

Gestión Sanitaria en el Siglo XXI

Editores:

*ESTEBAN DE MANUEL KEENOY
FERNANDO SILIÓ VILLAMIL*



Escuela Andaluza
de Salud Pública



JUNTA DE ANDALUCÍA
Consejería de Salud

Gestión sanitaria en el siglo XXI

EDITORES:

*Esteban de Manuel Keenoy
Fernando Silió Villamil*



1996



Escuela Andaluza
de Salud Pública

Catalogación por la Biblioteca de la EASP

GESTION sanitaria en el siglo XXI: conferencias y debates del seminario celebrado en Granada el 30 de noviembre y 1 de diciembre de 1996 / Editores: Esteban de Manuel Keenoy y Fernando Silió Villamil. -Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1996.- (Documentos Técnicos EASP; 11)

I. Administración de los servicios de salud I. Manuel Keenoy, Esteban de.
II. Silió Villamil, Fernando. III. Serie
NLM Classification WA 525

Edita:

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

ISBN: 84-87385-29-X



Depósito Legal: GR-968 / 1996

Fotocomposición: Miguel Salvatierra

Imprime: Gráficas Alhambra

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.

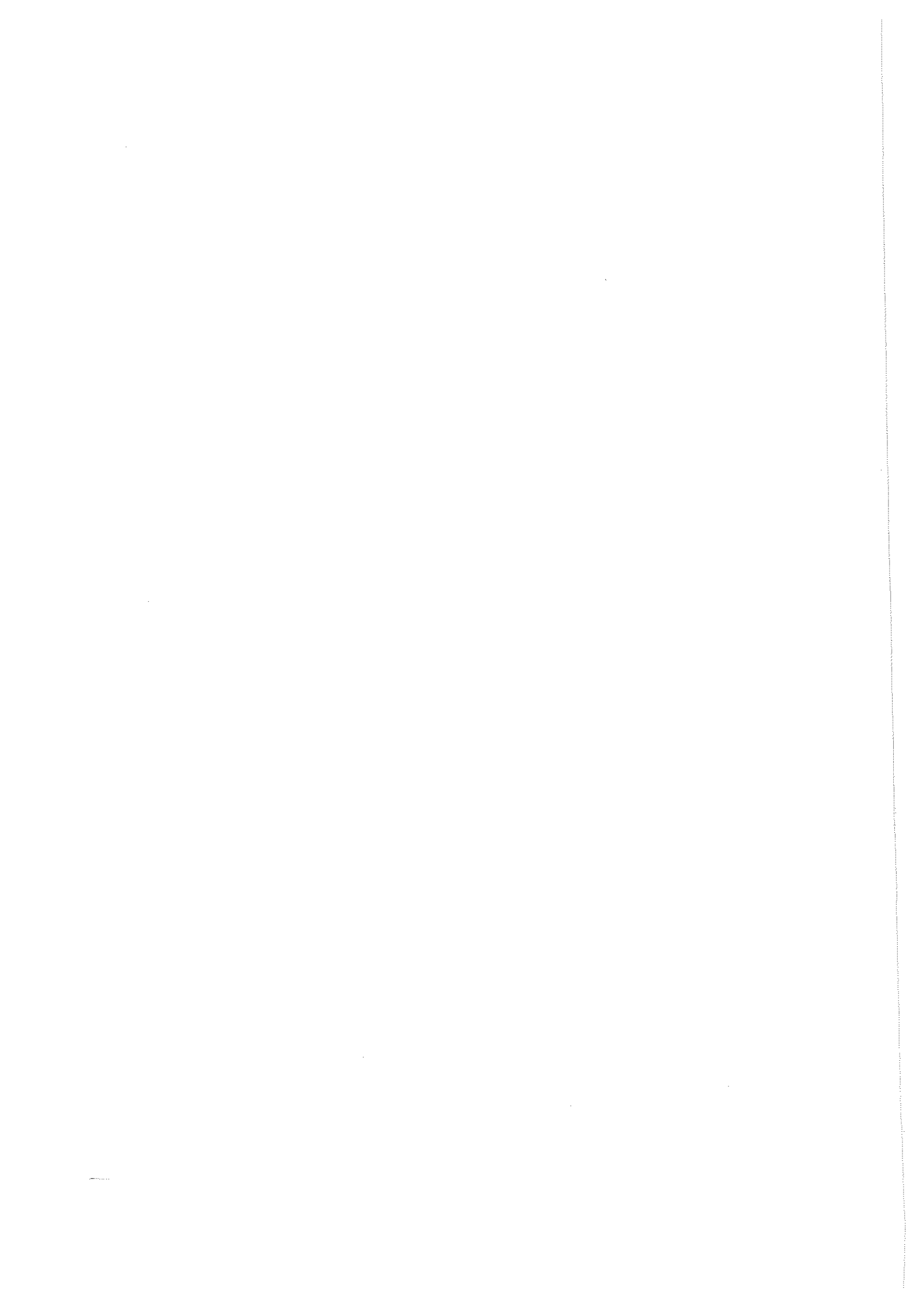
Seminario

CLAVES DE EXITO EN LA
GESTION SANITARIA
EN EL SIGLO XXI

Conferencias y Debates

del Seminario celebrado en Granada

el 30 de noviembre y 1 de diciembre de 1995



Índice

INTRODUCCIÓN	7
INAUGURACIÓN DEL SEMINARIO Excmo. Sr. D. José Luis García de Arboleya	9
TEORÍA DE CONTRATOS Y ECONOMÍA DE LA SALUD Jean-Jacques Laffont	17
MESA DEBATE SOBRE TEORÍA DE CONTRATOS Y ECONOMÍA DE LA SALUD Olga Solas Gaspar; José Martín Martín; Rafael Burgos Rodríguez	37
CLAVES DE ÉXITO DE LA GESTIÓN SANITARIA EN EL FUTURO: INTEGRACIÓN VERTICAL Y HORIZONTAL. GESTIÓN DE PROFESIONALES Joe Ivey Boufford.....	59
INNOVACIONES EN LA GESTIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS. PRESENTACIONES DE TRABAJOS AL II PREMIO MSD Joaquín Estévez Lucas; Alfonso Prieto Rodríguez; Eduardo Maíz Olazabalaga; Alfonso Vicente Barra; José Luis Gómez Barreno; Gabriel Masfurroll Lacamba; Jon Mujika Aginagalde; Julia Rubio Flores	83
LOS ESCENARIOS SANITARIOS FUTUROS EN ESPAÑA. LOS MODELOS ORGANIZATIVOS Y DE ASEGURAMIENTO Antoni Serra Ramoneda	113
EL FUTURO DE LA GESTIÓN DE CENTROS SANITARIOS. <i>MANAGED CARE: DISEASE MANAGEMENT, SYSTEMS MANAGEMENT</i> José Ramón Rodríguez.....	135
CONTRATACIÓN DE SERVICIOS EN ATENCION PRIMARIA. EVALUACIÓN DE LOS <i>GP FUND HOLDERS</i> EN EL REINO UNIDO Laurie McMahon	147
EL FUTURO DE LA GESTIÓN HOSPITALARIA: EL PAPEL DE LOS PROFESIONALES Nigel Crisp.....	157

ENTREGA DEL II PREMIO MSD

José Luis Román Pumar171

CLAUSURA DEL SEMINARIO

Ricardo Vázquez Albertino.....175

APÉNDICES

I. Programa del Seminario.....181

II. Listado de asistentes189

Introducción

El entorno sanitario, tanto público como privado, lleva una serie de años debatiendo diferentes propuestas de cambio, encaminadas a solucionar algunos de los problemas que afectan a todos los sistemas sanitarios de los países desarrollados.

De entre estos problemas sigue destacando la mejora en la eficiencia, tanto a nivel de macrogestión de la globalidad del sistema como a nivel de la microgestión de los centros proveedores de servicios.

Un referente continuo en este debate, principalmente en los sistemas sanitarios de naturaleza eminentemente pública en la financiación y provisión de servicios como es el Sistema sanitario español, tiene que ver con la posible incorporación de mecanismos de gestión empresarial, provenientes de entornos privados, a una realidad tan compleja como son los sistemas sanitarios.

Sobre este tópico se ha desarrollado una amplia experiencia, tanto teórica como práctica, que ha dado sus frutos en la creación de empresas públicas y en la paulatina modificación de los criterios de gestión hacia modelos más propios del entorno empresarial privado.

Para contribuir a este debate, la Escuela Andaluza de Salud Pública en colaboración con Merck, Sharpe & Dohme desarrolló en Granada los días 1 y 2 de diciembre de 1994 un primer seminario, que bajo el título de "Oportunidades de gestión empresarial en los servicios sanitarios públicos", sirvió para que gestores, profesores y expertos examinaran y debatieran estos temas de actualidad. La EASP publicó en 1995 las conferencias y debates de este seminario en su Documento Técnico Nº 10.

Dado el éxito de este primer seminario, y la necesidad de seguir profundizando en el debate, los días 30 de Noviembre y 1 de Diciembre de 1995 se desarrolló un segundo seminario, fruto también de la colaboración entre la EASP y MSD.

Este seminario tuvo como título "Claves de éxito de la gestión sanitaria en el siglo XXI, y los objetivos fueron:

- Conocer las tendencias actuales y futuras en la gestión empresarial.
- Analizar estas mismas tendencias en el marco específico de la gestión sanitaria.
- Debatir el marco macroeconómico e institucional en el que previsiblemente se desarrollara esta gestión sanitaria.
- Profundizar en el papel de los Hospitales y la Atención primaria en el sistema sanitario, analizando experiencias e innovaciones tanto en España como en el extranjero.

En este documento técnico se presentan las conferencias y debates más importantes del seminario.

El documento comienza con una conferencia del Excelentísimo Señor Consejero de Salud de la Junta de Andalucía donde se enmarcan los principales retos y problemas de nuestro sistema sanitario y se definen los principios básicos que deben regir este sistema..

Posteriormente, el profesor Jean-Jaques Laffont profundiza en la teoría de contratos y economía de la salud desde el principio de las relaciones entre el *principal* y el *agente*, estableciendo en el sector sanitario dos tipos de relación, según sea entre el médico y el paciente o entre el asegurador y el paciente.

La tercera ponencia, desarrollada por Jo Ivey Boufford, aborda ya el tema de claves de éxito en la gestión sanitaria, analizando la experiencia de los Estados Unidos de América y los procesos de reforma que se están llevando a cabo en ese país; explicita las principales tendencias relacionadas con la fuerza laboral, la atención primaria, la financiación de los servicios, el papel del consumidor y el aseguramiento de la calidad.

En cuarto lugar se presentan las conclusiones que sobre los escenarios sanitarios futuros en España realizó el profesor Antoni Serra Ramoneda, donde se debaten las relaciones entre la eficiencia y el mercado, aplicadas al entorno sanitario.

Finalmente, se presentan las conferencias que en una mesa redonda sobre el futuro de la gestión de centros asistenciales realizaron José Ramón Rodríguez sobre el *Managed Care*, Nigel Crisp sobre la experiencia de los *Hospital Trust* en el Reino Unido y Laurie McMahon sobre los *GP Fund Holders* también en el Reino Unido.

El documento se completa con los debates de los asistentes en cada conferencia y un debate global que se realizó sobre los temas tratados por el profesor Laffont. Adicionalmente, se presentan los trabajos presentados el II premio MSD a las innovaciones en gestión.

Este documento técnico, único en su género, será de especial interés para los profesionales del nivel de decisión sobre políticas y programas de salud. Beneficiará igualmente a gerentes y jefes de servicios de las instituciones proveedoras de atención de la salud. La obra es también de gran utilidad para médicos clínicos y estudiosos de los sistemas de salud, desde distintos enfoques profesionales y de especialidad. Sin duda la publicación contribuirá a poner un poco más de luz a un debate tan actual y con tanta proyección futura como el relacionado con el título del seminario.

Esteban de Manuel Keenoy
Fernando Silió Villamil
Editores

Introducción

El entorno sanitario, tanto público como privado, lleva una serie de años debatiendo diferentes propuestas de cambio, encaminadas a solucionar algunos de los problemas que afectan a todos los sistemas sanitarios de los países desarrollados.

De entre estos problemas sigue destacando la mejora en la eficiencia, tanto a nivel de macrogestión de la globalidad del sistema como a nivel de la microgestión de los centros proveedores de servicios.

Un referente continuo en este debate, principalmente en los sistemas sanitarios de naturaleza eminentemente pública en la financiación y provisión de servicios como es el Sistema sanitario español, tiene que ver con la posible incorporación de mecanismos de gestión empresarial, provenientes de entornos privados, a una realidad tan compleja como son los sistemas sanitarios.

Sobre este tópico se ha desarrollado una amplia experiencia, tanto teórica como práctica, que ha dado sus frutos en la creación de empresas públicas y en la paulatina modificación de los criterios de gestión hacia modelos más propios del entorno empresarial privado.

Para contribuir a este debate, la Escuela Andaluza de Salud Pública en colaboración con Merck, Sharpe & Dohme desarrolló en Granada los días 1 y 2 de diciembre de 1994 un primer seminario, que bajo el título de "Oportunidades de gestión empresarial en los servicios sanitarios públicos", sirvió para que gestores, profesores y expertos examinaran y debatieran estos temas de actualidad. La EASP publicó en 1995 las conferencias y debates de este seminario en su Documento Técnico Nº 10.

Dado el éxito de este primer seminario, y la necesidad de seguir profundizando en el debate, los días 30 de Noviembre y 1 de Diciembre de 1995 se desarrolló un segundo seminario, fruto también de la colaboración entre la EASP y MSD.

Este seminario tuvo como título "Claves de éxito de la gestión sanitaria en el siglo XXI, y los objetivos fueron:

- Conocer las tendencias actuales y futuras en la gestión empresarial.
- Analizar estas mismas tendencias en el marco específico de la gestión sanitaria.
- Debatir el marco macroeconómico e institucional en el que previsiblemente se desarrollara esta gestión sanitaria.
- Profundizar en el papel de los Hospitales y la Atención primaria en el sistema sanitario, analizando experiencias e innovaciones tanto en España como en el extranjero.

En este documento técnico se presentan las conferencias y debates más importantes del seminario.

El documento comienza con una conferencia del Excelentísimo Señor Consejero de Salud de la Junta de Andalucía donde se enmarcan los principales retos y problemas de nuestro sistema sanitario y se definen los principios básicos que deben regir este sistema..

Posteriormente, el profesor Jean-Jaques Laffont profundiza en la teoría de contratos y economía de la salud desde el principio de las relaciones entre el *principal* y el *agente*, estableciendo en el sector sanitario dos tipos de relación, según sea entre el médico y el paciente o entre el asegurador y el paciente.

La tercera ponencia, desarrollada por Jo Ivey Boufford, aborda ya el tema de claves de éxito en la gestión sanitaria, analizando la experiencia de los Estados Unidos de América y los procesos de reforma que se están llevando a cabo en ese país; explicita las principales tendencias relacionadas con la fuerza laboral, la atención primaria, la financiación de los servicios, el papel del consumidor y el aseguramiento de la calidad.

En cuarto lugar se presentan las conclusiones que sobre los escenarios sanitarios futuros en España realizó el profesor Antoni Serra Ramoneda, donde se debaten las relaciones entre la eficiencia y el mercado, aplicadas al entorno sanitario.

Finalmente, se presentan las conferencias que en una mesa redonda sobre el futuro de la gestión de centros asistenciales realizaron José Ramón Rodríguez sobre el *Managed Care*, Nigel Crisp sobre la experiencia de los *Hospital Trust* en el Reino Unido y Laurie McMahon sobre los *GP Fund Holders* también en el Reino Unido.

El documento se completa con los debates de los asistentes en cada conferencia y un debate global que se realizó sobre los temas tratados por el profesor Laffont. Adicionalmente, se presentan los trabajos presentados el II premio MSD a las innovaciones en gestión.

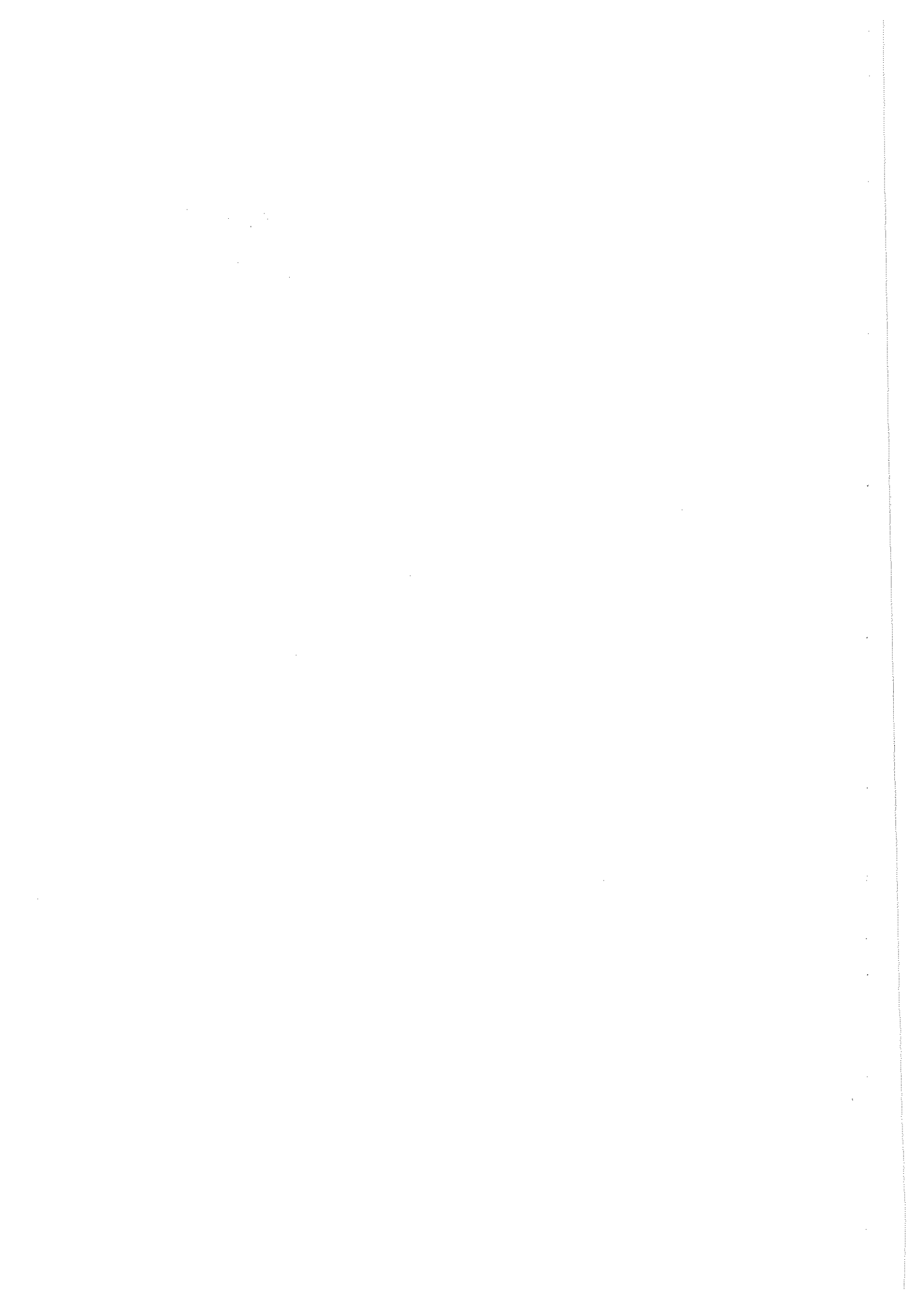
Este documento técnico, único en su género, será de especial interés para los profesionales del nivel de decisión sobre políticas y programas de salud. Beneficiará igualmente a gerentes y jefes de servicios de las instituciones proveedoras de atención de la salud. La obra es también de gran utilidad para médicos clínicos y estudiosos de los sistemas de salud, desde distintos enfoques profesionales y de especialidad. Sin duda la publicación contribuirá a poner un poco más de luz a un debate tan actual y con tanta proyección futura como el relacionado con el título del seminario.

Esteban de Manuel Keenoy
Fernando Silió Villamil
Editores

Inauguración del seminariO

JOSÉ LUIS GARCÍA DE ARBOLEYA
*Consejero de Salud
Junta de Andalucía*

Intervención inaugural del Excelentísimo Señor Consejero en el Seminario sobre "Claves de Éxito en la Gestión Sanitaria del Siglo XXI", celebrado en la EASP, Granada, España.



INAUGURACIÓN DEL SEMINARIO

Quiero, en primer lugar, agradecer a la Escuela Andaluza de Salud Pública y a MSD-España, la oportunidad de compartir con todos ustedes el acto inaugural de este segundo Seminario sobre "Claves de éxito de la gestión sanitaria en el siglo XXI". Al mismo tiempo felicitaros especialmente, tanto por la continuidad que va adquiriendo este seminario (es el segundo año consecutivo), como por la oportunidad y el acierto en la elaboración del programa de trabajo, que va a permitir someter a reflexión, en este foro tan cualificado, aspectos muy relevantes para el futuro de los servicios de salud en Europa en los próximos años.

Es un hecho bien conocido por todos que la práctica totalidad de los países desarrollados que disponen de sistemas públicos de atención a la salud, de cobertura universal, están introduciendo cambios en sus formas de regulación, en sus mecanismos de gestión y en la relación entre los agentes que en ellos interactúan.

No voy a entrar a analizar con detalle estas tendencias de cambio, entre otras cosas porque, en cada país, las medidas que se están adoptando tienen mucho que ver con la situación de partida estructural y funcional de los sistemas de provisión. Lo que sí parece claro, sobre todo en el caso de Europa, es que la mayoría de los sistemas de atención sanitaria se enfrentan a factores de presión y a problemas muy similares:

- Crecimiento de gasto sanitario por encima del crecimiento económico y de la inflación.
- Envejecimiento progresivo de la población que actúa, tanto desde el lado de la demanda (incremento y cambios cualitativos) como desde el lado de la oferta, condicionando la propia financiación del sistema.
- Cambios en el patrón de las enfermedades, en particular los aumentos de las enfermedades crónicas e invalidantes y la aparición del sida.
- Aumento de las expectativas de los ciudadanos, en tanto que consumidores, sobre la calidad de los servicios.
- Acelerado desarrollo de la tecnología, que repercute en el coste, tanto directamente como a través de un aumento de las expectativas del ciudadano.
- Las repercusiones que, a medio y largo plazo, está teniendo la Unión Europea, ya sea a través de factores económicos (convergencia nominal) como de desarrollo de la libre circulación de bienes, profesionales y ciudadanos.

En todos estos países, cualesquiera sean las medidas que se están adoptando, que son muchas y diversas, hay ciertos parámetros comunes que, aunque no permiten

inferir la existencia de un "modelo común de reforma", sí permiten identificar tendencias para hacer frente a problemas que sí son comunes, y que van más allá de actuaciones coyunturales o simples medidas de control del gasto. Me refiero en particular a:

- Separación más o menos radical entre el financiador, compradores y proveedores, con introducción de modelos de relación basados en contratos y de pagos prospectivos, poniendo especial énfasis en la consecución de objetivos de calidad.
- Aplicación del principio de autonomía hospitalaria, transfiriendo mayores responsabilidades a los hospitales y los servicios clínicos.
- Introducción de elementos de competencia entre proveedores, dando, en algunos casos, la responsabilidad de compra a los servicios de atención primaria.
- Aplicación, no sistemática, de medidas macroreguladoras como son los catálogos de prestaciones, paquetes básicos de servicio y evaluación de tecnologías y procedimientos médicos.
- Cambio sustancial en el papel que desempeñan los profesionales sanitarios, con especial énfasis los médicos, en el conjunto del sistema de salud, fomentando iniciativas para establecer criterios clínicos comunes e incrementando su responsabilidad hacia la gestión clínica y la participación en la gestión de los centros.
- Fomento de un mayor protagonismo del ciudadano en la elección de la asistencia y el tratamiento, e incluso en la determinación de la prioridades de su entorno.

Está claro que el camino que se está diseñando es un camino que viene definido por el avance de la microgestión, frente al auge experimentado por la gestión macro del sistema y la mesogestión a nivel de las instituciones sanitarias en la década de los '90.

En este nuevo escenario, los responsables públicos deberíamos centrar nuestra preocupación en favorecer el marco de regulación adecuado, asegurando que se respetan los principios básicos que sustentan el sistema y que se cumplan los objetivos establecidos en las políticas de salud.

Los gestores deben adaptarse a operar en condiciones de mayor autonomía, y por tanto de mayor riesgo, asumiendo que su relación con los profesionales se va a ir transformando desde una relación de neta jerarquía a una relación de cooperación, donde el profesional irá asumiendo mayores responsabilidades en la gestión asistencial de sus pacientes, vinculando su trabajo clínico a la gestión de paquetes de recursos ligados a los objetivos de la institución.

En España las transformaciones que el sistema está experimentando se orientan en el camino de este nuevo paradigma de la microgestión, si bien la dinámica de cambios es poco decidida, tanto por la inestabilidad política que vivimos en los últimos tiempos, como por los importantes corsés estructurales que el propio sistema ha generado a lo largo de décadas de Administración.

Y por si esto fuera poco, el Sistema Nacional de Salud español tampoco puede beneficiarse de un diálogo y un debate político sosegado. Se ha impuesto la política del "todo vale" y se ha generado una clase política de "milagrosos" que pretenden hacernos creer que bajarán los impuestos, derivarán recursos económicos del sector público a aseguradoras privadas, introducirán competencia entre lo público y lo privado, reducirán costes del sector público y además mantendrán los niveles de equidad, calidad y accesibilidad que el sistema tiene. Como se dice en esta tierra, "bueno, bonito y barato".

Es preocupante observar cómo la derecha conservadora de nuestro país insiste por un camino que se ha demostrado menos eficiente y más caro en toda Europa, y apuestan por una clara privatización de buena parte del aseguramiento sanitario público que quedaría en manos de entidades de seguro libre de prestación de servicios.

Esta opción supone una clara ruptura de uno de los aspectos que fundamentan la intervención del estado en la sanidad: el principio del aseguramiento universal en condiciones de equidad y solidaridad, a la vez que coloca una "bomba en la línea de flotación" de la arquitectura financiera del Sistema Nacional de Salud.

La mayoría de los expertos nacionales e internacionales (y nos basta con asomarnos a otros países para comprobarlo) han avisado de los grandes problemas sociales que una medida de este tipo puede acarrear en un sistema sanitario fundamentado sobre las bases del estado del bienestar.

En primer lugar, la derivación de fondos públicos a las compañías aseguradoras cuando el ciudadano optara al seguro privado supondría una merma progresiva de los recursos destinados al servicio público de salud que, a la larga, se vería puesto en la tesitura de limitar drásticamente sus prestaciones, sus prestaciones, abonándose el terreno para la constitución de un sistema sanitario privado mejor dotado para las personas con mayores niveles de renta y de un sistema público empobrecido y sin medios para el resto.

En segundo lugar, las aseguradoras que operan en nuestro país siguen los mismos esquemas globales que en el resto de los países desarrollados. Son entidades privadas con ánimo de lucro, y por tanto, su lógica empresarial se basa en la obtención de beneficios económicos. Esto las orienta inevitablemente a la selección de riesgos y a intentar incrementar su volumen de negocio.

En tercer lugar, seamos realistas, no hay en nuestro país, y en concreto en Andalucía, con honrosas excepciones, recursos asistenciales privados que sean mínimamente comparables en calidad y prestaciones a los centros sanitarios del sistema público.

Con el mayor de los respetos, pienso que desde la base de estas propuestas que hace la derecha, no se puede afrontar el reto que nuestra constitución (una de las más avanzadas de Europa en éste asunto) nos plantea en su artículo 43: El derecho a la protección de la salud de los ciudadanos.

El Sistema Nacional de Salud español no es sólo el resultado de la política de un partido o de un gobierno, ni por supuesto es patrimonio exclusivo de nadie. Es cierto que no todas las opciones políticas enfocan de la misma forma, ni con el mismo alcance, el modelo de sanidad pública, pero la verdad es que el Sistema Nacional de Salud es una conquista y un patrimonio de la sociedad española en su conjunto. Es el resultado de un proceso histórico, del trabajo de muchos hombres y mujeres que, día a día, y a lo largo de décadas, hicieron de sus vidas, no una lucha por su lucro personal, sino un compromiso por la solidaridad social. Un compromiso, en definitiva, por la igualdad de oportunidades.

El sistema sanitario, como cualquier obra humana, está sujeto a cambios y debe adaptarse constantemente a las nuevas circunstancias para poder mejorar. Pero, desde una perspectiva progresista, este cambio sólo se puede hacer consolidando el principio básico de la equidad, esto es, que el acceso al sistema se haga en base a la necesidad y no condicionado por el nivel de renta. Este principio básico de equidad se manifiesta a través de los cuatro principios básicos del Sistema:

- El primero, la financiación pública. Esto significa que los gastos de la atención sanitaria se financien por el estado, mediante el sistema fiscal, de manera que existan flujos de solidaridad entre los sanos y los enfermos y entre los que más tienen y los más desfavorecidos.
- El segundo, el aseguramiento universal. Es decir, que todos los ciudadanos estén protegidos por un aseguramiento único y público que les proporcione todas las prestaciones sanitarias necesarias en un marco de amplitud definido según reglas democráticas.
- El tercero, la integralidad de la atención. O sea, la integración de políticas de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad, junto a las prestaciones médicas y farmacéuticas.
- El cuarto, la equidad en la distribución de los recursos. O lo que es lo mismo, hacer accesibles los recursos sanitarios de forma que no se produzcan discriminaciones por razones geográficas que, a veces son tan intolerables como las razones económicas.

Estos cuatro principios son, a mi juicio, fundamentales para mantener un sistema sanitario basado en la solidaridad. Son los aspectos fundamentales que, entiendo, debe defender toda política progresista. Pero la mejor manera de defenderlos no es desde del dogmatismo y el inmovilismo, sino siendo conscientes de su realidad, de sus problemas y de lo que cuesta mantenerlo.

Los logros alcanzados son muchos. Las medidas a desarrollar en el futuro deberán ser extremadamente cuidadosas para mantener el grado de efectividad y de eficiencia relativa alcanzada. Pero hay que avanzar, porque los sistemas sociales no pueden sobrevivir sin una adaptación permanente a las realidades a las que sirven. En el caso del Sistema Nacional de Salud, las propuestas de desregulación basadas en el fraccionamiento y pérdida de la garantía pública de equidad y solidaridad, son casi tan peligrosas como el inmovilismo.

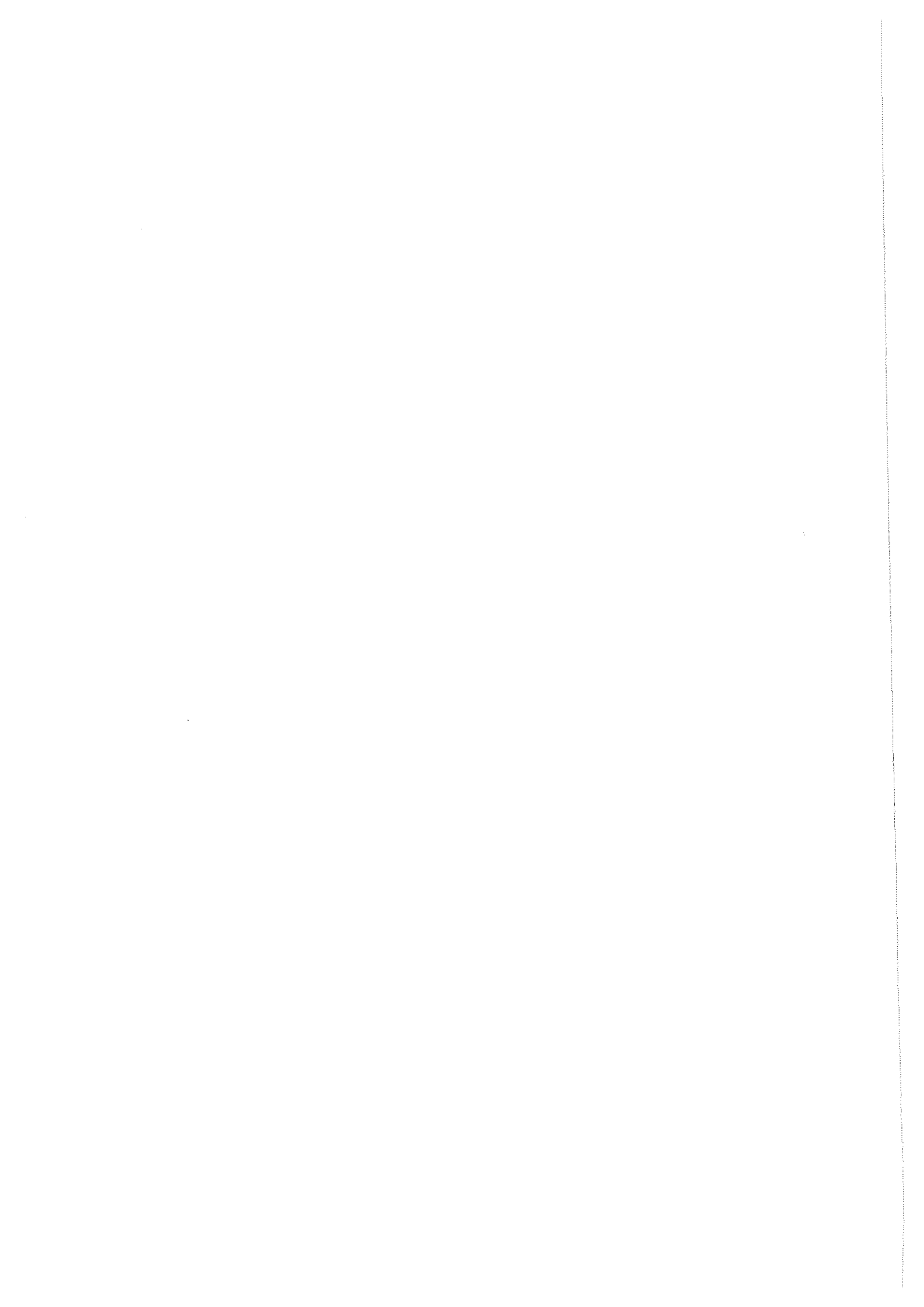
La gestión empresarial en condiciones de riesgo y el énfasis en la gestión clínica profesional son oportunidades de futuro que debemos asumir con valentía, porque en último término son elementos que van a suponer una autoselección positiva de la clase médica y van a generar adhesión en el ciudadano, único, por otra parte capaz de legitimar la existencia de nuestro Sistema Nacional de Salud.

Estoy seguro que los debates que vais a desarrollar éstos días nos serán tremendamente útiles a la vez que contribuirán a generar esta cultura de cambio que va a presidir la gestión de la sanidad en los umbrales del siglo XXI.

Para terminar, os deseo que la estancia en Granada sea muy satisfactoria. La tradicional hospitalidad de los andaluces y la tradición de Granada como sede de diversas actividades científicas, culturales y sociales garantizan que el encuentro será todo un éxito.

Queda inaugurado el Seminario sobre "Claves de éxito de la gestión sanitario en el siglo XXI".

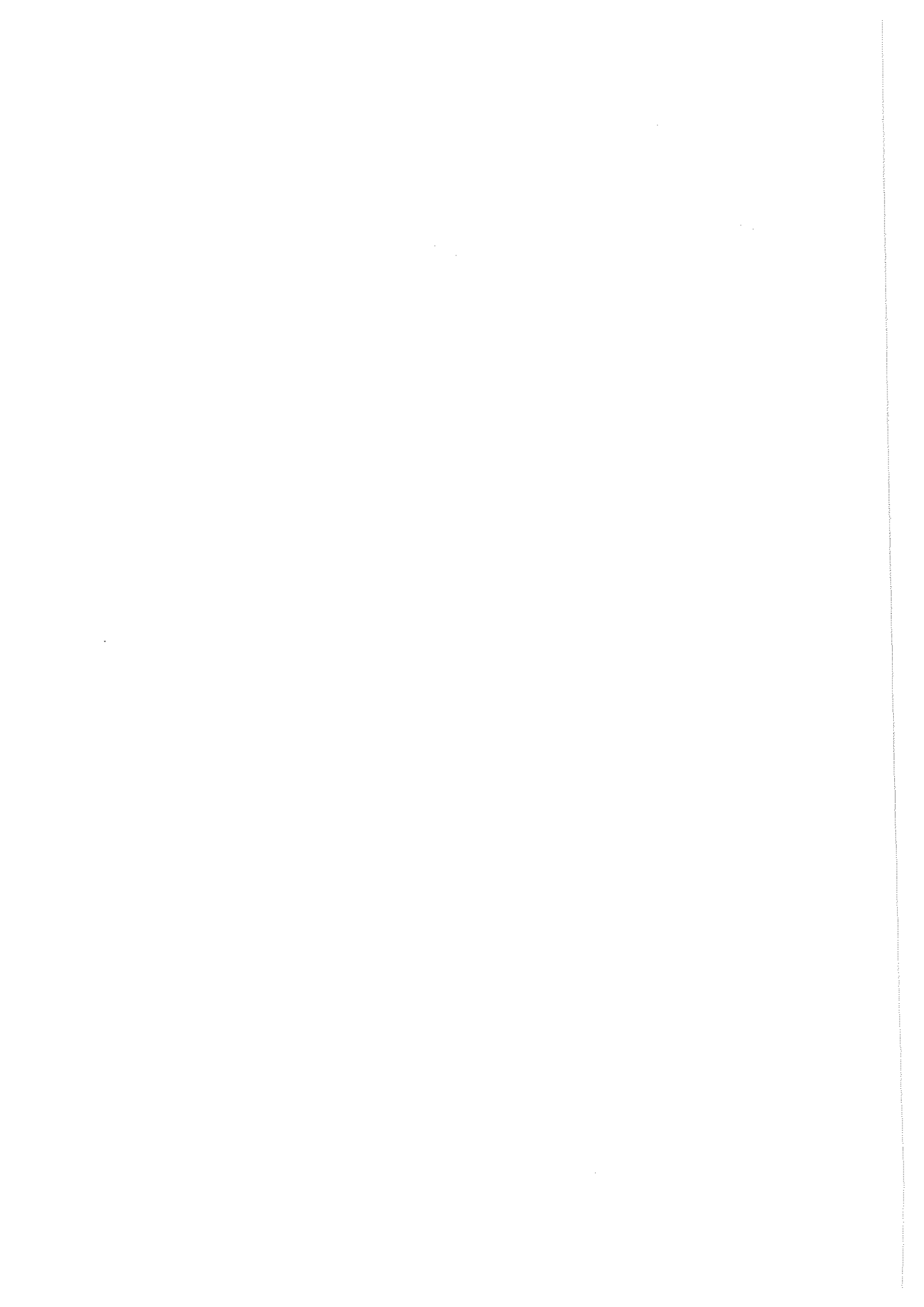
José Luis García de Arboleya
Consejero de Salud
Junta de Andalucía



Teoría de contratos y economía de la salud

JEAN-JACQUES LAFFONT
Catedrático de Economía
IDEI. Université de Sciences Sociales
Toulouse

Conferencia presentada en el Seminario sobre "Claves de Éxito en la Gestión Sanitaria del Siglo XXI",
celebrado en la EASP, Granada, España.



TEORÍA DE CONTRATOS Y ECONOMÍA DE LA SALUD

El propósito de esta ponencia es proporcionar una perspectiva diferente sobre la teoría de contratos con algunas ilustraciones de la economía de la salud. Debo resaltar desde el principio que no soy especialista en este tema. La ilustración que les voy a dar, en consecuencia, no debe tomarse a rajatabla, aunque pienso que la teoría de contratos es un instrumento con bastante fuerza en el ámbito de la economía de la salud.

1. La Teoría de Contratos

¿Qué es la teoría de contratos? En primer lugar, mencionaré algunas palabras sobre la importancia que tiene este tema y por qué hoy es una parte importante de la economía. Hasta 1970 los economistas teníamos un paradigma que llamaré de competencia perfecta el cual tenía fuertes implicaciones en la línea política del sector público. La idea general era que para organizar de forma adecuada la economía era suficiente con establecer los mercados apropiados y asegurarnos de que estos mercados funcionaran de una forma competitiva. Por ejemplo, si existiera un problema de contaminación se establecerían unos mercados de derechos de la contaminación y se intercambiarían sus derechos. Si nos preocupara la incertidumbre, estableceríamos mercados de seguros y así sucesivamente. Siempre y cuando pudiéramos establecer estos mercados, tendríamos dos resultados bastante sólidos en el ámbito de la línea política del sector público.

El primer resultado daba que el equilibrio de estos mercados competitivos era eficiente; Pareto óptimo en la eficiencia del lenguaje lo cual quiere decir que no cabe reorganizar la economía de tal manera que todos pudieran beneficiarse.

El segundo resultado era la separación de los aspectos de distribución y de eficiencia. La idea era que deberíamos dejar que los mercados funcionaran y si no estáviéramos del todo satisfechos con las implicaciones distribucionales de estos mercados, entonces podríamos redistribuir los ingresos de un grupo a otro. Pero el énfasis se puso en dejar que los mercados fueran primero eficientes para así separar estos dos problemas.

A comienzos de la década de los setenta varias personas propusieron modelos que daban unos resultados completamente diferentes, lo cual ocasionó un fuerte impacto en la profesión; todos estos modelos se basan en que cuando las personas intercambian existe una asimetría de información entre ellas. Problemas como la contaminación, la incertidumbre, los seguros, los bienes públicos y demás fueron tenidos en cuenta por los mercados competitivos, pero nos dimos cuenta de que la asimetría de información no podía tratarse de una forma tan fácil.

Por ejemplo, Rothschild-Stiglitz aportó un modelo de seguros en el cual había dos tipos de individuos: los individuos de alto riesgo y los de bajo riesgo; intentaba dar un modelo de estos mercados competitivos por lo que la asimetría de información da aquí como hecho que el vendedor de seguros no sabe con qué tipo de comprador se va a encontrar. Sin embargo, el comprador de seguros sabe si es un buen o un mal tipo de seguros.

Esta asimetría de información en el mercado permite el equilibrio competitivo que era realmente negativo lo cual significa que no era eficiente en absoluto y surgen otros problemas como la no existencia del equilibrio. El aspecto principal era que el paradigma de los mercados competitivos y de lo indivisible y la idea de Adam Smith ya no servía. Ello parecía deberse a la asimetría de información.

Durante algún tiempo parecía que había una forma de llegar a esto; que podríamos hacer algo como con la contaminación: crear un mercado que resolviera este problema, pero no funcionó. Por tanto, muchos economistas en los años setenta y ochenta empezaron a hablar de la economía de una forma superficial diciendo que lo que no se entiende bien es el intercambio entre A y B o sea, entre el señor 1 y el señor 2 cuando existe una asimetría de información entre ellos. Es como Robinson Crusoe, si ustedes quieren, pero ahora con asimetría de información.

2. La teoría del principal-agente

La teoría del principal-agente estudia el contrato entre dos personas cuando existe una asimetría de información. La teoría del principal-agente especifica una asimetría adicional en la cual hay un principal que delega en el agente una tarea. Podemos ver muchos ejemplos de esto en la economía de la salud como cuando un paciente delega en un médico la tarea de que le cure, al igual que un hospital delega en los médicos la tarea de que se encarguen de los pacientes, etc. Por tanto, la dificultad surge cuando se quiere delegar la tarea en un agente porque el agente puede tener una ventaja informacional sobre la persona. En la teoría de contratos se estudia cómo tratar con este tipo de problemas.

Permítanme introducirles una serie de conceptos básicos antes de pasar a la industria sanitaria. Veamos algunos términos: *selección adversa*. La selección adversa es un caso específico de la asimetría de información como el que mencioné para los seguros. Se puede tener un mal o un buen tipo de seguros, se tiene buena o mala salud, se es un individuo de alto o de bajo riesgo. Como agente se sabe que el principal no conduce tan bien, pero como agente no puedes cambiar tu característica; bien eres un buen conductor de forma genérica o eres un mal conductor. Es una característica que no se puede cambiar.

Por el contrario, el *riesgo moral* es otro tipo de asimetría de información. Uno conduce mal porque realmente no presta atención a la hora de conducir, pero se podría

prestar más atención. Existe un riesgo moral cuando el principal no puede observar el nivel de esfuerzo del agente, como el nivel de esfuerzo que asume el médico cuando cuida del paciente. Es bastante diferente. Luego volveremos a hablar de una serie de aspectos que son menos importantes.

Una consideración importante entre estos dos agentes será el *reparto de riesgo* entre ellos. Cuando hay aleatoriedad de riesgo en la actividad que se delega debemos resolver el problema de cómo repartir los riesgos de esa actividad.

Otro concepto que es importante es la *no verificación o inverificabilidad*. Un caso es aquel en que no se tiene realmente asimetría de información entre el principal y el agente, pero ellos son los únicos que conocen esta información. Por ejemplo, si se contrata a una secretaria, a final de mes ella sabe al igual que usted si es mala o buena secretaria, pero usted es el único que puede saberlo y no tiene pruebas; pruebas verificables para demostrar que ella es buena o mala. Como consecuencia, no puede suscribir un contrato cuya condición sea la calidad. Aunque no exista asimetría de información entre el principal y el agente, existe una asimetría de información entre estas dos personas y el resto del entorno.

Por último, quisiera introducir el concepto de la *especificidad de activos* el cual es muy importante en la teoría de contratos cuando se estudian las relaciones dinámicas. Cuando en una relación usted realiza una inversión inobservable que es específica de la relación, ello supone que no puede utilizarla en ninguna otra parte. Supongamos que usted trabaja para un hospital y tiene una razonable seguridad que va a estar en éste durante veinte años y por las tardes lee libros y revistas para así mejorar sus conocimientos y poder trabajar mejor en este hospital. Pero si a usted se le trasladara mañana a otro lugar, quizá no invertiría en este caso específico para ese hospital en concreto.

La economía de la salud y la industria sanitaria son un ejemplo estupendo de la multiplicidad y complejidad de las relaciones principal-agente. Desde un punto de vista teórico, la dificultad de la materia y la dificultad que tenemos en la sociedad al tratar este tema se debe a la característica informacional de la industria.

Quisiera mostrarles algunas relaciones de este tipo (Figura 1). Podemos hacer que esta materia sea mucho más compleja, pero pasemos a una relación particular. Por ejemplo, tenemos la relación 1 entre el paciente y el médico. La relación 1 es la típica situación que se puede dar como modelo en la que el paciente delega en el médico la tarea de que éste le cuide y le cure. El médico lo conoce mejor, hace un seguimiento del caso y ésta es la información privada del médico en su relación con el paciente. Asimismo, es muy difícil para el paciente comprobar el nivel de esfuerzo que realiza el médico para resolver su problema. Por tanto, inmediatamente nos encontraremos con la selección adversa y el riesgo moral en esta relación.

