

Oportunidades de Gestión Empresarial en los Servicios Sanitarios Públicos

Editores:

ESTEBAN DE MANUEL KEENOY

JUAN JOSÉ PÉREZ LÁZARO



Escuela Andaluza
de Salud Pública

Oportunidad de Gestión Empresarial en los Servicios Sanitarios Públicos

*Conferencias y Debates
del Seminario celebrado en Granada
el 1 y 2 de Diciembre de 1994*

EDITORES:

*Esteban de Manuel Keenoy
Juan José Pérez Lázaro*



1995



Catalogación por la Biblioteca de la EASP

OPORTUNIDADES de gestión empresarial en los servicios sanitarios públicos: conferencias y debates del seminario celebrado en Granada el 1 y 2 de diciembre de 1994 / Editores: Esteban de Manuel Keenoy y Juan José Lázaro. -Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1995.- (Documentos Técnicos EASP; 10)

1. Administración de los servicios de salud I. Manuel Keenoy, Esteban de. II. Pérez Lázaro, Juan José. III. Serie
NLM Classification WA 525

Edita:

© ESCUELA ANDALUZA
DE SALUD PUBLICA
Campus Universitario de Cartuja.
Apdo. de Correos 2070
18080 - GRANADA

ISBN: 84-87385-23-0

Depósito Legal: GR-902-1995

Fotocomposición:

Portada, S. L., Granada.

Imprime:

Copartgraf, Soc. Coop. Andza.

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida ni transmitida en ninguna forma ni por ningún medio de carácter mecánico o 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 aprueba o recomiende con preferencia a otros análogos.

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

Índice

INTRODUCCIÓN	7
<i>INAUGURACIÓN DEL SEMINARIO</i>	
Excmo. Sr. D. José Luis García de Arboleya	11
<i>GESTIÓN ESTRATÉGICA: CAMBIOS EN LA NATURALEZA DE LAS EMPRESAS</i>	
John Roberts	19
<i>GESTIÓN EN EL SECTOR SANITARIO PÚBLICO: VINCULANDO LA ACCIÓN A LA ESTRATEGIA</i>	
Arnold Kaluzny, Paul Halverson	45
<i>DESREGULACIÓN DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS. POSICIÓN DEL TRIBUNAL DE DEFENSA DE LA COMPETENCIA</i>	
José Eugenio Soriano García	59
<i>GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN LOS NUEVOS MODELOS DE ORGANIZACIÓN EMPRESARIAL</i>	
Vicente Salas Fumás	79
<i>INVERSIÓN EN SALUD. EVALUACIÓN DE SERVICIOS Y PROGRAMAS SANITARIOS</i>	
Alexandre Abrantes	103
APÉNDICES	
I. Programa del Seminario	117
II. Lista de participantes	127

Introducción

El futuro del sistema sanitario, en debate desde hace tiempo, es de gran importancia no solo para quienes trabajamos en él sino para todos los ciudadanos; no podemos olvidar que una parte cada vez más importante del gasto público se dedica a financiar la sanidad y que es uno de los servicios más valorados por la población.

Los sistemas sanitarios de los países de la OCDE funcionan en general de forma diferente aún cuando se enfrentan problemas y retos similares. En la actualidad los desafíos más importantes que tiene el sistema sanitario público son la respuesta a las nuevas demandas de los ciudadanos y la mejora de la eficiencia y de la gestión de los centros sanitarios.

Los ciudadanos exigen una relación diferente con los servicios públicos. El usuario es el centro, así lo han entendido las empresas más eficientes y han adaptado su organización a las demandas de los clientes. Elección, inmediatez, personalización, información, participación son valores nuevos que surgen en la nueva sociedad de servicios y son a la vez los retos a los que se enfrentan los servicios públicos para sentirse legitimados.

La mejora de la eficiencia viene impuesta por el nuevo marco económico y la crisis del estado de bienestar. Esta se traduce en la imposibilidad de dar respuesta a las crecientes demandas de la población con los recursos disponibles y en las dificultades de gestionar eficaz y eficientemente los recursos públicos. El programa de convergencia europeo impone una reducción del déficit público, y por tanto, la necesidad de competir con otros gastos públicos alternativos.

Las causas del aumento constante de los gastos en sanidad en Europa son parecidas; el envejecimiento progresivo de la población, el aumento de los costes y los avances en tecnología, el crecimiento de las expectativas de la población, los cambios epidemiológicos en favor de enfermedades crónicas y nuevas, etc.

La gestión de los centros sanitarios no está exenta de problemas, asistimos a un cierto descrédito de lo público, porque -al parecer- no consigue buenos resultados. La burocracia de nuestra administración no parece compatible con las exigencias de la sociedad, lo público debe ser más eficaz.

En respuesta a estos problemas hay una serie de temas que están en debate actualmente:

- a. El papel del estado en el sistema de salud. La intervención del estado está motivada por los fallos del mercado, sin embargo parece que la competencia

entre servicios podría aumentar la productividad y la eficiencia. El reto está en cómo utilizar el mercado sin asumir estos fallos, cómo aprovechar los puntos positivos de cada uno. Las soluciones no están claras ni son sencillas, tanto quienes proponen que el Estado debe hacerlo todo como quienes piensan que el mercado es la solución a todos nuestros problemas tienen que pensar que hay que encontrar nuevas alternativas. Existe una tendencia fuerte a aumentar la participación privada y dejar para el Estado el papel de financiador y de regulador dejando al margen la provisión de servicios.

- b. El marco de relaciones entre los servicios; mercados internos, descentralización, flexibilización, incorporación de la privada creando mercados mixtos, etc.
- c. El papel de los ciudadanos, más activo y participativo.
- d. La calidad de la asistencia entendida en un sentido amplio.
- e. La adecuación, evaluación y coste de la tecnología.
- f. La financiación de los servicios y de los proveedores para buscar mayor eficiencia en los servicios.

En nuestro país se añaden además otros temas como el marco jurídico más adecuado, la estructura organizativa, los incentivos, los instrumentos de gestión, etc.

Las iniciativas más atractivas son aquellas que han demostrado ser eficaces en el sector empresarial donde se han producido importantes cambios en los modelos organizativos y de gestión pero que tienen problemas de implantación en el sector público.

El debate no lo hemos centrado en los fines del sistema sanitario sino en cómo hacerlo; cómo hacer que los centros sanitarios sean más eficientes, respondan a las necesidades y demandas de los ciudadanos y todo ello con un nivel aceptable de satisfacción en aquellos que trabajan en el hospital o el centro de salud.

De todas estas propuestas lo que tenemos asegurado es el cambio. Por ello, la Escuela Andaluza de Salud Pública en colaboración con Merck, Sharp & Dhome desarrolló en Granada los días 1 y 2 de diciembre de 1994 un Seminario donde gestores, profesores y expertos han examinado y debatido los temas de actualidad y de interés para el futuro del sistema sanitario.

Los objetivos que nos propusimos fueron:

1. Debatir y analizar aplicaciones de técnicas empresariales en el entorno público y sanitario.

2. Analizar el papel del directivo en la gestión de las organizaciones y su adaptación a los cambios del entorno.
3. Contrastar las últimas experiencias de la gestión empresarial pública y privada, aportando información actualizada como base del debate.
4. Identificar y discutir líneas de mejora de la gestión en los servicios sanitarios públicos.

Este Documento Técnico presenta las conferencias y debates más importantes de este punto de encuentro que fue este seminario. Esperamos que esta publicación contribuya a conocer mejor los problemas y aclarar las posibilidades de cambio futuro.

Inauguración del Seminario

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

Intervención inaugural del Excmo. Sr. Consejero en el Seminario sobre «Oportunidades de Gestión Empresarial» celebrado en EASP. Granada, España.

INAUGURACIÓN DEL SEMINARIO

Quisiera, en primer lugar, agradecer a la Escuela Andaluza de Salud Pública y a MSD-España, la oportunidad que me brindan de compartir hoy, con todos Ustedes, el acto inaugural de este *Seminario sobre Oportunidades de Gestión Empresarias en los Servicios Sanitarios Públicos*, y felicitaros especialmente por la oportunidad y el acierto de someter a reflexión, en este foro tan cualificado, uno de los aspectos que van a ser más nucleares en el desarrollo de los servicios de salud en los próximos años.

Al observar con detalle el programa de trabajo que habéis diseñado para debatir durante estos dos días, y compararlo con los ejes de discusión que teníamos hace tan sólo dos o tres años, uno no puede por menos que experimentar la sensación de que se está produciendo un cambio sustancial en nuestra sanidad.

Y no me refiero al tipo de cambios al que estamos acostumbrados en nuestro país, con grandilocuentes y espectaculares cambios organizativos que invariablemente se acompañan de la consiguiente sustitución de logotipos e imágenes corporativas y que se suelen presentar como novedosos avances, pero que, salvo honrosas excepciones, acaban dejando las cosas como estaban.

Me refiero más bien a la percepción de cambios en la cultura organizativa y gestora de nuestra sanidad y de nuestros profesionales, que poco a poco, «sin prisa pero sin pausa», está condicionando nuevos modos de hacer y entender la gestión en la sanidad española.

En los últimos tiempos, y de la mano de la crisis económica que afecta a toda Europa, estamos siendo testigos de una importante acometida contra el estado de bienestar liderada por economistas de tendencia conservadora. Se cuestiona la viabilidad de un Estado cuya lucha contra la desigualdad se libra básicamente en los terrenos fiscal y presupuestario.

Y aunque la supervivencia de las políticas de bienestar parece quedar garantizada por la propia cultura social y por planteamientos más rigurosos que otras opciones ideológicas, lo cierto es que se están viendo afectados tanto los objetivos como los medios instrumentales.

En los objetivos, porque la crisis fiscal ha obligado a seleccionarlos y priorizarlos, para hacerlos compatibles con la capacidad financiera de la propia sociedad.

Y en los medios instrumentales, porque, aunque está comúnmente admitido que hay muchas razones para la provisión pública de recursos sociales, no hay ninguna que sea capaz de justificar el monopolio del estado.

Este debate afecta de lleno a la Sanidad como uno de los pilares más importantes del estado de bienestar, en tanto que contribuye a la redistribución de beneficios entre la población y a la nivelación de las desigualdades originadas por las dinámicas del sistema económico dominante.

Por otro lado se trata de uno de los sectores de la política social que moviliza un volumen más importante de recursos, y cuyo crecimiento en los últimos años no ha dejado de ser exponencial, muy por encima del crecimiento económico global en la mayoría de los países europeos.

Esta situación hace pensar que la crisis económica de los '90, aunque apunta sólidos indicios de recuperación, no va a suponer para la sanidad una situación transitoria que se seguirá como en otras ocasiones de una fase expansiva. Se está produciendo una cierta toma de conciencia social sobre el hecho de que un determinado país no puede hacer crecer de forma ilimitada su gasto social sin que esto vaya de la mano de un crecimiento económico sólido y sostenido; esto se manifiesta esencialmente en una quiebra en la forma de entender el papel del sector público en relación el con bienestar de los ciudadanos.

Por ello creo que la única oportunidad que tiene la sanidad española para salir reforzada de la crisis actual, es entender que no se va a solucionar con «más dosis de los mismo», y que los nuevos tiempos requieren nuevos modos de entender la gestión desde una óptica empresarial. O lo que es lo mismo, que no podemos seguir pensando exclusivamente en términos de equidad y solidaridad sin acompañarlos de criterios de eficiencia.

Esto no significa, desde la óptica del gobierno del que formo parte, una renuncia a la propia identidad del Sistema Nacional de Salud ni a los principios sociales en los que se sustenta. Significa que debemos ser exigentes en preservar lo fundamental, lo nuclear del sistema, para ser flexibles en lo accesorio e instrumental.

La sociedad española ha optado expresamente por un desarrollo del sistema sanitario coherente con la norma constitucional: un sistema sanitario público gratuito y universal, fundamentado sobre los pilares de la equidad, la solidaridad y la redistribución.

En este sentido, hemos apostado claramente por un sistema sanitario público como conquista, que lo es, de nuestra sociedad, pero que además, con el complemento imprescindible de un sector privado serio y competitivo, se constituye en un poderoso elemento generador de riqueza y crecimiento económico.

Y porque defendemos la mejora y consolidación del sistema sanitario público, es por lo que estoy convencido que es preciso introducir en él nuevos modos de

gestión que consigan aumentar su eficacia y eficiencia y su adaptación a los deseos y necesidades de los ciudadanos.

No es lógico exigir al máximo a nuestro sistema público y pretender a la vez que sea conducido de la mano de una gestión administrativa y burocrática que nunca se diseñó para ser aplicada en macrocentros hospitalarios que precisan de gran agilidad, medición de su producto e instrumentos empresariales.

Debemos ser capaces de distinguir lo nuclear y fundamental de lo adjetivo e instrumental. Lo fundamental, lo que debe ser preservado a ultranza y garantizado por la Administración pública no es otra cosa que la política de aseguramiento universal, la garantía del derecho a la protección de la salud, la autoridad sanitaria, las decisiones estratégicas en política de salud y la financiación pública y el principio de gratuidad. Son los elementos claves sobre los que la mayoría de la sociedad ha mostrado un claro apoyo y consenso.

El resto, las modalidades de provisión, la organización de los recursos, las estrategias de intervención y los modelos de gestión -si bien son muy importantes- no son, en definitiva, más que los instrumentos para hacer efectivo el derecho a la protección de la salud que tenemos todos los ciudadanos, y como instrumentos que son, es lógico que estén en constante adaptación a las necesidades cambiantes de la sociedad española.

Nuestra Constitución garantiza el derecho a la protección de la salud, y la Ley General de Sanidad, desarrolla un instrumento -el Sistema Nacional de Salud- para la prestación a todos los ciudadanos de unas atenciones básicas que materialicen ese derecho.

Nuestra obligación es garantizar que estas prestaciones se efectúan a través de una sanidad ordenada, eficaz, eficiente administradora de los recursos puestos a su disposición y socialmente rentable.

Esto implica, entre otras cosas, un cambio sustancial en la cultura de gestión de nuestra sanidad. Nuestros gestores deben reconvertirse.

En diez años hemos recorrido un camino que las empresas han hecho en cien, y nuestros gestores se han formado en unas condiciones de trabajo que están variando sustancialmente. Se les ha pedido esencialmente más administración que gestión, se les ha sujetado a un marco burocrático-funcionario y se les han dado estrechos márgenes de maniobra y, pese a todo, el balance ha sido positivo.

Ahora las reglas de juego cambian y les pedimos que pasen de la administración a la gestión en condiciones de riesgo, a pesar de que se han formado en un sistema

que tiene todos los mecanismos del mundo para impedir precisamente ese rasgo consustancial a la gestión que es el riesgo -aunque se trate obviamente de un riesgo controlado-. Los que sean capaces de adaptarse y ejercer el liderazgo en estas condiciones tendrán éxito, los que sean «meros administradores» no podrán ejercer este papel.

La gestión sanitaria en la década de los noventa se va a acercar mucho a lo que en el mundo empresarial se denomina la «gestión de la complejidad», que pasa entre otras cosas por:

- Entender que el modelo basado en la administración de recursos es un modelo agotado y que debe dejar paso a un modelo de gestión empresarial «de segunda generación» en condiciones de riesgo.
- Por un cambio en las reglas de juego. Estamos atravesando una época de crisis que no es meramente coyuntural y de la que la única forma de emerger es incorporando una nueva cultura de gestión sobre la base de una política que sepa preservar lo fundamental y ser flexible y adaptativa en lo instrumental.
- Por una diferenciación entre las funciones de financiación, compra y provisión de servicios, lo que obligará a cada uno a cambiar radicalmente su sistemática de gestión para adaptarse a su nuevo papel.
- Por un enfoque de la producción de servicios hacia el cliente, que se convertirá progresivamente en el centro del modelo. Vamos a trabajar cada vez más «para los pacientes» en vez de hacerlo pensando en los pacientes, interpretando sus necesidades y traduciéndolas en ofertas. Esto significa aumentar el margen de soberanía de ciudadano en el sistema.
- Por incorporar el modelo de competencia y competitividad en la gestión de los centros, de tal forma que la gestión se orientará en un marco de incentivos para lograr la mejor calidad y la mejor oferta al menor coste posible.
- Por simplificar nuestros esquemas organizativos, eliminando burocracias innecesarias, y aumentando la responsabilidad de las pequeñas unidades de servicios, con una mayor implicación de los profesionales sanitarios que de alguna manera comenzarán a compartir riesgos y beneficios sobre el conjunto de los resultados de los centros.
- Y por reconvertir el papel de los gestores sobre los que deben pivotar los principales aspectos del cambio.

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

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

Queda inaugurado el *Seminario sobre Oportunidades de Gestión Empresarial en los Servicios Sanitarios Públicos*.

*Gestión estratégica:
cambios en la naturaleza de las
empresas*

JOHN ROBERTS
*Lovelace Professor of Economics
Graduate School of Management
Stanford University*

GESTIÓN ESTRATÉGICA: CAMBIOS EN LA NATURALEZA DE LAS EMPRESAS

Resumen

España ha comenzado un proceso de reforma de la administración de su sistema sanitario, descentralizándolo hacia las regiones y concediendo, dentro de éstas, nueva flexibilidad a los gestores de las instituciones asistenciales. La investigación en economía de las organizaciones y en gestión sugiere que dichas reformas, adecuadamente diseñadas y puestas en práctica, pueden tener un claro efecto positivo sobre la actuación y el desempeño del sistema. La citada investigación señala, asimismo, factores clave a tener en cuenta al diseñar las reformas organizativas.

1. Introducción

En la mayoría de los aspectos importantes el sistema de financiación y provisión de la asistencia sanitaria en España ha sido históricamente de tipo centralizado, basado en el mando y el control. Una única oficina gubernamental, situada en Madrid, era responsable de decidir los niveles asistenciales y las inversiones en instalaciones y equipamiento, de construir y llevar adelante los centros clave, de contratar y pagar a los médicos y demás personal, así como de financiar el sistema. A partir de 1986, sin embargo, ha comenzado un proceso de reformas. Para lo que nos ocupa, los elementos clave de la reforma han sido:

- Descentralizar a las regiones la gestión del sistema asistencial
- Conceder a los gerentes de los centros mayores responsabilidades y un cierto Margen para reasignar presupuestos
- Experimentar con incentivos explícitos financieros, para los gerentes de los centros asistenciales.

En la actualidad, comienzan a plantearse otras cuestiones:

- ¿Debe descentralizarse aún más la autoridad en la toma de decisiones?
- ¿Debe haber competencia entre los proveedores? De ser así, ¿qué forma debe adoptar y cómo gestionarla? ¿Cómo debe organizarse la industria?
- ¿Debe el gobierno ser el único asegurador? ¿Podrían conseguirse mejores resultados permitiendo competir entre sí a quienes pagan la provisión de servicios sanitarios?
- ¿Se está ofreciendo a los médicos los incentivos adecuados?

Tras todo esto, por supuesto, subyace el problema de los costes o, para ser más amplios, los problemas del coste y de la calidad. Como la mayoría de las naciones occidentales, España destina a asistencia sanitaria una fracción significativa y creciente de sus ingresos nacionales. El porcentaje gastado aquí, de hecho, es relativamente bajo y los indicadores de salud sugieren que el dinero se está utilizando bastante bien. Pese a todo, existe cada vez más preocupación ante la posibilidad de que la asistencia sanitaria absorba demasiados recursos, sin estar la población realmente satisfecha con la asistencia prestada y los servicios recibidos del sistema.

Hoy quiero hablarles acerca de las implicaciones sobre el diseño y la gestión del sistema sanitario español de un área relativamente nueva en la investigación académica. Recibe el nombre de «Economía de la Organización». Tradicionalmente, la mayoría de la Economía ha versado sobre los mercados y su papel en la reasignación de recursos. Sin embargo, en todo el mundo -incluso en las economías más basadas en el *laissez-faire*, más orientadas al mercado- una enorme proporción de las decisiones asignadoras de recursos se adoptan, y las transacciones se efectúan, no en un entorno simple de mercado, sino entre o dentro de organizaciones formales. Esta nueva área de estudio busca entender las ocasiones en las cuales surgen maneras distintas de organizar las transacciones y cuándo una u otra funcionarán mejor. Su objetivo último es ayudarnos a diseñar y seleccionar mejores instituciones, así como a gestionarlas luego de manera más idónea. Espero, en particular, que estas observaciones les sirvan para reflexionar sobre el problema de diseñar un mejor sistema de prestación de la asistencia sanitaria en España y sobre el puesto de gestor en dicho nuevo sistema.

2. La asistencia sanitaria, ¿una mercancía especial?

Antes de empezar a aplicar simplemente los principios y visiones económicas generales a la financiación y provisión de la asistencia sanitaria, debemos pararnos un momento a considerar si ésta tiene algo de especial como mercancía. La asistencia sanitaria posee una serie de rasgos que la hacen peculiar y son responsables, en parte, de que no se la provea sencillamente por los medios habituales del mercado.

Para los bienes económicos «normales», los mercados constituyen un mecanismo de asignación de recursos excepcionalmente efectivo. Los precios, determinados mediante la interacción de compradores y vendedores cada uno de los cuales persigue ciega y egoístamente su propio interés, sirven para dirigir las cantidades de bienes existentes hacia quienes más los valoran. Aportan, asimismo, eficientes señales a los proveedores para que efectúen inversiones que incrementen la disponibilidad de aquellos bienes y servicios de los cuales existe poca oferta, y disminuyan la de las cosas menos deseadas por la gente. Más aún, la competición tiende a asegurar que los bienes y servicios sean provistos por quienes puedan producirlos y entregarlos al menor coste.

Uno de los grandes triunfos de la economía tradicional fue demostrar formalmente que el resultado de los mercados con funcionamiento adecuado sería una asignación «eficiente» de los recursos, en el sentido de no haber manera de reasignarlos en beneficio de nadie sin dañar a alguien distinto. Ese notable resultado se consigue sin planificación ni coordinación central alguna, dejando libre a la gente en la búsqueda de sus intereses, y sin necesidad de diseñar e imponer ningún sistema complejo de incentivos. Constituiría un gran error ignorar estas virtudes al diseñar un sistema de asignación de recursos.

Las sencillas instituciones del mercado, sin embargo, no funcionan de modo tan perfecto con los servicios de asistencia sanitaria. Existen muchas razones por las cuales eso es así:

En primer lugar, algunos elementos de la asistencia sanitaria implican «externalidades», en el sentido de que mi recibir o no el servicio afecta directamente a tu bienestar. Un ejemplo es la vacunación contra las enfermedades transmisibles. Yo podría escoger no vacunar a mi hijo, siendo la decisión perfectamente racional para mí y mi familia, individualmente. Pero mi elección pone luego en peligro el bienestar de otros. (Comparen esto, por ejemplo, con mi decisión sobre si comprarme un nuevo conjunto de palos de golf: esta decisión no tiene plausiblemente ningún efecto significativo sobre los demás; toma en cuenta todos los costes y beneficios relevantes). Por tanto, existiría una posibilidad de mejorar la asignación de recursos haciendo obligatorias las inmunizaciones. Más aún, puestos a exigir las, podría resultar eficiente pagarlas de modo colectivo. Ahora bien, este rasgo especial concreto de algunos aspectos de la asistencia sanitaria probablemente no constituye un elemento mayor en la decisión global sobre cómo organizar y gestionar su provisión.

En segundo lugar, diversas sociedades consideran recibir al menos un nivel básico de asistencia sanitaria como un derecho, del cual no debe excluirse a la gente, pueda o no pagar. Tal parece ser el caso en España. En los lugares donde se sostiene esta creencia, suele conducir a que el Estado abone el grueso de los costes asistenciales. Esto, a su vez, tiene inmensas implicaciones sobre la manera de adoptar las decisiones y de organizar la provisión de servicios sanitarios. Ahora bien, incluso no habiéndose decidido considerar la asistencia sanitaria como un derecho más allá de la economía, existen graves problemas de información que generan ineficiencia cuando se la asigna a través de los mercados.

Uno de esos problemas es lo que la industria del seguro llama la «selección adversa». Resulta difícil predecir las necesidades de hospital y de médico de un individuo. Dado que muchas veces la asistencia es cara, las personas se ven obligadas a suscribir un seguro para cubrir los costes del tratamiento. Eso en sí mismo no es un problema. La dificultad surge cuando individuos aparentemente similares en sus características observables (es decir, que a las aseguradoras les parecen iguales) en

realidad difieren en sus probabilidades de necesitar asistencia costosa, y, lo que más, son dichos individuos quienes conocen mejor que la aseguradora si constituyen o no «buenos riesgos». La aseguradora, en este caso, no puede cobrar cantidades distintas a un riesgo bueno y otro malo, porque no es capaz de distinguirlos. Por tanto, los riesgos malos hallarán el seguro mucho más atractivo que los buenos, quienes se ven a sí mismos con muchas menos probabilidades de reunirse.

Esto quiere decir que la aseguradora no selecciona la población suscriptora de sus pólizas de manera aleatoria, sino «adversa», con sobre-representación de los malos riesgos. Ello, a su vez, significa que tendrá que subir los precios para no salir perdiendo. Ahora bien, eso hará, de nuevo, que más buenos riesgos se nieguen a adquirir su seguro. De este modo, puede terminar quebrando el mercado. La gente quiere asegurarse y está dispuesta a pagar los costes esperables por ello individualmente. Quienes ofertan el seguro, por contra, siguen perdiendo dinero (por atraer sólo a los malos riesgos) y dejan de hacerlo.

El problema de la selección adversa genera varias respuestas. Una de ellas es el seguro grupal, en el cual todos los miembros de un grupo (por ejemplo, todos los empleados de una compañía, y sus familias) se aseguran juntos. Funciona porque el grupo probablemente constituye una selección razonablemente aleatoria en cuanto a riesgos de salud, al estar sus miembros seleccionados sobre criterios distintos al interés en asegurarse. Un seguro sanitario nacional, por supuesto, evita el problema por completo.

Asegurarse frente a los costes de la asistencia sanitaria lleva a otro gran problema, sin embargo. La industria del seguro lo llama «el peligro moral». Se conoce con este nombre la tendencia de los asegurados -quienes por tanto no pagan ya directamente los costes de la asistencia extra- a demandar más y mejor asistencia de la que demandarían si debiesen pagarla de sus propios bolsillos. El resultado es que solicitan no sólo aquella asistencia que en realidad necesitan y cuyos beneficios exceden a sus costes, sino también otra, de escaso valor para ellos y generadora de unos beneficios que no valen la pena frente a sus costes. Es, por supuesto, una conducta económica estándar -cuando el precio de algo es bajo, la gente tiene a demandarlo más, al igual que cuando una calidad mayor y otra menor cuestan lo mismo, todo el mundo exige alta calidad. Supongamos que los Mercedes y los Ladas costasen lo mismo; ¿qué coche se comprarían ustedes?; y si los Mercedes fuesen gratis, ¿cuántos adquirirían?

De estar motivados, los médicos pueden limitar esta tendencia a demandar demasiada asistencia sanitaria de demasiada calidad, pero muchas veces no encuentran razones para ello. Lo que su ética profesional les dicta es cuidar al paciente, no velar por la eficiencia en la asignación de recursos y el presupuesto de la aseguradora. Cuando a ellos y a los demás prestadores de servicios se les retribuye mediante «pago por acto» (el sistema «normal» del mercado, que sigue jugando un papel fundamental

en la provisión de asistencia sanitaria en muchos países), desde luego, se les está dando incentivos directos para prestar más y mejor asistencia de lo económicamente justificable.

Todo esto significa tener que racionar la asistencia -por ejemplo, no reembolsando ciertos procedimientos- o limitando la oferta más directamente. Por muy bien que se lo administre, si el racionamiento resulta efectivo, generará seguro quejas e insatisfacción. La razón es que la gente sigue considerando la asistencia casi como gratuita, porque para ellos los costes de bolsillo de la adicional son casi cero, con lo cual querrán consumir una cantidad mayor de la que se está proveyendo.

La conclusión de todo esto es que en la provisión de servicios sanitarios el mercado no funciona demasiado bien, o al menos no tan bien como en el caso de otros bienes y servicios de naturaleza más estándar. ¡Esto no quiere decir, por supuesto, que se lo deba abandonar por completo! Y ciertamente no implica la posición que muchos economistas solían adoptar, de recomendar manejar la provisión exclusivamente a través de sistemas gubernamentales basados en el mando y el control. Significa sólo que existen razones para buscar formas distintas de organizar la gran diversidad de transacciones que, juntas, constituyen la provisión de asistencia sanitaria. Pero muchas pueden perfectamente implicar estructuras, mecanismos de información, e incentivos tipo-mercado.

3. La solución centralizada

Una respuesta común a los fallos obvios del mercado en la asistencia sanitaria es hacerse cargo completamente de ella el gobierno; éste decide cuánto producir y quién recibe qué servicios, y luego paga la factura. Se evita así la selección adversa y, centralizando la toma de decisiones y el control, se facilita prestar asistencia con estándares de servicio justos y uniformes (o imponer un racionamiento justo y uniforme). En principio, se posibilita también a los planificadores centrales asignar los recursos donde más necesarios resulten, evitando la costosa e innecesaria duplicación.

De hecho, estas ventajas potenciales de la coordinación y el control centralizados han atraído muchas veces a los hombres de negocios, quienes han adoptado decisiones en ese sentido en sus respectivas firmas. Ha sucedido así especialmente en situaciones en las cuales los costes parecían hallarse fuera de control. Por supuesto, en los estados comunistas la totalidad del experimento de planificación central de las economías nacionales se basó en la presunta superioridad de una asignación de recursos racionalmente coordinada y centralmente planificada sobre el caos del mercado.

Existen situaciones en las cuales los recursos se ubican mejor mediante directivas. Una de ellas son las emergencias, donde está claro lo que se necesita. Si se

produce un accidente, la solución estándar es la centralizada, sin uso alguno de los mecanismos de mercado; alguien a nivel central pide a la ambulancia más cercana que acuda al lugar de los hechos y se haga cargo de los heridos. Aunque se trata de una solución tan ampliamente aceptada que plantearse siquiera una alternativa de mercado puede parecer ridículo, vale la pena detenerse a analizar por qué es así.

Una solución de mercado sería anunciar -por ejemplo, por radio- a todas las ambulancias la existencia de una necesidad evidente de una de ellas en un sitio concreto. Cabría quizá complementar esto informando del precio que estarían dispuestos a pagar por sus servicios quienes la necesitaban. De no responder ninguna ambulancia, se repetiría la llamada, pudiéndose aumentar el precio; de aparecer varias en el lugar del accidente, pugnarían entre sí en su oferta por hacerse con el negocio. De subir en exceso el precio y seguir sin responder ninguna, a lo mejor las personas en el lugar del accidente decidirían que, después de todo, no necesitaban una ambulancia.

Esta solución probablemente provocaría duplicación, con ambulancias que no se necesitaban corriendo hacia el lugar, o retraso, con su correspondiente e innecesario dolor y daño para la salud. Basta una sencilla directiva, por contra, para generar un resultado muy cercano al óptimo. En consecuencia, el abordaje de mercado tiene muchas probabilidades de resultar ineficiente. Quizá en última instancia el mercado podría en alguna ocasión hallar una ambulancia capaz de hacer el trabajo más barato, o determinar que en realidad no se necesitaba ninguna, pero el coste de generar esta información es improbable que resulte equiparable a sus beneficios.

Este ejemplo tiene una aplicabilidad más general. Los sistemas centralizados de mando y control funcionan bien cuando la naturaleza de la solución es relativamente clara y las presiones del tiempo, intensas. No lo hacen tan bien la mayoría de las veces, por diversas razones.

Asignar los recursos con efectividad requiere información sobre las necesidades y deseos de la gente, sobre la importancia relativa para ellos de los diversos usos alternativos de los recursos, sobre la oferta disponible, sobre la posibilidad de producir bienes y servicios de formas distintas, así como sobre las transacciones implicadas entre aumentar la disponibilidad de un bien y disminuir la de otro. Más aún, nadie tiene toda la información relevante, o siquiera una pequeña parte de ella. Por contra, ésta (o la capacidad de desarrollarla) se encuentra dispersa por toda la economía. Ello significa que, si se quieren asignar los recursos de manera central eficientemente, debe recogerse y pasarse la información relevante a quienes adoptan las decisiones a ese nivel. Hacerlo resulta inherentemente costoso, tanto como para resultar impracticable. De este modo, los decisores centrales se verán obligados a trabajar con estadísticas resumidas e información incompleta. Eso significa que, incluso si tuviesen una capacidad ilimitada de usar la información para desarrollar el mejor plan posible, éste no

sería el ideal. Como mínimo, dejaría sin dar respuesta a las condiciones locales que se pierden al calcular las medias. Por supuesto, la capacidad de los encargados de la decisión a nivel central para generar planes efectivos se halla severamente constreñida, con lo cual los resultados serán incluso peores; no generarán ni siquiera el mejor plan posible con la información que poseen.

Aquí es donde el ejemplo de la ambulancia resulta especial. No hace falta mucha información para imaginar lo mejor que puede hacerse. Dicho de otra manera, es probable que ese mismo curso de acción sea el mejor partiendo de circunstancias muy diversas; o sea, la solución es insensible a la información. La mayoría de los problemas, sin embargo, no son tan sencillos.

