

NUEVAS PERSPECTIVAS DE GESTIÓN EN LOS SISTEMAS SANITARIOS PÚBLICOS*

Guillem López Casasnovas

Departamento de Economía Política, Hacienda Pública y Derecho Financiero y Tributario.
Universidad de Barcelona

Resumen

Las páginas que siguen tratan de ofrecer diferentes líneas de argumentación contra una posición de pesimismo, que parece instalada en nuestra administración sanitaria, respecto de las escasas posibilidades de una mejor gestión en nuestro sistema de salud. En efecto, la exploración de un amplio conjunto de reformas hoy factibles en nuestro sistema sanitario sirve para postular en este trabajo un «cierre de escotilla» para la mejor consecución del conjunto de ventajas que ofrecen, de entrada, los sistemas públicos de provisión; ventajas que hoy, en buena medida, se malogran ante las disfuncionalidades que presenta el día a día de su gestión.

Racionalizar la distribución de dichos recursos, objetivarlos sobre resultados, eliminar controles administrativos innecesarios, adecuar los centros de responsabilidad con los centros de gestión presupuestaria, introducir márgenes de libertad en la elección, en respuesta a las aspiraciones colectivas de los ciudadanos y simular mercados por la vía de la provisión pública con producción privada, constituyen elementos de la vía de avance propuesta en este trabajo.

Palabras clave: Gestión. Presupuestación. Eficiencia.

NEW PERSPECTIVES IN THE MANAGEMENT OF PUBLIC HEALTH SYSTEMS

Summary

The following pages try to offer some ways of arguing against pessimism in our health administration culture. In fact, the review of a wide range of feasible reforms of our health system undertaken in this paper gives some clues for a better implementation of the a priori advantages of public health systems. These advantages are not achieved today because of some disfunctionalities of daily management.

To rationalize resources distribution, to evaluate the results, to eliminate unnecessary administrative control, to coordinate responsibility and budgeting centers, to introduce free choice as a response to public demand, and to simulate marketing by private production of public services are elements suggested in this paper to improve public health services management.

Key words: Management. Budgeting. Efficiency.

Introducción

El descubrimiento de las ventajas de la denominada «medicina gestionada»¹ en EE UU —entre la regulación y el establecimiento de incentivos— ha servido a algunos autores² para reconsiderar las virtudes que ofrecen los sistemas públicos europeos en los cuidados de salud. En efecto, detrás de lo que son hoy innovaciones en el sistema sanitario norteamericano, tales como la atención integral a la salud ofrecida por las Health Maintenance Organizations (HMOs), la limitación del flujo de pacientes dentro

de Sistemas Multihospitalarios, o los propios esfuerzos de contención de costes en la formulación de presupuestos prospectivos y globales, es posible vislumbrar lugares comunes dentro de los sistemas sanitarios públicos. En palabras de uno de los editores del prestigioso *New England Journal of Medicine*: «Nuestro sistema norteamericano de mercado en asistencia sanitaria, si bien es cierto que ha suministrado a algunos ciudadanos y en lugares determinados una asistencia excelente, nunca lo ha hecho para el total de la población a un coste razonable. Pensamos que un sistema sanitario de seguro co-

lectivo —es decir, un programa de seguro sanitario nacional— debería ser hoy seriamente considerado. Hasta el presente, cualquier intento de corregir en nuestro sistema de mercado un problema en alguna de las partes de la prestación ha provocado un problema más serio en otras partes del mismo (en términos, por ejemplo, de calidad, acceso y equidad a un coste razonable).»³

Las virtudes de los sistemas públicos de salud pueden, al menos, apoyarse en los siguientes argumentos:

1. Siempre existe una limitación de recursos frente a las preferencias indivi-

*El presente trabajo constituye un resumen de la Ponencia presentada en el III Congreso de Salud Pública, celebrado en Granada en el mes de noviembre de 1988.

Correspondencia: Guillem López Casasnovas. Facultad de Ciencias Económicas. Avenida Diagonal, 690, 08034 BARCELONA. Este artículo fue recibido el 29 de diciembre de 1988 y fue aceptado, tras revisión, el 12 de mayo de 1989.

duales en materia de atención sanitaria, ya se derive ésta del impacto sobre los costes y la competitividad internacional de las primas de seguro, ya sea debido a las limitaciones existentes en la financiación del gasto público en una economía⁴. Si éste es el caso, la fijación de prioridades en materia de política sanitaria resulta más coherente y fácilmente justificable sobre bases políticas de legitimación democrática que sobre supuestos individuales reflejados, por ejemplo, en criterios de disponibilidad de pago en contraprestación a los servicios sanitarios.

2. Aunque sea desde argumentaciones teóricas, cabe reconocer que sólo sistemas integrados de provisión pueden responder a la pretensión de establecer sistemas sanitarios no exclusivamente asistenciales o curativos, responsabilizando de la salud a la comunidad, buscando la coordinación de medidas intersectoriales, fuera del sistema sanitario, al servicio de objetivos de salud.

3. En un contexto integrado, y con posibilidades de ser objeto de coordinación en su provisión, el sistema sanitario ofrece un campo más rico para la evaluación de alternativas. La unificación de responsabilidades en la planificación de políticas sanitarias ofrece una ventaja clara sobre mercados descentralizados y ofertas asistenciales independientes.