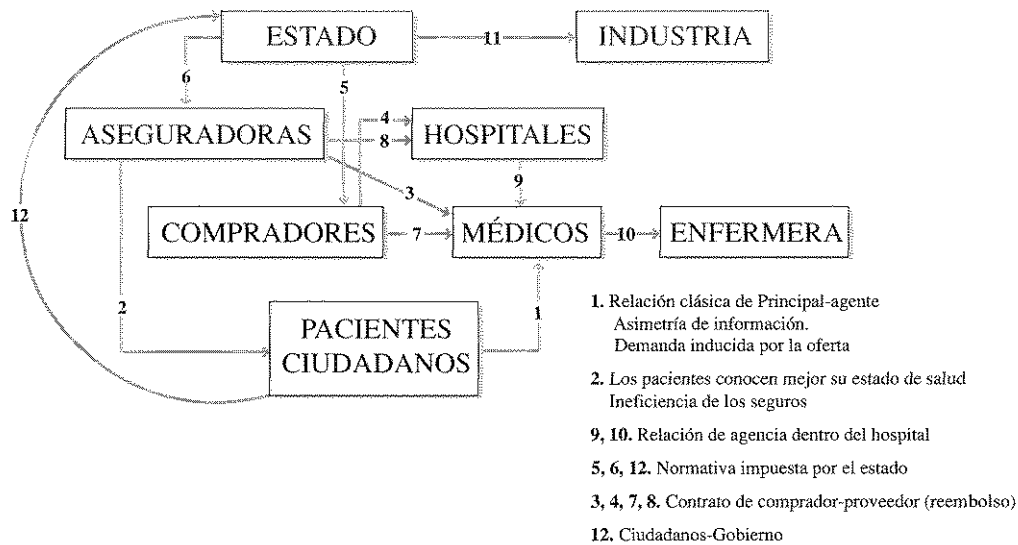


Fig. 1. Relaciones de agencia y la sanidad

Estas son las razones fundamentales por las que sugerimos la idea tan conocida en la economía de la salud que la demanda se ve inducida por la oferta. Todos estamos familiarizados con esto. Entonces intentamos comprender el porqué; se debe a que existe esta asimetría de información que permite que el médico reivindique algunos aspectos.

Otra relación importante entre principal-agente es la relación 2, entre la aseguradora y el paciente. La aseguradora existe para asegurar al paciente; pero tal y como decía anteriormente, el paciente es el único que sabe su probabilidad de tener accidentes, la gravedad de su situación, etc. También existe selección adversa y riesgo moral en esta relación. En realidad, es interesante observar que estas dos ideas de riesgo moral y de selección adversa que son fundamentales hoy en día en la economía, aparecieron primero en la industria aseguradora en el siglo XIX. Es un problema muy conocido en el ámbito de los seguros y veremos cómo se afronta. Pero tenemos otras muchas relaciones, como la relación de agencia dentro del hospital. Cuando el hospital delega en una enfermera la tarea, no puede observar todo lo que la enfermera hace e incluso la enfermera puede tener en algunos casos específicos mejor información sobre lo que exactamente quiere y necesita el paciente.

De forma similar se puede ver la relación entre el hospital y el médico, relación en la que el hospital desempeña el papel de principal, pero el Estado también puede verse como parte de esto. El Estado, tal y como dijimos hace un momento, es en último término el agente de los ciudadanos quienes delegan en él para que regule la industria. Así sucede en la democracia.

Sin embargo, el Estado también puede verse como principal cuando regula la industria farmacéutica o cuando regula los hospitales, o los seguros y aquí podemos ver de hecho cómo aparece una jerarquía porque podemos pensar en los ciudadanos como los principales del Estado y los principales del hospital. Aquí veremos un problema específico que surge después con la relación jerárquica.

Hay muchas otras relaciones, por ejemplo, los compradores, las aseguradoras que van a discutir las normas del reembolso del coste para los hospitales o para el gobierno y eso también se puede ver como relaciones de principal-agente. Por tanto, vemos que es muy complejo; mucho más complejo que cuando contemplamos la industria de las telecomunicaciones en la que puedo ver al ministerio de telecomunicaciones intentando regular a la empresa Telecom con información privada sobre sus costes; pero aquí se plantea de una forma mucho más complejo y más difícil.

3. El modelo básico de principal-agente

Vamos a dedicarle algún tiempo al modelo básico de principal-agente y luego ampliaremos este análisis a una situación más complicada (Figura 2). En consecuencia vamos a comentar dos o tres conceptos básicos. Como ya he dicho, hay muchos ejemplos para las relaciones principal-agente. Vamos a analizar todas estas relaciones de la siguiente manera. Por ejemplo, el paciente delega en un médico la tarea de cuidar de su salud ¿Cuál es el resultado de esta actividad? El resultado de la actividad es el estado de salud del paciente, pero ese estado de salud es la función de una serie de cosas. Es función de la dificultad del caso y eso va a ser el parámetro de la selección adversa de la que hablaba porque el médico sabrá la función; no necesariamente lo sabrá el paciente. También figura la función del esfuerzo del médico para estudiar y pensar detenidamente cómo resolver este caso y esto será la variable del riesgo moral de la asimetría de información. También puede ser una función de un número de variables que se pueden verificar o medir como la cantidad de medicamentos que ingiere y por supuesto habrá, esa es la gran dificultad, varias variables aleatorias; por tanto, habrá "ruido" aunque al final observemos el nivel de salud, lo cual es un problema porque la salud no puede verificarse tan fácilmente.

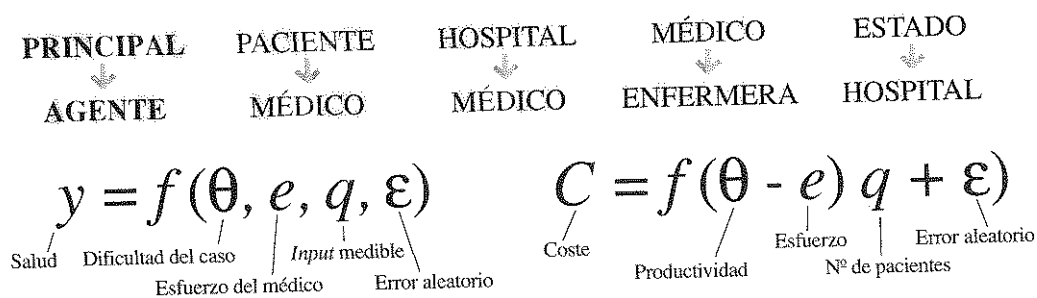


Fig. 2. Modelo básico del principal-agente

Incluso aunque podamos verificar la salud, al final se verá que esta relación tiene mucho "ruido" y el problema básico es que cuando se observa el resultado -supongamos, por ejemplo, que sea un resultado malo- tendremos graves dificultades al interpretar este resultado porque puede deberse a múltiples factores. Puede deberse al hecho de que este caso fuera muy difícil; también a que el médico no desempeñara su trabajo correctamente o a que no hubo suerte. El problema es que, dado todo esto ¿suscribiremos un contrato que dé buenos resultados?

Permítanme ofrecerles un ejemplo más directo de la relación entre el Estado y el hospital. El resultado ahora supone un coste. Usted está encargado de tratar con un número de pacientes, un millar de pacientes. No obstante, el coste dependerá de la productividad del hospital: si es un buen hospital en el que el personal es muy eficiente o si no son tan buenos o francamente malos; tenemos esta característica de la selección adversa. No obstante, si las personas realizan un gran esfuerzo en el hospital se puede reducir el coste. Desgraciadamente existe una aleatoriedad que puede tener diferentes interpretaciones y que afecta a la observación. Cuando el gobierno ignora el resultado del coste, una vez más existe una gran dificultad de interpretación del resultado.

Si el coste es alto puede deberse a que hemos tenido un mal grupo de pacientes o se puede interpretar como un error aleatorio por factores no controlables o a que no es eficiente y no hay nada que pueda hacerse al respecto. También puede ser porque uno no trabaja lo suficiente.

Estos son dos ejemplos del producto principal-agente, cuya dificultad de interpretar los resultados por parte del principal puede ser generalizada.

4. La selección adversa y la renta informacional

Primero voy a tratar el caso de la selección adversa y luego intentaré explicar el concepto fundamental de la renta informacional. Supongamos que se delega la tarea; somos una empresa y delegamos en el hospital la tarea de ocuparse de cincuenta empleados. El coste que el hospital tendrá es una función de la cantidad producida pero también una función de su eficiencia. Por tanto, el hospital es eficiente o ineficiente. Aquí estoy dando el modelo de la eficiencia como la variable de la selección adversa.

El problema es que la empresa no sabe si el hospital es bueno o es malo, si es eficiente o ineficiente. Además aquí presupondré que el coste *ex-post* no es realmente observable. ¿Por qué? Porque necesitamos saber cuánto es el coste de cincuenta pacientes en un hospital. Existe tal manipulación de la contabilidad que no es verdaderamente posible observar el coste *ex-post*. En otras circunstancias sería la función por la que admitiríamos que no se puede observar el coste.

Voy a darles algunos argumentos para demostrarles por qué doy por hecho que el coste no es observable para explicar de una forma sencilla, el coste de la renta informacional.

Así, se quiere delegar la tarea de cuidar de este grupo de pacientes y no se sabe si el hospital es bueno o es malo; pero queremos hacerle una oferta al hospital que va a ser aceptada. Pensemos en la calidad del tratamiento para este grupo de cien o de cincuenta personas. Vamos a ofrecer dos contratos con la idea de que alguna cantidad de dinero está asociada con cierta calidad o con otro contrato. La idea es que si la

empresa es eficiente elegirá este contrato y si es menos eficiente elegirá este otro contrato. Hay dos tipos posibles y queremos ofrecer dos contratos. Ahora, si queremos que el hospital acepte, tendremos que satisfacer algunas restricciones de participación. La oferta que hagamos tiene que ser aceptada. Esto significa que la rentabilidad del hospital, si es eficiente, es igual al dinero que se le dará al hospital menos el coste. Por tanto, esto tiene que ser positivo (restricciones de participación). De forma similar, si el hospital no es tan eficiente tiene que aceptar y tener estas restricciones de participación. Por tanto, estas restricciones son bastante directas.

Más interesante aún sería el que queramos inducir a los hospitales a la autoselección entre estos dos contratos. Nos gustaría que el hospital eficiente eligiera este tipo de contrato y el menos eficiente eligiera este otro contrato y ello nos conduce a las restricciones de incentivos. Si uno es eficiente, este es el coste; si uno se decide por el contrato 1 entonces obtendremos este dinero. Este es el coste que habría y estos serían los beneficios. Queremos que el hospital eficiente se decida por el contrato 1 más que por el contrato 2. Si se decidiera por el 2 entonces recibiría esta cantidad de dinero y tendría que llegar a este nivel de esfuerzo.

De forma similar, tenemos restricciones de incentivos para el tipo eficiente y queremos que el tipo ineficiente escoja el contrato que está diseñado para este tipo de hospital más que para el otro. Ahora, la renta informacional es una implicación de todas estas restricciones. Implicaciones del hecho que usted quiere que las personas sean atendidas. Por tanto, queremos que el hospital acepte nuestra oferta; pero no sabemos si es buena o mala. Nos vemos entonces obligados a hacer una de las dos ofertas y una tiene que ser aceptada por el hospital menos eficiente; pero ahora pensemos en el hospital bueno. Lo que puede hacer éste es imitar al hospital malo y aceptar el contrato que diseñamos para el hospital malo; pero como el coste es inferior se obtendrán beneficios y estos beneficios es lo que llamamos renta informacional.

Observemos ahora lo que obtiene el hospital si imita al hospital malo. Recibe una cantidad de dinero diseñado para el hospital malo y tiene que darse cuenta de la calidad que se le pide al malo y aquí verá el beneficio. No obstante, hay que satisfacer estas restricciones. La mejor manera de satisfacerlas es simplemente dar lo mínimo a la empresa ineficiente y tan sólo damos una combinación de transferencia y calidad que será lo más baja posible y aún siendo la más baja, todavía le proporciona esta cantidad de dinero cuando su coste es éste. El beneficio de la empresa eficiente se debe al hecho de que puede llevar a cabo la misma calidad que la empresa menos eficiente pero con un coste inferior y uno como empresa no sabe si es bueno o malo y se ve obligado a abandonar esta renta.

Con este ejemplo he demostrado la primera implicación en tanto que, aunque exista asimetría de información, no esperemos obtener eficiencia a ningún coste. Una consecuencia inmediata sería que si queremos que nuestro proyecto se lleve a cabo tendremos que ofrecer dinero, alguna renta a los mejores clientes.

5. Las normas para el reembolso del coste

Extendámonos ahora un poco en el riesgo moral para poder hablar de las normas del reembolso del coste en los hospitales. Ampliaré el aspecto del riesgo moral para introducir la doble asimetría de información y quiero presuponer que el coste ex-post es observable, lo cual a menudo es el caso. Ahora es el gobierno quien delega en el hospital la atención sanitaria para todas las regiones y por tanto, no puede observar el coste total. El coste ahora depende de la eficiencia del hospital y también del esfuerzo. Piensen en esta función del coste como el coste para atender a toda la región ¿Cuál es la norma del reembolso del coste? Es una cantidad de dinero que se le va a dar al hospital en función del coste.

¿Cuál será el objetivo de esto? Supongamos que sea privado de momento, ¿cuál será la utilidad del hospital? La utilidad será la cantidad de dinero que recibe del gobierno menos el coste, menos la desutilidad de todos estos esfuerzos realizados para que sea eficiente. Tenemos dos tipos de contratos extremos.

Tenemos los contratos de coste más tanto fijo. Le hemos dicho al hospital que atienda a las personas y le reembolsaremos el coste. Que nos sirvan de puente y pagaremos por el coste de ese puente. Que cuiden de estos pacientes y pagaremos por el coste de esos pacientes. Contrato de coste más tanto fijo. Con el tiempo reembolsamos ese algo del coste más tanto fijo, pero vemos obviamente cómo la empresa o el hospital no tiene ningún interés en realizar ningún esfuerzo. Así, el contrato de coste más tanto fijo en la práctica no se traduce en absoluto en una minimización del coste. No le vale la pena al hospital minimizar el coste si le vamos a reembolsar todos sus costes.

Hasta aquí las malas noticias ¿Cuáles son las buenas noticias? Las buenas noticias son que podemos controlar muy bien la renta que se le entrega al hospital. Simplemente se le va a dar, el coste más un poco de dinero para cubrir esa desutilidad mínima. Las malas noticias son que habrá altos costes; pero si queremos, podemos controlar la renta.

¿Cuál es el otro extremo? El precio fijo. Le decimos al hospital, le daré esta cantidad de dinero y ahora encárguese de los pacientes. Es una retribución fija y la empresa, el hospital, debería minimizar esto. Por tanto asumirá el nivel de esfuerzo óptimo e igualará la desutilidad marginal del esfuerzo a la reducción marginal del coste porque obtiene todos los beneficios residuales. Es una retribución fija y su interés se situará en minimizar el coste y con el contrato de precio fijo obtendremos un esfuerzo óptimo.

¿Cuáles son las malas noticias? que tenemos que ofrecer este precio fijo antes de saber si la empresa es buena o mala. Tenemos que dar suficiente dinero para que se acepte aunque la empresa sea mala. En consecuencia, cuando la empresa sea buena, obtendremos mucho dinero y obtendremos eficiencia, pero mucha renta.

Las opciones son por tanto: a) bien elegimos el tipo de reglamento de coste más tanto fijo, que en la industria se le llama el reglamento de la tasa de rendimiento, que

tiene de positivo que nos permite controlar las rentas informacionales y de negativo que supone un gran coste; b) bien elegimos el reglamento del tipo denominado en inglés "price cap" y el de precio fijo que proporciona grandes incentivos para la minimización de los costes. Sin embargo, será preciso abandonar las rentas. No existe libertad al respecto.

Podemos preguntarnos ¿qué hay que hacer para conseguir lo óptimo? Lo óptimo sería la norma del reembolso del coste nominal. Si realizamos un coste muy bajo, obtendremos mucho dinero además del reembolso del coste. Si tenemos un alto coste obtendremos menos dinero. Entonces ¿qué es lo que sucederá? Una empresa eficiente se comprometerá a tener un bajo coste porque así recibirá una renta alta y la empresa menos eficiente establecerá costes más altos con una menor retribución porque para una empresa ineficiente supondrá un esfuerzo mayor para alcanzar este nivel de esfuerzo, este nivel de coste.

Si ofrecemos esta norma del reembolso del coste nominal, las empresas o los hospitales autoseleccionarán en función del tipo que sean; algunos elegirán el primer contrato y otros el segundo. Como aquí la función es convexa, vemos cómo se puede reemplazar esta función por una familia de tangentes y podremos de hecho reemplazar el instrumento de éste por un menú de contratos lineales. Por supuesto, por la norma del reembolso del coste lineal en el cual las personas tendrán que elegir entre tener un sueldo fijo alto, como aquí, pero ningún reembolso del coste, o bien un sueldo fijo bajo y un reembolso del coste alto y dependiendo del tipo, elegirán de forma diferente.

Esto suena complicado pero permítanme resumirles simplemente diciendo que lo óptimo sería hacer algo entre el coste más tanto fijo y el precio fijo. Es algo que arbitra entre el propósito de eficiencia y el abandono de la renta y podemos optar por algo diferente según el gusto de cada uno. Quizá queramos una sociedad muy eficiente, pero ésta conduce a un gran número de rentas y desigualdades o a beneficios menos igualitarios para todos. Tendremos que aceptar aquí que habrá menos eficiencia y ésta es la afirmación original. En la sociedad tenemos que elegir. Una vez que reconozcamos la asimetría de información y su utilización estratégica, nos daremos cuenta de que tendremos que elegir entre: a) una sociedad muy eficiente pero con muchas desigualdades o, b) una sociedad más igualitaria pero con menos eficiencia. Reivindicar lo contrario sería simplemente demagogia.

Esto es un ejemplo de la teoría de contratos que se emplea para saber, por ejemplo, la norma del reembolso del coste entre los hospitales públicos. Estas ideas las desarrollamos en realidad en la década de los ochenta para la industria de las telecomunicaciones y ahora se está extendiendo a otras disciplinas y también a la economía de la salud. Ésta es la primera idea principal que quería comentarles. La asimetría de información implica que hay que abandonar las rentas y eso es costoso. Por tanto, no queremos abandonarlas en general y realizaremos un regateo entre la eficiencia y las rentas. Este es el propósito del reglamento, que será proporcionar este regateo (*trade-off*). Pero esto sólo es parte del problema.

6. La aversión al riesgo

Supongo que conocen el concepto de la *aversión al riesgo*. La utilidad colectiva procede de un dinero y no es necesariamente proporcional a la cantidad de dinero. Es una utilidad marginal del dinero, disminuye y expresa lo que queremos decir por la aversión al riesgo. Si somos adversos al riesgo preferimos la media. En realidad, incluso preferimos cualquier cosa cercana y el equivalente cierto de este extremo de ingresos. Así, estos son los pilares de las compañías aseguradoras y estamos dispuestos a asumir algo que está por debajo de la media para evitar el riesgo. La aversión al riesgo acarrea esta idea en la que se prefiere la certeza.

7. El riesgo moral

El riesgo moral es la simplificación del modelo general que mostré anteriormente en el cual tenemos el coste de un resultado o de otro tipo que es funcional en el nivel de esfuerzo o en la variable aleatoria. Aquí el problema es más simple. Observamos el resultado y no sabemos si es porque no tuvimos suerte o porque no funcionó. Supongamos que el principal es neutral al riesgo y por tanto obtendrá los resultados menos el dinero que se le entrega al agente y ésta es la función objetivo del principal (obtiene los resultados menos lo que él paga) y el agente obtiene la transferencia, pero se encuentra con la aversión al riesgo menos la desutilidad del esfuerzo. Ahora tenemos dos aspectos. Existe una aleatoriedad y, por tanto, aquí existe un aspecto de seguros. Nos gustaría que el contrato fuera un buen contrato de seguros; pero nos encontramos con un segundo problema. Queremos inducir al agente a que emprenda un buen nivel de esfuerzo y aquí una vez más nos encontramos con una cuestión de arbitraje. No es lo mismo lo que sucede entre la renta y la eficiencia. De hecho se sitúa entre el reparto de riesgo y el esfuerzo.

8. El contrato óptimo

¿Cuál es el contrato óptimo? Una vez más tomemos los dos extremos. Supongamos que damos un salario fijo. Tengo un trabajador y delego en él la tarea de sacar cierta producción y luego observo la producción y no sé si la producción es baja porque no funcionó o porque no hubo suerte. Supongamos que le doy un sueldo fijo al trabajador. El salario es perfecto desde el punto de vista de los seguros. Recordemos que el principal es neutral al riesgo y que el agente es adverso al riesgo. Así, cuando nos encontramos ante una situación de riesgo como ésta, está claro que el principal deberá asegurar totalmente al agente. El Estado será neutral al riesgo; el hospital será adverso al riesgo y el Estado deberá asegurar completamente al hospital, lo cual es bueno para los seguros. Sin embargo, si damos un salario constante, el trabajador no realizará ningún esfuerzo. No vale la pena realizarlo cuando su salario no depende de la producción y por tanto no depende del esfuerzo. Por otro lado, podríamos decirle que le ven-

demos la empresa o que le damos toda la producción y le decimos al trabajador que se la damos toda y que nos pague simplemente una constante.

Eso es positivo para el esfuerzo porque, como en el otro caso, el trabajador es un demandante residual para la producción y obtiene toda la producción dependiendo de la constante, así minimizará los costes y realizará el nivel de esfuerzo óptimo; pero esto es terrible para los seguros porque ahora el trabajador afrontará todos los riesgos. Obtendrá toda la producción y con ello todas las variaciones de la producción. Por tanto, tenemos los dos contratos: uno es muy bueno en términos de aseguramiento y muy malo para el esfuerzo; a su vez el que es bueno para el esfuerzo es malo como seguro. Como tenemos la asimetría de información no podemos tener los dos contratos. Tenemos que aceptar un contrato intermedio una transacción entre los dos extremos.

¿Qué hacemos cuando queremos inducir a los pacientes a que se cuiden cuando consumen los medicamentos? No les reembolsaremos el dinero totalmente; esto es negativo porque ellos son adversos al riesgo y les gustaría que se les asegurara completamente, pero si se les asegura totalmente es negativo porque no prestan atención y consumen demasiados medicamentos. En consecuencia, vamos a obligarles a que paguen el 20% y haremos la función de su compensación económica basándonos en lo que les sucede (aquí la función de la producción) para realizar una transacción entre el seguro y la inducción al esfuerzo; la idea es la misma. Debido a la asimetría de información, no se puede obtener el mejor partido y no vale la pena pensar en ello. Hay que contemplar la transacción de la forma más inteligente, más que pensar que se le puede sacar el mejor partido al dinero. Habrá que aceptar la transacción.

Permítanme que me introduzca ahora en un aspecto más complicado. Les he dado las dos ideas básicas de la teoría de contratos en el caso más simple, el caso estático. Desgraciadamente, este término es mucho más complicado. En primer lugar, tenemos el tiempo; el funcionamiento, la relación entre el principal y el agente se repite con el tiempo. ¿Qué ocurre si tenemos una relación repetida con el riesgo moral? Esto no es demasiado difícil porque como verán en cada período tendremos el mismo problema. Queremos inducir al esfuerzo a alguien que es adverso al riesgo. El problema es estacionario. En cada período nos aparecerá el mismo problema y queremos tener un pago compartido para que preste atención. Es mucho más difícil cuando tenemos la selección adversa porque como gobierno se sufre por la asimetría de información que se tiene sobre el hospital. Se quiere reducir el coste pero no se sabe si el hospital está en una buena o en una mala región ni tampoco se sabe cuán eficiente es el hospital.

Sin embargo, supongamos que propone los dos contratos, los que di antes: uno que estaba diseñado para el tipo bueno y otro para el malo. Si el hospital bueno eligiera el tipo de contrato que está diseñado para el tipo bueno, veríamos que entonces ofrecería una buena calidad y obtendría más dinero que el hospital malo, que ofrecería

inferior calidad y obtendría menos dinero; esto sería las restricciones de incentivos. Sin embargo, si eligiera ahora el primer contrato, se identificaría a sí mismo. Al final del período el gobierno diría: bueno, elegiste este contrato porque eres del tipo bueno. Ahora que perteneces al tipo bueno en el próximo período extraeré tus rentas. No obstante, el gerente del hospital no es estúpido y piensa que no van a tener unos costes que sean demasiado bajos en ese período porque si así fuera, en el siguiente período se les pediría incluso más. Este es el "efecto ratchet" y es válido para cualquier relación dinámica. Los trabajadores, por ejemplo, están en contra de la retribución por el trabajo en la relación laboral porque tienen miedo de que salga a la luz que si son buenos, en el siguiente período en vez de pagarles de la misma manera se les pague de una forma diferente y se les pida más ¿De dónde procede el problema?

9. El compromiso / la renegociación

El problema procede de la falta, de la incapacidad del principal para comprometerse a no renegociar. La principal idea en la que hay que pensar cuando existe una relación dinámica es en la idea del compromiso. Un gran problema de la sociedad es la incapacidad de ésta, de los políticos en particular, de comprometerse a largo plazo y la consecuencia es que el coste de la asimetría de información será incluso superior. En efecto, si yo me pudiera comprometer con un hospital y digo: no sé si eres bueno o malo, pero me comprometo para los próximos diez años con este contrato, el hospital obtendrá dinero en cada período y tendrá unos fuertes incentivos para minimizar los costes y si es bueno obtendrá muchísimas rentas. El problema está en que si se obtienen muchas rentas, el consumidor empieza a preocuparse y verán como políticamente no es fácil comprometerse, abandonar las grandes rentas durante muchos años; pero si no podemos comprometernos ni renegociar, destruiremos los incentivos de la empresa durante el primer período para minimizar los costes.

Así pues, los beneficios que antes les describía no se van a obtener o por los menos no tantos. Por ello, la idea de que con este coste, el precio fijo o con cualquier otro sistema resolveremos el sistema no funciona; en parte, porque hay otras muchas razones, pero por otra parte, porque no existe esta capacidad para comprometerse a no renegociar y la gente se anticipa y por consiguiente, no se minimizan los costes.

En un contexto dinámico, el punto fundamental es que el contrato óptimo precisa de una fuerte capacidad y disponibilidad para que el principal se comprometa, lo cual es muy difícil. En consecuencia, sólo se puede esperar el equilibrio de reputación. No se puede suscribir un contrato en el que una de las partes verdaderamente se comprometa a no renegociar. Quizá el gobierno por su reputación no renegocie o tal vez haya un regulador que sea capaz de desarrollar una reputación y entonces obtendremos buenos resultados. Sin embargo, obtener un equilibrio de reputación es algo difícil e históricamente dependiente y no es tan sencillo como suscribir un contrato.

10. La competencia entre agentes

El siguiente paso de la relación principal-agente es el de introducir varios agentes. Supongamos que el sistema de la seguridad social quisiera minimizar los costes de los medicamentos y lo que pudiese hacer fuera organizar distintos concursos en la industria farmacéutica para producir unos medicamentos genéricos. Voy a dar un ejemplo de esto ¿Cuál es el problema? Es muy similar. Tenemos el Estado que está organizando un concurso entre diferentes empresas. Supongamos que el principal tenía una información completa sobre estas empresas, que sabía cuál era la función del coste. De esta manera sería muy fácil. El principal iría a la empresa más eficiente y diría que si su coste es diez, él le va a ofrecer diez + ϵ y producirá los medicamentos. La dificultad radica en que el gobierno no conoce la función del coste de la industria farmacéutica y, por tanto, va a organizar un concurso y veremos cómo éste es un mecanismo diseñado para hacer que las personas compitan y así reducir las rentas de la asimetría de información que hay que abandonar. Es la forma de verlo desde un punto de vista teórico. Es una prolongación inmediata del modelo del principal-agente en el que se tienen varios agentes.

Ahora, las personas que están dentro de esta industria rápidamente comprenderán lo que el gobierno está intentando hacer: lo que intenta es obtener rentas. Así, el nuevo gran problema es la connivencia. Cuando nos encontramos con esta situación de múltiples agentes no es tan fácil decir que vamos a organizar un concurso y que luego extraeremos todas las rentas porque las personas que estaban sujetas a este mecanismo van a reaccionar. Organizar la competencia no es tan fácil. La competencia no es tan natural. Tenemos que saber llevar la competencia porque aquí significa extraer las rentas de los productores, pero el productor entenderá esto.

Otra idea de la competencia es la *competencia de patrón*, la competencia por comparación, una idea también muy importante en la economía de la salud. Quizá deberían comparar hospitales más que tener una relación de uno a uno con un hospital, que nos obligaría a abandonar esta renta. Quizá prefieran utilizar con el mismo espíritu la competencia entre hospitales (o entre los médicos). Para definir y resolver este caso tomaremos como el coste de este procedimiento el promedio de todo el país y vamos a compensarles según la desviación que tienen de este promedio. El promedio de todo el país no puede afectarles.

Con esto se puede esperar reducir la renta pero, ¿cuál es el problema? El gran problema es, por supuesto, la heterogeneidad. Esa idea de la competencia de patrón funciona perfectamente si todos los hospitales estuvieran afrontando la misma situación. Todas las veces que hemos intentado utilizar (y esto es cierto incluso para las demás industrias) la competencia de patrón, de hecho resulta ser muy difícil porque cada uno reclama su propia especificidad: sus propios clientes especiales, sus propias regiones particulares, etc.

Estudiemos ahora la estructura jerárquica emergente. Aquí tenemos la seguridad social que delega en los médicos la atención de los pacientes. Por otra parte, los médicos también tienen una relación con la industria farmacéutica. ¿Cuál es aquí el problema? Por ejemplo, el paciente reclama que está enfermo, y se quiere ir una semana a un lugar estupendo para así poder llevar un tratamiento. ¿Cuál es el papel del médico aquí? El papel del médico será el de intermediario informacional. ¿Va a decirle a la Seguridad Social que este hombre no está enfermo?

Un problema del reglamento es construir los instrumentos para obtener una respuesta reguladora para la posibilidad de apresamiento. De forma alternativa, y quizás más convincente, el farmacéutico se presenta ante el médico y le pregunta por qué no utiliza este medicamento que es muy eficaz, tiene un envase más bonito que el genérico (es tres veces más caro). El médico no se preocupa, y se limita aquí a decir que utilizemos el mejor medicamento. También podría verse atrapado por la industria. La teoría de contratos estudia la forma en que hay que diseñar el contrato para evitar estas distintas trampas y para evitar esta connivencia entre los inspectores y el agente al que se intenta regular, quienquiera sea el inspector, que en este caso particular es el médico. La respuesta reguladora es, por ejemplo, ofrecer incentivos a los médicos para que proporcionen información más que permitir que la industria costee a los médicos unos agradables viajes a Bali. Quizá deberíamos retribuir a los médicos en función del presupuesto que emplean para minimizar los costes. Tendríamos que reconocer su papel y su posibilidad muy natural de apresamiento y la respuesta reguladora será la de construir estos incentivos.

También puede ser que queramos tratar con este tipo de connivencia del médico y del paciente contra la Seguridad Social. Al enviar a estas personas a esos lugares agradables, tal vez queramos crear un conflicto de intereses entre el médico y el paciente. Por ejemplo, si solamente reembolsamos el 50% del coste, claramente vamos a crear un conflicto de intereses. El médico quizá quiera enviar al paciente a ese lugar, pero si tiene que pagar el 50 %, se verá que solamente querrá irse si es algo realmente serio. Solamente he tomado estos ejemplos para mostrarles que la teoría de contratos se puede ampliar a la relación jerárquica y que en dicha relación los intermediarios desempeñan un papel importante a la hora de acortar distancias en torno a la información. Sin embargo, también pueden simular que no han visto la información buena y esto abre la posibilidad de apresamiento.

11. La competencia entre hospitales públicos y privados

Cuando diseñamos el sistema queremos prever y evitar este apresamiento mediante una respuesta reguladora. Otra forma de luchar contra estas rentas es crear competencia; competencia como ya hemos dicho, entre los médicos, entre los hospitales. También quizá entre los hospitales públicos y privados, pero esto nos crea nuevos problemas muy similares a los que ya teníamos en la organización laboral.

Supongamos que queremos crear una competencia entre los hospitales públicos y privados. ¿Cuáles son los aspectos que surgen aquí? Un hospital público normalmente tiene unas obligaciones de servicios públicos como tener que tratar a los pacientes difíciles, realizar investigaciones, etc. Por tanto, estas restricciones de los servicios públicos crearán unos mayores costes y, por supuesto, tendrá la posibilidad de discriminar o seleccionar (selección de riesgos) en las clínicas privadas en donde se intentará admitir y tratar solamente a los pacientes que supongan una eficacia del coste, a los "buenos pacientes".

Como ustedes saben, este es un tema muy importante y si definimos un precio para un tipo de enfermedad lo que puede suceder es que las clínicas privadas seleccionen a las personas para así admitir solamente a aquellos que no son muy costosos, como los jóvenes, y no acepten dar tratamiento a las personas mayores quienes irán a los hospitales públicos que, por supuesto, tendrán unos mayores costes. Aquí se produce la cuestión de la competencia desleal hacia los "malos pacientes".

¿Qué podemos hacer entonces? Lo que hemos dicho se produce con certeza en todos los servicios públicos. Cuando pensamos en lo que escuchamos esta mañana sobre la idea de que existe una obligación por parte del servicio público en la sanidad, ocurrirá lo mismo cuando queramos uniformar los precios de la compañía telefónica, de electricidad, etc. El problema es que mientras tengamos un monopolio, se puede distribuir fácilmente entre los pacientes. Se puede tener un precio uniforme y luego unos pierden y otros ganan; no existe tanto problema. Tenemos un precio único del teléfono y la gente del campo tiene unas ventajas y la de la ciudad unas desventajas; utilizamos precios para redistribuir.

El gran problema aparece cuando intentamos introducir la competencia en este mundo; todo se desmorona porque si los competidores no tienen las mismas limitaciones para las obligaciones de los servicios, irán solamente por los buenos mercados. Por tanto, solamente se preocuparán de instalar los teléfonos en la ciudad, "las buenas líneas" (los buenos pacientes). Lo que hay que hacer es identificar y evaluar las limitaciones de los servicios públicos. Por ejemplo, en las telecomunicaciones hay un enorme esfuerzo para calcular cuánto le cuesta a la compañía tener dos servicios en las zonas rurales y aquí tenemos que saber cuánto cuesta elaborar el proyecto de investigación, cómo tratar con algunos pacientes específicos, etc. para compensar a los hospitales públicos de una forma adecuada por todas estas obligaciones de los servicios públicos y poder restaurar la competencia justa.

Ustedes pueden decir que la competencia va a destruir el servicio público y optan por no tener competencia. Otra postura es decir que se reconoce que la competencia plantea un problema; pero no es un problema que no tenga solución. Siempre y cuando tengamos una voluntad política clara para continuar cumpliendo con las subvenciones de costes de esas transferencias, se podrá hacer de una forma diferente más que directamente con los precios; pero eso precisa de una buena regulación.

12. Los seguros

Un problema similar surge en los seguros que es una parte muy importante del problema que ustedes tienen. Esta es una de las especificidades, en mi opinión, de la normativa de la industria sanitaria que no se puede contemplar sin observar al mismo tiempo los sistemas de seguros. Por ejemplo, en Francia, tenemos el siguiente razonamiento: primero, no permitimos que las personas estén financiadas por el estado en un 100%. Hay un cargo personal del 30% y por lo tanto, los pacientes se cuidan. Esto se efectuó para resolver el problema de riesgo moral. Lo segundo es que les dejamos que adquieran un seguro adicional a través de una mutualidad. Esto parece absurdo porque no hay ningún mercado de seguros que permita que los clientes hagan eso. Si usted acude a la aseguradora de su vehículo, le dirán que no le van a reembolsar los primeros 200 francos; pero nunca permitirán que se vaya a otra aseguradora para que establezca ese tipo de seguros.

Luego surge la cuestión de la elasticidad de la demanda para fijar los precios. Una vez más, quiero resaltar en esta cuestión de seguros el problema del compromiso que es la misma fuente del problema. Lo que nos gustaría tener es un sistema de seguros al comienzo de la vida para así crear una solidaridad verdadera. Lo que ocurre es que cuando uno se enferma, con frecuencia la aseguradora no vuelve a tratarnos como antes y esto es especialmente cierto cuando el seguro está vinculado al trabajo. Aquí surge una necesidad de intervención pública. Permítanme que les muestre el ejemplo de la prueba genética que es un tema muy candente en Francia.

No deberíamos dejar que los seguros utilicen la información de la prueba genética para determinar los precios. Es imposible determinar eso en un mundo abierto. En un mundo cerrado sí sería posible; pero si yo tuviera una buena prueba genética y si mi aseguradora no reconociera esta prueba, me iría a Suiza para que me aseguraran y sólo las personas que se quedasen, serían los que tendrían una mala prueba genética. Es entonces completamente ilusorio pensar que la competencia no utilizará la información.

Esto no significa que haya que abandonar el concepto de solidaridad, sino que hay que hacerlo de una forma más inteligente. Si realmente se quiere la solidaridad, para cuando ellos consigan las pruebas genéticas, podemos decir que estamos de acuerdo, que tenemos unas pruebas genéticas que son malas y les daremos el dinero. Si queremos, con ese dinero podemos pagar un seguro con una póliza más elevada. Sin embargo, no podemos redistribuir con este precio uniforme reivindicando que todo es igual. Es incompatible con la competencia.

13. La competencia entre las organizaciones de mantenimiento de la salud en Estados Unidos

Tan sólo diré algunas palabras sobre la competencia entre las HMO en Estados Unidos ¿Qué vemos aquí? Se intenta crear un conflicto de intereses entre pacientes y

Supongamos que queremos crear una competencia entre los hospitales públicos y privados. ¿Cuáles son los aspectos que surgen aquí? Un hospital público normalmente tiene unas obligaciones de servicios públicos como tener que tratar a los pacientes difíciles, realizar investigaciones, etc. Por tanto, estas restricciones de los servicios públicos crearán unos mayores costes y, por supuesto, tendrá la posibilidad de discriminar o seleccionar (selección de riesgos) en las clínicas privadas en donde se intentará admitir y tratar solamente a los pacientes que supongan una eficacia del coste, a los "buenos pacientes".

Como ustedes saben, este es un tema muy importante y si definimos un precio para un tipo de enfermedad lo que puede suceder es que las clínicas privadas seleccionen a las personas para así admitir solamente a aquellos que no son muy costosos, como los jóvenes, y no acepten dar tratamiento a las personas mayores quienes irán a los hospitales públicos que, por supuesto, tendrán unos mayores costes. Aquí se produce la cuestión de la competencia desleal hacia los "malos pacientes".

¿Qué podemos hacer entonces? Lo que hemos dicho se produce con certeza en todos los servicios públicos. Cuando pensamos en lo que escuchamos esta mañana sobre la idea de que existe una obligación por parte del servicio público en la sanidad, ocurrirá lo mismo cuando queramos uniformar los precios de la compañía telefónica, de electricidad, etc. El problema es que mientras tengamos un monopolio, se puede distribuir fácilmente entre los pacientes. Se puede tener un precio uniforme y luego unos pierden y otros ganan; no existe tanto problema. Tenemos un precio único del teléfono y la gente del campo tiene unas ventajas y la de la ciudad unas desventajas; utilizamos precios para redistribuir.

El gran problema aparece cuando intentamos introducir la competencia en este mundo; todo se desmorona porque si los competidores no tienen las mismas limitaciones para las obligaciones de los servicios, irán solamente por los buenos mercados. Por tanto, solamente se preocuparán de instalar los teléfonos en la ciudad, "las buenas líneas" (los buenos pacientes). Lo que hay que hacer es identificar y evaluar las limitaciones de los servicios públicos. Por ejemplo, en las telecomunicaciones hay un enorme esfuerzo para calcular cuánto le cuesta a la compañía tener dos servicios en las zonas rurales y aquí tenemos que saber cuánto cuesta elaborar el proyecto de investigación, cómo tratar con algunos pacientes específicos, etc. para compensar a los hospitales públicos de una forma adecuada por todas estas obligaciones de los servicios públicos y poder restaurar la competencia justa.

Ustedes pueden decir que la competencia va a destruir el servicio público y optan por no tener competencia. Otra postura es decir que se reconoce que la competencia plantea un problema; pero no es un problema que no tenga solución. Siempre y cuando tengamos una voluntad política clara para continuar cumpliendo con las subvenciones de costes de esas transferencias, se podrá hacer de una forma diferente más que directamente con los precios; pero eso precisa de una buena regulación.

12. Los seguros

Un problema similar surge en los seguros que es una parte muy importante del problema que ustedes tienen. Esta es una de las especificidades, en mi opinión, de la normativa de la industria sanitaria que no se puede contemplar sin observar al mismo tiempo los sistemas de seguros. Por ejemplo, en Francia, tenemos el siguiente razonamiento: primero, no permitimos que las personas estén financiadas por el estado en un 100%. Hay un cargo personal del 30% y por lo tanto, los pacientes se cuidan. Esto se efectuó para resolver el problema de riesgo moral. Lo segundo es que les dejamos que adquieran un seguro adicional a través de una mutualidad. Esto parece absurdo porque no hay ningún mercado de seguros que permita que los clientes hagan eso. Si usted acude a la aseguradora de su vehículo, le dirán que no le van a reembolsar los primeros 200 francos; pero nunca permitirán que se vaya a otra aseguradora para que establezca ese tipo de seguros.

Luego surge la cuestión de la elasticidad de la demanda para fijar los precios. Una vez más, quiero resaltar en esta cuestión de seguros el problema del compromiso que es la misma fuente del problema. Lo que nos gustaría tener es un sistema de seguros al comienzo de la vida para así crear una solidaridad verdadera. Lo que ocurre es que cuando uno se enferma, con frecuencia la aseguradora no vuelve a tratarnos como antes y esto es especialmente cierto cuando el seguro está vinculado al trabajo. Aquí surge una necesidad de intervención pública. Permítanme que les muestre el ejemplo de la prueba genética que es un tema muy candente en Francia.

No deberíamos dejar que los seguros utilicen la información de la prueba genética para determinar los precios. Es imposible determinar eso en un mundo abierto. En un mundo cerrado sí sería posible; pero si yo tuviera una buena prueba genética y si mi aseguradora no reconociera esta prueba, me iría a Suiza para que me aseguraran y sólo las personas que se quedasen, serían los que tendrían una mala prueba genética. Es entonces completamente ilusorio pensar que la competencia no utilizará la información.

Esto no significa que haya que abandonar el concepto de solidaridad, sino que hay que hacerlo de una forma más inteligente. Si realmente se quiere la solidaridad, para cuando ellos consigan las pruebas genéticas, podemos decir que estamos de acuerdo, que tenemos unas pruebas genéticas que son malas y les daremos el dinero. Si queremos, con ese dinero podemos pagar un seguro con una póliza más elevada. Sin embargo, no podemos redistribuir con este precio uniforme reivindicando que todo es igual. Es incompatible con la competencia.

13. La competencia entre las organizaciones de mantenimiento de la salud en Estados Unidos

Tan sólo diré algunas palabras sobre la competencia entre las HMO en Estados Unidos ¿Qué vemos aquí? Se intenta crear un conflicto de intereses entre pacientes y

médicos. Básicamente lo que hacen es integrar a los médicos en las aseguradoras. Una vez que los médicos estén dentro de la aseguradora, tendrán un mecanismo de incentivos para que se preocupen de los costes. Ahora bien, como paciente habrá que preocuparse de que el médico también se encargue de uno y aquí la idea será la competencia en la calidad entre las HMO y el consumidor bien informado hará el trabajo.

Aquí la cuestión será la del control de la calidad. La calidad es una variable muy difícil de verificar y es muy costoso suscribir contratos en función de la calidad. Por ello, la cuestión de la regulación de la calidad es algo de lo que los médicos se tienen que preocupar. Los médicos deben tener un autocontrol sobre la calidad o entraremos en un sistema como el norteamericano de juicios por mala práctica que, como saben, es un desastre. Si el paciente pierde la confianza en que los médicos cuiden del control de la calidad, entraremos en un mundo de enormes costes porque el individuo intentará controlar la calidad por sí mismo y la única forma por la que pueden hacerlo es a través de los tribunales.

Permítanme finalizar con dos apuntes. Uno, cuando se estudian estos factores - que quizás ocurra en muchos sectores pero aquí, en la sanidad es más que en ningún otro- nos damos cuenta de que la economía es parte del juego y que la política es una gran parte del juego y permítanme decirles algunas palabras sobre cómo pensar en ello en términos de principal-agente. Ahora el principal es la constitución, los ciudadanos son los agentes y el gobierno es el intermediario. Así, una constitución óptima suscribirá grandes contratos para organizar la sociedad; pero estos contratos a menudo son muy incompletos. Esto es una noción muy importante que quería introducir al final.

El mundo es tan complicado que por muchas razones no se pueden suscribir contratos que sean realmente completos; pero cuando el contrato es incompleto (como ustedes saben la constitución es muy simple) permite mucha discreción a los intermediarios; en este caso, el gobierno. Por tanto, el gobierno estará influenciado por los grupos de presión y éstos podrán ejercer esa discreción. Una vez más podemos pensar en la economía política como un problema de principal-agente y cuando contemplamos la sanidad, nos damos cuenta de la importancia de estas consideraciones.

En Francia, por ejemplo, tenemos dos niveles de problemas. Tenemos problemas obvios, que no se afrontan por consideraciones políticas; tenemos otros problemas más interesantes que he intentado analizar hoy sobre los incentivos, que son problemas verdaderamente graves de información. En Francia, se consumen mucho más medicamentos que en Alemania y sabemos cómo arreglar eso. Tenemos unos seguros completos los cuales permiten acceso libre a los especialistas sin ningún tipo de control. Quiero resaltar el hecho de que en este campo nos situamos en dos niveles de problemas y esta mañana, a lo largo de mi ponencia, me di cuenta de que tal vez ustedes también tengan los mismos problemas. Existe una serie de ideas políticas flotando en el aire que dificultan el resolver incluso los problemas obvios lo cual es negativo porque al final nos percatamos que ni siquiera seremos capaces de resolver el verdadero problema. A

largo plazo, la cuestión se asemeja más a esto. El progreso tecnológico podrá conducir o no al racionamiento; pero si no organizamos bien las cosas, está claro que acabaremos en el racionamiento. No obstante, supongamos que nos las arreglamos para organizar las cosas muy bien. ¿Reducirá el progreso económico los costes de una forma tan rápida que no tengamos que racionar la sanidad? ¿O debido al problema de las personas mayores, tendremos que racionar la sanidad? ¿Qué tienen que ver estos asuntos con el progreso tecnológico?

El segundo apunte tiene que ver con el mensaje principal de la teoría de contratos. Tal y como intenté ilustrar con unos ejemplos, tenemos muchas asimetrías de información en la sanidad. Por consiguiente, está claro que las rentas importantes tendrán que abandonarse. Los médicos, por su educación, han adquirido unas ventajas informacionales bastante sólidas. Si ustedes creen, como yo, que la información es una fuente de beneficios o de renta en la sociedad, es obvio que tendremos que pagarles. La cuestión es que no podemos esperar a tener un sistema de minimización de costes eficientes si no les proporcionamos rentas.

Los médicos tienen una ventaja informacional y si queremos un sistema eficiente tendremos que entregar rentas. La cuestión es dar rentas de una forma inteligente, más que, por ejemplo, tener una industria farmacéutica totalmente ineficiente para dar muy poca renta a los médicos o a aquellos que queramos darles rentas mediante ciertas ventajas o algo similar.