Hasta ahora, hemos venido hablando como si el problema de asignar recursos pudiese resolverse de una vez y por todas. Por supuesto, no es así. En el mundo real existe un cambio constante en los deseos de la gente, en las tecnologías, en los costes y beneficios de las distintas acciones. Esto significa que, para mantener la eficiencia, el centro debería seguir «re-resolviendo» el problema, actualizándolo una y otra vez. Se trata de una tarea abrumadora. Como resultado, las soluciones determinadas centralmente dejan de responder a las condiciones cambiantes. En un contexto de cambio frecuente, ello implica empeorar la actuación con el tiempo, conforme decisiones previamente buenas se convierten en malas.

Una nueva dificultad es que resulta complicado experimentar en esos sistemas, con lo cual cuesta mejorar. La dificultad en la experimentación proviene tanto de lo reacio que es todo sistema nacional a asumir riesgos, como de las realidades políticas y las necesidades burocráticas que presionan en favor de tratar uniformemente a todas las regiones y todos los grupos. (Imaginen la reacción si Madrid decidiese imponer niveles distintos de provisión asistencial en una región que en otra, simplemente para comprobar cuál era mejor alternativa. ¡Si el experimento fallara, la región se quejaría; y si funcionase en algo, cada región solicitaría no el nuevo esquema, sino los mejores elementos de cada esquema en su opinión!).

En un sistema así, por fuerza, la gestión acaba volviéndose para la mayoría cuestión de asegurar que se siguen las reglas y se lleva a cabo el trabajo básico de la mejor manera posible, dentro de lo estricto de las reglas y reglamentos centrales. El desempeño gestor tiende a venir a significar: «¿Estás gastándote todo tu presupuesto (!si no, el año que viene vas a tener menos!) y tu déficit no es demasiado grande (!de serlo, tendrás problemas de verdad!), y está la gente a quien se supone que debes servir no tan descontenta como para que los políticos se molesten? Si es así, has hecho bien tu trabajo». El verdadero éxito radica en conseguir más dinero para gastar, más recursos para controlar. Las implicaciones a nivel de recursos son obvias.

4. Descentralización

En este contexto, es natural pensar en descentralizar las decisiones. Hacerlo ofrece potencialmente muchos beneficios. Reduce la necesidad de comunicar enormes cantidades de información y adoptar decisiones basadas en medias y cálculos agregados. Permite usar mejor la información local y adaptar más fácilmente las decisiones a las situaciones a este nivel. De entrada, ello posibilita decisiones mejores, así como más rápidamente adaptadas a las circunstancias cambiantes. Este efecto resulta magnificado al reconocer que adoptar las decisiones localmente reduce o elimina las presiones políticas y burocráticas en pro de la uniformidad. Significa también facilitar la experimentación, con lo cual, de copiarse los experimentos con éxito, el desempeño del sistema tenderá a mejorar con el tiempo. (Piénsese lo que habría sucedido de haber dominado los fabricantes de automóviles norteamericanos el mercado japonés; pese a ser superiores en muchos aspectos, jamás se habrían desarrollado los métodos japoneses de relación con los suministradores).

Los potenciales beneficios de la descentralización pueden concretarse a muchos niveles, desde una institución asistencial regional a cada una de éstas, e incluso más abajo. Por ejemplo, muchas compañías han descubierto que «conceder poder» a los trabajadores de plantas y oficinas, darles la responsabilidad y la autoridad de decidir cómo hacer su trabajo, puede reportar inmensos beneficios en términos de mayor productividad, disminución de costes, aceleración de la toma de decisiones, perfeccionamiento del servicio al cliente, e incremento en la satisfacción de los empleados. Esto plantea entonces la cuestión: ¿dónde deben tomarse las decisiones?, ¿hasta dónde debe llevarse la descentralización?

5. ¿Dónde deben tomarse las decisiones?

Si leen ustedes los libros de mayor venta dirigidos a ejecutivos de compañías o escuchan lo que dicen las principales firmas consultoras, oirán el *mantra* de moda en el mundo de los negocios. «Acérquense a sus clientes, hagan más horizontales sus organizaciones, eliminen la gestión intermedia, den poder a los trabajadores, empujen descendentemente en la jerarquía la toma de decisiones.» Esta especie de radicalismo descentralizador ha conseguido algunos éxitos notables, desde el Sistema de Producción Toyota a las reformas de mercado en el Este de Europa. Las lecciones de la teoría y la experiencia son que conforme se desplaza hacia abajo en la jerarquía el nicho de la toma de decisiones, el sistema responde con mayor rapidez, hay menos necesidad de comunicación y menos pérdida de información, se toman decisiones mejor informadas, y los niveles superiores sufren menos sobrecarga administrativa.

Pero seguramente no todas las decisiones deben desplazarse hacia niveles inferiores. De hecho, la economía arroja luz sobre este punto. Según ella, para tomar buenas decisiones deben cumplirse ciertas condiciones. Por tanto, la clave sobre

dónde adoptarlas -hasta dónde llevar la descentralización- radica en descifrar dónde pueden cumplirse mejor las condiciones en cuestión.

Lo primero para adoptar buenas decisiones es que quienes tengan autoridad carguen también con la responsabilidad, de modo que tengan motivos para adoptar las decisiones correctas y emprender las acciones adecuadas. Es el problema subyacente a que la gente no pague en forma directa la asistencia recibida: poseen cierta autoridad, pero ninguna responsabilidad. En el mercado, los individuos que efectúan elecciones por su propia cuenta tienen apareadas automáticamente autoridad y responsabilidad. En otros contextos organizativos, para lograr esto deben ponerse en juego incentivos. Por tanto, uno de los elementos que entran en la determinación de cuán de lejos llevar la descentralización es la cuestión de cuán efectivos son los incentivos que pueden proporcionarse a los distintos niveles. Volveremos sobre esto más adelante.

Lo segundo, muchas veces hay cierta necesidad de coordinar las decisiones. Por ejemplo, resulta obviamente fundamental coordinar los horarios de quirófanos de un hospital con las instalaciones pre- y post-operatorias. O, para poner un ejemplo menos trivial, si van a usarse en mayor medida las instalaciones asistenciales ambulatorias, deberán descender relativamente las inversiones nuevas en camas hospitalarias. En general, cuanto mayor el conjunto de decisiones encomendadas a cualquier individuo o unidad, menor será el peligro de que las decisiones no se hallen correctamente coordinadas. Cuanto más hacia abajo se empujen las decisiones, por contra, mayor el peligro de que las decisiones no resulten consistentes entre sí. Esto puede suceder por cualquiera de las siguientes dos razones: a. Quienes las adoptan podrían sencillamente no reconocer la necesidad de coordinarlas, o carecer de la información necesaria para hacerlo; b) Podrían comportarse de modo oportunista, haciendo lo mejor para ellos y sus unidades individualmente, pese incluso a reconocer que la consecuencia sería empeorar el desempeño organizativo en su conjunto. Esto significa, por una parte, que en la medida en que las decisiones se descentralicen a las diferentes unidades o gerentes, pero deban seguir estando coordinadas, será necesario aportar a quienes tomarán las decisiones la información requerida para coordinarse entre sí. Significa asimismo, de nuevo, que deberán proveerse incentivos para coordinar dichas decisiones. Serían argumentos en favor de mantener centralizadas las decisiones el que resultase particularmente difícil proporcionar esta información y estos incentivos, o que fuesen excesivos los costes de posibles fallos de coordinación.

Lo tercero, los individuos a quienes se encomiendan decisiones concretas deben poder tomarlas bien. Ello requiere dotarles de la capacidad (o de acceso a quienes la tengan) de efectuar los análisis necesarios para identificar opciones, predecir resultados y ordenar las alternativas según importancia. Esto podría requerir formación a gran escala y desarrollos gestores, en situaciones en las cuales las decisiones y el análisis para apoyarlas estaban previamente centralizadas. Podría, asimismo, requerir

transferir personal del centro a las unidades a las cuales ahora se encarga la toma de decisiones.

Vale la pena señalar que los avances en capacidad de computación barata y comunicaciones fáciles permiten desempeñarse mejor tanto en un sistema centralizado como en otro descentralizado. A partir de las elecciones que se están efectuando en diferentes organizaciones en todo el mundo, sin embargo, dichos cambios tecnológicos parecen estar llevando más a incrementar la descentralización.

6. Los principios del pago por incentivos

Ya hemos argumentado que, para poner en práctica con éxito la descentralización, es fundamental ofrecer los incentivos adecuados. La economía de las organizaciones aporta un conjunto relativamente rico de recomendaciones sobre cómo diseñar los sistemas de incentivos.

Debe señalarse, en primer lugar, que toda estructura organizativa posee sus incentivos, estén o no diseñados a conciencia y financiados explícitamente. La cuestión es si motivan a la gente o no, a comportarse del modo deseado. En una típica burocracia, los incentivos son: ser percibido como cumplidor de las reglas; evitar errores por los cuales te puedan culpar; construir poder y control alrededor de los recursos. Los resultados raras veces son buenos para el desempeño de la organización, porque se recompensa poco el servicio al cliente y se desestimula el control de costes. Para un vendedor a comisión, los incentivos son generar montones de ventas, y esa es la conducta que esperamos de él. Puede resultar apropiado o no, dependiendo del contexto.

El diseño de un sistema de incentivos debe empezar con algunas preguntas básicas: ¿Qué estamos intentando conseguir como organización? ¿Cómo pueden contribuir las conductas de los distintos individuos a la consecución de nuestros objetivos? ¿Se producirá por las buenas la conducta deseada, sin ningún incentivo explícito? Y, de no ser así, ¿cómo podemos estimularla?

Especificar y comunicar las metas

Obsérvese que habitualmente especificar lo que una organización intenta conseguir no es algo trivial. A un cierto nivel de generalidad, podría ser fácil: «Estamos intentando cumplimentar el mandato recibido, de prestar asistencia sanitaria con una buena relación coste-eficiencia.» Formulaciones de este nivel, sin embargo, no resultan suficientemente específicas para guiar la conducta; ¿cómo establecer las transacciones entre mejor asistencia y costes más altos? Resulta necesario ser más específicos,

al objeto de que los individuos puedan saber si están contribuyendo a la consecución de las metas.

A este respecto, puede ser útil enumerar las personas que se pretende motivar definiendo los objetivos. Saben mucho acerca de sus trabajos -¡ciertamente, más que nadie!- y su conocimiento podría demostrarse valioso.

Una vez especificadas las metas de manera relativamente concreta, deben ser comunicadas para que las entiendan los miembros de la organización. En determinadas circunstancias, podría no haber necesidad adicional de incentivos explícitos. Si la gente entiende lo que se desea y no se le dan razones para conducirse mal, puede perfectamente adoptar una conducta que fomente conseguir las metas deseadas. Resulta algo especialmente probable cuando el grupo en su conjunto ha aceptado dichas metas, pudiendo someter a presión social a cualquiera de sus miembros que actúe inadecuadamente. Sin embargo, en muchas circunstancias, el esfuerzo generado directamente podría resultar inadecuado o no dirigido del modo deseado, necesitándose entonces incentivos adicionales. Estos pueden ser relativamente implícitos -por ejemplo, los criterios de promoción o terminación pueden ser una fuente de incentivos- pero a veces cabe hacerlos explícitos, estableciendo que la paga dependa del desempeño. Con esto, estamos replicando dentro de la organización algunos de los incentivos del mercado.

La importancia de medidas adecuadas del desempeño

Al diseñar incentivos surgen diversas cuestiones. En primer lugar, hay que evaluar o medir el desempeño, la actuación. Se trata de algo raras veces sencillo, sobre todo porque la mayoría de los puestos de trabajo implican aspectos múltiples de dicho desempeño, y las medidas de cualquiera de ellos casi nunca son perfectas. Más aún, el modo en el cual se lo mida es crucial. Lo que se mida y recompense es lo que la gente buscará mejorar. Eso significa que, de usarse algo equivocado como medida del desempeño, los resultados serán peores que si no se estableciesen incentivos explícitos. Algunos ejemplos pueden ayudar a entender el punto. En los Estados Unidos, se está proponiendo pagar más a los profesores si sus estudiantes obtienen buenos resultados en ciertos tests estandarizados. Esto, casi seguro, llevará a los profesores a comportarse de maneras que mejoren las puntuaciones de los estudiantes. Pero también les llevará a ignorar aquellos aspectos de la docencia que no contribuyen a mejorar las puntuaciones en los test, aunque pudiesen ser como mínimo tan importantes como ellos. De manera similar, pagar más a un técnico por efectuar un número mayor de tests aumentará la cantidad de éstos, pero podría ser la causa de que se los llevase a cabo con menor cuidado y exactitud. En Japón, los médicos no sólo prescriben los fármacos, sino que los venden también a sus pacientes, obteniendo así una fracción grande de sus ingresos. No es sorprendente que el consumo per cápita de

antibióticos sea en Japón mucho mayor que en cualquier otro país -los médicos japoneses los prescriben incluso cuando los de ninguna otra parte del mundo lo harían.

Capacidad de responder y fuerza real de los incentivos

Si la persona que los recibe no puede responder razonablemente a ellos no tiene sentido, ofertar incentivos. La razón es que el pago según desempeño hace variable -esto es, somete a riesgo- los ingresos de la gente. Este tipo de riesgo no gusta a nadie, con lo cual, a menos que exponer a la gente al mismo reportase beneficios alterando su conducta, carece de lugar. Por ejemplo, tiene poca lógica ofrecer incentivos individuales por aumentar el producto («output») a alguien que no puede controlar el ritmo de su trabajo, por depender de las acciones de otros; una enfermera en un equipo quirúrgico no puede trabajar más rápido que los demás miembros, ni puede hacer mucho por marcarles el ritmo. En consecuencia, la retribución según desempeño individual tiene aquí poco sentido (lo mejor sería ofrecer un pago incentivado a todo el equipo, sobre la base de su desempeño de conjunto). Al mismo tiempo, cuanto más oportunidades tenga un individuo de responder a los incentivos, mayores deben ser éstos. Así, los gerentes de posición más elevada, con muchas maneras de influir sobre la actuación de la organización, deben recibir incentivos más fuertes que los de niveles inferiores. Obsérvese que muchas veces es así. Por ejemplo, en Andalucía, los directores de los centros sanitarios tienen un esquema de retribución por incentivos, cosa que no sucede con el personal de nivel inferior.

Importancia del esfuerzo extra y fuerza ideal de los incentivos

Este último efecto está reforzado por otro, íntimamente relacionado. Cuanto mayor el efecto de un cambio de conducta sobre el desempeño, más fuertes deberán ser los incentivos. De nuevo, es esperable que el de un gerente de posición elevada, efectuando un mejor trabajo a base de mayor dedicación y más agudeza, tenga un impacto mayor que el de un oficinista. En ese caso, el ejecutivo deberá tener incentivos más fuertes: su paga debe estar más en función de su actuación. En un contexto de ventas, un esfuerzo extra de un vendedor tiene como resultado nuevas ventas. Cuanto más alto el mercado de los productos, más valiosas resultarán dichas ventas extra. La conclusión, entonces, deberá ser ofrecer incentivos más fuertes al esfuerzo adicional conforme más altos sean los mercados. Es lo que se consigue con las comisiones a porcentaje. Por contra, si los esfuerzos de un individuo o un departamento concretos no influyen sobre algunos elementos de los costes de la organización, su paga no debería depender directamente de dichos costes. Esto significa, por ejemplo, que probablemente es mejor recompensar a los gerentes de departamento

sobre la base de sus propios costes, en lugar de sobre los costes totales del conjunto del hospital. (Matizaremos esto, sin embargo, cuando consideremos la evaluación del desempeño relativo).

Medición del desempeño y fuerza ideal de los incentivos

Una de las grandes recomendaciones sobre retribución individual mediante incentivos vincula lo bien que se mida la actuación con lo fuertes que deban ser los incentivos. Esta relación opera de dos maneras: primero, cuanto mayor sea la precisión con la cual pueda medirse el desempeño mayores deberán ser los incentivos. No sería una idea demasiado brillante hacer que la retribución dependiese de los resultados siendo difícil desentrañar si los resultados conseguidos provinieron del trabajo duro o de la buena suerte, pues implicaría someter a la persona a demasiado riesgo; segundo, cuanto mayores los incentivos a ofertar, más importante será mejorar la medición del desempeño. Si quieren dar incentivos fuertes con efectividad, asegúrense de que miden bien el desempeño.

Trabajos complejos e incentivos

Una importante consideración a este respecto es la de que medir el desempeño resultase muy difícil en algunas dimensiones del trabajo y muy fácil en otras. La primera de las recomendaciones emitidas sugeriría, entonces, hacer depender la retribución poco de los aspectos difíciles de medir y mucho de los fáciles. En ese caso, el peligro radicaría en dedicar demasiada atención a los aspectos bien retribuidos, ignorando al mismo tiempo los escasamente recompensados del trabajo, como sucedía en el ejemplo de los profesores. Sólo primando ambos aspectos de manera comparable resultará probable que los dos reciban atención adecuada. Una conclusión es que de no ser posible recompensar un aspecto de un trabajo, es mejor no recompensar ninguno. Este sería el caso si fuese crucial prestar atención a ambos y, en ausencia de incentivos explícitos, siguiese generándose una cantidad razonable de esfuerzo de modo directo. Al mismo tiempo, entra en juego aquí la segunda de nuestro par de recomendaciones sobre intensidad de incentivos y medición del desempeño. Si se desea ofrecer incentivos relativamente fuertes a una actividad, como el control de costes, es importante también aumentar la precisión con que se mide el desempeño en otras dimensiones, como la satisfacción del cliente.

Uso de otra información

En los esquemas de retribución con incentivos es importante considerar la posibilidad de usar información adicional, más allá de las medidas del desempeño

puramente individual. Se argumenta muchas veces que la gente no debe rendir cuentas por cosas que no puede controlar. Esto, por su parte, en ocasiones es interpretado como si significase que la paga debe depender sólo de factores que la persona controla, y no de otros. Las cosas son, de hecho, más sutiles. Veamos ejemplo. Supongamos que estamos interesados en motivar a los administradores de un hospital a reducir sus costes. Podemos estudiar los gastos realizados a final de año, pero sabemos que algunos elementos de éstos escapan al control del hospital y de su personal. Por ejemplo, podría haber habido cambios en los precios a pagar por los suministros, y haberse modificado la utilización en maneras que el hospital no pudo controlar. Claramente querríamos que nuestras mediciones de cómo de bueno ha sido el trabajo de mejorar costes tomasen en cuenta el hecho de que algunos de los cambios acaecidos fueron debidos a estos factores. No querríamos recompensar mucho al gerente del hospital si las reducciones fueron debidas a un descenso en los costes de la calefacción, ni penalizarle en caso de que fuesen altos por haber subido los de la energía. Y sin embargo, al tomar como factores estos elementos, estamos en efecto haciendo depender la retribución de los administradores del hospital de cosas que ellos no controlan.

Aun así, hemos visto ya algunas maneras en las cuales esta sabiduría convencional posee cierta validez. Veíamos que de medirse mal el desempeño de modo que sus medidas reflejasen tanto la suerte como el esfuerzo, la retribución no debería ser muy sensible a él. Hemos visto también que si trabajar más fuerte tiene poco efecto sobre el desempeño medido, o si las opciones del individuo están estrictamente limitadas de modo que no puede responder a los incentivos ni afectar al desempeño, no se le debe someter al riesgo inherente al pago por incentivos. En este sentido, asimismo, no debe pedirse cuentas a la gente por cosas situadas fuera de su influencia o de su control.

La resolución de este aparente conflicto es usar información que nos ayude en la tarea de determinar cómo de dura e inteligentemente trabajó en realidad la gente que estamos intentando motivar; luego debemos usarla para evaluarlas y determinar su desempeño, y luego basar sobre el mismo su retribución.

Evaluación del desempeño relativo

Una aplicación importante de lo anterior es la llamada «evaluación del desempeño relativo», bajo la cual, para evaluar la bondad del trabajo efectuado por una persona, se usa información sobre el desempeño de otras, en situaciones parecidas y afrontando retos equiparables. Por ejemplo, comparar la reducción de costes conseguida en un centro sanitario con los cambios promedio en los costes en todas las instituciones de su mismo tipo, puede aportar una mejor idea del desempeño, por resultar filtrados muchos de los efectos aleatorios que afectaron a los costes medidos

en todos los centros, como los de los «inputs». Aunque esto hace depender la retribución de cualquier administrador del desempeño de los demás administradores, cosa claramente más allá de su control, sigue resultando una buena idea, de hacerse correctamente.

Al mismo tiempo, a menos que las comparaciones ayuden a determinar lo bien que los individuos han efectuado su trabajo, barriendo efectos aleatorios comunes, carecerán de valor para evaluar el desempeño relativo. Sólo añadirán aleatoriedad no deseable sin mejorar los incentivos.

Incentivos de grupo

Otra cualificación es que podría resultar deseable pagar según desempeño grupal, incluso siendo medible el individual. Quizá parezca de entrada una mala idea por hacer depender la retribución del individuo de lo realizado por otros, sin ayudarnos tampoco a clarificar cuánto de su desempeño fue producto de sus esfuerzos y cuánto fue suerte. Pese a todo, existen dos razones por las cuales podría seguir siendo deseable. Primero, por estimular una valiosa cooperación y ayuda entre los miembros del grupo. Segundo, por inducirles a monitorizarse entre sí, hasta conseguir dentro del mismo altos niveles de desempeño, reduciendo la necesidad de que esa monitorización la llevarsen a cabo instancias superiores.

La aplicación de estas ideas puede demostrarse extremadamente útil para desarrollar sistemas de incentivos efectivos. Algunos, sin embargo, podrían preguntar: «¿pero, funcionan los incentivos? Y en particular, ¿funcionan en la asistencia sanitaria?».

7. ¿Funcionan los incentivos en la asistencia sanitaria?

Ya hemos argumentado que la asistencia sanitaria es especial en algunos aspectos. Quizá entonces los incentivos de tipos que funcionan en otras industrias no lo hagan aquí, y no sean aplicables los principios que rigen en ellas. La evidencia, sin embargo, es que los incentivos funcionan y los principios correctamente entendidos son de aplicación.

En primer lugar, consideremos un ejemplo de Estados Unidos. Los gastos sanitarios se han comido el 12% del PIB, más que en ningún otro país, y aún así, un tercio de la población carece de hospital y de seguro médico. Parecería, por tanto, un sitio raro para buscar ejemplos de éxito en la aplicación de incentivos. Pese a todo, partes concretas de este sistema sanitario poseen incentivos eficaces, de desempeño bastante notable. Un ejemplo son las Organizaciones de Mantenimiento de la Salud

(HMO's, de sus iniciales en inglés). Estas organizaciones privadas contratan a cambio de una suma fija toda la asistencia hospitalaria y médica a una persona. Posteriormente, conciertan con profesionales y centros hospitalarios la prestación de la misma. Compiten con compañías de seguros, las cuales tienen estipulado reembolsar a sus clientes las visitas a médicos y hospitales, que cobran sobre bases de pago por acto. Las HMOs triunfan a base de reducir los costes, seguir prestando un servicio que satisfaga a sus clientes. No mucho tiempo atrás la norma nacional eran 800 días de hospitalización por mil habitantes. En esa época, Kaiser Permanente, una de las primeras HMOs, competía con éxito y aún tenía una media de 400 días. Actualmente, las más agresivas han bajado las cifras a 130, a base de hacer uso extensivo de medios terapéuticos menos costosos y de fomentar la atención preventiva.

El segundo ejemplo proviene también de Estados Unidos. En ese país, quienes proporcionan la mayoría del seguro sanitario son los patrones, muchos de los cuales ofrecen ahora a sus trabajadores la opción de escoger entre varias HMOs, o asegurarse con un tercero. Frecuentemente, el trabajador que seleccionaba un esquema de seguros menos caro no conseguía a cambio ningún beneficio financiero. Ahora, las compañías están explorando darle una paga extra si selecciona prestaciones menos costosas. La respuesta de los trabajadores, por su parte, está siendo cambiarse hacia HMOs, que tienen precios inferiores. Esto, a su vez, está generando una mayor competencia entre éstas y llevando a mejorar el control de costes y el servicio.

Un tercer ejemplo viene de Andalucía. Un equipo de la Escuela Andaluza de Salud Pública (José Martín, María Puerto López del Amo y Angel Garijo), en su documento titulado «Modelo de Incentivos para Gerentes de Centros Sanitarios Públicos», han explicado el esquema retributivo experimental de incentivos para directores de centros que se aplica aquí. Según informan, desde la introducción del sistema, la tasa de incremento de los costes de personal ha descendido significativamente, ha disminuido la estancia hospitalaria media, ha descendido la tasa de incremento de los costes de farmacia, y han aumentado de manera significativa los cobros a terceros. Han subido asimismo varias medidas de utilización, incluidos los ingresos, las intervenciones quirúrgicas y las visitas de enfermería. Aunque la información del documento no permite determinar el grado en el cual estos cambios derivan de la provisión de incentivos, ciertamente parecen haber tenido un efecto.

La cuestión clave es que proveer los incentivos adecuados a quienes toman las decisiones puede tener efectos reales. Esto plantea un tema interesante: ¿están recibiendo los profesionales los incentivos correctos? Ellos adoptan un número enorme de las decisiones que determinan los costes de los sistemas sanitarios, así como su desempeño en otras dimensiones. Los costes de farmacia son una de las grandes preocupaciones. Los médicos deciden si prescribir medicamentos y cuáles prescribir. Los costes hospitalarios son otra preocupación. Los médicos deciden si admitir a los pacientes en los hospitales o, por contra, tratarlos en régimen de consulta externa.

Luego deciden también cuánto tiempo mantenerlos hospitalizados y a qué pruebas someterlos. ¿Tienen los médicos los incentivos adecuados para controlar los costes del sistema, manteniendo y mejorando a la vez la calidad?

8. La reforma institucional y costes de transacción

Parte de la razón de que nos hayamos centrado en los incentivos, es que utilizarlos adecuadamente ofrece la potencialidad de mejorar mucho el desempeño del sistema sanitario sin necesidad de grandes cambios estructurales en su esqueleto institucional. Pese a todo en España esos cambios son hoy factibles, dignos de consideración y quizá deseables.

En particular, se plantea de forma activa una descentralización que separaría institucionalmente la financiación y la provisión de la asistencia sanitaria, implantando relaciones contractuales entre los proveedores de servicios y la entidad o entidades responsables de financiarlos. La economía de las organizaciones puede también aportar algunas directrices para reflexionar sobre tales cambios institucionales.

Probablemente, la cuestión central a investigar por esta disciplina es cómo se divide -y cómo debería dividirse- la actividad económica entre las diferentes organizaciones. ¿Qué determina los límites de una firma? ¿Qué criterios debe usar una organización para decidir si producir ella un bien o un servicio que necesita, en lugar de comprarlos? Si decide adquirir el «input» en cuestión, ¿cómo estructurar las relaciones (tanto contractuales como no-contractuales) con los suministradores? ¿Cuál es la base para decidir comportarse de manera activa en la oferta de un producto o servicio u otro? ¿Cuándo debe una empresa hacerse con la experiencia de fuera por adquisición, y cuándo desarrollarla internamente mediante nuevas inversiones? ¿Cuándo se debe desgajar una unidad como firma separada? Tales preguntas se hallan en el núcleo del estudio de la economía de las organizaciones. De manera adecuadamente reinterpretada, son asimismo centrales a la hora de diseñar nuevos abordajes para organizar la financiación y la provisión de la asistencia sanitaria.

Por desgracia, la mayoría de las respuestas desarrolladas en detalle a estas preguntas presuponen que las organizaciones en cuestión son firmas privadas, cuyos propietarios intentan asegurar que se las gestiona maximizando beneficios. Los análisis basados en esta asunción no tienen, obviamente, aplicabilidad directa en el contexto del sistema sanitario español, donde las organizaciones públicas y sin ánimo de lucro casi seguro tienen una gran importancia. A pesar de todo, siguen siendo relevantes muchas de sus construcciones analíticas y de sus enfoques fundamentales.

El planteamiento más básico es notablemente sencillo -tanto, que podría parecer por completo obvio- y aún así, posee un valor real. Arranca de la idea de que

formas distintas de organizar la actividad económica implican costes distintos. Estos «costes de transacción» existen de forma añadida a los más comúnmente entendidos costes de producción y de distribución física. Incluyen los costes de encontrar otras partes con las cuales negociar, determinar precios y plazos, proveer incentivos, monitorizar el desempeño, y cumplir los acuerdos. Incluyen, asimismo, la reducción en el desempeño resultante de la ejecución de dichas actividades «por debajo del ideal». Los costes de transacción son, simplemente, los de que el sistema económico funcione. Por tanto, la recomendación básica es organizar la actividad de modo que sean lo más pequeños posible.

Operativizar esta recomendación requiere identificar la naturaleza y la fuente de dichos costes de transacción, así como la manera de variar éstos según la estructura organizativa. Para ello, resulta útil pensar en términos de dos tareas subyacentes a llevar a cabo. Una es planificar y coordinar la actividad. La otra, motivar a la gente implicada a hacer su parte con diligencia y honestidad a la hora de desarrollar y llevar a cabo los planes de la manera más efectiva posible. Los costes de transacción son los de, primero, planificar y coordinar, y luego, los de motivar a la gente.

9. Los costes de transacción de la coordinación

Con frecuencia suele aducirse que tener las diversas actividades dentro de una única organización facilita la planificación y la coordinación, y que, de ser suficientemente grande la necesidad de coordinación íntima, se precisa un sistema unificado de gestión y gobernación. Por ejemplo, cuando en la producción o la distribución existen economías de escala -es decir, los costes descienden con el «output»- se argumenta la necesidad de una gestión común para conseguir hacer eficiente la utilización; andar tomando decisiones por separado daría como resultado no percibir que trabajar más una unidad reduce los costes de las demás. Asimismo, se alega que cuando es necesario que las partes se ajusten perfectamente entre sí -y estén listas para actuar exactamente en el momento preciso, con las cantidades y especificaciones precisas- hace falta una gobernación unificada. La lógica de esta posición es que disponer de un único tomador de decisiones asegura que la adopción de las mismas contemplará todos los aspectos relevantes de los problemas complejos.

Aunque sin duda incluye una idea ingenuamente optimista de lo sencillo que resulta adoptar decisiones complejas, este argumento posee una cierta validez. Ahora bien, es fácil sobre-valorarla. En concreto, existen evidencias importantes acerca de que no es cierta la conclusión de que para coordinarse, haga falta una toma de decisiones unificada, centralizada.

Dos ejemplos bastarán. A lo largo de la costa del Golfo de Méjico, en los estados de Texas y Luisiana, hay una red increíblemente complicada de refinerías de

petróleo y plantas petroquímicas, conectadas entre sí mediante un tupido sistema de tuberías. Dicho sistema presenta unos rendimientos fuertemente crecientes. Cada planta y cada tubería, sin embargo, pertenece a un propietario diferente, y ninguna autoridad decisora unificada planifica ni coordina la actividad. Aun así, todo funciona de manera extremadamente eficiente; las distintas compañías se las arreglan para coordinarse bien, pese a la complejidad y a los rendimientos crecientes. El segundo ejemplo afecta al suministro de componentes a las empresas automovilísticas. Bajo el sistema «justo a tiempo», desarrollado por Toyota, el fabricante no posee almacén de componentes. Por contra, cada suministrador (una compañía distinta) le entrega los componentes necesarios en el lugar exacto de la línea de ensamblaje, donde se los utiliza conforme resulta preciso. En el caso de los asientos, ello implica construir los sillones (que pueden variar según más de un centenar de especificaciones) para cada coche concreto, según hace falta, con sólo cuatro horas de antelación en el encargo. Un fallo en la coordinación resultaría desastroso: obligaría a cerrar toda la planta. Pero eso, en esencia, nunca ocurre.

Parece, pues, que la planificación y la coordinación no requieren *per se* en la realidad de una toma de decisiones ni de gobernación unificadas. Aunque puedan serlo en casos concretos, los costes de transacción asociados a estas tareas no resultan inferiores automáticamente por el hecho de centralizar.

10. Intervención selectiva

Un interesante argumento sugiere que, de estar bien gestionada, la gobernación unificada debería por lógica resultar al menos tan eficiente como la gobernación separada y descentralizada. Su base es la idea de la «intervención selectiva». Según ésta, una organización grande y unificada debería poder hacer cualquier cosa que una colección de otras más pequeñas hiciese, por el simple expediente de decir a sus unidades constitutivas que se comportasen como lo harían caso de ser organizaciones independientes. Más aún, interviniendo en las decisiones de esas unidades constitutivas de manera selectiva, sólo cuando su conducta independiente estuviese por debajo de la eficiencia, la gestión de la organización unificada debería ser capaz de lograr estrictamente más de lo factible en un sistema descentralizado.

