



# La gestión del cambio en los servicios sanitarios

*Editores:*

*FERNANDO SILIO VILLAMIL  
ESTEBAN DE MANUEL KEENOY*



# *La gestión del cambio en los servicios sanitarios*

EDITORES:

*Fernando Silió Villamil  
Esteban de Manuel Keenoy*



1998



Escuela Andaluza  
de Salud Pública



Catalogación por la Biblioteca de la EASP

La gestión del cambio en los servicios sanitarios / editores, Fernando Silió Villamil y Esteban de Manuel Keenoy.- Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1998.- (Documentos Técnicos EASP; 14)

1. Innovación organizacional. I. Silió Villamil, Fernando. II. Manuel Keenoy, Esteban de. III. Título. IV. Serie.  
NLM Classification WA 525

Edita:

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

ISBN: 84-87385-47-8

Depósito Legal: GR-1096/98

Fotocomposición: Miguel Salvatierra

Traductora: Concha Ortiz Urbano, Babel traducción e intérpretes, Córdoba

Imprime: Gráficas Alhambra

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

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

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

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

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

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

*Seminario*

LA GESTIÓN DEL CAMBIO EN  
LOS SERVICIOS SANITARIOS

*Conferencias y Debates  
del Seminario celebrado en Granada  
el 6 y 7 de Noviembre de 1997*



# Índice

PRÓLOGO.....	7
INTRODUCCIÓN.....	9
INAUGURACIÓN DEL SEMINARIO Itma. Sra. D <sup>a</sup> Carmen Martínez Aguayo.....	11
CAMBIOS ORGANIZATIVOS AL SERVICIO DE LA GESTIÓN PÚBLICA José Manuel González-Páramo.....	23
<b>MESA REDONDA: DIFERENTES ASPECTOS RELACIONADOS CON LA GESTIÓN DEL CAMBIO EN LOS SERVICIOS SANITARIOS</b>	
EL CAMBIO ORGANIZACIONAL DESDE LA PERSPECTIVA POLÍTICA Koldo Echebarría Ariznabarreta.....	79
RIESGOS Y OPORTUNIDADES DE LAS EMPRESAS PÚBLICAS SANITARIAS Y NUEVAS FORMAS ORGANIZATIVAS Y DE GESTIÓN José Jesús Martín Martín.....	85
LA PERSPECTIVA CULTURAL EN LA GESTIÓN DEL CAMBIO Juan Irigoyen Sánchez-Robles.....	107
NUEVAS HABILIDADES PARA LOS DIRECTIVOS DE ORGANIZACIONES SANITARIAS Pauline L. Meurs.....	115
ESPERANZA E HIPÉRBOLE. LA RETÓRICA Y LA REALIDAD DE LA REFORMA DE LA GESTIÓN SANITARIA Theodore R. Marmor.....	129
<b>MESA REDONDA: EXPERIENCIAS DE CAMBIO EN LOS SERVICIOS SANITARIOS</b>	
EXPERIENCIA DE LA EMPRESA PÚBLICA DE EMERGENCIAS SANITARIAS Angel Garijo Galve.....	139

EXPERIENCIA DEL HOSPITAL DE MANACOR	
Manuel del Castillo Rey .....	149

EXPERIENCIA DEL HOSPITAL DE ALCIRA	
Antonio Burgueño Carbonell .....	161

#### APÉNDICES

I. Programa del Seminario.....	169
II. Listado de asistentes .....	177

# *Prólogo*

Los servicios sanitarios de todos los países de nuestro entorno están atravesando momentos de transformación, abandonando unas estructuras antiguas para adaptarse a las nuevas realidades sociológicas y epidemiológicas que se plantean en nuestra sociedad.

La necesidad de cambiar la organización de los servicios sanitarios se ve frenada por el temor a perder algunos de los grandes logros que se han conseguido a lo largo de muchos años de evolución y entre los que cabe destacar la extensión de los cuidados a toda la población, la prestación sanitaria a cargo de profesionales cualificados y con buena formación, la creciente equidad de acceso, la disponibilidad de tecnologías y procedimientos adecuados, etc. Todo ello garantizado por la financiación pública de esos servicios. Así, la deseable consolidación de estos logros tiende a justificar la resistencia a la modernización de los servicios sanitarios.

Sin embargo, estos logros no deberían ocultar las deficiencias del sistema sanitario. Al contrario, el riesgo está en que, en un entorno cambiante, el inmovilismo respecto al marco actual tanto en sus aspectos de financiación, como de organización y gestión de los servicios sanitarios o de participación ciudadana, haga fracasar el sistema y con ello todos los logros conseguidos. Se hace pues evidente la necesidad del cambio.

Pero la dificultad está en cómo se realiza ese cambio que todos estamos pidiendo. Desde hace años, MSD está impulsando el debate sobre la necesidad de adaptar los servicios a las necesidades de la población. Los cursos en la Universidad Internacional Menéndez Pelayo de los años 95 y 96, la elaboración del documento "Sanidad, la Reforma Posible" y su discusión en los más diversos foros profesionales y políticos del país durante 1997, y los Seminarios de Innovaciones en Gestión que patrocinamos en esta Escuela Andaluza de Salud Pública desde 1994, junto con la edición y distribución de publicaciones sobre gestión sanitaria, son nuestra aportación a este debate.

Quizás una de las ideas que han aparecido con más fuerza en estos años de debate es que los cambios no pueden imponerse desde una instancia superior jerárquica, sino que son el resultado de un proceso dinámico, en el que tienen que hacerse transparentes los beneficios que se esperan para los distintos agentes y tienen que identificarse las resistencias que el cambio va a generar.

Los gerentes actuales de los centros y servicios sanitarios tienen el desafío de liderar los cambios que se deben producir en sus empresas y centros de trabajo combinando una visión a largo plazo para definir la dirección adecuada con la realización



de pequeños cambios, demostrando que son posibles y que no hacen tambalear los logros que tantos años ha costado conseguir.

Esperamos que libros como éste sean de ayuda en esa tarea.

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

# *Introducción*

Durante los tres últimos años, la Escuela Andaluza de Salud Pública en colaboración con Merck, Sharp & Dohme España ha organizado tres Seminarios de gestión donde se han abordado diferentes temas de interés para los gestores de los Servicios Sanitarios y otras personas relacionadas con este ámbito.

Así, el primer año se trató el tema de las oportunidades que presta la gestión empresarial a los sistemas sanitarios públicos. Posteriormente, en el siguiente año se concretaron las claves de éxito en la gestión sanitaria del siglo XXI y en la tercera edición se analizó un problema más concreto, como es la integración de niveles asistenciales.

En las tres ediciones del Seminario se plantearon nuevos escenarios para los servicios sanitarios, nuevos modelos de organización y gestión, además de una serie de herramientas y técnicas concretas.

Como se puede apreciar, el debate se ha centrado más en los modelos que en las estrategias para realizar la transición desde la situación actual hasta estos nuevos modelos.

Para poder profundizar en este debate, y conocer las principales experiencias de gestión de procesos de cambio desarrolladas en nuestro país y países de nuestro entorno, la Escuela Andaluza de Salud Pública en colaboración con Merck, Sharp & Dohme España celebraron la cuarta edición del Seminario de Gestión, los días 6 y 7 de Noviembre de 1997, bajo el título "La gestión del cambio en los servicios sanitarios".

Los objetivos del Seminario fueron:

- Conocer el marco teórico de los procesos de gestión del cambio.
- Analizar las diferentes aproximaciones y perspectivas de los procesos de cambio.
- Profundizar en las necesidades de los gestores para abordar con éxito los procesos de cambio.
- Conocer las experiencias españolas más recientes en procesos de cambio.

En este documento técnico se presentan las conferencias y debates más importantes del Seminario. El documento comienza con una conferencia de la Ilustrísima Señora Directora Gerente del Servicio Andaluz de Salud, donde se presentó el Plan Estratégico del mencionado organismo, plan que supone un profundo cambio en la organización y gestión de los servicios sanitarios públicos en Andalucía.

A continuación, el catedrático José Manuel González Páramo (Universidad Complutense de Madrid) introdujo el tema del Seminario, con una conferencia sobre las principales perspectivas y condicionantes desde las que puede abordarse la gestión de los procesos de cambio.

Posteriormente, en una mesa redonda, se presentaron tres ponencias que desarrollaban aspectos concretos a tener en cuenta en los procesos de cambio. Koldo Etxebarria (ESADE) analizó el cambio organizacional desde la perspectiva política, José Martín (EASP) exponía las empresas públicas como una de las principales alternativas de cambio para los sistemas sanitarios y completaba las diferentes visiones Juan Irigoyen (Universidad de Granada) con el análisis de la perspectiva cultural en la gestión del cambio.

Sin duda, las personas llamadas a liderar los procesos de cambio son los gestores. Un aspecto importante es conocer las nuevas habilidades que es necesario desarrollar por estos gestores de organizaciones sanitaria para liderar con éxito los procesos de cambio, tema que fue tratado por la profesora Pauline Meurs (Universidad Erasmus de Rotterdam) en la siguiente conferencia.

En cuarto lugar se presenta la conferencia del profesor Theodore Marmor (Universidad de Yale) sobre el concepto de innovación estratégica y su gestión, especialmente enfocado a las organizaciones sanitarias.

Para finalizar, se presentaron las tres conferencias relativas a las experiencias concretas en nuestro país en nuevos modelos organizativos y de gestión. Estas experiencias hacen referencia a la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias de Andalucía, la Fundación Hospital de Manacor y la Unión Temporal de Empresas formada para la construcción y gestión del Hospital de Alcira. El documento se completa con los debates de los asistentes a las conferencias.

La intención de este Documento Técnico es de aproximarle al lector las experiencias de profesionales expertos en este debate de tanta actualidad.

*Fernando Silió Villamil*  
*Esteban de Manuel Keenoy*  
Editores

# *Inauguración del Seminario*

CARMEN MARTÍNEZ AGUAYO  
*Gerente del Servicio Andaluz de Salud*

*Intervención inaugural de la Ilustrísima Gerente del Servicio Andaluz de Salud  
en el Seminario "La Gestión del Cambio en los Servicios Sanitarios"  
celebrado en la EASP. Granada, España*



## INAUGURACIÓN DEL SEMINARIO

Quiero en primer lugar darles la bienvenida a todos y saludar muy especialmente al doctor Rafael Schiffino, Subsecretario de Estado de la República Dominicana que nos honra hoy con su presencia en este evento y desearles que este seminario sea interesante y fructífero en sus resultados.

También deseo expresar mi agradecimiento a la Escuela Andaluza de Salud Pública y a Merck, Sharp & Dohme por la oportunidad que me brindan de estar con todos ustedes y dirigirles las palabras en un momento particularmente relevante para el Servicio Andaluz de Salud; en efecto, qué mejor ocasión que ésta para presentarles lo que es uno de los proyectos más importantes de los que estamos trabajando y tenemos centrada toda nuestra atención: el plan estratégico del Servicio Andaluz de Salud.

Creo que es muy importante para una organización, independientemente de cualquier otra consideración, cuando tiene que enfrentar lo que tienen que ser los servicios sanitarios del año 2000, cuando tiene que enfrentar los retos que plantea cualquier sistema sanitario en Europa, en España y desde luego también en Andalucía. Es el momento para hacer una reflexión seria, una reflexión con un método de trabajo que permita planificar para que esta acción sea posible y se consigan realidades en un tiempo razonable y que sea percibido de manera correcta, tanto por usuarios y por profesionales como por directivos del sector.

Me es además particularmente grato presentarlo en este foro, que es un foro especialmente cualificado de expertos nacionales y también internacionales, en el que a buen seguro sus experiencias y sus aportaciones, a lo largo del seminario, ayudarán a enriquecer los matices con los que queremos seguir dotando y seguir ampliando la metodología de implantación y desarrollo de este plan estratégico. Debo resaltar, antes de empezar a presentárselo, la participación que está teniendo la Escuela Andaluza de Salud Pública, órgano asesor técnico del Servicio Andaluz de Salud para desarrollar un proyecto de esta envergadura; por ello estoy doblemente agradecida a la Escuela y a los organizadores.

Sin más preámbulos paso a presentárselo. El horizonte temporal en el que está planteado el plan tiene su objetivo de realización al año 2000.

¿Por qué un plan estratégico? Porque su rumbo de acción involucra un planteamiento metodológicamente correcto de hacia dónde y cómo se quiere llegar. También hay la necesidad en el Servicio Andaluz de Salud de adecuación y adaptación a un marco de planificación política que está claramente definido, pero que tiene su entronque en dos documentos básicos de política sanitaria en Andalucía: uno, la Ley de Salud de Andalucía, que está actualmente en tramitación en el Parlamento y, otro, el Plan Andaluz de Salud.

Es muy importante ponerlo en el frontispicio de mi intervención porque muchas veces se piensa, cuando se hace un análisis de los problemas y a veces se coinciden en las soluciones o en alguna parte de las soluciones, que las soluciones son ideológicamente neutras o que no tienen detrás de sí ningún juicio de valor ni ningún planteamiento ideológico claro. Nuestro plan estratégico se sitúa claramente en este escenario, en este contexto político que es el que marca la Junta de Andalucía, el que marca el gobierno de la Junta de Andalucía, un gobierno, como ustedes saben, del partido socialista en Andalucía y un planteamiento de la Ley de Salud, desde el planteamiento que hace la Consejería de Salud de este gobierno.

¿Por qué se hace en este momento un plan estratégico en Andalucía? Pues porque es necesario ordenar líneas de trabajo ya existentes, líneas de trabajo innovadoras, dibujando lo que es el modelo sanitario andaluz, modelo que existe pero que necesita ser explicitado para que sea comprendido de una manera más clara por el conjunto de los ciudadanos andaluces y por el conjunto del Estado. Primero, porque desde el punto de vista político hay una serie de valores que impregnan y que hacen necesario una voluntad de modernización, una voluntad de servir al ciudadano buscando objetivos determinados desde el punto de vista sanitario; y segundo, porque se viene trabajando desde hace muchos años y parece lógico que se ordene ese trabajo y que quede claro cuál es el modelo sanitario andaluz.

Para plantear este plan se ha hecho un análisis de la situación de partida; he querido presentárselo porque son elementos que permiten afrontar el cambio con garantía de que se va a producir de una manera lógica y razonada. ¿Y cuáles son estos elementos? Primero, en Andalucía hay una trayectoria anterior de introducción de innovaciones. En Andalucía desde el año 1994 ó 95 ya se encuentran normativamente separadas las funciones de autoridad y compra y provisión de servicios; existe una descentralización real de la gestión con asunción de responsabilidades, fundamentalmente en el nivel de atención primaria, pero también en el nivel de atención especializada y también desde el año 1993 se viene utilizando la herramienta de contrato-programa.

Además, como ustedes saben, en Andalucía se apostó desde hace tiempo por innovar en el concepto de gestión de recursos, con el desarrollo en algunos hospitales del concepto de empresa pública; de tal manera se han incorporado las líneas de reforma y desarrollo que tienen todos los países de nuestro entorno y los diferentes servicios sanitarios en España. Valgo mencionar aquí determinadas experiencias como son la Empresa Pública del Hospital Costa del Sol, la Empresa Pública del Poniente, la Empresa Pública de Emergencias y alguna fundación que también existe en Andalucía; todo esto muestra una trayectoria anterior de estar abierto a la introducción de innovaciones.

También existe un esfuerzo importante en el control del gasto; en este momento se puede ver la evolución que han tenido las cifras macroeconómicas de la evolución del presupuesto en términos de gasto real de las cifras del Servicio Andaluz de Salud; y se ve que el esfuerzo de control, sobre todo en el período 91-96 es importante, pudién-

dose afirmar que se ha crecido por debajo del PIB nominal, que como saben ustedes es la cifra en la que nos hemos comprometido todos los ejecutivos sanitarios para llevar las riendas del control del gasto sanitario.

Existe, por otro lado, una buena oferta de servicios en atención especializada, camas instaladas; tenemos además una muy buena red de hospitales comarcales con un nivel de accesibilidad particularmente destacable; tenemos una buena dotación de tecnología, soportamos la comparación con cualquier indicador de los que existen en el país, fundamentalmente con los que publicó el Ministerio de Sanidad y Consumo para el ámbito del Instituto Nacional de la Salud. Hay buenos rendimientos asistenciales; una muy buena oferta de servicios en atención primaria, fundamentalmente en el medio rural contamos con una organización razonable en cuanto a cita previa; ya existe la libertad de elección; existen herramientas de gestión que permiten controlar el proceso, el CNBD en Andalucía tiene un desarrollo de más del 90% de altas válidas; el sistema de contabilidad, tanto el de los centros que llamamos COAN, como el de contabilidad general, el sistema Júpiter; la tarjeta está en un período muy importante de desarrollo, con todo lo que conlleva además de apoyo informático desde la atención primaria.

No obstante, el Servicio Andaluz tiene unos retos muy claramente planteados. El primer reto es el de la reorganización asistencial, buscando que se potencie un punto que pensamos que está particularmente desestructurado en sus esencias de funcionamiento y en las esencias de lo que se tiene que dar, tanto desde lo que espera el médico como desde lo que espera el paciente, que es el encuentro profesional-usuario. Cuando digo profesional me he referido primero al médico, pero entiendo que este comentario es también perfectamente también aplicable al personal de enfermería. Creo que existe un desencuentro, una inadecuación de lo que tiene que ser la interrelación entre estos dos elementos fundamentales del sistema, los profesionales y los usuarios.

La atención primaria en el medio rural está muy desarrollada, muy bien potenciada; sin embargo existe todavía un problema de desarrollo en el medio urbano que es particularmente relevante cuando se habla del funcionamiento del sistema.

Es importante acompañar la actividad clínica y la gestión de recursos ya que existen todavía elementos que no van coordinados. Tenemos necesidad de establecer nuevos sistemas de financiación de los centros que vayan más ligados a actividad y que permitan de una manera más clara la discusión alrededor del contrato-programa y la discusión que tenga cada uno de los directivos con sus servicios o con sus unidades. Tenemos necesidad de equilibrar nuestra cuenta de ingresos y gastos, que aún no está equilibrada.

También entre nuestros retos actuales tenemos el de aumentar y mejorar la relación y la coordinación entre niveles asistenciales, cómo mejorar la gestión del volumen de la actividad y el tipo de servicios prestados; aunque hemos desarrollado de una manera espectacular la cirugía mayor ambulatoria ahí tenemos todavía muchísimo campo de



trabajo, muchísima reflexión que hacer sobre qué actividad es la que hay que desarrollar, para qué y qué actividad no se debe desarrollar o debe desaparecer de nuestras carteras de servicios; en consecuencia con estos elementos hay que pensar cuáles son las funciones de los equipos directivos y reorganizarlos para hacerlos más acordes con este nuevo tiempo en el que hay que hacer un nuevo análisis de las relación profesionales-pacientes y un nuevo análisis de la toma de decisiones en el conjunto de nuestras instituciones. Hay que aumentar, sin ninguna duda, la sensibilidad a las demandas flexibilizando la relación con los ciudadanos. Tenemos un sistema que todavía está rígido y excesivamente planificado en algunos elementos; pensamos que éste es un reto en estos momentos: flexibilidad y sensibilidad hacia las demandas de los ciudadanos.

Éste análisis de situación, lo consideramos bastante serio y riguroso; bastante interesante, bastante positivo y bastante claro sobre cuáles son los puntos que tienen que ser mejorados; cuáles son estos problemas, aún a riesgo de la crítica fácil o de que se pueda pensar que se puede desprestigiar o que se está poniendo en cuestión logros anteriores. Los avances del Servicio Andaluz de Salud y los logros de los últimos años son espectaculares; toda Andalucía y todo andaluz puede sentirse orgulloso de los servicios sanitarios que recibe. Poniendo eso por delante, flaco favor se haría a la sanidad andaluza y a los andaluces si no se hace una crítica seria de cuáles son los elementos que fallan, precisamente para buscar soluciones a estos problemas.

Con este planteamiento se han decidido cuatro líneas estratégicas que les presento aquí: primero, buscar cómo orientamos los servicios a las mejoras en salud realmente; segundo, cómo buscamos receptividad a las demandas de los ciudadanos; tercero, cómo mejorar la interrelación entre usuarios y profesionales; cuarto, cómo asegurar la equidad y la solidaridad como señas de identidad irrenunciables de nuestro sistema sanitario.

Con estas líneas estratégicas hemos diseñado una imagen de futuro de cómo queremos el Servicio Andaluz de Salud. Les tengo que decir que el método de trabajo está siendo muy participativo puesto que hemos huido en todo momento de tener un diseño de un plan que sea, por así decirlo, de gabinete o muy erudito. Lo que queremos es un plan realista y éso se consigue haciéndolo a partir del conocimiento de todos los trabajadores y de los directivos que configuran el Servicio Andaluz de Salud, que tienen nivel de conocimientos y experiencia suficiente como para aportar y como para permitir construir esta visión. En este momento, después de unos cuantos meses de trabajo, hay más de 300 profesionales implicados en lo que consideramos la fase de despegue del plan estratégico.

Nuestra imagen futura pasa por analizar y replantearnos estos cinco elementos: primero, una nueva organización asistencial basada en el concepto de unidades clínicas; segundo, una delimitación de las diferentes funciones de regulación y gestión; tercero, un nuevo planteamiento de la financiación de la organización asistencial, de los centros; cuarto, un nuevo planteamiento de las relaciones entre los elementos organi-

zativos que les voy a definir ahora mismo. Aquí es necesario explicar cuáles son relaciones clínicas y cuáles son relaciones de compra de servicios entre centros; deben de llevar entre ellos además un concepto de tarificación, un concepto económico o al menos de intercambio de recursos; quinto, aumentar la capacidad de elección del usuario. Este último punto de la imagen de horizonte me da pie para decirles que la libertad de elección en Andalucía para médico general y pediatra es una realidad desde el año 94 y desde mayo de este año es una realidad la libertad de elección de hospital público y consultas externas de atención especializada y de medios diagnósticos. En septiembre se puso en marcha ya la primera parte de este decreto, la libertad de elección de hospital público, que al día de hoy se puede hacer muy fácilmente, por lo que muchas cosas de lo que le voy a decir están ya en desarrollo.

Cuando me refiero a modificaciones desde el punto de vista asistencial, queremos plantearnos un esquema en el que las unidades diagnósticas tengan una cierta relevancia. Todas aquellas unidades de diagnóstico (estoy planteando los diagnósticos básicos, tanto para atención primaria como para atención especializada) tienen que perder el concepto de ser utilizadas como una derivación clínica desde la atención especializada, para formar parte de un centro de negocio independiente que tiene que rendir en términos de resultados tanto a lo que derive desde atención primaria como desde atención especializada. De esta manera buscamos la eficiencia en un punto especialmente ineficiente en el conjunto de los sistemas sanitarios en España, y por supuesto en Andalucía, de tal manera que la atención especializada centre su misión en lo que es internamiento y en dar apoyo a atención primaria.

La atención primaria centra su atención en dar respuesta y ser responsable realmente de la puerta de entrada del sistema y de todos los procesos ambulatorios. Entendemos que todos los procesos ambulatorios no complejos (es decir, dejando al margen hemodiálisis, cirugía ambulatoria, todo este tipo de elementos) todo paciente que requiera atención ambulatoria tendrá que pasar o no pasar por consulta, por interconsulta o por apoyo diagnóstico, pero la responsabilidad del paciente es del nivel de atención primaria. Y haciendo incapié en que los centros diagnósticos tienen que ser centros de producción eficientes de rendir y de vender productos (si se quiere ver así) tanto a atención primaria como a atención especializada. Esto es importante, porque es una línea de trabajo particularmente importante dentro del conjunto de medidas que les voy a plantear.

Desde el punto de vista de funciones de gestión es importante separar tres niveles de gestión; a. El nivel de gestión clínica, que es el nivel donde lógicamente se produce la interrelación médico-paciente y sería la gestión clínica clásica en el sentido de lo que un médico tiene que hacer para dar una buena asistencia; b. El nivel de gestión de recursos, que es el nivel en el que mayoritariamente los que estamos en esta sala nos situamos, es el nivel directivo de los centros, gestión de hospitales, de gerencias o de distritos; c. La función de regulación, que es la función que corresponde a la alta dirección de la organización. Yo creo que esto es particularmente importante para saber

qué le corresponde hacer a cada uno y no mezclemos papeles. Analizar las funciones de gestión desde esta óptica puede aportar mucha luz a lo que le es exigible a cada parte de la organización. Cuando hace ya un tiempo entramos en la separación de lo que tienen que hacer los diferentes actores que participan en el sistema sanitario y empezamos a separar las funciones de autoridad, compra, provisión de servicios, esa calidad de planteamientos nos ha hecho a todos prosperar y progresar en una determinada línea muy positiva para el conjunto del sistema.

Es necesaria una nueva reflexión en este punto y quiero también insistir en él porque, en opinión del Servicio Andaluz de Salud, el cambio la reforma que se tiene que plantear en el conjunto de nuestro sistema pasa por mejorar la gestión clínica del sistema y la interrelación en este punto. Las discusiones que se están teniendo hasta este momento, al menos en la opinión pública, centran muchísimo el debate sobre la parte de la gestión de recursos, si hemos de ser empresas públicas, fundaciones, consorcios o cooperativas. Y con mucho que esta discusión no es baladí, es importante y sin duda aporta beneficios y ventajas al conjunto del sistema, creo que desde Andalucía se ha apostado por el modelo empresa pública e incluso fundación; pienso que eso, si no se entra en lo que supone la gestión clínica y se trasfiere de manera importante el centro de la atención de lo que hay que cambiar a este punto, volveremos a tener una reforma parcial. Habremos hecho un arreglo, por decir así entre comillas, que va a satisfacer a la tecnoestructura porque va a facilitar la vida pero no va a tocar lo que es relevante para propiciar un cambio del sistema, que es mejorar la interrelación entre profesionales y usuarios; que el profesional realmente se responsabilice de la gestión clínica, de tal manera que aquí es otro punto de acento en nuestro plan estratégico.

El sistema de financiación, que es el tercer elemento a cambiar, está diseñado ya para el contrato-programa del año 98 con dos niveles: el nivel de atención primaria cuya financiación va a ser en virtud de una capitación ponderada fundamentalmente en virtud de la edad y del gasto farmacéutico; atención especializada en virtud de criterios de erradicación o criterios estructurales y por actividad. Nuestro objetivo es que dentro de dos años el 100% de los hospitales tengan actividad, presupuesto estructural y subvención. Este año va a ser en un porcentaje del 70-30, lo que supone estructura o gasto histórico, puesto que no están del todo delimitados los componentes estructurales y la actividad.

Desde el punto de vista de compra de servicios, se están definiendo a estos niveles y se va a permitir la función de compra; es decir, se va a hacer intercambio de información de pacientes que va a llevar detrás un contenido económico entre atención primaria y atención especializada para los servicios que le debe ofertar, fundamentalmente consultas. También va a poder comprar medios diagnósticos y atención especializada, en coherencia y en concordancia con la nueva situación estratégica de las unidades diagnósticas en el conjunto del funcionamiento organizativo del Servicio Andaluz de Salud. La función de compra para su desarrollo no le da ninguna obligación y ninguna función que hacer a los clínicos; los clínicos, tienen que relacionarse unos con otros a par-

tir de derivación y documentos profesionales. Es función de la gestión de recursos, corresponde a los directivos de los centros y servicios que tienen que articular mecanismos para que eso se pueda traducir en este contexto económico. No estoy diciendo que los médicos entiendan de esto; los médicos tienen que entender de práctica médica correcta, nuestra función es hacer que sea cómoda, y poner nosotros aquellos elementos del tipo como el que les acabo de plantear, que tienen que ver con asignación y con movimientos de dinero. Lo que tiene que saber el clínico es cómo deriva, en un modelo que sirva para poder controlar y facturar, si se quiere decir así, pero no tiene porqué estar implicado en esto, esto es una actividad claramente de la función de gestión de recursos.

El motor que mueve esto es la libre elección del ciudadano, libre elección que en Andalucía existe para el nivel de atención primaria, medicina general y pediatría; que existe ya, desde el punto de vista legal, para lo que es tanto internamiento en hospital público como para consultas externas como para medios diagnósticos. En estos momentos ya está funcionando para hospital público; en enero empieza a funcionar para consultas externas e inmediatamente después para medios diagnósticos. Pensamos que es la interrelación entre lo que supone de modificación de flujo económico en lo que es la parte de financiación y asignación, que puede llegar hasta incentivo al profesional. Junto con la función de compra, esos dos elementos pueden permitir reordenar el funcionamiento del sistema hacia un sistema más moderno que sea más sensible a las expectativas y las demandas de los ciudadanos y en el que los profesionales se sientan más cómodos y más en su papel de médicos o de enfermeras.

Se trata de un cambio bastante profundo porque es un cambio en los modos de hacer nuestro trabajo del día a día y un cambio de cultura y de mentalidad en la orientación de los servicios y que requiere de una adaptación importante en los puntos que he presentado. Hay que adecuar la organización a este fin, hay que adecuar la estructura de gestión a este fin.

Todo lo anterior requiere saber cuáles son las funciones y qué es lo que se pide a cada una de estas funciones desde el punto de vista de la gestión; ver que a la gestión de recursos se le pide que tenga una dirección estratégica de las unidades clínicas en coherencia con la dirección estratégica del Servicio Andaluz de Salud; que mantenga la garantía de los derechos ciudadanos en coherencia con lo que de alguna manera desde la alta dirección se establece. Tienen que definir y apoyar precisamente a las unidades clínicas para la gestión clínica, pieza fundamental de apoyo; tienen que ser las que asignen recursos en los pactos, las que establezcan también la evaluación de este tipo de contratos, de acuerdos y, por supuesto, las que tengan la gestión económica de los servicios comunes y de apoyo.

Lo que busca claramente y quiero transmitirlo con fuerza, es dar la vuelta a la orientación que globalmente tiene el funcionamiento de nuestro sistema: cada médico, cada profesional, cada auxiliar administrativo, cada enfermera tiene que trabajar para la

cúspide de la organización, para que nosotros podamos tener la información o podamos hacer las cuentas y es al contrario: la organización, que debe hacer las cuentas y tener la información, debe trabajar para apoyar el funcionamiento de las unidades, de los profesionales en definitiva, que son los que prestan el servicio. Deben hacerlo con este nivel de interrelación ligado a la libertad de elección; que se propicie un cambio en los modos de entender la prestación del servicio por los propios profesionales que haga que realmente cambien en virtud de lo que la población exprese como elementos que desea obtener en cuanto a horarios, flexibilidades, información, etc.

Estamos trabajando más de 200 profesionales en estas cuatro líneas estratégicas que han servido para definir, en virtud de los retos que tenemos planteados, 22 objetivos que se desarrollan en 22 proyectos concretos, que para poder mejorar su coordinación se han encuadrado en 8 grupos de trabajo. Éstos van produciendo los productos que son necesarios (el proyecto, la metodología de trabajo, los objetivos, los indicadores) que permiten su explicación y su introducción en el contrato-programa. En relación con la línea estratégica, "receptividad a las demandas de los usuarios", un objetivo es el incrementar la posibilidad de elección real del ciudadano, el proyecto que se ha puesto en marcha es la libre elección de médico y de centro.

En relación a las consultas externas de atención especializada, los criterios han sido objeto de un pacto y de una serie de objetivos concretos que se ven en el contrato-programa del 98.

Los proyectos que estamos desarrollando son 21: La adecuación de la cartera de servicios, que se está modificando en relación con el plan de salud y los nuevos tiempos; un proyecto de coordinación con servicios sociales; el de libre elección de médico y centro; el de ordenación de las consultas externas; la oferta de atención primaria en el medio urbano se está estudiando para mejorarla y ampliarla de una manera más rápida, flexibilizando algunos criterios del desarrollo del modelo en Andalucía; la mejora de la accesibilidad, tiene que ver con todo el tema de mejora desde el punto de vista de la burocracia y del acceso al sistema; potenciar los servicios de atención al usuario; se están diseñando encuestas para conocer la satisfacción del ciudadano y para mantener esa línea de trabajo permanentemente a lo largo del desarrollo del plan para conocer su opinión con respecto a los diferentes proyectos que se vayan poniendo en marcha; el desarrollo de unidades clínicas, que es un proyecto central bastante relevante; el adecuar las funciones y estructuras de los equipos directivos, que se está discutiendo con ellos a la vista de este nuevo matiz de planteamiento

En Andalucía tienen que tener ustedes presente que se ha apostado de una manera muy clara por la participación profesional; salió un decreto hace ya un año en el que tanto las juntas facultativas como las juntas de enfermería se eligen democráticamente por los profesionales y proponen una terna para elegir director técnico y director de enfermería, hecho que en sí mismo obligaría a la reflexión; el uso racional de la tecnología, ligado a lo que les he comentado de medios diagnósticos; el uso racional del

medicamento; el proyecto coste por procesos, puesto que la cartera de servicios que se está definiendo es una cartera por procesos y la parte de financiación, el 70-30, ese 30% va en coste por proceso; la compra de productos entre centros, por qué sistema, cuál sistema de información, definición de lo que se compra y de lo que se vende, y cuál es el intercambio económico entre ellos; mejora de los sistemas de información; criterios de ordenación de recursos; seguimiento y control del gasto y criterios de financiación de los centros. Éstos son los 21 proyectos que, como les digo, a través de 8 grupos, permiten desarrollar los 21 objetivos, que giran alrededor de 4 líneas estratégicas.

Desde el punto de vista de organización asistencial ya se han fijado los criterios para el incremento de la cobertura de equipos en el medio urbano; se han fijado los criterios de cómo se va a definir una unidad clínica y cómo se configuran las unidades clínicas; se han definido las nuevas carteras de servicios que se incorporan ya al contrato-programa 98; en cuanto a la delimitación de funciones se han desarrollado los criterios para los acuerdos de gestión; en cuanto a la elección del usuario están los decretos y la encuesta. Éstos son los productos que ya están en marcha y que han sido presentados lógicamente en el 97 para que tengan su expresión más formalizada en el contrato-programa del año 98.

En resumen, en Andalucía hemos apostado por dejar claro cuáles son los elementos nucleares para el sistema y que no admiten discusión y negociación, que son éstos que les planteo aquí. Hemos optado por estas orientaciones generales como señales evidentes de modernización del Servicio Andaluz de Salud: el desarrollo de la libre elección del ciudadano como elemento de control y de configuración de la oferta de servicios con repercusión en la financiación y retribución de los profesionales y la interrelación de niveles asistenciales, radicalmente diferente a partir de la introducción de la compra de servicios.

Ésto se hace definiendo tres niveles de gestión, tres niveles asistenciales si lo quieren ver así, aunque no es correcto puesto que niveles hay dos, es decir, introduciendo un matiz en el tema de medios diagnósticos, y con un instrumento, que es el contrato-programa, que pensamos que es un instrumento válido. Es importante verlo también desde esta óptica, sus elementos nucleares están claros, las líneas estratégicas también, las orientaciones generales y ahí se entronca el plan estratégico; se ha tenido por supuesto en cuenta un análisis del entorno profesional y los profesionales están en el plan; se ha tenido en cuenta el entorno ciudadano y están presentes en el plan también las organizaciones sindicales que conocen del plan; se tiene en cuenta la envolvente financiera y el entorno económico; no es un plan que requiera más dinero, requiere el dinero que en justicia le corresponde a Andalucía. Se trata de un juego diferente del dinero que recibe el Servicio Andaluz de Salud y, por supuesto, está plenamente en consonancia y en coherencia con el entorno político andaluz.

En definitiva, estamos ante un proyecto dinámico de dirección estratégica, que lleva tiempo en desarrollo, dibujando este modelo de servicios a partir de una prima-

cía de la interrelación profesional y usuario; es participativo y busca modernizar y consolidar el sistema sanitario público andaluz. Estamos en una dirección muy interesante; hemos huido todo el tiempo, y esto quisiera yo resaltarlo nuevamente, de planteamientos de salón y de planteamientos alejados de lo que es la realidad. Nos beneficiamos del conocimiento de todos los profesionales del Servicio Andaluz de Salud, que son muchos y muy cualificados, y ese método de trabajo es lo que da la garantía de que este plan no genere más resistencias que las mínimas inherentes a un cambio, desde luego asumibles por la propia organización que lo mueve y que lo propicia.

Quiero volver a agradecer a la Escuela Andaluza de Salud Pública y a los organizadores del Seminario el que me hayan invitado y a hacer esta presentación del plan estratégico. Si tienen ustedes algo que comentar y a lo largo del Seminario hacen aportaciones, serán bienvenidas y entiendo que su cualificación me garantiza unas aportaciones sólidas. Sin más, les deseo que pasen ustedes unos días de trabajo muy productivos. Declaro inaugurado este IV Seminario: La gestión del cambio de los servicios sanitarios.

# *Cambios organizativos al servicio de la gestión pública*

JOSÉ MANUEL GONZÁLEZ-PÁRAMO

*Catedrático de Hacienda Pública*

*Universidad Complutense*

*Madrid. España*

*Conferencia presentada en el Seminario "La Gestión del Cambio  
en los Servicios Sanitarios" celebrado en la EASP. Granada, España.*





# CAMBIOS ORGANIZATIVOS AL SERVICIO DE LA GESTIÓN PÚBLICA

## 1. INTRODUCCIÓN

Uno de los rasgos más característicos que se desprende del análisis comparado de las políticas públicas desde comienzos de los 80 es la incorporación de propuestas más o menos radicales de privatización a la agenda política. Esta tendencia ha trascendido fronteras nacionales e ideológicas. El fenómeno privatizador se ha registrado tanto en los países del antiguo bloque comunista y en las naciones menos desarrolladas como, de forma más notoria, en los países miembros de la OCDE. España no ha sido una excepción en este cambio de actitud frente a lo público (véase Albi, González-Páramo y López Casanovas, 1997), que se ha manifestado asimismo en el impulso de la consolidación presupuestaria, la reforma fiscal y la desregulación, junto a un consenso muy extendido acerca de la necesidad de recortar el peso del sector público y de reformar sus criterios de actuación. El denominador común de estos cambios ha sido la fundada preocupación por los efectos de una intervención pública excesiva sobre el dinamismo económico y la competitividad, en un contexto internacional de globalización de los mercados.

La experiencia de casi dos décadas ofrece numerosos casos de éxito. Pero no faltan ejemplos, tanto en el Este de Europa como en el marco de la OCDE, de fracaso en los objetivos de liberalización de la economía, bien porque ésta haya sido más aparente que real, o bien porque la retirada del sector público no haya producido las deseadas ganancias de eficiencia. ¿Es esto sorprendente? Sin duda sí para quienes -desde posiciones ideológicas, o simplemente ingenuas- han exagerado el carácter taumatúrgico de la propiedad privada y la competencia no regulada como remedio de los fallos del sector público. Porque los economistas sabemos que cuando existen fallos del mercado significativos, la eliminación de todo tipo de intervención pública puede tener efectos más demoledores sobre la asignación de recursos que la actuación de un gobierno ineficiente. Por eso no pueden suscitar extrañeza los procesos de reregulación que han seguido a las principales privatizaciones de empresas públicas.

El nuevo análisis económico de la gestión pública insiste en la idea de que el Estado como organización tiene rasgos que, articulados mediante un diseño organizativo y una gestión pública adecuados, pueden ser explotados por la sociedad para conseguir ganancias de eficiencia en otro caso inalcanzables. Así pues, la existencia de fallos del sector público en unos casos puede justificar su retirada, allí donde los fallos del mercado no son de una magnitud apreciable, de la misma forma que en otras situaciones la consecución de una mayor eficiencia en la asignación de recursos pasa por mejoras en la gestión pública en el marco de la organización estatal. En este sentido, cabe sostener que la crisis del estado del bienestar es, en buena medida, una crisis del

modelo tradicional de gestión pública, más que un cambio en las prioridades de la intervención del gobierno en la economía. En todo caso, puede afirmarse que un sistema de instituciones públicas eficientes es un activo para una nación<sup>1</sup>.

Nuestras sociedades, cada vez más sofisticadas y exigentes, demandan cambios profundos en el modo de producir los servicios públicos. Además de garantías de igualdad de trato y equidad en el acceso, del Estado se demanda cada vez más un grado de eficiencia aceptable. Gestionar adecuadamente estos cambios requiere, como condición previa, una comprensión correcta del alcance y las limitaciones de los cambios que cabe introducir en la gestión pública. A este fin se dedican las líneas que siguen. El apartado 2 analiza las peculiaridades de la gestión en el marco de las instituciones estatales. El apartado 3 se dedica a presentar y valorar las principales reformas de las instituciones de gestión pública introducidas por los principales países industrializados en los últimos años. El trabajo concluye con el apartado 4, en el que se hilvanan unas breves reflexiones sobre el cambio en las organizaciones sanitarias.

## 2. LA GESTIÓN DE LO PÚBLICO: NATURALEZA Y CONDICIONANTES

### a. Gestión en el marco de la organización

La gestión pública es sustantivamente *gestión* en el sentido que hoy da a este término la economía de las organizaciones: conjunto de decisiones dirigidas a motivar y coordinar a las personas para alcanzar metas individuales y colectivas. Y es *pública* por la naturaleza de sus fines y el marco jurídico-político en el que se desenvuelve. Con

<sup>1</sup> Williamson (1993) ha acuñado el concepto de *economía de alto rendimiento* para referirse a una economía con elevados niveles de renta y ritmos de crecimiento, estabilidad macroeconómica y una distribución de la renta no excesivamente concentrada. Las instituciones públicas en una economía de alto rendimiento guían su actuación mediante criterios de eficiencia, y su actuación promueve la confianza inversora y contractual, las condiciones de competencia, la estabilidad macroeconómica y la credibilidad de los compromisos, tanto en el ámbito privado como en el de la política económica. Éstos son los rasgos básicos de lo que el filósofo Fukuyama (1995) denomina *capital social*. El papel de la calidad de las instituciones que garantiza los derechos de propiedad ha sido analizado empíricamente por Knack (1996). Este autor emplea los índices de la *Internacional Country Risk Guide* (ICRG) y el *Business Environmental Risk Intelligence* (BERI), que contienen indicadores de seguridad de la propiedad (*riesgo de expropiación, potencial de nacionalización e imperio de la ley*), calidad de la burocracia estatal (*retrasos de la burocracia, calidad de la burocracia y corrupción en el gobierno*), credibilidad del gobierno (*repudio de contratos por el gobierno*) y eficacia de los contratos (*respeto al contenido de los acuerdos contractuales*). El análisis econométrico de Knack arroja dos conclusiones de interés: 1) Dado el nivel de desarrollo de dos países, aquél con un índice de calidad institucional más alto tiende a crecer significativamente más a medio plazo; y 2) La convergencia en los niveles de renta per cápita de las naciones más pobres con los de las más ricas resulta acelerada cuando existen instituciones de calidad. El éxito económico relativo de España, Grecia, Japón y Singapur entre 1960 y 1990, y la notablemente peor evolución de Argentina y Venezuela, parecen guardar una estrecha relación con la calidad de las instituciones.

frecuencia, la discusión sobre la intervención pública en la economía tiende a soslayar la naturaleza organizativa de las instituciones estatales.

Una *organización* es una entidad a través de la cual las personas se interrelacionan -mediante vínculos contractuales, acuerdos informales o meros sobreentendidos- para alcanzar metas individuales y colectivas (Milgrom y Roberts, 1992). La economía en su conjunto es una gran organización, integrada por personas y organizaciones de nivel inferior, como son las empresas familiares, las sociedades anónimas privadas, las empresas públicas, las administraciones públicas de distinto nivel, los sindicatos, las fundaciones, las cooperativas o las organizaciones religiosas, entre otras. Los principales atributos de una estructura o *arquitectura organizativa* son:

- 1) Distribución de *derechos de propiedad* entre los miembros de la organización. Esta distribución determina los patrones de poder efectivo y los incentivos dentro de la organización.
- 2) Vínculos contractuales. La organización es una cadena de *contratos* -compromisos de hacer o no hacer exigibles ante la autoridad legal o la que se establezca en el propio contrato- entre sus miembros y entre éstos y la organización, que se relaciona con sus empleados, sus financiadores, sus proveedores o sus clientes.
- 3) Características de los *flujos de información y de recursos* dentro de la organización y entre ésta y otras organizaciones o personas.
- 4) Relaciones de *autoridad*, asignación de responsabilidades y mecanismos de supervisión y control.
- 5) *Normas explícitas* sobre objetivos, toma de decisiones y coordinación de actividades.
- 6) *Cultura organizativa*, entendida como un conjunto de normas y procedimientos simples de rutina, difundidos dentro de la organización por medios más o menos informales -"decálogos", anécdotas, etcétera-, con la finalidad de facilitar la toma de decisiones, transmitir expectativas claras a los miembros de la organización, evaluar el comportamiento y resolver disputas.

¿Cómo se eligen las formas específicas -más o menos jerárquicas- de organización? La observación superficial sugiere dos rasgos de la respuesta: 1) La mayor autonomía en la toma de decisiones tiende a recaer en quienes poseen la información cuando éstos comparten los objetivos de la cúspide de la organización; y 2) Cuando los objetivos organizativos e individuales divergen la centralización de la autoridad en los primeros niveles de la jerarquía tiende a ser mayor cuanto más difícil es introducir incentivos individuales eficaces para asegurar la coordinación. La economía institucional ha generalizado estos rasgos para construir una teoría de la organización, apelando a los conceptos de "eficiencia", "información" y "transacción".

## b. Lo público y su naturaleza organizativa

A diferencia de las organizaciones privadas -en las que tanto la pertenencia a la organización como la distribución entre las partes de derechos y obligaciones resultan de arreglos contractuales voluntarios-, el Estado es una organización peculiar que presenta dos rasgos distintivos esenciales: los ciudadanos *pertenecen obligatoriamente* a la organización estatal, que tiene *poderes de coacción* ejercitables sin aquiescencia individual. Este es el marco en el que se desarrollan las políticas públicas, que deben entenderse como el resultado de las decisiones de la autoridad, legitimada por el proceso político e investida de poder de gobierno.

Siendo cualitativamente distintas las características de pertenencia y poder, podemos preguntarnos: ¿Son los problemas de gestión pública sustantiva y conceptualmente distintos de los que se plantean en el ámbito privado? Si entendemos gestión pública como el conjunto de patrones formales e informales que rigen el funcionamiento de los agentes que integran la organización estatal -esquemas de incentivos y restricciones, mecanismos de coordinación y supervisión, flujos de información y relaciones de jerarquía-, la respuesta debe ser negativa. Los problemas de gestión pública pueden analizarse y solucionarse con ayuda de los conceptos y técnicas que se utilizan en las organizaciones privadas. Esta afirmación no implica que pueda pasarse por alto la relevancia del marco jurídico y de las instituciones políticas. Antes al contrario, debemos partir de reconocer que la gestión pública es sustantivamente gestión -decisiones de coordinación y motivación dirigidas a alcanzar los mejores resultados con los medios disponibles- dentro de las restricciones que impone el marco jurídico-político.

El elemento político e institucional condiciona la traducción de las demandas ciudadanas -corrección de fallos del mercado y redistribución, junto a otros posibles fines no económicos- en una representación parlamentaria y unos objetivos de gobierno, así como los patrones de interacción entre los responsables políticos y las unidades gestoras o agencias -cuya forma más centralizada y jerárquica son las agencias burocráticas- encargadas de actividades de regulación, diseño de políticas, coordinación, asesoramiento y ejecución de actividades (recaudatorias, asistenciales y provisoras de bienes y servicios). No son la complejidad, el tamaño o la naturaleza jerárquica rasgos esenciales en la gestión pública. También hay corporaciones privadas grandes, complejas y jerárquicas. Se trata, más bien, de la *supremacía del derecho*:

*"[...] En cuya virtud [...] es posible defenderse contra la expropiación arbitraria y las injerencias en el dominio privado. Los gobiernos deben ejercer su poder sujetándose a la ley. Los agentes económicos pueden asumir compromisos, con la certeza de que el respeto a los derechos de cada cual quedará garantizado con criterios de rigor y equidad (o igualdad) ante la ley, (lo que significa que todos cuentan con la facultad de recurrir a los tribunales y pueden disfrutar de un trato igualitario)"* (OCDE, 1996).

Y de la *naturaleza política de los fines* de la organización estatal, a saber:

*"Servir a las personas, velando por el mantenimiento del orden, haciendo cumplir las leyes, asegurando el respeto de los derechos de propiedad y de otros derechos, (...) garantizando la existencia de las condiciones necesarias para actividades tales como la enseñanza, la protección de la salud y la construcción de infraestructuras, que son imprescindibles para una sociedad y su economía (...), y evitando las reglamentaciones que se oponen a un uso óptimo de los recursos en los mercados, que suscitan la búsqueda de rentas y corren el riesgo de alentar la corrupción"* (OCDE, 1996).