Afrontemos el hecho: démosle unas rentas más claras con un sistema más directo, en vez de emplear todos esos sistemas indirectos que son tan costosos en donde se confía la renta al número de tratamientos que el médico ha llevado a cabo y, por consiguiente, al número de medicamentos que éste ha recetado. Realmente ésa es la verdadera cuestión de esta gran industria: tenemos que llegar a una transacción de rentas y de eficiencia de una forma inteligente, más que decir que podemos conseguir las dos.

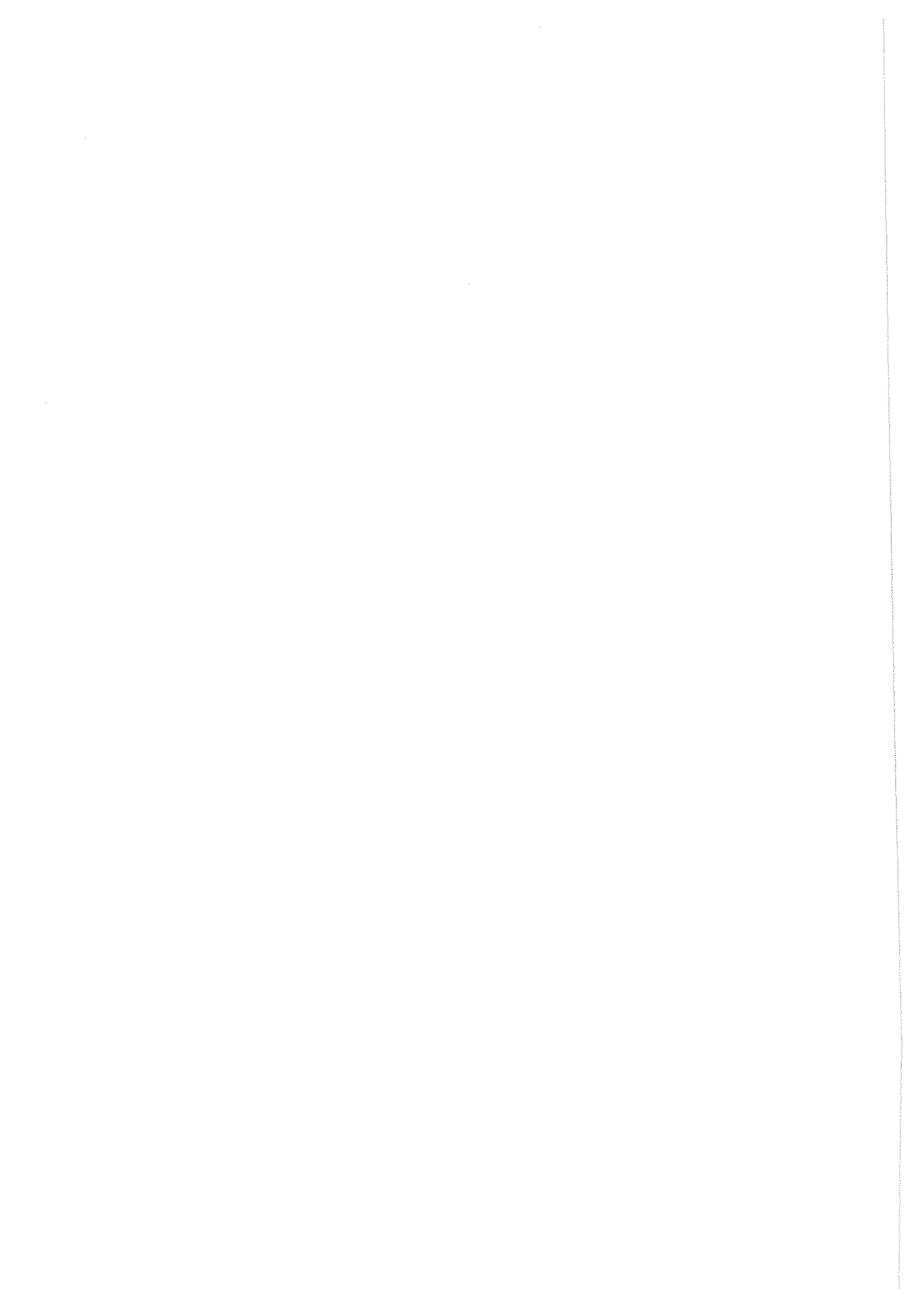
Queremos hacer un trato con los agentes, con un trabajador y le decimos que sabemos que tiene una ventaja informacional. En vez de trabajar poco, tener unos costes muy altos y un salario muy bajo, vamos a hacerlo de una forma diferente. Le daremos un salario alto si trabaja mucho y nos proporciona bajos costes. Así todos salimos ganando. El trabajador tendrá un salario más alto y nosotros tendremos unos costes más bajos; la gran cuestión de la reforma es encontrar un paquete de medidas óptimo, lo cual es muy complicado porque tenemos muchos actores en escena; pero tenemos que aceptar y afrontar el hecho de que no podemos tenerlo todo y ese es el mensaje de la teoría de contratos.

*Mesa debate sobre
teoría de contratos y
economía de la salud*

Moderadora:
OLGA SOLAS GASPAR
Docente EASP

Coordinadores:
JOSÉ MARTÍN MARTÍN
Docente EASP

RAFAEL BURGOS RODRÍGUEZ
*Jefe Servicio Urología
Hospital Carlos Haya. Málaga
Docente asociado EASP*



MESA DEBATE SOBRE TEORIA DE CONTRATOS Y ECONOMIA DE LA SALUD

Olga Solas Gaspar:

La mesa debate tiene como objetivo realizar una encuesta de opinión sobre las claves de éxito en la gestión sanitaria del siglo XXI. Para ello solicitamos vuestra participación.

José Martín Martín, es docente de la Escuela Andaluza de Salud Pública, del Área de Gestión de Servicios de Salud, y ex-presidente de la Asociación Española de Economía de la Salud.

Rafael Burgos Rodríguez es docente de la Escuela Andaluza de Salud Pública, también del Área de Gestión de Servicios de Salud y Jefe del Servicio de Urología del Hospital Carlos Haya de Málaga.

Vamos a realizar una encuesta de opinión a través de un sistema interactivo de respuesta y de análisis estadístico de los datos; vamos a responder desde los asientos y en la pantalla aparecerá ya la tabulación estadística con los histogramas de resultados. El cuestionario que vamos a responder contiene preguntas de opinión; no tiene fines de investigación científica. Su objetivo es jugar a predecir el futuro en un momento donde parece importante saber lo que puede pasar.

La metodología a seguir es la siguiente: primero ubicar en las carpetas un cuestionario en papel azul y proceder a leer cada una de las preguntas. Los coordinadores del cuestionario, José Martín y Rafael Burgos, aportarán aclaraciones a cualquiera de las respuestas que ahí se ponen. Inmediatamente después se procederá a la votación. Eso quiere decir que si las alternativas de respuesta son 1, 2, 3 ó 4, debéis elegir solamente una de ellas y presionar el botoncito del monitor correspondiente. Luego se tabularán las respuestas; las cuales aparecerán en pantalla.

Se trata de que deis vuestra opinión personal, de previsión de futuro, haciendo un análisis rápido de qué es lo que consideraréis que puede pasar.

Procedemos al primer paso: lectura de las preguntas de la encuesta de opinión.

Primera pregunta: ¿Cómo se financiarán en el futuro los servicios sanitarios: De modo similar a ahora; con un crecimiento significativo e importante de aseguramiento privado; generalizando e intensificando la cuantía del cobro de servicios -tiques moderadores para determinadas prestaciones incluyendo los productos farma-

céuticos-; implantando a nivel estatal y autonómico un impuesto específico que financie crecimientos adicionales del gasto sanitario?

José Martín Martín:

La primera pregunta está muy relacionada con el ámbito macro a nivel de futuro en las próximas décadas. La idea no es responder lo que os gustaría que sucediera, sino lo que como expertos, como directivos con muchos años de experiencia creéis que va a pasar. Lo importante no es qué os gustaría que pasara, sino qué creéis en términos prospectivos qué ocurrirá en el futuro, que hagamos de "Nostradamus de la sanidad". Todas las preguntas van en ese sentido, pero la primera pregunta abarca un elemento clave del debate de la política sanitaria en la actualidad no sólo en España sino en el ámbito de todos los países de la OCDE, que es cómo se van a financiar los servicios sanitarios futuros y cómo esa financiación puede ser compatible tanto con el proceso de unión europea a nivel regional, como, a nivel mundial, con un sistema capitalista mundializado e internacional. Recordemos la pregunta: ¿Cómo se financiarán en el futuro los servicios sanitarios hasta el 2010?

Olga Solas Gaspar:

Procedemos a la votación de la 1ª pregunta.

Como podéis observar -más allá de una dispersión de opiniones- la opción que ha ganado es el aseguramiento privado. Es decir que el futuro de la financiación de los servicios sanitarios realmente será -según un 42%- a través del crecimiento del aseguramiento privado. Sin embargo compite próximo con la tercera opción que es generalizar e intensificar la cuantía del cobro de servicio a través de tiques moderadores para prestaciones de productos farmacéuticos.

José Martín Martín:

La mayor parte de los asistentes: uno, confían poco en que el sistema pueda mantenerse con el nivel de financiación actual y, dos, consideran que la solución viable es la obtención de fuentes adicionales de financiación, bien porque determinados grupos sociales se aseguren privadamente o bien porque se establezcan precios monetarios significativos en la mayor parte de los servicios. Es una interpretación inmediata. Hay pocas expectativas de que el sistema sea financiable como ahora; que la otra opción, que sería impuestos específicos sanitarios tampoco tiene un vigor importante en la predicción del futuro.

Olga Solas Gaspar:

Procedemos a la votación de la 2ª pregunta: ¿Cuál será el valor dominante que inspirará el debate sanitario en los próximos 5 años: la eficiencia y control de costes; la equidad y la solidaridad; la eficacia y la salud de la población; la libertad de elegir y la satisfacción de los pacientes?

José Martín Martín:

Quiero aclarar lo que ha comentado al inicio la moderadora: uno, no se pretende que esto sea un cuestionario de carácter científico, del cual hagamos un análisis prospectivo, suponiendo que los cuestionarios prospectivos tipo *Delphi* se les pueda calificar como científicos. Puede que algunas preguntas puedan ser calificadas en algún sentido como sesgadas. Entonces pido disculpas si alguno de ustedes lo ha interpretado así, pero lo único que se pretende es posicionar aspectos y cuestiones en términos simplemente de que conozcamos nuestras opiniones y de que hagamos interpretaciones.

En relación a la 2ª pregunta obviamente puede haber muchos valores dominantes y de hecho la conferencia del Profesor Laffont ha enfatizado el intercambio entre eficiencia y algunos otros criterios. Pero aquí lo único que me gustaría resaltar es que piensan ustedes será el valor dominante, aquel valor que aparece de forma más prevalente en el discurso de política sanitaria hasta el 2010. Normalmente hay un discurso dominante. En la década de los años 70 el discurso era la salud para todos, la igualdad y la equidad; en la década de los 80 y parte de los 90 ha sido la eficiencia en la gestión; evidentemente se combina con otros, pero hay una idea dominante.

Olga Solas Gaspar:

Está claro y lo vamos a explicar con neutralidad. Seis personas de cada 10 de las que están aquí habéis votado que el valor dominante será la libertad de elegir y la satisfacción del paciente; tres han optado por la eficiencia y el control de costes y hay 2% y 5% de las otras alternativas de respuesta.

José Martín Martín:

La mayoría de ustedes piensan que el futuro próximo no es un buen tiempo para la lírica y que conceptos como libertad de elección y satisfacción -que son característicos de la libertad de mercado- y conceptos como la necesidad imperiosa de controlar los costes parece que determinarán la previsión del futuro. Probablemente saldría una distribución porcentual distinta si preguntáramos qué nos gustaría que pasara. Y mi lectura es simplemente la que aparece ahí: que en el futuro se va a optar por que las personas elijan y por el control de costes. La búsqueda de la eficiencia organizativa va a ser dominante sobre cualquier discurso de equidad en política sanitaria.

Rafael Burgos Rodríguez:

Hay cierta coherencia con lo que ha salido en la pregunta anterior, un crecimiento significativo e importante del aseguramiento privado y la posibilidad de elegir. Parece haber cierto hilo común en las opciones más votadas de la 1ª y la 2ª pregunta.

Olga Solas Gaspar:

Vamos a proceder a la votación de la pregunta 3. ¿Cuál cree que es el problema básico que habrá de afrontar el sistema sanitario público los próximos años: la quie-

bra; la pérdida de la universalización y la solidaridad; la desmotivación del personal; o el exceso de plantilla?

La opinión está equiparada. El 29% cree que el problema básico es la quiebra; el 22% la pérdida de la universalización; el 20% la desmotivación del personal; y el 29% el exceso de plantillas.

Un asistente:

Creo que las preguntas están solapadas. El problema fundamental puede ser la pérdida de la universalización y la solidaridad por un problema de quiebra. Hay exceso de plantillas, se paga poco y la plantilla se desmotiva; si se paga mucho y no se desmotiva la plantilla conduce a una quiebra, porque el grueso de los gastos sanitarios sabemos todos donde está.

Olga Solas Gaspar:

Las preguntas, algunas veces no son excluyentes en sus respuestas; se trata de una encuesta de opinión y por lo tanto no tiene una finalidad científica, sino de generar debate. Lo que vamos a hacer ahora es que los dos coordinadores, a medida que vayamos avanzando en las preguntas, interpreten de alguna forma qué es lo que se está preguntando para facilitaros la respuesta.

José Martín Martín:

Quiero aclarar la pregunta 3ª. Primero, cabe la posibilidad de que una respuesta conduzca a otra, pero eso no es unívoco. Puede haber exceso de plantilla y el sistema no quebrar; de hecho numerosos estudios aducen que llevamos décadas con excesos de plantillas concentrados en ciertos centros sanitarios y no hemos quebrado. Segundo, puede existir pérdida de universalización y solidaridad bien subiendo tiques moderadores, bien aumentando el aseguramiento privado como opción, y sin embargo eso no tiene porqué provocar la quiebra del sistema de financiación pública. En relación a la desmotivación del personal voy a ser un poco heterodoxo; evidentemente tener poca plantilla ni quita ni pone a que el personal esté más o menos motivado; la motivación del personal, es decir, los incentivos, es algo mucho más complejo que poder pagar poco o mucho. Si un profesional está muy bien pagado, puede estar muy bien pagado en relación a un estándar de comparación y sin embargo estar profundamente desmotivado. En ese sentido podríamos decir: ¿Es que algunos de nuestros profesionales en los hospitales están mal pagados si hacemos un estudio relativo de las retribuciones en el sector público o lo comparamos con el tiempo efectivamente trabajado, retribución por hora efectiva trabajada? A lo mejor no están tan mal pagados. Por lo tanto no todas incluyen a todas.

Es verdad que en algún caso la quiebra llevaría asociado la pérdida de universalización, pero lo demás pueden ser respuestas diferentes. Se puede mantener el siste-

ma y el problema centrarlo en un exceso de plantillas. Entonces lo que hay que resolver es el exceso de plantilla, no que el sistema se colapse a corto plazo.

Un asistente:

La quiebra no es una opción si estamos hablando del sistema sanitario público, porque es un contrasentido. La quiebra del sistema público no existe; por eso la interpretación puede ser bastante diversa.

Un asistente:

Creo que la quiebra es perfectamente factible; de hecho el sistema sanitario de seguridad social quebró hace tiempo, y es una de las razones por las que se cambió la financiación del sistema. Está por ver si aguanta el sistema de pensiones, pero hace unos años la proporción de cuotas/impuestos era de 80/20 y no ha habido una significación de cuotas ligada a esa desaparición de la financiación del sistema de seguridad social. El tema está en si la no-quiebra del sistema puede exigir una presión fiscal tan alta que desincentive la creación de riqueza y empobrezca el país.

José Martín Martín:

La pregunta nº 4, se refiere al sistema de financiación pública, es decir, de fuentes públicas de los hospitales, y se consideran 4 opciones. La 1ª es el sistema de reembolso en costes, básicamente el sistema que es mayoritario en el conjunto del Estado Español, tanto en el Insalud como en la mayor parte de los servicios regionales de salud con transferencias. La opción aclara que se continuará con la estrategia de contratos programas, que también se han generalizado *urbi et orbe*, vinculando los costes con alguna medida de actividad, bien del tipo *UPA, UBA, EVA, UCA*, o bien medidas de casuística como los *GRD*. El sistema sería básicamente el actual, el que queda determinado por las características del presupuesto público y de la Ley General Presupuestaria. La 2ª opción, que también lo ha comentado el Profesor Laffont, sería justo el extremo contrario: un sistema financiado al 100% por alguna medida de producto, algún sistema de casuística y el establecimiento de precios medios estandarizados que determine un precio estándar por línea de producto y pago tanto como se produzca. La 3ª opción, que es una variante, sería lo que se denomina presupuestos globales cerrados. Esto lo practican varios países: Canadá, Alemania, etc., y la idea central es que se financie el hospital; pero el hospital se financia un volumen cerrado de producción y de costes medios estandarizados -hay muchas variaciones sobre esto. La 4ª opción, que también está discutiendo tanto la literatura como alguna evidencia empírica, sería nuevamente un presupuesto global cerrado, es decir, el volumen de fondos que se asigna a cada hospital tiene un techo, tanto en producción como en nivel de gasto, en nivel de coste; pero en este caso este presupuesto se descompone en dos componentes: una parte en función de las características específicas de cada hospital, lo que se llama sus características estructurales y de funcionamiento, y otra parte, ya sí estaría vinculado al precio medio estandarizado del conjunto de hospitales.

Por lo tanto tenemos 4 opciones: 1ª, reembolso en costes, un sistema por lo tanto de "presupuesto retrospectivo" similar al que ahora mismo está en vigor, y siguiendo y continuando su vinculación con la actividad a través de los contratos programas o de cualquier otro instrumento; 2ª, un sistema de financiación prospectiva, tipo el paradigma de Medicare, en el cual se paga por producto; y luego 2 opciones de presupuestos globales cerrados: 3ª, una en donde se cierra el total de presupuesto que recibe el hospital pero en función de un pago por costes medios por línea de producto, pero se cierra el volumen presupuestario, no se paga más porque sólo se pide una cantidad de producción; o, 4ª similar a la anterior, pero descomponiendo las transferencias financieras al hospital en dos componentes: una derivada de las características estructurales del hospital y otra derivada de costes medios específicos. Son en esencia las 4 opciones que está comparando o discutiendo ahora mismo tanto la literatura como las experiencias de reforma.

Juan Cabasés Hita:

Quiero señalar la semejanza entre la 3ª y la 4ª opción y la conveniencia de agruparlas en una.

José Martín Martín:

Quiero aclarar dos cosas: una, que técnicamente son distintas, no es lo mismo financiar un hospital de la forma C o de la D; técnicamente es distinta, el nivel de traslado de riesgos es diferente. Pero aquí no estamos viendo cual es técnicamente ni la mejor ni la peor, sino cuál creen ustedes que será el mecanismo de financiación fundamental, aunque ustedes piensan que el que consideren peor, sea el que sea, va a ser el predominante.

Rafael Burgos Rodríguez:

Como Juan Cabasés ve las dos muy parecidas, le rogaría un análisis.

Juan Cabasés Hita:

Con la 3ª y la 4ª lo que va a ocurrir es que van a ganar nuestros deseos sobre la realidad. Entonces la 4 es la que deseamos que ocurra; porque al final alguien ha de considerar la especificidad de cada hospital, aunque me temo que el porcentaje en que cada uno estemos pensando respecto a lo que va a ser la realidad, va a ser muy diferente, se va a aproximar mucho más a la 3.

José Martín Martín:

Quiero enfatizar que en cualquier caso la mayoría de las respuestas predicen, un traslado de riesgo a las unidades de producción. Sea la opción B, la C o la D, un 78% de las respuestas supone trasladarle riesgos a los hospitales.

Un asistente:

El hecho que haya salido la 4ª opción (opción D), se debe a que acabamos de oír en una presentación de que esto es lo óptimo desde un punto de vista de la economía.

José Martín Martín:

Interpretación de la 5ª pregunta. Esta pregunta es similar a la pregunta 4ª pero referida a la atención primaria. Esta pregunta incluye todos los costes o todos los gastos, como quieran llamarlo, incluyendo los costes de farmacia, es decir, costes de recetas.

Mi interpretación rápida es que aquí se produce un equilibrio entre la respuesta C y la respuesta D. Esto se debe a que es bastante difícil categorizar las líneas de productos de atención primaria; en ese sentido, como la pregunta C incluye la palabra clave población, buscar la palabra clave *población* es una manera de solucionar lo que técnicamente se llama el numerario de pago. Entonces ha habido un reequilibrio de respuestas porque probablemente, un grupo relativamente numeroso de ustedes han pensado que utilizar la población como criterio de pago con más o menos ajustes, es mucho más fácil y va a ser más posible obtener a corto plazo que la búsqueda de líneas de producto o el ajuste de procesos de ciudadanos en atención primaria.

Un asistente:

Es probable que el universo de gerentes presentes haya condicionado de alguna forma esta respuesta. En Andalucía el capítulo 2 de distritos de atención primaria son 5 ó 6 mil millones de pesetas y el coste de recetas 130 y tantos mil millones de pesetas/año, con unos crecimientos, -somos este año la comunidad que menos está creciendo- de un acumulado del 9,5%. El rango oscila en el Estado entre el 9,5% y el 16% en lo que va del año 95. Es probable que -a menos que haya cambios especialmente significativos desde el punto de vista normativo (punto de vista de tiques)- esa partida queda sujeta a mucha menos capacidad de control por parte de los directivos que otras partidas y, desde luego, que el global del presupuesto o del gasto de los hospitales. Por lo tanto, es posible que esta pregunta, que se ha puesto muy similar a la de hospitales, necesitara otro tipo de planteamiento, pensando en que el gasto fundamental, la variable fundamental es la farmacia, y el volumen es excesivamente alto y poco controlable.

José Martín Martín:

Por aclarar, si se opta por la opción C o D mayoritariamente, lo que se está diciendo es que a una unidad organizativa, la que sea: EBAP, distrito, gerencias de atención primaria, cooperativas de médicos, áreas..., se le asigna un montante global presupuestario, bien por un *per cápita*, bien por alguna línea de producto, que incluye el gasto previsional en farmacia, y es lo que se le da. Al ser cerrado quiere decir que no hay más dinero, porque es cerrado. No hay posibilidad; bueno, puede haber,

pero con las consecuencias financieras implicadas en una organización separada del financiador. Otra cosa es que eso sea posible, factible; creo que es una interpretación lógica.

Olga Solas Gaspar:

La pregunta 6 nos la va a interpretar Rafael Burgos y dice: ¿Cómo cree que evolucionará la relación entre atención primaria y atención especializada?

Rafael Burgos Rodríguez:

Interpreto el contexto de la pregunta. Ya nos salimos del tema de la financiación y nos metemos más bien en aspectos de tipo organizativo: la existencia de dos subsistemas dentro del sistema sanitario, la primaria por un lado y la especializada por otro. El desarrollo desigual según el área geográfica; planteamientos diferentes, en ocasiones ideologías distintas. Experiencias en algunas áreas, donde se han puesto en marcha sobre todo hospitales comarcales y donde sí se ha avanzado un poco más en experiencias piloto de coordinación. En ese contexto lo que se plantea es por dónde va a ir esto en el futuro, si se va a mantener la situación más o menos igual, profundizándose más en estrategias de coordinación; si los profesionales de atención primaria comprarán gamas de servicios a la atención especializada, o sea, si tendrán un papel parecido o similar a la línea del modelo inglés: elegirán en nombre del paciente el hospital y el especialista de referencia; si va a ser el ciudadano quien directamente va a elegir la asistencia especializada, perdiendo la atención primaria la condición de puerta de acceso del sistema. Si aumentará la provisión de servicios ambulatorios desde los hospitales, sustituyendo en parte a la atención primaria.

Olga Solas Gaspar:

Procedemos a la votación.

El 35% está de acuerdo en que el ciudadano tenga derecho a elegir directamente hospital y especialista, incluso que la atención primaria pueda perder parte de su competencia como puerta de acceso al sistema. La alternativa A y B, que es el mantenimiento de la situación actual o simplemente que los profesionales de atención primaria tengan capacidad de compra de una determinada gama o menú de servicios, están equiparadas con un 28%. Solamente un 8% de los presentes en la sala opinan que aumentará la provisión de servicios ambulatorios desde los hospitales sustituyendo en parte a la atención primaria. Quizá Rafael Burgos nos puede hacer un comentario adicional.

Rafael Burgos Rodríguez:

No sé cuales son los tantos por cientos de distribución en el grupo entre gente de primaria y de hospitales ahora mismo, porque la opción 2 y la 3, donde la atención

primaria tiene un protagonismo importante, y la C, que no la tiene porque no tendría posibilidades de elección y de contratar directamente, han salido bastante parecidos. La última, que prácticamente se carga la atención primaria, la entiendo como estrategias de búsqueda de soluciones a la masificación de algunos servicios como puede ser la consulta externa en los hospitales, yéndose a buscar soluciones en los centros de especialidades, montar consultas filtro, cosas de este tipo. Ahí parece que hay acuerdo.

Un asistente:

El único caso en que se da al ciudadano la posibilidad de elegir es la opción C, que elija directamente el hospital; la B no clarifica si realmente el ciudadano tendría capacidad de opción por la atención primaria. En ese caso el ciudadano seguiría siendo soberano y de alguna manera tendría capacidad de elección a través de la atención primaria del hospital al que va. Tal vez esto deberíamos haberlo aclarado antes.

José Martín Martín:

La opción B se refiere un poco al modelo inglés, es decir, el ciudadano elige médico general, centro de salud y simplemente a partir de ahí el médico general es el que hace de agente del ciudadano y él decide qué especialista, qué hospital o qué servicio.

Llama la atención que la respuesta "seguirán las cosas como hasta ahora" tiene un 28%, o sea, un núcleo importante de ustedes predice que las cosas no van a variar; luego, entre las 2 grandes líneas de reforma que hay entre relaciones de atención primaria o especializada, que es: "sigue manteniéndose la atención primaria como puerta de acceso al sistema, como sistema de filtro para seleccionar riesgos", o bien, siguiendo un poco modelos más hospitalocéntricos, "es el ciudadano el que elige directamente atención primaria o si quiere directamente especialista", pues están también, aunque con cierto predominio en la opción C, un poco equilibradas: Digamos que hay una cierta confusión sobre qué creen ustedes que va a ser el futuro.

Un asistente:

Solamente declarar que yo no he votado esta vez. Cuatro opciones seguramente es poco, y seguramente la que no se contempla aquí es justamente la que están contemplando los políticos: que no sea ni la atención primaria la que vaya hacia el hospital ni que el hospital vaya hacia la atención primaria, sino que haya un intermediario comprador. Entonces ésta es la que están barajando como mínimo la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) como propuesta y es justamente la que no estaba en el esquema. La relación entre la atención primaria y la hospitalaria no vendría condicionada por uno u otro proveedor sino por el comprador que es el que ejerce el poder de manipular esta relación para que no vaya excesivamente hacia un lado o hacia otro.

Olga Solas Gaspar:

La pregunta 7 nos habla del cambio en el marco organizativo de los servicios sanitarios públicos. Rafael Burgos nos va a interpretar esta pregunta.

Rafael Burgos Rodríguez:

Hay una opción 1ª que sería más o menos como estamos, con el mismo marco jurídico organizativo único, etc., jugando con los contratos programas y con los objetivos. La 2ª iría a una separación real, entre financiación y provisión de servicios, el montaje de empresas independientes y todos los centros de propiedad pública. La 3ª en que la diferencia fundamental está en que da opción a que la propiedad sea pública o privada y habla de competitividad, compitiendo los proveedores públicos y privados dentro del sistema.

Un asistente:

En el apartado C no leo que la titularidad será privada sino más bien participación y producción, y supongo que si con eso quieren decir, por ejemplo, gestión de contratos.

José Martín Martín:

En la 3ª opción, la diferencia se refiere un poco a que mientras la opción B considera como dominante, si no único, el control de la producción, o la propiedad pública de la organización sanitaria, en la opción C se considera que la producción puede estar realizada por organizaciones privadas, lucrativas o no lucrativas, por organizaciones públicas, por mezcla de ellas, teniendo el control quien sea. Es un problema simplemente de propiedad, de derechos de propiedad en la producción.

Un asistente:

En la opción B, ¿se da la posibilidad de que haya competencia entre los proveedores públicos o no?

Rafael Burgos Rodríguez:

Se puede entender que sí.

José Martín Martín:

La pregunta no entra en ese tema. Se supone que si hay un regulador que contrata con productores, existe por lo menos una cierta competencia implícita para obtener contratos.

Rafael Burgos Rodríguez:

Empresas independientes y un regulador único.

José Martín Martín:

Hay un regulador que contrata con estas empresas, tanto en la opción B o C. Por tanto al contratar, por lo menos, si no hay una competencia implícita, sí habría lo que se llama un "mercado contestable" en el sentido de que puedas entrar o salir.

Juan Cabasés Hita:

Sólo para entendernos: ¿en la opción B está tanto el modelo catalán actual como el modelo castellano actual, por ejemplo? O sea, ¿esa propiedad pública es la que tenemos hoy?

José Martín Martín:

En el modelo B no se hablaría del modelo catalán porque gran parte de la producción de servicios sanitarios catalanes no son de titularidad pública. Hay producción en la oferta de servicios de Cataluña que no tiene una propiedad pública. Y la opción castellana, supongo que será la del Insalud.

Juan Cabasés Hita:

No, la propiedad es fundamentalmente pública en todo el Estado, excepto en Cataluña donde la propiedad es más mixta. Entonces, ¿eso es la situación actual? ¿Eso es la A, es la B o es la C? La situación de producción mixta catalana, o sea, la situación actual hoy en Cataluña, ¿eso qué es, la A?

José Martín Martín:

Eso es la opción C.

Juan Cabasés Hita:

Bueno, pues eso quería que aclaráseis. Porque el votante catalán hoy supongo votaría la A, expresando lo que hay hoy.

José Martín Martín:

Sí. Excluyendo el caso catalán, la opción A es la opción de una organización integrada de producción y financiación, tipo Insalud, Servicio Andaluz de Salud, Servicio Navarro de Salud, Osakidetza, Servicio Canario de Salud, Servicio Gallego de Salud... La opción B, sería haciendo efectivo la separación. Ahora mismo hay una separación financiación/compra o financiación/producción de tipo virtual, pues haciendo efectiva la separación financiación/producción. Pero siguiendo un poco el modelo de Saltman y la literatura de la competencia pública, las empresas de producción son mayoritariamente de propiedad pública. El modelo C es la misma opción pero diversificando los derechos de propiedad, dándole participación más o menos masiva al sector privado, lucrativo o no lucrativo, en la producción de servicios.

Olga Solas Gaspar:

Se procede a la votación de la pregunta nº 7.

Rafael Burgos Rodríguez:

Bueno, pues ahí está, todos catalanes. Con la ilusión que a mí me hacía montar la feria de Sevilla en Madrid alguna vez, parece que va a ser al revés, vamos a bailar sardanas todos: 68% y 26%. Encaja un poco con los resultados de las que han salido antes, de dar libre elección, sistema mixto, etc.

Un asistente:

Discrepo de que esto es el modelo catalán. En Cataluña no compite nadie por los fondos del sistema nacional de salud. O sea, que el apartado C, que dice: "compartiendo con los proveedores públicos por los fondos del Sistema Nacional de Salud", en absoluto es el sistema catalán. O sea, hay una falsa concepción de esto al respecto. El sistema es un sistema estable en el sentido de que todos son pertenecientes a una misma red pública, con lo cual no hay competencia en estos términos.

Rafael Burgos Rodríguez:

Como estamos jugando a adivinar el futuro, pues dentro de 10 años habrá competencia.

Un asistente:

Esto me sugiere que el desánimo en el campo de la gestión pública es bastante grande en estos momentos.

Rafael Burgos Rodríguez:

No lo entiendo. ¿Te refieres a que la gente quiere otro modelo de gestión?

Un asistente:

No, me refiero que los que estamos aquí estamos muy desanimados.

Rafael Burgos Rodríguez:

La opción 2 ha salido en segundo lugar, lo cual significa que también hay mucha gente ilusionada en gestionar empresas públicas.

Juan Cabasés Hita:

La estructuración de las respuestas determina un poco el fenómeno final. Creo que no es un problema en este momento el estar desanimado o no, sino la asunción de un discurso que no es el nuestro. En este momento, ¿qué sabemos? Sabemos que es posible la competencia planificada en el sentido absolutamente específico del térmi-

no. En efecto que a nivel de las empresas públicas y a nivel del sector público se puede competir en un entorno de planificación y gestión, y esto además anula lo que decía el Profesor Laffont del tema de las asimetrías de la información, elemento absolutamente clave que la introducción no planificada del sector lucrativo privado en el sistema público puede destrozar de arriba abajo. Si no introducimos el concepto de competencia planificada, concepto económico por otra parte, estamos en un grave problema de asignación de recursos en el sistema público. El sistema sanitario privado no aporta nada más que lo que desde la perspectiva de la competencia planificada le asignemos. Por lo tanto, si partimos de la base de que este tipo de cuestiones tienen que ser así por el desánimo, ¿qué desánimo ni nada? Lo que hay que poner es una base del sistema donde cada cual cumpla lo que tiene que cumplir en ese concepto de competencia planificada. Si no tendremos graves problemas de asignaciones, favoreceremos lógicamente la oligarquía del mercado y favoreceremos elementos absolutamente opuestos a los objetivos de un Sistema Público de Salud.

Un asistente:

Me parece que se plantea un cierto reduccionismo, ya que una cosa es el sistema tradicional de acción público/privado, otra cosa es la provisión de servicios y otra cosa es la gestión empresarial. El centro de titularidad pública o privada puede estar sometido a un régimen de gestión administrativa o introducir en centros públicos o en centros privados mecanismos de gestión empresarial, que es un tanto diferente. En lo que se llama el "modelo catalán" hay una separación entre financiación y provisión de servicios, y en la provisión de servicios hay centros de titularidad pública y centros de titularidad privada y unos u otros, tanto públicos como privados, los hay que se rigen por gestión administrativa y otros por gestión empresarial. Entonces habría que profundizar en este concepto de gestión empresarial, qué puede significar, y quizá esto enlazara con la conferencia que se ha dado anteriormente y el mecanismo de gestión empresarial basado en la producción de excedentes y qué hacemos con todo esto; ahora esto parece irrisorio en un sistema que está permanentemente en déficit.

Un asistente:

Creo que el problema es que las respuestas no son excluyentes. En un test de elección múltiple las respuestas tienen que ser excluyentes; aquí no lo son. De hecho está aumentando la participación del sector privado y es tiempo que empecemos a pensar qué significa esta tendencia. Con respecto a Cataluña, creo que ese aumento de la participación del sector privado es un tema de competencia. Yo trabajo en un hospital privado. Si el sector público decidiese hacer un hospital, el mío no sería necesario. De alguna forma estoy compitiendo frente a un proyecto de inversión en un hospital público; o sea, que la competencia existe.

Un asistente:

Hay un problema terminológico en sanidad sobre la palabra competencia. Enthoven, que es el señor que hace muchos años se preocupó de explicarlo, siempre ha sido

defensor de que competencia no significa que haya muchos proveedores, esta es la primera observación que hace; la segunda, que competencia, en términos de la economía, siempre se ha pensado en términos de precio y justamente es la que no se da en sanidad; habitualmente se da es la competencia en calidad. Justamente Enthoven dice que cuando se compite en calidad lo que sucede es un aumento en costes. Nuestra concepción del vocablo "competencia" es errónea en la forma que lo utilizamos. Simplemente quería aclarar que en Cataluña clarísimamente no hay competencia, no solamente porque no la haya, sino porque no hay voluntad política de que haya, lo que es más importante.

José Martín Martín:

En los organismos configurados como entes gestores de la Seguridad Social o como organismos autónomos de carácter administrativo, es muy difícil -si no imposible- el realizar una gestión empresarial porque no hay condiciones de regulación y traslado de riesgos. En el caso de que se dé titularidad pública a una empresa, sometida más o menos a una gestión privada, habría un espacio amplio de discusión; parece que son muy importantes las condiciones de regulación, o sea, que se den unas reglas que permitan, la gestión empresarial con eficiencia o no eficiencia.

Olga Solas Gaspar:

Se procede a la votación de la pregunta nº 8.

José Martín Martín:

Cada 2 ó 3 años hay alguien que propone un nuevo paradigma en gestión. Cada cierto período de tiempo surgen cosas nuevas: la gestión de la calidad total, la dirección por objetivos, los presupuestos prospectivos, el *Just-in-time*, en fin, hay modas. Les pedimos que hagan un esfuerzo sobre cuál será el paradigma, cuál será la moda que caerá en la organización sanitaria y de la cual se asistirán a cursillos, a seminarios, lo mismo que "costes": "contabilidad de costes", "costes por proceso", "medida de producto". Aquí se han seleccionado de una forma sesgada, no están todas las que son y probablemente no sean todas las que tienen que estar. Les pedimos nos indiquen cuál será el paradigma en el sentido de la moda, aquello que se hablará como solución a los problemas de las organizaciones sanitarias. No sólo de las organizaciones sanitarias, sino de la industria farmacéutica, de las organizaciones empresariales, etc.

La 1ª, la respuesta A, es la gestión burocrática; por gestión burocrática se entiende el proceso de mantener las actuales estructuras y jugar con aquello de la cuenta de resultados, los sistemas de costes, costes SIGNO, coste COAN, etc., pero manteniendo la actual organización, fundamentalmente burocrática. La mayor parte de los servicios transferidos a las Comunidades Autónomas y al Insalud funcionan con el actual modelo de burocracia administrativa. Así las cosas, utilizan lo que han sido

técnicas clásicas de gestión empresarial: centros de responsabilidad, sistemas de contabilidad de costes, costo total, etc.

La 2ª, la respuesta B, la corrigen porque el título debe ser "reingeniería de procesos", no ingeniería de procesos. Saben ustedes que el principal autor teórico, impulsor de la reingeniería de procesos es Hammer y esto es hoy por hoy la moda, el no va más, se venden los bestsellers sobre reingeniería de procesos como rosquillas. Estoy seguro que la mayoría de ustedes tienen un par de textos encima de la mesa. Para aclarar, la idea es reinventar completamente la organización, discutir la evolución de las organizaciones en las últimas décadas mediante procesos de especialización, de fraccionamiento, de atribución de funciones, de departamentalización; pensar la organización en términos del cliente, de la calidad y de los beneficios pero el proceso integralmente y por lo tanto evitar fraccionamiento.

Unos de los frecuentes subproductos que se atribuye a la reingeniería de procesos es el hacer las organizaciones más planas, suprimiendo todo aquello que después tienen que coordinar aquellas unidades administrativas y burocráticas porque lo han fragmentado, lo han especializado. La reingeniería de procesos es hoy por hoy la moda o el paradigma. ¿Lo será en la próxima década, dentro de dos décadas, en los hospitales y en los centros de atención primaria?

La 3ª, la respuesta C, es más antiguo porque a esto de la calidad somos muy sensibles en el sector sanitario; el paradigma o la moda de la calidad total, la cual tiene distintos autores, desde la calidad total óptima hasta la calidad cero defectos, etc. Esto es conocido por todos y no merece mayor comentario. Y el último, en donde también algún fantasma ha modificado la respuesta, es lo que se conoce como *Activity based management*, es decir, gestión basada en actividades, que tiene como subsistema el *Activity based costing*, es decir, costes basados en actividades. Esto también está bastante de moda. Hay seminarios ahora mismo en España, incluyendo en esta Escuela, que se organizan sobre este tema. La idea central del principal autor, Kaplan, también lo conocerán la mayoría de ustedes, es decir que es inadecuado o poco correcto los sistemas tradicionales de agregación de costes, sobre todo los sistemas tradicionales de imputación de costes indirectos, y que eso debe substituirse por la creación de actividades. La idea básica es la actividad y por lo tanto imputar los costes a través de las actividades. El modelo más general es el *Activity based management*, que está muy vinculado al desarrollo de la cadena de valor porteriana, es decir, hay que gestionar pensando en el valor añadido de las líneas de producción, y en ese sentido el *Activity based costing* es la herramienta adecuada para gestionar basado en el valor añadido de los productos.

Un asistente:

Tiene que salir la B, porque ¿quién se atreve a declarar que no ha leído a Hammer? La gestión burocrática domina el actual sistema público. Sin embargo, los gastos de

administración en determinados sistemas no públicos y en sistemas de seguros son bastante altos. Entonces, ¿me podrían volver a enunciar la 1ª pregunta?

José Martín Martín:

La pregunta quiere decir: dentro de los próximos 15 años, ¿cuál será la moda?, con independencia de cómo sea la realidad, o sea, ¿qué será lo que venda?, ¿de qué es lo que un gestor tiene que emitir un discurso, con independencia de que luego su organización vaya por otro lado? Todos los que llevamos años trabajando en el sector sanitario sabemos que periódicamente hay modas, y estas modas de gestión unas son útiles, otras son menos útiles. Por gestión burocrática me refería simplemente a que permanezca la moda, con independencia de su efectividad; que permanezca la moda de una gestión que sigue anclada en los procedimientos administrativos de la administración, pero que maneja con soltura las herramientas y el instrumental de gestión empresarial clásica, digamos, con independencia de que los costes administrativos suban. Es más que nada una pregunta sobre el discurso dominante, la moda, lo que el gerente del Servicio Andaluz de Salud pondría como moda de gestión en el año 2005, el paradigma, el discurso referente.

Olga Solas Gaspar:

Se procede a la votación. Un 37% piensa que la reingeniería de procesos será el paradigma dominante o la "new wave" de la gestión sanitaria en el siglo XXI; el 21% sigue pensando en la gestión de la calidad total y el 33% en la gestión basada en el *Activity based costing*, *Activity based management*.

Olga Solas Gaspar:

La pregunta 9 dice: ¿Qué reforma en la gestión sanitaria será prioritaria en el futuro: convertir los centros sanitarios en empresas; implicar a los clínicos en los costes y la eficiencia de su actuación; profesionalizar la gestión; mejorar las prácticas profesionales y la efectividad clínica?

Rafael Burgos Rodríguez:

El convertir los centros sanitarios en empresas -experiencias piloto recientes- la participación en la gestión de los clínicos haciéndolos responsables de los costes manteniendo la eficiencia, corresponde a la realidad teórica de hoy. Para hacerlo práctico habría que profesionalizar la gestión. Serán los equipos directivos de los hospitales fundamentalmente, y luego profundizar más en lo que es el tema de decisión clínica, de evaluación de tecnologías, de validez de pruebas diagnósticas, etc. Es un terreno clínico donde no hay la tradición de gestión por parte de los profesionales de la medicina.

Olga Solas Gaspar:

Se procede a la votación de la pregunta nº 9.

La sala, en un 57% ha decidido que en el futuro es importante implicar a los clínicos en los costes y en la eficiencia de su actuación; un 19% propone mejorar las prácticas profesionales y la efectividad clínica y un 17% convertir los centros sanitarios en empresas. Parece importante seguir mejorando las prácticas profesionales y seguir pensando en implicar a los clínicos.

La pregunta 10 nos incumbe directamente. En realidad se les pide que intenten predecir cómo van a ser las claves de acceso para ser gerente o director de un servicio sanitario en el siglo XXI. Las respuestas creo que no necesitan ninguna aclaración: procesos de selección externos; nombramientos por los responsables políticos del momento; elección de los profesionales del hospital.

Se procede a la votación de la pregunta nº 10.

Rafael Burgos Rodríguez:

Llama la atención lo poco votada que ha salido la 3ª cuando está siendo ahora mismo una preocupación en el sistema sanitario público y en gerentes de hospitales pendientes después de los últimos acuerdos firmados con la huelga y el sindicato.

Olga Solas Gaspar:

La pregunta nº 11: ¿Cuál será el marco de relaciones laborales predominante: se mantendrá el actual marco estatutario con ligeras modificaciones; habrá un proceso progresivo de laboralización en el sector pero las condiciones laborales serán iguales para todos los profesionales; la laboralización irá acompañada de un fragmentamiento de las condiciones laborales; los trabajadores negociarán condiciones diferentes en cada centro de trabajo; aumentará el papel de los profesionales independientes individuales o en cooperativa que contratará con el Servicio Nacional de Salud?

José Martín Martín:

Con independencia de que puede haber un cierto solapamiento en relación con la D, supongo que se entenderá fácilmente.

La opción A es mantener el actual marco, aunque ahora mismo coexiste personal funcionario, personal estatutario y personal laboral pero el marco de referencia dominante de todas las organizaciones sanitarias públicas son los distintos estatutos de personal existentes desde 1966. Entonces, ¿se va a mantener el actual marco, aunque haya algunas modificaciones? Ya las ha habido: el decreto de retribuciones del 87 y alguna más, e incluso aquí en la opción A se incluiría la posibilidad de generar un nuevo estatuto, promesa incumplida de la Ley General de Sanidad. Sería la opción A, o sea, orientarnos por el marco de estatuto, estatuto marco como marco específico, ni laboral ni funcional.

La opción B es al contrario, que se produzca mediante distintas formas un proceso de laborización, pero que ese proceso de laborización sea fundamentalmente igual para todos los profesionales y trabajadores que trabajen para, por ejemplo, el Servicio Andaluz de Salud, el Insalud Gestión Directa, etc. Se entre en una vía de laborización pero siendo el marco laboral, esencialmente igual para todos.

La opción C es que haya una fragmentación, en términos no de deseabilidad ninguna de estas opciones, sino de previsión de futuro. Entonces, aunque haya evidentemente un marco laboral general, las condiciones laborales se fijen dentro de cada centro sanitario, dentro de cada agrupación de centros sanitarios, vía convenios colectivos específicos y no convenios colectivos marcos por los servicios regionales o por las unidades integradas.

La opción D es un poco el futuro de las posibilidades de crear sociedades públicas o cooperativas del tipo de la que aparentemente está intentando impulsar la reciente reforma de la Ley de Ordenación Sanitaria en Cataluña que se ha producido muy recientemente. Éstas serían las 4 opciones.

Un asistente:

Estamos hablando del 2005 y, ¿conocemos todos la pirámide de edad de nuestro personal estatutario? O sea, que estamos hablando de dentro de 10 años cuál va a ser la situación predominante.

Olga Solas Gaspar:

Se procede a la votación de la pregunta nº 11.

La tendencia no está muy clara, está bastante distribuida.

José Martín Martín:

Una lectura sería que algo más del 75% opina que en el futuro, sea o no sea deseable, va a ser mayoritario una relación laboral. ¿Cómo se hará esto? Si vía jubilaciones, reconversión, desapariciones, no queda claro; pero más del 75% optan por que en el futuro lo que va a haber es una relación laboral, y sólo un 24% piensan que va a mantenerse el actual enfoque dominante en términos de aproximación a las relaciones laborales. Es la única conclusión que me aventuro a sacar, porque luego las 3 opciones, B, C y D, están muy fragmentadas. ¿Quiere alguien comentar sobre la profecía?

Un asistente:

Pienso que no hay tal profecía, si estamos hablando del 2005: será la A. Si hablamos del 2050 posiblemente sea la C o cualquier otra.

José Martín Martín:

Supongo que piensa así porque asume que no va a haber ningún cambio drástico.

