



# Alternativas de integración de niveles asistenciales

*Editores:*

*FERNANDO SILIO VILLAMIL  
ESTEBAN DE MANUEL KEENOY*



# *Alternativas de integración de niveles asistenciales*

*EDITORES:*

*Fernando Silió Villamil  
Esteban de Manuel Keenoy*



1998

Catalogación por la Biblioteca de la EASP

Alternativas de integración de niveles asistenciales / editores, Fernando Silió  
Villamil y Esteban de Manuel Keenoy.- Granada: Escuela Andaluza de Salud  
Pública, 1998.- (Documentos Técnicos EASP; 13)

I. Niveles de atención de salud. I. Silió Villamil, Fernando. II. Manuel Keenoy,  
Esteban de. III. Título. IV. Serie.  
NLM Classification WA 525

Edita:

ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PUBLICA  
Campus Universitario de Cartuja. Apdo. de Correos 2070  
18080 Granada España

ISBN: 84-87385-46-X



Depósito Legal: GR-1095/98

Traductor: Jorge Oyanedel, Eurointérpretes, Málaga

Fotocomposición: Miguel Salvatierra

Imprime: Gráficas Alhambra

El contenido de esta información refleja las conclusiones y hallazgos propios de los autores y no necesariamente los de Merck & Co., Inc., ni de ninguna de sus afiliadas y se presenta como un servicio a los profesionales sanitarios.

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida ni transmitida en ninguna forma ni por ningún medio de carácter mecánico ni electrónico, incluidos fotocopia y grabación, ni tampoco mediante sistemas de almacenamiento y recuperación de información, a menos que se cuente con la autorización por escrito de la Escuela Andaluza de Salud Pública.

Las publicaciones de la Escuela Andaluza de Salud Pública están acogidas a la protección prevista por las disposiciones del Protocolo 2 de la Convención Universal de Derechos de Autor.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, de parte de la Escuela Andaluza de Salud Pública, juicio alguno sobre la condición jurídica de los países, territorios, ciudades o zonas citados o de sus autoridades, ni respecto a la delimitación de sus fronteras.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o del nombre comercial de ciertos productos no implica que la Escuela Andaluza de Salud Pública los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos.

De las opiniones expresadas en la presente publicación responden únicamente los autores.

*Seminario*

ALTERNATIVAS DE INTEGRACIÓN  
DE NIVELES ASISTENCIALES

*Conferencias y Debates  
del Seminario celebrado en Granada  
el 7 y 8 de Noviembre de 1996*





# Índice

PRÓLOGO .....	7
INTRODUCCIÓN .....	9
INAUGURACIÓN DEL SEMINARIO Ilmo. Sr. D. Ignacio Moreno Cayetano.....	11
LA INTEGRACIÓN VERTICAL Y LOS COSTES DE TRANSACCIÓN: SU APLICACIÓN AL ÁMBITO SANITARIO Oliver E. Williamson.....	17
<b>MESA REDONDA “EXPERIENCIAS SOBRE RELACIONES ENTRE NIVELES ASISTENCIALES EN ESPAÑA”</b>	
FACTORES EXPLICATIVOS DE LA ARTICULACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES Vicente Ortún Rubio .....	43
INTERACCIÓN ATENCIÓN PRIMARIA/HOSPITAL EN EL ÁREA DE TUDELA Fernando Escolar Castellón .....	63
OPINIONES SOBRE LAS RELACIONES ENTRE NIVELES ASISTENCIALES DESDE UNA GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA Josep M <sup>a</sup> Pomar Reynés .....	73
LA EXPERIENCIA DEL CONSORCIO HOSPITALARIO DEL PARC TAULÍ Pere Monrás i Viñas, Pilar Solans i Julián, Antoni Nogueras Rimblas .....	89
LA EXPERIENCIA DE GALICIA Luciano Vidán Martínez.....	97
CONDICIONANTES FINANCIEROS Y ORGANIZATIVOS DE LA INTEGRACIÓN DE NIVELES ASISTENCIALES Guillem López i Casasnovas .....	107

## MESA REDONDA “LAS RELACIONES ENTRE NIVELES EN EUROPA”

### LA REFORMAS DEL SERVICIO NACIONAL DE SALUD DEL REINO UNIDO

Adam Wagstaff .....117

### LAS REFORMAS DEL SISTEMA DE SALUD EN ALEMANIA

Markus Schneider.....127

### PASADO Y PRESENTE DE LAS REFORMAS DEL SISTEMA SANITARIO HOLANÉS

Chris Wiggers .....135

## APÉNDICES

I. Programa del Seminario.....147

II. Listado de Asistentes..... 155



# *Prólogo*

Uno de los desafíos más importantes de los servicios sanitarios de cualquier país es la integración de las prestaciones que se dan en los distintos niveles asistenciales. La creciente prevalencia de enfermedades crónicas hace que la oferta actual de servicios sanitarios, orientados tradicionalmente a resolver con eficacia episodios agudos hospitalarios o ambulatorios, corra el riesgo de no ajustarse a las verdaderas necesidades asistenciales de la población.

Cada vez es más necesario construir una oferta de servicios sanitarios y sociales integrada, que atienda a todas las necesidades asistenciales de los pacientes a lo largo de su enfermedad e integre todas las medidas preventivas, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación en un continuo asistencial.

En la actualidad, se dan condiciones que permiten avanzar hacia ese objetivo, entre las que quiero resaltar:

- La cobertura asistencial universal, que permite el despliegue de un dispositivo de cuidados sanitarios por toda la geografía española. Aunque haya espacios para la mejora de esa distribución, es innegable que el acceso a la asistencia sanitaria ha mejorado mucho en los últimos años.
- La disponibilidad de tecnologías móviles o fácilmente transportables que pueden actuar fuera del ámbito hospitalario y llevar los cuidados a lugares - ciudades pequeñas, pueblos, incluso al propio domicilio del enfermo, etc. - hasta hace poco extraños a esas tecnologías.
- La existencia de medicamentos que tienen la capacidad de prevenir complicaciones o secuelas de un primer episodio, ha aumentado las posibilidades de la prevención secundaria de las enfermedades crónicas y las posibilidades del tratamiento ambulatorio de enfermedades que parecían ser obligatoriamente hospitalarias. Los casos del tratamiento ambulatorio del sida y de la prevención secundaria de la cardiopatía isquémica, son dos buenos ejemplos de las nuevas posibilidades terapéuticas que se están abriendo en los últimos años.
- La generalización y abaratamiento de tecnologías de almacenamiento y transmisión de la información que permiten a los profesionales, por un lado, recuperar información sobre un enfermo obtenida previamente o en otro lugar y, por otro, acceder a las últimas innovaciones del conocimiento médico, ya sea directamente a las fuentes bibliográficas primarias, ya sea a las fuentes secundarias o revisiones.
- La formación y actitud de un gran número de profesionales, cada vez más orientados a las necesidades asistenciales de sus pacientes y menos proclives a limitarse a un entorno asistencial demasiado específico.

- La necesidad de optimizar la utilización de los recursos sanitarios que exige evitar la duplicidad de exploraciones diagnósticas y evitar demoras burocráticas al pasar los enfermos por los distintos niveles asistenciales, con los consiguientes trastornos para ellos y sus familiares.

Son muchos los factores que presionan en favor de la integración de los niveles asistenciales en una oferta continua, orientada al proceso y al paciente, y cada vez son más las experiencias en las que gestores y profesionales han respondido con éxito a este reto. Sin embargo, su generalización no acaba de plasmarse al ritmo deseado a pesar de los previsibles beneficios para pacientes, profesionales y para el propio sistema sanitario.

Para MSD, una compañía farmacéutica basada en la investigación y cuya misión es contribuir a la mejora de la salud de la población con medicamentos y servicios de salud innovadores y de alto valor, la integración de los cuidados entre los distintos niveles asistenciales no es un asunto neutro. Pensamos que sólo una gestión eficiente de los actuales recursos en la que se reconozca el valor de la innovación permitirá dar respuesta a largo plazo a las necesidades de salud de la población.

Por ello, nos complace especialmente colaborar con la Escuela Andaluza de Salud Pública en la realización de este Seminario y poner al alcance de los lectores el contenido de sus conferencias y debates, ya que estamos convencidos de que la mejora de nuestros servicios sanitarios depende en gran medida de la realización de actividades formativas de este tipo.

*Regina Revilla Pedreira*  
Directora del Departamento de Relaciones Externas  
Merck Sharp & Dohme de España

# *Introducción*

Clásicamente nuestro sistema sanitario y la mayoría de los sistemas sanitarios de nuestro entorno se estructuran en diferentes niveles asistenciales, con funciones, personal e instalaciones específicas de cada nivel.

Esta estructuración ofrece ciertas ventajas, pero también tiende a compartimentar el Sistema Sanitario. Cada vez más se entiende la asistencia sanitaria como un proceso continuado e integrado, basado en personas con problemas que requieren soluciones y que poco entienden de niveles administrativos.

Desde hace tiempo se están buscando alternativas para las relaciones entre niveles asistenciales, principalmente Atención Primaria y Atención Especializada. Así el concepto de Área Sanitaria se presentó como una posible solución, al presentar una alternativa integradora partiendo del principio que la unificación de las estructuras de gestión facilitarían la integración de los procesos asistenciales y de trabajo entre profesionales. Últimamente, ante los escasos resultados ofrecidos por las Áreas Sanitarias, aparecen otras iniciativas más relacionadas con la clarificación de los ámbitos de relación, el establecimiento de tarifas de compra de servicios por parte de un nivel y cierta capacidad de elección.

En el mundo empresarial los aspectos teóricos más relevantes se han relacionado con las estrategias de integración o desintegración vertical y de los costes de transacción, parte de las cuales se pueden aplicar a los problemas antes planteados. Como puede apreciarse, desde el punto de vista conceptual, las alternativas oscilan entre los principios de cooperación y de competencia, del mismo modo ocurre en todo el sistema sanitario.

Para poder profundizar en este debate y conocer las principales experiencias desarrolladas en nuestro país y países de nuestro entorno, la Escuela Andaluza de Salud Pública en colaboración con Merck, Sharpe & Dohme España celebraron la tercera edición del Seminario de Gestión, los días 7 y 8 de noviembre de 1996, bajo el título "Alternativas de integración de niveles asistenciales".

Los objetivos del seminario fueron:

- Conocer el marco teórico conceptual de las alternativas de relación entre organizaciones en el mundo empresarial.
- Profundizar en las tendencias de relación de los diferentes niveles asistenciales, dentro de las organizaciones sanitarias.
- Analizar las últimas experiencias en España de relaciones entre Atención Primaria y Atención Especializada.
- Analizar esta misma tendencia en países europeos con diferentes sistemas sanitarios.



En este Documento Técnico se presentan las conferencias y debates más importantes del Seminario. El Documento comienza con una conferencia del Ilustrísimo Señor Viceconsejero de Salud de la Junta de Andalucía, donde se enuncian los principales problemas de los sistemas sanitarios y las alternativas de adaptación que tienen.

A continuación el profesor Oliver E. Williamson (Universidad de California) profundiza en los conceptos de integración vertical y costes de transacción, con un carácter general, introduciendo también una aproximación de estos conceptos al ámbito sanitario.

Posteriormente, Vicente Ortún (Universidad Pompeu Fabra) da entrada a la presentación de las experiencias de integración de niveles en España con una conferencia sobre los factores que condicionan la articulación entre niveles, seguida de las presentaciones de Fernando Escolar (Hospital Reina Sofía de Tudela), Josep Pomar (INSALUD de Baleares), Pere Monrás (Consortio Hospitalario "Parc Taulí" de Sabadell) y Luciano Vidán (Servicio Gallego de Salud)

En cuarto lugar, la conferencia de Guillem López i Casanovas (Universidad Pompeu Fabra) sobre los condicionantes financieros y organizativos de la integración de niveles asistenciales.

Para finalizar, se presentan las tres conferencias relativas a las experiencias en países de nuestro entorno como son el Reino Unido, Alemania y Países Bajos. El documento se completa con los debates de los asistentes a las conferencias.

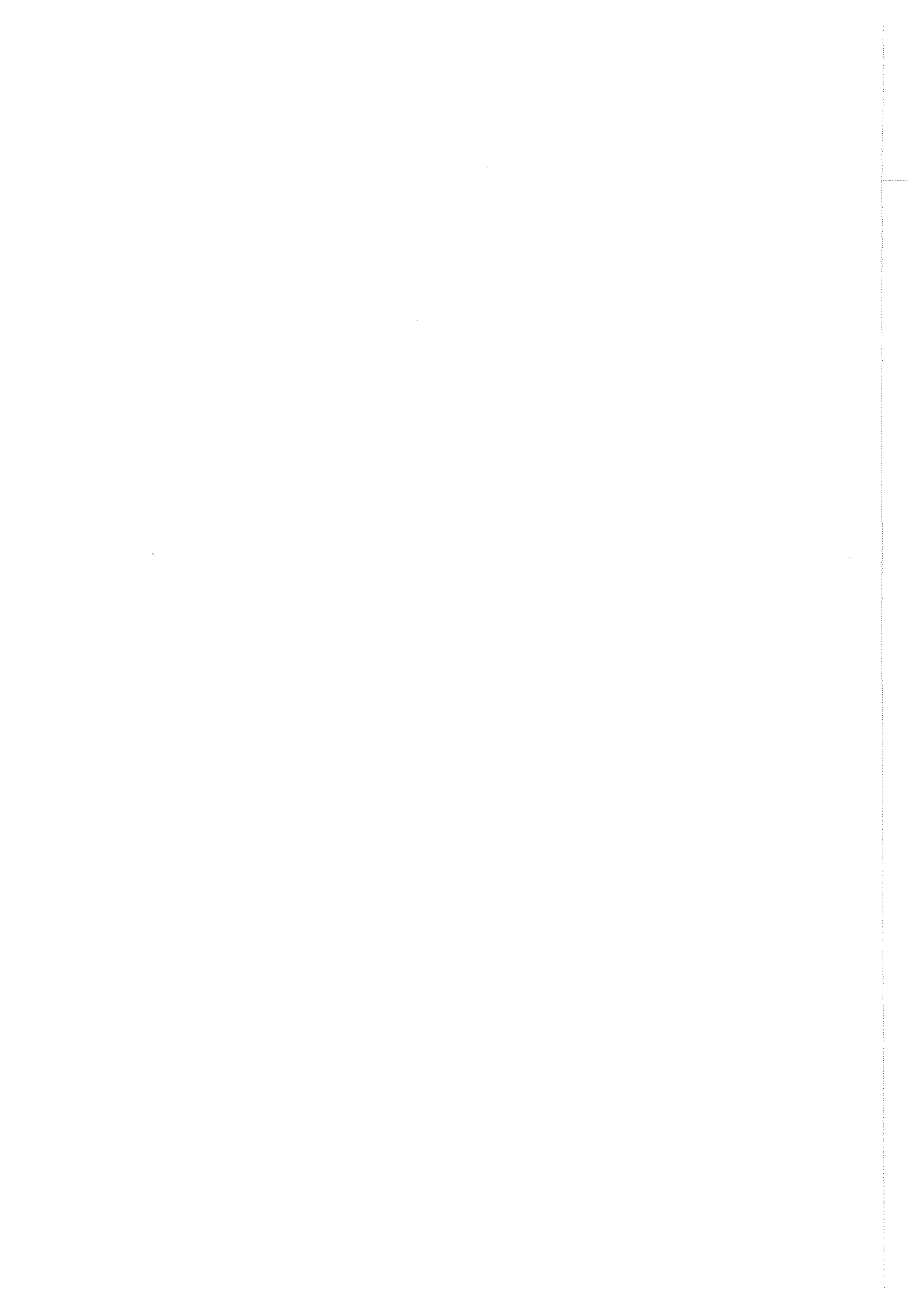
Este Documento Técnico es publicado con el propósito de aportar opiniones de grandes profesionales que puedan arrojar luz sobre el debate de la integración de niveles asistenciales.

# *Inauguración del Seminario*

IGNACIO MORENO CAYETANO

*Viceconsejero de Salud  
Junta de Andalucía*

*Intervención inaugural del Ilustrísimo Señor Viceconsejero de Salud de la Junta de Andalucía  
en el Seminario "Alternativas de Gestión de Niveles Asistenciales" celebrado en la EASP.  
Granada, España.*





## INAUGURACIÓN DEL SEMINARIO

Quiero, en primer lugar, agradecer a la Escuela Andaluza de Salud Pública y a Merck, Sharp & Dohme esta oportunidad de estar con vosotros, aunque sea tan sólo en este acto inaugural. Quiero también transmitirles los saludos del Consejero de Salud, José Luis García de Arboleya, que ha inaugurado las dos jornadas anteriores y que por razones de otras actividades le ha sido imposible asistir a este acto. Transmitirles su satisfacción, como la mía, por la consolidación de esta actividad de reflexión, de foro y de debate, sobre problemas importantes para la sanidad en general y para nuestra competencia: la sanidad andaluza en particular.

Los dos primeros foros fueron excelentes pero éste es el más valiente, el más arriesgado y, a mi entender, el más difícil. Me parece que será un verdadero éxito y que ha sido una gran valentía, por parte de los organizadores, el entrar en este conflictivo y complejo tema. Tenía apuntado si la integración era un problema estructural o funcional y Guillém López Casasnovas me ha añadido en la puerta si no es algo virtual. No lo he madurado todavía pero quizá sea la tercera opción y probablemente nos estemos moviendo entre esas tres opciones.

Hemos partido de un concepto básico, como otros que haya que volver a matizar: la necesidad de la atención integral. Estas dos palabras quizá hay que retomarlas y redefinirlas. Partimos y seguimos teniendo un sistema sanitario dividido en dos subsistemas: el hospital y la atención primaria, con aspectos culturales complejos, difíciles y tradicionalmente muy separados. Hablo no sólo de la cultura profesional, sino también de la cultura directiva, aunque quizá sea más fácil el incidir en esta última. Todos hemos trabajado en Andalucía en la reconversión de la primaria y no hemos tenido especiales problemas en hacerlo en el área rural, donde hemos llegado al 90%. Pero sí tenemos problemas, no sólo financieros, en el área urbana, donde estamos únicamente al 50% de reconversión y donde hemos estado rodeando las ciudadelas de los centros de las ciudades, la ciudadela de los urbanitas. Allí tenemos otras dificultades no únicamente, insisto, la posibilidad o no de reconvertir, de contratar, de construir o de remodelar edificios.

Hemos trabajado en las áreas sanitarias con integración real de la primaria y la especializada; pero me gustaría que lo pensárais y lo analizárais, porque yo todavía no he visto a un médico de la primaria yendo a ver a su enfermo al hospital ni viceversa; no sé si eso hay que hacerlo o es algo que uno leyó en una novela. Hemos trabajado en objetivos de integración concretos, en contratos programa en Andalucía desde el año 1992; hemos insistido y ampliado el contrato programa de coordinación asistencial para determinadas patologías, en determinados aspectos; ahí estamos trabajando y no sé cuánto hemos conseguido, en comparación con lo que queríamos y esperábamos en un principio.

Creo que se requiere una reflexión en estos ámbitos (desde luego leo los libros e intento aplicar aquello que me parece útil y razonable). Los responsables sanitarios estamos detrás de entender algunas historias y lograr aplicarlas, aunque no sé si estamos hablando de integración igual en el área rural que en el área urbana; no sé si son solamente dos sistemas o si algunos aspectos de asistencia urgente es un tercer subsistema. Tampoco sé, pero me gustaría que me dierais alguna respuesta tras la reflexión, si la existencia, al menos en Andalucía -y aquí hay muchos andaluces- de unos centros de comunicaciones provinciales pueden solucionar algunos temas con respecto a la integración, no tan sólo en el área de emergencia sino también en otras áreas de asistencia programada. Quizá fuera bueno reflexionar sobre qué quiere realmente el ciudadano en cada uno de los ámbitos rural y urbano, porque tengo la sospecha de que en el área urbana quiere otra cosa.

Aquí surgen varias preguntas legítimas: ¿Qué queremos? ¿Disminuir las estancias en el hospital? ¿Queremos realmente que el médico general, o médico de familia, como le queramos llamar, sea la puerta real de entrada en el sistema? ¿Queda entonces el hospital como un servicio a contratar por ese médico general? ¿Qué tipo de contrato? ¿Esa integración primaria/especializada es con dependencia de algún subsistema sobre el otro? Porque, no nos engañemos, hasta ahora el que ha comandado es el subsistema hospitalario. ¿Queremos disminuir el gasto de farmacia para disminuir la inducción del especialista sobre el médico de familia? También tenemos problemas financieros, porque esta integración la tenemos que hacer liberando fondos. En consecuencia tendremos también que pensar en el aspecto financiero de la integración.

¿Tiene algo que ver el voluntariado en estos aspectos, estas unidades de paliativos intermedias con participación de otras organizaciones que están funcionando en distintos sitios? Porque yo conozco experiencias especialmente positivas, sin ir más lejos, aquí en Granada.

Las experiencias de hospitalización domiciliaria *sensu stricto* de los años 80: todos recordamos algunas experiencias como la del Gregorio Marañón en Madrid. ¿Por qué se hundieron? ¿Porque no participó la primaria? No lo sé, pero cuando hablemos de integración habrá que pensar en todo eso.

Tampoco viene mal pensar en qué quieren los directivos, como parte importante de cualquier organización; los directivos de primaria y de hospitales hablan de atención integral al enfermo. Pero ¿realmente están hablando de lo mismo? Es otra reflexión que conviene hacer.

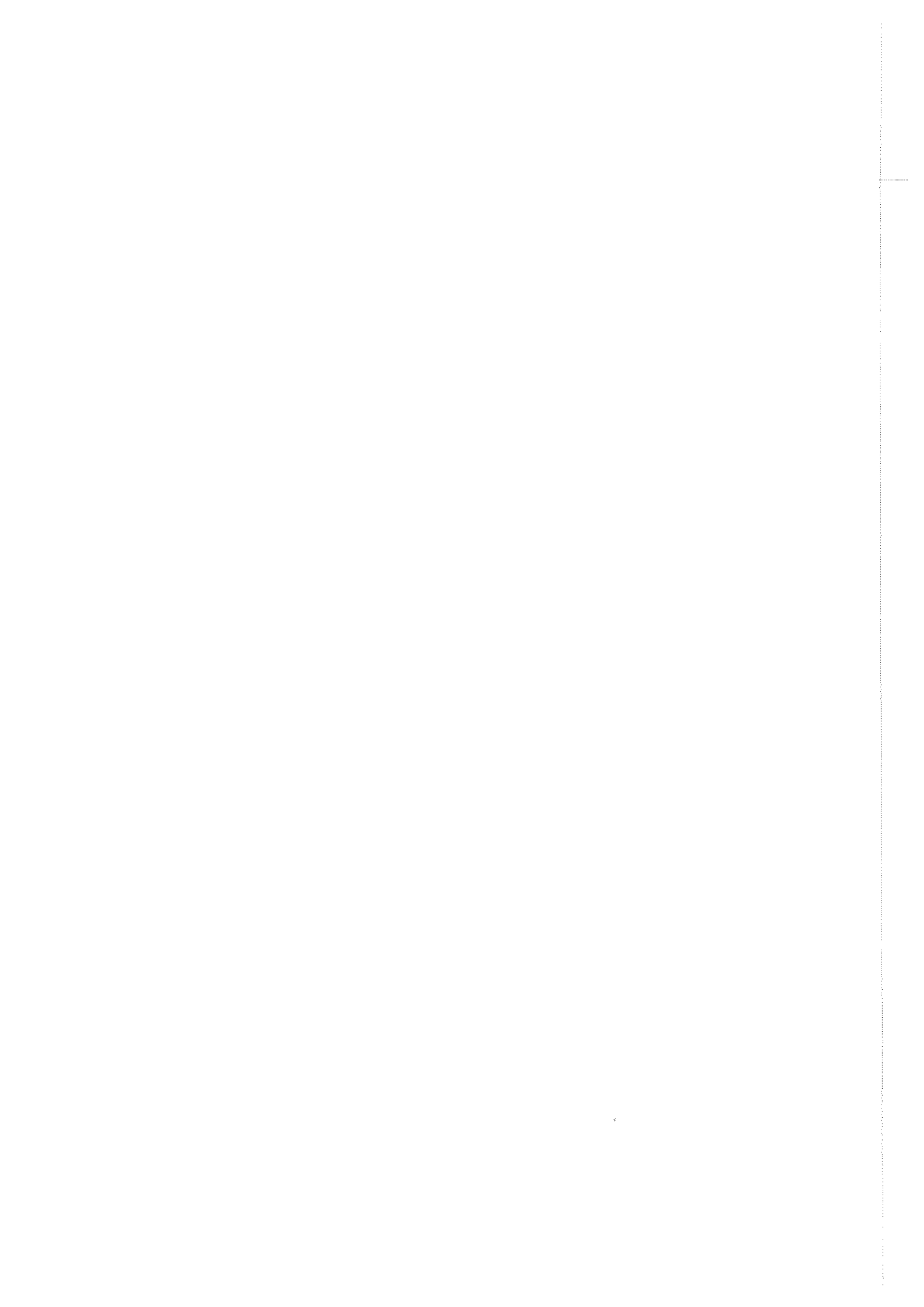
La tarjeta sanitaria en Andalucía se encuentra en fase de implantación. Es una tarjeta compleja, pero a la vez tecnológicamente con grandes posibilidades; la libertad de elección se plantea no sólo en el ámbito de la primaria, sino que en breve vamos a lanzarnos a la libertad de elección de hospital, de especialista y de centro de diagnóstico. En muy poco tiempo, quizá a la vez o muy poco después, la práctica de la segun-

da opinión estará en la calle. El derecho y la puesta en marcha de la segunda opinión va a influir en esa integración. ¿Tenemos que hacer esa integración por los métodos clásicos (creación de áreas, etc.), o tenemos que hacer otra cosa? ¿Cuál es la integración real y la integración virtual? Probablemente ahí tendréis que estudiar mucho para dar respuestas muy importantes. .

Os deseo que tengáis unas jornadas tan positivas como las anteriores, que vuestras reflexiones se reflejen en una publicación, como ha sido en los casos anteriores; espero con ansia lo que tenéis que decir vosotros, expertos en el sistema, directivos o profesores e investigadores; con esos deseos y sin más, queda inaugurado el III Seminario sobre Alternativas de Integración de Niveles Asistenciales.

Ignacio Moreno Cayetano  
*Viceconsejero de Salud*  
*Junta de Andalucía*





# *La integración vertical y los costes de transacción: su aplicación al ámbito sanitario*

OLIVER E. WILLIAMSON

*Profesor de Administración de Empresas*

*Profesor de Economía*

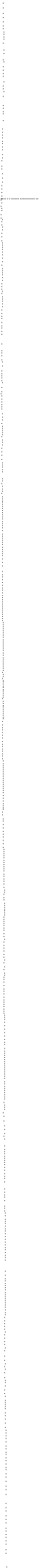
*Profesor de Derecho*

*Escuela de Negocios Walter A. Haas*

*Universidad de California*

*Berkeley, California, Estados Unidos*

*Conferencia presentada en el Seminario "Alternativas de Integración  
de Niveles Asistenciales" celebrado en la EASP. Granada, España.*



# LA INTEGRACIÓN VERTICAL Y LOS COSTES DE TRANSACCIÓN: SU APLICACIÓN AL ÁMBITO SANITARIO

La integración vertical es la puerta de entrada para el estudio de la economía de los costes de transacción. Es el tema al que se refirió Ronald Coase en su clásico artículo de 1937 y el tópico que me interesó en mi primer trabajo sobre costes de transacción (Williamson, 1971). Entender la integración vertical es importante en sí mismo y abre la puerta al estudio más general de la organización económica.

Comenzaré examinando el rompecabezas de la integración vertical a través de la óptica de la teoría de los precios. Luego esbozaré la interpretación de la integración vertical en términos de economía de los costes de transacción en la sección 2. Las extensiones se muestran en la sección 3. En la sección 4 se hacen aplicaciones sobre un tipo de transacciones especialmente difíciles -las intratables-. En esta ponencia se incluye un intento aunque breve de referirse a la organización de la sanidad. Terminaré con unos comentarios a modo de conclusión.

## 1. EL ROMPECABEZAS DE LA INTEGRACIÓN VERTICAL

Mi primer trabajo sobre integración vertical se titulaba: “La Integración Vertical de la Producción: Consideraciones sobre el Fracaso de los Mercados”. El argumento básico es que los fracasos contractuales en los mercados son los responsables de que una transacción pasa del mercado a la organización interna. En términos mundanos se trata de la decisión de “hacer o comprar”: ¿Cuándo produce uno para las propias necesidades y cuándo busca uno el bien o servicio en el mercado?

El énfasis se ha puesto en las transacciones de fabricación: la integración vertical hacia atrás, de las materias primas, la integración lateral de componentes, la integración vertical hacia adelante de las fases sucesivas de producción o distribución. La organización de las “transacciones intratables” -aquellas para las que no hay soluciones buenas- aparecieron posteriormente en el contexto del monopolio natural. (Williamson 1976). La provisión de atención médica es una de estas transacciones intratables, pero eso es adelantarse a esta historia.

Los tipos más simples y más tratables de integración vertical fueron un rompecabezas que duró mucho tiempo en la economía. Al igual que con otros rompecabezas, el lugar de comienzo natural es la óptica de la aplicación de la teoría de precios.

La aplicación de la teoría de precios, de acuerdo a la cual la empresa se describe como una función de producción a la que se adscribe el objetivo de la maximización de un beneficio, explicó la integración vertical de muchas formas -todas intere-



santes, pero todas muy parciales y algunas profundamente incorrectas. Así la integración vertical, según el marco de la aplicación de la teoría de precios operaba al servicio de la discriminación de precios (Stigler, 1951), facilitaba el uso de proporciones eficiente de factores (McKenzie, 1951), favorecía la aparición de economías de “tipo técnico o físico” (tales como las economías termales en la producción del acero) (Bain, 1956), pudo utilizarse para evadir cuotas, impuestos y regulaciones o también sirvió para el dudoso propósito de aumentar las barreras de entrada.

Implícitamente, si no explícitamente, muchas de estas explicaciones asumen que las empresas en cuestión, disfrutaban de un grado no despreciable de poder monopolístico (discriminación de precios, proporciones eficientes de factores, barreras de entrada). Es más, las empresas que utilizaban la integración vertical como sistema evasivo no tendían a nada bueno.

Trabajando sin esta presunción de monopolio, George Stigler advertía que “la integración vertical pierde la inocencia si hay un grado apreciable de control monopolístico aunque sea en uno solo de los estadios del proceso de producción”. Específicamente, a una empresa que posee un 20 por ciento le debería estar prohibido adquirir más de un 5 o 10 por ciento de las acciones de la industria a la cual compra o a la cual vende. (Stigler, 1955, p. 224). Esto es comprensible si los márgenes de eficiencia de la empresa son definidos por la tecnología, que era una creencia ampliamente extendida. En este caso, cualquier esfuerzo no tecnológico de expandir o alterar esos límites sería sospechoso de monopolista. Así Joe Bain observó que respecto de la tecnología “los casos de economías claramente integradoras en general implican una integración física o técnica de los procesos en una planta única”. Se puso como ejemplo a las economías termales, provenientes de la integración de la manufactura de acero-hierro (Bain, 1968, p.381). Por contra, la causa evidente o próxima de una integración vertical que no tenga este aspecto tecnológico o físico es el monopolio. La razón de la integración progresiva a partir de la manufacturación hacia la distribución “es evidentemente el aumento del poder de mercado de las empresas implicadas, más que una reducción de los costos” (Bain, 1968, p. 381). Se aplicó entonces la poca hospitalaria tradición de los anti-trust, de acuerdo con la cual las contrataciones y prácticas organizativas no estandarizadas y poco familiares se consideraban presuntamente anticompetitivas.

Relacionado pero en realidad diferente del argumento de las barreras de entrada es el argumento que postula que la integración vertical puede imponer costos adicionales a los rivales. Este punto fue planteado, aunque no desarrollado por Alfred Marshall, quien observó que, si en un país pequeño se unieran las hilaturas con los telares, el monopolio que se establecería sería mucho más difícil de atacar que si estuvieran separadas (1920, p.495). Mas en general, si se cumplen los prerequisites, la integración vertical puede considerarse como miembro de la familia de actividades que Steven Salop y David Scheffman examinan dentro del contexto de las estrategias para elevar los costos de los rivales (1983).

Vale la pena hacer notar, sin embargo, que el uso estratégico de la integración vertical no deriva de un tratamiento de los temas en términos de simple teoría de los precios. Implícitamente, aquellos que invocan este argumento se apoyan en formas no expresadas de costes de transacción. Así, los proveedores cualificados para una y no ambas etapas de una industria, no serán afectados por la integración preexistente, a menos que dicha integración sea fuente de *rupturas contractuales* con los comerciantes no integrados (independientes). Y los candidatos potenciales que están cualificados para ambas etapas, no tendrán problemas adicionales en el mercado de capitales, a menos que les cueste dinero exponer sus atributos verdaderos. Esto a veces es el caso pero tiene también orígenes en los costes de transacción.

La concepción que la aplicación de la teoría de precios tiene de las estructuras de la empresa y el mercado ha sido y sigue siendo básica para la economía de la organización. Sin embargo proporciona razones de peso para realizar la integración vertical en un número pequeño de transacciones. Ignora también la cuestión de por qué una empresa grande es incapaz de realizar lo que muchas empresas pequeñas. A pesar de estas limitaciones esta teoría ha aconsejado con toda confianza a las políticas públicas la adopción de márgenes muy estrechos en relación con las fusiones verticales y la prohibición de las restricciones contractuales verticales.

No era ésta una situación satisfactoria, tal como Coase lo resaltó en 1972, pero no había una explicación mejor. Al final, la culpa está en fiar todo en el concepto de la empresa como función de producción. La necesidad de análisis llevó a desarrollar una teoría de la empresa donde fuera importante la organización y la gobernabilidad. La teoría en vigor era un constructo tecnológico y no había lugar para la organización.

## 2. RAZÓN PARA LA INTEGRACIÓN VERTICAL SEGUN LOS COSTOS DE TRANSACCIÓN

Aquí, como en otras disciplinas, vemos que se necesita una teoría para contestar a otra. Aunque Ronald Coase había avanzado una hipótesis alternativa en 1937 en su clásico artículo: "Acerca de la Naturaleza de la Empresa", esto es: las diferencias en los costes de transacción son responsables de la decisión de organizar las transacciones dentro de las empresas en lugar de en los mercados y viceversa. Este argumento no se había abierto mucho camino frente al concepto neoclásico de empresa como función de producción en 35 años. No se había hecho ningún esfuerzo para operativizar la visión interna de la empresa proporcionada por los costes de transacción, por lo que esta hipótesis alternativa no había llegado a ninguna parte durante este tiempo: "Sabemos muy poco sobre la forma de realizar las transacciones en el mercado ni tampoco de qué dependen; no sabemos casi nada sobre los efectos sobre los costes del hecho de agrupar las actividades dentro de las empresas" (Coase, 1972, p. 64).

De hecho, esto exagera un poco la cuestión. Aunque los argumentos sobre transacción no llegaron a abrirse camino en la evaluación de la integración vertical, había

cada vez más conciencia de que la transacción jugaba un papel central para entender el fracaso de los mercados. La antigua intriga de Kenneth Arrow sobre los problemas que tienen los mercados con la información (1962) llevó a la conclusión que se necesitaba una formulación más general de lo que era una condición de fracaso de mercado. “Fracaso de mercado no es absoluto; es necesario considerar una categoría más amplia, la de los costes de transacción, que en general impide y en casos particulares, bloquea completamente la formación de mercados (Arrow, 1969, p. 48). El recurso a la organización interna más que al mercado puede interpretarse en estos términos. Pero en tanto la organización interna conlleva costes de transacción en sí misma, la pregunta sería: qué factores son los responsables de cambiar el balance de costos en un sentido y no en otro. Poner las cosas de esta manera desvela que las evaluaciones de los costes de transacción son fundamentalmente comparativas en su naturaleza. Estas comparaciones se hacen más fáciles mediante (1) convertir la transacción en la unidad básica del análisis, que es lo que John Commons (1937) había recomendado y (2) adoptar una orientación contractual. Si, de hecho muchas transacciones pueden organizarse mediante diferentes alternativas organizativas, lo que se hace evidente cuando se suplanta un abordaje tecnológico por uno contractual en la organización económica, ¿qué atributos de la transacción son responsables de las presiones *diferentes* de los costes de transacción según tipos y por qué?

Se necesita un argumento de tres partes. Primera, darse cuenta que las dificultades contractuales podían evaluarse sólo en relación con los atributos conductuales del ser humano que la realizaba. Lo que Frank Knight felizmente nos ha referido como “la naturaleza humana tal cual” (1965, p. 270) y así tiene que arreglarse. En vez de considerar los supuestos conductuales como casuales o asunto de conveniencia, éstos pasaron a primer plano. Segunda: Las transacciones mismas tenían que descomponerse. ¿Cuál es la dimensión crítica que hace una transacción diferente de otra? Tercera: ¿cuáles son los costos y competencias de métodos alternativos de organización para gestionar las transacciones?

### (a) Supuestos Conductuales

La economía de costos de transacción participa de la propuesta de Herbert Simon que reza: “Al establecer un programa de investigación y documentar nuestros métodos de investigación, nada es más fundamental que nuestra visión de la naturaleza de los seres humanos cuyas conductas estamos estudiando” (1985, p. 303). Simon entonces describe los agentes humanos en términos de su capacidad cognitiva y su propio interés. La racionalidad limitada -una conducta que tiene *intención* de ser racional pero solo lo es *limitadamente*- es la condición cognitiva a la que Simon se refiere. “Debilidades de la motivación”, describe la condición de propio interés (Simon, 1985, p. 303).

La traducción de los límites cognitivos de la racionalidad a la economía de costes de transacción es que todos los contratos complejos son inevitablemente incomple-

tos. Sin embargo la economía de costes de transacción va más allá de la fragilidad del motivo al incluir el oportunismo. La mera promesa, no respaldada por un compromiso creíble, no es auto reforzante por causa del oportunismo.

Mi reciente intercambio con Sumantra Goshal y Peter Moran viene al caso. Ellos sostienen que el oportunismo es pernicioso (y que la economía de costes de transacción “es mala” en la práctica). Admitir el oportunismo es invitarle. Mi respuesta (Williamson 1966b) es que hay necesidad de poner el oportunismo en perspectiva (y hemos llegado al punto donde se puede vivir con candor).

En este punto es útil distinguir entre rutina diaria y desórdenes ocasionales de tipo menos común. Y entre fragilidad de motivo y oportunismo: cuál se aplica y donde?

Yo acepto que la fragilidad de motivo describe la mayoría de las veces adecuadamente la actividad cotidiana. La gente normalmente hace lo que dice (y algunos harán más) sin preguntarse conscientemente si ese esfuerzo está justificado por alguna expectativa de obtener alguna ganancia neta. Si resbalan, hay una fricción que es normal y casi siempre motivo de estupor.

Supongamos sin embargo que hacemos otra pregunta: Qué asunción nos lleva mejor hacia la estructura profunda de la organización económica? Específicamente, si nuestro interés no está en lo cotidiano sino en relaciones contractuales a largo plazo, cómo debemos proceder?

Una parte importante del ejercicio ahora, es mirar hacia adelante, percibir los riesgos y aplicarlos al diseño organizativo -y esto se refiere a todos los contextos contractuales significativos de cualquier tipo (mercado de productos intermedios, mercado de trabajo, mercado de capitales, etc.-). Si una cándida referencia al oportunismo nos alerta de peligros evitables, cosa que la referencia más benigna a las debilidades de la motivación no consigue, entonces hay riesgos verdaderos en la construcción más indulgente.