### c. Restricciones políticas y cultura organizativa

La responsabilidad fiduciaria del Estado implica que la gestión pública no se puede desvelar con plena autonomía: toma sus señales o indicaciones del sistema político, cuyas normas abarcan desde los principios constitucionales hasta las prioridades políticas del gobierno en el poder. El ambiente político en el que los gestores públicos deben actuar es peculiar y distinto del que toma como referencia un gestor privado. Parry (1992) concreta estas *restricciones para la gestión pública* en siete variables:

- 1) El *proceso electoral*. Los gestores públicos deben estar preparados para desarrollar su tarea tanto con gobiernos mayoritarios, en los que la dirección política es clara, como con gobiernos minoritarios o de coalición, en los que el liderazgo es menos fuerte y duradero. Bajo este último tipo de gabinetes el cambio radical de políticas y principios respecto de los seguidos por gobiernos anteriores es difícil, y no resulta improbable que se desarrollen relaciones estrechas entre la alta burocracia -cuyo peso e influencia aumentan con la inestabilidad del gobierno- y los políticos.
- 2) La *gestión presupuestaria*. Los gastos y los ingresos públicos están sometidos a incertidumbre, y pueden encontrarse también sujetos a cambios imprevistos poco favorables a una gestión pública eficiente y estable. Por un lado tenemos el "ciclo político-electoral", que favorece presupuestos laxos y expansivos en períodos preelectorales, y viceversa una vez que se resuelve la incertidumbre preelectoral. Por otro están las diversas estratagemas contables del gasto y los recortes presupuestarios imprevistos -sesgados políticamente en contra de los gastos de inversión- que son con frecuencia el camino para cumplir formalmente los grandes objetivos aprobados por el parlamento en la ley de presupuestos.
- 3) La *codificación de las normas y el procedimentalismo*. El gobierno presta servicios complejos y universales a una clientela que no tiene opción de "salida" y que exige igualdad de trato en iguales circunstancias. La codificación de las normas y el respeto a los procedimientos ofrecen esta garantía. Como contrapartida, la falta de énfasis en los resultados favorece la actuación interesada de la burocracia, y el procedimentalismo impide la necesaria flexibilidad en la gestión.

- 4) Los *controles administrativos*. Los responsables políticos deben rendir cuentas en instancias políticas. Los responsables de la gestión de las políticas públicas deben hacer frente a dos tipos de controles: administrativos y financieros. El control administrativo trata de garantizar la observancia de las reglas y los procedimientos, no la calidad de los resultados, y se desarrolla dentro de la jerarquía administrativa y también ante los tribunales que resuelven las apelaciones. El control financiero trata de asegurar el cumplimiento de la legislación presupuestaria y, en menor medida, el uso eficiente de los fondos públicos. Con frecuencia los controles son puramente formales y justifican la inacción y la complacencia, al ser ajenos al resultado final de las decisiones de los gestores públicos.
- 5) La *estabilidad en el empleo*. Los empleados públicos ingresan mediante oposición y son inamovibles en circunstancias normales, cualquiera que sea su desempeño. Con la inamovilidad y el reclutamiento normalizado se pretende evitar el clientelismo y la arbitrariedad. Al mismo tiempo, sin embargo, estas características del empleo público determinan una restricción peculiar para los responsables de la gestión.
- 6) La *discreción* y el *secreto*. Bajo la cultura jerárquica y supervisora del sector público, la iniciativa individual de los empleados públicos apenas juega papel alguno. En su lugar tenemos un principio de respuesta anónima a las expectativas -habitualmente no expresadas de modo claro y explícito- de los superiores. El puesto de los gestores públicos está detrás de los políticos a los que corresponde rendir cuentas y establecer iniciativas. Por otra parte, la información que la administración pública posee y elabora está frecuentemente protegida por garantías legales de confidencialidad y, en todo caso, tiende a atesorarse como elemento estratégico.
- 7) La *aversión a la iniciativa*. El procedimentalismo y la aversión a las consecuencias de un posible error -entre las que destaca el impacto de la opinión pública o sobre la valoración de los superiores jerárquicos- dan lugar a un retraso en las respuestas de la gestión pública a los problemas que se van planteando. Las implicaciones legales o contables de una decisión no plenamente acorde con unos precedentes mínimamente establecidos pone freno a la iniciativa. Los costes de la falta de respuesta flexible los soportan los ciudadanos; los costes de un error -real o aparente- en la respuesta a sus demandas tienden a recaer en los gestores públicos.

Tomadas en su conjunto, estas variables tienden a definir una *cultura del "no es posible"*, inmovilista y sin dirección efectiva. En todo caso, nos ofrecen varias razones por las que la gestión pública es peculiar y nos sugieren por qué la mera *transposición de las técnicas de gestión privada* a las tareas de la administración pública con frecuencia no funciona. En realidad, muchas de las restricciones enunciadas afectan esencialmente a la alta dirección de las políticas públicas y a cuestiones o asuntos de sen-

sibilidad política. Sin embargo, no puede argumentarse que en las tareas ordinarias y más alejadas del control político, la gestión pública sea de la misma naturaleza que la privada, y ello por dos razones: primero, porque las condiciones de la oferta y la demanda de actividades que suponen una intervención pública en la economía son especiales (Wolf, 1993); segundo, porque estas peculiaridades definen una arquitectura organizativa poco adecuada para motivar comportamientos y coordinar acciones.

#### **d. Gestión de lo público: objetivos, coordinación e incentivos**

El análisis de la gestión pública y sus técnicas no pueden abordarse, por lo tanto, sin considerar explícitamente las limitaciones que la naturaleza política de los rasgos propios de la institución estatal -pertenencia obligatoria y poder legal- impone a los aspectos básicos de la organización: naturaleza de los objetivos, elección de los gestores y diseño de incentivos organizativos e individuales (Stiglitz, 1989; Laffont y Tirole, 1993; Tirole, 1994). A continuación desarrollamos por separado cada una de estas importantes restricciones entre las que se desenvuelve la gestión pública.

En una organización privada aquellos individuos que deciden voluntariamente constituir la determinan los objetivos que se tratan de conseguir. El ciudadano, sin embargo, participa obligatoriamente en la organización estatal, la financia con sus impuestos, cumple sus normas y recibe a cambio garantías de no discriminación. La pertenencia universal explica que los *objetivos de la organización pública* sean múltiples, heterogéneos y cambiantes. La gente quiere menos contaminación, seguridad nacional, salud, reducción de la pobreza y facilidades para encontrar trabajo. La multiplicidad de las demandas de intervención no dificulta en sí misma la gestión; sí lo hacen, sin embargo, la imposibilidad de evaluar el desempeño de los gestores públicos cuando tratan de alcanzar algunos de los objetivos asignados y la necesidad de alcanzar compromisos entre ellos. Los problemas para evaluar el desempeño tienen su origen en la falta de referencias de comparación -muchas actividades son de no mercado y se producen en régimen de monopolio- y en el carácter vagamente definido de buena parte de las producciones públicas <sup>2</sup>.

La heterogeneidad de las preferencias de los ciudadanos y su carácter cambiante en el tiempo -debido a variaciones en las circunstancias económicas, al ciclo electoral, a efectos demostración o a la influencia de los grupos de interés- introducen inconsistencia temporal: los gestores no se comprometerán firmemente con políticas de largo plazo si los objetivos pueden cambiar. A estos problemas se une la información imper-

---

<sup>2</sup> Las producciones públicas son, en su mayor parte, bienes de experiencia en la terminología de Laffont y Tirole (1993): bienes o servicios cuyas características de calidad, difícilmente medibles, se manifiestan al consumidor una vez adquiridos y no antes. Los indicadores objetivos de desempleo -expedientes completados, sentencias dictadas, normas o regulaciones aprobadas, niños escolarizados, altas médicas, etcétera- pueden guardar una relación muy débil y cambiante con la calidad.



fecta que existe sobre la preferencias de los ciudadanos y sobre los resultados efectivos de la intervención pública, rasgo del que se derivan dos dificultades adicionales para el desarrollo de una gestión eficiente. Primero, la gran dispersión de la "propiedad" incentiva la coordinación de intereses por parte de partidos políticos y grupos de interés, que disfrutan de ventajas en el procesamiento y el uso estratégico de la información pero cuyas metas pueden no coincidir plenamente con las de los electores. Segundo, la separación entre la distribución personal de los beneficios de la actividad pública y la financiación impositiva del gasto: los impuestos pagados por cada ciudadano tienden a guardar muy escasa relación con los beneficios que éste obtiene de la actuación del Estado. Esta separación deforma la demanda de actividades públicas generando incentivos a la expansión de los programas redistributivos y a la formación de grupos de interés<sup>3</sup>.

La información imperfecta, la naturaleza de los objetivos y las peculiaridades institucionales de la representación política inciden en la *elección de gestores* de forma peculiar y diferenciada de las prácticas privadas. En primer término, la elección de los políticos atiende a características muy variadas: ideología, confianza, capacidad de elegir directivos competentes, procedencia de una región con elevado peso electoral, etcétera. Por ello, no es sorprendente que un mal gestor sea elegido racionalmente por los ciudadanos, resultado que será tanto más probable cuanto más imperfecto e indirecto sea el sistema de representación política. La dispersión de la "propiedad" -el derecho al voto- y el carácter indirecto de la elección de gestores de las políticas públicas desincentivan el interés de los ciudadanos. En segundo lugar, las responsabilidades fiduciarias del Estado en la administración de los recursos públicos imponen a los políticos tres importantes restricciones que limitan su *control efectivo sobre las unidades gestoras*:

- 1) La posibilidad de elegir gestores o directivos responsables de los programas y esquemas alternativos de gestión son limitadas. La selección de empleados públicos tiende a ser estandarizada y a realizarse centralizadamente, los funcionarios tienen permanencia en el empleo y derechos que limitan su reasignación funcional o territorial, y la estructura salarial suele estar rígidamente determinada por la categoría o el nivel administrativo del puesto. Estos rasgos, que tratan de evitar la discriminación por razones políticas, establecen un patrón de fuerte especialización en la gestión, segmentan el mercado interno de trabajo en el sector público e introducen una divergencia de objetivos entre los gestores y los políticos<sup>4</sup>.

---

<sup>3</sup> Ésto ocurre porque los beneficios derivados de un programa actual o futuro se concentran en un grupo reducido, mientras que el coste se diluye entre todos los contribuyentes. Debe notarse, no obstante, que la separación puede explicar tanto la intervención pública como su ausencia (Wolf, 1993).

<sup>4</sup> Esta divergencia se extiende tanto a qué persiguen unos y otros como a cuándo deben obtenerse los resultados. los políticos son relevados de su puesto en plazos relativamente cortos. Su tasa de descuento temporal es más alta que la de los gestores: el político busca resultados inmediatos y de gran visibilidad para su clientela.

- 2) Las garantías de la no discriminación en el trato deben ser no sólo reales sino, sobre todo, aparentes, especialmente cuando se trata de materias de alta sensibilidad política. La responsabilidad fiduciaria se exige a la vez con carácter efectivo y ritual. Tanto o más importante que el logro de buenos resultados es el cumplimiento estricto de los procedimientos que garanticen, en realidad o en apariencia, la igualdad de trato. El procedimentalismo, la rígida centralización de las decisiones, la abundancia de instancias de apelación y de órganos de supervisión, y las restricciones en materia de salarios y empleo están en la raíz de la proliferación de las formas burocráticas de gestión pública.
- 3) También son consecuencia de la responsabilidad fiduciaria del Estado las limitaciones que existen para transferir derechos de propiedad. El Estado puede expropiar, pero es inembargable. Una empresa privada puede quebrar; el Estado no. Sus "propietarios" son las generaciones actuales y futuras y sus objetivos son muy distintos de la simple maximización del beneficio. Los gerentes de una organización lucrativa pueden ser relevados del puesto si cambia la propiedad como consecuencia de la mala gestión. La privatización de empresas o actividades del Estado es un fenómeno de alcance muy limitado, y normalmente más relacionado con el cambio en los objetivos de la cúspide de la organización política y en las preferencias ciudadanas que con la eficiencia en la gestión.

La especial naturaleza de los objetivos y la elección de los gestores configura un marco de gestión caracterizado por la dificultad para introducir *incentivos organizativos e individuales* vinculados a los resultados de la gestión. En términos de economía de las organizaciones, la gestión pública responde a "incentivos de baja potencia": los agentes que intervienen en la gestión normalmente soportan una pequeña parte de las consecuencias de sus decisiones y su remuneración guarda escasa relación con su productividad. Si no existen referencias competitivas de comparación para la producción pública, si la quiebra es imposible, si los usuarios no pagan directamente por los servicios, si sus preferencias son múltiples y cambiantes, si no existe amenaza externa de toma de control por parte del mercado de capitales, ¿cómo incentivar a los responsables políticos y directivos de la gestión? Si el empleo público es permanente, si no es posible vincular estrechamente el salario a la productividad, si la selección de personal, las cualificaciones y los criterios de promoción están estandarizados, ¿cómo incentivar el desempeño en las unidades gestoras?

### **e. Modelos de gestión pública en los sistemas comparados**

Las especiales características de la organización estatal nos llevaban más atrás a plantear una cuestión central: ¿Cómo introducir incentivos individuales y organizativos para mejorar la eficiencia? Una respuesta elemental, y por fortuna infundada, es que la gestión pública resulta por su naturaleza ajena a cualquier esquema de incentivos. Es la conocida posición garantista que el juez Brandeis, de la Corte Suprema de los EEUU, defendía hace caso un siglo: "El objetivo no es promover la eficacia, sino impedir el

ejercicio arbitrario del poder". La responsabilidad fiduciaria y las características de los objetivos públicos y de la elección de gestores exigiría, bajo esta perspectiva, sustituir el uso de incentivos por controles administrativos fuertemente centralizados de los actos y los procedimientos. Esta posición es análoga a la que identifica a la gestión privada con la ausencia de controles administrativos y el uso exclusivo de "incentivos de alta potencia". Sin embargo, la realidad del mundo empresarial nos ofrece abundantes ejemplos de centralización y organización formal como respuesta a fallos del mercado. En la terminología de Williamson (1991), la empresa moderna es un híbrido de elementos del mercado y de la jerarquía. Un híbrido cuya gestión eficiente requiere del uso de incentivos y la descentralización de decisiones en unos casos, y de la supervisión jerárquica y mecanismos desvinculados de la productividad en otros.

En el seno del sector público, sin perjuicio del *sesgo hacia la jerarquización* y los incentivos de baja potencia que imponen la naturaleza de su actividad y las restricciones jurídico-políticas, nos encontramos también con estructuras organizativas híbridas. La responsabilidad fiduciaria no es óbice para que la *descentralización en la gestión* pueda ser muy distinta en actividades públicas tan variadas como las que desarrollan el ministerio de Economía y Hacienda -administración general, coordinación, planificación, diseño estratégico y regulación de potestades públicas-, la dirección general de Policía o la Audiencia Nacional -que ejecutan con más o menos autonomía políticas que suponen el ejercicio de potestades públicas-. Las oficinas de correos, las escuelas públicas y las universidades o las empresas municipales de transportes -que en parte ejercen potestades públicas y en parte concurren en el mercado, cobrando precios de forma marginal o sin cubrir costes- o empresas públicas concurrenciales que se nutren del cobro de precios -más o menos regulados- por la venta de sus servicios en el mercado.

Pero si la naturaleza diversa de las actividades públicas ya justifica por sí misma la coexistencia de formas jerárquicas y descentralizadas o híbridas en la organización estatal, la revisión de los *sistemas comparados* de organización institucional del sector público en el ámbito de los países desarrollados (véase Ruiz-Huerta y Giménez, 1993; Onrubia, 1995; Van Leerdam y Kertzman, 1995) revela que, pese a las tipicidades propias de cada país, existen dos modelos estilizados de organización del sector público, cuyos rasgos sintetizamos. En primer término tenemos *el modelo centralizado*, jerárquico o tradicional, en el que la administración responde a una cultura garantista, basada en el principio de la desconfianza hacia el uso de los recursos públicos. Este modelo -en el que pueden encuadrarse España, Portugal, Italia y Grecia- hace énfasis en los controles de legalidad *ex ante* y en el cumplimiento escrupuloso de los procedimientos administrativos, regulando la actividad del gestor hasta reducir a su mínima expresión la discrecionalidad de éste para reasignar recursos y adaptarse a cambios en las demandas ciudadanas o en las tecnologías y los procedimientos de producción.

Frente a este esquema de administración pública tenemos *el modelo descentralizado*, autónomo o multidivisional -cuyos rasgos están presentes en casos como los de Suecia, el Reino Unido, los EEUU, Nueva Zelanda y Canadá-, que responde a una voca-

ción del servicio al ciudadano, al que se considera más un cliente que un administrado. El énfasis de este modelo está puesto en la gestión por objetivos, la consecución de resultados, la reducción de costes y la flexibilidad en la respuesta a cambios del entorno. Estos rasgos se plasman en una elevada discrecionalidad del gestor y una clara delimitación de responsabilidades en el desempeño, que influyen en los incentivos monetarios y son evaluadas mediante controles de gestión y auditorías, sin perjuicio de la obligada salvaguarda del principio de legalidad.

Interesa aquí subrayar un aspecto común al diseño o la arquitectura organizativa de instituciones públicas y privadas. En efecto, en cualquier organización el *grado óptimo de descentralización* de las decisiones viene determinado por la presencia de incertidumbre sobre variables del entorno externo (por ejemplo, cambios en la demanda) y del funcionamiento interno de la organización (tecnología, procesos y resultados), las ventajas de la división del trabajo, la capacidad de procesamiento de la información (racionalidad limitada), la asimetría en la distribución de esta información y la existencia de divergencias de objetivos entre los miembros de la organización.

En cada transacción o actividad, de naturaleza privada o pública, estas variables de diseño deben determinar la estructura adecuada de incentivos y de descentralización o delegación de autoridad, así como los mecanismos de supervisión que garanticen una toma de decisiones eficiente, es decir, el esquema adecuado de relaciones de agencia relevantes. Integrar todas estas variables para explicar el grado óptimo de separación entre responsabilidades políticas y de gestión es una tarea que debe apoyarse en las predicciones de la economía institucional: la economía de los costes de transacción y la teoría de la agencia.

## f. Descentralización y relaciones de agencia

Se dice que existe una *relación de agencia* cuando un individuo, llamado principal, delega en otro, que denominamos agente, la realización de una actividad en beneficio del primero, a cambio de una remuneración y de cierta capacidad autónoma de decisión. Aunque sería una simplificación excesiva afirmar que la teoría de la agencia<sup>5</sup> ofrece una explicación completa del funcionamiento de las organizaciones complejas (Williamson, 1993), la omnipresencia de relaciones de agencia en el sector público hace de ésta una referencia central en el análisis económico de la gestión pública. *La relación de agencia constituye la esencia de las instituciones públicas, y en especial de la gestión pública en estados democráticos* (Lane, 1993). Por esta razón, Vickers y Yarrow (1988) afirman que para identificar las causas de la ineficiencia en la gestión pública es necesario examinar las relaciones de agencia que se dan de forma superpuesta entre los distintos niveles de la gestión pública: ciudadanos-parlamentarios-gobierno-agencias-empleados públicos.

<sup>5</sup> Los trabajos pioneros son los de Wilson (1968), Ross (1973), Harris y Raviv (1978), Hoolmstrom (1979), Shavell (1979) y Grossman y Hart (1983). Para una revisión, véase Salas (1987).

La estructura básica de los problemas de agencia se describe en términos simples a continuación. El problema de la agencia surge cuando el principal ( $P$ ) y el agente especializado en una tarea determinada ( $A$ ) tienen distintas funciones objetivo o de preferencias y la información sobre las acciones o el esfuerzo del agente está asimétricamente distribuida. La combinación de objetivos divergentes e información asimétrica da lugar a la aparición de comportamientos oportunistas asociados al azar moral o riesgo de manipulación. El problema de la agencia se origina cuando el esfuerzo y otras circunstancias influyentes sobre el resultado pero ajenas a  $A$  no pueden ser observados por  $P$  de forma separada, lo que imposibilita ajustar directamente la remuneración al esfuerzo. Si  $P$  desea, no obstante, disfrutar de los beneficios de la actividad, deberá ofrecer a  $A$  un contrato que cumpla tres condiciones: 1) Que induzca al agente a aceptar la delegación de la tarea (restricción de participación); 2) Que sea compatible con los incentivos individuales de  $A$  (restricción de compatibilidad *de incentivos*); y, 3) Que relacione la remuneración con variables observables.

Una relación de agencia tiene tres elementos de coste, que llamaremos *costes de agencia*: la *pérdida residual* (diferencia entre la utilidad para  $P$  en una hipotética situación de observabilidad del esfuerzo y la utilidad efectivamente obtenida fruto del contrato de incentivos con  $A$ ); el *coste de fianza*, compromiso o garantía (costes que asume  $A$  voluntariamente como garantía para el principal: restricciones sobre horarios, procedimientos de selección, inversión en activos específicos, etcétera) y el *coste de supervisión* (registros, presupuestos, controles, etcétera). Si el esfuerzo y otras circunstancias fueran observables a un cierto coste, la pérdida residual podría reducirse a cambio de unos mayores costes de supervisión. En ocasiones, existen variables o indicadores observables que permiten reforzar la potencia de los incentivos, al corregirse en alguna medida el efecto de los factores ajenos al esfuerzo. Un buen sistema de indicadores pondría a  $P$  en condiciones de vincular indirectamente la remuneración al esfuerzo realizado.

Tres tópicos interesantes que se suscitan en las relaciones de agencia dentro del sector público son la existencia de múltiples agentes, la delegación de autoridad formal y la competencia entre principales. Raras veces observamos relaciones de agencia en las que participa un solo principal y un solo agente. Cuando  $P$  se relaciona con varios  $A$  que deben competir entre sí, la delegación de autoridad debe diseñarse de manera que se eviten tanto la colusión entre agentes, como los efectos negativos que las decisiones de un agente pueden ocasionar sobre otro, al tiempo que se minimice la pérdida de control por parte de  $P$ . La evaluación relativa del desempeño para determinar las promociones de los agentes y la distribución asimétrica de autoridad en favor de algunos agentes (diseño jerárquico) se convierten instrumentos de diseño utilizables para reducir los costes de agencia.

La delegación de autoridad puede ser formal -derecho a decidir- y real -control efectivo sobre las decisiones (Aghion y Tirole, 1995). Un aumento en la autoridad formal o real de  $A$  refuerza su iniciativa, pero supone una pérdida de control para  $P$ . La

autoridad formal tiende a delegarse en *A* cuando *P* puede confiar en él, cuando se trata de decisiones innovadoras sobre las que *P* no tiene información o experiencia, y cuando estas decisiones son importantes para *A* y poco relevantes para *P*. De hecho, sin embargo, muchas veces *A* adquiere grados importantes de autoridad real, pese a residir la autoridad formal en *P*. La autoridad real de *A* tiende a aumentar con los siguientes factores: número de agentes que dependen de *P*, laxitud de las reglas o procedimientos que debe seguir *A*, urgencia en las tareas a realizar por *A*, sobrecarga de trabajo, reputación poco intervencionista de *P*, existencia de incentivos monetarios de "alta potencia" para *A*, y dependencia simultánea de varios principales con objetivos no coincidentes.

En el ámbito de la gestión pública, es frecuente que varios principales compartan autoridad sobre un agente (por ejemplo, varios ministros sobre una empresa pública, banco emisor y ministro de hacienda sobre las entidades financieras en materia de supervisión, parlamento y gobierno sobre todas las políticas públicas, etcétera). La esencia de la democracia es la división de poderes y los "controles y contrapesos" (*checks and balances*) institucionales (Alesina y Rosenthal, 1996). Hemos visto, sin embargo, que la existencia de varios *P* con objetivos distintos aumenta la autoridad real de *A* y supone pérdida de control e ineficiencia. No obstante, la división de poderes entre varios *P* tiene ventajas (Tirole, 1994; Mortimort, 1996): limita el oportunismo o la falta de compromiso <sup>6</sup>, así como el comportamiento interesado o no benevolente de un *P* basado en ventajas de información, la "captura" de un principal por el agente y la colusión entre *P* y *A*.

Recapitulando brevemente las ideas expresadas, desde el punto de vista de *P*, la supervisión de estrategias de los agentes, la imposición de procedimientos y normas de desempeño y el uso de indicadores de actividad, de objetivos de output y de incentivos retributivos, pueden ayudar a resolver eficientemente el problema de agencia. Con competencia entre agentes adecuadamente diseñada, y regulando el número y la interdependencia entre principales, los costes de agencia ligados a la ejecución de las políticas públicas pueden reducirse sustancialmente. Esta es la filosofía que subyace en las reformas de la gestión pública que en los últimos años se han registrado en buena parte de los países de la OCDE (Oxley, 1993). Con las dificultades que plantean la evaluación del desempeño y la responsabilidad fiduciaria en el seno de la organización estatal, parece indudable que la transición hacia un modelo de gestión más descentralizado y apoyado esencialmente en "mecanismos cuasicompetitivos y de mercado" (MCM) ha

<sup>6</sup> Así, por ejemplo, si el Ministerio de Industria no fuese creíble en el anuncio de que no se financiaran las pérdidas de las empresas públicas, la introducción del Ministerio de Hacienda como segundo principal puede reforzar la credibilidad del compromiso. En el mismo sentido, Caillaud y otros (1996) han probado formalmente cómo la superposición de la Unión Europea a las autoridades nacionales puede ser deseable, al reforzar la credibilidad de las políticas anunciadas a nivel nacional, al tiempo que reduce la vulnerabilidad a las presiones que se producen en este ámbito.

venido acompañada de mejoras apreciables en la eficiencia productiva y en la satisfacción de los ciudadanos con la actuación del sector público.

### **g. Supervisión, descentralización y autoridad en la jerarquía estatal**

El Estado, como buena parte de las empresas privadas, es una organización cuyos objetivos y diseño internos son jerárquicos. Los ciudadanos desean políticas públicas sujetas a restricciones fiduciarias que maximicen el bienestar social; los políticos ambicionan el poder; los burócratas quieren presupuesto y renta residual; los empleados públicos desean la mayor renta salarial compatible con un esfuerzo razonable. El diseño jerárquico responde a la necesidad de subordinar los intereses de los participantes a las metas de los propietarios o principales últimos de la relación. La jerarquización de objetivos lleva implícita alguna clase de jerarquización de capacidades o poderes de decisión y supervisión. Sólo en casos extremos estos poderes están plenamente centralizados, de forma que el modelo jerárquico más habitual en las organizaciones es un híbrido.

A efectos expositivos, puede resultar útil referirse a dos grandes modelos de diseño interno de una organización: jerarquías descentralizadas y jerarquías burocráticas con relación de autoridad. Las jerarquías descentralizadas persiguen potenciar la rapidez del ajuste al entorno, asignando al agente una elevada discrecionalidad a cambio de resultados. El principal desarrolla un mínimo de tareas de dirección y coordinación, que son sustituidas por tareas de supervisión del desempeño y por incentivos en la remuneración. El grado óptimo de descentralización en una jerarquía viene determinado por cuatro factores: divergencia de objetivos, asimetrías de información, economías de escala en el procesamiento de la información, y costes de la supervisión.

Cuando los objetivos del principal y el agente coinciden, las asimetrías de información no son importantes, porque el agente carece de incentivos para comportarse de manera oportunista. La especialización recomendaría en este caso una amplia descentralización, sólo limitada si el principal tuviese alguna ventaja para procesar información tecnológica relevante para la actividad del agente. A diferencia, cuando los objetivos son divergentes, el principal debe sumar a sus tareas la de supervisar el esfuerzo del agente a fin de incentivar su desempeño y limitar el comportamiento oportunista.

La divergencia de objetivos no impide operar con una estructura jerárquica sustancialmente descentralizada, pero obliga a diseñar cuidadosamente una cadena de relaciones entre agente y principal: éste deberá especializarse en tareas de supervisión, o bien contratar a un nuevo agente especializado en esta actividad<sup>7</sup>. En un esquema descentralizado, la intensidad de la supervisión y la intensidad de los incentivos son complementarias. La respuesta óptima del principal ante un aumento en la intensidad de los

---

<sup>7</sup> Es el ejemplo de la CNEAI en el caso de la investigación científica realizada en la universidad pública y en el CSIC.

incentivos es una mayor intensidad en la supervisión. Ésta permite mejorar la estimación del esfuerzo a un coste que se añade a los restantes costes de agencia.

Existen no pocas actividades realizadas por el sector público en las que es posible descentralizar considerablemente la gestión recurriendo a incentivos (véase Rose-Ackerman, 1986). Otras muchas, no obstante, se caracterizan por perseguir objetivos múltiples, heterogéneos, cambiantes, difícilmente medibles y sin referencias de comparación. En estos casos la supervisión del esfuerzo es poco útil dado que los incentivos al desempeño serán de baja potencia. El mantenimiento de un diseño jerárquico descentralizado generaría nuevas ineficiencias, con costes de agencia adicionales, debido a tres tipos de problemas: las actividades de influencia, los comportamientos colusorios y el riesgo de "captura" del agente (véase Milgrom y Roberts, 1992, y Laffont y Tirole, 1993).

Cuando el esfuerzo de un agente dentro de una jerarquía de varios niveles no es observable y su inmediato principal no es el beneficiario o el perjudicado último por sus propias decisiones, la discrecionalidad del principal induce al agente a emprender actividades de influencia. Éste puede empeñarse en mostrar sus cualificaciones mediante señales apropiadas (llevarse trabajo a casa, irse el último de la oficina, etcétera) y utilizar todos los medios a su alcance para conseguir del principal un mejor puesto, un mayor presupuesto u otras ventajas no asociadas directamente a la productividad del trabajador.

Por otra parte, cuando el principal -dentro de los escalones intermedios de la jerarquía- puede obtener beneficios derivados de su poder discrecional, las actividades de influencia pueden degenerar en prácticas colusorias o corruptas. A cambio de lealtad o servidumbre, el superior jerárquico puede ser permisivo con el subordinado y no informar a los escalones superiores del mal desempeño. Estas prácticas tienden a viciar la información subjetiva de los esquemas de supervisión dentro de la jerarquía.

Finalmente, el ejercicio del poder discrecional con información asimétrica puede incentivar la captura de los responsables de los escalones intermedios e inferiores de la jerarquía estatal. Como las decisiones de estos responsables pueden ser particularmente provechosas para determinados grupos de interés, éstos tratarán de determinar o condicionar las decisiones públicas en su favor -subsidios, creación de barreras a la competencia, regulación favorable de precios, etcétera- mediante la promoción o el apoyo externo a la carrera del decisor público o a través de contraprestaciones ilegales o corruptas (Bac, 1996).

Frente a estos problemas pueden utilizarse dos tipos de soluciones. Primero, los remedios basados en la competencia allí donde la naturaleza del servicio lo permita. La competencia revela información y pone presión a la baja sobre los costes, atando de manos a los decisores. Pero cuando las soluciones de incentivos no bastan o son inviables, queda la posibilidad de recurrir a las soluciones organizativas.



Esta es la función de las jerarquías burocráticas o de autoridad, que asignan al agente un reducido margen de discrecionalidad a cambio de una remuneración poco relacionada con el esfuerzo. El principal desarrolla un mínimo de tareas de supervisión de esfuerzos y resultados, dedicándose a tareas de dirección y coordinación: procesamiento de información, toma de decisiones y control e intervención de las acciones de los agentes. La relación entre agente y principal es un contrato relacional o de autoridad y, en buena medida, implícito (Milgrom y Roberts, 1992). Ambos rasgos lo son de aquellas relaciones que reconocen la existencia de racionalidad limitada: no es posible prever todas las contingencias, la información y la comunicación son imperfectas y costosas, y la comprensión de los problemas y su propia conceptualización son con frecuencia defectuosas. En situaciones con estas características, el contrato relacional o de autoridad puede suponer un notable ahorro de costes de transacción, ya que es un acuerdo marco que determina metas y objetivos generales, criterios a adoptar para decidir frente a contingencias imprevistas y una disposición genérica del subordinado a obedecer a la autoridad dentro de los límites del contrato.

Estos acuerdos, escritos sólo en parte, establecen rutinas y procedimientos operativos rígidos, reglas formales de análisis preestablecidas y criterios de intervención, decisión y control del principal. En materia retributiva, los salarios de eficiencia y las promociones juegan un papel clave. Los salarios de eficiencia tienen la función de incentivar el esfuerzo cuando se fijan a un nivel ligeramente superior al del mercado, en función de la cualificación, del puesto, de la duración temporal de la relación de empleo y, sólo indirectamente, del desempeño (Shapiro y Stiglitz, 1984). Las promociones persiguen la incentivación del buen comportamiento de los subordinados en el cumplimiento de sus tareas, y se basan en evaluaciones de la autoridad -que incorporan componentes subjetivos-, realizadas con más frecuencia cuanto menos costosas y más efectivas sean para influir sobre el comportamiento de los supervisados.

Un complemento de las relaciones de autoridad son los contratos implícitos, que expresan el conjunto de expectativas -inarticuladas y normalmente no escritas- compartidas por la autoridad y sus subordinados: valores, modos de pensar y creencias. Estas expectativas son la cultura organizativa (véase Kreps y otros, 1982), que ofrece puntos focales en la relación, esto es, principios, normas y procedimientos para juzgar el comportamiento y resolver disputas.

Por sus características de pertenencia obligatoria y poder de coacción -y las restricciones que estos rasgos imponen a los objetivos, la elección de gestores y los incentivos-, la organización estatal tiende a estructurarse en jerarquías burocráticas. Éstas son organizaciones eficaces para limitar la arbitrariedad en el uso de los recursos de los ciudadanos, en la medida en que permiten atenuar los efectos de las actividades de influencia, colusorias y de captura (véase Horn, 1995). Otras ventajas potenciales son la realización de determinadas economías de escala en el procesamiento de la información (véase Sah y Stiglitz, 1988) y la posibilidad de utilizar el diseño de relaciones jerár-

quicas y la cultura organizativa para inducir cooperación y limitar el riesgo de sabotaje (Itoh, 1992) <sup>8</sup>.

Pero de igual forma deben reconocerse sus desventajas. En primer lugar, el procedimentalismo conduce inevitablemente a una respuesta lenta, ineficaz y poco innovadora a las demandas de cambio y de adaptación. Por otra parte, las jerarquías burocráticas de niveles múltiples son propensas a la "pérdida de control", esto es, a la disminución del esfuerzo según descendemos escalones en la jerarquía a causa de los menores incentivos y de las pérdidas de información y de capacidad de hacer cumplir todas las instrucciones dadas a los subordinados. La escasa diferenciación retributiva que usualmente caracteriza a la organización estatal tiende a agravar la pérdida de control cuando el número de niveles en la jerarquía o el número de subordinados dependientes de cada superior son altos (Qian, 1994). Finalmente, las jerarquías de autoridad son organizaciones que filtran información secuencialmente: son buenas para evitar errores, pero malas en la medida en que tienden a rechazar decisiones correctas o buenos proyectos (Sah y Stiglitz, 1988).

A tenor de este conjunto de consideraciones, dentro de una organización estatal eficiente deberían coexistir jerarquías descentralizadas y burocráticas, en un híbrido de contratos completos y relacionales, competencia y autoridad. Ni los procedimientos rígidos ni la descentralización pueden por sí solos ofrecer garantías de eficiencia. Si se acepta que las restricciones fiduciarias no legitiman el uso ineficiente de los recursos públicos, la gestión pública deberá ser burocrática en unos casos y descentralizada en otros, y sujeta en todos a un adecuado control de legalidad que no constituya una rémora para la toma de decisiones.

## **h. Limitación de la ineficiencia burocrática**

El modelo básico de la agencia describe la racionalidad burocrática partiendo de tres hipótesis a todas luces extremas y pesimistas: el principal-político adopta un papel pasivo, desconoce cualquier información sobre la tecnología, y el agente-organización burocrática es monopolista de los servicios que produce. Por fortuna, no puede sostenerse que tomados conjuntamente ofrezcan una buena descripción del contexto real en

---

<sup>8</sup> La evaluación relativa del desempeño es un medio eficaz para incentivar el esfuerzo, pero el comportamiento competitivo puede impedir la cooperación en aquellas tareas en las que las interdependencias entre agentes son importantes. Itoh (1992) y Levine y Tyson (1990) estudian la optimalidad de la inducción a la cooperación -mediante un contrato del principal con sus agentes dentro de la jerarquía- y de la cooperación delegada -que funciona sobre la base de la supervisión y el control mutuos dentro de equipos integrados en la jerarquía- frente a la evaluación relativa de cada agente. Los agentes pueden reaccionar a la evaluación por comparación recurriendo a la colusión y el sabotaje. Éste puede atenuarse mediante la supervisión jerárquica o mediante la organización en equipos, aquélla creando incentivos salariales suficientemente atractivos; y ambos riesgos mediante la amenaza creíble de permitir la *entrada lateral* (contratación de agentes del sector privado para desarrollar cualquier función dentro de la jerarquía). El empleo de estas estrategias dentro de la administración pública es estudiado por Horn (1995).

el que se desarrolla la producción de servicios públicos y de regulaciones. Por este motivo, hay fundadas razones para esperar que otros *diseños institucionales* -que asignen al político un papel más activo, por sí mismo o mediante la delegación de autoridad en un regulador o en una empresa-, así como la obtención de información y la introducción de competencia, aisladamente o en combinación, puedan mejorar las cosas.

Una posición negociadora fuerte del político sólo puede garantizar resultados más eficientes de la gestión si éste apoya su estrategia en una información aceptable sobre la tecnología y los costes de producción. Esto no siempre es posible, especialmente en aquellos servicios con más especificidad tecnológica (por ejemplo, la investigación médica básica) o cuyo output es más difícilmente medible (por ejemplo, la tutela judicial o el estado de la salud), y cuando lo es, siempre existen costes de supervisión. Así, los asesores técnicos de los políticos, las comisiones de estudio y seguimiento de servicios públicos específicos (creadas por el parlamento o por distintas instancias del gobierno) y los órganos de control interno de la administración -sea financiero-contable, como la Intervención General de la Administración del Estado en España, sea de eficiencia, como la Efficiency Unit en el Reino Unido- podrían, con más o menos éxito, ofrecer la información sobre costes que el político necesita para dirigir su negociación al óptimo social.

Someter a control los costes de todas las agencias podría ser, no obstante, muy oneroso. Pero bastaría que existiesen controles selectivos para conseguir ganancias de eficiencia importantes, con tal de que para cualquier agencia existiese una penalización apreciable cuando de la supervisión se dedujese un falseamiento al alza de los costes, o sencillamente incompetencia en la gestión (Bender y otros, 1985). Sin embargo, dado que el control tiende a concentrarse en outputs fácilmente medibles, existe el riesgo de que una supervisión inadecuada induzca a los burócratas a reducir la calidad del servicio<sup>9</sup>.

En ocasiones, la forma más eficaz de obtener información sobre la tecnología y los costes es quebrar la situación de monopolio del organismo burocrático e introducir ambientes de competencia, dentro de la agencia, entre agencias, y entre éstas y el sector privado. La competencia tiene, además, la virtud de presionar en favor de la reducción de la ineficiencia causada por la laxitud organizativa. Por esta razón, Breton y Wintrobe (1982) sostienen que los burócratas podrían en la práctica tener incluso menos poder discrecional que los gerentes de las empresas privadas, por varias razones. En primer término, los miembros del organismo burocrático compiten por promociones. Dentro de una agencia hay empleados que aspiran a labrarse una reputación de buenos gestores con el fin de alcanzar la dirección. Asimismo, las agencias compiten entre sí por los fondos presupuestarios, que son escasos, lo que les obliga a aquilatar costes y revelar así información.

---

<sup>9</sup> Esto es lo que parece haber ocurrido en algunos servicios públicos tras la reforma gerencialista iniciada en Nueva Zelanda a fines de los años 80.

En ocasiones, la descentralización geográfica o administrativa en la prestación de servicios establece la posibilidad de introducir competencia por comparación (*yardstick competition*): los fondos recibidos por una agencia consisten en un fijo asociado al nivel de actividad, más el ahorro de costes respecto a la media de las restantes agencias (Shleifer, 1985; Laffont y Tirole, 1993). Esta estrategia<sup>10</sup> induce una tendencia a la rebaja de los costes de producción dentro del propio organismo burocrático, aunque no son descartables respuestas colusorias por parte de las distintas agencias, que anularían los efectos de la introducción de competencia.

### **i. Provisión pública con producción empresarial mediante empresas públicas y agencias reguladoras**

Este riesgo de comportamiento no competitivo puede reducirse "rompiendo" el último eslabón de la jerarquía burocrática y separando la provisión y la regulación de los servicios, que seguirían integrados en la cadena administrativa de la producción. Esto es lo que hacen fórmulas como la concesión, el concierto, la franquicia o la contratación externa mediante subasta.

Tanto en este contexto como en el definido por la competencia entre agencias públicas, la presión a la baja sobre costes y la búsqueda de la calidad en la prestación pueden reforzarse vinculando la financiación del servicio a los usuarios en aquellos casos en los que es posible optar sin que se generen por ello deseconomías de escala. Este es el papel que han jugado los bonos, cheques o vales, utilizados en muchos países en áreas como la educación, la sanidad o la vivienda.

La forma organizativa que permite la separación entre provisión del servicio y producción en su grado más tenue es la empresa pública. En algunos casos la distinción entre empresa pública y agencia burocrática es oscura, especialmente cuando aquélla tiene un estatuto de personal similar al estatal, sus directivos son altos funcionarios y existe la posibilidad de trasladar al presupuesto las pérdidas injustificadas<sup>11</sup>. Sin embargo, los rasgos institucionales de la empresa pública ofrecen a los gobernantes la posibilidad de reducir los costes de transacción presentes en la producción burocrática de bienes y servicios cuando las características técnicas de éstos posibilitan su venta directa<sup>12</sup>.

<sup>10</sup> El *Medicare* norteamericano y los hospitales concertados catalanes han utilizado variantes de esta fórmula (Cabasés y Martín, 1995).

<sup>11</sup> Pese a ser un argumento bien conocido, es conveniente apuntar que las pérdidas pueden estar justificadas por razones de eficiencia. Así, un monopolio natural eficiente venderá su producción a un precio igual al coste marginal, y registrará pérdidas por el importe de los costes fijos.

<sup>12</sup> La venta eficiente requiere que sea fácil definir la cantidad consumida, así como la identificación de los consumidores, el cobro a éstos y la exclusión de quienes no paguen. Es necesario que la calidad, la cantidad y el coste sean fácilmente evaluables por los consumidores. El correo, las comunicaciones telefónicas, la electricidad, el gas o los servicios ferroviarios son los ejemplos clásicos.

Así, pese a que la mayor flexibilidad de las decisiones de administración y personal facilita en principio el uso discrecional de la delegación de autoridad en favor de los intereses personales de los gestores, la producción para la venta puede reducir los costes de agencia, dado que se confiere a los consumidores capacidad de influir -a través de sus decisiones de compra o de sus quejas- sobre la eficiencia de la dirección, especialmente cuando la empresa pública opera en un marco de competencia. Por otra parte, si el gobierno se compromete de forma creíble a no financiar pérdidas<sup>13</sup>, la forma organizativa de empresa pública puede ayudar a reducir los costes de incertidumbre soportados por consumidores y contribuyentes, así como a mitigar los costes de compromiso que pueden derivarse de las presiones de los sindicatos, del poder de mercado de los suministradores, y del sesgo que en la producción burocrática existe en favor de los gastos corrientes -de alta "visibilidad política"- y en contra de los gastos de capital (Horn, 1995).

La aplicabilidad de esta fórmula organizativa a la solución eficiente de problemas de gestión tropieza con dos limitaciones. Por una parte, la mayor flexibilidad y la presencia en el mercado pueden hacerse atractivas para su utilización política interesada. Ejemplos típicos son la creación artificial de empleo, la redistribución regional canalizada a través de la empresa pública o la creación de empresas con el fin de eludir restricciones legales de tipo presupuestario. Por otra, las características técnicas de los bienes y servicios pueden imposibilitar una definición precisa de qué y cuánto se vende, aunque la exclusión del consumo a quien no pague sea técnicamente posible. En palabras de Niskanen (1971), "sospecho que la razón esencial para elegir a las agencias burocráticas es la dificultad de definir las características de los servicios de forma suficiente como para contratar su producción".

Cuando estas características técnicas están presentes, es posible ir más allá en la separación provisión-producción: la presencia de una o varias empresas privadas reguladas, en competencia o no con las agencias y las empresas públicas. En este caso, los gobiernos pueden recurrir a la creación de agencias reguladoras. La delegación de capacidad de decisión en una agencia reguladora permite reducir los costes de decisión legislativa y facilita la participación en el proceso de los intereses privados afectados. Si se garantiza la independencia de la agencia respecto del poder político (mediante un término fijo de mandato y la inamovilidad de sus responsables, un presupuesto estable, etcétera) y se exige de ésta el cumplimiento de unas normas de procedimiento, con garantías de apelación ante instancias judiciales, también disminuyen los costes de compromiso.

Por otra parte, aunque toda delegación tiende a crear costes de agencia, en el ámbito regulatorio serán generalmente menores. Las agencias reguladoras no disfrutan de poder de monopolio sobre la información relativa a su actividad, que está sometida

---

<sup>13</sup> O a no hacerlo en exceso de una cuantía justificada en términos de eficiencia.

a control y evaluación continuos por parte de los grupos privados afectados. Por otro lado, si las normas de procedimiento y la revisión judicial impiden la "captura" del regulador (sesgo arbitrario de las decisiones en favor de un grupo regulado), el mercado externo de trabajo generará incentivos favorables al buen desempeño de los directivos de la agencia. En estas condiciones, la regulación pública con propiedad privada puede mejorar la eficiencia en la producción de bienes y servicios, a condición de que los costes directos e indirectos que la actividad reguladora impone a los regulados no sean excesivamente elevados <sup>14</sup>.

### **3. REFORMAS INSTITUCIONALES Y ORGANIZATIVAS AL SERVICIO DE LA GESTIÓN PÚBLICA**

#### **a. Mecanismos cuasicompetitivos y de mercado**

En la mayor parte de los países de la OCDE se están realizando esfuerzos notables para reformar la gestión pública. Estos progresos, registrados en un contexto de tensiones presupuestarias, se han dirigido a cuatro objetivos: 1) Elevar la productividad y la eficiencia; 2) Aumentar la flexibilidad y la capacidad de adaptación a las demandas ciudadanas; 3) Mejorar el control del gasto público; y 4) Modernizar las relaciones de control y rendición de cuentas dentro de la jerarquía estatal. La generalizada aceptación de estas metas viene a reconocer la necesidad de buscar remedios a la baja potencia de los incentivos, al garantismo y a la procedimentalización exacerbados, patológicas burocráticas que son características del modelo tradicional de gestión pública.

Las reformas se han apoyado en tres pilares: el técnico, con la introducción de mecanismos cuasicompetitivos y de mercado (MCM) y la privatización de actividades; el cultural, sustentado en la generalización de los MCM y en la incorporación de técnicas y estilos gerenciales del sector privado a la Administración; y el político, con las reformas en las legislaciones y los procedimientos de presupuestación. A continuación nos ocuparemos de analizar brevemente los principales MCM, dejándose la glosa de las restantes reformas para la última parte del presente apartado.

De lo tratado hasta aquí puede concluirse que el modelo burocrático tradicional, jerárquico y centralizado, ofrece incentivos muy pobres para la eficiencia, tanto en la producción como en el consumo. Las decisiones de producción de servicios están gobernadas por criterios ajenos a la minimización de costes y a la remuneración según el

---

<sup>14</sup> Guasch y Hahn (1995) han cuantificado los costes privados de la regulación en una cifra cercana al 10 por 100 del PIB en el caso norteamericano. Cuando una cifra de este orden de magnitud se ignora, tenderá a observarse un exceso de regulaciones. A título de ejemplo, pese a las dificultades propias del caso, Franks y Schaeffer (1995) ofrecen una cuantificación inicial de los costes de la regulación financiera en el Reino Unido, sugiriendo que la subvaloración de estos costes promueve una regulación excesiva, ésto es, sobreproducción de servicios regulatorios.

desempeño, rasgo que configura escasos incentivos individuales y organizativos para la eficiencia. La pertenencia obligatoria a la organización estatal limita la efectividad de los mecanismos correctores de la ineficiencia a los que se refiere Hirschman (1970): de poco sirven la lealtad (confianza de los consumidores en la organización) y la voz expresada por los ciudadanos (quejas sobre errores y solicitud de mejoras organizativas) si éstos no tienen la posibilidad de elegir mediante opciones de salida (abandono de la organización en favor de otro suministrador).

Finalmente, la separación entre la financiación impositiva obtenida del conjunto de los contribuyentes y el consumo de servicios públicos específicos a precio cero viene a empeorar las cosas, al distorsionar las decisiones de consumo. La acumulación de ineficiencias en este modelo de prestación de servicios ha sido la mejor aliada de las propuestas indiscriminadas de privatización. Unas propuestas que en no pocas ocasiones carecen de una justificación económica clara, en la medida en que comportan una renuncia a las ventajas organizativas de la institución estatal para resolver fallos del mercado, así como para garantizar equidad y acceso, con costes de transacción relativamente bajos.

Estas consideraciones explican la utilización cada vez más extendida de los MCM, que la OCDE (1993) define como aquellos instrumentos de gestión o diseños organizativos públicos en los que está presente al menos una característica significativa de los mercados: competencia, uso de señales de precio, toma de decisiones descentralizada y dispersa, e incentivos monetarios, fundamentalmente. La definición excluye los casos polares de la privatización completa y la producción pública tradicional, pero es lo suficientemente amplia como para incluir una infinidad de MCM. "Cuando investigamos los distintos gobiernos del país -escriben Osborne y Gaebler (1992)- encontramos no menos de treinta y seis alternativas independientes a la prestación normal del servicio público, treinta y seis flechas diferentes en el carcaj del gobierno (...). Muchos de estos métodos pueden emplearse combinados entre sí".

