

Vicente Ortún-Rubio
Guillem López-Casasnovas

Financiación capitativa,

articulación entre niveles asistenciales
y descentralización de las organizaciones
sanitarias

Financiación capitativa, articulación entre niveles asistenciales y descentralización de las organizaciones sanitarias

Vicente Ortún-Rubio
Guillem López-Casasnovas

UNIVERSIDAD POMPEU FABRA

■ Resumen

Este trabajo trata de sentar unas bases teóricas para abordar los cambios organizativos en nuestro sistema sanitario, teniendo en cuenta la trayectoria seguida, el escenario internacional y los cambios tecnológicos. La finalidad última del cambio organizativo es la de mejorar el estado de salud de la población, lo que requiere una mejor articulación entre niveles asistenciales.

La financiación capitativa ofrece importantes ventajas para conseguir la integración entre niveles asistenciales: fomenta la longitudinalidad asistencial, permite una cierta descentralización de riesgos a proveedores sanitarios y estimula la capacidad resolutoria, la mejor aproximación clínica a la eficiencia.

El trabajo muestra, sin embargo, las dificultades que deben superarse y resalta la necesidad de una estrategia gradual para su implantación.

■ Palabras Clave

Capitación, financiación de sistemas sanitarios, integración asistencial, descentralización.

■ Abstract

Regarding to the path dependence of the Spanish public health institutions, the international experience and the observed health technological changes, this paper tries to ground some theoretical bases for the organisational change in our health system. This is done by building the argument from the very basic public goal: the improvement of the health status of the Spanish population, that requires a better integration of health care services.

To this regard, capitation in finance shows some comparative advantages: it takes an integral view for the care of the population, it allows for a better decentralisation of risks to health providers and fosters health medical effectiveness and its problem-solving capacities, the best proxy for efficiency in clinical practice.

However, the paper shows some potential limitations for this purpose and the need of a gradual strategy for its implementation.

■ Key Words

Capitation, health care financing, integration in health care, decentralization.

La decisión de la Fundación BBVA de publicar el presente documento de trabajo no implica responsabilidad alguna sobre su contenido ni sobre la inclusión, dentro del mismo, de documentos o información complementaria facilitada por los autores.

The decision to publish this working paper by the BBVA Foundation does not imply any responsibility on its content. The analyses, opinions, and findings of this paper represent the views of their authors; they are not necessarily those of the BBVA Foundation.

No se permite la reproducción total o parcial de esta publicación, incluido el diseño de la cubierta, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión por cualquier forma o medio, sea electrónico, mecánico, reprográfico, fotoquímico, óptico, de grabación u otro sin permiso previo y por escrito del titular del *copyright*.

No part of this publication including cover design may be reproduced or transmitted and/or published in print, by photocopying, on microfilm or in any form or by any means without the written consent of the copyright holder at the address below; the same applies to whole or partial adaptations.

La serie Documentos de Trabajo, así como detalles sobre otras publicaciones de la Fundación BBVA, pueden consultarse en: http://www.fbbva.es
--

DEPARTAMENTO EDITORIAL
DE LA FUNDACIÓN BBVA

DIRECTORA
Paz Pérez-Bilbao

COORDINADORA DE REDACCIÓN Y ESTILO
Mercedes Bravo

Financiación capitativa, articulación entre niveles asistenciales y descentralización de las organizaciones sanitarias

EDITA:
© Fundación BBVA. Plaza de San Nicolás, 4. 48005 Bilbao

DEPÓSITO LEGAL: M-10.711-2002
IMPRIME: Sociedad Anónima de Fotocomposición

La serie Documentos de Trabajo de la Fundación BBVA está elaborada con papel 100% reciclado, fabricado a partir de fibras celulósicas recuperadas (papel usado) y no de celulosa virgen, cumpliendo los estándares medioambientales exigidos por la actual legislación.

El proceso de producción de este papel se ha realizado conforme a las regulaciones y leyes medioambientales europeas y ha merecido los distintivos Nordic Swan y Ángel Azul.

Í N D I C E

Resumen	5
Introducción	11
1. Financiación capitativa	13
1.1. Algunos elementos para una decisión informada	17
1.1.1. La introducción de intereses particulares en la gestión de los sistemas nacionales de salud	17
1.1.2. Los límites a la presencia de intereses privados en la fiducia pública	20
1.1.3. La brújula y las orientaciones al uso	22
2. El paso a lo concreto: el fomento de la articulación entre niveles asistenciales	30
2.1. Perspectiva económica de las relaciones entre niveles asistenciales .	33
2.1.1. Análisis de los costes de transacción	33
2.1.2. Análisis estratégico	34
2.1.3. Recursos humanos por niveles asistenciales	34
2.1.4. Distribución de poder y comportamientos estratégicos	34
2.1.5. Exceso de capacidad	35
2.1.6. Reputación	35
2.1.7. Control del flujo de pacientes	35
2.1.8. Atenuación de incentivos, pérdida de adaptabilidad al cambio y mayores costes de influencia	35
2.2. Perspectiva sanitaria de la relación entre niveles asistenciales	36
2.2.1. La longitudinalidad asistencial.	36
2.2.2. La eficiencia sanitaria de la visión global del enfermo	37
3. Descentralización	39
3.1. Fundamentos y limitaciones de la descentralización organizativa. . .	39
3.1.1. Descentralización limitada por la dificultad de desagregar el sector público	41

3.1.2. Descentralización limitada por la dificultad de medir el desempeño	42
4. ¿Qué se descentraliza?	44
4.1. En primer lugar: qué NO se descentraliza	44
4.2. ¿Descentralizar la financiación?	44
4.2.1. Financiación: aseguramiento privado existente	45
4.2.2. Financiación: copagos y primas voluntarias para prestaciones suplementarias a la cartera pública de servicios	46
4.3. ¿Descentralizar la compra?	46
4.4. ¿Descentralizar la producción?	49
4.4.1. Producción: proveedores integrados, real o virtualmente, entre niveles asistenciales.	49
4.5. Competencia pública, antídoto de acompañamiento a la descentralización de la producción	49
4.5.1. La externalización, una descentralización poco problemática de la producción	51
4.6. De la desconcentración a la descentralización: transferencia efectiva del riesgo	52
5. ¿En quién se descentraliza?	53
5.1. Inconvenientes de la descentralización en proveedores <i>segregados</i> (a la canadiense).	54
5.2. Inconvenientes de la descentralización en proveedores <i>combinados</i> (a la australiana).	54
6. Las orientaciones del <i>mientras tanto</i>	57
Bibliografía.	60
Nota sobre los autores.	61

Resumen

EN el mundo de las organizaciones públicas y de aquéllas 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*). La regulación y la ejecución de esa regulación a través de la política sanitaria han de propiciar los cambios con vistas a evitar que la competencia destructiva ponga en peligro la continuidad en el suministro de los servicios públicos.

A la vista de la trayectoria seguida por el sistema sanitario en España, de la experiencia internacional y de los cambios que se están produciendo en la tecnología, este trabajo se plantea como objetivo sentar unas bases para el cambio organizativo en la Sanidad.

Un criterio operativo de necesidad remite, con matizaciones, a una financiación de base capitativa, la única medida financiera, a su vez, capaz de fomentar la articulación entre niveles asistenciales. Sin embargo, más allá de este principio, conviene precisar su contenido concreto y el alcance que pueda suponer en cuanto a su otro vector, la transferencia de riesgo: qué se descentraliza (o desconcentra) y en quién se descentraliza (o desconcentra) pasan a ser entonces aspectos fundamentales del análisis.

Financiación sobre base poblacional

Se conoce como *ajuste de riesgos* el proceso por el que se trata de adecuar la financiación capitativa a las características predecibles (no aleatorias) de cada persona en sus efectos sobre el gasto sanitario. Se trata con ello de que dicha medida de financiación, óptima en incentivos a los proveedores sanitarios y coherente con un concepto integral de salud, no tenga efectos indeseables en la limitación de la cobertura asistencial, ya sea en términos de servicios o colectivos.

El ajuste de riesgos pretende obtener un estimador insesgado de cuál sería el gasto sanitario esperado de un individuo durante un perio-

do determinado si se diera una respuesta promedio a su necesidad sanitaria.

Los problemas de la capitación difieren previsiblemente de manera sustancial entre *planes* de base geográfica y planes sin base geográfica, siendo más acentuada en estos últimos la preocupación por evitar la selección de riesgos.

Articulación entre niveles asistenciales

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

En caso de conseguir una formulación apropiada a la naturaleza del servicio en cuestión, una financiación capitativa ajustada por riesgo constituye uno de los mecanismos regulatorios más potentes para fomentar la integración de proveedores.

Dicha integración puede producirse, bien mediante la propiedad conjunta (proceso de absorciones y fusiones), bien a través de acuerdos contractuales. En este último caso, la integración virtual puede paliar en mejor medida los inconvenientes derivados del mayor tamaño (atenuación de incentivos, peor adaptabilidad al cambio y mayores costes de influencia dentro de las organizaciones).

La densidad demográfica limita la eventual competencia entre proveedores integrados a las áreas metropolitanas del país, aunque es dudoso que dicha constatación sea un obstáculo para su puesta en práctica donde quiera que resulte posible. Cabe, además, una cierta competencia en el seno de proveedores integrados mediante acuerdos contractuales que amplían las oportunidades de experimentación.

Debe señalarse, sin embargo, 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 reforzamiento del papel de la atención primaria, no sólo como puerta

de entrada (*portero*) del sistema, sino como gestor de la utilización sanitaria. Resulta por ello imprescindible interesar a todas las partes en dicha política para que se superen resistencias al cambio. De ahí la potencial contribución de la financiación capítativa para una oferta integrada de servicios.

La integración, real o virtual, puede mitigar la actual falta de continuidad entre AP (asistencia primaria) y AE (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 deriven innecesariamente constituye un problema clínico. No habrá buena Medicina sin continuidad y eficiencia en la atención sanitaria, sin objetivos comunes, sin conocimiento mutuo AP/AE y sin el establecimiento conjunto de pautas de actuación.