4. El reconocimiento anterior no es óbice para que resulte conveniente experimentar nuevas formas de organización, determinación de responsabilidades en la gestión, variaciones en la financiación y en el modo de práctica, siempre al servicio de objetivos preestablecidos. Dicha experimentación controlada es impensable en un sistema de mercado.

5. El fundamentar el sistema de provisión de cuidados de salud sobre un consenso social lo más amplio posible que ofrezca estabilidad a las estrategias de salud parece más probable sobre la base de sistemas nacionales de salud. Éstos afrontan con mayor legitimidad la difícil respuesta a las aspiraciones colectivas, en la consideración de que el paciente del sistema no es tan sólo el enfermo aquí y ahora que es atendido por el proveedor, sino también aquel que está en la lista de espera, el que no pue-

de ser tratado por falta de tecnología apropiada, o incluso aquel que soporta barreras culturales y de educación que le impiden demandar asistencia sanitaria. Ello supone colectivo el coste de oportunidad derivado de una poco eficiente asignación de recursos⁵.

Como es hoy bien sabido, la utilización de medidas agregadas de salud (esperanza de vida, niveles de morbilidad, mortalidad infantil, etc.) no parecen moverse siempre en paralelo a la utilización de recursos sanitarios. El *mix* de recursos asistenciales y no asistenciales, sanitarios y no sanitarios, entre tipos de asistencia, etc., prueba su relevancia para los objetivos de salud. La especificación amplia de dicha función de producción de cuidados de salud puede, en principio, aproximarse en mayor medida desde sistemas sanitarios públicos que desde aquellos de tipo privado.

Sin embargo, en la práctica, parte al menos de las virtualidades que ofrecen los sistemas sanitarios integrados de prestación sanitaria parecen desaparecer por pérdidas en eficiencia asociadas a la implantación efectiva de las políticas y a su gestión cotidiana.

La pérdida sistemática de elementos de motivación a la eficiencia en cualquier punto de la prestación (consumidor, proveedor, financiador) hacen que la gestión de los sistemas públicos pueda acabar oscureciendo, en definitiva, las ventajas que desde una óptica teórica antes se formulaban⁶.

Los problemas de gestión en los sistemas sanitarios públicos

En un reciente trabajo realizado por encargo del Gobierno británico, A. Enthoven (1985)⁷ ha señalado los problemas de gestión como el talón de Aquiles de los sistemas sanitarios públicos.

Para tratar el punto anterior, el profesor Enthoven parte de la idea de que los sistemas del tipo NHS (Servicios Nacionales de Salud) se asientan sobre una base de consenso social que, declaraciones programáticas al margen, ningún grupo político ha variado sustancialmente en el pasado. Desde esta

consideración, se trata de afrontar el problema que para una mejor asignación de recursos tienen planteados los sistemas nacionales de salud: el encaminar los recursos hacia los objetivos —no sólo aquellos formulados en términos de eficiencia— previamente establecidos. Se trata de guiar coordinadamente un amplio número de centros de decisión, desde las entidades centrales hasta el nivel más desagregado con influencia en el proceso de toma de decisiones. Ello resulta fundamental para garantizar la adecuación de los instrumentos o recursos disponibles puestos al alcance de los diferentes escalones de decisión con los objetivos establecidos.

El punto débil de dicha adecuación radica en la estructura organizativa y en la falta de vínculos (*feedback*) hoy existentes entre el *output* derivado de la actividad y los costes asociados con ésta.

Los anteriores problemas son especialmente graves en sistemas sanitarios organizados sobre estructuras jerarquizadas y basadas en la asalarización de los proveedores, dentro de los que se reconocen escasos márgenes de libertad en la actuación de los usuarios⁸.

Dichos sistemas convierten el comportamiento del proveedor en clave de la eficiencia del sistema sanitario. Ello se debe en gran parte —como se verá más adelante— a las dificultades de efectuar un seguimiento preciso de la relación medios-resultados, en la medida que la actividad se está realizando, márgenes para la evaluación y el control.

El reconocimiento del punto anterior obliga a aceptar la delegación de la responsabilidad de gestión a niveles inferiores a los que jerárquicamente hoy se asignan, promoviendo un cambio en la cultura de la organización que contemple, como mínimo:

1. Hacer partícipe al personal sanitario del hecho de que el usuario del sistema público es el conjunto de la sociedad y no tan sólo el paciente tratado en el momento (en los términos antes formulados); y

2. Convencer, por la vía de la razón, que no atender a consideraciones de coste no tiene componente ético alguno, sino más bien de fanatismo. Pensar que por pequeño que sea el beneficio

se justifica cualquier utilización de recursos es una forma de fanatismo, debido fundamentalmente al coste de oportunidad que ello supone sobre el resto de ciudadanos.

Por tanto, la no separación del reino de los costes y de los beneficios en el momento de la toma de decisiones por parte del proveedor, atendiendo más bien, en su lugar, a su valoración conjunta y en el margen, deviene clave al menos en las tres siguientes áreas en las que, de modo consciente o no, el proveedor toma en la práctica decisiones (Williams, 1987): (i) puramente clínicas; (ii) cómo gestionar los recursos ligados a su actividad en el consultorio o servicio, y que el sistema sanitario ha puesto a su disposición, y (iii) sobre prioridades en la utilización de dichos recursos (quién, cuándo y cómo), ya donde el criterio político limita con el de planificación sanitaria.