El paralelo entre el concepto de oportunismo, tal como se aplica a un contrato y el de oligarquía, en relación con la democracia, es sorprendente. Robert Michels concluía su famoso libro: *Partidos Políticos* con la siguiente observación: “nada como un sereno y franco examen de los peligros oligárquicos de una democracia para minimizar este riesgo” (1966, p. 370).

La propuesta correspondiente sobre el oportunismo es esta: “Nada como un examen sereno y franco de los riesgos de oportunismo para mitigar estos peligros”. Suponer que los ejecutivos, abogados, profesores de economía, representantes de la Administración, y por supuesto los médicos, siempre y en todas partes están dando lo mejor de sí mismos por sus clientes es una simplificación conveniente, pero excesiva.

### (b) Transacciones

Los aspectos más importantes en los que se diferencian las transacciones son: La frecuencia con que ocurren, la incertidumbre a la que están sujetas y su especificidad de activos, siendo esta última de especial importancia.

Hoy, se acepta en general, que la contratación recurrente presentará problemas (Williamson, 1971, p. 116) "...si (1) la provisión de bienes o servicios eficiente requiere una inversión en equipo especializado de larga duración o (2) al que se asigna el contrato original adquiere una ventaja de costo, digamos debido a ventajas de "primer movimiento" (tales como localización única o formación, incluyendo la adquisición de procedimientos técnicos o de gestión no conocidos o en propiedad además de habilidades para trabajos específicos).

En términos marshallianos, los problemas de contratación presentados por la especificidad de activos se deben a "cuasi-rentas potencialmente apropiables (Klein, Crawford y Alchian, 1978). El problema principal que se asocia con la dependencia bilateral es el de la mala adaptación.

La identidad de los agentes contratantes se hace crucial cuando se interpone la especificidad de activos. Esto se contradice con el supuesto neoclásico de que las transacciones tienen lugar dentro de mercados donde se encuentran "vendedores y compradores sin rostro durante un instante para intercambiar bienes estandarizados a precios en equilibrio" (Ben Porath, 1980, p. 3). Esta falta de rostro se viola cuando quiera que la provisión de bienes o servicios está respaldada por activos durables y por transacciones específicas. Por definición estas inversiones han sido dedicadas especialmente, ya sea por las condiciones o por la ejecución del contrato, a las necesidades de los agentes participantes. Puesto que estos activos no podrán ser desplazados hacia usos o usuarios alternativos sin sacrificar un valor productivo, los agentes de tales transacciones están de hecho actuando en una relación contractual bilateral *ex post*.

De esta forma, incluso aunque haya gran número de proponentes al final, si el que se ha adjudicado la propuesta original, tiene a su favor la ventaja del coste subyacente, no se podrá asumir que ha habido paridad de propuestas durante la renovación de contratos. De hecho estas transacciones sufren una "transformación fundamental" Lo que había sido unas condiciones *ex ante* para gran número de propuestas se convierte así en una para un número reducido. Esta transformación es el factor principal responsable de la retirada de transacciones de los mercados para organizarlas internamente - por lo menos en la fabricación.

### (c) Gobernabilidad

El término análisis estructural discreto fue introducido en el estudio de la organización económica comparada por Simon, que decía que (1978, p. 6-7):

“A medida que la economía se expande desde su núcleo central de la teoría de los precios y de su interés central que son las cantidades de bienes y el dinero, observamos en ella ... [un] cambio desde un análisis altamente cuantitativo, donde los equilibrios en los márgenes juegan un papel preponderante, hacia un análisis institucional más cualitativo donde se comparan alternativas estructurales discretas...”.

Tales análisis pueden a menudo llevarse a cabo sin aparatos matemáticos elaborados ni cálculos marginales. En general, bastarán argumentos mucho más sencillos y bastos para demostrar una desigualdad entre dos cantidades comparado con lo que se requiere para mostrar las condiciones bajo las cuales estas cantidades son igualadas marginalmente.

De hecho, el análisis estructural discreto es más difícil de aplicar que el análisis marginal. Por una razón, no puede aprovecharse del extensamente desarrollado aparato matemático de la optimización constreñida. También se necesita explicar e identificar el síndrome de los atributos que definen las formas de gobierno de estructuras discretas (Williamson, 1991). Es más, y relacionado con lo mismo, hay la necesidad de encontrar nuevos resultados. Si consideramos la adaptación como el problema más importante de la organización económica, la economía de costes de transacción sitúa estos resultados en la capacidad diferencial de los mercados y jerarquías de realizar adaptaciones autónomas y cooperativas -donde las adaptaciones autónomas son aquellas resaltadas por Friedrich Hayek (1945) en las que el mercado tiene la ventaja y las adaptaciones cooperativas son aquellas resaltadas por Chester Barnard (1938) en las que la ventaja la lleva la jerarquía. Dependiendo de las respectivas necesidades de adaptación de las transacciones a alguna de estas dos clases varía la elección de una forma costo efectiva.

También pertinente para entender el mercado y la jerarquía es el hecho que cada uno es el resultado de una ley de contratación diferente -punto de vista que se contrapone con el argumento (ya modificado) de que la empresa no es diferente del mercado en lo referente a lo contractual (Alchian y Demsetz, 1972, p. 777)<sup>1</sup>. En mi opinión, el acceso diferencial al arbitraje es una característica que distingue a la organización interna. Pero entonces, ¿dónde aparecen las diferencias de arbitraje entre mercado y jerarquías?

Una explicación es que los arbitrajes tienen su origen en el contrato de trabajo (Barnard 1938; Simon, 1951; Coase 1952; Masten, 1988). Aunque hay bastante que decir acerca de esta explicación, yo propongo una explicación aparte y complementaria: la ley de contratación implícita de la organización interna es la abstención. Así, mientras los tribunales están por atender las disputas sobre precios entre empresas, los daños debidos a retrasos, fallos en la calidad y similares, los tribunales no van a atender disputas dentro de las empresas -entre una división y otra de la misma empresa-

<sup>1</sup> Armen Alchian (1984) y Harold Demsetz (1988) han modificado ambos su punto de vista sobre *fiat* y contratos desde entonces.



aunque sean problemas idénticos. Al vetarse el acceso a los tribunales, las partes deben resolver sus diferencias internamente, por lo tanto, la jerarquía será su propio tribunal de apelaciones.<sup>2</sup>

La razón subyacente para la abstención tiene dos fuentes:

1. Las partes en disputa tienen un conocimiento profundo sobre las circunstancias así como sobre las propiedades de las soluciones alternativas al problema -esto supondría un gran coste hacerlo llegar a un tribunal-.
2. El permitir que las disputas internas sean llevadas a un tribunal de apelaciones socavaría la eficacia e integridad de la jerarquía.

Si el arbitraje fuese meramente un consejo, en las disputas sobre ingresos netos que pudieran llevarse a los tribunales, la empresa sería poco más que un sistema de "contratación interna" (Williamson, 1985, p. 218-222). La aplicación de la doctrina de la abstención a la organización interna significa que las partes, en un intercambio interno pueden trabajar juntas para dirimir sus diferencias o apelar a la decisión de la jerarquía. Pero esto, sin embargo, agota sus alternativas. Cuando la presión se hace ver, los argumentos "legalistas" fracasan. Una mayor confianza en los razonamientos instrumentales y la mutua acomodación, funciona. El argumento que la empresa no tiene poder de arbitraje, ninguna autoridad, ninguna posibilidad de acción disciplinaria ni en lo más mínimo diferente de los contratos en un mercado normal (Alchian y Demsetz, 1972, p. 777) está francamente equivocada; las empresas pueden y realizan arbitrajes que los mercados no pueden.

Dada la ventaja de la empresa sobre los mercados en lo que respecta al arbitraje en la realización de la adaptación cooperativa, ¿donde están pues, las desventajas? Puesto de otra manera: ¿por qué una empresa grande no puede hacer todo lo que una serie de pequeñas empresas (por replicación) e intervenir siempre y cuando se puedan proyectar las ganancias netas esperadas de una intervención? La respuesta a la pregunta sobre la limitación del tamaño de una empresa debe residir evidentemente en la imposibilidad de implementar este programa en dos partes en que consiste la "intervención selectiva".

Los problemas en estos casos se abordan y desarrollan en otros sitios (Williamson, 1985, cap. 6). La cuestión es que la decisión de integrar estará inevitablemente seguida por un debilitamiento en la intensidad del incentivo, en respuesta a lo cual se introducen controles adicionales. Ahora, con incentivos más debilitados y costes burocráticos adicionales, la integración se reserva para aquellas transacciones que implican una necesidad imperativa -por ejemplo aquellas donde la adaptación cooperativa es especialmente importante. Como se ha dicho anteriormente, estas son transacciones para las que la dependencia bilateral (debido a la especificidad de activos) y la necesidad de realizar

<sup>2</sup> Para estar seguro, no todas las disputas son técnicas. Para una discusión de las disputas personales, ver Williamson (1991, p. 275)

adaptaciones no programadas (debido a la incertidumbre) se hace especialmente grande. La adaptación cooperativa como contrapartida a la adaptación autónoma es una necesidad acuciante. Sin embargo debido a que hace incurrir en gastos burocráticos, la jerarquía aparece cuando las formas más sencillas han fracasado (comparativamente). Al mismo tiempo, la regla es probar los mercados, probar los híbridos (formas variadas de contratación a largo plazo) y revertirse hacia la jerarquía sólo como un último recurso.

Resumiendo: Los mercados difieren de las jerarquías en lo siguiente:

1. Los incentivos son más poderosos en los mercados.
2. Los costes burocráticos son más altos en las jerarquías.
3. Los mercados utilizan más mecanismos legales para resolver las disputas.
4. Los mercados aventajan a las jerarquías en los aspectos de adaptación autónoma.
5. Las jerarquías son mejores en la gestión de adaptaciones cooperativas.

Los híbridos están entre mercados y jerarquías en todos los aspectos.

### 3. EXTENSIONES

Resulta que la integración vertical es un problema de paradigma. Toda una serie de temas relacionados entre sí se han traído a este ámbito, como las restricciones de los mercados verticales (restricciones de clientes y territorios, requisitos de llevar o pagar, reservas en bloque, etc); regulaciones y desregulaciones (especialmente en lo referente a ofertas de franquicias para formar un monopolio natural, cuando funcionan bien y deficientemente), la organización del mercado de trabajo, usos de capital y deuda, formas de cooperación (en los EEUU y Japón) y la dirección corporativa (ver colección de artículos Williamson y Masten, 1995). En general, cualquier problema que surja o se plantee como problema de contratación puede examinarse para ver sus ventajas en términos de economía de costes de transacción.

En relación con esto hay que considerar el así llamado “esquema de contratación simple”.

#### 3.1 El esquema contractual simple<sup>3</sup>

El esquema contractual simple que se aprecia en la Fig. 1,

1. Facilita el análisis institucional comparativo resaltando que la tecnología, las salvaguardias contractuales y el precio se establecen simultáneamente.

<sup>3</sup> Esta sección se basa en Williamson (1996a, pp. 61-63).

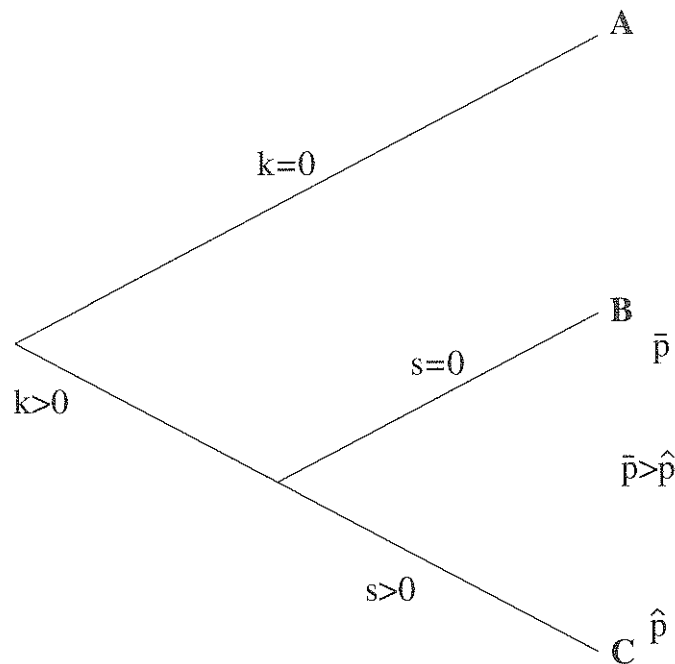


Figura 1. Esquema contractual simple.

2. Resalta la importancia de los riesgos contractuales y su mitigación
3. Resulta tener una considerable aplicación en general,
4. También este esquema puede extenderse para su aplicación a las transacciones de la sanidad (ver 4,3).

Supongamos que un bien o servicio puede ser provisto por dos tecnologías alternativas. Una es de tipo general y la otra es específica para ese propósito. La tecnología para propósitos específicos requiere una mayor inversión en activos de transacción específicos duraderos y es más eficiente para satisfacer las demandas estables.

Si usamos  $k$  como medida de activos de transacción específicos, aquellas transacciones que utilicen la tecnología de uso general tendrán una  $K = 0$ . Cuando las transacciones utilicen tecnología especializada tendrán una  $k > 0$ . En este punto los activos se especializan de acuerdo con las necesidades de las partes. Por lo tanto, habrá valores productivos que se sacrificarían si transacciones como éstas terminaran de forma prematura. A estas transacciones se aplica la condición de monopolio bilateral.

Mientras que la contratación de mercado clásica (MacNeil, 1974, p. 738) tiene suficiente con la transacción del tipo  $k=0$ , la gobernación por un mercado no protector plantea riesgos cada vez que los activos específicos de una transacción particular se pongan en juego. Las partes tienen el incentivo de aplicar garantías para proteger las inversiones en transacciones de este último tipo.

Hagamos que  $s$  denote la magnitud de cualquiera de esas garantías. Una  $s=0$  será la condición de ausencia de garantías; la decisión de aplicar garantías se representa como  $s>0$ .

La figura 1 muestra los tres resultados de contratación que corresponden a esta descripción. Asociado a cada nodo está el precio. Para facilitar las comparaciones entre nodos, supondremos que los proveedores (1) tienen riesgo neutral, (2) están preparados para proveer bajo cualquier tecnología y (3) aceptarán cualquier condición de salvaguarda que se proponga en tanto se proyecte un resultado de terminar sin pérdidas. Los nodos A, B y C tienen las siguientes propiedades:

1. Las transacciones que están eficientemente respaldadas por activos generales ( $k=0$ ) se sitúan en el nodo A y no necesitan estructuras de gobernanza protectoras. Las contrataciones discrecionales en el mercado son suficientes. Prevalece el mundo de la competencia.
2. Las transacciones que implican inversiones significativas de un activo específico ( $k>0$ ) son aquellas donde las partes están efectivamente implicadas en un intercambio bilateral.
3. Las transacciones en el nodo B no disfrutan de salvaguardias ( $s=0$ ). Tales transacciones pueden ser contractualmente inestables. Estas pueden regresar al nodo A (donde la tecnología específica puede ser reemplazada por la general ( $k=0$ ), o ser resituada en el nodo C (mediante la introducción de garantías que propicien el uso de tecnología del tipo  $k>0$ ).
4. Las transacciones situadas en el nodo C incorporan garantías ( $s>0$ ) y por lo tanto estarán protegidas contra riesgos de expropiación. El precio de equilibrio proyectado ( $\hat{p}$ ) será menor que el precio en B ( $\bar{p}$ ).
5. En tanto el precio esté unido a la gobernanza, las partes de un contrato no esperan conservar su parte del pastel (bajo precio) y además comérsela (sin salvaguardias). En general, es importante estudiar la *contratación en toda su extensión*. Los términos *ex ante* y la forma en que posteriormente se ejecutan los contratos varían con las características y las estructuras de gobernanza asociadas dentro de las cuales están inmersas las transacciones.

### 3.2 Riesgos

El principal riesgo del que se ha ocupado la economía de costes de transacción es el de la dependencia bilateral que se deriva de la especificidad de activos. La especificidad de activos puede presentarse en una serie de formas, las cuales muestran una respuesta algo diferente, de acuerdo a la estructura de gobernanza. Se han distinguido seis tipos de diferencias en la especificidad de activos.

1. Especificidad de localización, donde las sucesivas etapas se sitúan “codo con codo” para economizar gastos de inventario y transporte.
2. Especificidad de activos físicos, tales como equipos especiales para producir un componente determinado.
3. Especificidad de activos humanos que se deriva del aprender con la práctica.
4. Capital del nombre de marca.
5. Activos dedicados, los cuales son inversiones discretas en plantas generales que se realizan bajo petición de un cliente particular y
6. Especificidad temporal que es debida al uso de tecnologías inseparables y puede enfocarse como un tipo de especificidad de lugar donde la respuesta a tiempo por parte de activos humanos en la plaza es vital (Masten, Meehan y Snider, 1991).

Adicionalmente a la especificidad de activos, otros tipos de riesgos contractuales reclaman atención. De hecho el problema mayor con el que se relaciona la economía de costes de transacción es la *identificación, explicación y mitigación* de los riesgos contractuales en todas sus formas.

Los riesgos inherentes a los seguros -selección adversa y riesgo moral- se deben principalmente a la racionalidad limitada y al oportunismo, respectivamente.

Como se ha mencionado aquí, los riesgos de mala adaptación aparecen con la especificidad de activos. Pero hay otros riesgos contractuales que harán su aparición para los cuales se necesitará una mitigación costo efectiva de los riesgos.. Esto comprende efectos de interacción entre transacciones, cuya negligencia puede dar lugar a excesos de cálculos con la aparición de consecuencias adversas en los sistemas (p.ej. “La economía de la atmósfera” (Williamson, 1966, p. 270-271). Los riesgos derivados de tener derechos de propiedad débiles son relevantes para las franquicias (Klein y Leffler, 1981), la propiedad intelectual, (Teece, 1986) y el marketing (Heide y John, 1988). Los riesgos de medición, especialmente en conjunción con múltiples tareas (Holstrom y Milgrom, 1991) y/o exceso de estudio (Barzel, 1982; Kenney y Klein, 1983) también vienen al caso. También son pertinentes los riesgos que sobrevienen de las debilidades del ámbito institucional (North y Veingast, 1989; Levy y Spiller, 1994). Y también los riesgos intertemporales que pueden tomar la forma de contrataciones faltas de equilibrio, expectativas no convergentes, capacidad de respuesta en tiempo real, latencia larga, y abuso estratégico. Estas deben reconocerse y trabajar las ramificaciones más profundamente.

El estudio de la organización económica debe desarrollarse más completamente en relación con los riesgos contractuales en todas sus formas. Este trabajo se está haciendo pero queda mucho por hacer.

#### 4. TRANSACCIONES INTRATABLES

Las transacciones intratables son transacciones complejas para las cuales no hay buenas soluciones. Debido, sin embargo, a que la economía de costes de transacción es indefectiblemente comparativa, el hecho de no haber buenas soluciones, afecta a uno y otro lado. Baste saber que hay soluciones mejores y peores. La elección de la mejor de las posibles, aunque todas sean defectuosas, es ya un logro significativo.

Aunque el estudio de las transacciones intratables es muy fragmentado y poco desarrollado, estas transacciones parecen tener tres atributos:

1. Son complejas.
2. Son transacciones en las cuales uno de las partes disfruta de una ventaja estratégica.
3. Por lo menos para las tres transacciones estudiadas aquí (pero tal vez más en general), las transacciones intratables son aquellas donde el control de los costos es difícil, debido a la facilidad de trasladar los costos (en forma de plus de costos o formas similares).

##### 4.1 Monopolio Natural

Como lamenta Milton Friedman: “Desafortunadamente no hay una buena solución para el monopolio técnico, Sólo hay la elección entre tres males: el monopolio privado no regulado, monopolio privado regulado y operaciones gubernamentales” (1962, p.128). Todos tienen ventajas y desventajas. Cuál utilizar y cuándo, variará con los atributos del bien o servicio de que se trate.

De hecho se propuso una cuarta alternativa: utilizar un concurso *ex ante* de franquicias, para adjudicar el monopolio de la franquicia a la firma que ofrezca proveer los productos en los mejores términos. Aunque eso fue originalmente avanzado como una solución para todo y sin problemas para la cuestión del monopolio natural, resultó que las propuestas de franquicias también tienen problemas serios cuando los activos en cuestión no pueden redistribuirse (Williamson, 1976). Cuando, sin embargo, estos activos en cuestión son redistribuibles -como en el caso de las empresas de camiones y servicios de líneas aéreas locales- las propuestas de franquicias pueden suplantar la regulación con ganancias netas.

Como Victor Goldberg (1976) ha argumentado, en la mayoría de los servicios sometidos a condiciones de tasas de retorno las dificultades son inherentes a las transacciones. Las ventajas de una regulación son que proporciona un compromiso creíble para los inversores, (para protegerse de las expropiaciones) y para el consumidor (para protegerse de los precios monopolísticos). Estas regulaciones, sin embargo son costo-

sas en términos de desincentivación y de supervisión. También las firmas reguladas, en general disfrutan de ventajas frente a las familias cuando tratan con agencias reguladoras.

Las firmas reguladas están mejor informadas que sus clientes, están mejor representadas por especialistas internos, (abogados, ingenieros y representantes, cuyos costes se cancelan), tienen intereses bien enfocados y pueden conseguir pactos sutiles, (de los cuales un ejemplo es el llamado efecto puerta giratoria, donde los especialistas de la industria van a las agencias y viceversa). Esto es algo que los consumidores no pueden hacer. Que los agentes reguladores estén capturados hasta cierto grado por las firmas reguladas es un resultado común (Bernstein, 1955; Priest, 1993).

Esto no quiere decir, sin embargo, que las agencias reguladoras sean meras herramientas de las firmas reguladas. Tales firmas están en general restringidas en sus áreas de capacidad -ya que de otra forma podrían asumir trabajos para los que están insuficientemente dotadas, pero que sin embargo pueden trasladar los costos. Como consecuencia, se imponen normalmente límites en la integración vertical, incluso cuando se pueda enfocar como plausible la integración.

## 4.2 Dotación de la Defensa

La dotación de la Defensa a menudo presenta problemas similares. Una opción es que el Gobierno produzca para sus propias necesidades. Excepto tal vez en circunstancias muy especiales (el "Proyecto Manhattan" en la Segunda Guerra Mundial), lo que es raro. Los déficits de incentivos del Gobierno en la gestión de la producción (al contrario que en la investigación de base) son simplemente impresionantes. La provisión externa de armas especializadas a menudo, sin embargo, es un tema donde la competencia de un gran número de firmas cualificadas es imposible. Las inversiones especializadas implicadas asociadas al aprender con la práctica (especificidad de activos humanos), rápidamente convierten estas relaciones en una dependencia bilateral. Es más, los empleados que gestionan estos contratos, a menudo desarrollan una relación de simpatía con el contratista de la defensa. A menudo, incluso, debido a la incertidumbre de los costos, los contratos se obtienen con plus de costos (*de facto* si no *de jure*). Se desarrolla entonces una relación cuasi reguladora.

Aquí sin embargo hay salvaguardias, de las cuales la contratación externa es una de ellas. Así, a los contratistas primarios se les pide a menudo que subcontraten parte del trabajo. A veces esto tiene propósitos políticos, pero también puede servir para aplicar un racionalismo económico. Contando con que en las partes del trabajo que van a subcontratarse fuera la competencia sea factible (lo cual remite a menudo a la especificidad de activos), el contratar fuera puede ser un sistema de ahorro de costos comparado con la producción propia -y los que lo realizan trasladan los costos (por plus de costos o por renegociación)- por parte del primer contratista.

### 4.3 La Sanidad

James Robinson, describe la relación entre médicos y hospitales en el período del año 1920 hasta el año 1980 como “el taller del médico” donde el efectivo “control del hospital de la comunidad estaba a cargo de los médicos” Afirmaba, sin embargo, que el taller del médico contenía las semillas de su propia destrucción. La autonomía clínica y el control presupuestario *de facto* ejercido por los médicos orientados hacia procedimientos, que eran los predominantes en el personal facultativo, produjo un frenesí en los Estados Unidos, cuando los programas Medicare y Medicaid liberaron las restricciones monetarias de lo que podía hacerse y a qué precio (Robinson, 1996, p. 6). El costo de la asistencia médica se disparó <sup>4</sup>.

Como todo crecimiento exponencial, no era posible sostenerlo: la “espiral de uso, intensidad y gasto produjo un efecto de rebote por parte de los que debían pagar que llevó a lo que hoy se conoce como gestión de la sanidad”. Planes de salud, en vez de médicos individuales, han llegado a introducirse entre el hospital y sus posibles pacientes. A medida que los pacientes votaban con sus pies en favor de planes de gestión sanitaria con primas menores, el edificio tradicional de las relaciones médico-hospital iba cayendo (Robinson, 1996, p. 6).

Viendo la caída del “taller” de los médicos donde el hospital era un instrumento dócil, Robinson y Lawrence Casalino (1996) examinan dos formas de organización emergentes. El sistema de asistencia integrada verticalmente donde la organización de mantenimiento de la salud (HMO) contrata al médico y administra la planta médica y la forma híbrida en la cual los médicos se unen en asociaciones de clínicas individuales (IPA).

Como lo ven ellos, “la IPA se conceptualiza mejor como una organización médica en red, y realiza muchas de las funciones administrativas y contractuales iniciadas por grupos integrados pero sin una propiedad unificada ni una cultura de grupo interna” (Robinson y Casalino, 1996, p.13).

Robinson y Casalino concluyen que la elección no está en definirse entre sistemas integrados verticalmente de asistencia y la fragmentada industria de antaño, sino entre híbridos (redes complejas de contratación) y jerarquías (propiedad unificada y la relación de trabajo) (1996, p.19). También observó que los argumentos van de uno a otro lado y Robinson declara: que “no hay sólo una manera mejor” (1996, p. 31).

La sanidad está bastante fuera de mis competencias, pero ciertamente puede calificarse como una transacción intratable en cuanto es:

<sup>4</sup> La asistencia médica, como el gobierno, se ha beneficiado desde antiguo de la presunción de que los médicos (como los burócratas) eran agentes económicos benignos. Para una crítica reciente de la tradición de benignidad del gobierno, ver Avinash Dixit (1996)



1. Compleja
2. Es una relación contractual donde los médicos han disfrutado desde hace mucho una ventaja de información y
3. Es una transacción que puede ser subvertida por el traslado de los costos.

El esquema contractual extendido del esquema de la Figura 2 ofrece una explicación simplificada de lo que se trata.

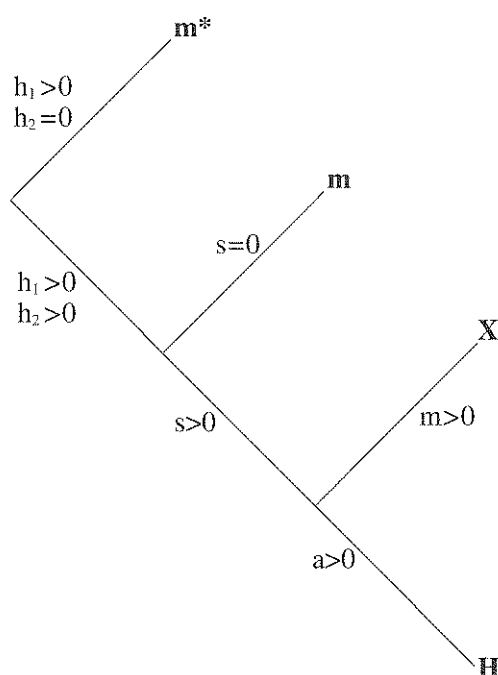


Figura 2. Esquema contractual extendido

Se proponen dos tipos de riesgos en la sanidad. El primero el riesgo diagnóstico ( $h_1$ ). El segundo es el riesgo de facturación ( $h_2$ ). La protección contra el primer tipo de riesgo la proporciona la relación fiduciaria, por la profesionalidad, el juramento hipocrático, por revisiones con los colegas (Arrow, 1963), y llevado al límite, juicios por mala práctica. Esta era la situación del taller del médico en el período anterior a Medicare y Medicaid ( $m^*$  en la Figura 2).

El riesgo adicional de un exceso de procedimientos médicos y de sobrefacturar que aparecen con el desplazamiento de costes ( $h_2$ ) es fácil. En ausencia de salvaguardias ( $s=0$ ), este es el “taller del médico” en 1980 ( $\bar{m}$  en la Figura 2). La aparición de una sanidad gestionada introduce una salvaguardia ( $s>0$ ), la cual induce una de dos respuestas organizativas. Los médicos pueden cumplir con este requisito mediante la contratación a largo plazo ( $m>0$ ) creando unas organizaciones híbridas (X), que Robinson y Casalino refieren como la “integración virtual”. Estas organizaciones conservan una considerable autonomía dentro de la red aunque se les impone regulaciones en lo que

respecta a organización y financiación. La otra alternativa es la jerarquía (H), que funciona a través de la administración ( $a > 0$ ). Esta es la respuesta de la integración vertical donde los médicos se convierten en los empleados y nace una propiedad común.

Para estar seguros, aparecen otros problemas de costes de transacción: ¿qué especialistas deben entrar en la red (X) y quiénes no? Esto tiene correspondencia con la decisión del hacer o comprar (Robinson, 1996, p. 14). También la estructura de la jerarquía es una variable de decisión. Igualmente, dentro de la jerarquía (H) se debe decidir sobre la adopción de integración vertical que puede ser centralizada (unitaria) y descentralizada, (que podría ser multidivisión o empresa tipo *holding*) lo cual debe decidirse dentro de la jerarquía.

Todo esto es muy simplista y a lo más puede ser una sugerencia. En un área donde reina la confusión, los esfuerzos por aplicar diferentes ópticas -de las cuales la economía de costes de transacción es solo una- son muy recomendables. La acción a fin de cuentas reside en los detalles. Aquellos con conocimiento profundo tendrán que examinar los riesgos y la estructura de gobierno y elegir una vez informados.

## 5. CONCLUSIONES

La economía de costes de transacción es solo una de varias nuevas ópticas que se han desarrollado recientemente para el estudio de la organización económica. La teoría de las agencias (Jensen y Meckling, 1976; Holstrom, 1979; Milgrom y Roberts, 1992) es la segunda. Las capacidades dinámicas aspira a ser la tercera (Tee y Pisano, 1994). Cada una informa sobre diferentes atributos del problema. Estas tres son complementarias.

Como se ha desarrollado en este texto, la óptica de los costes de transacción fue construida para desempacar las incógnitas de la integración vertical en la fabricación. Desde allí, ha llegado a examinar una gran variedad de fenómenos contractuales, que felizmente resultan ser variaciones de unos pocos temas de economía de costes de transacción donde las más prominentes son las siguientes:

1. Contrataciones incompletas pero proyectadas a largo plazo en las cuales la actividad radica en los detalles de las transacciones y las estructuras de gobernabilidad.
2. La mitigación de los riesgos.

Las aplicaciones a las transacciones intratables son lógicamente difíciles, pero es en ellas donde la economía de costes de transacción puede ser y ha sido aplicada. Las transacciones en la sanidad son a menudo intratables y presentan un gran reto -al que yo creo que la economía de costes de transacción puede aportar un esclarecimiento y ayudar a evitar los errores.

En relación con esto último, está la observación de Robinson: “la sabiduría popular” respecto de las políticas de salud es que la integración vertical (H), es la respuesta. Después comenta que la integración vertical es la forma de organización de último recurso de la economía de costes de transacción y se pregunta si está garantizada más atención sobre los límites de la integración y los méritos de los híbridos (X) (Robinson, 1996, p. 26).

También son importantes las referencias a las excepciones antitrust para los médicos que forman redes y comparten información sobre precios<sup>5</sup>. Una vez más, estos son temas donde aquellos con conocimiento profundo de la sanidad tienen toda la ventaja.

## DEBATE:

### PREGUNTA 1:

¿Reformular la teoría en base a ideología y variables éticas?

### PREGUNTA 2:

Ante un financiador único, ¿puede no mejorar la eficiencia?

### PREGUNTA 3:

La innovación no mejora la eficiencia

### PREGUNTA 4

Ventajas y desventajas del uso de la jerarquía.

Estoy de acuerdo en lo que los sociólogos llaman alojamiento, que son condiciones de fondo que incluyen un fondo social que puede abarcar la religión, costumbres, tradiciones etc., que tienen una influencia en la conducta de las personas. Dentro de sociedades que tienen un mismo fondo están menos sujetas al oportunismo de los agentes pero reconociendo que en ellos habrá condiciones fuertes o débiles que influyen su grado de manifestación. Creo que la formación del médico y de los abogados y cómo se comportan, es también importante sensibilizarles sobre la naturaleza de las obligaciones contractuales implícitas o explícitas que han aceptado. La idea que los médicos son diferentes del resto en relación con esto, creo que a lo más será una cuestión de grado. Decir que el médico va a hacer todo lo que puede por el paciente, se puede decir que un abogado va a hacer todo lo que pueda por su cliente, se puede decir que los gerentes van a hacer todo lo que puedan por sus accionistas, que los políticos van a hacer todo lo que puedan por todos nosotros y yo digo que eso son palpables tonterías. Todos tienen sus propios intereses que se entrometen hasta cierto grado y esto no es querer decir que todos son tramposos ni que no se debería confiar en ellos. Pero sin embargo se puede caer en esto y yo diría que tenemos que ser simétricos al reco-

5 Ver Robert Pear, “Doctor’s may get leeway to rival large Companies”, *New York Times*, April 8, 1996, pp. A1, A10.

nocerlo. Todos ellos están sometidos a límites de competencia cognitiva y todos ellos están sujetos a conflictos de intereses en algún momento y cuando aparecen, no deberíamos esperar que siempre lo van a resolver de esta forma de fracaso público.

Yo diría que en el campo de la salud, y otros, esto es importante. Diría que las condiciones de alojamiento en una sociedad es algo que se ha olvidado y deberíamos hacer más pero una vez hecho eso, vamos a tener grados de oportunismo que contener y con ello la organización permanecerá siendo importante y de hecho, si se elimina el oportunismo, se elimina completamente la necesidad de llevar las transacciones fuera del mercado y organizarlas internamente. Si se elimina el oportunismo se puede contratar con todas estas contingencias sin ningún problema, simplemente pidiéndole a la gente que aplique sus acciones de buena fe, cuando quiera que se confronten con sus elecciones. La razón de crear las jerarquías y las salvaguardias contractuales son precisamente porque aunque la gente desee mantener lo escrito, cuando se enfrentan a conflictos necesitan formas adicionales de restricción con el objeto de realizar sus actos más confiadamente y en concordancia con resultados de alto rendimiento.

Ahora, los problemas de relaciones contractuales en condiciones de monopolio bilateral en la salud.

No tengo razones para creer que la situación se salga de la línea que Ud. ha descrito, simplemente no tengo un conocimiento suficientemente amplio de España o el Reino Unido y las comparaciones de Estados Unidos para juzgar los méritos de manera informada. Lo que sí diría y realmente no sé mucho de como funciona esto. Pero sí creo que la sanidad gestionada en EEUU y específicamente en California, ha estado presionando al estamento médico para encontrar formas de controlar su gasto de una forma para lo que no estaban preparados anteriormente. Como dice Robinson: hemos abierto las compuertas a los excesos de gastos con el Medicaid y Medicare y el sistema es insostenible y tenía que llegar algún tipo de respuesta. La sanidad gestionada ha sido implementada por la universidad de California. Lo han puesto de forma que tienen una población de pacientes que esencialmente van a ofertar y tu vienes y me dices qué tipo de programa de bajo costo tienes y vas a proporcionar y luego tienes que vivir dentro de esos márgenes y si para el año siguiente no ha funcionado se ajusta la oferta, pero sin embargo algunos de estos posibles proveedores se van a eliminar, simplemente porque no aparecerán con propuestas atractivas. Como ha visto la gente de la Universidad de California que están presentando la oferta. De manera que resulta que hay alguna relación con la idea de ofertar en franquicia, pero de forma que las ofertas se renuevan frecuentemente y puede que con el tiempo haya una que los ofertantes vean que tienen interés en no competir en lo que les haya ido bien hasta ese momento y no sobreviva. Yo creo que es una innovación interesante e importante y espero que la legislación u otras acciones no la anulen.

Sobre el principio de eficiencia y la sugerencia de North de que no se obtiene: Creo que toda la evidencia apunta a lo contrario. El hecho que vemos todos los costos

de todos equipos electrónicos, coches, mecanismos de alto rendimiento y otros bajan con el tiempo como resultado de la competencia etc. Creo que la competencia internacional también es importante en coches. Es difícil de movilizar en relación con los servicios porque se dan más hacia un tipo de competencia local, y en comunidades pequeñas al menos, sería difícil orquestar esta sanidad gestionada. Eso es más inherente a áreas metropolitanas más grandes. El área de San Francisco y California de Norte se aplica pero si se va al norte del valle o sitios remotos del país, puede que no se obtenga tan bien.

Pero la innovación y la recompensa de la innovación, que yo entienda es insuficiente, pero Schumpeter tiene un concepto interesante. No creo que se haya desarrollado con mucho sentido pero básicamente lo que él urge es tener confianza en los procesos que él llama Atrasmisión (*handing on*) donde los innovadores llegan con nuevas trampas para ratones, nuevos productos, nuevos servicios e inicialmente cobran un margen amplio porque es mejor de lo que hay por ahí y cuesta menos de lo que hay disponible y ese margen sobrevive durante un tiempo pero la competencia busca constantemente formas de imitar y muy pocos servicios no pueden ser imitados hasta cierto grado de una forma u otra. A medida que aparecen las imitaciones, empezaremos a crear competencia entre el producto original nuevo y los potenciales proveedores y esto comienza a erosionar los márgenes, lo que ocurre es que se está transmitiendo en un curso, esto es, que las ventajas originales se transmiten en forma de reducción de costos, se empuja hasta el nivel de precios y este proceso sigue más o menos continuamente. Quizás haya algunas áreas donde ha funcionado tan mal que no se tiene confianza en absoluto pero creo que en general, la innovación en el contexto de la competencia a veces tarda algo en desarrollarse. Sin embargo las oportunidades están allí. Es difícil negar que los innovadores con capacidad aparezcan y lleguen a bajar los precios en niveles de costo aproximados así que yo creo que la evidencia demuestra todo lo contrario, pero entiendo lo que dice sobre North.

En relación con la jerarquía, voy a dejar los grupos de actividades para más tarde porque los agrupamientos pueden ser importantes. Vamos a asumir en principio que estamos hablando de actividades individuales y la lavandería está separada de radiología y la farmacia y no tenemos ningún efecto de interacción.

Primero describimos los atributos de la transacción en cuestión. Sabemos donde está la lavandería y sus posibilidades y luego describimos las posibilidades de hacerlo. Una podría ser, una oferta una vez al mes o al año y que se aplique un contrato razonable a corto plazo. Alguien viene y promete ser el proveedor al menor costo y cogemos simplemente la oferta de menor costo. Otra posibilidad es que tengamos un contrato a largo plazo y si lo tenemos, con un algún tipo de razón obligatoria para hacerlo. Tenemos razones para creer que las dimensiones sin precio están asociadas con lo que queremos introducir en la situación de contratación. Y también más allá podríamos y estoy seguro que muchos hospitales lo hacen, decidir llevarlo a cabo ellos mismos. Esa sería la opción más extrema en caso de no haber ningún tipo de competencia de ofertas.

