

# La gestión sanitaria: orientaciones a futuro para el cambio organizativo, del control y la financiación

Guillem López-Casasnovas  
Universidad Pompeu Fabra

## Resumen

*El presente texto pretende ofrecer una visión general de los temas relativos a la gestión sanitaria en sus aspectos organizativos, de control y financiación. La perspectiva que se adopta es continuación de un trabajo anterior (López Casasnovas, 1992), y consiste en ofrecer al estudioso las claves más importantes de la investigación en el campo de la gestión sanitaria, desde los fundamentos de la Economía de la Salud. Se reivindica con ello que el ámbito de la gestión sanitaria no es sino un campo más de la Economía Aplicada y que, a pesar de que cuente con su propio nomenclador como barrera pseudocientífica de delimitación y buenas dosis de empirismo, sus contenidos pueden analizarse sin importantes costes fijos excluyentes. Tal como hicimos ahora hace diez años, se ofrece al lector un relato no técnico, introductorio, para quien explore el tema sin amplios conocimientos previos de detalle de la gestión sanitaria. Tras enfatizar éxitos y fracasos en las reformas de la gestión sanitaria en los últimos 25 años, se apuntan como referentes de orientación futura la reasignación de responsabilidades entre profesionales y pacientes, la creación de instituciones que favorezcan la profesionalización de los médicos, y un sistema de financiación de base integrada, poblacional con presupuestos globales ajustados por riesgo comunitario.*

**Palabras clave:** economía de la salud, política sanitaria, planificación de la salud, España.

**Clasificación JEL:** I18, K23, L33, P35.

## Abstract

*This paper intends to provide an overview of health care management issues in the areas of organisation, control and financing. In keeping with the approach adopted in a prior paper (López Casasnovas, 1992) the reader is introduced to the keys to research in the area of health care management, from the standpoint of health care economics fundamentals. The argument sustained in this regard is that health care management is a field of applied economics and that, despite the existence of a nomenclature of its own by way of pseudo-scientific delimitation and of substantial doses of empiricism, its contents can be analysed without considering large overhead costs. Like the study conducted ten years ago, the present non-technical introductory text is wholly readable by persons without specific expertise in health management. After describing the mistakes and milestones of health management reform over the last 25 years, the authors identify the guidelines for future development, namely the reallocation of responsibilities between professionals and patients, the creation of health care institutions managed by physicians and an integrated, per capita-based funding system with overall budgets adjusted for region-wide risk.*

**Keywords:** health economics, health policy, health planning, Spain.

**JEL Classification:** I18, K23, L33, P35.

## 1. Introducción

Es probable que los 25 años de creación del Insalud (1978-2003) merezcan un recordatorio mayor que el que académicos y políticos parecen haberle dedicado por el momento. Este parece ser el caso aunque en la creación del ente gestor de la Seguridad Social para las prestaciones sanitarias se concreta, para muchos, la aparición de la gestión sanitaria mo-

derna. Finalmente, no deja de ser paradójico que precisamente el organismo que sustituyó al Instituto Nacional de Previsión hace ahora un cuarto de siglo esté hoy en vías de extinción definitiva, tras la generalización del traspaso de competencias a la totalidad de las CC AA. Una celebración, la de los 25 años, para la que no procede pues el deseo de «larga vida».

No vamos a discutir en el presente texto el beneficio neto de la innovación «Insalud» para la mejor asistencia sanitaria. Más bien quisiéramos aprovechar el interés por el registro histórico que la coyuntura ofrece para comentar algunos fenómenos nacidos en el transcurso de estas dos décadas y media en torno a lo que se ha venido entendiendo como gestión sanitaria moderna.

## 2. La gestión sanitaria moderna

Una primera identificación de la gestión sanitaria de nuevo cuño se relaciona en nuestro país con la innovación que supusieron en los debates de financiación hospitalaria los denominados Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GDRs). La valoración ingenieril del output hospitalario y de su función de producción pretendía resolver el *impasse* de la gestión hospitalaria del momento que generaba la dificultad de comparar comparables; esto es, la búsqueda de una singularización razonable de la actividad hospitalaria. En efecto, los GDRs, como medida de carga de trabajo asociada a las admisiones, construido sobre la base de la casuística de los pacientes, con ingredientes muy ligados en su momento al desarrollo incipiente de los sistemas de información /clasificaciones estandarizadas, algoritmos de agrupación, técnicas estadísticas nuevas, etcétera, se presentaba para el sistema como la gran alternativa para un cambio que en el mundo hospitalario se proclamaba como un grito a voces: pasar del «pagar por ser» al «pagar por hacer». Ello implicaba que el financiador contemplara el pago por actividad por encima de la inercia del pago por estructura; estructura que, por lo demás, en un régimen jerarquizado y estatutario como es el público, fagocitaba buena parte de la financiación disponible, sin validación alguna de productividad.

Los entusiasmos mostrados casi unánimes por la medida de pago (¿qué gestor ilustrado, incluso del sistema público, se iba a oponer en un foro de gestión a las innovaciones procedentes del Atlántico Norte?), permitió a algunos un ligero «ir contra contracorriente», con el argumento de que los grupos de diagnóstico relacionados podían ser un buen instrumento de evaluación, especialmente en el seguimiento de la actividad interna de un centro —y quizás también en comparación transversal entre centros y servicios, en caso de mejora de la validación de los sistemas de información que requería—, pero presentaba claras deficiencias en su utilización como instrumento de financiación hospitalaria en un sistema público. En efecto, como pago hospitalario, la tarifa GDR no parece hacer justicia a la distinta capacidad instalada que el planificador público ha desplegado sobre la geografía ni recoger suficientemente la gravedad de las distintas situaciones de los enfermos. Hospitales especializados, aunque de complejidad alta (la complejidad es únicamente lo que capturaba el GDR) se situarían en ventaja comparativa frente a los grandes hospitales que no eran, ni se quería, fueran más especializados. Hospitales que contaban con un abanico «*stand by*» de servicios muy amplio, y para los que a menudo el éxito del sistema era su no utilización (unidad de quemados, urgencias resolutorias en zonas aisladas, etcétera) saldrían previsiblemente «mal parados» en las comparaciones basadas en GDRs. Compitiendo en activi-