Aunque el argumento es atractivo en términos lógicos, su relevancia radica en presumir que la intervención selectiva es posible y carente de costes. Por contra, de hecho es imposible conducir las unidades de una organización grande como si estuviesen separadas. Sobre todo, en general no es posible en una organización combinada replicar los incentivos ofertables en organizaciones separadas. Cuanto mayor la organización, típicamente más débiles los incentivos que resulta posible ofertar. Más aún, generalmente es imposible limitar las intervenciones a aquellas situaciones en las cuales mejorarán el desempeño sin incurrir en ningún coste adicional. Precisamente

en virtud de la autoridad adscrita a su posición, los ejecutivos de más alto nivel siempre tendrán derecho a intervenir. En consecuencia, los situados por debajo en la organización tendrán incentivos para buscar que intervengan en modos que les beneficien. La enseñanza de estos hechos es que la toma de decisiones unificada posee costes de transacción evitables mediante la separación y la descentralización.

11. Tamaño organizativo y provisión de incentivos

Supongamos dos firmas que eran dirigidas por sus propietarios individuales y acaban de fusionarse, continuando cada uno de ellos al frente de su parte antigua del negocio. Si los dos son socios, cada uno consigue sólo la mitad de los beneficios extra generados trabajando a conciencia, cuando antes los tenía todos. Ello debilita, ciertamente, los incentivos en favor de trabajar duro. Si uno de los dos adquiere el control de la totalidad, el otro se convertirá en empleado y dejará de ser propietario. Es imposible redactar un contrato tan detallado como para replicar en todas las circunstancias los rendimientos que antes resultaban de ser propietario. No habrá modo, por tanto, de dar a este empleado los mismos incentivos que tenía cuando era propietario del negocio. La conclusión es que reunir bajo una propiedad común organizaciones previamente separadas, debilita inevitablemente los incentivos individuales.

Si bien es menos interesante en un contexto en el cual la propiedad privada no constituye el tema fundamental, se trata de un ejemplo clásico en la economía de las organizaciones. Sigue sirviendo para ilustrar que, cuanto mayor una organización, más difícil podría resultar ofrecer incentivos fuertes.

Una posible razón del aumento de la dificultad para ofertar incentivos eficaces en una organización fusionada sería la mayor complejidad de medir su desempeño. La causa podría radicar, por ejemplo, en llevar una contabilidad única, en lugar de por unidades, como sucedería si estuviesen separadas. La solución en este caso, sin embargo, es fácil: mantener contabilidades aparte. La idea básica de la «intervención selectiva» es correcta aquí. Sin embargo, en una organización compleja seguiría siendo difícil el rendimiento de cuentas por las decisiones adoptadas. En la medida, asimismo, en que entidades y fuerzas exteriores proporcionasen incentivos útiles en el seno de la organización, combinar las unidades acabaría con dichos incentivos. Por ejemplo, los bancos u otros prestadores podrían constituir un importante elemento de comprobación de la calidad de la gestión. Sus incentivos a las unidades individuales, de fusionarse éstas para solicitar los préstamos, perderían precisión. De nuevo, sin embargo, cabría la posibilidad de financiar separadamente las unidades. En la medida en que hubieran economías de escala en la financiación, por supuesto, con este abordaje se perderían.

No obstante, la principal razón por la cual es más difícil proveer incentivos potentes en una organización grande, se halla más directamente relacionada con la imposibilidad de limitar la intervención.

12. Actividades de influencia y costes de influencia

Todos ustedes estarán familiarizados -probablemente, mucho más de lo que les gustaría- con la cuestión de la política en el seno de las organizaciones. En cualquier organización, pública o privada, con o sin ánimo de lucro, siempre existe una política interna encaminada a mejorar al conjunto de gente o los grupos que la sostienen. Cada unidad tratará de lograr que los recursos vayan hacia sus presupuestos y proyectos, incluso pudiendo ser mejor usados en algún otro sitio. Los individuos harán campaña por conseguir para ellos los buenos encargos, los ascensos y las promociones, en vez de dejarlos ir a otros, incluso sabiendo que éstos se hallan realmente mejor cualificados y harían mejor el trabajo. El punto clave es que estas actividades políticas, encaminadas a afectar la distribución de recompensas y costes dentro de la organización, pueden afectar adversamente a su desempeño global. Constituyen un factor fundamental de impedimento de la intervención selectiva con éxito y una gran fuente de costes de transacción, que se incrementan conforme lo hacen el tamaño y el alcance de la organización.

Este politiquero organizativo interno recibe el nombre de «actividad de influencia», por estar encaminado en gran parte a afectar o influenciar a los superiores jerárquicos. Su objetivo es lograr que las decisiones de los superiores sean adoptadas en beneficio de quienes ejercen dicha influencia, aun incluso acarreando algún daño a la organización. Los costes de transacción asociados se conocen como «costes de influencia». Pueden surgir (1) por usarse recursos valiosos en el proceso de intentar influir, (2) por tener éxito la influencia y hacer que los dirigentes de la organización adopten decisiones no ideales, y (3) porque la organización podría alterar sus procedimientos para poner coto a la influencia, e incurrir en costes por desviarse de lo que habría constituido una práctica mejor.

La actividad de influencia adopta muchas formas, unas obvias y otras sutiles. En principio, cabría impedir algunas de las más obvias ignorándolas, o incluso castigando a quienes las intentasen, pero esto en la realidad suele ser más fácil de decir que de hacer. Las sutiles, por su parte, podrían resultar incluso más difíciles de controlar. Frecuentemente adoptan la forma de distorsionar estratégicamente la información suministrada a los superiores. Una posibilidad, por ejemplo, es informar de manera excesivamente optimista sobre las perspectivas asociadas a las propuestas de inversión de una división, en tanto se culpa de los fallos a las actuaciones de otras divisiones. Salvo cortando por completo los canales de comunicación, esta distorsión de la información puede resultar muy difícil de prevenir. Pero entonces se destruye,

sin duda, la posibilidad de intervención selectiva. Mientras se hallen abiertas las vías y exista alguna posibilidad de influir las decisiones de manera ventajosa para los miembros de la organización, se intentarán actividades de influencia y se incurrirá en costes de influencia.

Una respuesta común contra esta amenaza es estructurar las decisiones de modo que la gente de la organización no se juegue tanto. Cabe hacer los puestos de trabajo y las retribuciones más similares, con lo cual las personas se preocuparán menos de encargos, ascensos y promociones, o limitar la gama de opciones y alternativas considerables en la toma de decisiones a aquéllas no excesivamente estimuladoras de la actividad de influencia. Obviamente, limitar el rango de las alternativas estratégicas daña el desempeño. Comprimir las diferencias retributivas hasta un mínimo, por su parte, complica el uso de los incentivos económicos, con lo que las organizaciones de mayor tamaño tienen más difícil usarlos. Este efecto se verá adicionalmente potenciado en cuanto una organización más grande ofrezca mejores oportunidades de culpar a otros por los malos resultados, o de que otros se adjudiquen el mérito de los éxitos.

Se sabe que cuando dos organizaciones previamente separadas son colocadas bajo gestión común, aumentan los incentivos para implicarse en la política organizativa. Ello sucede porque, cuanto más grande la organización, más competidores habrá, y mayores serán las cosas en juego. Juntar dos unidades previamente separadas significa más recursos para disputar y defender, y más encargos deseables por los cuales suspirar. Peor aún, podría no haber manera de impedir el politiquero extra por parte de los ejecutivos de mayor nivel de la organización combinada. Mantener las unidades separadas evita esa política, al no haber posibilidad de transferir recursos y gente entre fronteras organizativas. Una organización más grande, por tanto, padece mayores costes de influencia, que se evitan separando las unidades y haciéndolas independientes.

13. Especificidad de bien

Hay un contexto en el cual el control y la gobernación unificados pueden reportar ventajas significativas en términos de incentivos. Más aún, podría resultar verdaderamente importante en el marco de las reformas del sistema sanitario español que se están planteando.

Consideremos una inversión que logra su pleno valor sólo con un uso o relación concretos, perdiendo mucho si se la destina a otra cosa. Por ejemplo, un hospital o centro sanitario podría ser dedicado a otro uso (supongamos, un hotel), pero sólo a costa de una gran pérdida de valor. Se dice que esas propiedades o bienes son «específicos» para ese uso o relación. Contrastan con otros bienes susceptibles de ser

usados de manera más general, como un automóvil. Los bienes específicos presentan verdaderos problemas de incentivos, con implicaciones sobre el diseño organizativo y, en particular, sobre dónde alojar su propiedad.

Supongamos que una organización, sirviendo las necesidades de otra distinta, invierte en un bien especializado. Por razones de simplificación, pensemos en un proveedor asistencial que invirtiese en un equipamiento diagnóstico o terapéutico imposible de revender, o en formación especializada para su personal. La segunda organización podría ser cualquier otra entidad, financiadora de la asistencia sanitaria, que paga la factura en nombre de los clientes finales.

En principio, la organización financiadora prometió reembolsar los costes de la inversión, circunstancia sin la cual ciertamente nunca esperaríamos que el proveedor hubiese asumido ésta. Supongamos, sin embargo, que una vez incurrido en el gasto de la inversión, el proveedor no recibió la totalidad del reembolso. Mientras pueda recuperar los costes directos de seguir usando el equipo y quizá avanzar algo hacia compensar los de la primitiva inversión, resulta racional continuar manteniendo en uso el bien (obsérvese el contraste con los no específicos, susceptibles de ser cambiados fácilmente de uso, en cuanto no se estuviesen recuperando sus costes con el uso original).

Supongamos ahora a nuestra autoridad financiera extremadamente preocupada con su propio presupuesto, pero mucho menos con las finanzas del proveedor. Podría tener la tentación de renegar de haber prometido reembolsar plenamente a éste, sabiendo que, en cualquier caso, el bien iba a seguir en servicio. Tampoco tendría que comportarse de modo demasiado obvio al respecto, probablemente, pues hay muchas formas de poder hacerlo sin romper con claridad ninguna regla ni acuerdo, y sin dar al proveedor bases para el recurso legal o político.

Ahora supongamos que el proveedor, quizá por experiencia, había percibido los incentivos de la autoridad financiera. «Olerse» la posibilidad de que no se le fuese a pagar, pudo haberle llevado en primera instancia a mostrarse precavido ante inversiones específicas, escogiendo otras quizá no ideales para el uso pretendido, pero mejor protegidas contra el oportunismo por ser menos específicas, e invirtiendo en formas diversas de protección contra la expropiación. Todo esto genera despilfarro. Por supuesto, el problema no surgiría con las dos unidades amalgamadas bajo una única autoridad.

Una solución capaz de mantener la independencia de las dos unidades podría ser que la autoridad financiera abonase por adelantado la inversión, incluso yéndosela a ubicar en las instalaciones del proveedor. Es el abordaje usado a veces en los negocios privados, donde, por ejemplo, los troqueles especiales necesarios para dar forma al metal de ciertos componentes de los coches los compra la compañía auto-

movilística, pero los usa el suministrador de componentes. El sistema funciona razonablemente bien en algunas circunstancias, aunque puede dar lugar a problemas en otras. Por ejemplo, si resulta costoso mantener el bien y no es propiedad del proveedor, éste puede tener incentivos inadecuados para cuidarlo. En sentido opuesto, ceder la propiedad al proveedor puede representar un problema, si existe la posibilidad de que éste use el bien para beneficiar a clientes distintos de los cubiertos por la autoridad financiadora. Asimismo, el que dicha autoridad decidiera posteriormente que un proveedor es ineficiente y, por tanto, debería cederse el bien a otro, podría constituir otro problema.

Por supuesto, la tentación de renegar de la promesa de pagar se pone a prueba mediante el mecanismo de la reputación. En los tratos de negocios privados, cuando las partes esperan establecer una relación continuada, resulta bastante efectivo. Las reputaciones pueden funcionar incluso mejor si existe la posibilidad de referir la conducta incorrecta de cualquiera de las partes a un tercero, que en ese caso decidiría no hacer tratos con quien no supo comportarse. Parecería ciertamente esperable que algo así funcionase en la asistencia sanitaria, y ello, hasta cierto punto, limita la necesidad de propiedad centralizada.

14. Comentario de cierre

En el mundo existe una inmensa variedad en las formas de organizar y gestionar la financiación y provisión de la asistencia sanitaria. Aun así, en un país tras otro se debate cómo hacerlo mejor. Dicho con claridad, nadie ha encontrado la manera correcta única de proveer y financiar la asistencia sanitaria, si es que algo así existió alguna vez. En cualquier caso, esperamos que las ideas que hemos apuntado aquí puedan resultarles de utilidad en sus deliberaciones a lo largo de los próximos días y en los años venideros.

*G*estión en el sector
sanitario público:
vinculando la acción
*a la strategi***A**

ARNOLD D. KALUZNY

Professor

Department of Health Policy and Administration

School of Public Health

Senior Fellow

Cecil G. Sheps Center for Health Services Research

University of North Carolina at Chapel Hill

PAUL K. HALVERSON

Assistant Profesor

Department of Health Policy and Administration

School of Public Health

University of North Carolina at Chapel Hill

GESTIÓN EN EL SECTOR SANITARIO PÚBLICO: VINCULANDO LA ACCIÓN A LA ESTRATEGIA

1. Introducción

«La Salud Pública es una función vital que tiene problemas» (Institute of Medicine, 1988). Conforme aumenta el consenso sobre las funciones de la salud pública: evaluar, aportar garantías y desarrollar políticas (Turnock et al, 1994), existe también una documentación cada vez mayor sobre que en muchas comunidades esas funciones no se están llevando a cabo (Miller et al, 1994; Turnock et al, 1994). Dada su importancia, muchas instituciones se plantean diversas estrategias gestoras para mejorar el desempeño de los servicios de salud pública. Consideraremos unas cuantas de esas estrategias:

- Asociarse con otras organizaciones

Las organizaciones situadas fuera del departamento local de salud pública pueden jugar, y de hecho juegan, un importante papel en la provisión de las funciones nucleares de la salud pública (evaluación, desarrollo de políticas y aportación de garantía). Por ejemplo, un estudio de los departamentos de salud pública puso de manifiesto que en torno al 26% de las funciones de salud pública en una comunidad son prestadas por instituciones exteriores al departamento local correspondiente (Halverson et al, 1994).

Dado el creciente interés en un abordaje de base poblacional para mejorar el estado de salud, parecen existir oportunidades de trabajo en colaboración entre los departamentos de salud pública y otras organizaciones. Se trata de un proceso a través del cual instituciones con perspectivas distintas exploran de manera constructiva sus diferencias, buscando soluciones que van más allá de su propia limitada visión de lo posible (Gray, 1989).

La colaboración entre los departamentos de salud y las instituciones exteriores a ellos dentro de una comunidad, tendería asimismo a aumentar el desempeño global de la salud pública en el seno de esta última. Los departamentos de salud que mejor se desenvuelven tienden a establecer un número total de vínculos con las agencias externas mayor que aquellos que lo hacen mal (Halverson, 1994). Convendría, por tanto, desarrollar una estrategia gestora que fomente la colaboración entre los departamentos de salud pública y otras instituciones como hospitales, clínicas médicas y demás agencias sanitarias. El desarrollo de estrategias de vinculación y el mantenimiento en el tiempo de tales relaciones se produce fundamentalmente en el ámbito

de las relaciones personales entre los gestores de cada institución. La posibilidad de trabajar juntos parece estar más en función del estilo de liderazgo que de las características organizativas.

- Privatización de servicios públicos

En un intento de reducir costes, aumentar la flexibilidad y mejorar la capacidad de responder a demandas cada vez mayores, se está planteando la posibilidad de contratar con organizaciones privadas numerosas funciones y servicios públicos. Si bien no está claro que privatizar la totalidad del departamento de salud pública resulte posible ni deseable, existen ciertas funciones que se prestan a ser contratadas. Corresponde a la institución de salud pública gubernamental: seleccionar la función o servicio idóneos para ser contratados; definir las características de desempeño necesarias para llevar a cabo un contrato; negociar y administrar éstos, así como evaluar la actuación de la organización contratada. La existencia de un consenso claro dentro de la organización y una asignación explícita de responsabilidades, son condiciones críticas para poner en práctica con éxito una estrategia de privatización.

- Aplicación de la mejora continua de la calidad/gestión de la calidad total

Con los métodos frecuentemente descritos como «mejora continua de la calidad» o, alternativamente, «gestión de la calidad total» (conocida internacionalmente con las siglas TQM, de sus iniciales en inglés), pueden lograrse ahorros significativos y una mayor efectividad en la organización. Se trata de estrategias gestoras que parten de la perspectiva de que toda función y sistema son susceptibles de mejora, a través del estudio constante y la acción deliberada. Aunque desarrolladas y usadas originalmente en organizaciones de tipo industrial, sus principios han sido aplicados con éxito en la asistencia sanitaria (Berwick et al, 1990) y cada vez más en el sector de la salud pública (Kaluzny, McLaughlin and Simpson, 1992). Su éxito está directamente relacionado con la implicación gestora y el liderazgo a lo largo del tiempo. Claramente, la TQM no es un programa de una única vez, ni un «apaño» para programas o divisiones aquejados de problemas. Aplicarlo con éxito requiere comprometerse con una filosofía gestora que capacita a los trabajadores individuales para mejorar constantemente los sistemas de trabajo. Va más allá de culpar al individuo, poniendo claramente el énfasis en gestionar el proceso laboral. Como escribía Edward Deming en su última época (1986), «los trabajadores se ven atados de manos por el sistema, y el sistema es cuestión de gestión.»

Por mucho que cada uno de estos abordajes realice contribuciones importantes, el tema real es cómo se los aplica dentro de la organización. El

objetivo de este artículo es plantear los retos específicos y las barreras a afrontar, discutiendo estrategias que faciliten la puesta en práctica de decisiones de dicha naturaleza al nivel operativo de la organización.

2. Factores que afectan la puesta en práctica de la estrategia

La efectividad de diversas decisiones estratégicas y su capacidad de afectar la gestión clínica y de los pacientes en el seno de una organización profesional está influenciada por muchos factores, entre los cuales se incluyen: las actitudes prevalentes; la cualificación y el grado de compromiso de la gestión; factores medioambientales y competitivos en el entorno organizativo. Aunque se los suele pasar por alto, resultan también críticos el carácter fundamental de la propia organización y los atributos específicos de la estrategia que esté siendo aplicada dentro de ella.

3. Características internas de las organizaciones de salud pública

Las organizaciones de servicios sanitarios, y las de salud pública en particular, poseen un conjunto de características distintivas que influyen su capacidad de traducir las decisiones estratégicas en actividades operativas. Si bien no son mutuamente excluyentes y varían con cada organización, cada una requiere reconocimiento explícito:

- Autonomía frente a rendimiento de cuentas.

Aunque se considera habitualmente a las organizaciones de salud pública como estructuras burocráticas «clásicas» con énfasis en el rendimiento de cuentas, la responsabilidad por su desempeño recae directamente sobre cada profesional. Estos, en virtud de su formación y su cultura, enfatizan la autonomía. Tal interacción, por tanto, entre rendimiento de cuentas y autonomía constituye una fuente continua de conflictos entre los diversos niveles gestores y los profesionales clínicos. Más aún, las organizaciones burocráticas grandes tienden a enfatizar la autonomía departamental, a expensas de su misión global. Dicha autonomía tiene frecuentemente como resultado decisiones miopes, basadas en las prioridades de cada «coto» o departamento, y no en el bien global de la organización.

- Inercia estructural.

Por definición, toda organización padece una gran cantidad de inercia estructural, es decir, de incapacidad para emprender una acción requerida, por

culpa de las relaciones prevalentes en su seno, lo cual hace muy difícil adoptar decisiones estratégicas y cambiar su manera de operar. Esto es particularmente cierto en muchas organizaciones sanitarias, sujetas a lo largo de los años a toda una serie de soluciones-panacea para resolver problemas complejos.

Además de la inercia básica, lo que limita la posibilidad de ocurrencia de los cambios es una desconfianza de fondo, junto a cierto nivel de cinismo. Quizá lo que mejor ilustre estos rasgos son los esfuerzos contemporáneos por poner en práctica la mejora continua de la calidad en las organizaciones asistenciales. Como lo describió un proveedor de servicios (Jaffe, 1992), «¿En qué es lo siguiente en que van a pensar?»

Finalmente, la inercia está también vinculada a la orientación científica de muchos profesionales dentro de la salud pública. Anclados en el rigor científico, si no hay evidencias empíricas avalando el cambio que se propone, no se moverán hacia él. Dicho requisito de un «nivel mayor de prueba» genera resistencia a adaptarse a soluciones innovadoras en la organización, que podrían comportar promesas pero carecen de experiencia comprobada. Muchas veces, esta diferencia de perspectiva es fuente de conflictos entre proveedores y gestores.

- Coordinación frente a integración.

Dado el tamaño y la perspectiva implicados en la provisión de estos servicios, para poder funcionar como un sistema y así asegurar una actuación efectiva toda organización requiere gran cantidad de coordinación e integración. En las organizaciones de salud pública, la coordinación viene fundamentalmente definida en términos de reglas y normas formalizadas, lo cual limita su capacidad para adaptarse a los diversos cambios del entorno.

El que en la salud pública se preste toda una variedad de servicios técnicos -cada uno de ellos con su propio conjunto dinámico de requisitos que complican mucho conseguir un conjunto bien integrado de actividades- hace muchas veces difícil la coordinación. Más aún, dichos requisitos técnicos se usan a veces como «escudos de información» para proteger las prerrogativas profesionales.

- Puesta en práctica como proceso.

Como dijo Ann Greer (1988), «no hay formularios ni formatos mágicos que hagan saltar el conocimiento desde las páginas, para convertirse en práctica». Siendo esto verdad, sin embargo, existe acuerdo general acerca de que toda

puesta en práctica implica un proceso interactivo con múltiples puntos de toma de decisión, y la estrategia elegida debe ser adecuada a la etapa concreta del mismo. La mayoría de los modelos de proceso comienzan con la etapa de reconocimiento, seguida de las de identificación, puesta en práctica y, finalmente, institucionalización. En concreto, para que las organizaciones y su personal conviertan una decisión estratégica en actividades operativas en su interior, hace falta antes que nada reconocer que la organización no está plenamente a la altura de las expectativas en ese área en particular. En tanto la identificación implica que los responsables clave de las decisiones han reconocido un problema y comenzado a buscarle solución, la puesta en práctica implica operacionalizar realmente un conjunto de actividades dentro de los grupos clínicos relevantes en el interior de la organización. La etapa final, institucionalización, tiene lugar cuando dichas actividades se integran plenamente en las operaciones de la organización y afectan a su desempeño posterior.

4. Atributos de la estrategia

La estrategia incluye los planes y actividades desarrollados por una organización en persecución de sus metas y objetivos, buscando particularmente posicionarse para hacer frente a las demandas del entorno externo frente a sus competidores. Si bien la mayoría de las organizaciones tiene un «plan estratégico», el reto crítico es asegurar la puesta en práctica e institucionalización de estas actividades en sus operaciones continuas. Los atributos de la propia estrategia influirán sobre el grado en el cual se la podrá aplicar e institucionalizar con éxito. A continuación, consideramos diversas características que podrían facilitar o impedir este proceso de puesta en práctica.

- Complejidad

La estrategia y el desarrollo de decisiones estratégicas constituye un proceso complejo que implica un conjunto de actividades mayores, como: acordar el proceso; identificar los mandatos organizativos; clarificar la misión; valorar las fuerzas, debilidades, oportunidades y amenazas; identificar la temática de interés (Bryson and Roering, 1987). El resultado de este conjunto de actividades es un producto/proceso que, en y por sí mismo, puede limitar su capacidad de afectar a las operaciones del interior de la organización (Mintzberg, 1994a). Surgen aquí dos problemas: primero, el propio proceso puede volverse tan complejo que limite su puesta en práctica efectiva. Como dicen McKelvey y Aldrich (1983):

«Lo que podría estar rematadamente mal en muchos procesos estratégicos es que resultan demasiado organizados. Para cuando han definido lo que en-

tienden por misión, meta, estrategia, plan, unidad de negocio y cosas así, han definido tan estrechamente las fronteras que prohíben experimentar.

El segundo problema radica en que el proceso de planificación acabe separado del pensamiento en términos estratégicos. Como señala Mintzberg, (1994b): En verdad, la planificación estratégica estropea muchas veces el pensamiento estratégico, provocando que los gestores confundan la visión real con la manipulación de las cifras. Y esta confusión reside en el corazón mismo del tema: las estrategias con más éxito son visiones, no números (pág. 107).

- Divisibilidad

Si bien los planes y decisiones estratégicos implican procesos «integradores», su puesta en práctica real debe capitalizar las oportunidades que se presenten en el seno de la organización. De ese modo, la puesta en práctica con éxito depende no de desarrollar un «plan de despliegue», sino de la capacidad que una estrategia global muestre de ser dividida en «unidades consumibles» por la organización. Dentro de ésta, tendrán más probabilidades de ser puestas en práctica y convertirse en operativas las actividades compatibles con la estructura prevalente.

- «Capacidad de hacer»

La puesta en práctica de una estrategia implica un proceso dinámico que con frecuencia requiere, para poder producirse, la presencia de ciertos pre-requisitos. Por ejemplo, para aplicar la mejora continua de la calidad, como estrategia potencialmente dotada de efectos profundos sobre la gestión clínica y del paciente, se requieren modificaciones sustanciales de a. la cultura fundamental dentro de la cual opera la organización, al objeto de asegurar una participación razonable (Shortell et al, 1994), y b.) sistemas de datos y de apoyo, que permitan cuantificar suficientemente los procesos en marcha como para identificar los problemas y alcanzar soluciones a los mismos (Kibbe and Scoville, 1994). La propia estrategia, por tanto, debe tomar estas contingencias en consideración y permitir suficiente reversibilidad en el proceso de puesta en práctica para asegurar el cumplimiento de los pre-requisitos.

5. Guía para la acción

Entender las barreras que impiden traducir la estrategia y las decisiones estratégicas en forma de operaciones constituye una condición necesaria, pero no suficiente, para una gestión efectiva. Aunque no existen las actuaciones perfectas, a continuación

revisamos algunos de los rasgos críticos que podrían facilitar en las organizaciones profesionales la vinculación entre decisiones estratégicas y gestión de operaciones.

- Aclarar cuál es la unidad de planificación

Por su propia naturaleza, las organizaciones profesionales tienden a estar escasamente engarzadas y fuertemente compartimentalizadas. Pocos individuos se identifican con la organización en su conjunto, sino que la mayoría lo hacen con su respectiva disciplina o departamento funcional. El reto del proceso de puesta en práctica es asegurar que los individuos se identifican con esa unidad organizativa mayor. Una manera de conseguirlo consiste en crear una organización «paralela». Es decir, introducir dentro de la organización otra estructura, que cumpla un conjunto específico de tareas, en tanto la dominante retiene la responsabilidad sobre las actividades rutinarias de la organización (Leatt, Shortell and Kimberly, 1994). Ello proporciona a los individuos situados en diversos niveles jerárquicos y distintas áreas funcionales la oportunidad de participar en una actividad organizativa más amplia. Esta estrategia suele ponerse en práctica mediante grupos de trabajo, o equipos de proyecto, a los cuales el aparato gestor oficial asigna una tarea específica y les concede los correspondientes poderes. Como método, ha demostrado gran éxito, siempre que se provean los recursos, la autonomía y el reconocimiento al trabajo interdisciplinar llevado a cabo.

- Entendérselas con defensores y adversarios

Las organizaciones profesionales, por su propia naturaleza, suelen presentar considerables variaciones individuales en términos de actitudes positivas y negativas, así como del diferencial de su base de poder dentro de la organización. En consecuencia, uno de los principales retos para traducir decisiones estratégicas en operaciones es crear alianzas de trabajo entre esos grupos, reforzando con ello la capacidad de vincular las decisiones estratégicas con las actividades permanentes de gestión clínica y del paciente. Existe un abordaje interesante al respecto, que recibe el nombre de «*mapear los partidarios*» (Gilmore, 1988). El *mapeo* de los partidarios intenta valorar sistemáticamente las variaciones en las posiciones defendidas en el seno de la plantilla. El proceso implica tres pasos fundamentales: a. Identificar los partidarios relevantes -esto es, el personal real o potencialmente afectado por el cambio; b. Colocar por orden a cada partidario, sobre la base de sus actitudes hacia el cambio, favorables u opuestas; y c. Valorar el poder de cada partidario dentro de la organización, para modelar y afectar su utilización en última instancia.

Sobre la base de esta información, se identifica el personal de interés, y se desarrollan estrategias adecuadas para cada uno. Es importante movilizar a

los individuos que se descubra que están a favor y gocen claramente de una posición de fuerza en la organización, al objeto de asegurar su apoyo a la tarea en curso. A los individuos que favorecen el planteamiento, pero están en posición de debilidad en la estructura de poder, se les puede respaldar, intentando darles la oportunidad de influenciar los acontecimientos relacionados con el desarrollo de sus actividades concretas. Los individuos opuestos a la idea, pero débiles, pueden ser co-optados para participar en tareas mayores ya en marcha. A los partidarios de oponerse al proyecto que gocen de una posición fuerte, se debe intentar replantearseles o redefinirles la idea, buscando que puedan verla desde un ángulo distinto.

- Invertir tiempo y energía en definir «lagunas en el desempeño»

Tratando con profesionales, traducir de manera efectiva decisiones estratégicas en operaciones exige comprender claramente la discrepancia entre lo que la organización hace y lo que podría o debería estar haciendo. Reconocer esta discrepancia creará oportunidades para generar la búsqueda de soluciones, desarrollando a la vez un sentido de «propiedad» que resulta crítico para poner en práctica e institucionalizar con éxito cualquier decisión estratégica. La idea del «benchmarking» (en castellano carece de traducción), es decir, comparar las actividades y el desempeño actuales con las del mejor competidor, proporciona oportunidad y estímulo para cambiar, incluso a niveles muy operativos de la organización. Gráficas comparativas claras, fácilmente disponibles y frecuentemente actualizadas, utilizadas en la planificación y el reconocimiento del desempeño propio, pueden constituir una ayuda importante no sólo para los gestores, sino también para los individuos responsables de cambiar su actuación, procedimiento a procedimiento, es fundamental conocer el indicador comparativo y el modo en el cual van a medirse los avances.

- Invertir en pre-requisitos, nueva cultura gestora y nuevos sistemas de información

La cultura y la estructura dominantes dentro de la organización, además de la disponibilidad de información clínica y financiera, constituyen pre-requisitos críticos para la traducción efectiva de decisiones estratégicas en operaciones. La gestión en general, y en particular la de la asistencia sanitaria, está sufriendo grandes transformaciones, pasando de basarse en el mando y el control a hacerlo en la dedicación. Se trata de una gestión levantada sobre la unidad de visión, apoyada en un conjunto común de valores y en el rendimiento de cuentas a través de la información. Si se aporta un entorno de apoyo y datos clínicos y financieros creíbles, se producirá el cambio.

De modo similar, para traducir realmente estrategia en operación hace falta una estructura adecuada a la tarea. Una forma de lograrlo es cambiar el proceso de toma de decisiones, a base de especificar las responsabilidades. Esta técnica identifica los patrones de toma de decisiones entre un conjunto de actores -individuos, unidades, departamentos, o divisiones de la organización (McCann and Gilmore, 1983; Gilmore, 1991). Se presta atención a concretar las áreas de decisión, los actores implicados y su tipo de participación en ellas. El método permite comparar las respuestas de cada participante sobre su propio rol en relación a una decisión con la respuesta de uno o más participantes distintos sobre dicho rol; comparar las respuestas de todos los actores sobre una decisión específica; examinar las respuestas de cada actor acerca de un conjunto de decisiones, y comparar los patrones de decisiones reales con la actividad deseada.

- Usar la teoría de los «pequeños logros»

La mayoría de las decisiones estratégicas no se ponen en práctica en la manera pensada. Los gestores deben sacar ventaja de las oportunidades que se les presenten. Lo mejor que puede hacerse por la gestión es aplicar los recursos disponibles a conseguir un conjunto de «pequeñas victorias» y capitalizarlas aprovechando los intereses y actividades emergentes de los profesionales de la organización. Esta estrategia enfatiza las intervenciones de importancia moderada rápidamente aplicables (Weick, 1984). Se van consiguiendo así los bloques, en forma de logros visibles, que sirven de modelo y fuente de estímulo para el resto de quienes tratan de aplicar la metodología. Con habilidad para las pequeñas victorias puede atraerse la atención de gente con perspectiva temporal corta o sobrecarga de información, a base de conferirles visibilidad.

- Capitalizar las oportunidades en el entorno más amplio

Aunque resultase cierto que la «salud pública es una función vital que tiene problemas», y una buena parte de ellos fuesen consecuencia de nuestra incapacidad para traducir las decisiones estratégicas a actividades operativas eficaces, el entorno amplio en el cual aquélla se desenvuelve está cambiando, volviéndose mucho más compatible con los valores que la presiden. La primacía de la prevención, el énfasis en la salud frente a la enfermedad, y el re-enfoque en «la comunidad», todas ellas nociones básicas en ese terreno, conceden a las organizaciones de salud pública la oportunidad de alinearse más cerca de los valores prevalentes en la sociedad. Hasta hace poco tiempo, existía una contradicción inherente entre muchas de las cosas que sucedían dentro de los servicios sanitarios y de salud pública, respectivamente, lo cual significaba un reto fundamental para la propia existencia de las funciones de

esta última. El creciente alineamiento entre entorno y organizaciones de salud pública permitirá gestionar con mayor efectividad las interdependencias existentes dentro de cada uno, así como entre el primero y las operaciones de las organizaciones de salud pública.