Bueno, hay un trabajo que hice en 1991 que intentaba identificar cuáles eran las dimensiones críticas para describir modos alternativos de organización. Una de estas dimensiones es las características de los incentivos que se asocian con este modo de organización de los contratos; otro es la administración de controles, un tercero es la ley implícita de contratos que gobierna las disputas y que la verdaderamente crítica dimensión de rendimiento que hay en relación con esto son aquellas que estábamos hablando esta mañana, esto es la adaptación. La adaptación autónoma, en respuesta a disturbios externos y la adaptación cooperativa en respuesta a la necesidad de hacer que las cosas salgan bien entre agentes dependientes de forma cooperativa. Dejemos estos temas de adaptación a un lado por el momento y veamos físicamente lo que caracteriza los mercados con incentivos de gran potencia. Tienen niveles de control administrativo relativamente modestos y funcionan de forma muy legalista. Si tenemos una disputa vamos al juzgado. Esta forma híbrida de contratación da origen a algo menos intensidad en los incentivos con la participación adicional de auditorías y controles y es un grado intermedio de lo que algunos abogados refieren como marco del contratista que se opone al contrato con regulaciones legales. Así que es semi legalista pero no está tan lleno de legalidad en las ideas que los agentes van a trabajar cuando aparezcan diferencias entre ellos y solo en circunstancias extremas irían a los tribunales. La tercera alternativa en jerarquía es los incentivos más débiles. La gente en esta organización no pueden apropiarse de los recibos netos que se asocian a su actividad de una forma eficaz. Por lo tanto lleva asociados muchos controles y administración y costos burocráticos que aparecen en esta cuenta. Pero sí tiene la propiedad que cuando hay una disputa tenemos el beneficio que he mencionado anteriormente que es la ley del refrenamiento y la organización interna se convierte en un tribunal de último recurso. Y así la idea es que, si tenemos una transacción simple yo diría que... bueno, las lavanderías son transacciones bastante simples. Si tenemos que ir al mercado, si hay problemas asociados con ello por alguna razón, entonces se podría considerar un contrato a menor plazo con relaciones de tipo híbrido. Solo como cuestión de último recurso, querríamos quitar esta transacción del mercado y organizarla internamente, así que mi sugerencia, sin que alguien proporcione razones de peso sobre lo contrario, sería que la lavandería es un excelente tema para contratar fuera.

## Bibliografía

- Alchian, Armen, 1984. "Specificity, Specialization, and Coalitions", *Journal of Institutions and Theoretical Economics*, 140 (March): 34-49.
- and H. Demsetz 1972. "Production, Information Costs, and Economic Organization", *American Economic Review*, 52 (December): 777-795.
- Arrow, Kenneth J. 1962. "Economic Welfare and the Allocation of Resources of Invention", In National Bureau of Economic Research, ed. *The Rate and Direction of Inventive Activity: Economic and Social Factors*. Princeton, N.J.: Princeton University Press.
- . 1963. "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care", *American Economic Review*, 53 (December): 941-973.

—. 1969. "The organization of Economic Activity: Issues Pertinent to the Choise of Market Versus Nonmarket Allocation". In *The Analisis and Evaluation of Public Expendidure: The PPB System*. Vol. 1. U.S. Joint Economis Committee, 91 st Cong., 1 st sess. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, pp. 59-73.

Bain, Joe. 1956. *Barriers to New Competition*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

—. 1968. *Industrial Organization*. New York: Wiley.

Barnard, Chester. 1938. *The Function of the Executive*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Barzel, Yoram, 1982. "Measurement Cost and the Organization of Markets", *Journal of Law and Economics*, 25 (April): 27-48.

Ben- Porath, Yoram. 1980. "The F-Connnection: families, Friends, and Firms and the organization of Exchange", *Population and Developement Review*, 6 (March): 1-30.

Buttrick, J. 1952. "The Inside Contracting System", *Journal of Economic History*, 12 (Summer): 205-221.

Coase, Ronald H. 1937. "The Nature of the Firm", *Economica N.S.*, 4: 386-405.

—.1972." Industrial Organization: A Proposal for Research". In V.R, Fuchs, ed. *Policy Issues and Research Opportunities in Industrial Organization*. New York: National Bureau of Economic Research, pp. 59-73.

—. 1978. " Economics and Contiguous Disciplines, " *Journal of Legal Studies*, 7: 201-211.

Commons, John R. 1932. "The Problem of Correlation Law, Economics and Ethics", *Wisconsin Law Review*, 8: 3-26.

—. 1934. *Institutional Economics*. Madison: University of Wisconsin Press.

Demsetz, Harold. 1988. "The Theory of Firm Revisited", *Journal of Law, Economics, and Organitation*, 4: 141-162.

Disit, Avinash, 1996. *The Making of Economic Policy: A Transaction Cost Politics Perspective*. Princeton, N.J.: Princeton University Press.

Friedman, Milton. 1962. *Capitalism and Freedom*. Chicago: University of Chicago Press.

Ghoshal, Sumantra and Peter Moran. 1996. "Bad for Practice: A Critique of the Transaction Cost Theory". *Academy of Management Review*. 21 (No. 1): 13-47.

Golderg, Victor. 1976. "Regulation and Admnistered Contracts", *Bell Journal of Economics*, 7 (Autumn): 426-4452.

Heide, Jan and George John. 1988. "The Role of Dependence Balancing in Safeguarding transaction-Specific Assets in Conventional Channels", *Journal of Marketing*. 52 (January): 20-35.

Holmstrom, Bengt. 1979. "Moral Hazard and Observability", *Bell Journal of Economics*, 10 (Spring): 74-91.

— and Paul Milgrom. 1991. "Multi-Task principal- Agent Analysis". *Journal of Law, Economics, and Organization*, 7 (special issue): 24-52.

- Jensen, Michael and William Meckling. 1976. "Theory of the Firm: Managerial Behavior, Agency Costs, and Capital Structure", *Journal of Financial Economics*, 3 (October): 305-360.
- Kenney, Roy and Benjamin Klein. 1983. "The Economics of Block Booking", *Journal of Law and Economics*, 26 (October): 497-540.
- Klein, Benjamin and Keith B. Leffler. 1981. "The Role of Market Forces in Assuring Contractual Performance", *Journal of Political Economy*, 89 (August): 615-641.
- , R.A. Crawford, and A.A. Alchian. 1978. "Vertical Integration, Appropriable Rents, and the Competitive Contracting Process", *Journal of Law and Economics*, 21 (October): 297-326.
- Knight, Frank. 1965. *Risk, Uncertainty, and Profit*. New York: Harper & Row.
- Levy, Brian and Pablo Spiller. 1994. "The Institutional Foundations of Regulatory Commitment", *Journal of Law, Economics, and Organization*, 9 (Fall): 201-246.
- Macneil, Ian R. 1974. "The Many Futures of Contracts", *Southern California Law Review*, 47 (May): 691-816.
- Marshall, Alfred. 1920. *Principles of Economics*. 8th Edition. London: Macmillan.
- Masten, Scott. 1988. "A Legal Basis for the Firm", *Journal of Law, Economics, and Organization*, 4 (Spring): 181-198.
- , James Meehan Jr, and Edward Snyder. 1991. "The Costs of Organization", *Journal of Law, Economics, and Organization*, 7 (Spring): 1-22.
- McKenzie, Lionel. 1951. "Ideal Output and the Interdependence of Firm", *Economic Journal*, 61 (December): 785-803.
- Michel, Robert, 1966. *Political Parties*. Glencoe, IL: The Free Press.
- Milgrom, Paul and John Robert. 1992. *Economics, Organization, and Management*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- North, Douglass and Barry Weingast. 1989. "Constitution and Commitment: The Evolution of Institutions Governing Public Choice in 17th Century England", *Journal of Economic History*, 49 (December): 803-832.
- Pear, Robert, 1996, "Doctor's May Get Leeway to Rival Large Companies", *New York Times*, April 8, pp. A1, A10.
- Priest, Georges. 1993. "The Origins of Utility Regulation and the *Theories of Regulation Debate*", *Journal of Law and Economics*, 36 (April): 289-323.
- Robinson, James. 1996. "Physician-Hospital Integration and the Economic Theory of the Firm", unpublished manuscript, School of Public Health, University of California, Berkeley.
- and Lawrence Casalino. 1996. "Vertical Integration and Organizational Networks in Health Care", *Health Affairs*, 15 (Spring): 7-22.
- Salop, S. and D. Scheffman. 1983. "Raising Rival's Costs", *American Economic Review*, 73 (May): 267-271.
- Schultz, Georges. 1995. "Economics in Action: Ideas, Institutions, Politics", *American Economic Review*, 85 (May): 1-8.



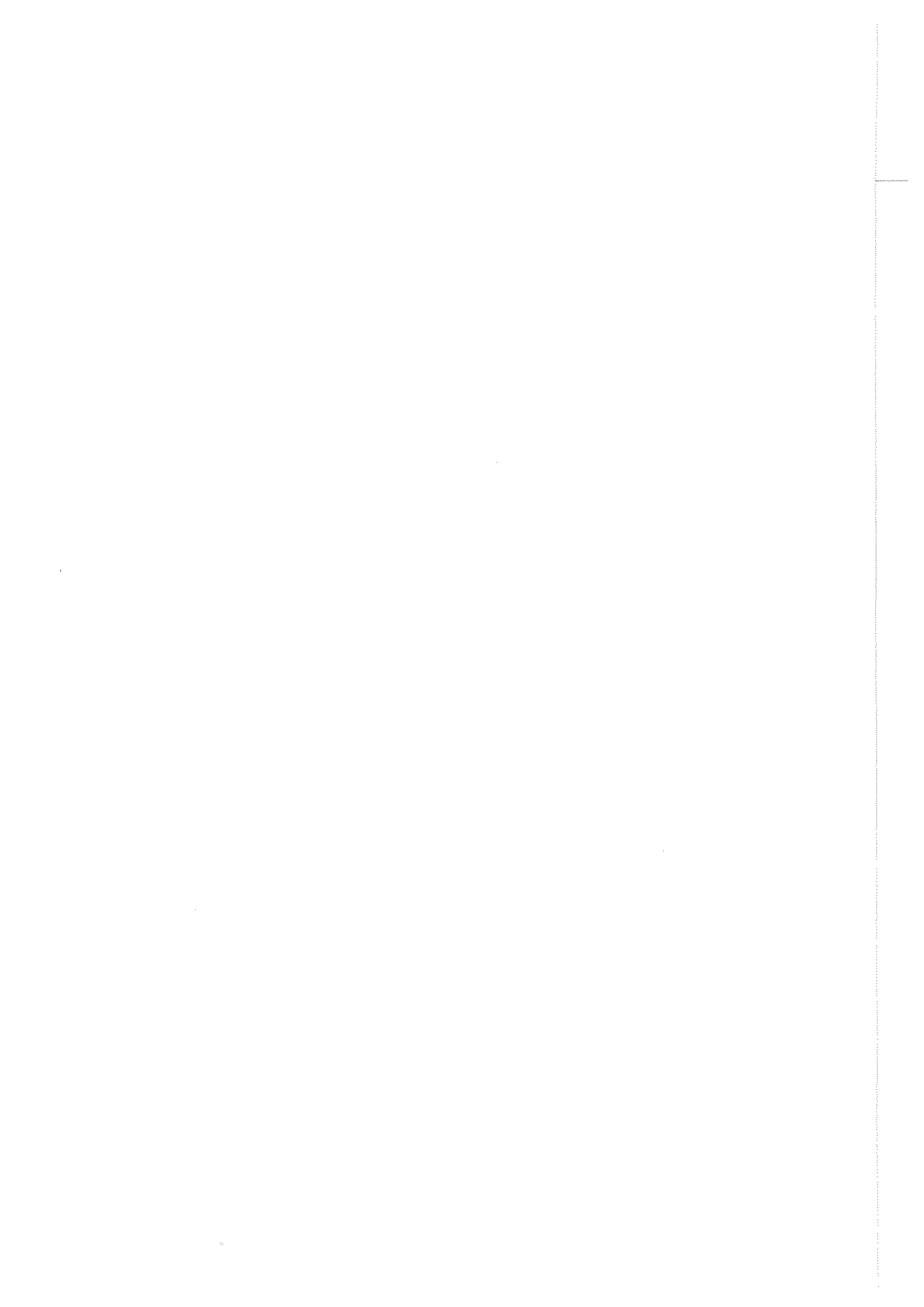
- Simon, Herbert. 1951. "A Formal Theory of the Employment Relation", *Econometrica*, 19 (July): 293-305.
- . 1978. "Rationality as Process and as Product of Thought", *American Economic Review*, 68 (May): 1-16.
- . 1985. "Human Nature in Politics: The Dialogue of Psychology with Political Science". *American Political Science Review*, 79: 293-304.
- Stigler, G.J. 1951. "The Division of labor Is Limited by the Extent of the Market", *Journal of Political Economy*, 59 (June): 185-93.
- . 1955. "Mergers and Preventive Antitrust Policy", *University of Pennsylvania Law Review*, 104: 176-185.
- Teece, David J. 1986. "Profiting from Technological Innovation", *Research Policy*, 15 (December): 285-305.
- and Gary Pisano. 1994. "The Dynamic Capabilities of Firm: An Introduction", *Industrial and Corporate Change*, 3( 3): 537-556.
- Telser, L. 1981. "A Theory of Self-Enforcing Agreements", *Journal of Business*, 53 (February): 27-44.
- Williamson, Oliver E. 1971. "The Vertical Integration of Production: Market Failure Considerations", *American Economic Review*, 61 (May): 112-123.
- . 1976. "Franchise Bidding for Natural monopolies. In General and with Respect to CATV", *Bell Journal of Economics*, 7 (Spring): 73-104.
- . 1983. "Credible Commitments: Using Hostages to Support Exchange", *American Economic Review*, 73 (September): 519-40.
- . 1985. *The Economic Institution of Capitalism*. New York: Free Press.
- . 1991. "Comparative Economic Organization: The Analysis of Discrete Structural Alternatives". *Administrative Sciences Quarterly*, 36 (June): 269-296.
- . 1996a. *The Mechanisms of Governance*. New York: Oxford University Press.
- . 1996b. "Economic Organization: The Case for Candor", *Academy of Management Review*, 21 (No. 1): 48-57.
- and Scott Masten, eds. 1995. *Transaction Cost Economics*, Vols. 1 and 2, Aldershot, England: Edward Elgar.

*Factores explicativos  
de la articulación entre  
niveles asistenciales*

VICENTE ORTÚN RUBIO

*Profesor de Ciencias Económicas  
Departamento de Economía y Empresa  
Universidad Pompeu Fabra  
Barcelona. España*

*Conferencia presentada en el Seminario "Alternativas de Integración  
de Niveles Asistenciales" celebrado en la EASP. Granada, España.*



# FACTORES EXPLICATIVOS DE LA ARTICULACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES

## 1. INTRODUCCIÓN

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 y la atención sociosanitaria. 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 enrocamiento de los "proveedores habituales".

Este artículo se centra en los factores explicativos de la articulación entre la atención primaria y la atención especializada. En este primer epígrafe se analizan los factores institucionales y en el segundo los factores tecnológicos. La perspectiva económica se desarrolla en el tercer epígrafe y la perspectiva sanitaria en el cuarto. Ambas perspectivas se aplican a la situación española para poder establecer unas conclusiones en el quinto y último epígrafe.

## 2. FACTORES INSTITUCIONALES

### **Regulación existente**

Los rasgos más relevantes para el tema que nos ocupa son los derivados de las estructuras burocráticas del INSALUD y los Servicios Regionales de Salud, caracterizadas por una elevada producción pública de servicios y sometimiento al derecho administrativo (Martín, 1996; Freire, 1996).

Los Organismos Autónomos de carácter administrativo son la forma jurídica predominante en la organización sanitaria española. Aunque INSALUD e Instituto Catalán de la Salud se configuran como organismos gestores de la Seguridad Social, para los efectos jurídico-administrativos su funcionamiento es igual al de los Organismos Autónomos Administrativos: los bienes asignados a tales organismos conservan su calificación jurídica originaria, las obras se contratan y ejecutan según el sistema general establecido por el Estado, la intervención fiscaliza derechos y obligaciones, ingresos y pagos, el personal tiene carácter cuasi-funcionario (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 dotarse de un marco no adecuado a la naturaleza de la prestación sanitaria. No se ha

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

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 situados para constituirse en el embrión de los futuros proveedores integrados y participar en consorcios que gestionan la atención primaria<sup>1</sup> pese a que ésta sea la vía que presenta más peligros para que la atención primaria sea la puerta de entrada al sistema (Planes, 1996). A 13 de noviembre de 1996, 22 de las 203 Áreas Básicas de Salud de Cataluña están siendo gestionadas por entidades distintas del Institut Català de la Salut: Son consorcios (Baix Empordà, Barcelona, Mataró, La Selva...), fundaciones (Sta Tecla...), mutuas (Terrassa) o sociedades anónimas (SAGESSA) de base hospitalaria con la excepción de la Sociedad Limitada integrada por médicos de familia que gestiona una parte de la atención primaria de Vic<sup>2</sup>.

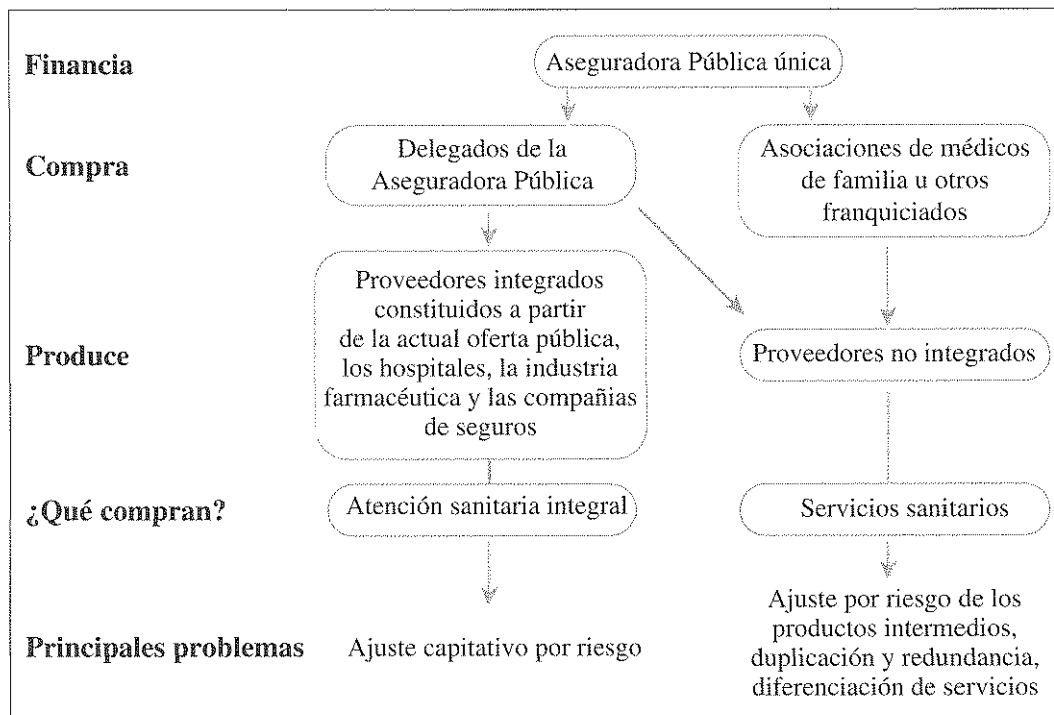


Gráfico 1. Financiación, compra y producción en España.

1 La atención primaria o las prisiones. Cualquier persona que reflexione sobre su experiencia gestora en la Administración Sanitaria puede darse cuenta de cómo los problemas tienden a solucionarse por el frente que presenta menor resistencia.

2 El Instituto Catalán de Servicios Médicos S.A., constituido en 1988, fue la primera sociedad integrada por médicos que gestionó la A.P. en Cataluña. El Consorcio Hospitalario de Barcelona actúa como comprador de servicios de A.P. en el Área Básica de Salud (ABS) de Barcelona. También, desde 1995 el PAMEM compra los servicios de A.P. a la Sociedad Limitada que gestiona el ABS de Villa Olímpica. No se trata, pues, del caso más habitual de predominio hospitalario por la vía de la gestión, sino del poder de compra.

Si se evolucionara hacia productores integrados -verticalmente integrados- que compitieran entre sí, éstos optarían por las fórmulas organizativas más eficientes (aquéllas que minimizaran los costes conjuntos de producción y transacción) supuesta una cierta competencia entre proveedores<sup>3</sup>.

En el sistema sanitario español existen varias dificultades para una competencia basada en precios<sup>4</sup> tanto entre proveedores integrados como entre centros sanitarios: políticas unas, técnicas las otras.

Entre las dificultades políticas destaca la competencia que destruye y altera el *status quo*, lo que no siempre se desea. Los datos asistenciales y económicos de los que se dispone en la actualidad permiten ya una competencia entre hospitales mayor de la que parece políticamente deseable. De no resolverse la actual falta de transparencia en el proceso decisional acerca de cómo se financian los centros, la separación del comprador de servicios del poder político podría ser necesaria en un futuro (López i Casanovas, 1996), (para aislar el establecimiento político de prioridades de la determinación técnica de cómo cumplirlas mejor).

Entre las dificultades técnicas comunes a la competencia entre proveedores integrados y entre proveedores no integrados, destacan las derivadas de la presencia de monopolios naturales o de la dificultad de medir el producto incorporando suficientemente la dimensión de calidad. Todas las dimensiones del producto que no se midan aparecerán indebidamente como ineficiencia<sup>5</sup>.

Una dificultad técnica específica de la compra de atención sanitaria integral es la de controlar la cantidad y calidad de los servicios así como el ajustar por riesgo el pago capitativo para evitar comportamientos de selección de riesgos.

- 
- 3 En un contexto de separación entre financiación y producción de servicios la competencia nominal entre oligopolios de base hospitalaria no mejorará la eficiencia si no se diseña para favorecer la innovación organizativa y la adaptación al cambio y las necesidades sociales (Zweifel y Eichenberger, 1992).
  - 4 La competencia basada en precios pone unos límites a los centros sanitarios en función de su eficiencia relativa. Los efectos generales de la competencia dependen de cómo ésta se regule: tanto puede originar una reducción en costes como un aumento por duplicación y especialización innecesaria que lleva a excesos de capacidad y utilización inadecuada.
  - 5 Los asesores de las autoridades sanitarias, conscientes de este hecho (tal vez porque algún familiar fue diagnosticado/a recientemente de, por ejemplo, leucemia y apreciaron la ingente cantidad de tiempo y el derroche de calidez de distintos profesionales sanitarios empleados a fondo en proporcionar información y consuelo) aplican con cautela sus análisis, paramétricos y no paramétricos, de la eficiencia. Los asesores conocen que su medida del producto no acaba de incorporar todas las dimensiones de calidad pero que si se comparan servicios homogéneos entre unidades técnicas de decisión muy pequeñas los resultados son válidos. El financiador oír al asesor y tal vez intentará mejorar la eficiencia social, con las restricciones que los intereses creados imponen, en base a tres estrategias:
    - a. Utilizar precios cuando sea posible.
    - b. Potenciar la efectividad médica y el empleo de guías de buena práctica como requisito de eficiencia. Elaborar y difundir información sobre efectividad (Chassin et al., 1996).
    - c. Dirigir la financiación hacia los centros (si alguna vez llegan a ser autónomos y responsables) de mayor eficiencia con una prudencia proporcional a las dificultades de incorporación de las dimensiones ocultas de los servicios -especialmente la calidad- a las medidas del producto empleadas. Una buena política de participación ciudadana puede complementar, e incluso suplir con ventaja, muchas deficiencias tecnocráticas.

Otra dificultad técnica específica de la compra de servicios sanitarios es la de ajustar la medida de producto intermedio por aquellas variables que el proveedor no controla, así como la de fomentar la necesaria colaboración entre niveles que compiten entre sí.

Por otra parte, al no disponer de evidencia empírica sobre lo que ocurrirá en el futuro (la evidencia empírica sobre, por ejemplo, la capacidad resolutoria de los diferentes niveles asistenciales constituiría la mejor forma de prescribir política-basada-en-la-evidencia<sup>6</sup>) debe argumentarse según razonamientos apriorísticos y no esperar de un mercado inexistente lo que ha de iniciarse con un cambio de las actuales reglas de juego (la regulación referida al inicio de este trabajo).

Habrà, por tanto, que optar entre proveedores integrados o no integrados (cuestión regulatoria). La forma de presupuestar -en la actualidad- o comprar -en el futuro- señalará la opción.

Si se continúa presupuestando/comprando servicios sanitarios a proveedores no integrados 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 se favorece la cooperación entre niveles ya que ni la retención de pacientes ni la actividad por la actividad favorece a ninguno de los niveles asistenciales en un juego de suma cero.

### 3. FACTORES TECNOLÓGICOS

El cambio tecnológico y el cambio organizativo se producen conjuntamente, aunque en proporciones variables dada la sustituibilidad existente entre los mismos. En la más somera observación del sector sanitario se aprecia una intensa innovación tecnológica y una relativamente escasa innovación organizativa.

La competencia, y en primera instancia la supervivencia, constituye el motor de cualquier innovación. Una serie de supuestos técnicos e institucionales deben cumplirse para que un mercado sea competitivo y la innovación que en él se produzca contribuya al bienestar social (Milgrom y Roberts: 1993, págs 344-360). En el sector sanitario la práctica ausencia de competencia basada en precios o, máxime, la presencia de competencia monopolista, basada en la diferenciación de producto, tiene profundas implicaciones tanto en la innovación organizativa como en la innovación tecnológica.

El Gráfico 2 ordena los distintos tipos de innovaciones relevantes en el sector sanitario. Este epígrafe comentará cada una de ellas.

6 Como ilustración de este tipo de evidencia en el que basar las prescripciones de política sanitaria en cuanto a las relaciones entre niveles asistenciales, véase por ejemplo el estudio de la capacidad resolutoria del mal de espalda de tres diferentes tipos de profesionales sanitarios: los médicos de atención primaria, los quiroprácticos y los cirujanos ortopédicos (Carey et al., 1995).

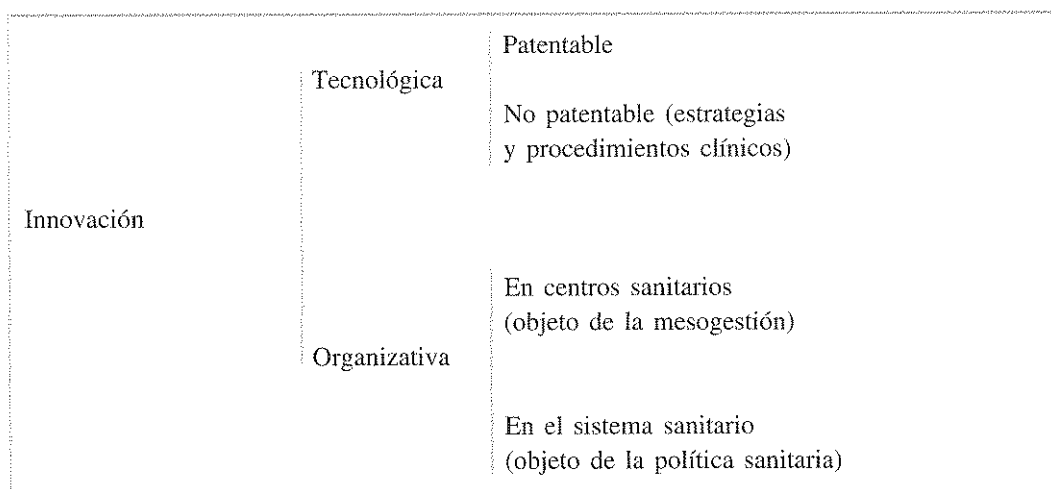


Gráfico 2. Tipos de innovación.

### Innovación tecnológica

La mayor parte de la innovación tecnológica es apropiable (patentable) por las empresas que suministran al sector sanitario y contribuye a diferenciar el producto dentro del marco de competencia monopolista que mejor caracteriza a los servicios sanitarios. Parte de la innovación (procedimientos y estrategias clínicas por ejemplo) no es, en cambio, apropiable y tiene características de bien público.

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 el paciente de sida, o el diabético no insulino dependiente?) viene dado por la capacidad resolutoria de cada nivel. Pese a que el grado de resolución de un problema determinado por dos o más "proveedores" alternativos debe establecerse empíricamente, a priori puede decirse que el médico de familia necesita una frecuencia mínima de aparición de un problema determinado para mantener la capacidad de tratarlo.

Los problemas muy infrecuentes deberían ser referidos al especialista, pero el médico general debe tener, al menos, los conocimientos y las habilidades necesarios para detectarlos. Así, si el mantenimiento de la competencia exige atender cada tres meses a un problema determinado (diabetes insulino dependiente, por ej.), si de este problema determinado el paciente realiza dos visitas en un año, se precisan dos pacientes con el problema en cuestión para mantener la competencia (dos pacientes por dos visitas igual a cuatro visitas al año, una cada tres meses). 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 uno por mil.



### **Cambio organizativo en centros sanitarios**

Han existido sin duda innovaciones organizativas en los centros sanitarios españoles. A título de ejemplo se relacionan algunas a continuación:

- Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria, Hospital de Viladecans
- Descentralización de la gestión de la Atención Primaria en Mallorca
- Privatización de la gestión de servicios sanitarios sin cambio de titularidad (Hospital de Marbella, Hospital de Verín, Instituto de Diagnóstico por la Imagen de Cataluña, Alta Tecnología Sanitaria en el País Vasco...)
- Hotel de pacientes, Hospital Juan Canalejo de La Coruña
- Externalización de servicios generales y comunes
- Carrera profesional de médicos, Hospital Clínico de Barcelona
- Sistemas de incentivos para gestores, Andalucía

Los centros sanitarios cambian cuando lo hacen las tecnologías que usan o el entorno en que operan.

El entorno demográfico, epidemiológico y económico cambia en el sentido por todos conocido: envejecimiento, desplazamiento de la carga de morbilidad hacia las enfermedades crónicas, e incorporación creciente del criterio de eficiencia a todos los aspectos de la gestión sanitaria.

En general, la respuesta de las organizaciones a los cambios en la tecnología y en el entorno depende de las instituciones de un país. Estas instituciones dictan las oportunidades de maximización para la organización en el sentido de la eficiencia social o en el sentido de las prácticas monopolistas, el crimen o la corrupción (North, 1990).

Un entorno institucional burocrático (que pese a la connotación negativa del término burocrático podría ser el más adecuado) provoca relativamente pocos cambios organizativos. La supervivencia está asegurada y quien se mueve no sale en la foto.

### **Cambio organizativo en el sistema sanitario**

La asociación entre gestión sanitaria y gestión hospitalaria resulta como mínimo incompleta y como máximo falsa. Los gestores hospitalarios -con poca capacidad para "desplazarse por las isocuantas"- administran más que gestionan. Los auténticos frentes de gestión sanitaria están en la macrogestión (la política) y en la microgestión sanitaria (la clínica).

El buen funcionamiento de un sistema sanitario va más allá del buen funcionamiento de los centros que lo integran. Han sido innovaciones en organización sanitaria la actuación sobre los determinantes de la salud (Lalonde) o la orientación de los sistemas hacia la atención primaria. Está siendo innovación el enraizamiento de la gestión

clínica que obliga a plantearse cómo dotar a los decisores claves del sistema -los médicos- con los incentivos, información e infraestructura precisa para efectuar las decisiones clínicas de una forma coste-efectiva.

#### 4. PERSPECTIVA ECONÓMICA DE LAS RELACIONES ENTRE NIVELES ASISTENCIALES

##### Análisis de los costes de transacción

¿De qué depende que un servicio se produzca internamente o se contrate fuera? ¿Qué explica que un servicio -producido o contratado- sea responsabilidad del hospital o de otros agentes del sistema sanitario? Ha sido precisamente la integración vertical el tema paradigmático de la economía 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 de 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? <sup>7</sup>

Esta decisión puede analizarse a través de algunos conceptos básicos que empíricamente se ha visto ayudan a explicar las formas organizativas que se observan en la realidad <sup>8</sup>.

##### Especificidad de los activos

La especificidad de un activo se mide por la diferencia entre su valor en el uso actual y el valor alternativo que tendría el activo para otro cliente o empleador. A mayor especificidad, mayor cuasirrenta <sup>9</sup>, y -*ceteris paribus*- mayor posibilidad de comportamiento oportunista. En la medida que ese comportamiento oportunista no pueda prevenirse contractualmente la organización tenderá a poseer ese activo específico (Klein, Crawford y Alchian, 1978).

7 En consonancia con lo dicho hasta ahora (de mayor capacidad del hospital para convertirse en proveedor integrado) se analiza la especificidad desde la perspectiva de la atención especializada y no desde la perspectiva de la atención primaria.

8 Este enfoque ha sido aplicado también al sector sanitario (Robinson y Casalino, 1996).

9 Cuasirrenta: Parte de la renta en exceso de la cantidad mínima necesaria para impedir que un trabajador abandone su puesto o un productor abandone su sector.

Los activos específicos incluyen la localización, los equipos y habilidades profesionales que tienen un valor significativamente más alto en la situación actual que en la mejor alternativa, por oposición a los activos no específicos (equipos y habilidades generales) que apenas pierden valor cuando se dedican a otros fines.

Como ilustración del concepto de activo específico imagínese que en una de las zonas con hospital único se quiere contratar externamente una nueva prueba de imagen (PI). Se convoca concurso a tal efecto para un volumen anual previsto de 1.000 PI. Con unos costes fijos anualizados de cinco millones de pesetas y unos costes variables de 3.000 ptas. por PI, a partir de 8.000 ptas. por PI podría establecerse un acuerdo para externalizar esa PI. Ahora bien, la especificidad de la instalación (en el supuesto de que no puede dedicarse a ningún otro uso y que el equipo no valga ni para chatarra) permite al hospital apropiarse de la cuasirrenta del proveedor pagando, simplemente, algo por encima de las 3.000 ptas. El proveedor, aunque pierda dinero, pierde menos que abandonando el negocio ya que, como mínimo, puede recuperar una parte de los costes fijos. Según las circunstancias el comportamiento oportunista también podría provenir del proveedor (exigiendo precios por encima de las 8.000 ptas., bajando la calidad, maltratando a los pacientes...)<sup>10</sup>. Si este tipo de comportamientos oportunistas no puede prevenirse contractualmente será difícil que alguien se presente al concurso o que el hospital tenga interés en el concurso.

La solución podría venir dada bien por la producción dentro del hospital de la PI por una franquicia que pueda otorgar el financiador de los servicios (Ibern, 1996)<sup>11</sup>. En este segundo caso, el financiador público de los servicios realizaría la inversión en los activos específicos y concedería la franquicia (explotación de un monopolio bajo ciertas condiciones) a quien presentara la mejor oferta. En general, entre financiador sanitario y proveedores de servicios que actúan en mercados escasamente competitivos se dan unas relaciones contractuales bilaterales donde la dependencia mutua es un rasgo dominante (Cabasés y Martín, 1995).

La contratación externa de activos no específicos permite al hospital beneficiarse de las ventajas de la especialización funcional y de las economías de escala en funciones que no constituyen el núcleo competencial central del hospital. Aporta las ventajas de la competencia y de la transparencia (limpieza, seguridad, alimentación...) y

10 Con posibilidades de comportamiento oportunista por ambas partes (habitualmente situación de monopolio bilateral), mucho cambio, e incertidumbre, el contrato no puede especificar todas las contingencias posibles. Han de intervenir otros mecanismos que fomentan la cooperación: reputación, inversiones específicas constituidas como prendas recíprocas y, sobre todo, interés a largo plazo que disuade el oportunismo a corto plazo (Cabasés y Martín, 1995).

11 La franquicia es aquel acuerdo por el que una organización concede derechos exclusivos a otra parte para utilizar su marca o realizar un proceso productivo o de prestación de servicios, bajo unos métodos establecidos, en una localización, y por un período de tiempo, a cambio de alguna compensación al propietario de la marca por la utilización de este derecho. Ibern propone subastar el derecho exclusivo a ofrecer atención primaria en un territorio y otorgar una franquicia temporal al ganador, de forma que no se compita en precios o calidad dentro del mercado sino en la subasta, por obtener el mercado.

puede fácilmente mejorar la especialización y la profesionalización de quienes a esas funciones se dedican. Incluso, aunque no se contrate fuera, la mera posibilidad de hacerlo espolea la eficiencia y la innovación en aquéllos que realizan las funciones en el interior del hospital.

La mayor parte de los equipos y habilidades hospitalarias son de tipo general, válidas para un conjunto de hospitales <sup>12</sup>, por lo que la razón más importante para la integración vertical en la industria (expansión de límites de la organización) no se da en el sector hospitalario siempre que los mercados geográficos permitan una cierta competencia. Y esta competencia es la que falla.

Empíricamente se observa que muchos mercados geográficos no permiten competencia. Así, Cataluña presenta, desde la óptica de los mercados geográficos, dos subsectores: uno conformado por 22 mercados hospitalarios pequeños que actúan con una elevada concentración, ocho de ellos con sólo un hospital (monopolio geográfico) y seis mercados con sólo dos hospitales; el otro subsector está compuesto por un mercado con 37 hospitales, 3,4 millones de habitantes y caracterizado por un alto grado de competencia (Puig y Dalmau, 1995).

Dos consideraciones restan relevancia al enfoque de los costes de transacción en el sector sanitario: primera, tal enfoque toma como dato el entorno institucional que -tratándose de relaciones entre niveles asistenciales en España- constituye la variable clave; segunda, el escaso grado de cumplimiento de los supuestos del teorema de Coase, pilar básico en el enfoque de los costes de transacción.

El teorema de Coase establece que el resultado de la negociación o de la contratación entre las partes es independiente de la asignación inicial de derechos de propiedad y la riqueza, y es determinado por la eficiencia (consideraciones distributivas al margen). Este notable resultado tiene, como la eficiencia del mercado, su letra pequeña: hipótesis restrictivas sobre preferencias (ausencia de efectos de riqueza, lo que exige cierta simetría de poder entre las partes), información perfecta, derechos de propiedad garantizados y negociables, y que todos los afectados participen. Cuando los acuerdos alcanzados entre dos o más partes afectan a terceros que no participan en las negociaciones no suele ser verdad que todo intercambio deba incrementar el valor. El enfoque de los costes de transacción o neohobbesianismo contrasta con puntos de vista alternativos que incorporan explícitamente la dimensión del poder en cualquier intercambio: el poder industrial (para eliminar la competencia o manipular precios) o el poder de enfrentamiento (para expoliar y robar). Coase y su neohobbesianismo tienen relevancia en el estudio de las organizaciones, pero Machiavelo también.

12 Incluso la especificidad de nombre/prestigio/reputación de un profesional determinado puede evitarse. En una hipotética Clínica Templaria de Ponferrada puede existir un prestigioso servicio de Oncología o un prestigioso oncólogo. Si la atracción de la Clínica se basa en el oncólogo prestigioso nos hallamos ante un activo específico. No, en cambio, si la atracción se basa en un Servicio que puede atraer buenos profesionales sustituibles con una política salarial que discrimine según rendimiento.

Al economista le convendría que los mercados fueran competitivos pues bastaría entonces la postura darwinista de supervivencia de los más adaptados. Si resulta que orientarse hacia la atención primaria, por ejemplo, confiere ventajas competitivas, el economista neohobessiano no se preocuparía; los productores integrados de servicios se orientarán hacia la atención primaria (algo de este estilo ha ocurrido con el cuidado gestionado en EEUU). Ahora bien, si los mercados sanitarios no son competitivos el neohobbesianismo deviene Cándido al creer que *tout va pour le mieux, dans le meilleur des mondes*.