dad con una financiación que no reconociera estas diferencias, dichos centros, mayormente coincidentes con hospitales públicos, se iban a llevar la peor parte de la insuficiencia financiera. Por lo demás, incentivar la actividad, por muy coste eficiente que ésta pretendiera ser, no es, ni ha sido nunca, el objetivo de un sistema sanitario público. Y menos, incentivar la actividad sobre una base segmentada, al nivel de cada institución en particular (darle vueltas a la puerta giratoria de altas y reingresos como ilustración del dislate). Así que éste fue el inicio del interés de algunos en los temas de gestión, tratando de ligar los fundamentos de la economía (aplicada), el saber cómo de la práctica gestora, y la sensibilidad política de la gestión pública para la que «no todo vale».

### 3. Vivir para contarla

Los GDRs, tal como se planteaban, escondían algunas debilidades notorias (aunque a menudo ignoradas): sin cómputo de costes, las primeras experiencias ponderaban la casuística por estancia media, sobre la base de unas prácticas que las altas concertadas sesgaban al alza (no podía ser de otro modo cuando la estancia media había sido el modo tradicional de pago de dichos hospitales). Sin contabilidad de costes, y sin sólido anclaje en el valor de la estancia media, era fácil ponerse la venda en los ojos de la utilización de los pesos americanos: sobre bases de información sofisticadas y muy amplias, podía parecer que se resolvía el problema. Pero claro, se ignoraba que más que costes se estaba utilizando facturación (un tema distinto al de costes en un sistema privado de pago misceláneo por acto), que se recogían prácticas y tecnología que para bien o para mal no eran las nuestras y, más gravemente, i) se ignoraba que los datos se basaban en actividad para la agencia Medicare (mayores de 65 años) —por tanto con patología no siempre representativa— y ii) que no se incluía en el pago el coste/ facturación completa, al no computarse la retribución, las manos, las habilidades, el esfuerzo de los médicos (parte substancial del coste), como es conocido en hospitales americanos. Pese a ello, la utilización indiscriminada, no de los costes, se decía, sino de los pesos, servía para comparar incomparables y concluir con un anecdotario de situaciones irrelevante para la adopción de políticas sanitarias. ¿O es que acaso quería el sistema promocionar la especialización en aquellos GDRs para los que el hospital se creyera más competitivo, especializándose en ello y renunciando al resto de oferta asistencial? Como es bien sabido, las respuestas legítimas de las partes en un sistema sanitario privado devienen ilegítimas en una red planificada y financiada públicamente.

Más allá de la liturgia gerencial, la realidad seguía su curso. En Cataluña, por el momento, los derroteros eran algo diferentes, en el sentido de hacer camino sin estar a la espera de lo que fuese la línea general para el conjunto del Insalud. Mientras, el Insalud concertaba a través de tarifas por niveles, con fuertes pérdidas de información, y a menudo por el procedimiento de urgencia (para poder saltarse las pobres tarifas vigentes aprobadas), que formalmente apartaban al sector privado del interés en provisión pública. En Cataluña se funcionaba con unidades básicas de asistencia (UBAs), una especie de día de estancia algo ponderada (nunca nadie pareció responsabilizarse del cálculo de los pesos) por líneas de producto muy rudamente definidas (internamiento, consulta externa y urgencias). Se aplicaba tan sólo a los concertados, ante las críticas de éstos para con los propios del Instituto Catalán de la Salud.

Como se ha analizado en otras publicaciones (*Gaceta Sanitaria* de 1993 (7) 36), aquello era mejor que nada, pero inducía a una *productivitis* que reducía los costes unitarios más por la vía del incremento de la actividad (más urgencias, tasas de reiteración ambulatoria más elevadas, etcétera) que por el lado de la reducción de costes. Además, el sistema coadyuvaba a un rearme en equipamiento, para «desclasarse» de nivel (a cada nivel una tarifa), a riesgo del proveedor, y marginalizando la actividad (a pobre financiación hoy con la perspectiva de que se reconociera a futuro a tarifa media). Las UPAs, EVAs, UMAs.. (unidades asistenciales de valor o ponderadas) siguieron derroteros similares, algo más sofisticados (con algunos pesos por servicios más que por grandes líneas de producto), pero instrumentos en todo caso, a nuestro entender, «desenfocados» respecto de lo que eran y son los objetivos de un sistema sanitario público.

Con pocas innovaciones en primaria, la cultura de gestión se remitía a los encuentros de gestores hospitalarios que adaptaban señuelos americanos para presentar innovaciones latinas. Era ésta una etapa de incipientes contabilidades de costes (tipo proyecto «Sigma») en las que se partía del supuesto de un comprador potente que construía tarifas eficientes, promotoras de la competencia por la vía del impulso a la actividad. Dichas tarifas supuestamente debían basarse en la información de costes que debían suministrar los propios centros, pongamos por caso para construir GDRs, PMCs («*Patient Management Categories*»), o lo que fuera el ajuste del momento. Nunca se pudo responder claramente entre quienes contaban con una contabilidad de costes operativa, cómo se habían estandarizado las prácticas contables y de agrupamiento funcional homogéneo de actividad y, sobre todo, qué podía hacer pensar que los costes imputados (o su media) recogieran costes eficientes. Esto es, qué costes registrados se legitimaban a efectos de financiación; por ejemplo, ¿era acaso el coste más alto por actividad la menor ventaja competitiva o la repercusión de un coste de infraestructura irremediablemente más elevado? ¿Qué podía recoger en estas circunstancias una tarifa media basada en unos pocos proveedores que realizaban aquella actividad compleja y cara, desde distintos condicionamientos? Además, si el financiador acaba solicitando información acerca de costes para construir un sistema de pago, ¿qué incentivos existen para que esta información se facilite, y si se facilita sea veraz, habida cuenta que puede ir en contra de los intereses del centro (efecto *boomerang* o *ratchet*) al corregir las tarifas?<sup>1</sup>.