6. Conclusiones

Aunque «la salud pública es una función vital que tiene problemas», la oportunidad de traducir de manera efectiva las decisiones estratégicas en operaciones mejorará su capacidad de funcionar. Claramente, las oportunidades de colaboración estable público/privado, el movimiento por la mejora continua de la calidad, y los cambios en marcha en el entorno ampliado, constituyen retos y oportunidades de gestión significativos en el sector de la salud pública. Si bien el potencial es grande, los retos en términos de gestión son también sustanciales. Las características de las organizaciones de salud pública y los procesos estratégicos que ocurren en su interior afectan en gran medida nuestra capacidad de trasladar las decisiones estratégicas en operaciones más efectivas.

Referencias

1. Berwick D., A. Godfrey, J. Roessner. *Curing Health Care: New Strategies for Quality Improvement*. San Francisco, CA.: Jossey-Bass Publishers, 1994
2. Bryson & Roering. *Strategic Planning for Public and Nonprofit Organizations*. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 1988
3. Deming W.E. *Out of the Crisis*, Cambridge, Mass: MIT Center for Advanced Engineering Study, 1991
4. Gilmore T.N. *Building and Maintaining Effective Working Alliances*. En R. Sheldon & L. Ginsburg, «Managing Hospitals: Lessons from Johnson & Johnson-Wharton Fellows Program in Management for Nurses». San Francisco, C.A.: Jossey-Bass, 1991. 201-231
5. Gilmore T.N. *Managing a Leadership Change: How Organizations and Leaders can Handle Leadership Change Successfully*. San Francisco, C.A.: Jossey-Bass, 1988
6. Gray B. *Collaborating: Finding Common Ground for Multiparty Problems*. Jossey-Bass, San Francisco, C.A.: 1989
7. Greer A. *The State of the Art Vs. the State of the Science* International Journal of Technological Assessment in Health Care. 1988, 4: 5-26
8. Halverson P. et al. *Performing Public Health Functions: The Perceived Contributions of Public Health and Other Community Agencies*. Journal of Health and Human Resources 1995 (in press)
9. Jaffee B. *What Will They Think of Next?* Surgical Rounds (January 1992) 13-15
10. Kaluzny A., C. McLaughlin & H. Simpson. *Applying Total Quality Management Concepts to Public Health Organizations*. Public Health Reports (107), 3, 257-264
11. Kibbe D. and R. Scoville. *Information Systems and Health Care CQI*, en C.P. McLaughlin and A.D. Kaluzny (eds). Continuous Quality Improvement in Health Care, Gaithersburg, MD, Aspen Publishers, Inc., 1994
12. Leatt P., S. Shortell & J. Kimberly. *Organizational Design*, en Shortell & Kaluzny (eds), Health Care Management: Organizational Design & Behavior, 3rd Edition, Albany, NY, Delmar Publishing; 1994
13. McKelvey B. and H. Aldrich. *Populations, natural selection and Applied Organizational Science*. Administrative Science Quarterly, 1983, 28, 101-128
14. Miller, a. et al. *Longitudinal Observations on a Selected Group of Local Health Departments: A Preliminary Report*. Public Health Policy, 14:1 Spring 1993, 34-50
15. Mintzberg, H. *The Rise and Fall of Strategic Planning*. New York: Free Press, 1994(a)

16. Mintzberg, H. *The Fall and Rise of Strategic Planning*, Harvard Business Review, (Jan-Feb, 1994), 104-114(b)
17. National Academy of Science, Institute of Medicine. *The Future of Public Health*. Washington, D.C.: National Academy Press, 1988
18. Shortell, S. et al. *New Vs. Traditional Approaches to Quality Improvement: Implementation Process and Perceived Impact, Hospital and Health Services Administration 1995* (in press).
19. Turnock, B. et al. *Local Health Department Effectiveness in Addressing the Core Functions of Public Health*. Public Health Reports, September-October, 1994.
20. Weick, K.E. *Small Wins: Redefining the Scale of Social Problems*, American Psychologist, (1984) 39 40-49.

*Desregulación de los
servicios públicos. Posición
del Tribunal de Defensa
de la Competencia*

JOSÉ EUGENIO SORIANO GARCÍA
*Vocal del Tribunal de Defensa de la Competencia
Catedrático de Derecho Administrativo*

DESREGULACIÓN DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS. POSICIÓN DEL TRIBUNAL DE DEFENSA DE LA COMPETENCIA

1. Introducción

No soy médico, no soy gestor, no soy economista y no he venido a hablarles de la gestión empresarial de los servicios sanitarios. Provengo, además, del campo, del derecho administrativo. Voy a intentar explicarles qué es lo que hemos hecho en el Tribunal de Defensa a la Competencia en todos los servicios públicos, para luego ver si esto es aplicable a la sanidad. El Tribunal va a hacer un informe sobre sanidad y seguridad social. Empezaré recordando que cuando uno aborda el tema de salud se encuentra con lo que, señaló en un artículo, muy claramente en *El País*, José Manuel Romay Vicaría. Y me permito la cita textual porque creo que tiene importancia. «El dilema clave no fue sanidad pública frente a sanidad privada, sino monopolio -y ya entra aquí el Tribunal con toda claridad- de los servicios sanitarios ante los usuarios que no pueden elegir frente a competencia. Elegir entre todos los centros, públicos o privados, que presten los servicios con libertad de elección por parte de los ciudadanos». Y añade después, y a mi juicio centra bien el tema. «Aceptado universalmente que en otras áreas de la economía la competencia y la elección acompañadas de políticas redistributivas adecuadas, constituyen el mecanismo más perfeccionado que se ha inventado hasta la fecha para combinar satisfacción del consumidor, autonomía del productor, eficiencia económica y equidad, se trataba pues extender ese modelo al área de los servicios sanitarios».

Creo que Romay, con cierta experiencia de gestor en una autonomía como Galicia, efectivamente se da cuenta de algo que desde el propio Tribunal nos sirve metodológicamente para aproximarnos al tema: sanidad, junto con educación, dentro del contexto de lo que se ha venido a llamar el estado social y democrático, se tienen que definir como bienes públicos. Entendiendo por tales, tradicionalmente, aquellos bienes respecto de los cuales a nadie se le puede excluir. Es decir, constituyen una especie de patrimonio jurídico: justicia, defensa... Y al mismo tiempo es uno de los mecanismos básicos del estado que lo define también como «público» precisamente para conseguir que la totalidad del conjunto de la población se sienta incorporada en un determinado estado.

2. Regulación y competencia

Hoy se define el estado desde una perspectiva económica -o desde una de las perspectivas económicas- como el proveedor de los bienes públicos, ése es su come-

tido. Si ese es su cometido, a continuación hay que decir dos cosas, -y entramos con ello en los temas de regulación y competencia- lo que no sea bienes públicos no tiene que proveerlo el estado, tiene que proveerlo directamente el mercado; por tanto retracción del estado a un núcleo duro que sería: justicia, defensa, asuntos exteriores, interior, policía y hacienda. Además se añaden como bienes públicos típicos de un estado social: la educación y la sanidad. Pero bien entendido que así como los cinco primeros bienes, son lo que clásicamente se ha definido como las funciones de soberanía del estado, es decir, no hay estado cualquiera que sea su tipo, ningún tipo, que no tenga estas cinco funciones y cuando desaparecen desaparece el estado.

La provisión de los otros dos bienes públicos, es decir, educación y sanidad son definiciones que se incorporan al estado en este siglo, se incorporan como consecuencia de las políticas Keynesianas, hoy en clara revisión. No han de ser necesariamente definidas como unas funciones de soberanía, es decir, el estado ha existido sin estas dos funciones, sin proveer estas dos funciones. Y algunos dirán, como en la época de Maquiavelo, que más felizmente. Al mismo tiempo, aún cuando nosotros democráticamente las queremos definir como parte de un estado social, lo cierto es que ese estado social ha estado incluso incorporado a técnicas muy autoritarias. En el estado franquista existía la seguridad social que además se remonta en sus orígenes a 1911, a la época de Eduardo Dato. Por tanto, desde esta perspectiva, la provisión de estos dos bienes: Salud y educación, como cometidos o funciones del estado, lo son como consecuencia del estado en el que vivimos. Un estado en el que la cultura exige que sean definidos como bienes públicos, es decir, bienes de los que no se puede dejar excluido a nadie por definición, es un mecanismo de incorporación al estado y que además económicamente se caracterizaría porque la última unidad de consumo que se gasta en ellos, realmente no es apreciable. Lo que cuesta el último enfermo, lo que cuesta el último soldado, o la última sentencia no sería prácticamente evaluable desde una perspectiva económica.

Es así como nosotros abordamos el tema de la desregulación e introducción de competencia, para referirnos a continuación al tema de la salud. La desregulación y la competencia, en general, será a su vez la metodología que acabemos aplicando al tema de sanidad y seguridad social-. En principio hay que trazar una raya en el mar muy difícil, entre el sector público y el sector privado. Donde nos movemos con mayor incomodidad es precisamente en la zona ambigua de la tierra de nadie. Lamentablemente en un supuesto estado social muchos, han pretendido definir esa tierra de nadie como el campo abonado y fértil para introducir cualesquiera políticas en las cuales compiten operadores públicos, operadores privados y operadores mixtos. Siendo así que a nuestro juicio, de una parte, delimitar la raya entre lo público y lo privado, que sea como digo trazar una raya en el mar, al final es la tenue raya de la libertad económica y por tanto de la libertad. Por otra parte es necesario retraer el estado para aquello que sea estrictamente público. En tercer lugar hay que distinguir con mucha claridad el papel del estado respecto a estas dos funciones que son edu-

cación y sanidad, Servicios sociales ambos, que desde luego no es en modo alguno, el mismo que puede tener respecto de las otras cinco funciones de soberanía a las que me he referido antes; en estas últimas no sólo tiene que prestarlo el estado, sino exclusivamente a través de medios públicos con potestades públicas, poderes públicos y recursos públicos.

No hay que confundir el hecho de que determinados bienes públicos se provean a una sociedad con el modo de gestión de esos bienes. Basta asegurar la cobertura nacional o la cobertura universal para ser más exacto, de una determinada prestación, que se exige social y políticamente. Naturalmente el modo como se exija es donde entran las distintas políticas y donde entran las distintas posturas de nuestros partidos políticos, agentes políticos, agentes públicos, etc. Por tanto, cabría plantearse un escenario en el cual tanto la provisión de estos bienes públicos como sanidad y seguridad social, como los de educación, que a estos efectos tiene el mismo tratamiento, puede realizarse perfectamente en un contexto desregulado y por agentes privados.

No encontramos obstáculo teórico alguno para que se pueda exigir todo el nivel de prestaciones que hoy se exige, pero se puede utilizar mediante la llamada al mercado, y hay ejemplos en los que ya así se ha realizado. Si esto debe hacerse, si esto puede implantarse en España y llevarse a cabo, es tema de un gran debate nacional, en el que nosotros sencillamente intentaremos dejar oír nuestra voz cuando el debate se plantee y si es que nos lo piden. De momento, la política del Tribunal lo único que hará es examinar cómo se encuentra esta situación en el sistema comparado, para -a partir de ahí- ofrecer los distintos modelos de alternativas en los cuales se pueda bien llamar al mercado, si se entiende que el modelo que hay que introducir es el de la eficiencia. O bien, por el contrario, sencillamente si seguimos aplicando la vieja y pura eficacia administrativa -tema al que ahora voy a dedicar unos minutos solamente para hacer una distinción conceptual-, nos permite continuar con el modelo tradicional que es, pese a todo, el que sigue todavía implantado prácticamente desde hace unos cincuenta años.

3. Eficiencia económica y eficacia administrativa

Ha habido una notable confusión entre lo que es el concepto de la eficiencia económica y el de pura eficacia administrativa, y aquí es donde hay que saber tomar las decisiones. Se ha pretendido ese modo de gestión empresarial por parte de las Administraciones públicas y se ha tomado además como modelo «Imago Domini» modelo de gestión empresarial privada. Probablemente esto sea un error. El estado sabe lo que tiene que hacer y cómo lo tiene que hacer y a través de qué medios lo tiene que hacer. Cuando en cambio al estado se le pide que haga y actúe sobre campos que no son los propios, que son sus funciones de soberanía, es cuando

comienza la confusión, cuando comienza la desorientación y cuando el estado se encuentra muchas veces que no sabe qué es lo que tiene que hacer. Pondré algunos ejemplos, cuando el estado decide, por ejemplo, que todo el mecanismo de contratación pública tiene que hacerse al modo de la contratación privada, decide suprimir la intervención y decide suprimir el sistema de contrataciones públicas. Os invito a que lean hoy la primera página de todos los periódicos con las declaraciones de ayer del señor Borrell. Vean ustedes que es necesario desde una perspectiva pública dar marcha atrás y utilizar mecanismos absolutamente tradicionales bien inventados, que lamentablemente, como consecuencia de ese modelo de gestión privada que se ha querido aplicar desde la administración pública, ha fallado estrepitosamente. Nos han salido los Luises Roldanes y lo que hubiera tenido que salir y otras muchas cosas que ni siquiera se saben, pero que ahí están.

Con esto no estoy defendiendo el modelo de la rutina burocrática para todos los supuestos. Estoy diciendo que si el estado hace lo que tiene que hacer, lo sabe hacer muy bien y que si se le saca de su contexto pierde el pie automáticamente. Sea en eso o sea en los miles de supuestos que si quieren ustedes podemos ir analizando. Es decir, cuando se decide desformalizar los contratos y evitar la escritura pública, no nos damos cuenta de que inmediatamente aparece una determinada posibilidad de cambiar el contrato con daño a la gestión pública que tenía que ser realizada a través de ese contrato. Mientras que la fijación a través de una escritura pública quiere decir que esto usted no lo puede cambiar salvo que diga públicamente que lo cambie y así sucesivamente. Los controles y las garantías públicas están para lo que están y eso lo sabe hacer muy bien el estado. El estado, desde su perspectiva, no tiene que ponerse a copiar para nada el sistema privado. El estado lo que tiene que hacer es saber exactamente cuál es el papel que le corresponde. Porque a lo mejor mi Tribunal, que es muy colegial es capaz de hacerme cuatro votos particulares sobre la marcha según hable.

Lo que tiene que hacer el estado es volver a retomar todos sus poderes y dejar claro que los grandes cometidos en esta época de desregulación, que ahora veremos lo que es, y la introducción de competencia y la distinción entre eficiencia y eficacia -que es un tema que yo quiero dejar para el debate después de exponerlo- supone: a) Revalorizar el papel de policía, policía en el sentido clásico de derecho administrativo, policía que tiene que tener ésto. Y eso lo hace perfectamente el estado y lo hace bien, y lo sabe hacer directamente o a través de sus órganos autónomos descentralizados, pero siempre con poderes públicos y con derecho público. Por ejemplo, Banco de España o Comisión Nacional del Mercado de Valores que funciona mejor o peor, pero funcionan eficazmente bien y desde luego sin que se pueda pensar que sea un sistema que tenga ninguna alternativa en gestiones privadas, o modos de gestión privadas, que en absoluto son los que correspondería, a este perro guardián que tiene que seguir siendo, en lo que corresponde, el estado.

El estado tiene por tanto un papel fundamental ahí de policía, de gran policía. El Tribunal de Defensa de la Competencia a lo que se dedica es a eso. Justamente

utilizaré el ejemplo del Tribunal para intentar llevarles a mi huerto. Como consecuencia de esa revalorización del poder de policía, se revaloriza automáticamente también el poder sancionador. Lo que se nos avecina en Derecho administrativo es un gran poder sancionador en manos del estado. Y es muy importante saber controlarlo, por supuesto, a través de los mecanismos clásicos de los Tribunales de justicia, lo que ya tenemos claramente establecido en el Derecho administrativo clásico, sin necesidad de inventar cosas raras. Por tanto, esos dos papeles: poder de policía y poder sancionador, van a ser en un contexto de desregulación -al que ahora me voy a referir- muy elevados. Y sin embargo vamos a ver que menguan, se eclipsan, se atenúan las prestaciones en las cuales se ha querido sacar al estado de su contexto que son la prestación directa de los servicios públicos, incluso a través de formas de empresas que están fracasando. En muchos aspectos también nos encontramos ahí con una política de ayudas públicas hoy muy controvertida, a la luz de la Comisión de Comunidades Europeas, artículo 85 y 86 del Tratado, y de la propia Ley de Defensa de la Competencia, artículo 13 de la misma. Es decir, revalorización del poder o potestad de policía; revalorización, consecuencia de ese mismo poder sancionador, sometido naturalmente a través del estado de derecho; mengua o eclipse como consecuencia de la desregulación de la prestación directa de los servicios públicos y de las técnicas de fomento.

En un contexto de desregulación lo primero que se produce es un análisis económico de las normas. La desregulación y el análisis económico consiste en hacer una valoración en función de la eficacia de las normas de: ¿si se pueden éstas aplicar?; ¿cuál es el costo de su implantación?; ¿qué beneficios se obtienen?; ¿cuál es el conjunto de ganadores y perdedores que se van a dar como consecuencia de esa implantación?; y, ¿si el resultado social, medido económicamente a través de estudios de econometría, permite que esa regulación sea o no sea la más adecuada? Importa mucho recordar, y lo quiero dejar muy claro, que desregulación no supone en absoluto retirada de las normas. Aunque la palabra sea muy fea, la desregulación se convierte, casi siempre, en re-regulación -palabra que les regalo en este momento y que me acabo de inventar para ustedes-. Re-regulación, es decir, la desregulación es un proceso en cuya virtud lo primero que se produce es análisis económico de la existencia de la norma, o sea, justificación económica de la misma, en su caso con una alternativa de justificación económica y el coste de la no norma, que por cierto es muy importante.

En un futuro muchas Comunidades Autónomas van a ver como los economistas las analizan en función tanto de la legislación que han hecho, como de la legislación que no han hecho. Hay que tener cuidado con normar tanto que al final el coste de la no norma sea inferior al coste de la norma y alguien diga: «Es más barato no regular». Muchas veces se dice: «La mejor ley es la que no existe», y a veces es cierto. Especialmente cuando lo que está en juego son libertades. Y conviene recordar que la libertad de empresa es una libertad fundamental, cuyo contenido esencial por

Ley tiene que ser respetado de acuerdo con el artículo 53.1 de la Constitución en relación con el artículo 38.

Desde esta perspectiva, por tanto, la desregulación supone, en primer lugar, un análisis, y en su caso la retirada de una norma. ¿Qué tipo de normas en este contexto de desregulación? El tipo de normas de intervención directa. De aquellas que puedan suponer fuera de las funciones de soberanía a las que antes me he referido, a las cinco que dije al principio, que el estado haga, copiando al mercado lo que no debe hacer. ¿Y por qué no debe hacerlo? Pues en primer lugar porque es estado, si no para qué están los particulares. En segundo lugar por cuanto que con medios públicos, en muchas ocasiones se puede demostrar empíricamente en muchos supuestos desde luego en nuestro país, la captura que se produce por parte del propio regulado sobre el regulador es enorme. Hay ejemplos claros, Telefónica es un ejemplo típico. La Ley de Ordenación de las Telecomunicaciones es una Ley hecha por Telefónica. Hay que tener por tanto mucho cuidado con que el estado intervenga directamente. Cuando el estado se sienta en el Consejo de Administración de Telefónica queda capturado y se hace lo que dice Telefónica, no se hace lo que dice el estado. En tercer lugar, una vez realizado ese análisis puede haber estados sin mercado. Tenemos los ejemplos, de la ex-Unión Soviética. Sin embargo no puede haber mercado sin estado. Y esto es muy importante.

El mercado es una institución, una institución estatal, una institución estatal de los países más sofisticados. En Ruanda y Burundi lamentablemente no hay mercado, no sé si habrá estado, desde luego no hay mercado. Para que haya este mercado tiene que haber alguien que lo institucionalice. Institucionalización de los mercados, en líneas con lo que indicaba Kaluzny (precisamente la última fase) quiere decir que el estado toma la decisión, y es una decisión política de que exista libre juego de oferta y demanda, controlado, regulado y supervisado a través del perro guardián estatal.

Pondré algunos ejemplos para que no haya ningún tipo de confusión. El Tribunal de Defensa de la Competencia, o sectorialmente la Comisión Nacional del Mercado de Valores, o el Banco de España, ninguno de ellos se dedica a tener un Banco. Sería impensable, en nuestra cultura económica, que el Gobernador del Banco de España se sentase en el Consejo de Administración de ningún banco. Son los bancos los que juegan libremente. Sin embargo hay un perro guardián que está vigilando lo que hacen ellos. Es decir, lo que recupera el estado es el papel de supervisor como un policía y con una posibilidad de sanción enorme, pero el juego libre del mercado lo juegan otros. Algo así como el árbitro de un partido de fútbol, ese es el contexto de la regulación. El árbitro tiene un inmenso poder, pero es un poder jurídico, que es aplicar las reglas del juego. Es un poder para que lo disfruten otros, que son los espectadores. Él nunca juega y además gana mucho menos dinero que los jugadores. Este es, más o menos, un contexto de regulación, pero no hay partido de fútbol sin árbitro, porque no hay partido de fútbol sin reglas del juego. Sin reglas del juego lo que habría es sencillamente jungla.

Por eso es por lo que los mercados más sofisticados, el norteamericano en primer lugar, está lleno de regulaciones. Regulaciones pero con competencia todas, para que compitan entre sí y para salvaguardar los derechos del usuario y consumidor que es el ciudadano. Usuario de un servicio bancario, usuario de un servicio de una empresa, usuario de un servicio de salud, de lo que sea. Y como resulta que en términos de democracia económica que la gran definición son la libertad de empresa, derecho fundamental que consiste en que todo el mundo pueda acceder al mercado, estar en el mercado y ser expulsado del mercado. Todo el mundo puede acceder ahí y todo el mundo puede, en su caso, ser echado por su propia ineficiencia. Y como esa democracia económica tiene que permitir que el mercado continuamente se recicle, es decir, que nunca haya una posición dominante que impida mediante sus barreras que otro acceda, es precisamente para eso para lo que está el estado; para definir unas reglas del juego que permitan la transparencia, la eficiencia del mercado que es eficiencia de ellos, de los mercaderes -palabra que hay que revalorizar, hay que recuperar la cultura del empresario y eso es algo urgente en nuestro país-. Es realmente urgente hacer una transición económica que permita revalorizar la figura del empresario, no suficientemente valorada desde luego en nuestro país en modo alguno. Y desde esa perspectiva, el estado, define las reglas del juego y permite que ahí se juegue. Naturalmente alguien golea, lo que quiere decir que alguien gana el partido y alguien lo pierde, y por tanto ser expulsado del mercado y los espectadores habrán disfrutado encima, probablemente, con esa goleada. Por tanto el papel que entendemos tiene que jugar aquí el estado, en la provisión de éstos bienes públicos, salud y educación, es fundamentalmente la de un contexto de regulación. Un contexto de no intervención. Nuestra propuesta es en principio de regulación, de grandes poderes, de sanción, pero donde el juego se realice por los propios jugadores.

4. Eficiencia y eficacia

Con esto quiero entrar también en otro punto que vengo rondando a lo largo de esta charla, cual es la distinción entre eficiencia y eficacia, confusión que se ha producido como consecuencia de esa copia que el estado ha querido hacer de la eficiencia de los mercados. Las administraciones públicas están para ser eficaces, pero no están para ser eficientes. Si ustedes miran la legislación, por cierto del año pasado, de procedimiento administrativo, verán ahí -razón de eso era mi pregunta al señor Royer- en la legislación sobre procedimiento administrativo, cómo las Administraciones públicas tienen que cooperar entre sí, coordinarse, tienen que darse mutua información, mutuo auxilio, colaborar, etc., etc., etc.. Y eso es lógico, porque tiene que haber continuidad en el tejido público para que la prestación de las funciones y los servicios que en su caso tenga que prestar la administración, forme un *continuum*, una entrega continua que se le de a todos los ciudadanos.

Los ciudadanos, que son los que pagan a las administraciones públicas, ven mejor empleada la última peseta de su presupuesto si todo se coordina eficazmente

entre sí. La eficacia, por tanto, es la regla de oro de las administraciones públicas que consiste en aplicar puntualmente lo que determinan las leyes a los supuestos de hechos con los que se encuentre, pero poco más. Si alguna empresa en el ámbito de mercado y jugando no con la eficacia administrativa, sino con su eficiencia, y ser eficiente quiere decir en economía ser el mejor a través de calidad, precio, combinación de calidad-precio, tecnología, lo que sea, para ganar cuota de mercado, en su caso expulsar a otros del mercado y desde luego hacerse con ese mercado. Si cualquier empresa se le ocurre aplicar los principios que he dicho de la Ley de Procedimiento Administrativo, repito y recuerdo: cooperación, coordinación, mutua información, no hay autoridad de competencia en el mundo que no vacile en sancionarlo gravísimamente. Es decir, si dos Administraciones públicas se ponen de acuerdo en la calidad o en la tarifa con que tienen que prestar un servicio público, ¡olé!. Si eso se lo ocurre hacerlo a dos empresas, el Tribunal de Defensa de la Competencia metería un multón que se iban a acordar.

Ya que les hablo de sanidad, les diré que hace tres semanas estaba en Fordhan precisamente exponiendo unos casos del Tribunal español. Mi contraparte norteamericana contó el siguiente caso, que va a sorprender, pero para que vean ustedes la distinción entre lo que es eficacia y eficiencia aplicada en un asunto de salud en los Estados Unidos. Tres médicos dentistas que tenían un cierto poder de mercado, del estado de Arkansas, en una población no muy grande y en la que había otros quince o veinte profesionales más, se ponen de acuerdo en el precio de una extracción dental. La Federal Comisión, pedía en ese caso: retirada de la licencia, una multa de quinientos mil dólares y hasta tres años de cárcel para los tres dentistas. Yo me quedé muy impresionado porque nuestra cultura es otra. Pero piensen ustedes cuando un mercado pretende ser eficiente, aunque sea aplicado al servicio de salud, la broma consiste en que tienen que competir. Y lo último que pueden hacer es pasarse información, cooperar, coordinar, darse mutuo auxilio, que sin embargo son los principios básicos de funcionamiento coordinado del tejido administrativo. Además determinados constitucionalmente eficacia -artículo 103- y luego legalmente en la Ley de Procedimiento Administrativo Común y Régimen Jurídico de las Administraciones públicas. Vemos cómo la perspectiva pública y la privada no se mezclan, ni constitucional, ni legalmente. Tan ley es la nueva Ley de Procedimiento Administrativo como la Ley de Defensa de la Competencia y las dos parten de los principios exactamente opuestos. Aquí hay que tomar una decisión; el problema una vez más es saber qué es el sistema de salud. Si es público, ¿es absolutamente público? ¿Cómo debe de ser? ¿Cómo se está gestionando? ¿Cuál es el ámbito complementario?

Volviendo al artículo Romay parece que al producirse aquí esa provisión de bienes públicos y meter un factor tan distorsionante del mercado, pero por otro lado tan apreciado en un estado como el nuestro, como es la equidad parece que cualquiera que sea la definición que se haga -repito y nosotros lo haremos-, irá en la línea de promover la eficacia allí donde continúe el tejido administrativo y eficiencia en lo

demás. Probablemente eso acabe en una gestión descentralizada de muchos aspectos y devolución de determinados aspectos que no sean los del corazón -cuando digo corazón no me refiero al nuestro corazón, sino al corazón del tema- respetando ese corazón del tema por parte del sistema público y ya veremos en qué medida en el resto no tienen que entrar definitivamente los privados, mucho más cuando el déficit público funciona y está detrás de todo esto.

5. Derecho a la competencia

Voy a contar ahora un poco qué es lo que hemos hecho con otros servicios públicos. Y qué es lo que hemos hecho con otras medidas anti-concurrenciales o anti-competenciales cuando éstas se nos han planteado. Hay que decir que todo el derecho de la competencia, está pensado con toda claridad. Como ustedes saben, es un derecho que se basa en la constitución americana, es un derecho que trajeron los soldados americanos en sus mochilas. España tiene una fuerte tradición anti-competencial, España hunde sus raíces en una gran tradición monopolista, siempre hemos vivido en monopolio, no hay más que mirar para atrás: fábricas reales, la economía del no dejar hacer, lamentablemente opuesta a la doctrina de las ideas económicas, somos el país que nunca dejó hacer. Hace poco estando precisamente en Argentina y en Venezuela, me contaba que allí la independencia se hace por esos dos países al calor, al hilo de la lucha contra los monopolios. Porque curiosamente España, por ejemplo, la Real Compañía Guipuzcoana de Indias tenía todo el monopolio, más lo que era la capitanía general de Venezuela y no le permitía a los criollos, en fin, a las iludiese que estaban allí con sus propias producciones de café, o de «gambur» o lo que fuera, no les permitía comerciar. Era nuestra tradición monopolística. De ahí que cueste tanto mover esas mentalidades y de ahí que cueste tanto aplicar e implantar políticas de mercado en nuestro país porque tenemos una tradición de cinco siglos de no dejar hacer, es la economía de la prohibición.

Dentro de ese ámbito el Tribunal ha ido viendo que este derecho de origen norteamericano tiene dificultades de implantación porque en Norteamérica hay economía pública, sin duda economía institucional, pero la gran apuesta que se hace en la gran nación americana es la del mercado. De manera que lo público tiene otro contexto, es lo residual, quizá no es lo más importante y la mentalidad es fundamentalmente privada. Esto quiere decir que lo que está en el origen de las luchas de los demócratas, -porque curiosamente esta es una aportación fundamentalmente demócrata- siempre han sido los republicanos los que han dado marcha atrás a la creación anti-trusts- era luchar contra los grandes trusts que eran las corporaciones de abogados que se hacían con las pequeñas acciones de todo el mundo; ustedes saben que una sociedad anónima está muy dispersa, muy atomizada. Si yo consigo que me den a mí la representación de todos, yo tengo el poder de mando aunque tenga apenas muy pocas acciones.

Eso se llama *fiducia*, se llama *trusts* y esto es lo que está en el origen de derecho anti-*trusts*. Se hacían con las acciones, obligaciones, participaciones y votaban en un determinado sentido que era siempre el sentido de la gestión del grupo dominante que a lo mejor tenía solamente un cuatro o un cinco por ciento. Eso da lugar a unas terribles luchas y al final aparece la ley anti-*trusts* norteamericana. Una ley -reformada crea un órgano federal, la Federal Trade Commission, que tiene como finalidad ejecutar, desarrollar e implantar éstas políticas. Políticas que consisten en evitar todo cártel y todo abuso de posición dominante y además vigilar las concentraciones y fusiones. Se entiende por cártel todo acuerdo que se produzca entre dos unidades económicas para dañar conscientemente el mercado, sea un acuerdo expreso o sea un acuerdo informal; por ejemplo, lo que se denomina en derecho las conductas conscientemente paralelas. Es decir, si yo soy el Corte Inglés y otro es Galerías Preciados, «Yo me voy a Guadalajara y tú te vas a Zamora. Yo me voy a Granada y tú te vas a Málaga», eso se llaman repartos de mercado, nadie les ha dicho que se pongan de acuerdo, pero se han puesto de acuerdo (el ejemplo es muy anterior a la adjudicación de Galerías Preciados a El Corte Inglés). Eso es una distribución de mercado y supone un reparto de mercado que territorializa los productos y al final lo que hace es que un consumidor no tiene posibilidad de elegir. Y como de lo que se trata es, en términos de democracia económica, de servir al consumidor y éste tiene siempre que poder elegir, se trata es de impedir ese tipo de acuerdos expresos o tácitos.

6. Abuso de posiciones dominantes

El segundo tipo de acuerdos expresos o tácitos que se quieren evitar son los abusos de posiciones dominantes, es decir, cuando yo tengo una cuota tal de mercado que puedo comportar en el mercado como si no tuviera competencia. Es decir, como si fuera Gulliver en el país de los liliputienses y según ando voy aplastando a todo el mundo. Pues no, usted no puede poner barreras que impidan que otro acceda al mercado. Y por tanto cualquier comportamiento, incluso aunque el comportamiento sea una bajada de precios, porque hay precios que son precios predatorios, es decir, los que depredan -es una tecnología muy biológica-, los que depredan los mercados. Si un precio predatorio es a la baja, es decir, si yo por ejemplo acaparo todo el aceite que hay en la provincia de Granada mediante una subasta en la cual lo que hago es que me comprometo a ponerlo al precio más barato al consumidor eso puede ser un precio a la baja si lo que consigo es hacerme con el 100%, el 90%, el 80% de todo el aceite de la provincia de Granada, por poner un ejemplo. ¿Por qué?, porque luego tengo un poder de consumo, evidentemente cumpliré con el contrato cuando pueda, mientras me obligue la administración. Pero después habré expulsado a las otras empresas del mercado y pondré el precio que yo quiera.

