrar un gran crecimiento económico (Costa Rica, Kerala). En gran parte ello es debido a la relación positiva y significativa entre aumento de la renta por persona y mejora de la esperanza de vida al nacer, que se establece principalmente a través del impacto que tenga el producto nacional de un país en, primero, las rentas de los pobres, y, segundo, el gasto en salud pública<sup>6</sup>.
- Consumo de combustibles fósiles y cambio climático; regulación de actividades contaminantes en general.
- Mayor transmisibilidad de infecciones como consecuencia de la mayor movilidad de productos (alimentarios por ejemplo) y personas; aumento de resistencias bacterianas.
- Las hambrunas originadas por la falta de democracia<sup>7</sup>.
- Las guerras y los desplazados como consecuencia de las mismas.
- La necesidad de compaginar el estímulo a la generación de nuevo conocimiento, en la actualidad a través fundamentalmente del monopolio que las patentes conceden, con de facilitar el acceso a tratamientos costosos de las poblaciones más afectadas por la enfermedad y carentes de medios.

En estos problemas comunes de Salud Pública se dan las conocidas características de bienes públicos (el consumo por parte de una persona no impide el consumo por parte de otra y nadie puede ser privado de consumirlo), externalidades (efectos en terceros), tragedia de los bienes comunales y dificultades de acción colectiva.

*Bienes públicos.* La mitad de las mejoras en salud de los últimos 50 años son atribuibles al aumento de la renta y la educación; la otra mitad resulta de la generación de nuevo conocimiento y de su aplicación al diagnóstico y tratamiento de enfermedades<sup>8</sup>. Una parte importante de este conocimiento tiene características de bien público pese a su apropiación privada a través del mecanismo de patentes.

*Externalidades.* Muy conocida, por ejemplo, la externalidad en beneficios que supone la contribución a la inmunidad comunitaria de la vacunación individual, recientemente se ha mostrado cómo los programas de salud pública en el tercer mundo pueden conseguir muchos más efectos beneficiosos que los que normalmente se asumen debido a que no sólo alteran la probabilidad de muerte de la enfermedad tratada sino que aumentan los incentivos a invertir en prevención en otras causas de muerte.

*Tragedia de los bienes de propiedad comunal* (pesquerías, bosques, recursos medioambientales). Todos los 'pastores' aumentan los rebaños que envían a las 'praderas' comunes corriendo todos ellos a la ruina.

*Dificultades de la acción colectiva.* Los beneficios sociales fruto necesariamente de esfuerzos individuales propician conductas aprovechadas.

*Niveles múltiples de causalidad.* El enfoque distal en Salud Pública pasa por estudiar, para intentar actuar, sobre los fundamentos socioculturales de la salud: se dirige a los grandes problemas sociales de la pobreza, la desigualdad, la violencia, la guerra...y ha de evitar caer en la tentación de valorar tales problemas sociales únicamente en función de sus consecuencias sanitarias.

El enfoque proximal, el más habitual y propio del reduccionismo científico, trata de actuar sobre los factores de riesgo más inmediatos de los distintos problemas de salud pública, la intoxicación por plomo como ejemplo.

### ***2.1. Alcance de la Política de Salud***

La política de salud supone la intervención del estado para corregir disfunciones del mercado y conseguir objetivos de equidad. La política de salud se distingue de otras políticas, como la política económica, por su finalidad principal: la de conseguir mejoras en el nivel de salud de la población. Obviamente la política económica de un país impacta en su salud de la misma forma que una política de salud impacta en su desarrollo económico, pero si clasificamos como sanitarias aquellas intervenciones del estado en función de que su finalidad principal sea la de mejorar la salud de la población, veremos que se produce un acotamiento natural de la Salud Pública en las dos dimensiones consideradas (local/internacional, proximal/distal), acotamiento que permite recoger la evolución del concepto de Salud Pública en el tiempo y en el espacio.

En este último cuarto de siglo, bien cumplido, la política de salud, en muchos países, ha seguido la estela de Marc Lalonde para producir cambios en los servicios sanitarios, los estilos de vida y las relaciones con el medio ambiente; cambios que tratan de conseguir mejoras en el estado de salud<sup>9</sup>. Si el problema es de salud dental, por ejemplo, la política de salud actúa sobre tres familias de variables: servicios sanitarios (reparar caries), estilos de vida (promover el cepillado de dientes), y entorno (fluoración de aguas); no trata de alterar, en cambio, la distribución de renta. Dicho de otra forma la política de salud actúa sobre algunos de los grandes determinantes de la salud pero no sobre el grupo de variables socioeconómicas y culturales ni tampoco, por el momento, sobre la herencia genética.

### ***2.2. El desempeño de los Sistemas Sanitarios: Políticas de salud buenas y menos buenas***

Definir política de salud según finalidad principal permite plantearse el interesante problema de comparar la eficiencia de las políticas de salud seguidas por los diferentes países del mundo. De hecho éste es el muy encomiable propósito de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que en su Informe del 2000 ordena los sistemas de salud del mundo de mayor a menor eficiencia. La definición que el Informe proporciona de sistemas de salud -todas las actividades cuya finalidad principal es promover,

restablecer o mantener la salud- encaja bien con el alcance de la política de salud enunciado en los dos párrafos precedentes. Medir la eficiencia de un sistema sanitario supone establecer hasta qué punto el comportamiento de un país se acerca al máximo potencial (dado por el conjunto de países) ajustando por recursos disponibles y otras variables que influyen sobre el resultado y que no están comprendidas en el concepto de servicios sanitarios.

*Informe OMS sobre la salud en el mundo, 2000.* El Informe 2000 de la OMS usa el método del análisis de la frontera de producción para establecer la eficiencia del sistema sanitario. La eficiencia se aproxima por el porcentaje de lo realmente conseguido en relación a lo que potencialmente podría conseguirse con los 'inputs' utilizados. Se calculan dos medidas de eficiencia:

1/ La observada para transformar 'inputs' en esperanza de vida ajustada por discapacidad  
2/ La que se deriva de la capacidad de cada país para transformar 'inputs' en la consecución de tres grandes objetivos de cualquier sistema sanitario expresados éstos como porcentaje de lo potencialmente alcanzable. Los tres objetivos considerados son: salud, capacidad de respuesta (a las expectativas no médicas de la gente) y equidad en las contribuciones financieras. Para medir el grado de satisfacción de los tres objetivos mencionados el Informe utiliza cinco variables de 'producto' o desenlace: esperanza media de vida ajustada por discapacidad, distribución de la esperanza de vida ajustada por discapacidad, respuesta promedio a expectativas, distribución de la respuesta a expectativas y distribución de las aportaciones financieras en relación a la capacidad de pago.

La frontera, definida por la mejor práctica de los 191 países considerados, es una función de dos variables: gasto sanitario y promedio de años de escolarización en la población adulta. Los problemas de método resultan obvios: la educación difícilmente podrá ajustar por todo lo que no son servicios sanitarios (clima, estilos de vida, instituciones...) y aunque la ordenación de los países en cuanto a eficiencia fuera válida no nos informa de cuáles son los componentes de unos servicios sanitarios determinados que explican las diferencias de comportamiento entre países.

*Reacciones al Informe OMS sobre la salud en el mundo, 2000.* Muchas cosas pueden decirse y casi más se han dicho sobre el Informe OMS 2000. En [www.fiocruz.br/cict/dis/vering.htm](http://www.fiocruz.br/cict/dis/vering.htm) pueden encontrarse críticas de países (Brasil, Vietnam) y personales así como respuestas de la OMS.

Desde una perspectiva exclusivamente científica enfoques metodológicos alternativos al del establecimiento de la eficiencia comparativa de los servicios sanitarios por la vía del análisis de fronteras de producción serían posiblemente más adecuados, particularmente el enfoque del coste-efectividad. El análisis coste-efectividad permite relacionar cambios en recursos dedicados a una intervención sanitaria con cambios en resultados observados proporcionando una información mucho más fina y útil para establecer prioridades de actuación en política de salud.

Pero lo que constituye una guía para producir ciencia y publicar en buenas revistas no puede convertirse en criterio único para intentar mejorar la realidad. La búsqueda del método más adecuado, del dato más refinado, de la variable más válida se convierte, con facilidad, en una condición suspensiva de la acción: en la parálisis por el análisis. Y pese a compartir algunas de las fundadas de las críticas al Informe<sup>10</sup>, creemos que la

OMS posiblemente hará bien si persevera en el intento: mejora datos, pule el método, ajusta mejor por los 'inputs' no sanitarios, efectúa el análisis de frontera por grupos más homogéneos de países (escandinavos, subsaharianos...), etc.

Obviamente los países difieren entre sí en numerosas circunstancias que no son imputables a su política de salud, como la geografía, el clima, sus reglas de juego, su historia... como difieren los pacientes sin que ello impida medir la efectividad de las intervenciones o como difieren los cirujanos sin que deje de ser planteable medir su calidad ajustando por las variables que ellos no controlan. Cabría incluso reconocer que los países tienen preferencias y valores diferentes siempre que se reconozca la universalidad del deseo de vivir más y mejor (para evitar que se explique la prevalencia de oncocercosis por amor a la ceguera).

Implantar decisiones, mejorar realidades requiere unas habilidades que no necesariamente son analíticas. Con muchos remilgos la clasificación de pacientes para elaborar Grupos Relacionados con el Diagnóstico, la elaboración de parejas de indicaciones/tratamientos para el establecimiento de prioridades en el Estado de Oregón, o el cálculo de la carga de morbilidad para el Informe 1993 del Banco Mundial podían no haber visto la luz. Las hipótesis arriesgadas tienen sus antídotos en los análisis de sensibilidad; los atajos se ensayan y cuando el desconocimiento sobre una cuestión parezca frenar todo avance... siempre puede llamarse a un economista para que asuma su conocimiento u organizarse una conferencia de consenso para compartir la ignorancia. Recordemos que la conquista de las enfermedades epidémicas durante el siglo XIX fue, en gran parte, resultado de los campañas en pro de alimentos puros, agua pura y aire puro, que se habían basado en una fe filosófica y no en una doctrina científica<sup>11</sup>.

La Salud Pública depende del desempeño del Sistema Sanitario y la comparación de desempeños entre países no deja de constituir un acicate para la mejora de la Salud Pública. Las ordenaciones de sistemas sanitarios según su eficiencia, los indicadores sumarios, promueven la transparencia y la mejora en datos y métodos, tienen impacto mediático, resultan fácilmente inteligibles y tienen un interés indudable como forma de estimular una competencia por comparación que permita aprender de aquellos países con mejores políticas de salud. Al fin y al cabo tanto si queremos valorar la situación de la mujer en el mundo o la mortalidad por cáncer siempre recurrimos a la comparación de tendencias internacionales. El 'benchmarking' puede funcionar en políticas de salud, en Salud Pública por tanto, de la misma forma que ha funcionado en cirugía coronaria<sup>12</sup>. Eso sí, evitando tentaciones de ingeniería social y sin pedir más de lo que puede dar: aunque las causas de las diferencias de comportamiento entre países se identifiquen no siempre serán vulnerables: cuanto más distal es la variable explicativa mayor inercia suele tener.

Y donde la Política de Salud no pueda actuar siempre cabrá llamar la atención y crear conciencia social sobre por qué no puede hacerlo. Al fin y al cabo la política de salud implica intervención del estado y el estado, pese a su importancia en salud pública, no es la única institución definitoria del comportamiento ni de los países ni de sus sistemas sanitarios.



### 3. Financiación de servicios sanitarios

#### 3.1. *¿Todo, para todos, de la mejor calidad?*

En el **Cuadro 1** se esquematizan las instituciones que configuran la forma de asignar recursos sanitarios en cada país. De la interacción entre estado, mercado y normas clínicas resulta la respuesta que cada sociedad da en cada momento a la pregunta: ¿Para todos, todo, de la mejor calidad?

Las sociedades que actúan sobre el *para todos* tienen un Estado del Bienestar menos desarrollado y recurren en mayor medida al mecanismo de precios como mecanismo para asignar los recursos sanitarios. Así, la importante exclusión de los colectivos no asegurados en EEUU. También debe mencionarse como una limitación al 'para todos' cualquier mecanismo de acceso privilegiado a los servicios sanitarios para los miembros de la 'nomenclatura' comoquiera que ésta se constituya en cada país.

En cambio, aquellas sociedades con Estado del Bienestar más desarrollado actúan preferentemente sobre el *todo* y sobre el *de la mejor calidad*. Sobre el 'todo' limitando las prestaciones efectivamente cubiertas y controlando tanto la introducción de la tecnología como la posterior adecuación en su empleo.

Sobre la 'calidad' se actúa diluyendo servicios, retrasándolos, poniendo trabas a la utilización (aumento del precio no monetario), proporcionando un trato subóptimo (descortés o inadecuado) o despilfarrando recursos por ineficiencia (rentas excesivas a proveedores).