Aún reconociendo la dificultad de mover el *statu quo* y que las cosas que se habían hecho significaban sin duda avances, fue en estas circunstancias en las que nacieron las primeras propuestas de mayor reforma en el sistema de financiación hospitalaria: El intento de fundamentar una financiación de base contractual, para toda la red, sinalgmática (que obligaba a las partes reduciendo discrecionalidad), ligada a la planificación de servicios, etcétera.

---

<sup>1</sup> De hecho, sólo recientemente, un análisis de costes por líneas de actividad publicado en el *Boletín* 32, julio del 2003 por la Unión Catalana de Hospitales, con datos conjuntos del Consorci Hospitalari de Catalunya, concluía las siguientes ponderaciones relativas: Hospitalización (66 por 100); Consultas externas (20 por 100); Urgencias (14 por 100). Respecto de los pesos UBA tradicionales, ello supone un exceso de financiación para las urgencias respecto de los ingresos. De un trabajo previo de G. LÓPEZ y A. WAGSTAFF, publicado en «La regulación de los servicios sanitarios en España», G. LÓPEZ-CASASNOVAS y Diego RODRÍGUEZ (1994), sobre la base de estimaciones econométricas de costes hospitalarios se derivaba una sobre-ponderación, a su vez de la actividad de consulta externa con relación a las urgencias, por encima de los costes de eficiencia relativa.

#### 4. La expectativa de un cambio substantivo

El sistema que debía hacernos avanzar en aquella dirección partía de aceptar que el sistema de financiación hospitalario debería de parametrizarse en torno a las diferentes líneas de producto, buscando una racionalidad diferenciada para cada una de ellas. Dicha lógica introducía el reconocimiento de un componente de estructura y de actividad diferenciado, digamos para urgencias de modo distinto que para la consulta externa, los programas o el internamiento. El peso de cada uno de dichos componentes no era una cuestión técnica sino de política sanitaria al representar la alternativa «más competencia» *versus* «más capacidad» (componentes variables y fijos, de estabilidad o riesgo, o entre el pagar por ser o por hacer). Reglas transparentes (contra la financiación privilegiada de programas o la compra directa centralizada de insumos) y no enigmática con conciertos y tarifas no publicados y aprobados a menudo a ejercicio cerrado. Y para toda la red. Ello era particularmente importante en el caso de Cataluña, con una red concertada que representaba el 60 por 100 de las camas y el 50 por 100 del gasto hospitalario público. Los compromisos, herencias del pasado y planes de reconversión, debían ser identificados, dados a conocer, tutelados y financiados aparte con los respectivos contratos programa. Con todo el gradualismo que exige la arena política (ya que es, por supuesto, de interpretación legítima el cómo y el cuándo de la implementación por parte del decisor político, pero inequívoca y coherentemente con lo que se dice en los parlamentos, se escribe en los programas y se pronuncia en los discursos de política sanitaria («reforma inaplazable», «apertura de mayor competencia», «la financiación sigue la actividad», «la actividad es el resultado de la elección», «contra la oferta monopólica y el monolitismo retributivo»...). Por lo demás, se trataba de una etapa en la que se intentaba instrumentar el llamado complemento de productividad variable, y un nuevo régimen de incompatibilidad se asociaba a un nuevo cuadro de retribuciones.

En la lógica de las áreas de producto, correspondía mejorar la información de las líneas paralelas a las del internamiento, para favorecer elementos substitutivos, con compromisos concretos asociados al sistema de pago. El incentivo debía ser el ganar rentabilidad por la vía del control de costes y no por una mayor actividad. Esto es: la mayor eficiencia se debería poder alcanzar sin variar a corto plazo los flujos financieros de la facturación, ofertando variaciones de actividad a iguales niveles de financiación. Si realmente los márgenes para la nueva actividad autorizada eran más altos (costes inferiores a pagos medios), en años sucesivos el pago medio (no la tarifa!) debería dar su rédito. Las carreras de incremento de actividad dejaban así de ser atractivas, al reescalarse el pago medio de ésta según la actividad, y no provocando un marginalismo que presionase la financiación futura.

El armazón técnico del proyecto en Cataluña se basaba en un índice de estructura hospitalario singular, de acuerdo con la técnica GOM o «grados de pertenencia», y calculados sobre unos niveles de equipamiento, autorizados por el planificador y no fruto de las decisiones individuales más o menos clientelares. El componente variable se construía sobre la base de unos GDRs ponderados con la variante versión «*all patients*» ya existente (que continuaba con algún déficit de tratamiento de los centros monográficos, pero sin solución de alcance que no fuera compensar por estructura). Las escalas relativas de complejidad se normalizaban en torno a la unidad (López-Casasnovas, 1998).