Un asistente:

Estoy completamente en desacuerdo con esto y creo que en el mundo sanitario nos tomamos con mucha ligereza temas que seguramente nos desbordan, como esto del proceso de la Unión Europea, etc. No creo que haya ningún político que asuma, por lo menos de entrada, el quedarse en la segunda fila de la unión monetaria, y entonces hay que hacer reformas. Que tengan éxito o no es otra historia. Me parece que tampoco nadie de los aquí presentes cree que se puede acompasar el crecimiento del gasto sanitario al crecimiento del PIB.

José Martín Martín:

La fractura clave entre las profecías que habéis hecho, es entre los que piensan que es imposible, en el plazo de 10 ó 15 años, una forma que minimice el conflicto hacia una aproximación laboral y los que opinan que sin embargo en ese plazo de 15 años sí va a haber una transformación "más o menos profunda".

Un asistente:

Si hablamos de profecía deberíamos ser un poco más rigurosos, porque algo se está olvidando aquí, por lo que he escuchado: estamos moviéndonos en un entorno tremendamente fluctuante. Si hacemos un análisis retrospectivo, en 10 años han ocurrido en Europa a nivel político-social verdaderos acontecimientos increíbles que eran imposibles de predecir. Por consiguiente hablamos de profecía y tendríamos que ser muy cuidadosos en la valoración del entorno que es una de las cosas que siempre en la gestión tiene, al menos, un valor predominante en el análisis.

Olga Solas Gaspar:

Pregunta 12: ¿Cuál será la característica predominante de un buen gestor en un futuro próximo, la próxima década: conocimientos en gestión; negociación; liderazgo; visión empresarial, formación o experiencia acorde?

Se procede a la votación de la pregunta nº12.

Mucha formación, mucha experiencia y mucha visión empresarial, que lógicamente era la D, la que englobaba parte de todas las anteriores.

Olga Solas Gaspar:

Pregunta nº 13: ¿Qué actuará como principal motivador en los profesionales sanitarios en el siglo XXI: su compromiso ético con el paciente, la organización y la sociedad; el logro de resultados sobre objetivos pactados, vinculados a rendimiento; el

status, prestigio y la carrera profesional; la posibilidad real y efectiva del despido; la flexibilidad del mercado laboral.

Rafael Burgos Rodríguez:

La pregunta se entiende bien, entra dentro de lo que es la teoría económica, los grandes mecanismos que modulan el comportamiento de los individuos. Pero habría que aclarar que en la B, el 1º está claro, es el ético, el que formaría parte del grupo cultural; el 2º serían logros o resultados sobre objetivos pactados y ligados a incentivos o a rendimiento, es decir, sería lógicamente un incentivo de tipo económico; el 3º, status, prestigio, carrera profesional y luego el tema de la plaza en propiedad, o sea, flexibilidad del mercado laboral.

Olga Solas Gaspar:

Se procede a la votación de la pregunta nº 13.

José Martín Martín:

Un 21% piensa que en el futuro -con independencia de lo que resulte deseable- tendrán como principal motivador una motivación interna, trascendente. Otro grupo, 36%, opina que el motivador será la recompensa económica asociada a resultados y objetivos. Un 26% piensa que el principal motivador será obviamente tanto la carrera profesional como el nivel de status y de prestigio. Me gustaría poner el acento en que la B y la C, bien explícita o implícitamente, se refieren a incentivos económicos, ya que el C vincula con las carreras profesionales o el prestigio a largo plazo con algún tipo de recompensa económica. Es lo que se llaman bonos a largo plazo, bonos intertemporales, por lo tanto el B y el C estarían vinculados a la retribución, bien a corto o bien a largo. El D, el tener un mercado laboral flexible que permita quitar de la organización a los elementos más oportunistas, utilizando un término técnico, tendría solamente un 17%.

Olga Solas Gaspar:

Querría decir que el 83% quiere plaza en propiedad.

José Martín Martín:

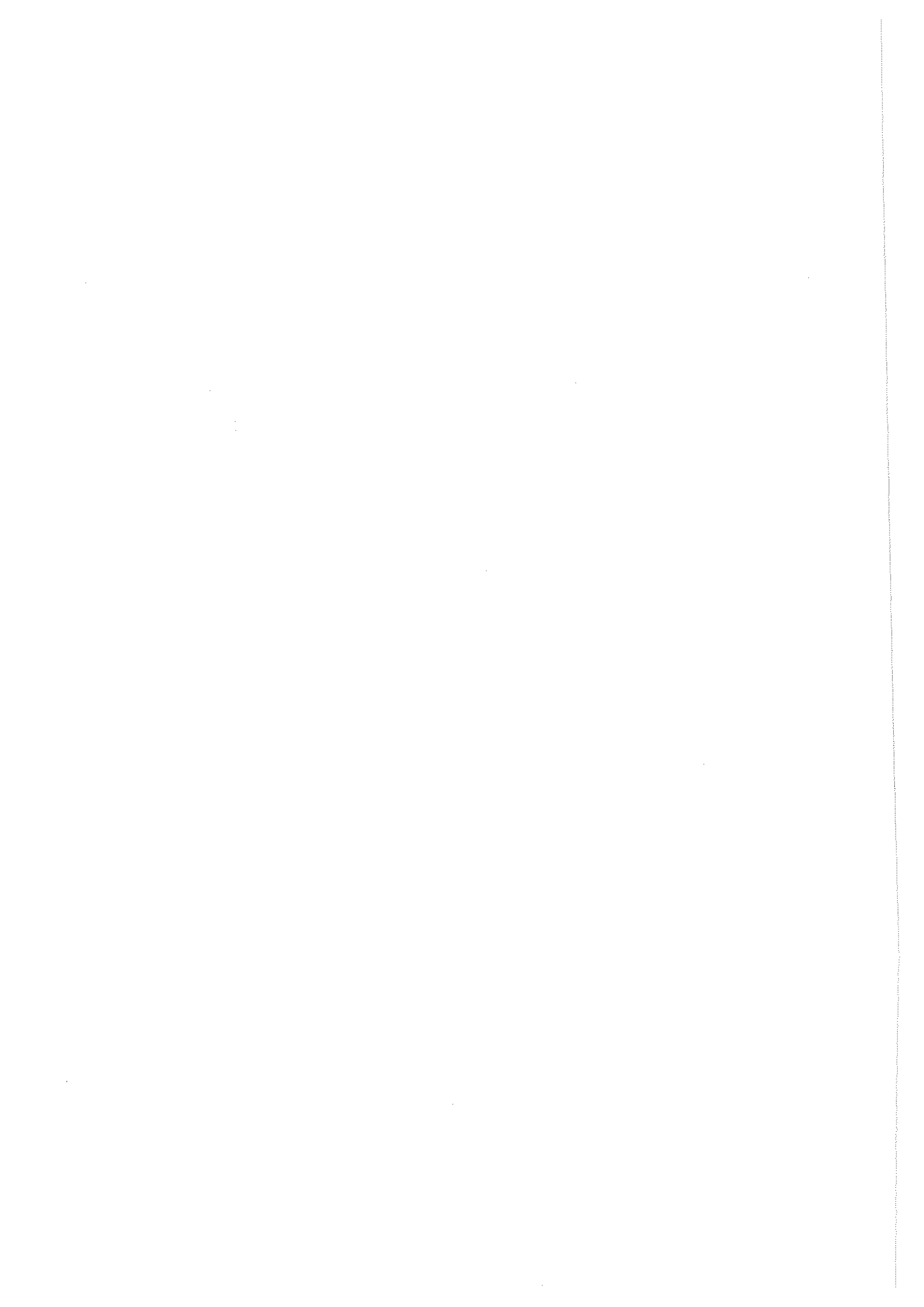
No. Que el principal motivador está muy repartido; que hay un núcleo importante que piensan que el primer motivador sigue siendo el compromiso ético (un 21%). Ya la pregunta interesante es si el grupo de personas que han predicho que el compromiso ético será el principal motivador es porque consideran que los otros son inviables o porque consideran que es el más poderoso. Eso es algo que no podemos dilucidar.

Olga Solas Gaspar:

Muchísimas gracias por vuestra participación. Espero que les haya sido por lo menos tan provechoso como a nosotros.

*Claves de éxito de la
gestión sanitaria en el futuro:
Integración vertical y horizontal.
Gestión de profesionales*

JO IVEY BOUFFORD
*Deputy Assistant Secretary for Health
Department of Health and Human Services
Washington D.C.*



CLAVES DE ÉXITO DE LA GESTIÓN SANITARIA EN EL FUTURO: INTEGRACIÓN VERTICAL Y HORIZONTAL. GESTIÓN DE PROFESIONALES

Mi español no es lo suficientemente bueno como para dar la conferencia en vuestro idioma por lo que hablaré en inglés y procuraré entender las preguntas que me formulen. Estoy encantada de estar aquí y de participar en este importante diálogo a distintos niveles. En primer lugar, por reunir a personas que conocen y actúan en el sector de la gestión sanitaria desde diferentes puntos de vista, lo cual nos permite compartir experiencias. En segundo lugar, porque tenemos la oportunidad de establecer un debate y de formular preguntas.

Mi perspectiva sobre la gestión sanitaria es quizá un poco diferente de las otras que se han presentado aquí. En primer lugar, mi visión actual se ve influenciada por la experiencia de trabajar, a escala federal, en el gobierno central, el servicio sanitario público de Estados Unidos que tiene uno de los sistemas sanitarios del mundo más heterogéneo y dominado por la empresa privada.

En segundo lugar, tras haber fracasado en nuestro esfuerzo por conseguir una reforma integral de nuestro sector sanitario tal vez les muestre más lo que hemos aprendido del fracaso que del éxito; el año pasado, el proceso de los esfuerzos de reforma del sistema sanitario en Estados Unidos nos hizo cuestionar algunos de los planteamientos básicos de interés, como profesionales y como directivos sanitarios, al igual que la necesidad de que la población que atendemos obtenga las mejores prestaciones.

Al hablar del tema de las claves de éxito en el sector de la gestión sanitaria o gestión de los servicios sanitarios, la primera pregunta es: ¿cuál debería ser el planteamiento? ¿Deberíamos estar más preocupados por gestionar los servicios sanitarios, la provisión o la compra de la sanidad, el diagnóstico preventivo, el tratamiento o los servicios de rehabilitación? ¿O deberíamos hablar de gestionar el sector sanitario, que en la mayoría de los países es uno de los mayores segmentos de la economía que fluctúa entre el 3% del PNB en algunos países, hasta más del 14% del PNB en la actualidad en Estados Unidos? Es el sector dominado por el sistema de atención clínica individual y en la mayoría de los países, los servicios clínicos consumen más del 90% de los recursos del sector sanitario.

Sin embargo, en este sector también se incluye una importante y a veces invisible infraestructura sanitaria pública, que garantiza la salud de la población tanto si ésta utiliza los servicios del sistema de salud como si no hace uso de ellos. Eso lo realiza el sistema de salud pública a través del seguimiento de las enfermedades infecciosas, de garantizar la calidad de la alimentación, de proporcionar los servicios de salubridad, de proteger el agua limpia, de proteger el medio ambiente, de realizar investigaciones

sobre los problemas de enfermedades acuciantes y de proporcionar educación sanitaria en la población para fomentar comportamientos sanos.

En tercer lugar, si juntáramos estos dos conceptos, como gerentes ¿deberíamos hablar de gestionar la salud? Tenemos que fortalecer el sector sanitario para que pueda contribuir a la salud, pero también tenemos que concienciar a la población de los verdaderos determinantes de la salud y de la enfermedad, y coordinar los recursos necesarios para conseguir estos objetivos mediante intervenciones multinivel. Gran parte de la atención a la calidad de la gestión en el sector sanitario procede de los esfuerzos en prácticamente todos los países desarrollados y en muchos de los países en vías de desarrollo para poner en marcha las reformas sanitarias.

La mayoría de las denominadas "reformas" se centran más en la organización y financiación del personal de los servicios sanitarios que en la salud de la población. Me gustaría plantear hoy que el éxito de la gestión sanitaria en el futuro dependerá de acuerdos cooperativos del gobierno y del sector privado para gestionar el amplio sector sanitario y de los gestores individuales para gestionar los servicios de salud, para mejorar la salud de la población. Veo que existen varias tendencias en el sector sanitario de Estados Unidos -muchas de las cuales parecen que son también factores en el Reino Unido y en otros países- que pueden proporcionar oportunidades de éxito al fomentar no solamente los sistemas de salud en general, sino muy especialmente su gestión.

Me referiré brevemente a cinco. Primero, la fuerza laboral sanitaria. Segundo, la atención primaria. Tercero, la financiación de los servicios. Cuarto, el papel del consumidor. Quinto, el aseguramiento de la calidad.

En primer lugar, ¿cuáles son los verdaderos determinantes de la salud? El año pasado los Centros para el Control y la prevención de Enfermedades, el CDC, en Estados Unidos estimaron que de las diez causas principales de mortalidad en Estados Unidos en 1990, solamente el 10% de la morbilidad podía haberse evitado mediante la mejora al diagnóstico y al tratamiento médico. El 20% se produjo por causas del medio ambiente sobre la salud de la población; otro 20% por causas genéticas, es decir por biología humana.

El 50% restante se produjo por comportamientos como el consumo del tabaco, prácticas sexuales, hábitos alimenticios, estilo de vida sedentario, consumo de alcohol y otras drogas, violencia y otros comportamientos de riesgo que acarrearán daños. Estos tipos de comportamientos se producen dentro del contexto del medio social. Son comportamientos extremos en las comunidades con un alto índice de pobreza, en donde las viviendas son inadecuadas, los servicios de educación son inadecuados, los servicios de apoyo son inadecuados y no hay posibilidad de encontrar trabajo. En Estados Unidos esto sucede en los barrios en donde lo que prevalece es el consumo ilícito de drogas y donde el contagio es elevado. Los comportamientos insanos se producen en un contexto social donde existen muchos otros problemas.

Durante años se han documentado las diferencias de mortalidad en las clases sociales y al igual que es más probable que se produzca una mala salud en individuos que tienen una renta baja, igualmente sucede con algunos de los principales factores de riesgos, aunque no con todos, causantes de un mal estado de salud.

Fomentar la salud de la población es más importante que mejorar la gestión del sistema médico sanitario. Ello depende de la colaboración verdadera entre las disciplinas, entre los sectores del gobierno y entre el gobierno y las organizaciones comunitarias para crear comunidades saludables abordando no sólo el 10% de las enfermedades y la morbilidad evitable sino más, el 100% de los verdaderos determinantes de la salud.

El reto es tener esta amplia perspectiva de los verdaderos determinantes de la salud lo cual es difícil dentro del contexto de cambios vertiginosos en el sector de los servicios sanitarios, sobre todo porque hay mucho dinero y mucho poder institucional localizado en los hospitales. Pero precisamente porque el sector de los servicios sanitarios tiene tanta influencia, su papel como herramienta de cambio es fundamental. Una vez más volvamos atrás, analicemos cada uno de los cinco elementos/objetivos que será difícil conseguir al gestionar la salud de la población en el futuro.

1. La fuerza laboral

En primer lugar nos encontramos con la fuerza laboral. El personal de la organización sanitaria es fundamental para realizar cualquier tipo de esfuerzo de gestión. ¿Existe un número suficiente de personal sanitario y de personal no sanitario? ¿Este personal está preparado para apoyar los objetivos de la organización con un alto nivel de calidad? A escala gubernamental, los políticos deben decidir cómo gestionar los recursos para estimular la formación del número necesario y del tipo adecuado de profesionales de la salud.

Distintos países dan enfoques diferentes a este problema. El gobierno de los Estados Unidos se ha inclinado a utilizar el sistema de incentivos aportando dinero federal para apoyar los esfuerzos voluntarios realizados por las instituciones públicas y privadas para producir el número y los tipos adecuados de profesionales necesarios y ubicarlos en las zonas geográficas adecuadas. Este planteamiento no ha funcionado todo lo bien que se esperaba porque nuestro sistema de financiación sanitaria ha fomentado la atención especializada y los servicios basados en hospitales. Ahora, nos encontramos con que tenemos una excesiva oferta de médicos y de personal de enfermería; este sistema mixto de especialidades se reparte en un 75% de médicos especialistas y en un 25% de médicos de atención primaria y el modelo de distribución geográfica continúa siendo un grave problema. También existe una gran falta de profesionales en la sanidad pública.

Por otro lado, en el Reino Unido se ha ejercido un control más restrictivo en cuanto al número y al tipo de médicos que se forman. Han controlado la localización

de las prácticas de sus médicos, bien en los hospitales o los médicos de familia en las comunidades. Como resultado de ello, la especialidad mixta de la primaria en el Reino Unido es casi mitad y mitad, lo cual se ve como un objetivo para la mayoría de los sistemas sanitarios. El número total de especialistas en el Reino Unido puede ser en realidad ligeramente inferior.

En enfermería, los aspectos más importantes han sido la tendencia a eliminar la preparación académica superior y a realizar debates sobre las habilidades mixtas. Los enfermeros necesitaban hacer todas nuestras tareas de enfermería. Los gobiernos deben decidir si quieren o no revisar el empleo de los enfermeros en sus prácticas avanzadas como los facultativos médicos, las comadronas, al igual que los auxiliares médicos que asumen las tareas de los médicos en unos modelos de práctica cada vez más independientes en Estados Unidos. Al parecer este modelo es mucho menos frecuente en otros países.

No obstante, uno de los verdaderos problemas de la preparación básica de todo el personal para los tipos de cambios que se necesitarán en el futuro sistema sanitario es el grado en que su experiencia profesional se ha visto dominada por los hospitales. Aunque esto está cambiando en la mayoría de los países, la formación de nuestra fuerza laboral se basa todavía en el contenido, el proceso y la localización, lo cual no refleja la realidad de la futura puesta en práctica de los servicios sanitarios ni de la salud pública.

En Estados Unidos la orientación de la asistencia sanitaria gestionada prevé el cierre de más del 30% de las camas hospitalarias de este país en los próximos cinco años. El desempleo de los médicos que antes era desconocido es ahora un factor real en aquellos estados que han desarrollado un mercado de asistencia sanitaria gestionada, como en el Estado de California. Por otra parte, un estudio realizado por una fundación publicado la semana pasada en Estados Unidos recomendaba el cierre del 20% de nuestra escuelas de medicina.

El cambio integral necesario en las prácticas profesionales sanitarias es normalmente más gráfico con los médicos. Como controladores fundamentales de las decisiones sobre la utilización de los recursos clínicos, deben formar parte del equipo de gestión en el sentido de salir de su única preocupación por las necesidades de recursos de un paciente en particular. Así deberán compartir la preocupación por las limitaciones de los recursos de la institución como un todo para la asistencia de todos los pacientes. Esto supone un cambio de mentalidad, lo cual resulta muy difícil para la mayoría de los médicos.

Hace tres años hubo una conferencia que involucró a profesionales líderes de once países de Europa responsables de la formación de médicos para el desarrollo de la gestión. Dichos participantes identificaron este cambio desde la orientación de un único paciente hacia la orientación del universo de los pacientes como el cambio más fundamentalmente necesario para preparar a los médicos para el futuro. A un nivel básico,

acordaron que todos los médicos necesitan saber cómo funciona la organización donde trabajan, a qué se llama gestión y cómo encaja el médico individual dentro de este panorama. En un nivel más sofisticado, los médicos individuales mostrarán un interés creciente en la gestión y algunos asumirán un papel de dirigentes; pero estos individuos necesitan cultivarse porque deben darse cuenta de que al moverse en la dirección de la gestión, abandonan su cultura clínica original, la cual tiene mucha fuerza, y se arriesgan a verse aislados de sus colegas profesionales.

Igualmente importante es el cambio necesario para pasar de médico de hospital con un considerable poder y control, a la perspectiva de la comunidad, que permite ejercer un mayor entendimiento y respeto hacia sus colegas de la atención primaria. Éste es el principal reto: comprender la necesidad de participar en sistemas de asistencia sanitaria que están diseñados para facilitar el progreso del paciente a través del sistema sanitario;

Una vez más en los sistemas de asistencia sanitaria gestionada en Estados Unidos, los incentivos administrativos y financieros han sido fuerzas muy poderosas para cambiar las actitudes de los médicos. En el Reino Unido el cambio del poder adquisitivo hacia las agrupaciones de médicos de familia (GPFH) ha sido una fuerza muy importante para el cambio de la atención de los especialistas de hospitales hacia el interés sanitario de una mayor población. En el Reino Unido, los médicos de familia solían decir, al principio de la reforma, que los especialistas ni siquiera les devolvían las llamadas de teléfono. En un plazo de dos años, les estaban mandando felicitaciones de navidad.

Otro factor importante de gestión que influye en el comportamiento de los médicos es la importancia del tiempo real, de la información clínica y del coste de los médicos al dirigir la atención del médico hacia una mayor gestión coste-efectiva del paciente. Las nuevas áreas de investigación se orientan hacia la efectividad de los resultados al determinar qué es lo que funciona y lo que no funciona y hacer que esa información sea disponible y digerible; éstas suelen ser también fuerzas importantes para cambiar las actuaciones e intensificar la atención sobre aspectos más amplios de la salud de la población. La respuesta a la investigación de los resultados en el Reino Unido es especialmente contundente porque bajo un presupuesto global los médicos reconocen que tienen recursos limitados y prefieren utilizar esos recursos para algo que funcione.

2. La atención primaria

El segundo tema importante es la atención primaria. Uno de los objetivos claves de la mayoría de las reformas sanitarias actuales -que es crucial para que se consiga una importante repercusión en la salud de la población- es minimizar el uso innecesario del sector hospitalario. Este sector ha dominado muchísimo la provisión de los servicios, la formación de nuestra fuerza laboral y ha consumido inmensos recursos que se podían haber utilizado para invertir en otros aspectos de la salud de la

población. Esta transformación del planteamiento del volumen y del servicio de la atención primaria ofrece una gran oportunidad para abordar no solamente el diez por ciento de morbilidad, atribuida a la falta de servicios sanitarios, mediante el acercamiento de los servicios al paciente. Empecemos por abordar el 50% de las enfermedades que se pueden evitar por el comportamiento inducido mediante la prevención temprana. Todo el mundo habla de la atención primaria, pero ¿es realmente importante? En realidad, la gran mayoría de los servicios sanitarios se han ofrecido en la comunidad, fuera del hospital.

En un estudio realizado sobre la salud nacional de Estados Unidos se analiza el comportamiento de las enfermedades de 1000 adultos mayores de 60 años durante un mes. De estos 1000 sujetos, comprobó que 750 experimentaron algún tipo de molestias de salud; de este número, 250 buscaron atención médica. Por tanto, solamente una tercera parte de los adultos que se sintieron enfermos acudió a ver al médico. De estos 250 sujetos, nueve fueron admitidos en un hospital de la comunidad, cinco fueron enviados a otro facultativo especialista y uno fue admitido en un hospital universitario. Si se aplican estos hallazgos a la evaluación del papel relativo de los componentes del servicio de la salud, nos damos cuenta de que el hospital, claramente el punto de enfoque del sistema de enseñanza de la medicina y de la asistencia tradicional, solamente lo necesita menos del 4% de los individuos que incluso se adscriben al sistema sanitario en primer lugar. La mayoría son atendidos en el servicio de atención ambulatoria y esta tendencia está aumentando.

Las cifras de actividad relativa que desempeña el Servicio Nacional de Salud basado en las comunidades son igualmente importantes cuando se comparan con la actividad basada en los hospitales. Según las estadísticas británicas, hubo aproximadamente 216.000.000 de consultas con los médicos de familia en 1991-92, más de 17.000.000 de contactos adicionales con los distintos servicios de salud de la comunidad y con los profesionales paramédicos. Esto se compara aproximadamente con 8.000.000 de casos de pacientes internos, 1.600.000 de casos de atención de día y 20.000.000 de nuevas asistencias en los servicios de consulta externa y de urgencias, por lo que estas cifras son bastante paralelas a las que encontrábamos en el otro artículo.

Aproximadamente un 5% de la actividad se produce en realidad en los hospitales. Sin embargo, en contraste con estas cifras de actividad en 1990, según una Comisión del Reino Unido, alrededor de un 60% del gasto corriente del Servicio Nacional de Salud se destinó a hospitales, el cual es aproximadamente la media de la Comunidad Europea. Sería de ingenuos suponer que se debería comparar dólar por dólar ya que los servicios de los hospitales son más costosos; pero claramente es posible conseguir una mayor racionalización de la inversión.

El fomento de la atención primaria como una prioridad fundamental está teniendo el mismo efecto ante la actual situación de reformas en Estados Unidos y ante la explosión de la asistencia sanitaria gestionada en ese país.

El énfasis de los servicios hacia la atención primaria tiene otra consecuencia importante, además de la económica. Se cambian las relaciones de poder entre médicos y pacientes y aumenta el interés de los médicos por convertirse en los socios de sus pacientes. Durante mucho tiempo los hospitales han garantizado que la cultura institucional de la atención a los pacientes hospitalizados sea dominante y reduzca las diferencias entre los pacientes. Cuando están en el hospital, los pacientes tienen la misma comida, siguen el mismo horario, llevan la misma ropa, toman las medicinas a la misma hora, el acceso a los familiares está controlado y los estratos de médicos y enfermeros verdaderamente superan en número al paciente individual. En un sentido real, las diferencias culturales entre los pacientes se reprimen, salvo quizá en un país como el nuestro en donde es preciso realizar traslados de pacientes.

Además de aspectos más amplios sobre el efecto que produce el objetivo de la curación en sí, el caso es que los médicos están a cargo de ello y su cultura es la que domina. En el ámbito de la atención primaria el paciente tiene -en último lugar- el mando. Si se toma o no las medicinas, si sigue el plan de tratamiento o si vuelve otra vez al médico depende del entendimiento y del respeto entre paciente y médico y de la capacidad del médico para ayudar a eliminar las barreras que el paciente pueda encontrar al buscar y al recibir la asistencia sanitaria. Este es el cambio cultural profundo en el área de la salud que debe ser gestionado de forma efectiva si se quiere conseguir el éxito.

3. La financiación de los servicios

El tercer aspecto importante es la financiación. Mientras que los países gastan una gran parte de su presupuesto global en salud, sobre todo en servicios de salud, y nadie se puede poner de acuerdo con respecto a "cuánto es demasiado", el hecho es que la probabilidad de que el presupuesto global vaya a aumentar de forma considerable incluso ante las crecientes demandas, es prácticamente inexistente. En los sistemas donde domina el sector público, aunque existan aumentos, es probable que se destinen a sectores políticamente viables como las listas de espera o los servicios de tecnología punta más que al desarrollo de la infraestructura como el de la atención primaria.

En muchos países, el acceso del capital privado está restringido y a los gestores, que trabajan con recursos limitados, se les pide cada vez más que realicen elecciones difíciles en el sector público, que solían hacerse en la intimidad del consultorio entre paciente y médico. La mayoría de los países está introduciendo alguna forma de fuerza de mercado en sus sistemas para fomentar la concienciación sobre los costes creando tensiones mediante la competencia y el aumento de la productividad. Si la financiación de la asistencia sanitaria tiene que ser un hecho rentable para fomentar la sanidad, hay que recordar unos cuantos puntos importantes sobre el sistema de mercado. El coste y los precios se convierten en una preocupación en todos los aspectos y se pueden convertir en la variable predominante en cualquier toma de decisiones.

Fue muy interesante estar en Inglaterra durante la introducción de las reformas porque los británicos decían constantemente: "el hecho de que el mercado haya despegado en Estados Unidos es debido a que somos diferentes a ustedes. Esos problemas no los tendremos aquí, nuestras instituciones no se preocuparán por los costes". Cuatro años después, el asunto es diferente porque la viabilidad de financiación de las instituciones pasa a convertirse en una preocupación central y el apoyo a los intereses de esas instituciones a menudo puede verse desequilibrado con respecto a los de la comunidad y a los del paciente, dependiendo del flujo de recursos. Por ejemplo, en Estados Unidos donde existe un pago escaso, un desembolso escaso para la atención de la maternidad, muchos hospitales bajo presión económica han cerrado estos servicios aunque exista una necesidad en la comunidad.

La competencia por los recursos puede tener tanto un efecto positivo como negativo. Positivo en el sentido de fomentar la eficiencia; negativo en el sentido de que la competencia por los escasos recursos conduce a tener perdedores entre las instituciones. Las instituciones que pierden no están necesariamente relacionadas con los mejores intereses de los pacientes ni los de las comunidades. Muy a menudo el único proveedor de la comunidad no tiene ni la fuerza para gestionar ni la capacidad clínica para competir en el sistema de mercado, lo cual es especialmente cierto en las zonas rurales aisladas y en los barrios marginados de Estados Unidos. La satisfacción de los pacientes y la mejor orientación de los consumidores pueden ser rasgos muy positivos del sistema de mercado pero depende solamente de la educación del consumidor y de cómo se defina la calidad, tanto si se trata de los servicios de hostelería como de la calidad real de la asistencia.

Si los ciudadanos que no tienen dinero no reciben asistencia, no es un fracaso del mercado. Si los servicios que se necesitan no se pagan de una forma adecuada y por consiguiente no se proveen, no es un fracaso del mercado. Si la calidad no tiene importancia y no se mantiene, no es un fracaso del mercado, si el público no lo demanda.

Lo más importante es recordar que no existe una inteligencia inherente en el mercado. Se tiene lo que se paga y por tanto hay que ser muy claro con lo que se quiere cuando se empiezan a modelar los incentivos económicos. Definir la esencia del conjunto de medidas es un paso clave, aunque a veces es políticamente muy difícil. En las primeras reformas del Reino Unido, la corriente interna de los servicios centrales que iban a proveer las nuevas fundaciones hospitalarias fue definida y seguía su curso. En el último informe sobre las reformas en el Reino Unido, la definición se quedó fuera del mismo y se le cedió a los distritos que tenían responsabilidad de compra, sujeto a la aprobación del Ministro quien decidía qué servicios eran los que se pagarían. Ahora, esta variabilidad local y lo que el Servicio Nacional de Salud pagará o no pagará está provocando un gran debate político y social con respecto a las desigualdades incorporadas en el servicio público.

Definir un paquete de prestaciones es incluso más importante en un sistema descentralizado. Ese fue el objetivo en las reformas estadounidenses pero se convirtió en un

pararrayos para todos los grupos especiales de interés y de enfermos de este país para asegurarse de que su diagnóstico y de que su tratamiento específico se incluía en el paquete de prestaciones, lo cual empezó a aumentar el precio y se volvió muy poco realista. Curiosamente, la explosión de un mercado competitivo, de la asistencia sanitaria gestionada en Estados Unidos está introduciendo alguna estandarización de las prestaciones en el mercado porque los incentivos están claros: maximizar la prevención y los servicios de atención primaria; minimizar las hospitalizaciones innecesarias e informarles a los clientes en qué consisten los paquetes que ofrecemos. Esa es la única manera que tenemos para saber si quiero escoger su plan. Este crecimiento en la asistencia sanitaria gestionada, o quizá de forma más precisa, el temor al crecimiento en algunas partes del país es ahora realmente el motor del cambio en el sector sanitario de Estados Unidos.

Aunque hay muchas preocupaciones legítimas sobre los sistemas de asistencia sanitaria gestionada y posibles problemas con el acceso y la calidad, también hay elementos en estos que son muy positivos para fomentar la asistencia coste-efectiva que es sensible para las diferencias sociales y clínicas de los pacientes y para fomentar la salud. El negocio perentorio en un mercado competitivo significa que los proyectos deben atraer a los miembros y posiblemente esos miembros se harán oír para recibir lo que quieren o si se quieren quedar en ese proyecto o marcharse a otro.

Mientras que nosotros podemos emplear mucho tiempo de gestión en la estructuración de la organización de integración vertical y horizontal, la verdadera fuerza conductora para ese cambio deberá ser crear sistemas que funcionen para el paciente; que faciliten los vínculos en el proceso de la asistencia sanitaria y que haga hincapié en el objetivo de la asistencia sanitaria gestionada que puede ser mantener a la población sana. Por primera vez en Estados Unidos, con su historial de tarifas abiertas para la financiación del servicio médico, también tenemos un modelo en la asistencia sanitaria gestionada para el sistema de atención sanitaria personal en la que existen incentivos económicos para la prevención y una mayor orientación hacia la población.

Esto es tremendamente importante para conseguir una mejora de la salud en la población ya que el 50% de las muertes se puede evitar porque provienen de comportamientos tales como el consumo de tabaco, los comportamientos sexuales de alto riesgo, los hábitos alimenticios, el estilo de vida sedentario, el consumo de alcohol, el abuso de sustancias y la violencia. Seguramente nada es más importante y de mayor prevención efectiva para este 50% de causantes que un claro entendimiento de los diferentes factores clínicos de riesgo de todos los sectores de la población así como el desarrollo de estrategias preventivas efectivas. La presión por los costes en la asistencia sanitaria gestionada es también el interés creciente en la práctica clínica que estamos construyendo. Para ello utilizamos un proceso específico de gestión integral de patologías para las enfermedades crónicas de elevados costes como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares. Deberíamos estimular las demandas crecientes para mejorar las ciencias básicas y las investigaciones clínicas en torno a los procesos patológicos para todos los sectores de la población. Al controlar el gasto, los pacientes de alto coste lo rentabilizan.

En estudios realizados en el programa estadounidense de Medicare para ancianos y discapacitados, menos del 10% de los prestatarios son responsables de entre el 75% y el 90% del coste del sistema. En los mercados estadounidenses desarrollados, un 60 a un 70% de la población están adscritos a la asistencia sanitaria gestionada y en la actualidad este es el caso en estados como Washington y Minnesota. Vemos que existen evidencias de cooperación entre los sistemas de asistencia sanitaria gestionada, los compradores y las autoridades de la sanidad pública en los estados para ampliar la publicidad sanitaria basada en la población y se realizan programas sobre cómo dejar de fumar, los cinturones de seguridad en los vehículos, el cuidado prenatal, etc.

Son inversiones de los mismos compradores de la asistencia sanitaria en un funcionamiento tradicional de la salud pública, cómo proteger los alimentos y el abastecimiento del agua. Un ejemplo se produjo en Milwaukee, Estado de Wisconsin, hace aproximadamente un año en donde una infección producida en la población por la presencia de criptosporidio en el agua de abastecimiento en Milwaukee supuso que 30.000 individuos enfermaran. De los cuales 10.000 fueron a ver a su médico. En un sistema sanitario gestionado eso es muy caro, por ello el interés de ese sistema sanitario gestionado en prevenir fracasos en el sistema de salud pública. Si los incentivos económicos se sitúan en el lugar adecuado, se podrá observar un movimiento sorprendente para la mejora de la salud.

4. El papel del consumidor

El cuarto factor es el mundo del consumidor. Además de los incentivos económicos, las necesidades de los consumidores son claves para remodelar las provisiones de servicio y fomentar la salud. La mayoría de los sistemas de salud y la mayoría de los gerentes se muestran aún bastante confusos y bastante indecisos sobre el papel que quieren que desempeñen los consumidores y cómo gestionarlo. En el nivel más básico, la información del buen consumidor es la clave del éxito. La educación y la implicación del consumidor en la toma de decisiones de la sanidad para ellos y para toda la comunidad. Esta implicación se puede dar a escala política, tal y como vimos en el estado de Oregón en Estados Unidos, que utiliza un elaborado proceso de implicación pública con autoridades elegidas para reestructurar el programa de cobertura del estado para los pobres, el Medicaid, quienes deciden lo que se pagará y lo que no. O en el nivel adquisitivo, como en las reformas del Reino Unido.

Esto no es fácil, tal y como se demuestra en un estudio reciente de la Comisión. En un seguimiento llevado a cabo durante tres años sobre la iniciativa de compra, que estudiaba las claves de éxito de las autoridades sanitarias del distrito al involucrar a los residentes en las decisiones de compra, el 21% de las autoridades sanitarias recibe una clasificación muy favorable: han realizado una amplia consulta a los ciudadanos sobre lo que pagarían, han realizado cambios tangibles en las listas como resultado del diálogo y han transmitido al público los resultados de sus decisiones. El 57% de los distritos tenían

una clasificación aceptable con respecto a estos tres criterios y el 22% era insatisfactorio. El papel de los consumidores se ve con mayor frecuencia en el nivel del proveedor.

El estatuto de los derechos del paciente en el Reino Unido establece el marco consciente para involucrar a los pacientes. También se le ha prestado una considerable atención al proceso de presentación de reclamaciones en el Reino Unido como salvaguarda para los problemas más serios del sistema. En Estados Unidos siempre hemos tenido mucha demanda de pacientes y grandes expectativas. En un medio en el que a los pacientes les gusta demandar a los médicos, la norma de estos generalmente ha sido el dudoso tratamiento de ganar.

No obstante, sus pacientes están cada vez mejor informados y comienzan a formular preguntas importantes sobre la efectividad de los procedimientos y de la calidad de los médicos y de los hospitales. Preguntan por los datos de investigadores que muestran una variabilidad del 50- 80% en los modelos de actuaciones clínicas para los mismos problemas sin ninguna diferencia aparente en los resultados de los pacientes.

Algunos pacientes estadounidenses activos han estado moviéndose por su propia salud y por las terapias alternativas, pero el equilibrio de poder está desplazándose del profesional al paciente y es fundamental que los médicos sepan cómo facilitar la toma de decisiones de los pacientes con respecto a su asistencia o a cómo afrontar los conflictos. Para gestionar los servicios de la sanidad de forma efectiva y fomentar la salud en la comunidad, los pacientes deben mostrarse cada vez más despiertos dentro del proceso de las tomas de decisiones como asesores y accionistas y no solamente como receptores pasivos de la sanidad.

En un estudio reciente sobre las estrategias de la sanidad para todos, llevado a cabo por la Organización Mundial de la Salud, se destacaba que la pieza que faltaba en la estrategia original, que resaltaba la atención primaria y el conjunto de medidas básicas de los servicios de salud pública, era el fracaso de involucrar con éxito a la comunidad en los programas de salud. A esto se le daría un nuevo énfasis en la nueva etapa del trabajo de la OMS. Hallazgos similares en los recientes esfuerzos de salud pública orientada a las comunidades en el estado de Oregón muestran un condado con una gran participación de la comunidad en iniciativas de salud para diferentes grupos en diferentes acciones para dirigirse a un único problema: el gran número de embarazos en las adolescentes, que condujo a una disminución del 30% en dos años del índice de embarazos en las adolescentes en esa comunidad.

5. El aseguramiento de la calidad

La calidad es la clave final para el próximo decenio de la gestión de la sanidad y pienso que así será en todo el mundo. El escenario de estandarización del aseguramiento de la calidad, tanto si es a través de un marco de acreditación, de un sistema regulatorio, o de un tipo de gestión de calidad total con una orientación interna, se basa

en un concepto fundamental en el cual los proveedores o compradores están sometidos a un criterio explícito, tanto si la desarrollan ellos u otros y está abierto a examen público. La cuestión siempre es cuánto examen público se realiza y por qué tipo de público. Históricamente, los aspectos de la calidad han supuesto el mundo bien protegido de los profesionales, los médicos en la mayoría de los países. El dominio y el control previos de los sistemas públicos han presupuesto que existía el mismo nivel de calidad debido a procesos de gestión estándar y a fórmulas de distribución de recursos. En un sistema de descentralización las fuerzas de mercado conducirán a una mayor variedad y variabilidad puesto que algunas instalaciones reciben dinero y otras no. Por definición, esto podría conducir a una variabilidad de la calidad y posiblemente a la disponibilidad de servicios sin mecanismos de estandarización ni aseguramiento de la calidad.

Ha habido un debate verdaderamente cambiante en el Reino Unido desde la introducción de los principios de mercado en 1989 en el servicio de la sanidad, que no tenía antecedentes de normas de calidad nacional ni de regulación. Por el contrario, la mayoría de los sistemas orientados totalmente al mercado están bastante regulados tanto en el aspecto económico como en el de la calidad. Este es el enfoque de todo el debate de la actual batalla sobre el presupuesto en Estados Unidos con los Republicanos que abogan por distender las normas reguladoras de la calidad para el sistema sanitario en Estados Unidos.

La cuestión en el aseguramiento de la calidad es quién debería hacerse cargo. El proveedor mediante mecanismos internos como la auditoría médica; el comprador mediante condiciones de contrato, o una tercera parte como el gobierno o las organizaciones voluntarias. En mi opinión, se produce mucho debate en torno a la orientación última ya que tanto el comprador como el proveedor tienen intereses personales en la transacción económica y pueden exponerse a transigir sobre la calidad bajo presiones económicas.

Una vez más, o se exige la disponibilidad de los datos de los sistemas públicos, o bien mediante esfuerzos voluntarios se permite a los proveedores o a los compradores que informen de los indicadores de actuación clave que se han acordado sobre la calidad; el coste y los servicios serán fundamentales. El concepto de las tarjetas de informe que se basan en estos sistemas está cobrando una gran aceptación en Estados Unidos, llevado ampliamente por los programas y proyectos de asistencia sanitaria gestionada que empiezan a competir por el negocio de los compradores en la calidad y no solamente en el precio.

El reto de esos intereses en la amplia sanidad de la población es asegurar que los indicadores de la salud pública (los índices de inmunización entre la población adscrita, la disminución de la mortalidad, el abandono del tabaco, etc.) están incluidos en estas tarjetas de informe. Esto vincula a la salud pública y al sector de la atención médica entre sí y con la comunidad, al igual que con otros esfuerzos combinados para intensificar la salud de la población. Si las normas de calidad establecidas son todas econó-

micas y administrativas, disminuirá la posibilidad de que el aseguramiento de la calidad sea un factor de éxito para fomentar la salud.

Estos cinco factores de éxito: modelar la fuerza laboral, fomentar la atención primaria, asegurar que la financiación de los incentivos estén acordes con los objetivos del sector de la salud, involucrar a la población en la toma de decisiones sanitarias y desarrollar medidas de calidad que se orienten a los resultados de la salud de la población, al igual que las transacciones del sistema de la atención sanitaria son todos desafíos difíciles para los gerentes.

Esto requiere cambios culturales importantes en las organizaciones que ahora atienden los servicios sanitarios si van a ser una fuerza realmente capaz de mejorar la salud. El ritmo de dicho cambio es importante. Los sistemas deben prepararse para recibir a las autoridades recién nombradas. La infraestructura debe estar en su sitio para permitir gestiones de sistemas complejos, un sistema especialmente informado para la contabilidad fiscal, administrativa y clínica; el personal, sobre todo el personal profesional, debe estar preparado para ejercer de forma diferente en los sistemas de atención de la salud. Además hay que formar a los gerentes para que se comporten de forma distinta: para que trabajen en asociaciones y en redes de trabajo, para que desarrollen pactos con los profesionales y los pacientes y -de forma creciente- funcionar en verdaderos equipos.

Lo más importante es que los gestores tengan claro cuáles son sus valores. ¿Qué es lo que quieren conseguir? El verdadero reto es estructurar un sistema que no sitúa su viabilidad fiscal por igual con las necesidades sanitarias de la comunidad. El éxito de la gestión de los servicios de salud no supone en sí mismo una sanidad mejor; sin embargo, existen algunas fuerzas en el sistema actual que transforman los esfuerzos, y que podrían ser las claves de éxito para conseguir este objetivo si somos capaces de una visión más amplia de los determinantes de la salud y si se gestionan de forma realmente efectiva.

Debate

Pregunta 1:

Ha hablado que uno de los elementos clave de la gestión sanitaria sería la potenciación del nivel de la atención primaria. En nuestro país se ha hecho un esfuerzo importante, en los últimos 10-12 años, de cambios en el nivel de atención primaria en el sistema de salud. Sin embargo, no se han producido cambios de ese calado en el nivel de atención especializada. Reconocemos que el nivel de atención especializada está embarcado en una mejora de la gestión, centrado en la eficiencia. Sin embargo, no se plantean cambios profundos en la estructura y en el propio concepto de hospital. Quería preguntar: ¿está usted de acuerdo en esa apreciación? ¿Qué instrumentos, qué herramientas, será necesario disponer para alcanzar esos cambios?

Respuesta 1:

No soy una experta en el sistema sanitario español. Solamente quiero reflejar lo que escucho de la gente que piensa. Ha habido reformas importantes para desarrollar la capacidad de la atención primaria ambulatoria; sin embargo, el poder permanece todavía en los hospitales y los vínculos de ambos niveles no son cercanos ni fáciles. Hay dos puntos, sacándolo de la experiencia británica, que parecen muy importantes para cambiar y reestructurar los hospitales; uno de ellos, y el que parece más importante, es cambiar los incentivos económicos. Claramente, al darle a las agrupaciones de médicos de familia (GPFH) el control de los presupuestos para adquirir los servicios del hospital, se obtiene la atención de los hospitales. En ese sentido, los gerentes de los hospitales necesitan al menos poner en el mercado esos servicios y entender -a través del proceso contratante- qué volumen se necesita, cuál es la dimensión que necesitan los servicios, qué servicios hay que cubrir. Por tanto, los cambios de los incentivos económicos, bien a través de contratar mayores objetivos por parte de los compradores, bien a través de proporcionar un mayor control de la financiación al proveedor de la atención ambulatoria es muy importante.

La asistencia sanitaria de precios por persona prefijados, los sistemas de precios por persona, de la asistencia sanitaria gestionada en Estados Unidos, en cierto sentido, hacen lo mismo. El médico de la atención primaria no dispone del dinero, pero el incentivo es reducir la parte costosa del sistema, disminuir el uso de los hospitales, y los gerentes simplemente tienen que prestar atención a eso porque sencillamente no hay dinero. Por tanto, en mi opinión, el incentivo económico es importante.

El otro aspecto es utilizar la cuestión de la puerta de entrada; creo que los británicos son los maestros en utilizar al médico de familia como puerta de entrada. Si los pacientes no pueden introducirse en el sector de la atención ambulatoria eso crea una mayor interdependencia entre el especialista del hospital y el proveedor de la atención primaria.

En Estados Unidos si tengo un dolor de cabeza puedo empezar por ir a la consulta del neurólogo. Puede que no sea necesario para mí, pero el sistema me permite hacerlo, lo cual es muy caro. En Inglaterra, el médico de familia deriva solamente un 10-15% de todos los casos que ve a la atención especializada del hospital, lo cual vale la pena destacar. En Estados Unidos, existe un sistema de asistencia gestionada muy sofisticado: un 30% de los casos de atención primaria que atiende el médico va al especialista. Ésta es la diferencia en el sistema de "puerta de entrada" que marca una enorme diferencia en el énfasis en la atención de los hospitales. Creo que estos son los dos puntos importantes.

Estoy a disposición de ustedes para responder cualquier pregunta que quieran formularme sobre nuestra reforma; incluso sobre aspectos de política.

Pregunta 2:

¿Cuáles son los últimos pasos más interesantes de la llamada reforma sanitaria en Estados Unidos?

Respuesta 2:

En octubre-noviembre del año pasado, antes de un período de elecciones difíciles que cambió a los representantes en el congreso de forma muy radical, la reforma global que había propuesto el Presidente fracasó en el congreso. Eso se debe a la naturaleza de nuestro sistema legislativo. En Estados Unidos no es solamente el Presidente quien decide; tiene que convencer al congreso. Lo que está sucediendo ahora es que los republicanos están siguiendo básicamente el siguiente enfoque: creen que el apoyo federal para los servicios sanitarios destinado a los pobres, que es el programa Medicaid del cual el gobierno federal paga la mitad y la otra mitad corre a cargo del gobierno estatal, debería desplazarse al estado y ser gestionado por el estado. También creen que las normas de calidad que se han aplicado a ese programa, que tiene un paquete de prestaciones definidas y una elegibilidad definida, debería eliminarse y dejar que sea el estado quien decida. Los demócratas, por otro lado, piensan que el programa debería continuar siendo mixto (federal y estatal) y que las normas y la elegibilidad debería seguir siendo la misma; por tanto hay una gran diferencia de opiniones y de actitudes.