Al asignar recursos sanitarios actuando sobre el 'para todos' suele impropriadamente llamársele libre funcionamiento del mercado y al actuar sobre el 'todo' o sobre el 'de la mejor calidad' racionamiento. Se trata de dos maneras diferentes de asignar recursos sanitarios y ambas implican un racionamiento y aunque ambas supongan un establecimiento de prioridades suele reservarse este último término para referirse a los procedimientos utilizados por aquellos países con Estado de Bienestar desarrollado para establecer quién recibe qué.

#### 3.2. *El establecimiento de prioridades en Sanidad*

Los recursos sanitarios, aunque carezcan de expresión monetaria como puede ser el caso de los órganos para transplantes, son escasos y el establecimiento de prioridades supone, explícita o implícitamente, contestar a las dos preguntas siguientes:

- A/ ¿Servicios sanitarios u otras formas de producir salud?
- B/ ¿Qué servicios sanitarios y para quién?

La respuesta se concreta a través de un conjunto de decisiones políticas y decisiones clínicas cuya tipología se esquematiza en el **Cuadro 2**. Tras glosar brevemente la tipología del cuadro se abordan las dos preguntas mencionadas.

Las *decisiones políticas* sobre prioridades en sanidad pueden ser más o menos implícitas, más o menos democráticas y más o menos centralizadas. En la práctica prevalece un proceso implícito de establecimiento de prioridades (decidir quién recibe

qué) aunque aparecen ya excepciones en países que han establecido prioridades de forma explícita.

Las *decisiones clínicas* sobre prioridades en sanidad están condicionadas por el estado y por el mercado (más por el estado en Europa, más por el mercado en EEUU) y tienen un margen extensivo -indicaciones de un procedimiento- y un margen intensivo -densidad de pruebas diagnósticas y terapias por proceso. Desde el punto de vista del bienestar social las decisiones clínicas han de valorarse de acuerdo a tres criterios: 1/evidencia científica de efectividad y adecuación, 2/ orientación hacia las utilidades del usuario, y 3/ interiorización del coste social de oportunidad<sup>13</sup>.

El proceso de establecimiento de prioridades resulta sumamente complejo y requiere conjugar política sanitaria con práctica clínica: Ambos niveles están comprometidos. La validez de los resultados dependerá de la legitimidad del proceso y el abanico de opciones para enfrentarse a los problemas que el establecimiento de prioridades plantea es bastante amplio<sup>14</sup>:

- continuar con el establecimiento implícito de prioridades difuminado entre decisiones clínicas y procedimientos administrativos;
- utilizar listas de espera;
- introducir copagos para servicios de baja prioridad, con las exenciones y techos que sean adecuados;
- limitar la disponibilidad de algunos servicios a través de listas positivas o negativas del estilo de las empleadas para medicamentos;
- concentrar los recursos en servicios de efectividad probada;
- introducir la valoración y regulación de tecnologías;
- desarrollar guías de buena práctica clínica para establecer prelación de acceso;
- proporcionar información a usuarios sobre efectividad y calidad de los servicios, para estimular una utilización adecuada;
- definir un proceso para el establecimiento de prioridades;
- transferir la responsabilidad de algunos servicios sanitarios al sector privado; y/o
- establecer una relación de las prestaciones a financiar públicamente.

#### *A/ Servicios sanitarios u otras formas de producir salud.*

En sociedades desarrolladas la elección entre servicios sanitarios y otras formas de mejorar la salud viene reflejada en el alcance y racionalidad de sus políticas de salud y de sus servicios sanitarios. Cuando se amplía el enfoque a las políticas de salud (medio ambiente, estilos de vida) a otras políticas públicas se constata que pueden tener tanto un mayor impacto en el bienestar como una superior eficiencia redistributiva que las políticas de servicios sanitarios. Por ejemplo, la atención familiar, los servicios sanitarios y sociosanitarios, y los servicios sanitarios son ampliamente substitutivos. Tanto el envejecimiento demográfico como el creciente número de personas que viven solas originarán unos considerables gastos de dependencia, que sólo parcialmente deberían ser gastos sanitarios. Una forma de evitar la medicalización indebida de los problemas sociales pasa, en este caso, por fomentar la substitución de los servicios sanitarios por servicios sociales. O, como mínimo, por no fomentar la medicalización de los problemas sociales por la vía de financiar públicamente su manejo a través del sistema sanitario. Y parecidos razonamientos caben respecto a la mortalidad y morbilidad que las enfermedades cardiovasculares, los cánceres o los accidentes generan.

Iniciativas como la ya mencionada de la Organización Mundial de la Salud que ordena en su último Informe sobre la Salud en el Mundo a los países según los logros de sus sistemas de salud y según el desempeño de éstos tienen, pese a sus múltiples limitaciones, un interés indudable como forma de estimular una competencia por comparación que permita aprender de aquellos países con políticas de salud más eficientes.

*B/ ¿Qué servicios sanitarios y para quién?*

Las decisiones políticas influyen principalmente en la determinación de qué servicios sanitarios se prestan (decisiones de inversión, de convocatoria de plazas de médicos internos y residentes, de gasto corriente) e influyen la práctica clínica al dimensionar la oferta. Las decisiones clínicas, por otra parte, tanto diagnósticas como terapéuticas, resultan particularmente relevantes para priorizar pacientes.

Partamos de unas decisiones políticas que establecen prioridades de manera implícita e incrementalista y comentemos cómo puede mejorarse.

*Decisiones explícitas.* La democracia y la eficiencia (producir aquellos servicios que las personas más valoran) reclaman criterios explícitos en lugar de implícitos. Aparecen ya países o estados que han establecido prioridades de forma explícita: Holanda, Noruega, Suecia, España, Nueva Zelanda y Oregón. Oregón ha tendido al racionamiento por exclusión (se especifican los servicios cubiertos), Nueva Zelanda al racionamiento mediante guías de buena práctica -sin exclusiones categóricas- que pueden adaptarse a las circunstancias individuales de cada paciente, y Holanda ha mezclado los dos enfoques<sup>15</sup>. Suecia estableció principios en el Parlamento (dignidad humana, necesidad y solidaridad, coste-efectividad) para guiar el establecimiento de prioridades. España sentó el principio de priorización tanto con el Real Decreto 83/1993, de 22 de enero, de financiación selectiva de medicamentos, como con el Decreto 63/1995, de 20 de enero, de ordenación de prestaciones del Sistema Nacional de Salud.

En aquellas experiencias habidas para decidir sobre qué servicios sanitarios deben financiarse públicamente, junto a los habituales criterios de efectividad, coste-efectividad y coste-utilidad, aparecen otros: 1/ que reflejan preferencias sociales sobre edad u otras características (Holanda, por ejemplo, considera que la fertilización in vitro responde a una necesidad individual pero no social ya que la población puede aumentar su tamaño a través de los procedimientos tradicionales), 2/ que incorporan las concepciones que cada sociedad tenga acerca de cómo distribuir las ganancias en salud y hasta qué punto hay que sacrificar ganancias en salud a cambio de una mejor distribución de esas ganancias, y 3/ que abordan el papel de la responsabilidad individual. Suecia, como ilustración, exige un determinado nivel de estreptococos dentales para financiar públicamente un implante: constituye una forma de expresar una solidaridad con los diligentes, no con los negligentes<sup>16</sup>.

Dos dimensiones más diferencian las experiencias habidas con el establecimiento explícito de prioridades. Una primera, relacionada con el ámbito al que las prioridades se refieren: todo un país (decisión muy centralizada) o una zona geográfica (establecimiento de prioridades descentralizado, como en Inglaterra). Nada impide una mezcla de ambos enfoques.

Una segunda dimensión relevante pasa por el grado de participación social, la calidad de la democracia. Un establecimiento de prioridades explícito tiene serios obstáculos y costes. Entre los obstáculos destaca su escaso atractivo para políticos: establecer prioridades tiene el reverso de destacar qué se deja sin hacer y obliga, por otra parte, a explicar posteriormente hasta qué punto se han conseguido las prioridades establecidas. Debe mencionarse, también, la desutilidad que determinar prioridades origina tanto en quien padece las negativas o retrasos como en quienes contribuyen a tal negativa o retraso. En ocasiones, suele ser más cómodo que 'otro' tome las decisiones delicadas. No obstante, la escasa evidencia empírica disponible señala que la participación en los procesos sociales de decisión afecta al bienestar (felicidad, salud) de las personas y que afecta más el *proceso* en sí que el hecho de disfrutar de los *resultados* de ese proceso: los inmigrantes sin derecho a voto en Suiza, por ejemplo, se benefician de los resultados pero no de la participación en el proceso<sup>17</sup>.

*Decisiones no incrementalistas.* El sentido común exige, por otra parte, criterios no incrementalistas: idéntico porcentaje de aumento, o bajada, para todos castiga a los más competentes y se olvida de los cambios -demografía, tecnología, morbilidad- en el mundo.

### **3.3. Listas de espera**

Una manera de priorizar las listas de espera, menos infrecuente de lo deseable, es la de guiarse por 'recomendaciones' o 'enchufes': resulta ineficiente e inequitativo. Otro procedimiento, el más habitual y con claras resonancias contables es el del método FIFO ('first in, first out') para los casos que no se estiman urgentes. Este criterio de priorizar por tiempo de espera no introduce consideraciones ni de efectividad (¿quién puede beneficiarse más?) ni de equidad.

Se trata de conseguir una priorización transparente, estable, basada en datos objetivos de los pacientes con debida consideración de los parámetros clínicos y de las preferencias sociales<sup>18</sup>. La técnica del análisis conjunto resulta particularmente adecuada ya que permite obtener preferencias de los individuos (clínicos y muestra social) ante un conjunto de alternativas multiatributo: Cada paciente en lista constituye una alternativa y sus atributos (incapacidad visual, limitación en las actividades de la vida diaria, probabilidad de recuperación, edad del paciente y tiempo de espera a guisa de ejemplo en una lista de espera para extracción de cataratas) pueden ser objeto de puntuación válida y fiable<sup>19</sup>.

#### *Líneas de avance.*

Parece conveniente ir abandonando el establecimiento implícito de prioridades, actualmente difuminado entre decisiones clínicas, procedimientos administrativos, y decisiones políticas. El arsenal de actuaciones que pueden contribuir al establecimiento de prioridades es amplio y, obviamente, la calidad de la contribución dependerá de la calidad de la actuación más que del tipo o tipos de actuaciones que se elijan. Entre éstas:

- Análisis coste-utilidad para informar el establecimiento de prioridades presupuestarias. Coste por AVAC, criterio útil pero no único<sup>20</sup>.
- Análisis coste-efectividad para informar las mejores políticas de salud, especialmente los análisis marginales de variaciones en costes y variaciones en efectos.
- Análisis conjunto para establecer listas de espera que respondan a las preferencias sociales.

- Copagos para servicios de dudosa efectividad, sensibles al precio, sin costes de recaudación, y sin impacto en la equidad.
- Listas positivas o negativas del estilo de las utilizadas para medicamentos. ). Este tipo de racionamiento por exclusión funciona cuando puede establecerse la efectividad nula o dudosa en cualquier circunstancia. En cuanto tal efectividad dependa no tanto del procedimiento en sí como del usuario que lo reciba, resulta imprescindible el juicio clínico: guías de buena práctica que interioricen las consideraciones de eficiencia.
- Valoración de tecnologías: tanto su introducción como la adecuación de su uso.
- Información a ciudadanos sobre efectividad y calidad de los servicios (sobre aquellos que sea factible naturalmente) para estimular tanto una utilización más adecuada como una participación más informada.
- Guías de práctica clínica que orienten las prelacións de acceso.
- Definición de un proceso para el establecimiento de prioridades.

Se trata de que estado/mercado y normas clínicas se adecuen para que las prioridades estén basadas en la constatación científica, se orienten a los individuos (no respondan a intereses de la oferta) y tengan presente en qué momento los aumentos de efectividad dejan de compensar los aumentos de gasto, a la vista de otras formas de utilizar los recursos sociales.

El proceso de establecimiento de prioridades resulta sumamente complejo y requiere conjugar política sanitaria con práctica clínica: Ambos niveles están comprometidos. Los resultados de la evaluación económica pueden ayudar a establecer unas prioridades sanitarias que respondan a las preferencias sociales. La validez de los resultados dependerá de la legitimidad del proceso, de la plasticidad de los métodos de evaluación económica para incorporar criterios diferentes al de eficiencia (criterios distributivos, variables socioeconómicas, responsabilidad individual), y del grado en que conciten acuerdo social porque se perciba que los resultados del proceso reflejan preferencias sociales.