Descentralización

Cuando el conocimiento gana importancia como factor productivo y la demanda se sofisticada, aumenta la necesidad organizativa de situar la capacidad decisoria allá donde está la información específica y costosa de transmitir: aumenta la necesidad de descentralización.

La dificultad de medir el producto está en la base, junto a otros factores, de la persistencia de organizaciones burocráticas no descentralizadas. 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.

¿Qué se descentraliza?

No se descentralizan 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 si no se gestionan unificadamente); así como, por sensatez política, el tipo de servicios que pueden dejarse de prestar sin que se note a corto plazo (prevención primaria, salud pública...).

La tarea de *financiar públicamente* no se descentraliza: parece claro que debe mantenerse la obligatoriedad del aseguramiento. Cabe considerar, en algún momento, la descentralización de algún aspecto de la gestión del aseguramiento público.

La tarea de *financiar privadamente* mediante pagos directos y primas voluntarias las prestaciones suplementarias a la cartera pública de servicios parece, en principio, más descentralizable, aunque razones de equilibrios, controles y garantías públicas pueden hacer aconsejable cierto tipo de regulación (indirecta, más *ex-post*, que amortigua los efectos no deseados socialmente, más que *prohibir* sus orígenes).

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 riesgo). La desconcentración (manteniendo la posibilidad de adscripción cuando el titular de la función lo requiera) 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 en los impuestos sus ineficiencias en la compra) y del que más rentas pueden extraer los grupos de presión presentes (dado que centraliza todo el presupuesto). ¿Acaso se gestionará, así, 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.

Cabe descentralizar la *producción* con una efectiva transferencia de riesgos (de lo contrario, sería una simple distribución de rentas con dejación de responsabilidad pública) en un entorno de competencia pública que revele información sobre actividad y costes, y permita mejorar la eficiencia. Esto en buena medida requiere:

- Medidas válidas de desempeño (resultados). A peor medida del desempeño, menos control externo y mayor necesidad de regular/gestionar la competencia.
- Conocimiento de costes.

- Conferir cierto riesgo a los proveedores. La actual tendencia a gestionar directamente una parte de los servicios sanitarios y concertar otra (integración vertical parcial entre financiación y producción) permitirá comparar diferentes soluciones organizativas, siempre que se logren hacer creíbles las amenazas de pérdida de las actuales posiciones de privilegio e incompetencia, siempre que pueda atribuirse cierto riesgo a los proveedores de servicios sanitarios.
- 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 tengan ciertas servidumbres (legitimadas socialmente) de las que carecen los productores privados, habrá que ajustarla debidamente, por estas circunstancias no imputables a diferentes eficiencias de gestión.

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, parece más simple: 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. Queda, sin embargo, por resolver aquí la cuestión de vincular compra de servicios con un envoltorio poblacional que limite los excesos de actividad y reintroduzca los incentivos virtuosos de la financiación capitativa.

¿En quién se descentraliza?

En unos proveedores financiados capitativamente, integrados —real o virtualmente— y que, en la actualidad, pertenecen mayoritariamente al modelo *combinado*.

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, buscando un criterio operativo de necesidad como guía para la asignación de recursos sanitarios. No plantean problemas los lujos suplementarios (al margen de distinguir a los pacientes mejor situados, lo que no es poco) de tipo no sanitario, para los cuales el criterio de disponibilidad de pago resulta muy adecuado.

Vistos:

- los fallos de mercado existentes en el sector;
- la difícil regulación necesaria (con todos los peligros de captación del regulador por los proveedores);
- la difícil tarea de mejorar la transparencia de los proveedores del sector sanitario (tipo Central de Balances, CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos), publicación de los conciertos individualizados), menor que la de empresas privadas mercantiles;
- la escasa desconcentración y descentralización presente (¿quién está dispuesto a asumir riesgos?);

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:

- 1) gestione la utilización sanitaria;
- 2) regule y controle la financiación que provenga de seguros complementarios, fiscalmente desgravados, y que ofrezca prestaciones sanitarias no cubiertas en el paquete público, así como el seguro de dependencia;
- 3) regule y controle la financiación privada que los copagos puedan originar;
- 4) asigne los recursos sanitarios según la necesidad, con las excepciones comentadas, donde la disponibilidad de pago esté más indicada;

y/o que los proveedores sanitarios consoliden niveles de riesgo suficientes para:

- 1) estimular una mejor integración de servicios;
- 2) otorgar *las llaves de la finca* a una atención primaria mejor coordinada con la especializada (*el ojo del amo* en interés conjunto y compatible con el del financiador);
- 3) aceptar un entorno de regulación *diferente* (la marginalidad y el clientelismo político no cotizan);
- 4) involucrar a los profesionales en una gestión clínica que, en la medida en que resulta eficiente, les garantiza la viabilidad empresarial (frente a un profesional por cuenta ajena en lo retributivo y cuenta propia en la *libre práctica*).

Introducción

Los cambios en las organizaciones sanitarias en España provendrán, en mayor medida, de cambios en la regulación que de la competencia entre distintas formas organizativas

Los cambios organizativos vienen propiciados por las innovaciones tecnológicas y/o los cambios en las instituciones que marcan las reglas del juego. En este sentido, nuestro Sistema Nacional de Salud, trasplantado en 1986 sin ajuste alguno del NHS (National Health System) británico (de lo que era en su época una respuesta de la sociedad *compasiva* a una dura situación de posguerra), se ha de reorientar si quiere aguantar el paso del tiempo, 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 (en éste y en otros entornos sociales, claro está).

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 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 la misma regulación por la política sanitaria han de propiciar los cambios con vistas a evitar que la competencia destructiva ponga en peligro la continuidad en el suministro de los servicios públicos.

En el sector privado cabe interpretar el dominio de la empresa capitalista convencional, caracterizado por el derecho a la renta residual de quienes ejercen tareas de control, como prueba de una mejor adecuación —mejor respecto a otras alternativas organizativas— a las instituciones (mercado, Estado...) y tecnologías dominantes.

Las transacciones sanitarias vienen 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 tendrá interés distribuir los derechos residuales de control.

La supeditación a su propia trayectoria, finalmente, restringe la capacidad de los cambios en la regulación para alterar el entramado organizativo de la Sanidad. A la vista de la trayectoria seguida por el sistema sanitario en España, de la experiencia internacional y de los cambios que se están produciendo en la tecnología, se derivan unas bases del cambio organizativo en la Sanidad. Necesidad llama a capitación y la capitación fomenta la articulación entre niveles asistenciales. Queda precisar el contenido y alcance de la descentralización: qué se descentraliza y en quién se descentraliza.

Este trabajo consta, pues, de seis capítulos. Los tres primeros se dedican a las tres bases citadas (financiación capitativa, fomento de la articulación entre niveles asistenciales y descentralización); el cuarto, al análisis de qué se descentraliza; el quinto, a la consideración de en quién se descentraliza; y el sexto, a qué hacemos en el ínterin.

1. Financiación capitativa

A la hora de valorar las distintas alternativas de financiación conviene clarificar que más que de la financiación del sistema sanitario en sí 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 establecerla en 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 (más o menos de una manera miscelánea).

La valoración de la estrategia concreta que 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.

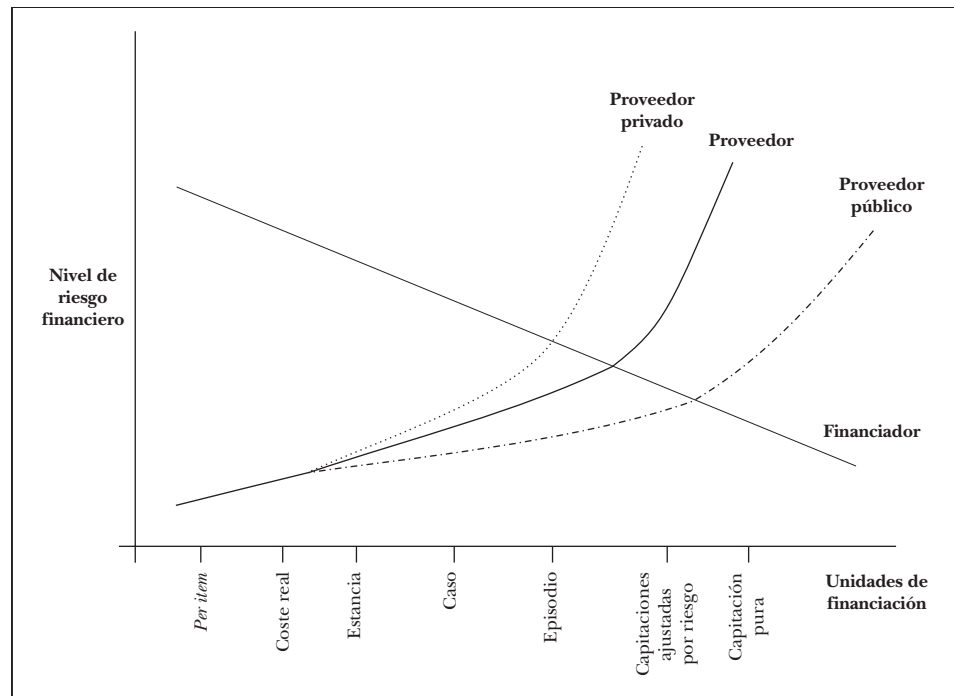
En general, en servicios de salud como el nuestro, la situación suele estar muy marcada por la presión sobre la financiación corriente del gasto sanitario para proteger intereses cortoplacistas de los proveedores sanitarios. En esta situación, resulta relativamente sencillo generar coaliciones políticas y de grupos de opinión para postergar el interés público general en favor de intereses particulares corporativos. (Las listas de espera se pueden entender en parte bajo este prisma).

Para ello, los tópicos de protección argumental del statu quo (los miedos al cambio) abundan: observar incorrectamente la incidencia diferencial en ingresos (cotizaciones *versus*... ¿qué alternativa?), no valorar los efectos de la incidencia presupuestaria global (fuentes de ingresos, pero también aplicaciones del gasto), no ajustar predicciones de gasto según nivel de renta para reclamar crecimientos indiscriminados de financiación de gasto sanitario, derivar valores comparativos medios a partir de muestras sesgadas (que incluyen tanto sistemas NHS como de aseguramiento social y/o privado), usar a conveniencia el referente PIB o el poblacional, etc.