Los MCM, por tanto, no pueden tratarse como un todo homogéneo. Se presentan en una amplia variedad, con formas específicas propias de cada caso, lo que dificulta sobremanera ofrecer siquiera una taxonomía elemental. Con todo, se trata de encuadrar los MCM más comúnmente empleados en dos dimensiones: 1) Efectos directos sobre la oferta y la demanda; y 2) Presencia de los sectores público y privado en la toma de decisiones. Así, el modelo burocrático tradicional aparece representado en la cadena de relaciones de la parte superior. El Estado financia -con recursos impositivos- y regula el uso de los factores de producción públicos, "compra" los servicios monopolísticamente producidos interpretando las demandas ciudadanas y pone estos servicios a disposición de los usuarios a un precio generalmente nulo. En este esquema, la voz se expresa en la arena política y no existe posibilidad de salida. La figura también recoge siete MCM básicos mediante los cuales una cierta presencia del mercado y de la competencia en la gestión pública pueden mejorar la eficiencia de modo apreciable, reduciendo el despilfarro de recursos y aumentando la satisfacción de los usuarios. Pero antes de ofrecer un breve comentario sobre las características básicas de estos MCM,

debemos subrayar dos principios en los que debe enmarcarse un debate coherente sobre la reforma de la gestión pública:

- 1) No está en discusión la provisión pública, sino el papel que la competencia y el mercado pueden tener en la producción, la compra y el pago por los servicios públicos. Los MCM están en todo caso sometidos a regulación pública (precios, cantidades, licencias, calidad, garantías, etcétera), y se presentan como alternativas -financiadas públicamente o no- a la producción burocrática tradicional.
- 2) La elección de instrumentos y diseños de gestión es compleja porque los mercados y los gobiernos tienen ventajas y desventajas propias que deben ser equilibradas. La elección de las formas específicas de producción y suministro de servicios debe tener en cuenta, como sugiere la OCDE (1993), los criterios de eficiencia asignativa, equidad o acceso, y ventaja organizativa.

Cuando se plantea la disyuntiva Estado-mercado en relación con el desarrollo de actividades concretas, con frecuencia se olvida que ambas formas organizativas son imperfectas, con fallos propios pero con ventajas específicas. Ni los más decididos partidarios de la privatización, como Savas (1987) u Osborne y Gaebler (1993), dejan de reconocer que el sector público permite reducir determinados costes de transacción -el control interno es menos necesario en jerarquías de autoridad- y es mejor en tareas con elevada especificidad que requieren continuidad y estabilidad, limitación del favoritismo y la discriminación, garantías de acceso equitativo y cohesión social, así como coherencia con otras políticas públicas. Las ventajas del sector privado lucrativo<sup>15</sup> se concentran en la eficiencia productiva y en la capacidad de respuesta a las demandas de la clientela. Los mayores incentivos individuales y organizativos y la flexibilidad en el uso de los inputs productivos permiten al sector privado responder con rapidez al cambio (en la tecnología de producción o en las preferencias ciudadanas), innovar, repetir el éxito de otras organizaciones, asumir riesgos, generar capital, aprovechar la pericia profesional y conquistar economías de escala.

## **b. Precios, tasas y tiques moderadores**

Comencemos por referirnos a los precios, las tasas o los tiques moderadores del consumo o copagos, que son formas de financiación de servicios representativas de todas aquellas que tratan de repercutir a los consumidores de servicios públicos una parte del coste. En general, el uso de precios tiene siempre las funciones de racionar el consumo, limitando el acceso, y financiar al productor. Ambas son bastante ajenas a las tareas asignadas al gobierno como oferente de bienes públicos y como redistribuidor,

<sup>15</sup> El sector privado no lucrativo, formado por fundaciones y otras asociaciones privadas no lucrativas, de gran peso en el mundo anglosajón, ofrece también ventajas: calidad de servicio, capacidad de generar confianza y de reforzar los códigos morales y la responsabilidad individual, así como disposición para llegar a poblaciones diversas (véase Fiedman, 1984 y Osborne y Gaebler, 1992).



financiadas normalmente mediante impuestos generales. La extensión de los precios y figuras análogas a la provisión de servicios de carácter económico o social no carece, sin embargo, de justificación.

La existencia de fallos del mercado (externalidades, rendimientos crecientes, etcétera) y de metas redistributivas no exige la desafectación entre precios y consumo ni la renuncia plena a las señales de precio; tan sólo requiere que se garantice el acceso al servicio y que los precios sean tan bajos como lo exija la corrección del fallo del mercado o la característica redistributiva correspondiente. Cuando se prescinde de las señales de precios adecuadas, la reducida conciencia de coste por parte de los usuarios termina por inducir una demanda excesiva de servicios, una utilización poco eficiente de los mismos (por ejemplo, duraciones muy elevadas de los recorridos académicos, consumo excesivo de tratamiento sanitario curativo como sustituto de medidas preventivas asociado al riesgo moral presente en la sanidad gratuita, etcétera) y una elección distorsionada de los ciudadanos en favor de servicios o especialidades de escaso rendimiento o efectividad.

Un uso más intenso del elemento contributivo de los precios y figuras similares puede ser un remedio adecuado para racionalizar la demanda de servicios, siempre y cuando que: a) El grado de obligatoriedad en el consumo, por razones legales o de hecho (por ejemplo, prescripción facultativa de medicamentos), sea bajo; b) La elasticidad precio de la demanda del servicio no sea nula o muy reducida; c) Afecte especialmente a servicios o especialidades con ratios efectividad-coste relativamente bajos; d) Pueda garantizarse el acceso al servicio a los usuarios de menor renta o mayor necesidad; y e) Los costes de transacción asociados a la fijación de precios y a la recaudación de los mismos no sean muy elevados <sup>16</sup>.

Además de sus efectos directos sobre la demanda, el uso de los precios puede contribuir a la mejora en la gestión, ya que ofrece un mecanismo de salida: no comprar. El establecimiento de precios apropiados aumenta la conciencia de coste por parte de las unidades gestoras y frena el desarrollo de ofertas irrelevantes o escasamente eficientes en términos de coste. Los precios cobrados por el uso de los servicios públicos rompen con la "microseparación" entre beneficiarios y financiadores (véase Wolf, 1993) como, en menor medida, también lo hacen los ingresos afectados cuando el principio del beneficio lo recomienda <sup>17</sup>. Los problemas derivados de una tarificación adecuada

<sup>16</sup> Para ilustrar ambas cuestiones en los casos de la sanidad y la educación pueden consultarse los trabajos de Puig (1995), Pinto y Cuadras (1992) y Calero (1996).

<sup>17</sup> En González-Páramo y López Casanovas (1996) Puede encontrarse una discusión más detallada sobre el papel de los precios y los ingresos afectados. Ejemplos de éstos son, entre otros, los siguientes: impuestos sobre circulación y carburantes y "peajes blandos" para redes viarias; cotizaciones sociales para programas de la seguridad social; ingresos por apuestas deportivas para la promoción del deporte; impuestos sobre actividades no saludables (consumo de alcohol y tabaco) y "peajes blandos" para sanidad; cánones de saneamiento para financiar el proceso integral del agua, etcétera.

son en parte distintos cuando la producción de los servicios públicos se realiza a través de empresas públicas o de empresas privadas reguladas. Como ilustran los resultados del análisis clásico de los monopolios naturales, la regulación de precios se convierte en un compromiso entre la aplicabilidad práctica -en un marco de elevados costes de obtención de información por parte del regulador- y la creación de incentivos favorables a la reducción de costes.

### c. Vales, bonos y cheques

Los vales, bonos o cheques (en lo sucesivo, bonos) son transferencias de suma limitada -aunque con frecuencia suplementables por aportaciones del beneficiario- que sólo pueden hacerse efectivas al adquirir bienes o servicios específicos cuya oferta es susceptible de ajustarse -en cantidad o en calidad- a las demandas ciudadanas. Sus aplicaciones más frecuentes han tenido como escenarios el sistema educativo en sus distintos niveles (vales de guardería, bono o cheque escolar para primaria y secundaria, y becas o préstamos blandos para estudios universitarios), los servicios sociales (bono sanitario, cupones de alimentación, y vales o cheques para vivienda y residencias de ancianos) y los gastos fiscales (deducciones por hijos y vivienda, entre otros gastos, en el impuesto personal sobre la renta).

No deben confundirse, pese a su posible parecido, bonos y cupones de racionamiento. Éstos son derechos que asignan el uso o disfrute de bienes o servicios de calidad homogénea y en oferta fija (por ejemplo, combustibles o alimentos en tiempos de guerra o escasez, espacio de aparcamiento en las ciudades, etcétera). Los cupones se asignan con criterios dominantes de equidad, son imprescindibles para el disfrute del servicio, se obtienen a un precio inferior al del mercado y, en algunos casos, se permite su transferibilidad.

Como mecanismo de voz con salida, los bonos son una forma de aumentar el poder del consumidor, ya que "el dinero sigue al cliente". Comparado con el esquema de oferta pública monopolística, el empleo de bonos puede romper la resistencia al cambio de los productores, así como facilitar reducciones de costes y mejoras de calidad y diversidad en la oferta, contribuyendo a limitar el gasto público. Sin embargo, los bonos podrían fracasar si no se introducen dosis suficientes de competencia pública o simulada -eliminando barreras a la competencia entre oferentes- y no se facilita la difusión de información sobre calidad. La exigencia de estándares comunes, la publicación de información en formato homogéneo por el Estado, la creación de servicios de acreditación y de asesoramiento podrían contribuir a este fin <sup>18</sup>.

<sup>18</sup> El proceso de acreditación es una evaluación de la estructura organizativa y los servicios ofrecidos por una entidad en relación a estándares preestablecidos. La evaluación se plasma en un certificado emitido por un organismo externo, con reputación de credibilidad e imparcialidad (Bohigas, 1996).

Vencer la desigualdad en el acceso a la información es condición necesaria para evitar la creación de un sistema dual y limitar la discrecionalidad en las admisiones es esencial para preservar la cohesión social. Debe notarse, finalmente, que los cambios organizativos que han de acompañar a la introducción de bonos condicionan tanto las mejoras en la gestión y en la calidad del servicio como los efectos distributivos de las ayudas, ya que en ausencia de flexibilidad y competencia suficientes, podrían terminar capitalizándose en mayores precios de los servicios provistos <sup>19</sup>.

#### d. Incentivos monetarios

De los MCM que tienen efectos directos sobre la oferta, el que supone un cambio menos radical de las estructuras burocráticas tradicionales se basa en los incentivos monetarios al desempeño y la eficiente utilización de los recursos dentro de la Administración. La efectividad de los incentivos al desempeño en una organización es tanto mayor cuanto más fácilmente medible sea su objetivo, mayores sean la rentabilidad de los incrementos del esfuerzo y la sensibilidad de éste a los incentivos, y menores sean la aversión al riesgo del agente y la precisión con la que podemos medir su actividad.

En la práctica, los sistemas de información -indicadores, contabilidad de costes con imputación plena del coste de oportunidad del capital, etcétera- son costosos de crear y, en muchos casos, la calidad y la cantidad del output seguirán siendo difíciles de definir y medir. Pero es indudable que una mezcla apropiada de controles y garantías con flexibilidad, de descentralización e incentivos monetarios, puede en muchos casos mejorar la eficiencia en la gestión (Duncan, 1992) <sup>20</sup>.

En algunos servicios públicos, los problemas para una adecuada supervisión del esfuerzo pueden mitigarse mediante los "torneos" (Lazear y Rosen, 1981; Rose-Ackerman, 1986) o, en términos más generales, la evaluación relativa del desempeño (*yardstick competition*) que introducíamos anteriormente. Piénsese en el anuncio por parte del principal de la decisión de aumentar sustancialmente el sueldo a los agentes con mejores indicadores de esfuerzo tras un período de tiempo. Probablemente, el desempeño de todos ellos aumentaría, salvo que se pusiesen de acuerdo en ofrecer indicadores similares (colusión).

Estos acuerdos tienden a ser más improbables o inefectivos cuando el número de agentes es elevado y hay intereses contrapuestos, como ocurriría si el prurito profesional de algunos de ellos bloquease el pacto o si perteneciesen a distintos centros o uni-

---

<sup>19</sup> Acerca de la experiencia con distintos tipos de bonos, pueden consultarse Friedman (1984), Pinto y Cuadras (1992) y OCDE (1993).

<sup>20</sup> Osborne y Gaebler (1992) discuten diversos ejemplos. Para el caso español, pueden encontrarse alguna evidencia favorable a la incentivación del desempleo en Rodríguez y otros (1996) en el caso de la atención primaria sanitaria extrahospitalaria, y De La Fuente (1995) en el caso del personal investigador en instituciones públicas.

dades de trabajo. Esquemas que comparten esta filosofía han sido aplicados a la asignación de fondos entre hospitales y pueden extenderse, en principio, a todos aquellos servicios no prestados en régimen de monopolio y que admitan, por consiguiente, el uso de referencias de comparación.

Uno de los aspectos más problemáticos del empleo de incentivos basados en indicadores es la existencia de producciones intangibles o no medibles en el servicio. Si entre los múltiples objetivos de la dirección se cuentan metas cualitativas escasamente susceptibles de medición, el uso de incentivos de alto poder ligados a indicadores cuantitativos referidos a aspectos parciales del servicio puede provocar ajustes en las dimensiones no medibles, sin mejora alguna para el principal o incluso con un empeoramiento respecto de la posición inicial de éste. Por ello, desde un punto de vista práctico y general, Osborne y Gaebler (1992) recomiendan que los indicadores de desempeño se basen tanto en análisis cuantitativos como cualitativos, que su elección trate de evitar resistencias poderosas y cuente en alguna medida con la participación de los agentes o empleados, que no sean demasiado numerosos ni muy escasos, que se revisen con periodicidad a la luz de la experiencia<sup>21</sup>, y que la función de control sea ejercida por un supervisor imparcial, objetivo, y políticamente independiente.

#### e. Mercados de derechos

Uno de los instrumentos de gestión pública sobre los que se está acumulando más evidencia favorable -respecto de las regulaciones y otras formas tradicionales de intervención- es la creación de mercados de derechos, permisos o cuotas para gestionar el uso de los recursos de propiedad común (pesquerías, medio ambiente, bosques, espectro radioeléctrico, puertos, aeropuertos, sistemas de navegación aérea, infraestructuras de transporte urbanas e interurbanas, son los mejores ejemplos).

Como apuntábamos en el capítulo anterior, el acceso irrestringido a la explotación de estos recursos es ineficiente. Tomando como referencia el caso de los bancos de pesca, los remedios tradicionales han sido la imposición de límites globales de capturas, límites individuales de acceso mediante licencias y regulaciones de complejidad y coste de control crecientes<sup>22</sup> para frenar la tendencia a la sobrecapacidad y el desarrollo de técnicas esquiladoras. La introducción de derechos negociables ha servido para romper el círculo vicioso regulación-innovación/incumplimiento-regulación adicional-gasto en supervisión.

<sup>21</sup> Las revisiones deben tratar de evitar el llamado "efecto trinquete" (Weitzman, 1980, y Freixas, Guesnerie y Tirole, 1995), consistente en la elevación de los estándares de desempeño tras una buena actuación. Esta práctica, una vez anticipada por el agente, premiaría el mal comportamiento y castigaría el esfuerzo.

<sup>22</sup> Recorte de las temporadas de pesca, restricciones de las licencias a determinadas áreas, limitación del tamaño de las embarcaciones y regulación del equipo (redes, potencia, etcétera).

En su forma más pura, este MCM consiste en la asignación -mediante transferencia, venta directa o subasta- de derechos transferibles, divisibles y permanentes sobre una fracción del máximo de capturas totales previamente fijado. Este sistema elimina los incentivos a pescar la cuota en un período arbitrariamente corto y promueve la compra de derechos por parte de las empresas más eficientes. Desde la perspectiva del gobierno y de la sociedad, la sobrecapacidad tiende a reducirse, aumentan la productividad y los ingresos de los trabajadores, disminuyen las presiones del sector para obtener subsidios y transferencias, los participantes tienen incentivos a facilitar el control del cumplimiento y, en consecuencia, los costes de administración se reducen.

Las experiencias de Australia, Canadá, Islandia y Nueva Zelanda en este ámbito, la de EEUU en materia de derechos de contaminación y sobre las aguas, y las de otros muchos países en otros recursos de propiedad común (OCDE, 1993; Oxley, 1993), sugieren que es más eficiente la gestión pública cuando se apoya en las fuerzas del mercado que cuando éstas se ignoran o se anulan. A este respecto, los expertos de la OCDE (1993) se atreven a lanzar un vaticinio optimista: "(la creación de mercados de derechos), instrumento hoy audaz, probablemente se convierta en la práctica convencional del futuro".

#### **f. Contratación externa**

Uno de los MCM con mayor tradición es la contratación externa de la producción de bienes o servicios demandados por el gobierno o suministrados bajo provisión pública. La contratación externa supone la desintegración de una o varias de las actividades del proceso público de producción (contratación de personal e inputs materiales, productos intermedios, asistencia técnica, organización y gestión de actividades, y prestación directa de servicios al ciudadano), que pasan a realizarse por el sector privado total o parcialmente, bajo diferentes modalidades de contratación: contrato de obras, suministros y asistencia técnica, concesión, concierto, arrendamiento, sociedad mixta, franquicia, etcétera. Con la contratación externa se persigue el aprovechamiento de las fuerzas del mercado para reducir costes -por ejemplo, sustituyendo costes fijos por costes variables, u obteniendo los beneficios de la legislación laboral o mercantil-, ganar capacidades gerenciales escasas o inexistentes en la burocracia, y potenciar la adaptabilidad al cambio tecnológico.

Por su naturaleza, los contratos externos tienden a ser contratos incompletos. Por consiguiente, las ganancias de eficiencia asociadas a este mecanismo se producirán con mayor claridad en actividades simples -que requieren activos físicos o humanos de escasa especificidad, garantizándose la continuidad del servicio ante cambios de suministrador-, con escaso riesgo de no obtención de resultados, con un elevado número de potenciales oferentes privados y en las que los costes de supervisión y fianza sean bajos. De aquí que los contratos de limpieza de escuelas o ministerios, la recogida de basuras, la retirada de vehículos mal estacionados, los servicios de restaurante y *catering* en

hospitales, ministerios y otros centros públicos, por ejemplo, se presten a la contratación externa con mayores garantías que los servicios de cuidados médicos intensivos o los servicios y tecnologías de información (Bowers, 1992).

Con todo, incluso en estos casos es posible obtener alguna ventaja de la contratación externa si, salvando siempre la garantía del ejercicio de potestades públicas (cobro de impuestos, imposición de sanciones, aprobación de presupuestos, no enajenabilidad de la propiedad pública, etcétera), se logran asegurar mínimos de calidad y poder de control (derechos residuales), se establecen procedimientos claros y rápidos de supervisión, reajuste y resolución de disputas, se evita la descapitalización de los empleados públicos, se facilita la colaboración entre éstos y los adjudicatarios y, finalmente, queda a salvo el *ethos* del servicio público en la relación directa con los ciudadanos <sup>23</sup>.

La participación privada en la provisión pública de infraestructuras es uno de los ejemplos recientes más interesantes de contratación externa. Las restricciones presupuestarias de los gobiernos son la causa esencial de una tendencia creciente a la sustitución de la inversión pública directa por capital privado en infraestructuras tales como las carreteras estatales, las obras hidráulicas o las nuevas infraestructuras ferroviarias. España se cuenta desde 1997 entre los países que han decidido experimentar esta fórmula <sup>24</sup>, siempre compleja, cuya durabilidad depende de su aceptación social y del diseño de garantías que aseguren un reparto apropiado de riesgos entre concesionarios o gestores privados y el sector público (véase Beato y Vives, 1996). Estos riesgos, cuyo efecto viene potenciado por el largo período contractual y por el gran tamaño que es habitual en estos proyectos, incluyen los posibles cambios regulatorios, la expropiación y el impago.

La participación privada puede ir desde la mera gestión -sin efecto presupuestario significativo- a la propiedad de los activos, la financiación de las obras, la gestión y el cobro de precios a los usuarios de las infraestructuras -fórmula que ofrece notables márgenes de mejora de eficiencia y de reducción del gasto público-, pasando por la más limitada de financiar y ejecutar la construcción.

### **g. Competencia pública y mercados internos**

Si la especificidad de los activos es grande o el sector privado no ofrece alternativas satisfactorias, o bien cuando existen restricciones políticas o resistencia social a la privatización, la gestión pública no puede apoyarse directamente en las fuerzas com-

<sup>23</sup> La contratación externa de los servicios complejos, como los sanitarios o los relacionados con las tecnologías de la información, presentan problemas peculiares (véase, por ejemplo, Cabasés y Martín, 1995, y OCDE, 1993).

<sup>24</sup> El Título V de la Ley 13/1996, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y de Orden Social, incluye diversas modificaciones en la legislación que tratan de facilitar la participación privada en la financiación, la construcción y la gestión de infraestructuras hidráulicas, ferroviarias y de carreteras.

petitivas del mercado. Nada impide, sin embargo, la ruptura del monopolio tradicional en la producción de ciertos servicios dentro del sector público. La competencia pública es un MCM bajo el cual se tratan de emular sistemáticamente las condiciones del mercado en la provisión de servicios producidos por y para el sector público.

La competencia pública persigue crear mercados internos en los que el financiador público se constituye en un monopsonio de servicios demandados por la Administración, bien directamente (servicios de imprenta y publicaciones, gestión de propiedades inmobiliarias, asesoría jurídica, transportes, contabilidad, consultoría, protección civil o medioambiental, etcétera), o bien a través del ejercicio de los mecanismos de voz y elección por parte de los usuarios finales de los servicios (hospitalarios, sociales y educativos, principalmente).

La creación de un mercado interno descansa en la separación entre las funciones de financiación, compra de servicios y producción. Esta desintegración contrapone los intereses de los productores, que deben competir entre sí por los fondos escasos, y el financiador, que demanda calidad y costes bajos. Como indicábamos anteriormente, la competencia entre productores revela información sobre la actividad y los costes y reduce la ineficiencia técnica. El adecuado funcionamiento de este MCM exige modificaciones importantes en las prácticas tradicionales.

Estas reformas consisten, esencialmente, en la introducción de la contabilidad de costes, el uso de los precios de transferencia, la flexibilización de las políticas de personal y de compras, la remuneración mediante técnicas de competencia por comparación (presupuestación prospectiva y técnicas análogas incorporadas a contratos-programa), el empleo de copagos y bonos para racionalizar la demanda y ampliar la libertad de elección de los usuarios, etcétera<sup>25</sup>. En algunos casos, como es el de prestación de servicios sanitarios, puede contribuir señaladamente a la mejora de la gestión la interposición de una organización compradora de servicios entre el financiador público y los usuarios, con funciones de vigilancia y auditoría de calidad y costes (véase Ibern y Murillo, 1995).

#### **h. Competencia y mercados simulados**

El último MCM al que nos queremos referir es la competencia simulada, que se concreta en la creación de mercados simulados en los que los productores públicos y privados compiten entre sí por fondos limitados. Este mecanismo pretende añadir a la competencia pública las ventajas de flexibilidad, capacidad, coste y variedad que puede

<sup>25</sup> Los contratos-programa del INSALUD han sido un paso hacia la separación entre el financiador y el productor. En algunos contratos-programa se establece un juego explícito de competencia basado en un torneo por primas a repartir entre centros, como es el caso de Andalucía (véase González López-Valcaárcel, 1995).

proporcionar la concertación o, en general, la contratación externa en sus distintas formas. La competencia simulada combina los instrumentos de la competencia pública y la contratación externa y comparte, por tanto, sus ventajas y sus limitaciones. La provisión de servicios de transporte urbano en Madrid por el Consorcio Regional de Transportes, el aseguramiento de los funcionarios a través de MUFACE o la provisión de servicios sanitarios por el Servei Catalá de la Salut son diseños que se aproximan a este modelo.

La competencia simulada puede ver limitada su aportación positiva a la mejora de la gestión si no se resuelven satisfactoriamente los problemas derivados de la mayor complejidad organizativa, el imperativo de mantener la garantía pública de los derechos de los usuarios<sup>26</sup>, y la necesidad de que las restricciones administrativas o las prácticas contables no falseen las condiciones de competencia.

### **i. El condicionante político**

Al discutir las ventajas y los problemas que presentan los distintos tipos de MCM, no se ha hecho referencia explícita a una cuestión fundamental: la economía política de la reforma de las estructuras de gestión en el sector público. La mejor alternativa puede ser políticamente inviable. Halonen y Propper (1996) han estudiado formalmente el siguiente interrogante: ¿Bajo qué condiciones aceptará el poder político recurrir a la competencia y a la delegación de derechos de control en la prestación de servicios públicos?

Supongamos que un servicio puede ser prestado de cuatro formas alternativas: 1) Producción burocrática tradicional; 2) Agencia pública independiente; 3) Competencia pública (sólo productores públicos); y 4) Competencia simulada (productores privados y, posiblemente, públicos). Las opciones 1 y 2 renuncian a la competencia y se diferencian entre sí en la asignación de los derechos de control (contratación de inputs, producción y remuneraciones, esencialmente), que mantienen los responsables políticos en el caso 1 y se transfieren a los gerentes en el caso 2. Ésta es también la diferencia entre las opciones 3 y 4, en las que la competencia -pública o simulada- está presente. La elección específica de forma organizativa por parte del político depende de los beneficios políticos derivados de la provisión pública en relación con los impuestos necesarios y de las pérdidas políticas que pueden seguirse de la delegación.

Cuanto mayores sean los beneficios políticos que obtiene el gobierno de un determinado servicio, más probable es la disposición a introducir competencia, como tiende a ocurrir en el caso de dos servicios muy populares: la educación y la sanidad. La competencia aumenta el rendimiento de los gestores y mejora la relación valor-coste del

<sup>26</sup> Un problema de gran trascendencia que la gestión pública debe tratar de evitar es el llamado "desnatao" o selección por riesgo, que lesiona el derecho de acceso en igualdad de condiciones. Si las aseguradoras privadas, por ejemplo, pueden elegir los mejores riesgos, la libertad de elección quedará limitada y, además, se producirá una transferencia de renta a las cuentas de resultados privadas sin obtenerse necesariamente contrapartida en una mayor eficiencia en la prestación de servicios.



servicio. La delegación de derechos de control en los gerentes supone una pérdida de beneficios políticos para el gobierno, debido a que éste cede responsabilidad directa en la gestión y así es percibido por los ciudadanos. Esta pérdida sólo será aceptable si el aumento de rendimiento de los gerentes es suficientemente grande.

Cuando los beneficios políticos son menores, como puede ocurrir en los casos de la gestión de puertos y aeropuertos, las reformas orientadas a la introducción de competencia tienen menos atractivo político, y cuando las ganancias derivadas de la delegación de derechos residuales es escasa o nula, como suele ser el caso de la gestión de los impuestos, las pensiones o el acogimiento de menores conflictivos, la producción burocrática -más o menos descentralizada- es la forma organizativa que mejor encaja dentro de las restricciones políticas, sin perjuicio de la conveniencia de introducir incentivos al desempeño.

También en el ámbito de la economía política se encuentra la disyuntiva gradualismo-radicalismo (véase Rodrik, 1996). Las reformas en las estructuras de gestión son en muchos casos técnicamente complejas, requieren de un respaldo popular amplio, necesitan inicialmente recursos adicionales (para hacer frente al coste de los incentivos monetarios o a la creación de nuevas instituciones) y deben apoyarse en un cambio cultural de la burocracia liderado políticamente (Crosby, 1996). Estas circunstancias sugieren una estrategia gradual de "radicalismo selectivo": transformaciones escogidas, de gran alcance, sobre un frente clave reducido (OCDE, 1987; Ortún, 1993).

Esta estrategia puede ser compatible con las restricciones políticas usuales -no incentiva la formación de grandes coaliciones de bloqueo y permite la formación paulatina de coaliciones de apoyo- y abarata las compensaciones que deben ofrecerse a los perdedores con el cambio, al inevitable coste de retrasar la realización de las mejoras de eficiencia buscadas. Una reforma plena, radical e inmediata podría ser, cuando no política y administrativamente inviable, financieramente muy costosa (Dewatripont y Roland, 1992)<sup>27</sup>.

## **j. La privatización**

Existen razones teóricas y una creciente evidencia empírica -asociada a la introducción de los MCM- que permiten esperar de la competencia una contribución significativa a la mejora de la gestión pública. Esta observación, sin embargo, no permite establecer lógicamente la superioridad de la iniciativa privada sobre la intervención pública en toda circunstancia. El panegirismo de la privatización sólo puede sustentar-

<sup>27</sup> En general, el gradualismo es preferible como estrategia a los cambios radicales de alcance general cuando la aceptabilidad política de éstos implica grandes compensaciones a los afectados, aunque las reformas parciales puedan ser menos eficientes. Dewatripont y Roland (1992) ofrecen un análisis formal de ambas estrategias referidas al caso de la transición de las economías de Europa Central y del Este hacia el modelo de mercado.

se en la ideología. Como enfatizan Osborne y Gaebler (1992), "la privatización es una respuesta, no la respuesta. Quienes abogan por la superioridad general de la privatización están vendiendo un curatodo". Podemos contratar externamente servicios, pero no resulta evidente la conveniencia de privatizar la gestión pública allí donde existen fallos de mercado, metas de cohesión social o garantías de acceso que atender.

Por definición, privatizar es cambiar las relaciones de agencia que caracterizan a la actividad pública. Cambian tanto el principal, que pasan a serlo los nuevos propietarios, como los controles interno y externo. Sabemos que la propiedad pública determina incentivos de baja potencia y agudiza la sensibilidad al entorno sociopolítico (estrategias de los partidos y los grupos de interés), condicionando en gran medida la forma específica en la que se ejercitan los derechos de propiedad residuales, que responderá generalmente a criterios distintos del de eficiencia.

Por todo ello, es dudosa la lógica económica de la propiedad pública de actividades o sectores competitivos sin fallos de mercado sustanciales, o con fallos enmendables mediante regulaciones apropiadas (por ejemplo, textil, calzado, artesanía, alimentación, bebidas, automóviles, productos energéticos, servicios de transporte por carretera o aéreo, servicios financieros, etcétera). En estos casos, en los que la propiedad pública carece de justificación -sin perjuicio de posibles intervenciones regulatorias-, la privatización conduce a mejoras de eficiencia y, en la medida en que éstas se produzcan, puede generar un aumento de ingresos públicos, sin que quepa hacer generalizaciones sobre el impacto distributivo asociado al cambio de propiedad <sup>28</sup>.

A diferencia, cuando se trata de sectores o actividades con importantes poderes de monopolio u otros fallos de mercado, la privatización sólo podría ofrecer una solución en ciertas circunstancias, como son: 1) Un elevado peso de los objetivos políticos (asociados a los intereses propios del gobierno, de la burocracia o de los grupos de interés con influencia sobre las decisiones de gestión); 2) Presencia de fallos del mercado reducidos o inexistentes; y 3) Posibilidad de diseñar de un marco regulatorio adecuado a los fallos del mercado y a las asimetrías de información.

La privatización tiene la indudable virtud de apartar determinadas actividades del mercado político (Stiglitz, 1994), al tiempo que permite una mayor eficiencia interna (menores costes de producción) cuando existe suficiente competencia. No obstante, la propiedad pública o la regulación de la actividad privada pueden conducir a una mayor eficiencia asignativa en actividades en las que los fallos del mercado son particularmente importantes (por ejemplo, producción y distribución de agua y electricidad, transporte ferroviario, explotación de puertos y aeropuertos, servicios postales y algunas acti-

---

<sup>28</sup> Sobre este particular, puede encontrarse una detallada discusión de los argumentos teóricos y de la evidencia empírica disponible acerca de la privatización de empresas públicas en González-Páramo (1995a) y Albi y otros (1994).

vidades relacionadas con las telecomunicaciones). Este argumento viene respaldado por la evidencia acumulada sobre las privatizaciones realizadas en España en la década 1980-1990 (Sanchís, 1996).

### k. Gerencialismo en el sector público

Desde comienzos de los años 80, coincidiendo con una renovada confianza en las fuerzas del mercado y bajo la presión de la necesidad de sanear las finanzas públicas, se ha producido una oleada de cambios dirigidos a mejorar la relación coste-eficiencia en las actividades públicas. El gerencialismo en el sector público trata de imitar los métodos gerenciales del sector privado, en un intento de acentuar la orientación al usuario y la consecución de resultados cuantificados. Estas reformas incluyen la introducción paulatina de flexibilidad en la contratación o el empleo, la creación de ambientes competitivos para que las unidades administrativas contrasten sus resultados con otras unidades públicas o privadas, la separación entre producción de servicios y financiación de los mismos, el establecimiento de incentivos ligados a responsabilidades y, en todos los casos, un cambio de cultura organizativa que enfatiza la consecución de resultados sobre la administración procedimentalista <sup>29</sup>.

Ortún (1993) y Shepherd y Valencia (1996) identifican el gerencialismo o "nueva" gestión pública con los siguientes rasgos: 1) Mayor peso de los elementos competitivos; 2) Importación de técnicas de gestión empresarial (marketing de servicios, valoración de puestos de trabajo, gestión de inventarios, etcétera); 3) Gestión profesional activa y discrecional; 4) Medidas explícitas sobre objetivos, resultados, rendimientos, costes e impacto sobre el bienestar; 5) Presupuestación realizada en términos de objetivos e indicadores; 6) Énfasis en productos finales frente a procesos; 7) Desagregación del sector público en unidades -departamentos, divisiones, módulos o agencias- manejables; 8) Controles presupuestarios menos específicos y orientados a la evaluación ex post; y 9) Cultura de servicio orientada al usuario.

Entre los países que han optado decididamente por esta vía de disciplina se cuentan Australia, el Reino Unido y Nueva Zelanda, país en el que se han introducido las reformas del modo más sistemático y radical <sup>30</sup>. En 1987, tras un trienio de intensa desregulación y liberalización de la economía, nueve grandes departamentos ministeriales encargados de ofrecer servicios comerciales fueron convertidos en corporaciones públicas (entre ellos se cuentan el suministro de electricidad, las telecomunicaciones, los servicios postales, la gestión de bosques, la producción de carbón y el transporte aéreo).

<sup>29</sup> Harrison (1991) ofrece un interesante y detallado análisis crítico de la experiencia británica a lo largo de la década 1979-1989. En OCDE (1990 y 1991) se contiene abundante información sobre las experiencias de gestión pública llevadas a cabo en los países miembros. Oxley (1993) describe y valora algunas de estas experiencias. Ortún (1993) es una buena referencia sobre los conceptos básicos en materia de gestión pública.

<sup>30</sup> Para una descripción y una valoración de los cambios introducidos, pueden consultarse los trabajos de Oxley (1993), Easton (1995), Holtham y Kay (1995) y Shepherd y Valencia (1996).

Al mismo tiempo, se eliminaron obstáculos a la entrada y las empresas públicas quedaron sometidas a la legislación comercial general. Los directores tienen la misión de gestionar con criterios lucrativos, bajo la supervisión de órganos rectores procedentes del sector privado.

El alcance de los cambios fue más profundo en el sector público administrativo, al que se ha aplicado con generalidad la separación entre la provisión de servicios (regulación y financiación), que realiza el gobierno, y su producción, que es desarrollada bien por una agencia pública -en competencia con otras agencias públicas o con empresas privadas, bajo control del ministro correspondiente y del Tesoro público- o bien directamente por empresas privadas. Los ministros son compradores de servicios y responden de los resultados de su política ante el gobierno y el parlamento. Las agencias venden a los ministerios bienes y servicios (*outputs*), que producen con el capital y el presupuesto puesto a su disposición (*inputs*).

Los responsables de las agencias son jefes ejecutivos, vinculados a los ministerios mediante contratos -con vigencia de entre dos y cinco años- en los que se especifican los objetivos de output, el rendimiento financiero y otros aspectos de la relación con la autoridad política <sup>31</sup>. Los jefes ejecutivos tienen poder de contratación, de despido y de fijación de salarios, así como de comprar bienes y servicios al sector privado o a otras agencias centrales o locales. En muchos casos, la creación de ambientes de mercado se completa con el cobro directo al usuario.

Un sistema basado en la competencia y en la responsabilidad sobre resultados y outputs (*accountability*) necesita disponer de indicadores de eficacia y de instrumentos contables apropiados. De hecho, Nueva Zelanda ha introducido una de las reformas más rigurosas y de más amplio alcance del mundo en contabilidad pública. Se ha abandonado el criterio de caja por uno de gestión, acorde con las prácticas contables generalmente aceptadas, que incluye de forma separada operaciones corrientes y de capital, cuentas de ingresos y gastos, balance completo (con valoración de intangibles y de obligaciones contingentes), flujos de caja y rendimientos del capital, cuyo coste de mantenimiento debe quedar reflejado. Este soporte contable permite al gobierno y al parlamento estudiar rendimientos, comparar objetivos y resultados y, por tanto, mejorar las exigencias de transparencia y responsabilidad <sup>32</sup>.

---

<sup>31</sup> Un caso que ha suscitado gran atención internacional ha sido la regulación que desde febrero de 1990 rige la actuación del Banco de la Reserva de Nueva Zelanda. Antes de nombrarse gobernador del Banco, el candidato y el ministro de Hacienda negocian objetivos a alcanzar en términos de algún nivel de precios. El gobierno puede relevar al gobernador de su cargo si los objetivos no se cumplen por razones distintas de las previstas en el propio contrato. Las características de transparencia y responsabilidad de este diseño no deben confundirse con la independencia del banco emisor en el sentido que puede tener este término en el caso del Bundesbank. El gobierno puede tomar las riendas de la política monetaria durante seis meses a un cierto coste, y los objetivos son fijados por el gobierno. El banco es el agente y el gobierno el principal.

<sup>32</sup> Estos aspectos se regulan detalladamente en la *Fiscal Responsibility Act* de 1994.

Pese a su corta experiencia, el radicalismo gerencial sin duda ha aumentado la transparencia, ha producido un ahorro apreciable de ineficiencia y ha disminuido al mínimo las actividades duplicadas e innecesarias. Pero la reforma también ha reducido la actividad y el esfuerzo en las dimensiones menos verificables o medibles del servicio, y ha aumentado quizás excesivamente la rotación y la movilidad de los empleados públicos, determinando cierta pérdida de memoria institucional. Tras las elecciones neozelandesas de 1993, que supusieron una importante pérdida de apoyo del Partido Nacional en el poder, se ha retornado a un cauto incrementalismo.

El caso británico también subraya la importancia del cambio cultural liderado por la elite funcionarial y la clara delimitación de responsabilidades entre los jefes ejecutivos de las agencias y el poder político. Richards (1994) apunta que los "guardianes de la vieja cultura", que mayoritariamente ocupan los cargos de jefe ejecutivo, han cambiado poco: cultivan la ambigüedad política, interfieren en los detalles de la gestión y carecen de responsabilidad definida. Estos rasgos sesgan la dirección estratégica de las políticas públicas en contra del cambio y, paradójicamente, desvinculan a los ministros de responsabilidades específicas sobre los fallos operativos de sus departamentos. Estos problemas, sin embargo, no puede interpretarse como una descalificación de la nueva gestión pública<sup>33</sup>, que en grandes líneas respalda la población, sino más bien como un aval de las estrategias de reforma basadas en el "radicalismo selectivo" al que nos referimos con anterioridad.

## **I. Envoltentes presupuestarias y disciplina**

Si los procedimientos de gestión son el nivel básico de la actividad pública, en el nivel supremo tenemos las normas presupuestarias, tanto de rango constitucional como de nivel legislativo o procedimental. Respecto de las limitaciones constitucionales sobre el déficit y el endeudamiento público, su lógica es triple (Roldán, 1996): reducen el sesgo deficitario del presupuesto y, en un marco de integración económica, facilitan la coordinación presupuestaria y limitan los efectos negativos de las externalidades fiscales entre regiones o países. Sin embargo, también han sido objeto de un alud de justificadas críticas. De entre las objeciones más sustantivas, pueden destacarse dos fundamentales. Primera, las limitaciones se dirigen a los meros síntomas y no a la raíz del sesgo deficitario. Y segunda, su efectividad real es muy dudosa, si bien su eficacia formal para limitar el tamaño y la persistencia de los déficit cuenta con apoyo empírico abundante (Poterba, 1994, 1995 y 1996).

El análisis de la experiencia de estas limitaciones pone de manifiesto la utilización de una infinidad de procedimientos para hurtar actividades al presupuesto, entre los que sobresale el de delegar funciones y capacidad de endeudamiento en agencias extrapresupuestarias y gobiernos locales (Von Hagen, 1991). Como ha escrito con humor

<sup>33</sup> Puede encontrarse un detallado repertorio de posiciones críticas en Pollitt(1993).

Samuelson: "Suponga que es usted un político tipo. Le frustran los déficit. Éstos limitan el gasto que sus votantes merecen. Hay una presión constante para aumentar los impuestos. Su trabajo no es nada divertido. ¿Qué hace usted? Innova. Recurre a regulaciones, avales, empresas públicas (aunque nominalmente "privadas") creadas para la ocasión -cualquier mecanismo que permita gastar fuera de los enloquecedores confines del presupuesto oficial" (Samuelson, 1988).

La "presupuestación creativa" es una de las consecuencias de las normas presupuestarias, cuya efectividad real tropieza, además, con la existencia de regulaciones vagas o arbitrarias, con la existencia de cláusulas de escape que pueden hacerlas inoperantes (por ejemplo, excepciones para la financiación de gastos de capital o para hacer frente a situaciones recesivas), así como sanciones por incumplimiento imprecisas y poco creíbles.

En respuesta a la laxitud de los procedimientos presupuestarios, así como a la necesidad de cumplir los criterios fiscales de Maastricht, España es uno de los países que ha optado decididamente por la vía de reformar sus instituciones presupuestarias. Uno de los compromisos del gobierno formado tras las elecciones de marzo de 1996 fue el de introducir cambios legales e institucionales conducentes a una mayor disciplina. La elevación del rango político del Ministerio de Economía y Hacienda (Vicepresidencia del Gobierno), la creación de una Secretaría de Estado de Presupuesto y Gasto Público y una Oficina Presupuestaria en la Presidencia del Gobierno, y la extensión del control mensual del gasto a la Seguridad Social y los organismos autónomos fueron las primeras decisiones en este terreno. Desde 1997, los presupuestos han estado sujetos a normas limitativas de la ejecución del gasto<sup>34</sup> de un grado de severidad tal que -en principio y a expensas de los análisis que puedan realizarse en el futuro- dificulta notablemente la aparición de desviaciones significativas a lo largo del ejercicio (para un análisis, véase Albi, González-Páramo y López Casanovas, 1997).

Aunque menos ambiciosas en apariencia que los MCM y el gerencialismo, las reformas en las legislaciones y los procedimientos presupuestarios pueden tener una incidencia muy positiva en la gestión pública. Sin embargo, dado que el presupuesto tiene más funciones que las político-económicas, cabría inquirir acerca de los posibles costes de una mayor disciplina. La evolución de las variables presupuestarias en los principales países europeos sugiere que las complementariedades entre las funciones político-económica, administrativa y estabilizadora del presupuesto dominan sobre los posibles conflictos. En concreto, la evidencia indica que aquellos países con instituciones y procedimientos más disciplinados: 1) Tienen presupuestos de mayor calidad para las tareas de previsión y control; 2) No pierden su capacidad de respuesta para contra-

---

<sup>34</sup> Es conveniente recordar que a estas normas se suma el efecto disciplinador de las prohibiciones del artículo 104 de Tratado de Maastricht, vigentes desde el 1 de enero de 1994, relativas a la financiación privilegiada en el sistema financiero y a la apelación al Banco de España.

rrestar las oscilaciones cíclicas de la economía, y lo hacen generando menores déficit; 3) Tienden a enfrentarse a menores problemas de sostenibilidad a medio y largo plazo. En suma, una mayor disciplina contribuye a una gestión más eficiente en su doble dimensión agregada y microeconómica, al promover la estabilidad macroeconómica y ofrecer incentivos adecuados a los participantes en el proceso presupuestario.

#### **4. CAMBIOS ORGANIZATIVOS EN SANIDAD: ALGUNAS REFLEXIONES**

##### **a. Claves de la intervención pública en la asistencia sanitaria**<sup>35</sup>

Al debatir acerca de los cambios organizativos en cualquier ámbito de la intervención del gobierno en la economía, es imprescindible reconocer previamente las características técnicas de los servicios y los mercados afectados. Estos rasgos -en muchos casos cambiantes en el tiempo- explican no sólo la lógica de la intervención pública, sino que también sugieren la naturaleza de los esquemas organizativos más apropiados para desarrollar la intervención.

Cuando una persona sufre una enfermedad se ve abocada a demandar cuidados médicos, a veces muy costosos. Si renuncia a estos cuidados médicos porque no tiene medios para pagarlos su calidad de vida puede deteriorarse considerablemente de forma permanente o, incluso, puede morir. A estas consecuencias sobre la propia salud se añaden las que pueden producirse sobre personas diferentes de los propios enfermos (externalidades) Por otro lado, incluso si puede pagar los cuidados médicos ordinarios, cuando son muy costosos se puede ver abocado a una situación de penuria económica. Existe consenso acerca de que una sociedad desarrollada no puede permitir que sus integrantes se vean en la pobreza por el coste de una enfermedad, o que su vida se vea mermada o mueran por falta de recursos económicos.

Se argumenta que la sanidad es un servicio preferente a garantizar razonablemente a toda la población. En principio, sin embargo, garantizar un nivel suficiente de servicios sanitarios a toda la población no justifica, necesariamente, una provisión pública general ya que, como existen seguros médicos privados, buena parte de la población podría reducir los riesgos derivados de una enfermedad suscribiendo seguros privados. Sería suficiente, entonces, establecer mecanismos que garantizaran la sanidad a quienes por falta de recursos no pudieran costearse estos seguros privados. Existen, sin embargo, sobradas razones para una implicación más intensa del Estado en la provisión de servicios sanitarios, a pesar de ser la atención sanitaria un bien predominantemente privado.

<sup>35</sup> Este epígrafe presenta materiales desarrollados en González-Páramo y López Casanovas (1996) y Albi. Contreras, González-Páramo y Zubiri (1994).

La fundamentación normativa fundamental quizás sea relativa a los efectos derivados de los problemas de información. La selección adversa, como información oculta, quiebra el mercado, al devenir éste incompleto, otorgando una cobertura menor a la socialmente deseable. El problema estriba en que el mercado, desconociendo qué individuos son de bajo riesgo y cuales son de riesgo alto, sufrirá la "depredación" provocada por aquellos usuarios de alto riesgo, que no siendo identificables se hacen pasar por usuarios de riesgo bajo, burlando con su elevada utilización los valores establecidos en la prima media. El colectivo realmente de bajo riesgo se irá separando, generando un equilibrio ineficiente: la entrada sucesiva de individuos de alto riesgo que se esconden como si de bajo riesgo se tratasen continuará expulsando a los individuos realmente de riesgo bajo, al hacérseles menos atractiva la oferta de cobertura.

Cabría reconocer, como mejora paretiana, una subvención cruzada que eliminara el interés de los individuos de alto riesgo en hacerse pasar por individuos de riesgo bajo. Pero si ésta sería una política Pareto dominante, no existen incentivos individuales para que ésta se lleve a la práctica: todos los individuos de bajo riesgo esperarán que sea otro quien la afronte. Estaríamos, en consecuencia, en presencia de un bien público -con una solución de corte individual afectada por problemas de *free riding*-, y la ventaja potencial de una actuación regulatoria pública, impuesta por coacción, de obligatoriedad de pertenencia a la institución aseguradora. Otorgada justificación por el lado del aseguramiento social, surgirá sin embargo, el problema de la "acción oculta", problema de información también conocido como "moral hazard" o riesgo de manipulación: garantizada la cobertura, puede quedar desincentivado el cuidado de la salud o, en otros casos, resultar potenciado el consumo excesivo.

## **b. Algunas especificidades del mercado de servicios sanitarios**

La información imperfecta está también en la raíz de otras de las especificidades de los servicios sanitarios que dificultan una provisión eficiente por el mercado. Por un lado, a diferencia de lo que ocurre en los mercados de otros bienes, los demandantes de servicios médicos tienen una información muy limitada sobre la calidad del producto que están comprando. Así, por ejemplo, cuando un individuo se somete a un tratamiento desconoce si es el mejor posible o si, por contra, existen otros más rápidos o menos dolorosos. Como resultado, su valoración de la calidad de los servicios que recibe será subjetiva y generalmente se basará en informaciones indirectas e imperfectas (el prestigio de las instituciones y los profesionales, o la experiencia previa propia o de personas próximas al usuario como familiares y amigos) o en aspectos no estrictamente médicos como el trato personal, las comodidades materiales del centro donde se recibe el tratamiento o la rapidez en la atención.

Ciertamente, todos estos elementos de valoración subjetiva son importantes, pero en la medida en que el consumidor los sobrevalore en relación a la calidad clínica de los servicios médicos, el mercado los sobreproveerá encareciendo el coste de la aten-



ción médica. Al mismo tiempo, la incapacidad para valorar adecuadamente la calidad clínica se traducirá en que es poco probable que los demandantes expulsen del mercado, vía demanda nula, a los oferentes que produzcan servicios de mala calidad.

En el lado de la oferta de servicios sanitarios existen también diferencias importantes con otros mercados. El supuesto convencional de que los oferentes maximizan los beneficios debe matizarse al menos en lo que se refiere a ciertas actuaciones médicas. Ciertamente los médicos, como cualquier otro profesional, prefieren ganar más a ganar menos, y los incentivos monetarios pueden inducirles a trabajar más o menos horas (tratando a más o menos pacientes).