La otra diferencia es que para los demócratas el programa Medicaid para los pobres es un derecho, es decir que si uno tiene ciertos ingresos accede al programa sin importar lo demás. Los republicanos quieren eliminar eso, lo cual sería una concesión para el estado. Por tanto, hay dos puntos de vista muy diferentes y no sabemos cómo va a acabar. Yo diría que en el momento actual parece que se va a mantener como un derecho y como un programa federal conjunto.

Con respecto al programa Medicare, que es el otro sistema de pago federal en Estados Unidos para todos los mayores de sesenta y cinco años y para los discapacitados, la propuesta es ralentizar el índice de aumento en los próximos años para conseguir un ahorro y darle más responsabilidad a los pacientes para que paguen. Tendrán que pagar una proporción mayor de lo que pagan ahora y, lo que es más importante, tendrán que desarrollar diferentes modelos -como lo que llaman cuentas de ahorros médicas- lo cual significa que el gobierno proporciona una cierta cantidad de dinero a los mayores para las prestaciones del Medicare. Se lo pueden gastar en comprar seguros privados o pueden ahorrarlo y gastarlo en algo diferente; es a elección de ellos.

El peligro de esto es que la tendencia, sobre todo con las compañías aseguradoras privadas, será que los mayores de edad sanos cogerán las cuentas de ahorros, cogerán el dinero del gobierno federal, mediante una política coste efectiva. El sistema federal, de Medicare tradicional permanecerá para los mayores de edad enfermos

por lo que el equilibrio real en el sistema federal desaparecerá y el coste para el gobierno será mayor. La otra apreciación es que muchos mayores de edad no son muy partidarios de negociar sus propios planes de seguros con las aseguradoras privadas. Los republicanos quieren cambiarlo para proporcionar una mayor flexibilidad, mayor acceso a los mercados privados, mayores decisiones individuales. La propuesta de los Demócratas, la propuesta del Presidente, es mantener el programa tal como está, lo cual supone un derecho para los mayores administrado totalmente por el gobierno federal.

En relación con la visión más amplia de la salud, las propuestas de los Republicanos se basan en cambiar el sistema del bienestar tajantemente atribuyendo una vez más la responsabilidad al nivel estatal, desprendiéndose de los criterios nacionales. Esto involucra reducir los programas de nutrición del gobierno, reducir la educación y reducir lo que llamamos "créditos presentados del impuesto sobre la renta", que es un sistema de imposición fiscal que ayuda a las personas con bajos ingresos a pagar impuestos. Lo básico de todo esto es que si creemos que la pobreza está asociada a la salud, aquellos que estamos en la salud pública nos sentimos muy preocupados con esta perspectiva. La creencia es que el eliminar esos derechos del gobierno hará que las personas sean más independientes y que se sentirán más seguros de poder vivir solos por lo que es un debate filosófico complejo.

Pregunta 3:

Quiero completar la pregunta anterior. ¿Qué pasa en los Estados Unidos con las personas, con los ciudadanos que, por las razones que sean, no están acogidos a ningún sistema de atención médica?

Respuesta 3:

Hay dos cosas que suceden en el mercado estadounidense. El cambio fundamental propuesto por el Presidente el año pasado fue la cobertura universal. Las negociaciones actuales sobre las reformas no han debatido nada sobre el aumento de la cobertura del seguro excepto en el sentido de que el estado podría retirar su dinero del Medicaid y hacer que más ciudadanos tengan derecho al proporcionarles menos prestaciones. Es la misma cantidad de dinero; la diferencia es simplemente es cómo lo utilizan.

El modelo que vemos en nuestro mercado laboral -porque gran parte de nuestros seguros sanitarios dependen del hecho de tener trabajo- es que el desempleo va en aumento a medida que las empresas se reestructuran; el sector servicio está creciendo a expensas del manufacturero y éste siempre ha tenido unos fuertes contratos laborales y mejor cobertura de seguros. El sector servicio tiene mucho empleo a tiempo parcial, con seguros sanitarios pobres. Por tanto veremos a más ciudadanos sin cobertura como resultado de lo que pueda suceder porque no hemos hecho nada para solucionar ese problema.

Una de las mayores preocupaciones políticas en un país como Estados Unidos que no tiene cobertura universal (y me imagino que es uno de los temas en los países que han tenido una trayectoria de cobertura universal) al pensar en la retribución mixta pública-privada es que si se empieza a centrar en la compra de la atención sanitaria, el ciudadano que no tiene dinero se queda al margen. Pienso que veremos, desgraciadamente, más ciudadanos sin cobertura. Como consecuencia en Estados Unidos quizá dentro de un par de años los ciudadanos dirán que es una situación insostenible y que hay que intentar de nuevo la reforma sanitaria.

Pregunta 4:

Me refiero a la provisión de servicios, en concreto las Organizaciones de Mantenimiento de la Salud (HMO) y a la competencia interna. Parece que por parte de las HMO surgen ciertas restricciones a la competencia interna, a la libertad de elección por parte del usuario, que podrían estar motivadas por el propio carácter de las HMO. Es decir, organizaciones que invierten no tanto a la asistencia cuanto a la prevención. Con actuaciones a largo plazo. En un momento determinado, desde un punto de vista de asignación deficiente de recursos ponen límites a que sus usuarios, a que sus pacientes, cambien de aseguradora.

Respuesta 4:

La experiencia en Estados Unidos es que hay bastante rotación entre los miembros de las HMO, lo cual es un problema. La mayoría de las HMO piden que permanezcan seis meses, algunos piden un año y muy pocos menos de seis meses. Los datos en Estados Unidos muestran que existe un 40% de rotación entre los miembros en un año dado, lo cual es muy alto y presenta un problema para aspectos como la prevención. Los gerentes de las HMO dirán que por qué tienen que invertir en prevención, por qué ayudan a alguien a que deje de fumar y por tanto prevenir un ataque al corazón dentro de diez años cuando ese alguien está en otro plan, el cual obtendrá los beneficios de la inversión en prevención.

Este es un aspecto muy importante. Estados como Minnesota, Washington, California y Florida empiezan a recibir a más del 50% de los ciudadanos en planes de atención sanitaria gestionada de un tipo o de otro. Aquí suceden dos cosas. Una, que se empieza a tener menos planes, como en el estado de Minnesota que tiene tres redes de trabajo importantes de proveedores y cuatro compradores, todos relacionados entre sí. Por lo que ahora todo el mundo tiene interés en la prevención porque podrías estar en mi plan hoy, al día siguiente en el plan de otro y mañana en mi plan de nuevo porque los costes de todos se mantienen bajos. Aquí es donde vemos una colaboración fascinante entre los directivos sanitarios y los dirigentes de la sanidad pública cuando contemplan los aspectos de la salud de la población. Todo el mundo, llegado a un determinado punto, que es aproximadamente un 50% de toda la población en una zona geográfica quiere invertir en prevención de la población. La prevención

se vuelve realmente coste-efectiva porque todos tienen interés en reducir los costes. Pero llegar a ésto supone problemas.

El otro aspecto en Estados Unidos es que un número de HMO está para ser rentable. Por tanto en Estados como el de California en donde existe un mercado muy competitivo, la rentabilidad, la cantidad de dinero que se está ahorrando entre el índice capitativo, el índice prefijado, y el coste se le está entregando a los accionistas. En California los accionistas obtienen parte de eso, hasta un 35-40% de los beneficios netos. Es muy molesto porque luego no hay incentivos para invertir en el campo de la prevención. El tema de los beneficios es una historia diferente. Ahora mismo hay polémica para empezar a regular la cantidad de beneficios que se pueden llevar porque como con la mayoría de las cosas, el mercado incontrolado está situándose fuera de todo límite.

Pregunta 5:

Sobre la reforma del sistema sanitario en Estados Unidos y la política. Parece ser que el primer proyecto, por lo menos la información que ha llegado aquí, era tremendamente ambicioso. Luego ha ido bajando de grado de ambición a través de diferentes vicisitudes. Quiero preguntarle acerca de tres aspectos. Primero: ¿hasta qué punto está motivada la opinión pública en este tipo de reforma? Segundo: ¿hasta qué punto empujan otras instituciones que tienen intereses económicos en estos tipos de reforma? Tercero: ¿hasta qué punto ha influido el cambio político en la Cámara de Representantes en que la reforma tan ambiciosa al principio haya ido bajando poquito a poco?

Respuesta 5:

Primero, la opinión pública. Pienso que una de las primeras cosas importantes que aprendimos durante la reforma es que lleva tiempo para que los ciudadanos entiendan de lo que se está hablando y hace falta tener tiempo para hacer que lo comprendan. La reforma del Presidente es muy amplia, muy complicada y muy difícil de comunicar. Pienso que eso fue una lección para el futuro. Por otro lado, había un problema concreto en Estados Unidos que no creo sea igual en el Reino Unido: la sanidad es privada, los servicios sanitarios son servicios privados en Estados Unidos. Esta es la primera vez desde la década de los sesenta que tenemos un debate sobre el sistema sanitario, por lo que se empieza desde un nivel muy bajo de entendimiento en general y hay mucho campo por cubrir. Mientras que en el Reino Unido los ciudadanos están muy concienciados sobre las HMO, la siguen mucho más de cerca y eso hace que la atención del público esté mucho más orientada a los servicios sanitarios.

Existe una diferencia de cómo el público empezó con las reformas. Los ciudadanos aprendieron mucho durante la reforma. Fue muy interesante en ese sentido y creo

que surgieron dos o tres cambios muy drásticos en la opinión pública como resultado del debate. Uno fue la importancia de la prevención que se volvió muy evidente para el público. Antes, todos defendían el hospital, querían el hospital, querían el centro de especialidades, querían el hospital universitario. El debate cambió este énfasis de forma radical. Los ciudadanos están mucho más conscientes de las retribuciones para la prevención, de la atención primaria; esa parte fue muy positiva y emocionante.

Otro aspecto importante fue la igualdad entre los servicios de salud mental y los servicios de salud física; hablar de un conjunto de medidas que incluyera la salud mental y la salud física era algo muy radical en Estados Unidos. Gran parte de este cambio fue gracias a la señora Gore, la esposa del vicepresidente, que promueve un gran esfuerzo por la salud mental y a largo plazo aquí se anticipan efectos positivos. Por tanto hubo cambios pero nada tan contundente que realmente desencadenara un cataclismo de opinión favorable sobre el Congreso. La preocupación de los ciudadanos era la política, la manera en que la oposición utilizaba la controversia de la salud. Les decían a los ciudadanos que perderían las posibilidades de elección de médico, lo cual demostró ser la primera preocupación. Luego otros ciudadanos se mostraban nerviosos y decían: bueno, después de todo el sistema de atención actual no es tan malo. Mi médico no es tan malo, los servicios que tengo tampoco son tan malos y esta propuesta del Presidente aparece un poco grande.

Segundo: los intereses institucionales. Una de las razones por las que fracasó la reforma fue porque había demasiadas instituciones en Estados Unidos sacando demasiado dinero del sistema sanitario de la forma en que está. En consecuencia no tenían ningún interés en cambiarlo. Ha habido un debate desde 1975 en torno a que las empresas que son muy costosas y que no podremos pagar los servicios. Eso no ha sucedido. Pareció suceder al principio de la reforma, pero al final no fue de su interés económico el pedir un paquete más conveniente con un coste menor. La industria aseguradora es una industria de trescientos mil millones de dólares al año en Estados Unidos y claramente no tiene interés en ver una simplificación o una provisión de seguros menos numerosa.

Tercero: el cambio político. La elección del nuevo congreso con mayoría republicana cambió el panorama porque el énfasis se sitúa en la privatización para delegar en los estados por lo que cualquier actuación proveniente del gobierno federal central es también menos aceptable a partir de las elecciones. Los pequeños cambios que el Presidente ha realizado: algunos ajustes al Medicaid y al Medicare, y algunas reformas de los seguros, se plantearán en el debate de las próximas semanas pero de forma tranquila. Todo se planteará en las negociaciones sobre los proyectos de ley que al final se aprueben; creo que es muy poco probable que anuncie nada que se llame reforma sanitaria hasta después de las próximas elecciones presidenciales de 1996, si es reelecto.

Pregunta 6:

Si los adscritos en este momento al Medicare van traspasando a HMO, uno de los efectos es que entra en cuestión el modelo tradicional, centrado sobre todo de los grandes hospitales, que son referencia en investigación y en docencia, que son en parte también un elemento de prestigio y de proyección para el sistema americano. ¿Tiene previsto la administración central algún tipo de apoyo estos hospitales porque a pesar de que ellos entren en el modelo, creen redes e incluso promuevan HMO, sabemos que esto es económicamente inviable porque el mercado y los precios les hace imposible mantener el nivel de calidad y de excelencia actual?

Respuesta 6:

El efecto de la asistencia sanitaria gestionada sobre los centros hospitalarios académicos es una gran preocupación política y una buena fuente de preocupación en el gobierno federal. El sentir general es que existe tanto como un precio diferencial del 30% entre la calidad eficiente del hospital de la comunidad y el hospital académico. Los centros académicos que funcionan muy bien se acercan probablemente más a un diferencial del 10-15%, hay mucha eficiencia que ganar mediante el cambio de la forma de funcionar con las instituciones del sector terciario y ese cambio se está empezando a producirse de una forma muy lenta.

El debate actual en Medicare y en Medicaid lo hace tan complicado que no vale la pena discutir. Pero existen ayudas que se introdujeron en el sistema Medicare para los centros hospitalarios académicos que les reembolsan enormemente el coste de la formación de los médicos, médicos universitarios, residentes, y existe también lo que se llama educación médica directa, que es una parte del Medicare. También hay otra ayuda introducida en Medicare para la intensidad de casos mixtos en los hospitales universitarios. No está clasificado así, pero es un hecho y forma parte de la retribución de los residentes y luego está lo que se llama el reparto desproporcionado, que es otra ayuda que se desarrolló hace cinco o seis años para ocuparse de los pacientes sin cobertura, muchos de los cuales acudían a los hospitales universitarios de las ciudades, porque los hospitales universitarios tienen tradición de proporcionar atención sanitaria de alta calidad.

Esas ayudas se mantienen en la mayoría de las legislaciones actuales. La sanidad académica ha realizado un importante mercadeo por sus intereses y preocupaciones, tanto para los republicanos como para los demócratas, por lo que pienso que todavía habrá una gran presión sobre ellos para conseguir esas eficiencias, pero no perderán las ayudas que se introdujeron en cualquiera de los planes. De hecho, los republicanos se muestran más liberales en torno a las ayudas que algunos de los demócratas, que algunas de las propuestas del Presidente, pero les quedan muchos cambios por hacer.

El otro sector que está muy preocupado con las HMO es la investigación clínica. Los Institutos Nacionales de Salud están contemplando la repercusión de la asistencia sanitaria gestionada en la investigación clínica porque ahora no se está pagando, no está incluido en las retribuciones; mucho de lo que se está haciendo habrá de hacerse en régimen de consultas externas. Este es un tema para el que no tenemos respuesta, pero es una inquietud política y una preocupación ciudadana.

Pregunta 7:

¿Existe algún estudio posterior al publicado en el año 76 por Dubelière en la revista de indicadores sociales relacionando los determinantes de la salud? (Me refiero a la mención que ha hecho del estudio del CDC del año 90 en el cual se ve las principales causas de morbilidad y qué impacto tienen los determinantes.) ¿Existe alguna estimación del gasto sanitario para cada uno de estos determinantes de la salud?

Respuesta 7:

No lo tengo y pienso que hay dos situaciones a comentar. Una es un estudio reciente que realizó el grupo Healthy People 2000 fuera del gobierno federal que se publicó en 1994 y contemplaba el coste económico de estos otros determinantes que son importantes. Estaré encantada de mandárselo. El otro es que otros hallazgos de ese estudio muestran que por cada dólar que se gasta en el sector sanitario estadounidense, sólo un centavo se gasta en sanidad pública y en prevención a escala poblacional; 99 centavos se emplean en los servicios sanitarios. La salud pública en Estados Unidos tiene como objetivo destinar tres centavos por cada dólar a la salud pública. Están convencidos de que una inversión del 3% del sector sanitario, en salud pública, va a suponer una gran diferencia en la salud global de la población.

Pregunta 8:

Me gustaría pedirle a la doctora Boufford algún comentario sobre la situación de la gestión sanitaria en España.

Respuesta 8:

Decía antes que habiendo estado en Londres tres años trabajando con gerentes españoles, gerentes de hospitales, pienso que en general, los gerentes de los hospitales españoles están en un nivel muy sofisticado y en ciertos aspectos más sofisticados que algunos de sus homólogos británicos. Ustedes parecen estar más abiertos a lo mixto público-privado. Aquí muchos observan a su alrededor. Cuando llegamos a los debates en España, mucha gente ha leído artículos recientes y han escuchado a todos los ponentes y saben lo que sucede con el sistema de las HMO, al menos todos tienen alguna experiencia. No hay nada que comparar con la experiencia del Servicio Nacional de Salud en el Reino Unido porque es todo lo que hay. Por tanto existe

un ambiente más dinámico y en muchas maneras, creo que la gestión sanitaria resulta algo nuevo, una nueva profesión en muchos países. Me parece que está avanzando para la reforma en este país; no hay nada de lo que tengan que avergonzarse en cuanto al ritmo lento antes mencionado.

Creo que cuando se emprenden reformas, una de las cosas que hay que aprender del Sistema Nacional de Salud británico es que hay que ir lo suficientemente despacio para estar seguros de que existe una capacidad de gestión para descentralizar los servicios. Porque poner a funcionar los servicios, no quiere decir que la gente que trabaja ahí sepa cómo gestionarlo. Hemos tenido esta experiencia en Estados Unidos para descentralizar el sistema público; se puede decir que lo que vamos a descentralizar es el personal y esto ha sucedido en la reforma del Reino Unido y todavía no se ha producido porque no tenían a nadie en los hospitales que supiera cómo atender las relaciones, las negociaciones. Nunca lo han hecho, nunca tuvieron que hacerlo; todo lo que han hecho es firmar cheques y emitirlos. Por tanto hay que asegurarse que la capacidad de gestión está ahí antes de pasar a descentralizar a veces eso lleva tiempo y hay tensiones en el sistema público, que pienso es debido a que los políticos quieren resultados rápidos.

*Innovaciones en la gestión
de los servicios sanitarios.
Presentaciones de trabajos
al II Premio MSD*

JOAQUÍN ESTÉVEZ LUCAS

*Director Gerente Hospital General Yagüe
San Sebastián*

ALFONSO PRIETO RODRÍGUEZ

*Director Gerente Hospital Universitario Valme
Sevilla*

EDUARDO MAÍZ OLAZABALAGA

*Director Gerente Hospital de Guipúzcoa
San Sebastián*

ALFONSO VICENTE BARRA

*Director Médico Hospital Clínico Universitario
Zaragoza*

JOSÉ LUIS GÓMEZ BARRENO

*Director Asistencial Empresa Pública
de Emergencias Sanitarias
Málaga*

GABRIEL MASFURROLL LACAMBA

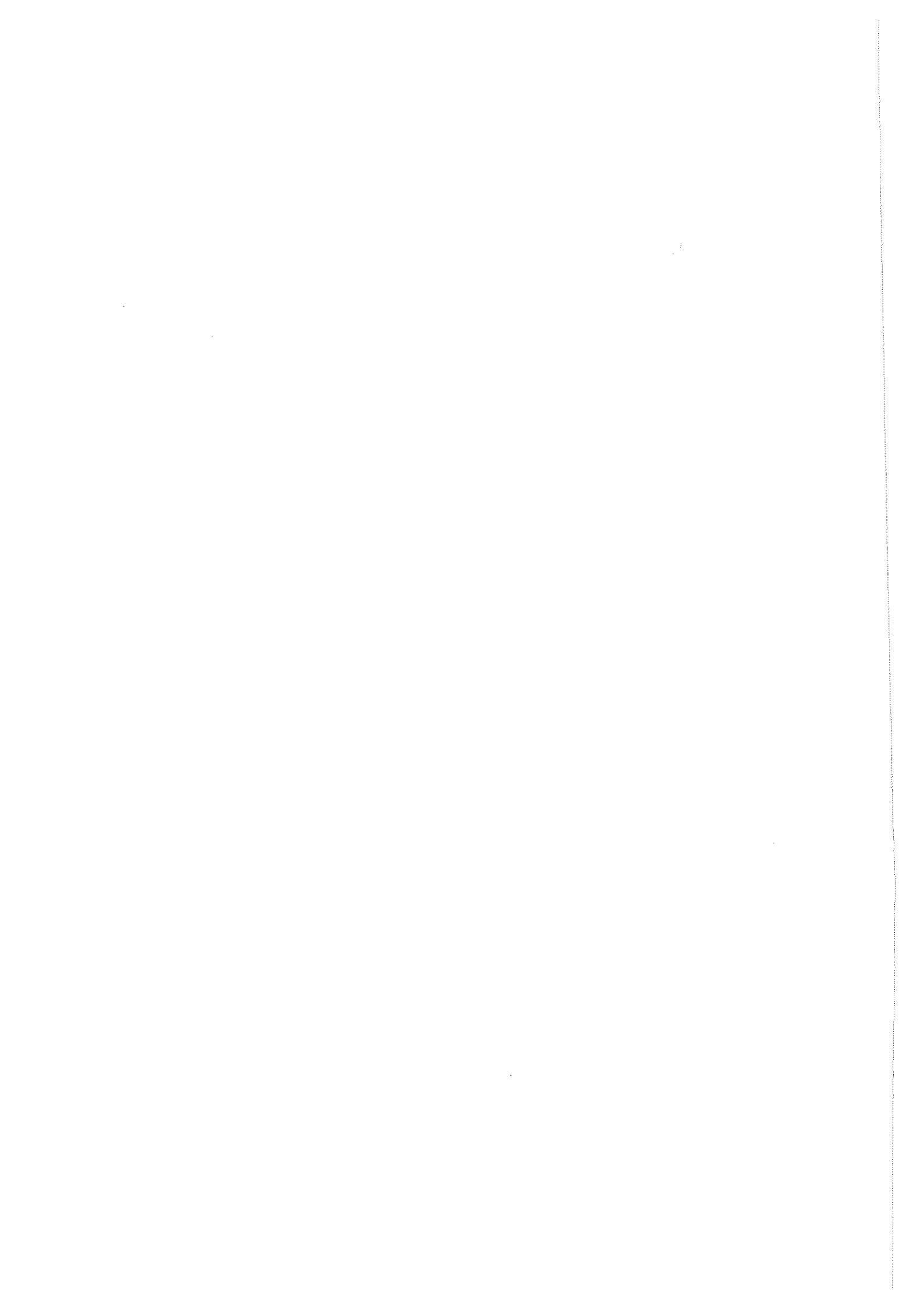
*Director División Hospitalaria Sanitas
Madrid*

JON MUJICA AGINAGALDE

*Director Gerente Hospital Ntra. Sra. de la Antigua
Zumárraga*

JULIA RUBIO FLORES

*Hospital Doce de Octubre
Madrid*



INNOVACIONES EN LA GESTIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS. PRESENTACIONES DE TRABAJOS AL II PREMIO MSD

Moderador: Luis Andrés López Fernández

Luis Andrés López Fernández:

Las presentaciones se van a hacer en el mismo orden que figura en el programa. Sabéis que el tiempo de presentación es de diez minutos por trabajo. No está previsto un debate o un conjunto de preguntas a continuación de cada presentación de trabajo. Sin embargo al final habrá preguntas y debate conjunto sobre los trabajos presentados.

El premio se otorgará mañana, coincidiendo con la sesión de clausura.

PRIMER TRABAJO

CALIDAD Y COMUNICACIÓN EN LA GESTIÓN SANITARIA. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE ARÁNZAZU DE SAN SEBASTIÁN

Joaquín Estévez Lucas

1. Teoría de contingencia

La palabra crisis está cada vez más extendida en nuestra sociedad, forma parte de nuestro lenguaje diario. Solemos referirnos en general a la crisis económica, pero hay una crisis de valores, hay una crisis industrial. Creemos que, en el sector sanitario, la palabra crisis la tenemos que convertir en oportunidad.

Las concepciones clásicas a las que estamos acostumbrados la mayoría de los gestores hacen que dirigir sea una labor en la que el directivo de alguna manera impone criterios, una concepción taylorista del trabajo: el trabajador se limita a cumplir sus funciones. Hay que dar paso a teorías de contingencia en las que se tenga más en cuenta al ambiente y a la persona. El paso de las teorías tayloristas o del modo de trabajar taylorista a las de contingencias será positivo para introducir un cambio en la sanidad, para lograr que tengamos en cuenta cada vez más a nuestros ciudadanos -en este caso a nuestros clientes- tanto el cliente interno (nuestros propios profesionales) como el cliente externo (nuestros pacientes).

2. Plan integral de calidad

Para lograr la calidad total hemos realizado un plan integral de calidad inscrito dentro de nuestro plan de gestión. La descripción de nuestro hospital es la de un hospital terciario de la provincia de Guipúzcoa.

A la hora de confeccionar nuestro plan de calidad, realizamos un análisis de los diversos factores que influyen en el sector salud; los aspectos económicos que hemos mencionado, los factores demográficos con envejecimiento de la población, las bajas tasas de natalidad, la aparición de nuevas enfermedades, el continuo avance de la tecnología y un usuario con un mayor nivel cultural y con mayores exigencias.

3. Marketing, comunicación e imagen

En el análisis, tanto del entorno como del funcionamiento interno de nuestro centro, creemos que introducir la calidad en la gestión debe ser una labor importante de nuestro centro; al mismo tiempo que introducíamos esta política de calidad total, de alguna manera creemos que eran importantes las acciones de marketing, las acciones de comunicación y las acciones de imagen.

Hemos realizado determinadas acciones de marketing dentro del centro; la primera ha sido la elaboración de una guía del usuario que facilite la integración del usuario dentro de nuestro centro.

El objetivo es facilitar esa integración del cliente y proveer información sobre ubicación, funcionamiento, etc. Al mismo tiempo -con la participación activa del servicio de atención al paciente- se elaboran dos encuestas de satisfacción: una inmediata post-alta, y otra a posteriori, en el domicilio aproximadamente veinte días tras el alta.

Otra de las acciones ha sido el facilitar la visita de determinadas personas, facilitar la integración de determinados colectivos dentro del centro, a fin de fomentar una mejora de la imagen del hospital dentro de la comunidad. Para ello creamos la figura de relaciones públicas.

4. Relación con medios de comunicación

Un problema importante en nuestro entorno es que, desgraciadamente, somos noticia -con demasiada frecuencia- en los medios de comunicación, a veces por cuestiones negativas. Necesitamos facilitar la integración de la comunidad con el hospital y para eso es muy importante facilitar el acceso de los medios de comunicación a nuestro centro. La relación con los medios de comunicación, el hacerla de una manera más positiva y más fluida nos ha facilitado bastante la mejora de la imagen externa del hospital dentro del ámbito guipuzcoano.

Otro aspecto importante, ahora que se acercan las fechas, es integrar una campaña coordinada de actuaciones dentro del período navideño que facilite una mejor estancia del paciente, sobre todo del paciente infantil, que no tiene más opción que permanecer en estas fechas dentro del centro. El acercar la Navidad a nuestros pacientes ha sido una labor importante de nuestra unidad de comunicación y relaciones públicas.

5. Servicio de atención al paciente

Hemos reformulado un servicio de atención al paciente, no solamente pasivo como receptor de reclamaciones y quejas, sino con una participación activa, con una presencia constante visitando diariamente a todos los nuevos pacientes de ingreso en el hospital. Se intenta de alguna manera, por una parte, detectar problemas y, por la otra, buscar soluciones; es un esfuerzo por anticiparse a posibles dificultades, de índole social, relacionados con el alta o alguna otra situación.

6. Información al paciente

Una falla de los centros hospitalarios, es la de la información. Información de ubicación (cartelería, señalización), información institucional (qué es el hospital, su misión, sus dificultades, la plantilla, etc.), e información técnico-asistencial. En nuestras encuestas de satisfacción los dos problemas más frecuentes detectados son quejas respecto a la hotelería-hostelería, y quejas respecto a una mala o una carente información. La información técnico-asistencial, tanto al alta como durante el ingreso y tanto al paciente como a sus familiares, consideramos que es una cuestión básica. Estas tres líneas de información (ubicacional, institucional y técnico-asistencial) las englobamos dentro de un plan de mejora de la información, dentro de nuestro plan de marketing, que de alguna manera facilite esa mejor presencia y esa mayor accesibilidad del centro a nuestros clientes. Por otra parte, contribuimos a que determinados colectivos en mayor contacto con nuestros clientes, reciban una mejor formación inicial para facilitar ese trato al usuario.

Cabe destacar la iniciativa de algunos servicios de complementar la información institucional que se da en el centro. Para ello han intentado de alguna manera fomentar el que los pacientes, clientes de ese servicio, conozcan el funcionamiento de los mismos. A título de ejemplo hemos producido la guía de la unidad de enfermedades infecciosas, la de unidad de cuidados intensivos, la de unidad de cirugía que han sido muy bien aceptadas por sus clientes.

Nuestro centro, fue construido hace treinta años y está en período de transformación de parte de sus habitaciones; hay bastantes quejas de hotelería, de tal modo que hemos intentado introducir algunas mejoras.

El índice de lectura de diarios en Guipúzcoa es de los más altos de Europa. Tenemos en el hospital determinados pacientes a los que les es imposible acudir al quiosco de venta del centro; le pedimos a ese quiosco que facilite esa presencia directa en las habitaciones, una mayor accesibilidad en esa venta tanto de prensa, como de libros.

7. Revista de empresa

Las acciones de marketing que hemos descrito se refieren al cliente externo; evidentemente nuestro plan quedaría incompleto si no tuviésemos en cuenta algunas mejoras en la comunicación y en la imagen respecto a nuestro cliente interno.

Creemos que en la sanidad pública muchas veces se carece no sólo de la identidad de servicio de salud, sino de un asumir por parte de los trabajadores la identidad de hospital. La Revista de Empresa nos ha servido de alguna manera para facilitar esa información sobre el hospital a los trabajadores, intentar conseguir una mayor identificación e integración de éstos en el funcionamiento del centro, e intentar de alguna manera formarles en técnicas respecto a la calidad total. Hemos tenido dos fases en la revista: en la primera hemos desligado una cierta información institucional, y en la segunda estamos haciéndola como más institucional de la dirección.

8. Protocolos de los servicios médicos

Los protocolos son práctica habitual en los servicios médicos, pero muchas veces se establecen por una comisión clínica, por un servicio de una manera un poco aislada. Faltaba uniformar los protocolos, editarlos por la propia dirección, avalarlos por la junta técnico-asistencial y difundirlos tanto en nuestro hospital como en centros de salud o ambulatorios. Ésta ha sido una labor interesante, incluso a la hora de reconocer la labor de los profesionales que lo han elaborado, pensando que algunos de los ejemplos que aquí ponemos están hechos por médicos internos residentes. La edición de protocolos ha sido otra de las funciones de la unidad de comunicación y relaciones públicas.

9. Manual de acogida de nuevo personal

Hasta ahora, al igual que en otros muchos temas, la dirección de enfermería era la más estructurada en cuanto -entre otras cuestiones- a los protocolos de acogidas de nuevas incorporaciones de personal. Nos ha parecido importante que todo el personal de nueva incorporación al centro tenga un protocolo, un manual de acogida que de alguna manera le dé información sobre cómo es el centro y facilite su integración.

10. Fomento de la educación continuada

La educación continuada la creemos básica, ya que exigimos mucho a nuestros profesionales. La sanidad es el sector donde los profesionales realizan un mayor esfuerzo de autoformación; creemos que las direcciones deben fomentar aún más esa educación continuada de nuestros profesionales. Hemos centrado gran parte de nuestras acciones de educación, en capacitar en gestión a nuestros mandos intermedios: los jefes de servicio.

11. Participación en la memoria del hospital

Todos los hospitales elaboran la memoria. En nuestro caso hemos fomentado el "desinstitucionalizar" la elaboración de la memoria por la propia dirección, mediante la participación -en su elaboración- de distintos profesionales para dar a conocer la actividad de ese hospital, tanto dentro como fuera. La participación de un modo coordinado en su elaboración de un grupo multiprofesional ha sido un éxito dentro de nuestras acciones de marketing.

12. Organización y participación a congresos

Los médicos tenemos bastante costumbre de asistir a congresos, pero de alguna manera asistencia se realiza de un modo aislado por parte del centro. Nuestra unidad de epidemiología y la unidad de relaciones públicas han contribuido a fomentar esa organización de congresos, esa participación de los profesionales, tanto en los aspectos científicos como en los aspectos logísticos. Esto ha sido bien aceptado por los profesionales.

En conclusión: creemos que mejorar la comunicación y la imagen dentro de una política de calidad total es positivo para lograr un mayor acercamiento de nuestros profesionales a la dirección. Las culturas clínica y de gestión han sido causa de conflictos y de fracasos de los gestores sanitarios públicos en la década de los 80 y la que llevamos de los 90. En consecuencia nos ha parecido importante introducir técnicas como el plan de marketing dentro del plan estratégico con lo cual ha aumentado la satisfacción de nuestros clientes, tanto internos como externos. Creemos firmemente que no solamente hay que hacer bien las cosas sino que hay que hacerlas saber.

*SEGUNDO TRABAJO***CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA EN EL ÁREA HOSPITALARIA.
HOSPITAL DE VALME DE SEVILLA***Alfonso Prieto Rodríguez*

¿Por qué un trabajo sobre cirugía mayor ambulatoria -tema ya reiterado en congresos y en jornadas técnicas- se presenta a un premio de innovación? Porque, a pesar de que se ha hablado mucho de cirugía mayor ambulatoria en el país y especialmente en Andalucía, los resultados no nos permiten estar muy satisfechos. En este tipo de escenarios casi siempre se cuenta las excelencias y los buenos indicadores; por mi parte creo que es bueno de vez en cuando hacer un sano ejercicio de autocrítica.

El Ministerio de Sanidad y Consumo, realizó una encuesta en 1993 en todo el Estado Español sobre la cirugía mayor ambulatoria (CMA). Gracias a D. Francisco Sevilla y a la Consejería de Salud de Andalucía que me han permitido explorar la base de datos, les puedo presentar hoy, datos fidedignos sobre este apasionante tema.

En el año 1993 había en Andalucía 17 hospitales públicos que desarrollaban CMA, con un total de 9.712 procesos. En el año 1994 hay 28 hospitales involucrados y 20.075 procesos. Pero los índices de resolución siguen siendo todavía bajos, la heterogeneidad en las respuestas es la norma y hay ausencia de una estrategia hospitalaria planificada para la cirugía mayor ambulatoria.

El Servicio Andaluz de Salud, desde el principio apostó muy fuertemente por el desarrollo de la cirugía mayor ambulatoria en nuestra comunidad autónoma desde servicios centrales. Se confió un alto porcentaje en la productividad de los directivos ligado a los resultados de cirugía mayor ambulatoria. Se sobrevaloró intencionadamente, en la escala de valoración andaluza la cirugía mayor ambulatoria con 10 puntos, con gran diferencia con otras modalidades asistenciales, y su repercusión en la cuenta de resultado final. Los resultados han mejorado, pero no nos permiten la autocomplacencia, ni mucho menos la auto-satisfacción.

Voy a poner tres ejemplos rápidos de enfermedades prevalentes:

1. Hernia de pared abdominal. Hay 17 hospitales andaluces que hacen hernia de pared abdominal por CMA. De ellos ocho tienen un índice de resolución menor del 10%, cuatro entre el 10% y el 35% y cinco mayor del 35%. Sólo uno supera el 50% en el índice de resolución.
2. Cataratas. Enfermedad de menos dificultad organizativa en la implantación de la CMA. Sólo hay un hospital en la comunidad autónoma que tiene un índice de resolución aceptable, un 80%. Ocho de ellos están por debajo del 20%, tres entre el 20% y el 40%, y cinco superiores al 40%.

3. Amigdalectomía. Aquí pasa algo parecido, y eso que se juntan con los adenoides. Hay 20 hospitales en Andalucía que hacen amigdalectomías y adenoidectomías en cirugía mayor ambulatoria; de ellos nueve están por debajo del 50%, 4 entre el 50% y el 70% y 7 por encima del 70%.

El trabajo recoge la descripción del modelo organizativo que hemos implantado, con un análisis de costes, a mi modo de ver riguroso; pero por la brevedad del tiempo de exposición voy a pasar directamente a las conclusiones.

Primera, la que nos parece más importante: La práctica de la cirugía mayor ambulatoria es una estrategia importante de modificación en la provisión de los servicios sanitarios. Esta modalidad requiere de la información precisa y clara al paciente sobre su padecimiento y sobre todos los aspectos técnicos relacionados con su tratamiento y evolución, así como la necesidad de que confirme expresamente la aceptación del mismo.

Segunda: La satisfacción del usuario, la atención personalizada, la simplificación protocolizada de procesos diagnósticos terapéuticos y la selección rigurosa de pacientes son elementos fundamentales para la implantación y consolidación de la CMA. En este punto agradecemos a todos los gerentes andaluces, por su tan alta tasa de respuestas, un 95% a la encuesta para asegurar que la fiabilidad de los datos que les he expuesto fuera la más correcta posible. Estas conclusiones están basadas en la totalidad de los hospitales andaluces.

El área de Valme está en primera posición en cirugía mayor ambulatoria de todos los hospitales andaluces. Tenemos un índice de resolución medio del 65,58%. Referido a los tres procesos anteriormente descritos: en la hernia inguinal 77%, en cataratas 80% y en amigdalectomías el 86%.

Hace un mes tuve la fortuna de estar en una mesa redonda en el Congreso Nacional de Cirugía Mayor Ambulatoria con el profesor Jarret, cirujano responsable de la implantación del CMA en el Reino Unido; con gran satisfacción pude comprobar que el Hospital de Valme, en España, tenía el 77% de índice de resolución en hernia inguinal frente a un 71% en el Reino Unido. No podemos decir lo mismo de otro tipo de procesos y de otras especialidades donde el Reino Unido, con ocho años de adelanto con nosotros, presenta resultados mejores.

El incremento de la actividad productiva, la modificación de los perfiles en la asignación de recursos, la no necesidad de camas hospitalarias configuran a la CMA como un potente instrumento para la disminución de la lista de espera quirúrgica. La CMA ha permitido una reducción clara de las listas de espera. En el año 1990, la hernia inguinal en nuestro área, una vez que la lista de espera estaba depurada administrativamente, tenía 240 pacientes con una demora media de 278 días. En 1995 hay 68 pacientes y con una demora media de 26 días, lo cual es aceptable desde el punto de vista técnico y social.

La implantación de la cirugía mayor ambulatoria en Valme ha operado sobre supuestos muy concretos: revisión de los procesos productivos; no contratación de nadie nuevo; racionalización de los recursos; reducción de costes aumentando la actividad por desplazamiento a quirófanos con menos coste de estructura; simplificación de pruebas preoperatorias; desplazamiento de recursos humanos de otras áreas a CMA; cierre de 15 camas para poder tener recursos para implantar esta nueva modalidad asistencial, etc. El objetivo del trabajo no era puramente económico, pero ahí hay unos datos. Por ejemplo la hernia inguinal, que hemos monitorizado mejor en nuestra área, con cirugía convencional sale 2,75 veces más cara que la de cirugía de día, fundamentalmente en base al 60% que supone la hospitalización y al 30% de incremento de costes del bloque quirúrgico.

¿Cuál es el futuro de la CMA? Pensamos que la cirugía mayor ambulatoria en nuestra área ha cambiado radicalmente la actividad quirúrgica. A partir de ahora la actividad quirúrgica en nuestra área no volverá a ser nunca como antes. Se han modificado protocolos, se han reducido pruebas, se ha personalizado la atención al paciente; los profesionales que tienen que ejecutar esos programas están tremendamente implicados y han sido los líderes de su desarrollo, lo que garantiza que los cambios sean difícilmente reversibles. Próximamente nos reuniremos con el gerente del hospital más grande de Andalucía, el hospital Virgen del Rocío, para analizar la competencia entre los hospitales y potenciar la sinergia. Vamos a especializarnos en CMA; profesionales del Virgen del Rocío y del Virgen de Valme trabajarán conjuntamente en la unidad de CMA, que esperamos sea la unidad de CMA metropolitana de Sevilla.

Más allá de las dificultades, de la crisis de nuestro sistema sanitario la cual genera muchas incertidumbres, de la crisis política, debemos aprovechar también las oportunidades de cambio y de innovación, como la CMA.

TERCER TRABAJO

EL MODELO EUROPEO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD TOTAL. HOSPITAL PROVINCIAL DE GUIPÚZCOA

Eduardo Maíz Olazabalaga

Iniciaremos esta presentación con una pregunta: ¿cuál ha sido el proceso que ha vivido el Hospital de Guipúzcoa en relación al modelo europeo de gestión de la calidad total?

El Hospital de Guipúzcoa, situado en Donostía, San Sebastián, tiene 271 camas. Es un hospital comarcal, con una población de referencia de 150.000 habitantes; como hospital general tiene 65 camas psiquiátricas -son todas las camas psiquiátricas de agudos de la provincia- con una población de referencia de 629.000. No tiene servicios de pediatría ni de tocoginecología.

Los hospitales enfrentan un conjunto de retos: el incremento de las expectativas de los clientes internos y externos; una mayor eficiencia de los recursos disponibles en un marco de recursos limitados; la introducción de herramientas de gestión avanzada; la calidad total como herramienta correcta para la mejora continua; la participación de los profesionales que trabajan en nuestros centros en la reingeniería de procesos; el hacer cada vez mejor y pensar mejor cada vez; el tener organizaciones mucho más flexibles frente a un entorno cambiante y competitivo; la participación del profesional como el auténtico líder de calidad en nuestros centros.

En el año 1993 el hospital se encontraba en una situación en donde realizaba bastantes actividades. Tenía un sistema de información en desarrollo y estaba preocupado por la satisfacción de los profesionales; había un plan integral de calidad; estaba trabajando en la dirección por objetivos, como los planes de gestión anuales; tenía claro la necesidad de hacer un plan estratégico; se daba cuenta que el proceso asistencial de los clientes y su análisis, su trabajo, su desarrollo es un elemento clave de desarrollo para los próximos años; y se daba cuenta también de que la satisfacción del cliente era un elemento clave.

Había que desarrollar todos estos elementos clave, por ser básicos desde el punto de vista organizativo en un entorno dinámico positivo y dentro de un marco estratégico en la propia comunidad autónoma. Tenía, por un lado, la reforma del *Osasuna Zainduz*, es decir, la reforma estratégica de la sanidad vasca; teníamos la propia reforma de la administración pública, a través de un documento que se llama *Coramen*; la filosofía de la calidad total era un elemento que aparecía en todas las organizaciones empresariales de la comunidad autónoma; se había creado en la comunidad autónoma una fundación vasca para la calidad total; la propia Consejería de Industria, a través de la ASPRI, que es una sociedad de promoción industrial, había desarrollado un curso y un plan de formación para las pymes sobre la gestión de calidad; en definitiva, todo lo que nos rodeaba desde el punto de vista del marco estratégico en la comunidad autónoma nos hablaba de desarrollar la calidad total.

Esto era el entorno en que nos encontrábamos. El propio hospital había empezado un proceso de desarrollo interno con el plan integral de calidad. Pero nos dimos cuenta que necesitábamos analizar mucho más en profundidad cuáles eran los problemas del centro. A través de varias jornadas de trabajo, el 100% de los mandos intermedios, incluidos jefes de servicio médicos, supervisoras y jefes administrativos de compras, etc., realizamos unas jornadas en donde hicimos un análisis estratégico de cuál era la situación, cuáles eran los problemas fundamentales que tenía el hospital y qué medidas concretas era necesario desarrollar a futuro.

De estas reuniones salieron una serie de ideas de mejora que acabamos entroncándolas con el modelo europeo de gestión de la calidad total que es de lo que vamos a hablar ahora.

El modelo europeo, está promovido por la Fundación Europea para el Desarrollo de la Calidad, el FQM; en Euskadi está desarrollado por la ASPRI y también la propia Fundación Vasca de Calidad.

Las ideas básicas de este modelo son la participación de los profesionales, como elemento clave, de la mejora continua, y la autoevaluación como sistema clave de desarrollo y mejora de las cosas que se realizan en un hospital. También tiene otro elemento clave, como veremos después, que busca un modelo equilibrado de desarrollo del hospital. Los principios en los que se basa son: estrategia, liderazgo, clientes, participación de las personas, mejora continua de todos los procesos de actividades del hospital, herramientas, procesos, indicadores, eliminación del despilfarro, organización y -en definitiva- calidad.

El modelo se basa en un esquema de dos partes diferentes: a) por un lado la parte correspondiente a los agentes, que sería qué cosas se mueven dentro del hospital con las cuales vamos a hacer que se produzcan; b) por el otro, los resultados. A los agentes se les va a dar un 50% de peso específico en el desarrollo del centro, y a los resultados otro 50%.

Dentro de cada uno de esos elementos, el punto de agentes tienen extraordinaria importancia en la gestión de procesos como uno de los elementos claves a analizar y a desarrollar; el segundo en importancia es el liderazgo. También tiene en cuenta la definición de la política estratégica que tiene el centro; habla de la gestión de recursos humanos como otro elemento clave de desarrollo del propio hospital, y habla, además, de los recursos en general, económicos, sistema de información, materiales, inversiones, etc. Lo más importante de esto es la gestión de los procesos.

Todo este conjunto de elementos y de agentes intentan conseguir resultados. Se da extraordinaria importancia no tanto a los resultados del negocio, sino a la satisfacción de los clientes. En segundo lugar sería el resultado del negocio, después la satisfacción de las personas y el impacto social.

¿Para qué nos sirve esto? Nos sirve para varios elementos: pues detrás de cada una de estas cosas hay bastantes preguntas. Por ejemplo: ¿qué estamos haciendo desde el punto de vista del liderazgo en el centro? Cada una de estos elementos va a desarrollar áreas de mejora. A nivel del liderazgo, ¿cómo se compromete el equipo directivo?; pero no solamente el equipo directivo o la alta dirección, sino ¿cómo se compromete un jefe de servicio o una supervisora de una unidad de enfermería? ¿Está implicado en la calidad del centro, en la calidad total? ¿Cómo se comunica verticalmente con su gente? ¿Realmente es capaz de transmitir los mensajes como líder? ¿Desarrolla o favorece la autogestión del servicio? ¿Favorece el trabajo en equipo y la participación? ¿Se reconocen los esfuerzos que se hacen? ¿Qué actividades de promoción se realizan en calidad fuera de la organización? Como veis son preguntas que en definitiva son áreas de mejora posible a desarrollar.