Pese a que el nuevo sistema se aplica para el Servicio Catalán de la Salud desde el año 1998, tras superar el trámite jurídico, y siendo explícitos los compromisos de hacer variar

las ponderaciones de los elementos estructurales y variables (del 60 y 40 por 100 respectivamente, hasta invertir el orden), de la necesidad de mejorar los nuevos sistemas de información y de explicitación anticipada de los montos de financiación comprometidos en las distintas líneas de producto, la realidad de los hechos ha superado la teoría. Nunca se aceptó explícitamente el GOM como elemento de clasificación, que creían las partes «caja negra» y como tal, se pensaba, resultaba «manipulable». Continuaron hinchándose los programas de actividad, manteniendo el financiador consiguientemente unos montos reservados que se repartían discrecionalmente, siendo comentario a las pocas horas de su concesión tanto de destinatarios beneficiarios como de expectantes a serlo. Con esta estrategia no aparentaban ser nunca suficientes los recursos explícitos puestos a disposición del sistema. Y las quejas aumentaban: Unos, porque daban por supuesto que el sistema tenía que replicar lo que había sido el pasado, fallando en comprender que si se reproducía la pauta de consumo hospitalario, no hacía falta ejercicio alguno de corrección para mejora. Otros daban por supuesto que la factibilidad del sistema se asociaba a un «nadie pierde y algunos ganan» (esperando que los *rankings* relativos resultantes fuesen intuitivamente plausibles), sin menoscabo de la garantía de crecimientos mínimos sobre los valores absolutos del pasado. Claro está que ello era inflacionista, requería más dinero y éste no parecía estar «encima de la mesa» (reservado como estaba el poco disponible para programas y apaños). Al final había crecido inequívocamente la financiación hospitalaria sin que resultase asociable al nuevo sistema y desligado de la lógica en que supuestamente se amparaba. Y cuando las cosas no iban como se esperaba, la culpa era del instrumento del mensajero más que de su aplicación. Una historia similar, revisada por González López-Valcarcel (1994), aunque menos tecnicada, se reproducía para el Insalud, gestor directo en este tiempo de los servicios sanitarios en CC AA con competencias no transferidas. En efecto, los contratos-programa se fundamentaban supuestamente sobre bases prospectivas, de eficiencia relativa y sobre niveles de actividad ponderada y justificable epidemiológicamente, y se presupuestaban como ingreso de explotación que invalidaba la aparición de futuros déficit (al menos su justificación resultaba más difícil y con carga de prueba en manos del financiado). Sin embargo, los contratos programa, más allá del cambio en la liturgia de negociación presupuestaria, no parecen haber supuesto cambios de tendencia significativos, en un ámbito en el que ha continuado dominando el incrementalismo y el gasto histórico. Una revisión reciente se puede encontrar en López-Casasnovas (2003).

## 5. Repensar lo que pudo ser y no fue

Ello nos lleva hoy, tras cinco años, a repensar lo que pudo ser y no fue. A enfatizar que el sistema sanitario público no requiere competencia entre proveedores horizontales sino más bien cooperación entre niveles. La competencia horizontal entre centros, servicios, especialistas y EBAs transversalmente requiere una capacidad de regulación y gestión del sistema sanitario que, a estas alturas, es poco esperable de un sistema sanitario tan politizado como el que tenemos. En gestión, hace falta decir a menudo «no», cosa que no suele entrar en el vocabulario político, mayormente cercano agradable al *bypass* afirmativo. Una buena financiación requiere que una actividad (la del más competitivo) sustituya otra (la del menos), a presupuesto dado. Y si alguien pierde o gana actividad, ello afecta a la realidad pre-

supuestaria, del centro primero, y de los profesionales, para bien o para mal, después. Implica diferencias retributivas y de carrera profesional: algo para lo que el sector público se ha mostrado tradicionalmente incapaz de discriminar. La experiencia nos muestra que la actividad marginal de unos no ha substituido la actividad de otros —tampoco en innovaciones entre niveles o con respecto al gasto en medicamentos—, y la burbuja no se ha dejado de insuflar.

Las deficiencias financieras globales eran área fácil de consenso: «si hubiera más dinero no existirían los problemas». Ello es, sin embargo, falaz: nunca más *cash* puede ser una cura (del mismo modo que no es cura de caballo la presupuestación —la inicial, claro está—, a la baja). La decisión de la financiación pública del gasto sanitario no es una decisión técnica sino política y los gestores y técnicos hemos de trabajar de una vez por todas a presupuesto determinado, «de base cien», contra el engaño de acordarse de los gestores como «conseguidores»: «con este gerente conseguimos la jornada continua», «con aquel otro un incremento de tanto por guardias», «de aquel otro, las treinta y cinco horas». Los gestores tienen responsabilidad social al utilizar recursos públicos: para hacer crecer la actividad tanto como se pueda y alejarse de los costes para los mayores márgenes ya está la gestión sanitaria privada.

Es, por tanto, poco creíble avanzar un discurso de competencia horizontal entre proveedores a estas alturas de la película: restricciones de gestión pública no mitigables no lo permiten. Si esto es cierto, la racionalización del sistema sanitario público debería transcurrir por las vías de una mejor integración asistencial, una buena almohada para sacar mejor rendimiento del sistema. Ésta tiene coste, pero también oportunidades y beneficios. A ello dedicaremos la sección final de este texto.

## 6. Racionalizar el sistema integrando mejor sus niveles

Efectivamente, buscar la mejora del sistema, tanto en costes como en la orientación de la actividad (no ya «por ser» ni «por hacer», sino «por conseguir»), nos lleva a abogar por la integración asistencial. Al margen de que en la integración de niveles estén previsiblemente los mayores ahorros potenciales, evitando duplicidades, filtrando mejor la demanda, adecuando las capacidades resolutorias, incrementando la especificidad del especialista tras los cribajes de primaria, mejorando la cooperación en la gestión, planificación de servicios, recursos logísticos y plantillas..., el cambio refunda el discurso en objetivos de salud y no en medios financieros.