Todo ello, ¿para qué negarlo?, resulta extremadamente arduo. Pretendemos incorporar las preferencias sociales pero sabemos muy poco acerca de la génesis y consistencia de tales preferencias. La evidencia disponible nos habla más bien de cómo las preferencias de un individuo se alteran en función del marco en que se formula el problema, de su inconsistencia temporal, del impacto de las emociones, y de los importantes límites a la racionalidad<sup>21</sup>.

### ***3.4. Financiación capitativa y articulación entre niveles asistenciales***<sup>22</sup>

Los cambios organizativos vienen propiciados por las innovaciones tecnológicas y/o los cambios en las instituciones que marcan las reglas del juego. Nuestro sistema sanitario también está sujeto a cambios organizativos en una etapa en la que los enfoques de bienestar (coste/utilidad) acompañan a los de efectividad sanitaria pura y dura, y en la que un ciudadano cada vez más informado y reivindicativo hace acto de presencia.

Sin embargo, en el sector privado de negocio, las formas sociales de las empresas van evolucionando tratando de ser eficientes para poder competir. En el terreno organizativo esta eficiencia implica reducir, para un nivel de actividad dado, la suma conjunta de los costes de producción y de los costes de transacción.

En el mundo de las organizaciones públicas, y de organizaciones sometidas a una débil intensidad competitiva, no cabe una actitud darwinista (darwinista en el sentido de 'esperar' de un mercado apenas existente la evolución hacia formas organizativas 'más aptas'). 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 los cambios a efectos de evitar que la competencia destructiva ponga en peligro la continuidad en el suministro de los servicios públicos.

La dependencia de senda, finalmente, restringe la capacidad de los cambios en la regulación para alterar la ingeniería organizativa de la Sanidad. A la vista de la 'senda' recorrida por el sistema sanitario en España, de la experiencia internacional, y de los cambios que se están produciendo en la tecnología, se derivan, a continuación, una línea de reforma sanitaria: Necesidad llama a capitación y la capitación fomenta la articulación entre niveles asistenciales.

#### ***A. Financiación capitativa.***

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.

La valoración de la estrategia concreta a seguir posiblemente requiera no ignorar los cambios sociales genéricos en cuanto a favorecer un nuevo equilibrio con un mayor peso de las fuerzas de mercado y de la responsabilidad individual en la utilización de los servicios. Y ello dentro de un contexto propio de sistema de salud público (ya sea del tipo Servicio Nacional de Salud o Sistema de Aseguramiento Social), lo cual obliga a buscar una combinación apropiada entre ingresos generales (solidarios), primas comunitarias (de co-aseguramiento) y precios pagados por el usuario (en el acceso).

Las tendencias a reforzar el papel del usuario en todos los procesos que añaden valor al bienestar (no sólo por tanto en materia de efectividad sanitaria, sino también en utilidad individual) hace oportuno favorecer la decisión informada, sin perder de vista que los pacientes no demandan asistencia, sino que pueden demandar, en su caso, niveles de cobertura asistencial.

La preocupación por garantizar una gestión eficiente de los recursos hace conveniente trabajar bajo tres premisas:

- El traslado adecuado de riesgo financiero desde los financiadores públicos hacia las instituciones suministradoras de servicios
- La involucración de los profesionales en la descentralización de objetivos sanitarios (plan de salud, plan de servicios sanitarios)
- La generación de estímulos entre proveedores en términos de coste, alcance y calidad de los servicios.

En general, en servicios de salud como el nuestro, 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, en su último libro, 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 nuestro sistema de salud sea hoy precisamente la ausencia de fiscalización social y responsabilidad individual en la utilización de los servicios sanitarios, empujados en buena manera por la senda y los intereses corporativos. A este respecto, la ineficiencia sistémica resultante no sólo genera inflación de costes, sino también utilización inadecuada (tanto utilización excesiva como utilización insuficiente) y falta de flexibilidad para ajustar el dispositivo asistencial a las nuevas necesidades: áreas para las que las nuevas tecnologías pueden añadir valor al objetivo salud. Valor de uso, públicamente financiado; valor de cambio (utilidad, confort), financiado con recursos privados con algunas tutelas. En el **Cuadro 3** se presenta una posible evolución de los contextos de provisión sanitaria.

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 (caso de España) 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).

### ***B. El fomento de la articulación entre niveles asistenciales.***

La evolución del conocimiento y de la tecnología, la forma de organizar y financiar los servicios sanitarios y el poder de los distintos grupos profesionales dibujan los límites de la atención primaria, la atención especializada, la atención sociosanitaria y la atención mental. La tecnología influye tanto en la adecuación del lugar donde se presta la atención como en la combinación de recursos y habilidades que mejor resuelven un problema. Desde la tuberculosis a las úlceras pépticas o a la insuficiencia renal, los cambios en la tecnología han originado desplazamientos entre niveles. La rapidez de la reasignación de recursos entre niveles varía inversamente con la flexibilidad del sistema y el grado de poder de los "proveedores habituales".

En un futuro próximo habrá que elegir entre proveedores integrados o no integrados (cuestión regulatoria). La forma de presupuestar o comprar señalará la opción.

Si se continua presupuestando/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, la duplicación de pruebas, el uso inadecuado y yatrogénico de tecnología y la diferenciación de servicios. Si, en cambio, se opta por presupuestar/comprar atención sanitaria a una población - problema técnico: ajustar por riesgo el pago capitativo- se favorece la cooperación entre niveles ya que ni la retención de pacientes ni la actividad por la actividad favorece a ninguno de los niveles asistenciales en un juego de suma cero. Véase el **Gráfico 1**.

### *Factores tecnológicos*

Los avances en telecomunicaciones y los cambios en medios diagnósticos y terapéuticos han desplazado en ocasiones el lugar más adecuado para prestar atención sanitaria pero, sobre todo, permiten una mejor comunicación atención primaria/atención especializada. No obstante, la variable clave en el desplazamiento de la divisoria entre Atención Primaria y Atención Especializada (¿donde seguir el embarazo, o el paciente de SIDA, o el diabético no insulino dependiente?) viene dado por la capacidad resolutoria de cada nivel. Pese a que el grado de resolución de un problema determinado por dos, o más, "proveedores" alternativos debe establecerse empíricamente, a priori puede decirse que el médico de familia necesita una frecuencia mínima de aparición de un problema determinado para mantener la capacidad de tratarlo.

### *Perspectiva sanitaria de la relación entre niveles asistenciales*

La Ley General de Sanidad establece dos niveles asistenciales interconectados entre sí: Atención Primaria y Atención Especializada. La atención primaria se constituye en la puerta de acceso al sistema sin que la intervención a este nivel esté limitada a la existencia de enfermedad. La asistencia especializada se concibe como apoyo y complemento de la atención primaria atendiendo aquellos procesos cuya complejidad exceda la capacidad de ésta. La idea que configura los niveles asistenciales es la de que



hasta las enfermedades más frecuentes son realmente raras en la población general, pero no en el ámbito de un hospital general universitario.

En la realidad la falta de continuidad entre una Atención Primaria poco madura y una Atención Especializada en ocasiones dividida entre ambulatoria y hospitalaria, sin criterios clínicos y organizativos comunes, constituye uno de los principales problemas de nuestro sistema sanitario. Esta realidad provoca claros perjuicios y da al ciudadano una visión fraccionada del sistema, fraccionamiento que origina problemas de accesibilidad, imagen deteriorada del funcionamiento de los aspectos administrativos y en ocasiones una percepción de enfrentamiento entre los profesionales de los dos niveles. Precisamente, en las encuestas de satisfacción, los aspectos peor valorados son las esperas y los trámites de acceso a otros niveles asistenciales.

#### *La longitudinalidad asistencial*

Desde un punto de vista económico la longitudinalidad propia de la atención primaria supone importantes ganancias de eficiencia. En efecto, una parte substancial del tiempo médico se dedica al proceso diagnóstico. Este proceso puede conceptualizarse como una forma de reducir las sospechas iniciales de manera secuencial a través de un método hipotético-deductivo. El médico recaba información (historia clínica, exploración, pruebas diagnósticas) para revisar las sospechas iniciales y la probabilidad que a las mismas asigna. Una nueva información diagnóstica sirve para revisar probabilidades hasta que sea más ventajoso detener el proceso diagnóstico y pasar a tratar/no tratar ("esperar y ver" incluido).

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

El buen ejercicio de un médico general, con una longitudinalidad plasmada debidamente en la historia clínica, permite valorar a muy bajo costo probabilidades previas (conocimiento de factores de riesgo por ejemplo) y aumenta la probabilidad pre-test. La labor de filtro aumenta la probabilidad de las enfermedades en el grupo de pacientes derivados y por ello mejora y justifica los métodos de diagnóstico y terapéutica de los especialistas.

#### *La eficiencia sanitaria de la visión global del enfermo*

Es fácil oír mencionar entre los profesionales sanitarios "la necesidad imprescindible de recuperar la visión global del enfermo, asumir al paciente como una sola biografía con episodios de necesidades abordables en diferentes niveles" (primaria, especializada, sociosanitaria), pero con un criterio de integración: desarrollando acuerdos entre la atención primaria y la atención especializada y, entre otras acciones, potenciando la interconsulta médico-médico.

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

En resumen, la integración vertical entre niveles asistenciales - entendida como 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- tiene, a priori, más ventajas sanitarias y económicas que inconvenientes.

Debe señalarse, tal como comentamos, 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 tan 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.

La integración, real o virtual, puede mitigar la actual falta de continuidad entre Atención Primaria y Atención Especializada pero, en última instancia, el que cada problema sea tratado en el lugar más adecuado -el más resolutivo- y que no se retengan casos ni se derive innecesariamente constituye un problema clínico. 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.

## 4. Regulación

La información sobre efectividad y calidad no constituye una actividad regulatoria pero se ha querido siquiera mencionar en este apartado por tratarse de una actuación de los gobiernos, las profesiones sanitarias y la industria que pretende reducir la brecha informativa entre productores y usuarios recogiendo, validando y distribuyendo información sobre la efectividad y calidad de los servicios sanitarios. La difusión prudente de información sobre resultados de la atención sanitaria debe ajustarse previamente por todas aquellas variables que influyen en un resultado y que el proveedor (centro sanitario, facultativo, empresa aseguradora...) no controla.

La regulación de los servicios sanitarios y de los determinantes de la salud está cambiando de contenidos. En algunas áreas como protección al consumidor, regulación de riesgos medioambientales o tutela de estilos de vida parece que la tendencia sea hacia una mayor regulación. En otras áreas, en cambio, se tiende a una regulación diferente (ya veremos si mayor o menor): Por ejemplo, aunque se liberalicen las condiciones para gestionar oficinas de farmacia, ha de llegar una regulación del comercio electrónico de medicamentos<sup>23</sup> que Europa necesita con urgencia.

Por su importancia, interés estratégico y relación con la salud posiblemente la industria farmacéutica sea el problema regulatorio de mayor interés sanitario. De ahí que se haya optado por utilizar el espacio disponible en este apartado de regulación analizando las perspectivas regulatorias de la industria farmacéutica.

### 4.1. La regulación de la prestación farmacéutica

En España, el gasto en farmacia representa más de la quinta parte del gasto sanitario total, participación superior al nivel medio europeo. Existe una elevada variación en el ámbito internacional en este indicador: menos del 10% en Dinamarca, Irlanda o Suiza frente a un 25% en Hungría. Esta proporción es más elevada en países de renta baja que de renta alta.

El gasto en medicamentos aumentará por encima del gasto sanitario total y de la economía en su conjunto por dos causas principales. Por un lado, los precios españoles, inferiores a los de la UE, tenderán a converger y porque el comercio paralelo, legal, refuerza la convergencia. Por otro lado, los nuevos principios activos suponen precios substancialmente más elevados, especialmente cuando la innovación terapéutica resulta importante<sup>24</sup>.

La industria farmacéutica es la que obtiene mayor rentabilidad sobre ventas, sobre activos y sobre recursos propios; la concentración del mercado no parece elevada a primera vista y sólo cuando se analizan grupos terapéuticos puede apreciarse un importante grado de concentración. Las perspectivas 'industrial' y 'sanitaria' sobre el sector suelen estar contrapuestas: donde unos ven ocupación (con puestos de alto valor añadido y efectos externos favorables) e innovación tecnológica otros aprecian gasto desbocado y yatrogenia (resistencias bacterianas y unos efectos secundarios que suponen un coste equivalente al 10% del gasto sanitario público<sup>25</sup>). La política regulatoria debe perseguir una compensación entre objetivos 'industriales' y 'sanitarios' con un criterio de mejora del bienestar social: Los medicamentos, como cualquier

tecnología, contribuyen al bienestar social si el coste social de la mejora en cantidad y/o calidad de vida que consiguen está por debajo de lo que la población está dispuesta a pagar por esa mejora en cantidad y/o calidad de vida.