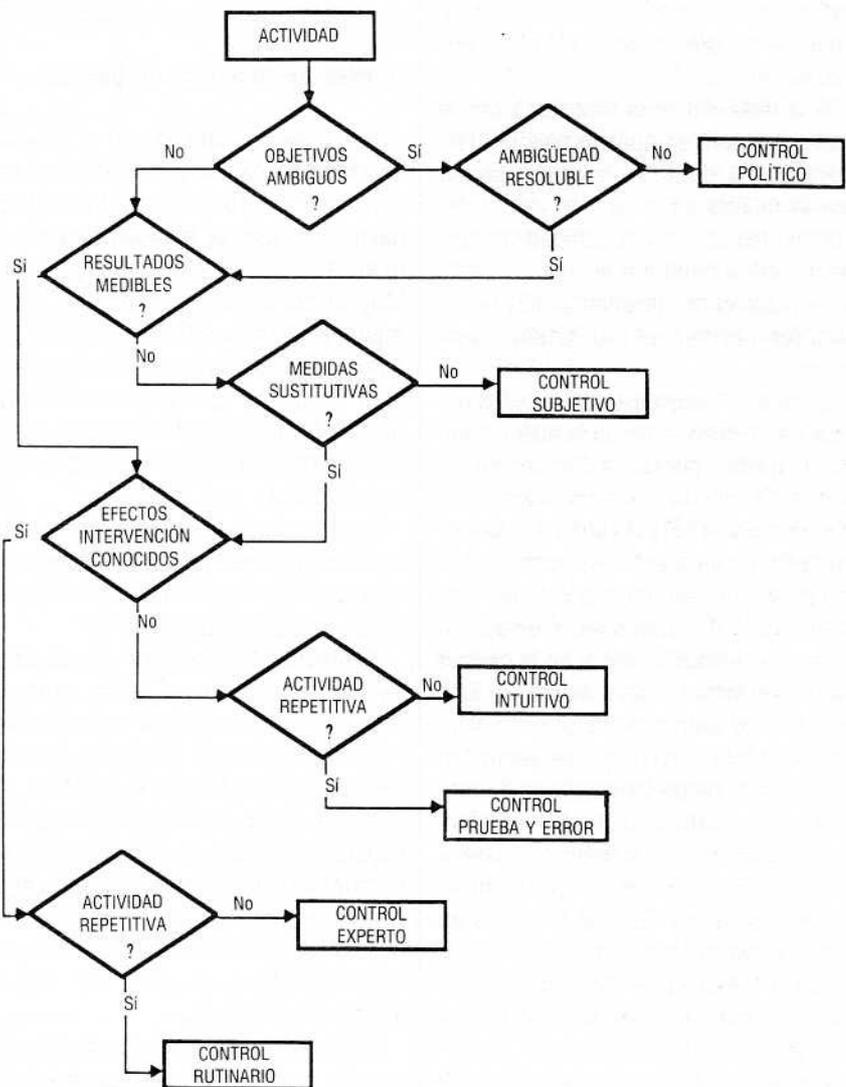
En este contexto, el paciente es para el proveedor, en principio, un «proyecto»⁹ que se va definiendo en la medida que es tratado. No existe de entrada una limitación de recursos aplicable de modo singular al proyecto, fuera quizás de la restricción presupuestaria global establecida en mayor o menor medida sobre el centro.

La definición de dicho proyecto no siempre es clara ni se puede establecer de modo unívoco. Ello se debe, entre otros, a los siguientes factores: (i) la fijación de un coeficiente *input-output* que tenga carácter de consistencia clínica en cada momento del tiempo (y sobre cuya relación supuestamente se pudiera «protocolizar») está rodeado cuando menos de incertidumbre en cuanto a la propia efectividad del resultado del tratamiento; (ii) los indicadores de productividad convencionales resultan ambiguos en todas aquellas técnicas de mejora del diagnóstico y de tratamientos que posponen el *exitus*; (iii) ello es debido en parte a que, a pesar de los esfuerzos realizados en la construcción de medidas de resultados finales (por ejemplo, en términos de años de vida ganados, ajustados por calidad -QALYS), en la mayoría de los casos se ha de partir de la consideración de *outputs* intermedios; (iv) la característica propia de servicio hace que, en el mo-

mento de la prestación, el producto y el proceso aparezcan ligados, de forma que resultan indistinguibles para el consumidor, que los valora conjuntamente; y, finalmente (v), el control de gestión «ex post», utilizable para el tipo de actividad en cuestión, no puede basarse en la mayoría de los casos en un control rutinario ni de expertos, debido a su carácter no repetitivo, amén de otros posibles problemas que pueden aparecer por desconocimiento de los efectos de la intervención efectuada y falta de medidas aproximativas de resultados no directamente commensurables.