Este enfoque permite que a nivel de desarrollo de objetivos para el año 1996, en estos momentos todas las divisiones del hospital trabajan coordinadamente haciéndose las mismas preguntas. Además, el modelo favorece la participación de los grupos de trabajo. En estos momentos hay en el hospital trabajando varios grupos: el de análisis de motivación; el de farmacia y unidosis. El hospital llevaba intentando montar la unidosis durante varios años, sólo tenía la mitad, y simplemente con montar un grupo de trabajo que ha funcionado durante cuatro o cinco meses han conseguido montar la unidosis en todo el hospital, han mejorado el funcionamiento interno del propio servicio de farmacia, ha incrementado el número de servicios que prestaba farmacia y la gente está trabajando mucho más contenta. Esto significa, que se han producido saltos cualitativos.

Otros grupos trabajan en admisión, trabajan en archivos, trabajan en los servicios, y quizás en estos momentos al que más importancia estamos dando es al grupo de autogestión. Uno de los problemas claves que nos planteábamos era qué entendían nuestros profesionales como autogestión, y les hemos estado preguntando, estamos utilizando la metodología del *Workshop*, de trabajar una semana entera ocho horas, y de preguntarles qué piensan sobre el tema y que desarrollen ideas y contenidos para ello.

No solamente sirve por lo tanto para tener un diseño estratégico del hospital, no solamente sirve para desarrollar objetivos en cada uno de los servicios, no solamente sirve para que los grupos de mejora estén integrados en un plan común, sino que también sirve para hacer evaluación, ya que esto no tendría mucho sentido si no fuésemos capaces de autoevaluarnos. Aquí están los resultados de la evaluación del hospital en junio de este año 95; es la primera evaluación que hacemos, los agentes que entran y la puntuación. El liderazgo, el 54 de 100; en política de estrategia estamos en el 40 de 80, etc.

Es un sistema relativamente complejo (evaluarnos nos llevó a cada una de las personas que lo hicimos 22 horas de trabajo personal), pero nos permite ir avanzando desde un punto de vista amplio en lo que sería la propia organización del hospital.

En definitiva pensamos que si conseguimos que la calidad impregne a toda nuestra organización, si conseguimos la vinculación del personal, si conseguimos introducir herramientas de gestión empresarial, probablemente conseguiremos que este árbol siga creciendo frondoso y verde como suelen ser los árboles del norte.

CUARTO TRABAJO

**SISTEMA DE INCENTIVACIÓN A MÉDICOS BASADO EN LA
PRODUCTIVIDAD Y EL COMPROMISO CON LOS OBJETIVOS.
HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESÁ
DE ZARAGOZA**

Alfonso Vicente Barra

El desarrollo del sistema de información del hospital surgió de la necesidad de buscar un método que sirviera para evaluar los servicios de una forma objetiva y así poder repartir productividad variable entre los médicos del hospital.

Hicimos un pequeño trabajo los diez del grupo de gestión del hospital (los subdirectores médicos, el director médico, la directora de gestión, etc.) en el que se les puso un sencillo test de cuatro *items* que iban desde muy bien, bien, mal o regular, y un listado de todos los servicios del hospital. Cada uno relleno su *item*, y nos dimos cuenta que un 25% de los servicios (había algunos directivos que llevaban muchos años en el hospital), unos los consideraban muy buenos y otros incluso malos; había los cuatro *items* de diferencia, y esto dio lugar a que necesitáramos desarrollar el sistema de información.

Hicimos un trabajo exclusivamente de desagregación: el Insalud hace un contrato programa con el ministerio, el Insalud desagrega ese contrato programa, lo pacta con los hospitales, me dan un contrato programa que yo pacto con Insalud; luego debo desagregar el contrato programa entre los diferentes servicios. A continuación empezó el trabajo que tratábamos de introducir en el sistema de información, y que fue desagregar todo el contrato programa de cada servicio en *items*, y que esos *items*, a través de una ponderación tuvieran un resultado que fuera numérico y que fuera un método sencillo.

Dividimos en cinco partes el trabajo: a) los objetivos prioritarios de cada servicio; b) los objetivos de calidad; c) la productividad-actividad del servicio; d) la participación en programas específicos; e) el compromiso con los objetivos generales del hospital.

Dividimos en tres grupos fundamentales: servicios médicos, servicios quirúrgicos y servicios centrales. ¿Por qué en tres grupos? Porque los sistemas de información de los hospitales no son iguales en estos grupos: los servicios quirúrgicos tienen un sistema de información bastante aceptable, los servicios médicos un poco peor y los servicios centrales bastante peor, porque son más difíciles de medir.

Luego iniciamos la consecución de *items*. Había servicios que tenían 16 ó 18 *items* que iban desde cosas muy sencillas que nos interesaban, hasta cosas muy complicadas. Por ejemplo había, dentro de los objetivos prioritarios, la firma del contrato

programa que para nosotros era muy importante: sólo firmaron el 75% de los servicios. O la lista de espera quirúrgica, que para nosotros era importante, que la dividimos en dos grupos: aquellos que tenían más de seis meses, aquellos que tenían menos de seis meses, y en unos analizamos el descenso de la lista de espera y en otros la demora máxima; luego le dábamos una serie de puntos dependiendo de los porcentajes que habían conseguido.

Items tan básicos como la estancia media, la demora en primeras consultas, o el manual de funcionamiento, ya lo tuvieran hecho o no lo tuvieran hecho, manual de funcionamiento de los servicios acusaban un desarrollo desigual. Como sabéis, en casi todos los hospitales hay manuales de funcionamiento hechos en los servicios pero no se ponen en marcha. Entonces cambiamos los que había hechos, o hicimos hacer nuevos a todos los que no lo tenían.

Los objetivos de calidad eran, por supuesto, los básicos de todo el sistema que nos los pasan anualmente, horario y lugar de información a los familiares, informes de altas en las consultas a los pacientes, asignación médico-paciente, consentimiento informado, protocolos que se utilizan, primero viendo todos los protocolos y después evaluándolos en el segundo semestre, notificación del parte de quirófano al menos con 48 horas, o el seguimiento del protocolo de quimioprofilaxis quirúrgica, etc.

Había también indicadores de actividad y de rendimiento quirúrgico y lista de espera, estancia media preoperatoria, índice de suspensión de cirugía programada, índice de ocupación, con estancia media incorrecta o correcta, etc. Luego había los índices de consultas primarias sucesivas; había programas específicos, programas que proponía la dirección, programas propuestos por los servicios, en general eran programas de eficiencia, debido a la descentralización (estamos en proceso de descentralización, poco a poco, pasando por un período de información, etc.). Hicimos programas de eficiencia en prótesis, en farmacia, en fungibles, etc.; luego teníamos una serie de puntos de valoración subjetiva en los que iban algunas cosas que hemos modificado para los años siguientes.

A estos objetivos -que iban en cinco grupos- les dábamos una ponderación, de manera que sumábamos los puntos de los servicios y a cada grupo le dábamos un porcentaje. Lógicamente para los servicios quirúrgicos la lista de espera quirúrgica era del 15%; esto no tenía ningún valor en los servicios médicos; en los servicios quirúrgicos la estancia media tenía un 2% de valor, y en los médicos un 15%, puesto que es mucho más importante, para nuestro hospital, aplicar estos *items* diferentemente, ya sean médicos o quirúrgicos.

Lo mismo los objetivos de calidad, con una ponderación: el grupo primero de objetivos prioritarios tenía un 30%, el grupo segundo tenía un 15%, el grupo tercero, que eran los indicadores de actividad, tenían un 25% en los quirúrgicos y un 20% en los servicios médicos, y los programas específicos tenían un 15%.

Quedaba aparte la valoración subjetiva que en los servicios quirúrgicos, puesto que tenemos un mejor sistema de información, era solamente del 15% y en los servicios médicos del 20% porque los sistemas de información son peores. Esta última parte la hemos modificado bastante en este último año para el año que viene, después de bajar lo que es la descentralización y la aplicamos más a lo que es el resultado económico del servicio. Por ejemplo los datos que pasamos mensualmente a todos los servicios en estos aspectos suelen relacionarse con los costes; les damos mes a mes los costes, la previsión anual de los costes, y cómo se han reflejado los programas que se han propuesto para ello.

Esto ha tenido varios resultados. En primer lugar, algo mucho más importante que el mero *ranking* (porque trimestralmente tenemos un *ranking* de servicios por puntos, un *ranking* de servicios médicos, un *ranking* de servicios quirúrgicos y un *ranking* de servicios centrales; esto ha servido para que tengamos un sistema de comunicación con los servicios que nos obliga a tener como mínimo seis reuniones al año con ellos (no estamos todo el equipo directivo, pero por partes). Lógicamente todo esto lo hemos introducido en el sistema de información y se ha establecido una estructura de comunicación. Creo que es muy importante hacer programas que se estructuren dentro del hospital y que sirvan para que todo el mundo sepa cómo progresa la institución.

En segundo lugar hemos conseguido que exista un lenguaje común entre el equipo directivo y los médicos.

Este método de información lo hemos pasado a los servicios y lo conocen; todos tienen una copia, y ha servido para calmar el nerviosismo natural de un enfoque de cambios.

El método no está totalmente aceptado en el hospital y tiene sus detractores. De todas maneras este método de ponderación sirve para conocer los objetivos de los servicios y además sirve para repartir el dinero. Hacemos tres bolsas con la cantidad que queremos repartir y compiten los servicios de cada grupo entre ellas, según el número de puntos que han sacado. El punto tiene un precio, se multiplica por los puntos, el que más puntos tiene lógicamente detrae dinero del que menos puntos tiene. A los jefes de servicio le damos el máximo; yo me quedo una bolsita que la añado a los jefes de servicio. Se reparte una bolsa por servicio; si el jefe reparte igualitariamente le retiro el incremento de la bolsa y lo dejo con el máximo de los de a pie. Si el jefe de servicio reparte diferente se le deja esa cantidad.

¿Qué pasó durante este año? Hemos seguido haciendo las evaluaciones trimestrales; ahora al finalizar el año repartiremos dinero. En este sistema que nos movemos nada es seguro, sobre todo en lo referente al dinero; el primer crédito que había de productividad variable fue retirado, como sabéis, después de la huelga y se repartió el dinero linealmente lo cual fue verdaderamente triste. Nuevamente este año se ha anunciado en los presupuestos que vamos a tener productividad variable. De todos modos este método ha servido para profundizar en un montón de situaciones.

Para finalizar voy a leer simplemente las conclusiones. Este método permite evaluar con parámetros objetivos hasta el 80% de lo pactado anualmente. La subjetividad va aumentando de forma progresiva desde los servicios quirúrgicos, pasando por los médicos, hasta alcanzar el mayor grado en los centrales, de acuerdo con la dificultad en la medición del producto en las diferentes unidades. Con el conocimiento previo del sistema de evaluación por todos los implicados se consigue una mayor unanimidad en la aceptación de los resultados. Este método permite la variación de los pesos asignados a cada parámetro o grupo de parámetros en dependencia de las características del hospital.

Cualquier hospital puede recoger este método, adoptar o cambiar los porcentajes que el equipo directivo en el que yo estoy le ha dado y poner otros porcentajes diferentes que le sirvan más. De hecho ya hemos cambiado porcentajes para el año que viene.

La aplicación de este método, con el tiempo y con recursos suficientes, nos permitirá conocer si se producen efectos como los enunciados en los objetivos. O quizá otros no esperados, como por ejemplo variaciones en la actitud de los profesionales ante la medición de resultados de su trabajo y otros factores que modifican el poder del sistema y de la práctica de incentivos.

QUINTO TRABAJO

LA EMPRESA PÚBLICA DE EMERGENCIAS SANITARIAS

José Luis Gómez Barreno

¿Cuáles han sido las líneas estratégicas de gestión y organización de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias? ¿Qué ha sucedido en el corto período de tiempo que llevamos?

Empresa Pública se crea por la Consejería de Salud en el año 1994, enmarcada dentro del Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias con la finalidad de proveer la atención a la urgencia con peligro vital. Se crea una empresa pública, en un intento de permitir una mayor autonomía de gestión, transferir riesgos a los decisores, responsabilizar de la financiación a los profesionales sanitarios y descentralizar los derechos y los rendimientos residuales de decisión y control.

¿Cómo nos planteamos inicialmente la estructura de control? La Consejería de Salud establece un contrato programa que firma juntamente con el consejo de administración de la empresa, y ese contrato programa, a través de la dirección-gerencia de la empresa y a través de la estructura central, se transmite a los diferentes servicios provinciales mediante un plan de objetivos anual o plurianual.

En el contrato programa hay fundamentalmente dos hechos a destacar: Un primer aspecto es la financiación, que en un principio se adopta en base a costes históricos. Esa financiación pasará en el año 1996 a un per cápita anual autonómico ligado al PIB, con el fin de evitar en un futuro planteamientos incrementalistas.

Del mismo modo la actividad, es decir, la producción, también se basa en datos históricos. A lo largo del 95 y 96 se está desarrollando lo que es una cartera de servicios con nuevas líneas de productos. Al margen de la financiación establecida, como acabamos de describir, hay una financiación adicional que es toda aquella que provenga de asistencia y prestación de servicios a terceros no financiados por la Consejería de Salud.

Desde el punto de vista organizativo, ¿qué estamos formando? Existe fundamentalmente una estructura central, que reside en Málaga, y ocho servicios provinciales, cada uno en una de las provincias andaluzas. Cada servicio provincial está constituido por un centro de comunicaciones de alta tecnología, en el que existe una matriz de conmutación que permite integrar la llamada del ciudadano a través de un número de demarcación reducida 061 con señales mensafónicas, telefónicas e informáticas en comunicación directa con cada uno de los equipos de nuestras UVI móviles y de los equipos aéreos. A final del año 95 terminaremos con la implantación de los servicios en Cádiz y Jaén, con lo cual, toda la comunidad andaluza dispone de los equipos de emergencia.

¿Qué características tiene la estructura? La dirección-gerencia por una parte asume funciones de regulación y de control, es decir, define fundamentalmente cuál es la población de cobertura, cuáles son los precios a terceros, cuál es la fijación del presupuesto actual, etc. Los diferentes centros provinciales actúan como centros de responsabilidad de costes operativos y llevan a su cargo todo lo que es la gestión operativa de cada una de las provincias.

En cuanto al control presupuestario la estructura central, como toda empresa, establece una cuenta de resultados global, establece un balance, un flujo de fondos, un presupuesto de tesorería. La dirección de los servicios provinciales lleva a su cargo una cuenta de resultados provisional con un seguimiento a lo largo del año.

Entramos en el control de la actividad. ¿Cómo controlamos la actividad? La actividad se controla en base a un cuadro de mandos, que se envía mensualmente por cada uno de los servicios provinciales, y lo recibimos también con carácter acumulativo, y en el que vienen reflejadas toda una serie de variables que no son ni más ni menos que los diferentes objetivos que se ha firmado con ellos y con cada uno de los servicios provinciales. Dentro de toda esta serie de variables, la empresa elige 6 de ellas como estratégicas o de vital importancia: a) unos son directamente relacionados con calidad percibida por el usuario, como sería por ejemplo satisfacción del usuario y tiempo de respuesta; b) otro es calidad técnica, que sería la codificación diagnóstica y sería el índice de emergencias no detectadas; c) otro puramente económico es el cobro a terceros.

Merece la pena destacar la gran preocupación de la empresa por los profesionales. De los profesionales queremos destacar aquí dos aspectos: uno es el hecho de la participación real de los profesionales a lo largo de diez comisiones formadas en la empresa, en las que ellos, como técnicos y expertos, discuten acerca de tecnologías operativas en determinados dispositivos, incluso vestuario, y aunque no tiene una capacidad decisoria sí es de una fuerza a tener en cuenta por la dirección-gerencia.

La empresa, aparte de la asistencia, tiene que utilizar continuamente tecnología de comunicaciones, la cual cambia progresivamente. Necesitamos estar en la vanguardia de la comunicación. En este sentido, queremos destacar la línea de investigación, en especial el proyecto *Héctor* de la Unión Europea en el que participan 14 empresas y 9 países. Se trata de anticipar y establecer cuáles serán las líneas de la emergencia en Europa para el año 2000. El presupuesto es de 3 millones y medio de ecus.

En un intento de diversificar las líneas de actuación y no quedarnos solamente con la asistencia a la emergencia, hemos desarrollado también diversas actividades. En este sentido se plantea transporte de pacientes críticos a nivel nacional e internacional. Equipos de emergencias sanitarias han actuado también mediante convenios con compañías privadas. Hemos hecho a lo largo del año 15 dispositivos de riesgo previsible, cubriendo a más de 2 millones de personas. Estamos en la Unión Europea, en el registro ECO, para formar parte de los equipos de activación inmediata en cualquier parte del globo, y por otra parte estamos también en el registro *DACON* europeo de la consultoría sanitaria para la Unión Europea.

La estructura retributiva es un aspecto de enorme interés. Quisiera destacar únicamente la parte variable que existe de la estructura retributiva. Todos los profesionales tienen una parte variable de su retribución que puede variar un 7% en un auxiliar administrativo, hasta la máxima variabilidad de un 40% en el directivo de alto nivel. Esto quiere decir que cualquier profesional de la empresa tiene una parte variable, proporcionalmente más alta a medida que aumenta su responsabilidad.

¿Cómo integramos o como hacemos esta parte variable? ¿Cómo lo modelizamos? Lo modelizamos fundamentalmente a través de una política de incentivos, en la que distinguimos tres aspectos. El incentivo tipo A, que es el primero que ponemos aquí y que está directamente ligado con la actividad. Es decir, se forma una bolsa global de incentivos, existe un sistema torneo de competitividad entre los diferentes servicios provinciales y, en base a unas variables objetivos estratégicas, a unos objetivos de los servicios provinciales, a unas curvas y funciones de valor y a unos resultados obtenidos, cada servicio provincial opta a una parte de esta bolsa de incentivos.

El incentivo tipo B contempla fundamentalmente aquellos aspectos no integrados en el incentivo tipo A, es decir, aspectos de excelencia e innovación. Es una cuantía menor, aunque importante. Es discrecional de la dirección-gerencia a propuesta de presidentes de comisiones, directores de servicios provinciales y subdirectores.

El incentivo tipo C, que hace partícipe de la eficacia en gestión presupuestaria tiene dos aspectos: primero, lo que se valora es la utilización eficiente de recursos de cada servicio provincial según el presupuesto marcado; segundo, se valora la capacidad para generar nuevas fuentes de recursos, es decir, nuevas líneas de actuación y fuentes adicionales.

Cuando existe un balance neto positivo, o sea, una cuenta neta positiva, se reparten los servicios provinciales con arreglo a los porcentajes. Cuando existe una cuenta negativa en un servicio provincial -cosa que afortunadamente no ha ocurrido todavía, ni esperamos que ocurra- se produce una absorción de ese déficit por parte de los incentivos del servicio provincial, y si no fuera suficiente iría a incentivos de la estructura central de los directivos. Se han repartido este año 100 millones de pesetas entre los tres incentivos.

En resumen, intentamos hacer una empresa en la que el ciudadano es el centro del sistema y la flexibilidad una característica importante de su estructura. Existe una redefinición de los derechos residuales de decisión y control en la participación, una política coherente de incentivos, y la innovación son nuestra norma.

SEXTO TRABAJO

HACIA UN NUEVO MODELO DE GESTIÓN. SUBCONTRATACIÓN INTEGRAL DE SERVICIOS. SANITAS

Gabriel Masfurroll Lacamba

La presencia en este foro de la división hospitalaria de Sanitas se justifica en un momento del desarrollo de los sistemas de salud en que la dicotomía público/privado tiende a aproximarse en base a la identificación y reconocimiento de valores, de metas y de logros legítimos y potencialmente complementarios.

No pretendemos enseñar nada, porque somos conscientes de que el entorno y las circunstancias de ambos subsectores de la sanidad son distintos y cada uno hacemos lo que buenamente podemos en nuestro ámbito. Queremos exponerles un modelo de gestión que hemos diseñado, que hemos hecho con mucha ilusión y pasión. Pensamos que el modelo es bueno; de hecho los resultados que presentaremos a continuación así parece demostrarlo; por lo tanto será para nosotros un placer compartirlo con todos ustedes.

A principios de 1994, cuando la compañía Sanitas nos ofreció el hacernos cargo de su división hospitalaria, pudimos observar que sus centros agrupaban el 25% de la

provisión de la propia compañía. La compañía atendía a sus pacientes en un 25% a través de su red propia, mientras que un 75% restante lo hacía con terceros proveedores.

Encontramos que cada centro era una sociedad anónima con sus propias particularidades, no actuaban en red, sino de forma independiente y sobre todo actuaban como centros de beneficios. Esto quiere decir que estas sociedades tenían la obligación de generar beneficios, de dar buenos resultados, como sociedades anónimas que son, con la particularidad de que el 80% de los clientes de estos hospitales o de estos centros provenían de la propia aseguradora. Esto quiere decir que el beneficio se hacía a costa de Sanitas. Si tenemos en cuenta que la participación mayoritaria de todas estas sociedades es Sanitas, pues lo que salía de un sitio iba a parar a otro.

Entonces decidimos, a través de un análisis importante que hicimos de la compañía, nos sometemos a auditorías para saber exactamente donde estábamos. Vimos aquellas debilidades que consideramos debían resolverse, como por ejemplo, que los centros eran centros abiertos, algo absolutamente normal en el sector privado; sin embargo, había especialidades que eran manejadas por distintos médicos no coordinados entre sí, sin ningún tipo de protocolo. Los médicos, con poca presencia en el hospital, entraban y trabajaban en tres hospitales distintos: en el público por la mañana, en el nuestro por las tardes y además su consulta; esto provocaba importantes deficiencias. No existía la jerarquización en el centro y la coordinación entre toda la red era prácticamente nula; había centros que además tenían especialidades comunes pero que no tenían nada >que ver unos con otros.

A partir de ahí hicimos un análisis de la demanda de la compañía, es decir, cuál era la demanda de la compañía frente a sus centros. Como he dicho antes nos auditamos por empresas externas en todos aquellos ámbitos que considerábamos importantes, incorporamos un equipo directivo e hicimos un análisis de la demanda.

Previo al plan estratégico analizamos distintos modelos de hospitales en todo el ámbito no sólo español sino fuera de España, lo que ahora también se ha puesto de moda y se llama *benchmarking*: tratamos de identificar aquellos elementos que nos podían ser de utilidad y que podíamos aplicar al modelo a diseñar. De hecho, aprendimos y sacamos conclusiones positivas del sector público, y éste quizá es uno de los motivos por los que estamos aquí.

Lo primero fue decidir transformarnos en centros de coste. Esto quiere decir que, como sociedades anónimas, no podemos perder dinero; pero sí lo que no vamos a hacer es buscar beneficio.

Lo que hacemos con el beneficio es transferirlo, de alguna manera, a la aseguradora. Es decir, si el 80% de nuestros clientes son de Sanitas, tratamos de ajustar nuestros precios al mercado o mejor que los del mercado; porque no deben olvidar que competimos con un montón de proveedores y que el trato que nos da la compañía es

prácticamente el mismo. Se trata, por tanto, de ser eficientes para convertirnos en centros de coste y reestructurar nuestra organización. Jerarquizamos el hospital y definimos la oferta en función del estudio de demanda que habíamos hecho.

Asignamos a cada especialidad un equipo médico. Ustedes dirán que éste es el modelo del Insalud. Evidentemente es muy parecido, pero la peculiaridad que nos distingue y que hemos podido hacer *ex novo* es que los contratos fijados para los especialistas son contratos con equipos médicos. Hemos convertido a los médicos en sociedades y pactamos con los médicos sociedad-hospital/sociedad-médicos. Son contratos que tienen una duración máxima de tres años, los cuales (tenemos en estos momentos 5 modelos distintos de estos contratos) normalmente están basados en un fijo y unos variables, en función de distintos parámetros. Estos parámetros pueden ser incentivos por buena calidad, pero también en algunos casos -como por ejemplo en los servicios centrales- hay incentivos por no hacer; es decir, a diferencia de otros hospitales, nosotros tenemos claro, que si aumentamos nuestra actividad de forma ficticia (agregar más pruebas y más tratamientos al paciente del que realmente debería hacerse). Estamos perjudicando a nuestra compañía.

Por lo tanto nuestro objetivo y una de las cláusulas importantes en el contrato con estas sociedades de médicos es que ellos deben colaborar en el control del gasto médico. Esta es una de las características importantes que hemos introducido y que conforman un amplio número de cláusulas de este tipo de contratos.

Estamos en trance (debemos decir que el proceso está al 50%) de que ningún médico esté contratado por el hospital en contratación laboral. Todos los médicos son contratados vía un contrato mercantil con la sociedad en que ellos están inmersos o la que ellos poseen, y el modelo que tratamos de implementar es un modelo de alianzas, como diría en inglés, el *join venture*; nos aliamos con un equipo de urólogos, con un equipo de cirujanos, con un equipo de lo que sea para desarrollar conjuntamente la especialidad. En este caso, la gerencia, la dirección del hospital, nos convertimos en los armonizadores de estas relaciones.

El modelo va más allá, es decir, el paradigma del modelo que estamos diseñando es un modelo que llegue a subcontratar todo. En la mayoría de los hospitales se subcontrata la limpieza, la restauración, la seguridad, el mantenimiento, etc. Nosotros estamos subcontratando los servicios médicos y queremos ir más para allá, queremos llegar a subcontratar más servicios.

Está claro que este modelo nos representa variabilizar nuestros costes. Es de todos sabido que uno de los obstáculos que tenemos en los hospitales es el elevado coste fijo; lo que estamos pretendiendo con ello es reducir el coste fijo y aumentar el coste variable, porque esto nos permite manejar mucho mejor la situación económica.

A pesar de que nos hallamos a mitad de camino, ya hemos conseguido algunos resultados. Hemos conseguido un incremento de la actividad de un 7,4% en el año

1994. En el año 95 vemos la misma tendencia, con un incremento de la actividad importante. Hemos disminuido nuestros costes un 9,3%. Hemos conseguido ahorros de 207 millones de pesetas, es decir, ahorro de nuestros costes, no nuestros ahorros frente a la aseguradora, que han sido mucho más elevados. La mejora de la calidad percibida por parte de nuestros clientes ha aumentado un 5%. Esto nos hace pensar que estamos en la línea correcta que nosotros pensábamos.

Para acabar, simplemente y a modo de apunte, estamos tratando de desarrollar sistemas de información comunes para todos los centros de la división; esto nos permitirá mejorar la eficiencia y reducir los costes. Estamos desarrollando una historia clínica común para todos los centros; esto también en aras de la eficiencia y de la mejora de los costes. Estamos diseñando protocolos comunes y costes por producto. Cada especialidad y cada subespecialidad, debe diseñar un responsable de producto, que es el máximo responsable de dicho producto, tanto a nivel cualitativo como a nivel de coste. Es lo que en la industria se denomina el *product manager*, pues en este caso este personaje responsable es el *product physician*, el *product* médico. Por ejemplo en cirugía ortopédica y traumatología, es responsable de desarrollar la ortoscopia con todas sus consecuencias. Este es uno de los puntos innovadores que hemos desarrollado en nuestro sistema.

SEPTIMO TRABAJO

ALIANZA ENTRE HOSPITALES COMARCALES PÚBLICOS DISTANTES. HOSPITAL COMARCAL NUESTRA SEÑORA DE LA ANTIGUA DE ZUMÁRRAGA

Jon Mujika Aginagalde

Quiero dar unas pinceladas sobre el papel que juegan los tres hospitales que trabajan las alianzas en nuestra organización, Osakidetza.

El Hospital del Alto Deva está situado en la población de Arrasate, Mondragón, con una cobertura de 67.000 personas. El Hospital de Mendaro está situado entre la población de Mendaro y Eibar, depende del área sanitaria de Guipúzcoa y da una atención especializada para 80.000 personas. El Hospital de Zumárraga depende del área de Guipúzcoa y tiene una asistencia especializada para 92.000 personas.

Tras analizar algunos datos de actividad del año 1994 y las previsiones que tenemos para finales de 1995 surge una primera conclusión: los tres hospitales continúan aumentando su producción. En efecto, aumentan los ingresos, disminuyen las estancias,

mejoran la estancia media, aumentan la producción de consultas, aumentan las intervenciones quirúrgicas, los partos, las urgencias, todo ello como exponente de algunos indicadores de actividad hospitalaria.

Estos resultados se han logrado sin incrementos presupuestarios, lo cual nos hace pensar que las actuales políticas de gestión, han resuelto los principales problemas de estos hospitales. Ustedes saben que el parlamento vasco, en junio del año 1993, aprobó un nuevo marco de actuación contenida en el documento *Osasuna Zainduz* para la política de servicios sanitarios de Euskadi. En él se establecen importantes cambios para la financiación hospitalaria, pues de un presupuesto basado en los gastos del ejercicio anterior se pasa a un presupuesto ligado a la producción.

Los doce hospitales generales de Osakidetza han firmado un contrato programa en el que se comprometen a realizar una producción determinada a unos precios pactados, con la exigencia de una buena calidad. Acabamos de entrar en un mercado en el que todos sabemos nuestros costes de producción. Es el primer paso para crear competitividad entre los hospitales vascos. Una de las fortalezas de los tres hospitales en este mercado es el coste del producto hospitalario *PIR*. Mejorando o manteniendo estos precios seremos buenos proveedores de servicios para las agencias de contratación, y seremos competitivos en el mercado hospitalario de Euskadi.

Otra ventaja de los tres hospitales es la proximidad a los clientes. La mayor desventaja en relación con los centros hospitalarios terciarios es tener una menor cartera de servicios, tanto para atraer a los clientes finales, como para atraer a los clientes internos; es difícil, atraer a los mejores profesionales ya que no podemos asegurarles que pueden desarrollar una carrera profesional atractiva en los hospitales comarcales.

Si hay algo que puede suponer amenazas para unos y oportunidades para otros son las vías de comunicación. Si hasta ahora teníamos una población de referencia de alguna manera secuestrada por las malas comunicaciones existentes en la provincia de Guipúzcoa, para el año 2000 vamos a tener solventados todos los problemas de comunicación. El corredor Beasaín-Durango, ha comenzado a ejecutarse en el mes de octubre, y la vía Málzaga-Urbina está en fase de estudio y búsqueda de financiación. Las vías de comunicación nos van a unir, pero también pueden hacer que nuestros clientes opten por otras ofertas hospitalarias.

La mayoría de los clientes van al hospital que está más cerca de su casa; pero a medida de que se enteren los usuarios de las carteras de servicios que ofrecemos los hospitales vascos elegirán donde crean que mejor les vayan a atender. Debemos prepararnos para el futuro; dado que la competencia dentro de una organización como la nuestra tiene que estar en algunos extremos regulada deberemos, escuchando la voz del cliente, ampliar las carteras de servicios sin aumentar los costes de producción, liberando recursos de otras líneas de producción.

Por lo anteriormente expuesto, apostamos por un cambio en la cultura de la gestión y una de las líneas que surge con fuerza en nuestra planificación estratégica es las alianzas con los hospitales comarcales vecinos a nuestras áreas de referencia. Aunque todavía no tenemos una competencia significativa de otros hospitales, sí nos tenemos que planificar el constante crecimiento de la oferta de servicios, dadas las expectativas de envejecimiento de la población, de aumento de exigencias del usuario, del imparable desarrollo tecnológico y la realidad de que el estado de bienestar necesita transformarse. Para ello, en vez de recurrir a la improvisación, estamos decididos a formar estrategias comunes que atraigan a clientes y a los mejores profesionales. Pensamos que un hospital desarrollará mejor sus estrategias si cuenta con los hospitales cercanos a él, y todo ello con una finalidad: asegurar un futuro tranquilo a nuestros ciudadanos de referencia.

Al momento del cambio, cada hospital partía de situaciones distintas. Los cambios del entorno iban a influir cada vez más en la dinámica del hospital. Los hospitales necesitaban una estructura que se adecuara a la nueva situación. Había que implementar acciones que agilizaran las pesadas estructuras de los hospitales de Zumárraga y Alto Deva para economizar costes y liberarse de esfuerzos que no estuvieran canalizados hacia los servicios hospitalarios más característicos. Entre estas acciones surgía con fuerza la de ampliar la contratación de servicios externos no sanitarios en los hospitales de Zumárraga y Alto Deva, para asimilarlos al nuevo hospital de Mendaro que completó su proceso de apertura en noviembre de 1992; la estructura de ambos hospitales hacía difícil que pudieran entrar en una dinámica competitiva por estar sujetos a altos costes en referencia al nuevo hospital de Mendaro.

En un período de situación económica precaria, como el año 1993, en el que pocas acciones han podido financiarse en los hospitales, los hospitales de Zumárraga y Alto Deva comenzaron a implementar, tras un análisis interno de su gestión, el cierre del servicio de lavandería con la finalidad de minimizar sus costes y liberar recursos para otras líneas de producción. El área sanitaria de Guipúzcoa tenía en el año 1993 dos hospitales con servicio externo de lavandería, con un coste anual de 59 millones de pesetas.

El mercado de las lavanderías industriales de Guipúzcoa estaba dominado por dos empresas con muy buenas relaciones, que mantenían los precios del mercado a su propio interés. Ante la irrupción en el mercado de nuevos hospitales a subcontratar su lavandería, la iniciativa privada comenzó a moverse y se generó una nueva lavandería industrial a escasos metros del hospital de Zumárraga. Se adjudicó un concurso público a esta empresa, que irrumpe en el sector con ofertas de reducciones de precios un 25% inferior al de las ofertas de las restantes empresas. Esto originó que el resto de los hospitales renegociasen sus tarifas concertadas. Las operaciones de cierre de lavandería en hospitales y el tener un férreo control sobre las empresas prestadoras de servicios, está representando importantes incrementos de la producción, con economías que liberan importantes recursos para otras líneas de producción.

Esta situación de colaboración entre hospitales incide sobre los costes; con los resultados obtenidos hace que se abran nuevas líneas de actuación para nuevas operaciones. Así durante el año 1995, en esta línea de colaboración y como avance de una planificación que expondré más adelante, los tres hospitales comenzaron un análisis del coste de los reactivos de laboratorio.

Hasta ahora las correcciones descritas se habían llevado a cabo intercambiando información a nivel de las direcciones de los centros hospitalarios. El próximo paso ha sido avanzar en lo que podríamos llamar las alianzas para la gestión clínica. Estamos convencidos que nunca seremos verdaderamente competitivos si no implicamos a los profesionales de la medicina, favoreciendo su motivación, su autonomía y su desarrollo profesional. Tenemos claro que los proyectos que afectan a los clínicos deben ser estudiados conjuntamente con ellos. Expresiones que comenzaron a usarse en el entorno sanitario provenientes del mundo empresarial deben ser asumidas por los profesionales de nuestros hospitales. Ellos comienzan a ser conscientes de que los fondos públicos son limitados y que las demandas sociales aumentan sin cesar. Por lo tanto a los profesionales no les suena extraño oír expresiones como planificación y dirección estratégica, gestión por objetivos, incentivos en función de la competencia, mejora de la calidad, evaluación de los resultados, etc.; ellos saben que es necesario obtener el máximo rendimiento de los recursos disponibles.

En base a estas premisas hemos empezado a estudiar, conjuntamente con los clínicos, la racionalización de los laboratorios. Creamos un grupo de trabajo formado por los gerentes de los hospitales, los directores económicos y los jefes de servicio de laboratorio. Tras una recogida de datos, homogeneización de productos y análisis de los laboratorios, se llega a la conclusión de que hay una clara necesidad de racionalizar el sistema productivo coordinando los tres hospitales, apareciendo como probabilidad más fuerte la de unificar todas las peticiones de rutina en un único laboratorio, en uno de los centros, y mantener un laboratorio de urgencias en cada uno de los otros dos centros.

La valoración que podemos extraer de esta fase es que hay escasa resistencia al cambio, probablemente debido a que los actores son los propios profesionales. Por otro lado, la envergadura del futuro laboratorio genera expectativas para el desarrollo de la carrera profesional, así como para la docencia e investigación. Todos estamos convencidos de que la eficiencia de nuestros laboratorios va a mejorar mucho -lo que los profesionales quieren- y que esta nueva fase de implicación de los profesionales en las decisiones de la gestión abre nuevos caminos hacia el futuro.

Los tres hospitales comarcales, aunque pequeños en presupuesto (representamos el 7% del presupuesto hospitalario de Euskadi), tenemos el mayor valor de nuestra organización: profesionales jóvenes, inquietos, con ganas de aprender y ganas de hacer. Ellos, desde los hospitales comarcales, quieren ser protagonistas del cambio, engranajes del motor del cambio, y no meros espectadores de segunda fila. Sobre ellos descansa en gran medida el futuro de los nuevos proyectos.

OCTAVO TRABAJO

IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN BASADO EN UN ESTUDIO DE COSTES DE MEDICINA NUCLEAR. HOSPITAL DOCE DE OCTUBRE DE MADRID

Julia Rubio Flores

En primer lugar quiero agradecer la colaboración de todo el personal y de una manera muy especial la del jefe de servicio, el profesor Arnáiz Bueno, que han hecho posible este trabajo.

El trabajo que presentamos se inicia en enero de 1995 con la elaboración del proyecto de estudio de costes del servicio de medicina nuclear, promovido por la dirección de gestión. Este estudio se desarrolló en dos fases: en la primera se cumplieron los objetivos del citado proyecto, que consistían en determinar los costes de dos de los productos más significativos del servicio, para poder imputar estos productos intermedios a los servicios finales, e incluirlos en la facturación de cargos a terceros mediante el establecimiento de nuevas tarifas.

La gran cantidad de información que tuvimos a nuestro alcance permitió, en una segunda fase, extender la determinación de los costes a los 91 productos de medicina nuclear.

Para el cálculo de los costes hemos utilizado una versión ampliada del *Direct Costing*, donde hemos considerado como costes directos no sólo los costes variables, donde incluimos los radiofármacos, otros materiales, las energías directas y la reparación de los equipos; además hemos incluido otros costes fijos como son la mano de obra directa, la amortización de equipos e instalaciones, y los contratos de mantenimiento. Entre los costes indirectos están incluidos el salario de determinados profesionales del servicio que no participan directamente en el proceso productivo. También se han introducido, entre otros, el material de aseo y limpieza, el agua, la electricidad, la seguridad y el teléfono.

Los costes de producción, formados por el coste de la mano de obra, el coste de la instalación y el coste de los materiales, junto con el coste de estructura del servicio, constituyen la facturación del mismo.

Los resultados obtenidos nos permiten, entre otros datos, conocer la distribución del total de los costes del servicio por áreas. La composición del coste de producción en cada una de ellas es diferente, si bien en ambas el factor productivo más influyente son los materiales. Se ha determinado el valor de la unidad relativa de valor.

La TSH es la determinación que hemos utilizado como unidad relativa de valor. Se incluyen otros dos productos de laboratorio, uno de los de mayor actividad, otro el

más caro, y otros tres del área de imagen. La gammagrafía ósea representa por sí sola el 16% del total del presupuesto del servicio de medicina nuclear, y por otro lado, el tratamiento del dolor óseo metastásico es el producto más caro del área de imagen.

La elaboración, por primera vez, del catálogo de todos los productos de medicina nuclear tarifado y con su correspondencia en unidades relativas de valor, además de contribuir a mejorar la gestión del servicio ha supuesto un importante avance en la contabilidad analítica del hospital, permitiendo la facturación interna de los productos intermedios a los servicios finales. Esta facturación afecta en la actualidad a los 300 millones que constituyen el presupuesto de medicina nuclear. Supone un 0,80% del presupuesto total del hospital. La implantación de este sistema en otros servicios centrales, haría que este porcentaje se incrementara al 20%.

Así mismo, se ha posibilitado por primera vez el establecimiento de tarifas de facturación a terceros en productos que no eran facturados de forma individual. La inclusión de estos productos en dicha facturación, además de disminuir el déficit presupuestario, supone un incremento de los ingresos del hospital; esto es importante porque estamos hablando de productos con un elevado coste. En el año 1994, en el hospital Doce de Octubre, al 12% de los enfermos que se les atendió se les realizó alguna prueba en medicina nuclear.

Por otra parte, el conocimiento de la contribución de cada uno de los factores en la formación del precio unitario nos ayuda a evaluar cada uno de ellos. Así, en el caso de los materiales, posibilita mejorar la utilización de los radiofármacos. En relación a la mano de obra se pueden evaluar el déficit o la sobredimensión de plantilla. A través de los índices de consumo conocemos el coste de cada categoría en cada uno de los productos. En relación a la instalación, se ha calculado el coste de infrautilización del inmovilizado material del área de imagen, que está constituido fundamentalmente por tres gammacámaras. Este cálculo se ha realizado a partir de las unidades de instalación óptimas, según lo que constaba en las especificaciones técnicas.

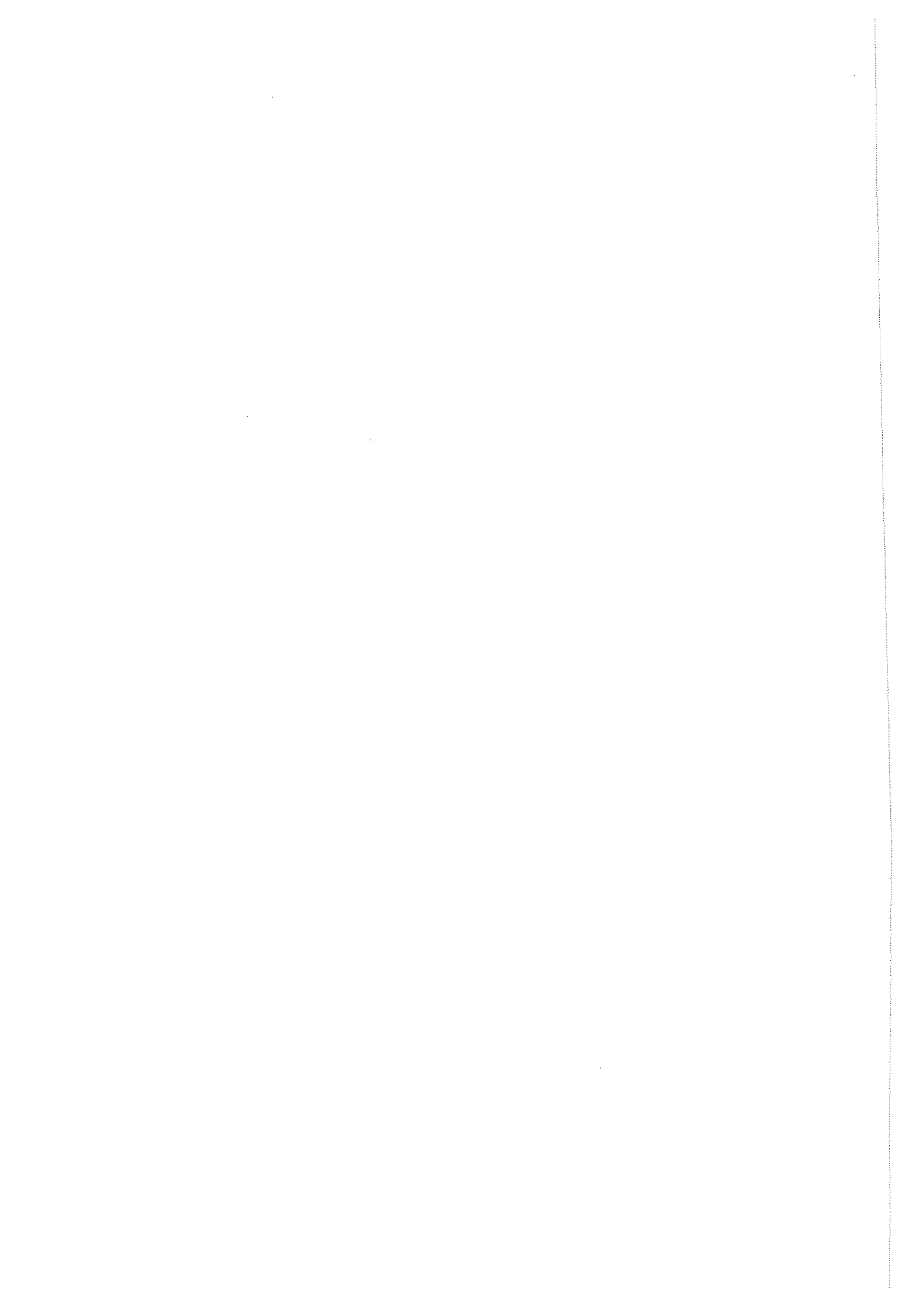
El conocimiento de este coste es importante para evaluar la utilización de los equipos. El estudio demuestra que la existencia en este servicio de una actividad extraordinaria en jornada de tarde evita que este coste ascienda a 3 millones de pesetas aproximadamente, por lo que consideramos que sirve de ayuda en la toma de decisiones sobre las necesidades de inversión en nuevos equipos.

Toda la información contenida en el estudio pone en manos de la gerencia y del jefe del servicio una importante herramienta de gestión para lograr una mejor utilización de los recursos humanos y materiales. Así mismo, facilita la participación de los profesionales del servicio en un proyecto de mejora del mismo, mediante su implicación en la elaboración de objetivos y de resultados, todo ello de acuerdo a lo establecido en el contrato programa.

Concluyendo, el método es eficaz para mejorar el sistema de contabilidad analítica, permite el incremento de la financiación y es un instrumento útil en la toma de decisiones para la mejor utilización de los recursos.

Intervención de Luis Andrés López Fernández:

Hemos finalizado la presentación de los trabajos del premio de innovaciones a la gestión de servicios sanitarios públicos. Nos hemos alargado algo más de lo previsto y sugiero que aquella parte de las preguntas o de los debates que no fue posible cubrir en las presentaciones públicas se desarrollen en privado con los que han presentado sus aportaciones.



*Los escenarios sanitarios
futuros en España.
Los modelos organizativos
y de aseguramiento*

ANTONI SERRA RAMONEDA
*Presidente Caixa de Catalunya
Barcelona*

LOS ESCENARIOS SANITARIOS FUTUROS EN ESPAÑA. LOS MODELOS ORGANIZATIVOS Y DE ASEGURAMIENTO

Moderador: Juan Cabasés Hita

Juán Cabasés Hita:

El profesor Antoni Serra Ramoneda se ha distinguido en el ámbito de la economía de la empresa, por sus importantes aportaciones. Hace un par de años, en las decimocuarta Jornada de economía de la salud, en este auditorio presentó una ponencia que luego dio lugar a la publicación como "Los modelos de organización sanitaria", en un libro colectivo de análisis económico de la sanidad que publicó el Departamento de Sanidad y de Seguridad Social de la Generalidad de Cataluña.

Siempre es muy útil recibir este soplo de aire fresco de profesionales que están reflexionando sobre la economía de la empresa, y que se acercan con genuino interés, hacia un área de aplicación tan compleja y fascinante como ésta de los escenarios sanitarios.

Antoni Serra Ramoneda:

Quando se me hizo esta invitación, hice repaso de la literatura, especialmente de las revistas especializadas en economía de la salud, para ver un poco qué es lo que se estaba discutiendo, cuáles eran las cuestiones que los economistas expertos en estas materias tienen ahora encima de la mesa dando lugar a debates y controversias. Del repaso de esta literatura ha salido esta comunicación, que ahora pasaré a exponer brevemente.