Dos de los temas más controvertidos de la actual regulación española de la prestación farmacéutica se refieren a innovación y precios, que pasamos a comentar brevemente<sup>26</sup>.

#### *A/ La financiación de la innovación*

La innovación en el sector farmacéutico se basa en la protección mediante patentes. Aunque esta financiación privada de un bien público ha contribuido al desarrollo de la investigación se dispone de resultados que cuestionan la aplicación generalizada y acrítica del sistema de patentes. La extensión marginal de las patentes a los países en vías de desarrollo, introducida en la Ronda Uruguay del GATT, puede ocasionar pérdidas de bienestar social. Ante esta situación cabe introducir discriminación en precios (los países pobres pagarían simplemente una alícuota pequeña de los costes fijos que I+D y Marketing suponen; los costes variables son mínimos), fondos para medicamentos dotados por los países ricos, o introducir mecanismos de adquisición de patentes por los gobiernos.

#### *B/ La regulación de precios*

Los sistemas de regulación de precios tienen escasa justificación cuando se trata de medicamentos con receta cuya patente ha expirado. Los sistemas de regulación de precios de forma individualizada tampoco resultan efectivos para controlar los beneficios de las empresas farmacéuticas. El sistema de regulación de la tasa de beneficios empleado en el Reino Unido permite a las empresas una cierta flexibilidad en los precios individuales de los productos.

En España, el sistema aplicado desde 1991 se basa en la fijación administrativa del precio máximo de cada producto calculado sobre un "escandallo". Este sistema, unido a una aplicación restrictiva de los criterios para revisar precios, ha llevado a un nivel de precios más reducido que en otros países. No obstante, este menor nivel de precios queda más que compensado por un ritmo muy rápido de introducción de productos nuevos en el mercado. El sistema de control de precios es poco eficiente: sería deseable su substitución por algún sistema con mayor flexibilidad -un sistema de control global de beneficios por ejemplo- o bien por una combinación de control de la tasa máxima de crecimiento de los precios con el control de la tasa de beneficios. La evidencia no resulta conclusiva acerca de hasta qué punto la regulación de precios, cualquier regulación, resulta conveniente<sup>27</sup>.

#### *Los precios de referencia*

Un sistema de precios de referencia clasifica los medicamentos en grupos equivalentes - en España con el criterio de bioequivalencia, el más exigente de todos- fijando un nivel máximo de reembolso para los fármacos clasificados dentro del mismo grupo y un copago equivalente a la diferencia entre el precio de venta y el nivel máximo reembolsable. Obviamente el copago resulta evitable.

La mayor efectividad de los precios de referencia como mecanismo de control del gasto público se consigue en entornos de elevados precios unitarios y facilidad de substitución del producto prescrito por parte del farmacéutico (Estados Unidos por ejemplo). Los precios de referencia pueden ser útiles para favorecer la competencia en precios en

productos cuya patente ha expirado (la competencia habitual entre fármacos se produce por la vía de la diferenciación del producto en base a la publicidad y otras actividades de promoción que genera lealtad tanto en prescriptor como un usuario). En países con un mercado de genéricos desarrollado bajan los precios para los sectores compradores sensibles al precio y suben para aquellos sectores de la demanda insensibles al precio.

En España se introducen precios de referencia en diciembre del 2000 y su efecto sobre el gasto será limitado. Nuestro sistema de regulación de genéricos -precio de referencia claramente superior al de genérico más barato- puede llegar a convertirse en una barrera para la competencia en precios que impida conducir estos precios hacia el coste marginal.

Más allá de la regulación de precios y de la financiación de la innovación, aquí esbozados, la regulación del sector farmacéutico plantea cuestiones de gran calado cuyo tratamiento desborda el alcance de estas páginas: Desde reconsiderar el grado de dependencia de la Medicina, cautiva y desarmada en demasiadas ocasiones, respecto a la industria farmacéutica hasta el planteo de la eventual dejación de responsabilidades, por parte del Estado, en materia de información sobre fármacos, formación permanente de profesionales asistenciales, e investigación<sup>28</sup>.

## 5. Producción y organización de servicios sanitarios

### *Descentralización.*

La descentralización presenta, como mínimo, dos dimensiones: una política y otra organizativa. En la dimensión política cabe analizar las diferentes experiencias de descentralización, desconcentración (esto es, con reserva de recuperación de la competencia transferida si así lo estima el ente central) y delegación (ejercicio limitado de la competencia) que se han producido en el mundo, tema que aquí se obvia, para centrarse fundamentalmente en los aspectos organizativos de la descentralización.

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

Como es sabido, las organizaciones burocráticas caracterizan el sector público en Sanidad aunque no sean exclusivas de éste. Caracteriza 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 bajo 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.

Descentralizar implica no tan sólo trasladar o delegar unos derechos de decisión, sino también alterar en consonancia los sistemas de medir el desempeño e incentivar a los componentes de la organización. La arquitectura organizativa queda así asentada en un trípode: asignación 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 las decisiones que estime más correctas. Toda organización tiene su sistema de incentivos: explícito o implícito.
- Mantener la coordinación. A mayor descentralización, 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 tener muy presente 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. En el punto siguiente se mencionará la motivación. Respecto a la coordinación debe establecerse que la calidad de un sistema sanitario (medida por ejemplo, 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. Un sistema sanitario funciona tanto mejor cuanto más sentido común tiene la política y más 'integrados' están sus componentes.

- Disponer de personas formadas en las que pueda descentralizarse.

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. La alta especificidad de la información educativa, clínica, investigadora -de transmisión costosa- aconseja que las decisiones se tomen allá donde se posee esa información. Esto supone descentralización.

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.

Se verá qué suponen estos rasgos y cómo condicionan la descentralización en el sector sanitario.

*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 tan 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 profesionales del Estado del Bienestar se caracterizan por producirse en condiciones de fuerte asimetría en la información y tener varias dimensiones y muchas no medibles. 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: Ni sirve la persecución del lucro, sin correcciones, ya que cortocircuita las decisiones clínicas en interés del paciente, ni puede ignorarse la sociedad en la que se vive.

En algunos casos, esta dificultad de medir el producto está en la base de la persistencia de organizaciones burocráticas, no descentralizadas. En este sentido, la burocracia sería la consecuencia, y no la causa, de la mayor ineficiencia que se introduciría en el sector público si se pretendiera funcionar genéricamente 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. Existen en todo caso vías, investigadoras y gestoras, para avanzar en la medida del desempeño, por lo que no estamos ante una objeción invalidante de modo general.

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 el considerar el grado de proximidad al objetivo.
- Que los supervisores no soporten todas las consecuencias de sus decisiones: como resultado, 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, en estas circunstancias, suele ir pareja al amiguismo, el nepotismo, la desviación de poder, las actividades de influencia (malversación de recursos empleados en agrandar a quien manda), y a las perversiones que una medida errónea del desempeño clínico puede introducir.



## 5.1. ¿Qué se descentraliza?

*En primer lugar: qué NO se descentraliza:*

- Aquellos servicios sanitarios con tremendas economías de escala y que afectan por igual a todos los ciudadanos, aquellos que al ser generadores de externalidades (positivas o negativas) requieren un elevado grado de coordinación (con altos costes de transacción sino se gestionan unificadamente), así como, por sensatez política.
- El tipo de servicios que pueden dejarse de prestar sin que se note a corto plazo. En esta categoría podría estar la prevención primaria (fundamentalmente Salud Pública y prevención primaria).

A/ ¿Descentralizar la financiación?

La superioridad del aseguramiento sanitario obligatorio no depende de valores individuales acerca de la equidad sino de la imposibilidad de que exista un mercado de aseguradoras cuando el aseguramiento es libre. El típico individuo-económico-racional compraría cobertura aseguradora únicamente cuando la indemnización esperada más su valoración de la cobertura de riesgo fuera mayor o igual al precio de la póliza, pero las aseguradoras han de cubrir con la prima la indemnización media prevista y los gastos de administración y marketing. Y ahí está el problema: que el coste de producir aseguramiento depende de quien compre el aseguramiento (lo que no ocurre con el coste de producir embutidos u ordenadores) y que lo racional es que sólo lo compren aquéllos que originarán pérdidas a la aseguradora por lo que también es racional que la aseguradora no lo ofrezca, con lo cual el mercado no existe.

Se impone el aseguramiento colectivo con una indemnización media esperada mucho más baja al incluir a todo el mundo, riesgos buenos y malos, lo que puede resultar socialmente beneficioso en la medida que el coste de administrar el esquema sea inferior a la utilidad que con el seguro se gana. Lo relevante del acceso al seguro sanitario ha de ser su universalidad con independencia del estado de salud de los individuos aunque no necesariamente con independencia de otros factores individuales.

Un aseguramiento de colectivos podría establecerse como respuesta de las empresas aseguradoras al fenómeno de la selección adversa sin necesidad de que el Estado regulara la obligatoriedad del aseguramiento. Pero con un 5% de personas concentrando el 60% del gasto sanitario en un año, de poco nos sirve resolver el 40% del problema. Hay que establecer la obligatoriedad del aseguramiento y analizar, en todo caso, si cabe descentralizar la gestión de ese aseguramiento.

*Financiación: Aseguramiento privado existente.*

El seguro sanitario privado tiene como cliente a un 20% de la población española pero su importancia económica queda mejor reflejada por su peso del 7% en el total del gasto sanitario. El sector parece haber seguido tres estrategias: (i) la de enfatizar las deficiencias de la sanidad pública para posicionarse en cuestiones marginales o complementarias (beneficiándose de cualquier crítica a lo público pero funcionando a sus expensas –la marginalización de rentas de sus profesionales puede explicarse de dicho modo); (ii) de centrar sus esperanzas en una generalización del modelo MUFACE y (iii) la de basar su estrategia en la consecución de economías de escala y gama mediante la adquisición de cartera en procesos de absorciones y fusiones. El número de asegurados se ha estancado y el servicio se ha convertido en una "commodity". No se han afrontado los retos de desarrollarse como mercado complementario al

aseguramiento público. No se han diferenciado productos que satisfagan las necesidades de los clientes actuales y potenciales y perviven unas relaciones contractuales con los médicos, basadas en el pago por acto y con escasa monitorización de la calidad, lejos de las posibilidades que la medicina gestionada ofrece para el control de la siniestralidad.

*Financiación: Copagos y primas voluntarias para prestaciones suplementarias a la cartera pública de servicios.*

La tarea de financiar privadamente mediante pagos directos y primas voluntarias para prestaciones suplementarias a la cartera pública de servicios parece, en principio, más descentralizable aunque razones de equilibrios, controles y garantías públicas pueden hacer aconsejable una regulación específica al respecto.

Será preciso aumentar la financiación privada de los servicios sanitarios aunque existen varias opciones acerca de quién debe controlar esa financiación privada.

Si quiere mantenerse el criterio operativo de necesidad como guía para la asignación de los recursos que esa financiación permita, el control debería ser público, aunque no necesariamente centralizado. Una descentralización en entes locales permitiría complementar esa financiación con imposición local.

Allá donde la disposición a pagar constituya un buen criterio para asignar recursos (para 'lujos' que no señalen por ejemplo, o lo hagan de manera socialmente aceptable –los que compran billete clase *business* en los aviones) el control público de los fondos está menos justificado pero se mantiene la necesidad de una regulación que impida la explotación de los usuarios y el desvío de fondos públicos.

B/ ¿Descentralizar la compra?

Con financiador público único y aseguramiento obligatorio cabría analizar la posibilidad de descentralizar la decisión de compra bien en una aseguradora, escogida por el ciudadano, bien, por ejemplo, en una cooperativa de profesionales de atención primaria.

Para poder plantearse la posibilidad de la descentralización de la compra deben investigarse los posibles tratamientos de los problemas de selección de riesgos. La selección de riesgos constituye la respuesta de todo agente que ejerce la función aseguradora al fenómeno de la selección adversa o ocultación de información oportunista previa a la suscripción de una póliza. Está ampliamente constatado cómo las aseguradoras con ánimo de lucro (en las que en la cuenta de resultados les va la viabilidad) evitan la selección adversa en base a considerar enfermedades anteriores, expectativas de enfermedad, actividades de riesgo y causas sociales.

El **Gráfico 2** ilustra sobre posibles tratamientos del problema de la selección de riesgos, cuestión que dista de estar resuelta. Dicho tema amenaza en particular todo esquema de financiación capitativa, por lo que los avances en el estudio y en la articulación de propuestas se nos antojan prioritarios. La preocupación aumenta a la vista de que el progreso tecnológico tenderá a agravar tanto la selección adversa como la selección de riesgos: Los avances en el conocimiento del genoma humano y la mayor facilidad para la transmisión de información convertirán a las personas en libros abiertos. Por mucho que se prohíba la transmisión de información genética personal, ésta se producirá si ello puede beneficiar a alguien. Una garantía para que tal información no se utilice interesadamente es que desaparezca el incentivo de lucro asociado a tal utilización: que la función aseguradora no se descentralice en entidades con finalidad lucrativa.