Los extremos anteriores revisten unas características específicas en el caso español, en el que, en adición a las cuestiones de eficiencia derivadas de la falta de criterios del proveedor, se pueden localizar problemas relacionados con una estructura que presenta aún multiplicidad de entidades e instituciones responsables de la provisión y falta de definición del grado de autosuficiencia que debieran alcanzar los servicios regionales de salud¹⁰. Sigue imperando, asimismo, una financiación de centros que no ha sabido romper con las rutinas incrementalistas ni periodificar correctamente el gasto efec-

Figura 1. Tipología del control de gestión



Fuente: Hofstede¹⁰

tuado. Finalmente, por lo que se refiere a la estructura de nuestro sistema sanitario, y en lo que atañe a la organización y determinación de responsabilidades, no aparecen coincidencias claras entre puntos de decisión y puntos de responsabilización presupuestaria, con lo que ello supone de debilidad para las políticas de reconocimiento de autonomía operativa en la consignación de recursos financieros.

La falta de resolución de los extremos anteriores reviste especial importancia en el momento en que se produce una expansión del gasto sanitario, al arrastrar ésta consigo una estructura no racionalizada precisamente. Ello puede ocasionar desvíos en la aplicación de recursos hacia los objetivos establecidos por la LEGSA (básicamente universalización, aumento y mejora en la cantidad de las prestaciones recibidas por los españoles).

A la vista del nivel alcanzado por el gasto sanitario en nuestro país (en torno al 6,3 % del PIB), la preocupación por la mejora en la gestión de los recursos dedicados a la sanidad no surge motivada tanto por el nivel de gasto alcanzado, como posiblemente por los factores latentes en su futuro crecimiento.

Entre ellos cabe destacar aquellos derivados precisamente de la adecuación de los medios puestos a disposición del sistema sanitario a los objetivos establecidos por la LEGSA (universalización, aumento de prestaciones sociales, etc.), del envejecimiento de la población y de la adopción de nuevas tecnologías, así como de cualquier mejora en la calidad de la asistencia recibida, aspiración ésta sentida hoy ampliamente por la sociedad española, y en la que se acumulan buena parte de las expectativas de mejora en el estado de bienestar. En efecto, como destacan los profesores García y Alvira, en una encuesta recientemente encargada por FIES, el aumento en el gasto sanitario aparece como la aspiración colectiva de más amplia base de entre cualquiera de las formulaciones efectuadas¹¹.

En este contexto, no racionalizar de modo previo a dicho crecimiento la estructura, organización y determinación de responsabilidades en nuestro siste-

ma sanitario, corrigiendo las disfuncionalidades hoy existentes, puede traer consigo desviaciones de gasto extensivas tanto a sus componentes de cantidad y calidad —componentes éstos a los que legítimamente se aspira— como a factores de precio —resultado de costes unitarios de provisión, superiores a los que podrían resultar de una prestación en mayor grado eficiente. El no acompañar ambas políticas (control del coste unitario de la prestación por la vía de una mejora de gestión y un aumento en el número y calidad de la prestación sanitaria) puede disimular, en cifras incrementadas de gasto, una mayor ineficiencia en la utilización de los recursos sanitarios y retrasar, de este modo, el cumplimiento de los objetivos establecidos¹².

Nuevas perspectivas de gestión

Como se ha señalado en el anterior apartado no parece justificable en ningún caso que futuros crecimientos de gasto sanitario se realicen bajando la guardia a los problemas de gestión. Muy al contrario, márgenes de incremento en términos reales del gasto sanitario ofrecen un contexto apropiado para posibilitar la experimentación de nuevas fórmulas destinadas a la mejora en la gestión de los recursos sanitarios públicos.

Una perspectiva de las reformas hoy factibles en nuestro sistema de salud sin desvirtuar sus objetivos podrían ofrecerla los siguientes desarrollos:

1. *Mejorar los mecanismos de asignación de recursos y de los procedimientos de evaluación por comparación.*

Cualquier cambio en la distribución del gasto sanitario (a nivel territorial, de área, de centro o de servicio) debe recuperar la noción del presupuesto como instrumento de gestión, y sustanciar la restricción financiera como mecanismo básico de motivación a la eficiencia en todas aquellas situaciones ajenas a la lógica del mercado.

Los avances en este campo han de resultar sustanciales en nuestro país, entre otras razones, al ser hoy posible pasar de la nada absoluta al algo relativo sin necesidad de grandes sofisticaciones

como las que representan aquí y ahora los Diagnostic Related Groups (grupos de pacientes con patologías afines o DRG) o su versión ambulatoria, Ambulatory Visit Groups (AVGs). Y ello obviamente, sin menoscabo de que los avances se produzcan en la dirección *outputs* clínicos con costes, tal como postulan los instrumentos anteriores.