### **Análisis estratégico**

El otro abordaje económico de la integración vertical proviene del análisis estratégico de las organizaciones (Ventura, 1994) y se centra en la ponderación de ventajas e inconvenientes de la integración vertical. Para ello se escogen los datos más relevantes sobre el terreno de juego y los jugadores en el sistema sanitario español.

### **Recursos humanos por niveles asistenciales**

A 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 quasi-funcionario). 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.

### **Equipamientos por niveles asistenciales**

En equipamientos cabe reseñar el déficit de camas para crónicos y la persistencia del desequilibrio tecnológico entre hospitales (muchas camas sofisticadas y caras y relativamente pocos hospitales básicos).

El sistema continúa siendo hospitalocentrista, no por el porcentaje del gasto sanitario que al mismo se dedica ni por la cifra de camas sino porque los hospitales se han convertido en macrocentros de urgencias, desagüe de las insuficiencias del sistema.

### **Distribución de poder y comportamientos estratégicos**

El hospital, especialmente el de agudos, concentra el poder científico y político. Está organizado y puede actuar coordinadamente con otros hospitales para conseguir mayor poder negociador. El hospital dispone de gestores que saben gestionar el cambio, afrontar el problema de exceso de capacidad y buscar las ventajas competitivas para el hospital 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 es bueno para el sistema sanitario de un país <sup>13</sup>.

### **Poder negociador**

Los hospitales con mayor poder negociador se benefician de menores costes de transacción en la negociación y vigilancia de los contratos que se establezcan con el financiador.

### **Exceso de capacidad**

Los cambios demográficos, en morbi-mortalidad y tecnología suponen una disminución relativa <sup>14</sup> 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 no se produzca la reasignación de recursos precisa entre niveles asistenciales.

### **Reputación**

Existen servicios de los que el consumidor aprecia la calidad cuando los consume con cierta frecuencia (el jamón, el médico de familia...); sobre otros puede aprender de su calidad si emplea tiempo en informarse (un ordenador) o si la información sobre calidad se elabora y difunde por la autoridad sanitaria; finalmente existe un tercer tipo de servicios acerca de los cuales el consumidor no puede apreciar la calidad incluso después de haberlos consumido. En este tipo de servicios la reputación suele guiar la elección. Esta reputación se construye de diversas formas: con un buen comportamiento hasta con una fuerte inversión publicitaria en marcas que dé la señal "estamos aquí para quedarnos; no estamos gastando estos millones en publicidad para ofrecer un servicio que el consumidor no aprecie por falta de calidad".

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

### **Control del flujo de pacientes**

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

---

13 Ni la búsqueda de culpables (la perversidad está repartida) ni la discusión corporativa (tipo médicos de familia contra especialistas) son enfoques adecuados para un tema político -las reglas sociales del juego- a debatir como ciudadanos.

14 Disminución relativa de la necesidad de hospitalización de agudos compatible con un aumento absoluto de tal necesidad. Mayor morbilidad crónica y derivada de problemas asociados al envejecimiento implica también un número más alto de episodios agudos.

### **Tamaño de la población cubierta**

En esquemas de financiación capitativa, una mayor población permite una mejor compensación de riesgos.

### **Economías de gama**

Si los factores de producción (conocimientos sobre tratamiento del dolor) que se precisan en dos niveles asistenciales distintos (hospitalización de agudos y atención domiciliaria, por ejemplo) interactúan bien, el hospital puede conseguir economías de gama en la atención a pacientes terminales (siempre que estas economías de gama no queden anuladas por unos salarios más elevados o una intensidad/medicalización mayor).

### **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 a soportar por la organización integrada (Robinson, 1996). 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 substituido (siempre que la densidad demográfica lo permita).

## **5. PERSPECTIVA SANITARIA DE LA RELACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES**

La Ley General de Sanidad establece dos niveles asistenciales interconectados entre sí: atención primaria y atención especializada. La atención primaria se constituye en la puerta de acceso al sistema sin que la intervención a este nivel esté limitada a la existencia de enfermedad. La asistencia especializada se concibe como apoyo y complemento de la atención primaria atendiendo aquellos procesos cuya complejidad exceda la capacidad de ésta. La idea que configura los niveles asistenciales es la de que hasta las enfermedades más frecuentes son realmente raras en la población general, pero no en el ámbito de un hospital general universitario donde hasta la “cudicia aguda intermitente” puede llegar a ser frecuente (Aranaz y Buil, 1996).

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. Ciertamente no es mucho mejor la continuidad en Francia o Alemania pero sí en el Reino Unido, Dinamarca u Holanda. Esta realidad origina claros perjuicios y da al ciudadano una visión fraccionada del sistema, fraccionamiento que origina dificultades 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 (Pomar, 1996).

### **La eficiencia bayesiana de la longitudinalidad asistencial**<sup>15</sup>

Desde un punto de vista económico la longitudinalidad propia de la atención primaria supone importantes ganancias de eficiencia. En efecto, una parte substancial del tiempo médico se dedica al proceso diagnóstico (en algunas especialidades, como anatomía patológica, puede constituir la práctica totalidad de dicho tiempo).

Este proceso diagnóstico puede conceptualizarse como una forma de reducir las sospechas iniciales de manera secuencial a través de un método hipotético-deductivo. El médico recaba información (historia clínica, exploración, pruebas diagnósticas) para revisar las sospechas iniciales y la probabilidad que a las mismas asigna. Una nueva información diagnóstica sirve para revisar probabilidades hasta que sea más ventajoso detener el proceso diagnóstico y pasar a tratar/no tratar ("esperar y ver" incluido).

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

El buen ejercicio de un médico general, con una longitudinalidad plasmada debidamente en la historia clínica, permite valorar a muy bajo costo probabilidades previas (conocimiento de factores de riesgo por ejemplo) y aumenta la probabilidad pre-test. La labor de filtro aumenta la probabilidad de las enfermedades en el grupo de pacientes derivados y por ello mejora y justifica los métodos de diagnóstico y terapéutica de los especialistas. Supongamos, por ejemplo, que los médicos generales 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 especificidad 90%. El valor predictivo positivo pasa del 8'7% al 51'3%.

Teóricamente, una buena conexión entre la atención primaria y otros niveles asistenciales facilitaría el traspaso de información, lo que permitiría evitar pruebas duplicadas y orientaría con mayor eficiencia el proceso diagnóstico. No obstante, ni toda la información que maneja el médico es objetivable ni todos los procesos de pensamiento pueden programarse. Los datos que aporta la experiencia se organizan mediante un proceso subjetivo de inferencia difusa e intuición; la mejor ciencia clínica constituye

<sup>15</sup> Reproducción de fragmentos de V. Ortún y J. Gervas (1996).



únicamente una parte de todo lo que los médicos saben. Una mejor circulación de la información clínica relativa a un paciente podría contribuir a la eficiencia del sistema pero no reducirá la ventaja comparativa de los médicos de cabecera, fruto de su longitudinalidad (personal y familiar) y alto nivel de información previa, frente a cada nuevo episodio enfermedad.

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

Los jefes de los servicios de medicina interna de los hospitales comarcales de Cataluña mencionan "la necesidad imprescindible de recuperar la visión global del enfermo, asumir al paciente como una sola biografía con episodios de necesidades abordables en diferentes niveles" (primaria, especializada, sociosanitaria), pero con un criterio de integración: desarrollando acuerdos entre la atención primaria y la atención especializada y, entre otras acciones, potenciando la interconsulta médico-médico<sup>16</sup>.

Las tendencias demográficas, de morbilidad y tecnológicas hacen que cada vez adquiera mayor importancia la persona con un trastorno crónico que experimenta sucesivos episodios de agudización, con lo que surge un grupo cada vez más numeroso de enfermos, grandes consumidores de servicios sanitarios y sociales, que se desplazan mucho entre los distintos niveles del sistema: atención primaria, especializada y sociosanitaria (Teniente, 1996).

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

Las decisiones sobre la asistencia efectuadas por el médico general, escogido por el consumidor y cercano a éste, deberían reflejar mejor las preferencias e información del usuario que las decisiones que pueda tomar un gestor. La evidencia parecía señalar que los médicos de cabecera británicos detentadores de presupuestos se han mostrado como compradores de servicios para sus pacientes más imaginativos, más exigentes y más efectivos que los gerentes de distritos (Glennister y Matsaganis, 1993). El informe más completo publicado hasta la actualidad -el de la Audit Commission de 1996- reconoce el potencial del esquema pero valora como escaso lo conseguido hasta el momento: Pocas mejoras tangibles para los pacientes para un notorio aumento en los gastos administrativos (The Economist, 1996).

La atención primaria debería, idealmente, ofrecer una gran capacidad resolutive de forma que los médicos generales resuelvan adecuadamente los problemas de salud

16 Jefes de Servicio de Medicina Interna de los Hospitales Comarcales de Cataluña: líneas estratégicas en el contexto de cambio en la sanidad. Med Lin (Barc) 1993; 100: 587-590.

que deben enfrentar y ni retengan en exceso los casos a derivar, ni deriven innecesariamente. Para el paciente es muy agradable que los problemas se resuelvan en el acto, sin derivaciones y por el médico conocido, en un entorno cercano y humano.

## 6. CONCLUSIONES

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.

Una financiación capitativa ajustada por riesgo constituye una de las palancas regulatorias más potentes para fomentar la integración de proveedores.

La integración puede producirse mediante la propiedad conjunta (proceso de absorciones y fusiones) o a través de acuerdos contractuales. La integración virtual puede paliar los inconvenientes derivados del mayor tamaño (atenuación de incentivos, peor adaptabilidad al cambio y mayores costes de influencia).

La densidad demográfica limita la eventual competencia entre proveedores integrados a las áreas metropolitanas del país. Cabe, sin embargo, una cierta competencia en el seno de proveedores integrados mediante acuerdos contractuales.

Parece claro, sin embargo, que una integración capitaneada por los hospitales de agudos retardará 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 tan sólo como puerta de entrada (portero) del sistema sino como gestor de la finca. Dar poder de compra a la atención primaria sobre la atención especializada programable constituye un paso en esta dirección. Dar poder de compra a la A.P. sobre la A.E. supone poner esta última a un cierto riesgo lo que difícilmente podrá lograrse sin dotar de mayor autonomía y responsabilidad a los centros hospitalarios.

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 derive innecesariamente constituye un problema clínico para el que es necesario contar con la participación activa de los médicos. 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.

## Bibliografía

- Aranaz J, Buil JA. Gestión sanitaria: acerca de la coordinación entre niveles asistenciales. *Medicina Clínica* 1996; 106: 182-184.
- Cabasés J. Contratos de servicios en el sistema sanitario. En: Asociación de Economía de la Salud (dir): *Instrumentos para la gestión en Sanidad*. Barcelona: SG editores, 1995; pág 124-166.
- Carey T, Garrett J, Jackman A, McLaughlin C, Fryer J, Smucker D et al. The outcomes and costs of care for acute low back pain among patients seen by primary care practitioners, chiropractors, and orthopedic surgeons. *New England J Medicine* 1995; 333: 913-7.
- Chassin M, Hannan E, DeBuono B. Benefits and hazards of reporting medical outcomes publicly. *New England J Medicine* 1996; 334: 394-398.
- Freire JM. Problemas y reformas de la sanidad española: una aproximación crítica. *Seminario sobre el Futuro del Estado del Bienestar*, Universidad Internacional Menéndez y Pelayo, Barcelona, 15-16 de julio 1996, mimeo.
- Glennerster H, Matsaganis M. The UK health reforms: The fundholding experiment. *Health Policy* 1993; 23: 179-191.
- Ibern P. Subastas de contratos de franquicia e incentivos: una aplicación a la atención primaria de salud. Hacienda Pública Española, en prensa.
- Klein B, Crawford R, Alchian A. Integración vertical, rentas apropiables y el proceso competitivo de contratación (1978). En: Putterman L (ed): *La naturaleza económica de la empresa*. Madrid: Alianza, 1994, pág 287-310.
- López Casanovas G. Algunas consideraciones acerca del ajuste por riesgo en la financiación sanitaria. En: Puerta, Ruiz, Vilanova (eds): *Sanidad privada; ¿cuál será el próximo acto?* Madrid: Editorial Noesis, 1996; páginas 41-60.
- Martín J. Cambios en la regulación del sistema sanitario público español: incentivos y eficiencia. En Meneu R y V Ortún (dirs): *Política y gestión sanitaria: La agenda explícita*. Barcelona: SG editores y Asociación de Economía de la Salud, 1996; pág 177-217.
- Miñgrom P, Roberts J. *Economía, Organización y Gestión*. Barcelona: Ariel, 1993.
- North D. *Institutions, Institutional Change and Economic Performance*. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.
- Ortún V, Gervas J. Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria, *Medicina Clínica* 1996; 106: 97-102.
- Planes A. Atención primaria: futuro apasionante. *JANO* 27 septiembre-3 octubre 1996; nº 1181, pág 9.
- Pomar J M<sup>a</sup>. Opiniones sobre las relaciones entre niveles asistenciales desde la experiencia de una Gerencia de atención primaria. *Libro de ponencias del III Seminario de Gestión Sanitaria*, Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, 7-8 de noviembre 1996.
- Puig J, Dalmau E. Market structure and hospital efficiency: evaluating potential effects of deregulation in a national health service. *Review of Industrial Organization*, en prensa.

Robinson J, Casalino L. Vertical integration and organizational networks in health care. *Health Affairs* 1996; 15 (1): 7-22.

Robinson J. The dynamics and limits of corporate growth in health care. *Health Affairs* 1996; 15 (2): 155-169.

Starfield B. Is primary care essential? *The Lancet* 1994; 344: 1129-1133.

Teniente, J M. La integració dels diferents àmbits de salut i assistència. *Revista del Consorci Hospitalari de Catalunya* 1996; año VII, nº 24 (octubre), págs 5-6.

*The Economist* 22-28 marzo 1996 (edición del Reino Unido). GP Fundholding. Too little change.

Ventura J. *Análisis competitivo de la empresa: Un enfoque estratégico*. Madrid: Civitas, 1994.

Zweifel P, Eichenberger R. The political economy of corporatism in Medicine. Self-regulation or cartel management? *J Regulatory Economics* 1992; 4: 89-108.



*Interacción Atención  
Primaria/Hospital  
en el Área de Tudela*

FERNANDO ESCOLAR CASTELLÓN

*Director Gerente*

*Hospital "Reina Sofía"*

*Tudela. Navarra. España*

*Conferencia presentada en el Seminario "Alternativas de Integración  
de Niveles Asistenciales" celebrado en la EASP. Granada, España.*



# INTERACCIÓN ATENCIÓN PRIMARIA/HOSPITAL EN EL ÁREA DE TUDELA

## 1. INTRODUCCIÓN

En los años 70 los hospitales de la Seguridad Social presentaron un gran desarrollo, cubriendo aspectos asistenciales que en realidad correspondían a la asistencia primaria. Además constituyeron la base formativa de muchos profesionales de asistencia primaria, a pesar de que eran compartimentos estancos, aislados. Después de los procesos de “jerarquización” de los años 80, los hospitales han quedado prácticamente como el único referente de asistencia especializada.

Las reformas sanitarias han tratado de paliar este “hospitalcentrismo”, casi general en nuestro sistema, potenciando la asistencia primaria y haciendo de ésta la puerta de acceso al sistema de salud, donde la asistencia especializada se pueda entender como un “complemento”(1), pero sin anteponer ningún nivel asistencial al otro. En este planteamiento es crucial la figura de “médico de familia”, que inició sus programas “MIR” en 1980.

Hasta hace pocos años, en la mayoría de los casos la asistencia primaria y la especializada han coexistido y se han desarrollado de forma aislada la una de la otra, con una gran incomunicación y descoordinación(2). Siendo el propio paciente, muchas veces, el único nexo entre ellas, esta conexión generalmente era tenue, era el paciente quien actuaba de “mensajero”; la comunicación directa entre profesionales se reducía a un “informe”, donde por parte de asistencia primaria sólo constaba la necesidad de derivación (“ruego estudio”), no sus motivos médicos, y por parte de la asistencia especializada una prescripción (“paciente estudiado”).

Esta descoordinación de ambos niveles asistenciales hacía necesario el comienzo desde cero, con repetición de exploraciones y estudios (aún actualmente es frecuente que el especialista tenga el “sentimiento” de que sólo lo realizado en “su centro” u objetivado por “los suyos” es válido); no se delegaban funciones en la asistencia primaria realizando visitas innecesarias y molestas para el paciente, el cual quedaba “capturado” por el especialista. La falta de comunicación en la otra dirección hacía que el médico de cabecera no estuviera al tanto de lo realizado por el especialista en su paciente, efectuando acciones contradictorias por este desconocimiento. Se producía entonces una desconfianza del paciente quien, ante cualquier problema, tendía a consultar al especialista en vez de al médico de cabecera; esto último también era fomentado por la falta de confianza en la asistencia primaria de algunos especialistas.

Si se mantiene esta situación muchas cosas se hacen “dos veces y a medias”, el paciente se desorienta y desconfía, se pierde eficacia y eficiencia. Se ha demostrado que no existen diferencias significativas en cuanto a calidad ni a supervivencia cuando



la asistencia primaria la realizan médicos de asistencia primaria o bien especialistas, pero cuando lo hacen estos últimos aumenta la tasa de intervenciones innecesarias, interconsultas y aumenta el gasto (3).

Los profesionales médicos continúan siendo el centro de un sistema sanitario (4) con un gran peso asistencial como el nuestro. Está claro que uno de los objetivos principales del sistema sanitario es aumentar la “coordinación entre ambos niveles”, tratando de establecer un contacto directo entre la asistencia primaria y la especializada, con una comunicación fluida que proporcione una continuidad en la asistencia (2,3). Por formación, los especialistas considerados más adecuados para tender estos puentes son los internistas, cubriendo no sólo la parte asistencial sino también las de formación (3). La asistencia al paciente es la principal razón de la relación entre niveles, pero no la única; debemos tratar de establecer cauces formales de relación que faciliten el contacto directo entre profesionales, aunque sea por otros motivos, tratando de acercar la asistencia primaria al hospital y el hospital a la asistencia primaria (5).

## 2. ÁREA DE SALUD DE TUDELA

El Área de Salud de Tudela, que abarca lo que se conoce como la “Rivera Navarra del Ebro”, tiene 75.731 habitantes de derecho. Está ordenada en 7 Zonas Básicas de Salud que atienden a una población cada una de entre 7.000 y 18.000 habitantes. Cada zona tiene un centro de salud de referencia y algunas, además, consultorios locales. Existe un hospital general comarcal con 150 camas, sus diferentes servicios y unidades médicos dan cobertura a la asistencia especializada.

La ley de zonificación sanitaria de Navarra de 1985 ha sufrido modificaciones, pero desde su creación el Área de Salud de Tudela presenta el único órgano de gestión, dependiente directamente de la Gerencia del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, que abarca tanto a la asistencia especializada como a la primaria. La implantación de zonas básicas comenzó en 1986 y concluyó en 1993. El hospital abrió sus puertas en 1986. Los especialistas existentes fueron jerarquizados en los diferentes servicios hospitalarios.

El presupuesto es único correspondiendo, en 1995, el 27% del mismo a la asistencia primaria, sin incluir los gastos de prescripción farmacéutica en primaria que coincide con la media de Navarra. La plantilla total del área fue de 576 más 18 médicos residentes. Hay 75 (13%) facultativos especialistas, 51 (9%) médicos de cabecera y pediatras de centro de salud, 123 (21%) ATS-DUE que trabajan en asistencia especializada y 50 (9%) ATS-DUE que trabajan en los centros de salud.

## 3. INTERACCIÓN ASISTENCIA PRIMARIA/HOSPITAL

La integración de los dos niveles asistenciales, aunque figura siempre en los objetivos generales de gestión, no obedece a ningún plan previo, y pocas veces se define

cómo llevarla a cabo; nuestro caso tampoco es una excepción a esta regla, pero sí hemos establecido líneas de actuación que abarcan diferentes aspectos, dependiendo mucho su profundización de las actitudes personales. Nuestra experiencia nos indica que no debemos despreciar ninguna de ellas, siendo de vital importancia las relaciones directas de los diversos profesionales implicados.

### **Gestión y participación**

Todos los órganos de gestión y participación de nuestra área de salud, en el momento actual, son comunes a los dos niveles asistenciales. La comisión de dirección trata en plano de igualdad todos los asuntos según su importancia y posible impacto, no por su procedencia de primaria o especializada; también se examinan las diferentes repercusiones en un nivel o en el otro. La Junta Técnico-Asistencia y las distintas comisiones, que habitualmente suelen ser sólo órganos de representación especializada, cuentan con representantes de asistencia primaria, participando en cuestiones que aparentemente sólo corresponderían a asistencia especializada y viceversa, pero que permiten establecer actuaciones comunes. Por razones que se explicarán más adelante la Comisión de Docencia e Investigación ha mostrado ser la más activa e importante para reforzar los lazos primaria-especializada.

### **Asistencia**

La principal conexión asistencial se realiza en la derivación de asistencia primaria a asistencia especializada, en un sentido, y por las altas hospitalarias y de consultas, en el otro sentido. En ambos casos es fundamental el "informe médico", que puede ser reforzado verbalmente; aunque éste no nos exime de tener que realizar una historia clínica, descarga al usuario de la responsabilidad de la transmisión e interpretación de datos que muchas veces no comprende. Otras veces este contacto, bien por la gravedad del caso o todo lo contrario, se realiza por parte del médico de cabecera con el especialista correspondiente, a quien presentará el caso de forma telefónica.

Las derivaciones pueden ser a consultas externas o a urgencias; la decisión de ingreso hospitalario depende siempre de los servicios especializados correspondientes. En el caso de derivación a consulta externa, es el servicio central de admisión quien se encarga de gestionar la cita, así como de avisar al paciente por correo o telefónicamente. Las derivaciones consideradas preferentes en el área médica son valoradas y priorizadas según el contenido de los informes por un facultativo, cambiando inclusive de clasificación si así se considera. Cuando la derivación es urgente es atendida directamente por los médicos de urgencias; sólo la sexta parte de los pacientes acuden a urgencias enviados por su médico de cabecera, pero a todos se les entrega el correspondiente informe cuando son dados de alta.

La valoración conjunta o evolutiva de los pacientes se realiza siempre a solicitud de médico de cabecera correspondiente, no existiendo ningún otro conducto formal.

La comunicación formal de la asistencia especializada a la primaria se realiza principalmente a través de los informes evolutivos y los de alta hospitalaria, aunque también se recurre a la vía telefónica cuando se considera necesario.

La asistencia primaria tiene acceso directo a los mismos recursos de exploraciones complementarias que la asistencia especializada. Los servicios centrales hospitalarios (Laboratorio, Radiología y Farmacia), lo son también del área entera, por lo que las pruebas analíticas y radiografías son realizadas en el mismo lugar y sin diferencia de método que las solicitadas por la asistencia especializada.

Actualmente poseemos un sistema informático que gestiona las historias clínicas<sup>7</sup> en el sentido más amplio, es decir: anamnesis, exploración física, exploraciones complementarias, farmacia, etc. que abarca al 75% de los servicios hospitalarios e inicialmente a un centro de salud, aunque está previsto su extensión al resto del área. Está basado en el uso de redes de área local, existiendo un servidor en el hospital y otro en el centro de salud, que pueden comunicarse por vía modem. Permite el almacenaje y posterior recuperación de cualquier dato clínico en formato de historia clínica convencional estructurada, excepto las imágenes radiológicas, pero sí sus informes.

La información se encuentra disponible en toda la red en el momento en que es introducida, generalmente en el lugar en que se genera, se pueden extraer todo tipo de informes y documentos, realizar análisis de conjunto obteniendo índices de actividad y listados, todo de forma automatizada. El centro de salud, a través de la vía telefónica, tiene acceso en tiempo real a toda la información de sus pacientes ingresados y en estudio así como a los resultados de sus exploraciones complementarias. Este sistema de comunicación se está revelando especialmente útil y satisfactorio, tanto para los clínicos como para los propios pacientes (8).

En el caso de la asistencia pediátrica se propuso la colaboración en las guardias hospitalarias de los especialistas de asistencia primaria, aceptándola el 50%, que se han integrado en éstas y participan en sesiones semanales conjuntas; sin embargo todavía no forman un auténtico servicio único manteniéndose separada su dependencia orgánica.

### **Docencia e investigación**

La docencia e investigación constituyen uno de los principales vínculos entre la asistencia primaria y especializada, que luego es utilizada en la asistencia clínica. Contamos con acreditación docente para la especialidad de medicina familiar y comunitaria, tanto en el hospital como en dos centros de salud, todos los asuntos en relación con los residentes son tratados de forma conjunta, incluyéndose en la orden del día de las reuniones de la comisión de docencia. Muchos de los residentes, una vez terminado su período de formación, han continuado prestando sus servicios en diferentes centros de salud del área y en el Servicio de Urgencias del propio hospital.

Muchas de las iniciativas docentes, como cursos de actualización, parten de la propia asistencia primaria colaborando activamente la asistencia especializada. Son especialmente solicitados la puesta al día en electrocardiografía, espirometría, reumatología y diabetes.

Se han realizado protocolos de actuación en enfermedades frecuentes, por ejemplo E.P.O.C., hipertensión y diabetes, así como diferentes actividades de enfermería, siempre de forma conjunta, atendiendo a todos los aspectos asistenciales y formales.

Existe una unidad de investigación acreditada del Área de Tudela, contando con proyectos mixtos en los que están implicados los dos niveles. Se han realizado y se realizan estudios epidemiológicos desde un punto de vista global, integrando los dos niveles. En especial constituyen líneas de investigación de nuestra área: las enfermedades respiratorias crónicas y la aplicación de nuevas tecnologías a la información clínica.

#### 4. COMENTARIOS

A pesar de no encontramos todavía en un nivel óptimo de coordinación e integración el grado conseguido, sobre todo en comparación con otras áreas, ha dependido en primer lugar de las relaciones y actitudes personales de los diversos profesionales. Cronológicamente los primeros contactos fueron por motivos docentes (actualizaciones y protocolos de actuación) e investigadores (tesis doctorales), y en especial fueron los diferentes especialistas del Servicio de Medicina Interna (no sólo los internistas), los médicos de familia de los primeros centros de salud implantados y posteriormente los médicos residentes, los que los iniciaron. Después se utilizaron estos contactos para facilitar el flujo de información entre los dos niveles con el consiguiente beneficio para la asistencia. Aunque todos los médicos especialistas del hospital, desde el punto de vista administrativo lo son también del área pudiendo ser desplazados por ella, no se tendrá éxito si no se logra su actitud positiva frente a este hecho. En nuestra experiencia las imposiciones no han logrado cambiar actitudes negativas; por ello la administración debería facilitar las iniciativas por parte de los profesionales que se consideren viables, o estimularlas si no existen, pero no realizar imposiciones que no sean absolutamente necesarias.

La accesibilidad de los médicos generales a los hospitales no suele ser considerada de forma amplia; existen experiencias participativas(4), pero en general no se contemplan procedimientos formales, existiendo barreras administrativas (no se destina una parte de la jornada laboral a tal fin), barreras arquitectónicas (desde la inexistencia de plazas de aparcamiento a la imposibilidad de poder acceder a un ascensor en los grandes hospitales) y barreras funcionales (imposibilidad de contactar telefónicamente con un especialista determinado). Sin embargo, a pesar de que las barreras en sentido opuesto son claramente menores, los médicos especialistas rara vez acceden a la asistencia primaria.

Nuestros especialistas acuden periódicamente a los centros de salud por motivos docentes pero no asistenciales. No son de despreciar las nuevas tecnologías (fax e informática), pero la personalización de la asistencia exige un contacto más directo entre profesionales, que se puede lograr formalizando procedimientos, como las sesiones conjuntas o manteniendo una línea de "teléfono caliente" que permita un contacto ágil.

En los hospitales comarcales generalmente no existen barreras arquitectónicas importantes, debido a su tamaño, lo que facilita mucho la accesibilidad, pero sigue siendo necesario formalizar los demás procedimientos; en nuestro caso se hace un uso amplio del contacto telefónico, tanto para derivaciones como para consultas profesionales, pero no realizamos sesiones clínicas conjuntas periódicas, excepto en pediatría. Las experiencias de atención a pacientes hospitalizados por parte de médicos de familia son materia de discusión permanente (9), aunque se han demostrado eficientes para patologías frecuentes y poco complejas; quizá en los hospitales comarcales se podría iniciar alguna experiencia de este tipo.

Una mayor integración de la asistencia primaria y especializada debería redundar en una mejor calidad asistencial, con un aumento de la eficacia y la eficiencia(10). Existen otros estudios que indican un mayor número de ingresos hospitalarios, en cuanto mejora el acceso a la asistencia primaria (11). En lo que se refiere a la asistencia especializada durante 1995, tendiendo al estudio del producto sanitario mediante GRDs, nuestro hospital funcionaba un 13% mejor que la media de hospitales comarcales, con un índice de complejidad del *case mix* del 0,94. Sin embargo se podía esperar un índice de complejidad mayor al estar las derivaciones más seleccionadas. Nuestro hospital sufre también la gran presión de urgencias, como los del resto del Estado, y todavía la mayoría de los pacientes que acuden a dicho servicio lo hacen por iniciativa propia (12). El número de pacientes atendidos en urgencias por habitante es similar al del resto de la comunidad.

La frecuentación de las consultas de asistencia primaria es superior a la media de la comunidad. Esto puede deberse a que las comunicaciones del área son buenas, existiendo buena accesibilidad a todos los centros sanitarios.

Las derivaciones al especialista suelen estar condicionadas, además de la complejidad de la patología, por la disponibilidad de recursos, formación y hábitos(13). En nuestra área existe un menor porcentaje de derivaciones a asistencia especializada que en los centros de salud del Área de Pamplona, observándose un nivel de peticiones de laboratorio y radiología semejante al resto de la comunidad. Paradójicamente hay más derivaciones pediátricas.

En las zonas donde hay equipos de atención primaria integrados en centros de salud existe una mayor calidad de las consultas y de la prescripción y un menor gasto por habitante, que compensan los mayores gastos de personal (10). El coste económico por habitante en nuestra área es el menor de nuestra comunidad, pero sobre todo por la mejor utilización de los recursos humanos y aunque el gasto en farmacia es el mayor,

la suma total sigue siendo inferior. En un estudio realizado en nuestra Comunidad (14) se comprobó que el coste de la prescripción farmacéutica era mayor en las zonas rurales, y dependía más del número de recetas que del coste unitario; dos tercios de nuestra población puede considerarse rural y en este estudio no se valoró el coste de la prescripción inducida, que según se ha demostrado no es despreciable (15). El coste farmacéutico iba en relación inversa al número de médicos de familia provenientes del programa MIR del centro de salud.

Los indicadores de salud clásicos (mortalidad, esperanza de vida, morbilidad), no son sensiblemente diferentes del resto de la comunidad. Las encuestas de satisfacción de los usuarios dan índices superiores al 80%, semejantes al resto de la comunidad. En definitiva la eficacia del sistema sanitario en Navarra es semejante en todas sus áreas, pero el Área de Tudela es más eficiente debido a su menor coste económico por habitante.

**NOTA:** Todos los datos que se expresan y no se referencian pueden ser obtenidos de la Memoria de Gestión del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea de 1995-96.

## Bibliografía

1. Aranaz JM. y Buil JA. Gestión sanitaria: acerca de la coordinación entre niveles asistenciales. *Med Clin (Barc)* 1996; 106:182-4.
2. Colomer J, Martín C. ¿Es posible la gestión de la atención primaria desde el hospital? La visión del hospital. *Aten Primaria* 1994; 14:589-90.
3. Manresa JM. El médico de atención primaria, el especialista, ¿y el internista?. *Med Clin (Barc)* 1995; 105: 374-6.
4. Ortún V. y Gervas J. Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria. *Med Clin (Barc)* 1996; 106: 97-102.
5. Criado-Montilla e Ibáñez-Bermúdez F. Relaciones entre hospital y atención primaria. Experiencia de un servicio de medicina interna. *Med Clin (Barc)* 1996; 106: 463-8.
6. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. *Memoria 1995*. Pamplona.
7. Franco Clemente MT. Uso de una red local en la gestión de historias clínicas informatizadas. Tesis doctoral. Universidad de Zaragoza. 1995.
8. Brooks JR, Kahn Ja, Smith RL. Practice Management, Health Maintenance, and the Use of Computers in Today's Medical Office. *Medical Clinics of North America* 1996; 80: 279-97.
9. Wachter RM, Goldman L. The emergin role of "hospitalists" in the American Heath Care System. *N Engl J Med* 1996; 335: 514-7.
10. Bischof RO y Nash DB. Managed Care: Past, Present, and Future. *Medical Clinics of North America* 1996; 80: 225-44.

11. Weinberger M, Oddone EZ. y Henderson WG. Does Increased Access to Primary Care Reduce Hospital Readmissions? *N Eng J Med* 1996; 334: 1441-7.
12. Diego ML, González Hierro M. La asistencia urgente en la ciudad de Salamanca. *Aten Primaria* 1995; 16: 89-91.
13. Jones Elwyng G, Stott NG. Avoidable referrals? Analysis of 170 consecutive referrals to secondary care. *BMJ* 1994; 309: 576-8.
14. Carnicero J. Estudio de Utilización de medicamentos en la Comunidad Foral de Navarra. Hábitos de prescripción de los Médicos de Atención Primaria. *Tesis Doctoral. Universidad de Valladolid* 1995.
15. Arroyo MP, Cano E, Ansorena R, Celay J, Cortes F, Estremera V. Prescripción delegada por especialistas en atención primaria. *Aten Primaria* 1995; 16: 538-44.

*Opiniones sobre las relaciones  
entre niveles asistenciales  
desde una Gerencia  
de Atención Primaria*

JOSEP M<sup>a</sup> POMAR REYNÉS  
*Gerente de Atención Primaria  
INSALUD de Baleares  
Mallorca. España*

*Conferencia presentada en el Seminario "Alternativas de Integración  
de Niveles Asistenciales" celebrado en la EASP. Granada, España.*





# OPINIONES SOBRE LAS RELACIONES ENTRE NIVELES ASISTENCIALES DESDE LA EXPERIENCIA DE UNA GERENCIA DE ATENCION PRIMARIA. \*

## 1. ¿DÓNDE NOS MOVEMOS?

El desarrollo de la Ley General de Sanidad consolida la existencia de dos niveles asistenciales en nuestro sistema sanitario: la atención especializada (AE) y la atención primaria (AP). En los dos ámbitos se plantean, a partir de ésta, importantes cambios: la reforma de la atención especializada, en la práctica reducida a la jerarquización administrativa y la denominada reforma de la atención primaria.

En el ámbito de atención especializada se pasa de la existencia de dos niveles: ambulatorio y hospitalario, a uno sólo. Con este paso se pretendía romper con el aislamiento de los profesionales, aumentar su dedicación horaria y establecer criterios clínicos y organizativos comunes. Sin embargo en la práctica en muchos casos se ha mantenido este aislamiento, se han incrementado los costes y no se ha mejorado la continuidad de la atención (atención por servicio, no por médico). Y lo que es más preocupante, no se ha conseguido que muchos servicios hospitalarios reconocieran su responsabilidad real en la atención al conjunto del área. La escasa penetración del sentido último que deberían haber tenido estas reformas son, a nuestro entender, uno de los problemas que más condicionan las relaciones entre niveles.

En cuanto a la reforma de la atención primaria desarrollada en la mayoría de las áreas, presenta una implantación desigual e incompleta hasta el momento. Por otra parte tanto sus orientaciones filosóficas iniciales como los esquemas organizativos, han sufrido un sensible desgaste que ha alimentado el debate sobre su evolución y las propuestas de cambios en la gestión. Se han generado, de este modo, innovaciones dentro (contratos programas) y fuera del sistema.

La situación en estos años, -aun cuando pueden existir matices diferenciales en los distintos territorios- mantiene dos constantes: el acceso al sistema sanitario a través de la atención primaria como puerta de entrada y la utilización de las urgencias hospitalarias como vía para acceder al sistema especializado eludiendo las listas de espera.

El marco general sitúa el problema de las relaciones entre niveles en un escenario en el que se entrecruzan diversos elementos de crisis, que confieren mayor complejidad al problema. Cabe enumerar una crisis general de financiación, motivada por factores como el envejecimiento, la prevalencia de dolencias crónicas y el encarecimiento de las nuevas formulas y técnicas asistenciales. Una crisis de legitimidad (1) por parte

---

\* Quiero agradecer los comentarios y ayudas de todo el equipo de dirección de la GAP de Mallorca, especialmente de Gaspar Tamborero, Juli Fuster y Joan Llobera.

del ciudadano, que se manifiesta en percepciones negativas sobre la propia salud (2) y en exigencia de una mayor sensibilidad a sus demandas. Y una crisis de los profesionales que, envueltos en disquisiciones más o menos corporativas, coinciden en exigir más protagonismo y mayor implicación de la clínica en la gestión.

Ante esta situación los esfuerzos de políticos y gestores se centran en la búsqueda de fórmulas de gestión, que sin renunciar a los logros que se han conseguido en cuanto a equidad, avancen por la vía de reformas que permitan una provisión más eficiente de servicios, manteniendo como referentes comunes la desregulación, la orientación al usuario y la corresponsabilización en la gestión.

Sin embargo y a pesar de estas coincidencias, no se ha plasmado en ninguno de los servicios de nuestras comunidades autónomas un proyecto de transformación basado en una reforma global del actual sistema de provisión mayoritariamente pública. Más bien, a partir de la aceptación general de la separación entre financiación y producción, se ha generado una dinámica basada en la proliferación de fórmulas o experiencias aisladas de las que, se está por ver, si pueden generar algún efecto de arrastre al conjunto del sistema.

En esta situación no es de extrañar que las relaciones entre niveles padezcan una profunda crisis que en un grado importante puede ser por desconfianza en el futuro. Los diferentes niveles de madurez y evolución organizativa, con un claro desequilibrio a favor de la atención primaria y los todavía recientes conflictos sindicales, dificultan más el atisbar las salidas.

## 2. ¿CÓMO ESTÁN LAS COSAS?

La falta de continuidad entre el nivel de AP y AE en nuestra organización es uno de los principales problemas identificados. 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.

Asimismo en una encuesta de utilización de servicios sanitarios realizada durante el mes de mayo a una muestra de 2.987 ciudadanos del área de Mallorca, poseedores de tarjeta sanitaria individual, hemos constatado que un 86,5% afirman no acudir nunca a consultas de medicina general privada; pero este porcentaje desciende al 52,3% que afirman no acudir nunca a consultas de especialistas privados.

Si bien casi todo el mundo coincide al alabar el alto nivel técnico de los hospitales públicos, subsisten problemas como trato deshumanizado, largas listas de espera, escasa resolución de problemas en las consultas externas (3).

En la práctica es frecuente recoger opiniones o mensajes informales respecto a la parte de culpa que el otro nivel tiene en las disfunciones que se aprecian en el sistema asistencial (4); Así en AP se suele protestar por el retraso en la asistencia en consultas externas y/o intervenciones quirúrgicas y por la carencia de información sobre la evolución del proceso del paciente remitido al especialista. Más recientemente, y vinculado a los procesos de descentralización o de autogestión en los que se responsabiliza al médico de cabecera de la gestión de un presupuesto, se acusa a la AE de la inducción a prescripciones caras o innecesarias. A su vez, en AE se percibe tradicionalmente una excesiva remisión de pacientes de AP por procesos de escasa complejidad diagnóstico-terapéutica.