1. EL GASTO

Empecé por el *abc* de la economía de la sanidad, y el *a* de este *abc* son los datos que justifican la preocupación que en estos momentos existe sobre el gasto sanitario y por qué medidas aplicar. La preocupación proviene del nivel que ha alcanzado el gasto público, medido en términos relativos sobre el Producto Interior Bruto, y la evolución que esta proporción ha ido teniendo en el tiempo. Las cifras tanto en los 18 países europeos de la OCDE, en Canadá como en Estados Unidos, son muy elevados. Además, el crecimiento que ha ido siguiendo este ratio, que ha ido siguiendo esta proporción, es un crecimiento notable, aunque se aprecian diferencias, sobre todo en lo que hace referencia al decenio de los 80. En Estados Unidos y en Canadá el aumento ha seguido presentándose de manera muy acusada, mientras que en Europa parece que se ha dado un cierto freno.

en favor suyo de esta tecnología. Básicamente el argumento sería que para utilizar estas tecnologías, seguramente no hace falta siempre, una mano de obra tan especializada y por lo tanto tan cara como es la de los médicos; hubiera podido delegarse la aplicación de estas tecnologías a personas con una inversión en capital humano más reducido que seguramente hubiera acabado incidiendo en los precios de esta asistencia sanitaria.

Hay la tercera postura, más optimista, que es la de Bicebrod, que lo que dice es que entre la forma del progreso tecnológico y los incentivos y la organización de la sanidad existe una interrelación, y que el progreso tecnológico no es neutro, sino que viene motivado por las formas de aplicación económica de este progreso tecnológico. Entonces, Bicebrod, es optimista en el sentido que podría concretarse en el lema "desarrollar nuevas tecnologías que mejoren la calidad de la asistencia sanitaria, cualesquiera que sean sus efectos sobre los costes".

El problema era mejorar la asistencia sanitaria a cualquier coste. Por lo tanto, los investigadores aquellos que ponían a punto nuevos procedimientos, nuevas técnicas, no tenían por qué preocuparse de su coste, sino simplemente preocuparse de su calidad, y conseguir que estos inventos representaran, a ser posible, el avance más importante.

Las empresas que se dedicaban a estas investigaciones, y luego a la aplicación comercial de las mismas sabían que en el momento en que pusieran a punto un nuevo procedimiento, existiría una presión social muy fuerte para que este procedimiento fuera aceptado por la cobertura aseguradora. Por ejemplo, si aparecen disponibles ahora todas las técnicas de la fertilización *in vitro*, exista una presión muy fuerte para que el seguro obligatorio de enfermedad o cualquier otro sistema incorporará dentro de sus prestaciones esta nueva tecnología, con lo cual se crea el mercado inmediatamente, y los resultados económicos de este nuevo progreso técnico serían positivos. Había un incentivo por parte de los investigadores a encontrar nuevos procedimientos, con independencia de su coste, porque su coste sería recuperado siempre, y eso por una segunda razón: los procedimientos de reembolso que se aplicaban a los hospitales y a las entidades de prestación sanitaria en el sentido del procedimiento aplicado, y sobre todo este que los economistas denominamos el *cost-plus*, el coste histórico más un porcentaje adicional, por lo tanto es igual; cualquiera que sea el coste de esta nueva tecnología, siempre quien la aplique recibirá compensado este coste por parte de la entidad aseguradora, o en último término, por parte del paciente.

Bicebrod dice que es posible que esto esté cambiando por varias razones, y no voy a entrar ahora en discutir las, pero fundamentalmente porque en estos momentos se está observando una resistencia, por un lado a incorporar las nuevas tecnologías a la prestación aseguradora, cualquiera que sea su coste, y por lo tanto los laboratorios, los investigadores están empezando a darse cuenta de que es posible que, por muy grande que fuera el avance tecnológico, luego éste no tuviera una repercusión económica favorable. Por otro lado, hay una segunda razón, porque se han sofisticado los métodos de reembolso, el sistema del *cost-plus* está quedando arrinconado, está siendo sustituido

*Los escenarios sanitarios
futuros en España.
Los modelos organizativos
y de aseguramiento*

ANTONI SERRA RAMONEDA
*Presidente Caixa de Catalunya
Barcelona*

LOS ESCENARIOS SANITARIOS FUTUROS EN ESPAÑA. LOS MODELOS ORGANIZATIVOS Y DE ASEGURAMIENTO

Moderador: Juan Cabasés Hita

Juán Cabasés Hita:

El profesor Antoni Serra Ramoneda se ha distinguido en el ámbito de la economía de la empresa, por sus importantes aportaciones. Hace un par de años, en las decimocuartas Jornadas de economía de la salud, en este auditorio presentó una ponencia que luego dio lugar a la publicación como "Los modelos de organización sanitaria", en un libro colectivo de análisis económico de la sanidad que publicó el Departamento de Sanidad y de Seguridad Social de la Generalidad de Cataluña.

Siempre es muy útil recibir este soplo de aire fresco de profesionales que están reflexionando sobre la economía de la empresa, y que se acercan con genuino interés, hacia un área de aplicación tan compleja y fascinante como ésta de los escenarios sanitarios.

Antoni Serra Ramoneda:

Cuando se me hizo esta invitación, hice repaso de la literatura, especialmente de las revistas especializadas en economía de la salud, para ver un poco qué es lo que se estaba discutiendo, cuáles eran las cuestiones que los economistas expertos en estas materias tienen ahora encima de la mesa dando lugar a debates y controversias. Del repaso de esta literatura ha salido esta comunicación, que ahora pasaré a exponer brevemente.

1. EL GASTO

Empecé por el *abc* de la economía de la sanidad, y el *a* de este *abc* son los datos que justifican la preocupación que en estos momentos existe sobre el gasto sanitario y por qué medidas aplicar. La preocupación proviene del nivel que ha alcanzado el gasto público, medido en términos relativos sobre el Producto Interior Bruto, y la evolución que esta proporción ha ido teniendo en el tiempo. Las cifras tanto en los 18 países europeos de la OCDE, en Canadá como en Estados Unidos, son muy elevados. Además, el crecimiento que ha ido siguiendo este ratio, que ha ido siguiendo esta proporción, es un crecimiento notable, aunque se aprecian diferencias, sobre todo en lo que hace referencia al decenio de los 80. En Estados Unidos y en Canadá el aumento ha seguido presentándose de manera muy acusada, mientras que en Europa parece que se ha dado un cierto freno.

en favor suyo de esta tecnología. Básicamente el argumento sería que para utilizar estas tecnologías, seguramente no hace falta siempre, una mano de obra tan especializada y por lo tanto tan cara como es la de los médicos; hubiera podido delegarse la aplicación de estas tecnologías a personas con una inversión en capital humano más reducido que seguramente hubiera acabado incidiendo en los precios de esta asistencia sanitaria.

Hay la tercera postura, más optimista, que es la de Bicebrod, que lo que dice es que entre la forma del progreso tecnológico y los incentivos y la organización de la sanidad existe una interrelación, y que el progreso tecnológico no es neutro, sino que viene motivado por las formas de aplicación económica de este progreso tecnológico. Entonces, Bicebrod, es optimista en el sentido que podría concretarse en el lema "desarrollar nuevas tecnologías que mejoren la calidad de la asistencia sanitaria, cualesquiera que sean sus efectos sobre los costes".

El problema era mejorar la asistencia sanitaria a cualquier coste. Por lo tanto, los investigadores aquellos que ponían a punto nuevos procedimientos, nuevas técnicas, no tenían por qué preocuparse de su coste, sino simplemente preocuparse de su calidad, y conseguir que estos inventos representaran, a ser posible, el avance más importante.

Las empresas que se dedicaban a estas investigaciones, y luego a la aplicación comercial de las mismas sabían que en el momento en que pusieran a punto un nuevo procedimiento, existiría una presión social muy fuerte para que este procedimiento fuera aceptado por la cobertura aseguradora. Por ejemplo, si aparecen disponibles ahora todas las técnicas de la fertilización *in vitro*, exista una presión muy fuerte para que el seguro obligatorio de enfermedad o cualquier otro sistema incorporará dentro de sus prestaciones esta nueva tecnología, con lo cual se crea el mercado inmediatamente, y los resultados económicos de este nuevo progreso técnico serían positivos. Había un incentivo por parte de los investigadores a encontrar nuevos procedimientos, con independencia de su coste, porque su coste sería recuperado siempre, y eso por una segunda razón: los procedimientos de reembolso que se aplicaban a los hospitales y a las entidades de prestación sanitaria en el sentido del procedimiento aplicado, y sobre todo este que los economistas denominamos el *cost-plus*, el coste histórico más un porcentaje adicional, por lo tanto es igual; cualquiera que sea el coste de esta nueva tecnología, siempre quien la aplique recibirá compensado este coste por parte de la entidad aseguradora, o en último término, por parte del paciente.

Bicebrod dice que es posible que esto esté cambiando por varias razones, y no voy a entrar ahora en discutir las, pero fundamentalmente porque en estos momentos se está observando una resistencia, por un lado a incorporar las nuevas tecnologías a la prestación aseguradora, cualquiera que sea su coste, y por lo tanto los laboratorios, los investigadores están empezando a darse cuenta de que es posible que, por muy grande que fuera el avance tecnológico, luego éste no tuviera una repercusión económica favorable. Por otro lado, hay una segunda razón, porque se han sofisticado los métodos de reembolso, el sistema del *cost-plus* está quedando arrinconado, está siendo sustituido

La segunda es la *eficiencia técnica*, que se consigue cuando de los recursos aplicados se logra la máxima cantidad de producto que la tecnología imperante permite. En el argot que utilizamos los economistas quiere decir cuando la producción se sitúa en una isocuanta, cuando estamos en la frontera de las posibilidades que la tecnología permite.

El tercero es la *eficiencia de costes*, que se da cuando se elige, dentro de esta isocuanta, aquella combinación de factores que nos permite el mínimo coste. También, utilizando este argot extraño de los economistas, sería cuando operamos en el punto de tangencia de una recta *isocoste* con una curva *isocuanta*, cuando de las distintas combinaciones de factores que nos permite la tecnología estamos utilizando aquella que, de acuerdo con los precios que hemos de pagar por los *inputs*, nos permite el mínimo coste.

Los economistas es que el mercado nos ha de resolver las tres eficiencias, siempre y cuando haya competencia y siempre y cuando los compradores del bien y servicio del que se trate puedan disponer libremente de sus ingresos. Siempre que se den estas circunstancias no nos hemos de preocupar. Si aplicáramos este criterio a la sanidad nos llevaría a esta situación: a) el usuario, el consumidor, el utilizador; b) los proveedores de primera línea; c) los proveedores de segunda línea de asistencia sanitaria; d) las entidades aseguradoras; e) el regulador. Normalmente el regulador es el gobierno, que dicta una serie de disposiciones, pero que no ha de intervenir en los intercambios y transacciones que puedan efectuarse entre los usuarios, las aseguradoras, los proveedores de primera línea y los proveedores de segunda línea. Entonces aparentemente los mercados, dentro del marco establecido por el regulador, nos habrían de asegurar las tres eficiencias antes mencionadas.

En este contexto teórico, si esto funcionara así los pacientes (usuarios) decidirían autónomamente el nivel y la combinación de servicios sanitarios a utilizar en función de los precios ofertados, en función de los precios que les ofertan los proveedores de primera o segunda línea, en función de su renta disponible y de sus preferencias. Por lo tanto los precios, sus preferencias, su renta determinarían qué usan y cuánto usan de los servicios sanitarios los usuarios.

Por otro lado los productores, los suministradores de primera o segunda línea decidirían cuánto producir, y qué *input* utilizar en función de los precios de los factores, de los precios de los productos, y sus conocimientos tecnológicos, y cada suministrador actuaría de manera autónoma. Las transacciones siempre tendrían lugar entre el usuario y las compañías aseguradoras, entre el usuario y los proveedores de primera línea, entre usuario y proveedores de segunda línea, y el estado se limitaría a ejercer el papel de regulador. En esta arcadia, el paciente sería soberano, la suma de las demandas individuales, la suma de la demanda de cada uno determinaría el importe total del gasto en sanidad.

La eficiencia asignativa quedaría asegurada, la soberanía del consumidor nos aseguraría la eficiencia asignativa y la competencia entre los proveedores de primera

con lo que sea, claro, aquí tendríamos, si esto es cierto que no lo sé, una clara muestra de ineficiencia técnica, estamos utilizando muchos recursos, pero seguramente los estamos utilizando mal.

El repaso de la literatura muestra un autor, en Estados Unidos según el cual una cuarta parte de los gastos sanitarios, es decir, unos 150.000 millones de dólares en 1990 derivó de tratamientos innecesarios, que se hubieran podido ahorrar porque no tenían ninguna necesidad ni ninguna eficacia.

¿El problema está en la eficiencia asignativa o en la eficiencia técnica? Si el problema está sobre todo en la eficiencia asignativa, la ineficiencia exigiría actuar sobre la demanda. Hemos de actuar de alguna manera sobre la demanda para asegurarnos de que no se dedican demasiados recursos a la actividad sanitaria. Si en cambio, el problema es la eficiencia técnica seguramente lo que habríamos de hacer es actuar sobre la oferta. Hemos de conseguir que la oferta tenga más en cuenta la eficiencia técnica y evitar los despilfarros que reflejan las cifras expuestas.

Seguramente la distinción entre eficiencia asignativa y eficiencia técnica en el tema sanitario, que los economistas manejamos con tanta soltura y con tanta seguridad, es muy borrosa. No hay una frontera clara, una frontera precisa entre estos tipos de eficiencia como, de manera un poco pedante, tenemos tendencia a creer. Lo primero porque lo que se compra y vende entre proveedores de primera línea y usuarios no es salud. No se compran tantos kilos de salud, lo que se compra es unos tratamientos para la salud, por lo tanto, realmente es un *input* lo que se está comprando, no se está comprando un *output*. Hay que ver, para cada individuo, aquel *input* qué *output* le produce cuando haya consumido el bien o el servicio que ha adquirido. Por otro lado porque la relación entre el facultativo y el usuario no es una relación estrictamente de mercado sino que es lo que nosotros denominamos, y que ayer el profesor Laffont estudió muy a fondo, una "relación de agencia". Es una relación de agencia que se da cuando un agente económico, que se denomina en la literatura el *principal*, delega en otra persona que tiene más y mejor información que él, el que tome decisiones cuya repercusión acabarán recayendo sobre el principal. Es decir, donde la transacción que ha de tener lugar es entre dos sujetos entre los cuales hay una asimetría informativa muy clara: uno sabe mucho, el otro sabe muy poco.

La relación de agencia que siempre aparece en los libros de economía que la tratan es la que hay en las grandes empresas entre los accionistas y los ejecutivos. Los ejecutivos son quienes toman las decisiones: qué hay que invertir, qué hay que fabricar, en qué mercados entrar, y luego resulta que las consecuencias de estas decisiones recaen sobre los accionistas, que muchas veces no han sido consultados. El beneficio y los dividendos que los accionistas finalmente tendrán dependerán de la corrección de las decisiones que los ejecutivos hayan tomado. ¿Por qué se produce esta delegación, por qué los accionistas permiten que sean otras personas las que tomen unas decisiones que acaban repercutiendo sobre sus dividendos? Pues por la asimetría informativa;

médico, que entonces decide, pero eso sí, decide pensando el tratamiento a seguir para el paciente. Esto da al médico una situación de poder que puede manifestarse en la creación o en la orientación de la demanda.

La demanda ya no es autónoma, como suponemos al hablar de eficiencias asignativas los médicos desplazan hacia la derecha las curvas de demanda de los pacientes, lo que redundaría en un mayor gasto en sanidad de lo que se hubiera generado si éstos hubieran podido elegir de haber dispuesto de más información. Esto no significa ser malpensado con respecto a los médicos. Los médicos, actuando precisamente como tales especialistas intentan convencer a los pacientes para que tengan un tratamiento, con lo cual desplaza esta curva de demanda y el gasto sanitario aumenta.

En cambio, otros malpensados afirman que por esta vía, por esta utilización de poder, lo que hacen los facultativos es modificar la cantidad y la combinación de servicios que prestan para mantener sus ingresos ante cambios en los sistemas de remuneración o de incentivos. Este es el clásico argumento que mantienen algunos autores: por mucho que se cambien los sistemas de incentivos para conseguir modificar el comportamiento de los médicos, éstos disponen de suficiente poder para anular los efectos de estos cambios de incentivos. La posición de preponderancia que tienen les permiten, por lo tanto, anular los efectos que el regulador puede buscar a través de sistemas de incentivos.

Ésta es una cuestión que, por lo que he podido apreciar en el repaso que he hecho a la literatura económica, está ahora en el candelero, que es el de la demanda inducida por el proveedor. Entonces he visto autores que hacen una clasificación que, desde el punto de vista operativo seguramente no se podría aplicar, pero que desde el punto de vista intelectual o académico, no deja de tener su interés. Insisto en que la operatividad de esta clasificación es prácticamente nula, pero que sí a efectos argumentativos puede ser válida. Vamos a ver: vamos a analizar la transacción que tiene lugar entre médico y paciente, desde dos puntos de vista: uno la eficacia del servicio; si la eficacia del tratamiento que el médico recomienda puede ser positiva, puede ser neutral sobre la salud del paciente, o puede ser perjudicial. En cualquier caso lo que hay que entender por salud no es simplemente el estado físico, sino el estado emocional, es decir, al término salud no hay que entenderlo sólo en un sentido muy estricto sino en un sentido amplio, que incluye pues la situación psíquica, el bienestar emocional que el paciente puede tener a consecuencia del tratamiento que se le aplique y por lo tanto hemos de entender la eficacia del servicio como positivo, neutral o perjudicial en función de esta acepción amplia del término de salud.

Entonces lo podemos examinar también desde el punto de vista de la eficacia de la relación de agencia. ¿Qué quiere decir esto? Vamos a dividir la eficacia en la relación de agencia en dos situaciones: una eficacia perfecta quiere decir que el tratamiento que se aplica sería aquél que el paciente hubiera elegido de disponer de toda la información que tiene el médico, que el facultativo ha dado toda la información al paciente

En segundo lugar sería, y se ha hablado, de modificar el sistema de retribución de los profesionales, poniendo énfasis en los sistemas prospectivos por tratamiento, y a ser posible el de capitación, en perjuicio de los que se apoyan en el coste efectivo. Lo que ocurre es que estos procedimientos no son discriminatorios, y tanto pueden frenar la utilización de técnicas efectivas como inefectivas. No estamos seguros de que cambiando sistemas de incentivos, sistemas de retribución, esto inmediatamente se refleje en un aumento de la eficacia.

La C es actuar sobre la relación de agencia para evitar situaciones del tipo 4, mediante una mayor implicación de los pacientes en los procesos de tomas de decisiones médicas. Ayer por la tarde oía en esta misma sala la intervención de la señora Boufford, de los Estados Unidos, pues explicó algunos de los procedimientos que se están siguiendo en el estado de Oregón y en algunos otros sitios de Estados Unidos, para conseguir mejorar la posición del paciente y que este pueda tener algo más que decir en las decisiones que afectan a los tratamientos que se le pueden aplicar.

La cuarta posibilidad es un control por terceras instancias, ajenas a la relación de agencia, de las actuaciones de proveedores de primera línea, de tal manera que cuando el pago a los profesionales corre a cargo de una entidad aseguradora, ésta pueda seguir las actuaciones de los médicos y aplicar las medidas correctoras con sanciones y premios cuando se detecten anomalías. El control *ex-post* por los propios pacientes, la conocida *mal-practice* de los americanos también tiene un inconveniente; este control *ex-post*, si lo realizan los pacientes, que es lo que se pretende a través de la *mal-practice* acaba alentando actuaciones puramente protectoras, que seguramente a veces son también ineficaces.

Vamos a suponer que la efectividad médica estuviera asegurada; entonces quedaría pendiente conseguir la eficiencia asignativa. Hay un artículo que me ha parecido muy interesante, en el *Journal of Health Economics*, que dice que precisamente porque esta relación de agencia, en el supuesto de que el médico interiorice la salud del paciente y considere dentro de su propia satisfacción o dentro de su propia utilidad la salud del paciente, el peligro que podemos tener es que el gasto en sanidad, es decir, que el desplazamiento de la demanda por parte del consumidor sea considerable y que cuanto más preocupación sienta el médico por su paciente, es decir, cuanto más peso dé al estado de salud de su paciente y al bienestar de su paciente, más peligro hay de que el desplazamiento sea más grande y que por lo tanto de que se aumente más el gasto sanitario.

Podemos decir que, bueno, hagamos que el paciente pague, olvidémonos ahora del seguro, que el paciente pague directamente el coste. Él tenderá a frenar, pero como el médico tiene esta posición preponderante de todas formas desplazará mucho la curva de demanda, lo cual significa que no podemos confiar sólo en el precio que pague el paciente para frenar su demanda, para racionar. Aunque hagamos recaer sobre el paciente que directamente efectúe el pago al facultativo todo el coste de lo que se le está suministrando, esto no va a servir para racionar, o para racionar suficientemente, sobre

dades aseguradoras las que iniciaran la competencia entre sí, para que luego esta competencia extendiera sus efectos sobre los proveedores.

Posiblemente este papel de disciplinador lo puede hacer mejor la iniciativa privada que no el Estado a través de un sistema global.

Lo que está ocurriendo en Estados Unidos, y ayer la profesora Boufford habló de ello también, es una cosa bastante curiosa e ilustrativa. Este es un artículo que encontré en una revista de unos consultores especialistas en temas sanitarios ya muy aplicados, una revista teórica, ya sé que aquí hay un problema de definición, porque ¿qué es un HMO? Hay HMO de muchos tipos, ya lo sé, y aquí parece que sólo haya de uno, pero vamos a definir la HMO como una entidad aseguradora que contrata directamente a los médicos. Dicen que en Estados Unidos se ha ido produciendo una evolución a medida que el mercado de HMO ha ido evolucionando, y eso es lo que en el eje de abscisas se nos refleja en tres etapas: la tímida, la turbulenta y de madurez o de reestructuración, mientras que, en el eje de las ordenadas aparece la importancia de los suministradores a las HMO. La importancia de los suministradores en este caso sería seguramente los médicos.

En una primera etapa, las aseguradoras, cada HMO intentaba captar el máximo número de pólizas posible, el máximo número de asegurados. Esto le daba una fuerza, la HMO que tuviera una gran cartera de asegurados le daba una fuerza considerable para negociar con los médicos y negociar las condiciones en que los médicos actuarían como suministradores. ¿Cuáles eran los criterios que seguían las HMO? Aprovecharse del poder que tenían sobre el mercado al disponer una cartera de clientes muy grande y entonces, con ello, forzar a que los médicos aceptaran unas condiciones económicas bajas; es decir, en la cadena de valor de la prestación sanitaria la potencia de las HMO los llevaba a dejar que de este valor creado por este conjunto de la cadena la parte más pequeña posible fuera a los médicos. La verdad, lo que buscaban era tener muchos médicos y poder enseñarle al posible asegurado de que tendría, dijéramos, una lista muy larga de médicos a los que acudir si aceptara la póliza. Por otro lado el papel de disciplina que realizaba sobre los médicos la aseguradora, ya sé que dependía del sistema de pago, que fuera por capitación, que fuera por acto médico, pero en cualquier lado el sistema de vigilancia que hacía era un sistema de vigilancia dijéramos puramente unilateral y *ex-post*. Buscaba ver qué médico se disparaba en los gastos en medicinas que haya podido prescribir, o en remisiones a hospitales o cosas de este tipo, pero era una relación dijéramos dura y difícil, entre proveedores que sólo recibían de vez en cuando los avisos pero nunca la ayuda para su comportamiento o para su disciplina.

En una segunda etapa, la situación empieza a cambiar en la medida en que los proveedores, y los médicos en este caso, inician una reacción que supone unirse en la creación de grupos médicos que permitan, por un lado asumir, gracias a su dimensión, ciertos riesgos que hasta entonces sólo tenía la parte aseguradora de la HMO. Por lo

Por lo visto es lo que está ocurriendo en la evolución norteamericana y en lo que cabría esperar que se diera un enriquecimiento a medida que el mercado madurara aquí, aunque sea de manera abrupta.

Debate

Juan Cabasés Hita:

Hemos disfrutado de unas reflexiones muy interesantes y deberíamos de aprovechar este tiempo hasta el descanso para intercambiar experiencias, hacer preguntas o comentarios.

Un asistente:

En relación con lo que ha dicho de que quizá la iniciativa privada sea la que mejor pueda hacer el papel moderador para la eficiencia asignativa también tenemos aunque no sea una palabra teórica de los economistas, ineficiencia de uso (vamos a las urgencias demasiadas veces y ahí no hay una relación de agencia tan directa).

Si la salud es para nosotros lo más importante, prefiero tener más seguridad a la hora de ser sano que de comprarme un coche. El coche me puede llevar a una muerte también, pero en principio me gustaría tener más seguridad como usuario, tener mejor información a la hora de elegir cómo estar sano, cómo curarme. En ese sentido, ¿es posible pensar en que el gobierno garantice, o abra una vía de trabajo hacia la sociedad, socializante por tanto, que permitiera que hubiera una mayor información, que obligara a generar riqueza al sector, obligando a que el sector informara, a través de las HMO, a través de los servicios regionales de salud, obligadamente informara de cual es la actuación de los proveedores de esa primera línea? Esa es una línea de trabajo que podría dar riqueza PIB, y que por otra parte daría madurez social. No tengo una idea profunda de la reforma Clinton, pero me daba la sensación que un poco obligaba a reducir por una parte los agentes del mercado; pero lo más importante que veía yo es que obligaba a que se generara un sistema de información hacia el usuario.

Antoni Serra Ramoneda:

Para evitar los riesgos, los peligros, que tiene la iniciativa privada cuando actúa como aseguradora, creo que hay que tener un esquema de seguridad social obligatoria, impuesto por el Estado y regulado por el Estado. No dejar que todo el sistema de seguridad sanitaria corra a través de la iniciativa privada. El papel que los médicos actúen de manera en que se tenga más en cuenta la eficiencia asignativa, la eficiencia técnica, se consiguen ayudas, darles información, darles datos y efectuar una colaboración con ellos, es posible que las entidades privadas pudieran hacerlo mejor que el gobierno a través de una única entidad pública. Pero eso no quiere decir, insisto,

Una asistente:

Con este último comentario me gustaría hacer puntualizaciones. Es curioso, pero seguimos estando en una serie de contratos programa o de pactos de presupuesto, ligados a actividad, que son inflacionistas, desde el punto de vista de actividad. Piden más actividad, más UPAs, más estancias, más ingresos, más consultas y muy pocas veces se ha hecho este tipo de análisis desde el gobierno. ¿Qué tasa de utilización del procedimiento cataratas hay por mil habitantes o por población mayor de 65 años? A lo mejor quizá sí se puede hacer desde el gobierno ese tipo de análisis, ya que dispone de muchísima información, probablemente más que las aseguradoras privadas.

Antoni Serra Ramoneda:

Seguramente tiene usted razón, el gobierno dispone de más información; pero el problema es más bien el estímulo. Sería entrar en el famoso problema de la actividad pública y de los estímulos de la iniciativa pública; posiblemente sí que dispone de información y dispone de datos, pero ¿en qué medida tendrá capacidad para utilizar esta información, para procesarla y luego para aplicarla? Esta gran cuestión. Parece, por lo que yo he podido leer parece ser que Europa se está convenciendo de que habría que jugar ahí, y la reforma holandesa me parece que es un caso claro de jugar sobre las aseguradoras y permitir que las aseguradoras jueguen ahora este papel.

Posiblemente la situación española es un poco distinta en Cataluña donde existen bastantes aseguradoras privadas de este tipo. Pero parece que están en la primera etapa, que es apretar, atornillar a los médicos en una relación puramente unilateral, es decir, por acto médico lo más barato posible. La disciplina es poca; como no es caro lo que le pagamos a cada médico, tampoco hay que preocuparse demasiado.

En la medida en que hubiera mucha más competencia, y hubiera este proceso de concentración habrá que ver entonces cómo va cambiando la situación; empieza a pensarse más en términos de calidad, en términos de una integración mucho más grande de los médicos en la propia HMO, de intercomunicación mucho más ágil y mucho más viva que realmente pueda suponer una mejora en las eficiencias y una mejora en la utilización de todo el arsenal sanitario.

Un asistente:

Cuando hablamos de la eficiencia técnica, de alguna forma, estamos evidenciando que hay procedimientos inapropiados, es decir, que hay errores. La reflexión en el terreno filosófico-cultural es que el error en la práctica profesional, debe esconderse porque no hay amparamiento jurídico. Se crea así, de hecho, una situación de hecho de presión sobre el sistema y sobre los comportamientos que no se ajustan. La ausencia de un marco jurídico que ampare decisiones de riesgo, aumenta la tensión en el sistema.

siempre acertaba y había ganado millones, y entonces lo consideraban eso que llaman un gurú de la bolsa. Los periodistas que le fueron a entrevistar le dijeron: Pero usted ¿cómo sabe tanto, y cómo acierta tanto en sus inversiones? Y dijo: "Hombre, si eso es pura suerte. Mire, la historia empezó de la siguiente manera: yo era empleado en una empresa, y un día un tío mío murió y me dejó unos cuantos miles de dólares en herencia, y yo no sabía qué hacer, era justo después de la primera guerra mundial, los años 19, 20, no sabía qué hacer y dije: ah, pues lo voy a invertir en bolsa".

Cogí un periódico, miré las cotizaciones y vi una empresa que se llamaba algo así como "Oceanic", y entonces pensé: hombre, ésta debe dedicarse al transporte marítimo, por el nombre que lleva, y por lo tanto, como ahora estamos en la posguerra y se está enviando mucho material desde América a Europa para reconstruir la industria europea, quiere decir que las compañías navieras van a ir de maravilla, con unos ingresos y unos beneficios fabulosos. Por lo tanto, compré estas acciones. Y efectivamente las acciones empezaron a subir, a subir y a subir, y yo me jactaba delante de todo el mundo, es decir, mira que vista tengo, mira que argumento, que bien lo apliqué, hasta que un día un amigo al que le explicaba lo inteligente que había sido, lo bien que había razonado, lo bien que había sabido prever el aumento de los fletes y el aumento del tráfico marítimo, me dijo: Pero ¿de qué empresa me hablas? Pues de la empresa Oceanic. Y dice: "¡Si ésta se dedica a fabricar conservas de pescado, hombre! Quiero decir que no tuvo nada que ver el acierto con el razonamiento".

Creo que la asimetría de la información en salud no se puede ni comparar con la de la bolsa. La prueba es que cuando uno va al médico para ser atendido le tiemblan las piernas, y cuando vas a ver al agente de cambio y bolsa las piernas no te tiemblan, están firmes.

En cuanto a la segunda pregunta no lo sé. Si tuviéramos la agencia perfecta, pues el mercado lo diría. Este es el argumento, la discusión que ha habido en Holanda. Si hemos de poner un tope al gasto en sanidad, es decir, si el Estado ha de poner un tope para evitar que estos porcentajes crezcan, si la reforma holandesa funcionara bien y mejorara mucho, pues el gasto sanitario que se sitúe donde quieran los consumidores. Igual que el gasto en automóviles se sitúa donde quieren los consumidores, o el gasto en zapatos, o sea, la eficiencia asignativa es porque los consumidores dicen cuánto van a gastar en zapatos o cuánto van a gastar en cualquier otra cosa, pues que lo digan ellos. ¿Que los gastos en salud pasan al 15%, que pasan al 20%? Pues si la gente quiere, pues allá ellos. Entonces, todo lo que sea poner un límite es absurdo, e incluso va en contra de la reforma. Creo que esa perfección no la vamos a tener y, por lo tanto de alguna manera u otra pues habrá que limitarlo.

*El futuro de la gestión
de centros sanitarios.
Managed care:
Disease management,
Systems management*

JOSÉ RAMÓN RODRÍGUEZ
Socio Director Grupo Salud
COOPERS & LYBRAND
Barcelona

Conferencia presentada en el Seminario sobre "Claves de Éxito en la Gestión Sanitaria del Siglo XXI",
celebrado en la EASP, Granada, España.

EL FUTURO DE LA GESTIÓN DE CENTROS SANITARIOS. MANAGED CARE: DISEASE MANAGEMENT, SYSTEMS MANAGEMENT

Moderador: Esteban de Manuel Keenoy

Esteban de Manuel Keenoy:

El tema del que vamos a hablar es el futuro de la gestión de los centros sanitarios. Habrán notado que ha habido un cambio sobre el programa original: el moderador no es Guillem López Casanovas sino yo, Esteban de Manuel, director académico de la EASP; para hablar de la gestión de los centros hospitalarios hemos invitado a Nigel Crisp, director gerente del Hospital Universitario de Oxford.

La sesión de esta mañana pretende analizar y discutir qué es lo que está ocurriendo en la práctica con las transformaciones de la gestión a nivel micro en centros, servicios y proveedores sanitarios en Europa. Lo hemos enfocado desde dos puntos de vista: en primer lugar le hemos pedido a José Ramón Rodríguez, que es socio director del grupo de salud de Coopers and Lybrand, que nos haga una presentación sobre las tendencias de reforma que hay en distintos países europeos y que van dirigidas hacia el concepto de gestión del paciente, de Management Care, y en definitiva la gestión integral de los cuidados sanitarios.

La razón de invitar a José Ramón Rodríguez, aparte por su capacidad de todos ustedes conocida por su larga trayectoria en distintos puestos, tanto en la administración pública como después en el sector de la consultoría, es porque Coopers and Lybrand a han realizado un estudio a nivel europeo, precisamente analizando esta característica, y él es miembro del grupo internacional que ha realizado ese estudio.

Esa, digamos, sería la visión un poco más global a nivel europeo, pero después hemos decidido concentrar nuestros esfuerzos y el tiempo de exposición en analizar lo que está ocurriendo con la reforma sanitaria en el Reino Unido, la reforma del White Paper que en año 1990 lanzó la señora Thatcher y que todos ustedes conocen sus líneas generales, los principios que la motivaron e incluso aspectos muy concretos de la transformación, tanto a nivel hospitalario como en la gestión de los médicos de atención primaria. Hemos querido, cinco años después, conocer qué es lo que está ocurriendo, qué es lo que ha ocurrido, cuáles han sido las cosas que han evolucionado tal como se había previsto, cuáles son las cosas que no han evolucionado como se había previsto, y qué es lo que ni se había previsto ni simplemente ha ocurrido. Para eso hemos invitado a dos personas que nos van a dar una visión certera de lo que está ocurriendo.

De acuerdo con este estudio, esta reforma se produce de una u otra manera en todos los países europeos, tanto en los de sistema nacional de salud como en los de seguridad social. El nivel de evolución de cada país es diferente y España aparece posicionada entre los países en una situación más incipiente; hay un poco de todo pero no mucho, si bien, como también se reconoce en el estudio, existe un desarrollo muy desigual entre las diferentes comunidades autónomas; de alguna manera es el "medio pollo" de todas las estadísticas en esta clase de estudios.

En Estados Unidos se están produciendo procesos similares en la política, tanto a nivel federal como estatal, después del fracaso de la Reforma Clinton, pero sobre todo se está produciendo en el mercado, con independencia de lo que dice la regulación. De algún modo los poderes públicos renuncian a un cierto tipo de intervención más global y están estimulando cambios en el mercado a través de aproximaciones más cuantitativas y más instrumentales. La transformación de *Medicare* y *Medicaid*, dejando su gestión en manos de fórmulas de *Managed Care*, de fórmulas de asistencia sanitaria gestionada, en mi opinión también puede verse a la luz de estas tendencias.

Las reformas europeas pueden interpretarse en nuestra opinión como la incorporación de fórmulas y técnicas de *Managed Care*, *medicina gestionada*, como la traduce por ejemplo Sanitas, o *asistencia sanitaria gestionada*, a la gestión de programas de aseguramiento tanto privados como públicos. Por recordar el concepto, en el *Managed Care* un comprador de servicios, de forma directa o sobre todo a través de un intermediario o agencia, se hace cargo de la asistencia sanitaria de un colectivo territorial, de un área de salud por ejemplo, de un colectivo profesional, de un gremio, de una gran empresa o de otro colectivo a cambio de un precio por persona prefijado. Esta sería una primera característica.

Estos intermediarios a su vez adquieren servicios de toda clase en el mercado mediante pago capitativo, sobre todo en la atención primaria, o mediante pago prospectivo por proceso, DRGs, etc. Es una responsabilidad del comprador o del intermediario proporcionar una asistencia sanitaria integral y continuada a lo largo de todos los niveles asistenciales, y alguien, en nombre del comprador, del intermediario o del mismo proveedor, actúa como puerta de entrada, normalmente un médico de familia. En otras ocasiones alguna clase de cuerpo médico-administrativo de inspección, este *goal keeper*, esta puerta de entrada, organiza el movimiento del usuario dentro del sistema.

El modelo, y esto es importante, parte de la base de que los diferentes eslabones dentro de la cadena de servicios comparten el riesgo del asegurador. Los PPOs, las HMOs en sus diferentes modalidades, los POSs y una larga lista de acrónimos, casi todos con tres letras, son formas organizativas de *Managed Care* que tienen gran éxito en Estados Unidos; las más conocidas y de más éxito son las *Health Maintenance Organizations*, las HMOs, que ya cubren al 20% de la población.

En Europa hay experiencias con HMOs, en Suiza, en Francia y se están desarrollando actualmente con gran intensidad en Holanda. Los GPFHs, los *General Practitioners*

ingleses la medicina basada en evidencias, es decir, la compra de servicios probados en términos de coste-efectividad de la intervención sanitaria. Algunas de estas técnicas, como también veremos, pueden aparecer en algunas de las otras dos dimensiones de la pirámide.

La presión por contener los costes, que es el móvil más importante de estas reformas, y la nueva estructuración del sistema de salud, sobre todo el corte que representa la separación entre financiación y provisión, están creando en Europa y en Estados Unidos un gran movimiento de concentración y reorganización del mercado de proveedores de productos y servicios a través de iniciativas de integración vertical y horizontal, también de diversificación en algún caso. La integración horizontal es un proceso bastante economicista -se ha referido a él también el profesor Serra Ramoneda- de integración, de concentración del mercado en un número menor de jugadores que compiten básicamente en el mismo negocio, en iguales segmentos o parecidos, y que persigue un objetivo de aumentar la cuota, de eliminar competidores y de obtener sinergias y economías de escala.

Prácticamente los diferentes mercados de todos los agentes que intervienen en la sanidad (hospitales, empresas farmacéuticas, en menor medida las compañías de seguros donde el proceso de concentración ha sido más rápido) se encuentran muy fragmentados, y por tanto es lógico que se produzca un proceso de concentración, que se articula habitualmente en este momento de evolución, a través de fusiones y adquisiciones de empresas. Este proceso también se da en España y continuará en los próximos años.

Creo que nos interesa más, a los efectos de esta presentación, el proceso de integración vertical, que se produce vinculándose diferentes proveedores de diferentes clases de servicios a lo largo del proceso asistencial y del ciclo de vida de la enfermedad; dicho de otro modo, a lo largo de la cadena de valor de la asistencia sanitaria.

Los hospitales se asocian o adquieren redes de atención primaria, las *Physician Health Organizations* en Estados Unidos por ejemplo; también hay movimientos interesantes en Europa y en España. Hospitales universitarios se vinculan a otros de tipo más básico o de cuidados de media y larga estancia, servicios sanitarios y socios sanitarios se relacionan entre sí o se prestan de forma integral, compañías de seguros desarrollan redes propias de servicios, unas empresas farmacéuticas adquieren empresas de investigación y desarrollo biotecnológico, otras empresas farmacéuticas se vinculan o compran empresas que gestionan la prescripción farmacéutica (hablaremos después de los *Pharmaceutical Benefits Managers*) o se asocian con proveedores de productos y servicios.

El objeto de estas operaciones es múltiple: influir sobre los canales de venta asegurando la demanda, aumentar la capacidad de negociación con proveedores y con clientes, obtener economías de escala, reducir los costes de transacción, integrar los procesos de trabajo y la tecnología de forma más eficiente y desarrollar nuevos conceptos de

patient focus care, o lo que se llama la gestión de casos, el *case management*); otras formas como la gestión integral de patologías a lo largo de todos los niveles asistenciales (lo que se llama el *disease management* o el *enterprise integration*) son caminos en esta dirección.

Quizá uno de los aspectos más importantes de estas estrategias es precisamente la medida en que fomentan la integración y la cooperación entre los diferentes agentes y organizaciones al servicio de la salud, o lo que hasta ahora hemos estado llamando sistemas de salud integrados.

La gestión integral de patologías o *disease management* es una forma de entender la asistencia sanitaria a través de todo el proceso asistencial, en todos los niveles de cuidados y a lo largo de todo el ciclo de la historia natural de la enfermedad. Actúa sobre grupos de población homogéneos, no necesariamente ni prioritariamente pacientes hospitalizados, y aplica una gama amplia de técnicas, métodos e instrumentos de diferentes procedencias para mejorar la asignación de recursos y la gestión clínica.

La gestión integral de patologías, involucra actuaciones de diferentes profesiones sanitarias (médicos, enfermeros, administradores) de los diferentes agentes implicados en el sistema de salud (financiadores, proveedores, suministradores, compañías farmacéuticas, sistemas de información) mediante acuerdos o soluciones cooperativas. El *disease management* se enfoca a la calidad, tanto en el sentido técnico como en términos de satisfacción y no solo al coste. Algunas enfermedades crónicas (la EPOC, el asma, la diabetes), problemas de salud complejos (el ACV o el SIDA) o multipatologías propias de la edad pueden entenderse mejor; se puede actuar mejor y de forma más coste-efectiva si se involucran intervenciones del propio enfermo, de la asistencia primaria, de especialistas de dentro o fuera del hospital y de los cuidados socio-sanitarios.

También desde el punto de vista de los costes, el enfoque de *disease management* se dirige a la causa raíz de los mayores costes y sustituye la gestión económica sobre componentes aislados del gasto (las estancias hospitalarias, la prescripción farmacéutica, los diagnósticos defensivos o no) por una visión global del paciente y de la enfermedad sobre la que adicionalmente es más sencillo encontrar una interlocución, un diálogo con los propios profesionales.

Efectivamente, el *disease management* tiene que fundamentarse en una base sólida de conocimiento clínico y de economía de la salud, en un proceso participativo de los profesionales para analizar los problemas y acordar sobre la mejor práctica, y en sistemas desarrollados de información y gestión de pacientes, para algunos de hecho el *disease management* es un proceso de gestión de la información y del conocimiento.

Este enfoque, como puede verse, rescata y hace una cierta síntesis en el nivel de las formas de hacer medicina y de las formas de hacer gestión, de la visión de asistencia integral e integrada en que nos educamos los sanitarios de los 60 y 70. Es una

seño radical de un proceso clínico. Puede verse que bajo el paraguas de la gestión integral de patologías hay conceptos y experiencias a veces muy simples, que forman parte de la práctica profesional de la medicina y de la gestión clínica.

Sin embargo, a veces estas cosas sencillas son con frecuencia las más complicadas y se precisan aproximaciones, conceptos técnicos y herramientas que ayudan a los profesionales y a los gestores a reflexionar sobre su práctica, a reconocer formas de hacerlo mejor, a trabajar en equipo, y a procurar, como decía Peter Drucker -el *gurú* de la gestión- que se haga lo que se tiene que hacer.

El término "gestión clínica" en este sentido es posiblemente redundante: ¿Qué hacen los médicos que no sea gestión? ¿Qué hacen los gestores de servicios sanitarios que no sea clínica?

*Contratación de servicios
en atención primaria.
Evaluación de la experiencia
de los GP fund holders
en el Reino Unido*

LAURIE McMAHON
*Director
Office for Public Health Management
Londres*

CONTRATACIÓN DE SERVICIOS EN ATENCIÓN PRIMARIA. EVALUACIÓN DE LOS GP FUND HOLDERS EN EL REINO UNIDO

La *Office of public management* es una organización independiente que trabaja en todos los sectores públicos del Reino Unido y en otros lugares, y se centra en la sanidad, en los gobiernos locales y centrales, en las universidades, en las fuerzas policiales, las iglesias, el sector del voluntariado; en todo lo que implica el sector público. Trabajamos con los políticos y con los gerentes ayudándoles a entender y a ver el futuro para desarrollar algún tipo de estrategias con las que hacerle frente. Luego diseñamos con las organizaciones un proceso de gestión que sea consecuente. En 1990 éramos dos profesionales trabajando en la administración y ahora somos cuarenta, lo cual muestra el grado en el que el sector público se quiere implicar para una mejor gestión y para mejores estrategias de gestión.

Voy a utilizar las agrupaciones de médicos de familia, el GPFH, en el Reino Unido como un estudio de casos. Intentaré limitar los detalles del programa de compra de servicios porque quiero discutir con ustedes el impacto sobre el sistema sanitario de tener poderosas puertas de entrada, *gatekeepers* de atención primaria, médicos de familia, dentro del sistema. Primero conviene recordar las características del sistema de salud del Reino Unido.

Básicamente nuestro sistema de salud es un servicio basado en tareas de acceso universal. Tiene autoridades sanitarias responsables de la salud de una población definida, asignación que es un derivado de las reformas de la señora Thatcher. Hemos terminado probablemente con el sistema de atención médica más socializado de Europa en donde las autoridades sanitarias son responsables de la salud de la población más que de la administración de los servicios. Se fundó mediante el pago capitativo, lo cual significa que las autoridades sanitarias tienen fondos en función del número de ciudadanos que viven dentro de su territorio, en función de la edad y de las necesidades. Funciona, como saben, a través de un mercado interno en el que las autoridades contratan servicios de las fundaciones hospitalarias (*trusts*), hospitales semiautónomos y servicios de la comunidad y en donde los médicos de familia son en realidad pequeños negocios privados subvencionados por un contrato nacional, negociado con el gobierno central, no por estas autoridades locales.

Las autoridades locales contratan con las fundaciones hospitalarias proporcionando un nivel concreto de servicios dentro de esa fundación hospitalaria. Los médicos de familia envían pacientes siguiendo las vías creadas por estos contratos. Así es cómo se hubiera visto antes de las agrupaciones de médicos de familia, con las autoridades sanitarias pudiendo controlar la configuración de los servicios dentro de su localidad y con los médicos de familia pudiendo comprar la asistencia que necesitan, para obtener

servicios de la comunidad. Un desglose de los elementos de los servicios hospitalarios muestra el coste de la gestión de los fondos; se puede ver que mayormente son consultas externas, hospitalizaciones y casos de atención de día.

Es interesante observar lo que en realidad cubren los fondos. Los médicos de familia no compraban todo para sus pacientes. Hay dos elementos muy importantes de gastos: accidentes-urgencias, urgencias-hospitalizaciones, que se omitieron y todavía seguía bajo la responsabilidad de las autoridades sanitarias. Todos los servicios terciarios, servicios técnicos pertenecían a las autoridades sanitarias; las hospitalizaciones por enfermedades mentales también pertenecían a las autoridades sanitarias. Eso era la mayoría de las GPFH, la mayoría de los gastos de los médicos de familia.

¿Cómo se desarrolló el proyecto desde 1991? Fue lento al principio ya que los líderes dentro de la profesión de los médicos de familia lo criticó, pero cobró ímpetu rápidamente. Por todo el país hubo grandes variaciones al adoptarlo. Tuvo mejor aceptación en las zonas más pudientes, en lo que nosotros llamamos los *shires* (condados); en la zona opulenta del campo del sur de Inglaterra y en la zona residencial más rica de las afueras, por lo que tendía a ser una conquista práctica de los ricos, más que una conquista de un barrio deprimido. Ahora cubre una amplia participación cada vez mayor de pacientes y del presupuesto de los hospitales del NHS. Se ha calculado que a finales del próximo año, aproximadamente un 14% del gasto total del NHS será cubierto por la compra de servicios de los médicos de familia, lo cual es una cantidad de dinero muy significativa.