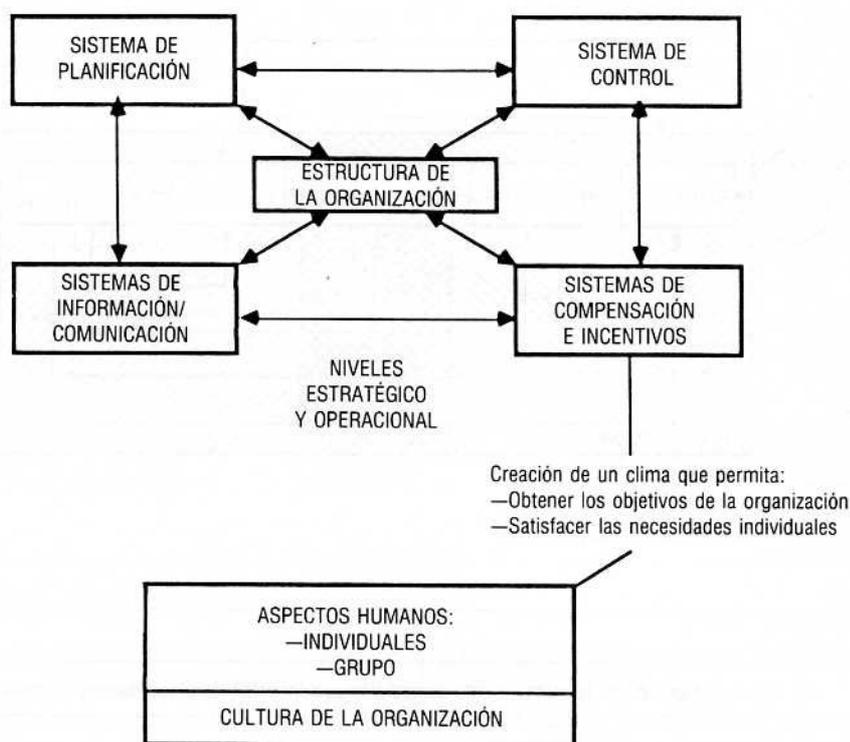
En efecto, romper la rutina incrementalista, en ningún caso motivadora de la buena asignación de recursos en etapas expansionistas del gasto, y penalizadora de hecho de la eficiencia en supuestos de restricciones financieras homogéneas, típicas de etapas de crisis económica, es hoy condición necesaria —posiblemente no suficiente— de cualquier mejora en la gestión de la sanidad pública.

Conviene en dicho esfuerzo, y desde cualquiera que sea el nivel de que se trate: (i) objetivar, en la medida de lo posible, la distribución de los recursos parametrizándola y sustrayéndola de criterios discrecionales; (ii) alejar su utilización de objetivos coyunturales de ahorro para la entidad financiadora (ante la idea que puede suponer para el centro el que un gasto más bajo hoy signifique una menor financiación mañana); (iii) determinar su aplicación sobre bases prospectivas (con situaciones de incertidumbre para el centro), y (iv) reforzando su validez en el tiempo (frente a las huidas hacia adelante que convierten a las cifras presupuestarias aprobadas en restricciones poco creíbles). En efecto, las consignaciones presupuestarias aprobadas representan, en algunos casos, cantidades inferiores a las que previsiblemente se acabarán liquidando en el ejercicio en curso, incluso en términos corrientes.

El punto último reviste un problema especial para la planificación regional de los recursos sanitarios, al participar la Comunidad Autónoma con servicios transferidos, por razones obvias, del propio déficit generado eventualmente por el Insalud. Ello obliga a que la planificación del gasto llegue a anteceder a la afloración efectiva del déficit de la entidad gestora central.

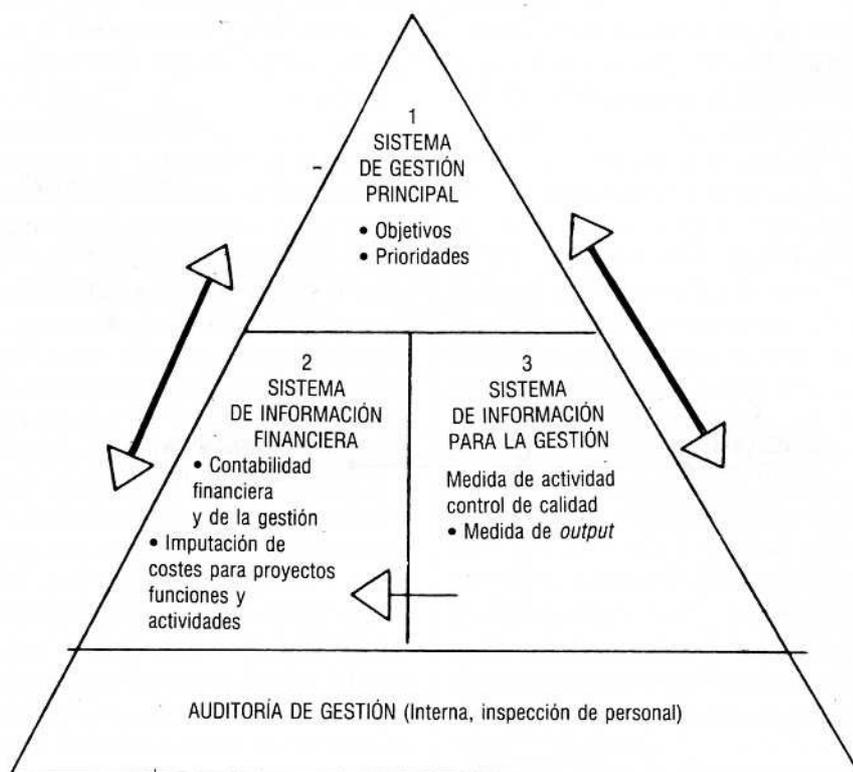
En conjunto, el proceso presupuestario multiplica de este modo hoy la dificultad de que cualquier eslabón del

Figura 2



Fuente: Hax y Majluf¹³

Figura 3. El presupuesto como instrumento de gestión



proceso de decisiones en términos de gasto tome como referencia de la disponibilidad de recursos existentes las cifras de financiación anticipadas.