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 su propia trayectoria 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 cuanto al *trade-off* en los vectores comentados (grado de transferencia de riesgo y sistema de financiación de la actividad de los proveedores, de acuerdo con su naturaleza más o menos generadora de lucro), el gráfico 1.1 ofrece algunos equilibrios tentativos (y empíricos) ilustrativos para la toma de decisión informada en materia de política sanitaria.

GRÁFICO 1.1: Unidades de financiación y nivel de riesgo financiero para los proveedores



Fuente: Modificado de Averill *et al.* (1999: 2).

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 hacer recaer la responsabilidad sobre la organización de la asistencia sanitaria en algún tipo de *plan* (véase al respecto, en el cuadro 1.1, la posible evolución en las distintas funciones sanitarias). 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.

CUADRO 1.1: Posible evolución de los contextos de provisión sanitaria

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

Fuente: Elaboración propia.

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 periodo determinado.

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

Los problemas de la capitación difieren sustancialmente 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).

1.1. Algunos elementos para una decisión informada

1.1.1. La introducción de intereses particulares en la gestión de los sistemas nacionales de salud

Para el ejercicio anterior, una cuestión común a la mayor parte de las dudas planteadas en la revisión de las estructuras del bienestar en sanidad es la relativa a la potencial interferencia de los intereses particulares cuando un interés público (el propio de la intervención en los mercados de salud) se delega o descentraliza en terceros. En otras palabras, hasta qué punto las posibilidades de supeditar el interés común al particular aumentan con la introducción de los mecanismos de mercado en la consecución de objetivos públicos. No se trata de un análisis en abstracto, habida cuenta que tampoco son neutros a los objetivos institucionales los comportamientos burocráticos hoy presentes.

Por un lado, como punto de partida del análisis, existe a menudo el convencimiento de que el entorno político provoca una elevada complejidad (Stiglitz, 1998), de modo que incluso situaciones que aparecen como Pareto dominantes se ven subrogadas en función de intereses políticos o electorales diversos. Una razón para que ello suceda sin respuesta social alguna radica en la propia lógica de la acción colectiva, en la que los beneficios se difuminan en un grupo amplio de población, y que no siempre se autorreconoce e identifica como beneficiario de la reforma, mientras que los costes adyacentes al cambio se concretan en mayor medida en un colectivo que deviene muy activo en defensa de los intereses de preservar el statu quo. El reconocer la situación y compensarla de un modo separado, de forma que se concrete la cláusula de que alguien gane sin que ninguna parte pierda, no siempre parece ser suficiente para posibilitar la mejora perseguida de bienestar social. La causa de ello estriba en que el compromiso de mantener las cláusulas compensatorias diferenciadas para los colectivos que pueden perder con el cam-

bio no siempre ofrece credibilidad ni es mantenible en el tiempo. Primero, debido a que las posiciones políticas cambian en los partidos así como la correlación de fuerzas en las coaliciones gobernantes. Segundo, porque al explicitar las compensaciones, se identifica en mayor medida ante la opinión pública la anterior prerrogativa, previamente encubierta, que se decide compensar; con lo que ésta deviene mucho menos aceptable para la sociedad. La erosión del apoyo social en el largo plazo que de ello resulta puede ser decisiva para explicar el que no se pongan en práctica situaciones compensatorias que conlleven mejoras *paretianas* potenciales (en las que los que pierden son compensados, y aún se mantiene un excedente social positivo).

Ambas observaciones pueden justificar en nuestro país la resistencia a la aplicación efectiva de presupuestos prospectivos a proveedores sanitarios, identificando —vía contratos programas— los aumentos de financiación que adicionalmente el financiador esté dispuesto a comprometer. Ello se aplicaría también a la dificultad de fijar un marco estable para la presencia de nueva oferta privada bajo financiación pública (lo que requiere inversiones en activos de elevado coste y difícil reversión fuera de su destino asistencial) o, incluso, el compromiso del sector público hacia sus propios órganos de gestión consorciados o fundacionales en lo que se refiere al respeto de su autonomía de gestión. Ejemplos de todos estos extremos los tenemos en España en el difícil avance de las formas organizativas fundacionales.

Otro elemento que puede retraer determinados cambios en sanidad es la concepción de que evitar una potencial pérdida es más importante que asegurar un potencial beneficio. Este puede ser el caso, en nuestro país, de las dificultades para la plena aceptación de la gestión clínica. Ello se sustentaría en los temores a asignar responsabilidades presupuestarias a dichos gestores, en un contexto de aversión al riesgo y de protección encubierta de la autonomía profesional de hecho, por la vía de la libre práctica clínica sin responsabilización de sus costes.

Un tercer elemento tiene que ver con la credibilidad de los compromisos políticos sustentados en la ley (es ilustrativo de ello que se conceda idéntico valor a la Ley General de Sanidad que a cualquier enmienda, incluso en la ley de presupuestos anuales), ni que se formulen aquéllos al nivel constitucional (no son derechos sustantivos, sino enunciativos lo que en la mayoría de casos se recogen en la Carta Magna). Por lo demás, es incluso dudosa la conveniencia de tales compromisos autolimitativos a la vista de las situaciones nuevas que se puedan

producir en una sociedad cambiante. La legislación administrativa nos ofrece aquí el ejemplo de la concertación sanitaria, que no deja de ser un instrumento de financiación de servicios de corto plazo (no superior en su vigencia temporal a los doce meses), ante una carencia momentánea de recursos públicos, supuestamente que subsanar, y en la que pueden existir todo tipo de precariedades.

Otro argumento para una mayor impermeabilización de la contienda política del conjunto medios/objetivos en gestión sanitaria lo refiere Stiglitz (1998) al carácter de juego de suma cero, que reviste, en general, la disputa electoral (los votos que ganan unos, los pierden otros) y que no siempre coincide, a nuestro entender, con lo que sucede con las propuestas de reforma de la gestión sanitaria. Si dicha impermeabilización no se produce, respuestas positivas a las aspiraciones de cualquier votante generan simpatías, mientras que las negativas siempre generan reacción. De ahí que el político muestre mayor proclividad a las respuestas positivas que a las negativas, si bien en gestión sanitaria hacen falta las negativas, propias de todo ejercicio de priorización. Por ello que cuanto menor sea (sólo el imprescindible o necesario para clarificar los objetivos) el recurso al nivel político para resolver los conflictos de gestión, mayor es la ganancia potencial de bienestar.

Finalmente, es, a nuestro juicio, más factible un consenso sobre los medios de actuación pública que sobre los objetivos. Está claro que los medios no son neutrales, pero admiten una base de discusión técnica, contrastable, cuando menos. Éste podría ser el caso en la actualidad de la utilización de guías de práctica clínica, contabilidad de costes y presupuestos clínicos, que pueden ayudar a romper el relativo secretismo político de negociación y transacción en favor de una diversidad de intereses puramente políticos. Los objetivos son formulables en mayor medida bajo claves políticas, tras juegos repetidos: las contiendas electorales y las negociaciones poselectorales. En este sentido, formular los sistemas de financiación entre proveedores con la participación directa de los propios implicados permite una internalización previa del conflicto y así una mejor base para la posterior aplicación de las políticas y una estabilidad más alta del sistema pactado frente a sucesivos cambios políticos. A dicha apreciación se puede contraponer la realidad que ha supuesto en nuestro país, por ejemplo, la discusión en torno al sistema de financiación autonómica de la sanidad, sometido constantemente a la reivindicación política, con un financiador que acumula en su totalidad todas las tensiones que se producen. En sistemas de distribución de re-

cursos, el pactar criterios sobre base cien suele ofrecer una racionalidad de partida superior. De otro modo, los cambios de mayoría, incluso internas entre partidos, acaban obstaculizando la aplicación de compromisos anteriormente adoptados, debido a que los nuevos entrantes pueden intentar mostrar su valía dando por supuesto el *suelo* logrado con el acuerdo, intentando mejorar en todo caso su techo, aun a riesgo de romper el acuerdo de equilibrio anterior. El protagonismo de los equipos de Economía frente a los compromisos adquiridos por los equipos sanitarios en la negociación (noviembre de 1997) del nuevo sistema de financiación autonómico de la sanidad en nuestro país puede servir como prueba al respecto.

1.1.2. Los límites a la presencia de intereses privados en la fiducia pública

Un tema diferente, aunque simétrico al anterior, es el de los límites a la presencia de intereses privados en la esfera pública, a efectos de mantener la fiducia que debe informar la relación entre la Administración y los ciudadanos.

Una primera cuestión relativa al punto anterior se refiere a la persecución del lucro en organizaciones financiadas públicamente: esto es, hasta qué punto la consecución del interés individual de una parte es compatible con el interés social en su conjunto.

Una seria amenaza de ello es la potencial introducción de incentivos en la selección de riesgos, como resultado de algunas propuestas de reforma que insertan el lucro como motivación en la práctica clínica. Se trata de que los proveedores en su incentivo de generación de excedente, tanto para lucro como para mantenimiento de capacidad discrecional en las instituciones, expulsen los pacientes de alto riesgo o los casos complejos de sus prácticas profesionales. Este es un tema que trataremos más adelante, pero que muestra distintas aristas, todas ellas ligadas a la calidad en los cuidados de la salud, tales como la manipulación de información, la generación de actividad innecesaria, la selección de servicios asistenciales ofrecidos o la remisión/expulsión de determinados tipos de pacientes del dispositivo sanitario.

Una segunda cuestión tiene que ver con el alcance del control público en la utilización de recursos gestionados privadamente, pero bajo financiación pública. En este tema se confunde la cuestión del grado de control financiero efectivo ante la inadaptación de los conocidos controles

legales jerarquizados de los que se sirve rutinariamente el sector público, frente a los mecanismos de coordinación necesarios cuando la regulación y la provisión reemplazan a la que había sido anteriormente producción pública directa. La desconfianza de los administradores se entremezcla aquí con su propia incapacidad para adecuarse a los nuevos cambios producidos en los sistemas sanitarios. El énfasis de los interventores del sistema sanitario en la función de control *ex-post* entendida como auditoría permanente, en sustitución del tradicional control de legalidad concomitante, expresa el nuevo talante necesario en gestión sanitaria.