La integración implica incentivar la mejor resolución de los episodios clínicos, centrar el foco en los problemas de salud territorialmente prevalentes y recuperar la cooperación necesaria entre aquéllos que se financian a partir de unos mismos recursos públicos. La integración asistencial no es jerarquización: es compartir que no imponer, es buscar una nueva interfaz entre especializada y primaria reforzando para ésta las habilidades gestoras, la cultura de la negociación razonada (de ahí la ventaja de algunos primaristas en gestión hospitalaria), y no el supeditar, a partir de la resolución conjunta y no de la segmentación del dispositivo. Ni la especializada ha de poder fagocitar la asistencia primaria, ni tiene visos de realismo postular una atención primaria que «compra» (supedita) a la especializada. Emular las prácticas de cabecera sustentadoras de presupuesto (Reino Unido) no nos pare-

ció en su día una solución, como no lo ha sido finalmente en el gobierno laborista. La confrontación y el artificio gestor —reflejado en último término en un nuevo coste de intermediación-transacción en el sistema—, no puede ser una línea de avance. La planificación no se puede perder: desde la salud a los servicios, pasando por la cartera de derechos y deberes de ciudadanos y pacientes, sin «*free lunch*» para nadie, disparando todos ellos con la pólvora del rey (el dinero de todos).

La integración es longitudinalidad. Y sobre su envolvente financiera (la facturación de los proveedores) se pueden asentar dos cosas de las que claramente se ve necesitado hoy nuestro sistema. En primer lugar, una mayor transparencia en los niveles de financiación y gasto: el clientelismo político y la marginalidad es más sencilla en el caso de la compra miscelánea de actividad, por instituciones, por programas y con subvenciones *ad hoc*, que con la agregación, que hace que las cifras se vuelvan más claras, transparentes y mucho más vinculables al discurso de la planificación de objetivos de salud (sin duda poblacionales). En segundo lugar, la compra de servicios de base poblacional ha de permitir la involucración social de los intereses colectivos —también en el modo de financiación— a la hora de complementar la financiación central. Se trataría de una financiación complementaria y regulada, una especie de «*igualdad territorial*» que se resuelva sobre las necesidades/preferencias de los ciudadanos. Ésta se podría resolver no con un criterio homogéneo general (los catálogos de esta naturaleza que intentan resolver aspiraciones de prestaciones universalistas acaban siendo inflacionistas y por tanto inútiles), sino particular: lo coste efectivo, en la financiación general estatal y financiado para todos; y lo efectivo con valoración de distinta utilidad subjetiva o según distinta voluntad de asumir sus costes, con corresponsabilidad fiscal regional. Y lo no efectivo, o con alternativa superior en términos de coste efectividad, por supuesto con financiación privada.

Dicha estrategia pierde en el camino una cierta capacidad de elección (la gran baza de quienes continúan abogando, pese a la pobre experiencia del pasado), aunque sin olvidar el papel predominante de la simetría de la información y, en todo caso, el poder de mercado sobre el territorio de los propios proveedores. El único antídoto posible, aunque menor, es en este terreno el de favorecer la libre elección entre redes de proveedores integrados sobre la geografía, allá donde sea ello posible. Si la equidad no acepta valoraciones de envidia (cuando nadie pierde y alguien mejora), conviene favorecer la elección donde se pueda, sin que sean un obstáculo los casos en que ello no es factible, ni en el supuesto de integración ni en su ausencia. Lo ineludible para unos pocos (otras compensaciones deben existir) no puede ser relevante para lo eludible (una reforma que mejore a muchos).

## 7. Las nuevas tareas

En las nuevas tareas del regulador/financiador, conviene prestar atención a los nuevos equilibrios: un equilibrio vendría dado por un *pool* mínimo de población que haga plausible y creíble el traslado de riesgos de una financiación capitativa. Consolidar grandes números es llevar la gestión sanitaria al monopolio de compra. Y ello garantiza la compensación de riesgos, pero es una invitación a la ineficiencia gestora. Descentralizar en demasía permite una mayor elección sobre una base territorial pero hace menos creíble la transferencia de riesgo. En efecto, es dudoso pedir a un grupo de proveedores que compense un

riesgo intertemporalmente (entre un buen y un mal año) y no sea el mismo financiador que, de entrada, dados los umbrales de población, los garantice horizontalmente entre territorios con un mínimo de reaseguramiento. También hace falta encontrar un nuevo equilibrio entre el grado de riesgo a asumir por el proveedor y el financiador. Bajo un sistema de pagos misceláneo por acto, por actividad, retrospectivo, etcétera, el riesgo financiero de la desviación de gasto lo soporta mayormente el financiador. Una financiación basada en una compra de base capitativa pura (no ajustada por riesgo, o por episodio resuelto), coloca un riesgo excesivo en el proveedor. Hace falta, sin duda, encontrar el equilibrio en un ajuste por riesgo de corte poblacional que añada, a las variables tradicionales, el consumo predecible conjunto de todo el dispositivo asistencial ajustado por diagnóstico, tal como plantea en la actualidad un mecanismo tipo *Diagnosis Cost Groups* (DCGs). No se trata, de nuevo, de replicar con dichas variables el gasto observado, para este viaje no harían falta alforjas, sino de aproximar en la medida de lo posible la varianza sistémica explicable y no endógena al gestor. La varianza impredecible, y la que se debe de corregir por responder a pautas sanitariamente evitables, no debiera considerarse en el ajuste; la primera inabordable por desconocida y la segunda por no ser deseable legitimar su reconocimiento a través de la financiación.