La descentralización de la compra en una aseguradora privada no parece indicada en estos momentos vista la estructura y capacidad organizativa del sector asegurador privado en la actualidad, y la carencia de la regulación pública apropiada al respecto (que afronte la selección de riesgos). La desconcentración (manteniendo la posibilidad de 'advocación' a requerimiento de quien es titular de la función) de la compra constituye una alternativa más plausible. No obstante, la intensa necesidad de coordinación que se produce en el sector sanitario, la pérdida de capacidad negociadora en una compra desconcentrada y el aumento de los costes de transacción que la desconcentración originaría se ha de contraponer a las ineficiencias del comprador único que se rige por criterios políticos (repercute a impuestos sus ineficiencias en la compra) y del que más rentas pueden extraer los grupos de presión presentes (dado que centraliza todo el presupuesto). ¿Se gestionará, así, acaso mejor la factura farmacéutica? (hospitales que ven el crecimiento de su financiación restringida al 2%, habiendo de encajar residualmente crecimientos del gasto en medicamentos de dos dígitos). En todo caso, ésta es una cuestión a dirimir empíricamente.

C/ ¿Descentralizar la producción?

- 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. Ya se ha argumentado más arriba 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.

*Competencia pública, antídoto de acompañamiento a la descentralización de la producción.*

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

- 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 gestionada mediante la separación entre financiación y producción de servicios del Estado del Bienestar, otras razones, normalmente aducidas, para la separación financiación/producción no se comparten. Y no se comparten bien por principio, bien porque la evidencia empírica no existe o si existe no resulta concluyente. Entre estas razones no compartidas figuraría la contención de costes (más bien la competencia expandiría el gasto), la mayor eficiencia (aumentan los gastos de administración del sistema como consecuencia de la separación entre financiación y producción), la mayor sensibilidad a las preferencias del usuario, el debilitamiento del poder sindical, o el acabar con la politización de la gestión.

*La externalización, una descentralización poco problemática de la producción.*

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

Diversos factores favorecen el reciente aumento de la externalización: 1/ La globalización de la economía (la mayor competencia lleva a las organizaciones a focalizarse en las competencias fundamentales); 2/ La mayor flexibilidad de la producción que hace disminuir el grado de especificidad de los activos; 3/ La mejora en las telecomunicaciones: los avances en telecomunicaciones y los cambios en medios diagnósticos y terapéuticos han desplazado en ocasiones el lugar más adecuado para prestar atención sanitaria pero, sobre todo, permiten una mejor comunicación atención primaria/atención especializada; 4/ Los excesos de capacidad instalada; 5/ La necesidad de evitar los inconvenientes de la integración vertical: la atenuación de incentivos derivada del mayor tamaño de la organización integrada, la menor adaptabilidad ante los cambios y los mayores costes de influencia a soportar por la organización integrada. Estos inconvenientes también pueden ser paliados mediante integraciones virtuales que dan lugar a una red de proveedores donde cada uno de sus componentes puede ser substituido (siempre que la densidad demográfica lo permita): contratos relacionales, acuerdos estratégicos, franquicias, concesiones administrativas para gestionar una función monopólica como puede ser la compra de servicios sanitarios; y 6/ Los deseos de erosionar el poder sindical.

*Transferencia efectiva del riesgo.*

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.

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

- Impuestos afectados
- Copago (una tasa)
- Primas voluntarias para prestaciones suplementarias a la cartera pública de servicios. Se estaría en el supuesto de descentralización de la financiación privada que ya se ha comentado.

La diferencia entre descentralización y desconcentración, medida por el grado en que tiene lugar una transferencia efectiva de riesgos, resulta también aplicable a la única descentralización que, de momento, se propone en este capítulo: la de la producción. En efecto, un pago prospectivo en el entorno de competencia pública mencionado permite una transferencia efectiva de riesgos, una auténtica descentralización por tanto.

## ***5.2. ¿En quién se descentraliza la producción?***

Hasta ahora se ha hablado de descentralizar la producción de servicios sanitarios, con la posibilidad condicionada a una efectiva transferencia de riesgos no atentatoria de la equidad de una descentralización parcial de la financiación, en una entidad integrada, real o virtualmente, con una base geográfica establecida. La financiación sería capitativa y trataría de reflejar el gasto sanitario esperado por una población determinada si se diera la respuesta promedio de una Comunidad a sus necesidades de atención sanitaria.

El paso siguiente pasa por perfilar las características de la organización en la que quiere descentralizarse. Su naturaleza jurídica o la población que idealmente deba cubrir se abordarán más adelante. Aquí y ahora se abordará su dimensión más conflictiva: estos proveedores de servicios sanitarios pueden parecerse a los canadienses o a los australianos, 'segregados' o 'combinados' respectivamente.

En Canadá está segregada la provisión pública con financiación pública de la provisión privada con financiación privada. Existen dos sistemas: uno público puro (financiación y producción pública) y uno privado puro (financiación y producción privada).

En Australia está combinada la financiación pública y privada en proveedores públicos o privados. Estos proveedores, con independencia de su propiedad y forma jurídica, suministran servicios bajo contratos tanto con financiadores públicos como con financiadores privados.

Cada alternativa tiene sus ventajas e inconvenientes que se analizan a continuación.

*Inconvenientes de la descentralización en proveedores 'segregados' (a la canadiense).*

Un sistema segregado hace que:

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

*Inconvenientes de la descentralización en proveedores 'combinados' (a la australiana).*

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 (caso de la Mutualidad de Funcionarios de la Administración Civil en España) según financiador e incluso la gestión clínica del paciente queda afectada según quien financia

Los proveedores en algunos lugares de España parecen querer evolucionar hacia un modelo australiano, lo que, desde la perspectiva del proveedor, resulta muy lógico 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

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 (a parte de señalar a los pacientes mejor situados) de tipo no sanitario para los cuales el criterio de disponibilidad a pagar resulta muy adecuado.

Vistos:

- los fallos de mercado existentes en el sector
- la difícil regulación necesaria (con todos los peligros de captura del regulador por los proveedores)
- la difícil tarea de mejorar la transparencia de los proveedores del sector sanitario (tipo Central de Balances, Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria, publicación de los conciertos individualizados), menor que la de empresas privadas mercantiles,
- la escasa desconcentración y descentralización presente ...

Parece crucial -desde la perspectiva de bienestar social aquí adoptada- que unos proveedores -con poder de mercado y poder político- pero con financiación pública y privada- tengan como contraparte un comprador potente que además de comprar:

- Gestione la utilización sanitaria.

- Regule y controle la financiación que provenga de seguros complementarios, fiscalmente desgravados, y que cubran prestaciones sanitarias no cubiertas en el paquete público así como el seguro de dependencia.
- Regule y controle la financiación privada que los copagos puedan originar.
- Asigne los recursos sanitarios con base a la necesidad, con las excepciones comentadas donde la disponibilidad a pagar esté más indicada.

También, y conforme se ha comentado anteriormente, la autoridad sanitaria ha propiciar las reglas de juego convenientes para:

- Estimular una mejor integración de servicios.
- Orientar los servicios sanitarios hacia la atención primaria de salud.
- Involucrar a los profesionales en la gestión clínica.

### ***5.3. Gestión Clínica y Medicina Basada en la Evidencia***

La calidad de la gestión sanitaria no se garantiza mediante la suma de las calidades de los centros componentes: El que tasa de complicaciones en enfermos diabéticos sea el doble en EEUU que en el Reino Unido, el que se produzcan importantes diferencias de supervivencia en cáncer de mama a los cinco años del diagnóstico, el que oscilen ampliamente las prevalencias tabáquicas o las tasas de resistencias bacterianas y - en suma- el que, incluso, la mortalidad señale tremendas diferencias entre personas y países, apunta claramente a que la capacidad resolutive de un sistema sanitario está claramente relacionada con, primero, el grado en que su política sanitaria tenga atisbos de racionalidad (resulta ilusorio pretender que la racionalidad sea el criterio único de la política sanitaria) y, segundo, con el grado de articulación entre niveles asistenciales. La mejora en la gestión de los centros sanitarios requiere, como el cubrir tres por tres puntos en disposición cuadrada mediante línea quebrada sin levantar el lápiz del papel ni cambiar de sentido, desbordar las paredes (los bordes del cuadrado) de los centros.

La microgestión sanitaria, o gestión clínica, parte de la constatación de que los profesionales sanitarios (los clínicos fundamentalmente) asignan el 70% de los recursos sanitarios en sus decisiones, diagnósticas y terapéuticas, realizadas en condiciones de incertidumbre en una tarea que supone coordinar recursos y motivar personas. La decisión clínica, diagnóstica o terapéutica, ocupa el centro del escenario sanitario. Cada día se asigna la mayor parte de los recursos sanitarios a través de los millares de decisiones clínicas que se toman en condiciones de incertidumbre. La gestión clínica pretende restaurar los niveles de salud de los pacientes, en la medida de lo posible, mediante acciones que conciernen a pacientes individuales o a grupos de pacientes (agrupados por una patología o procedimiento comunes, por la unidad de asistencia...). Las decisiones directas sobre cada persona las adopta el médico, la enfermera...trabajando por separado o en equipo, y las decisiones que afectan a grupos de pacientes las toman principalmente los responsables asistenciales.

Puede discutirse hasta qué punto resulta excesiva la palabra gestión para referirse al manejo clínico de los pacientes. Si se repasan las acepciones más habituales del término gestión se observara una gran coincidencia en su caracterización como actividades de coordinación y motivación destinadas a conseguir los objetivos de una organización. El clínico coordina recursos humanos y materiales (cada paciente es un 'proyecto' del cual es responsable) y ciertamente trata de motivar a quienes de él dependen así como al propio paciente.

A diferencia de los otros tipos de gestión sanitaria (la política sanitaria o gestión pública, la gestión sanitaria macro, y la gestión de centros, o gestión sanitaria meso), la gestión clínica, o gestión sanitaria micro, es específica del sector sanitario y tiene a las ciencias médicas como referente disciplinario fundamental.

Otra especificidad de la gestión clínica consiste en que, por razones de profesionalización, no se produce la escisión habitual en el proceso decisorio. La decisión clínica, como cualquier decisión, puede ser descompuesta en cuatro fases diferentes: 1/ Inteligencia o recogida de información sobre las alternativas, 2/ Elección de alternativa, 3/ Implantación de la decisión, y 4/ Monitorización del impacto de la decisión. Habitualmente a las fases primera y tercera se las denomina gestión de la decisión y a las fases segunda y cuarta control de las decisiones. Siempre que quien decide no soporta directamente las consecuencias de sus decisiones la gestión de la decisión y el control de las decisiones recaen en dos personas distintas. Curiosamente, en la clínica y pese a que el médico no soporta directamente las consecuencias de sus decisiones (por ejemplo las consecuencias económicas) no se produce la citada división del proceso decisorio que está en la base del control interno de las organizaciones. Este reconocimiento organizativo del carácter profesional de la decisión clínica es el que confiere la centralidad a la gestión clínica en el conjunto de la gestión sanitaria.

La eficiencia clínica, marca del virtuosismo en Medicina, pasa por la maximización de la calidad de la atención y la satisfacción de los usuarios con los menores costes sociales posibles. La eficiencia tiene dimensión temporal, es dinámica: mejora en la medida que se innove en respuesta a los cambios demográficos, en morbilidad, en tecnología, en costumbres y preferencias, y en recursos disponibles.

Sin eficiencia clínica no puede haber eficiencia sanitaria. Un sistema sanitario funcionará bien si quienes asignan la mayor parte de sus recursos, los clínicos, tienen la información y los incentivos requeridos para tomar decisiones coste-efectivas.

En última instancia se pretende favorecer la evolución de la práctica de la Medicina hacia:

- Una mayor orientación a las utilidades relevantes: las del usuario.
- Un creciente fundamento en la evidencia.
- La interiorización del coste de oportunidad de las actuaciones (el beneficio de lo que se deja sin hacer en la mejor alternativa posible).

El problema fundamental de la gestión clínica, y posiblemente de la gestión sanitaria, pasa por conseguir que los profesionales sanitarios tengan la información y los incentivos para tomar decisiones coste-efectivas (los tres criterios antes reseñados). La mejora de los incentivos pasa por reformas organizativas y profesionales. La mejora de la información por disponer de sistemas de información que den respuesta a las preguntas lógicas de qué problemas tienen los pacientes, qué se les hace y qué resultados se obtienen y por saber acceder a, primero, y aplicar, después, los conocimientos pertinentes.