Se puede contraponer a la anterior revalorización de la gestión en las instituciones públicas, una realidad marcada por la aparición de empresas públicas y corporaciones sanitarias que no suponen variación alguna en su práctica cotidiana a la situación administrativa (así en lo que atañe a su capacidad de generar ingresos, cautivos todos ellos de las fuentes públicas), que no sea la de eludir aquellos controles legislativos formales que dificultan la gestión. Aunque en este caso su naturaleza exenta de ánimo de lucro (empresas participadas al 100 % por capitales públicos) no afectan su reputación (fiducia frente a los administrados), la prevalencia de intereses particulares se puede hacer sentir en mayor medida.

Más relevancia adquiere, al menos por la literatura generada, la implantación de presupuestos para proveedores de asistencia primaria, tal como los formula la reforma sanitaria británica. Aunque la utilización de los excedentes se encuentra limitada, la generación de una política de competencia abierta por la compra de atención especializada ha suscitado interrogantes sobre sus efectos sobre los objetivos públicos (el más discutido de ellos ha sido la aparición de dobles listas de espera).

Comentados los dos extremos anteriores, una vía de análisis concreto consiste en valorar en qué supuestos los agentes con intereses privados directos en el sector sanitario consiguen con una más alta probabilidad principalmente mejorar sus rentas.

Aunque sin ánimo de ser concluyentes, se ofrecen a continuación algunos comentarios.

- 1) Los *laboratorios farmacéuticos* pierden ventaja comparativa cuanto más son los escalones que integran la cadena de valor de los cuidados de salud. Integrando la cadena, buscando incluso su dirección (esto es, haciéndose partícipes de los conglomerados sanitarios en los que se incorpora el conjunto del dispositivo asistencial, o gestionando directamente el global de las patologías), pueden ganar

- protagonismo (rentas). Su relación directa como proveedores del único comprador público supedita finalmente sus rentas a variantes políticas y a sus propias capacidades coyunturales de presión.
- 2) Las *instituciones hospitalarias* ven dificultado su protagonismo sanitario con la presencia de presupuestos en favor de médicos de cabecera. Cualquier movimiento para liderar el proceso de cambio, contando con la cooperación de la atención primaria, les puede resultar más conveniente. El mantenimiento del actual statu quo les hace muy dependientes de la consideración que se tiene a estas instituciones como puros centros presupuestarios de gasto, y por tanto a expensas de los condicionantes financieros que se impongan en la sanidad pública y, de nuevo, de sus posibilidades para ejercer presión política. Su capacidad de complementar ingresos públicos con privados para asegurar su viabilidad está, en estos momentos, fuertemente limitada, si no se desarrolla en mayor grado el aseguramiento complementario y se insertan medidas de incentivo para el cobro de la actividad realizada en favor de terceros.
 - 3) Los *profesionales en práctica directa*, ya sea en el ámbito primario o de la atención especializada, se encuentran muy limitados en cuanto a sus políticas de rentas, que no son otras que las propias de la evolución de la financiación del gasto sanitario público. A la vista de su capacidad para generar incrementos reales, ya sea en términos puramente salariales o de condiciones de trabajo (esto es, en productividad) por la vía de la presión sindical, sus éxitos pueden ser bastante erráticos a la vista del apoyo social de que puedan disponer y de la potencial debilidad política en la defensa de los recursos públicos disponibles. Es probable que la introducción del gerencialismo en sanidad no mejore, al menos más allá del corto plazo, sus posiciones a este respecto. El asumir responsabilidades presupuestarias en su práctica asistencial puede ser una alternativa para relajar la restricción presupuestaria que tienen impuesta (salarial, y por ello con un control de efectividad más sencilla).

1.1.3. La brújula y las orientaciones al uso

Tal como concluyen Mays y Dixon (1998), el objetivo de un sistema sanitario público es conseguir una asistencia de calidad, efectiva, aceptable y equitativa a coste mínimo. Para ello, el sistema sanitario debiera dirigir su atención a:

- 1) identificar las necesidades asistenciales de la población;
- 2) procurar la información necesaria acerca de los servicios que comprar;
- 3) disponer de la capacidad suficiente para influenciar a los proveedores de servicios en relación a la eficiencia y calidad de los servicios deseados;
- 4) involucrar a los pacientes y ofrecerles capacidad de elección en las decisiones que afecten a su asistencia;
- 5) establecer las prioridades apropiadas;
- 6) controlar y mantener el grado de equidad deseado;
- 7) gestionar de manera adecuada el riesgo financiero;
- 8) minimizar los costes de transacción.

Tal como reza dicho esquema, se remiten a menudo las actuaciones concretas a determinados desiderata de la política sanitaria (a lo adecuado, deseado o apropiado en materia de prioridades, equidad, calidad de servicios...), lo que no siempre resulta sencillo de definir en el plano operativo.

Por lo demás, lo anterior se ha de producir en un contexto en el que las organizaciones sean sostenibles, fiscalizables, cuenten con la combinación adecuada de habilidades y sus organizaciones minimicen los conflictos a la vista de los intereses presentes.

El punto, por tanto, que discutir es cuál de los modelos diseñados por las distintas propuestas de reforma sanitaria que se barajan en la actualidad hace más probable la consecución de dichos objetivos. Analicemos ello a la luz de los extremos anteriores.

1) En relación a la capacidad de los sistemas sanitarios para identificar las necesidades asistenciales de la población, la planificación unificada de las autoridades sanitarias *versus* la descentralizada en manos de agencias compradoras parece apuntar ventajas relativas a favor de las primeras, básicamente en razón a la mayor capacitación y cualificaciones profesionales requeridas en materia epidemiológica y de acumulación de conocimiento en el campo de la evidencia clínica (aquellos mínimos datos que procesar para evaluar comparativamente las mejores prácticas, puesto que su ausencia o falta de compatibilidad es mayor en supuestos de descentralización competitiva). Teniendo en cuenta, sin embargo, que los pacientes que demandan asistencia no siempre la necesitan, y viceversa, una gestión descentralizada de la función de compra puede resultar más eficiente y ra-

cional dado el mejor conocimiento en el terreno práctico para la determinación de necesidades locales. Ello puede compensar la desventaja de la descentralización del poder de compra de servicios (médicos de cabecera o *holdings* asistenciales), a raíz de la perspectiva global (de la primera de las tareas) requerida para identificar las necesidades poblacionales, que con frecuencia van más allá de la mera suma de necesidades individuales. Así sucede en aquellos casos en los que las causas de incidencia de enfermedad en una población no coinciden con las causas de presencia de enfermedad en un individuo (factores de riesgo de presencia *universal* en una población determinada, para los cuales una prevención primaria poblacional constituye la actuación sanitaria más eficiente). En la identificación de las bases epidemiológicas de la población, es complicación adicional a procesos descentralizadores el hecho de que las afiliaciones se basen más en la libre elección que en la segmentación geográfica. La movilidad puede restar, en este sentido, la integralidad y continuidad deseables en la gestión de los cuidados de salud individuales.

2) En cuanto a la conveniencia de obtener información adecuada acerca de los servicios que comprar, dos son los tipos de información requeridos: el descriptivo (qué servicios, quién los suministra, dónde, cómo y cuándo) y el evaluativo (sobre costes y efectividad de un tratamiento o servicio). La descentralización del poder de compra, por ejemplo, a médicos de cabecera, mejora previsiblemente la información descriptiva para los servicios más comunes consumidos por el grueso de la población. A este respecto, los grados de libertad para una eficiente gestión clínica de los recursos se pueden perder con la integración de primaria y especializada en un único *holding* asistencial descentralizado comprador de servicios. Sin embargo, para servicios menos comunes (cardiología pediátrica, trasplante de órganos, etc.), el conocimiento puede mejorar desde estas bases más amplias de integración de servicios. La posibilidad de generar información (mantenimiento y mejora) aumenta en el supuesto de la centralización, con economías de escala y externas en la información al alcance del decisor, aunque no su procesamiento y adecuación a las necesidades poblacionales concretas.

Los anteriores problemas se exageran con relación a los aspectos evaluativos de la información. Así, para el escalón más descentralizado de la decisión, no resulta inmediato constatar cómo los resultados de la evaluación se pueden incorporar en la toma concreta de decisiones, cuando nos estamos refiriendo a prácticas profesionales consideradas aisladamente.

Por tanto, lo que se pueda ganar en parte en materia de información descriptiva con la descentralización, se puede perder con la evaluación. Una solución intermedia es segmentar el poder de compra en aquella unidad asistencial para la que se observe mayor ventaja comparativa en materia de información: compra central para servicios especializados, fuera de mercado interno; servicios comunes electivos en el ámbito local de profesionales y/o de pacientes y para otros servicios que se deban asignar geográficamente, sin márgenes de elección, mantenidos en el ámbito de la autoridad sanitaria local.

Otra posibilidad pasa por potenciar el bien público *producción y difusión de información sobre la efectividad de los servicios sanitarios*: el número de historias clínicas requeridas y de variables que incorporar en cualquier ajuste que pretende medir la efectividad de las intervenciones sanitarias con frecuencia quedan fuera tanto de la capacidad como del interés de un proveedor sanitario aislado. Es más, en un futuro no muy lejano el ámbito de este tipo de tareas convendría fuera europeo: sólo tras un ajuste a partir de las características del paciente, del tratamiento, del centro y de la población puede contestarse a la pregunta clave, relativa a la contribución de los servicios sanitarios al bienestar social.

3) En lo que atañe a la capacidad para influenciar, a través del ejercicio de la función de compra, la actuación de los proveedores, los factores importantes que valorar aquí pueden ser los relativos a: *a)* quién gestiona el presupuesto —existan o no vinculaciones o acuerdos profesionales que favorezcan la segunda opinión sobre su utilización—, *b)* el tamaño del presupuesto, *c)* la capacidad y disposición de trasladar contratos entre proveedores —ejerciendo la opción de *salida*—, y *d)* el conocimiento de los servicios ofrecidos y de sus alternativas, así como de otros rasgos del entorno local, como puede ser el poder de mercado ejercido por los proveedores locales en cada caso.