En la encuesta realizada en nuestra área a todos los coordinadores de centros de salud y jefes de servicio o de sección, cuyos resultados se presentan en la tabla 1, se expresan algunas de estas discrepancias: los médicos de AP tienen peor opinión que sus homólogos sobre las respectivas prescripciones. Ambos niveles, en especial AP, parecen tener conciencia clara de la existencia de discrepancias terapéuticas.

En la misma encuesta estos profesionales no expresan buena opinión sobre sus relaciones con el otro nivel, siendo más pesimistas respecto a su evolución en los últimos tiempos los coordinadores de AP. Ello a pesar de reconocerse mutuamente aceptables niveles de calidad. Existe sin embargo un alto nivel de coincidencia en que el papel de las direcciones de primaria y de especializada ha sido un elemento negativo en esta evolución.

### 3. ¿QUÉ CABRÍA ESPERAR DE ESTAS RELACIONES?

El sistema sanitario como tal podría explicarse entendiendo que las entradas o *inputs* (recursos económicos, humanos, técnicos...) dan como resultado unos *outputs*, algunos fácilmente medibles (actividades, procesos atendidos...) y otros que presentan mayor dificultad (bienestar, satisfacción...) que permiten llegar al *outcome* final de la atención sanitaria que debe ser obviamente la salud, conseguida además de la forma que mas valora la sociedad y al menor coste social posible (5,6).

En este contexto, toda combinación de *inputs*, en este caso atención primaria/atención especializada, debería ser concebida de la forma mas efectiva, en cuanto a resultados en salud y mas eficiente desde el punto de vista de la gestión. Esta eficiencia de gestión se alcanzaría mediante aquella combinación de cuidados de AP y AE que maximizara o generase los resultados deseados, y que éstos se obtuvieran al menor coste, no sólo monetario, sino de los costes generados al usuario, costes de oportunidad, costes de transacción. En términos utilizados por la microeconomía, en aquel punto de la curva de función de producción o *isocuantas* que es tangente a una curva de *isocoste* (7).

Este planteamiento nos llevaría a preferir en cada momento la resolución de un determinado problema de salud por aquel nivel o por aquella combinación de niveles (qué parte de uno y qué parte de otro) que ofreciese una relación coste-efectividad más ventajosa. De este modo los elementos que adquieren relevancia desde el punto de vista de la gestión son los costes (los riesgos) en los que se incurre para abordar un determinado problema de salud por parte de cada uno de los niveles y la competencia o capacidad de resolución (los riesgos) que implica que la actuación se haga por uno u otro.

En el lado menos frío de la cuestión cabe pensar que los ciudadanos esperarían menos viajes, es decir accesibilidad y continuidad de la asistencia; menos médicos a los que explicar sus problemas, es decir atención longitudinal, agente de salud y responsable de caso; buenas manos, es decir competencia efectividad; y seguramente algo de cariño, en especial en los momentos críticos.

Los profesionales, disimulando mal algún brote de reticencias ocasionado por el desconocimiento de la otra parte, coincidirían en desear administraciones más capaces de solventar los déficits estructurales y direcciones más permeables a sus racionamientos. El profesional de primaria querría ver más valorado su papel, recibir más información escrita de sus colegas y a más especialistas acercándose a su realidad, y estos a médicos más resolutivos.

*Tabla 1. Lo que esperan de la atención primaria y de la atención especializada los integrantes del sistema sanitario.*

	Médico A.P.	Médico A.E.
Financiador	Eficiencia-Equidad	
Gestor	Eficiencia	
Médico A.P.	Continuidad	
Médico A.E.	Filtro resolutivo	
Paciente	Efectividad, Resultados, Bondad	
Sociedad	Accesibilidad, Calidad, Equidad	

De estos aspectos podríamos destacar dos elementos en los que centrar los objetivos de cambio en cuanto a la coordinación de niveles asistenciales: eficiencia y continuidad.

En cuanto a la eficiencia, en nuestra encuesta se identifican algunos aspectos cuyo abordaje podría mejorar el nivel de resolución de la atención primaria y en consecuencia la eficiencia del sistema: solicitud de pruebas por parte de los médicos de AP, necesidad percibida claramente por éstos; duplicidad de pruebas que de existir encarecen innecesariamente los procesos...Se apuntan también, como soluciones, la elaboración de protocolos conjuntos y la consulta directa entre profesionales. Llama la atención que los encuestados opinan que porcentajes muy elevados de derivaciones (37'8% para los médicos de AP y 48'8% para los de AE) podrían haberse solventado mediante una interconsulta entre profesionales.

En cuanto a la continuidad, ésta debería entenderse ante todo desde la perspectiva de la continuidad asistencial y la continuidad de información. Para que ésto fuera posible debería haber acuerdo sobre cuales son los objetivos asistenciales prioritarios: plan de salud u otros marcos de referencia y acuerdo técnico sobre cómo abordarlos: protocolos, etc.

A nivel formal parece poco discutible que la atención primaria deba jugar un papel de puerta de entrada del sistema. Es conveniente, sin embargo matizar lo que ello debería significar (8) ya que lejos de buscar un papel de mera contención o de traba burocrática o disuasoria, el denominado papel de *gatekeeping*, se entiende como rol de agente de salud del ciudadano a lo largo de su vida. Ésta debería fundamentarse en el médico de familia con alto nivel de cualificación y competencia técnica capaz, además de filtrar y derivar al especialista aquellos procesos complejos, de resolver la mayoría de los problemas de salud de la población. Existen evidencias de que hacerlo de esta forma garantiza la continuidad, mejora la eficiencia al aumentar el valor predictivo positivo de las pruebas que utilizaran los especialistas y evita de forma notable los riesgos para el paciente (9).

Hablar de puerta de entrada o elemento central del sistema suele ser un lugar común en cualquier declaración de intenciones que acompaña a la mayoría de las propuestas de reforma. En la práctica muchas de éstas se hacen ignorando la propia atención primaria. La realidad es que, a pesar de haber difundido la idea de que se ha protegido a este nivel de atención, basta con comparar las cifras de incremento de gasto sanitario en los últimos cuatro años para cada ámbito, para comprobar la balanza claramente a favor de la AE y las evoluciones que por contra se han gestado en calidad y en evolución organizativa.

La culpa en este aspecto no puede ser achacable sin embargo a los profesionales especialistas o de los hospitales: los propios médicos de familia han sido poco belicosos en la defensa de sus competencias (pediatría, urgencias, mujer embarazada...) y han sido tímidos a la hora de ampliar su radio de acción o nivel de resolución.

Cuando se habla por tanto de la “continuidad de la atención” debe ponerse el acento en que esta es responsabilidad inexcusable del nivel de atención primaria.

#### 4. ¿QUÉ SE HA HECHO HASTA AHORA?

A pesar de que han existido y existen intentos de mejorar la coordinación entre los dos niveles, en general, los resultados obtenidos son poco satisfactorios. Muchos profesionales de la organización indican que una de las causas más importantes de la persistencia de esta problemática es la falta de comunicación entre los dos niveles.

A nivel del territorio INSALUD, en los últimos años los contratos-programa, tanto de AP como de AE, contemplaban como aspecto prioritario una serie de objetivos comu-

nes a desarrollar por ambas gerencias, si bien su impacto no está evaluado. Por contra, no se ha producido de manera generalizada un desarrollo de líneas estratégicas comunes; no se ha creado un verdadero mercado interno entre proveedores públicos ni se ha dotado de financiación para compra de servicios de AE a AP.

También en el territorio INSALUD se hicieron recientemente esfuerzos para mejorar la transferencia de información entre niveles: comunicación inmediata de altas hospitalarias y indicación de cuidados de enfermería, que en nuestra experiencia ha sufrido un relajamiento considerable. Por otra parte el denominado proyecto de facturación entre AE y AP, que fue pilotado en algunas áreas, se ha reducido a preparar detalles de los sistemas de información y a incorporar en los contratos programas de AP un pacto de consumos previstos de consultas y pruebas diagnósticas. Sin embargo su credibilidad sólo se hará efectiva si existe una repercusión clara en las respectivas cuentas.

En nuestra experiencia más concreta de Mallorca (INSALUD Baleares), puede hablarse de que a pesar de que han sido una constante las excelentes relaciones personales entre los responsables de la AP y del hospital de referencia, no se ha conseguido articular un marco permanente en el que se resuelvan los problemas enumerados. Se han efectuado, eso sí, algunas experiencias puntuales con un resultado dispar en un intento de aproximar ambas gerencias:

- a. Protocolos/programas conjunto de actuación entre AP-AE: atención a pacientes con VIH-SIDA, Diabetes, EPOC, Programa de Atención a la Mujer...
- b. Desarrollo de actividades docentes e investigadoras comunes.
- c. Interconsultas docentes y asistenciales.
- d. Atención al enfermo oncológico terminal.
- e. Rotaciones y estancias formativas de médicos y enfermeras de AP en diversos servicios de AE.
- f. Creación de una comisión de coordinación entre ambas gerencias.
- g. Encuesta de necesidades formativas.
- h. Unidades de apoyo mixtas: Atención a la Mujer, Unidades de Salud Mental.

Sin embargo, en la práctica algunas de ellas han ido muriendo o languideciendo (interconsultas, rotaciones...) en el mismo momento en que ha surgido alguna débil dificultad.

Más recientemente han aparecido dos nuevos elementos que pueden hacer cambiar la situación de forma drástica: la sectorización de una parte de los servicios espe-

cializados que serán responsabilidad de los hospitales de la Comunidad Autónoma y la próxima apertura del Hospital de Manacor, que va a funcionar mediante una fórmula de fundación. En este último caso la perspectiva de que parte de sus ingresos puedan provenir de los servicios que sean solicitados por la atención primaria ha hecho, que en los primeros contactos entre los responsables del centro y de la Gerencia de Atención Primaria, se manifieste una clara intención de abordar las relaciones entre niveles desde una perspectiva claramente distinta.

Es cierto que en esta situación los hospitales clásicos deberán ser dotados de forma urgente de algunas herramientas de gestión que les permita competir con centros más ágiles. Sin embargo, el tomar conciencia de que el entorno es cambiante ha hecho ya que la gerencia del hospital de referencia de INSALUD esté tomando alguna medida (recuperación de las interconsultas, protocolos terapéuticos conjuntos, solicitud directa de algunas pruebas: endoscopias etc.) y esté reorientando su discurso interno estimulando a sus servicios a competir.

## 5. ¿CUÁLES SON LAS ALTERNATIVAS?

Cualquier solución debería inexcusablemente pasar por el común denominador aceptado actualmente en los países de nuestro entorno: financiación pública y médico de cabecera como puerta de entrada y eje de la atención sanitaria(10). El hospital debe ser el elemento del sistema sanitario que tiene su razón de ser en la resolución de aquellos problemas de salud de la población que precisa de instalaciones y recursos humanos muy específicos y tecnológicamente complejos o costosos<sup>1</sup>.

Por lo dicho anteriormente, la tónica que deberá enmarcar las relaciones entre ambos niveles asistenciales deberá ser la de garantizar la continuidad en un marco de efectividad/eficiencia. En cuanto a la gestión, y con independencia de las múltiples formas, ésta debería enmarcarse en un proceso de flexibilización(11), transformando las rigideces de la gestión presupuestaria y las limitaciones de la contratación.

A partir de aquí debería abordarse el problema desde dos perspectivas simultáneas(12): las vías clínicas, que afectarían más directamente al proceso asistencial y las vías no clínicas que incidirían en el modelo de gestión y de flujos en el que deben moverse estas relaciones.

Las vías clínicas deberán ir por tanto encaminadas a lograr una máxima efectividad en el uso de los recursos, tanto en el desarrollo de la tecnología como en lo que se refiere a terapéutica. El papel del médico de atención primaria bien formado, y desde su papel de agente del paciente y de su familia, es esencial para el desarrollo de una medicina efectiva como primer eslabón de la atención sanitaria que debe tener su continuidad en la atención especializada. Para ello se hace indispensable armonizar criterios en base a(13):



- a. Reconocimiento de objetivos comunes de salud.
- b. Facilidad y voluntad para la transmisión de la información, tanto en uno como en otro sentido. La informatización debería jugar un papel relevante en estas soluciones.
- c. Desarrollo de estrategias conjuntas basadas en protocolos, criterios de actuación, etc, que partiendo de una información contrastada permitan el desarrollo tanto de diagnósticos como de tratamientos.
- d. Fomento a la formación y conocimiento mutuo mediante el desarrollo de sesiones clínicas conjuntas, tanto para la consecución de una adecuada formación continuada como para la realización de interconsultas. Éstas permiten al médico de atención primaria el soporte técnico en aspectos que pertenecen al nivel especializado, como al médico especialista conocer aspectos de los pacientes que solo se adquieren con el conocimiento previo del paciente y su entorno.
- e. Fórmulas que posibiliten el seguimiento del paciente ingresado en el hospital por su médico de cabecera.

En cuanto a las vías no clínicas, las “nuevas” relaciones AP - AE deben enmarcarse en un contexto de escenarios de gestión de servicios sanitarios múltiples, cambiantes y sin suficiente experiencia empírica que avale sus resultados y especialmente el “valor añadido” que aportan respecto de otras alternativas.

Podríamos analizar las distintas hipótesis según los escenarios en los que nos podemos mover:

#### **a. Marco de financiación y regulación pública - provisión pública**

En general presenta el inconveniente de las ineficiencias propias y conocidas de la administración, sin embargo ofrece la ventaja de la potencial “universalización” de las medidas, menor riesgo para el profesional y en consecuencia menores resistencias. Se ha recordado también<sup>11</sup> que de estudios sobre costes hospitalarios no se deduce que la producción sanitaria pública sea ineficiente. La eficiencia dependería menos de la titularidad y más de los incentivos que genera la regulación del sector (precios) y del nivel de competencia.

Podrían plantearse tres opciones diversas:

- (1) Mantenimiento de la situación actual en el modelo INSALUD y el de la mayoría de servicios territoriales: gerencias y presupuestos separados en el marco de una misma “empresa”, sin existencia de flujos económicos entre niveles. Esta solución es rechazada en nuestro sondeo por los encuestados (sólo un 20% de ellos le otorga lugar preferente). Inconvenientes: desgaste sufrido, desconfianza, evi-

dencias insuficientes de que haya funcionado. Aun considerándola una vía poco adecuada, de persistir deberían emprenderse algunas acciones: libre elección de médico/ especialista efectiva, desarrollo de las vías clínicas enumeradas, asunción real de responsabilidad sobre todos sus médicos por parte de los jefes de servicio.

- (2) Avance en la línea de reformas internas: descentralización y competencia. Representaría profundizar en los avances de descentralización en atención primaria, desregulando más en los aspectos de presupuesto, competencias y contratos; extender estas experiencias a los hospitales, otorgando mayor poder a los servicios y establecer sistemas de competencia entre centros; sobre todo avanzar hacia la “compra” de servicios: consultas, urgencias, pruebas diagnósticas por parte de la AP a la AE. Esta solución es la que más gusta a los entrevistados de AP, (Tabla 4) pero, curiosamente, es también la preferida por los responsables de AE que han contestado. Representa el avance en la línea marcada por los contratos programas, incorporando algunos de los déficits que se han señalado: presupostación prospectiva, riesgo, contradicciones en la transferencia de derechos residuales (13).
- (3) Gerencias o direcciones únicas en atención primaria y el hospital. Esta solución simularía la existencia en Cataluña de oligopolios que explotan conjuntamente hospitales y centros de salud. Su existencia en INSALUD (Ibiza, Menorca) responde a otros criterios y no ha sido evaluada. Teóricamente evitaría las “guerras” entre las partes ya que una sola dirección regularía y ordenaría como deben ser las relaciones (“un solo jefe y los demás indios” en palabras de uno de nuestros encuestados). Otras ventajas podrían ser las de crear un solo sentir corporativo a ambos lados y las de mover a los gestores a desplazar actividad hacia la atención primaria por ser esta menos costosa. Se han apuntado algunos inconvenientes (15): la creación de estructuras más complejas que las actuales; el riesgo ya conocido, de inclinar la balanza hacia el hospital; el previsible (ya anunciado) “desembarco” de especialistas a la primaria y a medio plazo la escasa incentivación hacia la eficiencia que podría darse entre los profesionales.

#### **b. Marco de financiación pública - provisión privada**

Constituyen un grupo de experiencias surgidas mayoritariamente en Cataluña. Son experiencias recientes, algunas de ellas de un carácter “cuasiexperimental” y sin suficiente evaluación de sus resultados. Se han señalado, sin embargo alguna precaución al respecto: la de sustituir una burocracia por otra, si no existe competencia (12) son:

- Contrato cooperativo (Barceloneta).
- Grupos de profesionales (Vic).
- Grupos privados de gestión sanitaria (oligopolios).

En relación al tema que nos ocupa (relación AP-AE), se han señalado ciertas ventajas de estos modelos respecto a los de provisión pública. No obstante, hay que señalar que estas ventajas no se han verificado suficientemente de forma empírica, pudiendo ser calificadas por el momento de “oportunidades”. Algunas de éstas serían:

- Competitividad entre proveedores, que fomentaría la eficiencia.
- Economías de escala (en oligopolios), que optimizaría los recursos.
- Desarrollo vertical (en oligopolios), con gestión de todos los niveles asistenciales (primaria, especializada y sociosanitario) que facilitaría la coordinación e integración de recursos.
- Mejoras en la información interna.
- Corta historia que evitaría el *burn-out* y las retenciones mutuas AP-AE.
- Alta capacidad de negociación del coordinador-director por el alto grado de autogestión.
- En oligopolios la gestión compartida de niveles asistenciales facilita el establecimiento de circuitos ágiles que mejoran la atención de los clientes.

Estas ventajas teóricas deberían ser contrastadas, con posibles disfunciones generadas por el modelo, entre otras:

- Necesidad de “cambio cultural” previo, por parte de AP, AE y los clientes del sistema.
- Riesgo de fomentar la calidad aparente.
- Génesis de “clientes cautivos”.
- Selección adversa: conflicto equidad-eficiencia.
- Discrepancias entre los objetivos del financiador-regulador, el proveedor y el cliente.
- Interferencia del ánimo de lucro de los agentes.

Estas desventajas podrían minimizarse, si bien a base de altos costes de transacción. Éstos deberían dedicarse fundamentalmente a la aplicación de mecanismos de control, especialmente *ex-post*, que garantizaran el cumplimiento de los objetivos contractuales señalados por el regulador. La financiación y regulación pública obligaría a primar la equidad y la eficiencia de los proveedores. Es más, excepto en los oligopolios, el regulador público debería intervenir en aquellos aspectos de *trade-off* entre AP-AE no regulados contractualmente.

Tabla 2. Resultados de encuesta autoadministrada a coordinadores de AP y jefes de servicio y sección de AE.

Se les pide grado de acuerdo de 1 a 10 a una serie de afirmaciones y ordenar según importancia concedida a determinados aspectos de mejora. Respuestas obtenidas: 29 coordinadores (100%) y 26 jefes de servicio (44'6%).

PREGUNTA	COORDINADORES	JEFES DE S.
La calidad de la AP ha mejorado en los últimos años	8'30 +- 0'45 *	6'90 +- 0'82
La calidad de AE de Insañud Mallorca ha mejorado en los últimos años	5'07 +- 0'60	6'43 +- 0'82
Las relaciones entre profesionales AP AE en el momento actual son muy buenas	4'41 +- 0'60	4'73 +- 0'75
Estas relaciones han mejorado en los últimos tiempos	3'74 +- 0'64	5'00 +- 0'90
Desde su opinión, el papel de las direcciones de AP y AE ha servido para mejorar la evolución de dichas relaciones	3'92 +- 0'79	4'20 +- 0'82
En los últimos años, en general, ha mejorado la calidad de las derivaciones	7'04 +- 0'49	5'48 +- 0'79
Los profesionales de AP deberían poder solicitar la mayoría de pruebas complementarias	7'81 +- 0'64	5'30 +- 1'10
Se suelen duplicar con frecuencia y de forma innecesaria, pruebas complementarias solicitadas por el otro nivel	7'54 +- 0'67	4'60 +- 1'06
En general las prescripciones de los médicos de AP son razonables	7'63 +- 0'52	6'56 +- 0'67
En general las prescripciones de los médicos de AE son razonables	6'26 +- 0'52	7'06 +- 0'63
Existe acuerdo terapéutico sobre tratamientos a seguir por los pacientes llevados conjuntamente por AP y AE	5'07 +- 0'94	6'00 +- 0'98
Para reducir el desacuerdo terapéutico valore las siguientes formas de abordar este problema:		
Protocolos conjuntos	9'00 +- 0'30	6'78 +- 0'94
Consulta directa entre profesionales	8'62 +- 0'49	8'20 +- 0'47
No se precisa consensuar: cada profesional asume los tratamientos que prescribe durante un proceso	2'36 +- 0'41	2'56 +- 0'75
La competencia entre proveedores y la compra de servicios de AP a AE, podría mejorar la relación existente entre ambos niveles	7'69 +- 0'67	5'39 +- 1'10

(\* Intervalos de confianza expresados al 95 %)

Tabla 3. Resultados de opiniones sobre derivación del paciente

PREGUNTA	COORDINADORES	JEFES DE S.
¿Qué porcentaje de pacientes derivados de la AP lo hacen con informe?	74'37 +- 10'5	55'17 +- 12'0
¿Qué porcentaje de informes que llegan de AP cumplen criterios mínimos de calidad?	-	44'41 +- 10'8
¿Qué porcentaje de informes que llegan de AE cumplen criterios mínimos de calidad?	41'74 +- 10'0	-
¿Qué porcentaje de pacientes considera que no se debería haber derivado?	20'63 +- 4'7	42'50 +- 10'1
¿Qué porcentaje de pacientes considera que son derivados demasiado tarde?	13'04 +- 3'1	15'00 +- 5'7
¿Qué porcentaje de derivaciones podría haberse resuelto con una consulta entre profesionales de AP y AE?	37'81 +- 4'7	48'82 +- 11'1

Tabla 4. Resultados de opiniones sobre “las vías clínicas”

	COORDINADORES	JEFES DE S.
Protocolos comunes	26'9 % en primer lugar 30'0 % en segundo lugar	22'2 % en primer lugar 27'8 % en segundo lugar
Sesiones de interconsulta	26'9 % en primer lugar 23'1 % en segundo lugar	21'1 % en primer lugar 36'8 % en segundo lugar
Consultas directas entre profesionales	23'1 % en primer lugar 19'2 % en segundo lugar	42'9 % en primer lugar 14'3 % en segundo lugar
Rotaciones	3,8 % en primer lugar 7'7 % en segundo lugar	5'6 % en primer lugar 16'7 % en segundo lugar
Formación	3'8 % en primer lugar 7'7 % en segundo lugar	11'1 % en primer lugar 33'3 % en segundo lugar
Acceso más fácil por AP de pruebas complementarias	19'2 % en primer lugar 15'4 % en segundo lugar	5'6 % en primer lugar 16'7 % en segundo lugar

Tabla 5. Resultados de opiniones sobre “las vías no clínicas”

	COORDINADORES	JEFES DE S.
Mantener la situación actual: gerencias separadas, presupuestos independientes...	18'2 % en primer lugar 18'2 % en segundo lugar	20'0 % en primer lugar 20'0 % en segundo lugar
Gerencia o dirección única de área (AP-AE) para los servicios dependientes de Insalud	13'6 % en primer lugar 13'6 % en segundo lugar	42'9 % en primer lugar 21'4 % en segundo lugar
Existencia de una agencia central de compra que dispone del presupuesto y “compra” a uno u otro nivel según criterios de gestión	4'5 % en primer lugar 40'9 % en segundo lugar	23'1 % en primer lugar 30'8 % en segundo lugar
Compra de servicios por parte de AP a AE	68'0 % en primer lugar 4'0 % en segundo lugar	46'2 % en primer lugar 15'4 % en segundo lugar 30'8 % en tercer lugar
Compra de servicios por parte de AE a AP	21'7 % en primer lugar 8'7 % en segundo lugar 43'5 % en último lugar	10'0 % en primer lugar 20'0 % en segundo lugar 30 % en último lugar

## AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer los comentarios y ayudas de todo el equipo de dirección de la GAP de Mallorca, especialmente de Gaspar Tamborero, Juli Fuster y Joan Llobera.

## Bibliografía

1. Elola J. *Sistema Nacional de salud: Evaluación de su eficiencia y alternativas de reforma*. Barcelona: SG ediciones, 1995.
2. Bonfill X. Como debiera ser el Hospital ideal. *Med Cli* 1993; 100 supl 1; 9-11.
3. Aranaz J.M., Mira J.J., Vitaller J., Herrero J.F. La calidad de la atención especializada desde la perspectiva de la atención primaria. *Todo Hospital*68; 1990 julio-agosto: 29-32.
4. SEMFyC. Relación entre niveles asistenciales. *Documento Semfyc* nº 5. Mayo 1995.
5. Cuevas Mª D., Beneyto F., Barbero M.L. Coordinación en el sistema sanitario. Algunos ejemplos. *Todo Hospital*78. 1991 julio-agosto; 27-32.
6. Ortún V. La atención primaria, clave de la eficiencia del modelo sanitario. *Jano* 1995;49: 1597-1602.
7. López Casanovas G. Els sistemes de finançament als hospitals: anàlisi de tendències i estudi de consistències. *Gaceta Sanitaria* 1993, 77: 131-146.
8. Gene Badía J. Escaso futuro para el gatekeeping en España. *Atención Primaria* 1995, 7 (15): 418-420.
9. Ortún V., Gervás J. Regulación y eficiencia de la atención sanitaria primaria en España. *XIV Jornadas de Economía de la Salud*.
10. Gervás J., Pérez-Fernández M. Propuestas para mejorar el modelo español de atención primaria. *Cuadernos de gestión* 1996, Vol (2), nº 3; 131-139.
11. Puig J. Sanidad, gestión y economía: ¿relaciones peligrosas? *Todo Hospital*, 1994, 104: 55-61.
12. Ortún V. Innovación organizativa en sanidad en *Política y gestión sanitaria: la agenda explícita*. Asociación de economía de la salud. 1996: 157-176.
13. Ortún V., Rodríguez F. De la efectividad clínica a la eficiencia social. *Med clin* 1990; 95: 385-388.
14. Martín J. Cambios en la regulación del sistema sanitario público español: incentivos y eficiencia en “ *Política y gestión sanitaria: la agenda explícita*. Asociación de economía de la salud. 1996. Abril: 177-217.
15. Casajuana J. Las nuevas empresas proveedoras de servicios: ni mejor, ni peor, sino todo lo contrario. *FMC*, 1996 (3), 5; 319-324.



# *La experiencia del Consorcio Hospitalario del Parc Taulí*

PERE MONRÁS I VIÑAS

*Director General del Consorci Hospitalari del Parc Taulí*

PILAR SOLANS I JULIÁN

*Directora de Gestión Asistencial del Consorci Hospitalari del Parc Taulí*

ANTONI NOGUERAS RIMBLAS

*Jefe del Programa de Unidades de Procesos Asistenciales  
del Consorci Hospitalari del Parc Taulí*

*Sabadell. Barcelona. España*

*Conferencia presentada en el Seminario "Alternativas de Integración  
de Niveles Asistenciales" celebrado en la EASP. Granada, España.*





# LA EXPERIENCIA DEL CONSORCIO HOSPITALARIO DEL PARC TAULÍ

## 1. INTRODUCCIÓN

El Consorcio Hospitalario del Parc Taulí (CHPT) es una institución pública sujeta a normas de derecho público y privado, localizada en la ciudad de Sabadell, a 25 Km de Barcelona. Es un hospital de referencia para una población de cerca de 400.000 habitantes y proporciona además asistencia socio-sanitaria.

El CHPT nació hace diez años como resultado de la fusión de distintas entidades públicas y privadas ya existentes en la zona, que por su pequeña dimensión y escasez de servicios centrales diagnóstico-terapéuticos no podían afrontar el desarrollo tecnológico necesario.

La actividad asistencial del CHPT queda reflejada en la tabla I. Dispone de una estructura de 530 camas utilizadas, de un total de 680 acreditadas y de 220 para la atención socio-sanitaria. No existe en el ámbito poblacional de referencia ningún otro recurso hospitalario significativo.

*Tabla 1. Actividad asistencial del CHPT*

<b>Actividades del Hospital</b>	<b>1995</b>
Altas	25.084
Emergencias	6,2
Primeras Visitas	37.829
Visitas Sucesivas	123.244
Relación sucesivas/primeras	3,3
Intervenciones totales	16.891
Urgencias	179.409
Número de camas	535
Hospital de día	7.412

La conjunción de diferentes culturas en el momento de la fusión obligaron a definir la razón de ser de la nueva institución, para que los directivos y los profesionales en general tuvieran un único punto de referencia:

*“La misión del Consorcio Hospitalario del Parc Taulí es dar una asistencia integral, personalizada y de calidad a la población que tiene asignada, de manera que la demanda de atención hospitalaria y socio-sanitaria que corresponde a su área de referencia pueda encontrar una respuesta adecuada”.*

La gestión de la atención primaria corre a cargo del Institut Català de la Salut, con una cobertura de la Reforma Atención Primaria (RAP) del 60%.

## 2. LA HISTORIA DE LA COORDINACIÓN

Con la voluntad de configurar un hospital orientado al paciente se avanzó en el camino de modificar la organización de las actividades asistenciales, dejando atrás las estructuras piramidales, jerárquicas y estamentarias. Se diseñó así una organización más funcional, descentralizada e interprofesional, que ha intentado avanzar en la agrupación de los pacientes en relación a sus requerimientos, tanto diagnósticos como terapéuticos.

Todo ello se logró como fruto de la elaboración de un plan director altamente participativo que permitió, después de 18 meses de intenso trabajo de 1200 profesionales, definir las principales líneas de actuación, que se concretaron en:

- La creación de unidades funcionales por patologías.
- La potenciación y creación de equipos básicos asistenciales.
- La potenciación del trabajo interprofesional.
- La coordinación entre niveles asistenciales.

La aparición de la definición reglada de necesidades de salud de la población, concretada en el "Pla de Salut" de Cataluña, junto a la separación entre la financiación y la provisión de servicios, marca la voluntad y la posibilidad de orientar la oferta a la demanda.

En este marco, en que confluía la orientación de nuestro plan director con la del sistema sanitario público, se hacía patente la necesidad de que las estructuras dejen de ser las únicas preocupaciones de los gestores y de los profesionales, para orientar sus esfuerzos hacia la gestión integrada de procesos asistenciales, paso previo a la definición de un plan de servicios.

Una orientación a procesos de atención que responda a las necesidades de la población, priorizadas por el plan de salud, exige de una coordinación entre los diferentes niveles para conseguir poder ser efectivos y eficientes.

A este fin, el consejo de gobierno hubiese podido decidir, como hicieron otras entidades en aquella época, gestionar una parte de la atención primaria de nuestra área de influencia. Sin embargo, como no teníamos necesidad de asegurar flujos de pacientes al hospital y tampoco era necesario optimizar plantillas, pudimos explorar otras opciones en base a nuestro convencimiento de que lo importante es que los profesionales de los distintos ámbitos se pongan de acuerdo en como deben tratarse las patologías prevalentes y definan para cada momento de atención cuál debe ser el nivel asistencial responsable.

Pronto ejemplos concretos en las prácticas clínicas habituales de nuestros profesionales y de los de la atención primaria, permitieron corroborar que el consenso profesional entre ambos es la base fundamental para que la continuidad asistencial sea una realidad.

Lógicamente los pilares fundamentales de la atención compartida, deben basarse en el principal recurso sanitario: los profesionales.

A ellos les corresponde definir las actuaciones asistenciales, las guías o protocolos de actuación clínica que forzosamente han de contemplar la definición de los niveles de atención para cada una de las patologías, más prevalentes, o grupo de ellas. Llegar al consenso de este proceso de atención compartida no suele ser difícil siempre que entre los profesionales implicados en el mismo concurren los más expertos y aquellos más preocupados por la resolución del problema de salud concreto.

Llegar al consenso supone un trabajo arduo y largo que obliga a los profesionales, habitualmente agobiados por la presión asistencial, a dedicar esfuerzos sobreañadidos a su quehacer habitual.

El consenso entre profesionales, siendo necesario, no es suficiente para garantizar la consolidación del *continuum* asistencial. Ya sea a través de una gestión única -primaria y hospital- o mediante la coordinación de gestiones diferentes de ambos niveles, se precisa una cobertura y una tutela directiva a dicho consenso profesional.

Estas reflexiones, junto a la voluntad de orientar la oferta a la demanda y tomando como punto de partida experiencias puntuales de colaboración entre profesionales fundamentadas en el consenso, condujeron a que las direcciones de Atención Primaria de Sabadell y Cerdanyola (ámbitos de referencia del CHPT) y el Consorcio Hospitalario del Parc Taulí, formalizaran, en julio de 1995, a través de un "Convenio de colaboración", la voluntad de diseñar fórmulas de cooperación que permitan generar sinergias entre ambas entidades, cuyo hilo conductor ha de ser la continuidad asistencial de los problemas prevalentes de salud del sector común de referencia.

### **3. EL TRABAJO DE CONSENSO ENTRE PROFESIONALES: SUS IMPLICACIONES Y CONSECUENCIAS**

Como referíamos anteriormente, a los profesionales les es relativamente fácil consensuar cómo, dónde y quién debe tratar una o un grupo de patologías, siempre y cuando se les respete su *know-how* sin pretender imponer soluciones predeterminadas.

Sin embargo las dificultades aparecen cuando en el diseño del modelo de atención se incorporan modificaciones organizativas que permiten mejorar globalmente el proceso de atención y definen la responsabilidad compartida en el mismo.

Es frecuente que en los distintos niveles sea difícil modificar hábitos adquiridos, generalmente profundamente arraigados, que inciden en estructuras poco ávidas de cambios, tanto en el propio concepto de la atención asistencial como en su propia operativa.

En nuestra experiencia, no siempre es fácil de detectar el líder, especialmente en los primeros momentos, pieza clave para impulsar el proceso, movilizar las voluntades y monitorizar los resultados; para mantener el correspondiente *feed-back* que permita mantener unido al equipo interprofesional que lidera.

Además, deben tenerse en cuenta las siguientes herramientas para que el responsable pueda ejercer su liderazgo:

- Un sistema de reconocimiento de los resultados obtenidos y del compromiso demostrado por el propio equipo.
- Una política de formación continuada orientada a la calidad, al cambio cultural y a los procesos de la atención.
- Un sistema de registro y de información en base a resultados de salud, con indicadores definidos por el propio equipo.

De todo ello se desprende la necesidad de garantizar el adecuado soporte por parte de las instituciones. Es obvio que los directivos resultan también claves para potenciar dichas políticas de reconocimiento del compromiso y de la descentralización.

Contradictoriamente, las mejoras substanciales en términos de eficiencia que comportan los cambios organizativos y la adopción de estas nuevas fórmulas de atención habitualmente no están premiadas sino penalizadas por el sistema, por falta de instrumentos que permitan evaluar los servicios y los resultados.

#### 4. EL INCREMENTO EN LA CULTURA DEL CONSENSO

A continuación presentamos la evolución que, en diferentes jornadas científicas, ha experimentado las comunicaciones firmadas conjuntamente y las que tienen como tema la conexión entre niveles.

Las jornadas valoradas fueron:

- 1994, organizadas por el CHPT, con el lema *parlem del que fem* (hablemos de lo que hacemos).
- 1995, organizadas por la Atención Primaria, con el lema “intercambio de experiencias”.
- 1996, organizadas conjuntamente por el CHPT, la Atención Primaria y el Ayuntamiento, con el lema *parlem del que fem i escoltem el que ens diuen* (hablemos de lo que hacemos y escuchemos lo que nos dicen).

La Tabla 2 muestra el número de comunicaciones estudiado en cada una de dichas jornadas, en relación al total de comunicaciones presentadas en las mismas.

Tabla 2. Comunicaciones presentadas a jornadas

TEMAS DE LAS COMUNICACIONES	1994	1995	1996
Conexión entre niveles	11/90 (12'2%)	8/73 (11%)	29/91 (32%)
Firma conjunta de autores	6/90	4/73	22/91
Diferentes niveles	(6'6%)	(5'5%)	(24%)

Para concluir, la presentación de los resultados obtenidos tras el consenso entre profesionales, parecen mostrar que una vez iniciado el proceso de consenso, se consolida el modelo de trabajo orientado a la demanda que evita el hospitalo-centrismo, potencia la reforma de la Atención Primaria, desplegando sus posibilidades y optimiza los recursos de la Atención Especializada, reordenando los flujos innecesarios de pacientes que acuden al hospital. Consolidan además los procesos implementados observándose también un efecto dominó de contagio entre los profesionales, que les predispone a lograr el consenso en otros problemas de salud en los que ellos están implicados por sus conocimientos y sus responsabilidades.

Estos resultados preliminares permiten corroborar la bondad de las estrategias implementadas, si bien una evaluación más exhaustiva cuando lleve más tiempo permitirá darle la solidez definitiva esperada.



# *La experiencia de Galicia*

LUCIANO VIDÁN MARTÍNEZ

*Director General de Atención Primaria  
Servicio Gallego de Salud  
Santiago de Compostela, La Coruña, España*

*Conferencia presentada en el Seminario "Alternativas de Integración  
de Niveles Asistenciales" celebrado en la EASP. Granada, España.*





## LA EXPERIENCIA DE GALICIA

La relación entre los niveles de primaria y especializada es un problema de primera magnitud. Por ello, el Servicio Gallego de Salud organizó una comisión de 16 "expertos", para buscar fundamentalmente los aspectos de liderazgo en su actividad diaria. Era una comisión mixta en la que había médicos hospitalarios, de primaria, enfermeras, asistentes sociales y gestores.

Me correspondió actuar de moderador del grupo. El ser médico de primaria me da la sensación de que la atención primaria es muy poco conocida. Se habla mucho, e incluso la gente sabe que hay algo ahí de atención primaria, pero muy poquita gente sabe o conoce a fondo lo que allí se hace. La atención primaria sigue sin entrar en los programas de estudio de las facultades españolas, salvo excepciones; la gran mayoría de los médicos en su época de formación en el programa MIR no pasan por los centros de salud; no así los médicos de primaria, que una gran parte de su período formativo la hacen a nivel hospitalario y llegan a comprender perfectamente lo que allí se hace, la cultura y los valores que tienen los hospitales, y no al revés; incluso a nivel de gestión uno se sorprende de los pocos programas formativos que hay, me refiero a nivel de especialista o master, dedicados a atención primaria.

No sucede así con los hospitales, incluso cuando se hacen de forma más conjunta o más abierta sobre temas más amplios de gestión sanitaria; si uno hojea los programas observa con frecuencia que el número de módulos y de créditos dedicados al tema de primaria es poco o, las más de las veces, simbólico. Creo que hay un problema importante de desconocimiento de lo que hacemos los profesionales de la atención primaria.

Diré una serie de obviedades que ya fueron planteadas aquí; otras me las iré saltando en aras de la brevedad. Una verdad muy clara es que los pacientes, cuando contactan con el sistema sanitario, no saben de estas cosas raras que organizamos nosotros, (de niveles de primaria, etc.) y lo que esperan es que les resolvamos sus problemas de salud; esperan una continuidad de los procesos con independencia de donde se presten.