Para evitar ese tipo de abusos aunque sea incluso en ese caso extremo de un precio predatorio a la baja es por lo que los abusos de posición de dominio son

directa y terriblemente sancionados por las Administraciones públicas. ¡Ojo al tema!, incluso aún cuando los que compren, los que tengan el poder de monopolio, sean Administraciones públicas. Porque algún día -y se lo digo a ustedes que son expertos en el tema- estará por ver que si el sistema de concursos, adjudicaciones a la seguridad social se comprueba que hay abuso por parte incluso de la propia administración, que puede llegar a expulsar del mercado a determinados proveedores y crea su propio proveedor, podríamos llegar incluso a condenar a la administración por abuso de posición de dominio.

Este es un tema muy complejo pero que alguna vez nos hemos llegado a plantear. La administración pública puede ser condenada también. Y esto es un tema que muchos piensan que no es posible, pero ya tenemos algunos ejemplos. Aquí en Andalucía, por ejemplo, al Ayuntamiento de Fuengirola se le ha condenado por abuso de posición de dominio cuando a través de una sociedad municipal impidió que los cadáveres accedieran al cementerio municipal si no era a través de la propia empresa funeraria municipal. Y se la condenó por abuso de posición de dominio. El tema está recurrido en los Tribunales, pero de momento está condenado. De manera que el hecho de ser de administración no da patente de corso, frente al derecho de la competencia.

7. Control de concentraciones

El tercer gran tema que nos viene del derecho norteamericano y que hemos incorporado a España es el tema del control de las concentraciones, es decir, fusiones y adquisiciones. ¿Por qué? Miren ustedes, yo puedo expulsar del mercado a alguien, ponerme de acuerdo con otro para hacer un daño a un tercero, o si tengo una gran cuota de mercado dándole en la nuez y expulsándole, abuso de posición de dominio. Pero tengo una forma más suave y es comprarle e impedir de esta manera que el consumidor siga eligiendo; lo que tengo que hacer es comprar a mi competidor. Y comprando a mi competidor ¿qué es lo que consigo? Una cuota de mercado a través de un procedimiento en el que los costos de transacción son muchos más bajos. Porque aunque pague un precio más alto por la empresa que yo compre, al final lo que estoy haciendo es quedarme con todo el mercado sin ningún tipo de esfuerzo añadido y consecuentemente eso hay que vigilarlo. En la ley española, existe, como también en el ámbito comunitario, el tema de las concentraciones, fusiones, adquisiciones, es decir, las empresas de riesgo en común, o empresas en común, están vigiladas precisamente por esta misma causa.

Importamos el derecho norteamericano, el que importa a la Unión Europea. Nosotros lo importamos después también por razones de nuestro ingreso en Europa. Hubo una legislación anterior de la época de Franco, pero no merece la pena detenerse en ella. Cuando nosotros aplicamos esos conceptos propios del derecho norte-

americano a Europa, nos encontramos con que aquí hay una pléyade de depredadores públicos que no es el escenario en el que se movía el derecho norteamericano de principio de siglo. Y, ¿qué es lo que ocurre? Pues ocurre en parte lo que he dicho antes: las dificultades de aplicar el derecho de la competencia a las Administraciones públicas como un problema durísimo que no se sabía como resolver. Nosotros hemos condenado ya en varias ocasiones a los colegios profesionales. Y, ¿qué son los colegios profesionales?; ¿son Administraciones públicas?; ¿no son Administraciones públicas?; ¿hasta donde llega el poder delegado, en su caso?; ¿son corporaciones sectoriales con poderes delegados, pero sólo en el ámbito de poderes delegados son unas funciones administrativas y no en el resto?.. Algunos colegios profesionales dirán que incluso los tenemos hartos. Los colegios de arquitectos son clientes habituales nuestros, tienen que pasar por ahí. Y hemos hecho incluso un informe proponiendo la desregulación de los colegios profesionales. El escenario en que se empieza a mover Europa es el escenario en el que aparecen actores públicos y actores mixtos, sin que se sepa muy bien en función de qué esa mixtura.

Un monopolio es un impuesto no votado en Cortes y además con un sujeto pasivo atípico porque no se sabe muchas veces quién es. Es curioso, si me permiten la anécdota, en el caso de Madrid se llega al extremo de que está todo el mundo de acuerdo, es decir, el Ayuntamiento que es de derechas y Comisiones Obreras que está en el otro extremo, en mantener el monopolio. Se llega al extremo de que cuando se quiere retirar el cadáver hay que irse a la Plaza de Castilla, conseguir un auto del juez que por coacciones frente a la policía municipal -que en vez de estar persiguiendo delincuentes está allí impidiendo que salga el furgón. Si sales por allí la guardia civil te detiene porque no tienes la hoja de ruta; se produce cambio de cadáver en la carretera con lo cual lo único que falta es un fin de Berlanga para que acabe de tomar la película y la podamos exhibir.

Esto es lo que ocurre al final, es decir, algo enloquecido, pero lo cierto es que esa es la cultura que venimos arrastrando que algunos combatimos. Pero puedo decirles además que cuando nosotros aplicamos el Derecho de la Competencia en Europa y traemos los conceptos de norteamérica, entramos en unas confusiones horribles. Por ejemplo, y sigo con Madrid, y luego me referiré a Barcelona como homenaje a algunos amigos catalanes que están por aquí. En Madrid el plan de gasolineras consta de 186 gasolineras para abastecer una ciudad de cuatro millones de habitantes. ¿Por qué? Que te den normas de seguridad, de estancamiento, de volumen, de capacidad, de horarios, de suministros, pero luego todos iguales y cada uno pone su gasolinera. Ocurre además que cuando las grandes superficies quieren poner una gasolinera le dicen que no porque el terreno no está calificado. A continuación llega Repsol, compra ese terreno, se lo recalifican y se lo dan. De manera que poner gasolina en Madrid es una aventura en la cual hay que perder mucho tiempo en las colas. Sencillamente porque la regulación se hace ahí para impedir que juegue la libertad económica y el derecho de la competencia.

En Barcelona encontramos el plan de mercados y se establece vía regulación que no puede haber mercados, sino a una cierta distancia de otros para preservar clientelas capturadas. Y no deja de ser casual que los distintos mercados que se están poniendo tienen una equidistancia perfectamente establecida respecto a los mercados municipales y se dice así en el propio plan. Porque, vía plan, impido que las amas de casa compren donde les plazca. O si entramos en el tema de horarios comerciales podíamos ir por ahí. Otro tema de regulación anti-competitiva en la cual por la lógica de la acción colectiva los pequeños han conseguido capturar al legislador y fundar una libertad para todos y más allá de los derechos del usuario, que a lo mejor al ama de casa se le desvía de su curso natural cuando trabaja, sencillamente, ama de casa o ama suya, porqué se le impide el tema de horarios comerciales.

Tenemos cada vez más una serie de regulaciones anti-competitivas. Si entramos en otro tema muy europeo, ayudas públicas, prefiero no ser doliente, pero las ayudas públicas lo que quiere decir es que retiro el dinero de un sitio para entregárselo a unos señores concretos. Es decir, que tenemos una gran compasión con unas miles de personas y ninguna compasión con los otros millones de personas y así se da ayudas públicas. Pues tengo aquí en Granada menos dinero público para bienes públicos, sean carreteras, sean hospitales, sean cementerios, sean en definitiva los bienes públicos clásicos a los que todos tenemos derecho. Por tanto el derecho de la competencia plantea ahí bastantes problemas en su aplicación en el esquema europeo.

8. Sanidad y seguridad social

El escenario último -y con esto voy a concluir- es sencillamente los temas de sanidad y seguridad social. Metodológicamente lo primero que tenemos que decir, coincidiendo con lo que decía aquí en este artículo Romay, es cuidar la transición. Cualquiera que sea el procedimiento que se establezca tiene que ser muy prudente. Muy prudente porque hemos conseguido -yo este dato lo he oído, ustedes muchos médicos me corregirán-, a que teníamos el índice de nacimientos mejor cuidados del mundo. La mortalidad infantil era de las más pequeña del mundo, si no la más pequeña. Esto lo he oído y éste es un bien que no se puede perder y luego habrá que discutir económicamente cuánto nos cuesta un niño. Pero en fin, hoy un niño en una población cuya demografía está claramente a la baja, es una joya porque además va a pagar mi pensión... En fin, quiero decir que hay que cuidarles como sea, eso es importantísimo. Y por tanto es claro que en este tipo de bienes públicos el componente de equidad y el componente de formación de capital humano definido en una época civilizada como un bien público, sanidad y luego educación, son hoy capitales humanos y se incorporan paulatinamente como un bien público aunque descentralizado en su gestión y pueda ser perfectamente articulado por políticas de mercado o a través de políticas de mercado. Es claro que cualquiera que sea la decisión de cambiar, que desde el estudio de un mercado en el mercado son siempre los bienes

escasos, la salud es un bien escaso sin duda alguna. Segundo por una cierta des-ideologización, aquí hay que hacer lo primero los números -luego ya vendrá lo demás, tema de pensiones, etc.-. Primero los números y por tanto habrá que ver, habrá que pedirles a los economistas que veo aquí, cuánto vale la vida de un niño español. Eso lo tienen que aclarar a fin de saber donde está el punto de ruptura. Y en tercer lugar, desde luego, tener claras cuáles son las ideas. Y la idea por tanto es que estamos manejando un concepto absolutamente fundamental, pero en el que el mercado tendrá mucho que decir.

No hace mucho, cuando empecé a dedicarme a estos temas, me dijeron que había tres tipos de organizaciones que nadie podía arreglar: las universidades, las orquestas sinfónicas y los hospitales. Quizá porque estén ahí profesores, músicos y médicos. Yo confío en que ustedes que son gestores, economistas, quizá con la ayuda de los profesores, músicos y médicos, nos ayuden a un contexto mejor y a una más eficaz prestación de este bien público de todos los ciudadanos y también de mayor mercado, de mayor libertad y si es posible de mayor eficiencia en la prestación universal de ese servicio.

Debate

Pregunta 1: *Muchas gracias Sr. Soriano por su interesante conferencia. Ahora, una cosa que usted ha dicho al principio: «Me lo guardo por si alguien me lo pregunta maliciosamente». Yo se lo pregunto, ¿qué pasa con la farmacia?*

Respuesta 1: Lo primero que sorprende es la liberalización y desregulación en el sector farmacéutico; ésto es absolutamente distinto en cada país. Por ejemplo, en el tema de telefonía hemos visto cual es la tendencia. Ha sido muy dura la batalla de presentación, pero las ideas las teníamos muy claras, había que romper el monopolio de telefónica y -gracias a la obra del Tribunal- en parte se ha roto. Sin embargo en el modelo farmacéutico se puede usted encontrar con cada guinda que no hay pavo que se ase luego con ella. Es difícil encontrar un país más desregulado en toda Europa que el Reino Unido. Le voy a contar cómo lo hacen y por qué consiguen que el gasto de farmacia allí sea el 9'2, 9'3 frente al 29'9 de España. En el Reino Unido hay una gran concentración, desaparecen muchas pequeñas farmacias. Siguen las distancias como consecuencia del fenómeno de concentración. Además se ha creado una comisión, compuesta no sólo por farmacéuticos, en la que se fijan las distancias. Y lo que parece ejemplar, han liberalizado lo que se llama «estructura de negocio y empresa». Estructura de negocio, quiere decir que el farmacéutico no tiene que ser dueño de la empresa farmacéutica, lo que aquí llamamos burocráticamente en nuestra rutina una oficina de farmacia, pero tiene que estar allí. De manera que usted y yo, y los que estamos aquí, ponemos cada uno el dinero que sea, compramos una farmacia y contratamos a un farmacéutico. Pero la propiedad es nuestra y es una sociedad que

nos da acciones y unas acciones que nos dan dividendos. Esta liberalización es importable. No es necesario una concentración vertical entre el farmacéutico y la farmacia. El farmacéutico o la farmacéutica tiene que estar allí presente las 24 horas, lo cual exige con una fuerte disciplina (puede ser incluso retirada la licencia del farmacéutico si éste no lo hace).

En Alemania es una especie de corporación, mixta, pública y privada en la cual se toman todas las decisiones públicas sobre compra, sobre horarios... Funciona bien, pero es que Alemania es un país en que todo funciona bien. Esto hace difícil importar el modelo alemán.

En Estados Unidos hay absoluta libertad. Funciona muy bien en las grandes superficies farmacéuticas y muy mal en las pequeñas ciudades. De manera que hay ciudades que tienen problemas de abastecimiento. Por cierto en Inglaterra cuando están alejadas se subvenciona la farmacia. Se subvenciona mediante una subasta. Es decir, un pequeño pueblecito -piense usted en el que sea de Granada o de la provincia que sea usted- y dice: «Hay que poner aquí una farmacia. ¿Qué hago? Subasto, doy dos millones de pesetas al año al que venga, dos millones cien, dos millones trescientas, adjudicada por tres años». Concurren muchos y de repente uno dice: «Yo me la quedo». Bueno, ese es el sistema. Por tanto en Estados Unidos absoluta desregulación, es necesario, eso sí, el título de farmacéutico y nada más. Aparte de que tanto en el Reino Unido hay mucha, digamos, marca blanca, en el sentido de que hay muchas cosas que te da el farmacéutico directamente porque las hace sin despilfarro.

En España se despilfarra, por cada uno de los usuarios, porque como es de todos, no es de nadie y al final todos tenemos una farmacia en casa. Además el propio farmacéutico y el laboratorio colabora en ello. Porque si usted necesita una prescripción de seis antibióticos, le dan un bote de cuatrocientos y luego se lo queda en casa (con el problema de que luego se lo ingiere un niño, o la medicina queda obsoleta). Es decir, ahí hay una mayor racionalidad económica en el sentido de que si usted necesita diez el médico le prescribe diez y el farmacéutico le da diez, no le tiene que dar doscientos o veinte o lo que tenga todo el tarro.

De manera que, los modelos son muchos, y por lo tanto estamos muy perplejos ante qué modelo seguir. Mi posición personal, que no vincula al Tribunal, es que hay que descentralizar el modelo español. Es decir, distancia, pues con toda prudencia habrá que plantearse el tema de distancias. No tiene mucho sentido que una normativa del año 57, me parece que es, se siga aplicando. Hay poblaciones que son ahora mayores y consumen más farmacia. Luego hay que distinguir con toda claridad lo que es farmacia y de lo que es parafarmacia. Claro, esto es un tema capital.

Hay un problema grave de competencia con las distribuciones exclusivas de productos parafarmacéuticos que ya ha dado lugar en el asunto Vichy a una sentencia

muy dura de la Comisión de las Comunidades Europeas. Es decir, en qué medida una parafarmacia se escuda en la red de distribución exclusiva para conseguir el doble propósito de estar en el último punto de España, y al mismo tiempo conseguir el prestigio añadido de que sea un producto farmacéutico cuando claramente no lo es. La distribución exclusiva en parafarmacia es un problema muy grande. Evidentemente en lo que es farmacia no hay ningún problema, es que sólo cabe la distribución exclusiva y estaría bueno. Además cada día más con toda la prescripción. Luego el tema de la estructura del negocio es claro. No tiene ningún sentido que el farmacéutico a veces no esté. Y desde luego no tiene ningún sentido que sea el propietario; sin duda la gestión debe estar en manos del farmacéutico porque es un profesional que hay que cuidar y potenciar, pero precisamente en su función de farmacéutico, no en otra función. La de comerciante a lo mejor valemos mejor usted y yo -bueno yo no, pero vamos me incluyo.

Hay otros temas importantes como es el mercado de publicidad de productos farmacéuticos, donde sí somos aperturistas en aquello que de una manera razonable se pueda promocionar con control del colegio de farmacéuticos. Hoy esa publicidad no se sabe donde está. Te inducen a tomar unas cosas muy raras y luego: «Consulte con su farmacéutico». Quizá haya que poner más cuidado en ciertas publicidades y otras dejarlas.

Otro tema fundamental es el de acceso a la profesión de farmacéuticos, etc., romper el monopolio del colegio. Es decir, yo creo que el colegio tiene que estar presente, pero junto con Comunidades Autónomas, Ayuntamientos y si es una negociación global, pues con el estado.

Pregunta 2: Me gustaría aclarar algunas cuestiones para ver si lo he entendido bien. Parece que Usted dice que el estado sabe hacer bien lo que debe hacer y en principio debe hacer los cinco bienes públicos a que se ha referido. Y que eso debe hacerlo, con una rigidez administrativa que caracteriza el procedimiento de actuación del estado, no preocupado por la eficiencia sino por la eficacia. En consecuencia, si esto lo aplicamos al mundo sanitario la conclusión es, que el estado en la medida en que actúa como el proveedor de servicios sanitarios debe actuar con la máxima rigidez de el procedimiento habitual de la actuación del estado. Y en consecuencia verosíblemente esos servicios no van a ser muy eficientes. En cuyo caso, verosíblemente acabaríamos teniendo que defender la privatización de esos servicios. Primera pregunta: ¿Es esta una conclusión razonable en relación con lo que usted ha dicho? Segunda pregunta: ¿Cómo contempla en su planteamiento el papel de las empresas públicas de servicios sanitarios?

Respuesta 2: La primera pregunta me da por lo menos un cierto margen de concretar. La segunda pregunta me llevaría a hacer otra charla para la cual me tendréis que invitar de nuevo. La pregunta: ¿ser eficiente y ser eficaz? Ser eficaz quiere

decir algo también, no es exactamente regirse por la cuenta de resultado y por la cuota de mercado. Es decir, usted ha utilizado -yo no sé si inconsciente o hábilmente- la palabra rigidez con lo cual nos pone a todos en contra. Mire usted, la administración, en primer lugar, puede ser rígida o no, depende también de la normativa que se le de al efecto. Y si puede dar autonomía, hay determinadas veces maldad; la autonomía universitaria me parece un horror tal y como está concebida, pero es una manera de que funcione y esto no significa que no haya determinadas reglas administrativas.

En segundo lugar y por contestarle en sus mismos términos diré que eso querría decir, no regirse por la cuenta de resultados, porque la vida de un niño a lo mejor no se puede medir exactamente en esos términos y al mismo tiempo ser eficaz. Se la devuelvo un poco en su campo porque me parece que es como podría jugar. Ser eficaz significaría que los programas de aplicación de la normativa pública a ese sector se tienen que cumplir, se tienen que cumplir razonablemente y no tiene por qué ser necesariamente con rigidez. Pero añado un matiz importante, yo me he cuidado y mucho de decir que éstos no son las cinco funciones, que son dos funciones más. Me he referido a educación y sanidad que ahí tiene que haber una enorme matización. Me he cuidado mucho de empezar con el tema de equidad y redistribución porque aquí hay tema público y también hay tema de elección de consumidor. Lo he iniciado con el tema de Romay y me he cuidado mucho de decir que esto no es exactamente las cinco funciones de soberanía. Por tanto yo diría primero, que desde luego hay que matizar lo que son el núcleo duro del poder del estado y del poder administrativo en general. En segundo lugar hay que preservar ahí objetivos públicos claramente, la sanidad universal es un objetivo público. En tercer lugar, habría que ser eficaz y esto no estaría mal, es decir, no sería un mal resultado.

La segunda pregunta: ¿Qué pienso de las empresas públicas en general? ¡Dios mío, me ha metido usted en un atolladero! Bueno, en el largo plazo, como usted sabe, la concesión de la empresa pública es una concesión que aparece en los años 30. Aparece muy fuertemente desarrollada y sobervalorada en la época de las nacionalizaciones, fundamentalmente las francesas que es de donde viene la empresa pública. Tiene unos precedentes históricos a los que ahora no me voy a referir; me quiero referir a la empresa pública hoy en día. Le añado que cuando se negocia el Tratado de la Comunidad Europea, en Austria que era un país no comunitario y que en aquel momento no podía acceder por imposición del imperio soviético, en el año 56, no podía acceder, tenía una cláusula de neutralidad que le impedía acceder. En Austria se reúnen Holanda y Francia. Holanda defiende las grandes corporaciones privadas que tiene allí las de petróleo y las de seguros. Francia tiene su gran tradición de servicios públicos, entendidas en el sentido típico de gestión pública. Y llegan a un acuerdo que luego hemos aceptado los demás y es que haya empresas públicas, sometidas a las reglas de la competencia (pensadas para que no haya empresas públicas). Y se monta un lío tremendo que dura mucho tiempo y que se ha traducido en

quiebra continua de las directivas comunitarias y de los reglamentos comunitarios, quiebra del tratado, tensiones y no aplicación muchas veces a ojos cerrados de los artículos 85, 86, 90 y 92.

¿En qué se está traduciendo esto ahora? Los últimos informes de política de competencia de la Unión Europea es, que hay acabar con las empresas públicas como tales. Es decir, si hay un presupuesto del estado lo primero que hay que hacer es justificarlo. ¿Por qué metemos un operador público? La primera pregunta que se hace la política de la competencia es: ¿por qué el estado -cuando digo el estado me refiero al aparato público a administraciones públicas: estado, regiones, organismos autónomos y ayuntamientos- se tiene que poner a ganar dinero?, porque una empresa se define con ánimo de lucro. La segunda pregunta: ¿Por qué hay que distraer recursos que son de todos para entregárselos a alguien? Si creo una empresa pública, o bien le doy un monopolio, en cuyo caso lo que hago es imponer un impuesto a todos los demás ciudadanos. Es cuando voy a coger un avión paso por (Aena) y si me compro ahí algo pues tengo que pagarle a (Aena) una cuota. Cuando yo viajo ya sé que si me compro unas zapatillas o unos calcetines, pues se los estoy pagando a alguien que es casi funcionario porque tiene el monopolio de los aeropuertos. ¿Por qué?; ¿Por qué hay que tener ese monopolio? Los monopolios y los privilegios en ayudas públicas son reales del mercado. Porque consiste fundamentalmente en que tomo dinero del competidor para dárselo a alguien que le hace la competencia. Ese mismo tema vale para ayudas públicas e incluso a privadas. Si yo tomo y ayudo a Seat, que quede claro que estoy dañando a Ford, a Renault aquí en España. Y por tanto si por razones de equidad me piden a mí igual trato. Dice: «Son sólo cuarenta mil millones en Seat». Pues démelos a mí, o es que no es una ventaja tener ese capital en cualquier empresa automovilista. Y con dinero suyo, porque Usted y yo hemos comprado Seat a la fuerza, por poner un ejemplo. Pues eso no tiene mucha justificación razonable. Otra cosa es que haya un fenómeno de captura y que treinta mil personas, pues los ingenieros, los trabajadores, etc., consigan que el señor Pujol obligue al señor González a que todos paguemos la ayuda a Seat o a Suzuki si quieren que me comprometa en un tema que a lo mejor levanta aquí más ronchas. Y es igual, y yo lo lamento pero las reglas deben ser iguales para todos.

Por qué hay derecho a salir del mercado, porque claro hay que salir del mercado también. El derecho a entrar es igual que el derecho a salir. Por tanto, como tales empresas públicas la línea de la tendencia -y muchos además la estamos apoyando- es que difícilmente se justifiquen. Hay que tener una administración más flexible, con unos organismos autónomos más flexibles y nunca de carácter mercantil industrial sino servicial. Porque la administración no está para ganar dinero, es el administrador de nuestra casa que nos sirve a todos, está para servirnos, no para que se sirva de nosotros.

*Gestión de recursos
humanos en los nuevos
modelos de organización
empresarial*

VICENTE SALAS FUMÁS
*Catedrático de Economía de la Empresa
Universidad Autónoma de Barcelona*

Conferencia presentada en el Seminario sobre «Oportunidades de Gestión empresarial en los Servicios Sanitarios Públicos» EASP. Granada, España.



GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN LOS NUEVOS MODELOS DE ORGANIZACIÓN EMPRESARIAL

1. Introducción

La sociedad española, como otras muchas donde el estado gestiona y controla una parte muy importante de los recursos productivos, acrecienta el interés por avanzar en la mejora de la eficiencia y efectividad del sector público de su economía. La sanidad, en cuanto constituye una parte sustancial del sector público y el gasto sanitario crece a tasas de dos dígitos durante los últimos años, recibe atención prioritaria en la búsqueda de remedios para controlar el coste y mejorar el servicio¹. El objetivo de este trabajo es presentar unas reflexiones generales sobre el papel y las posibilidades de la innovación organizativa, incluidas técnicas de gestión aplicadas en el sector privado, para progresar en la eficiencia asignativa del sector público de la economía. El carácter general de la presentación elude referencias concretas al sector sanitario, dejando que el lector interesado valore las oportunidades de aplicar las ideas aquí expuestas a situaciones más próximas a su campo de interés.

Dos posiciones extremas delimitan en estos momentos las propuestas sobre la mejora de la eficiencia en el sector público. En un extremo se encuentran quienes defienden que la eficiencia y efectividad de una organización no está ligada a su propiedad sino a la calidad de la gestión bajo la cual está gobernada. Eficiencia y efectividad están determinadas por la habilidad de los directivos y gestores y no por quien emplea o contrata a estos gestores. Bajo este punto de vista, cualquier técnica de gestión que pueda utilizarse en el sector privado es perfectamente transferible al sector público y por lo tanto los mercados de directivos responsables de organizaciones públicas y privadas son plenamente permeables. Si tradicionalmente no ha sido así y se ha constatado una notable distancia en los métodos de gestión en organizaciones públicas y privadas, así como una separación en los mercados respectivos de gestores, obedece a herencias históricas y a una falta de visión de los políticos, responsables de la contratación de los gestores. En suma, la segregación de los sectores público y privado de la economía es más el resultado de determinadas prácticas políticas, y no debe atribuirse a razones técnicas de carácter insuperable. Si la voluntad política cambia la situación podrá ser muy distinta de la actual².

-
1. El sector público representa algo más del cincuenta por cien del P.I.B. y el presupuesto destinado a servicios sanitarios es el diez por cien del presupuesto total.
 2. El libro «Reinventing government: How the entrepreneurial spirit is transforming the public sector», de D. Osborne y T. Gaebler representa el claro ejemplo de esta postura; en él se acuña el término «gobierno empresarial» para resumir las posibilidades de cambio en la gestión del sector público.

Para otros, en el extremo opuesto, el sector público de la economía es inherentemente ineficiente y poco efectivo, por lo cual el tema relevante no es qué técnica de gestión se debe aplicar en sus organizaciones, sino cómo conseguir reducirlo al mínimo imprescindible para garantizar la seguridad de las personas físicas y jurídicas. El estado puede hacer bien la función de proporcionar garantías a los agentes privados, pero su incompetencia como gestor es manifiesta. Transferida la producción de bienes y servicios al sector privado siempre será posible crear las condiciones de competencia suficientes para que las organizaciones funcionen de forma eficiente y efectiva. El mercado coordina, disciplina y promueve las mejoras técnicas y organizativas necesarias para asegurar la supervivencia³. Cuando esto se haya conseguido, lo que ocurra dentro de las organizaciones es poco relevante desde una perspectiva de eficiencia colectiva y el interés por la mejora de la gestión preocupa únicamente a los equipos directivos de cada organización. Los campos de especialización de la economía, interesada en el funcionamiento de los mercados, y de la administración de empresas, preocupada por lo que ocurra dentro de las organizaciones, quedan perfectamente deslindados y segregados.

En nuestra opinión, cuando se afirma que en el sector público se pueden reproducir las mismas condiciones operativas y de gestión que en el sector privado, incluso replicar procesos competitivos, estamos olvidando que, previsiblemente, el sector público interviene en esa parcela de la economía porque se dan unas condiciones que impiden al mercado, al sector privado, alcanzar la eficiencia social. Tales condiciones no desaparecen cuando las actividades se nacionalizan y por lo tanto el «pseudo mercado» o mercado tutelado dentro del ámbito de lo público, difícilmente podrá mejorar la eficiencia en relación al mercado libre en el dominio de lo privado. Si detrás de la intervención del estado en la economía existen intereses generales y efectos externos que los agentes privados no están en condiciones de internalizar, el punto de partida del análisis de la gestión en el sector público debe ser el reconocimiento de tales intereses y las implicaciones que se derivan de ellos.

Coincidimos con quienes afirman que la administración pública tiene fallos o limitaciones, por lo cual las ineficiencias del mercado no siempre se remedian con la nacionalización y el control estatal de las actividades sujetas a tales ineficiencias. Pero también pensamos que, por causa de los fallos del mercado, se obtiene como resultado una pérdida directa o indirecta de bienestar y, por lo tanto, cualquier innovación organizativa y/o institucional que corrija tales fallos merece ser impulsada si no supone incurrir en pérdidas mayores. Una parte de estas innovaciones tal vez se impongan desde el dominio de lo privado, pero en otros casos la intervención pública puede hacerse necesaria⁴. Buscar formas de que esta intervención sea lo más efectiva posible,

3. Véase el artículo de R. Termes en el periódico El País, el día 28 de noviembre de 1994, bajo el título ¿Pacto social o engaño?

4. Desde Coase (1937), la empresa se conceptualiza como una forma organizativa que surge como respuesta a los costes de transacción de utilizar el mercado (el sistema de precios). Puesto que

es decir procurar que los fallos del gobierno sean los menos posibles para atajar con éxito los fallos del mercado, parece desde esta perspectiva una aspiración legítima.

En la terminología de Holtman y Kay (1994) se trata de buscar el equilibrio entre los fallos del gobierno y la democracia, y los fallos del mercado, entre los peligros de la discrecionalidad excesiva y una inapropiada interferencia política. Ahora bien, en esa búsqueda hay diferentes puntos de partida consecuencia, según los mismos autores, de la correlación que existe entre el pensamiento político-filosófico y la actitud delante del debate sobre mercado frente a control político. Detrás de un pensamiento individualista existe la presunción de funciones de utilidad de los agentes altamente independientes y por ello susceptibles de ser encauzadas dando un gran protagonismo al mercado. Por el contrario, aquellos que parten de la premisa de que las preferencias individuales están determinadas socialmente y existe una gran interdependencia entre ellos, se decantan por la acción colectiva a través de procesos políticos muy activos.

Nuestro esquema conceptual para desarrollar el trabajo queda resumido en los siguientes términos: existen condiciones en la producción y el intercambio que dan lugar a los denominados “fallos de mercado”, es decir, dan lugar a pérdidas de eficiencia cuando se regulan exclusivamente a través de las señales que proporcionan los precios que se forman en los mercados. Estas condiciones son principalmente tres, efectos externos, información asimétrica e inversiones específicas. Los efectos externos obligan a incorporar intereses generales juntamente con los particulares para asegurar la eficiencia. La información asimétrica obliga a utilizar contratos incompletos e implícitos para evitar elevados costes de transacción. Las inversiones específicas favorecen la monopolización de las actividades y las relaciones entre los agentes, creando barreras a la entrada y obligando a la protección de inversiones específicas. Las pérdidas potenciales de eficiencia asociadas a la utilización del mercado son especialmente elevadas cuando coinciden la inversión específica y las asimetrías de información (Williamson 1985).

La respuesta a los fallos del mercado es, a veces, una modificación de las instituciones privadas que se encargan de la asignación de recursos y complementan las funciones del mercado; la empresa es con frecuencia contemplada como una fórmula organizativa que sustituye al mecanismo de los precios cuando este resulta ineficiente. La empresa tiene sus propios fallos o costes, en términos de costes de gestión, de manera que mercado y empresa acaban dividiéndose su ámbito de influencia según sean las ventajas relativas de cada uno, estas dependen, a su vez, de las características de las transacciones así como de las reglas de diseño interno con que se dote la empresa como organización.

la empresa tiene también sus costes de gestión (fallos de la empresa), la sustitución del mercado por la empresa es limitada.

Alternativamente, la sustitución del mercado se hace a veces imponiendo una acción colectiva regulada por el proceso político, es decir se sustrae del dominio de lo privado y se traslada al dominio de lo público. Es previsible que ello ocurra cuando la sustitución del mercado por instituciones privadas es insuficiente para atenuar los fallos del mercado, pero, en mi opinión, la opción entre acciones colectivas privadas y públicas para atenuar fallos del mercado está muy poco analizada. Lo importante a destacar es que la acción colectiva regulada por el proceso político se desarrolla en unas condiciones que son las que dan lugar a los fallos del mercado. Es decir, la acción colectiva en el dominio de lo público debe afrontar la presencia de objetivos múltiples y ambiguos propios de los efectos externos, la dificultad de compromiso propia de los contratos incompletos e implícitos y la tendencia a la monopolización que generan las inversiones específicas. Pero, además en el dominio de lo público y en la actuación del gobierno que lo representa, existen otros condicionantes que se añaden a las que causan los fallos del mercado; estos son la heterogeneidad de preferencias entre los ciudadanos, la dispersión de la propiedad y la relajación de la restricción presupuestaria para las organizaciones que operan desde el sector público.