De igual forma, los hospitales privados generalmente rechazan la admisión de quien carece de recursos para pagar el tratamiento. Sin embargo, a la hora de emitir un diagnóstico concreto es probable que la ética profesional de los médicos se imponga al hecho de que se les pague mucho o poco por este diagnóstico. Por ello, generalmente debemos esperar que la calidad de un diagnóstico dependa más de la capacidad profesional que de la retribución. Si esto es cierto el papel de los incentivos, esencial a la hora de justificar las ventajas de la producción privada, sería más débil en el caso de los servicios sanitarios que en el de otros bienes.

El carácter especializado del conocimiento de los profesionales sitúa a los médicos como agentes de dos principales: los pacientes y los gestores de los centros (véase Cabasés y Martín, 1996). Por las conclusiones alcanzadas en el epígrafe anterior, sabemos que la dependencia de más de un principal, junto a la difícil medición del resultado de los servicios médicos, la urgencia y la sobrecarga de trabajo, favorecen un traspase de la autoridad real (derecho efectivo de decisión y control) desde quienes ostentan la autoridad formal (directivos y administradores) hacia los médicos. Y estos, a falta de esquemas de incentivos apropiados, podrían inducir al sobreconsumo (tratamientos sofisticados y costosos) cuando buscan protección frente a reclamaciones por error profesional o por motivos relacionados con la evaluación del prestigio profesional por parte de los colegas de profesión. Esta tendencia se consolida cuando una tercera parte (aseguradora o administración) se hace cargo pasivamente de los gastos.

### **c. La equidad como objetivo en el suministro de cuidados de salud**

Entre los argumentos que a menudo se utilizan para justificar la intervención pública en sanidad, aparecen razones por las que, debido a consideraciones de justicia social, la salud podría considerarse distinta del resto de bienes, aceptando su naturaleza de bien de mérito, preferente o tutelar. ¿Pueden derivarse las políticas de salud de la teoría convencional de la justicia distributiva? Una posible base de justificación para ello estriba en otorgar "derecho a la salud" por el hecho de que ésta es necesaria para preservar la vida y desarrollar los planes vitales de los individuos. Una segunda justificación vería en la atención a la salud no el resultado de un derecho, sino la consecuencia normal de una forma de altruismo en la tradición kantiana -postulando que de

no garantizarla, se produciría un atentado a los sentimientos más elementales de equidad y solidaridad humana.

Ambas concepciones implican que las intervenciones públicas en los mercados de salud se justificarían en la medida en que garantizaran a todos los individuos un acceso a la salud suficiente para conservar la vida y desarrollar su potencial humano. Ello no implica, necesariamente, igual consumo de servicios sanitarios. Se trata de otorgar suficiencia para garantizar las capacidades básicas de la población. A juicio de Zubiri (1994), lo que ello deba incluir es debatible. Una interpretación podría consistir en que la "suficiencia" pretendida incluyese la garantía de acceso a la fase de diagnóstico y tratamiento de aquellas patologías que afecten a las capacidades básicas y, probablemente, que se garantizase la medicina preventiva.

Tampoco implica que el sector público haya de cubrir todas y cada de las prestaciones de modo gratuito. Se trata de garantizar, simplemente, que ante una enfermedad nadie quede sin asistencia médica que sea considerada esencial, o se vea abocado a la pobreza para pagarla. De hecho, el sector público podría obligar a todos a comprar seguros médicos privados, limitándose la intervención pública a pagar las primas de aquéllos sin recursos. O podría limitarse a suministrar cobertura total de las necesidades cubiertas de manera gratuita sólo para quienes tuvieran una renta por debajo de un cierto nivel, mientras que para el resto, sólo se garantizaría la cobertura en el caso de enfermedades catastróficas (muy costosas, crónicas, etcétera).

En resumen, lo importante será aquí discutir no tanto el qué sino el cómo de dicha intervención; esto es, partiendo de la base de que se postula la intervención pública en el ámbito de los cuidados de salud, de qué manera el Estado puede utilizar el mercado y/o dirigirlo hacia los fines colectivos. A estos efectos, la dificultad para el compromiso del poder político (dada la soberanía de sucesivos gobiernos para alterar las condiciones de las relaciones) es, ciertamente, un punto de debilidad, puesto que puede generar problemas de abuso moral: el Estado generalmente acaba otorgando algún tipo de cobertura o financiando determinado tipo de prestaciones, pese a que haya amenazado en hacer lo contrario. Siempre existe alguna correlación de fuerzas políticas, algún mecanismo de elección social, grupo de presión o colectivo "buscador de rentas" capaz de influir en el resultado deseado. De modo similar, pero ahora por el lado de los puntos fuertes, se sitúa la capacidad del Estado de eliminar comportamientos aprovechados y garantizar el 'pool' óptimo de riesgo por la vía de actuaciones de obligado cumplimiento. Entre éstas se determinaría, por criterios de eficiencia, la cobertura obligatoria de unos niveles mínimos de seguro sanitario.

#### **d. Implicaciones para la intervención pública en el sector sanitario**

La solución al problema de la selección adversa es la garantía de acceso universal al seguro médico. Como señala Drèze (1994), lo relevante es que dicho acceso ha de ser universal en el sentido de independiente del estado de salud de los suscriptores

de pólizas, y no necesariamente independiente de otros factores, como puede ser, por ejemplo, la renta. Es la obligatoriedad de pertenencia al esquema de seguro la prescripción teóricamente avalada, y no su gratuidad. Sólo en la medida que se demostrasen relaciones fuertes entre estado de salud y pobreza se justificaría cierto grado de sustitución. Por ejemplo, en EEUU se cuestiona abiertamente la relación entre pobreza y vejez, con lo que estaría poco justificado un programa público como Medicare (asistencia gratuita a los mayores de 65 años).

El problema del riesgo moral asociado al seguro sanitario apuntaría, contrariamente al acceso gratuito, a una participación en los costes derivados del consumo de servicios asistenciales. Dicha política no tiene nada que ver con supuestas estrategias privatizadoras en sanidad, ya que el problema es idéntico tanto si estamos en presencia de un asegurador público que ante un asegurador privado: se trata de una cuestión de incentivos de pacientes y médicos -como agente de los anteriores-, y no de comportamiento o incentivo del asegurador.

Sobre el extremo comentado, Drèze (1994) destaca cómo la cuestión de riesgo moral en sanidad tiene dos dimensiones: acciones de prevención insuficientes, y exceso de consumo. La teoría del seguro afronta ambas situaciones casi de modo contradictorio. Respecto de la falta de autoprotección, el seguro óptimo debe de incluir cobertura plena tras una parte deducible constante. Respecto del sobreconsumo, la forma que ha de tener la cobertura es su limitación a un máximo, tras el cual se sigue una participación proporcional en costes. Los deducibles podrían vincularse, por ejemplo, al tipo de diagnóstico; la participación en costes, al consumo. En este último caso, tanto el principal (paciente) como el agente (médico) deberían, en principio, participar de dicha política de contención de costes.

Las primas resultantes, que, recuérdese, no cabe que sean discriminatorias (actualmente ligadas a los riesgos implícitos a los estados de salud de los individuos), puede, sin embargo, que no resulten asumibles por toda la población (especialmente por parte de aquellos grupos de renta inferior). Para ello, el acceso gratuito exige criterios redistributivos, ya que no se justifican, en principio, por problemas de selección adversa. En definitiva, no hacen falta argumentaciones distributivas para estar en contra de la cobertura selectiva. Se trata de una cuestión de eficiencia *ex ante*, plenamente aplicable, por ejemplo, al diseño de un sistema de cobertura sanitaria para una población parcialmente desconocida (*non-nasciturus*, pongamos por caso). A su vez, desde el punto de vista de la implementación en la realidad de dichos criterios de eficiencia en la actuación pública se trata de la nada fácil tarea de encontrar la dosis apropiada de “privacidad” -participación individual en la decisión- y obligatoriedad -caracterización de la intervención pública en dicha decisión.

Queda la espinosa cuestión de quién debe asumir la producción de los servicios sanitarios. Con un sistema de producción privada la cantidad global que tendría que pagar el sector público al sector privado en concepto de asistencia sanitaria depende del

número de individuos protegidos por el sistema público que «demanden» los servicios sanitarios del sector privado. Y, obviamente, el sector público no puede impedir que quien considere necesario ir al médico lo haga. De esta forma, el gasto total en servicios sanitarios escapa, en cierta forma, de su control. El problema se agrava por un doble hecho. Primero, porque el coste de los servicios sanitarios privados tenderá a ser elevado. Segundo, porque en realidad buena parte de la demanda que realizan los usuarios no la deciden ellos mismos sino los médicos.

Cuando un individuo decide ir al médico lo hace con una carencia de información acerca de cuál es su dolencia y la cantidad de servicios médicos que necesita para sanar. No sabe, por ejemplo, si lo que necesita son 2 radiografías u 8, si necesita, o no, hospitalización, y en caso de necesitarla si debe estar ingresado una semana o un mes. Quien decide estas cuestiones es el médico y el paciente sigue sus consejos. Es el médico entonces quien, en realidad, determina la demanda de cuidados médicos que realiza el individuo. Esto es, decide si el paciente va a gastarse cien mil pesetas en cuidados o un millón. De esta forma, la demanda del paciente se convierte en lo que se ha dado en denominar una demanda inducida por su agente.

Si el pago al sector privado depende de los cuidados que reciba el demandante de servicios médicos, y es el propio sector privado el que determina la cantidad de cuidados que recibe el demandante, existen unos estímulos claros para que se recomiende un exceso de cuidados médicos. Esto no significa, obviamente, que un hospital privado vaya a operar de apendicitis a quien no lo necesita, sino que se pueden elegir tratamientos más caros frente a otros más baratos, aumentar el número de días de hospitalización, o realizar consultas que si bien tranquilizan al paciente tienen un valor médico escaso.

La producción pública puede controlar estos gastos mejor porque es el propio sector público el que presupuestariamente determina el gasto total del sistema sanitario. Pero, a no ser que el sector público sea muy eficiente en la asignación de los recursos dedicados a la asistencia sanitaria y tenga un grado considerable de información acerca de cuáles son las necesidades de cuidados médicos de los usuarios, es probable que los controles de costes vía presupuestos se traduzcan, no en unas prestaciones iguales a un coste menor, sino en unas prestaciones sanitarias insuficientes que darán lugar a listas de espera. De esta forma el ajuste entre oferta y demanda se producirá, no satisfaciendo a todos con un coste sanitario mayor (como ocurre con la producción privada) sino racionando las prestaciones que se producen a un coste menor. La urgencia por eliminar las colas puede, entonces, hacer que se deterioren considerablemente —se infraproduzcan— la atención personal, la rapidez de atención, el entorno material, y puede que, incluso, la calidad clínica. Es lo inverso de lo que ocurriría en la producción privada.

La cuestión central es, por tanto, si la producción pública es eficiente o no a la hora de asignar los recursos sanitarios. En realidad existen buenas razones para que no lo sea porque conlleva un proceso de adopción de decisiones de carácter centralizado

y burocrático. En efecto, cuando la producción es pública la Administración debe decidir además de la cantidad global de recursos que se dedica al sistema sanitario, cómo distribuir este total entre todos los centros donde se presta asistencia sanitaria. Es decir, cuál debe ser la dotación de cada departamento de cada hospital y de cada ambulatorio del sistema.

El problema, inherente a cualquier proceso de decisión centralizado, es cómo recabar y procesar toda la información necesaria. Generalmente lo que se hace es pedir a los directores de cada unidad una estimación *ex ante* de sus necesidades para el año, pero este procedimiento inducirá a todos a exagerar las necesidades, máxime si, como suele ocurrir, a cada unidad se le asigna menos de lo que pide.

Además de este problema de asignación de recursos, la producción pública adolece de las limitaciones de gestión que, como hemos visto en el apígrafe anterior, acompañan a cualquier proceso burocrático. Por un lado, la rigidez de los procesos presupuestarios puede impedir que si las necesidades *ex post* se muestran diferentes de las declaradas *ex ante* se puedan dedicar los fondos disponibles a las nuevas necesidades que se han revelado prioritarias. Por otro, el sistema burocrático hace que se diluyan las responsabilidades y que sea difícil encontrar responsables de los errores que se puedan cometer. Como resultado de lo anterior, es probable que la producción pública sea ineficiente.

El análisis anterior sugiere que la elección entre producción pública o privada es una elección entre alternativas imperfectas. La producción privada, al descentralizar las decisiones de gestión, es probablemente más eficiente que la producción pública. Además, garantiza la libertad de elección al usuario y elimina las colas de espera. Sus problemas radican en que puede conducir a un nivel de gasto sanitario excesivo, fomentar algunas situaciones de monopolio, seleccionar "buenos riesgos" y cubrir de forma insuficiente algunas zonas con demanda reducida (típicamente las rurales).

La producción pública, por su parte, es probable que gestione los recursos sanitarios de forma ineficiente y limite la libertad de elección de los usuarios. Por otro lado, atenúa los problemas asociados con la producción privada, pero en el caso de las reducciones de coste el precio puede ser el establecimiento de colas de espera y un nivel peor de asistencia sanitaria. Algunos de los cambios organizativos comentados anteriormente podrían mejorar los resultados de la gestión pública, aunque probablemente no lo hagan de forma duradera si se ignoran algunas de las especificidades del sistema público de provisión de servicios sanitarios.

#### **e. Condicionantes externos e internos para el cambio organizativo**

El sistema sanitario público puede haber jugado un papel importante, junto a otros factores, en la elevación de los niveles de salud en España. Así, por ejemplo, la esperanza de vida y la tasa de mortalidad infantil existentes en España son equiparables a las de los países más avanzados. De igual forma, en opinión de la CESNS, exis-

te un buen nivel de asistencia técnica en los servicios hospitalarios. Sin embargo, el sistema sanitario público adolece de problemas importantes. En primer lugar, el grado de insatisfacción de los usuarios es considerable. Y esto no es extraño, dada la existencia sistemática de colas de espera, falta de atención personalizada y la carencia de medios materiales.

En este punto es revelador el hecho de que según los resultados de una encuesta internacional (CESNS, 1991) realizada en 10 países avanzados, el 28 % de la población española considera que es necesario reformar el sistema completamente en tanto el 49 % considera necesarias reformas sustanciales. Sólo los ciudadanos de Italia (con cifras equivalentes del 40 y 46 %) y Estados Unidos (29 y 60 %) tienen una opinión peor de sus respectivos sistemas.

Al descontento por parte del usuario se suman dos condicionantes adicionales, uno interno al sistema y otro externo y común al conjunto de los programas de gasto del gobierno. Por un lado, el reconocimiento generalizado de que el sistema de producción pública basado en modelos burocráticos y centralizados, que integran aseguramiento, financiación, compra de servicios y producción, es esencialmente ineficiente y desperdicia una cantidad considerable de recursos, por otro, la preocupación por el control del crecimiento del gasto en sanidad a fin de evitar aumentos significativos en los impuestos, o reducciones en otros gastos públicos, en una coyuntura de restricciones presupuestarias de alcance general. Obviamente estos problemas, si bien es probable que sean más acusados que en otros países, no son exclusivos de España.

El descontento de los usuarios es característica común en la mayoría de los países. Así, por ejemplo, en la encuesta mencionada anteriormente, Canadá era el único país donde la mayoría de la población estaba satisfecha con el sistema (el 56 %), en tanto únicamente en tres países (Holanda, Alemania y Francia) el sistema de salud alcanzaba la aprobación de más del 40 % de la población. De igual forma, el sentimiento de ineficiencia es común en todos los países donde la producción es pública y, de hecho, algunos de ellos como el Reino Unido y Suecia ya habían comenzado un proceso de reforma radical. Finalmente, el control del gasto en sanidad es compartido por casi todos los países, tanto aquellos que se apoyan en un modelo de Seguridad Social como los que tienen un Sistema Nacional de Salud.

Las especiales características del mercado sanitario, en parte glosadas anteriormente, condicionan el alcance de las posibles reformas. En efecto, los intentos de romper el monopolio en la producción y la compra de servicios sanitarios tropieza con los problemas de información sobre la calidad y con el elevado grado de especificidad (de localización, de activo fijo y de activos humanos presente en las transacciones de servicios sanitarios (López Casanovas, 1992). Información imperfecta y especificidad asientan una tendencia hacia la integración vertical de los procesos, un reducido número de productores, pocos o un solo comprador, y el establecimiento de relaciones contractuales de dependencia bilateral -en el límite, monopolio bilateral- de larga duración.

No cabe olvidar, finalmente, los condicionantes político y cultural. Las características de los servicios sanitarios hacen que los políticos estén más dispuestos a introducir competencia -ya que ésta permite aclarar costes y aumentar la capacidad de elección- que a delegar derechos residuales de control en gerentes y profesionales: la pérdida de beneficios políticos es potencialmente grande (Albi, González-Páramo y López Casasnovas, 1997). El peso excesivo de la política es un elemento generador de múltiples riesgos para el cambio en la gestión: 1) Intervención de los políticos en aspectos de detalle; 2) "Captura" de los profesionales; 3) Dispersión de responsabilidades; 4) Exceso de centralización; y 5) "Cortoplacismo".

Pero aún cuando los políticos se mostrasen convencidos de que los derechos de control deben delegarse en los profesionales, queda el formidable obstáculo de la cultura garantista que prioriza la legalidad y los procedimientos administrativos sobre la eficacia, el cumplimiento de reglas frente a la iniciativa y la asunción de responsabilidades, y, en suma, el "administrado" frente al "cliente". Los corsés jurídico-administrativos que sujetan todas las materias de contenido económico -presupuestos, contabilidad, personal, retribuciones, contratación, control previo y tesorería- no son los más adecuados para gestionar, y han generado una cultura en la que los agentes del sistema han aprendido a vivir, en ocasiones de forma confortable.

Transformar una cultura burocrática en una cultura de gestión exige algo más que un cambio de normas y la incorporación de competencia, contratación externa e incentivos monetarios. Se requiere, además, un liderazgo fuerte de los responsables políticos, cierto gradualismo, un recurso intenso de aquellas técnicas que puedan generar información (costes, procesos, comunicación interna, historiales, etcétera) y la participación de los profesionales.

## **f. Tendencias recientes en regulación, contratación e incentivos**

Pese a la intensidad que alcanza con frecuencia el debate sobre la reforma sanitaria, probablemente sea éste el sector que más innovaciones y cambios en la gestión ha incorporado en los últimos años. Desde 1991, con la introducción de los mercados internos en la sanidad del Reino Unido, las iniciativas reformadoras se han extendido entre los países industrializados. Los cambios han tenido en común el objetivo de mejorar la eficiencia del sistema, en varias direcciones (OCDE, 1992): 1) Reducir el coste por unidad de resultado; 2) Mejorar la satisfacción de pacientes y familiares; 3) Reducir los tiempos de espera y costes de desplazamiento para recibir atención; 4) Disminuir costes administrativos y derivados de la regulación; y 5) Estimular los avances tecnológicos y organizativos orientados a la mejora de la productividad.

Siguiendo a Abel-Smith (1995), las reformas pueden agruparse en dos bloques: cambios en los métodos de pago a los proveedores para mejorar los incentivos y movimientos hacia la introducción de competencia. Entre las primeras destacan: la imposi-

ción de límites presupuestarios globales sobre el gasto hospitalario, la introducción de pagos por caso o por proceso (DGRs y fórmulas similares), la implantación de sistemas de remuneración a los profesionales de carácter mixto (salario+elemento capitolativo+pago por acto), la extensión de topes a los pagos por acto y de precios de referencia para medicamentos, así como copagos, para eliminar incentivos a la inducción de demanda y el coste excesivo, y, finalmente, el desarrollo de alternativas a los ciudadanos hospitalarios.

Por su parte, los principales cambios en favor de la competencia han sido: la separación entre compradores de servicios y productores (con o sin la participación del sector privado), la delegación de parte del presupuesto en los médicos generales para contratar con los hospitales en nombre de los pacientes, la competencia entre aseguradoras y concesión de mayor autonomía a los hospitales.

No es posible hacer un balance global de los efectos de estos cambios. La capacidad de elección de los consumidores parece haber aumentado, así como también la calidad y la potencia de los incentivos en el sector. Sin embargo, como revela la experiencia británica, los costes de administración asociados al modelo contractual han aumentado, el nivel efectivo de la competencia entre productores de servicios ha sido menor del esperado -la especificidad de los servicios y el ethos de algunos colectivos de profesionales siguen estando ahí- y los riesgos de selección por parte de compradores y aseguradores no han quedado totalmente conjurados.

### **g. Claves para la continuación de la reforma sanitaria**

En España las estrategias de cambio parecen haberse dirigido a la separación funcional de competencias de financiación, compra y producción, con responsables distintos pero encuadrados dentro de las formas jurídico-organizativas existentes (organismos autónomos y entes públicos). Con esta restricción, las reformas introducidas por el INSALUD y los Servicios Regionales de Salud han sido relativamente modestas.

A este respecto, cabe destacar los contratos-programa y la creación de empresas públicas sanitarias (véase Cabasés y Martín, 1996). Los contratos-programa, en la medida en que vinculan actividad y presupuesto de los centros sanitarios, han tenido efectos indudablemente positivos sobre la gestión en distintos frentes. Así, han potenciado y mejorado los sistemas de información, han servido para vincular costes y producción, han propiciado en algunos casos la introducción de incentivos monetarios de cierta importancia (por ejemplo, el reparto de productividad para directivos en el Sistema Andaluz de Salud) y, al permitir una dirección por objetivos, han contribuido al cambio en la cultura de gestión. Esta figura no es, sin embargo, un contrato entre dos agentes jurídicamente distintos o autónomos, ni delega decisiones esenciales sobre presupuestos, personal o inversiones en los equipos directivos, sujetas al riesgo de interferencia política, ni han roto la asignación de recursos sobre bases incrementalistas.



En relación con los intentos de dotar de cierta autonomía a los centros destaca, entre otras iniciativas, la creación experimental de empresas públicas sanitarias. La finalidad perseguida ha sido la de ganar los márgenes de flexibilidad de gestión de los centros que las normas administrativas y de personal estatutario imposibilitan. La fórmula empresarial permite desarrollar un verdadero control de gestión, un traslado efectivo de riesgos a través de incentivos a directivos y profesionales, así como una gestión de recursos humanos. No está libre, sin embargo, de los repetidos riesgos de interferencia del poder político y de ciertos grupos de interés en la toma de decisiones.

Ambas experiencias, junto a otras de menor alcance o iniciadas más recientemente, deben valorarse en su conjunto como piezas de una estrategia de cambio orientada a la introducción de competencia interna regulada con división de competencias y descentralización de decisiones. En la formulación del Informe Abril, se trata de "separar la financiación (pública y privada) de la provisión como punto principal para mejorar la eficiencia. Esta separación, que constituye también un criterio fundamental en las reformas proyectadas en algunos sistemas sanitarios europeos, permitiría introducir un cierto grado de competencia entre los proveedores, de forma que fuesen premiados aquellos que presten una atención eficiente y, por otra parte, crearía las bases para ampliar la libertad de decisión del usuario".

Conjugar las exigencias de este diseño -desmonopolización, garantía de un paquete asistencial básico, participación privada, acreditación, copagos, definición de responsabilidades e incentivos individuales y organizativos, etcétera- con la diversidad territorial de formas, contenidos y tradiciones, en un marco de restricciones presupuestarias para el conjunto del sector público, es el gran reto que ante sí tienen los gestores del cambio en las organizaciones sanitarias.

## Bibliografía

- Abel-Smith, B. Health care reform in the OECD countries, en Asociación de Economía de la Salud, *Instrumentos para la gestión en sanidad*, SG Editores, Barcelona, 1995, pgs. 13-32.
- Aghion, P. y J. Tirole. *Formal and real authority in organizations*, Nuffield College, Oxford, mimeo, 1995 julio.
- Albi, E., C. Contreras. J.M. González-Páramo e I. Zubiri, *Teoría de la Hacienda Pública*, 2ª edición, modificada y ampliada, Ariel, Barcelona, 1994.
- Albi, E., J.M. González-Páramo y G. López Casanovas. *Gestión pública: Fundamentos, técnicas y casos*, Ariel, Barcelona, 1997.
- Alesina, A. y H. Rosenthal. A theory of divided government, *Econometrica*, 64, 1996, pgs. 1311-1341.
- Bac, M. Corruption and supervision costs in hierarchies, *Journal of Comparative Economics*, 22, 1996, pgs. 99-118.

- Beato, P. y A. Vives. Private sector participation in infrastructure: Risk, fiscal and efficiency issues in public-private arrangements for the provision of services. *Infrastructure*, 1, nº 3, 1996, pgs. 3-14.
- Bendor, J., S. Taylor y R. Van Gaalen. Bureaucratic expertise versus legislative authority: A model of deception and monitoring in budget. *American Political Science Review*, 79, 1985, pgs. 1041-1060.
- Bohigas, L. *La acreditación de hospitales: Un paso hacia la liberalización del sector hospitalario español*, FEDEA, Documentos de Trabajo, 96-02, enero, 1996.
- Bowers, P.H. Regulation and public sector management, en C. Duncan ed.: *The evolution of public management. Concepts and techniques for the 1990s*, Macmillan, Londres, 1992, pgs. 23-48.
- Breton, A. y R. Wintrobe. The equilibrium size of a budget maximizing bureau, *Journal of Political Economy*, 83, 1975, pgs. 195-207.
- Cabasés, J. y J. Martín. Contratos de servicios en el sistema sanitario, en *XV Jornadas de Economía de la Salud, Instrumentos para la gestión en salud*, Asociación de Economía de la Salud, Valencia, 1995, pgs. 125-166.
- Cabasés, J. y J. Martín. *Diseño y evaluación de estrategias de desregulación en el sector sanitario público en España*, FEDEA, Documento de Trabajo, 96-08, 1996.
- Caillaud, B., B. Jullien y P. Picard Hierarchical organization incentives, *European Economic Review*, 40, 1996, pgs. 687-695.
- Calero, J. *Financiación de la educación superior en España: Sus implicaciones en el terreno de la equidad*. Fundación BBV Documenta, Bilbao, 1996.
- Crosby, B. Policy implementation: The organizational change. *World Development*, 24, 1996, pgs. 1403-1415.
- De la Fuente, A. Incentives and researcher productivity in Spanish public institutions, *Investigaciones Económicas*, XIX, 2, 1995, pgs. 291-300.
- Dewatripont, M. y G. Roland. The virtues of gradualism and legitimacy in the transition to a market economy, *Economic Journal*, 102, 1992, pgs. 291-300.
- Drèze, J. Forty years of Public Economics: A personal perspective, *Journal of Economic Perspectives*, Spring, 1994, pgs. 111-130.
- Duncan, C. Remuneration and motivation, en C. Duncan ed.: *The evolution of public management. Concepts and techniques for the 1990s*, Macmillan, Londres, 1992, pgs. 205-238.
- Easton, B. Economic and other ideas behind the New Zealand reforms, *Oxford Review of Economic Policy*, 10, 1995, pgs. 78-94.
- Franks, J. y S. Schaeffer. Costs of regulatory compliance for financial firms, *City Research Project*, London Business School, Subject Report, 26, 1995.
- Freixas, X., R. Guesnerie y J. Tirole. Planning under incomplete information and the ratchet effect, *Review of Economic Studies*, 52, 1985, pgs. 173-192.
- Friedman, L. *Microeconomic policy analysis*, McGraw-Hill, Nueva York, 1984.
- Fukuyama, F. Trust. The social virtues and the creation of prosperity, *Free Press*, New York, 1995.

- González López-Valcárcel, B. Algunas claves económicas de los modelos de financiación sanitaria, en *XIV Jornadas de Economía de la Salud, Cambios en la regulación sanitaria*, Asociación Española de Economía de la Salud, Santiago de Compostela, 1995, pgs. 430-440.
- González-Páramo, J.M. Privatización y eficiencia: ¿Es irrelevante la titularidad, *Economistas*, 63, 1995a, pgs. 32-43.
- González-Páramo, J.M. 1995b, Convergencia europea y modernización de las instituciones presupuestarias, *Gestión y Análisis de Políticas Públicas*, 4, septiembre-diciembre.
- González-Páramo, J.M. y G. López Casasnovas. El gasto público: Problemas actuales y perspectivas, *Asociación Española de Economía Pública AEP/FIES*, Papeles de Economía Española, 69, 1996, pgs. 2-38.
- Grossman, S. y O. Hart. The analysis of the principal-agent problem, *Econometrica*, 51, 1983, pgs. 7-45.
- Guasch, L. y R. Hahn The Costs and Benefits of Regulation: The Roots of Regulatory Failure, *The World Bank*, mimeo., 1996, octubre.
- Halonen, M. y C. Propper. Competition and decentralization in government bureaucracies, *Fifth European Workshop on Econometrics and Health Economics*, Universidad Pompeu Fabra, Barcelona, 1996, septiembre, mimeo.
- Harris, M. y A. Raviv. Some results on incentive contracts with applications to education and unemployment, health insurance, and law enforcement, *American Economic Review*, 68, 1978, pgs. 20-30.
- Harrison, A. *El control del gasto público 1979-1989*, Instituto de Estudios Fiscales, Ministerio de Economía y Hacienda, Madrid, 1991.
- Hirschman, A. *Exit, voice and loyalty: Responses to decline in firms, organizations and states*, Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts, 1970.
- Holmström, B. Moral hazard and observability, *Bell Journal of Economics*, 10, 1979, pgs. 74-91.
- Holtham, G. y J. Kay. The assessment: Institutions of policy, *Oxford Review of Economic Policy*, 10, 1995. .
- Horn, M.J. The political economy of public administration. Institutional choice in the public sector, *Cambridge University Press*, Nueva York, 1995.
- Ibern, P. y C. Murillo. La gestión de la empresa sanitaria en el sector público: Características singulares y contratos relacionales, en *V Congreso Nacional de Economía, Economía y Gestión de las Administraciones Públicas*, Las Palmas, 1995, pgs. 171-182.
- Itoh, H. Cooperation in hierarchical organizations: An incentive perspective, *Journal of Law, Economics and Organization*, 8, 1992, pgs. 321-345.
- Knack, S. Institutions and the convergence hypothesis: The cross-national evidence, *Public Choice*, 87, 1996, pgs. 207-228.
- Kreps, D., P. Milgrom, J. Roberts y R. Wilson Rational cooperation in the finitely repeated prisoners' dilemma, *Journal of Economic Theory*, 27, 1982, pgs. 245-252.
- Laffont, J.-J. y J. Tirole A theory of incentives in procurement and regulation, *MIT Press*, Cambridge, Massachusetts, 1993.

- Lane, J.-E. *The public sector. Concepts, models and approaches*, Sage, Londres, 1993.
- Lazear, E. y S. Rosen. Rank-order tournaments as optimum labor contracts, *Journal of Political Economy*, 89, 1981, pgs. 841-864.
- Levine, D. y L. Tyson. Participation, productivity, and the firm's environment, en A. Blinder ed.: *Paying for productivity: A look at the evidence*, Brookings Institution, Washington DC, 1990.
- López Casanovas, G. Apuntes para la reforma sanitaria de los 90: Las formas organizativas son importantes, *Información Comercial Española*, 708-709, 1992, pgs. 63-78.
- Milgrom, P. y Roberts, J. *Economics, Organization and Management*, Prentice Hall, Englewoog-Cliffs, Nueva Jersey, 1992.
- Mortimort, D. The multiprincipal nature of government, *European Economic Review*, 40, 1996, pgs. 673-686.
- Niskanen, W. *Bureaucracy and representative government*, Aldine-Atherton, Chicago, 1971.
- Niskanen, W. Bureaucrats and politicians, *Journal of Law and Economics*, 18, 1975, pgs. 617-643.
- OCDE. *Administration as service, the public as client*, París, 1987.
- OCDE. Public management developments. *Survey 1990*, París 1990.
- OCDE. Public management developments. *Update 1991*, París, 1991.
- OCDE. The reform of health care: A comparative analysis of seven OECD countries, *Health Policy Studies*, 2, París, 1992.
- OCDE. Managing with market-type mechanisms, *Public Management Studies*, París 1993.
- OCDE. El desarrollo participativo y la buena gestión de los asuntos públicos, *Documentos INAP*, 10, diciembre, 1996.
- Onrubia, J. El modelo organizativo-institucional del sector público: La necesaria complementariedad de los aspectos micro y macroeconómicos, *Congreso Nacional de Economía*, Las Palmas de Gran Canaria, 6 de diciembre, mimeo, 1995.
- Ortún, V. *Gestión pública*, Fundación Banco Bilbao Vizcaya, Programa de Estudios sobre Economía Pública, Documentos de Trabajo, 1993.
- Osborne, D. y T. Gaebler. *Reinventing government. How the entrepreneurial spirit is transforming the public sector*, Addison-Wesley, 1992.
- Oxley, H. *El sector público en los 80 y experimentos de política pública para los 90*, Fundación BBV, Programa de Estudios sobre Economía Pública, Documentos de Trabajo, abril, 1993.
- Parry, R. Concepts and Assumptions of Public Management, en C. Duncan ed.: *The Evolution of Public Management*, Macmillan, Londres, 1992, pgs. 3-22.
- Pinto, J.L. y J. Cuadras. Economía de los gastos sociales, *Colección Blanca*, 36, Universidad de Murcia, 1992.
- Pollitt, C. *El gerencialismo y los servicios públicos: La experiencia anglo-norteamericana*, Instituto de Estudios Fiscales, Ministerio de Economía y Hacienda, Madrid, 1993.

- Poterba, J. State responses to fiscal crises: The effects of budgetary institutions and politics, *Journal of Political Economy*, 102, 1994, pgs. 799-821.
- Poterba, J. Balanced-budget rules and fiscal policy: Evidence from the States, *National Tax Journal*, 48, 1995, pgs. 329-336.
- Poterba, J. Budget institutions and fiscal policy in the US States, *American Economic Review, Papers and Proceedings*, 86, 1996, pgs. 395-400.
- Puig, J. Innovación tecnológica y mercado sanitario: De la Macro-regulación a la Micro-regulación, en *XIV Jornadas de Economía de la Salud, Cambios en la regulación sanitaria*, Asociación Española de Economía de la Salud, Santiago de Compostela, 1995, pgs. 335-364.
- Qian, Y., Incentives and loss of control in an optimal hierarchy, *Review of Economic Studies*, 61, 1994 pgs. 527-544.
- Richards, S. Devolving public management, centralizing public policy, *Oxford Review of Economic Policy*, 10, 1995, pgs. 40-60.
- Rodríguez, M., D. Rodríguez e I. Abásolo. *Los sistemas mixtos de retribución como alternativa al pago por salario y su repercusión sobre la eficiencia del sistema sanitario*, FEDEA, Documento de Trabajo, 96-04, 1996.
- Rodrik, D. Understanding economic policy reform, *Journal of Economic Literature*, 34, 1996, pgs. 9-41.
- Roldán, J.M. *Fiscal rules and Monetary Union: A review of the literature*, European Monetary Institute, Frankfurt, mimeo., marzo 1996.
- Rose-Ackerman, S. Reforming public bureaucracy through economic incentives?, *Journal of Law, Economics, and Organization*, 2, 1986, pgs. 131-161.
- Ross, M. The economic theory of agency: The principal's problem, *American Economic Review*, 63, 1973, pgs. 134-139.
- Ruiz-Huerta J. y A. Giménez eds. *Estructura institucional y gestión del gasto público en algunos países de la OCDE*, Instituto de Estudios Fiscales, Madrid, 1993.
- Sah, R. y J. Stiglitz. Committees, hierarchies and polyarchies, *Economic Journal*, 98, 1988, pgs. 451-470.
- Salas, V. *Economía de la empresa. Decisiones y organización*, Ariel, Barcelona, 1987.
- Samuelson, R.J. Backdoor government, *Newsweek*, 62, 17 de octubre 1988.
- Sanchís, J.A. Privatización y eficiencia en el sector público español, *Revista de Economía Aplicada*, IV, 10, 1996, pgs. 65-92.
- Savas, E. *Privatization: The key to better government*, Chatham House, Chatham, Nueva Jersey, 1987.
- Shapiro, C. y J. Stiglitz. Equilibrium unemployment as a worker discipline device, *American Economic Review*, 74, 1984, pgs. 433-444.
- Shavell, S. Risk sharing and incentives in the principal and agent relationship, *Bell Journal of Economics*, 10, 1979, pgs. 55-73.
- Shepherd, G. y S. Valencia. Modernizing the public administration in Latin America: Common problems, no easy solutions, *Conferencia sobre la Reforma del Estado en América Latina y el Caribe*, Madrid, octubre, mimeo, 1996.

- Shleifer, A. A theory of yardstick competition, *Rand Journal of Economics*, 16, 1985, pgs. 319-327.
- Stiglitz, J. *The economic role of the State*, Basil Blackwell, Oxford, 1989.
- Stiglitz, J. *Whither socialism?*, MIT Press, Cambridge, Massachusetts, 1995.
- Tirole, J. The internal organization of government, *Oxford Economic Papers*, 46, 1994, pgs. 1-29.
- Van Leerdam, J. y E. Kertzman. The Choice of Organizational Form: Ways of Public Goods Production, *IIPF, 51<sup>st</sup> Congress*, Lisboa, mimeo, 1995.
- Vickers, J. El programa de privatizaciones británico, *Moneda y Crédito*, 196, 1993, pgs. 79-122.
- Vickers, J. y G. Yarrow. *Privatization-An economic analysis*, MIT Press, 1988.
- Von Hagen, J. A note on the empirical effectiveness of formal fiscal restraints, *Journal of Public Economics*, 44, 1991.
- Von Hagen, J. y I. Harden. Budget processes and commitment to fiscal discipline. *European Economic Review*, 39, 1995, pgs. 771-779.
- Weitzman, M. The ratchet principle and performance incentives, *Bell Journal of Economics*, 11, 1980, pgs. 302-308.
- Wilson, R. The structure of incentives for decentralization under uncertainty, en M. Guilbaud ed.: *La Decision*, CNRS, París, 1968.
- Williamson, O. Comparative economic organization: The analysis of discrete structural alternatives, *Administrative Science Quarterly*, 36, 1991, pgs. 269-296.
- Williamson, O. The economic analysis of institutions and organizations. *OECD Working Papers*, nº 133, París, 1993.
- Wolf, Ch. *Markets or governments. Choosing between imperfect alternatives*, MIT Press, Cambridge, Massachusetts, 1993. Versión castellana editada por el Instituto de Estudios Fiscales, Madrid, 1995.
- Zubiri, I. La equidad y la intervención pública en los mercados de salud, en G. López Casanovas dir.: *Análisis económico de la sanidad*, Generalitat de Catalunya 1994.



# *El cambio organizacional desde la perspectiva política*

KOLDO ECHEBARRÍA ARIZNABARRETA

*Director del Instituto de Dirección  
y Gestión Pública de ESADE  
Barcelona. España*

*Conferencia presentada en el Seminario "La Gestión del Cambio  
en los Servicios Sanitarios" celebrado en la EASP. Granada, España.*





## EL CAMBIO ORGANIZACIONAL DESDE LA PERSPECTIVA POLÍTICA

La reforma gerencialista de la sanidad ha recorrido en nuestro país un largo y lento camino desde su tímida recepción en los años ochenta y la entusiasta acogida que le proporciona el Informe Abril. En este tiempo, el discurso de una reforma basada en la racionalización económica del sistema sanitario se ha hecho cada vez más transversal entre las fuerzas políticas combinando llamamientos a la competencia gestionada, la autonomía de los centros, la flexibilización de las condiciones de empleo o la consideración del ciudadano como cliente, aunque en el marco de un sistema de aseguramiento público universal que mantenga la gratuidad de las prestaciones básicas.

Junto a este aparente progreso en el terreno ideológico la realidad de las organizaciones sanitarias aparece llena de perplejidades, que se explican por el lento progreso de la reforma y la acumulación sobre las mismas de presiones económicas, sociales y profesionales. En la tensión entre lo instituyente y lo instituido que caracteriza todo proceso de cambio, la visión gerencial del sistema sanitario no acaba de reunir las convicciones y compromisos necesarios para traspasar las viejas culturas y equilibrios de poder. De ahí el riesgo de deslegitimación que puede advertirse en que sus principales disposiciones pierden terreno, no ante el colectivo profesional, sino ante la reafirmación de la vieja cultura burocrática que vende certidumbre y seguridad en tiempos de crisis.

Esta situación pone de manifiesto, en primer lugar, las considerables dependencias de la reforma sanitaria en la adopción de cambios de carácter estructural que alcanzan al conjunto del sector público. El sector sanitario ha evolucionado hasta ahora en nuestro país con una notable autonomía con respecto a otras partes del sector público del que constituye su referente más dinámico y abierto al gerencialismo. Sin embargo, crece la conciencia de que ese margen está agotándose y de que las reformas pendientes están supeditadas a cambios en un orden superior que incluye el régimen de financiación y gestión presupuestaria, la organización del Estado autonómico, las relaciones política-gestión o el futuro del régimen de empleo en el sector público. Este razonamiento se refuerza por el hecho de que los países más avanzados en la aplicación de reformas en la sanidad, lo han hecho a ritmos compatibles con reformas en el conjunto del sector público que se encuentran muy retrasadas en nuestro país.

También hay que destacar, en segundo lugar, la falta de impulso efectivo de los cambios organizativos asumidos en el discurso político. La separación entre financiadores y proveedores en el seno del sector público permanece como un puro desideratum que no ha ido más allá de la constitución formal de algunas agencias de compra, sin llegar a traspasar riesgo alguno a los proveedores. Del mismo modo, la concesión de autonomía a los centros sanitarios ha vivido un movimiento pendular de constitución de nuevas figuras jurídicas con alto grado de disponibilidad sobre sus recursos humanos y económicos y de reconducción posterior a la disciplina común mediante pro-

cedimientos administrativos de control. Ambas situaciones ponen de manifiesto la pervivencia y el reforzamiento incluso del modelo burocrático, junto a las declaraciones de intención de signo modernizador de los responsables políticos, con un efecto desconcertante y desmovilizador de los actores de las reformas en el interior de las organizaciones sanitarias.

En tercer lugar, la reforma gerencialista se vive en las organizaciones sanitarias entre el voluntarismo de los nuevos directivos, el prudente distanciamiento de los profesionales y la hostilidad del resto de los trabajadores. Los directivos, independientemente de su formación y experiencia, aparecen como portadores de un cargo político, cuya variedad en las condiciones de ejercicio no puede esconder la precariedad derivada de la confianza política. Esta situación ha provocado la aparición de un “gerente politizado” en el sistema sanitario, más preocupado por la mediación de la organización sanitaria con el nivel político, que de la mediación interna con los profesionales sanitarios y, no digamos, de éstos con los ciudadanos.

Esta identidad de tipo político hipoteca la potencialidad de la función directiva y la condiciona a lógicas de relación más basadas en dinámicas de poder que en el uso de criterios objetivos de racionalidad clínica y económica. No es extraño, en tal circunstancia, que algunos directivos reproduzcan la esquizofrenia de sus responsables políticos y escondan bajo el barniz de la gestión empresarial, prácticas propias de la organización burocrática más rancia, pero aparentemente más segura y próxima a los deseos del poder.

Tampoco debe sorprender que en este contexto predomine una concepción reduccionista de la gestión en las organizaciones sanitarias como una copia del lenguaje y la técnica de las llamadas “empresas excelentes”. Este énfasis en lo instrumental, que privilegia los aspectos relacionados con las técnicas cuantitativas, muchas veces bajo la apariencia de recetas universales, perjudica la capacidad gerencial de los nuevos directivos. Se obvia el significado más profundo de la gestión como un marco de responsabilidad, portador de una visión global de la organización, así como el carácter contingente y *adhocrático* de sus técnicas, necesitadas en todo momento de adaptación a los contextos precisos en las que se aplican.

La vulnerabilidad de la lógica gerencial queda al descubierto ante la fortaleza de la cultura profesional, profundamente institucionalizada en el sistema sanitario. La minimización de los controles, la autorregulación del trabajo o la exclusión de la competencia, son rasgos de un orden cultural nacido de las reglas del juego de la organización buroprofesional y mayoritariamente compartido por los profesionales. Puede comprenderse la limitada capacidad de influencia que obtiene la gestión y los directivos en el estado en el que se presenta muchas veces ante las organizaciones sanitarias.

De todo ello se deduce el riesgo de que la reforma gerencial del sector sanitario acabe por agotarse ante la resistencia de los segmentos acomodados en el sistema: polí-

ticos, gerentes “politizados”, profesionales y trabajadores. Esta situación sólo puede superarse mediante cambios en las reglas de juego que induzcan a los actores a modificar sus actuales comportamientos, rompiendo el bloqueo. Para ello, hace falta algo más que la aplicación mecanicista de la economía de la organización; hace falta una coalición renovada de actores internos y externos que cuente con el protagonismo de los ciudadanos en la reforma de las actuales reglas del juego, buscando potenciales beneficiarios dispuestos a multiplicar sus efectos en el terreno de la gerencia y de los profesionales.

En cualquier caso, no se puede esperar que la introducción del gerencialismo signifique la total desaparición del régimen burocrático-profesional. La experiencia de los países más avanzados en la articulación de las viejas lógicas profesionales con los nuevos modelos organizativos y de gestión sanitaria, descubre la aparición de formas híbridas en la que coexisten en diverso grado ambos modos de coordinación. El gerencialismo no llega a ser hegemónico, pero se convierte en muchos aspectos en la fuerza dominante en el nuevo orden cultural de las organizaciones sanitarias.

Los profesionales han adquirido una nítida conciencia de que la racionalidad económica interviene decisivamente en sus procesos decisionales, condiciones de trabajo y relaciones con el mundo exterior. En España aún estamos lejos de poder alcanzar la misma conclusión.



*Riesgos y oportunidades de las  
empresas públicas sanitarias  
y nuevas formas  
organizativas y de gestión*

JOSÉ JESÚS MARTÍN MARTÍN

*Doctor en Economía. Universidad de Málaga*

*Profesor y Coordinador Área de Gestión Sanitaria y Políticas de Salud. EASP  
Granada. España*

*Conferencia presentada en el Seminario sobre "La Gestión del Cambio  
en los Servicios Sanitarios" celebrado en la EASP. Granada, España.*





# RIESGOS Y OPORTUNIDADES DE LAS EMPRESAS PÚBLICAS SANITARIAS Y NUEVAS FORMAS ORGANIZATIVAS Y DE GESTIÓN

*"No heredamos la tierra de nuestros padres, sino que la tomamos prestada de nuestros hijos"*

Proverbio africano

## 1. INTRODUCCIÓN

La creación de empresas públicas sanitarias y otras formas jurídico-organizativas novedosas de gestión de los centros sanitarios, se está convirtiendo en uno de los ejes de las propuestas de reforma tanto del INSALUD como de otros Servicios Regionales de Salud (SRS) con transferencias.

En el debate político su defensa o ataque suele realizarse de forma apriorística y numantina, sin considerar que su mayor o menor bondad dependerá del marco de regulación general al que estas formas organizativas pueden quedar sometidas, así como a la capacidad de generalizar al interior del INSALUD y otros SRS estas innovaciones. No hay razones para ser optimista.

Por un lado, el cambio y la innovación es una tarea ardua en el sistema sanitario español, sometido a una fuerte rigidez institucional que ningunea cualquier intento de transformación política, por las fuertes resistencias de los grupos de interés instalados en el interior o en los alrededores de las organizaciones sanitarias. Las incertidumbres de los resultados de una generalización de ciertas innovaciones organizativas ("empresarialización" de los centros sanitarios públicos, externalización y privatización de determinados servicios, incentivación económica de los clínicos, cambios en la regulación laboral, etc.), la enorme rigidez estructural institucional heredada, y consecuentemente, los altos costes políticos que el proceso de cambio implica, son las principales causas del confinamiento de la reforma organizativa e institucional al mundo de las ideas y de algunas experiencias piloto. Sigue pendiente la transformación de las enormes burocracias públicas del INSALUD y del resto de los Servicios Regionales de Salud (SRS).

La fuerte regulación administrativa que padece el INSALUD y los SRS es una importante causa de pérdida de eficiencia y por tanto de equidad. La defensa a ultranza del actual sistema de regulación y particularmente del marco estatutario preconstitucional de regulación laboral, puede llevar a no muy largo plazo al resultado contrario al que se dice pretender: la inviabilidad del SNS. Sin embargo, la creación de nuevas



formas jurídico-administrativas como entes públicos, sociedades mercantiles o fundaciones públicas, liberadas del Derecho Administrativo y del marco estatutario y funcional, no garantiza ni la mejora de eficiencia ni tampoco el mantenimiento de la equidad. Esto es asimismo válido para los entes de base asociativa formados por profesionales, como cooperativas o sociedades de responsabilidad limitada.

El diseño y gestión de políticas de cambio institucional y organizativo en el sistema sanitario no debería concebirse de forma miope como la aplicación casi en exclusiva del paradigma empresarial a las organizaciones sanitarias. La creación de nuevas formas jurídico-organizativas para la gestión de los centros sanitarios puede resultar útil y necesaria únicamente en un entorno institucional adecuado.

Las páginas que siguen analizan las empresas públicas sanitarias y otras nuevas formas jurídico-organizativas para la gestión de los centros sanitarios. En primer lugar se analiza el actual marco institucional y organizativo, sugiriendo que el sistema está instalado en una dependencia de la senda difícil de modificar. En segundo lugar se describen las principales opciones de nuevas formas jurídico-organizativas de gestionar los centros sanitarios, así como las principales experiencias existentes y los resultados de las primeras evaluaciones efectuadas.