En resumen, *por un renovado esfuerzo de eficiencia en provisión abogaríamos por una mayor integración asistencial de proveedores; un traslado de riesgo más efectivo a los decisores, y una nueva regulación del estatus organizativo de los proveedores en las instituciones sanitarias, más acorde con su capacidad inductora de demanda y autonomía clínica pretendida.*

Para ello parece crucial —desde una perspectiva de bienestar social— ante unos proveedores —con poder de mercado y poder político— y con acceso a fuentes de financiación pública y privada que: *i) o bien que éstos tengan como contraparte a un comprador potente que además de comprar, gestione la utilización sanitaria; regule y controle la financiación del conjunto básico de prestaciones, regule y financie selectivamente las complementarias, y priorice y asigne los recursos sanitarios en base a la necesidad; ii) o bien que «retranquee» su presencia en el ámbito gestor, consolidando niveles de riesgo suficientes, que estimulen al conjunto de proveedores a una mejor integración de servicios que, en interés conjunto y compatible con el del financiador, otorgue un papel predominante a una atención primaria mejor coordinada con la especializada, que acepte un entorno de regulación «diferente» (en el que la marginalidad y el clientelismo político no cotizan), y que involucre a los profesionales en una gestión clínica que, en la medida que resulta eficiente, les garantice la viabilidad empresarial (contra la idea de un profesional por cuenta ajena en lo retributivo, y por cuenta propia en la «libre práctica»).* Siempre con el lenguaje del episodio clínico, el determinante «salud» de la población y una valoración utilitarista complementaria a la efectividad clínica (como aproximación a la «*clinical governance*»).

## 8. Explorando el futuro

Analizando el futuro, el sistema sanitario debería reformular las formas organizativas, en los nuevos entornos de la financiación capitativa, buscando los efectos favorables de una empresarialización participada o por acciones (sin la estética aparentemente contraria a los

intereses públicos) de una forma consorcial, de modo unitario para evitar lecturas territoriales negativas, y aceptando el reto, no resuelto, de los casos en que exista «proveedor único» o situaciones de preeminencia de uno de ellos.

Un consorcio de proveedores de la naturaleza postulada requeriría un órgano de dirección diferenciado (participado); una presidencia independiente, consensuada; un órgano de control público; y una gerencia acordada, ajena a los mismos proveedores, que nombrara a los que gestionan los servicios, con división funcional separada de la naturaleza misma de las instituciones proveedoras, sobre la base de las necesidades sanitarias de la población y la gestión de los problemas de salud prevalentes.

La estructuración del consorcio debería contar con una integración «virtual» de los activos de todos los proveedores, de los que se pone a disposición el uso y no la propiedad, aceptando una gestión diferenciada de la misma propiedad, con cláusulas de garantía de prácticas financieras aceptables a la gestión de los capitales cedidos, salvaguardadas a nivel institucional por los administradores de los equipamientos. La participación en resultados se podría establecer de acuerdo con las alícuotas de la facturación inicial u otra fórmula preestablecida, reconocidos los costes completos del capital cedido. Por su parte, la cesión de activos tendría que incluir al personal, con adscripción funcional al nuevo ente y orgánica al centro originario de pertenencia.

A la hora de distribuir los resultados, los márgenes netos (netos también del retorno territorial que en forma de mejora de servicios, prestaciones, calidad, acceso... deberían favorecer a los ciudadanos) serían participados según las alícuotas respectivas. La búsqueda de una mayor coincidencia entre demarcación territorial con responsabilidad política y nuevo marco organizativo, con confluencia de intereses locales en promoción de nuevos servicios y fórmulas de financiación complementarias, asegura el equilibrio entre derechos/expectativas de derechos, y deberes, corresponsablemente.

Todo ello resulta, a nuestro entender, factible de acuerdo con las fuentes consultadas, que no fácil, y con reconocimiento de la relevancia de los cambios implícitos, todos ellos favorables desde un punto de vista de la salud poblacional y la mejor gestión sanitaria pública.

## 9. La nueva perspectiva de la evaluación global

Analizar el futuro nos lleva también a un nuevo planteamiento acerca del modo de afrontar la *evaluación del sistema sanitario, no en sus partes sino en su conjunto*, y ello aplicado tanto a las percepciones y constataciones, como a los aspectos logísticos y financieros.<sup>2</sup> La nueva perspectiva englobaría aspectos del tono siguiente: Valoración acerca de si existe una misión para el conjunto de la organización del sistema asistencial bien conocida y entendida por parte de las distintas unidades operativas, siendo ésta conocida y entendida para los propios profesionales, alcanzando dicha valoración las decisiones sobre extensión de nuevos servicios, evaluadas a nivel conjunto del sistema, y sabiendo cada unidad su rol estratégico dentro del conjunto. Dicha evaluación de los mecanismos de integración debería alcanzar i) la gestión del riesgo, la revisión de la utilización y las políticas

---

<sup>2</sup> Autoevaluación adaptada del *Health Systems Integration Study*, SHORTELL, S. (1992).

de cobertura asistencial y mejora de la calidad, contempladas siempre de una manera conjunta entre las distintas unidades operativas, ii) el modo en que las actividades clínicas y de servicios entre unidades se coordinan, se participan, y se dan a conocer los resultados de las diferentes unidades en términos de alcance de cobertura o de mejora de calidad, iii) un plan que coordine el reclutamiento de profesionales especializados en el desarrollo de nuevos servicios.

En los nuevos entornos ha de existir una coordinación entre profesionales del mismo nivel (especializada, primaria) y entre diferentes niveles (especializada con primaria), con referencia expresa a los planes directores y estrategias de cada unidad operativa en relación con los planes generales conjuntos del sistema. Por lo demás, parece inexcusable que exista un registro médico único, independientemente del punto de entrada del paciente en el sistema, y se comparta un sistema común de datos, con una unidad central que suministre información o guías para el desarrollo de políticas de cobertura asistencial o de mejora de la calidad, retornándose a las unidades operativas visto el modo en que se resuelven (o se podrían resolver) en la práctica los episodios de manera conjunta dentro del sistema.