Es también obvio que más cantidad de pacientes son vistos por múltiples especialistas, tanto a nivel hospitalario como a nivel de la atención primaria. Hay cantidad de estudios, quizá el más citado sea el de Barbara Starfield, que demuestran que esa orientación de los servicios sanitarios hacia la atención primaria está asociada a mejores indicadores de salud, a mayor satisfacción de los usuarios y a menores costes, probablemente por ese papel de filtro que ya se ha hablado aquí por otro miembro de la mesa. Parecería que el médico general tiene más capacidad para distinguir a una persona enferma de una persona sana que la que tiene el especialista, y eso es una gran ventaja para evitarle riesgos innecesarios a los pacientes.

Uno lee por ahí en las distintas revisiones bibliográficas que alrededor del 85%, hasta el 95% de los problemas que se le plantean en el día a día al médico general lo resuelve de forma satisfactoria; simplemente, aunque ya fue comentado de una forma creo que gráfica, el aspecto este del *screening*, tomando al médico de atención primaria como un test; en la población normal la gente está sana y por lo tanto las enfermedades tienen baja prevalencia. Es de todos conocido que cuando se quiere optimizar la eficiencia y la eficacia de un test, o sea su valor predictivo, una buena posibilidad es aumentar la prevalencia de la enfermedad; ese papel *screening*, ese papel de filtro, ese separar lo enfermo de lo sano es una de las cosas importantes que los médicos de atención primaria hacemos en nuestro ejercicio del día a día.

Es obvio también que hay un conflicto entre los generalistas y los especialistas no sólo a nivel de las organizaciones sanitarias; parece ser un problema común a todo tipo de empresas o de organizaciones donde se da esta característica. Los generalistas tienden a tener una visión más global de los problemas o de las organizaciones, en tanto que los especialistas acaban desarrollando una serie de habilidades y conocimientos más profundos y de una alta cualificación. Las fronteras entre ambos son siempre difíciles y no deseables de delimitar tanto más, en el ámbito sanitario, pues estamos en época de crisis y el mercado laboral es restrictivo. Además, desde los distintos servicios sanitarios, empezamos a introducir mecanismos de competencia entre todos.

El problema quizá se exagera más en la atención primaria y la especializada, pero no es exclusivo. He tenido la oportunidad de participar en los últimos meses en dos congresos nacionales, el de pediatría y el de medicina interna, que se celebraron en Santiago. Participamos en mesas que tenían esta misma problemática: los internistas, que ahora se definen como generalistas del hospital también tienen esos conflictos de delimitación, de hasta dónde pueden llegar ellos, no sólo dentro del hospital sino incluso fuera. Seguramente en la atención primaria este problema se exagera mucho más, al menos así lo sienten los profesionales, llegando incluso a ver a los médicos de atención primaria como intrusos dentro del campo de la especialidad correspondiente; cada vez es más frecuente oír decir, por ejemplo a los ginecólogos, que ellos son los médicos de familia de las mujeres, o a los neumólogos, que ellos son los médicos de familia de sus pacientes pulmonares.

Con relación a lo que uno cree que va a pasar en el futuro, la complejidad asistencial seguramente va a ir en aumento, parece que hay una tendencia en principio reversible a la atomización de las especialidades; sin duda alguna va a haber un aumento del porcentaje de gente mayor y mayores demandas sanitarias más complejas; aunque el nivel de formación y de educación de los ciudadanos va a ir en aumento, creo que este fenómeno no se va a producir en el aspecto sanitario. Probablemente esa simetría de información entre el ciudadano y los profesionales sanitarios va a ir en aumento, con lo cual ese papel de agente que también fue aquí mencionado, esa función de agencia, va a ser cada vez más importante.

Parece también claro que el sistema sanitario va a ser cada vez más sensible a los ciudadanos, a las necesidades de los usuarios o de los pacientes, y que la gestión económica y la gestión asistencial adquirirán una mayor relevancia. Todo ello en el marco de la equidad, que a veces es la responsabilidad (por lo menos de los directivos que estamos a nivel central). En nuestra comunidad autónoma ése es el problema de primer orden, porque se puede hablar de competitividad, pero nosotros tenemos alrededor de un 20 o 30% de los municipios que tienen un solo profesional allí y que tienen menos de 2.000 habitantes. Ahí hay que darle respuesta también a esas necesidades y por lo tanto habrá que intentar encajar la eficiencia con la equidad.

Parece obvio también que, debido a esa complejidad, iremos avanzando en el desarrollo de la gestión de procesos asistenciales integrados y, lógicamente, habrá que implicar a los profesionales y esto no es nada fácil. Creo que todos los que estamos en el auditorio seguramente coincidiremos en el noventa y mucho por ciento del diagnóstico del problema de las relaciones entre la atención primaria y la especializada. En el marco de la propuesta de solución organizativa, según me comentaban ayer los organizadores, si es cierto el dato de que el 60% provienen de los hospitales y el 30% de primaria y hay una miscelánea de un 10%, seguramente haríamos énfasis unos más en modelos hospitalocentristas y otros más en soluciones desde la atención primaria, pero el lío es el cómo.

Queremos iniciar este próximo año experiencias de autogestión en los centros. Los primeros contactos que tuvimos con aquellos centros que podían ser susceptibles de entrar en el programa y ser acreditados por una serie de criterios no fueron nada halagüeños; los profesionales, en contra de lo que esperábamos (porque es una moda y parece que el asumir esas responsabilidades, gestionar el presupuesto, tener más capacidad de decisión y de hacer, es muy bien acogido) nos están sorprendiendo con que se sienten muy a gusto siendo estatutarios, funcionarios, recibiendo su sueldo a final de mes y que es mejor que eso lo haga el gerente o el director general. Además así tienen la oportunidad de ir a quejarse y a decir que ésto no va.

La Comisión detectó una serie de problemas; yo os hablaré con énfasis de dos o tres de los que ahí más se señalan. El primero es el de la complejidad organizativa que tenía desde el punto de vista asistencial el Servicio Gallego de Salud, que seguramente es común al de las comunidades autónomas porque todas tienen el mismo origen.

Un problema que se apuntó por parte de la Comisión y vinculado lógicamente al problema de la relación de la primaria y la especializada fue el de las comunicaciones. Me encantó oír al compañero de Tudela decir que aquéllos no tenían problemas de relación telefónica. Desde luego en nuestra comunidad es totalmente imposible que lo más sencillo, que es que un médico de primaria o de hospital conecte con su homónimo para comentar un paciente, lo logre. El tema de la comunicación, por lo que uno lee, es común a otros sitios; no es sólo un tema de la relación de primaria y de los hospitales.

Cuando uno habla con los compañeros que trabajan en los hospitales comarcales también oye que tienen dificultades para ponerse de acuerdo y hablar simplemente con sus referentes de los hospitales a los que ellos derivan. Lo mismo pasa en las comunicaciones de los servicios centrales con cualquier servicio periférico. Creo que éste es un problema muy importante, aparentemente sencillo de resolver buscando la posibilidad para que la gente pueda contactar, y que está pendiente. A veces, al menos a nivel directivo, uno hace macroplanes de otro tipo de cosas y los profesionales lo ven así más claro.

Otro problema importante son los distintos estilos de trabajo. Con eso también quería referirme cuando decíamos que no se conoce mucho por parte de la gente de los hospitales lo intrínseco, el quehacer diario del médico de atención primaria. Nuestra cultura y nuestro trabajo es totalmente distinto. Como sé que el auditorio es muy cualificado, seguramente todos leyeron el trabajo de Vicente Ortún y Gervas sobre la eficiencia en la atención primaria, donde queda muy bien reflejada esa distinta cultura.

Resumiendo, hay muchas cosas que difícilmente se catalogarían ni siquiera de problemas de salud. La gente viene al médico y le cuenta su vida y la del vecino, y le pregunta si es bueno, por ejemplo en Galicia, cambiarse de empresa mortuoria si están en una y le hacen otra oferta, y si sería mejor que la hija haga medicina o que haga ingeniería agrónoma. Los médicos tenemos mucha información blanda, como es mi caso, que trabajamos en el medio rural. Esa información cualitativa, blanda, al final te da una información tremenda de lo que pasa allí; una información extraordinaria porque te llega por múltiples vías y eres capaz, aparte de reforzar esos niveles de confianza y a lo mejor de liderazgo en la comunidad, de tomar una serie de decisiones que son impensables y difícilmente comprensibles para quien no ha estado en este medio.

La experiencia de formarme en el Hospital Juan Canalejo, un hospital de alto nivel, y llegar al pueblo recién acabada la especialidad fue tremenda. Claro, en el hospital, en esos servicios de urgencias seguramente éramos efectivos, pero a cualquiera que entrara allí porque tenía tos o lo que sea le caían placas, análisis, porque uno siempre estaba obsesionado con descartar no sé cuántas cosas, como el diagnóstico diferencial de la tos. Uno lo quería hacer bien, honestamente y cuando se traslada al otro medio la cultura es la contraria, es la de esperar y ver, o el acierto/fallo; normalmente uno que tiene tos tiene catarro, y como uno lo puede ver al día siguiente y estar cerca de él, y como además tiene confianza en su médico porque lo eligió libremente y le consulta esas cosas del hijo y estas historias, cree a su médico cuando le dice: mira, no tomes nada, espera a ver lo que pasa.

Eso es totalmente distinto a la esencia de lo que es el trabajo de un especialista; primero porque ya hay un *screening* previo y trabajan más en los aspectos de la enfermedad, fundamentalmente en los diagnósticos, que es la gran obsesión de los especialistas. A partir de un determinado momento la idea es traspasarle el paciente al médico de cabecera para seguir ellos pudiendo hacer esos diagnósticos sofisticados. Por lo

tanto creo que es importante señalar que son dos formas totalmente distintas de pensar, de intervenir y que deben ser un continuo.

Los problemas de la continuidad los apunto porque en Galicia los profesionales detectaron, no sé si eso es común en otros sitios, que como consecuencia de la jerarquización de los especialistas se había perdido algo que de alguna manera era importante cuando había los tres niveles: el médico de primaria al final acababa derivando el paciente a un servicio y nunca tenía la certeza de quién era exactamente el especialista que estaba viendo al paciente. Era muy frecuente en boca de los pacientes que cada vez que iban a una revisión los veía algún médico distinto del servicio; eso nos permitió introducir mejoras y correcciones en el sistema porque era un problema que ellos sentían muy importante.

Del tema del desconocimiento y de los conflictos no me extiendo más porque ya fueron claramente expuestos. Sorprendentemente la Comisión, y nosotros con ella (aprovechando que el Pisuerga pasa por Valladolid nos venía esto también muy bien), definió claramente que en ese modelo de cliente/proveedor que sirve para explicar muchas cosas y para conceptualizarlas, el cliente del médico general era el paciente y el cliente del especialista era el médico general. (Ese modelo por todos muy bien conocido: la organización tiene una serie de cadenas con sus clientes internos de relación cliente/proveedor y son los pacientes, o los ciudadanos, o los usuarios, los clientes externos.)

Se definió allí cuál era el rol del médico general, que no era otro que promover una serie de cuidados sanitarios de primer nivel y de agente coordinador de la asistencia y de abogado del paciente, de conductor en toda esta maraña que vemos tras esta organización y un poco el valedor del paciente ante el sistema sanitario y ante los problemas que su proceso asistencial plantea. Por lo tanto es el médico general el médico del paciente y esto, incluso la población, que tarda en percibir estos cambios en la reforma de la atención primaria, sí al menos ha conservado siempre la idea de que el médico general es su médico, al que suelen conocer por nombres y apellidos, y no tanto a veces cuando acuden a los especialistas. El rol del especialista en este plan propuesto era de consultor o consejero del médico general y también proveedor, lógicamente, de cuidados especializados, fundamentalmente diagnósticos y tratamientos; y ocasionalmente su cliente, lógicamente por delegación del médico general, es el paciente.

Los problemas detectados se podían catalogar en tres tipos: estructurales, organizativos y de actitudes, y le pedimos a la Comisión que, aparte de detectarlos, hiciera un esfuerzo por proponer estrategias de mejora. Había una idea general de mejora, que era que la orientación fuera práctica y flexible; con gran sentido común decían que fuera diseñada a la medida de personas normales, que los profesionales que trabajan por ahí no son superhombres ni héroes y que se hiciera a su medida.

En los cambios estructurales que proponían estaban la creación de estructuras de coordinación, la redistribución de los recursos entre los niveles, el restablecimiento de

la relación unívoca entre el médico general y el especialista y la libre elección del especialista por parte del médico general. Nosotros a este respecto y en ese modelo del cliente/proveedor, (teniendo el cliente esa forma más dura de que elige y paga o esa otra más de la calidad total de que haya personas a las que nosotros les prestamos un servicio), intentamos introducir cambios estructurales en el sentido de que en la atención primaria, para ir en esa línea, se debería aumentar la libertad de elección del médico por parte de su paciente e ir en la línea de que el pago capitativo tuviera mayor peso en las retribuciones de los profesionales. En la modernización introdujimos cambios en el modelo retributivo y, en el marco de lo que nos permite el Decreto 387 (la provisión en la atención primaria en Galicia es totalmente pública y la vinculación es estatutaria), introdujimos modificaciones en las retribuciones, pasando de unas fundamentalmente salariales a que, ahora, alrededor del 25% de la retribución tenga un cierto grado de riesgo entre la capitación y los objetivos.

Siempre discutimos si esto era más o menos; fue el límite del esfuerzo que la comunidad podía hacer para dedicar a este fin, y el 387 no nos lo ponía muy fácil como todos conocen, porque entre lo que es el sueldo base, el destino y el complemento específico, del que habría mucho que hablar, las retribuciones ya se van a alrededor de cuatro millones y medio al año. Por lo tanto era difícil, pero lleva dos meses implantado y, aunque éramos un poco escépticos a que estas modificaciones tuvieran alguna repercusión, las han tenido importantes: empieza a haber cambios en las actitudes de los profesionales al modificar, aunque sea en aspectos mínimos, sus retribuciones. En el tema de la especializada nuestra propuesta era que el especialista lógicamente fuera elegido por el médico general y, en esa línea que el dinero sigue al paciente, que se busquen fórmulas de pago pero que relacionen un poco esta línea de elección del especialista por parte del médico general.

Con respecto a los cambios organizativos ya fueron prácticamente comentados por algunos compañeros; de todo esto el sentir general era la reducción del número de documentos e impresos. Seguramente todos habréis tenido esa posibilidad, pero el número de documentos que hay para relacionar la primaria con la especializada o los profesionales, sean de primaria o especializada con su gerencia, no caben esta mesa; no sé si eran setenta y pico. Las tres cuartas partes del documento fue la fotocopia de todos los documentos que hay que utilizar aquí para lograr cualquier cosa, desde irse de vacaciones a cómo conseguir una cita con un especialista; estaban muy sensibles a este problema y conllevó que pusiéramos en marcha un documento único de relación asistencial.

En el cambio de actitudes, de las muchas cosas que han sido ya propuestas aquí (las comisiones de seguimiento, la confección de guías de actuación conjunta, etc.), pusimos en marcha las comisiones de seguimiento a nivel de área, de tal manera que el director provincial preside una comisión paritaria de profesionales. Se intenta buscar profesionales que tengan esa capacidad de liderazgo en el hospital y en atención primaria también. Periódicamente y con mayor o menor fortuna, van avanzando y si después procede podemos comentar algunas de las cosas que se hicieron.

En relación con las estrategias de implantación, se planteaba el fomento del debate y a eso responde un poco nuestra presencia en estos foros, de tal manera que cuando hay algún tema, tanto en la comunidad autónoma como fuera, procuramos ir allí para que surjan y que se conozcan desde todas las partes los distintos posicionamientos, implicar en el cambio a los órganos gestores. Comparto totalmente todo lo que aquí se dijo, de hecho esto fue una iniciativa de la propia dirección de primaria y nosotros incluimos también en los contratos programa respectivos de primaria y especializada una serie de objetivos vinculados a esa mejor comunicación entre ambos niveles. Y esa coletilla final que siempre recojo era fantástica, producto del sentido común de los profesionales, y la escribían además con letras rojas: “que se valorara muy cuidadosamente la posibilidad de empeorar en vez de mejorar las cosas, y que se fuera muy cauto en introducir cosas que al final pudieran distorsionar”.

En el futuro, parece que estamos ante posibilidades, asumiendo que la financiación sea pública: la primera, que haya una unidad de producción única que provee de cuidados de atención primaria y especializados, y entonces la competencia surge entre las distintas unidades; la otra posibilidad: que el médico general, compitiendo con otros médicos generales, compre servicios a la atención especializada, que los servicios, los profesionales de atención especializada compitan entre sí o entre los distintos hospitales.

Es lógico, siendo de atención primaria, por la que uno se decanta. Pero si es verdad, y parece serlo, que todos los servicios que se han orientado hacia la atención primaria, obtienen buenos resultados de eficiencia, satisfacción y mejora de los indicadores, nosotros nos decantamos (con independencia de que se pruebe de todo y que se evalúe todo para ir corrigiendo y mejorando cualquiera de las opciones) sin duda ninguna por esta segunda fórmula de organización.





# *Condicionantes financieros y organizativos de la integración de niveles asistenciales*

GUILLEM LÓPEZ I CASASNOVAS

*Catedrático de Economía Aplicada*

*Vicerrector*

*Universidad Pompeu Fabra*

*Barcelona. España*

*Conferencia presentada en el Seminario "Alternativas de Integración  
de Niveles Asistenciales" celebrado en la EASP. Granada, España.*



## CONDICIONANTES FINANCIEROS Y ORGANIZATIVOS DE LA INTEGRACIÓN DE NIVELES ASISTENCIALES

Hay dos batallas abiertas en el sistema sanitario español: una es la de mantener el vehículo en marcha utilizando un poco más de carburante en financiación del que ahora disponemos; a la vez hay otra que es tapar los agujeros que tiene este depósito de funcionamiento, lo cual implica poner mucho carburante, rascar muchos bolsillos, presionar al contribuyente para que lo financie.

Me voy a centrar en lo segundo. ¿Qué podríamos hacer para tapar agujeros a efectos de que cuando solicitemos al contribuyente usuario más carburante no se nos subleve? Para hacer esto creo que debiéramos fijar el objetivo. El objetivo tiene pocos agujeros, pocos problemas. Está muy identificado lo que es un buen sistema sanitario; calidad de asistencia, información sobre efectividad, regulación comprensiva que asegure tratamientos al alcance de todos, costes de transacción y costes de producción mínimos. Se ha explicado antes lo que significa transacción, desde el dicho hasta el hecho. No basta con planificar sino que hay que garantizar el cumplimiento de lo que se dice y esto tiene costes de transacción que, en algunas modalidades de estructuras sanitarias, son muy altos; lo que se puede ganar por el lado de costes de producción mínimos, se lo puede comer por el otro, de costes de transacción máximos, con lo cual el resultado de la suma de los dos costes tiene que ser mínimo.

Otro elemento de un buen sistema sanitario es que debe motivar a los profesionales a una buena praxis, no a inducir actividad. Por tanto la actividad *per se* no es un objetivo de un sistema sanitario público.

Como estamos en materia de aseguramiento hay que intentar aminorar todos los abusos que produce el hecho de garantizar coberturas, evitar la selección de riesgos; es decir, garantizar que no hay colectivos excluidos. Fuera de esto en el sistema sanitario resultante cualquier modificación de estructuras no nos interesa, con lo cual hay que intentar trabajar a través de una prima comunitaria, es decir, la financiación no puede basarse en criterios actuariales individuales sino a través de primas comunitarias que valgan para todo el colectivo asegurado.

Este es el aspecto en el que me voy a centrar a partir de ahora: evitar duplicidades. Esto es un criterio para un buen sistema o para quien rija con un poco de criterio su propia casa. Para integrar evitando duplicidades hay que partir de hechos muy conocidos, no me voy a extender ni un minuto. Williamson lo dice de muchas maneras, creo que lo llamaba situaciones intratables. ¿Por qué? Porque son decisiones muy complejas, es un río revuelto con ganancia de pescadores; los que tienen más información pueden dirigir el agua donde les interesa.

Se trata de un *coste plus*, todo lo que hace el sistema lo carga a otro, y esto lo llama situaciones intratables. Sólo fijándonos en decisiones complejas, recordemos la incidencia de un amplio número de factores en la decisión sanitaria (políticos, tecnológicos, epidemiológicos, estrictamente sanitarios) con más de un decisor (desde el plan de salud, al plan de servicios hasta el profesional que ejerce su práctica en algún lugar) y con atributos de decisión muy complejos. Es un problema no sólo de habilidades, no sólo de capacidades; es un problema de actitudes y valoraciones muy "ad hoc" de lo que puede representar la calidad.

Como es notorio, son cuestiones para las que una relación *input-output* fija es muy difícil porque hay incertidumbre tanto en la aparición de la contingencia como en la eficacia del tratamiento. Esas decisiones complejas siempre buscan una solución, un compromiso que pasa por analizar cómo se está modelando esta toma de decisiones y qué alternativas hay que puedan ser superiores. Como es seguro que hay críticas a cualquier diseño organizativo que se haga siempre conviene decir, como se apuntaba ayer: "coménteme usted qué alternativas sugiere".

Si éste es el objetivo de lo que nos gustaría fuera el sistema sanitario, vamos a analizar los medios: ¿quién va a tomar responsabilidades para que éste sea el caso?, ¿quién se va a responsabilizar en el sistema de una buena atención al paciente? Si ustedes me dicen que tiene que ser éste o aquél, luego hay que analizar: ¿cómo lo van a conseguir?, ¿cómo van a estructurar esta provisión?, ¿cómo van a identificar los roles de cada uno de los agentes que interaccionan en el sistema?, ¿cómo vamos a asegurar que lo que está en el papel se cumpla en la realidad? Éstas son las preguntas clave que nos interesará desarrollar en los párrafos que siguen.

Surgen aquí algunas preguntas conocidas: ¿Identificamos el Estado, a través de su estructura administrativa, como el último responsable de una buena atención al paciente? ¿Podríamos construir, de una manera poco artificiosa, una función gerencial delegada de los poderes políticos? ¿Nos convendría animar a los proveedores asistenciales a que se integraran desde sus propios niveles? ¿Por qué no responsabilizamos al propio paciente de que requiera una buena atención?

A estos agentes voy a dedicar el tiempo que queda. Primera cosa: lo que diga se tiene que leer bajo este cliché: lo que se propone es creíble, porque transfiriendo el poder de compra a uno u otro las amenazas que se generan son creíbles.

Segunda cosa: no intentamos dinamitar el sistema sanitario; lo que vamos a hacer es introducir variaciones en el margen. ¿Son estas variaciones marginales (que uno pierde actividad porque la gana otro, que un nuevo proceso lo ve alguien distinto porque estaba acostumbrado) suficientes para introducir incentivos a la gestión? Es irreal decir que el hospital pierde su presupuesto y lo gana Honker o quien sea, etc. Estamos hablando de cambios muy marginales en el sistema sanitario. ¿Aceptan los profesionales, agen-

tes en este sistema, que esto va a ser un juego de suma cero, que la actividad que haga uno la va a tener que dejar de hacer otro? Y si esto se cumple, ¿internalizan estos incentivos los que en último término son los decisores graves?

Responder a las preguntas anteriores formuladas bajo este cliché nos pone un poco más de presión, porque ya no es todo teórico sino que hay que tener un ojo en el funcionamiento del sistema. El punto de partida es conocido: podría no hacerse nada. Yo no estoy por esta labor, pero quien se responsabilice de una buena atención al paciente debiera de ser el Estado, haciendo operativa esta idea a través de una estructura administrativa, una estructura de provisión, un sistema de incentivos y un organigrama de descentralización de responsabilidades. La experiencia demuestra que el Estado, para desarrollar desde el dicho al hecho tiene un contexto muy complicado, es lo que se llama ineficiencia sistémica. En todos los escalones de toma de decisiones no parece claro que alguien tenga una presión para un comportamiento de coste eficiente. Puede trasladar a impuestos todos sus problemas financieros, la presión de los gerentes sobre los profesionales puede ser muy aminorada por la dificultad de seguir, monitorizar las cuestiones de calidad, las relaciones entre los financiadores regionales y las relaciones son más políticas que profesionales.

¿Se puede trabajar reformando desde dentro del sector público? Desde un punto de vista optimista podríamos decir: ¡relajemos las restricciones a través de las que el sector público trabaja! ¡Permitamos la heterogeneidad, uno de los problemas que aparece siempre cuando la intervención es pública e igual para todos! ¡Huyamos del derecho administrativo, continuemos buscando los huecos que permite la actual normativa para hacer algo distinto sin morir en el intento! ¡Descentralicemos la asignación de recursos! Estas son ideas que aparecen muy a menudo para preservar el *statu quo*.

Pero esto es bastante difícil. Descentralizar la asignación de recursos es poner incentivos monetarios a lo largo y ancho del sistema sanitario. Siendo público este sistema sanitario en su provisión y estructura, me parece que es batalla perdida. La huida del derecho administrativo tiene sus límites, hay contratos de fiducia, de confianza, de responsabilidad que se tienen que mantener. Y la heterogeneidad que se pudiera permitir es muy problemática cuando el Estado utilice criterios de equidad que no excluyan la envidia; la envidia es un elemento que cuenta a la hora de definir la equidad y es muy difícil que se permita desde dentro del sector público la heterogeneidad.

De aquí surge la posibilidad que redefinamos el papel del sector público, un sector público que regule y que asegure una financiación solidaria. Por tanto, si el sector público no ejerce el poder de compra y de servicios no teniendo ventaja comparativa alguna, ¿quién debería ejercer este poder? Pero quien lo haga deberá asumir los riesgos de hacer las cosas bien o mal y va a tener que prepararse para el cambio cultural que supone gestionar riesgos. Esto lo podríamos llamar directamente la gestión descentralizada del aseguramiento sin que levantemos ninguna crítica de que estemos pri-

vatizando nada, porque la financiación, el "pull" de solidaridad es el mismo, pero quien asume riesgo obviamente busca consolidar, y ésta es una de las prácticas normales de cualquier gestor de política de compra.

Para decidirnos entre las alternativas que ahora comento, tres ideas quizás conviene mantener: primero, si estamos por la labor de la descentralización del poder de compra, de la gestión del aseguramiento, tenemos que hacer una transferencia efectiva, tanto de autonomía funcional como de responsabilidades, y esta transferencia tiene que ser creíble, por tanto tiene que respetar las envolventes financieras del sistema, no puede ser un *coste plus*, no puede ser un incentivo a la actividad *per se*. Segundo, todo apunta por tanto a que sea una capitación más o menos corregida la envolvente financiero-política del cambio que se pueda proponer. Tercero, que los costes de transacción, el trecho de lo dicho al hecho, no sea muy grande.

Otorguemos el poder de compra a la primaria. Las dudas que aquí aparecen son básicamente de credibilidad de la propuesta. ¿Soluciona el ejercicio del poder de compra en atención primaria la integración de niveles o tendremos que trabajar, una vez el poder de compra esté en primaria, buscando cómo integramos?

Fijémonos también que estamos apuntando más por el conflicto que por la cooperación. Quien paga manda y quien tiene el poder de compra negocia. Los costes que consigue el sistema hospitalario de la especializada son ingresos para otros, en este caso la atención primaria. ¿No sería mejor la cooperación que la confrontación? ¿Podemos tomar como un dato el que existan valores culturales suficientes para que esta gestión descentralizada del aseguramiento caiga en manos de cuatro hippies, de cuatro *fund holders* a la inglesa, once al principio, o esto es política más a medio o a largo plazo?

Imaginemos que buscamos ubicar el poder de compra en agentes intermedios, y aquí hay la vieja disyuntiva administrativista: o desconcentramos o descentralizamos. Desconcentrar es apuntar un escalón dentro de la misma estructura política, desde un área sanitaria por ejemplo que gestione el riesgo, el aseguramiento, el poder de compra. Desconcentrar no es lo mismo que descentralizar. Las competencias asignadas a este escalón intermedio pueden ser advocadas en cualquier momento por el poder político, que puede obviamente substituir a quien las ejerce, con lo cual aquí también tenemos dudas sobre credibilidad.

Descentralizar quiere decir "transferencia de". Esto puede ser más interesante, con lo cual nos quedan dos posibilidades dentro de este ámbito: o gestionan el aseguramiento proveedores asistenciales integrados (luego matizaré la palabra vertical o virtual) o movemos, damos un poco de revulsivo a la holandesa, para que las aseguradoras cambien su chip y acepten gestionar el seguro con una base no lucrativa, con primas comunitarias tipo cotizaciones sociales o IRPF. A esto se puede uno referir como el nuevo papel del aseguramiento privado dentro del sistema sanitario público. Antes de resolver la cuestión o de comentar con más detalle esta última cuestión, quisiera

mencionar la devolución: que sea el propio consumidor el que reasuma las responsabilidades. ¿Para qué? Pues para que elija proveedor en la mejor medida posible, entidad aseguradora, cartera de servicios, que sea el propio ciudadano el que se responsabilice sobre los costes del sistema. Esto puede sonar a siglo XXI, pero creo conveniente mencionarlo aquí y ahora.

Vayamos rápidamente a la cuestión de la integración vertical o virtual. Para resolver esta cuestión cuatro ideas pueden ser de interés:

1. La decisión entre producir o comprar, el *make or buy* que se hablaba ayer.
2. Las formas organizativas y estilos de gestión que implantamos, una vez decidido el *make or buy*.
3. Analizar si el tamaño es un condicionante importante o no (peso que tiene la economía de escala, de gama, etc.).
4. Los criterios sobre la cuestión de los derechos residuales.

En el *make or buy*, el principio general es no producir o integrar verticalmente porque cuando se ha integrado, la marcha atrás es muy difícil. Sin embargo es conveniente cuando el mercado suministrador es inestable, ya que la organización no puede depender de la presencia de un suministrador (intentemos leer esto en clave de: no es lo mismo contratar operaciones de cataratas que la lavandería de un hospital o el *catering* de un centro). Si el mercado suministrador es estable, ¿por qué producir, por qué integrar verticalmente? Cuando las compras son muy frecuentes y cada vez hay costes de contratación altos, será mejor producir porque se nos están disparando los costes de transacción. Si las relaciones son inciertas, comprar es muy complicado, mejor producir. Y ¿cuándo son inciertas? Cuando estamos en situaciones con contingencias cuyo resultado depende del estado de la naturaleza, no del esfuerzo de quien ejerce la actividad; cuando la información es limitada, hay mucha información pero hay que escoger porque no todo es aprehensible, estamos abocados a contratos incompletos, es decir, que no recogen todo. Si éste es el caso, contratar es muy liado porque las posibilidades de comportamientos oportunistas son muy altas; como no podemos recogerlo todo en el contrato, siempre habrá alguien que intente “hacernos la cama”, especialmente si para los suministradores contratados la reputación no cuenta.

Los activos de alta especificidad son muy importantes para la organización, cuentan mucho para su viabilidad, para evitar la amenaza de “haces esto o no te contrato”.

Estas formulaciones de integración vertical consiguen ventajas competitivas, por ejemplo en compras de materiales. No son argumentos apropiados estar más cerca del usuario, aminorar los efectos del ciclo, pensar que integrando, consolidando *holdings* se aminoran los ciclos. Esto es un error: confundir integración con diversificación de carteras y pensar que de este modo se está más cerca del mercado. Aunque se esté por la labor de integrar, hay que mirar si hay alternativas interpuestas que tengan las ventajas de la integración vertical pero aminoren sus efectos perniciosos.



No es lo mismo enfocar la gestión una vez integrado de un modo u otro. Debiéramos organizar la actividad de modo que la estructura siguiera a la estrategia y no viceversa, que es lo que pasa en las organizaciones cerradas al entorno, como son normalmente las burocráticas.

Otro cliché para la decisión es el rol del tamaño: sobre este tema unas pocas ideas.

Primera: cuanto mayor es el tamaño hay mayor consolidación de riesgos en cuanto a población asegurada. Eso es algo que se conoce bien, incluso hay datos de cómo evolucionan los niveles de riesgo con la capitación en los *fund holders*, en la época en que eran once o en la época en que son cuatro.

Segunda: en principio se supone que hay menos costes de transacción. Esto en sí mismo puede ser discutible, porque del mismo modo que se elimina con la integración, con el tamaño (no hay tantos intermediarios), pueden surgir costes de transacción por dificultad de hacer cumplir las normas, por el hecho de diluir las responsabilidades dentro de la organización. Por ello es bueno decir que estos menores costes se deberían validar.

Dos ideas más sobre economías de escala. Teóricamente mayor escala si la economía es positiva, menores costes unitarios, aunque de nuevo hay que validarlos empíricamente, porque cuanto mayor es el tamaño, mayores son las posibilidades de que se produzca una desintegración interna del sistema ("esto a mí no me toca") de responsabilización.

Economías de gama: quien produce las dos cosas a la vez tiene un coste más bajo que quien las produce modo aislado. La suma de los costes de dos productos, una unidad que no hace el I-2, otra unidad que no hace el I-1 es mayor que el coste de producción conjunta. Finalmente, emplear la estrategia de potencializar la fertilización cruzada cuando el tamaño es importante.

Cuando cedemos poder de compra estamos primando la posibilidad de una mayor competencia y la pérdida de poder político que se delega en favor de alguien (equipos de primaria o gestores interpuestos). El chip para entender esto dice (y demuestra este trabajo con más matemática de la que aquí podríamos explicar) que esto se va a regir por dos conceptos: la pérdida para el político al devolver poder discrecional a los gestores, de menos a más. Poca pérdida: delegas; mucha pérdida: discrecionalidad, mantienes control político. Dicho de otro modo, si hay escasa sensibilidad social a que los costes sean altos o bajos, mantener el esquema en situación de no competencia es más aceptable que cuando se trate de un servicio muy sensible para el que el ciudadano está cansado de rascarse el bolsillo. Entonces son estas combinaciones las que van a marcar sí, y en qué ámbitos, puede cederse el poder de compra, en general, en sistemas previamente burocráticos.

Esto se expresa en alternativas conocidas.

La integración vertical pura y dura, propiedad unificada de activos, ésta es la legitimación del ejercicio del poder de compra, responsabilidades jerarquizadas, definición de la misión de la organización de arriba hacia abajo y asignación centralizada de recursos. (todos tenemos historias conocidas sobre esta manera de estructurar sistemas sanitarios, problemas conocidos que no voy a desarrollar). Los incentivos quedan muy tenues, se posibilitan muchos costes de influencia, la posibilidad de que tocando la persona apropiada en la jerarquía puedas conseguir de nuevo ganancias de pescadores.

La distribución de integración virtual, acuerdos de cooperación relacionales que responden a situaciones específicas a los servicios en cuestión, "hoy sí mañana no", estables en la medida en que necesitas el servicio, el acuerdo con la residencia asistida o el "home care" pues mantienes esta relación con intercambios bilaterales, aceptando inversiones en activos específicos no reutilizables, que es la misma palabra, que den credibilidad a los compromisos mutuos: "mira si estoy dispuesto a mantener esta relación contigo que he incluso he comprado este equipamiento y esto me está ganando una reputación de fidelidad contigo que quisiera ver correspondida". Relaciones de propiedad débiles (el caso holandés es un buen ejemplo, con estructuras que en cuanto a propiedad están segmentadas), los contratos de gestión a medio plazo y no a largo plazo.

En el lado simplemente de las valoraciones. ¿Qué le puede interesar en mayor medida a un sistema sanitario público en el que el bienestar de los ciudadanos sea prevalente? Creo que no le interesa demasiado una estructura que integre los niveles sólo por el lado de la propiedad, que lo haga de una manera vertical, jerarquizada, con dilución de responsabilidades. Que permita, como está permitiendo en estos momentos, actuaciones de agentes que son realmente por cuenta propia sin sufrir las consecuencias de esas decisiones, es decir, favoreciéndose de una situación de cuenta ajena (autonomía funcional: cuenta propia; responsabilización: trabajo para otro), y sistema en que la norma es a veces la mejor coartada para la inhibición.

Creo que al sistema sanitario público le puede interesar una integración virtual; quiero decir un poco por la vía fáctica, no forzada, a través de acuerdos cooperativos entre proveedores, liderados estos acuerdos por los microgestores, encargados de la resolución de los problemas sanitarios. Estos acuerdos obligarán a que los agentes asuman dosis adecuadas de riesgo. Los mesogestores pueden ayudar a que ello sea factible; por tanto trabajemos sobre algo sólido que ya existe, el nivel mesogestor del sistema. Reconciliemos la idea de facilitar la asunción de riesgo por parte de estas organizaciones lideradas por microgestores que participan en los procesos de decisión.

Los especialistas y los médicos de cabecera se refuerzan mutuamente porque les interesa a ambos, no sólo a uno de ellos, ya sea el hospital, ya sea el poder de compra en primaria. No se protegen por sumar actividad. Lo que hagan los dos de modo

conjunto no añade financiación al sistema, la restricción financiera de base capitativa, que es clave en la situación de crisis financiera que tiene el sistema sanitario público, obliga a que éste sea un juego de suma cero.

Si se me permite, para acabar: que el poder político se dedique a otros menesteres más propios e ineludibles.

*Las reformas del Servicio  
Nacional de Salud  
del Reino Unido*

ADAM WAGSTAFF  
*Profesor de Economía  
Escuela de Ciencias Sociales  
Universidad de Sussex  
Brighton, Reino Unido*

*Conferencia presentada en el Seminario "Alternativas de Integración  
de Niveles Asistenciales" celebrado en la EASP, Granada, España.*



# LAS REFORMAS DEL SERVICIO NACIONAL DE SALUD DEL REINO UNIDO

Las reformas del Servicio Nacional de Salud del Reino Unido fueron introducidas en 1991 por el gobierno conservador, liderado entonces por Margaret Thatcher. La reforma fue provocada por una crisis de fondos e inspirada por los escritos de un economista norteamericano llamado Alan Enthoven. Es interesante notar que no hubo economistas británicos en absoluto que tuvieran participación en las reformas. Éstas son muy al estilo americano y muy orientadas hacia el mercado. ¿Qué cubría la reforma y qué efectos ha tenido hasta ahora?

Primero plantaremos la percepción de ineficiencia que había en el antiguo Servicio Nacional de Salud (NHS) y seguiré con la descripción de la naturaleza de las reformas posteriores; luego voy a dar mi evaluación de los efectos de las reformas y finalmente propondré algunas conclusiones.

## 1. LAS INEFICIENCIAS PERCIBIDAS EN EL ANTIGUO SISTEMA

¿Cuáles fueron las ineficiencias percibidas en el sistema antiguo? Los economistas prefieren hablar de eficiencia macroeconómica y microeconómica. La eficiencia macroeconómica se refiere a un sistema en su totalidad, el total o agregado del nivel de gasto. La percepción era que desde la perspectiva macroeconómica, el sistema nacional de salud no era especialmente deficiente. El gobierno mantenía un estrecho control sobre el gasto total de la sanidad. Había la sensación de que si había un problema, era de un gasto insuficiente más que un gasto excesivo. El gobierno no estaba dispuesto a aumentar el gasto total y por lo tanto decía que “el problema no existe”.

La eficiencia microeconómica, la cual se refiere a la eficiencia de los diferentes actores en el sistema de asistencia sanitaria, tenía problemas. La sensación era que el NHS estaba fracasando en la consecución del valor por el dinero. Primero se examinó el sector hospitalario y se vieron cuales eran las ineficiencias percibidas. La asistencia hospitalaria en el sistema de salud antiguo se daba en hospitales regulados por cuerpos llamados Autoridad de Salud Regional. Éstas eran organizaciones integradas responsables de la provisión de la asistencia hospitalaria y de hecho eran compradores de la asistencia hospitalaria. Eran compradores porque implícitamente eran responsables de las necesidades médicas de la población en el área.