Finalmente se evalúan los riesgos que una estrategia centrada casi exclusivamente en la "empresarialización" de las organizaciones sanitarias públicas puede conllevar y se proponen algunos elementos de la arquitectura institucional necesaria para no esterilizar a medio plazo las reformas organizativas iniciadas. Entre rendirse a la realidad de lo fáctico o sucumbir al nirvana estéril de la utopía, que si bien se mira, es prácticamente lo mismo, se debe aspirar a un cambio organizativo e institucional, en la lógica de lo posible, que garantice el mantenimiento y la mejora del Sistema Nacional de Salud (SNS)

## **2. INSTITUCIONES SANITARIAS EN EL ESTADO ESPAÑOL Y DEPENDENCIA DE LA SENDA**

En 1873 Christopher Scholes diseñó el teclado dactilográfico QWERTY en competencia con otros teclados. No existía aún un sistema dominante <sup>1</sup>. En 1904, la práctica totalidad de las máquinas de escribir lo empleaban. En el entorno actual el sistema de Scholes es muy lento e ineficiente en comparación con otras opciones, pero se mantiene y mantendrá previsiblemente en el futuro porque se ha desarrollado un mecanismo de autorrefuerzo y retroacción positiva (efecto aprendizaje) que impedía e impi-

<sup>1</sup> La idea del teclado QWERTY era maximizar la distancia entre las letras de uso más frecuente, con la finalidad de que el mecanógrafo fuera más despacio y diera tiempo a que las teclas, proclives a engancharse en aquellos tiempos, pudieran recuperarse.

de la sustitución de teclado QWERTY por cualquier otro aunque sea más rápido y eficiente. Cuando el sistema QWERTY adoptado inicialmente casi por casualidad, fue claramente ineficiente en comparación con otros sistemas más rápidos, ya era tarde. Los mecanógrafos aprendían en teclados QWERTY y los fabricantes producían máquinas de escribir con un teclado QWERTY porque era el que los mecanógrafos sabían utilizar.

El caso QWERTY es el ejemplo sin duda más famoso de una amplia gama de fenómenos históricos y económicos, identificados a finales de los setenta y principios de los ochenta, que pueden ser explicados a través del concepto de "dependencia de la senda" (*path dependence*), y que ocupa un lugar importante en la moderna economía institucional y evolucionista (David P. y Arthur B., 1982; Krugman P., 1994; Dixit A. y Nalebuff B., 1992). La dependencia de la senda puede adoptar diversas formas y utilizar distintos mecanismos, pero la idea central es la incidencia crucial de accidentes históricos en las rutas evolutivas de individuos, organizaciones, tecnologías e instituciones (Rivera J., 1997). El concepto de dependencia de la senda puede ser aplicado al cambio institucional y organizativo de los sistemas sanitarios.

Las instituciones son las reglas de juego de una sociedad, es decir las restricciones creadas por el hombre que dan forma a la interacción humana, definiendo y delimitando el conjunto de elecciones de los individuos. Estructuran por tanto los incentivos para el cambio político, económico o social (North, 1990). Las instituciones están formadas por reglas formales e informales (códigos de conducta, ideología, etc.) creadas por los seres humanos en función de sus percepciones subjetivas sobre la realidad que les rodea (North 1992). Las organizaciones son grupos de individuos enlazados por alguna identidad común hacia ciertos objetivos.

Las organizaciones cambian cuando las tecnologías que usan se modifican o el marco institucional que las regula se altera, para adaptarse, sobrevivir y alcanzar sus objetivos. En su búsqueda de estos objetivos las organizaciones alteran incrementalmente la estructura institucional. La dependencia de la senda enfatiza que el darwinismo organizativo e institucional no está dado, no hay un principio teleológico de eficiencia similar al principio de entropía de la física. Pueden adoptarse estructuras organizativas e institucionales no eficientes o que hayan dejado de serlo a lo largo del tiempo, y se mantengan a pesar de existir soluciones mejores gracias a fuertes mecanismos e incentivos de autorrefuerzo. De hecho, puede darse que se sostenga una trama institucional y organizativa subóptima que todos, o la mayor parte de los actores, desearían alterar si los costes implicados no fueran tan prohibitivos.

La dependencia de la senda puede ayudar a analizar la mayor o menor dificultad para introducir reformas e innovaciones, a pesar de la similitud de las fuerzas que presionan para efectuar cambios en los diseños organizativos e institucionales del sector salud. En particular, el desarrollo acelerado de la tecnología, que alimenta las expectativas de profesionales y enfermos, las crecientes evidencias sobre la desconocida efectividad de numerosos procedimientos y tratamientos médicos, y la globalización de la

economía, con la consiguiente reducción de los márgenes nacionales para instrumentar la política económica y particularmente la política fiscal.

La capacidad de efectuar cambios en sus organizaciones sanitarias mostrada por varios países europeos (Inglaterra, Suecia, Finlandia, etc.) contrasta con la fuerte inercia y rigidez estructural española. La historia importa, las elecciones adoptadas por una generación influyen en las siguientes.

En sus inicios nuestro actual sistema sanitario público surge en el marco de un modelo de Seguros Obligatorios de Enfermedad. Pero a diferencia de otros modelos continentales europeos, la Seguridad Social española desarrolla -sobre todo en los años sesenta- una extensa red de centros y organizaciones propias de carácter ambulatorio y hospitalario. El escaso desarrollo de otras redes asistenciales, con la relativa excepción de Cataluña, propicia una fuerte integración vertical "aguas abajo" del Instituto Nacional de Previsión (INP). Históricamente por tanto, nuestro sistema sanitario de Seguridad Social se ha caracterizado por una fuerte integración de la financiación y producción o provisión de servicios. Las organizaciones sanitarias públicas así configuradas se caracterizan desde su inicio por una fuerte integración vertical de sus actividades, están regidas por el principio de jerarquía, sometidas al Derecho Público en todos sus ámbitos, y sujetas a un fuerte proceso de centralización en su toma de decisiones.

El ámbito de la regulación laboral adoptó una forma muy peculiar<sup>2</sup>, condicionado por el hecho de ser personal dependiente del INP y no de la Administración del Estado, surgir en un régimen político no democrático, y desarrollarse fundamentalmente en los años de expansión económica de finales de los sesenta y principios de los setenta, caracterizados por fuertes superávit del INP y necesidades crecientes de legitimación del régimen político existente tanto interior como exteriormente.

Realizada la transición democrática, la Constitución y la Ley General de Sanidad (LGS) sancionaron el derecho a la protección de la salud y el derecho universal a la asistencia sanitaria, iniciando el proceso de transformación de un sistema de Seguridad Social a un SNS, pero no modificaron en términos significativos la regulación a que están sometidos los centros sanitarios públicos. El proceso de transferencias de la gestión sanitaria a las Comunidades Autónomas (CCAA) tampoco ha sido aprovechado por los responsables políticos autonómicos para un cambio en la regulación.

La forma jurídica escogida para las organizaciones sanitarias públicas ha sido la de Organismos Autónomos de Carácter Administrativo (OACA) y Entes Gestores de la

---

<sup>2</sup> Su regulación especial se recoge en el Estatuto jurídico del personal médico de la Seguridad Social (R.D. 3160) de 23-12-1996, el Estatuto de personal auxiliar sanitario titulado y auxiliar de clínica de la Seguridad Social (Orden de 26-4-1973) y el Estatuto de personal no sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de La Seguridad Social (Orden de 5-7-1971)

Seguridad Social (INSALUD e Instituto Catalán de la Salud, ICS)<sup>3</sup>. Esto implica esencialmente regularlas de forma similar al resto de la Administración Pública sometién-dolas a un corsé regulador de tipo administrativo de vocación garantista que prioriza la legalidad frente a la eficiencia. Este sometimiento alcanza a las principales materias de contenido económico, régimen presupuestario, de personal, retributivo, de contratación, contabilidad, control previo de legalidad y tesorería.

Una de las principales consecuencias de la actual regulación del INSALUD y los SRS es la generación de déficits presupuestarios sistemáticos en los centros asistencia-les, lo que conlleva que la mayor parte de los hospitales funcionan al margen de la legalidad presupuestaria vigente durante los últimos meses del año. La razón es la difi-cultad que tiene el actual control presupuestario para trasladar la restricción presupues-taria al médico. Sin embargo, son los médicos los que asignan el 70% de los recursos del sector sanitario en millares de decisiones diagnósticas y terapéuticas adoptadas en condiciones de incertidumbre (Ortún, 1996) sin responsabilidad formal ni incentivos sobre la eficiencia de sus actuaciones. La existencia de límites presupuestarios por capí-tulos de gastos es incompatible con la libertad clínica del médico en el proceso de aten-ción al enfermo. Son los médicos los que deciden fundamentalmente el consumo de recursos de cada enfermo.

En el ámbito de la regulación laboral, el colectivo cuantitativa y cualitativamen-te más relevante es el denominado personal estatutario regulado por disposiciones pre-constitucionales, pero como la experiencia ha mostrado, difíciles de cambiar. El desa-rrollo de una norma básica de regulación del personal que trabaja para las instituciones sanitarias públicas era contemplado en la LGS de 1986, pero no se ha llevado a efec-to. El actual marco de regulación estatutario genera fuertes disfuncionalidades y rigi-deces, práctica imposibilidad de despido, sanción o movilidad funcional, dificultades para el desarrollo de sistemas retributivos incentivadores orientados a resultados y de mecanismos (gestión clínica, etc.) que impulsen significativamente la eficiencia, etc. Cualquier prestación o actividad nueva tiene que efectuarse con recursos adicionales dada las enormes dificultades para la movilidad del personal.

La rigidez y centralización de la regulación laboral, no sólo del personal estatu-tario, sino también de funcionarios y personal laboral, otorga todo el protagonismo a las cúpulas sindicales y a los responsables políticos. Las presiones de sindicatos y pro-fesionales en el mercado político a la búsqueda de rentas monetarias y no monetarias han conducido históricamente a un aumento considerable de plantillas (López Casasnovas,

---

<sup>3</sup> De las CCAA con transferencias, todas menos Cataluña han optado por la forma de OACA. Cataluña en 1990 creó el Servicio Catalán de Salud (SCS) como Ente Público, pero no pretendió transformar la regulación de los servicios sanitarios del INSALUD que se transfieren, que se agrupan en el ICS, sino regular la relación con los hospitales concertados muy numerosos históricamente en Cataluña. Por su parte la Comunidad Valenciana ha creado el Servicio Valenciano de Salud, como órgano indiferencia-do de la Comunidad Autónoma con rango de Dirección General.

1993; Arruñada, 1997)<sup>4</sup>. La combinación de controles de retribuciones y salarios establecidos a nivel central con plantillas sobredimensionadas y en continuo crecimiento en muchos centros sanitarios conduce inevitablemente a crisis y huelgas periódicas.

Estamos inmersos en una situación de dependencia de senda, donde los distintos agentes del sector tienen mecanismos de autorrefuerzo importantes para no acometer reformas institucionales y organizativas significativas, aun cuando la percepción de la inadecuación de la regulación de las organizaciones sanitarias es clara y evidente. La idea de dependencia de la senda adquiere particular fuerza descriptiva en las dificultades para alterar sustancialmente los actuales estatutos de personal, y cambiar el proceso centralizado de regulación laboral

El actual marco de regulación institucional de las relaciones laborales se mantiene aunque ya no resulte eficiente. Responsables sindicales y trabajadores tienen fuertes incentivos y mecanismos de autorrefuerzo para no alterarlo sustancialmente. En un marco de regulación laboral que garantiza rentas y seguridad con absoluta independencia de la cantidad y calidad del trabajo realizado, ¿por qué habrían de aceptarse cambios que cuestionaran este hecho central?

### **3. EMPRESAS PÚBLICAS, NUEVAS EXPERIENCIAS EN GESTIÓN SANITARIA**

El proceso de innovación institucional y organizativa de los sistemas sanitarios debe enmarcarse, aunque presenta rasgos diferenciales específicos, en una estrategia más global de rediseño del Estado del Bienestar y de sus formas de organización y gestión. En la medida que se asuma el papel activo del sector público en la cohesión social y la articulación colectiva de la solidaridad, éste necesita introducir cambios a gran escala en su concepción y diseño (Echebarría et al., 1996; Bengoa, Echebarría, et al., 1997). El éxito de estos procesos de innovación es clave para estabilizar las líneas de defensa del Estado del Bienestar, frente a estrategias de "liberalismo de asalto" que reclaman la vuelta al mercado como solución a todos los problemas.

Conceptualmente las nuevas experiencias en gestión sanitaria se enmarcan al igual que en el resto de los países desarrollados bajo el paradigma de la denominada "competencia gestionada"<sup>5</sup>. La idea central es separar la financiación y regulación de la pro-

<sup>4</sup> En la actualidad en la sanidad pública, aunque no se conocen datos con exactitud, prestan servicios directos más de trescientos cincuenta mil empleados, de los que la mitad aproximadamente son profesionales sanitarios y algo menos del veinte por ciento médicos, según el documento marco "Descripción y estado de la situación del Sistema Nacional de Salud" presentado por el Ministerio de Sanidad (*Guía Sanitaria* nº 428.2.97).

<sup>5</sup> Si este símil de competencia se restringe a proveedores públicos se denomina "competencia pública", si se admiten proveedores privados estaríamos hablando de "competencia simulada". Una tercera opción es renunciar al actual monopolio público del financiador público y desconcentrar la gestión de la cartera de pólizas de la aseguradora pública en varios aseguradores privados y no lucrativos.

visión y producción de servicios. Los financiadores, mediante contratos asignarían recursos a los proveedores sanitarios trasladándoles un cierto nivel de riesgos y por tanto de potenciales beneficios y pérdidas. No debe olvidarse que la competencia implica inevitablemente una cierta dosis de destrucción. Competir y mantener el *estatus quo* son términos antagónicos. Aspectos comunes de estos procesos de innovación son la importancia de la autonomía de los hospitales y otros proveedores sanitarios, el desarrollo de la gestión clínica, la orientación de los servicios hacia la calidad, la recuperación del protagonismo de los usuarios, y el énfasis creciente en la efectividad de la práctica clínica y la medicina basada en la evidencia.

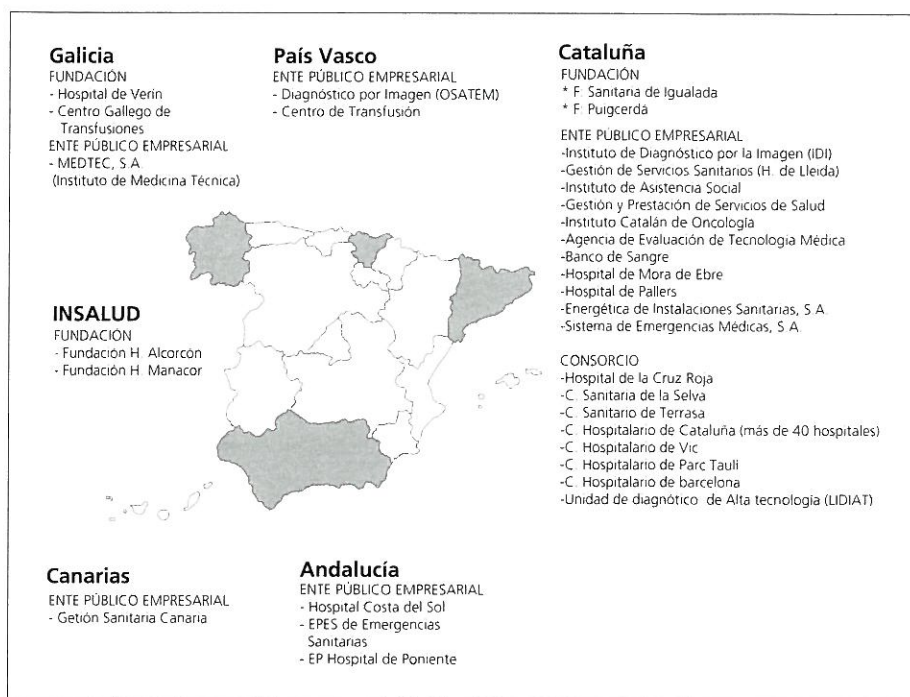
En España los esquemas de competencia gestionada se articulan y formulan a nivel político a partir del informe Abril (1991) que propone separar las funciones de financiación, compra y provisión de servicios, y configurar a los centros sanitarios como empresas públicas regidas por el derecho privado y fuera por tanto del ámbito del derecho administrativo. Desde entonces los análisis del sistema sanitario español y las sugerencias de reforma se han multiplicado sin que el cambio institucional y organizativo real haya acompañado a la riqueza de los análisis teóricos<sup>6</sup>.

Hasta el momento los distintos responsables políticos tanto del INSALUD como de otros SRS con transferencias han implementado esta estrategia mediante dos políticas específicas y complementarias. Por un lado, en relación a los hospitales y centros de atención primaria existentes actualmente, se ha seguido un enfoque *light* articulado en torno al contrato-programa y al desarrollo de sistemas de información sobre costes y actividad, minimizando los costes políticos que un cambio en la regulación con más enjundia pudiera acarrear. Por otro, en relación a la puesta en funcionamiento de servicios nuevos se han ido creando distintos tipos de empresas públicas y nuevas formas organizativas de gestión, tal y como se muestra en el Cuadro 1.

Este proceso, que ha resultado marginal salvo en el caso de Cataluña, ha sido regulado legislativamente con carácter general para el Estado con la Ley de Habilitación de Nuevas Formas de Gestión, aprobada el 10 de abril (Ley 15/1997)<sup>7</sup>. En el ámbito del Sistema Nacional de Salud, garantizando y preservando en todo caso su condición de servicio público, la gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos sanitarios de protección de la salud o de atención sanitaria o sociosanitaria

<sup>6</sup> Como ejemplo pueden citarse, Elola (1994): *Sistema Nacional de Salud: Evaluación de su eficiencia y alternativas de reforma*, López Casanova y Rodríguez Palenzuela (coords) (1997): *La regulación de los servicios sanitarios en España*; Bengoa, Echevarría et al (1997): *Sanidad, La reforma posible*, Barea y Gómez (1994): *El problema de la eficiencia en el sector público en España: especial consideración de la sanidad*; De Manuel y Siló (eds) (1996): *Gestión Sanitaria en el siglo XXI*. De Manuel y Pérez(eds) (1995): *Oportunidades de gestión empresarial en los servicios sanitarios públicos*, Meneu y Ortún (eds) (1996): *Política y gestión sanitaria*.

<sup>7</sup> Paralelamente, se ha producido una nueva ordenación de los organismos públicos que se regula en la Ley 6/1997, de 14 de abril de Organización y Funcionamiento de la Administración General del Estado.



*Cuadro 1. Nuevas fórmulas de gestión sanitaria*

*Fuente: El País, 16 de junio de 1997, pag. 29*

podrá llevarse a cabo directamente o indirectamente a través de la constitución de cualesquiera entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en Derecho.

En el marco de lo establecido por las leyes corresponderá al Gobierno, mediante Real Decreto, y a los órganos de gobierno de las Comunidades Autónomas -en los ámbitos de sus respectivas competencias-, determinar las formas jurídicas, órganos de dirección y control, régimen de garantías de la prestación, financiación y peculiaridades en materia de personal de las entidades que se creen para la gestión de los centros y servicios mencionados. La prestación y gestión de los servicios sanitarios y sociosanitarios podrá llevarse a cabo, además de medios propios, mediante acuerdos, convenios o contratos con personas o entidades públicas o privadas, en los términos previstos en la Ley General de Sanidad.

La Ley 15/1997 abre una amplia gama de formas y tipologías organizativas cuyas principales características se reseñan en el Cuadro 2.

Las entidades de derecho público con personalidad jurídica propia, sometidas a derecho privado, que según la nueva Ley 6/1997, de 14 de abril de Organización y Funcionamiento de la Administración General del Estado pasan a denominarse Entidades Públicas Empresariales ha sido la figura elegida en Andalucía y otras CCAA para la realización de distintas experiencias piloto (Cuadro 2).

Cuadro 2. Nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud:

Ley 6/1997 (14 de abril) y Ley 15/1997 (25 de Abril)

DEFINICIÓN	ORG. PÚBLICOS		SOCIEDADES MERCANTILES			SOCIEDADES MERCANTILES		
	ORGANISMOS AUTÓNOMOS	ENTIDADES PÚBLICAS EMPRESARIALES	ANÓNIMAS PÚBLICAS	RESPONSABILIDAD LIMITADA	CONSORCIOS	FUNDACIONES	COOPERATIVAS	
	Organismo público al que se encomienda, en régimen de descentralización funcional, la realización de actividades de fomento, prestaciones o de gestión de servicios públicos	Organismo público al que se encomienda la realización de actividades prestacionales, la gestión de servicios o de producción de bienes de interés público susceptibles de contraprestación económica	Sociedad anónima en la que la Admon. Pública o sus organismos públicos cuenten con la mayoría de las acciones o participaciones	Sociedad de Responsabilidad Limitada en la que la Admon. Pública o sus organismos públicos cuenten con la mayoría de las acciones o participaciones	Entidades jurídicas públicas, de carácter asociativo y naturaleza voluntaria, con pers. jurídica plena e independiente de la de sus miembros, con cap. jurídica de Derecho Público y Privado para la consecución de sus objetivos	Organizaciones que, por voluntad de sus creadores, tienen afectado de modo duradero su patrimonio a la realización de fines de interés general	Sociedad mercantil. Realiza cualquier actividad econ.-social lícita para la mutua ayuda entre sus miembros, al servicio de éstos y de la Comunidad, mediante la aportación y actividad de sus miembros con arreglo a la Ley	
RÉGIMEN JURIDICO	Derecho Administrativo	Derecho privado	Derecho privado (Mercantil, Civil y Laboral)	Derecho privado (Mercantil, Civil y Laboral)	Derecho público y derecho privado	Derecho privado (Administrativo, Civil, Mercantil y laboral)	Derecho privado	
LEY CONTRATOS DEL ESTADO	Sujetos a ella	Ley 13/1995 de 18 de mayo, de Contratos de las Administraciones Públicas	Real Decreto Legislativo 1564/1989, de 22 de diciembre, por el que se aprueba TRLSA	Ley 2/1995, de 23 de marzo sobre Sociedades de Responsabilidad Limitada	Derecho privado. Debe cumplir con los principios de publicidad y concurrencia	Derecho privado. Debe cumplir con los principios de publicidad y concurrencia	La gerencia está sujeta a ella. Las compras de los facultativos asociados no deben sujetarse a ella	
ÓRGANO RECTOR	Según su ley de creación específica	Según su ley de creación específica	Consejo Administración	Consejo de Administración	Junta General o Consj. de Gobierno	Patronato	Consejo Rector. Se podrá elegir Comisión Ejecutiva o Consejero Delegado	
RÉGIMEN PERSONAL	Laboral o funcional	Laboral	Laboral	Laboral	Laboral, en su mayor parte	Laboral	Laboral	
FINANCIACIÓN ACTIVIDAD	Ingresos propios autorizados y dotaciones de los PGE. Contrato programa simulado	Contrato-programa	Subvenciones de los Presupuestos públicos y demás recursos que se les asignen. Contrato-progr.		Contrato programa entre la gerencia y la unidad	Contrato programa entre la gerencia y la unidad que agrupa los servicios	Contrato de gestión clínica entre la gerencia y la cooperativa.	

Fuente: Elaboración propia.



En Andalucía, las evaluaciones realizadas de los entes públicos Empresa Pública de Emergencias Sanitarias y Empresa Pública Hospital Costa del Sol, indican un notable nivel de eficiencia de gestión. El menor corsé administrativo, la utilización de sistemas retributivos multinivel asociados a resultados y una fuerte orientación a la gestión clínica, serían algunas claves interpretativas de estos buenos resultados <sup>8</sup>.

En el País Vasco, la reciente Ley de Ordenación Sanitaria (Ley 8/1997, de 26 de junio) transforma al Servicio Vasco de Salud en un ente público de derecho privado, subrogándose todos los derechos y obligaciones del Organismo Autónomo Administrativo que se extingue. En el ámbito laboral se opta por la creación y desarrollo de un Régimen Estatutario Vasco específico, propiciando la unificación de los regímenes contractuales de los profesionales, mediante ofertas voluntarias de integración en dicho régimen.

Las funciones de aseguramiento y de contratación de servicios sanitarios se las reserva la Administración Pública, que las ejecutará a través del contrato-programa que adquiere la naturaleza jurídica de un convenio de carácter especial. En la Ley 8/1997 se establecen los requisitos básicos para la elaboración del contrato-programa.

En Cataluña la Ley 15/90 de 9 de julio, de Ordenación Sanitaria modificada por la Ley 11/95 de 29 de septiembre considera la figura del Consorcio <sup>9</sup>, la gestión por medio de empresa pública sometida a derecho privado <sup>10</sup> y como principal innovación organizativa la posibilidad de contratación de servicios a entidades de base asociativa (cooperativas, sociedades mercantiles, etc.) con personalidad jurídica propia, formadas total o mayoritariamente por profesionales sanitarios. La Ley prioriza la adjudicación a entidades constituidas por personal del SCS, en cuyo caso los declara en excedencia voluntaria, aunque, durante un período de tres años, les garantiza un puesto de trabajo en el mismo nivel, categoría y localidad. En la actualidad hay una experiencia piloto en una de las dos Zonas de Salud de Vic cuya gestión se ha cedido a una Sociedad de Responsabilidad Limitada constituida por médicos estatutarios de la Seguridad Social. Estas asociaciones de profesionales podrían contratar en un futuro con el financiador público, no sólo la atención primaria de un sector de la población, sino también la prescripción farmacéutica, y comprar determinadas actividades al nivel de atención especializada.

---

<sup>8</sup> Tanto el análisis con ratios clásicos e indicadores sintéticos como el Análisis Envolvente de Datos (AED) realizado señalan al Hospital Costa del Sol como el más eficiente de la red de hospitales públicos de características similares existentes en Andalucía. Véase Pérez, Carretero, Martín y López del Amo, (1997), Escuela Andaluza de Salud Pública (1997a y b).

<sup>9</sup> Se rigen por arts. de Reglamento de Servicios de Régimen Local, el art. 87 de la Ley de Bases de Régimen Local, el art. 110 del RD Legislativo 781/1986, de 18 de abril, de Régimen Local, el art. 7 de la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y el Procedimiento Administrativo Común y por las Leyes Autonómicas.

<sup>10</sup> Entes de derecho público sometidos a derecho privado, sociedades mercantiles y concesiones de gestión de servicios públicos.

En Galicia se ha optado por la figura de Fundación Pública, estando previsto que a los actuales centros así configurados se unan al menos otros dos hospitales comarcales<sup>11</sup> (80 camas aproximadamente cada uno) gestionados por Fundaciones públicas. En el INSALUD también se ha optado con claridad por el régimen jurídico de Fundaciones, concretado en los hospitales de Alcorcón y Manacor<sup>12</sup>.

Tanto los entes públicos sujetos a derecho privado como las sociedades públicas mercantiles y las fundaciones públicas tienen similares márgenes de gestión para la mejora de la eficiencia como son, la posibilidad de reinversión de beneficios, disponer de una caja propia lo que les permite la negociación de precios, tener capacidad de gestionar créditos aunque frecuentemente con límites<sup>13</sup>, y disponer de un régimen de regulación laboral (selección propia de profesionales, convenio colectivo y sistema retributivo específico, etc.). Asimismo, están sujetas a principios y controles legales, derivados de su carácter público similares.

La única diferencia sustantiva entre las distintas nuevas formas jurídico organizativas que buscan huir del Derecho Administrativo Público, se deriva de la nueva Ley de Contratos de las Administraciones Públicas 13/1995 que somete explícita y estrictamente a los entes de derecho público a la misma, reintroduciéndolos en el aspecto de compras y contrataciones de bienes y servicios en el Derecho Administrativo. Esto penaliza claramente a este tipo de organizaciones. Es muy difícil gestionar eficientemente una función tan compleja y diversificada como son las compras y contrataciones de las organizaciones sanitarias en el marco de regulación de la Ley de Contratos del Estado, como avala la experiencia histórica del INSALUD y los SRS.

Todas estas innovaciones organizativas y de gestión si bien pueden posibilitar a corto plazo importantes mejoras de eficiencia, tal y como parecen acreditar las evaluaciones existentes de algunas experiencias, presentan a priori importantes riesgos derivados de la ausencia de un marco de regulación institucional adecuado y de lo que es más importante aún, la inexistencia de incentivos por parte de los principales agentes para configurarlo. Las críticas a la "huida hacia el derecho privado" que implican buena parte de estas innovaciones jurídico organizativas pueden resultar correctas (Ariño Ortíz y Sala Auquer, 1995; Borrajo Iniesta, 1995. Villar, 1994, Iturriaga, 1997) dependiendo de la estrategia de regulación que se adopte.

---

<sup>11</sup> El Hospital Comarcal de la Muerte en Cee y el Hospital Barbanza en Riviera.

<sup>12</sup> Las fundaciones están regidas por lo establecido en la Ley 30/1994 de 24 de noviembre sobre Fundaciones Incentivos Fiscales a la participación privada en actividades de interés general con sujeción a lo establecido en los Reales Decretos 316/1996 de 23 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Fundaciones de Competencia Estatal y 384/1996, de 1 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento del Registro de Fundaciones de Competencia Estatal.

<sup>13</sup> Por ejemplo las fundaciones hospitalarias del INSALUD deben amortizarlos como máximo en el plazo de un año.

La cuestión crítica es el tipo de regulación a la que se van a someter estas empresas públicas de forma que el traslado de riesgos sea efectivo y se limiten de forma efectiva las actividades de influencia e interferencia política. El carácter político de la prestación de servicios sanitarios y la inexistencia de un marco general normativo homogéneo, claro y explícito de regulación de las empresas públicas sanitarias y las nuevas formas organizativas de gestión (públicas y privadas), posibilita altos costes de influencia política.

#### **4. AMENAZAS Y OPORTUNIDADES DE LAS EMPRESAS Y NUEVAS FORMAS DE ORGANIZACIÓN SANITARIA**

La regulación burocrática y el sometimiento al Derecho Administrativo ha sido la respuesta reguladora clásica históricamente para limitar los costes de influencia política, el amiguismo y el abuso de poder. Las empresas públicas sanitarias y el resto de las nuevas formas jurídico organizativas de la sanidad ofrecen más posibilidades para la endogamia. Los partidos políticos en una democracia representativa ofrecen incentivos selectivos a sus miembros con el fin de premiar sus esfuerzos y mantenerlos en el partido político respectivo ("¿qué hay de lo mío?"). Esto puede dar lugar a una ocupación con más o menos intensidad de los puestos de trabajo de estas organizaciones dependiendo del partido político en el poder y a una instrumentalización de los recursos del sector público con fines privados.

Nuestra tradición histórica política es concluyente al respecto y nuestra actual clase política tiene fuertes incentivos de autorrefuerzo para mantener la tradición, con independencia de la ideología suscrita o de su carácter estatal o autonómico. Problemas adicionales pero relacionados, son la posibilidad de colusión de la competencia, el control de los regulados al regulador y autoridad pública y que la competencia que se articule se produzca más en base a calidad que a precios (Gérvás y Ortún, 1997).

Todo esto puede conllevar el traslado de las ineficiencias de las organizaciones sanitarias al financiador en términos de mayor gasto y déficits, lo que neutralizaría un traslado efectivo de riesgos a las nuevas formas jurídico organizativas que se están planteando así como a centros de propiedad privada concertados. En la medida en que el financiador y comprador actúe como garante del centro sanitario contratado y existan expectativas claras de asumir cualesquiera déficits generados; la creación de empresas públicas sanitarias o el concierto con centros sanitarios privados no implica mayor grado de disciplina financiera, sino incluso la asunción de mayores déficits, consecuencia de la posibilidad de endeudamiento de los centros. Deudas que en última instancia asume el financiador público a través de la utilización de distintos mecanismos como pueden ser las subvenciones más o menos explícitas (financiación de programas finalistas, etc.). La experiencia histórica de Cataluña es significativa al respecto.

El diseño y aplicación de reformas organizativas e institucionales en el sistema sanitario español no debe reducirse a una "empresarialización" más o menos afortunada.

da o intensa de los centros sanitarios públicos, aunque esto sea sin duda un elemento imprescindible de cualquier estrategia solvente de salida de la actual dependencia de la senda en que están inmersos tanto el INSALUD como otros SRS. El diseño de la política sanitaria debería abordar un conjunto de cambios institucionales favorecedores de la reforma e innovación organizativa.

Las innovaciones organizativas y de gestión, y particularmente la generalización de nuevas formas jurídico-organizativas, orientadas a dotar de autonomía a los centros asistenciales y de responsabilidad en la gestión a los clínicos, necesita el adecuado respaldo legislativo y de regulación institucional que eviten la actual disociación entre nuestra legislación y regulación normativa y dichos procesos de cambio. La necesidad de este cambio institucional y organizativo ha sido explícitamente asumida por el gobierno<sup>14</sup> y articulada en cuatro grandes aspectos: "...lograr la separación efectiva de las funciones de financiación, compra y provisión; configurar los centros asistenciales como organizaciones autónomas, con una efectiva traslación de facultades de decisión y de riesgos; adaptar los mecanismos de financiación de los centros a dicha autonomía; y desarrollar un sistema común de acreditación de centros y servicios sanitarios...".

Existen dos problemas centrales en este tipo de estrategias de cambios organizativos: la dificultad de generalizar el proceso al interior de las actuales estructuras burocráticas del INSALUD y los SRS, y el control de las actividades de influencia política y de la presión de los grupos de interés en el mercado político, en ausencia del Derecho Administrativo y del régimen estatutario o funcional, que en todo caso no se han mostrado especialmente efectivos. Algunas estrategias que ayudarían a solventar esos problemas son las siguientes (Martín y López del Amo, 1997):

#### **a. Creación de agencias y entes compradores con autonomía efectiva de los responsables políticos**

Estas agencias aplican las directrices políticas referentes a políticas de salud, contratación y financiación de proveedores públicos y privados, y evaluación de resultados. Estas agencias de compra deben disponer de mecanismos que les "protejan" de presiones políticas y grupos de interés. Puede ser interesante explorar en este sentido la potenciación de una pluralidad de compradores siguiendo el modelo del Reino Unido (Mays y Dixon, 1996) y la creación de un marco legislativo especial para las mismas. En cualquier caso no deben considerarse como un mero apéndice de la Administración como hasta ahora ha sido concebidas, con las implicaciones de clientelismo, ineficiencia y déficits sistemáticos que esto implica.

La potenciación de la atención primaria como ente comprador, con personalidad jurídica propia puede ser un elemento clave en esta estrategia (Martín, 1993). La crea-

<sup>14</sup> Véase el Anteproyecto de dictamen de la subcomisión parlamentaria par el estudio de las medidas necesarias para la consolidación y modernización del Sistema Nacional de Salud, de junio de 1997.

ción y potenciación de entes de base asociativa de profesionales (sociedades de responsabilidad limitada, cooperativas, etc.) puede ser un camino adecuado en este sentido aunque presenta riesgos que el financiador y regulador central deben controlar (Ortún y Gérvas, 1996a y b) <sup>15</sup>.

Por otro lado, existen importantes razones para configurar atención primaria como la puerta de entrada al sistema (*gatekeeper*), y filtro para la atención especializada (Gérvas, Pérez y Starfield, 1994; Gérvas y Ortún, 1997). El acceso directo al especialista conlleva el uso inapropiado de recursos. Por ejemplo, los médicos generales seleccionan mejor que los propios pacientes cuando deben ir a urgencias hospitalarias, evitando despilfarro y la utilización de procedimientos indebidamente agresivos. Las comparaciones entre médicos generales y especialistas señalan que los primeros suelen emplear menos recursos, después de corregir por edad, sexo, tipo de morbilidad y gravedad (Greenfield et al., 1992; Roseblant, 1992). En algunos casos como la atención al embarazo y el parto se evitan uso de pautas de dudoso valor científico, como la episiotomía (Gérvas, 1993).

#### **b. Desarrollo de un sistema general de acreditación de centros sanitarios a nivel estatal y válido por tanto para el conjunto del SNS**

Existen distintas opciones relativas al desarrollo de este sistema y particularmente del organismo u organismos acreditadores competentes (Bohigas, 1997). Las cuestiones fundamentales a resolver son la distribución de competencias entre el Estado y las CCAA, y la garantía de credibilidad e imparcialidad del organismo acreditador. El control de las influencias políticas y de la presión de los grupos de interés y proveedores puede abordarse inspirándose en otros países con sólidas instituciones de acreditación (EEUU, Canadá, Australia y el Reino Unido). El organismo o organismos acreditadores deben ser independientes jurídica y fácticamente del financiador público, de los entes compradores y de los proveedores sanitarios. Debe evitarse una situación como la de Cataluña donde la Administración que acredita es a la vez la que financia y compra servicios.

#### **c. Creación de un marco de regulación específico de todos los entes públicos empresariales, sociedades mercantiles y cualquier forma jurídico-organizativa (fundaciones, cooperativas, etc.) de naturaleza pública** <sup>16</sup>

El gobierno ha efectuado recientemente la siguiente propuesta: "En esta materia, se deberá estudiar la conveniencia de abordar con el consenso de todos los grupos, una ampliación de la Ley General de Sanidad al objeto de regular, con carácter extraordi-

<sup>15</sup> Entre los riesgos y cautelas cabe señalar, la selección de riesgos, una dimensión insuficiente para compensar riesgos, la potencial pérdida de equidad, el aumento de los costes de administración y transacción, una baja densidad poblacional que impida la elección del usuario, y problemas éticos de compaginar beneficios económicos con atención al paciente.

<sup>16</sup> (Martín, 1995)

nario, un estatuto de los entes o empresas públicas sanitarias, definiendo las características de estas instituciones en todas aquellas materias donde se excepcionen regímenes jurídicos contenidos en leyes de aplicación general (acceso de los usuarios, garantía de los servicios, régimen económico, provisión y contratación de servicios, procedimiento de reclamaciones, singularidades en materia de personal, etc.)." <sup>17</sup>

#### **d. La generalización de las nuevas experiencias de gestión al conjunto del INSALUD y otros SRS**

Implicaría cambios institucionales y de gestión que generaran incentivos poderosos para un cambio de esta envergadura que rompiera la actual "rigidez institucional". A este respecto pueden citarse:

1. Los planes estratégicos del INSALUD y de otros SRS deben asumir como objetivos estratégicos la progresiva configuración de los centros sanitarios como entes dotados con personalidad jurídica propia y la progresiva creación de entes de base asociativa tanto a nivel de atención primaria como de atención especializada.
2. Los sistemas de financiación de centros asistenciales tienen que ser decididamente de naturaleza prospectiva, trasladando un cierto nivel de riesgos y por tanto de amenazas y promesas creíbles.
3. Debe reformarse en profundidad el actual sistema de relaciones laborales descentralizando la capacidad de negociación colectiva de las principales materias que conforman la política de personal a nivel de centro asistencial. En este sentido resulta interesante la propuesta del gobierno de definir un nuevo régimen estatutario básico, con carácter de mínimos, que regule específicamente a los profesionales sanitarios, proporcionando un régimen común de acceso y movilidad para trabajar en el SNS a través de un sistema de acreditación. Esta acreditación, sin embargo, no garantiza una plaza de trabajo en el sistema sanitario ni unas condiciones laborales ni retributivas predefinidas.

Los principales problemas de esta propuesta son la dificultad de alterar los actuales derechos adquiridos de los profesionales (plaza en propiedad, etc.) y la previsible reacción en contra de los sindicatos y asociaciones de profesionales <sup>18</sup>.

<sup>17</sup> Véase el Anteproyecto de dictamen de la subcomisión parlamentaria par el estudio de las medidas necesarias para la consolidación y modernización del Sistema Nacional de Salud, de junio de 1997.

<sup>18</sup> Véase por ejemplo las fuentes críticas efectuadas por la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM) en el documento "Reflexiones en torno a los Estatutos de las nuevas fundaciones hospitalarias. *Guía Sanitaria* 425/246 10.02.97.

4. Diferentes centros sanitarios del INSALUD y los SRS y particularmente los grandes centros hospitalarios, deben acometer procesos de reconversión controlada específicos para adecuarse al nuevo marco de regulación institucional. La existencia de fuertes excedentes de personal en los mismos debe abordarse con el diseño de sistemas de movilidad forzosa y procedimientos de jubilación anticipada convenientemente incentivados. Esto exige canalizar recursos adicionales para que el coste político de una reforma global no sea inasumible y las nuevas experiencias de gestión no se vean recluidas permanentemente en los márgenes del sistema sanitario.

Salir del actual sistema de dependencia de senda burocrática del INSALUD y otros SRS no garantiza un sistema sanitario mejor, pero continuar como estamos, seguro nos condena a un pobre y para "pobres" Sistema Nacional de Salud. Los procesos de producción de políticas sanitarias frecuentemente se tejen con juicios implícitos y pensamientos fundados en expectativas alejadas de la realidad. La influencia de los grupos de interés organizados, actuando en el mercado político en defensa de sus intereses asegura que se malgastan gran cantidad de recursos; por tanto, somos más pobres de lo que podríamos ser y, posiblemente, también menos sanos. Tratar de evitarlo supone pensar cambios institucionales que generen un marco estructural estable y competitivo para nuestras organizaciones sanitarias de forma que se dé un cierto darwinismo organizativo.

## Bibliografía

Acuerdo CESM-INSALUD sobre productividad variable. 2500 millones para cumplir el contrato-programa 1997. *Guía Sanitaria*, 436. 21.04.97.

Anteproyecto de Dictamen de la Subcomisión parlamentaria para el estudio de las medidas necesarias para la consolidación y modernización del Sistema Nacional de Salud 1997. *Guía Sanitaria*, 446. 30.06.97.

Arthur Andersen y Smithkline Beecham. *La modernización de la Sanidad Pública en el mundo*. Arthur Andersen, 1997.

Ariño Ortiz, G, Sala Auquer, JM. La gestión de los Servicios Sanitarios mediante formas personificadas: Especial referencia a empresas públicas y sociedades. En: La gestión de los servicios sanitarios. Modelos alternativos. *III Congreso Derecho y Salud*. Pamplona: Gráficas Lizarra, SA: 55-71, 1995.

Aruñada, B. Bases para la profesionalización de la sanidad pública. En: López i Casanovas G, Rodríguez, Palenzuela D. (Coord.) *La regulación de los servicios sanitarios en España*. Madrid: Editorial Civitas: 157-212, 1997.

Arthur WB. Self-Reinforcing Mechanisms in Economics, En: Anderson, P. W.; Arrow, K. J. y Pines, D., *The Economy as an Evolving Complex System*. Redwood City Ca.. Addison-Wesley, 1988.

Asociación Española de Contabilidad y Administración de Empresas. *La Contabilidad de Gestión en los Centros Sanitarios*. Madrid. Ortega Ediciones Gráficas, S.L. 1997.

- Barea, J. Gómez, A. *El problema de la Eficiencia en el Sector Público en España: especial consideración de la Sanidad*. Madrid: Instituto de Estudios Económicos, 1994.
- Bengoia, R. (Dtor). *La sanidad: un sector en cambio. Un nuevo compromiso entre la administración, usuarios y proveedores*. Barcelona: SG Editores, 1996.
- Bengoia, R, Echebarria, K, Fernández, JM, Vía, JM, Cambrubi, J. *Sanidad. La reforma posible*. Navarra: Bega Comunicación, 1997.
- Bohigas, L. La acreditación de hospitales: un paso hacia la liberalización del mercado hospitalario español. En: López i Casanovas G, Rodríguez, Palenzuela D. (Coord.) *La regulación de los servicios sanitarios en España*. Madrid: Editorial Civitas: 91-128, 1997.
- Borrajó Iniesta, I. La huída hacia fórmulas de gestión de Derecho Privado en la representación de Servicios Sanitarios: la supuesta crisis del Derecho Administrativo. En: *La gestión de los servicios sanitarios. Modelos alternativos. III Congreso Derecho y Salud*. Pamplona: Gráficas Lizarra, SA: 95-123, 1995.
- Burgos, R, Martín, JJ, Linares, A. Metodología de costes basada en las actividades aplicadas a trasplantes. *Gestión Hospitalaria*. 1: 53-58, 1997.
- Cabasés, JM, Martín, JJ. Diseño y Evaluación de estrategias de desregulación en el sector sanitario público en España. En: López i Casanovas G, Rodríguez, Palenzuela D. (Coord.) *La regulación de los servicios sanitarios en España*. Madrid: Editorial Civitas: 481-537, 1997.
- Carmona, G, Prados, A, Sánchez-Cantalejo, E. Los grupos de atención ambulatoria. Resultados parciales del proyecto: Evaluación del comportamiento de los Grupos de Atención Ambulatoria en nuestro entorno de Atención Primaria. *Gestión Hospitalaria*. 1: 40-45, 1997.
- Colell, AM. Sobre el carácter obligatorio y universal del seguro de salud. En: López i Casanovas G, Dir. *Análisis Económico de la Sanidad*. Barcelona: Servei Catalá de la Salut: 63-75, 1994.
- Concurso público para la gestión del hospital de La Rivera. El modelo FARNOS de reforma hospitalaria 1997. *Guía Sanitaria*, 427. 17.02.97.
- Confederación Estatal de Sindicatos Médicos. Reflexiones en torno a los estatutos de las nuevas fundaciones hospitalarias. *Guía Sanitaria*, 425/426.3. 10.02.97.
- David, P. Arthur, B.: Clío and the Economics of QWERTY. *American Economic Review*, 75 2, págs. 332-337, 1982.
- De Manuel Keenoy, E, Pérez Lázaro, JJ. (Eds.) *Oportunidades de Gestión Empresarial en los Servicios Sanitarios Públicos*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública. 1995.
- De Manuel Keenoy, E, Silió Villamil, F (Eds.). *Gestión sanitaria en el siglo XXI*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1996.
- Dixit, A. K. y Nalebuff, B. J.: *Pensar estratégicamente*. Barcelona: Antoni Bosch, 1992.
- Echebarria Ariznabarreta, K. *Los procesos de modernización de las administraciones públicas en Europa*. Barcelona. ESADE. Mimeo, 1996.
- Elola, J. *Sistema Nacional de Salud: Evaluación de su eficiencia y alternativas de reforma*. Barcelona: SG-Editores, 1994.
- Enmiendas y críticas contra el anteproyecto de dictamen de la subcomisión del Congreso. Todos contra el Partido Popular 1997. *Guía Sanitaria*, 447/448.7. 14.07.97.



Escuela Andaluza de Salud Pública. *Evaluación de la Empresa Pública Hospital Costa del Sol. Período 1994-1996*. Mimeo, 1997a.

Escuela Andaluza de Salud Pública. *Evaluación de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias de Andalucía. Período 1994-1996*. Mimeo, 1997b.

Evidences Based Medicine Working Group. La medicina basada en la evidencia. Guías del usuario de la literatura médica. *Jama*. monografía, 1997.

Fernández, JM. Modelos de contratación. En: Bengoa, R. Dtor. 1996. *La sanidad: un sector en cambio. Un nuevo compromiso entre la administración, usuarios y proveedores*. Barcelona: SG Editores. 77-86, 1996.

Figueres Marimont, T J, Saltman, RB. Tendencias actuales en las reformas de los sistemas sanitarios en Europa. *Revista de Administración Sanitaria* 1 2: 39-68, 1997.

García-Barbero, M, Goicoechea, J. *Health Care Delivery Profiles and Innovations in Selected European Countries*. Valencia: Fernando Gil, S.A. 1997.

Gervas, J, Ortún, V. Regulación y eficiencia de la atención sanitaria primaria en España. En: López i Casanovas G, Rodríguez, Palenzuela D. (Coord.) *La regulación de los servicios sanitarios en España*. Madrid: Editorial Civitas: 129-155, 1997.

Gervas, J, Pérez Hernández, MM. y Starfield, B. Primary Care, financing and gatekeeping in Western Europe *Family Practice* 11, 307-317, 1994.

Greefield, S, Nelson, EC, Zubnoff, M. et al. Variations in resource utilization among medical specialties and systems of care, *Jama*, 267: 1624-1630, 1992.

Iturriaga Nieva, R. *Las sociedades públicas, un dudoso instrumento de gestión*. Auditoría Pública, 10: 65-68, 1997.

Ley 8/1997, de 26 de junio sobre Ordenación Sanitaria de Euskadi. *BO PAÍS VASCO*, 21 Julio 1997, num.138.

López i Casanovas, G, Wagstaff, AR. La financiación hospitalaria basada en la actividad en sistemas sanitarios públicos, regulación de tarifas y eficiencia: el caso de la concertación hospitalaria en Cataluña. En: López i Casanovas G, Rodríguez, Palenzuela D. (Coord.). *La regulación de los servicios sanitarios en España*. Madrid: Editorial Civitas: 213-244, 1997.

López i Casanovas, G. La interrelación de lo público y lo privado en sanidad desde la perspectiva de la adopción de políticas sanitarias: algunas reflexiones contextuales. En: Meneu, R, Ortún, V. (Eds). *Política y gestión sanitaria: la agenda explícita*. Barcelona: SG Editores: 3-16, 1996.

López i Casanovas, G. Rodríguez, Palenzuela D. (Coord.) *La regulación de los servicios sanitarios en España*. Madrid: Editorial Civitas, 1997.

López i Casanovas, G. Ofertas de cuidados de salud y políticas de empleo en el sector sanitario público. *Hacienda Pública Española monografías*, 1: 45-68, 1993.

Martín Martín, JJ. *Innovaciones e incentivos en organizaciones sanitarias. Experiencias en la Comunidad Autónoma Andaluza*. Memoria de Doctorado. Departamento de Hacienda Pública. Facultad de Económicas y Empresariales. Universidad de Málaga, 1996.