2. En el mismo sentido, *la recuperación del presupuesto como instrumento de gestión* pasa por superar la concepción administrativista del presupuesto como instrumento fiscalizador de control de la legalidad¹³. Ante esta situación, la falta de desarrollo de nuevas técnicas de programación presupuestaria, más allá de los estudios estadounidenses de la década de los sesenta no se corresponde con la importancia que ha ido adquiriendo en los últimos tiempos el conjunto de la actividad financiera del sector público en la economía.

Se hace necesario también un cambio en la cultura presupuestaria que rige en nuestra administración —y en la sanitaria en especial— a efectos de conseguir que el gestor vea en el presupuesto no algo impuesto «desde fuera», sino un instrumento de disposición de medios al servicio de determinados objetivos de los que deberá rendir cuentas.

Ello requiere, por una parte, la concreción de los compromisos sanitarios en el campo presupuestario, con fijación de programas que incluyan objetivos cuantificados.

Por otra parte, y al servicio de los criterios anteriores, deben poder eliminarse ciertas rigideces presupuestarias hoy existentes, tales como las relativas al maniqueísmo entre gastos ordinarios y gastos de inversión, y las derivadas de llevar el control pormenorizado del gasto al nivel de concepto, e incluso en algunos casos al de artículo.

En general, se trata de integrar el presupuesto como pivote del sistema de planificación, de control, de información-comunicación y de compensación e incentivos:

(i) Como sistema de planificación, a través de la fijación de diferentes horizontes en los que se reflejen, de modo coherente, planes y programas. Asimismo, parece conveniente abrir un proceso de participación de los agentes implicados en su ejecución, al ser éstos, a su vez, destinatarios del método prefijado de evaluación de los resultados.

(ii) Como sistema de control, la utilización del presupuesto requiere distin-

guir su aplicación, bien a servicios intermedios (*off-line*) o a servicios directamente vinculados al paciente (*in line*)⁹. Sólo para los primeros es aplicable, en cierta medida, el control cibernético (por ejemplo, en el caso de las determinaciones), y para los segundos resta el simple control por comparación sobre *outpus* (tipos de pacientes) definidos del modo más homogéneo posible (GDRs u otros)^{14,15}.

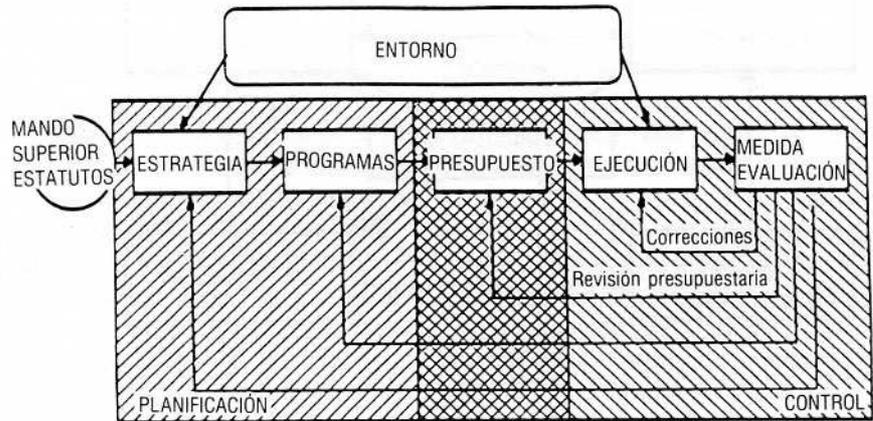
(iii) Como sistema de información, la utilización de indicadores de base presupuestaria parece necesaria para garantizar el seguimiento de la gestión del gasto. Dicha utilización debe ser consciente de que los indicadores pueden ser útiles o no dependiendo de factores tales como el clima financiero en el que se aplican, que estén exentos, obviamente, de errores técnicos o conceptuales y, más en general, que se considere correcta su utilización para un fin que se acepta.

Por ello es conveniente que el sistema de comunicación acompañe al de información, con una estructura formalizada que favorezca la participación sobre supuestos de solidaridad y confianza (por ejemplo, vía sesiones clínicas, trabajo en equipo, etc.); finalmente:

(iv) Como sistema de compensación e incentivo, y al margen de supuestos de motivaciones trascendentes, la utilización del presupuesto aparece como crucial para asegurar la compatibilidad de intereses entre financiador y proveedor. Su resolución efectiva pasa en gran medida por una formulación coherente de la solución financiera adoptada para el reembolso del centro (global, por acto, *per cápita*, GDR, etc.) en relación con el pago al suministrador del servicio (salarial o no salarial, y modalidades de éstos).

3. En tercer lugar, parece a todas luces conveniente para mejorar la asignación de los recursos, un esfuerzo de desregulación, en la línea de la «desjerarquización» y *descentralización de responsabilidades*. Ello debe correr en paralelo a la fijación de consignaciones presupuestarias a aquellos centros de decisión con autonomía de gasto y que prueben debidamente su capacidad de merecer mejores perspectivas profesionales.