Las condiciones que provocan fallos del mercado y las inherentes a la acción colectiva desde el dominio de lo público, definen el entorno bajo el cual se desarrolla el diseño organizativo en el sector público y por lo tanto son las restricciones que dicho diseño debe de respetar. Como se indica posteriormente, resultado de estos condicionantes los sistemas de incentivos que pueden implantarse en el sector público son de “bajo poder”, lo cual exige, en contrapartida, un diseño organizativo al nivel llamado de estructura y procesos organizativos propio de las organizaciones burocráticas, dentro de los cuales las reglas y procedimientos estandarizados sustituyen a los incentivos como vehículo de control. Las limitaciones y fallos de la burocracia requieren, a su vez, una respuesta de diseño organizativo adicional, esta vez en el nivel institucional o de asignación de derechos de propiedad. En suma, de lo expuesto en el trabajo se desprende que la organización del sector público debe contemplarse como un problema multinivel con actuaciones sobre los incentivos, las estructuras y procesos, y la asignación de derechos de propiedad, mutuamente interdependientes e interrelacionadas.

2. Diseño de incentivos

La producción y el intercambio dan lugar a transacciones que se regulan a través de contratos que fijan las contrapartidas. El estudio de los incentivos que inducen tales contrapartidas se ha realizado bajo dos supuestos principales, selección adversa y riesgo moral. En el primero, selección adversa, los participantes en el contrato poseen información privada sobre parámetros exógenos y a través del contrato se busca que los agentes revelen dicha información. Bajo el supuesto de riesgo moral la información privada corresponde a las decisiones de los agentes y el contrato busca que estos agentes, discrecionalmente, elijan las acciones más apropiadas.

La evaluación de un determinado sistema de incentivos (estímulos, en forma de contrapartidas, que ofrece el contrato a los miembros de una organización) se hace a partir de la mayor o menor asociación que induce entre variaciones en la productividad de los agentes y variaciones en su remuneración. En la terminología inglesa se hace referencia a «high powered incentives», cuando la asociación es elevada, frente a «low powered incentives», cuando es baja; en lo sucesivo nos referiremos abreviadamente a HPI y a LPI, respectivamente.

Cuando el sistema de incentivos eficiente lleva consigo HPI, entonces la actuación discrecional y descentralizada de los agentes asegurará un alto grado de bienestar colectivo; en otros términos, los costes de agencia serán relativamente bajos. Por el contrario, LPI supone una desvinculación entre bienestar individual y colectivo por lo cual la actuación descentralizada y autónoma de los agentes dará lugar, en general, a resultados insatisfactorios desde el punto de vista de los intereses del grupo. En suma, en situaciones de LPI es necesario actuar sobre las variables de estructura para atenuar la discrecionalidad y autonomía de los agentes.

El «poder» de un sistema de incentivos varía de unas situaciones contractuales a otras, tanto en el dominio privado como público. Habitualmente se le atribuye al «mercado», como solución organizativa, la propiedad de incorporar HPI, pero la existencia de formas organizativas alternativas, como la empresa, donde el sistema de incentivos está más próximo al LPI, pone en duda que el «poder» de los incentivos sea el único criterio para elegir entre formas organizativas alternativas. Mantener en el dominio del sector público ciertas transacciones y contratos no supone necesariamente pasar de un sistema de HPI a otro de LPI, puesto que si esas actividades pertenecieran al ámbito de lo privado podrían llevarse a cabo por individuos o grupos dentro de una organización, donde los incentivos individuales estuvieran igualmente atenuados⁵. Pero también es cierto que, circunstancias que dificultan el diseño de contratos con HPI en el sector privado, acostumbran a manifestarse con mayor intensidad en el sector público y, por tanto, el «poder» del sistema de incentivos en el sector público será menor al que se conseguiría en el sector privado. Tirole (1994) incluye en estas circunstancias externas, a) la multiplicidad de objetivos juntamente con dificultades de medición; b) la falta de puntos de referencia para llevar a cabo comparaciones; c) la heterogeneidad de preferencia entre los propietarios; y d) la dispersión de la propiedad. Veamos, a través de un sencillo modelo extraído de la teoría de la agencia, las condiciones que determinan el «poder» del sistema de incentivos.

5. A este respecto son ilustrativas las palabras de Simon (1991) cuando escribe

«...there is no difference among profit-making firms, non-profit organizations and burocratic organizations. All have the same problem of inducing their employees to work toward the organizational goals. There is no reason a priori, why it should be easier (or harder) to produce this motivation in organizations aimed at maximizing profits than in *organizations with different goals*». Stiglitz (1994) alude a las dificultades de establecer sistemas de incentivos para tareas administrativas, tanto si se llevan a cabo en el sector público o en el privado.

2.1. Algunas apreciaciones desde la teoría de la agencia⁶

Considérese una unidad productiva que genera unos pagos inciertos, de acuerdo con la función de producción,

$$y = e + \epsilon \quad (1)$$

donde e representa las acciones (esfuerzos) de los agentes que actúan en la unidad y es una perturbación aleatoria cuyo comportamiento se describe por una distribución de probabilidad normal de media m y varianza σ^2 .

Los resultados que genera la unidad productiva van destinados a un órgano externo identificado genéricamente como principal; el principal y el (los) agente (s) directamente productivos comparten la misma información sobre la función de producción, antes de elegir el esfuerzo e . La decisión sobre e no es conocida por el principal, el cual sólo observa el pago y , ex-post, que resulta de dicha decisión y de la realización de la variable aleatoria; además, la observación de y es información verificable, de forma que los contratos que se formalicen en base a ella son vinculantes judicialmente. El principal ofrece un contrato en el cual se establece una contrapartida en función de y , $S(y)$, para el agente y el resto, $y - S(y)$, para el propio principal.

El principal es neutro al riesgo, con el fin de simplificar la expresión, mientras que el agente es averso al riesgo con más preferencias descritas por la función de utilidad Neuman-Morgenstern del tipo exponencial, $-\exp[-\gamma(s - C(e))]$, donde γ es el coeficiente de aversión absoluta al riesgo y $C(e)$, es la función de coste del esfuerzo. La interpretación más simple de la función $C(e)$ es en términos de pérdida de oportunidad; trabajar en esta unidad productiva limita la renta que puede generarse a partir de otras fuentes.

Técnicamente, el problema se formula en términos de elegir el contrato $S(y)$ que asegura la máxima eficiencia expresada en términos de utilidad esperada del principal más utilidad esperada del agente; ello equivale a extraer el nivel adecuado de esfuerzo del agente, e , sin que, como contrapartida, el agente asuma excesivo riesgo. Bajo las hipótesis adecuadas, el contrato óptimo de segundo rango, es decir sujeto a las condiciones de información del modelo, es del tipo $S(y) = \alpha + \beta y$. El valor óptimo de e se obtiene maximizando el equivalente cierto del pago total, agente más principal, el cual viene dado por la expresión,

$$m + e - \frac{1}{2} \beta^2 \gamma \sigma^2 - C(e),$$

6. Una exposición más completa de los fundamentos analíticos de la teoría de incentivos en el marco de un modelo de agencia puede verse en Milgrom y Roberts (1992, cap.7). Martín y López del Amo (1994) estudian el problema de incentivos en las instituciones sanitarias.

sujeto a la restricción de incentivos del agente, $\beta = C'(e)$. Suponiendo una función explícita de costes del tipo, $C(e) = ke^2/2$, el valor óptimo de β viene dado por,

$$\beta^* = (1 + \kappa \gamma \sigma^2)^{-1}, \quad (2)$$

mientras que el componente fijo se determina a partir de la condición de participación del agente.

La ecuación (2) nos dice que la proporción β , a partir de la cual se determina la relación entre la remuneración del agente y los pagos que genera con su esfuerzo, e , disminuye cuanto mayor es la aversión al riesgo del agente (γ), mayor es el riesgo objetivo (σ^2) y mayor es el parámetro de costes del esfuerzo (k). Esta solución refleja el óptimo equilibrio entre los objetivos, que se muestran contrapuestos, de asignar eficientemente riesgos y extraer el esfuerzo eficiente. De no existir problema con la asignación de riesgos, lo cual ocurriría si el agente fuese neutro, $\gamma=0$, ó la unidad productiva generara unos pagos ciertos, $\sigma^2=0$, entonces $\beta^*=1$, y el esfuerzo e inducido por este contrato coincidiría con el que maximiza la riqueza total en condiciones de información completa; bajo estos supuestos, los costes de contratar derivados de la limitación del principal para observar el esfuerzo del agente, pueden evitarse totalmente con un contrato en el cual el agente asume todo el riesgo. Por otra parte, si el esfuerzo fuera plenamente observable por el principal, el contrato eficiente que ofrecería al agente, consistiría en un pago fijo que cubriera el coste del esfuerzo eficiente; $\alpha=C(e^{**})$ y $\beta=0$; es decir, todo el riesgo sería asumido por el principal.

Dado β^* en (2), la utilidad total, en términos de equivalentes ciertos de principal y agente, es igual a $m + 1/2k^{-1} (1 + \kappa \gamma \sigma^2)^{-1}$, inferior al óptimo de primer rango, $m + 1/2k^{-1}$. La diferencia corresponde a los denominados costes de agencia. Estos costes disminuyen en la medida en que β^* aumenta aproximándose a la unidad.

Dentro del modelo expuesto, el «poder» de los incentivos puede evaluarse a través del valor óptimo de β^* resultante en la obtención del contrato eficiente. En efecto, la productividad marginal esperada del esfuerzo e es uno, mientras que la variación de la remuneración con respecto a variaciones en el esfuerzo es igual a β . El «poder» de los incentivos, en los términos definidos anteriormente, será mayor según β^* se aproxima más al límite superior de la unidad. Por el contrario, todo aquello del entorno contractual que imponga un valor de β^* próximo a cero contribuye a reducir el «poder» del sistema de incentivos. Nótese además que la eficacia del sistema de incentivos óptimos, en términos inversos a los costes de agencia que provoca, también varía directamente con el «poder» del sistema.

Establecidos estos resultados generales resulta pertinente preguntarnos por las condiciones peculiares que, dentro del sector público, favorecen un sistema de incentivos con bajo poder ó eficacia. La primera es, en la terminología de Tirole, la

multiplicidad de objetivos. Como bien aclara este autor, pag. 3, el problema no viene tanto de la multiplicidad de objetivos per se, como de las dificultades de su medición, cuando se han de plasmar en variables como «maximizar el bienestar ó la salud de los ciudadanos». El resultado final es que la observación de resultados obtenidos por agencias y departamentos públicos está sujeta a mucho «ruido» e interferencias, lo cual, en los términos del modelo, equivale a reconocer una elevada varianza σ^2 del término de error ϵ . Si es así, un alto valor de σ^2 reduce el valor óptimo de β^* , aumenta los costes de agencia y en suma contribuye a explicar el bajo poder de los incentivos en el sector público.

El modelo expuesto ayuda también a entender mejor los problemas que causa la falta de unidades de referencia para llevar a cabo comparaciones. Supongamos que el error ϵ puede descomponerse como $\epsilon_i = v_c + v_i$, donde v_c representa la perturbación aleatoria común entre gestores de unidades productivas similares y v_i la perturbación específica del gestor i . Un sistema de evaluación relativa del tipo $y_i - y_j$ donde el resultado del gestor i se evalúa en relación al gestor j dará lugar a una perturbación aleatoria $v_i - v_j$, la cual si v_i y v_j son independientes, tendrá una varianza $\sigma_i^2 + \sigma_j^2$. Mientras el riesgo compartido v_c tenga una varianza sensiblemente mayor que el riesgo específico, v_i , $\sigma_c^2 > \sigma_i^2$, la evaluación relativa permite aumentar el «poder» de los incentivos frente a la evaluación absoluta. Ello ocurre porque v^2 que interviene en β^* se reduce con la evaluación relativa, bajo la condición de que $\sigma_c^2 > \sigma_i^2$. Todas aquellas agencias públicas que realicen sus actividades en régimen de monopolio no dispondrán de puntos de comparación para poder calibrar mejor los resultados individuales de cada una a través de la evaluación relativa. Por lo tanto, esta vía de aumentar el poder de los incentivos queda seriamente bloqueada.

La heterogeneidad de preferencias y la dispersión de la propiedad plantean dificultades al diseño de incentivos en el sector público, en un plano distinto. La primera característica, heterogeneidad en las preferencias, influye sobre todo en la concreción de la función objetivo del principal, a partir de la cual se diseña el contrato de incentivos eficiente. En una empresa privada, los accionistas propietarios asumen con bastante unanimidad el objetivo de maximizar el beneficio, objetivo que es además estable en el tiempo. En el sector público en cambio, las funciones de preferencias a considerar corresponden al conjunto de ciudadanos, siendo por ello mucho más heterogéneas e inestables en el tiempo.

Las empresas privadas, especialmente grandes y con elevados volúmenes de inversión, reparten la propiedad entre un elevado número de socios accionistas, resultado de lo cual cada uno de ellos posee una ínfima parte del capital total de la sociedad. La dispersión de propiedad crea conocidos problemas de ineficiencias en el control interno de la empresa (accionistas corrientes sobre gestores), pero el contrapeso del control externo, por la vía de las operaciones de toma de control, supone un límite a dicha ineficiencia. Continuando con el modelo, si las operaciones del control

externo se activan a partir del momento en que los pagos (beneficios) del principal descienden por debajo de un determinado nivel y, si tienen éxito, culminada la operación el actual gerente va a ser expulsado de la organización, este gerente tendrá especial interés en que la distribución de probabilidad esté centrada por encima de un determinado valor, $m+e_0$; esto significa que será e_0 y no β^* lo que marcará el esfuerzo mínimo que se le puede extraer al agente a través de la combinación del control interno y externo. En el sector público, como apunta Tirole, pag. 6, las tomas de control tienen carácter político y no económico, lo cual las hace más complicadas y responden más a cambios en los gustos de los electores que a una gestión de mejor o peor calidad.

El mercado de control sobre las decisiones de gestión no es el único control externo al que se someten los directivos de las empresas privadas. La lista incluye también a los mercados de capital humano y de productos. Las recompensas más sustanciales con que se premia una buena gestión directiva no proviene generalmente del sistema de incentivos implantado por la empresa, sino de la posibilidad de ver mejorado sustancialmente el contrato a través de una oferta de trabajo en una empresa distinta de la actual; la mala gestión supone quedar excluido de esta vía de promoción y mejora económica. En la administración pública no existe un mercado de directivos de alto nivel a través del cual se reasignen de unos organismos a otros; buena parte de los nombramientos responden a razones de confianza personal y las oportunidades de carrera profesional en la gestión apenas existen. El sector público pierde uno de los sistemas de incentivo y estímulo más eficaces.

El mercado de productos disciplina a los gestores cuando en él existe suficiente competencia como para que los clientes elijan entre opciones diversas cuando desean satisfacer sus necesidades. Las opciones menos favorables en la relación calidad precio serán expulsadas del mercado. Dentro del sector público, donde se actúa bajo condiciones de monopolio y muchas veces los ingresos no están vinculados a cobrar un precio a cambio de un bien o servicio, el mercado de productos deja de actuar como mecanismo disciplinario de los gestores⁷.

3. Diseño estructural

Cuando el sistema de incentivos implícito en una simple relación de intercambio, donde se paga un precio (aunque sea condicionado el resultado ex-post) a cam-

7. La presentación gratuita de servicios públicos puede generar ineficiencias, cuando la demanda de tales servicios es elástica, debido al «exceso» de demanda que se desencadena. Renunciar a la información del precio supone también una dificultad adicional para evaluar la efectividad de la organización.

bio de un bien o servicio, da lugar a pérdidas importantes de eficiencia por las razones aludidas anteriormente, entonces el diseño organizativo debe actuar a un nivel superior que identificamos como la «estructura» donde tiene lugar la transacción o el intercambio. Influir sobre la estructura significa buscar la forma de alterar las preferencias y las restricciones bajo las cuales se desarrollan las tareas de individuos y grupos que participan en la tarea colectiva. Para ello es posible decidir sobre definición y estructuración de puestos de trabajo, grado de autonomía y discrecionalidad de individuos y grupos, relaciones de supervisión y autoridad, variables sobre las que se va a evaluar el desempeño, criterios de entrada, promoción y salida de la organización, movilidad funcional, etc.

La observación de la estructura organizativa de organizaciones complejas sugiere dos grandes modelos en la definición del contexto organizativo, el descentralizado y el burocrático. En el primero, los miembros de la organización en su ámbito de competencias, poseen un alto grado de autonomía decisoria y dentro de él responden a los estímulos que emanan del sistema de incentivos implantado. A grandes rasgos podemos afirmar que la descentralización persigue introducir elementos del mercado dentro de la organización y con ello potenciar las ventajas de rapidez de ajuste, creatividad y eficiencia que se le supone al mercado como mecanismo de asignación. La organización burocrática se regula por reglas preestablecidas de antemano, con procedimientos formales de análisis y decisión, con limitaciones en la discrecionalidad y, en suma, a través de rígidos sistemas de decisión que responden lenta e ineficazmente a las demandas de cambio y adaptación.

La burocratización es frecuente en grandes empresas privadas, aunque durante los últimos años existen presiones hacia diseños organizativos capaces de romper esa burocracia sin pérdida de eficacia⁸, pero es sin duda notoria y manifiesta en el sector público. Nuestro interés en el presente apartado es hacer algunas valoraciones sobre el origen de la difusión de las formas burocráticas de organización en el sector público, señalando que esta difusión responde en buena medida a las ineficiencias a que se enfrentaría una forma organizativa más descentralizada como consecuencia de las dificultades añadidas del sector público para introducir H.P.I.

El modelo ilustrativo del apartado anterior resulta de nuevo de utilidad para orientar la discusión. Tomando como dados la aversión al riesgo del agente, γ , y la varianza de la perturbación σ^2 , dos vías para atenuar los costes de agencia son, i) introducir algún mecanismo de supervisión a partir del cual se extraigan nuevas señales informativas del esfuerzo del agente reduciendo así la incertidumbre sobre el

8. Una revisión de las tendencias observadas en la evolución de los diseños organizativos a lo largo del tiempo puede verse en Hodgetts y otros (1994).

mismo a la hora de determinar en remuneración; ii) actuar para que el coste de oportunidad, recogido en el modelo a través del parámetro k , se reduzca y con él el coste de agencia.

Introducir instancias supervisoras en la relación de agencia significa aumentar la cadena de relaciones entre el principal y el agente, es decir crear una estructura jerárquica y piramidal de relaciones que actúe de canal de comunicación y de mecanismo de control. Establecida la jerarquía, si la supervisión extrae una señal z relacionada con el esfuerzo, e , de la forma $z = e + \pi$, donde π es una variable aleatoria que refleja el error de la supervisión, entonces la función de remuneración $S(\cdot)$ podrá basarse en las dos señales, output, y , y señal del esfuerzo, z , en la forma $S(y, z) = \alpha + \beta_1 y + \beta_2 z$. Se comprueba que, en el óptimo, el peso relativo que debe tener cada señal en la función de remuneración, β_1^* / β_2^* , está inversamente relacionado con la varianza de los términos de error ϵ , π ; en otros términos, la variable que mida con mayor precisión el esfuerzo, tendrá un mayor peso relativo en el contrato óptimo⁹. La resolución del modelo también permite comprobar que a medida que β_1^* pierde importancia debido a que el resultado y es más errático, se consigue aumentar la utilidad, en términos de reducción en los costes de agencia, a través de invertir en actividades de supervisión que permitan una mayor precisión en la señal del esfuerzo.

La supervisión a través de organización jerárquica permite progresar en la eficiencia de las unidades productivas. Además, a través de la observación y seguimiento de las actuaciones del supervisado se obtiene información valiosa acerca de sus habilidades y capacidades, por lo cual al supervisor se le otorga habitualmente capacidad de decisión (autoridad) en la asignación de subordinados a las diferentes tareas. En otros términos, la jerarquía de supervisión puede complementar al sistema de precios en su función de orientar y dirigir la asignación de recursos. Sin embargo, para que la estructura jerárquica de supervisores actúe de forma eficiente es preciso que los supervisores estén sujetos a un sistema de incentivos correcto y adecuado, con bajos costes de agencia. En caso contrario, el problema descrito a partir del modelo de agencia con un solo nivel de principal-agente, queda amplificado por la multiplicidad de niveles que reproduce la estructura jerárquica. Todo hace suponer que dentro del sector público las circunstancias de objetivos múltiples e imprecisos y la falta de puntos de referencia se agravan a medida que ascendemos en la jerarquía, por lo cual el resultado de L.P.I. estará ampliamente generalizado dentro de ella. La dificultad en encontrar sistemas formales de incentivos entre los empleados del sector público conduce a nuevas ineficiencias potenciales asociadas a un funcionamiento descentralizado y autónomo de las agencias y organismos; se trata de las ineficiencias derivadas del ejercicio de actividades de influencia y de la aparición de prácticas colusorias.

9. Véase Galve y Salas (1994).

Las actividades de influencia en las organizaciones y su papel en la elección del diseño organizativo ha sido estudiado con detalle por Milgrom (1988). En situaciones donde existe concentración de autoridad en un punto de la jerarquía y esta autoridad está depositada en alguien que no es el beneficiario último de sus decisiones o sus incentivos no están perfectamente alineados con los del propietario, es previsible que los subordinados intenten «influir» en las decisiones del superior, conscientes de que tales decisiones tendrán consecuencias para su bienestar. Entre ellas la asignación a puestos mejores o peores; la mayor o menor dotación presupuestaria que se recibe, fruto de la cual se altera el status dentro de la organización; la posibilidad de obtener mayores aumentos salariales, etc. En general, cuanto más discreción posee el superior mayor es previsible que sea la influencia que traten de ejercer sobre él los subordinados. El jefe, a su vez, es vulnerable a las actividades de influencia porque su función de asignar personas a tareas le exige prestar atención a lo que hacen y por lo tanto observará inevitablemente todas las manifestaciones de los empleados dirigidas a parecer mejores, muchas de ellas ajenas a la ejecución de las tareas y a veces incluso perjudiciales para el buen hacer de las mismas. La rentabilidad de las actividades de influencia aumenta cuanto más intenso y cercano sea el seguimiento de la actividad del subordinado, por parte del superior jerárquico.

La segunda razón por la cual el principal último de la jerarquía debe preocuparse por prácticas contrarias a la eficiencia colectiva entre los miembros de los niveles intermedios de la jerarquía, es la posibilidad de colusión, Tirole (1986). En efecto el superior y el subordinado pueden ponerse de acuerdo para evitar que señales negativas sobre la conducta y resultados de éste último trasciendan a niveles superiores. Permisividad, ignorancia y olvido ante errores u omisiones por parte del superior jerárquico, pueden intercambiarse por servidumbre y adulación del subordinado. Generalmente el intercambio se intensificará y se reforzará con el tiempo y la continuidad del contacto.

Las actividades de influencia y la colusión suscitan serias dudas sobre la integridad de la información subjetiva generada por el sistema de supervisión, perdiendo cualquier valor para formar parte del sistema de incentivos. La efectividad de la supervisión queda así seriamente dañada. Por supuesto, desde instancias superiores puede actuarse exigiendo documentación que apoye o avale las decisiones que impliquen premios o castigos; se eliminan así las impresiones puramente subjetivas, pero a cambio la supervisión termina basándose en información escasamente relacionada con los resultados. Las políticas de salarios y promociones que vinculan a estos con la antigüedad, responden a esta problemática. Las tareas a desarrollar por los subordinados se definen con precisión, de tal manera que la labor de supervisión se limita a comprobar si se respetan o no las reglas establecidas. Esta práctica es bien conocida, por su difusión, en el dominio del sector público.

Conviene remarcar que todas estas disfunciones «burocratizantes» tienen su origen último en la falta de medidas claras de resultados en los niveles más altos de

la jerarquía; las evaluaciones subjetivas serán más o menos «honestas» según sean los incentivos del supervisor. Si el propietario acepta algún «intercambio» con los empleados, será siempre una transacción eficiente. Pero cuando el supervisor no soporta todas las consecuencias de sus decisiones, el intercambio será ineficiente para el conjunto de la organización. Dentro del sector público, la «lejanía» de los propietarios últimos (el conjunto de ciudadanos) y la dispersión de propiedad (esta se reparte a partes iguales entre todos ellos), otorga mucha discrecionalidad a los supervisores que ocupan niveles intermedios de la jerarquía administrativa. Si a ello unimos la dificultad de establecer incentivos que supongan bajos costes de agencia, comprenderemos la necesidad de actuar sobre los costes de oportunidad de los agentes, como única vía para mejorar la eficiencia¹⁰. Esto es precisamente lo que se busca con la imposición de restricciones burocráticas.

Las prácticas burocráticas que se adoptan con el fin de dar una respuesta racional a los problemas de supervisión e influencia, condicionan el funcionamiento del mercado interno de trabajo. Así por ejemplo, las promociones terminan siendo algo más que el encaje entre habilidades y tareas. Cuando las primas y los pagos monetarios no pueden servir de recompensa por la labor bien hecha, se recurre a la promoción como forma de premiar al subordinado. La promoción obliga al superior a revelar su decisión y por lo tanto la práctica de favoritismo, si ocurre, será más evidente. La promoción como recompensa por la buena labor realizada en el puesto que se ocupa no garantiza que se ascienda a los niveles más altos de la jerarquía a aquellos con capacidades más idóneas para el nuevo puesto de trabajo. Ante esta eventualidad, la organización se ve obligada a funcionar con empleados de características relativamente generales. La uniformidad en el trato que da a los empleados la organización burocrática, se traduce también en una uniformidad en sus características personales. Para el empleado público, la burocratización de las organizaciones en las que se integra le conduce a una estandarización de motivaciones y conductas acordes con las demandas de la organización, pero también específicas a la misma. En otros términos, el empleado adquiere habilidades transferibles a diferentes puestos

10. Para ilustrar el papel de la función de costes $C(e)$ en la determinación del contrato óptimo, considérese una situación donde es posible optar entre las funciones de costes $C_1(e)$ y $C_2(e)$, donde $C_1(e) = e^2/2$ y $C_2(e) = 1/8$ si $e \leq 1/2$, infinito para $e > 1/2$. Supongamos que el contrato de incentivos óptimo con $C_1(e)$ implica $e=1/2$. Puesto que $C_1(1/2)=1/8$, la primera función de costes es uniformemente inferior que la segunda, pero a pesar de ello la segunda sería preferida porque permite forzar al agente a elegir un esfuerzo igual a $1/2$ sin que deba asumir riesgo alguno. La primera función de costes podría corresponder a una situación donde el agente puede repartir su tiempo entre trabajar para el principal o dedicarse a su propio proyecto; la segunda en cambio respondería al supuesto de que la opción del proyecto propio se ha eliminado. Obligando a realizar el trabajo en la oficina frente a permitir que se trabaje en casa, se consigue reducir la posibilidad de que el trabajador tenga más opciones para emplear su tiempo.

dentro de la burocracia pública, pero de escaso valor cuando han de aplicarse a otros contextos organizativos donde se requiere más flexibilidad y capacidad adaptativa. Los mercados de trabajo del sector público y privado quedan así claramente segregados.

4. La elección institucional

En un artículo sobre «Organización interna del gobierno», J. Tirole (1994) sugiere dos posibles paradigmas en el estudio económico de las organizaciones, uno basado en la teoría de los contratos completos dirigidos a resolver problemas de incentivos, y otro basado en la teoría de los contratos incompletos, donde los problemas de eficiencia a resolver poseen un carácter dinámico. Los contratos completos establecen contrapartidas a partir de información verificable por todas las partes que intervienen en el contrato; además especifican las responsabilidades mutuas en todas las contingencias futuras. Cuando se inicia la relación contractual todo está predeterminado. En los contratos incompletos, en cambio, debido a los altos costes de transacción, se dejan contingencias sin anticipar a la vez que se indica sobre quien recaerá el poder de decisión cuando ocurra algo no previsto de antemano y por lo tanto sobre lo que no se ha precontratado nada. Grossman y Hart (1986), siguiendo el trabajo previo de Williamson (1975, 1985), introducen la importante distinción entre derechos residuales de decisión, determinados por la elección institucional, y los derechos específicos que confieren los contratos explícitos. Bajo esta conceptualización, poseer la propiedad de la empresa se identifica con la posesión de los derechos residuales de decisión sobre sus activos, tangibles e intangibles.

Los derechos residuales son importantes a partir del momento en que encontramos situaciones no cubiertas por los contratos específicos. Si emerge el desacuerdo acerca de como resolver el asunto, las partes se verán abocadas a negociar una solución. Lo que cada parte recibe como resultado depende de su posición negociadora, la cual es función a su vez de los derechos residuales que recaen sobre ella. Los derechos residuales y la elección institucional juegan un papel decisivo en la imputación de rentas entre las partes contratadas, y por ello la propiedad de los activos constituye una vía indirecta de establecer sistemas de incentivos para quienes participan en las transacciones.

Para ilustrar como la propiedad, recepción de los derechos residuales de decisión, influye en el reparto de los beneficios que genera una transacción, considérese una situación donde, a posteriori, la realización de contingencias no previstas requiere tomar una decisión a del conjunto de alternativas A . La decisión dará lugar a unos pagos, $P_i(a)$, $i = 1,2$ para cada una de las partes contratantes.

Asignar los derechos residuales de decisión a $i = 1$ significa que, en el momento en que se conoce la contingencia podrá elegir la alternativa a que prefiera. Llegados

a esa situación la elección de a sería a_1^* tal que se maximiza $P_1(a)$; los pagos generados con la decisión serían, por tanto, $P_1(a_1^*)$ y $P_2(a_1^*)$. Alternativamente, el otro participante $i = 2$ podría proponer una renegociación de las condiciones conocida la contingencia y sabiendo que en última instancia será 1 quien decida, caso de no llegar a un acuerdo. La renegociación dará lugar a una decisión a^* tal que se maximiza el bienestar total $P_1(a) + P_2(a)$. Es obvio que $P_1(a^*) + P_2(a^*) \geq P_1(a_1^*) + P_2(a_1^*)$, con lo cual aseguramos que existe un incentivo a la renegociación. El paso siguiente es determinar como se reparten las ganancias de renegociar entre 1,2. Un supuesto razonable es el que contempla el resultado Nash a un proceso de negociación donde cada parte posee un poder negociador similar. En ese caso, los pagos P_1 y P_2 que recibe cada uno de los participantes en la transacción son,

$$P_1 = P_1(a_1^*) + 1/2 (P_1(a^*) + P_2(a^*) - P_1(a_1^*) - P_2(a_1^*))$$

y

$$P_2 = P_2(a_1^*) + 1/2 (P_1(a^*) + P_2(a^*) - P_1(a_1^*) - P_2(a_1^*))$$

Puesto que $P_1(a_1^*) \geq P_1(a_2^*)$ y $P_2(a_1^*) \leq P_2(a_2^*)$ por definición, es fácil comprobar que el participante 1 obtiene unos pagos mayores o iguales que los que obtendría si los derechos residuales se hubieran asignado al participante 2. La Figura 1 ilustra gráficamente estos resultados. Los puntos A y B representan valores de los pagos para cada agente en los puntos de ruptura cuando los derechos residuales se asignan a 1 y 2, respectivamente. Los superíndices en los pagos finales indican a quien le corresponden los derechos residuales en cada caso.

Los pagos a posteriori condicionarán las decisiones a priori, es decir aquellas que se toman en el inicio de la relación. Así por ejemplo si los pagos son flujos de rentas que remuneran a una inversión que las partes realizan previamente al intercambio, entonces la decisión de asignar los derechos residuales afectará al volumen de inversión y con ello a la eficiencia de la relación contractual. La búsqueda de la máxima eficiencia requiere asignar los derechos residuales buscando maximizar el valor de las inversiones específicas involucradas en la relación.