Los tres ámbitos de la gestión sanitaria están estrechamente relacionados entre sí: la gestión macro condiciona la micro por la regulación de la oferta, en Europa, o por el mercado, en EEUU; la gestión macro condiciona la meso según lo que se decide comprar o presupuestar; la gestión micro influye en la macro por el 70% de recursos que



asigna; la gestión meso influencia en macro por consorcios, patronales, corporaciones profesionales, grupos de interés y asociaciones con preferencias ideológicas 'intensas'...

Especial atención al condicionamiento dominante de la práctica clínica por el mercado (Estados Unidos) o por el estado (Europa).

#### ***5.4. Cambios en las Organizaciones Sanitarias del Estado del Bienestar<sup>29</sup>***

Conviene recordar, de entrada, algunas características de las organizaciones sanitarias relevantes en el contexto del tema que nos ocupa:

1<sup>a</sup>/ Aplicación muy atenuada de la regla de oro del control interno: La separación entre gestión de la decisión y control de la decisión que ha de producirse siempre que quien toma las decisiones no soporta plenamente las consecuencias de las mismas (supuesto habitual en el ejercicio profesional por cuenta ajena) no tiene lugar en las decisiones clínicas como ya se ha comentado anteriormente.

2<sup>a</sup>/ Importancia de las normas clínicas como institución. Las normas clínicas comprenden tanto el conjunto de comportamientos que la profesión estima aceptables (y que sanciona con prestigio, eponimia, ostracismo...) como el conjunto de valores y expectativas compartidos por el grupo profesional de referencia. La fidelidad a la profesión resulta con frecuencia más fuerte que la fidelidad a la organización para la que se trabaja.

3<sup>a</sup>/ Se ha justificado ya anteriormente en la necesidad de una coordinación muy intensa dentro y entre organizaciones sanitarias. Al igual que ocurre con el diseño de un avión, el mejor diseño no se obtiene encargando el diseño de sus componentes (fuselaje, navegación, motor, mobiliario...) a los mejores especialistas y reuniendo los diseños después: el avión no volaría.

4<sup>a</sup>/ Ausencia de soluciones fáciles para los problemas de incentivación. Ni sirve la persecución del lucro, sin correcciones, ya que cortocircuita las decisiones clínicas en interés del paciente ni puede ignorarse la sociedad en la que se vive.

5<sup>a</sup>/ Transacciones sanitarias caracterizadas por la concurrencia de beneficios colectivos y beneficios individuales. En el dominio público [privado] puro los derechos residuales de control -decidir sobre lo que no puede dirimirse según contrato, ley o costumbre- son públicos [privados] como la propiedad. Los derechos residuales de control y el derecho a la renta residual suelen ser complementarios por lo que en principio han de ir juntos. Ahora bien, en toda transacción en la que concurren beneficios colectivos y beneficios individuales tendría interés distribuir los derechos residuales de control.

Se hará una breve alusión a tres formas organizativas particularmente relevantes y bien adaptadas a las características sanitarias que acaban de describirse: Burocracia descentralizada (aunque suponga una cierta contradicción en los términos), Organizaciones sin Finalidad Lucrativa, y Cooperativas de Profesionales Sanitarios. Las tres formas se sitúan, tal como puede apreciarse en el **Cuadro 4**, en una posición intermedia entre las organizaciones 'rabiosamente' públicas y las organizaciones 'rabiosamente' privadas.

### A. *'Burocracia descentralizada'*

Las organizaciones burocráticas caracterizan el sector público aunque no sean exclusivas de éste. Caracteriza a la organización burocrática la centralización de las decisiones, la especialización funcional, la reglamentación detallada de procedimientos, la presencia de funciones de producción ambiguas, la dificultad para medir el rendimiento, el carácter funcional del vínculo que une a los empleados y la organización, y las limitaciones a la discrecionalidad. 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 bajo 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: descentralizar.

La dificultad de medir el producto está en la base -como ya se ha señalado- de la persistencia de organizaciones burocráticas, no descentralizadas. Resulta plenamente aplicable aquí la reflexión de Salas (1996) 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).

Existen vías, investigadoras y gestoras, para avanzar en la medida del desempeño. Los gestores, no obstante, deben huir de la 'Alexitimia' (tendencia mental a adquirir compromisos imprudentes, del Alexis de Marguerite Yourcenar).

### B. - *Organizaciones sin Finalidad Lucrativa (ONL).*

Los beneficios 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.

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 resulta de especial importancia siempre que, como en sanidad, resulta 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).

### C. - *Cooperativas de profesionales sanitarios.*

La característica esencial de la empresa cooperativa es la de que los trabajadores ejerzan el control. Las formas jurídicas son varias: Desde las cooperativas laborales

propriadamente 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.

Dentro de los servicios del Estado del Bienestar, estas condiciones 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.

*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, deprivación, y dispersión) o ajustar por riesgo el pago caputivo.
- 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.
- Pérdida de equidad si los pacientes afiliados con asociaciones de profesionales resultaran mejor tratados.
- 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.

### **5.5. Condicionantes políticos de las reformas en la gestión pública sanitaria:**

- A. Status quo y mecanismos de casi-competencia y mercado incompatibles. No puede figurar en la misma agenda política el mantenimiento de la situación con la introducción de una competencia siempre schumpeteriana, creativa y destructiva al mismo tiempo. Por ejemplo, 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 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.
- B. Mayor flexibilidad sin control conduce fácilmente a un pacto gestores públicos-sindicatos a expensas del bienestar común. Hay que respetar el binomio libertad /responsabilidad.
- C. ¿Autorestricción administrativista o restricción política? El poder sindical no tan sólo puede ser un freno a la externalización sino que también puede limitar la desburocratización del sector público. El diagnóstico de autorestricción administrativista a la discrecionalidad gestora lleva a estrategias de flexibilización de los vínculos funcionariales y estatutarios que pueden resultar absolutamente inocuas si el origen de la falta de flexibilidad no está en el derecho administrativo sino en otros lugares. En España hay que recordar que las restricciones políticas a la racionalidad económica son mayores que las restricciones legales impuestas por unos Estatutos muy administrativos, que la laboralización puede correlacionarse con mayores salarios en lugar de con mayor productividad (Iberia, Hunosa...).
- D. ¿Qué ganan los políticos si ceden derechos de control?
- E. Evitar búsquedas y mantenimiento de rentas a través de actividades de influencia. No siempre puede ser bueno atar los políticos al mástil, como Martín (1998) sugiere para otras circunstancias. Los politiqueos suponen una ineficiencia, pero cortar la comunicación, reforzar la privacidad, y no dar cuentas constituye una forma inaceptable en gestión pública de acabar con las actividades de influencia.
- F. Los juegos políticos, a diferencia de lo que ocurre en el mundo de los negocios o en el comercio internacional, son frecuentemente juegos de suma cero, de competencia destructiva. Los escaños que uno gana, otro los pierde. Esto dificulta la implantación de mejoras paretianas en la gestión pública.
- G. El cambio institucional, como el cambio organizativo, tiene dependencia de senda. Ello aconseja una estrategia de radicalismo selectivo: transformaciones escogidas, de gran alcance, sobre un frente clave y reducido para no incentivar la formación de grandes coaliciones de bloqueo y permitir la formación paulatina de coaliciones de apoyo.

## **Recapitulación**

Este capítulo ha partido de la constatación de que los cambios que en sanidad han de propiciarse a través de nuevas formas de intervención del estado sobre la salud de la población y sobre las diversas variables que la afectan: No pueden esperarse

dictámenes, acerca de cómo proceder de un mercado que tiene en el sector un protagonismo secundario.

Esta intervención del estado se produce a través de cuatro palancas: la política de salud, la composición y el volumen de la financiación, las diferentes regulaciones, y la organización de la producción de servicios sanitarios (comparativamente importante en España por su elevada proporción de producción pública de servicios sanitarios). Se dedican sendos epígrafes del capítulo a cada una de las cuatro palancas tras un epígrafe inicial, sobre convergencia europea, que pone de relieve como la vía jurisprudencial ha abierto un camino para una progresiva armonización de servicios y coberturas entre los países de la Unión Europea ante la inhibición del ejecutivo comunitario y de los ejecutivos de los países miembros.

*Políticas de salud.* Las políticas de salud actúan principalmente sobre algunos de los grandes determinantes de la salud (estilos de vida, medio ambiente y servicios sanitarios) y muy secundariamente sobre otros (variables socioeconómicas y culturales) con una efectividad muy diversa entre países. Existe conocimiento y experiencia para mejorar la racionalidad de las políticas sanitarias aunque falta conciencia social, política y profesional de hasta qué punto una parte, muy variable en importancia entre países, de la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad es innecesariamente prematura y sanitariamente evitable. De ahí que la reciente comparación de desempeños entre sistemas sanitarios realizada por la Organización Mundial de la Salud, pese a sus abundantes limitaciones, no deje de constituir un acicate para la mejora de las políticas de salud.

*Financiación.* Define un sistema sanitario el porcentaje de su gasto sanitario que está financiado públicamente (otra cosa diferente es cómo se reparte esa financiación entre los diferentes tipos de proveedores sanitarios). En España casi un 80% de la financiación es pública.

Normalmente se aduce a favor de la financiación pública el que permita el acceso a los servicios sanitarios en función de la necesidad técnicamente percibida, lo cual no deja de ser un valor social que cambia en el tiempo y en el espacio. El que una financiación pública presente una mayor eficiencia constituye una sólida razón adicional a su favor, razón reforzada además por la ayuda que el conocimiento del genoma aportará a las tan lógicas como poco deseables prácticas de selección de riesgos. A priori, no cabe descartar la descentralización del aseguramiento pero en nuestra situación debe extremarse la prudencia ante la misma tanto por razones sanitarias como financieras.

Muy vinculada a las decisiones sobre financiación está la respuesta que cada sociedad da a la pregunta de ¿Todas las prestaciones sanitarias, de la mejor calidad y para todos?. En el capítulo se aportan técnicas que ayudan a dar una respuesta a la pregunta de forma que se expresen las preferencias sociales y se contribuya a mejorar el bienestar social.

Finalmente, en el epígrafe de financiación, se insiste en cómo un tema muy relacionado -el de la forma de pagar a los proveedores- puede contribuir al necesario cambio sanitario. En efecto, la actual práctica de presupuestar, o comprar, servicios sanitarios lleva a una competencia entre niveles asistenciales (primaria, especializada, sociosanitaria y mental) que provoca yatrogenia, duplicación, despilfarro y malos resultados. Si en su lugar, se presupuestara, o comprara, atención sanitaria a una persona, o a una población, se estaría estimulando la integración entre niveles asistenciales, la longitudinalidad de la asistencia sanitaria y el que cada problema sanitaria se resolviera en el lugar más resolutivo.

*Regulación.* Aún en ausencia de financiación y producción pública de servicios sanitarios, el estado regularía numerosas actividades por su influencia en la salud y, en algunos países, trataría de disminuir la brecha informativa entre proveedores y usuarios facilitando información comparativa sobre la calidad de los centros. En el capítulo se refiere cómo la regulación está cambiando de contenidos y se opta por dedicar el espacio disponible a un sector de indudables interés estratégico: la industria farmacéutica. Existen serias dudas tanto acerca de los actuales sistemas de regulación de precios como de la financiación de la innovación y pese a que se esbozan algunas alternativas, sé es consciente de que la regulación del sector farmacéutico plantea cuestiones de gran calado cuyo tratamiento no se agota en estas páginas: Desde reconsiderar el grado de dependencia de la Medicina respecto a la industria farmacéutica hasta el planteo de la eventual dejación de responsabilidades, por parte del estado, en materia de información sobre fármacos e investigación sobre los mismos.

*Producción.* El conocimiento ha ganado una importancia extraordinaria como factor de producción y ese conocimiento, en Sanidad, resulta costosísimo de transmitir, lo cual aconseja que tomen las decisiones aquellos que poseen la información. Esto supone descentralizar. El capítulo analiza la descentralización de la financiación, de la compra y de la producción, concluyendo -en el momento actual y para España- únicamente a favor de esta última. Se analiza el camino a recorrer para implantar una descentralización organizativa que funcione y se recomienda, asimismo, la potenciación de otras formas organizativas -como el trabajo clínico asociado por cuenta propia y las organizaciones sin finalidad lucrativa- particularmente adecuadas a la naturaleza del proceso asistencial y sus características.

Estas características del proceso sanitario aconsejan incentivos débiles y coordinación muy intensa en sus formas organizativas. Por otra parte, para que un sistema sanitario funcione de manera satisfactoria se precisa que aquellos que asignan la mayor parte de los recursos en el sector, fundamentalmente los clínicos con sus decisiones diagnósticas y terapéuticas, tengan el conocimiento y las ganas de decidir de manera coste-efectiva. El resultado implica situar la gestión clínica en el centro del escenario y procurar una evolución de la Medicina cada vez más basada en la efectividad, orientada al usuario y con una preocupación por el mejor uso alternativo de los recursos de que dispone.