Martín Martín, JJ. *Reformas Sanitarias en Europa*. En prensa, 1997.

Martín Martín, JJ. La Reforma Sanitaria de Atención Primaria en el Reino Unido. Una perspectiva desde España II. *Centro de Salud*, Vol. 1, Nº 8: 571-577, 1993.

Martín Martín, JJ., López del Amo, M<sup>º</sup>P. *Incentivos e Instituciones Sanitarias Públicas*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1994.

Martín Martín, JJ., López del Amo, M<sup>º</sup>P., Carretero, L., Pérez, C. Empresa Pública Hospital Costa del Sol. Innovaciones y eficiencia en la gestión hospitalaria. En: Costes y calidad en la contratación de servicios de salud. *XVII Jornadas Economía de la Salud*. Murcia: Compobell, S.L. : 113-117, 1997.

Martín Martín, JJ, López del Amo, M<sup>º</sup>P. La desregulación del sector sanitario público: oportunidades y riesgos. *Cuadernos de Cinco días. Serie: Los nuevos retos del sector público ante la Unión Monetaria Europea*. nº 8: Los problemas de la sanidad: 229-229, 1997.

Martín Martín, JJ. La Reforma Sanitaria de Atención Primaria en el Reino Unido. Una perspectiva desde España I. *Centro de Salud*, Vol. 1, Nº 7: 481-488, 1993.

Martínez Aguayo, C. El contrato programa como instrumento de gestión. En: Bengoar, R. Dtor. 1996. *La sanidad: un sector en cambio. Un nuevo compromiso entre la administración, usuarios y proveedores*. Barcelona: SG Editores: 77-86, 1996.

Mays, N, Dixon, J. *Purchaser plurality in UK Health Care. Is a consensus emerging and is it the right one?*. London: King's Fund Publishing, 1996.

Meneu, R, Ortún V. (Coords.). *Política y gestión sanitaria. La agenda explícita*. Barcelona: SG-Editores, 1996.

Ministerio de Sanidad y Consumo. Descripción y estado de situación del Sistema Nacional de Salud *Guía Sanitaria* nº 428, 24.2. 1997.

Ministerio de Sanidad y Consumo. *Gestión Analítica: Hacia el coste por paciente*. Proyecto Signo II. 1994.

Ministerio de Sanidad y Consumo *Gestión Analítica: Hacia la contabilidad analítica en los hospitales*. Proyecto Signo I. 1990.

North, DC. A transaction cost theory of politics. *Journal of Theoretical Politics*. 2: 4, 1990.

North, DC. Institutions, Ideology, and economic performance. *Cato Journal*, 113. 1992.

OCDE 1995. Nouvelles orientations dans la politique de santé. *Studes de politique de santé* nº7. París.

Ortún, V. Los contornos de las organizaciones sanitarias. En: *Costes y Calidad en la contratación de servicios de salud. XVII Jornadas de Economía de la Salud*. Murcia: Compobell SL: 39-54, 1997.

Ortún, V. Innovación organizativa en sanidad. En: Meneu, R, Ortún, V. (Eds.). *Política y gestión sanitaria: la agenda explícita*. Barcelona: SG Editores: 157-176, 1996.

Ortún, V, Gervas, J. 1996a: *Las Asociaciones de Profesionales en Medicina General*. Atención Primaria 1996, 17: 300-302.

Ortún, V, Gervas, J 1996b: Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria, *Medicina Clínica* 1996; 106: 97-102.

Pellise Urdiza, L. La financiación de servicios sanitarios en un contexto de competencia pública. En: López i Casasnovas G, Rodríguez, Palenzuela D. (Coord.). *La regulación de los servicios*, 1997.

Pellise, L. Regulación de competencia en el mercado de seguros sanitarios español. Capitación y selección de riesgos. En: Muface, Meneu, R, Ortún, V. (Eds.). *Política y gestión sanitaria: la agenda explícita*. Barcelona: SG Editores: 301-320, 1996.

Peiró, S. Limitaciones en la medición de los resultados de la atención hospitalaria: implicaciones para la gestión. En: Asociación de Economía de la Salud. *Instrumentos para la gestión en sanidad. XV Jornadas de Economía de la Salud*. Barcelona: SG-Editores: 57-101, 1995.

Pérez, C, Carretero, L, Martín, J, López del Amo, MP. Empresa pública Hospital Costa del Sol. Innovaciones y eficiencia en la gestión hospitalaria. En: Asociación de Economía de la Salud. *Costes y calidad en la contratación de servicios de salud. XVII Jornadas de Economía de la Salud*. Murcia: Compobell S.L. 1997.

Renaud, M. The future: Hygeia versus Panakeia? En: Evans, RG, Barber, ML, Marmor, TR. 1994. *Why are some people healthy and others not?* New York: de Gruyter. Existe traducción al español. *¿Por qué alguna gente está sana y otra no?* Madrid: Ediciones Díaz de Santos, 1994.

Rivera, JA. El efecto mariposa. *Claves de razón práctica*, 73: 32-41, 1997.

Roseblant. Specialists or generalist. On whom should be based the American health care system? *Jama* 267: 1665-1666, 1992.

Servicio Andaluz de Salud 1995: *Sistema de control de gestión hospitalaria COAN*. Manual.

Villar Rojas, F. La huída al Derecho Privado en la gestión de los servicios de salud. En: Asociación de Economía de la Salud ed: *Cambios en la regulación sanitaria*. Barcelona: SG Editores: 265-281, 1994.

WHO 1997. *European Health Care Reforms: Analysis of Current Strategies*. Edited and Written by R. Saltman y J. Figueres WHO Regional Publications. European Series nº72.

# *La perspectiva cultural en la gestión del cambio*

JUAN IRIGOYEN

*Profesor de Sociología*

*Facultad de Ciencias Políticas y Sociología*

*Universidad de Granada*

*Granada. España*

*Conferencia presentada en el Seminario "La Gestión del Cambio  
en los Servicios Sanitarios" celebrado en la EASP. Granada, España*



## **LA PERSPECTIVA CULTURAL EN LA GESTIÓN DEL CAMBIO**

En 1845 Marx escribe su célebre sentencia: “los filósofos han pretendido comprender el mundo; ahora se trata de cambiarlo”. Su llamada a la acción se corresponde con una explosión de iniciativas y proyectos que no dejan de crecer y que modifican sustancialmente la realidad. Sin embargo, desde la perspectiva del final del siglo XX, se evidencia que ahora el problema es el inverso. Se multiplican las acciones hacia el cambio intencionado a la vez que se pierde el control sobre los acontecimientos históricos, de modo que es difícil articular un escenario global coherente e integrado. En el tiempo actual se trata de nuevo de comprender el mundo. Esto no significa llamar a la inacción, pero el activismo y el voluntarismo son ineficaces si no están fundados en un conocimiento suficiente de la compleja realidad.

En la literatura gerencial se presenta en numerosas ocasiones el concepto de cambio de forma simplista y optimista. Se reproduce así el optimismo con que se contempla el cambio organizacional en los años cincuenta y sesenta. Pero en la década de los noventa, la situación es bien distinta. Parece preciso resaltar que el concepto mismo de cambio es complejo y genera equívocos. La paradoja del mismo es que su complejidad lo convierte en un concepto difícil de entender, al mismo tiempo que su equivocidad propicia que sea demasiado fácil de aplicar. Se confirman, en el caso del cambio, las lúcidas palabras de Rilke, quien afirma que existen palabras que matan lo que designan.

Se puede afirmar que la situación actual se caracteriza por la falta de congruencia entre los cambios que se identifican como necesarios y los cambios posibles. Así se configura un concepto fundamental, como es el de cambios bloqueados. Éstos serían los cambios necesarios en los que no se consigue avanzar en la dirección deseada. La programación del futuro por los promotores del cambio tropieza con obstáculos de gran envergadura. La reflexión acerca del cambio es inevitable si se quiere avanzar en la solución de los problemas que requieren de cambios. El paradigma de la sociedad bloqueada, formulado por Crozier en los años sesenta, hace énfasis en el bloqueo de la sociedad en un tiempo en el que se produce el progreso tecnológico. La sociedad bloqueada anuncia el modelo dominante en las próximas décadas.

### **EL CAMBIO EN LOS SERVICIOS SANITARIOS**

Cuando se hace referencia a la gestión del cambio en los servicios sanitarios, se designa a un cambio intencionado elaborado desde la cúpula del sistema. Pero el cambio en los mismos es más general. En todos los niveles del sistema operan procesos de cambio como efecto de cambios ocurridos en otros ámbitos sociales y organizacionales. Así se cumple el ortodoxo principio formulado por Moore, que reconoce que el cambio tiene doble base, es probable en cualquier parte del sistema y sus consecuen-

cias tienden a repercutir en ámbitos más amplios. La consecuencia es que no sólo se puede diseñar e impulsar un cambio desde la dirección, sino que el problema estriba además en identificar los cambios que operan en el sistema y adaptarse a éstos. Se confirma que, hoy más que nunca, el cambio procede de múltiples fuentes.

En algunas ocasiones, se proponen cambios sin tener en cuenta el pasado. Se procede como si se empezase de cero. Sin embargo, ningún cambio se produce aislado en el vacío. La realidad en el comienzo del cambio es el resultado de una cadena de acontecimientos sucesivos que configuran la situación de partida. De modo específico en los servicios sanitarios, en las dos últimas décadas se suceden proyectos de reformas, transformaciones de gran alcance y procesos bloqueados que generan efectos que no se pueden soslayar. Cambios administrativos, redistribución del poder, conflictos culturales de gran alcance y cambios en el entorno, son elementos a considerar en el momento inicial de un cambio que se proponga en el presente.

La propuesta de cambio organizacional que se formula para los sistemas sanitarios en los años noventa significa un nivel de cambio máximo, en el sentido de que la mutación afecta al conjunto del sistema. Todo un sistema sanitario caracterizado por su rigidez organizativa, su carácter monopolista y sus relaciones de prestación fundadas en una concepción pasiva y dependiente de los usuarios, llega a su fin. Como alternativa se propone una organización más flexible, basada en reglas de gestión de raíz empresarial, en un sistema de prestación pluralista y competitivo, que confiere a sus usuarios el estatuto de cliente. La distancia existente entre la situación de partida y el objetivo final del cambio es muy grande. Supone nada menos que la alteración de las relaciones entre los macroactores del sistema. De un sistema en el que el gasto público crece constantemente, y así se asegura el consenso entre los políticos, los administradores y los profesionales, en los que se delega el diseño de las prestaciones a unos usuarios cuyas expectativas son bajas, se pasa a otro en el que la insuficiencia de los recursos determina la emergencia de la eficiencia y el paradigma del cliente. En este caso las relaciones entre los macroactores se modifican. Los profesionales pierden la competencia del diseño del servicio, que es negociada con políticos y gestores, que actúan también en nombre de los clientes.

Un cambio de esa naturaleza no se puede realizar mediante la aplicación de estrategias resultantes de una concepción tecnocrática del mismo, que se agote en la utilización de un método de cambio organizacional. No existen métodos y técnicas de cambio eficaces de validez universal que puedan ser aplicados a los servicios sanitarios. Por el contrario, se trata de modificar el sistema de relaciones entre los actores presentes. De aquí se deriva un hecho de primordial importancia. En el cambio organizacional no se trata de ganar a ningún actor presente en la organización, tal y como se entiende en la reforma de los años ochenta. Las metáforas guerreras asociadas al cambio son inútiles. Ningún innovador puede imponer sus posiciones. El cambio radica precisamente en que otros actores asuman parte de sus posiciones. Ningún sistema social productor de servicios puede funcionar con la dialéctica de vencedores y vencidos.

Otro de los grandes problemas del cambio sanitario es la existencia de una concepción determinista y mecanicista del mismo. Se procede a elaborar un modelo que se considera óptimo y se impone sin condiciones, como un todo inalterable, a los afectados. El sistema sanitario en España, dada su historia y los procesos que operan en los últimos años en el mismo, es difícil que cambie unilinealmente mediante determinismos.

## LAS COMPLEJIDADES DEL CAMBIO

El cambio organizacional siempre es un proceso complejo en el que se presenta un dilema tan obvio como que las personas no pueden cambiar si no cambia el sistema, y éste no puede cambiar si no cambian las personas. Las teorías de cambio social se polarizan en estas coordenadas. Existen modelos holísticos en los que los hechos sociales supraindividuales constituyen la base, y modelos individualistas en los que las acciones individuales son las partículas del cambio. Desde la sociología se han elaborado diversas teorías que tratan de resolver el dilema.

Boudon entiende el cambio como resultado de un conjunto de acciones individuales que es inteligible en la estructura de una situación determinada, que constituye su contexto, que a su vez se relaciona con variables macrosociales. Coleman explica el cambio en los sistemas sociales según el análisis interno de la conducta del sistema. El análisis del cambio tiene que resolver lo que denomina como el problema micro-macro, es decir, la compleja síntesis entre los datos macro y microsociológicos. Para ello se tiene que realizar una transición teórica desde los datos sistémicos a la acción individual. Así se puede analizar en términos intencionales la acción individual que se produce en este contexto. Por último, realiza la segunda transición teórica, la cual permite comprender la aparición de un nuevo contexto o sistema social como resultado de la acción de los individuos. La complejidad de esta última fase del análisis de Coleman es patente. No es suficiente agregar mecánicamente las acciones individuales. Es preciso descubrir la naturaleza de estas acciones y sus efectos.

Durante los años ochenta, y todavía en la actualidad en algún caso, se entiende el cambio organizacional como cambio de actitudes. En consecuencia se propone que la realización de programas de información, acción y educación basta para modificar los comportamientos de los individuos y obtener su compromiso con el cambio. El requisito de esta estrategia es tener un objetivo de cambio que represente un sistema mejor que el existente. Sus resultados evidencian las insuficiencias de este enfoque.

Con posterioridad emerge un nuevo paradigma que considera a los individuos como sujetos calculadores que adoptan el comportamiento más racional posible en función de sus capacidades y de las recompensas y sanciones que aporta el juego organizacional. Así, si cambian las reglas de juego, se supone que cambiarán los comportamientos. Éste es el supuesto de cambio de todas las reformas administrativas de los años noventa, y de la reforma sanitaria que se inicia con el *Informe Abril* en particular.



Parece necesario referenciarse en un concepto de cambio que sea capaz de resistir la confrontación con las complejidades de la organización sanitaria. Un aspecto esencial radica en reconocer que sólo de manera voluntaria los profesionales modificarán su comportamiento. Los cambios iniciados desde la cima administrativa terminan bloqueados. No se puede reformar un sistema trabajando en su contra, tal y como señala Crozier. Los métodos de intervención tienen que diferenciarse de los utilizados hasta hoy.

## **EL CAMBIO DE LA CULTURA ORGANIZACIONAL**

Todas las reformas se basan en impulsos políticos. Los aspectos culturales suelen quedar relegados. Sin embargo, los obstáculos principales que tiene que remover cualquier reforma son culturales. La importancia que se concede a la cultura organizacional en la literatura sobre organizaciones es creciente. En el cambio necesario para implementar el nuevo modelo sanitario, la resistencia al cambio proveniente de las viejas culturas es de gran intensidad. Se puede afirmar que la reforma sólo progresará en el supuesto de que sea capaz de configurar un nuevo sistema cultural.

Desde los paradigmas de la complejidad en el análisis organizacional se entiende la realidad organizacional como la red interactiva que forman las normas, el conocimiento compartido, las prácticas y la cultura de los actores. Esta conceptualización permite entender la dinámica del cambio. Cuando se inicia un cambio, las estrategias se concentran en los niveles de la realidad más sencillos de transformar. Así se promulgan nuevas normas y se difunde el conocimiento que se deriva del nuevo modelo a aplicar. En apariencia se ha producido un cambio, pero una parte sustancial de las prácticas permanece, así como los esquemas mentales compartidos por los actores, es decir, la cultura. Uno de los problemas centrales del tiempo presente es la falta de congruencias entre los requerimientos de las organizaciones y los esquemas mentales de los actores. El cambio propuesto en la actualidad en el sistema sanitario no puede realizarse sin cambios en la cultura.

Existen diversas formas de entender el concepto de cultura. Algunos enfoques son marcadamente superficiales y se refieren a valores o rituales compartidos. Otros enfoques, tal y como el que se expone aquí, la entienden como algo más profundo. La cultura es un marco de referencia compartido, que contiene una diversidad de elementos heterogéneos, entre los que cabe destacar los supuestos básicos que interiorizan los miembros que la comparten. Uno de sus rasgos más distintivos es que no atiende a soluciones puntuales. Aquí radica su fuerza. Si lo hiciera sería objeto de evaluación y de reformulación. Por el contrario, la cultura orienta los actos de toda la organización.

La cultura se forja y se modifica en las relaciones de cotidianidad de la organización. Por lo tanto es muy poderosa y tiende a reforzarse a sí misma. Así es difícil de modificar, porque es la resultante de la cristalización de unos supuestos compartidos que se llegan a aplicar sin discusión. Además tiene un carácter marcadamente emocio-

nal. Su violación significa la generación de respuestas emocionales. Su poder estriba en que de modo operativo significa un conjunto de categorías predefinidas que descifran la información y atribuyen un significado a los sucesos cotidianos.

La complejidad de la cultura es patente. No existe una sola cultura en una organización. En el sistema sanitario existen una multiplicidad de culturas: gerenciales, burocráticas, clínicas, de especialidad, de médicos generalistas, salubristas, de cuidados y de oficios. De ahí que lo que existe en la realidad es una organización o sistema cultural. Éste está formado por todas las culturas presentes y sus relaciones, así como su orientación, grado de compatibilidad, fuentes, homogeneidad y estabilidad. En muchas ocasiones, las culturas no son congruentes con la cultura de la organización. El tiempo actual se caracteriza por la pugna entre culturas gerenciales y burocráticas.

Un concepto de gran importancia es el de ciclo cultural. En las fases más estáticas las organizaciones mantienen su unidad o equilibrio cultural. Pero en las fases de cambio se producen turbulencias culturales. En el sistema sanitario la irrupción de culturas primero salubristas y después gerenciales, genera una desarticulación y confrontación cultural de grandes dimensiones. Las crisis culturales tienen efectos devastadores sobre la organización. Generan una situación de clausura, consistente en que categorías, grupos e individuos pierden su capacidad de entender y actuar frente a lo nuevo. Se activan defensas psicológicas que impiden la comprensión de la realidad. La obstinación y rechazo activo, las reacciones emocionales regresivas y la negativa a comunicar son sus consecuencias más negativas. Los climas organizacionales son de pésima calidad. Así se favorece la activación de dogma, estereotipos y premisas no fundadas. El sistema de relaciones resultante se configura como un obstáculo a cualquier transformación.

La cultura organizacional se construye en las interacciones que se realizan en la vida organizacional, realizadas por una trama activa que trasciende el sistema de relaciones derivado de la estructura de la organización. Parece difícil que ningún líder o dirección puede crear un sistema cultural. La interacción en un marco social e histórico determinado es quien produce la cultura.

De este modo, los cambios en la cultura son complejos, lentos, difíciles y multidimensionales. Producir y gestionar símbolos, significados e interpretaciones desde un ámbito como la dirección presenta dificultades para ser absorbidas por el conjunto de la organización. El cambio de la cultura requiere un tiempo y esfuerzo extraordinarios. Los gestores no son propietarios de la cultura y carecen de capacidad para manipularla. En el sistema sanitario la cultura gerencial procede de fuentes externas. Su *aterri-zaje* en el mismo genera una crisis y conflicto cultural que hace reaccionar a las élites culturales clínicas. En un estado de crisis cultural es imposible su progreso. Pero, en cualquier caso, el cambio cultural se realiza mediante la penetración de una cultura en otra. Así unos elementos determinados de la nueva cultura son absorbidos por las otras. Para eso es necesario que los gestores realicen acciones y mensajes que tengan una

dirección adecuada a los elementos básicos de las culturas existentes. La imposición de un sistema cultural a los profesionales es irrealizable.

Desde la cima administrativa del sistema sanitario, se puede producir un saber oficial que se registra en estructuras, memorias, procedimientos y documentos. Este saber se difunde por la organización y puede tener una influencia estimable. Pero no tiene necesariamente que cristalizar en pautas culturales, y menos si encuentra resistencia cultural. La cultura no es manejable, no se puede reglamentar ni subordinar al diseño estratégico. Emerge de las relaciones sociales y se interioriza en un complejo proceso en el que nadie tiene el control.

## **EL FUTURO DEL CAMBIO SANITARIO**

El cambio sanitario, y específicamente el cultural, depende más de la consolidación de los gestores que de la elaboración de un modelo de cambio que fije con rigor sus objetivos y métodos. Ningún modelo de cambio es viable si no es realizado por un agente de cambio competente. Todo cambio implica incertidumbres que exigen rectificaciones que sólo son posibles en el caso de que quienes lo impulsan tengan capacidad de aprendizaje. Los cambios impulsados por sujetos colectivos que elaboran un modelo y se encasillan ante los acontecimientos desfavorables defendiendo su razón, siempre se bloquean y generan lógicas de dominio de los efectos perversos.

El cambio sanitario depende esencialmente de la capacidad de los gestores de mejorar su posición en la trama de relaciones de la organización, y de que su cultura pueda penetrar en el sistema cultural ganando influencia. En el mejor de los casos esto se puede realizar sólo de forma gradual. Además, un requisito imprescindible es el de reducir el estado de crisis cultural existente. Sólo mediante el intercambio se puede influir en un sistema de estas características. La imposición es inviable, el único objetivo posible es ganar la adhesión voluntaria de los profesionales. Esta es la única garantía del cambio.

*Nuevas habilidades para  
los directivos de  
organizaciones sanitarias*

PAULINE L. MEURS

*Profesora del Departamento de Política y Gestión Sanitaria  
Universidad Erasmus  
Rotterdam. Países Bajos*

*Conferencia presentada en el Seminario "La Gestión del Cambio  
en los Servicios Sanitarios" celebrado en la EASP. Granada, España.*



# NUEVAS HABILIDADES PARA LOS DIRECTIVOS DE ORGANIZACIONES SANITARIAS

## 1. INTRODUCCIÓN

El tema de las nuevas habilidades de los directivos de las organizaciones sanitarias al principio parecía fácil pero luego se está volviendo cada vez más complicado y confuso.

¿Deben adquirir o aprender estos directivos nuevas habilidades? ¿Podemos identificar unas habilidades específicas de gestión? ¿Qué tienen de especial los directivos de la atención sanitaria?

Teniendo presentes todas estas cuestiones, un título sencillo para una ponencia se ha convertido en una serie de hipótesis difíciles de corroborar o de refutar. Intento, en consecuencia exponer y debatir mi reflexión en torno a estas tres preguntas, proponer algunas ideas o sugerencias, sin intentar dar respuestas definitivas.

## 2. LA GABARDINA VACÍA Y EL OSITO WINNIE THE POOH

Desde el año pasado soy la coordinadora de un Programa de Master para Directivos Holandeses de las organizaciones sanitarias. Dicho Master es un proyecto de colaboración entre el Departamento de Política y Gestión Sanitaria de la Universidad Erasmus de Rotterdam y la Asociación Holandesa de Directivos de Organizaciones Sanitarias.

Al comienzo del Master les regalamos dos libros a los alumnos; estos dos libros simbolizan las principales cuestiones que tienen que tratar los directivos hoy en día.

El primer libro que les regalamos es "*La Gabardina Vacía*", escrito por Charles Handy y el segundo es "*El osito Winnie de Pooh y la gestión*", que como podrán ver supone una inspiración británica<sup>1</sup>. Ambos libros tienen características similares: se pueden empezar a leer por el principio o por el final, los autores presentan una línea argumental basada en sus propias experiencias, en vez de dar una receta aplicable de inmediato ofrecen una invitación al lector; a veces, sólo con leer una página basta para poder emprender una reflexión individual. Puede ser que en eso consistan las habilidades de la gestión: no dar recetas magistrales, organizar reflexiones abiertas y pensar mirando hacia delante y hacia atrás a la vez.

Vamos a continuar con el contenido de estos dos libros. El tema principal de *La Gabardina Vacía* es cómo tratar con paradojas. Handy nos dice: como directivo tienes

---

<sup>1</sup> N. del t.: Los títulos originales son *The Empty Raincoat* de C. Handy y *Winnie-the-Pooh on Management*.

que ser un experto en paradojas. Las paradojas no se deben considerar como signos visibles de un mundo imperfecto que un día conseguiremos comprender y organizar mejor. Por el contrario, debemos vivir con las paradojas, disfrutarlas al máximo y utilizarlas como indicaciones para avanzar en nuestro camino.

Según el autor, los directivos tienen que aprender a vivir con las paradojas, compensar las contradicciones y utilizarlas como invitación a encontrar un camino mejor.

Otro tema que trata Charles Handy o, mejor dicho que extraigo de la obra de este autor, es la responsabilidad cambiante de los directivos. El ámbito de responsabilidad que tienen los directivos ha aumentado porque ya no sólo son responsables del funcionamiento de la organización sino que también deben ocuparse de las cuestiones sociales que trascienden las fronteras de su propia organización. Dichas fronteras se hacen cada vez más permeables, el mundo exterior entra en la organización y en el campo de la atención sanitaria hemos observado que los hospitales, instituciones psiquiátricas, etc. han seguido un proceso de apertura al exterior y se han convertido en un asunto de interés público. En Holanda podemos ver cómo los medios de comunicación están muy interesados en publicar artículos sobre el funcionamiento o, más bien, el disfuncionamiento de la profesión médica y las instituciones sanitarias, la responsabilidad ante el público se ha convertido en una cuestión primordial de la agenda política.

El otro libro, *El Osito Winnie the Pooh y la Gestión*, se puede considerar el homólogo de *La Gabardina Vacía*. Aunque el mundo le pueda parecer “confuzísimos” al osito Pooh, la gestión le resulta una tarea bastante fácil, es cuestión de saber lo que quieres y después montar una estrategia para conseguirlo. El principal objetivo de Pooh es conseguir miel, es decir, conseguir toda la miel posible. De hecho, para conseguir este objetivo el osito tiene que cooperar con sus amigos y después darle un poco de miel como recompensa por su ayuda. Eso es todo.

Las aventuras de Pooh con la gestión también nos enseñan que a veces nos tenemos que salir de nuestros propios esquemas de análisis, mirar las cosas desde otro punto de vista y tratar de encontrar soluciones nuevas.

Lo más bonito de Winnie de Pooh es que tras haber aprendido qué es la gestión y las habilidades de gestión pensó que se había convertido en un oso muy importante. Esto también se aplica a los seres humanos; de hecho muchos directivos piensan y actúan como si fuesen muy importantes. Por desgracia, o puede que por suerte, esto no siempre se cumple.

Podría continuar reflexionando sobre estos dos libros pero para continuar con lo que nos ocupa me voy a centrar en dos ideas centrales:

La primera idea es que los directivos tienen que ser expertos en la paradoja. Las organizaciones sanitarias están plagadas de *paradojas*. Por ejemplo, procesos de centralización y descentralización, controlar procesos de trabajo e introducir la variedad,

reforzar la identidad organizativa y a la vez invertir en las relaciones de red con otras organizaciones.

La segunda idea es tener claros los *objetivos*, comenzar teniendo presente la *meta*. Si sabemos lo que queremos, tenemos la mitad del trabajo hecho.

Vamos a continuar con las tres preguntas con las que empecé: ¿Qué hay de nuevo? ¿Necesitan los directivos tener unas habilidades específicas? ¿Qué tienen de especial el papel y la tarea de los directivos de las organizaciones sanitarias?

### 3. QUÉ HAY DE NUEVO EN EL HORIZONTE

No creo que los directivos de las organizaciones sanitarias necesiten habilidades nuevas. En mi opinión se está produciendo algo parecido a una transferencia de competencias, pasando del nivel gubernamental al nivel de gestión puede decirse que está aumentando el poder discrecional de los directivos. Sin prisa pero sin pausa, los directivos están consiguiendo una posición más estratégica en el conjunto del sistema sanitario y este cambio les concede la oportunidad de tomar decisiones a nivel organizativo y de definir sus propias estrategias.

En lugar de hacer hincapié en el carácter nuevo de su papel, me gustaría centrar su atención en la aceptación y la legitimación del papel de los directivos de la atención sanitaria. Desde un punto de vista sociológico, uno de los cambios que se ha producido en los últimos veinte años en la atención sanitaria es el reconocimiento y la aceptación de que las instituciones sanitarias deben contar con una gestión profesional. Ya se ha aceptado la presencia inevitable de esta élite de la gestión. Queda claro que no todo el mundo está contento con esta élite pero esa no es la cuestión que ahora nos ocupa.

Los directivos de la atención sanitaria no necesitan habilidades nuevas sino que necesitan otro tipo de habilidades para convertirse en expertos de la paradoja. Siempre ha habido y sigue habiendo un gran interés por las habilidades técnicas de gestión: economía, logística, recursos humanos, etc. También existe un interés por la comunicación, la estrategia, la negociación y la gestión del cambio. Todas estas habilidades son importantes y tienen un gran valor pero son sólo parte de la historia porque al fin y al cabo no son útiles para tratar con las paradojas y los dilemas que no pueden solucionarse con una técnica o herramienta sofisticada de gestión.

### 4. HABILIDADES ESPECÍFICAS Y RESPONSABILIDADES

Pasamos ahora a las dos preguntas siguientes: ¿Cuáles son las habilidades y las responsabilidades específicas de los directivos de la atención sanitaria?



Los directivos tienen que asumir responsabilidades que trascienden las fronteras de sus organizaciones. Recordemos La Gabardina Vacía de Handy.

En el campo de la atención sanitaria, los directivos tienen que desenvolverse en una situación donde la demanda es constante y el presupuesto es restringido. En este sentido, van a estar siempre tratando cuestiones sociales y tienen que tomar sus propias decisiones basándose en su visión de la salud y de la atención sanitaria.

Además asumen dichas responsabilidades en un contexto social en el que no existe un conjunto de normas y valores establecidos que puedan tomar como referencia.

En la atención sanitaria tenemos que tratar con intereses en conflicto ya que en la producción, gestión y financiación de la atención sanitaria intervienen partes distintas. Estos intereses en conflicto van a estar siempre presentes y sería ingenuo pensar que, si aplicamos las herramientas y técnicas de gestión adecuadas, podemos desarrollar un sistema coherente con objetivos definidos y procedimientos sólidos.

A veces tendemos a describir y definir las organizaciones de atención sanitaria como una pirámide en cuyo vértice superior se sitúa el director ejecutivo. Cuando se trabaja en dichas organizaciones y se analiza su funcionamiento, resulta obvio que es mejor compararlas con un peñón lleno de monos (estoy segura de que aquellos que hayan estado en Gibraltar se pueden hacer una idea). Hay coaliciones que cambian, negociaciones siempre en marcha, varios líderes distintos y el modelo de poder cambia continuamente. En las organizaciones sanitarias los directivos participan en el juego, son una de las partes implicadas y una de sus principales tareas es mantener en marcha el movimiento y el debate. La habilidad más importante que deben tener sería supervisar el debate y la negociación, que es de hecho una habilidad de proceso. Volveré a tocar este punto más adelante.

Ahora quisiera retomar la cuestión de la responsabilidad. Como he dicho anteriormente, el conflicto de intereses tiene una dimensión específica en la atención sanitaria. Los directivos no sólo son responsables del funcionamiento de su organización, también tienen una responsabilidad social.

Los directivos de la atención sanitaria siempre intervienen de forma simultánea en los ámbitos público y privado. Desempeñan una tarea pública, lo cual acentúa su responsabilidad social y, a la vez, responden de que su organización funcione de forma eficiente, rentable y competitiva.

Existen varios ejemplos de la práctica diaria de los directivos de las organizaciones sanitarias en los que interfieren ambos conjuntos de normas. Por ejemplo, en Holanda se va a aprobar una ley que dificulta el acceso al tratamiento médico a las personas en situación ilegal, tales como aquellas que han solicitado asilo político. Partiendo de una base de consideraciones éticas y médicas, el gobierno considera que los hospiti-

tales no se negarán a atender adecuadamente a estas personas y a la vez sigue haciendo hincapié en la necesidad de reducir costes y aumentar la eficiencia. En este caso podemos ver cómo entran en colisión dos conjuntos de normas y queda a criterio de los directivos la solución de esta colisión.

Otra forma de ilustrarlo es que, por un lado, las políticas gubernamentales inciden en la importancia de la atención transversal, es decir organizar cadenas de atención sanitaria que enlacen todas las fronteras organizativas, y por otro lado existe un conjunto de normas y reglamentos sobre la financiación que constituyen una gran barrera para el desarrollo de la atención transversal.

Cada vez es más evidente que no hay un único conjunto de normas que pueda usarse como marco de referencia para tomar decisiones en el ámbito organizativo.

La cuestión básica es dilucidar qué competencias necesitan los directivos y líderes para poder asumir estas responsabilidades en ocasiones conflictivas.

Los filósofos posmodernos hacen énfasis en la ausencia o pérdida de normas y valores aceptados que nos guíen la vida diaria y nos informen sobre la continua fragmentación de la misma. Con frecuencia, se rechaza la perspectiva posmoderna por considerarla pesimista o incluso peor, por considerarla inmoral u oportunista.

Me gustaría centrarme en la cara positiva; la falta de un conjunto global de normas y valores crea un “espacio abierto”, nos ofrece la posibilidad de buscar normas y valores nuevos y esto es precisamente lo que deben hacer los directivos de la atención sanitaria

## 5. COMPETENCIAS FUNDAMENTALES

Los directivos de la atención sanitaria tienen dos competencias fundamentales:

### *a. La capacidad de desarrollar una visión personal*

La palabra responsabilidad es muy descriptiva en este sentido: la capacidad de responder. Consiste en la habilidad de elegir tu propia respuesta y de tomar una decisión consciente basada en valores propios en vez de culpar a las circunstancias o a condiciones externas específicas.

### *b. La capacidad de mantener las distancias*

La reflexión permanente como segunda naturaleza. Esta reflexión permanente es un complemento necesario para la visión personal. Sin una reflexión permanente y sin mantener las distancias, una visión personal se puede convertir

fácilmente en un estilo de gestión paternalista, o sea, “yo sé lo que te conviene” y ya hemos tenido bastante gestión de ese tipo.

Teniendo presentes estas dos competencias, quisiera considerar la tarea de la gestión en la atención sanitaria como una “artesanía societal”. Yo he creado este término y no estoy segura de que exista pero voy a intentar explicar a qué me refiero con él. Si definimos la gestión como una profesión, como una artesanía, podemos identificar tres capas distintas que conforman la competencia profesional de un directivo.

- 1) La primera capa está compuesta del conocimiento técnico sobre las distintas áreas de gestión. En términos generales, esta capa de conocimiento está orientada a todos los aspectos del funcionamiento de una organización profesional, tales como finanzas, estrategia, gestión de recursos humanos, habilidades de negociación, etc. En este nivel existen muchas técnicas específicas de gestión que se pueden aprender y aplicar.
- 2) La segunda capa consiste en la relación entre el conocimiento técnico y las posibilidades personales, limitaciones, ideales y ambiciones. En este nivel se ha internalizado el conocimiento técnico. El saber y la experiencia adquiridos se pueden usar de forma auténtica.

Uno de mis colegas usa una distinción muy acertada y habla de saber de primera mano y saber de segunda mano. Se apoya en que en nuestras organizaciones modernas estamos demasiado orientados hacia el saber de segunda mano y nos olvidamos del saber de primera mano que es el saber que tenemos dentro, el que usamos día a día y de forma implícita cuando hacemos nuestro trabajo. La idea de este colega es que en vez de enviar al personal que hagan cursos costosos, sería más fructífero y provechoso descubrir el saber de primera mano que tenemos en nuestras organizaciones.

Todos los libros de recetas de gestión que nos encontramos casi a diario activan el saber de segunda mano y su uso es limitado si no lo absorbemos y lo remodelamos según nuestras posibilidades y experiencia.

- 3) La tercera capa se refiere a la relación entre el conocimiento técnico y los ideales personales con el contexto social. Los directivos de la atención sanitaria toman una postura en el contexto social. Este contexto se caracteriza por la existencia de requisitos y demandas contradictorias que tienen que barajar los directivos.

Su percepción y opinión del contexto social es la base fundamental para tomar decisiones normativas, decisiones que tendrán un carácter más o menos permanente.

Con el término artesanía societal quiero hacer hincapié en que los directivos se convierten en líderes cuando consiguen aunar todas estas capas y necesitan las habilidades artesanales, el toque personal que marca la diferencia. En este sentido, las decisiones normativas que se toman teniendo en cuenta el contexto social sí que marcan la diferencia de verdad.

Si se aceptase esta definición de gestión, cambiarían drásticamente los anuncios de las ofertas de empleo y el perfil de los candidatos buscados para puestos de gestión. Creo que cuando se habla sobre las habilidades de gestión, hay una cierta tendencia a centrarse en la primera capa, es decir, en el conocimiento técnico. Por extensión, se piensa que cuantos más conocimientos técnicos tengan los directivos, mejor gestionadas y controladas estarían las organizaciones a su cargo. ¡Las paradojas de Handy no están muy presentes!

Como podrán ver he pasado de las habilidades a las responsabilidades y de las habilidades a las competencias y cualidades de la gestión.

## **6. PAPELES A DESEMPEÑAR**

A continuación voy a analizar los tres distintos papeles que pueden desempeñar los directivos. Estos papeles se basan en la premisa de que la gestión de la atención sanitaria es una profesión por derecho propio y tiene un componente técnico, personal y social.

### **a. Participación activa en el debate público**

La visión de este papel está basada en mi experiencia en la atención sanitaria en Holanda. Parece existir siempre un debate entre el gobierno, las compañías aseguradoras, las organizaciones sanitarias y recientemente también las organizaciones de clientes. En lo que respecta a las organizaciones sanitarias, su participación está canalizada a través de sus organismos representativos, los cuales se centran en la negociación y en la protección de sus intereses específicos. La mayor parte de las veces, este debate no conduce a un diálogo demasiado inspirado sino que es principalmente un juego de poder basado en posturas y demandas muy definidas. Si acordamos que los directivos de la atención sanitaria están asumiendo una postura más estratégica en el conjunto de la atención sanitaria y también acordamos que tienen una responsabilidad social, entonces uno de los papeles que pueden desempeñar sería estimular un debate público estimulante o crear algo parecido a un movimiento, para poder así abordar cuestiones comunes.

Ya que los directivos de la atención sanitaria tienen que afrontar por un lado las demandas de clientes (paciente) y por otro un conjunto de leyes, reglamentos y objetivos políticos, puede decirse que están en el lugar adecuado para acercar distancias. Esto implica la organización de encuentros, la creación de foros donde debatir las normas y

los valores que afectan a las principales cuestiones de la atención sanitaria. Además también supone que los directivos decidan cuestionar normas y reglamentos específicos y participar en la “desobediencia pública”. Siempre existe el riesgo de que se institucionalicen estas iniciativas y como resultado pierdan parte de su poder creativo.

## **b. Cruzar las fronteras**

El segundo papel que pueden asumir los directivos consiste en cruzar las fronteras, proceso que, en mi opinión, debe llevarse a cabo a dos niveles.

En primer lugar, trascender las fronteras organizativas existentes en el sistema sanitario. En segundo lugar, cruzar la frontera del propio sistema sanitario.

Parece existir cierto consenso en el hecho de que la organización del sistema sanitario debe estar encaminada al desarrollo de cadenas de atención sanitaria. Hay varios ejemplos de atención transversal y en este proceso hay una marcada tendencia a las alianzas y fusiones estratégicas y aventuras conjuntas entre distintas organizaciones.

Desde el punto de vista de la gestión, cruzar las fronteras organizativas significa el reconocimiento fundamental de que la atención sanitaria no se puede organizar ni controlar desde un sólo centro. Una vez más tenemos que dejar de lado los principios jerárquicos de la organización; directivos y líderes deben olvidarse de la idea de que son los únicos que toman decisiones, el único centro de control. No se puede ser un “oso muy importante”, como Winnie the Pooh si se quiere invertir en relaciones horizontales.

Al fin y al cabo esto implica que intentar hallar la identidad de la organización y establecer la misión última de la misma puede ser contraproducente. En lugar de incidir en lo que mejor hace cada organización, resulta más eficaz descubrir quiénes son los demás actores y cómo se puede facilitar la colaboración.

Vista desde esta óptica, la competencia o la introducción de principios de mercado en la atención sanitaria no son una buena estrategia y resulta interesante ver cómo, al menos en Holanda, las estrategias innovadoras de colaboración le han hecho sombra a la competencia. Uno de los criterios cruciales para el éxito es la visión personal de los directivos sobre la atención sanitaria. Sin embargo, una vez más debemos advertir que existe cierta tendencia a invertir demasiada energía y dinero en los aspectos estructurales de estos modelos de colaboración, de tal forma que acaban siendo estructuras y procedimientos muy complejos. En este caso podemos estar seguros de que la motivación primordial es la defensa y protección de los intereses específicos de la organización y no una voluntad genuina de colaboración.

En el segundo nivel, cruzar las fronteras puede ser una tarea más radical. Esto significa que se cuestiona el vínculo automático entre la salud y la atención sanitaria. Creo que los directivos de la atención sanitaria, con su propia lógica, retórica, tradición

y códigos, deberían salirse del sistema en el que trabajan. Paradójicamente esto significa que, por una parte, los directivos deben participar de forma activa y convertirse en un grupo de influencia dentro del sistema y, por otra, deben mantener las distancias y ver el sistema sanitario desde los ojos de un visitante ajeno al mismo. Sólo de este modo se podrán ver y explorar las oportunidades y posibilidades de colaboración con el sistema educativo, el sistema de viviendas públicas, la industria, etc. En Holanda ya existe una colaboración bastante estrecha entre las organizaciones de atención sanitaria mental y las corporaciones de vivienda pública.

### **c. Creación de interdependencias**

El tercer papel que abordamos consiste en facilitar la creación de interdependencias.

Por ejemplo, mediante la organización de encuentros inesperados entre actores que puedan tener algo en común. La gestión de las organizaciones de atención sanitaria consiste al fin y al cabo en aunar distintos campos de conocimiento y los líderes tienen la tarea de facilitar este proceso. Si el conocimiento es la base de la comunicación, la distinción estricta entre directivos y profesionales se torna obsoleta. Es más fácil definir un objetivo común: organizar y desarrollar conocimiento y ponerlo en práctica.

Si estamos dispuestos a aceptar que la gestión es una profesión, la relación entre directivos y profesionales no es nada más y nada menos que una conversación entre profesionales. Partiendo de esta base, es mucho más fácil organizar un diálogo productivo entre estos dos grupos que insistir en las diferencias que los separan. Una vez más la iniciativa debe partir de los directivos. Quisiera destacar en especial que el paradigma social actual da máxima importancia a la independencia, es el objetivo aceptado de muchos individuos y movimientos. Sin embargo, gran parte del énfasis que se hace actualmente en la independencia es una reacción a la dependencia, a que otros ejerzan control sobre nosotros.

Por lo tanto, cuando incido en la interdependencia como aspecto vital para la gestión, también abogo por otro paradigma social que se centra más en los principios y en la visión que en el control y la posición.

Resulta irónico observar que el movimiento de los pacientes está muy preocupado por la independencia e intenta cuestionar las políticas y las acciones de las organizaciones sanitarias mientras que los pacientes sólo podrán ejercer su influencia cuando se reconozca y acepte este elemento de interdependencia.

Como resumen podemos decir que los tres papeles que deben desempeñar los directivos y líderes de organizaciones sanitarias son: participar en el debate público, cruzar las fronteras y estimular la interdependencia. Al asumir estos papeles pueden tomar una responsabilidad social que va más allá de los intereses de su organización

en particular. Esto sólo se puede llevar a cabo partiendo de una visión personal y poniendo en perspectiva el poder, la posición y la jerarquía.

Al comienzo de esta ponencia dije que los directivos de la atención sanitaria deben tener dos cualidades fundamentales: primero, la capacidad de tener una visión personal y de tomar decisiones conscientes basadas en una serie de valores y, segundo, la capacidad de reflexión.

La primera capacidad está relacionada con el contenido y la segunda con el método.

## **7. CUESTIONES METÓDICAS**

En la última parte de esta ponencia, voy a explorar algunas cuestiones más metódicas y, una vez más, os presento tres cuestiones metódicas posibles.

### **a. Contar nuestra propia historia**

Ya que las organizaciones se diferencian de las demás mediante sus programas, proyectos, grupos funcionales, unidades geográficas o unidades de competencia, hemos visto que cada una de estas unidades crea inevitablemente marcos de referencia y supuestos comunes que llegan a formar subculturas genuinas. Esta fragmentación plantea la necesidad de invertir en estrategias de comunicación que faciliten la interacción entre estos subgrupos. Ya no podemos asumir que sabemos lo que los demás quieren o piensan.

El diálogo y el poder contar nuestra propia historia se han convertido en estrategias de comunicación vitales. Así, una tarea primordial de la gestión es estimular el diálogo y hacer que todos puedan contar su propia historia. Los directivos pueden fomentar este hábito, ellos mismos pueden contar su historia pero sobre todo deben poner en práctica la regla de intentar comprender y ser comprendido.

En general, los directivos quieren en primer lugar que se les entienda. La mayoría de las personas no escuchan con la intención de comprender sino con la intención de contestar y esto se hace extensible a los directivos.

Quisiera hacer hincapié en la importancia que tiene saber escuchar y contar para compensar toda la atención que se pone en la negociación y sus estrategias.

### **b. Fomentar la confianza**

La segunda cuestión metódica consiste en fomentar la confianza.

Para reflexionar sobre esta cuestión voy a exponer un diagrama del escritor americano Covey.

- El nivel más bajo de comunicación que se da en situaciones de poca confianza estaría caracterizado por un lenguaje defensivo, protector y legalista. La comunicación de este tipo crea situaciones en la que se pierde o se gana y da más razones para seguir defendiéndose o protegiéndose.
- La posición intermedia es la comunicación respetuosa. Los interlocutores se respetan mutuamente, quieren evitar cualquier confrontación desagradable y por lo tanto se comunican con cortesía pero sin énfasis. Este tipo de comunicación puede ser eficaz pero no se dan posibilidades creativas.
- La posición sinérgica de confianza alta produce situaciones que son mejores que las que se habían propuesto en principio y constituye un mecanismo creativo y fructífero.

Resulta obvio que hay circunstancias en las que no se puede conseguir esta sinergia pero creo que si se pone un esfuerzo sincero se puede llegar a un consenso más eficaz.

Desde la perspectiva de los directivos, fomentar relaciones de confianza mutua significa invertir en el desarrollo de reglas de procedimiento que fomenten la comunicación higiénica, potenciar y debatir valores como la confianza, el respeto, la equidad y evitar la arbitrariedad.

### **c. Estimular la responsabilidad continua**

La tercera cuestión metódica consiste en estimular la responsabilidad continua

La descentralización y delegación de poder y de autoridad son procesos que han puesto de relieve el aspecto de la responsabilidad. Como ejemplo de la responsabilidad retrospectiva podemos añadir la pregunta: ¿se ha gastado debidamente el presupuesto, se han seguido las normas?

Merece la pena que los directivos y líderes inviertan en un método de responsabilidad continua. Una forma sería invitar a los medios de comunicación, a grupos de pacientes y a estudiantes a un seminario en el que se debata la política del hospital. Creo que hay muchas formas de desarrollar un proceso por el que se dé cuenta de las responsabilidades de forma más dinámica y que puede verse como un complemento a la responsabilidad formal de la que tienen que dar cuenta los directivos de las organizaciones sanitarias.

La responsabilidad social implica que los directivos deben estar dispuestos a invitar al mundo exterior a conocer el interior de su organización.



## **8. A MODO DE CONCLUSIÓN**

¿Hay realmente habilidades nuevas para los directivos de las organizaciones sanitarias? No lo sé con seguridad. Sin embargo quisiera resumir mi ponencia diciendo que las habilidades técnicas son necesarias pero no suficientes. Lo que es realmente importante es la visión personal, la responsabilidad social y la aceptación fundamental de la interdependencia.

*Esperanza e hipérbole.  
La retórica y la realidad  
de la reforma de la  
gestión sanitaria*

THEODORE R. MARMOR

*Profesor de Gestión y Políticas Públicas  
Escuela de Gestión, Universidad de Yale  
Estados Unidos*

*Profesor visitante en el Instituto Holandés de Estudios Avanzados  
Países Bajos*

*Conferencia presentada en el Seminario "La Gestión del Cambio  
en los Servicios Sanitarios" celebrado en la EASP. Granada, España.*



# ESPERANZA E HIPÉRBOLE. LA RETÓRICA Y LA REALIDAD DE LA REFORMA DE LA GESTIÓN SANITARIA

## 1. INTRODUCCIÓN

Esta ponencia abarca un ámbito muy amplio pues trata del peligro que supone gran parte del debate sobre la gestión convencional para las instituciones sanitarias y para las personas que en ellas trabajan. Quisiera hacer especial hincapié en dos grandes ideas, lo que yo considero la parafernalia y la hipérbole del lenguaje de la gestión de la atención médica.

En primer lugar cabe destacar que el tipo de lenguaje que se utiliza cada vez más en el campo de la atención médica procede en su mayor parte del mundo de la publicidad y de los negocios. Permítanme denominarlo “la retórica de la gestión médica”, una retórica que combina de forma dudosa la jerga del marketing de las escuelas de gestión modernas con los eslóganes e iconos de la publicidad. En segundo lugar, quiero advertir del impacto que puede tener este cuento con moraleja en la labor diaria de las personas que trabajan en la gestión y en la toma de decisiones en la atención sanitaria.