La descentralización parece, efectivamente, alterar en mayor medida el proceso asistencial (rapidez de acceso al servicio y de alta asistencial). Aunque no acaben variando los contenidos clínicos, parece que con la descentralización se mejora la eficiencia *micro*. A cambio, quizás, se pierde control de la equidad de acceso, ya que el resultado del ejercicio anterior de poder de compra descentralizada marca diferencias de calidad asistencial sobre la geografía y entre pacientes (el caso de la aparición en el Reino Unido de doble lista de espera, según fuese *fundholder* o no el remitente, resultó paradigmática a este respecto).

4) En relación al objetivo de aumentar la implicación del paciente en el sistema sanitario, éste se puede entender tanto *a)* en otorgar directamente a los pacientes el poder de decisión para que éstos puedan comprar asistencia directamente entre distintos proveedores, como *b)* en mantener la elección en favor del comprador que más sensible sea a sus preferencias e intereses.

Sobre lo primero (*a*), la idea de los vales sanitarios tiene un amplio soporte teórico, aunque el contraargumento de la asimetría de información entre médico y paciente puede ser especialmente válido para limitarlo (y en algunos casos incluso anularlo). De hecho, el vale sólo tendría cabida para aquellos servicios sanitarios en los que predominaran los atributos *de información o búsqueda* —calidad puede ser conocida antes de consumir— o *de experiencia*. Estos servicios sanitarios, poco habituales aunque identificables, son del tipo: cirugía electiva de alta incidencia, embarazo/parto y puerperio, prestación farmacéutica —o incluso sanitaria— a ciertos enfermos crónicos buenos conocedores de su enfermedad...

Como es sabido, la eficiencia de los vales viene restringida por la información de la que se disponga para la toma de una decisión eficiente de los servicios a los que se accede a través del vale. Existen, además, problemas en la fijación del valor apropiado que se le haya de otorgar al vale y en el asegurar que los menos informados o infrademandantes de servicios acaben recibiendo la asistencia adecuada. Sin embargo, el reconocer a los ciudadanos dicha capacidad de elección puede originar cambios en el modo en que se genere y se oriente la difusión de información, para que la decisión informada del usuario un día sea posible; lo que puede ser en sí mismo un activo para una reforma sanitaria que avance en esta dirección.

Una decisión directa por parte del usuario introduce además un riesgo de separación entre la calidad aparente o percibida por éste y la calidad real del servicio. Por ello, esta difusión de la información puede permitir otra forma de uso de los vales: que la elección del proveedor, en última instancia, la haga directamente el usuario, pero a partir de las orientaciones del médico de cabecera. Este último es quien conoce mejor la calidad de los proveedores y la necesidad de sus pacientes, y puede actuar como transmisor de esta información.

Dicho lo anterior, conviene señalar que puede existir elección también sin vales. Por ejemplo, fomentando en el usuario un mejor asesoramiento de los proveedores y de los profesionales sanitarios: basta la

sanción de atractores (donde *todo el mundo* quiere ir) y repelentes (quien expulsa hipocondríacos, polipatólogos...).

Sobre lo segundo: (b), existe evidencia en el Reino Unido de que los médicos de cabecera en práctica asociada se han mostrado mucho más sensibles que las autoridades sanitarias regionales a los intereses y preferencias de los usuarios, aunque en general existe poca información entre éstos sobre niveles de práctica, cartera de servicios, criterios de priorización, etc. Con la tendencia a la integración de conglomerados de prácticas que integren diversas funciones asistenciales, se reduce aún más la capacidad de elección real del paciente (caso a).

En general, podemos concluir en este punto que ninguna de las opciones hoy existentes de compra de servicios ofrece ventajas sustantivas claras desde el punto de vista de mejorar la elección de los pacientes, si se quiere optar por dicha estrategia.

5) Un tema diferente es el del establecimiento de prioridades. En general, ello afecta a dos dimensiones distintas: la elección de prioridades *entre servicios* y la elección de prioridades *entre distintos pacientes*.

En cuanto a la primera, las inercias históricas en las prácticas, el modo concreto en el que se determinan las necesidades, el juicio sobre la efectividad de los tratamientos, las restricciones procedentes de las políticas nacionales y locales, y las preferencias sociales, más o menos locales, pueden estar presentes con distinto alcance en el establecimiento de prioridades. Hasta el presente, la responsabilidad de priorización se ha dejado en gran manera en manos de los profesionales y de las autoridades sanitarias.

Sin embargo, la devolución de responsabilidades a los médicos de cabecera ha venido a variar significativamente el modo de establecimiento de prioridades. Tal como comentamos antes, los contenidos de información, o su disposición a utilizarlos, puede diferir de las políticas sanitarias regionales o nacionales, no tanto en el plano normativo, sino en la práctica real de las decisiones cotidianas. El rendir cuentas sobre dichas diferencias se difumina en cierta medida con la descentralización. También las diferencias entre pacientes (segundo de los aspectos) pueden aparecer. Ello se debe a que con la descentralización de la compra, los costes de oportunidad no los internaliza el decisor si se refieren a distintos pacientes ajenos a las propias prácticas asociadas. El resultado de ello se interpreta, no siempre acertadamente, como desigualdades sanitarias.

6) El punto anterior nos lleva a la cuestión del seguimiento y control de las diferencias en contenido formal y real de las prestaciones sanitarias, entendidas éstas como falta de equidad en el uso de servicios. Dicho seguimiento se diluye con la descentralización de la gestión de compra de servicios, si bien aumenta la información que sobre ellas se tiene.

Por un lado, para un control efectivo de la equidad sanitaria se requieren habilidades, tiempo y manejo de información cruzada (comparación de niveles de necesidad), lo que no es sencillo en el terreno de una completa descentralización del poder de compra. Además, el mantenimiento de múltiples contratos con diferentes proveedores y la concreción de prioridades para pequeños grupos de población aumenta su dificultad. En este sentido, si garantizar la equidad es un objetivo en sí mismo, hace falta cuestionarse en su globalidad el proceso de descentralización. Por otro lado, en caso de valorarse el objetivo de descentralización en sí mismo (por cuestiones comentadas en otros apartados), una estrategia de seguimiento de la equidad sanitaria requiere un incentivo a todas las formas de organización de compra, a efectos de que traten dicho problema como prioridad.

7) En lo que atañe a la minimización de los costes de transacción, el volumen y la complejidad de la contratación sanitaria, sin duda, va en contra de la descentralización. La existencia de una gran diversidad de organizaciones con responsabilidad presupuestaria efectiva complica dichos costes. Sin embargo, a menudo se trata en mayor medida de una afloración de dichos costes más que de un aumento real. En las organizaciones jerarquizadas estos costes se han de contraponer a los costes de ineficiencia, al no garantizar el entramado burocrático el seguimiento efectivo de lo que se pueda haber estimado centralmente como *mejores prácticas*, con lo que los costes de ineficiencia pueden resultar igualmente importantes.

8) En cuanto a la gestión de riesgo financiero, las organizaciones que compran asistencia para un continuo integrado de servicios y un amplio número de ciudadanos son probablemente menos vulnerables a las fluctuaciones aleatorias en la demanda de cuidados que aquellas organizaciones que abastecen servicios o colectivos más reducidos. La cuestión fundamental es cuán amplio tenga que ser el sector poblacional cubierto por un *comprador* de servicios para que pueda gestionar por sí mismo el riesgo que la descentralización conlleve de una manera apropiada. En el Reino Unido, las distintas experiencias van desde el umbral

de 250.000 personas (tamaño estándar de una autoridad sanitaria) hasta un mínimo de 3.000 (para la menor práctica de *fund-holding*). En realidad, el presupuesto para servicios electivos comunes es necesario integrarlo en organizaciones asistenciales más completas para que sirva de colchón ante otros costosos e impredecibles tratamientos que puedan aparecer. La segmentación de servicios asistenciales no ayuda a dicha consolidación, con lo que la descentralización parcial de servicios con presupuestos asignados a colectivos de bajo número no parece ser la solución para una gestión sostenible de riesgo financiero.

La asignación prospectiva de tipo capitativo no puede ser, en este sentido, el único instrumento para la gestión de riesgos en un sistema sanitario: los elementos que el proveedor no controla (variaciones legítimas en la práctica médica, diferencias en la incidencia de enfermedad...) juegan un papel importante que no conviene ignorar.

En resumen, y consideradas en su conjunto, las cualidades requeridas para las organizaciones de compra de servicios sanitarios, en último término, se remiten a:

- a) cuán sostenibles sean los contenidos de las propuestas de cambio (la quiebra y la competencia destructiva no está en el horizonte efectivo del suministro de los servicios asistenciales públicos);
- b) la combinación apropiada de habilidades necesarias (de gestión financiera y no financiera, y de utilización de la información clínicamente relevante);
- c) la necesidad de rendición de cuentas (responsabilización ante el usuario y la autoridad sanitaria, a partir, por ejemplo, de auditoría clínica y del seguimiento rutinario de *outcomes*);
- d) la construcción de *redes* institucionales que minimicen los conflictos de interés intrínsecos a todas las organizaciones.

2. El paso a lo concreto: 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*.

Esta sección se centra en los factores explicativos —institucionales y tecnológicos— de la articulación entre niveles asistenciales, utilizando tanto una perspectiva económica como una perspectiva sanitaria. Ambas perspectivas se aplican a la situación española.

Regulación existente

Los rasgos más relevantes para el tema que nos ocupa serían los derivados de las estructuras burocráticas del Insalud y los Servicios Regionales de Salud, caracterizadas por una fuerte integración vertical, producción pública de servicios y sometimiento al derecho administrativo.

Los organismos autónomos de carácter administrativo son la forma jurídica predominante en la organización sanitaria española. Aunque el Insalud y el Instituto Catalán de la Salud se configuran como organismos gestores de la Seguridad Social, para los efectos jurídico-administrativos, su funcionamiento es igual al de los organismos autónomos. Algunos as-

pectos de orden administrativo de estos organismos son: los bienes asignados a tales entidades conservan su calificación jurídica originaria; las obras se contratan y ejecutan según el sistema general establecido por el Estado; la Intervención fiscaliza derechos y obligaciones, ingresos y pagos; el personal tiene carácter cuasifuncionario (estatutario); y se funciona, en general, de forma centralizada y escasamente autónoma.