La integración vertical de las autoridades de salud del distrito se percibía de hecho como una barrera para un servicio nacional de salud eficiente. Así que la integración vertical se veía como algo pernicioso. ¿Por qué? Desde el punto de vista de la provisión de asistencia sanitaria, los hospitales se consideraban ineficientes en parte debido a que tenían un mercado garantizado. Eran simplemente una parte de la Autoridad

Sanitaria del Distrito. Su mercado estaba garantizado. No había dudas sobre la viabilidad financiera del hospital. Los hospitales también estaban engarzados en una trampa de eficiencia. Esto es, si lograban introducir una tecnología que ahorraba costos, muchas veces se encontraban que no tenían presupuesto para tratar estos pacientes adicionales. Podían tratar unos pocos más pero rápidamente llegaban a un tope impuesto por la autoridad distrital y, de hecho, lo que vimos fue que los hospitales tenían que cerrar plantas y rechazar los ingresos no urgentes.

Desde el punto de vista de las compras el sistema también se consideraba ineficiente. Las autoridades de salud de distrito no competían entre ellas. Tampoco había dudas sobre su viabilidad financiera, ni ningún incentivo financiero para que las autoridades sanitarias de distrito se hicieran responsables de las preferencias de los pacientes. Es más, debido a que los médicos generales tenían completa libertad para referir los pacientes a los hospitales, la administración distrital estaba restringida como consecuencia de esta libertad otorgada a los médicos generales.

En la atención primaria la asistencia se otorgaba por los médicos generales, y no diré nada sobre otros aspectos de la primaria. Es de hacer notar que el nivel de satisfacción para con los médicos generales era bastante alta pero, a pesar de ello, se consideraba que había deficiencias en el sistema. Los médicos generales tenían muy poca competencia y se creía que esto era en parte la causa de las quejas que recibían sobre asuntos como sistemas de citas médicas inadecuados, consultas muy breves, etc.

Otro punto importante era la falta de restricciones en lo que respecta a la recetas de medicamentos. Los médicos generales podían recetar más o menos lo que querían, y había grandes variaciones entre médicos generales en lo que respecta a qué y a cuánto recetaban en medicamentos. Como resultado de ello el gasto en medicamentos era muchísimo mayor del que debía ser. En relación con la provisión de servicios, los médicos generales se consideraban bastante eficientes, el sistema de remuneración que existía previo a la reforma era bastante complicado. El sistema manifestaba a los médicos generales que fueran conscientes de los costos en la provisión de sus servicios.

## **2. LA REFORMA EN LOS HOSPITALES**

En relación con el sector hospitalario, la reforma comprendía dos componentes clave. El primero fue la separación de las compras de la provisión de atención. Bajo el nuevo Sistema Nacional de Salud, las diferentes organizaciones son responsables de sus compras para cuidados sanitarios y además de la provisión de cuidados sanitarios. El segundo componente clave es la introducción de la competencia en el sector hospitalario: hay competencia dentro del NHS y entre los servicios y el sector privado.

Primero, la separación compras-prestaciones. Las principales agencias de compras de la asistencia hospitalaria en el nuevo NHS fueron las antiguas autoridades de distrito: ellas no pertenecían a la asistencia sino que eran básicamente compradores. Esto

nuevos cuerpos eran conocidos como la administración sanitaria o, a veces, como las comisiones sanitarias. Estos organismos están a cargo explícitamente de la identificación de las necesidades sanitarias de la población, de informar de los servicios que se requieren, de la forma más costo-efectiva. Es importante notar que no hay competencia entre las autoridades sanitarias. Aunque las autoridades de distrito sanitarias eran los compradores principales, el gobierno decidía si los médicos generales eran igualmente compradores.

Introdujeron la idea de *fund holding* ó “provisión de fondos” para los médicos generales. Esto al principio era para grandes instalaciones. Se les daba un presupuesto y ellos seleccionaban la atención sanitaria y muchos de los cuidados ambulatorios. La idea era que si a los médicos generales se les daba un presupuesto, el tener que pagar por asistencia hospitalaria de hecho empezaría a estar más conscientes de los costos de las referencias. También es importante notar que los médicos generales con provisión de fondos competían entre ellos por las cartillas sanitarias, ya que no tienen asegurada su viabilidad financiera. La competencia tenía la intención de promover la eficiencia en las compras.

Segundo, la competencia. Ésta comportaba un riesgo para los gerentes de hospitales. ¿Qué pasaba con los antiguos hospitales en el distrito? Éstos fueron separados del control de la autoridad sanitaria y se instituyeron como lo que se conoce como “Self Governing Trusts” (Grupos de autogobierno). Los arquitectos de la reforma sanitaria pretendían que estos grupos fueran organizaciones relativamente autónomas. Seguirían dentro del sistema nacional de salud. Serían sin fin de lucro. Y en contraste con los antiguos hospitales iban a tener una flexibilidad sustancial para determinar los pagos, condiciones de trabajo e inversiones de capital. Ésta era la teoría.

Al contrario de su contrapartida distrital anterior, los nuevos hospitales no tenían asegurado el mercado. Tenían que competir entre ellos por los contratos con esta nueva administración sanitaria y con los médicos generales con provisión de fondos. A estos hospitales también se les exigió competir con hospitales privados. Los hospitales privados habían comenzado a proveer algunos servicios a los servicios nacionales.

Por el momento el ámbito de participación de los hospitales del sector privado en la provisión de asistencia para el sistema nacional de salud es bastante pequeña. En el año que terminó en abril de 1993 sólo 267 millones de libras fue el equivalente en dinero de los contratos con el NHS firmados con el sector privado para prestar asistencia sanitaria además de otros contratos firmados en otros campos como lavandería, restauración, etc. Es de notar que la cifra que he mencionado comprende también contratos que fueron otorgados por parte de grupos (*trusts*) con hospitales privados, esto es que los trusts estaban concertando fuera algunos servicios con los hospitales privados.

Hay otro aspecto interesante de la reforma que apareció después. Los médicos generales en régimen de *fund holding* (provisión de fondos) tuvieron una idea brillan-



te. Se dieron cuenta que si estaban comprando servicios de los hospitales, tenía sentido preguntarse si realmente necesitaban obtener las prestaciones desde el hospital o si podían realizar esa labor por sí mismos a menor costo. Se ha visto cada vez más, que muchos de los servicios que en el sistema antiguo hubieran sido prestados por hospitales ahora están siendo prestados por los grupos de médicos generales de *fund holding*. Esto comprende las pruebas diagnósticas y muchos servicios ambulatorios.

Hay un esquema que por el momento está en fase experimental en Gran Bretaña que se llama *Total Fund Holding* (Provisión total de fondos). La mayoría de los médicos generales en régimen de *fund holding* tienen un presupuesto limitado para una cantidad limitada de servicios. Pero en fase experimental, algunos han sido provistos de fondos para cubrir el espectro completo de los cuidados hospitalarios. Si este experimento resulta un éxito, está claro que este proceso, que podemos llamar integración vertical en atención primaria, se acelerará. Esto acerca de las reformas sobre la asistencia hospitalaria. Pero, ¿qué ocurre con la atención primaria?

### 3. LA REFORMA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

Hay que considerar esencialmente tres componentes:

1. El primer componente se refiere a que se introdujeron una serie de medidas para promover la competencia entre médicos generales. Hubo un gran énfasis en la capitación. Se introdujeron regulaciones para que los pacientes pudieran cambiar de un médico general a otro. La esperanza era que todos los médicos generales, bajo *fund holding* o no, se harían más sensibles a los deseos de los pacientes.
2. El segundo componente se relaciona con la introducción de presupuestos para las recetas de medicamentos. A los médicos generales de los grupos con provisión de fondos (*fund holding*) se les requirió tener en su presupuesto un componente referente al gasto en recetas de medicamentos. Se les permitió cambiar de una categoría de gastos a otra en sus presupuestos pero se les otorgó una cuota para algún gasto en medicamentos. Los médicos generales que no se habían puesto en *fund holders* recibieron presupuestos indicativos; éstos no eran restricciones obligatorias en el presupuesto pero indicaban en qué se esperaba gastar. Si gastaban por encima de su presupuesto indicativo se hablaría con ellos, no mucho más.

### 4. EFECTOS DE LA REFORMA

¿Qué hay de los efectos de la reforma?

En relación con la Administración Sanitaria en lo que respecta a las compras de asistencia hospitalaria, vale decir que la reforma dejó a la administración sanitaria con

incentivos bastante débiles como para comprometerse a una contratación eficiente de servicios. Las administraciones sanitarias no compiten entre ellas y el único vínculo que puede haber entre sus presupuestos y su eficiencia puede venir de la amenaza de que unos médicos generales sin provisión de fondos se conviertan en grupos bajo provisión de fondos. La razón de ello es que los presupuestos para los médicos generales con régimen de *fund holding* (provisión de fondos) se extraen del presupuesto general de compras.

Si un grupo sin provisión de fondos se convierte en uno del tipo *fund holder* hay menos dinero en la hucha para las autoridades del distrito sanitario. Eso sin embargo es un incentivo relativamente débil, en parte porque la mayoría de los grupos de provisión de fondos no lo son en la totalidad de su presupuesto. Sólo compran una variedad relativamente pequeña de servicios. Posiblemente debido a estos incentivos débiles, la evidencia sugiere que la administración sanitaria no se ha aventurado demasiado en sus decisiones de compra. Hay excepciones, pero la mayoría parece estar manteniendo los proveedores que tenían anteriormente: los hospitales de distrito antiguos. Los contratos muy a menudo no tienen auditorías o controles de calidad.

## 5. EFECTOS DE LA REFORMA SOBRE LAS COMPRAS DE MEDICOS GENERALES

¿Qué pasa con los efectos de la reforma sobre las compras realizadas por médicos generales?

De nuevo, los incentivos para realizar compras eficientes no son tan eficientes ni tan fuertes como se podría esperar. Todavía no hay competencia entre médicos generales. Los presupuestos se establecen sobre una base histórica y quizás, más importante, han sido extremadamente generosos principalmente para animar a los médicos generales a que entren en sistemas de provisión de fondos. Todavía más importante, los excedentes y déficits se tratan realmente de forma asimétrica.

Los excedentes se pueden conservar y los déficits no son retraídos, por lo menos no se ha hecho hasta ahora. Probablemente como resultado de estos centros debilitados la evidencia sugiere que los médicos generales con provisión de fondos también han sido relativamente tímidos en sus decisiones de compra. Los resultados iniciales sugieren, de hecho, que se han aventurado relativamente. Éstos fueron estudios pequeños y llevados a cabo por gente que estaba entusiasmada con el experimento del *fund holding*.

Un estudio reciente por parte de la comisión de auditorías, que es un estudio grande e imparcial sugiere que, aunque con excepciones, la mayoría de los médicos generales con provisión de fondos no fueron particularmente aventureros en este sentido. En realidad, la mayoría no tenían ni siquiera la información para poder aventu-

rarse. No sabían sobre tiempo de espera por ejemplo. Aunque los beneficios no han sido muy obvios, los costos de los regímenes de provisión de fondos han sido muy grandes: 230 millones de libras se gastaron en los primeros cinco años en equipos, ordenadores, etc. Hay costos muy altos de contratación, costes de transacción asociados con las contrataciones de los médicos generales en provisión de fondos y los hospitales. Como ejemplo, en la comisión de auditoría se vio que un *trust* (grupo autónomo) tardó cuatro veces más en negociar contratos con trece grupos de provisión de fondos que en conjunto sólo proporcionaron el 4% de sus entradas comparado con como lo hizo una administración sanitaria que consiguió un 91% de sus entradas; una ilustración bastante clara de lo que son los costes de transacción que se obtienen cuando hay compradores múltiples.

También es importante notar que hay una pérdida de *monopsonio*. El término *monopsonio* es un concepto económico que consiste en que hay un solo comprador. Al introducir la competencia entre compradores, el resultado es que hay una pérdida de poder de regateo en la parte compradora del mercado y esta pérdida de capacidad de regateo se ha aumentado en tanto más *fund holders* entran en el sistema. El tamaño de lista de cartillas está en 5.000 pacientes. Solía ser 11.000, pero ahora que hay un tamaño de listas de cartillas de 5.000 te puedes convertir en un *fund holder*, si tu solicitud se aprueba.

Esta pérdida de poder de *monoxinia* se establece en parte debido a la introducción de los llamados consocios de compras, esto es, que se reúnen los médicos generales de un *fund holder* y compran en conjunto.

Hay un par de matices del lado negativo de este experimento de los centros con provisiones de fondos (*fund holders*). Uno de ellos es que el sistema se ha creado en un servicio nacional en dos velocidades. La idea es que los *trusts* (grupos autónomos con presupuesto total) están prestando a los pacientes de los *fund holders* un tratamiento más rápido que los que están dando a los que no están en régimen de provisión de fondos. Esto parece ser porque los que tienen provisión de fondos se atreven más que la administración sanitaria. Es decir, tienen más miedo a perder el negocio con los centros en régimen de provisión de fondos que con la administración sanitaria. Creen que la administración sanitaria permanecerá con ellos mientras duren y hacen esperar a sus pacientes. De hecho parece ser que este sistema de dos velocidades no está beneficiando al sistema.

La comisión de auditorías no encontró diferencias significativas en el tiempo de tratamiento entre pacientes de *fund holders* y *no fund holders*. De hecho el economista, en su informe de la comisión de auditorías, dice que sería favorable que hubiera una emergencia de este sistema de dos velocidades porque al menos se tendría evidencia de que el sistema esta funcionando.

También es importante notar que el sistema de provisión de fondos puede tener como resultado lo que se llama “quitar la grasa” (clean skinning). Esto sería consecuencia de la espera en el sistema de capitación que se supone se instaurará. Si eso ocurriera, los médicos generales bajo régimen de provisión de fondos rehusarían los pacientes muy costosos o pacientes sin cartilla que fueran muy costosos. El problema aquí es que se utiliza menos información que la que tiene el médico general. Por ejemplo, la fórmula de pagar una capitación simplemente sobre la base de edad y sexo; si el médico general supiera más sobre ese paciente que simplemente su edad y sexo, entonces podría elegir los “buenos pacientes”.



# *Las reformas del Sistema de Salud en Alemania*

MARKUS SCHNEIDER

*Director*

*BASYS*

*Augsburg. Alemania*

*Conferencia presentada en el Seminario "Alternativas de Integración  
de Niveles Asistenciales" celebrado en la EASP. Granada, España.*



# LAS REFORMAS DEL SISTEMA DE SALUD EN ALEMANIA

## 1. INTRODUCCIÓN

La pregunta que tenemos que tratar hoy es: cómo crear una estructura de prestación de servicios óptima.

El sistema alemán es bastante diferente del sistema del Reino Unido, aunque hemos comenzado al mismo tiempo que ellos con nuestras reformas.

Las principales diferencias que tenemos radican en el sector ambulatorio, donde hay un 60% de especialistas y 40% de médicos generales. Los pacientes pueden ir directamente, sin necesidad de ser derivados, al especialista, de tal forma que más o menos un 33 por ciento de todas las consultas se realizan por contacto directo del paciente. Solamente el 27% vienen desde la atención primaria; también los mismos especialistas se derivan pacientes entre ellos.

En los adultos las derivaciones aumentan, según la especialidad: radiólogos, pruebas de laboratorio, etc., tienen pocas derivaciones, pero si miramos los urólogos, traumatólogos, pruebas para cirugía, hay un 60% que son consultados directamente por parte de los pacientes sin ser derivados. Creo que es importante conocer esto si vamos a entrar en un debate sobre cómo cambiar los niveles de asistencia en un sistema.

En principio en Alemania no hay cuidados ambulatorios; en efecto, toda la asistencia ambulatoria del paciente se realiza en clínicas privadas. Quisiera resaltar el hecho que muchísimas entidades de seguros de enfermedad deben tener una estructura para atender a 80 millones de personas. Tenemos 70 millones de personas que están adscritos a unas 1.000 aseguradoras. Hay dos grupos de empresas de fondos de enfermedad que principalmente se organizan en mutuas de seguros para los trabajadores, la agricultura, los marinos, etc. Estas mutuas trabajan en toda Alemania y son las que atienden los grupos de trabajadores de cuello blanco -oficinas- y cuello azul -manuales-. Siempre ha habido competencia entre estos dos grupos por las contribuciones de los trabajadores de cuello blanco. Los trabajadores de cuello azul, sin embargo, no tienen posibilidad de elegir entre estas dos mutuas de enfermedad.

En los estados del oeste del país las mutuas locales de enfermedad tienen asegurado a cerca de un 36% de la población que se encuentra en las así llamadas *Mutuas de Cuello Blanco*. Aquí hay mutuas muy grandes que operan en toda Alemania, con más de 10 millones de asegurados.

En el año 1989, cuando se creó el libro blanco en el Reino Unido, en Alemania tuvimos un debate para implementar un plan de competencia de gestión. En nuestro



ministerio, el ministro Pung hizo un programa de 10 puntos. Uno de ellos era el de asegurar la solidaridad, pero la mayoría de los temas tenían que ver con crear un sistema de autogobierno. Entonces se refirieron a la subsidiariedad, el autogobierno, mutuas de enfermedad, responsabilidad de los pacientes, responsabilidad de los proveedores. Esto fue lo que se quiso resaltar.

La razón principal de esta idea del sistema de autogobierno estaba basada en una ley del año 1970 con un programa sobre la contención del gasto.

La ley de contención del gasto bajó realmente el gasto pero el problema fue que, después de dos o tres años, los gastos aumentaron de nuevo y fue necesario hacer una ley nueva. Las leyes sobre reformas de la asistencia sanitaria son muy impopulares, de forma que los políticos estaban cansados de hacer leyes donde había que decirle a la gente que tenían que pagar más y a los médicos que debían ganar menos. Esto es bastante impopular, así que los políticos de hecho no tenían interés alguno en hacer estas leyes. Habían visto una solución en llegar a un sistema de autogobierno.

Las tasas de contribución en porcentajes de sueldos han aumentado a pesar de las medidas de contención de los costos. Esto no quiere decir que las leyes han tenido resultados negativos sino que otros tipos de ingresos, tales como los ingresos por beneficios y las tasas de interés, aumentaron más rápidamente que el aumento de los salarios.

La idea fue comenzar por la ley, para entonces combinar medidas a corto plazo para contener el gasto y medidas a largo plazo que cambiarían el sistema cada vez más hacia un autogobierno. Este abordaje, se puede decir, ha sido más bien marginal. No como en el Reino Unido, donde cambiaron el sistema como en una revolución. Nosotros lo cambiamos marginalmente, siempre introduciendo pruebas para averiguar cuáles eran o podían ser los precios para gestionar el proceso de la sanidad.

La ley de 1989, llamada la ley del primer siglo, codificaba de nuevo completamente la ley de las aseguradoras de la sanidad e iba a cambiar todo. Pero en la práctica no fue así porque en el año 1993 tuvimos la siguiente ley y hace dos días, el gobierno alemán presentó la ley para el año 1997 y será votada la semana que viene en el parlamento. Ahora os voy a contar la historia desde esta ley hasta la última ley que fue presentada hace dos días y cómo estas leyes se relacionan con mi pregunta, al comienzo de esta presentación.

## **2. LA ESTRUCTURA ÓPTIMA DE LAS PRESTACIONES PARA LA POBLACIÓN ALEMANA**

En esta primera ley se decía que los trabajadores de cuello blanco y los de cuello azul, por encima de un límite de ingresos, podían elegir estar en una mutua privada de seguros de salud. Se produjo una nivelación de los derechos de los trabajadores.

Estos trabajadores de cuello azul podían cambiarse. Es la primera experiencia que introduce cambios e introduce una libertad de elección para los trabajadores de cuello azul. La ley se hizo famosa debido a los precios de referencia de los productos farmacéuticos.

Creo que esto ya lo conocéis, así que no voy a entrar mucho en ello. Lo que es importante en esta ley es que también introdujeron pruebas, de forma que a las mutuas se les permitió hacer experimentos en las prestaciones de servicios que no estaban en el paquete básico de prestaciones, pudiendo hacer experimentos en el área de la prevención y la rehabilitación.

El cambio mayor se hizo en el año 1993, en la llamada Acta de Estructura de la Sanidad. Aquí se estableció la compensación y la estructura de los riesgos, que sirve como precondition para que las mutuas puedan competir entre sí. En esta estructura de riesgo, en Alemania tenemos mutuas diferentes con primas de contribución diferentes. Tenemos una gran variedad de tasas de contribución y uno de los objetivos de esta ley fue reducir estas variaciones. Éstas oscilaban entre el 8 y el 16% antes del Acta y esto fue reducido por medio de una estructura de compensación por factor de riesgo a un nivel del 10 al 15%. La mayoría de las contribuciones son del 13'5%. La interpretación oficial por parte del gobierno de estas variaciones es ahora que estas variaciones también reflejan ineficiencias en la gestión del sistema de salud por parte de las mutuas.

Entonces la libre elección de mutuas se extendió por toda la población. Ahora todos pueden elegir libremente las mutuas. También es importante que esta ley hizo cambios en todas las áreas del sistema de precios. Se introdujo una prima de coordinación para los médicos de familia sin obligación de dar servicios sino sólo por la coordinación. Todo el "fee for services" (pagar por servicio) fue reconstruido y se introdujeron "pagos por casos". Esto no es capitación porque el pago se hace efectivo si hay contacto con el facultativo. En los hospitales se introdujeron pagos por casos también en el área quirúrgica.

Entre 1993 y 1995 todo el sistema estatutario recibió un esquema de gastos para productos farmacéuticos, hospitales, etc. En cuanto a las relaciones entre los diferentes niveles hospitalarios, es importante haber introducido en el hospital la cirugía ambulatoria y cuidados pre y post quirúrgicos de pacientes en planta. Es más, se habían extendido las posibilidades de las mutuas para hacer experimentos en los reembolsos de las contribuciones.

Podían reembolsar el costo del paciente, de forma que en este caso los pacientes estatutarios se trataban como pacientes privados. Los efectos de la ley son que esta fórmula de compensación por riesgos ha llevado a una concentración de los fondos de las mutuas: el número de mutuas se redujo considerablemente. Principalmente las mutuas locales se agruparon a nivel regional. Sólo hubo pequeños cambios en las mutuas de empresas, las mutuas de artesanos y otras.

En esta ley se introdujo el llamado presupuesto combinado, esto es, que los médicos recibían un presupuesto total de remuneraciones en el sector ambulatorio que se combinaba con el presupuesto total de medicamentos. Y si el gasto de farmacia llegaba a pasar el nivel de este presupuesto se restaba de los ingresos de los médicos. Estas medidas llevaron a una importante baja en el gasto de farmacia del hospital y nadie se podía imaginar que éste fuera tan grande. El presupuesto estaba cerca de los 24 billones de marcos alemanes previstos para 1993 y el gasto real fue de sólo 22 billones de marcos en productos farmacéuticos.

Lo que vemos aquí, relacionado con la contención del gasto, tuvo éxito en el ámbito farmacéutico, la fisioterapia, los gastos del tratamiento ambulatorio; sin embargo no pudo frenar el desarrollo del gasto en los hospitales. A pesar de la introducción de la cirugía ambulatoria y los tratamientos pre y post cirugía, de hecho, estas medidas para introducir la cirugía ambulatoria en los hospitales fueron un fracaso, al igual que los tratamientos pre y post quirúrgicos. Aquí hay algo importante para aquellos de vosotros que trabajáis en el sector farmacéutico. Algunos de los ahorros que surgieron en farmacia se consiguieron por haber aumentado la cuota de genéricos. Más o menos un 36% de todas las recetas y el 28% de los ingresos son por genéricos.

Para los médicos esto, de alguna manera, fue un desastre porque el valor puntual, que es el que al final determina el precio, descendió de forma importante.

Es interesante que a pesar de esta introducción de la cirugía ambulatoria en los hospitales y a pesar de la baja de los precios de los servicios ambulatorios hubo una baja en las cirugías hospitalarias y un aumento de las cirugías en el sector ambulatorio. Creo que si se habla del modelo de integración vertical o el modelo de coordinación se puede ver que en Alemania la coordinación y los incentivos funcionan bien: mantener los pacientes fuera de los hospitales para que haya cirugía privada lo más posible en el sector ambulatorio.

### **3. CUIDADOS AMBULATORIOS, LOS MÁS POSIBLES; CUIDADOS EN PLANTA, LOS MÁS NECESARIOS**

Este es el eslogan que se utilizó para las relaciones entre los niveles de asistencia en Alemania. Toda la organización se ha realizado alrededor de esto. El problema fue que esa ley de 1993 llevó a considerables superávits en las mutuas. Sin embargo en 1996 volvieron a tener déficit. Pero este déficit fue causado principalmente por una decisión del ministerio de reducir las contribuciones para los desempleados porque hubo un gran incremento del desempleo. Así que en principio no tiene nada que ver con el sector sanitario.

Los déficits en las mutuas siempre han sido el motor para nuevas leyes y así llegamos a la ley actual que se ha propuesto hace dos días. Esta nueva ley introduce una

medida muy innovadora: los precios de referencia. Propone las siguientes combinaciones: en el futuro, para las mutuas, será posible aumentar las tasas de contribución sólo si incrementan el prorrateo del costo. Lo que hay detrás de esto es ejercer presión sobre las mutuas para que realicen una mejor gestión de los costos, de manera que en principio es una medida para aumentar la capacidad de autogobierno del sistema. Es más, se decidió que ahora tuvieran la posibilidad de definir paquetes voluntarios de beneficios en el área de la fisioterapia, transporte, asistencia domiciliaria.

Los pacientes tendrán en el futuro la elección de recibir beneficios de este tipo o un modelo de reembolso de los costos. Lo que se encuentre por encima de los precios del sistema estatutario debe pagarlo el paciente. Otro hecho importante es que se ha reducido el gasto de la planificación de agudos. Se cree que es cada vez más difícil realizar una planificación de la sanidad. En Alemania también han eliminado la regulación de enfermeras por camas porque esto tiene una gran influencia en la gestión del hospital, en la asignación de diferentes factores económicos. Esto se combinó con la reducción en la tasa de contribución, aquí en un 0'4%. Las mutuas están obligadas a hacer esto porque se han introducido los seguros de asistencia a largo plazo.

El ministerio cree que debido a la introducción de estos seguros a largo plazo, va a ser posible reducir los casos hospitalarios. Se trata de reducir la tasa de contribución y buscar ahorros en las áreas que ellos puedan gestionar, esto es, en los contratos con los médicos. Luego se introdujeron los precios de referencia para pacientes jóvenes que desde 1989 están en los programas de prevención.

Lo que es nuevo y muy interesante es que se introdujo un cargo especial para inversiones hospitalarias; porque uno de los problemas del sistema actual en Alemania ha sido que hay una financiación dual, esto es, que las inversiones especiales de construcción están financiadas por el estado y a nivel de gobierno regional y los costos comunes son financiados por las mutuas. Hace tres años se decidió en los tribunales sobre este tipo de inversiones y hubo muchos *länder* que no pagaron más inversiones. Esto ha tenido un efecto considerable y ahora tenemos muy pocas inversiones en hospitales.

Uno de los problemas en Alemania, además de este importante aumento en los gastos hospitalarios, es que no se han reducido las camas. Alemania es uno de los países con la menor reducción en camas hospitalarias si se compara internacionalmente. Es tan alta como Irlanda. En España también es baja pero hay que ver que la densidad de camas es más o menos la mitad de Alemania, de manera que en Alemania tenemos el doble de camas que vosotros en España. En este aspecto no se puede comparar porque nosotros tenemos dos veces más casos hospitalarios que vosotros. La situación es completamente diferente. En Alemania es posible reducir 200.000 camas. Si vamos al estándar de Holanda o del Reino Unido, podemos reducir la mitad de las camas hospitalarias y cerrarlas.

#### 4. RESUMEN

Quisiera ahora resumir los resultados de la reforma sanitaria alemana. Este autogobierno de las mutuas de enfermedades consistió principalmente en la libertad de tener estatutos para introducir modelos de prorrateo de costos, introducir modelos de reembolso o beneficios de otras clases. Además en los contratos generales se pueden realizar contratos selectivos, principalmente como parte de un modelo experimental, pero esto vendrá de una manera general en forma de servicios voluntarios. Ellos determinan los precios y el control de calidad junto con los proveedores. El gobierno no los establece junto con los proveedores. Los precios son negociados por las mutuas y los médicos de los hospitales.

En el pasado el pago inicial por caso lo realizaba el gobierno pero ahora y en el futuro sólo los gestores del autogobierno de las mutuas y los proveedores van a ser responsables de determinar los precios y esto está forzando que ahora haya un aumento muy importante de la participación en la planificación. Para los pacientes, la reforma consta de varios pasos: uno, la libre elección de mutuas en el primer nivel; dos, la libre elección de sistemas de beneficios del tipo reembolso u otras clases de beneficios. Lo siguiente es la elección de servicios voluntarios en el mismo sistema. También se debe mencionar que tienen una participación en el gobierno de las mutuas.

Para resumir la idea alemana puedo decir que nadie creía que fuera posible hacer un diseño racional de las diferentes relaciones y los diferentes niveles del sistema de salud que se pudieran aplicar para toda la población. Esto puede investigarse sólo en un tipo de proceso experimental y competitivo. Ésa es la respuesta por el momento.

Surge la pregunta: ¿Si no hay capital, los hospitales pueden cerrarse? ¿Se han tomado medidas alternativas para la inversión?

En este momento los hospitales tienen diferentes formas de ingresos. Tenemos que considerar que en todos los hospitales de pacientes privados más o menos el 20% de los ingresos del hospital no vienen de los fondos estatutarios. De modo que tienen dinero adicional para invertir. Pero la cuestión está especialmente en el área de la construcción, porque los estados (*Länder*) no cumplen con su obligación. Si miramos la cirugía ambulatoria o los tratamientos ambulatorios se puede reorganizar o remodelar el hospital de alguna manera y así se establece una precondition que muestran varios estudios. Los hospitales que invierten en reorganización pueden tener costos más bajos y una mejor gestión de los procesos de diagnóstico y tratamiento.

En el futuro entrarán en el mercado de capitales y esto depende del *status* del hospital. Los hospitales ya están entrando en el mercado de capitales y reciben inversiones desde el mercado de capitales.

*Pasado y presente  
de las reformas del  
Sistema Sanitario Holandés*

CHRIS WIGGERS

*Investigador Senior en Costes y Financiación de Hospitales  
NZI Investigación, Información y formación en Cuidados de Salud  
Utrecht. Países Bajos*

*Conferencia presentada en el Seminario "Alternativas de Integración  
de Niveles Asistenciales" celebrado en la EASP. Granada, España.*



## PASADO Y PRESENTE DE LAS REFORMAS DEL SISTEMA SANITARIO HOLANDÉS

Antes que nada supongo que es buena idea dar una visión del sistema sanitario holandés. Pienso que tenemos un sistema bueno ya que no es un sistema estático. De vez en cuando, cambia la forma de gobierno en su totalidad. En los años 80, el gobierno central estableció un sistema para restringir la capacidad asistencial y uniformar las tarifas nacionales.

Después, en 1985, el gobierno central decidió establecer un macropresupuesto para el total de los servicios sanitarios nacionales y un sistema para definir el total de los micropresupuestos entre los proveedores individuales. En los hospitales se realizó no por medio de presupuestos históricos sino mediante presupuestos funcionales, en relación con las actividades que iba a realizar el hospital.

En los años 90 se hicieron planes en el Reino Unido, Alemania y también en los Países Bajos para cambiar todo el sistema, proporcionando a cada empresa de seguros un presupuesto fijo, relacionado con el número de cartillas. La composición de las cartillas se elegía, por ejemplo, de acuerdo con el sexo y la edad. Las compañías de seguros pudieron buscar para conseguir las mejores prestaciones a los precios más bajos. También había un tipo de sistema de mercado. La idea era que la capacidad seguiría el mercado; las aseguradoras, que tenemos muchas en los Países Bajos, tendrían un macropresupuesto y no habría presupuesto para los proveedores. Éste resultaría de los acuerdos entre los aseguradores que figurarían como compradores de asistencia sanitaria a una cierta tarifa y estas tarifas provendrían de un mercado de precios. No todos los planes van a ser implementados totalmente.

Entonces cambiamos de gobierno y al nuevo ministro de salud no le gustaron los planes amplios e integrales para reformar el sistema de salud. Entonces se implementan sólo parte de los planes de los 90. La política en estos momentos es, más o menos, restringir el costo total y dejar que los agentes participen y que proporcionen buenas soluciones a los problemas. En realidad, y especialmente a nivel regional, las soluciones relativamente creativas fueron y son evaluadas e implementadas. Aunque este sistema funciona bastante bien, todavía los costos se restringen. Los costos crecen sólo a un 1% al año y el gasto en salud comprende el 8% de los ingresos nacionales. El acceso es para todos por igual y, exceptuando procedimientos muy específicos, muy bueno. El nivel de calidad de la sanidad es también bastante bueno.

Vamos ahora a concentrarnos en las prestaciones sanitarias en los Países Bajos y la forma en que tratamos de conseguir integración vertical.

Vamos a considerar una región imaginaria en el norte de Europa: *Gronland*. Ésta es una región de 500.000 habitantes y los cuidados sanitarios son prestados por 250



médicos generales y médicos de familia, todos ellos bajo régimen de autónomos. No trabajan para nadie, trabajan por cuenta propia. Tenemos cuatro hospitales en la región, uno de ellos un hospital de enseñanza de 800 camas y otros tres hospitales con 350 camas. Estos hospitales son fundaciones privadas no regidas por el Estado. El hospital de enseñanza trabaja con un personal sanitario de cien personas y todos están en la nómina del hospital. En los otros hospitales trabajan 120 especialistas, nuevamente por cuenta propia. Además tenemos dos residencias con una capacidad de 250 camas y también son fundaciones privadas. A esto se agregan dos organizaciones de asistencia domiciliaria.

Como se puede ver, está el hospital universitario, la residencia, el hospital general, está el médico de familia y la organización de asistencia domiciliaria. Esta organización cuida las personas en sus casas, así que necesitan un coche y toda clase de equipos. Aunque Gronland no existe en realidad, la prestación de servicios sanitarios y su estructura es familiar para los que conocen algo del sistema en los Países Bajos. La mayoría de los proveedores de asistencia sanitaria son fundaciones privadas y, en el caso de los especialistas y médicos generales, son autónomos.

Para llenar las capacidad de los hospitales el gobierno central juega un papel importante. No hay sobreocupación en ninguna parte del sector sanitario. Los fondos de las diferentes partes de la prestación de la asistencia son como sigue: los médicos generales tienen dos tipos de fondos, uno que proviene de las personas que están aseguradas en las mutuas y tienen un contrato con las aseguradoras y otro en que el médico general recibe una capitación por cada paciente en su lista de determinadas enfermedades de los pacientes. El paciente que no está asegurado para servicios que no están en la lista, paga por los servicios o consultas separadamente.

También las residencias y las organizaciones de asistencia domiciliaria tienen diferentes sistemas de financiación. Las mutuas de enfermedad y las otras aseguradoras funcionan en base a acuerdos sobre la provisión de prestaciones para cada año entrante. La producción de un hospital, por ejemplo, se mide en número de admisiones, días en planta, tratamientos diarios y primeras consultas ambulatorias.

Estos acuerdos de producción combinados con tarifas nacionales y uniformes llevan a la confección de un presupuesto *ex ante* para el hospital para el año siguiente. Los especialistas médicos tienen un contrato con una compañía aseguradora o mutua que les remunera sobre la base de un sistema de *fee for service* (pago por servicio). En principio, los pacientes pueden elegir sus médicos generales, especialista médico y hospital. También pueden elegir su propia aseguradora.

Todos los proveedores de prestaciones deben asistir a todos los pacientes. De modo que un médico general que le encuentra delante de la puerta del hospital no puede rehusar atender a un paciente que está en el suelo. Los recientes desarrollos son acuerdos entre especialistas y aseguradoras acerca de un presupuesto *ex ante*. Tenemos un presupuesto *ex ante* para cada forma institucional de sanidad en los Países Bajos. La

tendencia para que esto se cumpla para el especialista médico y los médicos generales es también un presupuesto *ex ante*.

Pero puesto que la sanidad trabaja con personas y pacientes, voy a presentaros el viaje de tres pacientes por todo nuestro sistema.

**Paciente nº 1.** Sufre de dolor en el tobillo después de haberse caído por las escaleras. Va al médico general. Éste le examina, le receta descanso y dice al paciente que vuelva en unos días. Durante la segunda visita se evidencia que el dolor ha cesado. Este paciente nº 1 se va a casa y no vuelve al médico general. Si el paciente está asegurado en una mutua de enfermedades, el médico general no recibe dinero adicional por el tratamiento y si el paciente no está asegurado con una mutua de enfermedades, el médico general recibe el pago de dos consultas. Como se puede ver, el paciente va al médico de familia, luego a casa y después al médico de familia y otra vez a casa. Esto fue el paciente nº 1.

**Paciente nº 2.** Se rompe la cadera. Llama por teléfono al médico y éste visita al paciente en casa. El médico general manda al paciente al hospital y el traumatólogo en el hospital realiza con éxito una operación de cadera. El paciente debe estar en el hospital durante un número mínimo de días. Después de ello se tienen las tres siguientes alternativas: A, el paciente permanece en el hospital hasta que esté completamente recuperado y no necesite ningún tipo de ayuda en casa. B, el paciente es transferido a una residencia durante el último período de su tratamiento. C, el paciente es transferido a su casa y recibe cuidados adicionales desde la organización de cuidados domiciliarios y el médico general.

Esta situación es ligeramente más complicada. El paciente va al médico general y éste refiere al paciente al hospital general y luego se tienen otras tres posibilidades: el paciente permanece en un hospital general, el paciente va a una residencia o el paciente se va a casa y la organización de asistencia domiciliaria, junto con el médico general tratan de cuidarle en casa. Todas estas alternativas ocurren en los Países Bajos.

A.- La primera alternativa suele ser el procedimiento estándar, pero está abandonándose cada vez más. Sus consecuencias son:

Al médico general se le paga por una visita (salvo que el paciente esté asegurado en una mutua de enfermedad)

El hospital recibe el pago por un ingreso y una serie de días de estancia; el presupuesto total *ex ante* del hospital, sin embargo, no cambia si la producción real es mayor o menor que la contratada. El presupuesto del hospital es fijo y está confeccionado en relación con los acuerdos de producción hechos con antelación y no cambiarán en un año. Los especialistas médicos en la primera alternativa reciben el pago por los servicios que han proporcionado al paciente sobre una base “pago por servicio”.

B.- La segunda alternativa, en la cual el paciente deja el hospital y va a la residencia, depende de la capacidad disponible de camas en la residencia y de la cooperación entre el hospital y la residencia. Las consecuencias de esta alternativa son las mismas que en la alternativa 1 para el médico general y el presupuesto total del hospital para ese año tampoco cambia. Sin embargo, el costo para el hospital puede aumentar. Eso es algo extraño pero trataré de explicarlo: el hospital ya no presta los servicios correspondientes a la parte de bajo costo del tratamiento, es decir la última parte del tratamiento. Se puede admitir un paciente nuevo en esa cama que queda vacante como resultado del alta temprana del paciente nº 2. Así, el número de pacientes que pueden tratarse en el hospital aumenta, como también el costo medio por día de estancia.