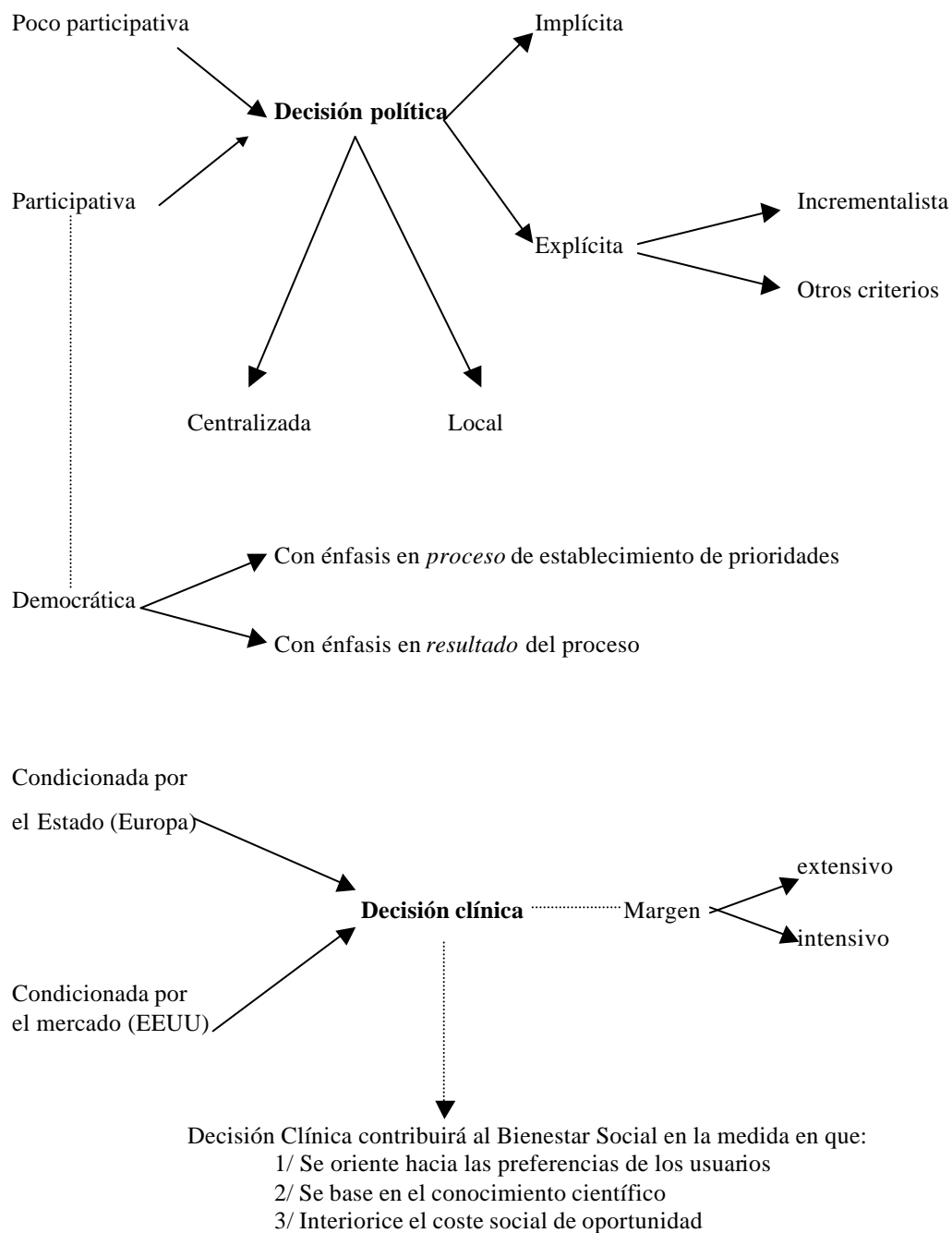
Existe conocimiento y experiencia suficiente para ir introduciendo mejoras en un sistema sanitario reconocidamente bueno pero no exento de tensiones. Tampoco faltan habilidades analíticas que sepan aportar soluciones a los distintos problemas. Sí aparece un déficit, en cambio, de habilidades implantadoras derivado, en gran parte, de una serie de condicionantes políticos de la reformas en la gestión sanitaria con cuya identificación se ha cerrado el capítulo.

**Cuadro 1: Instituciones que configuran la forma de asignar recursos sanitarios en cada país.**

Instituciones	Decisiones	Criterios básicos
MERCADO	De oferta y demanda (más de oferta que de demanda)	Disposición a pagar Oportunidades de beneficio
ESTADO	Políticas	Múltiples y difusos: Acceso, seguridad, efectividad, equidad, mejora de la eficiencia...
NORMAS CLÍNICAS	Decisiones clínicas: Diagnósticas y terapéuticas	Necesidad técnicamente percibida y, secundariamente, beneficio profesional

**Fuente:** Elaboración propia

**Cuadro 2. Una tipología de las decisiones -políticas y clínicas- que configuran el establecimiento de prioridades sanitarias en el Estado del Bienestar.**



**Fuente:** Elaboración propia



**Cuadro 3. Posible evolución de los contextos de provisión sanitaria.**

<b>Planificación</b>	<b>Financiación</b>	<b>Cobertura aseguradora</b>	<b>Compra de servicios</b>	<b>Producción</b>
<i>Punto de partida genérico:</i>				
<b>Departamentos de Salud, que integran a todos los entes proveedores</b>				
<i>Evolución:</i>				
<b>A)</b>				
<b>Departamentos de Salud</b>			<b>Unidades Centrales de Servicios</b>	<b>Entes productores</b>
<b>B)</b>				
<b>Departamentos de Salud</b>			<b>Unidades Regionales de Servicios</b>	<b>Entes productores</b>
<b>C)</b>				
<b>Departamentos de Salud</b>	<b>Servicios Regionales de Salud</b>	<b>Áreas geográficas de Salud</b>	<b>Entes productores</b>	
<b>D)</b>				
<b>Departamentos de Salud</b>	<b>Servicios Regionales de Salud</b>	<b>Áreas geográficas de Salud/ Médicos de cabecera/ Redes integradas de proveedores</b>		
<b>E)</b>				
<b>Departamentos de Salud Servicios Regionales de Salud</b>		<b>Redes integradas de proveedores/ Aseguradores no públicos</b>		<b>Entes productores</b>

Fuente: V Ortún y G López, 2001.

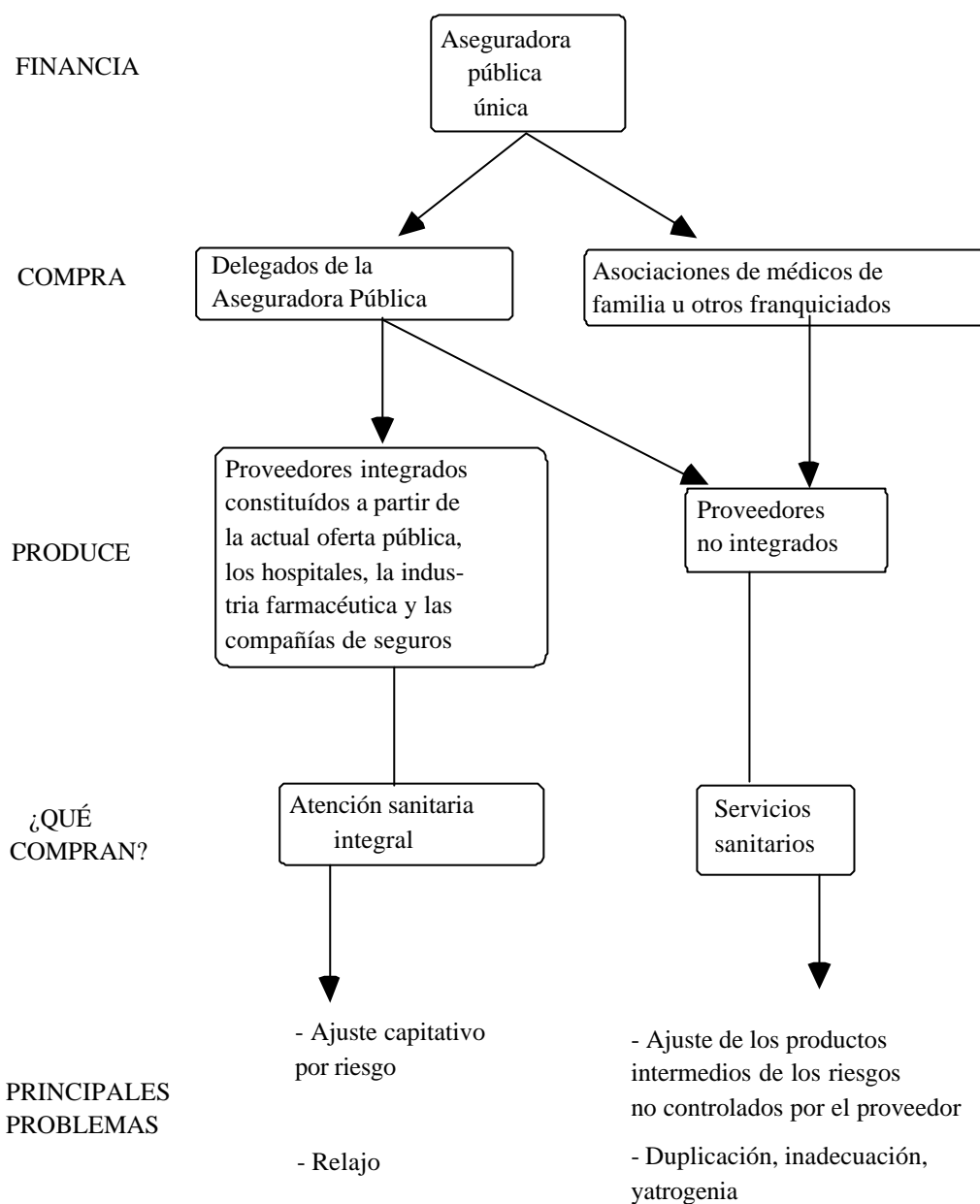
**Cuadro 4: Tipología de organizaciones según sea la remuneración residual de la tarea de control.**

	<b>Derechos residuales de decisión privados</b>	<b>Derechos residuales de decisión públicos</b>
<b>Apropiación privada del excedente: Sí</b>	Dominio privado puro	Competencia gestionada, franquicias, concesiones
<b>Apropiación privada del excedente: No</b>	Privadas no lucrativas	Dominio público puro: burocrático o desburocratizado

Derecho residual: En contratos incompletos, decisión sobre lo no cubierto por ley, costumbre o el propio contrato.

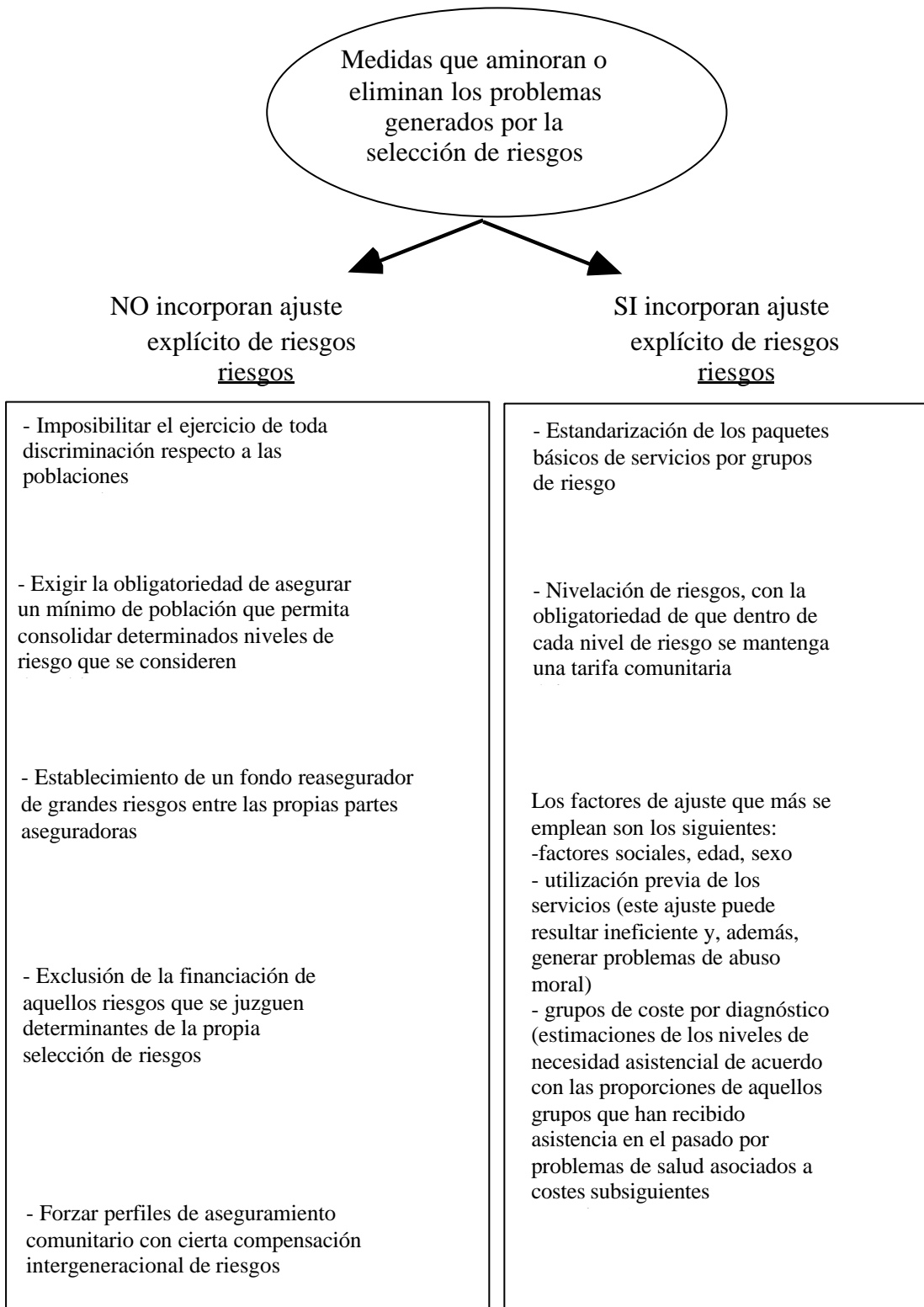
**Fuente:** Vicente Salas, 1998.