## 2. PARAFERNALIA, ESPERANZA E HIPÉRBOLE EN EL DEBATE SOBRE LA GESTIÓN SANITARIA. RETÓRICA Y REALIDAD

Comenzaré con lo que considero un hecho triste pero innegable. El debate sobre la gestión de los principales aspectos de la medicina, tales como el coste, la calidad, el acceso, la organización y la satisfacción, está plagado de palabrería. La hipérbole del marketing y la jerga de la gestión sustituyen en demasía a una reflexión clara y razonada.

Tomemos como ejemplo, del que soy buen conocedor, a la discusión sobre la denominada reforma sanitaria global de Estados Unidos desde 1992 a 1994. Estoy convencido de que habrán oído hablar de esta gran batalla, aunque sólo sea a grandes rasgos. La *managed competition* o competencia gestionada fue la etiqueta que le puso el Presidente Clinton para resumir así su plan de reformas “globales”. Sin embargo, la expresión *competencia gestionada* es en realidad un *oximoron* o mejor una contradicción. Si no recuerdo mal, George Orwell definió una contradicción como una idea que recoge dos ideas que a su vez se excluyen.

Un “sistema gestionado” es un sistema en el que sus participantes controlan el funcionamiento mediante distintas técnicas de gestión, ya sea para bien o para mal. Por el contrario, en un sistema competitivo todo está a disposición del mejor postor. En un sistema ideal de competencia, los actores individuales y las organizaciones persiguen

sus propios intereses sin ningún control centralizado. Además, si se consigue algún grado de coordinación, ésta no es el resultado de una gestión programada sino de la adaptación individual. Ya no sólo no se programan los resultados sino que también puede ser que ni siquiera se desee conseguirlos. En pocas palabras, se puede regular la competencia bien o mal y se pueden gestionar los recursos bien o mal pero nunca se podrá gestionar la competencia.

Si fuese necesario ahondar en este tema se puede añadir que es cierto que todos los sistemas médicos que conocemos están muy regulados para poder garantizar el tipo de acceso, la supervisión de su funcionamiento o la existencia de seguros con normas justas. En muchos casos, la regulación establece o mantiene lo que se consideran requisitos para la competencia de los precios de los servicios médicos o su financiación. Sin embargo, esto no implica que la competencia de precios esté gestionada, si la comparamos con la competencia restringida por un mercado compensatorio o por el poder político.

Resulta bastante inquietante e incluso instructivo que un gran plan para reformar la medicina en EEUU haya tomado como símbolo, de cara al público, un eslogan con una contradicción interna. Lo inquietante es que cualquiera que use este eslogan como panacea para solventar todos los problemas del sistema de sanidad de un país se arriesga a que, con razón, se le considere un fraude o bien un poco tonto. La parte instructiva en potencia radica en que la yuxtaposición de ideas organizativas opuestas nos hace plantearnos lo que está ocurriendo. ¿Por qué esta reforma de la gestión parece una máquina en funcionamiento perpetuo?

¿A qué me refiero con esta caracterización del debate sobre la gestión como movimiento perpetuo? Las iniciativas en el campo de la gestión nacidas en una era ceden ante el entusiasmo de la era siguiente. Todas estas iniciativas se lanzan acompañadas de grandes esperanzas y una retórica ampulosa; también se abandonan sin pudor mientras que los promotores escapan a las críticas sobre su elucubración anterior. Les resulta fácil deshacerse de los modelos que han fracasado y aferrarse a las nuevas modas. Los ciclos de entusiasmo se ven seguidos por declaraciones de fracaso y ambos hacen que se hagan grandes fortunas a costa de la venta del aceite de serpiente en su versión aplicada a la gestión.

En vez de esta moda de un modelo único necesitamos una visión más equilibrada de las posibilidades realistas de una mejora de la gestión y de los determinantes fundamentales de dicho cambio. Una visión realista sobre lo que la gestión puede hacer y lo que no, nos puede proteger y evitar que nos traguemos las soluciones peligrosas que nos ofrecen los innovadores. Además también nos podría ayudar a moderar nuestra decepción al comprobar que una gestión apropiada no nos ampara de los males del mundo.

Otra posible digresión sobre este tema sería que puede decirse que esta preocupación está fuera de lugar, ya que nadie le presta ninguna atención a esta invasión de

eslóganes y por lo tanto no tenemos que preocuparnos de un numeroso público engañado y, en consecuencia, decepcionado por el debate sobre la gestión. Independientemente del poder de persuasión de los gurús, éstos necesitan tiempo y esfuerzo, consiguen engañar a muchos ingenuos y desvían la atención de los asuntos que merecen más la pena para las personas que intentan gestionar la atención sanitaria. La magnitud de este desvío de atención podría justificar la investigación empírica aunque muchos gestores sostengan no estar influenciados por las novelorías y las modas.

### 3. LAS ARENAS MOVEDIZAS DE LA TEORIZACIÓN SOBRE LA GESTIÓN

Al público al que me dirijo, perteneciente al ramo de la atención sanitaria, le sonará la moda "movediza" que hay en el debate sobre la gestión. Cuando se dirigen a organizaciones públicas y privadas, los teóricos de la gestión han conseguido desarrollar, comercializar, aplicar y por último abandonar un extenso abanico de enfoques múltiples y a menudo contradictorios para abordar problemas organizativos comunes. Hace dos décadas el *Management by Objectives* (MBO) o Gestión por objetivos y el *Zero Based Budgeting* (ZBO) o Presupuestos sobre cero hicieron furor en todas las salas de juntas y oficinas.

El lenguaje de la gestión de estos últimos años ha venido utilizando nociones como "Mapeado" de conceptos, Gestión de la calidad total (TQM), Sistemas de prestación integrados (IDS), y en el campo de la medicina la Atención sanitaria gestionada, Organizaciones para el mantenimiento de la salud (HMO) y Medicina basada en la evidencia (MBE). En un cierto nivel, todos los anteriores son eslóganes o términos convincentes que llevan aparejado el éxito. Sin embargo dichas expresiones convincentes también llevan implícitas distintas ideas, tales como distintas percepciones sobre prioridades organizativas, la estructura más apropiada para la autoridad interna y sobre los requisitos técnicos para que las reformas sean operativas.

El extenso número de modelos de gestión interna se ha visto ampliado en las dos últimas décadas y varía desde los modelos jerárquicos simples con una clara división de tareas hasta los equipos de cooperación. La relación entre gestores y empleados se fomenta de distintas formas, desde el combate entre adversarios hasta la vinculación compenetrada. Además, dentro de estos modelos de planificación organizativa existe una amplia gama de técnicas diferentes tales como la gestión oportuna de los inventarios o la garantía de calidad estadística. Asimismo en medicina encontramos la tan deseada panacea de la "medida de resultados".

Durante una época, lo mejor es lo más grande. Los políticos y los gestores emprenden operaciones a gran escala. Además, los buenos gestores son aquellos que llevan a cabo integraciones horizontales y verticales de empresas, instituciones y organizaciones para crear conglomerados de mayor envergadura. En esta época se hace hincapié en la

sinergia, economías de escala, coordinación, etc. Después de unos años, nos convencen de que lo pequeño es lo bueno. Palabras como desinversión, devolución y descentralización se convierten en el código de la gestión correcta tanto en ámbito público como en el privado.

Este tipo de transformaciones nos inducen a pensar que la reforma de la gestión pertenece en realidad a la industria del ocio, sólo que los estímulos nos hacen seguir gestionando en lugar de irnos de vacaciones. Sin embargo, esta perspectiva es tan simplista como cínica. Los ciclos interminables de transformaciones, eslóganes y técnicas son resultado de fuerzas mucho más profundas. Debemos explicar la continua demanda de cambio en la gestión y también debemos reconocer el peligro que supone creer que los cambios de la técnica de gestión “solucionan” los problemas de las instituciones públicas o privadas.

#### **4. VERDADES SIMPLES E ILUSTRACIONES COMPLEJAS**

La primera verdad simple es que los objetivos de cualquier institución son múltiples, contradictorios y cambiantes. Resultaría bastante sorprendente encontrar un único enfoque de gestión que pudiese manejar de forma eficaz unos objetivos que cambiasen o incluso que dicho enfoque pudiese encajar los cambios de prioridad de los distintos objetivos, ya sea en el terreno de la atención sanitaria o en cualquier otro.

Consideremos una posible respuesta a la siguiente pregunta: ¿Cuál es el objetivo de un hospital? En distintos periodos o incluso durante el mismo periodo, se puede contestar de la siguiente forma:

- Un hospital está destinado a contener la difusión de las enfermedades contagiosas.
- Un hospital es un lugar que proporciona un entorno higiénico para intervenciones peligrosas.
- Un hospital está diseñado para economizar el coste del acceso a la tecnología cara.
- Un hospital proporciona un alivio de los factores sociales normales que producen trastornos físicos o mentales en los pacientes.
- Un hospital economiza el proceso de transmisión de información y de aprendizaje de los profesionales con responsabilidades clínicas y requiere distintos encuentros para validar sus métodos.
- Un hospital está diseñado para centralizar las actividades médicas de tal forma que se consigan economías de escala en las tareas de atención sanitaria.

- Un hospital constituye una garantía simbólica de que la salud de los ciudadanos es una prioridad social en culturas que confían en los remedios tecnológicos.
- Un hospital es una institución destinada a mejorar la salud de la población.

Podemos observar cómo en esta lista tan truncada, los hospitales sirven a distintos propósitos sociales, sanitarios, profesionales, económicos y educativos. Sin embargo, todos estos fines no se pueden alcanzar con el mismo tipo de estructura de autoridad interna, la misma tecnología de la información o la misma escala. Esto da pie al surgimiento de conceptos de lo que sería un buen funcionamiento o un hospital bien gestionado que son diametralmente opuestos. Por ejemplo, un mayor hincapié en los objetivos 1 ó 4 implica que la duración de la hospitalización recibe un enfoque más relajado. Sin embargo, un énfasis en los objetivos 3 ó 6 puede hacer que una hospitalización prolongada signifique un fallo en la gestión. El objetivo 5 considera la gestión con una visión de trabajo en equipo y la autoridad queda centralizada en los profesionales. Por el contrario, el objetivo 3 se basa en la jerarquía de la autoridad burocrática. Además, en los objetivos 1 al 7 la autoridad del hospital se contempla como una institución aparte mientras que el objetivo 8 sugiere una estructura de la autoridad mucho más amplia en la que existen personas ajenas con poder para definir y redefinir la misión primaria de la institución.

¿Qué se extrae de todo esto? La primera lección es bastante simple. Las instituciones tales como los hospitales desempeñan tareas múltiples que generan distintas estructuras y técnicas organizativas, es decir, distintos enfoques de gestión. En todos y cada uno de los casos, la cuestión de la buena gestión no radica en el eslogan que la administración haya decidido imprimir con letras bonitas en las camisetas de los trabajadores, sino en cómo la gestión consigue atender las diferentes demandas de los múltiples objetivos de la institución. No incidiría tanto en esta idea si no fuese porque a menudo, por no decir siempre, se pasa por alto. De hecho, la próxima vez que un clon del gurú americano de la gestión Tom Peters les diga a los gestores de la atención sanitaria que tener objetivos múltiples o tener dos objetivos es como no tener ningún objetivo, deberíamos pedirle que se tire por la ventana y además asegurarnos que lo hace.

La segunda lección de las técnicas de gestión que consiste en que todas las monedas tienen dos caras. Por ejemplo cuando presenciamos un posible avance hacia lo que denominamos el *managed care* o atención sanitaria gestionada, debemos reflexionar sobre lo que se puede perder además de lo que se puede ganar. Aunque el *managed care* ofrezca la garantía de contar con atención sanitaria especializada, admisión en hospitales o turnos en los servicios, en la práctica conlleva una reducción de los contactos entre facultativo y paciente, pruebas de diagnóstico o fármacos que puedan ser cuestionables.

Los trámites burocráticos necesarios para poner en marcha estas acciones pueden



conllevar costes o no pero seguro que reducen la capacidad de elección, la ética y la satisfacción de los pacientes y de los profesionales de la medicina. Para no sacrificar estos valores médicos en áreas del control arbitrario de costes, se necesitan distintas técnicas de gestión y configuraciones organizativas. Por otra parte, las técnicas de gestión que se usan en el *managed care* (jerarquía, rutinas de recogida e información, etc.) difieren de las técnicas que promueven la innovación, el control de los pacientes o la autonomía profesional. La repetición todos los días a las 9 a.m. de la gestión de servicios integrados no va a eliminar el estrés asociado a la persecución de objetivos diferentes y a trabajar con grupos de clientes con demandas distintas. Una buena gestión necesita de enfoques múltiples para compensar lo bueno y lo malo de todos los enfoques, es decir, no existe ninguna panacea para la gestión ni existirá nunca.

La tercera lección es que resulta crucial hacer hincapié en la diferencia entre las características internas y los entornos externos de las organizaciones. Los cambios en la técnica de gestión normalmente conllevan transformaciones en la estructura y funcionamiento de las organizaciones. A menudo, los cambios en el entorno externo provocan dichas transformaciones. Estoy seguro de que todo el mundo tiene su propio ejemplo de esta evolución. Sin embargo, siempre es importante tener presente el entorno externo cuando se estudia dónde debe estar ubicado el poder en una organización. Por ejemplo, cuando los gestores de un hospital tratan con cuestiones internas, les gustaría llevar a cabo la gestión cediendo poder a los equipos médicos que se centran en la atención al paciente. Aunque siendo realistas, en un mundo de recursos limitados, estos gestores van a tener que reforzar el poder jerárquico del tesorero y exaltar el estatus de los que se dedican a la negociación presupuestaria y de recursos humanos.

La cuarta lección es que en la teoría de la gestión hay una gran ambivalencia entre la eficacia de las soluciones tecnológicas para los problemas de gestión y las soluciones culturales. Los teóricos de la gestión desde que el denominado movimiento de la “gestión científica” propugnase cierta hostilidad ante quienes trataban a las personas y a las máquinas de la misma forma, han prescrito unas recomendaciones de cambio muy variables. De este modo, por una parte, hay recomendaciones basadas en la mejora de estructuras, procesos y tecnología y, por la otra, las recomendaciones basadas en el aprendizaje, la motivación y la cultura. No podemos decidir en qué estrategia de gestión vamos a creer porque ambas funcionan algunas veces pero ninguna de las dos funciona en todos los casos.

Lo mismo se aplica a la reorganización de los sistemas de atención médica. Resulta difícil de creer que el enfoque cultural va a partir de la misma perspectiva que la restricción de costes. El *managed care* o atención sanitaria gestionada se centra en la gestión de los costes y, por contrapartida, en los sistemas de información, pruebas estadísticas y la determinación científica de lo que es rentable. Por otra parte, si se avanza en la dirección de las consultas conjuntas, se quiere mantener en la medida de lo posible la visión cultural del doctor atento, o sea, facultativo, asesor y amigo. De ser así, surgiría la necesidad de estructuras internas que refuercen la autonomía profesional, el

trabajo en equipo, la responsabilidad compartida y la implicación de los pacientes en toda una cultura de atención humana. En estas circunstancias, las decisiones de gestión tendrán objetivos cruzados. La tecnología de restricción de costes confronta la cultura profesional de la atención al paciente. Los buenos gestores compensan estas perspectivas de tal forma que atiendan a objetivos en conflicto y a los deseos necesariamente incoherentes.

En la atención sanitaria y en todos los ámbitos, la gestión no es una solución a un estrés que parece intangible sino que es una forma de tratar y a veces mejorar las situaciones que son en parte intangibles. Esta visión más modesta de la gestión tiene mucho que enseñarle a las personas que trabajan en la reforma sobre el nivel adecuado de aspiraciones para realizar una reforma de un sistema complejo. Sin embargo, los teóricos de la gestión no pueden enseñar ninguna lección hasta que no dejen de actuar de forma cuasi religiosa adoptando eslóganes y tomándolos como la solución definitiva para los problemas de gestión. No existe ningún tipo de gestión, teoría, técnica o eslogan que sea mejor que todos los demás sino que en ciertas circunstancias unos son mejores que otros. Todo hay que demostrarlo y no mediante definiciones persuasivas que pretenden que las cosas existan sólo porque así se ha definido.

Permítamne reflexionar ahora sobre los ejemplos de definiciones persuasivas que he utilizado en esta conferencia; tomemos como ejemplo la atención sanitaria gestionada y los sistemas integrados de prestación. Todo es un intento de establecer una cuestión empírica de evaluación mediante una etiqueta, sugiriendo, por ejemplo, que cualquier cosa que se denomine atención sanitaria gestionada está bien gestionada o que las prestaciones denominadas integradas son una prestación sanitaria a la persona apropiada, en la cantidad apropiada y en el momento oportuno. La etiqueta “sistema de prestaciones integradas” no garantiza en absoluto ese resultado.

Resulta fascinante ver cómo estos términos persuasivos han sustituido a otra generación de etiquetas que eran más neutras, entre ellas encontramos la etiquetas de ubicación (Hospital General de Vancouver); categorización descriptiva por tipo de cliente (Hospital Infantil) o por tipo de afiliación religiosa (Hospital de San Francis) o por tipo de tratamiento o especialidad (Hospital de Enfermedades Respiratorias). En ninguno de estos casos la etiqueta por sí misma connota niveles de rendimiento, aparte de la propia reputación de la institución.

## **5. LO QUE DEBEN HACER LOS EJECUTIVOS DE LA SALUD**

Mi opinión es simple pero no simplista o simplona. En lugar de verse influidos por las soluciones espectaculares de los gurús de la gestión o por las predicciones futuras, los ejecutivos de la salud deben planificar y actuar basándose, en la medida de lo posible, en valores profesionales puros que se puedan defender en cualquier circunstancia. Los valores profesionales puros en la atención sanitaria serían:

- Utilizar los medios más económicos para conseguir cualquier efecto médico.
- Utilizar el posible beneficio como criterio de racionamiento cuando sea necesario en vez de usar la capacidad o voluntad de pagar. En pediatría esto significa ocuparse del cumplimiento del calendario de vacunaciones antes de otras cuestiones menos prioritarias.
- No causar ningún daño en áreas de la fama institucional, experimentación investigadora, etc.
- En líneas más generales y a la hora decidir qué hacer y a quién, no sólo aplicar criterios de rentabilidad de los costes sino también usar el sentido común de los criterios de la rentabilidad del beneficio. Esto implica que no se deben desperdiciar recursos (actividades sin beneficios conocidos) y que se debe evitar el fraude (solicitar el pago de tareas no realizadas) ya que ambas actividades pueden resultar lucrativas pero son un error. También significa emprender las tareas más importantes antes de las que son más simbólicas pero menos importantes. En el contexto americano, esto significaría ocuparse de los programas de vacunación y del cuidado prenatal con más esfuerzo que el dedicado al mobiliario de las salas de espera, clínicas, despachos y hospitales.

Desde esta perspectiva se debe evaluar cualquier reforma y reestructurarla para alcanzar los valores centrales que intentan transmitir las políticas sanitarias. El énfasis en la rentabilidad de la atención sanitaria debe seguir aplicándose pero deben reducirse los impedimentos administrativos, intentos de reubicación de gastos y otros obstáculos a una atención de calidad que muchas personas de la comunidad médica asocian a la “reforma de la sanidad”. En resumen, debe intentarse por todos los medios que la reforma esté a la altura de lo prometido, conseguir una atención sanitaria sensata y eficaz, porque de otro modo “re-forma” sería un mero sinónimo de cambio y no implicaría mejora.

Los gestores que alcancen estas metas sin caer presa de ninguna moda definida del mundo de la gestión, conseguirán triunfar en cualquier circunstancia. Estos gestores serán capaces de compensar las metas políticas y la presión interna y externa dentro de un entorno en continuo cambio. Para no perder el rumbo en este tipo de entorno se necesita ser un buen marinero para poder hacer frente a los huracanes y a la mar en calma. No tengo muy claro si a un marinero le servirá de ayuda toda la parafernalia y la hipérbole de la publicidad o las abstracciones cambiantes de la moda de las escuelas de negocios.

# *Experiencia de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias*

ÁNGEL GARIJO GALVE

*Gerente*

*Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (EPES)*

*Málaga. España*

*Conferencia presentada en el Seminario "La Gestión del Cambio  
en los Servicios Sanitarios" celebrado en la EASP. Granada, España.*



## EXPERIENCIA DE LA EMPRESA PÚBLICA DE EMERGENCIAS SANITARIAS

El objetivo de esta presentación es describir y reflexionar cómo hemos actuado en términos de cambio en la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias, que como algunos de ustedes saben es una empresa adscrita a la Consejería de Salud en Andalucía.

El tema es que tenemos unos planteamientos, una serie de retos a los que nos vamos a tener que enfrentar. Todo lo que constituye elementos de velocidad de cambio en un mundo cada día más complejo (no importa que hablemos de tecnologías sanitarias, o que hablemos de los deseos ciudadanos o de los deseos de los profesionales), implica planteamientos de liderazgo intelectual y social, sobre qué es y cómo es lo que queremos; si no, realmente vamos a quedar obsoletos en lo que son nuestro pensamiento y nuestra organización.

Conocer razonablemente cuáles son nuestras competencias básicas, es decir, qué es lo que la organización de nuestra empresa sabe hacer bien, qué es lo que sabe hacer mejor que los competidores en el mercado. Un elemento importante es "permitir los activistas". Cada día más nos vamos a encontrar con gente que se salen fuera del grupo, que se salen fuera del patrón, que tienen un planteamiento de ideas distinto a lo normal, de donde surge la creatividad, y al fin y al cabo la creatividad no es más que el comienzo de la innovación. En ese sentido, esa permisividad hacia los activistas, difícil de encontrar en estructuras jerárquicas muy burocratizadas, es un reto para cualquier gestor.

Quería también plantear un poco algo sobre lo que serían tendencias organizativas y planteamientos de mercado que podemos tener en estos momentos. En primer lugar existe una necesidad clara de calidad y de orientación al cliente, en no importa qué hagamos, en no importa qué sea a lo que nosotros nos dediquemos en salud. Cada día más también existe un deseo por parte de los ciudadanos de olvidar lo que son producciones masivas, no importa de qué estemos hablando; el planteamiento ya no es sólo de segmentación, el planteamiento ya no es cómo vamos a tratar al infarto agudo de miocardio o al politraumatizado; cada día más el planteamiento son deseos y exigencias de tratamientos ad hoc individualizados.

También hay que recordar otro hecho, y es que lo que hoy se define como una ventaja en un futuro no va a ser una ventaja competitiva, va a ser simplemente una condición "sine qua non" para poder estar en ese mercado.

El segundo elemento es la necesidad de una autonomía y de una responsabilidad profesional cada vez más elevadas; ésto exige planteamientos de incremento en los conocimientos, de incremento en las habilidades de nuestros profesionales; al mismo tiempo va a exigir el desarrollo de conductas que tengan cuatro características: que sean

emprendedoras, que tengan niveles de autonomía elevados, que sean flexibles y sobre todo que tengan un compromiso con la misión de la organización, con la misión de la empresa, tanto a medio plazo, como a largo plazo.

Exactamente igual, en ese planteamiento de organización y mercado, la gente que dirige estas empresas va a tener que evolucionar de jefes a líderes. Lo que son planteamientos de dejar y olvidar un poco las herramientas, en términos de lo que se define como dirección por instrucciones, o dejar incluso lo que se llama gestionar objetivos, etc., en términos de lo que se llama dirección por objetivos. Probablemente el futuro en estos momentos es pasar a lo que sería una dirección por valores; un liderazgo, que las fuentes de liderazgo y las fuentes de poder son compartidas en la organización, es decir, que en realidad no se trata tanto de dónde está el líder en la cúspide sino de cuántos líderes en la organización somos capaces de hacer, somos capaces de generar, somos capaces de conducir equipos en base a este tipo de planteamiento.

Surge aquí la necesidad de organizaciones aplanadas y ágiles. La estructura jerárquica verticalizada probablemente, es incapaz en estos momentos de dar respuestas rápidas a las necesidades de esos cambios del entorno, rápidos también. Por lo tanto, surge la necesidad de pasar a organizaciones basadas en redes, a planteamientos de equipos, a minilíneas de actividad, a centros de responsabilidad; pasar de centros de costes operativos a centros de beneficios en las que cada uno de ellos tienen niveles de autonomía en de un marco organizativo común. Eso va a llevar inevitablemente a planteamientos de descentralización y a planteamientos horizontales, de comunicación y coordinación horizontal.

Es inevitable también el generar, y no sólo conducir. Ésto significa tolerar todo lo que son ambigüedades e incertidumbres. Seguro que con planteamientos jerárquicos podemos abortar esa ambigüedad y esa incertidumbre, pero eso probablemente sería un drama y un fracaso para la organización. Resulta difícil gestionar esa ambigüedad, esa incertidumbre, esos activistas que saltan y que en algún momento dicen y plantean que hay que cambiar drásticamente aspectos de la organización; sobre todo cuando uno ha creído que el mundo y el planteamiento empresarial iba a ser sistemáticamente el que uno conoció en ese pasado. Plantear y aceptar esta realidad va a ser uno de los aspectos más importantes.

Todo ésto va a generar retos empresariales que realmente van a suponer, en primer lugar, analizar nuestras estrategias de crecimiento; seguro que tendremos que combinar ajustes y crecimientos, tendremos que eliminar técnicas, desarrollos, organizaciones, planteamientos, tecnologías, supuestos obsoletos; tendremos que cambiarlos -y quizás eliminarlos- porque los recursos que nos salgan de aquí tendremos que utilizarlos en los crecimientos de la innovación, del desarrollo, etc.

Tendremos que optimizar los recursos, pero cuando se habla de optimizar recursos tendremos que utilizar los conceptos de valor añadido y de cliente, es decir, ten-

dremos que ver qué añaden cada una de esas técnicas o de esas organizaciones o de esas tecnologías o de los planteamientos de trabajo, qué valor añaden al producto. ¿Tiene o no tiene sentido para un cliente interno o externo, o simplemente está dirigido al mantenimiento del propio puesto de trabajo y de su propia estructura? Esos dos planteamientos de análisis van a ser absolutamente obligados.

Tendremos que crear una diferenciación, es decir, responder a la pregunta ¿en qué somos diferentes de los demás que dan y ofrecen los mismos productos y servicios? ¿Cómo nos diferenciamos de ellos? ¿Por qué, en los planteamientos de libre elección que se han iniciado en Andalucía, nos van a elegir a nosotros en vez de elegir a otros? Las señas de diferenciación tienen que ser muy claras y extremadamente importantes.

El segundo aspecto, el segundo reto es el desarrollo de la capacidad de respuesta que posibilite estos elementos, y ahí entran todos los aspectos que hemos visto: la flexibilidad organizativa, adaptarnos a deseos, a planteamientos de horarios, a planteamientos de cambios tecnológicos, a planteamientos de deseos ciudadanos, es decir, la flexibilidad que permiten cambiar en un momento determinado y poder en ese sentido generar diferencias con los demás. Tendremos que plantearnos el incremento de esa cooperación y coordinación horizontal y tener una coherencia interna que sea percibida y visible.

En este aspecto el otro reto es el desarrollo de la estructura profesional que permita estos elementos y todo lo que son capacidades profesionales, implicaciones en la gestión. El compromiso decidido y explicitado de los profesionales en una visión conjunta de empresa es básico y es un fuerte reto.

A la postre, cambios culturales que explicitan todos estos conceptos serán: de pacientes usuarios a pacientes clientes; de burocracia a empresa; de funcionarios laborales a profesionales; de cambio como amenaza a cambio como reto; de jerarquías a redes; de centralización a descentralización; de dirección por instrucciones a dirección por objetivos y -si se puede- a dirección por valores.

¿Qué es, en resumen, lo que hemos hecho como empresa? Lo que hemos hecho en algunos momentos es plantearnos lo que hoy se define como gestión del cambio, plantearnos y decir ¿dónde estamos ubicados?, ¿qué somos en estos momentos, cómo nos definimos a nosotros mismos y dónde queremos ir? ¿cómo nos visualizamos a nosotros? ¿qué es lo que pretendemos ser?

Gestión del cambio no es más que ver qué tenemos que hacer para superar el punto donde estamos hacia donde queremos ir. Y eso supone elementos determinados de actuación, supone qué personas van a trabajar en ello, qué dinero vamos a invertir, cómo vamos a hacer los procesos; no es sólo un deseo de planteamiento, no es sólo un deseo de cambiar ni una visión de alguien que dice "quiero ir allí". En función de cuál es esta distancia, tendremos que plantear cuál es la profundidad del cambio y tendre-



mos que ver si actuamos únicamente sobre las estructuras organizativas o sobre los procesos o sobre los procedimientos, o tenemos que actuar sobre los valores y las creencias de la organización. Evidentemente en ese sentido, si tenemos una diferencia pequeña entre donde estamos y a dónde queremos ir entonces el cambio será adaptativo y afectará a pocas cosas. Tendrá que plantearse si simplemente quiere ser más eficiente y si eso supone eliminar algún procedimiento o si eso supone hacer cambios en los sistemas de trabajo.

Si el planteamiento a donde se quiere ir es un planteamiento muy grande, si la visión es de una tendencia muy diferente al donde estamos, es evidente que los cambios tienen que ser transformadores; ahí no sólo puede afectar los planteamientos estructurales simples, puede afectar a creencias y valores y éste es un cambio transformador mucho más difícil de todo lo que se puede encontrar de reingenierías y replanteamientos.

Como empresa tenemos tres situaciones: una en el año 92, cuando empieza a funcionar emergencias sanitarias en una estructura clásica de un sistema de salud con un esquema jerárquico burocratizado, en el que prácticamente la dirección es una dirección por instrucciones; en el año 94 nos planteamos el primer cambio que generamos: pasar a una dirección por objetivos; en el año 97 y estos momentos, estamos terminando el plan estratégico de la empresa para el año 1998-2001, el que supone nuestro cambio a una dirección por valores.

Es evidente que este planteamiento únicamente se hace en tanto cuanto hemos identificado o creemos identificar una complejidad organizativa mayor: de incrementar la autonomía, de incrementar las necesidades de calidad del ciudadano, de incrementar planteamientos de aplanamiento de la organización, de creación de redes, de diversificación, de planteamiento del modelo directivo. Eso nos obliga a generar este tipo de cambios, de pasar de una dirección por objetivos a una dirección por valores.

¿Qué nos supondrá, en resumen? Si hablabamos de sistemas de trabajo en el año 92 en todo lo que suponen procesos o lo que suponen planteamientos de procedimientos de actuación, de información, etc., teníamos un modelo en que los procesos eran simples, las decisiones eran centralizadas y jerarquizadas; los planteamientos de los sistemas de información, cuando menos eran escasos y además poco programados, los procedimientos no estaban normatizados, el concepto de cambio era escaso y la estructura era clásica, jerarquizada y estable.

En el año 94, con la creación de la empresa se pasa a que esos procesos sean más complejos en una estructura aún centralizada pero participativa, en la que se desarrollan los sistemas de información pero aún en una forma en que muchos de ellos son igual a datos; los cuadros de mando de la toma de decisiones eran parciales, limitados a aspectos económicos y a algunos de personal y de actividad en el que todos los procedimientos eran consensuados y se obtuvo la acreditación en un mes aproximadamente por

AENOR mediante la norma ISO 9001 y en el que los planteamientos del concepto de cambio era un cambio adaptativo y un desarrollo de estructura de equipos operativos.

¿Qué es lo que pretendemos hoy día? En estos momentos lo planificado para los próximos 4 años es el desarrollo de esos procesos en red con toma de decisiones descentralizadas a las líneas de actividad con un planteamiento de un marco común de valores de actuación; con unos sistemas de información mediante una red corporativa Intranet que nos permita un cuadro de mando integral y adaptada a esa información, a la necesidad de decisiones de distintos individuos, personas o niveles, con procedimientos, aún cuando estén normatizados, pero dinámicos y de cambio y con un concepto en ese sentido no sólo de innovación, sino de creación de lo que es el propio futuro de la organización.

Si de lo que hablamos en ese sentido es de los procesos de selección, el cambio que hemos generado ha sido pasar: a) en todo lo que son las típicas bolsas genéricas de contratación, con criterios a profesionales que habitualmente existen en cualquier sistema de salud hoy en día aún, b) a un planteamiento en el 94 de una bolsa específica con formación propia desarrollada por la propia empresa y c) a un planteamiento en el 98 en que nuestra valoración va a ser añadirle a este último aspecto los desarrollos potenciales de valores de empresa.

El perfil profesional en un caso se fundamentaba básicamente en la capacitación científico-técnica de las estructuras previas; nuestra idea es en el 98 mantener esa capacitación científico-técnica, evidentemente, pero incluir conocimientos en otras áreas de necesidad y consolidar la cultura EPES. En realidad, en cada uno de estos aspectos, no importa que hablemos de calidad, de formación como ahora verán, estamos entrando en la utilización de la palabra "valor".

En términos de calidad, el 92 se basaba en una calidad científico-técnica, básicamente en criterios profesionales; en el año 94 fue pasar a una calidad de valoración por resultados, incluyendo lo que era la calidad percibida del ciudadano y, como he dicho, la acreditación por AENOR; en 98 el planteamiento es entender que la calidad no son indicadores, la calidad es un valor de la organización; si se quiere sería la forma EPES de hacer las cosas.

Formación, en ese sentido, tenía que ver en el 92 con adiestramiento y diría que el valor fuerza o la idea fuerza sería la capacitación; en el 94 tendría que ver con el entrenamiento y los planes de formación de la empresa y el valor fuerza sería la expertez; y en 98 sería el desarrollo profesional con planes de formación de empresa y planes de formación individualizados en el desarrollo de nuevos campos y esa idea fuerza en este momento sería el conocimiento.

Los sistemas de incentivos exactamente igual, en el 92 iban ligados al concepto que aún hoy se maneja en la mayor parte de las organizaciones sanitarias de producti-

vidad clásicas; en el 94 lo variamos a un sistema de incentivos con una variabilidad de salario muy fuerte de entre el 25 y el 46% de la totalidad del salario, ligado a objetivos en cascada con un planteamiento de excelencia en los resultados y un sistema torneo en que primaba realmente la competitividad interna entre las personas y los servicios provinciales. En estos momentos estamos reordenando ese sistema de incentivos de tal forma que se ligue a lo que son competencias de las personas, a la excelencia, no en términos de resultados, sino a la excelencia como hábito y a un planteamiento de consolidación de los valores de que hablábamos. Por lo tanto en estos momentos más que primar la competitividad lo que estamos primando es la cooperación interna.

El estilo directivo era una dirección por instrucciones en el año 92, por objetivos en el 94, que buscaba básicamente estabilizar una organización y homogeneizar una organización que se iniciaba. Ahora tiende a una dirección por valores con una máxima descentralización, con un liderazgo compartido y con un planteamiento de diversificación. Tanto directivos como profesionales tienen que generar una perdurabilidad en el tiempo de esa empresa. El error en ese sentido se cuantificaba y se corregía en el 92, se intentaba evitar en el 94 y se intenta prevenir en el 98 y aprender cuando éste se produce. En realidad, el estilo directivo en un caso es pasar, como decía antes, de jefes a gestores y de gestores a líderes.

¿Cuáles son los valores EPES en los que nos estamos moviendo, qué es lo que va a ser la dirección por valores? En primer lugar la decisión de definir y asumir esos valores, el hecho de querer pasar a ese tipo de dirección; en segundo lugar el concepto de libertad aplicado a la organización, libertad en el sentido de entender que no se es más persona humana cuanto más directivo se es, por lo tanto la capacidad de pensar y la capacidad de plantear, la capacidad de discutir y la capacidad de innovar está distribuida exactamente igual en toda la organización. El ciudadano como eje, los profesionales como activo, el concepto de alta calidad e innovación de la empresa pública con todo lo que eso significa, con todo lo que la defensa, desde mi punto de vista, del sistema público tiene para mí un hecho claro se puede ser tan eficiente como puede serlo cualquier empresa privada; además pretendemos que todos los beneficios no vayan a individuos sino vayan a la colectividad. Eso es un valor EPES.

Estos incentivos recompensan lo que son valores y el pasar entonces de una empresa con una estructura jerárquica clásica a este planteamiento de grupo de empresas en el que hemos generado un centro corporativo que tiene como misión el establecer cuál es el marco en el que se va a mover el EPES. Éste define determinados planteamientos de recursos humanos, de calidad, una serie de planteamientos comunes, presupuestarios, etc., con una serie de líneas de actividad sectorizadas.

El 061, el Centro de Formación e Investigación, el Centro de Acreditación y Calidad, la Fundación EPES y la Fundación Progreso y Salud generan a su vez líneas de actuación de sistemas de información sanitaria, de teleasistencia y telemedicina, de servicios de prevención. Cada una de estas líneas de actividad actúan como miniem-

presas, como centros de beneficio que tienen sus capacidades de decisión, siempre y cuando entren en lo que es el marco EPES, que es fijado por el centro corporativo, con esos valores que acabamos de ver que son comunes a todas las líneas de actividad. Ése sería el diferencial de pasar a esas estructuras aplanadas, ágiles, descentralizadas, con disminución de la integración vertical.

Las razones en estos momentos por las que uno puede tener éxito en un planteamiento de gestión serían éstas: aplicar conceptos modernos en términos de dirección por valores, en términos de replanteamiento, en términos de dónde estamos y hacia dónde se va; en términos de generar competencia en el trabajo, basada en valores y verdadero servicio a la colectividad.



# *Experiencia del Hospital de Manacor*

MANUEL DEL CASTILLO REY

*Gerente  
Hospital de Manacor  
Mallorca. España*

*Conferencia presentada en el Seminario "La Gestión del Cambio  
en los Servicios Sanitarios" celebrado en la EASP. Granada, España.*



## EXPERIENCIA DEL HOSPITAL DE MANACOR

La Fundación Hospital Manacor (FHM), fue creada el 18 de Diciembre de 1996 al amparo del Real decreto 10/96 de nuevas fórmulas de gestión, iniciando su actividad hospitalaria el 17 de marzo de 1997.

El objeto de esta presentación es evaluar la marcha del centro a los seis meses de su puesta en marcha y analizar sus posibles ventajas competitivas con respecto a otros centros de similares características, con el carácter preliminar y las limitaciones que representa el escaso tiempo transcurrido.

### 1. CARACTERÍSTICAS ASISTENCIALES DE LA FHM

Las características del centro pueden verse en el Cuadro 1 destacando únicamente, con respecto a otros centros de carácter comarcal, un cierto incremento de la complejidad de la cartera de servicios ofertada en la que se incluyen todas las especialidades médicas junto con UCI y Hemodiálisis.

*Cuadro 1. Cartera asistencial de la FHM*

CARTERA ASISTENCIAL	ACTUAL (Octubre 97)	PREVISTA (Enero 98)
Camas agudos	185	185
Camas UCI	-	6
Quirófanos	3	4
Paritorios	2	2
Boxes hospital de día	12	12
Personal total	407	446
Médicos	67	77
Enfermería	284	307
Administración	56	62
Población de referencia		108.000

### 2. CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES DE LA FHM

Además de las características asistenciales mencionadas, el hecho de contar con personalidad jurídica propia y, por tanto, de autonomía de gestión ha posibilitado realizar un desarrollo organizativo inicial que presenta diferencias con los centros del INSALUD en diversas áreas, que a continuación se resumen:



## 2.1. POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS

### a. Selección de personal

La política de selección de personal de la FHM se basa en los principios de igualdad, capacidad y mérito, llevándose a cabo la selección de los candidatos mediante la valoración del curriculum profesional, la realización de un test psicotécnico y la entrevista personal .

### b. Sistema retributivo

El sistema retributivo de la FHM está compuesto por una parte fija y una parte variable, la cual oscila en función de las categorías entre el 7 y el 32% del salario. El esquema retributivo se basa en cuatro componentes:

#### *Salario del grupo profesional*

Responde a la pregunta ¿qué es?

Retribuye homogéneamente a todos los integrantes de un mismo grupo profesional (médicos, enfermeras, etc.)

#### *Complemento del puesto de trabajo*

Responde a ¿qué hace? Retribuye las diferentes características de cada puesto de trabajo (nocturnidad, jefaturas, etc.)

#### *Complemento personal*

Responde a la pregunta ¿cómo lo hace? Pensado para retribuir las especiales habilidades de algunos profesionales. La futura carrera profesional tendría su expresión retributiva en este concepto.

#### *Incentivos*

Responde a la pregunta ¿con qué resultados? Retribuye la aportación individual a la consecución de los objetivos personales, del servicio y de la organización.

### c. Funciones de grupos profesionales

Se trata de evitar una regulación exhaustiva de puestos y categorías, organizándose en base a grupos profesionales con el objeto de posibilitar una adaptación organizativa rápida .

### d. Relación contractual

La política de contrataciones tiene por objeto retener en la organización aquellos miembros que se consideran válidos, ofertándoles estabilidad en el empleo;

además se posibilita la renovación de la plantilla en aquellos casos en que la selección no ha sido la adecuada.

Los contratos utilizados hasta la fecha han sido los de lanzamiento de nueva actividad; se preve convertirlos en indefinidos en los próximos meses al amparo de los decretos leyes 8 y 9/1997.

## **2.2. GESTIÓN ECONÓMICA Y POLÍTICA DE COMPRAS**

La Gestión económica de la FHM se basa en los siguientes principios:

### **a. Normativa de referencia: Derecho civil y mercantil**

Garantía de cumplimiento de los principios de publicidad y libre concurrencia.

Controles a posteriori por el Tribunal de Cuentas y la intervención general de la Seguridad social

### **b. Existencia de tesorería propia**

## **2.3. FINANCIACIÓN**

La FHM tiene como fuente de financiación los conciertos que firma con los diferentes compradores de servicios. Aunque su principal “comprador” es el INSALUD, también se ha iniciado la firma con otras aseguradoras privadas, mutuas de accidente de trabajo y de tráfico.

## **2.4. AUTONOMÍA DE GESTIÓN**

La FHM tiene como órgano de gobierno el Patronato y por tanto su relación con el INSALUD se establece mediante un concierto en el que se regulan las condiciones en las que se ha de prestar asistencia a los pacientes cubiertos por el sistema público. Se pasa por tanto de un modelo de dirección basado en el control directo de los centros a otro basado en la evaluación de la consecución de objetivos y el cumplimiento de las cláusulas contractuales.

## **3. VENTAJAS COMPETITIVAS**

Tal como decíamos al inicio, el escaso tiempo transcurrido hace difícil hacer una evaluación del modelo. No obstante pueden identificarse algunas conclusiones preliminares unánimemente compartidas por el equipo directivo y que podrían resumirse en los siguientes aspectos:

### 3.1. CELERIDAD EN LA APERTURA DEL HOSPITAL

La FHM inició su actividad hospitalaria el 17 de marzo de 1997 al cabo de 90 días de su constitución, realizándose en este periodo de tiempo todas las actividades necesarias para la puesta en marcha, entre las que se incluyen:

- El desarrollo organizativo con la definición de las políticas de compras, personal, retribuciones, diseño de puestos de trabajo, definición de circuitos asistenciales y logísticos, etc.
- La selección de personal.
- La compra del aparataje pendiente y de toda la dotación de farmacia y fungibles sanitarios.
- La informatización y cableado del centro y la puesta en marcha de todo el sistema de comunicaciones externas e internas.
- La contratación de servicios externos (cocina, limpieza, mantenimiento, etc)
- La consecución de todos los permisos restantes para la puesta en marcha.

Transcurridos 6 meses desde la apertura, está en funcionamiento la totalidad de la hospitalización (185 camas) superando largamente la previsión que era de 120 camas abiertas en un periodo de 1 año. El cuadro 2 muestra el cronograma de la apertura del hospital.

EL cuadro 2 muestra la evolución de los datos de actividad destacando el crecimiento constante de todos los indicadores a excepción de la estancia media que se mantiene en cifras inferiores a 6 días que es la media del grupo I de hospitales.

*Cuadro 2. Evolución de actividades*

	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sept.	TOTAL
<b>HOSPITALIZACIÓN</b>							
Ingresos	199	428	534	564	662	693	2387
Estancias	826	2453	2699	3342	3734	4061	13054
Estancia Media	4,15	5,73	5,05	5,93	5,64	5,86	5,47
<b>QUIRÓFANO</b>							
Intervenciones	67	184	246	292	314	287	1103
Interv/día	2,16	5,94	8,20	9,42	10,13	9,26	5,7
Partos	12	28	49	53	79	71	221
Partos/día	0,8	0,9	1,6	1,7	2,5	2,4	1,5
<b>CONSULTAS EXT.</b>							
Visitas Totales	1604	3587	5715	6589	5359	7008	22854
Consultas/día	73	171	272	300	268	319	266
<b>URGENCIAS</b>							
Visitas	1213	2922	3555	3936	4574	3855	16200
Urgencias/día	76	94	119	127	148	129	109



El proceso de apertura ha precisado 90 días desde la constitución de la fundación hasta el inicio de la actividades y 180 días para el pleno funcionamiento del Hospital.

Estos plazos, que son muy inferiores a los que han tenido otros hospitales dentro del entorno INSALUD, han sido posibles gracias al marco normativo en el que se desenvuelve la Fundación y puede entenderse como un ejemplo de las ventajas competitivas que pueden representar los modelos de gestión empresarial en el entorno sanitario.

### **3.2. FLEXIBILIDAD ORGANIZATIVA**

La no existencia de un pesado bagaje de normas y circulares, posibilita una gran flexibilidad organizativa que se traduce a título de ejemplo, como los siguientes:

Selección rápida de personal : En un periodo inferior a 100 días, 350 personas de un total de mas de 5000 candidatos.

Organigrama adaptado al tipo de hospital y a las características de los diferentes responsables de los servicios. Los mandos desempeñan el papel de "product-manager" o directores de servicio, de los cuales depende la totalidad del personal.

Posibilidad de contrataciones laborales alternativas. Ejemplo: Contratación como consultor de un oncólogo, lo cual posibilita contar con una especialidad que normalmente no existe en un hospital comarcal.

Firma de acuerdos con otras instituciones (Ayuntamientos, Mutuas, etc), con unas tramitación sencilla y un tiempo de respuesta aceptable.

Celeridad en las compras y, a expensas de una evaluación mas exhaustiva, consecución de mejores precios. Ejemplo: Compra y recepción de todo el material fungible y de farmacia, con un catálogo de más de 2.000 artículos en un plazo inferior a 60 días.

Posibilidad de captación de fondos provenientes de instituciones Europeas. Ejemplo: Proyecto "Remedes Plus" del que forma parte la FHM.

### **3.3. INDICADORES DE RENDIMIENTO Y DE COSTE**

El escaso tiempo transcurrido hace imposible establecer comparaciones con otros hospitales puesto que no se dispone de una serie completa de un año y por otra parte el centro ha ido incrementando su estructura permanentemente. No obstante la previsión de actividad y coste para 1998 (aprobada por el Patronato en su reunión de septiembre) que fue realizada en base a la extrapolación de datos de los últimos meses, pone de manifiesto reducciones en el coste de la UPA, con respecto a la media de su grupo de hospitales, entre un 17 y un 23% según se tengan en cuenta o no las amortizaciones.

### 3.4. ELEMENTOS CLAVE PARA EL DESARROLLO DEL PROYECTO

Los próximos meses serán claves en el desarrollo del proyecto por cuanto deberán definirse en diversas áreas estratégicas (personal, retribuciones, costes, etc.) el grado en el que se preservan las características de modelos anterior es o, por contra, se opta por nuevas soluciones.

En un proyecto de reforma de la gestión de los servicios sanitarios públicos como el que se está llevando a cabo las decisiones que se vayan tomado han de estar en todo momento marcadas por unas grandes dosis de equilibrio que podríamos resumir en las siguientes áreas:

#### a. Equilibrio en las expectativas

Huyendo tanto del escepticismo sobre las posibilidades de reforma de gestión de lo público, como de la creencia de que los nuevos modelo de gestión son la solución global a los problemas del sistema sanitario.

#### b. Equilibrio en la innovación

Si bien es cierto que los nuevos centros son un buen campo de experimentación para innovaciones organizativas, tecnológicas, etc., no es menos cierto que debería evitarse el implantar todos los nuevos “inventos” a la vez y en el mismo centro. La innovación consume tiempo y esfuerzos muy importantes que posiblemente serán necesarios para la apertura de un nuevo centro. *A sensu contrario*, no parece razonable que en un hospital con instalaciones y personal nuevos y sin hábitos previos, no se intentase introducir algunas medidas innovadoras en aspectos organizativos o tecnológicos que en centros ya funcionantes presentan mayor dificultad de implantación .

#### c. Equilibrio en la estabilidad de las contrataciones

Se deben buscar un marco de flexibilidad en las relaciones contractuales de tal manera que, preservando la estabilidad de las plantillas permita, a diferencia con el INSALUD, la extinción de la relación laboral cuando las necesidades de personal varían o la selección del mismo no ha sido la adecuada.

#### d. Equilibrio en la variabilidad de las retribuciones

El objetivo es contar con un sistema retributivo ligado a resultados. Se debería huir tanto del salario fijo y uniforme, igual para todo los miembros de una categoría como del pago por acto, que introduciría excesiva inestabilidad y tendencias a inflacionar la actividad, incompatibles con un sistema presupuestario como el vigente en nuestro SNS.

**e. Equilibrio en la disminución de costes**

Los costes globales de estos nuevos centros, deberían ser razonablemente inferiores a centros de similares características gestionados de forma tradicional. No obstante tampoco debería caerse en el estrangulamiento financiero. Es obvio que el problema de financiación del sistema no reposa únicamente en introducir reformas en los modelos de gestión. El objetivo sería, sobretudo, la disminución de los costes unitarios y conseguir con el mismo dinero mejores resultados, tanto desde el punto de vista de la actividad como de la satisfacción de profesionales y pacientes.