Otras cuestiones relevantes pasan a ser las siguientes: ¿se revisan a nivel de sistema (se hace «reingeniería» con) las guías y protocolos a la vista de las «mejores prácticas» en la gestión de casos?; ¿se identifican los obstáculos en los procedimientos que impiden una mejor coordinación entre los servicios clínicos y entre las unidades operativas?; ¿se coordina la formación continuada entre las diferentes unidades operativas?; ¿se define una carrera profesional que «transcienda» con la que se dote cada unidad operativa?; ¿son identificables culturas diferentes en la forma de hacer —resolver— o ejercer las prácticas profesionales, y son objeto de estudio? y, finalmente, ¿se comparte autoridad (se ceden competencias de gestión) para resolver mancomunadamente los problemas y así favorecer el «gobierno» conjunto del sistema?

En cuanto a los *aspectos logísticos y financieros*, las cuestiones a examen podrían ser, entre otras, del tono que sigue: ¿se valoran (se identifican) las duplicaciones innecesarias en los servicios de apoyo (mantenimiento, limpieza, lavandería, etcétera) que puedan existir entre las diferentes unidades operativas?; ¿se estandarizan las prácticas contables internas de las diferentes unidades operativas?; ¿existen programas de compra conjunta?; ¿hay indicaciones básicas o se coordinan las políticas salariales y condiciones laborales entre las unidades operativas?; ¿se comunican efectivamente las plazas vacantes disponibles en los cuerpos de profesionales de las diferentes unidades operativas?; ¿se comparten algunos programas de marketing-promoción de determinadas políticas?; ¿se realiza algún tipo de gestión de tesorería conjunta?; ¿qué medidas de resultado con referente «salud» se utilizan a la hora de conocer la actividad asistencial de las unidades operativas? (estatus funcional del paciente, satisfacción, gravedad, etcétera); ¿se utilizan guías clínicas y protocolos que contemplen la actividad asistencial de la unidad operativa en el conjunto del sistema?; ¿en el sistema de evaluación de cada unidad operativa, se valora la cooperación y coordinación realizada con otras unidades?; ¿se asignan para los anteriores objetivos de coordinación incentivos financieros explícitos?; ¿se realizan consignaciones financieras, o de recursos, que queden a disposición conjunta para todas las partes de manera diferenciada de las que corresponden a cada una de ellas en particular? Finalmente, ¿se comparten datos financieros entre las unidades del sistema y existe algún sistema por el que se compartan los «excedentes» financieros de actuaciones conjuntas?

## 10. Las nuevas relaciones financieras entre las partes del sistema sanitario

Todo ello nos ofrece, analizando el futuro, la definición de las *relaciones financieras* generales que a continuación se detallan, en el contexto de: i) integración (virtual) de proveedores; ii) delimitación presupuestaria reescalando pseudo-tarifas según actividad; iii) apertura de financiación no impositiva a través de nuevas primas comunitarias; iv) apoyo de esferas institucionales internas de gobierno clínico acompañadas de presupuestos clínicos.

En concreto, en las relaciones entre *financiadores públicos* versus *aseguradores*, entre el qué no hacer, y el qué «mejor hacer», las orientaciones transcurrirían, tal como hemos comentado, por la vía de financiar cobertura poblacional en lugar de compra de servicios misceláneos, con capitación geográfica ajustada por riesgo (no sólo edad y sexo, sino también vía grupos de riesgo clínico), asegurando el *pool* de riesgo básico y el nivel adecuado de re-aseguramiento.

Por su parte, *entre aseguradores y proveedores*, enmarcándolo de nuevo en el «qué no hacer», se trataría de no hacer un excesivo énfasis 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 inflacionista, al no incentivar procesos de sustitución asistencial, y no modificar el concepto del profesional retributivamente «por cuenta ajena» que actúa «por cuenta propia». Y en el «qué mejor hacer», se trataría de i) aproximar una financiación basada en la actividad cerrada en un contrato de naturaleza presupuestaria, ajustado a la naturaleza de la actividad, tal como hemos expuesto, con componente estructural —fijo, en concepto de «*stand by*»— y variable (de actividad), ii) combinar financiación prospectiva (óptimo en la promoción de eficiencia en el gasto) con reembolso retrospectivo (no incentivador de la selección de riesgos y, en este sentido, bueno para la equidad), y iii) presupuestación global, con re-escalado financiero según actividad a la hora de computar «numerarios» de pago.

En cuanto a la financiación específica, *en el contexto hospitalario*, las orientaciones consistirían en concretar diferentes líneas de producción, lo más cercanas posibles a lo especificado en el plan de servicios sanitarios, para favorecer una racionalidad específica dentro de cada una de dichas líneas de producto (componente de planificación o estructural *versus* variable o competitivo), sin enfatizar en exceso un sistema de tarifas basadas en costes por actividad, e intentar ofrecer intercambios entre líneas de producto a idéntico monto financiero inicial, favoreciendo entre proveedores una dinámica de una mayor rentabilidad en lugar de una mayor financiación.

De modo similar, *en el contexto de la atención primaria*, se trataría de apoyar la financiación singular de procedimientos y programas, introducir la lógica de la gestión de patologías que incluyan la atención ambulatoria y urgente, combinar la capitación con salarios a nivel de los profesionales sanitarios, e incluir acuerdos de prescripción en materia de medicamentos.