**Gráfico 1: Un escenario de financiación, compra y producción**



**Fuente:** V Ortún, p 350 de: Del Llano J, Ortún V, Martín Moreno JM, Millán J, Gené J (eds) Gestión Sanitaria. Innovaciones y desafíos. Barcelona: Masson, 1998.

**Gráfico 2: Posibles tratamientos de la selección de riesgos**



**Fuente:** López G, Ortún V. Economía y Salud. Madrid: Ed Encuentro, 1998.

## Bibliografía

Almeida C, Braverman P, Gold M et al. World Health Report: Concerns and Recommendations. The Lancet 2001; 357: 1692-1697.

Antoñanzas F, Rovira J, Badía X. La definición de la prestación sanitaria pública: ¿Es posible acotar un catálogo de servicios en un sistema como el actual? La experiencia comparada. Madrid: Fundación BBV, 1999. Documento de trabajo del Centro Ciencia, Tecnología y Sociedad de la Fundación BBV.

Arruñada B. Online Pharmacies: 'Rogue sites', private safeguards and the role of the regulation. Barcelona: Universidad Pompeu Fabra, 2001, mimeo.

Banco Mundial (1993). Informe sobre el desarrollo económico mundial. Invertir en salud. Washington.

Buglioli M, Ortún V. Decisión clínica. Cómo entenderla y mejorarla. Barcelona: Springer-Verlag, 2000.

Cabiedes L, Ortún V. Incentivos a prescriptores. En González E, González B, Meneu R y Ventura J (eds): Coordinación e incentivos en sanidad. XXI Jornadas de Economía de la Salud. Oviedo: Asociación de Economía de la Salud, 2001, páginas 171-190. [www.aes.es](http://www.aes.es)

Cabrales A. Pharmaceutical generics, vertical product differentiation, and public policy. Barcelona: Universidad Pompeu Fabra, 2001, mimeo.

Chassin M, Hannan E, DeBuono B. Benefits and hazards of reporting medical outcomes publicly. New Engl J Med 1996; 334: 394-398.

Cipolla C. Historia económica de la población mundial. Barcelona: Crítica, 1978.

Del Llano J, Ortún V, Martín Moreno JM, Millán J, Gené J (eds) Gestión Sanitaria. Innovaciones y desafíos. Barcelona: Masson, 1998.

Dubos R. El espejismo de la salud. México: Fondo de Cultura Económica, 1975.

Drèze J, Sen A. Hunger and Public Action. Oxford University Press, 1991.

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

European Observatory on Health Care Systems. Health Care System in Transition. Spain. Copenhagen: OMS, 2000.

Frey B, Stutzer A. Measuring preferences by subjective well-being. J Institutional and Theoretical Economics 1999; 155 (4): 755-778.

Guillén A. Los sistemas sanitarios de España, Italia, Grecia y Portugal: de la universalización a la búsqueda de la eficiencia. En: González E, González B, Meneu R y Ventura J (eds). Coordinación e Incentivos en Sanidad. XXI Jornadas de Economía de la Salud, 6-8 de junio 2001. Oviedo: Asociación de Economía de la Salud, 2001, páginas 217-234. [www.aes.es](http://www.aes.es)

Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. Ottawa: Government Printing Office, 1974.

Landes D. La riqueza y la pobreza de las naciones. Barcelona: Crítica, 1999.

Lobato P, Lobo F, García A. Estrategia, viabilidad e implicaciones económicas de la atención farmacéutica. Madrid: Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid, 2000.

López Casanovas G, Ortún V. Economía y Salud. Fundamentos y políticas. Madrid: Ed Encuentro, 1998.

López Casanovas G. Las estructuras del bienestar en el sector de cuidados de salud. En: Muñoz Machado S, García Delgado JL, González Seara L. Las estructuras del bienestar en Europa. Madrid: Civitas, 2000. Estudios de la Fundación Once sobre el Estado del Bienestar, II, páginas 677-703.

Martín J. Las nuevas experiencias en gestión sanitaria. En Informe SESPAS 1998. La Salud Pública y el futuro del Estado del Bienestar. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1998.

Mossialos E, McKee M. Is a European healthcare policy emerging? BMJ 2001; 323:248. Accesible en [www.bmj.com](http://www.bmj.com)

Muñoz Machado S, García Delgado JL, González Seara L. Las estructuras del bienestar. Derecho, economía y sociedad en España. Madrid: Civitas, 1997. Estudios de la Fundación Once sobre el Estado del Bienestar.

Muñoz Machado S, García Delgado JL, González Seara L. Las estructuras del bienestar en Europa. Madrid: Civitas, 2000. Estudios de la Fundación Once sobre el Estado del Bienestar, II.

Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el Mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2000. Accesible en [www.who.org](http://www.who.org)

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

Parejo L, Lobo F, Vaquer F (dirs). La organización de los servicios públicos sanitarios. Madrid: Marcial Pons, 2001, p 47-70.

Pinto JL, Sánchez JR. Establecimiento de prioridades en las prestaciones sanitarias en base a la información sobre las preferencias sociales. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo y CRES (Centro de Investigación en Economía y Salud de la Universidad Pompeu Fabra), 1999.

Pinto JL, Rodríguez E, Castells X, Gracia X, Sánchez FI. El establecimiento de prioridades en cirugía electiva. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo y CRES (Centro de Investigación en Economía y Salud de la Universidad Pompeu Fabra), 2000.

Pinto JL, Puig-Junoy J, Ortún V. Análisis coste-utilidad. Atención Primaria 2001; 27 (8): 569-573.

Puig-Junoy J (ed). Análisis económico de la financiación pública de medicamentos. En prensa.

Rodríguez Artalejo F, Ortún V, Banegas JR, Martín Moreno JM. La Epidemiología como instrumento para una política de salud racional. Med Clin 1989; 93: 663-666.

Rodríguez Míguez E. La valoración social como guía en el establecimiento de prioridades sanitarias. Tesis doctoral Universidad Complutense de Madrid, 2001

Salas V. Gestión empresarial y sector público. Ekonomiaz 1996, nº 35: 146-163.

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.

Saltman R, Figueras J (1997). European Health Care Reform. Analysis of current strategies. WHO Regional Publications, European Series, nº 72, Copenhagen. Versión española publicada por el Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1997.

Sen, Amartya (1998). Mortality as an indicator of economic success and failure. The Economic Journal 1998; 108 (enero): 1-25. Traducción española de una versión previa de este artículo: Sen A, La vida y la muerte como indicadores económicos. Investigación y Ciencia, julio 1993, 6-13.

Urbanos RM, González López-Valcárcel B. La configuración del sector sanitario en España y sus efectos sobre la equidad. Madrid: mimeo, 2001.

## NOTAS

- <sup>1</sup> Guillén A. Los sistemas sanitarios de España, Italia, Grecia y Portugal: de la universalización a la búsqueda de la eficiencia, 2001.
- <sup>2</sup> El capítulo 4, realizado por Manuel Rebollo, Alain Cuenca y María Luisa del Río, de: Muñoz Machado S, García Delgado JL, González Seara L. Las estructuras del bienestar. Derecho, economía y sociedad en España. Madrid: Civitas, 1997, páginas 217-294, y el capítulo citado como López Casanovas, 2000.
- <sup>3</sup> Mossialos E, McKee M. Is a European healthcare policy emerging?, 2001.
- <sup>4</sup> Cipolla C. Historia económica de la población mundial, 1978.
- <sup>5</sup> Landes D. La riqueza y la pobreza de las naciones, 1999.
- <sup>6</sup> Sen A. Mortality as an indicator of economic success and failure, 1998.
- <sup>7</sup> Drèze J, Sen A. Hunger and public action, 1991.
- <sup>8</sup> Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo, 2000.
- <sup>9</sup> Rodríguez Artalejo F et al. La epidemiología como instrumento para una política de salud racional, 1999.
- <sup>10</sup> Almeida C et al. World Health Report: Concerns and Recommendations, 2001.
- <sup>11</sup> Dubos R. El espejismo de la salud, 1975.
- <sup>12</sup> Chassin M et al. Benefits and hazards of reporting medical outcomes publicly, 1996.
- <sup>13</sup> Esta cuestión se trata de forma más amplia en el epígrafe 5.3. Gestión Clínica y Medicina Basada en la Evidencia.
- <sup>14</sup> Saltman R, Figueras J. European health care reform. Analysis of current strategies, 1997.
- <sup>15</sup> Pinto JL et al. Establecimiento de prioridades en las prestaciones sanitarias en base a la información sobre las preferencias sociales, 1999.
- <sup>16</sup> Sí, somos conscientes de que los límites del albedrío individual no están científicamente establecidos pero la democracia es el gobierno de la mayoría en un país, no necesariamente el reflejo de conciencias particulares o verdades científicas.
- <sup>17</sup> Frey B, Stutzer A. Measuring preferences by subjective well-being, 1999.
- <sup>18</sup> Pinto JL et al. El establecimiento de prioridades en cirugía electiva, 2000. También Antoñanzas F et al, 1999.
- <sup>19</sup> Rodríguez E. La valoración social como guía en el establecimiento de prioridades sanitarias, 2001.
- <sup>20</sup> Pinto JL et al. Análisis coste-utilidad, 2001.
- <sup>21</sup> Buglioli M, Ortún V. Decisión clínica. Cómo entenderla y mejorarla, 2000.
- <sup>22</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.
- <sup>23</sup> Arruñada B. Online Pharmacies: 'Rogue sites', private safeguards and the role of the regulation. Barcelona: Universidad Pompeu Fabra, 2001, mimeo.
- <sup>24</sup> Urbanos R, González B. La configuración del sector sanitario en España y sus efectos sobre la equidad, 2001.
- <sup>25</sup> Lobato P et al. Estrategia, viabilidad e implicaciones económicas de la atención farmacéutica, 2000.
- <sup>26</sup> Para un tratamiento más extenso véase el libro editado por J Puig-Junoy, 2001. Séptimo título de la colección 'Economía de la Salud y Gestión Sanitaria' producida por el Centro de Investigación en Economía y Salud de la Universidad Pompeu Fabra. Los seis que ya han aparecido han sido editados por Springer-Verlag.
- <sup>27</sup> Recientemente, A Cabrales (2001) ha desarrollado un nuevo modelo -en el que la propia regulación de cada país pasa a ser una variable endógena en lugar de exógena como hasta ahora- que ofrece nuevas perspectivas sobre el impacto de la regulación de precios (mayor regulación de precios allá donde una parte importante de la producción es realizada por empresas extranjeras). Habrá que esperar a la contrastación empírica que, caso de confirmar las previsiones del modelo, podría reavivara en Europa la cuestión de la regulación de precios de medicamentos.
- <sup>28</sup> Véase, por ejemplo, Cabiedes L et al. Incentivos a prescriptores, 2001.
- <sup>29</sup> Este epígrafe sigue el trabajo de V Ortún en Parejo L, Lobo F, Vaquer F. La organización de los servicios públicos sanitarios. Madrid: Marcial Pons, 2001, p 47-70.