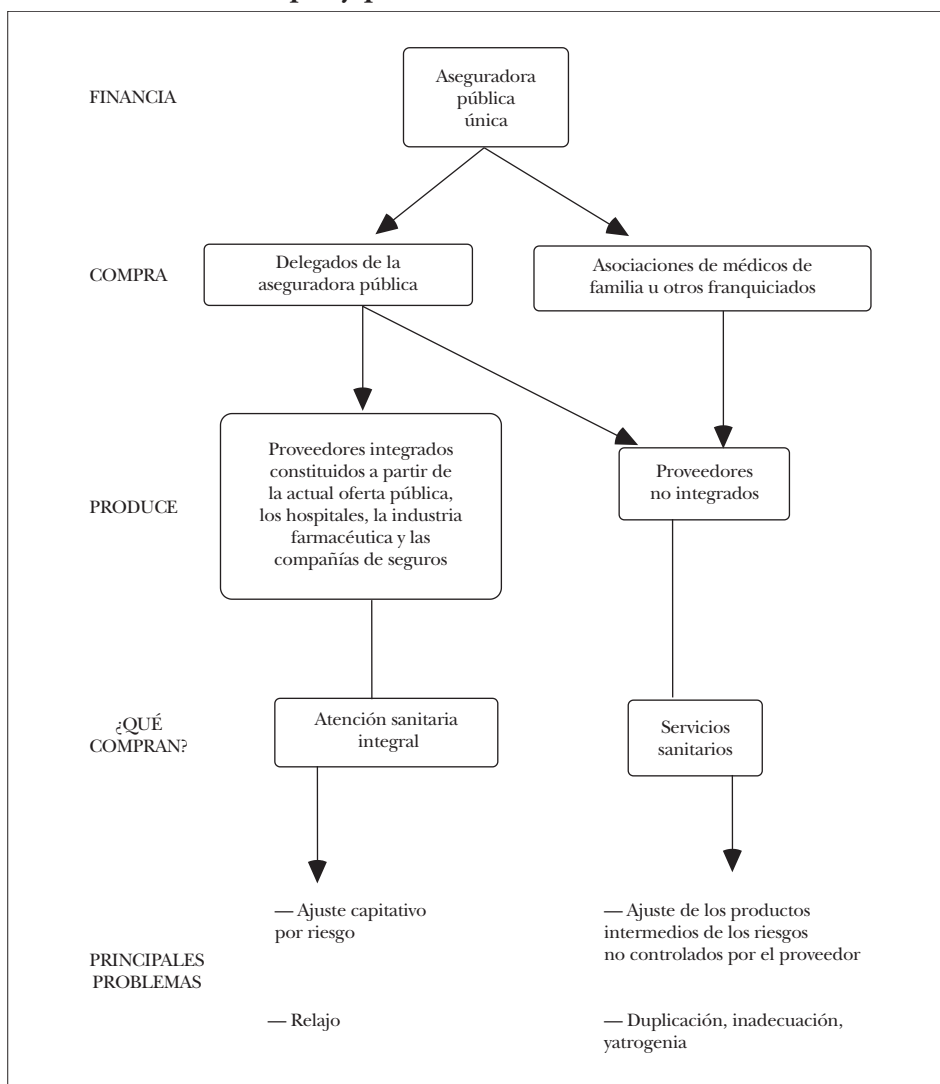
Se trata, en suma, de una organización sanitaria que autolimita su eficiencia, al no dotarse de un marco adecuado a la naturaleza de la prestación sanitaria. No se ha intentado ninguna reforma frontal, sino que se ha seguido, más bien, la estrategia de evitar el problema allí donde se ha podido (nuevos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

Lo anterior lleva a que las entidades que disponen de mayor flexibilidad de gestión —hospitales y mutuas catalanas que funcionan según el derecho privado— estén mejor situadas para constituirse en el embrión de los futuros proveedores integrados y participar en consorcios que gestionan la atención primaria, pese a que ésta sea la vía que presenta más peligros para que la atención primaria sea la puerta de entrada al sistema.

Al no disponer de evidencia empírica sobre lo que ocurrirá en el futuro (la evidencia empírica, por ejemplo, sobre la capacidad resolutoria de los diferentes niveles asistenciales constituiría la mejor forma de prescribir una política basada en la evidencia) debe argumentarse según razonamientos apriorísticos y no esperar de un mercado inexistente lo que ha de iniciarse, como ya se ha dicho, con un cambio de las actuales reglas del juego. Habrá, por tanto, que optar entre proveedores integrados o no integrados (cuestión regulatoria). La forma de presupuestar o comprar señalará la opción.

Si se continúa presupuestando/comprando servicios sanitarios a proveedores no integrados —con lo que se mantiene el problema técnico de hacer el ajuste 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 favorecen a ninguno de los niveles asistenciales en un juego de suma cero.

GRÁFICO 2.1: Un escenario de financiación, compra y producción



Fuente: Elaboración propia.

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 AP/AE (¿dónde seguir el embarazo, o al paciente de sida, o al diabético no in-

sulinodependiente?) 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 de una frecuencia mínima de aparición de un problema determinado para mantener la capacidad de tratarlo. Los problemas muy infrecuentes deberían ser referidos al especialista, pero el médico general debe tener los conocimientos y las habilidades necesarios, al menos, para detectarlos. Así, si el mantenimiento de la competencia exige atender cada tres meses un problema determinado (determinación de gota gruesa, por ejemplo), si de este problema determinado el paciente realiza una visita en un año, se precisan cuatro sospechosos de parasitemia palúdica para mantener la competencia. Si el médico general tuviera asignada una lista de 2.000 personas, la frecuencia mínima anual que se requiere de un problema para mantener la competencia será del dos por mil.

2.1. Perspectiva económica de las relaciones entre niveles asistenciales

2.1.1. Análisis de los costes de transacción

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

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

Empíricamente, muchos mercados geográficos no permiten competencia. Así, Cataluña parece presentar, desde la óptica de los mercados geográficos, dos subsectores: uno conformado por 22 mercados hospitalarios pequeños que actúan con una elevada concentración, ocho de ellos con sólo un hospital (monopolio geográfico) y seis mercados con sólo dos hospitales; y el otro subsector compuesto por un mercado

con 37 hospitales, 3,4 millones de habitantes y caracterizado por un alto grado de competencia.

2.1.2. Análisis estratégico

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

2.1.3. Recursos humanos por niveles asistenciales

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

2.1.4. Distribución de poder y comportamientos estratégicos

El hospital, especialmente el de agudos, concentra en buena medida el poder científico y político. Está organizado y puede actuar coordinadamente con otros hospitales para conseguir *institucionalmente* mayor *poder negociador*. El hospital dispone de gestores que saben gestionar el cambio, afrontar el problema de *exceso de capacidad*, y puede buscar las ventajas competitivas ofreciendo nuevos servicios diferenciados —apoyados en la *reputación*— y tratando de controlar el *flujo de usuarios*. La contradicción se presenta porque no todo lo que es bueno para el hospital como institución cerrada y oferta segmentada es bueno para el sistema sanitario de un país.

2.1.5. Exceso de capacidad

Los cambios demográficos en morbi-mortalidad y tecnología suponen una disminución relativa de la necesidad de hospitales de agudos. Ahora bien, si a la esclerosis del sistema sanitario español —que origina una muy lenta adaptación a los cambios— se le une unas relaciones de poder favorables a los hospitales, el resultado previsible es el de que se retarde la reasignación de recursos precisa entre niveles asistenciales.

2.1.6. Reputación

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

2.1.7. Control del flujo de pacientes

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

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

Entre los inconvenientes que el mayor tamaño del proveedor integrado comporta, cabe destacar la atenuación de incentivos, la menor adaptabilidad ante los cambios y los mayores costes de influencia que soportar por la organización integrada. Estos inconvenientes pueden ser paliados mediante integraciones virtuales (contratos relacionales, acuerdos estratégicos) que dan lugar a una red de proveedores donde cada uno de sus componentes puede ser sustituido (siempre que la densidad demográfica lo permita). Desde un planteamiento de costes fijos o hundidos del sistema sanitario, dicho planteamiento puede permitir *salidas* o soluciones intermedias que resultan infactibles en la práctica si los costes anteriores se ignoran. De ahí la conveniencia de involucrar al hospital en redes asistenciales integradas que hagan que sea en interés conjunto la reasignación de recursos. Posiblemente, la involucración no debiera suponer liderazgo único del hospital. Ésta es, sin duda, la parte difícil de la propuesta.

2.2. Perspectiva sanitaria de la relación entre niveles asistenciales

La Ley General de Sanidad establece dos niveles asistenciales conectados 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 AP poco madura y una AE en ocasiones dividida entre ambulatoria y hospitalaria, sin criterios clínicos y organizativos comunes, constituye uno de los principales problemas de nuestro sistema sanitario. Esta realidad origina 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.

2.2.1. 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 sustancial 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 capaci-

dad para revisar probabilidades previas (aproximación bayesiana)— supera a su coste (el beneficio diagnóstico es 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 pretest¹. 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.

2.2.2. 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, de 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 continuidad asistencial a una población determinada sobre cuya salud se tiene responsabilidad y cuyos consumos sanitarios implican un riesgo financiero— tiene, a priori, más ventajas sanitarias y económicas que inconvenientes.

1. Supongamos, por ejemplo, que los médicos generales —con su filtro asistencial— aumentan la probabilidad de la enfermedad en los pacientes derivados a los especialistas del 1 al 10 %; y aceptemos que éstos emplean pruebas de sensibilidad (95 %) y de especificidad (90 %): el valor predictivo positivo pasa del 8,7 al 51,3 %.

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 gestora 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 AP y AE, 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 deriven innecesariamente constituye un problema clínico. No habrá buena Medicina sin continuidad y eficiencia en la atención sanitaria, sin objetivos comunes, sin conocimiento mutuo AP/AE y sin el establecimiento conjunto de pautas de actuación.