El concepto de contratos incompletos ayuda a comprender el significado de propiedad pública frente a la propiedad privada, y apunta fructíferas ideas para orientar el diseño de contratos entre agentes privados y el gobierno. Que un activo sea de propiedad privada significa que los depositarios de los derechos residuales tomarán decisiones sobre lo no precontratado de antemano buscando la maximización del valor de las rentas que puedan ser apropiadas por ellos. Cualquier interés general que exista en el uso de los activos solo queda asegurado si se alcanza al mismo tiempo que se busca el interés privado, si se ha precontratado de antemano, o si en la renegociación se consigue un acuerdo que garantiza la puesta en práctica de la solución socialmente eficiente. En

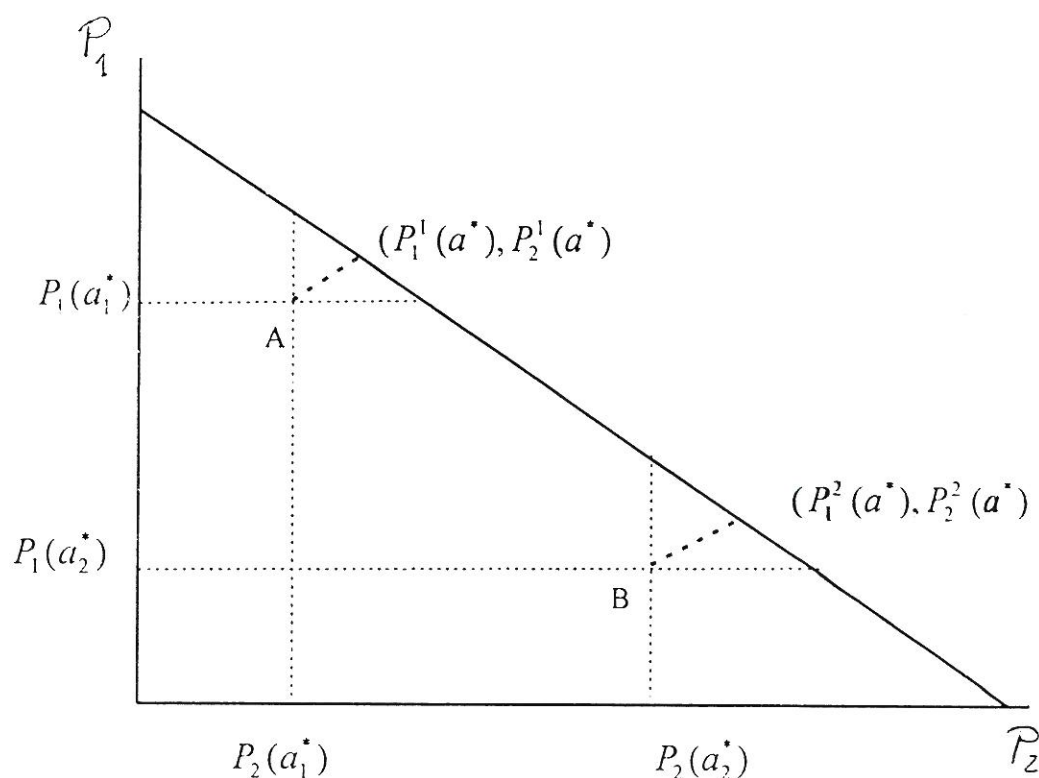


Figura 1. Ilustración de la influencia de la asignación de derechos de propiedad en los pagos de los agentes

principio, nada hace suponer que cualquier contrato completo que pueda establecerse en el dominio de la propiedad privada, no pueda también establecerse en el dominio de la propiedad pública y, por tanto, siempre que nos movamos con contratos completos, la propiedad pública o privada como elección institucional, será irrelevante. Por el contrario, si la renegociación tiene lugar bajo un contrato incompleto, que los derechos residuales recaigan en inversores privados o en el gobierno, como representante del estado, repercutirá en la eficiencia ex-ante.

Especial mención merecen soluciones mixtas como las que se proponen recientemente en los términos de «financiación pública y gestión privada», para la prestación de servicios públicos. En la medida en que la colaboración entre la entidad que «compra» los servicios para que lleguen a los ciudadanos, el estado, y la que produce y distribuye los servicios, pueda regularse con contratos completos, al margen de los costes de negociación para llegar al acuerdo, la eficiencia ex-ante y ex-post deben poder alcanzarse con similares resultados si la entidad que gestiona la provisión del servicio es pública o privada. Lo más probable será, sin embargo, que los contratos completos sean inviables, por los elevados costes de transacción que supone contem-

plar todas las contingencias futuras posibles y establecer contrapartidas para cada una. Cuando el contrato incompleto sustituye al contrato completo, asignar los derechos residuales de decisión a la entidad privada que produce el servicio público o asignarlos a la misma entidad pública que los financia no debe dar igual en términos de eficiencia, especialmente cuando se requieren además inversiones específicas por una o ambas partes¹¹.

Decidido el dominio público o privado donde van a tener lugar las transacciones, la teoría de los contratos incompletos permite analizar otras cuestiones relacionadas con la eficiencia, como por ejemplo a qué propietario de los recursos afectados a la producción se le hace depositario de los derechos residuales de decisión.

Especial mención merece la propuesta hecha por Tirole (1994) de que, dentro del gobierno, los diferentes departamentos ministeriales con derechos de control, no asuma un único objetivo de maximización del bienestar social, sino que, por el contrario, persigan fines distintos entre sí e incluso contradictorios. La sugerencia, pensamos, puede extrapolarse al campo sanitario y en particular a la organización interna de los hospitales.

El análisis del organigrama hospitalario permite descubrir una doble estructura, administrativa y médica¹². La primera encabezada por el gerente y la segunda por el director médico. Caben en principio dos soluciones para interrelacionar las dos estructuras superpuestas, una integradora donde se induce la optimización de una función objetivo compartida para el conjunto del hospital, y otra bicéfala, donde cada organización, la médica y la administrativa, persiguen sus propios fines, por ejemplo maximizar los servicios médicos por parte de la primera y cumplir el presupuesto por parte de la segunda. Un simple ejemplo ilustrará las posibilidades que ofrece esta nueva línea de análisis sobre la organización del sector público.

Supongamos que el hospital contempla un proyecto sanitario que requiere inversiones estimadas de 500 m.m., el primer año y 400 m.m. el segundo año. Los servicios que proporciona el proyecto se estiman en un valor de 925 m.m., por lo que el proyecto presenta individualmente un valor neto de 25 m.m. y, si no existen restricciones financieras, debería ponerse en práctica. Al final del primer año se constata que la inversión realizada asciende a 700 m.m., en lugar de las 500 m.m. presupuestadas, sin que se pueda discernir si ello obedece a negligencias en la ejecu-

11. Serra (1994) analiza la organización del sistema sanitario a partir de la economía de los costes de transacción y la asignación de derechos de propiedad. Véase también Huerta (1994) y Ventura (1993).

12. Harris (1983) estudia los hospitales teniendo en cuenta estas organizaciones paralelas.

ción del proyecto por parte de los servicios médicos, o a factores de azar no controlables. Si antes de iniciar el proyecto se hubiera anticipado este coste, la decisión debía de haber sido rechazar el proyecto (valor neto de $925 - 1100 = -175$); en el caso de que la inversión realizada sea reversible y si se desinvierte se generan recursos monetarios por valor de 700 m.m., de nuevo el proyecto debe cancelarse. Pero si la inversión es específica y su valor en usos alternativos es nulo, entonces si se cancela el proyecto se pierden 700 m.m., mientras que si se continúa y en el segundo año se mantiene el presupuesto de 400 m.m., entonces la pérdida es de 175 m.m., claramente inferior. El carácter irreversible de la inversión crea una notable presión para que el proyecto iniciado se concluya, a pesar de que un valor neto es negativo. Este hecho es conocido por las unidades de gasto y por lo tanto tendrán pocos incentivos a mantener el coste del proyecto bajo control; la consecuencia final es que detrás de los excesos sobre lo presupuestado existirán negligencias en el gasto.

Considérese ahora una organización alternativa donde existe una unidad administrativa a la que se le encarga el objetivo de minimizar el coste a lo largo del desarrollo del proyecto y una unidad médica que busca maximizar los servicios. Además, se establece la regla de que el control del proyecto se transfiere a la unidad administrativa cuando se supere lo presupuestado en un cierto margen. En el presupuesto anterior donde lo invertido el primer año asciende a 700 m.m., el control del proyecto pasaría a la unidad administrativa, la cual compararía el coste de continuar el proyecto, 1100 m.m., y el de cancelarlo, 700 m.m., optando por esta segunda opción. La unidad de gasto soporta ahora una mayor presión para controlar el coste del proyecto, en relación a lo presupuestado, pues la amenaza de cancelar el proyecto si se excede en el coste es creíble. Dividiendo las competencias decisorias y asignando derechos de control contingentes a determinados sucesos se promueve la eficiencia, en relación a un diseño alternativo donde existe una unidad jerárquica superior que optimiza sobre una función objetivo colectiva. Se abre así una nueva vía de reflexión y análisis sobre la organización eficiente del sector público.

5. Conclusión

Durante los últimos años se han advertido cambios muy significativos en los modelos organizativos y técnicas de gestión dominantes entre las empresas, especialmente de dimensión grande o media y con proyección internacional. De las burocracias formales se ha pasado a los diseños orientados hacia la calidad total y hacia el autoaprendizaje («learning organizations»); se ha promovido la descentralización y se han fomentado principios y reglas de mercado, dentro de las organizaciones (mercados internos). La transformación organizativa ha sido mucho menor en las agencias y organismos públicos, en buena parte anclados en unas formas burocráticas. La brecha que se ha abierto entre empresas privadas y organismos públicos explica sin duda el interés que se ha despertado entre políticos, administradores y académicos

por avanzar en la introducción de técnicas y modelos de gestión implantados por empresas privadas, en el dominio de la administración pública.

En la exposición precedente hemos planteado algunas cautelas a ese movimiento de homogeneización entre organismos públicos y privados. La burocracia es una estructura organizativa que surge naturalmente cuando el sistema eficiente de incentivos, dadas las condiciones de información, implica una escasa relación entre variación de esfuerzos y variación de recompensas por parte de los agentes sometidos al mismo. Los intereses generales que la intervención pública ha de proteger inducen sistemas de incentivos de esa naturaleza y, por lo tanto, la burocratización, con todas sus consecuencias y disfunciones, emerge como modelo organizativo dominante.

Es de esperar, por tanto, que la organización burocrática continúe siendo la estructura dominante en el sector público, así como entre las grandes empresas privadas dedicadas a la producción en masa. La burocracia surge como la consecuencia, y no como la causa, de una ineficiencia mayor que se produciría tratando de introducir sistemas de incentivos propios del mercado (HPJ) entre los trabajadores del sector público. Si la burocracia es la forma organizativa «normal» en las circunstancias donde los incentivos no actúan con eficacia, ello significa que la innovación organizativa al nivel estructural, a que hemos aludido en un epígrafe anterior, será muy limitada como cauce para conseguir organizaciones eficientes y efectivas. La atención se desplaza totalmente al nivel superior, el del diseño institucional.

Las reflexiones sobre el diseño institucional se polarizan entre dos modelos opuestos, el que propone una solución individualista o de mercado y el que propone una solución colectiva en manos del proceso político. La primera exige, para ser eficaz, que pueden establecerse derechos de propiedad sobre todos los recursos y que el intercambio de estos derechos esté protegido y garantizado por contratos completos (bajos costes de transacción). La presencia de importantes efectos externos impide esa definición tan precisa de derechos de propiedad. La segunda opción busca internalizar las externalidades pero, debido a la inevitable imprecisión en la delimitación de los derechos de propiedad (asignación de derechos residuales), el proceso político acaba siendo vulnerable a las actividades de grupos de interés, los cuales ven en dicho proceso un cauce para conseguir aquello que no son capaces de conseguir en el mercado. El diseño institucional en el sector público deberá buscar fórmulas de acción colectiva capaces de defender intereses generales y ser algo más que el resultado de la interacción de ciertos grupos de presión. Resulta difícil aventurar cuales son las fórmulas apropiadas, pero propuestas como la de Holtman y Kay (1994) donde la acción colectiva se articula alrededor de conceptos como, contratos implícitos (cuyo cumplimiento se sustenta en la necesidad que tienen las partes de mantener la relación); cesión atenuada de derechos de propiedad a los ciudadanos en determinadas parcelas inicialmente sujetas al proceso político (con el fin de evitar que sean dominadas por los grupos de interés); y franquicia (como fórmula de control y evaluación

de aquellos a quienes se les ceden los derechos de propiedad), merecen ser estudiadas con detenimiento. Este estudio tendrá muy en cuenta las frases con las que Holtham y Kay (1994) cierran su trabajo: ... “es difícil evitar la conclusión de que ciertas funciones dependen firmemente de una ética del servicio público (...). El diseño institucional no deberá poner en peligro la ética de servicio público existente, porque no hay fórmulas sencillas capaces de reemplazarla”.

Bibliografía

1. Coase, R. «The Nature of the Firm», *Economica*, 4, (1937).
2. Galve, C., V. Salas, «Análisis de la Estructura Accionarial de la Gran Empresa» *Revista de Economía Aplicada*, nº 4, Vol II, (1994)
3. Grossman, S., O. Mart, «The Costs and Benefits of Ownership», *Journal of Political Economy*, 94, (1986)
4. Harris, J., «The Internal Organization of Hospitals: Some Economic Implications», *Bell Journal*, (1983)
5. Hodgetts, R., F. Luthans, S. Lee, «New Paradigm Organizations: From total Quality to Learning to World Class», *Organizational Dynamics*, 1, (1994)
6. Holtham, G., J. Kay, «The Assessment: Institutions of Policy», *Oxford Review of Economic Policy*, vol. 10, nº 3, (1994)
7. Huerta, E. «L'Hospital: Una Aproximació Empresarial», en *Anàlisi Econòmica de la Sanitat*, G. López Casanova (Edr.), Generalitat de Catalunya (1994)
8. Martín, J., M^a del Puerto López del Amo, *Incentivos e Instituciones Sanitarias Públicas*, Escuela Andaluza de Salud Pública, (1994)
9. Milgrom J, P. Roberts, *Economics, Organization and Management*, Prentice Hall (1992)
10. Milgrom, P., «Employment Contracts, Influence Activities and Organization Design», *Journal of Political Economy*, 96,1, (1988)
11. Osborne, D., T. Gaebler, *Reinventing Government. How the Entrepreneurial Spirit is Transforming the Public Sector*, Addison-Wesley, (1992)
12. Serra, A., «Els Models d'Organització Sanitària», en *Anàlisi Econòmica de la Sanitat*, G. López Casanovas (edr.) Generalitat de Catalunya, (1994)
13. Simon, H. «Organizations and Markets», *Journal of Economic Perspectives*, (1991)
14. Stiglitz, J., *Wither Socialism*, MIT Press, (1994)
15. Termes, R. «¿Pacto Social o Engaño?», *El País*, 28-XI-94, (1994)
16. Tirole, J. «Hierarchies and Bureaucracies», *Journal of Law, Economics and Organization*, 2, (1986)
17. Tirole, J., «The internal Organization of Government», *Oxford Economic Papers*, 46, 1994)
18. Ventura, J. «La Competencia Gestionada en Sanidad: Un Enfoque Contractual», XIII *Jornadas de Economía de la Salud*, Granada, (1993)
19. Williamson, O., *The Economic Institutions of Capitalism*, Free Press, (1985)

*I*nversión en salud.
Evaluación de servicios y
*programas sanitario***S**

ALEXANDRE V. ABRANTES, M.D.; DR.P.H.
Banco Mundial, Washington, D.C.

INVERSIÓN EN SALUD. EVALUACIÓN DE SERVICIOS Y PROGRAMAS SANITARIOS

1. La salud en los países: éxitos y retos a enfrentar

Las condiciones de salud han mejorado incluso en los países más pobres. La esperanza de vida al nacer ha aumentado más a lo largo de las cuatro últimas décadas que durante todo el curso de la humanidad hasta la fecha.

A pesar de estos notabilísimos avances, persisten problemas de salud de enorme magnitud. Además de la mortalidad prematura, la carga que imponen las enfermedades consiste en gran parte en la discapacidad que causan, desde la parálisis, hasta la ceguera y la psicosis.

Casi todas las evaluaciones de la importancia relativa de las diferentes enfermedades se basan en el número de muertes que causan. Esta convención tiene el mérito de que la muerte es un acontecimiento sin ambigüedades y los sistemas estadísticos de muchos países generan rutinariamente los datos necesarios. No obstante, hay muchas enfermedades que no son fatales pero producen grandes pérdidas en términos de vida saludable, por ejemplo la depresión crónica, la parálisis provocada por la poliomielitis. Estas afecciones se dan con frecuencia, pueden durar mucho tiempo y a menudo plantean fuertes demandas en los sistemas de salud.

Con objeto de medir la carga de morbilidad el Banco Mundial (BM) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) proponen que se utilice el año de vida ajustado en función de la discapacidad —AVAD, medida que combina los años de vida perdidos a causa de mortalidad prematura y los perdidos como resultado de discapacidad. La pérdida total de AVAD se conoce como carga global de la morbilidad.

2. Medición de la carga de morbilidad

Con objeto de cuantificar la pérdida total de vida saludable, el BM y la OMS realizaron en colaboración un ejercicio para el Informe Sobre el Desarrollo de 1993. Las enfermedades fueron clasificadas en 109 categorías, basándose en la Calificación Internacional de Enfermedades (novena edición). Estas categorías comprenden todas las causas de defunción posibles y alrededor del 95 por ciento de las posibles causas de discapacidad. Utilizando la causa de defunción notificada si estaba disponible, y la opinión de peritos en los casos en que no existían registros, se asignaron a estas categorías todas las defunciones ocurridas en 1990, clasificadas por edad, sexo, región demográfica.

Para cada defunción, el número de años de vida perdidos se definió como la diferencia entre la edad real al momento de morir y la esperanza de vida a esa edad en una población de baja mortalidad. En el caso de las discapacidades, se estimó la incidencia de casos por edad, sexo y región demográfica, basándose en las encuestas comunitarias o, a falta de éstas, en la opinión de peritos; luego se calculó el número de años de vida saludable perdidos multiplicando la duración prevista de la afección (hasta la remisión o defunción del enfermo) por un valor relativo de la gravedad, que mide la gravedad de la discapacidad en comparación con la pérdida de vida. Las enfermedades se agruparon en seis clases, según gravedad de la discapacidad; por ejemplo se asignó una ponderación por gravedad de 0,22 a la clase 2, que incluye la mayor parte de los casos de lepra y la mitad de los casos de enfermedades de la pelvis de la mujer, y a la clase 4 que comprende un 30 por ciento de los casos de demencia y el 50 por ciento de los de ceguera, se atribuyó la ponderación de 0,6.

A continuación, en el estudio se combinaron las pérdidas por defunción y discapacidad, incluyéndose una tasa de actualización de 3 por ciento (a fin de valorar los años de vida saludables futuros a niveles progresivamente inferiores) y ponderaciones por edad (a fin de asignar valores relativos diferentes a los años de vida perdidos a diferentes edades). El valor de cada año de vida perdido, que aparece en la sección izquierda de la Figura 1, se eleva verticalmente de cero en el momento de nacer hasta su valor máximo a los 25 años, y luego disminuye de forma gradual a medida que avanza la edad. Estas ponderaciones por edad reflejan una opinión consensual, pero podrían emplearse otras pautas, como ponderaciones uniformes por edad, en que cada año de vida tuviera el mismo valor, lo que haría aumentar la importancia relativa de las enfermedades infantiles. Como se aprecia en la sección derecha de la Figura 1, la defunción de una recién nacida significa una pérdida de 32,5 AVAD; la defunción de una mujer de 30 años de edad representa una pérdida de 29 AVAD; y la muerte de una mujer de 60 años equivale a una pérdida de 12 AVAD. Los valores son ligeramente inferiores para los hombres.

La combinación de la tasa de actualización y las ponderaciones por edad produce una pauta de años de vida ajustados en función de la discapacidad AVAD perdidos a causa de una defunción en cada edad. La suma correspondiente a todas las edades, afecciones y regiones se denomina la carga global de la mortalidad (CGM). La carga global de la morbilidad permite comparaciones razonables entre categorías, de regiones, factores de riesgo, grupos de enfermedades o sexo. En el Figura 1 se muestra la CGM por causa y región demográfica. El estudio de la CGM recién realizado en México demostró que en este país los traumatismos y la Hanseniasis constituyen un problema mayor de lo que se creía.

También se puede usar la CGM para seguir la evolución de la salud de una nación en el transcurso del tiempo, observando la evolución de la carga nacional de morbilidad y se han hecho evoluciones nacionales en Costa Rica, Colombia y Méxi-

co. Las variaciones en cuanto a pérdida de AVAD por persona en las distintas regiones son enormes, debido a la diferencia en la mortalidad prematura. Las variaciones regionales en cuanto a pérdida de AVAD como resultado de discapacidad son mucho menores de lo que ocurre como resultado de defunciones.

3. Inversiones en salud pública y servicios clínicos esenciales

Aunque los servicios de salud son sólo un factor contribuyente a los éxitos del pasado, no cabe duda de la importancia del papel que desempeñan. Cualesquiera que sean los niveles de ingreso y educación, un mayor gasto en salud debería dar como resultado mejores condiciones de salud, en igualdad de circunstancias. Sin embargo, no hay pruebas de tal relación.

La Figura 2 ilustra las discrepancias entre gastos en salud y esperanza de vida en determinados países; el eje vertical indica hasta qué punto la esperanza de vida de un país difiere del valor pronosticado sobre la base de su ingreso y nivel medio de educación. Francia, Singapur y Siria tienen casi exactamente la esperanza de vida pronosticada. En la mitad superior de la figura, China y Costa Rica tienen una esperanza de vida que excede cinco años o más a la que les pronosticaría. Egipto, Estados Unidos en la mitad inferior de la figura, tienen una esperanza de vida menor en aproximadamente 5 años a la pronosticada dados sus niveles de ingreso. El eje horizontal indica hasta qué punto el gasto total en salud difiere del valor pronosticado conforme el ingreso y la educación. Los países en la mitad izquierda de la figura gastan relativamente poco; los que están en la mitad derecha gastan más de lo previsto.

En nuestra opinión, las principales razones por las cuales los gastos en salud no se traducen en buenas condiciones de salud son 4:

- A. ASIGNACIÓN EQUIVOCADA DE LOS RECURSOS: se gastan fondos públicos en intervenciones de salud de escasa eficacia en función de los costos, como al cirugía en la mayoría de los cánceres, al tiempo que sigue insuficiente el financiamiento de otras medidas de importancia crítica y sumamente eficaces en función de los costos, como el tratamiento de la tuberculosis y las enfermedades de transmisión sexual (ETS).
- B. DESIGUALDAD: los pobres carecen de acceso a servicios básicos de salud y la atención que reciben es de mala calidad. El gasto público en salud beneficia en medida desproporcionada a los que están en mejor situación económica, en forma de asistencia gratuita, o por debajo del costo, en modernos hospitales estatales de nivel terciario y subvenciones de los seguros médicos públicos y privados.

- C. INEFICIENCIA: gran parte del dinero que se gasta en salud se despilfarra: se compran productos farmacéuticos de marcas registradas, en lugar de medicamentos genéricos, los auxiliares de salud están mal distribuidos y supervisados, y las camas hospitalarias siguen subutilizadas.
- D. EXPLOSIÓN DE LOS COSTOS: en algunos países los gastos en asistencia sanitaria aumentan con mucha más rapidez que los ingresos. El número cada vez mayor de doctores, la disponibilidad de nuevas tecnologías y la difusión de los seguros médicos que siguen el sistema de pago de honorarios por servicios prestados se combinan para generar una demanda creciente de análisis, procedimientos y tratamientos costosos. el problema es más acentuado en los países de ingreso alto, que gastan el 90% del gasto mundial en salud, en un promedio de US\$1500 por persona y año.

Se justifica que los gobiernos desempeñen una función destacada en el sector de la salud debido a: a. Muchos servicios relacionados con la salud son bienes públicos (por ejemplo: información sanitaria) que no son bien servicios por muchos mercados privados; (b) la prestación de servicios de salud es un método de reducir la pobreza; y (c) puede necesitarse medidas gubernamentales para compensar los problemas generados por la incertidumbre y las deficiencias del mercado de seguros.

Si los gobiernos intervienen, deben hacerlo de forma inteligente. una fuente importante de orientación para sacar el mayor partido posible a los fondos gastados en salud es medir la eficacia en función de los costos de las diferentes intervenciones en este campo y de los distintos procedimientos médicos, es decir, la relación entre los costos y los beneficios en materia de salud (AVAD ganados). La tarea no es fácil: los datos sobre los costos y la eficacia de las distintas intervenciones son con frecuencia deficientes; los costo varían de un país a otro; los costos pueden aumentar o disminuir con la expansión de los servicios, y algunos tipos de medidas se ofrecen en forma conjunta, compartiéndose los costos. No obstante, ese tipo de análisis está ya demostrando su utilidad como instrumento para elegir entre posibles intervenciones sanitarias en los distintos países (por ejemplo: México, Colombia, Ecuador) y para abordar problemas de salud específicos, como la propagación del SIDA (por ejemplo: Tailandia, Brasil).

4. Medición de la eficacia en función de los costos

Como parte del ejercicio para el Informe Sobre el Desarrollo de 1993, el BM y la OMS analizaron en colaboración los costos y la eficacia de aproximadamente 50 procedimientos, que no son más que una pequeña proporción de los miles de procedimientos médicos que se conocen. Pero con las 50 intervenciones que se han estudiado se podría hacer frente a más de la mitad de la carga de morbilidad mundial.

Los análisis que recién se terminaron en Colombia y México incluyen un número mayor de procedimientos.

Con una unidad monetaria común para medir los costos y una unidad para medir los efectos en la salud se pueden comparar las diferentes intervenciones en términos de lo que cuesta ganar un año adicional de vida saludable. Los resultados se miden con la misma unidad de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) utilizada para calcular la carga de la morbilidad (CGM).

La relación entre costo y efecto, o costo unitario de AVAD, es lo que se conoce como eficacia en función de los costos de la intervención; cuanto más baja sea esa cifra, mayor será el partido sacado al dinero gastado en dicha intervención. Con este método se evita asignar un valor monetario a la vida humano, lo que sería necesario si se midieran los costos y las ganancias con una misma unidad.

Las estimaciones se basan en las condiciones reales que prevalecen en el país y tiene en cuenta la posibilidad de que la cobertura o el cumplimiento del tratamiento sean incompletos. Los costos se evalúan a costos de mercado. No se consideran algunos costos fijos de funcionamiento de un sistema de salud que no pueden atribuirse a intervenciones particulares, pero sí se toman en cuenta los costos con la capacidad específica necesaria para algunas intervenciones. En el caso de los insumos que no pueden ser objeto de comercio internacional (mano de obra semicalificada) los costos serán más bajos en algunos países. Tratándose de medicamentos, la mayoría de los equipos, y de la mano de obra de alto nivel, los costos probablemente sean iguales en los distintos países, sin contar los efectos de los aranceles y otras barreras.

Los costos indirectos, como los gastos de viaje de los pacientes al lugar de tratamiento o los ingresos que dejan de recibir, pueden ser considerados en el caso de algunas intervenciones, quizás más aun en el caso particular para las mujeres. Sin embargo, debido a que estos gastos son difíciles de determinar, en gran medida se han ignorado. Por la misma razón no se han considerado los costos indirectos, como los ingresos perdidos a razón de enfermedades; es necesario estudiar más a fondo el modo en que esos obstáculos influyen en la utilización de los servicios de salud.

En el caso de ciertos conjuntos de servicios de salud comunes, como las inmunizaciones, los gastos se calculan para el total, en lugar de separadamente para cada una de las intervenciones del conjunto. Las ganancias futuras derivadas de las intervenciones actuales se descuentan de 3 por ciento anual, que tiene flaca influencia en la clasificación de las intervenciones cuyos efectos se hacen sentir rápidamente, aunque sí reduce las ganancias medidas de las intervenciones cuyos efectos sólo se dejan notar a largo plazo.

El beneficio para la salud que se deriva de cada dolar gastado varía enormemente en toda la gama de servicios sanitarios que actualmente financian los gobiernos. en

la figura 3.2. se indican los costos en dólares y las ganancias de AVAD correspondientes a 47 intervenciones diferentes. Los puntos situados más arriba corresponden a las intervenciones que son más eficaces para mejorar la salud; los situados más a la derecha representan las intervenciones de costo más bajo. Algunas intervenciones cuestan más de US\$10.000 por persona beneficiada, en tanto que otras menos de US\$1. Algunas intervenciones agregan más de diez años de vida saludable, mientras que para otras la ganancia es equivalente sólo a unas cuantas horas o días de perfecta salud. Las líneas diagonales indican relaciones costo-eficacia iguales en dólares por AVAD; las situadas más arriba corresponden a las intervenciones más eficaces en función de los costos.

Los resultados de los análisis de la eficacia en función de los costos confirman en valor de las intervenciones a nivel de atención primaria de salud incluida en los programas orientados a reducir la mal nutrición y la mortalidad en la niñez. Varias intervenciones hasta ahora descuidadas son también muy eficaces en función de los costos: la quimioterapia para la tuberculosis, la atención integrada prenatal y durante el parto, los programas masivos para librar de parásitos intestinales a los niños, la distribución de preservativos acompañada de información y educación para luchar contra el SIDA, el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual y la adopción de medidas contra el hábito de fumar, como educación, aplicación de impuestos y prohibición de fumar en lugares públicos.

Muchas de las intervenciones sanitarias más eficaces en función de los costos son de carácter preventivo, pero no todas las medidas preventivas tienen esa eficacia; el rociado de insecticidas para combatir el mosquito portador del Dengue es un ejemplo de rendimiento relativamente escaso de dinero. Al mismo tiempo, un pequeño número de intervenciones clínicas (principalmente curativas) que han sido descuidadas pero son eficaces en función de los costos, podrían eliminar una fracción sustancial de la carga de la morbilidad en muchos países.

En general, la mayor parte de las intervenciones eficaces en función de los costos se pueden llevar a efecto fuera de los hospitales. No obstante, mediante el tratamiento de un número reducido de casos graves de enfermedad, los hospitales pueden a veces mejorar la salud a un costo menor por AVAD que otros establecimientos de menor nivel, siempre y cuando las clínicas y dispensarios traten la mayoría de los casos y remitan a los hospitales sólo a los que requieren cuidados más especializados.

Tanto el costo como la eficacia de una intervención se pueden ver afectados por la incidencia y la prevalencia de una enfermedad y por la probabilidad de morir en consecuencia de ella. Las intervenciones preventivas son menos eficaces en función de los costos cuando se trata de enfermedades relativamente poco frecuentes, debido a que es preciso abarcar un número mayor de personas para prevenir un solo caso. Por

ejemplo, la vacuna BCG no se presenta efectiva en función de los gastos en países con baja prevalencia de tuberculosis. La tasa de letalidad también tiene importancia porque la prevención o el tratamiento de una enfermedad salva más vidas si la probabilidad de muerte es elevada.

Las diferencias en cuanto a eficacia en función de los costos entre una intervención y otra suelen ser mucho mayores que la variación entre un lugar y otro o la incertidumbre de las estimaciones.

Si una intervención no representara un costo fijo alguno de infraestructura y administración del programa, bastaría para justificar su aplicación el que tuviera un costo bajo por AVAD ganado. En la práctica, sin embargo, quizás haya costos fijos substanciales que proratear entre varias intervenciones, y es posible que la capacidad administrativa sea limitada.

El gasto en intervenciones muy eficaces en función de los costos pero que alivian cargas de morbilidad muy reducidas podría suponer un desperdicio de recursos, al dificultar el hacer frente a enfermedades que imponen cargas mucho mayores. Se debería asignar prioridad a los problemas de salud que represente una fuerte carga de morbilidad y para los cuales existan intervenciones eficaces en función a los costos.

Una limitación importante al uso del análisis de la eficacia en función de los costos para la asignación de los recursos en el sector de salud es que numerosas intervenciones que tienen importantes consecuencias para la salud afectan también al ingreso o el bienestar en otras formas. Para algunas inversiones, como por ejemplo las inversiones en agua y saneamiento, el costo por AVAD ganado quizás sea demasiado alto para justificar la inversión sólo por razones de salud, pero la disposición de los consumidores a pagar por los beneficios no relacionados con la salud significa que los costos para el sistema de salud pueden ser bajos.

El uso de la relación costo-eficacia para seleccionar las intervenciones en la esfera de la salud que se han de financiar con fondos públicos no significa necesariamente que se deba gastar la mayor cantidad de recursos allí donde la carga de morbilidad sea mayor. Significa más bien que hay que concentrarse en las intervenciones que ofrezcan la mayor ganancia posible en cuanto a salud por dólar gastado del erario público. Las medidas públicas más justificadas serán las que combinen razones poderosas para la acción pública con una intervención sanitaria eficaz en función de los costos.

La reorientación de los recursos, de las medidas que tienen un costo alto por AVAD ganado hacia aquellas que cuestan poco, podría reducir la carga de mortalidad de forma espectacular sin incrementar los gastos. Es de suma prioridad que los países financien un conjunto limitado de medidas de salud pública y servicios clínicos

esenciales. Tras haber garantizado ese mínimo para todos, quizás algunos deseen definir en términos más amplios su propio conjunto nacional de medidas y servicios esenciales.

Ahora bien, el que una intervención en particular sea eficaz en función de los costos no quiere decir que se deban gastar fondos públicos en ella. Las unidades familiares pueden obtener servicios de salud con su propio dinero y, cuando están bien informadas, pueden hacerlo mejor que si el gobierno lo hace por ellos. Pero las familias tratan de sacar el mayor partido posible de su dinero, por lo que los gobiernos, al facilitar la información sobre la eficacia en función de los costos, pueden a menudo contribuir a que los consumidores, los que prestan los servicios y los aseguradores adopten decisiones más apropiadas.

Para finalizar, no es cierto que los gobiernos puedan o deseen tomar sus decisiones en base a criterios de eficacia o eficiencia. En política frecuentemente se buscan soluciones para satisfacer el número más grande de constituyentes.