**f. Equilibrio entre los principios de seguridad y eficacia**

Ambos son principios por los que se han de regir el funcionamiento de las administraciones públicas. No obstante hasta la fecha ha habido una clara primacía del principio de seguridad jurídica, con un cierto abandono del de eficacia. El objetivo tradicional ha sido cumplir la norma, más que obtener resultados. Es preciso reequilibrar estos dos elementos a pesar de las resistencias que puedan hallarse entre los aparatos administrativos existentes actualmente, que verán probablemente como una amenaza cualquier medida tendiente a desregular el sector desde el punto de vista normativo.

**g. Recuperación del protagonismo del médico**

El proyecto intenta reponerlo en el punto central que ocupa en nuestras organizaciones, tanto desde el protagonismo que el paciente le adjudica, como desde la importancia que las decisiones clínicas tienen en la marcha de las instituciones. La conversión del médico en un mero asalariado no se ajusta ni a las expectativas de los profesionales ni a las necesidades de nuestros hospitales. No obstante también debería huirse del planteamiento de clínica abierta y de los profesionales liberales, incompatible con el gobierno de una institución jerarquizada.

**h. Equilibrio en la tutela de la experiencia por el INSALUD**

Si bien es cierto que hay que intentar evitar una excesiva dispersión de iniciativas entre los diferentes centros con nuevas fórmulas de gestión, no lo es menos que una excesiva tutela por parte del INSALUD nos puede llevar a un “neocentralismo”. La diversidad puede tener elementos positivos por lo que puede conllevar de innovación y adaptación al entorno. Probablemente no tienen por que ser iguales las jornadas o las características de la formación del personal de Admisiones de una zona turística como Manacor a las de una zona del cinturón de Madrid como Alcorcón.

Cualquier precaución es poca, tratándose de una organización con antecedentes tan probadamente centralistas.

**i. Voluntad política sostenida**

Aunque excede el objeto de esta presentación no por abvio es menos necesario recordar la importancia que tiene en cualquier proceso que pretenda reformar el modelo de gestión de una organización de las características del SNS, el contar con un apoyo político firme y sostenido a lo largo del tiempo, incluso ante eventuales cambios políticos.

**j. Equilibrio al abordar conflictos y cultura del pacto**

Como complemento a lo anteriormente mencionado, llevar a cabo reformas del tipo de las que se están planteando precisaran de grandes inversiones en negociación, intentando crear lo que podríamos llamar una "cultura del pacto", evitando toda confrontación directa con los múltiples agentes implicados. No obstante, a pesar de la importancia que tiene lo dicho, ello no debería llevarnos a renunciar a aquellos elementos que se consideren claves y que han de quedar perfectamente definidos al inicio de cualquier proceso negociador.





# *Experiencia del Hospital de Alcira*

ANTONIO BURGUEÑO CARBONELL

*Vocal de la Unión Temporal de Empresas (UTE) Hospital de Alcira  
Valencia. España*

*Conferencia presentada en el Seminario "La Gestión del Cambio  
en los Servicios Sanitarios" celebrado en la EASP. Granada, España.*



# **EXPERIENCIA DEL HOSPITAL DE ALCIRA**

Esta presentación tiene como objetivo describir un modelo coexionado y que, en mi entender, está en este momento eclosionando.

No se trata, como quien me ha antecedido, de cosas hechas y de las que ponemos aprender todos; alguna ya está abierta como es el caso MANACOR, otras ya experimentadas como es la Empresa de Emergencias Sanitarias en Andalucía. Se trata de un feliz hito que es difícil componer, de una forma distinta de concebir el servicio público en sanidad, aunque es antiguo en otros servicios públicos como puede ser el tan esencial del agua.

## **1. EL ENTORNO**

El Hospital de Alcira está situado en una zona de 232.000 personas al sur de Valencia,. Es rica en agricultura, lo era desde los tiempos árabes, es rica en media industria y es rica en industria pesada porque contiene hasta la zona de Almusafes, donde se hacen los automóviles en este momento de la casa Ford. Por lo tanto hay un componente de gran dinamismo social, una zona del país donde cunde la iniciativa privada y la asociativa. En Alcira hay 37 fallas, hay bandas de música y hay algo que hace posible la creación y la generación de riqueza movido por la propia sociedad. Es un entorno en el cual nos apetece imbuirnos, meternos y hacer posible un proyecto de esta naturaleza.

## **2. EL HOSPITAL**

Las obras de construcción del hospital han comenzado en julio de 1997 y han de terminarse en octubre del 98; la concesión empezará el 1 de enero de 1999. Las características del hospital: había un solar en Alcira destinado a este efecto, de 40.000m<sup>2</sup> que nosotros hemos ampliado en 26.000m<sup>2</sup> más; se va a construir un hospital de 37.000m<sup>2</sup> de 250 habitaciones unipersonales, con 10 quirófanos, 35 consultorios y boxes de urgencia en número de 20, así como unidades de cuidados intensivos. Además, hay un aparcamiento para 1.200 vehículos.

La actividad que tendrá que hacer frente el hospital por año será de un número de ingresos de alrededor de 19.443, 13.200 intervenciones quirúrgicas, 6.140 operaciones ambulatorias, 90.000 urgencias y 630.000 consultas.

## **3. EL DISEÑO FINANCIERO**

El diseño que tiene este hospital desde el punto de vista financiero es un diseño caputivo, el dinero sigue al ciudadano; la forma de repartir es autonómica, ya se sabe

que más menos como se está componiendo el reparto del dinero del país, está siendo a base del censo, de un número de personas y unos coeficientes que se puedan introducir para llevar más dinero a un sitio que a otro, que sea lo más racional posible; de ahí se repartirá lógicamente a un nivel local y esto permitirá tener un conocimiento desde la base de cuánto es el gasto sanitario.

Aparte de eso se trasfiere un número de pesetas concretas por persona, se trasfiere el riesgo a la empresa adjudicataria, tiene libertad el ciudadano de elegir, aparte de éste, cualquier otro servicio que elija del sistema público y probablemente el sistema privado. Habrá que transferir al pago a la empresa adjudicataria y hay una fórmula transferencial para los desplazados, tanto de aflujo como otros, es decir, de los que vengan allí y ésta es una zona en la que afluirá gente por ser zona de veraneo. Nosotros facturaremos al 80 % de lo que se nos facture a nosotros por las prestaciones que se hagan a nuestros pacientes en otros sitios o unidades del Servicio Valenciano de Salud, o del INSALUD o cualquier otro sitio. Por lo tanto es un pago caputivo, empezará a partir del 1 de enero de 1999, se revisará anualmente en función del IPC. Es una prima por beneficiarios en base al número de personas censadas y se hace un pago en 12 mensualidades según la ley de Contratos del Estado.

Todos los años habrá un reajuste anual, antes del 30 de octubre de cada año, que se hará en razón de la modificación de población de referencia, que está en relación con los importes facturados a la adjudicataria por el Servicio Valenciano de Salud. Todos los años habrá una nueva composición o baremo de cuál es el precio del proceso y el coste medio que se haga y los importes facturados por la adjudicataria del Servicio Valenciano de Salud, es decir, habrá una especie de cuenta de lo hecho contra lo que se nos ha hecho en otros sitios.

#### 4. EL DISEÑO JURÍDICO

Las leyes o bases jurídicas son la Ley General de Sanidad, la Ley de Contratos del Estado, el Real Decreto del 1 de marzo de desarrollo parcial de la Ley del 13 del 95, el Reglamento General de Contrataciones del Estado y por último en el Decreto de mayo del parlamento actual.

El diseño jurídico en el que se ha basado este modelo es un plan de elevarlo a la categoría de servicio público; una vez que se la ha elevado a una categoría de servicio público la fórmula es seguir la Ley de Contrataciones del Estado; una empresa privada por concesión de esa prestación de servicio público como cualquier otro servicio público esencial. Se contrata la gestión de la prestación y, como está previsto también en esa Ley, para hacer posible esa gestión hay que hacer un hospital y el hospital lo tiene que construir precisamente la empresa adjudicataria a su cargo. El hospital estaba previamente diseñado por la Consejería; en el año 90 se definió un terreno de 40.000m<sup>2</sup>, lo compró el Ayuntamiento y se lo cedió a la Consejería de Sanidad de Valencia; éste

es el terreno que ha servido de base; pareció pequeño el terreno y al lado hemos tenido que comprar terreno adicional para pasar de 40.000 m<sup>2</sup> de solar a 66.000 m<sup>2</sup> que son los que tiene en el momento actual.

El plan funcional que tenía el gobierno se respetó y con ese plan funcional se hizo un proyecto básico arquitectónico que lo encargó la Consejería; ese proyecto básico y el pliego de condiciones ha servido para hacer el concurso de licitación de las ofertas y finalmente, una vez que las ofertas llegaron se terminó el proyecto de ejecución y se puso en marcha inmediatamente la adjudicación y la construcción del hospital. El pliego, complicado y novedoso, ha sido impugnado y en estos momentos el Tribunal Superior de Justicia ha desestimado por auto la impugnación realizada por CCOO al concurso, que era algo importante que había que superar.

## 5. EL DISEÑO DE CONTROL

El modelo de Alcira tiene una financiación pública, respeta la financiación pública lo hace por pago capitativo: 34.000 pesetas por persona y año, con un incremento del IPC interanual. Tiene control público porque el programa del hospital y cualquier modificación tiene que ser aprobada por la propia Consejería; la Consejería tiene una comisión de seguimiento y un coordinador público permanente dentro del hospital. La propiedad es pública porque revierte a la generalidad la capacidad una vez que pasen los 10 primeros años, hay 5 años de prórroga posible pero revierte, la titularidad es pública después de esos 10 años.

Los profesionales están en relación y contrato privado salvo aquellos profesionales que tienen que absorber del Centro de Especialidades, un hospital pequeño que había en Alcira y que pertenecen al sistema público y que por lo tanto son estatutarios. Hemos dicho que el diseño jurídico es una contratación de gestión de los servicios públicos indirecta mediante concesión pura; el servicio público sigue siendo esencial, esto no se pone en duda, y el gestor privado colaborador de la administración en la gestión de interés público.

La población adscrita en ese área son 232.000 personas; es un área de las importantes de la Comunidad Valenciana, en número de personas es la mayor en este momento junto con la de Elche, que aproximadamente son 2.000 menos; esa población será la establecida en el último censo y toda la población que tiene derecho a acudir a los hospitales de la red pública, ya sea de la Comunidad Valenciana o del resto del territorio nacional. Las personas no incluidas en esta población de referencia recibirán asistencia con carácter de urgencia en el hospital, así lo dice el pliego, porque no se pretendía el extender y hacer que este hospital generase demanda dentro de la Comunidad Valenciana. Hay unas reglas del juego de acuerdo a las cuales tenemos que atender lo que llegue por la urgencia y que se ha dado el vistobueno por parte de la Comunidad Valenciana.

El hospital de Alcira ya es una realidad, desde el punto de vista legal, el jurídico y el financiero; este hospital se hace con un diseño de empresas que ha sido peculiar porque la Ley o el Decreto en el que se basa la contratación y la concertación permitía el que se presentasen empresas aseguradoras y empresas prestatarias de servicios. Se podían presentar las aseguradoras nacionales y extranjeras; se podían presentar empresas privadas que tuvieran hospitales, eso era la base sustancial; al mismo tiempo permitía una unión temporal de empresas con otro tipo de empresas que aquí se constituyó; una unión temporal con empresas radicadas en la zona del marco financiero-social importante de la zona, en que entró Bancaja, la Caja de Ahorros de Mediterráneo, la Caja de Ahorros, de Carlet, que es precisamente la dió mas legitimidad social a este hospital, porque son los propios impositores de la zona los que están allí metidos, (una caja de 16.000 millones de pesetas de facturación pero de la propia zona). Luego las constructoras que fueron Dragados y LUVASA, que se llevaron el concurso, entran en la misma unión temporal de empresas con un 2% cada una de ellas, el riesgo que asumen es mínimo, pero era importante como teníamos unos plazos muy concretos y que eran cortos, pues que se implicaran en la propia unión temporal de empresas.

## 6. LOS RETOS DEL FUTURO

El primer reto es integrar el área: no se concibe un hospital sin la gestión de su área y, por lo tanto, vamos a tratar de cautivar médico a médico, unidad asistencial a unidad asistencial, a todos los del área para que entren en este hospital, para que sea una gestión integral del área de salud. Ésto parece básico, ya fuese público, ya fuese privado. Lo importante es que entre el enfermo por el sitio por el que tiene que entrar, que es su médico de cabecera, y que el médico de cabecera sepa que ese hospital es el suyo y tanto es el suyo que le vamos a invitar a que hagan trabajos reales dentro de hospital.

El segundo reto es armonizar la gestión de esa área: cuánto tiene que irse al hospital, cuánto tiene que hacerse y trabajar en el área e incentivar a que en área se haga mucha más actividad de lo que se suele hacer en los hospitales actualmente.

El tercer reto es que 250 camas sean suficientes para 232.000 personas; en la Comunidad Valenciana hay hasta ahora 500 camas. El hacerlo posible con 225 camas más las camas de emergencias y todas éstas nos va a costar un verdadero trabajo de rediseño el que estamos actualmente haciendo.

Conseguir la satisfacción del ciudadano y ser rentable a las empresas es un reto obvio. El tercer reto impone hacer una reingeniería de todos los procesos antes de empezar el hospital. Ha habido algo de reingeniería de diseño en el momento actual en este hospital puesto que ya estamos imponiendo una gestión integral del área; ésto es rediseñar totalmente las cosas, es decir, que vayamos a los médicos de cabecera y que les digamos que les vamos a poner el ordenador para hacer su historia; que podrán meter

las imágenes desde allí y que sean los gestores de su actividad; alinear los procesos empezando por ahí permitirá el hacer un continuo de la asistencia.

El cuarto reto es la integración sin niveles. La integración del gasto de todo el área todavía no está conseguido; esto nos parece que es un hito que tenemos que conseguir en estos primeros meses. Salió sólo como área especializada y nunca salió en el pliego que tuviésemos la obligación de integrar el área; pero era evidente que no queríamos chocar con un modelo de atención primaria ya vigente en el país.

En el marco real lo que queremos es cambiar el modelo de atención primaria de los 180 médicos que tiene Alcira. ¿Cómo lograrlo? Cautivándolos, conquistándolos, diciendo qué es lo que nos parece su trabajo. El otro día me decía uno en un centro de salud: ¿y nos vais a mandar un informe de los enfermos? No vamos a mandar ningún informe de los enfermos porque yo, como médico de cabecera que he sido casi toda mi vida, me parece que eso es como contar la película del Silencio de los Corderos en un minuto. No vamos a mandar informes, porque el informe eatará en el propio ordenador y desde luego van a estar asistiendo al propio hospital.

Vamos a montar dentro del hospital una unidad, atendida por 20 profesionales entre médicos y enfermeras, que será una especie de "control aéreo", control de toda la actividad del área permanente, para las urgencias, para las citas y para cada uno de los servicios. Ésto va a estar con un programa, un software que ya tenemos bastante completado; será una unidad de control de toda la actividad del área. Vamos a intentar alinear los procesos antes de que lleguen, hacer la reingeniería a los procesos antes de que éstos lleguen al hospital, administrativa, técnica y aún, si es posible, iniciar la reingeniería científica de dichos procesos.

Lo último es, a mi entender, un esquema de intenciones; lo otro es un esquema de realidades.





# *Apéndice I*

## *IV Seminario: La gestión del cambio en los servicios sanitarios*

Granada, 6 y 7 de Noviembre de 1997

PROGRAMA



## PRESENTACIÓN

El seminario de gestión, que aborda en el presente año su cuarta edición, continúa con su orientación como foro general de conocimiento y discusión entre gestores sanitarios, tanto de Atención Primaria como de Atención Especializada.

En las tres ediciones anteriores, se abordaron diferentes temas de carácter general, intentado presentar las principales alternativas de modernización del sector sanitario, prestando particular atención a aquellas ideas o aspectos provenientes del sector empresarial.

En esta edición, se ha optado por centrar el seminario en un tema más concreto y oportuno, como es la gestión de los procesos de cambio.

Quizás, en la actualidad el debate se está centrando más en los diferentes modelos de gestión y organización de los servicios sanitarios, que en la estrategia para realizar la transición desde la situación actual a estos nuevos modelos.

El Seminario intentará continuar con su filosofía general, abordando conceptos teóricos del campo sanitario y empresarial combinando estos aspectos con la presentación de experiencias prácticas de cambio.

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

## OBJETIVOS

- Conocer el marco teórico de los procesos de gestión del cambio.
- Analizar las diferentes aproximaciones y perspectivas de los procesos de cambio.
- Profundizar en las necesidades de los gestores para abordar con éxito los procesos de cambio.
- Conocer las más recientes experiencias españolas en procesos de cambio.

## DESARROLLO

### JUEVES, 6 DE NOVIEMBRE

9'00 **Entrega de documentación**

9'30 **Inauguración:** Ilma. Sra. D<sup>a</sup> CARMEN MARTÍNEZ AGUAYO  
Gerente del Servicio Andaluz de Salud, Junta de Andalucía.  
Sevilla.

10'00 **Conferencia y debate:** *Cambios organizativos al servicio de la gestión pública.*

JOSÉ MANUEL GONZÁLEZ-PÁRAMO. Catedrático de Hacienda Pública. Universidad Complutense de Madrid

Moderador: ESTEBAN DE MANUEL KEENOY. Director Académico de la EASP.

11'30 **Café**

12'00 **Mesa / Taller:** *Diferentes aspectos relacionados con la gestión del cambio en los servicios sanitarios.*

Participantes: KOLDO ECHEBARRIA ARIZNABARRETA  
Director del Instituto de Dirección y Gestión Pública. ESADE.  
Barcelona.  
*El cambio organizacional desde la perspectiva política.*

JOSÉ MARTÍN MARTÍN. Coordinador del Área de Gestión de Servicios Sanitarios. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada.  
*Una propuesta de cambio del sistema sanitario: El papel de las empresas públicas.*

JUAN IRIGOYEN SÁNCHEZ-ROBLES. Profesor. Facultad de Ciencias Políticas y Sociología. Universidad de Granada.  
*La perspectiva cultural en la gestión del cambio.*

Moderador: JOAN CARLES MARCH CERDÀ. Coordinador de Investigación de la EASP.

14'00 **Comida**

15'30 **Ponencia y mesa redonda:** *Nuevas habilidades para los directivos de organizaciones sanitarias.*

PAULINE MEURS. Professor of Health Policy and Management. Erasmus University. Rotterdam. The Netherlands.

Moderadora: OLGA SOLAS GASPAS. Profesora del Área de Gestión de Servicios Sanitarios de la EASP.

**17'30 Cuestionario interactivo**

Moderadora: OLGA SOLAS GASPAS. Profesora del Área de Gestión de Servicios Sanitarios de la EASP.

**19'00 Exposición de los trabajos presentados al IV Premio MSD**

Lugar de celebración: Salón de Actos

• *Diseño y desarrollo de un Programa de Formación del personal de incorporación temporal en las Instituciones Sanitarias de Atención Especializada de la Comunidad Autónoma Gallega.* Santiago de Compostela. La Coruña.

ELVIRA TOURIÑO MÍNGUEZ

• *Plan de desarrollo y mejora del Área 8 de Atención Primaria (PLAM DAAP).* Madrid.

JORDI CUSTODI I CANOSA

• *Una respuesta académica de alianza estratégica para el cambio de las facultades de medicina.* Universidad de Concepción. Chile.

CECIL ÁLVAREZ USLAR

• *Un cambio transformador a través de la innovación.* Consorci Sanitari de Mataró. Barcelona.

JORDI COLOMER I MASCARÓ

• *Colaboración interniveles hospitalario y ambulatorio mediante la hospitalización a domicilio y estancia corta.* Hospital de la Inmaculada. Almería.

HAJJAJ MOHD

• *Calidad Total: apuesta estratégica del Hospital de Basurto.* Bilbao.

JOSÉ LUIS YAGÜE RODRÍGUEZ

Moderador: JUAN JOSÉ PÉREZ LÁZARO. Profesor del Área de Gestión de Servicios Sanitarios de la EASP.

**19'00 Exposición de los trabajos presentados al IV Premio MSD**

Lugar de celebración: Aulas 1 y 2

• *La unidad funcional de apoyo al anciano: un modelo de cambio en la atención a los mayores en APS.* Distrito Sanitario de Santa Fé. Granada.

MANUEL AMEZCUA MARTÍNEZ

• *Presente y futuro de la gestión de la mejora continua de la calidad en la dirección de atención primaria Tarragona-Valls.*

MERCÉ AREDEVOL I RIBÓ

• *El plan de calidad del Grup SAGESSA: una herramienta para el cambio.* SAGESSA. Reus. Tarragona.

LLUIS NUARLART I BERBEL

- *Tiras reactivas hacia una mejor optimación de recursos.* CAP Vallès Oriental (Dirección de AP). Granollers. Barcelona.  
ASUNCIÓ RECASENS GRACIA
- *Proceso de integración y reorganización del área económico administrativa y de servicios generales del Área Sanitaria Norte de Córdoba.*  
FCO. JAVIER RUBIO BLANCO
- *Proyecto de Servicio de Farmacia de Área.* Servicio de Farmacia. Área Sanitaria Norte. Córdoba.  
JOSÉ RAMÓN DEL PRADO LLERGO

Moderadora: M<sup>a</sup> ÁNGELES PRIETO RODRÍGUEZ. Profesora del Área de Gestión de Servicios Sanitarios de la EASP.

21'30 Cena invitación a ponentes y participantes. En el Hotel Alhambra Palace.

## **VIERNES, 7 DE NOVIEMBRE**

### **9'30 Conferencia y debate**

*La gestión de la innovación estratégica y el cambio*

THEODORE MARMOR. Professor of Public Policy and Management. University of Yale. New Haven. USA.

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

### **11'00 Café**

### **11'30 Ponencia y mesa redonda**

*Experiencias de cambio en los servicios sanitarios*

Participantes:

ÁNGEL GARIJO GALVE. Gerente. Empresa Pública de Emergencias (EPES). Málaga.

MANUEL DEL CASTILLO REY. Gerente. Hospital de Manacor. Mallorca.

ANTONIO BURGUEÑO CARBONELL. Vocal de la UTE. Hospital de Alcira. Valencia.

Moderadora: ANA PASTOR JULIÁN. Directora General. MUFACE. Madrid.

### **13'30 Clausura y entrega del IV Premio MSD**

### **14'15 Copa de clausura**

### **COMITÉ ORGANIZADOR**

Esteban de Manuel Keenoy  
José Jesús Martín Martín  
Regina Revilla Pedreira  
Fernando Silió Villamil (Coordinador)  
Olga Solas Gaspar

### **COMITÉ CIENTÍFICO IV PREMIO MSD**

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

### **SECRETARÍA DEL SEMINARIO**

Consuelo García Martín





## *Apéndice II*

### *Listado de asistentes*



Sr. D. TOMÁS AGUIRRE COPANO  
*Director General de Personal y Servicios*  
*Servicio Andaluz de Salud*  
Avda. de la Constitución, 18  
41071-SEVILLA

Sr. D. MANUEL ALÉN FIDALGO  
*Director Gerente*  
*Hospital Juan Ramón Jiménez*  
Avda. Ronda Norte, s/n  
21005-HUELVA

Sr. D. CECIL ÁLVAREZ USLAR  
*Director Departamento Ingeniería Industrial*  
*Facultad de Ingeniería Universidad de Concepción*  
Casilla 1186  
CONCEPCIÓN-3 (CHILE)

Sr. D. MANUEL AMEZCUA MARTÍNEZ  
*Coordinador*  
*Distrito Sanitario de Santa Fé*  
La Paz. 2  
18320-SANTA FÉ (GRANADA)

Sra. D<sup>a</sup>. MARISA ANTÓN MADRIGAL  
*Supervisora Cardiología*  
*Hospital Materno Infantil La Paz*  
P<sup>o</sup> de la Castellana, 261  
28046-MADRID

Sra. D<sup>a</sup>. MERCE ARDEVOL RIBÓ  
*Directora Gerente*  
*Dirección Atención Primaria Tarragona-Valls*  
Avda. Prat de la Ribba, 39  
43001-TARRAGONA

Sra. D<sup>a</sup>. ROSARIO ARÉVALO SÁNCHEZ  
*Jefa Gabinete Consejera de Salud*  
*Consejería de Sanidad y Bienestar Social*  
Avda. de Francia, 4  
45071-TOLEDO

Sr. D. MIGUEL ARRAEZ SÁNCHEZ  
*Hospital Virgen de las Nieves*  
*Avda. de las Fuerzas Armadas, 2*  
18014-GRANADA

Sr. D. FRANCISCO JAVIER AYAPE AMIGOT  
*Jefe Servicio de Asistencia Farmacéutica*  
*Sergas*  
Edf. Advo. San Lázaro, s/n  
15771-SANTIAGO DE COMPOSTELA (LA CORUÑA)

Sr. D. JOSEBA BARROETA URQUIZA

*Director Gerente*

*Ciudad Sanitaria Virgen de las Nieves*

Avda. Fuerzas Armadas, 2

18014-GRANADA

Sra. D<sup>a</sup>. VICENTA BENAVIDES GARCÍA

*Enfermera Unidad de Ancianos*

*Distrito Sanitario de Santa Fé*

La Paz, 2

18320-SANTA FÉ (GRANADA)

Sr. D. JOSÉ BENAVIDES VILCHES

*Subdirector General*

*Hospital Virgen del Rocío*

Avda. Manuel Siurot, s/n

41013-SEVILLA

Sr. D. PEDRO BRAÑAS TATO

*Subdirector General Atención Sanitaria en Atención Primaria*

*Sergas*

San Lázaro, s/n

15771-SANTIAGO DE COMPOSTELA (LA CORUÑA)

Sr. D. FRANCISCO BUENO CAÑIGRAL

*Director General*

*Dirección General de Salud Pública*

*Consejería de Sanidad*

Dr. Rodríguez Fornos, 4

46010-VALENCIA

Sra. D<sup>a</sup>. JOAQUINA BUSTAMANTE FERNÁNDEZ

*Médico*

*Zona Básica de Salud Santa Fé*

La Paz, 2

18320-SANTA FÉ (GRANADA)

Sr. D. JORDI CALSINA SOLER

*Director Gerente*

*Hospital de Palamós*

Hospital, 36

17230-PALAMÓS (GERONA)

Sr. D. JOAQUÍN CAMPRUBÍ GARCÍA

*Merck, Sharp and Dohme de España*

Josefa Valcárcel, 38

28027-MADRID

Sr. D. JOSÉ MARÍA CAMPUZANO CASASAYAS

*Jefe Servicios Generales y Comprus*

*Gesma*

*Hospital Provincial*

Pza. del Hospital, s/n

07012-PALMA DE MALLORCA

Sra. D<sup>a</sup>. MONTSERRAT CANALS COLET  
*Adjunta Unidad Asistencial*  
*Dirección de Atención Primaria Tarragona-Valls*  
Avda. Prat de la Riba, 39  
43001-TARRAGONA

Sr. D. FRANCISCO CÁRCELES GUARDIA  
*Director Médico*  
*Hospital Son Dureta*  
Avda. Andrea Doria, 55  
07014-PALMA DE MALLORCA

Sr. D. JOAQUÍN CARMONA DÍAZ-VELARDE  
*Director Gerente*  
*Hospital Universitario Virgen Macarena*  
Avda. Dr. Fedriani, 3  
41009-SEVILLA

Sr. D. ANTONIO CERVERA GUERRERO  
*Director Gerente*  
*Hopital de Valme*  
Ctra. de Cádiz, s/n  
41014-SEVILLA

Sr. D. JORDI COLOMER MASCARÓ  
*Gerente*  
*Consorci Sanitari de Mataró*  
Lepanto, 13-21  
08301-MATARÓ (BARCELONA)

Sr. D. CARLOS CRESPO SABARIS  
*Director Provincial*  
*Sergas*  
Coruña, 24  
36211-VIGO

Sr. D. ENRIQUE CRUZ GIRÁLDEZ  
*Asesor del Consejero*  
*Consejería de Salud*  
Avda. Innovación, s/n Arena 1  
41071-SEVILLA

Sr. D. FEDERICO DE LA CUADRA LIRO  
*Director*  
*Distrito Sanitario de Santa Fé*  
La Paz, 2  
18320-SANTA FÉ (GRANADA)

Sr. D. JOSÉ IGNACIO CUERVO ARGUDIN  
*Director Gerente*  
*Ciutat Sanitaria i Universitaria*  
*Hospital Vall d'Hebron*  
P<sup>o</sup> Vall d'Hebron, 119-129  
08035-BARCELONA

Sr. D. JORDI CUSTODI I CANOSA

*Director Gerente*

*Gerencia AP Área 8 INSALUD*

Alonso Cano, 8

28933-MÓSTOLES (MADRID)

Sr. D. XAVIER ELGUEZÁBAL CABRERA

*Director Organización y Planificación*

*Hospital de Basurto*

Avda. de Montevideo, 18

48013-BILBAO

Sr. D. ANDRÉS ESTRADA MORENO

*Delegado Provincial de Salud*

*Delegación de Salud*

Gran Vía, 6

21071-HUELVA

Sr. D. JULIÁN EZQUERRA GADEA

*Director Gerente*

*Complejo Hospitalario de Toledo*

*Hospital Virgen de la Salud*

Avda. de Barber, 30

45004-TOLEDO

Sr. D. JUAN FERNÁNDEZ BREA

*Director Gestión*

*Clínica Povisa*

Salamanca, 5

36211-VIGO (PONTEVEDRA)

Sra. D<sup>a</sup>. PALOMA FERNÁNDEZ CANO

*Directora Comunicación*

*Merck, Sharp and Dohme de España*

Josefa Valcárcel, 38

28027-MADRID

Sr. D. BIBIANO FERNÁNDEZ -ARRUTY LÓPEZ

*Director Gerente*

*Hospital Nicolás Peña*

Avda. de las Camelias, 109

36211-VIGO (PONTEVEDRA)

Sr. D. ANDRÉS FUENTES PÉREZ

*Director Económico*

*Hospital Universitario Virgen Macarena*

Avda. Dr. Fedriani, 3

41009-SEVILLA

Sr. D. JOAN GENÉ BADIA

*Director Centro de Salud*

*Marconi Esquina Marañón*

08860-CASTELLDEFELS (BARCELONA)

Sr. D. JOSÉ LUIS GÓMEZ BARRENO  
*Director Asistencial*  
*Empresa Pública de Emergencias Sanitarias*  
Parque Tecnológico de Andalucía  
29590-CAMPANILLAS (MÁLAGA)

Sr. D. MARCIANO GÓMEZ GÓMEZ  
*Director General*  
*Dirección General de Asistencia Especializada*  
*Consejería de Sanidad*  
Lauria, 19  
46071-VALENCIA

Sr. D. ALBERT GÓMEZ SORRIBES  
*Director Asistencial*  
*Dirección de Atención Primaria Tarragona-Valls*  
Avda. Prat de la Riba, 39  
43001-TARRAGONA

Sr. D. EDUARDO GONZÁLEZ  
*Director Relaciones Institucionales*  
*Empresa Pública de Emergencias Sanitarias*  
Parque Tecnológico de Andalucía, Severo Ochoa  
29590-CAMPANILLAS (MÁLAGA)

Sr. D. JOSÉ MANUEL GONZÁLEZ ÁLVAREZ  
*Director Gerente*  
*Complejo Hospitalario Xeral-Ciés*  
Pizarro, 22  
36204-VIGO (PONTEVEDRA)

Sr. D. ENRIQUE GONZÁLEZ FERNÁNDEZ  
*Director Gerente*  
*Hospital Valle de Los Pedroches*  
Avda. Constitución, s/n  
14400-POZOBLANCO (CORDOBA)

Sr. D. SANTIAGO GONZÁLEZ UZQUIETA  
*Subdirector Asuntos Económicos*  
*Hospital Clínico Universitario*  
Martín Lago, s/n  
28045-MADRID

Sr. D. MARIANO GUERRERO FERNÁNDEZ  
*Director Gerente*  
*Hospital Universitario Virgen de La Arrixaca*  
El Palmar, Ctra. Madrid-Cartagena, s/n  
30010-MURCIA

Sr. D. JOSÉ HARO BAILÓN  
*Director General de Aseguramiento, Financiación y Planificación*  
*Consejería de Salud*  
Avda. Innovación s/n Edf. Arena 1  
41011-SEVILLA



Sr. D. RAMÓN HERNÁNDEZ VECINO

*Gerente Relaciones Externas*

*Merck, Sharp and Dohme de España*

Josefa Valcárcel, 38

28027-MADRID

Sra. D<sup>a</sup>. PALOMA HERNÁNDO HELGUERO

*Directora Médico*

*Gerencia AP Area 8 Insalud*

Alonso Cano, 8

28933-MÓSTOLES (MADRID)

Sr. D. JUSTO HERNANZ PÉREZ

*Director Médico*

*Centro Nacional Investigación Clínica y Medicina Preventiva*

*Instituto Carlos III*

Sinesio delgado, 10

28029-MADRID

Sr. D. ARTURO IBÁÑEZ MANRÍQUEZ

*Subdirector Planificación e Informática*

*Universidad de Concepción*

CASILLA 1186 CONCEPCIÓN-3 CHILE

Sra. D<sup>a</sup>. ALICIA IVORRA MUÑOZ

*Directora*

*Dirección de Gestión y Servicios Generales*

*Áreas 19 y 20*

Antonio Mora Fernández, s/n

03202-ELCHE (ALICANTE)

Sr. D. JOSÉ JIMÉNEZ JIMÉNEZ

*Médico*

*Dirección Provincial del INSS*

Ctra. de Armilla, 33

18071-GRANADA

Sr. D. JUSTO JORGE LÓPEZ

*Asesor Consejero*

*Dirección Atención Especializada*

Edificio Administrativo San Lázaro

15771-SANTIAGO DE COMPOSTELA (LA CORUÑA)

Sr. D. FRANCISCO JOSÉ JUAN RUIZ

*Director Gerente*

*Hospital Carlos Haya*

Avda. Carlos Haya, s/n

29010-MÁLAGA

Sr. D. ANDRÉS KELETY ALCAIDE

*Director Gerente*

*Hospital Materno-Infantil Vall d'Hebron*

Pº Vall d'Hebron, 119-229

08035-BARCELONA

Sr. D. JOSÉ MIGUEL LAÍN GUELBENZU  
*Director Gerente*  
*Hospital Virgen de la Victoria*  
Colonia Santa Inés, s/n  
29010-MÁLAGA

Sra. D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> TERESA LÁZARO CASAJUS  
*Jefa de Servicio*  
*Atención Primaria*  
*Consejería de Sanidad*  
Lauria, 19  
46002-VALENCIA

Sr. D. MANUEL LIÉBANA  
*Merck, Sharp and Dohme de España*  
Josefa Valcárcel, 38  
28027-MADRID

Sr. D. CARLOS LÓPEZ LABORDA  
*Director Gerente*  
*Hospital San Jorge*  
Avda. Martínez Velasco, 36  
22004-HUESCA

Sr. D. JOSÉ LÓPEZ LÓPEZ  
*Director General de Asistencia*  
*Servicio Murciano de Salud. Hospital Universitario*  
Intendente Jorge Palacios, 1  
30003-MURCIA

Sra. D<sup>a</sup>. MERCEDES LOSCERTALES ABRIL  
*Directora*  
*Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias*  
Luis Montoto, 89, 4<sup>a</sup> Planta  
41071-SEVILLA

Sr. D. JUAN DEL LLANO SEÑARIS  
*Presidente*  
*Fundacion Gaspar Casal*  
Samaria, 6, 5<sup>o</sup> D  
28009-MADRID

Sr. D. JOSÉ MARRERO PÉREZ  
*Director Médico*  
*Gerencia de Atención Primaria*  
*Área Salud Gran Canaria*  
Luis Doreste Silva, 36-44  
35004-LAS PALMAS

Sr. D. JOSÉ LUIS MARTÍNEZ CHAVES  
*Director Gerente*  
*Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén*  
Avda. Ejército Español, s/n  
23007-JAÉN

Sr. D. IGNACIO MARTÍNEZ JOVER

*Director Gestión*

*Gesma Hospital Provincial*

Pza. del Hospital, s/n

07012-PALMA DE MALLORCA

Sr. D. JESÚS MARTÍNEZ TAPIAS

*Hospital Virgen de las Nieves*

Avda. de las Fuerzas Armadas, 2

18014-GRANADA

Sr. D. JOSÉ MARRERO PEREZ

*Director Médico*

*Gerencia de Atención Primaria*

*Área Salud Gran Canaria*

Luis Doreste Silva, 36-44

35004-LAS PALMAS

Sr. D. FERNANDO MATEO ARIAS

*Director Gestión*

*Hospital de la Princesa*

Diego de León, 62

28006-MADRID

Sra. D<sup>a</sup>. CARMEN MAZA RUBIO

*Directora Asistencial*

*Complejo Hospitalario de Mallorca*

*Servei Balear de Salut*

Plaza del Hospital, s/n

07012-PALMA DE MALLORCA

Sr. D. FERNANDO MEJÍA ESTEBARANZ

*Director Médico*

*Hospital Universitario de Getafe*

Ctra. de Madrid-Toledo, Km 12.500

28905-GETAFE (MADRID)

Sr. D. JOSÉ MENA ROBLES

*Delegado Provincial*

*Delegación de Salud*

Avda. Luis Montoto, 89

41007-SEVILLA (SEVILLA)

Sr. D. JESÚS MILLÁN NÚÑEZ-CORTES

*Jefe Servicio*

*Medicina Interna 3*

*Hospital Gregorio Marañón*

Dr. Esquerdo, 46

28007-MADRID

Sra. D<sup>a</sup>. RAQUEL DE MINGO PALOMERA

*Directora Gestión*

*Gerencia AP Área 8 Insalud*

Alonso Cano, 8

28933-MÓSTOLES (MADRID)

Sr. D. HAJJAJ MOHD  
*Responsable*  
*Unidad Hospitalización a Domicilio*  
*Hospital La Inmaculada*  
Avda. Guillermo Reina, s/n  
04600-HUÉRCAL-OVERA (ALMERÍA)

Sr. D. JUAN MUJICA AGUINAGALDE  
*Director Gerente*  
*Hospital de Guipúzcoa*  
Pº Dr. Beguiristain, 115  
20014-SAN SEBASTIÁN

Sr. D. JAIME NIETO CERVERA  
*Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias*  
Luis Montoto, 89, 4ª Planta  
41071-SEVILLA

Sr. D. LLUIS NUALART I BERBEL  
*Gerente Planificación y Diseño Asistencia*  
*Grup Sagessa*  
Lluís Companys, s/n  
43201-REUS (TARRAGONA)

Sr. D. JAVIER ORBEGOZO ALBERDI  
*Director Médico*  
*Hospital Ntra. Sra. de Aránzazu*  
Pº Dr. Beguiristain, s/n  
20014-SAN SEBASTIÁN

Sr. D. VICENTE ORTÚN RUBIO  
*Profesor Facultad de Ciencias Económicas*  
*Universidad Pompeu Fabra*  
Ramón Trías Fargas, 25-27  
08005-BARCELONA

Sr. D. JOSÉ LUIS ORTUÑO LÓPEZ  
*Director*  
*Dirección de Área de Atención Primaria Nº 18*  
Gerona, 24  
03001-ALICANTE

Sra. Dª. ISABEL OTERO MARTÍNEZ  
*Supervisora Lactantes*  
*Hospital Materno-Infantil La Paz*  
Pº de la Castellana, 261  
28046-MADRID

Sr. D. JOSÉ PABLO SABRIDO  
*Secretario General*  
*Consejería de Sanidad y Bienestar Social*  
Avda. de Francia, 4  
45071-TOLEDO

Sra. D<sup>a</sup>. BLANCA PARRA VÁZQUEZ  
*Técnico Adjunto*  
*Dirección Gerencia*  
*Hospital Reina Sofía*  
Avda. Menéndez Pidal, s/n  
14004-CÓRDOBA

Sr. D. DIEGO PEDROSA GARCÍA  
*Director Gerente*  
*Hospital Comarcal de La Axarquía*  
Urb. El Tomillar, s/n  
29700-VELEZ-MÁLAGA (MÁLAGA)

Sr. D. ANTONIO PEINADO ÁLVAREZ  
*Jefe Servicio de Asistencia Farmacéutica*  
*Servicios Centrales. Servicio Andaluz de Salud*  
Avda. de La Constitución, 18  
41071-SEVILLA

Sr. D. JOSÉ TOMÁS PENZA PÉREZ  
*Subdirector General Planificación*  
*INSALUD*  
Alcalá, 56  
28071-MADRID

Sra. D<sup>a</sup>. ASUNCIÓN PERALES MARÍN  
*Jefe Servicio Actividad Asistencial*  
*Dirección General Atención Especializada*  
Lauria, 19  
46002-VALENCIA

Sr. D. RAFAEL PEREIRO HERNÁNDEZ  
*Servicio Planificación*  
*Servicio Andaluz de Salud*  
Avda. de la Constitución, 18  
41001-SEVILLA

Sr. D. GABRIEL PÉREZ COBO  
*Director Gerente*  
*Hospital Universitario Virgen del Rocío*  
Avda. Manuel Siurot, s/n  
41013-SEVILLA

Sr. D. ANTONIO PÉREZ RIELO  
*Director Gerente*  
*Hospital Costa del Sol*  
Ctra. Nacional 340, Km 187  
29600-MARBELLA (MÁLAGA)

Sr. D. RAFAEL PÉREZ SANTAMARINA  
*Director Gerente*  
*Hospital de Montecelo*  
Mourete, s/n  
36071-MONTECELO (PONTEVEDRA)

Sr. D. JUAN PÉREZ-MIRANDA CASTILLO

*Director Gerente*

*Hospital Infanta Cristina*

Avda. Elvas, s/n

06071-BADAJOS

Sr. D. MARIANO PINOS SEÑARIS

*Merck, Sharp and Dohme de España*

Josefa Valcárcel, 38

28027-MADRID

Sr. D. JOSÉ RAMÓN DEL PRADO LLERGO

*Farmacéutico*

*Área Sanitaria Norte*

Avda. de la Constitución, s/n

14400-POZOBLANCO (CÓRDOBA)

Sr. D. MANUEL PRIETO MASÍAS

*Responsable Asistencia Continuada Servicios Urgencias*

*Dirección Atención Primaria Tarragona-Valls*

Avda. Prat de La Riba, 39

43001-TARRAGONA

Sra. D<sup>a</sup>. SARA PUPATOS FERRARI

*Directora Gerente*

*Hospital de Móstoles*

Rio Júcar, s/n

28935-MÓSTOLES (MADRID)

Sr. D. TISIS QUEZADA ALIFF

*Coordinadora Técnica*

*Dirección General de Planificación y Sistemas*

*Ministerio de Sanidad*

SANTO DOMINGO (REPÚBLICA DOMINICANA)

Sr. D. ANDRÉS RABADÁN ASENSIO

*Director*

*Distrito Sanitario Bahía*

Micaela Aramburu, 7

11500-PUERTO SANTA MARÍA (CÁDIZ)

Sr. D. FRANCESC RAMOS PUNSOLA

*Director de Calidad y Planificación*

*Imas*

Pº de Gracia, 2, 4º

08010-BARCELONA

Sra. D<sup>a</sup>. EVA RAPADO

*Gerente Relaciones Externas*

*Merck, Sharp and Dohme de España*

Josefa de Valcárcel, 38

28027-MADRID

Sra. D<sup>a</sup>. ISABEL RECASENS CALVO  
*Técnico Salud*  
*Cap Vallés Oriental*  
Museu, 19  
08400-GRANOLLERS (BARCELONA)

Sra. D<sup>a</sup>. ASUNCIÓ RECASENS GRACIA  
*Responsable Unidad Diabetes*  
*Cap Vallés Oriental*  
Museu, 19  
08400-GRANOLLERS (BARCELONA)

Sra. D<sup>a</sup>. REGINA REVILLA PEDREIRO  
*Directora Relaciones Externas*  
*Merck, Sharp and Dohme de España*  
Josefa de Valcárcel, 38  
28027-MADRID (MADRID)

Sr. D. JUAN ROCA GUISERIS  
*F.E.A. Unidad Cuidados Intensivos*  
*Hospital Virgen de las Nieves*  
Avda. de las Fuerzas Armadas, 2  
18014-GRANADA

Sr. D. FERNANDO RODRÍGUEZ ALMODÓVAR  
*Director*  
*Área Hospitalaria de Osuna*  
Avda. de La Constitución, 2  
41640-OSUNA (SEVILLA)

Sr. D. ROBERTO ROIG OLTRA  
*Secretario General Técnico*  
*Consejería de Sanidad*  
Lauria, 19  
46071-VALENCIA

Sr. D. FRANCISCO RUBIO BLANCO  
*Subdirector Servicios Generales*  
*Área Sanitaria Norte*  
Avda. de la Constitución, s/n  
14400-POZOBLANCO (CÓRDOBA)

Sr. D. ANTONIO RUBIO MELLADO  
*Director Económico*  
*Hospital Virgen de las Nieves*  
Avda. de las Fuerzas Armadas, 2  
18014-GRANADA

Sr. D. JESÚS RUÍZ GARCÍA  
*Director Gerente*  
*Hospital Torrecárdenas*  
Paraje Torrecárdenas, s/n  
04007-ALMERÍA

Sr. D. ANTONIO RUÍ-DÍAZ JIMÉNEZ  
*Subdirector Contabilidad*  
*Hospital Virgen del Rocío*  
Avda. Manuel Siurot, s/n  
41013-SEVILLA

Sr. D. SALVADOR RUSO PACHECO  
*Director Gerente*  
*Hospital de Elche*  
Huertos y Molinos, s/n  
03203-ELCHE (ALICANTE)

Sr. D. MANUEL SÁNCHEZ CARRIÓN  
*Hospital Virgen de las Nieves*  
Avda. de las Fuerzas Armadas, 2  
18014-GRANADA

Sr. D. VICTOR SANZ MARTÍNEZ  
*Director Gerente*  
*Hospital Clínico Universitario*  
Avda. San Juan Bosco, 15  
50009-ZARAGOZA

Sr. D. RAFAEL SILVIO SCHIFFINO PERALTA  
*Director Nacional de Salud*  
*Ministerio de Sanidad*  
SANTO DOMINGO REPÚBLICA DOMINICANA

Sr. D. MANUEL SERRA GIBERT  
*Cap Vallés Oriental*  
Museu, 19  
08400-GRANOLLERS (BARCELONA)

Sra. D<sup>a</sup>. FRANCISCA SOLER  
*Merck, Sharp and Dohme de España*  
Josefa Valcárcel, 38  
28027-MADRID

Sr. D. JOSÉ ANTONIO SOUTO IBAÑEZ  
*Director*  
*Fundación Progreso y Salud*  
*Edf. Wall Side Center, Isla de Cartuja*  
41092-SEVILLA

Sr. D. CARLOS ALEXANDER SUAZO FRANCO  
*Director Nacional de Atención Primaria*  
*Ministerio de Sanidad*  
SANTO DOMINGO (REPÚBLICA DOMINICANA)

Sr. D. ALBERTO TALAVERA DENIZ  
*Director Gerente*  
*Hospital Ntra. Sra. de la Candelaria*  
Ctra. del Rosario, s/n  
38003-SANTA CRUZ DE TENERIFE



Sr. D. FERNANDO TEROL GADEA

*Director Gerente*

*Hospital de Motril*

Avda. Enrique Martín Cuevas, s/n  
18600-MOTRIL (GRANADA)

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

*Directora Gerente*

*Hospital Universitario San Cecilio*

Avda. Doctor Olóriz, 16  
18014-GRANADA

Sra. D<sup>a</sup>. ELVIRA TOURIÑO MÍNGUEZ

*Jefe Servicio Enfermería*

*Dirección Atención Especializada*

Edificio Administrativo San Lázaro  
15771-SANTIAGO DE COMPOSTELA (LA CORUÑA)

Sra. D<sup>a</sup>. PILAR UTRERA MARTÍNEZ

*Cofor*

Fernández de la Hoz, 21, Entreplanta  
28010-MADRID

Sr. D. GUILLERMO VÁZQUEZ MATA

*Médico Unidad de Cuidados Intensivos*

*Hospital Virgen de las Nieves*

Avda. de las Fuerzas Armadas, 2  
18014-GRANADA

Sr. D. ANTONIO VERA BORREGUERO

*Enfermero*

*Hospital Virgen Macarena*

Avda. Dr. Fedriani, 3  
41071-SEVILLA

Sr. D. LUCIANO VIDÁN MARTÍNEZ

*Director General Atención Primaria*

*Sergas*

San Lázaro, s/n  
15771-SANTIAGO DE COMPOSTELA (LA CORUÑA)

Sr. D. JOSÉ LUIS YAGÜE RODRÍGUEZ

*Adjunto Gerencia Controler*

*Hospital de Basurto*

Avda. Montevideo, 18  
48013-BILBAO

Sr. D. FELIX YEBOLES

*Merck, Sharp and Dohme de España*

Josefa Valcárcel, 38  
28027-MADRID

Sr. D. PABLO ZAPATA MANGUE  
*Merck, Sharp and Dohme de España*  
Josefa Valcárcel, 38  
28027-MADRID