3. 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.

3.1. Fundamentos y limitaciones de la descentralización organizativa

Como es sabido, las organizaciones burocráticas caracterizan al sector público en Sanidad aunque no sean exclusivas de éste. 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 funcionarial 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 allí donde está la información específica y costosa de transmitir*; esto es: transferir capacidad de decisión.

Los mercados ofrecen el mejor ejemplo de descentralización de decisiones; en ellos la asignación de derechos de propiedad, evaluación de la actuación y recompensa de la misma se producen de forma automática a partir de la información que contienen los precios. En las organizaciones, los derechos de propiedad deben ser asignados (quién hace qué), y hay que diseñar y utilizar sistemas de control e incentivos. Descentralizar implica no 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. Ilustra el punto el que el término *control* pasa a ser sustituido por *coordinación*. La arquitectura organizativa queda, así, asentada en un trípode: asignación de derechos de decisión, sistemas de medida del rendimiento y sistemas de incentivos. Se trata con ello de:

- Vincular autoridad y responsabilidad. Quien toma las decisiones ha de tener motivos (incentivos) para adoptar 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 allí 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 (menores en las burocracias profesionales) y, en suma, a través de rígidos sistemas de decisión que responden lenta e ineficazmente a las demandas de cambio y adaptación.

La 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* y atribución clara de responsabilidades.

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

3.1.1. Descentralización limitada por la dificultad de desagregar el sector público

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

Bien es cierto que algunas actividades públicas, como la de prisiones, pueden ser aisladas horizontalmente (de las prestaciones sanitarias,

por ejemplo), pero está menos claro que puedan aislarse verticalmente del proceso político. Y no sólo por la resistencia de los políticos a ceder control, sino por el carácter iterativo de la formulación de políticas con lo que tiene de aprendizaje continuo y reelaboración permanente en un proceso de recogida de información, formulación de alternativas, toma de decisión y retroalimentación sobre los efectos observados.

3.1.2. 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 de las *patas* 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 de 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, 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 función al mejor comportamiento observado, lo cual, una vez anticipado, frena el entusiasmo productivo.
- Los problemas de linealidad: el avance se torna, con frecuencia, más difícil cuando el objetivo está próximo. Ello hace conveniente considerar el grado de proximidad al objetivo.
- 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 agradar a quien manda) y a las perversiones que una medida errónea del desempeño clínico puede introducir.

4. ¿Qué se descentraliza?

4.1. 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 de un elevado grado de coordinación (con altos costes de transacción si no 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).

4.2. ¿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 y 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 aquellos 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 (teorema de Rothschild-Stiglitz).

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 en 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 (la preocupación fundamental de este informe).

4.2.1. 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 asegurador privado no parece caracterizarse por su capacidad innovadora. En él se pueden apreciar tres estrategias: *a*) la de enfatizar las deficiencias de la sanidad pública para situarse en posiciones 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); *b*) la de centrar sus esperanzas en una generalización del modelo Muface (temiendo, en todo caso, un traslado efectivo (regulado) del riesgo completo) y *c*) 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 haberse desarrollado como mercado complementario al aseguramiento público. No se han diferenciado productos que hayan satisfecho 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.

4.2.2. 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 las prestaciones suplementarias de 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, si bien 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 disponibilidad de pago constituya un buen criterio para asignar recursos (para *lujos* que, por ejemplo, no distinguen o lo hagan de manera socialmente aceptable, como los que compran billete de avión clase *business* en compañías públicas también monopolistas), 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.

4.3. ¿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.

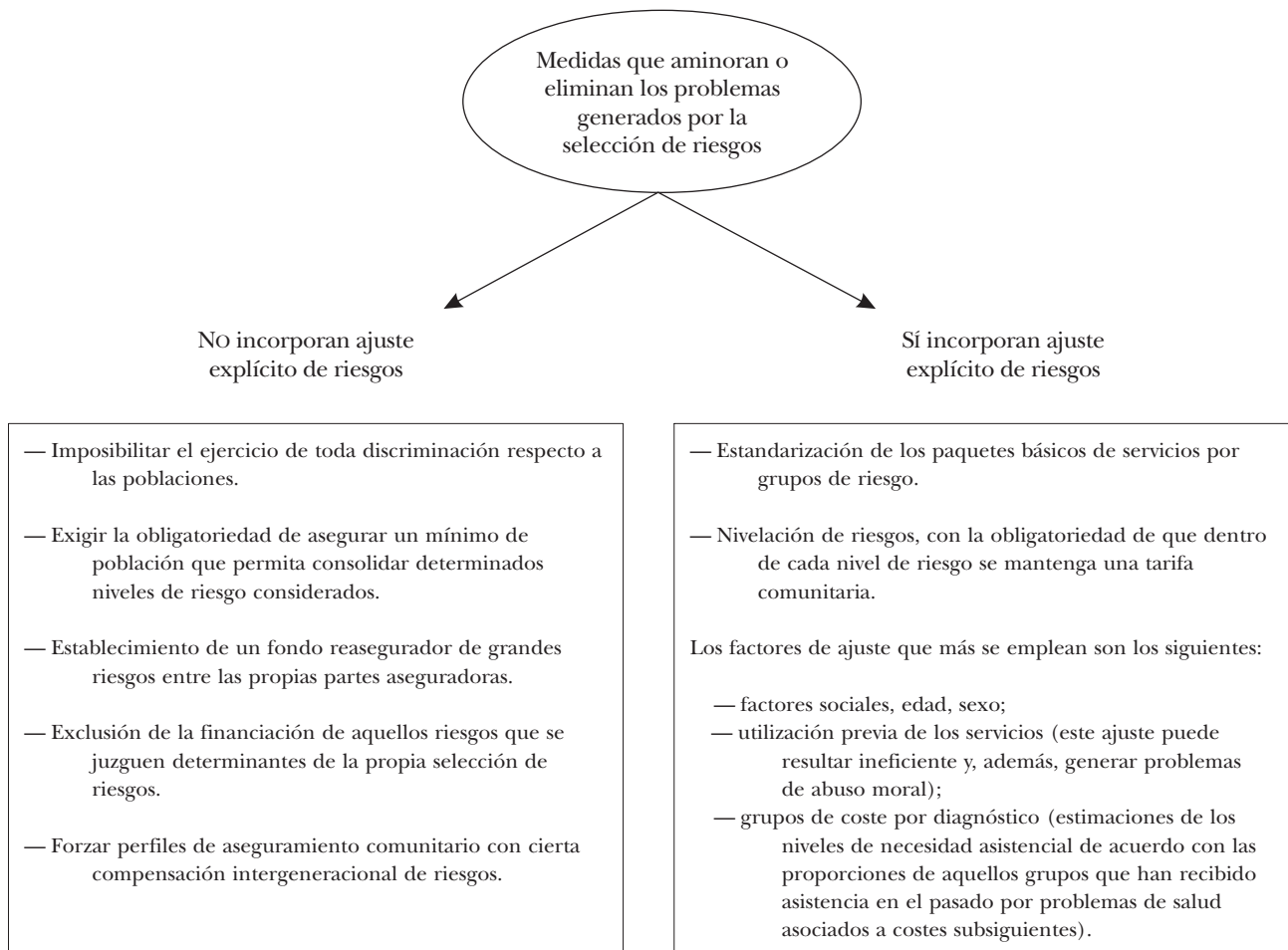
Para poder plantearse la posibilidad de la descentralización de la compra deben investigarse los posibles tratamientos de los problemas de selección de riesgos. La selección de riesgos constituye la respuesta, de todo agente que ejerce la función aseguradora, al fenómeno de la selección adversa u ocultación de información oportunista previa a la suscripción de una póliza. Está ampliamente constatado cómo las aseguradoras con ánimo de lucro (en las que la viabilidad les va en la cuenta de resultados) evitan la selección adversa tomando en cuenta enfermedades an-

teriores, expectativas de enfermedad, actividades de riesgo y causas sociales.

El gráfico 3.1 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 génica 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 riesgo). La desconcentración (manteniendo la posibilidad de adscripción cuando el titular de la función lo requiera) 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 en los impuestos sus ineficiencias en la compra) y del que más rentas pueden extraer los grupos de presión presentes (dado que centraliza todo el presupuesto). ¿Acaso se gestionará, así, 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 que dirimir empíricamente.

GRÁFICO 3.1: Posibles tratamientos de la selección de riesgos



Fuente: López y Ortún (1998).

4.4. ¿Descentralizar la producción?

4.4.1. Producción: proveedores integrados, real o virtualmente, entre niveles asistenciales

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 en 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. Existen, asimismo, otras dificultades que conviene mencionar:

- Aumento del poder de mercado de los proveedores integrados, real o virtualmente, ya que previsiblemente aumentará la concentración de la oferta.
- Contrariamente a lo que la intuición dicta, no pueden utilizarse argumentos de economías de escala, economías de gama o mayor calidad ligada al tamaño en favor de una mayor concentración. Las economías de escala funcionan en dimensiones pequeñas, y del resto no existe evidencia clara.
- La dificultad de medir el *producto* incorporando suficientemente la dimensión de calidad. Todas las dimensiones del producto que no se midan aparecerán valoradas indebidamente como ineficientes.
- Dificultad técnica específica de la compra de atención sanitaria integral es la de controlar la cantidad y calidad de los servicios para evitar el bajo rendimiento.

4.5. 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 en cierto riesgo. La actual tendencia a gestionar directamente una parte de los servicios sanitarios y concertar otra —integración vertical parcial entre financiación y producción— permitirá comparar diferentes soluciones organizativas, siempre que se logre hacer creíbles las amenazas de pérdida de las actuales posiciones de privilegio e incompetencia, siempre que pueda situarse en 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.

4.5.1. 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 aquellos 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, aunque, 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 que 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 sustituido (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.
- 6) Los deseos de erosionar el poder sindical.

4.6. De la desconcentración a la descentralización: transferencia efectiva del riesgo

La transferencia de un derecho de decisión trata de que la decisión la tome 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 con mayor credibilidad que una entidad privada con finalidad lucrativa.