Ha habido variaciones en el crecimiento de la compra de servicios. En el primer año hay un tipo de recorte del crecimiento y ahora se ha estabilizado. No creo que vengán muchos más. Tan sólo para darles una idea de las variaciones; aquellos que conocen bien el Reino Unido sabrán que Barnsley es una ciudad industrial relativamente antigua muy deprimida y Derbyshire en general tiene muchísimos Jaguars y Range Rovers. Hertfordshire también es un condado bastante rico, es uno de los *shires*, y Camden & Islington es una de las zonas residenciales, situada en el corazón de la ciudad -que casualmente es donde yo vivo- y pueden ver cómo no hay mucha compra de servicios allí. Tengo que decir, al conocer la localidad, que también tiene que ver con el hecho de que está cerca de las escuelas de medicina de Londres; las universidades dominaban el panorama y han mantenido al margen la compra de servicios.

Una valoración del impacto muestra cómo algunas fundaciones hospitalarias en zonas como Hertfordshire ahora tienen una parte significativa de sus ingresos que proviene de las GPFH. Como consecuencia de ello, han tenido un impacto muy importante sobre la configuración de los servicios de la zona. El impacto de las GPFH ha sido bastante considerable. Puede que las GPFH sólo tengan una pequeña proporción del mercado pero ejercen muy bien su influencia.

Ha habido ahorros significativos, aunque los médicos de familia no se gastaron el dinero en una mejor atención. Se lo gastaron en las instalaciones, en sus edificios, y

El gobierno se ha dado cuenta de que no dará más del 50% y casi se pueden ver las primeras ráfagas de médicos de familia devolver el dinero, devolver los juguetes que el tren les trajo y volver a ser los médicos de familia honrados. Una razón de ello es que algunas autoridades locales se han dirigido a un grupo de médicos de familias que no son GPFH y les han dicho: "Bueno, les daremos una cantidad de dinero apropiada para la población que tienen, nosotros guardamos el dinero y ustedes nos dicen cómo gastarlo", esto significa que los médicos de familia tienen un gran poder para influir sobre los servicios que se les va a proveer a sus pacientes sin el engorro de pasar por todo el proceso de la compra de servicios y sin la responsabilidad de tener que dar cuentas de los pormenores de su negocio.

Gran Bretaña parece que se está desplazando a lo que era la izquierda, aunque la izquierda ahora es la derecha y una de las cosas que ha dicho el partido laborista es que está en contra de la compra de servicios de los médicos de familia. Presiento que en realidad lo llamarán de una forma diferente, pero el poder en manos de los proveedores de atención primaria mediante la compra de la calidad, es una trayectoria que adquiere una velocidad que no se puede parar. El genio, por así decirlo, se ha salido de la botella y eso significa que tienen que hacerle frente de alguna manera. Pero la gran repercusión de darle más poder a los médicos de familia, bien por esta vía o por la de la compra de servicios, está en las relaciones de mercado.

Mis observaciones finales son solamente sobre lo que pienso que puede ocurrir en esas relaciones dentro del mercado del NHS.

Relación A: Esta relación entre el Centro, el Ministerio de Sanidad y las Autoridades Locales Sanitarias es que a medida que el Centro, el NHSE (la ejecutiva del servicio nacional de salud) se desplaza más hacia el centro, permite una responsabilidad mayor a las autoridades sanitarias locales para hacer una política local.

Relación C: Esta relación es muy interesante porque es la relación entre las autoridades sanitarias y la fundación hospitalaria, un hospital local, que solía ser la administración en 1948. En 1985 se convirtió en gestión devuelta. En 1991 esa relación se volvió contractual, la única relación entre las autoridades y el hospital era un contrato. Ahora si se entrega el poder a los médicos de familia como compradores, esta línea empieza a atrofiarse y la capacidad de las autoridades sanitarias para controlar la configuración de los servicios sanitarios disminuye a medida que se le entrega poder a los médicos de familia.

Relación B: Esta relación es acerca de la responsabilidad de los médicos de familia ante las autoridades sanitarias. Tradicionalmente la responsabilidad es poco clara; se ha modificado recientemente, el gobierno publicó el informe hace dos meses; pero la mayoría de los observadores dice que surtirá poco efecto sobre lo que en realidad hacen los médicos de familia. Eso significa que ahora se está volviendo muy difícil en nuestro sistema preocuparse por las conquistas sanitarias para toda la población ya que los

HMOs como si se hubieran llevado desde este lado y por supuesto muchas fueron llevadas desde aquí. Una vez que el funcionamiento del sistema norteamericano cambió, fueron los proveedores de los grandes hospitales que se introdujeron en el campo de la atención primaria y empezaron a cambiar el mercado para mostrar un flujo suficiente de ingresos.

Soy celta, como probablemente puedan deducir por mi nombre, y los celtas suelen tener ataques de depresión, lo que sucede por estaciones. La parte pesimista celta que llevo dentro dice que a menos que haya una mayor responsabilidad por parte de los médicos de familia, en la línea B y mejor regulación del mercado en la línea C, lo que estamos haciendo de forma efectiva es entregar el NHS al sector privado, con prácticamente ninguna regulación. La parte optimista dentro de mí me dice que si puedo ver esto, entonces los que están en el poder en el gobierno central también pueden verlo, cualquiera que sea el color del próximo gobierno. Lo que ellos harían sería encargarse de regular este mercado que tenemos más cerca para asegurar la competencia limitada, las ventajas de eso y de separar los intereses de los compradores que velan por la comunidad y los proveedores que velan por los servicios continuarán trabajando en el interés público y no se perderá todo. He de decirles que hoy me encuentro de un humor optimista y tal vez eso sea lo que vaya a suceder en el futuro.

*El futuro de la
gestión hospitalaria:
El papel de los profesionales*

NIGEL CRISP
Chief Executive
Radcliffe Hospital NHS Trust
Oxford

EL FUTURO DE LA GESTIÓN HOSPITALARIA: EL PAPEL DE LOS PROFESIONALES

Hoy me esforzaré en explicar por qué debemos realizar un cambio en esto y contarles nuestra experiencia en el Oxford Radcliffe, hospital universitario de Oxford. Voy a resaltar desde el principio que en Oxford no tenemos todas las respuestas. Creemos que estamos yendo en la dirección correcta, pero todavía no vemos nuestro destino final; por lo tanto no pretendo darles ningún modelo estable ni un proyecto original. Quiero más bien compartir nuestra experiencia y nuestro parecer hasta el día de hoy.

Hay una serie de viejos modelos para la relación entre los clínicos y los gerentes. Estos incluyen, en el sector privado británico, un modelo en que los gestores son los responsables de la dirección del hospital y de apoyar los servicios dentro del hospital, pero los clínicos son los responsables de traer a sus pacientes. Este modelo es un sistema en el que los médicos clínicos son las personas dominantes y el hospital en realidad trabaja para satisfacer las necesidades de esos clínicos.

Otro modelo que se ha desarrollado consiste en que el hospital es mucho más dominante y realmente decide lo que tiene que suceder clínicamente. Escuché describir esto a uno de nuestros médicos de la forma siguiente: "Se trata a los médicos como mecánicos de automóviles. entran, prestan el servicio al coche conforme a un horario previsto". Pienso que hay muchos híbridos entre estos dos ejemplos y en Inglaterra solíamos tener médicos inspectores que, en cierta medida, combinaban los dos papeles, tanto asegurando que los médicos eran dominantes dentro del sistema como también estableciendo las regulaciones de cómo debían producirse las cosas; por supuesto, lo más significativo en todo esto era la personalidad de esos individuos y cuando hablamos de gestionar los hospitales debemos recordar siempre la personalidad de los gestores.

Necesitamos desarrollar una nueva relación entre los clínicos y los gestores la cual se base de forma crucial en un entendimiento de cómo desarrollar planes estratégicos y de cómo gestionar los servicios de forma operativa. La palabra clave aquí creo que es planificación. Plantearé que esta relación no debe ser competitiva sino que debe ser de colaboración en que cada una de las partes contribuye con diferentes aportes a una empresa conjunta. Parte de mi argumento es sobre el contexto, en particular, del Servicio Nacional de Salud (NHS) en Gran Bretaña; pero también hay una parte que es sobre la atención sanitaria en sí y de cómo está cambiando la sociedad. Empezaré por esto último.

Vivimos en una sociedad que está cambiando muy rápidamente. Las formas clave de cambio son las revoluciones que se están produciendo: a) En la información y, b) En el consumo. La atención sanitaria es tanto un conocimiento basado en la industria como una industria de servicios y debemos responder a ambas revoluciones. Los avances en la información de la gestión y en la tecnología repercuten en la atención sanitaria de muchas maneras. El conocimiento más reciente de una buena práctica cambia rápido y los cam-

Desde 1991, hemos pasado a tener una mayor orientación externa. Ahora tenemos compradores y son compradores muy diferentes. Vendemos nuestros servicios en estas tres categorías: a) Nuestro servicio general que se vende en Oxfordshire, nuestro condado, y a las agrupaciones de médicos de familia locales (GPFH) y, casualmente, nuestras GPFH suponen el 7% de nuestros ingresos; b) Vendemos nuestros servicios de especialidades a Oxfordshire y a todas las autoridades sanitarias colindantes; c) Vendemos formación, enseñanza e investigación a la ejecutiva central del NHS. También hemos tenido que aprender que no prestamos esos servicios de forma aislada. En todos ellos los prestamos de forma asociada. Prestamos los servicios generales como socios, con nuestros colegas los médicos de familia, las personas que ellos nos envían, prestamos los servicios de especialidades en asociación con los hospitales vecinos, una vez más con los médicos de allí que nos envían los pacientes. A menos que los cardiólogos en el hospital vecino nos envíen a los pacientes, no hacemos cirugía cardíaca; y, por último, tenemos una relación muy estrecha con la Universidad de Oxford.

Veamos los cambios en la forma en que nos comportamos. A Oxford se le solía ver como un centro de arrogantes dentro del NHS. Era un lugar que aceptaba los pacientes que enviaban otras personas, pero no pensaba que tenía que hacerlo. Ahora en este nuevo mundo del mercado, tenemos que comportarnos como un centro de excelencia y recibir los pacientes que nos envían. Tuvimos que responder a estos cambios en Oxford y la parte clave de nuestra respuesta ha sido descentralizar parte de la gestión e involucrar a los médicos totalmente en la planificación y la gestión de los servicios.

Hemos descentralizado, por lo que ahora tenemos 65 unidades de servicios; cada una está dirigida por un médico, que ejerce y al que lo apoya en general un enfermero. A su vez estos se agrupan en 12 centros, que denominamos centros clínicos; por último, en cada uno de esos centros clínicos un médico, el director del centro clínico, forma parte de la junta directiva del hospital. Esto ha supuesto un cambio muy radical y probablemente es uno de los que hayamos llevado mucho más allá en Oxford que en cualquier otro hospital del NHS. Digo esto basándome en una prueba: nuestro coste para la gestión adecuada es en realidad la mitad del coste de otros hospitales que son del mismo tamaño que el nuestro. Nos tomamos muy en serio el involucrar a nuestros médicos en la gestión ya que no tenemos gerentes que lo hagan; por tanto los médicos tienen que hacerlo.

En lo que se refiere a los empleados en nuestra organización ha habido un cambio muy grande para todos nosotros y se puede ver desde la simple descripción del papel del jefe del ejecutivo que es muy amplio y ahora se convierte en el de gestionar el proceso. Un proceso que permite que se tomen buenas decisiones operativas en el nivel de servicios y asegura que se desarrollen buenos planes estratégicos para el hospital como un todo. Claramente, como jefe del ejecutivo, soy responsable de las actuaciones del hospital como un todo. Sin embargo, esta estructura significa que no me concentro en los elementos de control sino más bien en asegurarme que aquellos individuos que están en los procesos estén en el lugar, lo cual asegura que se mantiene un control.

como una montaña rusa; hasta cierto punto, tenemos que agarrarnos a nuestro asiento y disfrutar del viaje y no está totalmente claro adónde vamos a llegar.

Un problema es que los médicos individuales necesitan resolver ellos mismos el conflicto entre hacer lo mejor para su paciente individual y tener la responsabilidad de la gestión de un grupo de pacientes. Sabemos bien lo difícil que eso es. Sea cual sea la pasión que podamos mostrar como gerentes con respecto a la gestión sanitaria en el futuro, existe una diferencia entre la persona como médico que asume la gestión y la que todavía tiene una responsabilidad ante el paciente individual en frente de sí. Intentamos llevar esto mediante la continuación de nuestro proceso de gestión. Nos estamos concentrando en dos cosas en particular: la clarificación del marco dentro del cual funciona el hospital y la continuación del desarrollo y de la formación del personal. Tenemos que seguir aprendiendo. Tenemos que entrever las responsabilidades de cada uno, tenemos que ponerlas en práctica y tenemos que refinarlas.

Necesitamos refinar nuestros procesos de planificación. Revisamos nuestra planificación tres veces al año dentro de cada unidad de servicios; esta es la reunión entre los clínicos de esa unidad y el jefe del ejecutivo y los miembros de la junta. Contemplamos el funcionamiento de la unidad de servicio y el funcionamiento del hospital como un todo. Es una sección de dos vías, se nos dice lo bien que estamos trabajando y gestionando el hospital como un todo, al igual que les decimos a los clínicos lo bien que creemos que están desempeñando la gestión de su unidad de servicio. Es un proceso unificador incluso aunque en realidad pueda ser muy difícil.

En esta ponencia les he mostrado algo de cómo estamos desarrollando las relaciones entre los clínicos y los gerentes del Oxford RydeCliff. He resaltado las razones por las cuales creo que estos cambios son necesarios y por qué creo que tenemos que trabajar más estrechamente. No infravaloro la distancia que todavía tenemos que recorrer. Finalmente, me gustaría centrar la atención en tres rasgos a los que hay que dirigirse en la próxima etapa del desarrollo.

En primer lugar, esta relación supone una presión añadida para los médicos. En Gran Bretaña nos dirigimos cada vez más a nuestros expertos clínicos para pedirles que lo hagan todo. Estamos hablando de que nuestros servicios se basen en los facultativos y no que sean guiados por estos. En otras palabras, todo paciente tendría que ver al médico experto. Les estamos pidiendo que se impliquen más en la enseñanza y en la formación de lo que ha sido en el pasado y también les estamos pidiendo que se impliquen en la gestión. Lo que necesitamos, si vamos a hacer eso seriamente, es un nuevo marco para la gestión de esos médicos en el sistema; ese nuevo marco significará que tendremos que trabajar mucho más en equipos de lo que alguna vez hayamos hecho anteriormente dentro de nuestro sistema.

En segundo lugar, tenemos que mirar el lenguaje que utilizamos. Con demasiada frecuencia, el lenguaje que utilizan los médicos sobre sus pacientes es muy diferente del lenguaje y de las descripciones que utilizan los gerentes sobre los servicios.

Debate

(Turno de preguntas común a las ponencias "Contratación de servicios en atención primaria. Evaluación de los *GP Fund Holders* en el Reino Unido", de Laurie McMahon, y "El futuro de la gestión hospitalaria: el papel de los profesionales", de Nigel Crisp.)

Pregunta 1:

¿Si en el contrato se ponen objetivos, qué tipos de objetivos son? ¿Son objetivos ligados a problemas de salud existentes en el territorio o a nivel nacional? ¿Cómo se hace la evaluación del contrato? Si el contrato se renegocia anualmente, ¿con qué criterios se hace la renegociación?

Respuesta 1, Laurie McMahon:

Existe una diferencia entre el contrato de las autoridades locales con el de la fundación hospitalaria y el contrato de las GPFH con el de la fundación hospitalaria. Para las autoridades locales, los contratos están vinculados directamente con las necesidades sanitarias de su población y las autoridades sanitarias defienden que el centro sea responsable de satisfacer las necesidades de la población mediante contratos con los hospitales, con las fundaciones hospitalarias. Esto no es cierto para los GPFH. En la actualidad el médico de familia puede enviar cualquier paciente a cualquier hospital, simplemente por lo que él o ella considere que es apropiado y no existe una relación directa entre los pacientes que el médico de familia envía y la responsabilidad de ganancias de salud de la población. Son muy diferentes y probablemente esa sea una de mis principales preocupaciones en torno a la compra de servicios en el NHS.

Con relación a cómo se renegocian los contratos, los contratos contienen cada vez más elementos de costes de volumen y calidad y se valoran en un régimen de calidad. Las autoridades sanitarias es una gerencia mucho mayor y por tanto realiza un esfuerzo mucho mayor y tiene una mayor capacidad para preocuparse por el seguimiento de los contratos y de la calidad, aunque la valoración del médico de familia puede ser muy marcada. De momento, se renegocian anualmente y eso crea una gran tensión en el sistema ya que la organización tiene ese enorme tirón aproximadamente en abril y hasta septiembre, cuando en realidad se renegocian los contratos. Hay un movimiento, en general, hacia el contrato de tres años; prefieren el estatus de los proveedores para la fundación hospitalaria para intentar eliminar algunos de los costes de operación del mercado de contratación cada año.

Pregunta 2:

Soy José Manuel Rubín, director gerente del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de Santander. Quiero hacer una pregunta al profesor Nigel Crisp sobre algunos aspectos derivados de su propio hospital: ¿Cuál es el número de camas en funcionamiento de su hospital? ¿Cuáles son las relaciones de las personas que tra-

sí lo ha hecho y creo difícil dar datos de una naturaleza antropológica para entender con precisión por qué algunas zonas muestran más resistencia que otras.

Pregunta 4:

Mi nombre es Raimundo Belenes, quiero hacerle tres preguntas al director del hospital de Oxford. En primer lugar, ¿cúal fue el procedimiento seguido para designar a los nuevos responsables de las unidades?; ¿fueron voluntarios? En segundo lugar, ¿qué recompensas o incentivos económicos tienen en la actualidad para desempeñar esa gestión? En tercer lugar, ¿qué estructura de gestión tienen para desarrollar sus funciones nuevas?

Respuesta 4, Nigel Crisp:

La primera pregunta sobre los voluntarios es muy interesante. Teníamos 65 unidades de servicios de atención y en cada una decíamos que el director debía ser alguien que apoye los otros clínicos, pero también que fuera aceptable para él como jefe del ejecutivo; por tanto hubo lugar para las negociaciones. En muchos casos era bastante obvio quién debía ser esa persona; pero en otros casos teníamos que pasar por un largo proceso de identificación de alguien que estuviera interesado en desempeñar el papel. De las 65 unidades, podría decirles que una tercera parte está funcionando muy bien; otra tercera parte va bien; el otro tercio se encuentra en una situación poco satisfactoria en la que vamos a tener que realizar algunos cambios dentro de un año o dos. No es un sistema en el que simplemente se pueda introducir cambios de la noche a la mañana y hacer que se apueste por los cambios.

Con respecto a la segunda pregunta tenemos 12 centros clínicos y el director de esos centros recibe la paga de la fundación hospitalaria para que realice el trabajo de gestión. Por tanto, en realidad se les paga por parte de su tiempo para que realicen el trabajo y es responsabilidad de ellos trabajar conmigo para decidir quién puede asumir el papel en la unidad de servicios de atención. Ahora bien, no hay muchos incentivos económicos en el sistema pero hay otro tipo de incentivos.

Debo dejar en claro que si no encuentro a un médico que sea capaz de hacerlo y que esté dispuesto a seguir una cierta formación, encontraré a otro y de nuestras 65 unidades ciertamente tenemos algunas en las que los directores son enfermeros y en otras los directores son comadronas; esto resulta saludable porque sobre todo en una especialidad pequeña no siempre se encuentra a un médico que sea capaz o que quiera asumir ese papel y tenemos que intentar gestionar esa especialidad de forma diferente. Pienso que existe una buena disposición por parte de las personas a hacerlo porque no quieren que los demás le censuren y probablemente ese sea el incentivo más importante en todo esto.

Con relación a la tercera pregunta, la estructura difiere dependiendo de la unidad porque —por ejemplo— claramente patología es diferente de cardiología. En gene-

especializados. Tenemos relativamente pocos facultativos generales; pero tenemos rinólogo, especialista del tórax, facultativos para cada uno de los órganos del cuerpo. En muchos casos los médicos de familia quieren que los facultativos generales les den consejo; ellos se ven como médicos generales necesitados de que otros médicos generales eruditos en los hospitales los apoyen y eso realmente supone un gran cambio. En Estados Unidos se están moviendo hacia la medicina general. La medicina general interna se está convirtiendo en una especialidad creciente y creo que los médicos generales nos obligarán a hacer lo mismo. Se pueden imaginar los fuertes cambios culturales que esto supone y para muchos de nuestros facultativos esto resulta ciertamente muy difícil.

Pregunta 6:

¿Cuál es el grado de satisfacción de los pacientes después de la reforma? ¿Perciben algún inconveniente de la compra de los médicos de atención primaria a los hospitales?

Respuesta 6, Laurie McMahon:

Con respecto al grado de satisfacción de los pacientes en general, estuve viendo algunos datos en que se recogía que los pacientes de las GPFH están mucho más satisfechos con el médico de familia y su sistema de compra, que con sus homólogos del sistema riguroso de primaria. Esto se debe en gran medida a una sensación de que el médico de familia puede ganar acceso instantáneo a los hospitales debido a su relación contractual. La dificultad radica en que eso pudiera ser a expensas de los pacientes que no están bajo las prácticas de la compra de servicios. Por tanto, pueden ver que si un grupo está ganando acceso rápido, eso provoca un efecto en las listas de espera de los demás.

Lo que más me preocupa y siempre he estado muy a favor del médico de familia y a favor de la primaria, es que no hay garantías, no existen responsables que nos aseguren a nosotros como público lo que están haciendo los médicos de familia en realidad; si entienden las necesidades de toda la población y si compran de tal forma que mejoran la salud de esa población. Por tanto, la satisfacción de los clientes puede ser mayor. A largo plazo, la satisfacción pública será menor a causa de la preocupación del médico de familia con respecto al individuo, más que por toda la población de la ciudad.

Respuesta 6, Nigel Crisp:

Pienso que hay verdaderas cuestiones con respecto a los efectos que tiene sobre los resultados de la salud. Mencionaré sólo un hecho que están haciendo las GPFH, con un efecto inmediato. Están entregándoles cuestionarios a sus pacientes y preguntándoles sobre los servicios de los hospitales. En algunos casos hemos visto cómo han

Entrega del II Premio MSD

JOSÉ LUIS ROMÁN PUMAR

*Director de Marketing
Merck, Sharp and Dohme
Madrid*

ENTREGA DEL II PREMIO MSD

Ricardo Vázquez Albertino, Viceconsejero de Salud:

Voy a dar lectura al acta de la sesión que tuvo lugar en la tarde de ayer del Comité Científico del II Premio MSD. Antes de nada quisiera decir que el Comité Científico ha valorado la alta calidad de los trabajos presentados a esta segunda edición y que no ha sido fácil, como tampoco lo fue el año pasado, tomar la última decisión. Por eso queremos en principio felicitar a todos los que han presentado sus trabajos por la calidad de los mismos. La decisión siempre es difícil y ha sido ésta:

"Reunidos los miembros del Comité Científico del II Seminario MSD a la mejor iniciativa a la gestión sanitaria y tras la valoración de los trabajos presentados, acuerdan por unanimidad conceder dicho premio al trabajo «¿Se puede desarrollar el modelo europeo de gestión de la calidad total en el hospital?», del que es titular el Hospital de Guipúzcoa y que fue presentado por su gerente, D. Eduardo Maíz Olazabalaga, a quien felicitamos expresamente."

Tiene la palabra D. José Luis Román Pumar, representando a MSD.

José Luis Román Pumar:

Quiero felicitar al grupo de Eduardo Maíz Olazabalaga por haber hecho ese trabajo. También quiero aprovechar esta oportunidad para exponer algunas reflexiones que me han surgido durante el seminario.

En primer lugar, responder a la pregunta: ¿qué hace MSD aquí?, que algunos de ustedes nos han formulado en las comidas o durante las discusiones informales. Pues bien, nosotros nos consideramos parte del sistema de salud, y nos preocupa muchísimo la "salud" del sistema. Nos preocupa la salud financiera por supuesto, nos preocupa la salud psicológica, la salud orgánica, nos preocupan todos los componentes del sistema, sin ninguna duda. Queremos añadir valor al sistema, no queremos beneficiarnos de él. Por supuesto no somos una empresa altruista, las cifras tienen que salir positivas si queremos sobrevivir y eso exige también considerar algunos aspectos de beneficio. Pero queremos que ese beneficio sea compartido con nuestros clientes, y para nosotros clientes son todos los que intervienen en la toma de decisiones en salud. Un cliente importante son ustedes, los gestores de ese sistema. Entonces creemos que es muy importante estar cerca de ustedes, saber lo que piensan, saber cómo están. Aunque sólo sea por eso yo creo que merece la pena nuestra participación aquí.

Otra reflexión son las referencias que se hacen habitualmente a la industria farmacéutica -que habitualmente causan incomodidad -porque en general son referencias

Clausura del seminariO

RICARDO VÁZQUEZ ALBERTINO

Viceconsejero de Salud

Junta de Andalucía

Intervención de clausura del Ilmo. Sr. Viceconsejero en el Seminario sobre "Claves de Éxito en la Gestión Sanitaria del Siglo XXI", celebrado en la EASP, Granada, España.

CLAUSURA DEL SEMINARIO

Ricardo Vázquez Albertino, Viceconsejero de Salud:

Me corresponde clausurar este simposium. Quiero manifestar la satisfacción de la Consejería por la celebración de este simposium. Felicitar a la Escuela Andaluza de Salud Pública, a los organizadores del simposium, al comité científico, y agradecer a MSD su patrocinio, sin el cual no se podría haber celebrado.

Creo que efectivamente, como ha dicho su director de marketing, es muy importante que gestores, administración, yo añadiría políticos también, consigamos encontrar esos puntos que son objetivos comunes porque el desarrollo futuro, no sé si en el siglo XXI que es muy largo, pero sí probablemente en la próxima década, de los servicios de salud en España y el resto de Europa va a necesitar de mucha comprensión y colaboración por parte de todos los agentes que se mueven en el sistema.

Satisfacción porque comprobamos una vez más, llevamos diez años comprobándolo continuamente, que los objetivos que se planteó el gobierno de la Junta de Andalucía cuando puso en marcha esta Escuela Andaluza de Salud Pública se han visto mucho más que colmados y continuamente superan con creces cualquier planteamiento que se pudiera haber hecho.

Satisfacción también porque el tema del simposium para los políticos es muy importante. Nosotros tratamos de adivinar continuamente lo que va a pasar en el futuro, cómo planificarlo, por dónde marcar las líneas estratégicas; hay dos factores con los que siempre tenemos enormes incógnitas: ¿cuál va a ser en el mundo de la salud el desarrollo real, científico y tecnológico en los próximos años?; ¿qué va a ocurrir con las cuestiones relacionadas con la gestión?

En principio, en política hay que tener cuestiones nucleares muy claras, pero también hay que ser flexible e interrogarse continuamente sobre la permanencia de las verdades. Personalmente hay cuestiones que en este momento nos preocupan. Partiendo de un concepto nuclear del mundo de la salud en el cual tiene que plantearse sobre unas estrategias de equidad y solidaridad -cualquier otra cosa es impensable, por lo menos es impensable desde la opción política a la que pertenezco- uno se hace preguntas. Uno se pregunta si el crecimiento de los costes en el futuro será paralelo al crecimiento de la demanda. Y se hace otra pregunta a la cual los gestores todavía no nos han respondido. Ese crecimiento de los costes ¿qué es lo que está comprando?, ¿qué valor real tiene lo que se compra?

Hoy en El País viene que la expectativa de vida en España en el año 2010 será 86 años, 10 años más que ahora. No sabemos lo que eso nos va a costar en el aspecto de la salud, pero si esa cifra que se plantea resulta verdadera, ¿qué valor tiene eso?,

ciar; por lo tanto intentaban lógicamente un lucro legítimo y no fundaban ciudades, fundaban mercaderías. En este sentido, a veces me da miedo que detrás de determinados conceptos genéricos sobre la posibilidad de la provisión múltiple de servicios, la competencia de mercados, mucho más si hablamos entre público y privado, se pueda de alguna manera esconder una estrategia comerciante más que guerrera para la fundación de florecientes mercaderías, lo cual puede ser legítimo y lícito en cualquier sociedad, pero que evidentemente debe de hacerse de una manera transparente, con claridad y con lealtad.

Los planteamientos políticos que condicionan modelos organizativos y condicionan las fórmulas de prestación de servicios deben hacerse con claridad y con transparencia: esto es esto y esto es esto otro, son cosas distintas y no hay confusión, por lo tanto es absolutamente legítimo el elegir una u otra. Surge la pregunta ¿a quién le corresponde elegir? Le corresponde medir ese valor a los ciudadanos; es indudable, son los ciudadanos los que tienen que elegir porque, aparte de usuarios, clientes y tal, son los dueños del sistema; son los accionistas que financian el sistema. Son clientes que ha creado algo, que lo pagan para utilizarlo, y por lo tanto ese algo tiene que ofertarles aquello que quieren y de la forma que lo quieren. Creo que aquí están muchas de las claves que probablemente condicionen el futuro.

El sistema se puede financiar. Estamos en un porcentaje del PIB razonable comparado con algunos países europeos, para qué vamos a hablar del otro lado de océano Atlántico, y por lo tanto sí se puede financiar. El crecimiento del coste del sistema, que fue muy fuerte hasta hace 3 ó 4 años se ha ralentizado, crece más despacio, y empieza a tener menos peso el desarrollo de servicios nuevos. Cuando estudiamos en Andalucía el crecimiento de los costes, si inmovilizamos el sistema en cómo era hace 10 años nos encontramos con que no han crecido tanto. Han crecido mucho los servicios, el Servicio Andaluz de Salud que gerencia Ignacio Moreno tiene ahora mismo 30.000 personas más trabajando que las que tenía hace 10 años, esto es un dato absoluto. Los costes de personal han crecido, aunque probablemente su peso relativo en la prestación de los servicios no haya crecido tanto.

No cabe duda de que el crecimiento futuro de los servicios va a ser menor. Creo que va a haber también una tendencia: la eficiencia en los costes de producción va a ser cada vez mayor y los costes de producción van a tener un peso más bajo, independientemente de lo que pueda crecer el gasto como conjunto, que es otra cuestión. Esto está sucediendo en todos los hospitales, pero también va a pasar en la industria farmacéutica y en todos los sectores que protagonizan este mundo de la salud, Indudablemente va a haber transformaciones muy importantes en materia de personal, en la integración efectiva de los profesionales en la gestión de los servicios y su responsabilización, tanto en las carteras de servicios, como en el gasto que ocasionan. Es previsible la toma de la ciudadela estatutaria por la nueva generación de médicos y de profesionales de todo tipo perfectamente preparados y que no pueden acceder al mercado laboral preeminente porque entre trabajadores, sindicatos y administración lo tene-

Apéndice I

II Seminario: Claves de Éxito de la Gestión Sanitaria en el Siglo XXI

Granada, 30 de noviembre y 1 de diciembre de 1995

PROGRAMA

PRESENTACIÓN

En el año 1994 se celebró el I Seminario sobre Oportunidades de Gestión Empresarial en los Servicios Sanitarios Públicos, donde se presentaron y debatieron diferentes experiencias y propuestas de cambio en la gestión de centros sanitarios.

Así, aspectos como la posibilidad de competencia en el sector, el papel de las empresas públicas y los posibles cambios en las estructuras organizativas fueron abordados, aclarando en cierto modo el momento actual de reforma en que está inmerso el Sistema Sanitario Español.

Este proceso de reforma continúa en marcha, pero siguen existiendo ciertas incertidumbres sobre cómo será previsiblemente el escenario futuro en el cual se desarrollará la gestión de los centros sanitarios.

En este segundo seminario, y aprovechando el éxito del anterior, vamos a continuar el proceso de debate iniciado. Este debate se va a centrar en la caracterización del escenario futuro en el que previsiblemente se desarrollará el funcionamiento de los centros sanitarios, así como algunos factores concretos que favorecerán el éxito en la gestión de los mismos.

En resumen, la Escuela Andaluza de Salud Pública, en colaboración con MSD, le invita a participar en este seminario donde directivos, académicos, profesores y expertos discutirán estos temas de actualidad y de interés en el sistema sanitario.

OBJETIVOS

- * Conocer las tendencias actuales y futuras en la gestión empresarial
- * Analizar estas mismas tendencias en el análisis específico de la gestión sanitaria
- * Debatir el marco macroeconómico e institucional en el que previsiblemente se desarrollará esta gestión sanitaria
- * Profundizar en el papel de los Hospitales y la Atención Primaria en el sistema sanitario, analizando experiencias e innovaciones concretas

JUEVES, 30 DE NOVIEMBRE

17'30 Salón de Actos

**Presentación de innovaciones de gestión en servicios sanitarios públicos.
Trabajos presentados para el II Premio MSD.**

Moderador: LUIS ANDRÉS LÓPEZ FERNÁNDEZ. Coordinador de Investigación de la EASP.

17:30 *Calidad y comunicación en la gestión sanitaria. Hospital Ntra. Sra. de Arantzazu. San Sebastián.*

17:40 *Cirugía mayor ambulatoria en el área hospitalaria de Valme. Área Hospitalaria de Valme. Sevilla.*

17:50 *¿Se puede desarrollar el modelo Europeo de Gestión de la Calidad Total en el Hospital? Hospital de Guipúzcoa. San Sebastián.*

18:00 *Sistema de incentivación a médicos basado en la productividad y el compromiso con los objetivos del Hospital. Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa". Zaragoza.*

18:10 *Empresa Pública de Emergencias Sanitarias. EPES. Málaga.*

18:20 *Hacia un nuevo modelo de gestión: subcontratación integral de servicios. SANITAS. Madrid.*

18:30 *Alianza entre hospitales comarcales públicos distantes. Hospital Comarcal Ntra. Sra. de la Antigua. Zumarragá (Guipúzcoa).*

18'40 *Implantación de un sistema de gestión basado en el estudio de costes de medicina nuclear. Hospital "Doce de Octubre". Madrid.*

21'30 Cena en el Carmen de los Mártires.
Cedido por gentileza del EXCMO. AYUNTAMIENTO DE GRANADA.

COMITÉ ORGANIZADOR

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

COMITÉ CIENTÍFICO II PREMIO MSD

Juan Cabasés Hita
Esteban de Manuel Keenoy
José Luis de Sancho Martín
José Jesús Martín Martín

SECRETARÍA DEL SEMINARIO

Consuelo García Martín (EASP)

Apéndice II

Listado de asistentes

EXCMO. SR. D. JOSÉ LUIS GARCÍA DE ARBOLEYA

Consejero de Salud
Consejería de Salud
Junta de Andalucía

ILMO. SR. D. RICARDO VÁZQUEZ ALBERTINO

Viceconsejero de Salud
Consejería de Salud
Junta de Andalucía

ILMO. SR. D. IGNACIO MORENO CAYETANO

Director Gerente
Servicio Andaluz de Salud
Junta de Andalucía

ILMA. SRA. D^a M^a ANTIGUA ESCALERA URKIAGA

Directora General de Salud Pública
Consejería de Salud
Junta de Andalucía

ILMO. SR. D. JOSE ANTONIO SOUTO IBÁÑEZ

Director General
Planificación, Financiación y Concertación
Consejería de Salud
Junta de Andalucía

ILMA. SRA. D^a MERCEDES LOSCERTALES ABRIL

Directora General
Coordinación, Docencia e Investigación
Consejería de Salud
Junta de Andalucía

D. EDUARDO GONZÁLEZ REGUERA

Jefe de Gabinete del Consejero de Salud
Consejería de Salud
Junta de Andalucía

D. MANUEL GIRÓN MAGARIÑO

Asesor del Viceconsejero de Salud
Consejería de Salud
Junta de Andalucía

ILMO. SR. D. JOSÉ DE HARO BAILÓN

Director General de Recursos
Servicio Andaluz de Salud
Junta de Andalucía

ILMO. SR. D. JUAN CARLOS CASTRO ALVAREZ

Director General de Asistencia Sanitaria
Servicio Andaluz de Salud
Junta de Andalucía

D^a M^a ANGELES FERNÁNDEZ FERREIRO

Asesora de Comunicación
Servicio Andaluz de Salud
Junta de Andalucía

D. JOSE M^a DE LA HIGUERA GONZÁLEZ

Subdirector de Atención Primaria y Comunitaria
Servicio Andaluz de Salud
Junta de Andalucía

D. JOSE MARÍA BALTAR TRABASO
Subdirector Gestión Económica
Servicio Canario de Salud
Paseo de Lugo, S/N
35004 LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

D. EDUARDO BARTOLOMÉ
Subdirector
Servicio Salud Viña del Mar
QUILLOTA
CHILE

D^a ANGELES BARRIOS GARCÍA
Relaciones Públicas
Merck, Sharp and Dohme
Josefa Valcárcel, 38
28027 MADRID

D. JOSEBA BARRUETA URQUIZA
Director Gerente
Ciudad Sanitaria "Virgen de las Nieves"
Avda. Fuerzas Armadas, 2
18012 GRANADA

D. RAIMUNDO BELENES JUÁREZ
Director Gerente Hospitales de la Alianza
Hospital "Sagrado Corazón"
Viladomat, 288
08029 BARCELONA

D. JOSEP MARÍA BONET BERTOMEU
Director Gerente
Hospital "Costa del Sol"
Ctra. Málaga-Cádiz, Km. 194
29600 MARBELLA (MALAGA)

D. RAMÓN BORRÁS VERGE
Gerente
GECESSA
Sant Antoni M^a Claret, 200
08025 BARCELONA

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

D. ROBERTO CALVO
Gerente
Casa Cultura de Galicia
MONTEVIDEO
URUGUAY

D. JOAQUÍN CAMPRUBÍ GARCÍA
Relaciones Institucionales
Merck, Sharp and Dohme de España
Josefa Valcárcel, 38
28027 MADRID

D. JOSE MIGUEL ESPÍ PASTOR

Director Gerente

Hospital "General Yagüe"

Avda. Cid Campeador, s/n

09005 BURGOS

D. ANDRES ESTRADA MORENO

Director Gerente

Hospital "Vázquez Díaz"

Ronda Noreste, s/n

21005 HUELVA

D. IÑAQUI ETXEBARRÍA ALEGRÍA

Director Gerente

Hospital "De Cruces"

Pza. De Cruces, s/n

48093 BARAKALDO

D. ARTURO FERRERAS DE LA FUENTE

Director Gerente

Hospital Clínico

Pº de San Vicente, 58

37007 SALAMANCA

D. CARLOS FIGAREDO ALVARGONZÁLEZ

Nuevos Clientes

Merck, Sharp and Dohme de España

Josefa Valcárcel, 38

28027 MADRID

D. JOSE FITE BENET

Gerente

IMAS

Pº de Gracia, 2, 4º

08010 BARCELONA

Dª BLANCA FRAGUELA GIL

Directora Gerente

Hospital "Las Palmas-Sur"

Avda. Marítima del Sur, s/n

35016 LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

D. LUIS GABILONDO BUJOL

Director General

Dirección General de Salud

Servicio Navarro de Salud

Ciudadela, 5

31001 PAMPLONA

D. RAMON GÁLVEZ ZALONA

Director Gerente

Hospital "Doce de Octubre"

Ctra. Andalucía, Km. 5,4

28041 MADRID

D. ALFREDO GARCÍA

Periodista

Diario Médico

Recoletos, 1, 14º

28001 MADRID

D. JUAN JOSE JIMENEZ PRIETO
Gerente
Gerencia Atención Primaria. INSALUD.
Plaza Pío XII, s/n
13002 CIUDAD REAL

D. FRANCISCO DE ASÍS JOVE DOMÍNGUEZ GIL
Director Atención Especializada
Dirección Provincial
Sagasta, 6
28071 MADRID

D. FRANCISCO JOSÉ JUAN RUÍZ
Director Gerente
Hospital "Carlos Haya"
Avda. Carlos Haya, s/n
29010 MALAGA

D. ANDRÉS KELETY ALCAIDE
Director Gerente
Hospital Materno Infantil "Vall d'Hebron"
Pº Vall d'Hebron, 119-229
08035 BARCELONA

Dª CARMEN LAPUENTE BUENO
Directora de Gestión
Hospital "Miguel Server"
Pº Isabel la Católica, 1-3
50009 ZARAGOZA

D. JESÚS LARRAÑAGA GARITANO
Director
Cormaca Bilbao
Gran Vía, 62
48000-BILBAO

D. ALBERTO LARRAZ VILETA
Director Gerente
Hospital "Clínico Universitario"
San Juan Bosco, 15
50009 ZARAGOZA

D. MANUEL LOMAS ESPADAS
Director Médico
Hospital "Doce de Octubre"
Ctra. de Andalucía, Km. 5,4
28041 MADRID

D. JOSÉ RAMÓN LUIS-YAGÜE SÁNCHEZ
Vocal Asesor
Ministerio de Sanidad y Consumo
Paseo del Prado, 18-20
28014 MADRID

D. JUAN DEL LLANO SEÑARÍS
Nuevos Clientes
Merck, Sharp and Dohme de España
Josefa Valcárcel, 38
28027 MADRID

D. MANUEL DE PABLO I MARTÍN

Gerente

GECESSA

Sant Antoni. M^a Claret, 200

08025 BARCELONA

D. AGUSTÍN PALACIOS ONORATO

Subdirector. Gerente

Hospital Clínico

Avda. De San Vicente, 58

37007 SALAMANCA

D. JOSÉ PARRA DE HARO

Director de Recursos

Hospital "De Poniente"

Ctra. De Ronda, 101

04071 ALMERÍA

D^a ANA PASTOR JULIÁN

Directora Provincial

SERGAS

Coruña, s/n

36200 VIGO

D. JOSE MARÍA PATÓN AREVALO

Director de Recursos

Empresa Pública de Emergencias Sanitarias

Parque Temático de Andalucía

29590 CAMPANILLAS (MALAGA)

D. RAMÓN PÉREZ BAÑO

Docente colaborador

EASP

Campus Universitario de Cartuja, s/n

18011 GRANADA

D. GABRIEL PÉREZ COBO

Director Gerente

Hospital "Virgen del Rocío"

Avda. Manuel Siurot, s/n

41013 SEVILLA

D. JUAN JOSÉ PÉREZ LÁZARO

Director Gerente

Hospital de "Poniente"

EL EJIDO (ALMERÍA)

D. MARIANO PINÓS

Gestión de Clientes

Merck, Sharp and Dohme de España

Josefa Valcárcel, 38

28027 MADRID

D. JUAN POU BORDOY

Director Médico

Gerencia INSALUD Baleares

Reina Esclaramunda, 9, 2ª Planta Izq.

07003 PALMA DE MALLORCA

D. JUAN MANUEL RUBÍN GARCÍA

Director Gerente

Hospital "Universitario"

Avda. Valdecilla, s/n

39008 SANTANDER

RUÍZ GARCÍA, JESÚS

Director Gerente

Hospital "Torrecárdenas"

Paraje Torrecárdenas, s/n

04009 ALMERIA

D. OSVALDO SALGADO

Subdirector

Servicio de Salud Metropolitano-Sur

SANTIAGO CHILE

D. ANTONIO SALVADOR SANZ

Director Gerente

Hospital "La Fe"

Avda. Campanar, 21

VALENCIA

D. RICARDO SANCHÍS CIENFUEGOS-JOVELLANOS

Gerente

Servicio de Salud del Principado de Asturias

Ctra. de Rubin, s/n

33011 OVIEDO (PRINCIPADO DE ASTURIAS)

D. JOSE ANTONIO SANCHÍS MOLL

Director Gerente

Hospital "Central de Asturias"

Celestino Villamil, s/n

33006 OVIEDO (PRINCIPADO DE ASTURIAS)

Sancho Martín, José Luis de

Director Gerente

Clínica "Puerta de Hierro"

San Martín de Porres, 4

28035 MADRID

D. NORBERTO SANFRUTOS VELÁZQUEZ

Director Económico-Administrativo

Hospital Universitario "Virgen del Rocío"

Avda. Manuel Siurot, s/n

41013 SEVILLA

D. JOSEP SANTACREU BONJOCH

Director Gerente

Hospital "Juan Canalejo"

Ctra. de las Jubias, 84

15006 LA CORUÑA

D. MIGUEL SANTIAGO BOULLÓN

Director Asistencial del Area Sanitaria

Ambulatorio "San José"

Comandante Fontanes, 8

15003 LA CORUÑA

D^a CONCEPCIÓN VERA RUÍZ

Gerente

Hospital Universitario

Ctra. de Toledo, Km 12,5

28905 GETAFE

D. LUIS ENRIQUE VICENTE SÁNCHEZ

Gerente

Complejo Hospitalario Xeral-Calde

Doctor Severo Ochoa, s/n

27004 LUGO

D. ROSA VILA RIGAT

Análisis y Programación

Servicio Catalán de Salud

Barcelona, 37-41, 2º

08400 GRANOLLERS (BARCELONA)

D^a ASCENSIÓN YEGUAS SÁNCHEZ

Gerente Atención Primaria

Servicio Gallego de Salud

Plaza del Ferrol, 11-4º

27003 LUGO

El Programa de Publicaciones de la EASP es el producto natural del quehacer docente, de investigación y de asesoría de la institución.

La política de publicaciones de la EASP tiene como propósito: a) Difusión de conocimientos actualizados sobre la promoción de la salud; b) Difusión de conocimientos que promuevan y faciliten la cooperación técnica de la EASP con Andalucía y España y otros países; c) Desarrollo de la "memoria técnica" de la EASP mediante el registro e indización de su producto intelectual en forma de documentos científico-técnicos.

Para lograr los objetivos se pone énfasis en la selección y el balance de temas, el control de calidad del contenido de las publicaciones y la co-publicación con otras instituciones.

Los productos consisten en publicaciones de actualización de carácter técnico-general y de carácter técnico-especializado:

a. Serie de Monografías. Corresponden a obras específicas que contienen actualizaciones sobre temas relevantes. También hay monografías con información sobre recursos didácticos de promoción de salud, como es el caso de los Catálogos.

b. Serie de Documentos Técnicos. De contenido científico-técnico que versan sobre algún tema especializado.

c. Serie de Ponencias, Conferencias y Comunicaciones a Congresos y Jornadas.

d. Publicaciones CADIME. El Centro Andaluz de Información de Medicamentos (CADIME) elabora tres publicaciones periódicas: Boletín Terapéutico Andaluz, Monografías y Ficha de Novedad Terapéutica, y también edita y distribuye la Alerta de Farmacovigilancia que elabora el Centro Andaluz de Farmacovigilancia.

e. Serie Red de Actividades de Promoción de Salud. Se trata de una revista de idéntico título, de periodicidad anual, la cual reseña actividades y facilita contactos e intercambio de información entre los grupos constitutivos de la Red. Los números 4 y 5 se han dedicado a los temas de "Sexualidad y salud" y de "Sida y salud", respectivamente.

f. Publicaciones Misceláneas. Publicaciones no incluidas en las categorías anteriores.