Figura 4. Esquema de planificación y control



Fuente: Hax y Majluf. Ob. cit.

Figura 5. Paso desde la atribución de costes a la consignación de presupuestos

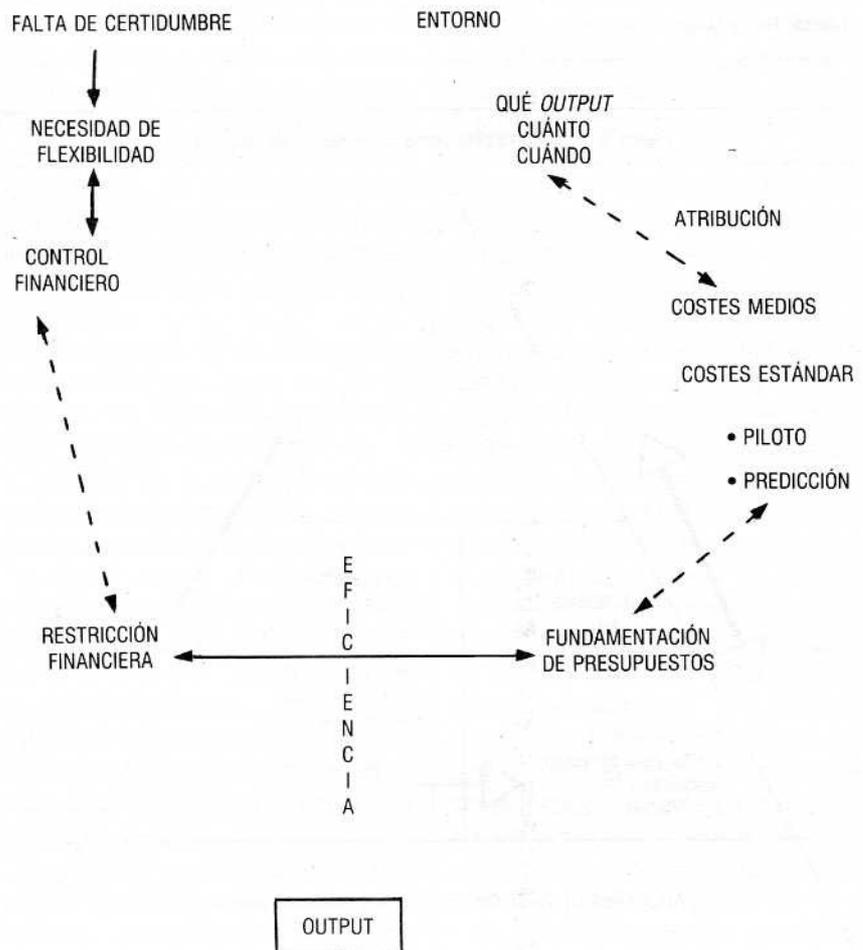


Tabla 1. Tipos de presupuestos desde la óptica del control de gestión (Hofstede)

Tipo de presupuesto	Tipología de control de gestión	Problemas de gestión principales	Técnicas/instrumentos disponibles	Procesos sociales
de inversión	No repetitivos:			
	Control expertos Control intuitivo Control subjetivo Control político	Asignación de recursos	Análisis económico Revisión y evaluación de programas Flujo actualizado de caja	Poder discrecional Negociación Mercadotecnia de justificación
operativo por centros de <i>inputs</i>	(<i>output</i> no medible)	Asignación de recursos (alternativas)	PPBS ZBB Dirección por objetivos	Poder discrecional, negociación y mercadotecnia +
	control subjetivo	+ Motivación a la actividad	Análisis de políticas Evaluación de programas	Liderazgo/subordinación Motivación Juegos estratégicos
operativo por centros <i>input-output</i>	(<i>output</i> medible)	Motivación a la actividad	Acuerdos presupuestarios semiparticipativos	Liderazgo/subordinación
	Control rutinario Control prueba-error		<i>Feedback</i> de variaciones presupuestarias Dirección por objetivos	Motivación Juegos estratégicos

Fuente: Hofstede. Ob. cit. 1981.

Se trata de redefinir los centros de coste existentes, seleccionando como destinatarios del presupuesto aquellos centros de responsabilidad sobre los que se permita una esfera de autonomía en la decisión. El resto de centros de coste deben imputarse consecuentemente a los que carecen de poder de decisión (sobre cantidades), y el objetivo prioritario a establecer sobre éstos es el proveer servicios intermedios al menor coste unitario (precio) posible.

4. Ello ha de permitir un enriquecimiento relativo de los puestos de trabajo que amplía el nivel de satisfacción derivado del ejercicio profesional, por vías complementarias a la retributiva. Desde esta óptica, la regulación del acceso a determinados *inputs*, el reforzamiento de la cohesión interna (en el tema, por ejemplo, de las incompatibilidades) a través del trabajo en equipo pueden ser fundamentales. A ello se deben adjuntar políticas que permitan compartir la responsabilidad de la actividad profesional sobre el *output* en lugar de sobre el *input* contra la idea de «esto a mi no me toca», y favoreciendo la alternativa de «todos mejoramos y nadie pierde» con el cambio. Pese a que de los resultados debe generarse la compensación salarial, no parece oportuno confiar en demasía en el estímulo financiero, que suele considerarse además rápidamente derecho

adquirido. Esta solución es en todo caso compatible, en mayor grado, con la delegación lógica de responsabilidades que, debido a las características del ejercicio profesional, impide que éste puede medirse propiamente durante la realización de la actividad, debiéndose evaluar de acuerdo con el resultado final, y pese a la incertidumbre que ello pueda generar.