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

- 1) de impuestos afectados;
- 2) de copago (una tasa);
- 3) de 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: 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. ¿En quién se descentraliza?

HASTA ahora se ha hablado de descentralizar la producción de servicios sanitarios, con la posibilidad condicionada a una efectiva transferencia de riesgos que no atenten contra 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 tratará de 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 otro 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.

5.1. 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 su clase social, lo cual puede repercutir en la integración social y en la popularidad de las instituciones del Estado del Bienestar.

5.2. 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 de aquél. 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 Muface en España) según financiador e incluso la gestión clínica del paciente queda afectada según quién financie.

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 distinguir a los pacientes mejor situados) de tipo no sanitario, para los cuales el criterio de disponibilidad de pago 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, CMBD, publicación de los conciertos individualizados), menor que la de empresas privadas mercantiles;
- la escasa desconcentración y descentralización presente (¿quién está dispuesto a asumir riesgos?);

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 a un comprador potente que además de comprar:

- 1) gestione la utilización sanitaria;
- 2) regule y controle la financiación que provenga de seguros complementarios, fiscalmente desgravados, y que ofrezca prestaciones sanitarias no cubiertas en el paquete público, así como el seguro de dependencia;
- 3) regule y controle la financiación privada que los copagos puedan originar;
- 4) asigne los recursos sanitarios según la necesidad, con las excepciones comentadas donde la disponibilidad de pago esté más indicada;

y/o que los proveedores sanitarios consoliden niveles de riesgo suficientes para:

- 1) estimular una mejor integración de servicios;
- 2) otorgar *las llaves de la finca* a una atención primaria mejor coordinada con la especializada (*el ojo del amo* en interés conjunto y compatible con el del financiador);

- 3) aceptar un entorno de regulación *diferente* (la marginalidad y el clientelismo político no cotizan);
- 4) involucrar a los profesionales en una gestión clínica que en la medida en que resulta eficiente les garantiza la viabilidad empresarial (frente a un profesional por cuenta ajena en lo retributivo y cuenta propia en la *libre práctica*).

6. Las orientaciones del *mientras tanto*

DENTRO del posible proceso evolutivo del corte resumido en el ya comentado cuadro 1.1, y vistas las relaciones concretas entre los responsables de la generación de valor en la cadena de servicios de salud, nuestras orientaciones del *mientras tanto* se pueden observar desde la lógica:

- a) *De las relaciones entre financiadores públicos y aseguradores:* qué no hacer suele ser mejor conocido que qué hacer con exactitud. En cualquier caso, las tendencias se dirigen, a nuestro entender, a financiar mejor la cobertura poblacional en lugar de una compra parcial de servicios misceláneos, bajo un sistema de financiación capitativa ajustada por riesgo (no sólo factores edad y sexo, sino también grupos de riesgo clínico, por ejemplo), favoreciendo el *pool* de riesgo óptimo para que la transferencia de riesgo goce de mayor credibilidad y estableciendo, en su caso, las técnicas oportunas de reaseguramiento.
Ello implica deflactar el excesivo énfasis actual en cómo comprar las actividades de los proveedores de servicios, cuando ello es inconsistente a menudo con objetivos de salud que no admiten segmentación, siendo a su vez inflacionista, al no incentivar procesos de sustitución asistencial y al no contribuir a modificar el concepto del profesional financieramente *por cuenta ajena* que actúa *por cuenta propia*.
- b) *En la relación entre aseguradores y proveedores,* de nuevo sabemos más lo que hace falta evitar que cómo construir *ex novo*. Sin embargo, las orientaciones de la literatura más teórica parecen favorecer una aproximación hacia una financiación basada en la actividad, acotada, dentro de un contrato de naturaleza presupuestaria: 1) ajustado por *case-mix*; 2) combinando financiación prospectiva con reembolso y 3) manteniendo una presupuestación global (bajo un reescalado financiero según actividad en el momento de computar *numerarios*).

- c) *Finalmente, en cuanto a las relaciones de los usuarios en el acceso a los servicios, podríamos apuntar hacia niveles de coaseguramiento por servicios complementarios (preferible) y, en menor medida, a copagos en el ámbito de proveedores; y en este caso, con ajustes de equidad (más por la vía del gasto fiscal, que posiblemente dé prueba de medios).*

Todo lo anterior se enmarcaría en una estrategia general de mejora de la corresponsabilización, a todos los niveles, en la utilización de servicios:

- políticos frente a contribuyentes: priorización;
- gestores del aseguramiento ante políticos: cobertura comprehensiva sin selección de riesgos;
- proveedores frente aseguradores: asistencia sanitaria coste-efectiva;
- usuarios frente a proveedores, gestores y políticos: garantizar *good value for money*.

En el plano de las actuaciones concretas que más coherentes puedan resultar respecto de las orientaciones antes comentadas, podrían apuntarse:

- la integración (virtual) de proveedores;
- la delimitación presupuestaria reescalando pseudotarifas según actividad;
- la apertura de financiación no impositiva a través de nuevas primas comunitarias;
- favorecer esferas institucionales internas de gobierno clínico acompañadas de presupuestos clínicos;
- reforzar el papel de los ciudadanos a través de la información y cambio cultural que apareja un mayor grado de elección;
- utilizar el lenguaje de la salud en el plano de la financiación y del cuidado de la salud en el terreno profesional.

Finalmente, en lo que atañe a medidas de financiación específicas en el *contexto hospitalario*:

- 1) concretar diferentes líneas de producción, lo más cercanas posibles a lo especificado en el plan de servicios sanitarios;

- 2) favorecer una racionalidad específica dentro de cada una de dichas líneas de producto (componente *stand-by* o estructural *versus* variable o competitivo);
- 3) no sobreenfatizar un sistema de tarifas por actividad basadas en costes;
- 4) intentar ofrecer intercambios entre líneas de producto a idéntico monto financiero inicial, favoreciendo la dinámica de una mayor rentabilidad en lugar de una mayor financiación.

Y en el *contexto de la atención primaria*:

- 1) favorecer la financiación singular de procedimientos y programas;
- 2) introducir la lógica de la gestión de patologías que incluyan todos los niveles asistenciales;
- 3) combinar capitación con salarios de los profesionales sanitarios e incluso pago por acto en servicios con techo natural que convenga potenciar;
- 4) incluir acuerdos sobre prescripción en materia de medicamentos.

Con carácter general, y no por último menos importante, gestionar la transición (calibrado, acotamiento de efectos, cambios graduales pero radicales) siempre de manera selectiva.

Bibliografía

- AVERILL, R. F. *et al.* (1999): «Development and evaluation of clinical risk groups», Informe de investigación 9-99 de 3M Health Information Systems, Wallingford, CT, 3M.
- CHERNICHOVSKY, D. (2000): «The public-private mix in the modern health care system-concepts, issues, policy options revisited», Documento de trabajo 7881, septiembre, Cambridge, MA, NBER.
- LÓPEZ G. y V. ORTÚN (1998): *Economía y salud. Fundamentos y políticas*, Madrid, Editorial Encuentro.
- LLANO, J. DEL *et al.* (dirs.) (1998): *Gestión sanitaria. Innovaciones y desafíos*, Barcelona, Masson.
- MAYS, N. y J. DIXON (1998): «Purchaser plurality in UK healthcare: is a consensus emerging and is it the right one?», en W. Barlett, J. A. Roberts y J. Le Grand (eds.): *A revolution in social policy. Quasi-market reforms in the 1990s*, Bristol, Policy Press.
- RICE, N. y P. SMITH (2001): «Capitation and risk adjustment in health care financing: an international progress report», *The Milbank Quarterly*, 79, 1, págs. 81-113.
- STIGLITZ, J. (1998): «The private use of public interest: Incentives and institutions», *Journal of Economic Perspectives*, 12, 2, págs. 3-22.
- VAN DE VEN, W. y R. ELLIS (2000): «Risk adjustment in competitive health plan markets», en A. Culyer y J. Newhouse (eds.): *Handbook of Health Economics*, Amsterdam, North-Holland, págs. 755-845.

NOTA SOBRE LOS AUTORES *

GUILLEM LÓPEZ-CASASNOVAS, licenciado en Ciencias Económicas (Premio Extraordinario, 1978) y licenciado en Derecho (1979), obtiene su doctorado en Economía Pública por la Universidad de York (1984). Ha sido profesor de Hacienda Pública de la Universidad de Barcelona, *visiting scholar* en el Institute of Social and Economic Research, Universidad de Sussex (Reino Unido), y en la Graduate School of Business en la Universidad de Stanford (EE. UU.). Desde junio de 1992 es catedrático de Economía en la Universidad Pompeu Fabra de Barcelona, de la que ha sido vicerrector, y actualmente decano de la Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales. Desde 1996 dirige el Centre Especial de Recerca en Economia i Salut (CRES-UPF). Es codirector del Máster de Gestión Pública (UPF-UAB- ESADE).

VICENTE ORTÚN-RUBIO es profesor titular del departamento de Economía y Empresa de la Universidad Pompeu Fabra (UPF), codirector del Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES) de la UPF, director del Máster en Economía de la Salud y Gestión Sanitaria de la UPF y preside la Asociación de Economía de la Salud y Gestión Sanitaria de la UPF y preside la Asociación de Economía de la Salud. En el ámbito sanitario, ha sido adjunto a Gerencia y director económico del Hospital de San Pablo, jefe del Gabinete Técnico del departamento de Sanidad de la Generalitat de Catalunya, subdirector general de Planificación del Ministerio de Sanidad y Consumo, secretario de la European Public Health Association, y presidente de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria.

* Agradecemos la revisión realizada por Ivan Planas Miret (miembro del CRES y profesor de la Universidad Pompeu Fabra).

Fundación **BBVA**

Sede Social

Plaza de San Nicolás, 4
48005 Bilbao

Centros operativos

Bilbao

Gran Vía, 12 48001 Bilbao
Tel.: 94 487 52 52
Fax.: 94 424 46 21

Madrid

Paseo de Recoletos, 10 28001 Madrid
Tel.: 91 374 54 00
Fax.: 91 374 85 22

informacion@bbva.es
www.bbva.es