Finalmente, respecto a los *flujos financieros de los usuarios* en el acceso al conjunto de servicios suministrados por los anteriores consorcios de proveedores, se podría favorecer un co-aseguramiento por servicios complementarios (preferible a copagos a nivel de proveedores en el momento de acceso), con ajustes de equidad (más por la vía del gasto fiscal que de la prueba de medios). Todo ello debería de insertarse dentro de una *estrategia general* de mejora de la corresponsabilización a todos los niveles en la utilización de servi-

cios: los políticos frente a contribuyentes con una priorización más explícita; de gestores del aseguramiento ante políticos, con cobertura comprehensiva sin selección de riesgos; de proveedores frente aseguradores: asistencia sanitaria coste-efectiva; de usuarios frente a proveedores, gestores y políticos: garantizar en definitiva el «*good value for money*». Para todo ello convendría pivotar el cambio en el reforzamiento del papel de los ciudadanos (más que de los *lobbies* de pacientes), a través de la información y cambio cultural, utilizando el lenguaje de la salud en el plano de la financiación y del cuidado de la salud en el terreno profesional.

Podríamos decir, **en conclusión**, que, analizando el futuro, sí parece existir un sistema de financiación mejor que otros, aunque éste resulta a menudo más fácil de definir que de llevar a la práctica. Y **en general**, todo conduce a repensar, al día de hoy, que la gestión de los servicios sanitarios requiere que se analice también desde fuera del sistema (entorno), siendo tiempo de articular medidas de financiación diferentes: no pagando por «ser» o «hacer» sino por «conseguir». Por lo demás, sería útil abrir más vías de financiación en el sistema, hoy no articulable exclusivamente desde el sector público, ni a través de los propios proveedores por servicios asistenciales diferenciados suministrados por proveedores aislados (vía copagos en el punto de acceso o pagos directos por elementos asistenciales utilitaristas). Además, parece evidente que es poco aceptable una política general de apertura de financiación privada con pagos directos no regulados. Ello, en definitiva, impide que se pueda pivotar desde los propios servicios. Mejor, a nuestro parecer, «nuclearla» a partir de una «póliza» complementaria de base poblacional, en adición a la prima pública construida sobre aquella capitativa, de lo que constituya la póliza básica pública, complementada con diversidad (y corresponsabilidad social y financiera) sobre el territorio y gestionada por proveedores con mayores niveles de integración.

## Referencias bibliográficas

- [1] GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL, B. (1994): «La contratación de los servicios sanitarios» en *La regulación de los servicios sanitarios en España*, G. LÓPEZ-CASASNOVAS y D. RODRÍGUEZ, Ed Civitas, Madrid.
- [2] LÓPEZ CASASNOVAS, G. (1992): «Las claves de la Economía de la Salud y la Gestión Sanitaria», *Presupuesto y Gasto Público*. Instituto de Estudios Fiscales. Madrid
- [3] LÓPEZ CASASNOVAS, G. (1993): «Los sistemas de financiación en los hospitales. Análisis de tendencias». *Gaceta Sanitaria*, n.º 7 (28-36).
- [4] LÓPEZ-CASASNOVAS, G. (1998): *La contratación en los servicios sanitarios*, Generalitat de Catalunya.
- [5] LÓPEZ-CASASNOVAS, G. (2003): *Los nuevos instrumentos de gestión pública*, Servicio de Estudios de La Caixa.
- [6] LÓPEZ-CASASNOVAS, G. y A. WAGSTAFF (1993): «La competencia en la sanidad». *Moneda y Crédito*, segunda época, 96 (181-218).

## APÉNDICE

### ALGUNOS DIÁLOGOS EXPRESIVOS DE UNA LITURGIA DESENFOCADA<sup>3</sup>

*proveedor (p): «no me dejan hacer aquello que sé y puedo!!»*

*financiador (f): «haga sólo la actividad que le pido (aunque no deje a nadie sin asistencia).»*

*p- «¡no me pagan todo lo que hago!»*

*f- «mi capacidad de compra es limitada»*

*p- «¡con listas de espera y quirófanos cerrados por la tarde!»*

*f- «haga lo que pueda con el presupuesto dado. No es un problema de capacidad productiva sino de financiación»*

*p- «¡la naturaleza de mi actividad mayormente compleja está mal recogida en la financiación!»*

*f.- «no financio tan sólo complejidad sino también estructura de servicio»*

*p- «la unidad con la que me miden no es la adecuada. Mi caso es único»*

*f- «la medición ha de ser comprensiva y no ad hoc»*

*p- «la tarifa que me aplican no es la correcta ya que no recoge todos los costes»*

*f- «para otros sí. Siempre encontramos alguien dispuesto a realizar más actividad (a funcionar marginalmente si llega el caso)»*

*p- «¿qué pasa con la formación? ¿qué pasa con la investigación?»*

*f.- «se financia aparte (lo cual a menudo significa: ya veremos)»*

*p- «mis outliers, mis casos raros, son excepcionales»*

*f- «cuantifiquémoslos en programas»*

*p- «lo hago mejor; atraigo más pacientes y no veo un euro más»*

*f- «no le pido que compita para hacer más, sino que haga bien lo que se supone ha de hacer...»*

*p- «me debieras pagar por ser (tú me creaste, tú me regulas.)»*

*f.- «debiéramos considerar de una vez también tus resultados.»*

*p- «me has de pagar por hacer»*

*f- «¿de modo que cuanto peor (más hagas) “mejor”?»*

*p- «¡déjame “hacer más” de lo que sé hacer mejor!»*

*f- «experimentemos con los cambios entre líneas de actividad, a presupuesto neutral.»*

*p- «la ineficiencia está en otro lado»*

*f- «aseguremos que cada uno empieza mirando la propia.» (.....)*

---

<sup>3</sup> Transcritos y «aumentados» de la intervención de L. MORAL, referidos en el Congreso Nacional de Hospitales, Valencia, 7 de mayo del 2003.