La capacidad efectiva de tratamientos del hospital aumenta. En caso de haber una lista de espera, puede acortarse el tiempo entre atención de pacientes. Los especialistas pueden tratar más pacientes y como resultado ganar más dinero; las consecuencias para la residencia es que pueden tratarse más pacientes. El costo medio por día se ve aumentado y el presupuesto permanece igual. En general, sin embargo, la capacidad de excedentes en las residencias en los Países Bajos es muy pequeña. La mayoría de las residencias tiene listas de espera para la admisión de pacientes con problemas de salud irreversibles.

El efecto general de estas alternativas será que se tratarán más pacientes en más corto plazo, los presupuestos serán constantes con costos más altos y mayor presión en la explotación de los hospitales y residencias. A largo plazo se producirán acuerdos de producción entre los hospitales y las residencias con efecto sobre sus respectivos presupuestos. Una posibilidad teórica es que eventualmente la capacidad de las residencias puede agrandarse de acuerdo con el esquema de planificación del gobierno.

C.- Una tercera alternativa, que en los Países Bajos se considera que vale la pena probar y que supone una estrecha colaboración entre hospitales y especialistas médicos, es la organización de cuidados domiciliarios mediante médicos de familia. Antes de que un paciente sea transferido a su casa, el hospital debe asegurarse de que un médico de familia y una empresa de cuidados domiciliarios tengan la oportunidad y capacidad para continuar con el tratamiento. Los efectos de esta alternativa son para los hospitales y especialistas médicos similares a los de la alternativa B. En este caso, la carga de trabajo de las organizaciones de atención domiciliaria y la del médico de familia aumentan sin un aumento sustancial en el presupuesto, por lo menos a corto plazo. En algunos experimentos en los Países Bajos, los hospitales han hecho arreglos con las asociaciones de atención domiciliaria y los médicos de familia para compensar por esta carga de trabajo adicional mediante el desplazamiento de una parte del presupuesto del hospital para el cuidado domiciliario y el médico de familia.

**Paciente nº 3.** Este paciente es víctima de un robo a mano armada. El paciente es directamente transferido desde la calle directamente a urgencias del hospital por una ambulancia. Parece haber una bala dentro del cráneo y se intenta evaluar los daños posibles

al cerebro. Debido a que el hospital no tiene el equipo especial el paciente se transfiere al hospital universitario, donde el radiólogo practica una RMN y concluye que no existe una lesión grave. El paciente es transferido nuevamente al hospital de origen.

El paciente se lleva directamente al hospital general sin haberlo referido y la única forma posible es mediante una ambulancia. Es la única forma de entrar directamente al hospital. Para realizar la parte diagnóstica del tratamiento, el paciente es transferido al hospital universitario y posteriormente vuelve a su casa.

En este último caso el paciente permanece en las instalaciones y bajo la responsabilidad del primer hospital. Este hospital de origen paga al hospital universitario, de su propio presupuesto, las pruebas y los equipos especiales. Los hospitales realizan acuerdos sobre los precios que se pagarán entre ellos por actividades especiales.

Si tenemos tres pacientes, el primer paciente, con menos complicaciones, va desde casa hasta el médico general y desde allí a casa. El segundo paciente es quizás el más interesante. Él estaba en su casa, el médico general fue a su hogar, le hizo la consulta allí y lo envió al hospital. Luego los primeros días del tratamiento en el hospital general son siempre los mismos. Después de ello se presentan tres posibilidades:

1. El paciente permanece en el hospital.
2. El paciente es llevado a la residencia.
3. El paciente se va a casa atendido por la organización de atención domiciliaria y un médico general.

El último paciente es más bien sencillo y estaba en casa, fue al hospital general, luego al hospital universitario y vuelve al hospital general y luego a casa.

Como se puede apreciar, existe una interdependencia entre todos los proveedores del proceso sanitario. Ya es muy grande y esperamos que siga aumentando en el futuro cercano. En mi opinión hay más cosas importantes, además de las relaciones entre médicos generales y hospitales.

Quizás es buena idea tomar un momento para ver las razones de esta interdependencia. Hasta cierto punto, el proceso de prestar atención médica puede compararse con un proceso normal industrial de producción. En este proceso de producción hay tres aspectos importantes: el volumen de la producción, el costo de la producción y la calidad de la misma. Cada tipo de proveedor de servicios sanitarios tiene su propio y característico proceso de producción, que puede describirse en términos de volumen, costo y calidad. Una residencia puede ofrecer servicios de atención a un costo menor que un hospital. Una organización de cuidados domiciliarios puede ayudar a las personas en sus propias casas con la consecuencia de que la gente no tenga que estar en el hospital, lejos de su casa y esto significa un nivel mayor de calidad.

Con el objeto de obtener el mejor cuidado sanitario para todos, se necesita una mezcla de servicios de toda clase de proveedores de asistencia. De esta forma se puede llegar a una situación donde los costos sean menores, la calidad sea la más alta posible y las listas de espera sean lo más cortas posibles, tanto para pacientes individuales como para el conjunto de todos ellos.

Esta relación es dinámica y puede cambiar de un momento a otro. Esto se puede comparar con el comercio internacional: países como España e Italia no necesitan calefacción adicional para hacer crecer las flores o las hortalizas, de forma que pueden producir estas flores a un costo menor que en los países nórdicos. En algunos países de Asia los sueldos son bajos, al igual que el nivel de educación; estos países pueden producir bienes para los que se necesita mucha mano de obra no especializada a menor costo que otros países. El libre comercio internacional y la competencia perfecta pueden entonces llevar a un proceso total de producción muy eficiente.

Sin embargo, en el “país de la sanidad” no hay libre mercado, ni siquiera en los Países Bajos, ni tampoco una competencia perfecta. Así, para llegar a una situación óptima, se necesitan otros mecanismos. Una alternativa para esta competencia libre serían las regulaciones de un gobierno central, donde todo se planifica y receta centralizadamente. Otra alternativa puede ser por ejemplo una fusión gigante de todos los tipos de proveedores de servicios sanitarios en la región, teniendo el efecto de una organización monopolística de la asistencia sanitaria. En los Países Bajos no tenemos experiencia con estos dos tipos de sistemas. El sistema en los Países Bajos es más o menos mixto. Como he mencionado antes, los proveedores de todo tipo son empresas más o menos privadas. Pero por otra parte, los presupuestos totales y algunos aspectos de la planificación de la capacidad son fijados por el gobierno. El sistema holandés también se puede caracterizar como un sistema de poderes más o menos contrapuestos. Los efectos de este sistema son una cantidad razonable de contención del gasto y un nivel bastante alto de prestaciones para todos. El sistema holandés, en mi opinión, puede servir de punto de partida para el diseño o mejora de cualquier sistema de salud.

No obstante, en relación con un sistema como el holandés se tienen que cumplir las siguientes condiciones:

1. *Tiene que quedar claro quién es el responsable del tratamiento de cada paciente.*

Aquí tenemos dos posibilidades:

- La primera es que un proveedor es responsable de la totalidad del tratamiento, actúa como el contratista principal y compra servicios de otros proveedores de servicios sanitarios. Por ejemplo, el paciente nº 3, permanece bajo la responsabilidad del primer hospital cuando es transferido al hospital universitario para realizarle una prueba específica. Otro ejemplo es la situación del médico general de un sistema *fund holding* en el Reino Unido (más o menos).

- La segunda posibilidad es que cada proveedor sea responsable de una parte determinada del tratamiento. Por ejemplo, el hospital es responsable de la operación y los primeros días después de la operación, y la residencia es responsable del período posterior. En este caso se debe describir claramente lo que se ha incluido en el tipo de servicios prestados por parte de los diferentes tipos de proveedores de asistencia médica. Se necesita entonces un sistema que describa perfectamente los servicios que se están prestando. Un proveedor de asistencia debe saber cuáles son sus productos y estos productos deben poder ser también proporcionados por otros proveedores sanitarios.

El paciente nº 2 tiene un tratamiento completo y claro. La primera parte en el hospital, y aquí tenemos tres posibilidades; en esencia, estas tres posibilidades ya mencionadas son el mismo producto, están prestando al paciente el mismo tipo de servicio, sólo que la primera vez es el hospital general quien ofrece el mismo producto que la segunda posibilidad, esto es, la residencia.

- La tercera posibilidad, una combinación entre una organización de cuidados médicos a domicilio y un médico general. De hecho tenemos dos productos que se realizan únicamente por parte del hospital general y otro que pueden ofrecer tres tipos de proveedores de asistencia. De esta manera estamos estimulando la competencia sin tener diez o quince hospitales dispuestos.

Para productos específicos tenemos diferentes tipos de proveedores de prestaciones.

2. *Todas las empresas privadas dedicadas a la asistencia sanitaria deben comportarse como empresarios.* Tienen que desarrollar nuevas combinaciones de productos, deben estudiar sus mercados, tienen que estudiar posibilidades de cooperación con otras organizaciones sanitarias y, finalmente, deben mantener un proceso de producción eficiente.
3. Con el objeto de que esta condición se cumpla se necesita un tercer condicionamiento, y es que *las regulaciones deben habilitar a las organizaciones de asistencia sanitaria para que actúen como empresarios.* Sin presupuestos se dificulta el tomar cualquier tipo de decisiones y la posibilidad de acumular excedentes de producción en forma de capital.
4. La consecuencia será que a largo plazo *el presupuesto para la organización estará relacionado con la producción real* de los diferentes tipos de productos a un precio de costo real y costo efectivo.

Finalmente hay que mencionar como condición principal la responsabilidad y el comportamiento empresarial; las condiciones para este comportamiento empresarial incluyen la condición de conformidad de costos. Igualmente importante, en mi opinión, es que los que participan en los cuidados de atención primaria y especialidades en una

cierta zona deben conocerse entre sí. El cuidado de la salud no es una cuestión de organización de estructuras sino de personas: gente que está proporcionando asistencia sanitaria a otras personas que son los pacientes y hay que otorgarles un papel central en todo el sistema de salud.

En los Países Bajos, por ejemplo, no tenemos tantos problemas con el tema de la responsabilidad y comunicación entre diferentes niveles de salud. Cada vez que un médico general manda un paciente al hospital se manda una carta o fax al especialista y cuando termina el tratamiento del especialista, éste manda una carta al médico general. La información en esta carta comprenderá el diagnóstico esperado, tratamiento, quejas, etc. Esta carta no es solamente una forma de comunicación sino también, una manera formal de deslindar la responsabilidad del tratamiento del paciente. Si tenemos este tipo de comunicaciones veremos que, en una región, el especialista en el hospital y los médicos generales se llegan a conocer mejor.

Además en los Países Bajos tenemos otras dos posibilidades, que en mi opinión pueden ser sugerencias válidas como ejemplo de relaciones entre profesionales. Es el siguiente: todos los años, un hospital que conozco organiza un viaje en barco de tres días, donde se invita a especialistas y a médicos generales. Todos participan y al cabo del tiempo todos llegan a conocerse bastante bien. Así, un médico general manda un paciente a un especialista y el que lo recibe es alguien que conoce y alguien en quien confía.

A modo de comentario final: en los Países Bajos un paciente pide diagnóstico y tratamiento durante un período de enfermedad, con un médico general y un especialista determinados. No se tiene el problema de no saber quién está tratando al paciente.

## DEBATE

### PREGUNTA 1

Cuidados a domicilio: ¿cuáles son los criterios de derivación?

Las organizaciones de cuidados a domicilio en los Países Bajos son autónomas y son financiadas por acuerdos entre las mutuas y las mismas organizaciones. Esto se realiza a través de acuerdos de producción de diferentes tipos de actividades de cuidados a domicilio. Algunas de estas actividades de cuidados domiciliarios pueden ser referidas por el médico general. Todos los que están asegurados tienen derecho a los servicios de una organización de cuidados a domicilio lo cual incluye asistencia diaria a personas que no pueden valerse por sí mismas y también servicios de enfermería.

### PREGUNTA 2

En el paciente tipo 2. ¿Quién decide los servicios?

En primer lugar, la mutua no decide sobre un paciente específico. Se realizan acuerdos de producción con un año de antelación. No se refieren a servicios para un

paciente en particular, de modo que si la residencia tiene vacantes, la gestión del hospital y el especialista que trata al paciente en el hospital, tratan de llegar a un acuerdo con la residencia para transferir al paciente. Como se puede apreciar, esto tiene consecuencias para el hospital. El presupuesto permanece el mismo y los costos se incrementan. Lo mismo ocurre con la residencia, de manera que tratan de solventar esta situación mediante, por ejemplo, transferir parte del presupuesto o algo parecido. Para un paciente concreto se tiene al especialista del paciente, que decide si el paciente va a permanecer en el hospital, en la residencia o si se va a su casa. Si el paciente se envía a casa, él tiene que estar satisfecho con que el tratamiento se continúe. Es entonces decisión del especialista que trata al paciente y, la mayoría de las veces, un acuerdo con el mismo paciente.





# *Apéndice I*

## *III Seminario: Alternativas de integración de niveles asistenciales*

Granada, 7 y 8 de noviembre de 1996

### **PROGRAMA**



## PRESENTACIÓN

El seminario de gestión, que aborda en el presente año su tercera edición, se ha consolidado como un foro de discusión donde los gestores de los servicios sanitarios pueden debatir y conocer aspectos teóricos y prácticos sobre temas de actualidad sanitaria.

En las dos anteriores ediciones los temas centrales de discusión giraron alrededor de aspectos como la posibilidad de competencia en el sector, el papel de la empresa pública, tendencias en la gestión empresarial y nuevas tendencias en la gestión de las organizaciones sanitarias.

Este año, el Seminario va a abordar un tema concreto y de continua actualidad, como es el de las alternativas de relación entre los niveles asistenciales, principalmente Atención Primaria y Atención Especializada.

Dentro de la filosofía general del Seminario, se intentarán abordar tanto los conceptos teóricos desde el punto de vista empresarial que sustentan la integración vertical, como las más recientes experiencias prácticas existentes tanto en España como en Europa.

En resumen, la Escuela Andaluza de Salud Pública, en colaboración con MSD, le invitan a participar en este Seminario donde directores, académicos y expertos discutirán este tema elegido para este año.

## OBJETIVOS

- Conocer el marco teórico conceptual de las alternativas de relación entre organizaciones en el mundo empresarial.
- Profundizar en las tendencias de relación entre los diferentes niveles asistenciales, dentro de las organizaciones sanitarias.
- Analizar las últimas experiencias en España de relaciones entre Atención Primaria y Atención Especializada.
- Analizar ésta misma tendencia en países europeos con diferentes sistemas sanitarios.

## DESARROLLO

JUEVES, 7 DE NOVIEMBRE

9'00 **Recepción y entrega de documentación.**

9'30 **Inauguración:** Ilmo. Sr. D. IGNACIO MORENO CAYETANO  
Vice-consejero de Salud. Junta de Andalucía.

10'00 **Conferencia y debate:** *La integración vertical y los costes de transacción:  
Su aplicación al ámbito sanitario*

OLIVER E. WILLIAMSON. Professor of Business Administration.  
Professor of Economics. Professor of Law. Walter A. Haas School of Business.  
University of California. Berkeley.

Moderador: JUAN CABASÉS HITA. Profesor de Economía. Universidad  
Pública de Navarra. Pamplona.

11'30 **Café.**

12'00 **Mesa / Taller:** *Las relaciones entre Atención Primaria y Atención Especializada.  
Problemas y soluciones*

### **Cuestionario interactivo**

Coordinadores:

RAFAEL BURGOS RODRÍGUEZ. Docente del Área de Gestión Sanitaria de  
la EASP. Jefe del Servicio de Urología. Hospital Carlos Haya. Málaga.

JOAN CARLES MARCH I CERDÁ. Coordinador del Área de Promoción de  
Salud y Salud Pública de la EASP.

OLGA SOLAS GASPAS. Docente Área de Gestión Sanitaria de la EASP.

14'00 **Comida.**

15'30 **Ponencia y mesa redonda:**

*"Experiencias sobre relaciones entre niveles asistenciales en España"*

Ponente-Moderador:

VICENTE ORTÚN RUBIO. Profesor de Ciencias Económicas.  
Universidad "Pompeu Fabra". Barcelona.

*"Factores que condicionan la articulación entre niveles asistenciales"*

Participantes:

FERNANDO ESCOLAR CASTELLÓN. Director Gerente del Hospital "Reina Sofía". Tudela. Navarra.

JOSEP POMAR REYNES. Gerente de Atención Primaria del INSALUD de Baleares. Mallorca.

PERE MONRÁS I VIÑAS. Gerente del Consorci Hospitalari "Parc Tauli". Sabadell. Barcelona.

LUCIANO VIDÁN MARTÍNEZ. Director General de Atención Primaria del Servicio Gallego de Salud. Santiago de Compostela. La Coruña.

17'30 **Café.**

18'00 **Exposición de los trabajos presentados al III Premio MSD.**

Moderador:

OLGA SOLAS GASPAS. Docente Área de Gestión Sanitaria de la EASP.

18'10 Nuevos elementos para un plan de gestión sanitaria integral. Consorci Sanitari de Terrassa. Barcelona.

18'20 Informatización de la citación interniveles. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

18'30 Integración de la urgencia de la Zona Básica de Osuna en el Hospital de la Merced. Sevilla.

18'40 Gestión integrada de niveles asistenciales: experiencia en la Comarca del Baix Empordà. Hospital de Palamós. Gerona.

18'50 Coordinación entre niveles asistenciales en nuestra Área Sanitaria Virgen Macarena. Zona Básica de Salud de Camas. Hospital San Lázaro. Sevilla.

19'00 Incorporación de los buscapersonas en la atención a familiares de pacientes UCI. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

19'10 Programa de apoyo al alta. Hospital Universitario de Getafe. Madrid.

21'30 *Cena invitación a ponentes y participantes. En el Hotel San Antón.*

VIERNES, 8 DE NOVIEMBRE

9'30 **Conferencia y debate:** *"Alternativas de integración y desintegración sanitaria: la experiencia americana"*

STEPHEN M. SHORTELL. Professor of hospital and health services management. Northwestern University. Illinois.

Moderador:

ESTEBAN DE MANUEL KEENOY. Director Académico de la EASP.

11'00 **Café.**

11'30 **Ponencia y mesa redonda:** *"Las relaciones entre niveles en Europa"*

Ponente-moderador:

GUILLEM LÓPEZ CASASNOVAS. Vicerrector. Catedrático de Economía Aplicada. Universidad "Pompeu Fabra". Barcelona.

*"Condicionantes financieros y organizativos de la integración de niveles asistenciales"*

Participantes:

ADAM WAGSTAFF. Professor of Economics. School of Social Sciences. University of Sussex. Brighton. United Kingdom.

MARCUS SCHNEIDER. Director. BASYS. Augsburg. Alemania.

CHRIS WIGGERS. Senior Researcher on Costs and Financing of Hospitals. NZI Research, Information and Training in Health Care. Utrecht. Holanda.

13'30 **Clausura y entrega del III Premio MSD.**

ILMO. SR. D. RAFAEL MATESANZ ACEDOS. Director General de Atención Primaria y Especializada del INSALUD. Madrid.

\* DRA. REGINA REVILLA PEDREIRA. External Affairs Director. Merck, Sharp and Dhome, España. Madrid.

14'15 **Copa de clausura.**

COMITÉ ORGANIZADOR

*Esteban de Manuel Keenoy*  
*José Jesús Martín Martín*  
*José Luis Román Pumar*  
*Fernando Silió Villamil (Coordinador)*

COMITÉ CIENTÍFICO III PREMIO MSD

*Juan Cabasés Hita*  
*Javier Dodero de Solano*  
*Esteban de Manuel Keenoy*  
*José Jesús Martín Martín*  
*José Luis de Sancho Martín*

SECRETARÍA DEL SEMINARIO

*Consuelo García Martín (EASP)*





## *Apéndice II*

### *Listado de Asistentes*



D. FRANCISCO ACEVEDO TORO

*Director*

*Servicio Salud Viña Del Mar*

Quillota

CHILE

D. MARIANO AGUAYO CANELA

*Director Médico*

*Hospital "Juan Ramón Jiménez"*

Ronda Exterior Norte, s/n

21005-HUELVA

D. MANUEL ALEN FIDALGO

*Director Gerente*

*Hospital "Juan Ramon Jiménez"*

Ronda Norte, s/n

21005-HUELVA

D. ALONSO BERNARDO

*Merck, Sharp and Dohme de España*

Josefa Valcarcel, 38

28027-MADRID

D. JOSÉ MANUEL ANISIS FRANCO

*Director Médico A.P.*

*Centro de Salud "De Infiesto"*

Obra Pia, s/n

33530-INFUESTO (ASTURIAS)

D<sup>a</sup>. FRANCISCA ANTÓN MOLINA

*Directora*

*Distrito Sanitario "Centro"*

Ctra. Ronda, 226 Edf. Bola Azul

04009-ALMERIA (ALMERÍA)

D. CARLOS ARENAS DÍAZ

*Director Gerente*

*Hospital "Rafael Méndez"*

Ctra. Nacional 340, Km.589

30800-LORCA (MURCIA)

D. JOSÉ ANTÓN ARNAL SORIANO

*Director Gerente*

*Hospital de Alcañiz*

Dr. Repolles, 2

44600-ALCAÑIZ (TERUEL)

D. MARIANO AYALA RUANO

*Coordinador*

*Epidemiología y programas Distrito Sanitario "Cieza-Norte"*

Ctra. Del Pedroso, s/n

41450-CONSTANTINA (SEVILLA)

D. FRANCISCO JAVIER AYAPE AMIGOT  
*Jefe Servicio*  
*Estudios y formación continuada. Sergas*  
Edif. Advo. C/ San Lázaro, s/n  
15771-SANTIAGO DE COMPOSTELA (LA CORUÑA)

D. JOSEBA BARROETA URQUIZA  
*Director Gerente*  
*Ciudad Sanitaria "Virgen de las Nieves"*  
Avda. Fuerzas Armadas, 2  
18014-GRANADA

D. SERGIO BELTRÁN DAMIÁN  
*Director Gerente*  
*Serbasa. Recinto Hospital Psiquiátrico. Edif. Serbasa*  
Jesús, 40  
07010-PALMA DE MALLORCA

D<sup>a</sup>. ROSA BERMEJO PAREJA  
*Directora Gerente*  
*Complejo Hospitalario de Segovia*  
Ctra. De Ávila, s/n  
40002-SEGOVIA

D. JOSEP BONET BERTOMEU  
*Director Gerente*  
*Hospital "Costa del Sol"*  
Ctra. Nacional 340, Km 187  
29600-MARBELLA (MÁLAGA)

D<sup>a</sup>. MARGARITA BOU I VENDRELL  
*Directora A.P.*  
*Hospital de Palamós*  
Hospital, 36  
17000-PALAMÓS (GERONA)

D. FRANCISCO BUENO CAÑIGRAL  
*Director de Gestión*  
*Centros Integrados de Salud Pública*  
Doctor Rodríguez Fornos, 4  
46010-VALENCIA

D. VICTOR CALLEJA GÓMEZ  
*Gerente*  
*Servicio Navarro de Salud*  
Irullarrea, 39  
31008-PAMPLONA

D. ANTONIO CAMACHO PIZARRO  
*Subdirector*  
*Subdirección Técnica Asesora. S.A.S.*  
Avda. De La Constitución, 18  
41071-SEVILLA

D. JOSEP CAMP HERRERO

*Responsable gestión recursos atención especializada*

*Hospital Clínico*

Villaroell, 170

08036-BARCELONA

D. JOAN MIQUEL CARBONELL I RIERA

*Director evaluación y planificación*

*Sagessa*

Avda. President Companys, s/n

43201-REUS (TARRAGONA)

D. FRANCISCO CÁRCELES GUARDIA

*Director Médico*

*Hospital "Son Dureta"*

Andrea Doria, 55

0714-PALMA DE MALLORCA

D. LUIS CARRETERO ALCÁNTARA

*Director Económico-Administrativo*

*Hospital "Costa del Sol"*

Ctra. Nacional 340, Km 187

29600-MARBELLA (MÁLAGA)

D. JUAN CARLOS CASTRO ÁLVAREZ

*Director General*

*Asistencia Sanitaria. S.A.S.*

Avda. de la Constitución, 18

41071-SEVILLA

D. ANTONIO CERVERA GUERRERO

*Subdirector Gerente*

*Hospital Universitario "Virgen del Rocío"*

Avda. Manuel Siurot, s/n

41013-SEVILLA

D. LLUIS COLOMÉS I FIGUERA

*Director Atención Primaria*

*Sagessa*

Avda. President Companys, s/n

43201-REUS (TARRAGONA)

D. FERRÁN CORDÓN GRANADOS

*Director Formación*

*Subdivisión de A.P. de Gerona. I.C.S.*

Sta. Clara, 33-35

17001-GERONA

D. AGUSTÍN COTANO MÉNDEZ

*Subdirección Provincial de Atención Especializada. INSALUD*

Sagasta, 6

28004-MADRID

Sra. D<sup>a</sup>. MERCEDES CRESPO DÍEZ  
*Responsable C.S.*  
*Sección A.P. Junta de Castilla-León*  
Avda. Regines, s/n  
24071-LEÓN

D. CARLOS CRESPO SABARIS  
*Director Provincial*  
*Servicio Gallego de Salud*  
Coruña, 24  
36211-VIGO (PONTEVEDRA)

D<sup>a</sup>. ENMA CHARQUES VELASCO  
*Subdirección Provincial de Atención Especializada. INSALUD*  
Sagasta, 6  
28004-MADRID

D. JOSÉ DE HARO BAILÓN  
*Director General*  
*Dirección General de Personal y Servicios. S.A.S.*  
Avda. de la Constitución, 18  
41071-SEVILLA

D. JOSÉ MARÍA DE LA HIGUERA GONZÁLEZ  
*Subdirector*  
*Asistencia Primaria y Comunitaria. S.A.S.*  
Avda. de la Constitución, 18  
41071-SEVILLA

D. LUIS DIEGO BARQUÍN  
*Subdirector*  
*Gerencia de Atención Primaria*  
Cardenal Herrero Oria, s/n  
39011-SANTANDER

D. JOAQUIN ESTÉVEZ LUCAS  
*Director Gerente*  
*Hospital "Ntra. Sra. de Aránzazu"*  
P<sup>o</sup> Dr. Beguiristain, s/n  
20014-SAN SEBASTIÁN-DONOSTIA

D. JOSÉ FERNÁNDEZ ARQUERO  
*Farmacéutico*  
*Distrito Sanitario "Costa Del Sol"*  
La Unión, s/n  
29650-MIJAS COSTA (MÁLAGA)

D. BIBIANO FERNÁNDEZ ARRUTY LÓPEZ  
*Director Gerente*  
*Hospital "Nicolás Peña"*  
Avda. de las Camelias, 109  
36211-VIGO (PONTEVEDRA)

D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> ÁNGELES FERNÁNDEZ FERREIRO

*Jefa Gabinete*

*Consejería de Salud*

Avda. de la Innovación, s/n Edf. Arena 1

41020-SEVILLA

D. JOSÉ CARLOS FERNÁNDEZ SÁNCHEZ

*Director Médico*

*Hospital "Virgen Macarena"*

Avda. Dr. Fedriani, 3

41009-SEVILLA

D. CARLOS FIGAREDO ALVARGONZÁLEZ

*Nuevos Clientes*

*Merck, Sharp and Dohme de España*

Josefa Valcárcel, 38

28027-MADRID

D. JOSEP FITE BENET

*Gerente*

*Imas*

P<sup>o</sup> de Gracia, 2, 4<sup>o</sup>

08010-BARCELONA

D. ANTONIO FONCUBIERTA FERNÁNDEZ

*Director Médico*

*Instituto Social de la Marina*

Avda. De Vigo, s/n

11004-CÁDIZ

D<sup>a</sup>. BLANCA FRAGUELA GIL

*Directora Gerente*

*Hospital "Las Palmas-Sur"*

Avda. Marítima del Sur, s/n

35016-LAS PALMAS DE GRANCANARIA

D. ANDRÉS FUENTES PÉREZ

*Director Económico-Administrativo*

*Hospital "Virgen Macarena"*

Avda. Dr. Fedriani, 3

41009-SEVILLA

D. ALFREDO GARCÍA

*Periodista*

*Diario Médico*

Recoletos, 1, 14<sup>o</sup>

28001-MADRID

D. ALBERTO GARCÍA PAZOS

*Gerente Atención Primaria*

*Sergas*

Coruña, 24

36211-VIGO (PONTEVEDRA)



D. JORDI GOL FREIXA

*Jefe de Servicio*

*Agencia Nacional de Evaluación Tecnologías Sanitarias*

Sinesio Delgado, 8

28029-MADRID

D. JOSÉ LUIS GÓMEZ BARRENO

*Director Asistencial*

*Empresa Pública de Emergencias Sanitarias*

Parque Temático de Andalucía

29250-CAMPANILLAS (MÁLAGA)

D. ENRIQUE GONZÁLEZ FERNÁNDEZ

*Gerente Área Salud*

*Hospital "Valle de los Pedroches"*

Avda. de la Constitución, s/n

14400-CÓRDOBA

D. CESÁREO GRANADOS GARCÍA

*Director*

*Distrito Sanitario*

Explanada, s/n

23400-ÚBEDA (JAÉN)

D. JOSÉ LUIS GUIJARRO RODRÍGUEZ

*Director Económico-Administrativo*

*Hospital "Virgen del Rocío"*

Avda. Manuel Siurot, s/n

41013-SEVILLA

D. FERNANDO HERNÁNDEZ MENARGUEZ

*Director Médico*

*INSALUD*

Escultor José Sánchez Lozano, 2

30005-MURCIA

D. RAMÓN HERNÁNDEZ VECINO

*Outcomes Research*

*Merck, Sharp and Dohme de España*

Josefa Valcárcel, 38

28027-MADRID

D. EMILIO HUERTA ARRIBAS

*Director*

*Dpto. de Gestión. Universidad Pública de Navarra*

Campus Universitario de Arrosadia, s/n

31009-PAMPLONA

D. IÑIGO JACA ARRIZABALAGA

*Director General*

*Instituto Oncológico*

Aldako-Enea, 44

20001-SAN SEBASTIÁN-DONOSTIA

D. FRANCISCO JOSÉ JUAN RUIZ

*Director Gerente*  
*Hospital "Carlos Haya"*  
Avda. Carlos Haya, s/n  
29010-MÁLAGA

D. ANDRES KELETY ALCAIDE

*Director Gerente*  
*Hospital Materno Infantil "Vall d'Hebron"*  
Pº Vall D'hebron, 119-229  
08035-BARCELONA

D. JOSÉ MIGUEL LAÍN GUEL BENZU

*Director Gerente*  
*Hospital "Virgen de La Victoria"*  
Colonia Santa Inés, s/n  
29010-MÁLAGA

D. JOSE MANUEL LIENDO BARQUÍN

*Gerente*  
*Comarca Barakaldo-Sestao. Centro de Salud "Zuazo"*  
Lurquizaga, s/n  
48902-BARAKALDO (VIZCAYA)

D. RICARDO LÓPEZ BOULLON

*Jefe de Admisión*  
*Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Novoa Santos*  
Ctra. San Pedro, s/n  
15405-FERROL (LA CORUÑA)

D<sup>a</sup>. ALICIA LÓPEZ RODRÍGUEZ

*Directora Gerente*  
*Atención Primaria. INSALUD*  
Santo Tomás, 9  
40002-SEGOVIA

D. JUAN DEL LLANO SEÑARIS

*Nuevos Clientes*  
*Merck, Sharp and Dohme de España*  
Josefa Valcárcel, 38  
28027-MADRID

D. EDUARDO MAÍZ OLAZABALAGA

*Director Gerente*  
*Hospital de Basurto*  
Avda. de Montevideo, 18  
48013-BILBAO

D. CARLES MANTE I FORS

*Director General*  
*Consorti Hospitalari de Catalunya*  
Pº De Gracia, 28, 6  
08007-BARCELONA

D. MARCIAL MARISCAL ORTIZ

*Subdirector Médico*

*Hospital General "Ciudad de Jaén"*

Avda. del Ejército Español, 10

23007-JAÉN

D. JOSÉ MARÍA MARTÍ

*Merck, Sharp and Dohme de España*

Josefa Valcárcel, 38

28027-MADRID

D. PABLO MARTÍN

*Merck, Sharp and Dohme de España*

Josefa Valcárcel, 38

28027-MADRID

D. JOSÉ MENA ROBLES

*Delegado Provincial*

*Delegación de Salud de Sevilla*

Avda. Luis Montoto, 89

41007-SEVILLA

D. JESÚS MENÉNDEZ HEVIA

*Subdirector Médico*

*Hospital Central de Asturias*

Celestino Villamil, s/n

33006-OVIEDO (ASTURIAS)

D. ALFONSO MERCHANT MEDINA

*Asesor Dirección*

*Fundación "Jiménez Díaz"*

Avda. Reyes Católicos, 2

28040-MADRID

D<sup>a</sup>. DOLORS MONTSERRAT CAPELLA

*Adjunta Gerencia*

*Clínica "Puerta de Hierro"*

San Martín de Porres, 4

28035-MADRID

D. ÁNGEL MOTA LOPEZ

*Director Gerente*

*Hospital General*

Maestro Alonso, 109

03012-ALICANTE

D. JUAN JOSÉ MUJICA AGUINAGALDE

*Director Gerente*

*Hospital de Guipúzcoa*

P<sup>o</sup> Dr. Beguiristain, 115

20014 SAN SEBASTIÁN-DONOSTIA

LEONCIO NAVARRO MAICAS

*Director Área 1*

*Servicio Valenciano de Salud*

Pilar, 154

12004-CASTELLÓN

D. JOSÉ MARÍA ORTIZ

*Merck, Sharp and Dohme de España*

Josefa Valcárcel, 38

28027-MADRID

D. JOSÉ ANTONIO OTERO FERNÁNDEZ

*Director Médico*

*Hospital "De Valme"*

Ctra. de Cádiz, s/n

41014-SEVILLA

D. JOSÉ MARÍA PÁEZ PINTO

*Director*

*Zona Básica. Centro Salud*

Santa María de Gracia, 54

41900-CAMAS (SEVILLA)

D<sup>a</sup>. ANA PASTOR

*Directora General*

*Muface*

D. RAFAEL PEREIRO HERNÁNDEZ

*Jefe de Servicio*

*Servicio de Planificación Operativa. S.A.S.*

Avda. de la Constitución, 18

41071-SEVILLA

D. JUAN JOSÉ PÉREZ LÁZARO

*Director Gerente*

*Hospital "De Poniente"*

Ctra. de Ronda, 101

04700-EL EJIDO (ALMERÍA)

D. ANTONIO PÉREZ RIELO

*Director Médico*

*Hospital "Carlos Haya"*

Avda. Carlos Haya, s/n

29010-MÁLAGA

D. RAFAEL PÉREZ SANTAMARÍA

*Director Gerente*

*Hospital de Montecelo*

Mourente, s/n

36071-MONTECELO (PONTEVEDRA)

D. MARIANO PINOS

*Gestión de Clientes*

*Merck, Sharp and Dohme de España*

Josefa Valcárcel, 38

28027-MADRID

D. CARLOS PRACH FERRER

*Médico*

*Ambulatorio*

Burgos, 11

39008-SANTANDER

D. ALFONSO PRIETO RODRÍGUEZ

*Director Gerente*

*Hospital Universitario "Virgen de Valme"*

Ctra. de Cádiz, s/n

41014-SEVILLA

D. ANDRES RABADÁN ASENSIO

*Director*

*Distrito Sanitario "Bahía-Vejer"*

Micaela Aramburu, 7

11500-PUERTO DE SANTA MARÍA (CÁDIZ)

D. FRANCESC RAMOS PUNSOLA

*Director de Calidad*

*Imas*

Pº de Gracia, 2, 4º

08010-BARCELONA

D. FERNANDO RODRÍGUEZ ALMODÓVAR

*Director Gerente*

*Área Osuna*

Avda. de la Constitución, 2

41001-SEVILLA

D. MANUEL RODRÍGUEZ NAVARRO

*Subdirector General*

*Hospital Materno-Infantil "Vall d'Hebron"*

Pº Vall d'Hebron, 119-129

08035-BARCELONA

D. JOSÉ RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

*Profesor Titular*

*Dpto. de Economía y Admon. Empresas. Facultad Económicas*

Campus Universitario El Ejido, s/n

29071-MÁLAGA

D. JOSÉ LUIS ROMÁN PUMAR

*Director de Marketing*

*Merck, Sharp and Dohme de España*

Josefa Varcárcel, 38

28027-MADRID

D. JOSÉ MANUEL RUBÍN GARCÍA

*Director Gerente*

*Hospital "Universitario"*

Avda. Valdecilla, s/n

39010-SANTANDER

D. ANTONIO RUBIO MELLADO

*Subdirector Gerente*

*Hospital "Virgen de las Nieves"*

Avda. de las Fuerzas Armadas, s/n

18014 GRANADA

D. JOSEFA RUIZ FERNÁNDEZ

*Directora*

*Distrito Sanitario Osuna-Écija*

Avda. Constitución, s/n

41640-OSUNA (SEVILLA)

D. JESÚS RUIZ GARCÍA

*Director Gerente*

*Hospital "Torrecárdenas"*

Paraje Torrecárdenas, s/n

04007-ALMERÍA

D. NORBERTO SANFRUTOS VELÁZQUEZ

*Director Económico-Administrativo*

*Hospital Universitario "Virgen del Rocío"*

Avda. Manuel Siurot, s/n

41013-SEVILLA

D<sup>a</sup>. ADELA CARMEN SARDÓN RODRÍGUEZ

*Gerente A.P.*

*Centro Salud "Palmarejos"*

Barcelona, 2

45005-TOLEDO

D. CRISTÓBAL SERRANO

*Merck, Sharp and Dohme de España*

Josefa Valcárcel, 38

28027-MADRID

D. FRANCISCO SORIANO PAREDES

*Director Gerente*

*Complejo Hospitalario Xeral-Calde*

Dr. Severo Ochoa, s/n

27004-LUGO

D. ALBERTO TALAVERA DENIZ

*Director Gerente*

*Hospital "De la Candelaria"*

Crtra. del Rosario, s/n

38003-SANTA CRUZ DE TENERIFE

D. MARTÍN TEJEDOR FERNÁNDEZ

*Subdirector Evaluación y Calidad*

*Empresa Pública de Emergencias Sanitarias*

Avda. Martín Alonso Pinzón, 6, 3º

21003-HUELVA

D. JOSEP MARÍA TENIENTE NOGUERA

*Director P.A.S.S.*

*Serveis de Prevenció, Assistencials y Socio Sanitaris*

Jordi Joan, 5

08031-MATARÓ (BARCELONA)

D<sup>a</sup>. MARINA TIRADO REYES

*Directora Gerente*

*Hospital Universitario "San Cecilio"*

Avda. Dr. Olóriz, 16

18014-GRANADA

D. JAIME TORRES REY

*Director General Asistencia Especializada.*

*Conselleria de Sanidade. Sergas*

San Lázaro, s/n

15071-SANTIAGO DE COMPOSTELA (LA CORUÑA)

D<sup>a</sup>. CONCEPCIÓN VERA RUIZ

*Directora Gerente*

*Hospital Universitario de Getafe*

Ctra. Madrid-Toledo, Km.12,500

28905-GETAFE (MADRID)

D. ALFONSO VICENTE BARRA

*Director Médico*

*Hospital Universitario Lozano Blesa*

Avda. San Juan Bosco, 15

50009-ZARAGOZA

D<sup>a</sup>. CRISTINA YOH

*Merck, Sharp and Dohme de España*

Josefa Valcárcel, 38

28027-MADRID