Figuras

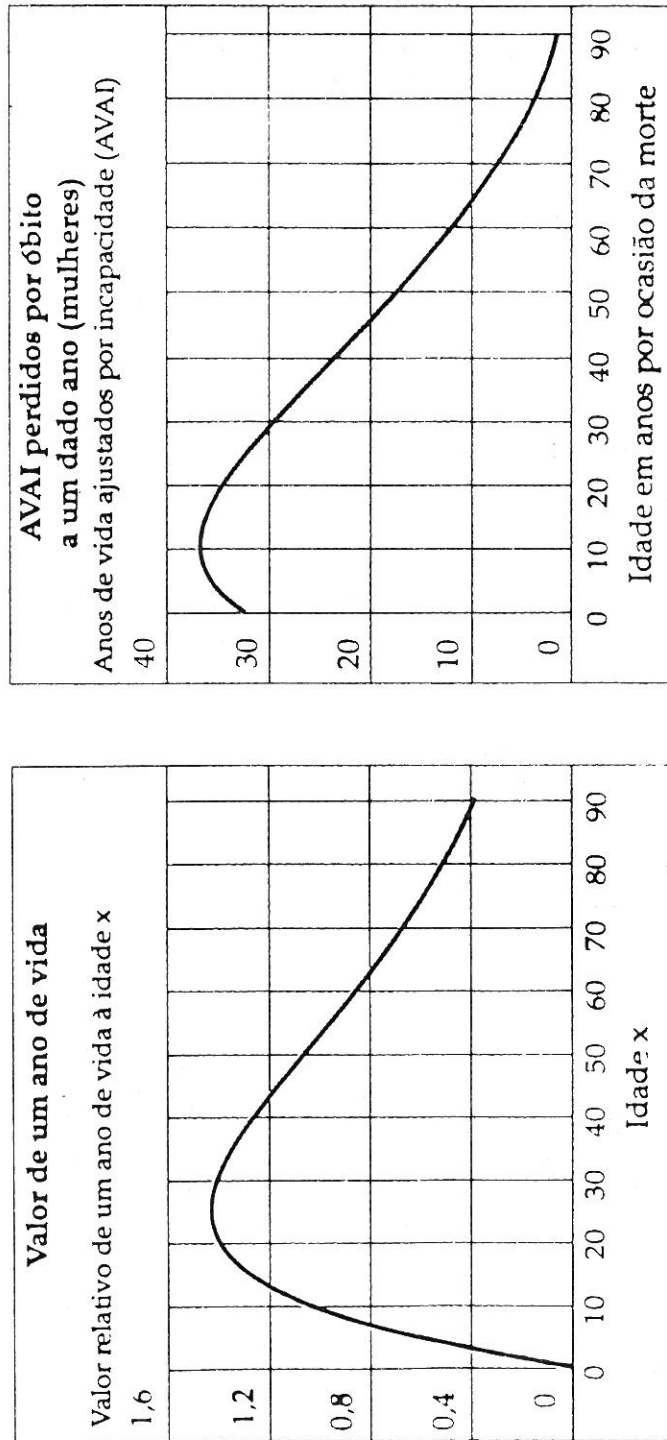


Figura 1: Estruturas etárias de pesos étarios e perdas de AVAI

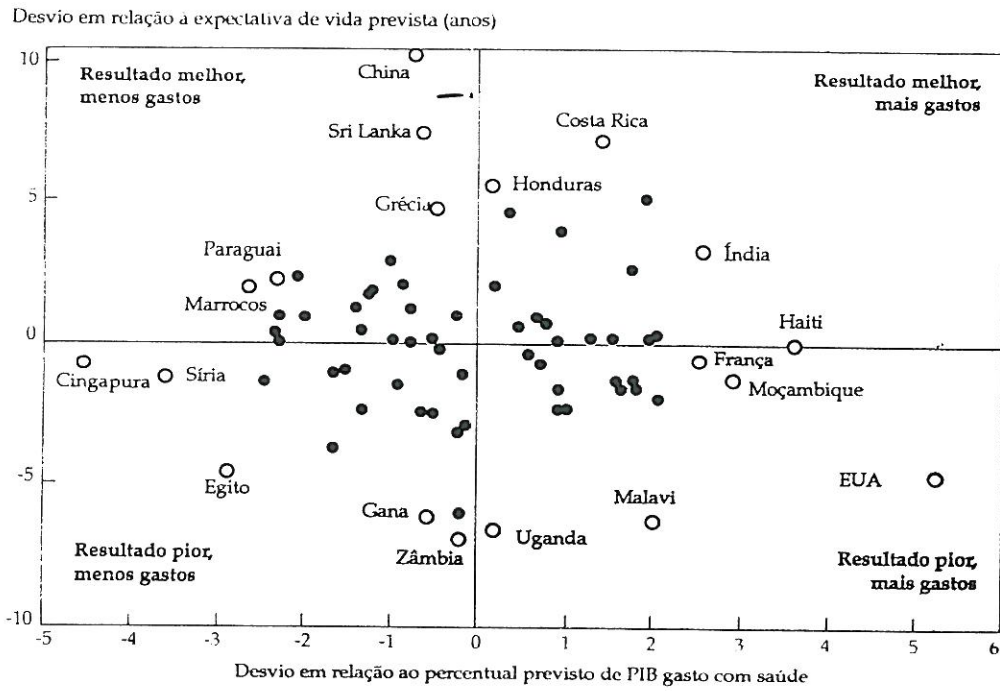


Figura 2: Expectativas de vida e gastos com saúde numa amostra de países: desvios em relação a estimativas baseadas em PIB e escolarização

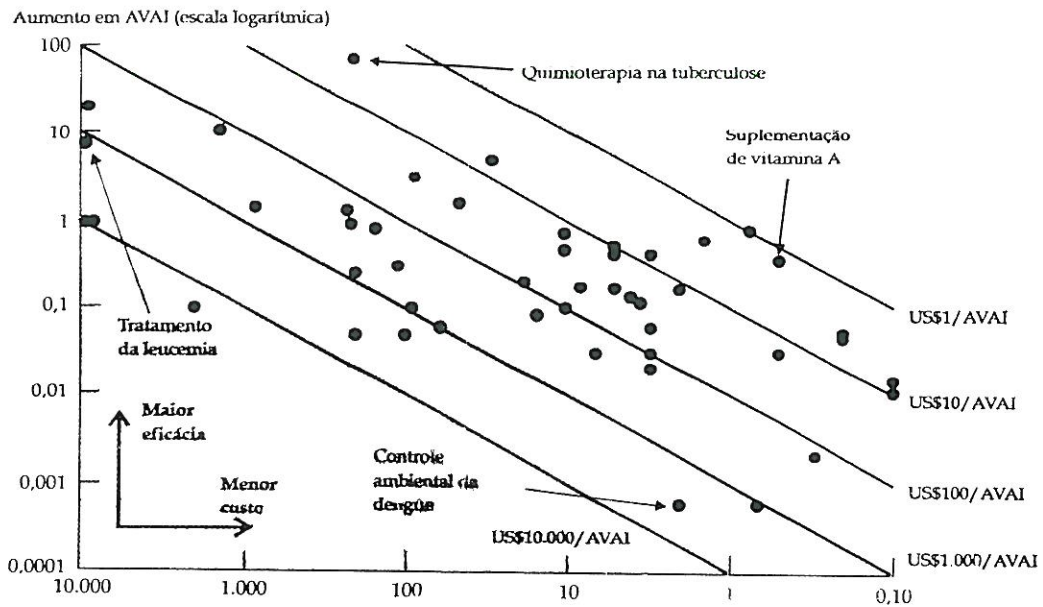


Figura 3: Benefícios e custos de 47 intervenções sanitárias

Bibliografía

1. World Bank. *Investing in Health, World Development Report*. Washington, D.C.: World Bank, 1993
2. Murray. *Quantifying the Burden of Disease. The technical basis for disability adjusted life years*. Bulletin of the World Health Organization 72 (3): 429-445
3. Murray and López. *Quantifying disability: data, methods and results*. Bulletin fo the World Health Organization. 72 (3): 481-494
4. Bobadilla, Cowley, Musgrove and Saxenian. *Design, content and financing of an essential package of health services*. Bulletin of the World Health Organization. 72 (4): 653-662

Apéndice I

Seminario: Oportunidades de Gestión Empresarial en los Servicios Sanitarios Públicos

Granada, 1 y 2 de diciembre de 1994

PRESENTACIÓN

Durante los últimos años, en la mayoría de los países occidentales se están debatiendo y proponiendo reformas importantes de los sistemas sanitarios. La política de convergencia europea y la necesidad de hacer compatible el crecimiento del gasto sanitario con el crecimiento económico han hecho que la búsqueda de la eficiencia sea el centro de todos los debates.

Por este motivo han surgido un importante número de experiencias y propuestas de cambio en la gestión de los centros sanitarios. Los contratos-programa, los sistemas de control de gestión, las empresas públicas, la libre elección, etc., se están introduciendo en el sistema sanitario intentando adaptarse a los presupuestos y a las expectativas de los ciudadanos.

Sin embargo, ¿cuáles de estas ideas son compatibles con el Sistema Sanitario Español?, ¿es necesario introducir mecanismos de competencia dentro del sector?, ¿qué tipo de incentivos y en qué sentido deben funcionar?, ¿qué instrumentos de gestión pueden ser más útiles?, ¿qué cambios deben experimentar la estructura organizativa?, ¿existen nuevas alternativas no contempladas hasta ahora?

Una parte importante de este debate lo ocupa la idea de que es necesario cambiar el marco institucional y jurídico para mejorar la eficiencia. Por tanto, ¿qué sería posible y útil hacer en el marco actual y qué habría que cambiar?

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

OBJETIVOS

- * Debatir y analizar la factibilidad de aplicación de técnicas empresariales en el entorno público y sanitario.
- * Analizar el papel del directivo en la gestión de la adaptación de las organizaciones a los cambios del entorno.
- * Contrastar las últimas experiencias de la gestión empresarial pública y privada, aportando información actualizada como base del debate.
- * Identificar y discutir líneas de mejora de la gestión en los servicios sanitarios públicos.

JUEVES, 1 DE DICIEMBRE

9'00 Recepción y entrega de documentación.

9'30 LUGAR: SALÓN DE ACTOS

Inauguración: *Excmo. Sr. D. José Luis García de Arboleya*
Consejero de Salud. Junta de Andalucía.

10'00 Conferencia y debate: Gestión estratégica: cambios en la naturaleza de las empresas.

John Roberts. Professor of Economics. Graduate School of Management. Stanford University. California.

Moderador: *Esteban de Manuel Keenoy*. Director Académico de la EASP

11'30 Café.

12'00 LUGAR: SALÓN DE ACTOS

Mesa / Taller: Oportunidades de Gestión Empresarial en los Servicios Sanitarios Públicos.

Áreas temáticas:

- * Desregulación en el Sector Sanitario Público.
- * Instrumentos de gestión introducidos en el Sector Sanitario Público.
- * Políticas de personal e incentivos.
- * Integración de la gestión clínica.

Moderador: *Fernando Silió Villamil*. Coordinador de Asesoría de la EASP.

Coordinadores del cuestionario:

Juan Cabasés Hita. Docente de la EASP. Profesor de la Facultad de Económicas. Universidad Pública de Navarra.

José Martín Martín. Docente de la EASP. Presidente de la Sociedad Española de Economía de la Salud.

Rafael Burgos Rodríguez. Docente de la EASP. Jefe de Servicio de Urología. Hospital Carlos Haya. Málaga.

14'00 Comida.

JUEVES, 1 DE DICIEMBRE

15'30 LUGAR: SALÓN DE ACTOS

Conferencia y debate: Gestión en el Sector Sanitario Público: vinculando la acción a la estrategia.

Arnold Kaluzny. Professor. Department of Health Policy and Administration. School of Public Health. University of North Carolina.

Moderadora: *Ma del Mar García Calvente*. Docente de la EASP.

17'00 Café.

17'30 LUGAR: SALÓN DE ACTOS

Conferencia: Desregulación de los Servicios Públicos. Posición del Tribunal de Defensa de la Competencia.

José Eugenio Soriano García. Vocal del Tribunal de Defensa de la Competencia. Catedrático de Derecho Administrativo.

Moderadora: *Elena Gonzalo Jiménez*. Docente de la EASP.

JUEVES, 1 DE DICIEMBRE

18'30 AULAS: 1 y 2

Dos seminarios simultáneos de presentación de innovaciones de gestión en servicios sanitarios públicos. Trabajos presentados para el I Premio MSD.

Moderador:

Joan Carles March Cerdá. Coordinador del Área de Promoción de Salud de la EASP.

- 18:30 Hospital Costa del Sol. Un modelo innovador de gestión hospitalaria, presentado por el Hospital Costa del Sol de Marbella
- 18:40 Gestión de presupuestos clínicos por servicios, presentado por el Hospital de Motril
- 18:50 Incentivos económicos para el desarrollo de servicios en atención primaria: grupos de educación para la salud, presentado por el Distrito Sanitario de Osuna
- 19:00 Innovación en la gestión de la actividad quirúrgica en un hospital terciario, presentado por el Hospital Nuestra Señora de Aránzazu del Servicio Vasco de Salud
- 19:10 Gestión Clínica en la unidad de enfermedades infecciosas, presentado por el Hospital Nuestra Señora de Aránzazu del Servicio Vasco de Salud
- 19:20 Gestión analítica: método de distribución de los costes hospitalarios, presentado por el Complejo Hospitalario A. Narcide-Prof. Novoa Santos de El Ferrol

JUEVES, 1 DE DICIEMBRE

18'30 AULAS: 3 y 4

Moderador:

Luis Andrés López Fernández. Coordinador de Investigación de la EASP.

18:30 Hotel de pacientes, presentado por el Complejo Hospitalario Juan Canalejo del Servicio Gallego de Salud

18:40 Uso, consumo y gasto racional del medicamento, presentado por el Distrito Universitario Bahía-Vejer y el Hospital Universitario de Puerto Real

18:50 Proyecto de descentralización de la gestión en atención primaria de Mallorca, presentado por la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca

19:00 Modelos de gestión. Análisis de la producción hospitalaria en el Servicio Andaluz de Salud, presentado por los Servicios Centrales del Servicio Andaluz de Salud

19:10 Análisis de costes de procesos atendidos en la unidad de cirugía sin ingreso (UCSI), presentado por el Hospital San Eloy del Servicio Vasco de Salud

19:20 Instituto Catalán de Oncología, presentado por la Ciudad Sanitaria y Universitaria de Bellvitge

21'30 *Cena en el Carmen de los Mártires*

VIERNES, 2 DE DICIEMBRE

9'30 LUGAR: SALÓN DE ACTOS

Conferencia y debate: La Gestión de Recursos Humanos en los nuevos modelos de organización empresarial.

Vicente Salas Fumás. Catedrático de Economía de la Empresa. Universidad Autónoma de Barcelona.

Moderador: *Juan José Pérez Lázaro.* Coordinador del Área de Gestión de Servicios Sanitarios de la EASP.

11'00 Café.

11'30 LUGAR: SALÓN DE ACTOS

Mesa Redonda: Introducción de nuevos métodos de gestión en las organizaciones sanitarias públicas.

Moderador: *Vicente Ortún Rubio.* Profesor titular de Organización de Empresas. Universidad Pompeu Fabra. Barcelona.

Ponentes:

Alvaro Cuervo García. Catedrático de Organización de Empresas. Universidad Complutense de Madrid.

Guillém López Casanovas. Catedrático de Economía Aplicada. Universidad Pompeu Fabra.

José Martín Martín. Docente de la EASP. Presidente de la Sociedad Española de Economía de la Salud.

13'30 Comida.

VIERNES, 2 DE DICIEMBRE

15'30 LUGAR: SALÓN DE ACTOS

Conferencia y debate. «Inversión en Salud: evaluación de servicios y programas sanitarios».

Alexandre Abrantes. Banco Mundial. Washington DC.

Moderador: *José Ignacio de Oleaga Usategui.* Coordinador Docente de la EASP.

17'00 Entrega de I MSD Premio a la mejor iniciativa en Gestión Sanitaria.

Clausura: *Ilmo. Sr. D. Ricardo Vázquez Albertino.*
Viceconsejero de Salud. Junta de Andalucía.

17'30 Café de clausura

COMITÉ ORGANIZADOR

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

COMITÉ CIENTÍFICO I PREMIO MSD

Esteban de Manuel Keenoy
José Luis de Sancho Martín
Guillém López Casanovas
José Jesús Martín Martín

SECRETARÍA DEL SEMINARIO:

Consuelo García Martín (EASP).

Apéndice II:
Listado de ParticipanteS



EXCMO. SR. D. JOSÉ LUIS GARCÍA DE ARBOLEYA
Consejero de Salud
Junta de Andalucía

ILMO. SR. D. RICARDO VÁZQUEZ ALBERTINO
Viceconsejero de Salud
Junta de Andalucía

ILMO. SR. D. JOSÉ ANTONIO SOUTO IBÁÑEZ
Director General de Planificación
Junta de Andalucía

ILMO. SR. D. JOSÉ DE HARO BAILÓN
Director General de Gestión de Recursos
Junta de Andalucía

ILMO. SR. D. IGNACIO MORENO CAYETANO
Director Gerente del Servicio Andaluz de Salud
Junta de Andalucía

SR. D. JOAQUÍN CARMONA DÍAZ-VELARDE
Subdirección General Técnica Consejería de Salud
Junta de Andalucía

D. ENRIQUE CRUZ GIRÁLDEZ
Asesor del Consejero de Salud
Junta de Andalucía

D. ENRIQUE GÓMEZ Y GÓMEZ DE TEJADA
Asesor del Consejero de Salud
Junta de Andalucía

D^a MARÍA ÁNGELES FERNÁNDEZ
Jefa de Gabinete del Director Gerente SAS
Junta de Andalucía

D. EDUARDO GONZÁLEZ REGUERA
Jefe Gabinete del Consejero de Salud
Junta de Andalucía

D. MANUEL GIRÓN MAGARIÑO

Jefe Gabinete Viceconsejero de Salud

Junta de Andalucía

D. JOSÉ MARÍA DE LA HIGUERA

Subdirector General de Asistencia Primaria y Comunitaria

Junta de Andalucía

D. MANUEL LÓPEZ SERRATO

Jefe del Servicio de Gestión de Asistencia Primaria y Comunitaria

Junta de Andalucía

D. JESÚS GAVIRA

Director de la Oficina de Atención Especializada

Junta de Andalucía

D. TOMÁS AGUIRRE COPANO

Director Gerente

Hospital Puerto Real

Ctra. Nacional IV, km. 665

11510 PUERTO REAL

D. BERNARDO ALONSO

MERCK, SHARP & DOHME

C/ Josefa Valcárcel, 38

28027 MADRID

D. MANUEL ALONSO GIL

Coordinador de Trasplantes

SAS Servicios Centrales

Avda. de la Constitución, 18

41001 SEVILLA

D. MANUEL ALÉN FIDALGO

Director Gerente

Hospital Juan Ramón Jiménez

Ronda Norte, s/n

21005 HUELVA

D^a TERESA ARAGUAS ALVAREZ

Complejo Hospitalario Juan Canalejo

Xubias de Arriba, 84

15006 LA CORUÑA

D. JOSÉ MANUEL ARANDA LARA

Director Distrito Sanitario Córdoba

C/ Dr. Blanco Soler, 4

14004 CÓRDOBA

D^a ISABEL ARRABE YUSTE

Subdirector de Gestión

Hospital de la Princesa

C/ Diego de León, 62

28006 MADRID

D. FRANCISCO JAVIER AYAPE AMIGOT

Gerente Complejo Hospitalario Cristal Piñor

C/ Ramón Puga, 54

32005 ORENSE

D. SALVADOR AYMERICH MARTÍN

Gerente

Hospital Clínico de Valencia

Avda. Blasco Ibáñez, 17

46010 VALENCIA

D. JOSÉ MARÍA BALTAR TRABASO

Subdirector Gestión Económica

Servicio Canario de Salud

Paseo de Lugo, s/n

35004 LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

D. RAFAEL BARBA BOADA

Gerente

Hospital Mutua Terrassa

San Antonio, 8-14

08221 TERRASSA (BARCELONA)

D. JOSÉ BLAS BENLLOCH GUILLEN

Director AP Área 11 de Valencia

C/ Cervantes, 13

46007 VALENCIA

D. JOSEP MARIA BONET BERTOMEU

Director Gerente Hospital Costa de Sol

Ctra. Málaga-Cádiz, Km. 194

29600 MARBELLA (MALAGA)

D. LUIS CARRETERO ALCÁNTARA

Director Económico Administrativo

Hospital Costa de Sol

Ctra. Málaga-Cádiz, Km. 194

29600 MARBELLA (MALAGA)

D. JOSÉ CARRILLO DE ALBORNOZ RODRIGUEZ

Director Médico. Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén

Avda. del Ejército Español, s/n

23300 JAEN

D. GONZALO CISNEROS GARCÉS

Director Gerente

Hospital Reina Sofía

Avda. Menéndez Pidal, s/n

14004 CÓRDOBA

D. JAVIER CORTÉS URBAN

Subdirector de Gestión Económica

Hospital Clínico de Madrid

C/ Martín Lagos, s/n

28040 MADRID

D. JOSÉ CUERVO ARGUDIN

Gerente Ciudad Sanitaria

Paseo Valle de Hebrón, s/n

08035 BARCELONA

D. ANTONIO DURAN MORENO

Técnicas de Salud, S.A.

Avda. República Argentina 18, Entresuelo

41011 Sevilla

D. JUAN JOSÉ EQUIZA ESCUDERO

Director Gerente Complejo Hospitalario Xeral Cies

C/ Pizarro, 22

36204 VIGO

D. JOSÉ MIGUEL ESPÍ PASTOR

Director Gerente

Hospital General Yague de Burgos

Avda. Cid Campeador, s/n

09005 BURGOS

D. JOAQUÍN ESTÉVEZ LUCAS

Director Gerente

Hospital Ntra. Sra. Aranzazu

C/ Dr. Bequiristain, s/n

20014 SAN SEBASTIAN

D. IÑAKI ETXEBARRÍA ALEGRÍA

Director Gerente Hospital de Cruces

Plaza de Cruces, s/n

48903 BARACALDO (VIZCAYA)

D. JOSÉ MANUEL CASAS

MERCK, SHARP & DOHME

Avda. Diagonal 349 Bis, Principal

08037 BARCELONA

D. JORGE CASAS REQUEJO

Dirección Médica Area 2

C/ Jativa, 6, 4

28007 MADRID

D. JESÚS M^a FERNÁNDEZ DÍAZ

Asesor Dpto. Sanidad

Gobierno Vasco de Salud

C/ Alava, 5

01006 VITORIA

D. MANUEL FEU MANSO

Gerente

Hospital Bellvitge Príncipes de España

Feixa Llarga, s/n

08907 HOSPITALET LLOBREGAT

D. JOSEP FITE BENET

Gerente IMAS

Paseo de Gracia, 2 4º

08007 BARCELONA

D. ANDRÉS FUENTES PÉREZ

Director Económico-Administrativo

Hospital de Osuna

C/ Carrera 89

41640 OSUNA (SEVILLA)

D. RICARDO FRIGOLA PÉREZ

Adjunto Gerencia

Hospital Gral. Vall D'Hebrón

Paseo Valle de Hebrón, s/n

08035 BARCELONA

Da SUSANA GARCÍA BORO

Técnica de Docencia e Investigación Área 2

C/ Anzuola, M9 esc 3ª 2º Izq.

28002 MADRID

D. JUAN GOICOECHEA SALAZAR

Director Secretaría de Información e Informatización

SAS Servicios Centrales

Avda. de la Constitución, 18

41001 SEVILLA

D. JOSÉ LUIS GÓMEZ BARRENO

Director Asistencial Emergencias

Avda. Juan López Peñalver, s/n

29590 CAMPANILLAS (MALAGA)

D. ENRIQUE GÓMEZ FERNÁNDEZ

Director Gerente

Comp. Hospitalario S.Millán-S. Pedro

C/ Autonomía de la Rioja, 3

26004 LOGROÑO

D. J. ANTONIO GONZÁLEZ CARVAJAL

Director Gerente

Hospital Virgen del Rocío

Avda. Manuel Siurot, s/n

41013 SEVILLA

D. CARLOS GONZÁLEZ HERMOSO

Director Médico Hospital Clínico Universitario

Campus Universitario de Teatinos

29010 MALAGA

D. FRANCISCO GRANDAL AMOR

Director Gestión del Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide

Ctra. San Pedro de Leixa, s/n

15045 EL FERROL (LA CORUÑA)

D. EMILIO HUERTA ARRIBAS

Facultad Económicas
Universidad Pública de Navarra
Campus de Arrosadía
31006 PAMPLONA

DÑA. MARÍA FÉ IDOATE CERVANTES

Subdirección del Área Atención Pa
Dirección de Atención Primaria
Plaza de la Paz, s/n
31002 PAMPLONA

D. FRANCISCO JOSÉ JUAN RUIZ

Director Gerente
Hospital General de Motril
Avda. Martín Cuevas, s/n
18600 MOTRIL (GRANADA)

D. MARIANO LACARRA LÓPEZ

Subdirector del Área Atención Primaria
Dirección de Atención Primaria
Plaza de la Paz, s/n
31002 PAMPLONA

D. JOSÉ MIGUEL LAIN GUELBENZU

Director Gerente. Hospital Virgen de la Victoria
Colonia Santa Inés, s/n
29010 MALAGA

D. CLAUDIO LEDESMA GARCÍA

Director Médico. Complejo Hosp. Salamanca
Pº de San Vicente, 58182
37007 SALAMANCA

D. JOSE MANUEL LIENDO BARQUÍN

Director Comarcal Baracaldo-Sestao. Centro de Salud de Zuazo
C/ Luzquizaga, s/n
48902 BARACALDO (VIZCAYA)

D. EDUARDO MAIZ OLAZABALAGA

Gerente Hospital de
Dr. Bequiristain, s/n
20014 SAN SEBASTIAN

D. JOSÉ MARÍA MARTÍ
MERCK, SHARP & DOHME
C/ Josefa Valcárcel, 38
28027 MADRID

D. JOSÉ LUIS MARTÍNEZ CHAVES
Director Gerente
Hospital Capitán Cortés
Avda. del Ejército Español, s/n
23300 JAEN

D. JESÚS MARTÍNEZ TAPIAS
Hospital Virgen de las Nieves
Avda. de la Constitución, s/n
18014 GRANADA

D. RUPERTO MATA GUTIÉRREZ
Director Gerente
Hospital Ntra. Sra. del Pino
C/ Ángel Guimera, 93
35010 LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

D. JUSTO MENÉNDEZ FERNÁNDEZ
Director Gerente Servicio Especial Urgencias 061
C/ Lope de Rueda, 43
28009 MADRID

D. ALFREDO MORENO ALEGRE
Director Enfermería
Complejo Hospitalario Xeral Cies
C/ Pizarro, 22
36204 VIGO

D. JOAQUÍN MORERA MONTES
Director Médico Área 8
C/ Alonso Cano, 8
28933 MOSTOLES (MADRID)

D. JUAN JOSÉ MUJICA AGUINAGALDE
Gerente
Hospital de Zumarraga
Barrio Argixao, s/n
20770 ZUMARRAGA (GUIPUZCUA)

D. EMILIANO ANTONIO NUEVO LARA
Ctra. de Circunvalación, s/n
23300 VILLACARRILLO (JAEN)

D. ÁNGEL ORTEGA MORENO
Director Gerente
Hospital Virgen de las Nieves
Avda. Constitución, s/n
18014 GRANADA

D. JON ORTUZAR BILBAO
Director Gerente
Hospital de Basurto
Avda. de Montevideo, 18
48013 BILBAO

D. RAFAEL PARDO AVELLANEDA
Facultad Económicas
Universidad Pública de Navarra
Campus de Arrosadía
31006 PAMPLONA

D^a ANA PASTOR JULIAN
Gerente Atención Primaria Pontevedra
C/ México, 26
36204 VIGO

D. CARLOS PEREIRA RODRÍGUEZ
Director Gerente. Hospital San Eloy
Avda. A. Miranda, 5
48902 BARACALDO (VIZCAYA)

D. RAMÓN PÉREZ BAÑO
Director Gerente
Hospital Carlos Haya
Avda. Carlos Haya, s/n
29010 MALAGA

D. GABRIEL PÉREZ COBO
Director Gestión Area Cuidados Críticos y Urgencias
Hospital Costa del Sol
Ctra. Málaga-Cádiz, km. 194
29600 MARBELLA (MALAGA)

D. MARIANO PINOS
MERCK, SHARP & DOHME
C/ Josefa Valcárcel, 38
28027 MADRID

D. JOSÉ POMAR REYNES
Gerente
Atención Primaria de Mallorca
C/ Reina Esclaramunda, 9, 2º
07003 PALMA DE MALLORCA

D. VICENTE PRATS MAÑEZ
Jefe de Servicio Actividades Asistencias
Servicio Valenciano de Salud
C/ Roger de Lauria, 19
46002 VALENCIA

D. ALFONSO PRIETO RODRÍGUEZ
Gerente Hospital de Valme
Ctra. de Cádiz, s/n
41014 SEVILLA

D. ANDRÉS RABADÁN ASENSIO
Director Distrito Sanitario Bahía
Avda. de Andalucía, 67 5º A
11007 CÁDIZ

D. FRANCESC RAMOS PUNSOLA
Director de Calidad y Planificación IMAS
Paseo de Gracia, 2 4º
08007 BARCELONA

D. JAUME RAVENTOS MONJO
Jefe Unidad Secretaría Técnica
Hospital Gral. Vall D'Hebrón
Paseo Valle de Hebrón, s/n
08035 BARCELONA

D. IGNACIO RIESGO GONZÁLEZ
Jefe Dpto. de Política y Administración
Escuela Nacional de Sanidad
C/ Sinesio Delgado, 8
280209 MADRID

D. FERNANDO RODRÍGUEZ ALMODOVAR

Gerente del área Sanitaria de Osuna

Hospital de la Merced

Avda. de la Constitución, 2

41640 OSUNA (SEVILLA)

D. JOSÉ GABRIEL RODRÍGUEZ BARO

Director Gerente

Hospital de la Axarquía

Ctra. Velez-Málaga

29700 VELEZ MALAGA (MALAGA)

D. ANTONIO RODRÍGUEZ ZARALL

Hospital Clínico de Madrid

C/ Martín Lagos, s/n

28040 MADRID

D. JOSÉ MANUEL RUBIN GARCÍA

Director Gerente

Hospital Marqués de Valdecilla

Avda. Valdecilla, s/n

39008 SANTANDER

D. JOSÉ LUIS ROMÁN PUMAR

Director de Marketing

MERCK, SHARP & DOHME

C/ Josefa de Varcárcel,38

28027 MADRID

D. ANTONIO RUIZ-DIAZ JIMÉNEZ

Director Económico-Administrativo. Hospital Universitario Virgen Macarena

Avda. Dr. Fedriani, 3

41009 SEVILLA

D. CARLOS SAN ROMÁN TERÁN

Asesor Director Gerente. Fundación Jiménez Díaz

Avda. Reyes Católicos, 2

28040 MADRID

D. JOSÉ LUIS DE SANCHO MARTÍN

Clínica Puerta de Hierro

C/ San Martín de Porres, 4

28035 MADRID

D. NORBERTO SANFRUTOS VELÁZQUEZ

Director Económico-Administrativo

Hospital Universitario Virgen del Rocío

Avda. Manuel Siurot, s/n

41013 SEVILLA

D^a ADELA CARMEN SARDON RODRIGUEZ

Gerente Atención Primaria

Centro de Salud Palomarejos

C/ Barcelona, 2

45005 TOLEDO

D. JOSÉ MANUEL SASTRE HUERTA

C/ Julian Saez de la Hoya, 8 5º 4ª

09006 BURGOS

D. CRISTÓBAL SERRANO

MERCK, SHARP & DOHME

C/ San Francisco Javier, s/n

Edificio Sevilla 2, Módulo 28 planta 11

41005 SEVILLA

D. DIEGO SUÁREZ MÁRMOL

Director Gerente

Hospital Universitario Virgen Macarena

Avda. Dr. Fedriani, 3

41009 SEVILLA

D. ALBERTO TALAVERA DENIZ

Director Gerente Hospital Ntra. Sra. La Candelaria

Ctra. del Rosario, s/n

SANTA CRUZ DE TENERIFE

D. MARTÍN TEJEDOR FERNÁNDEZ

Subdirector Evaluación y Calidad. Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (EPES)

Delegación Provincial de Salud

Gran Vía 6, 3ª planta

21003 HUELVA

D^a MARINA TIRADO REYES

Directora Gerente Hospital Universitario San Cecilio

Avda. de Madrid, s/n

18013 GRANADA

D. ANTONIO TORRES OLIVERA
Director Distrito Sanitario Fuengirola
C/ La Unión, s/n
29650 Las Lagunas MIJAS COSTA (MALAGA)

D. AGUSTI TRULLA GALOBARDES
Gerente
Hospital Santa Creu y Sant Pau
C/ San Antonio M^a Claret, 167
08025 BARCELONA

DÑA. CONCEPCIÓN VERA RUIZ
Hospital de Getafe
Ctra. de Toledo, km. 12500
28905 GETAFE (MADRID)