El desarrollo del punto anterior ha de acompañarse de una definición de los puestos de trabajo que permita la planificación de su futuro crecimiento, y de modelos retributivos adecuados. Sobre este extremo existe suficiente experiencia de que excelentes profesionales de la medicina pueden resultar pésimos gestores, por lo que vincular aumentos en la escala salarial exclusivamente a una escala jerárquica que incluya perfiles de gestión (jefes de servicio con responsabilidad presupuestaria) puede ser un grave error. O bien se abren carreras profesionales, tanto en el ámbito clínico como en el de gestión, que favorezcan la autoselección o se hacen necesarias alternativas de incorporación de economistas u otros profesionales (GIRs —Gestores Internos Residentes— en algunas experiencias iniciadas en Cataluña) como ayuda al responsable de decisiones clínicas.

Todo ello parece conveniente materializarlo en un marco de estabilidad, que

dé permanencia a la estrategia escogida. Frente a ello, el cambio continuo y la reorganización permanente resultan poco apropiados.

5. El cambio en la asignación interna de recursos pasa por la *mejora en la base de información existente* para uno de los pocos mecanismos hoy disponibles de evaluación por comparación. Dicha comparación puede encontrar en la investigación operativa, en la construcción de «funciones frontera» o en la aproximación regresional al comportamiento medio, instrumentos que perfeccionen dicha evaluación¹⁶.

La introducción de técnicas de *case mix* y el establecimiento de una contabilidad de costes sensible a los centros de responsabilidad establecidos (la aproximación a las unidades relativas de valor suponen un primer paso ya hoy posible) permiten avanzar en la dirección correcta: la de partir de productos definidos con coherencia médica a los que se afectan los componentes de coste (recursos) asociados, fijando los estándares oportunos (medios, «óptimos» o «predichos») de modo que generen expectativas de coste con un grado de similitud razonable. Posteriormente, ha de resultar posible incorporar dichos estándares a los presupuestos, correlacionando los niveles de *output* actividad alcanzados con los sistemas de pago a las unidades proveedoras.

Último, pero no baladí

Independientemente del estricto margen de mejora en la asignación de recursos que se pueda derivar de una nueva concepción de la gestión presupuestaria, los sistemas públicos de salud tienen ante todo planteado un reto de *mejorar la calidad asistencial que dé satisfacción a las aspiraciones colectivas*, frustración de la que es legítima aspiración del ciudadano en un Estado de bienestar. Se trata con ello de devolver protagonismo al ciudadano en la prestación sanitaria, disminuyendo los costes de acceso, pero, sobre todo, dignificando el tratamiento (entorno y humanización) que tan frecuentemente recibe la impronta de la insatisfacción del personal sanitario.

Debe ser posible, en esta dirección, incrementar las posibilidades de elección entre centros y proveedores, al menos en la medida que ello resulte posible en cada ámbito y situación. La generalización al conjunto de los ciudadanos del modelo MUFACE es una posible vía de avance, que merece una mayor consideración¹⁷.

Asimismo, parece necesario profundizar en mecanismos de producción privada con mantenimiento de provisión pública. Cabe reconocer, para ello, que la responsabilidad de los servicios sanitarios no exige su directa producción, con lo que el régimen de concertación (*contracting-out*) de medios ajenos o privados no puede en principio desecharse. Regulación y financiación pueden ser elementos suficientes para ase-

gurar una provisión pública satisfactoria de los servicios sanitarios.

La mejor defensa de la sanidad pública es posiblemente hoy llamar a las cosas por su nombre. La imposición y la frustración de mayores posibilidades de elección, asociada a unos mayores niveles de calidad, es un precio que no vale la pena exigir. La contradicción entre la capacidad de prestación del sector sanitario y el progreso social puede acabar socavando el consenso político establecido en torno al sistema universal de prestación pública.

La formulación de mercados internos¹⁸ dentro de los sistemas sanitarios públicos, ya sea de proveedores (actual propuesta del Reino Unido sobre la base de los médicos de cabecera) o de consumidores (Consumer Choice Health Plan» de Estados Unidos), ofrece pautas para la orientación del cambio aquí argumentado. Localizar un punto individualizado de decisión y asignarle responsabilidad por los recursos comprometidos, sea éste un médico (perfecto agente del ciudadano) o el propio ciudadano, más allá de intereses de instituciones y patronatos, es la filosofía que los sustenta. La autoridad sanitaria debe, en consecuencia, intentar ligar la satisfacción inmediata de las aspiraciones de los ciudadanos, a través posiblemente de políticas de educación sanitaria, con los objetivos a largo plazo del sector sanitario. Éste puede ser el reto de los próximos años.

Bibliografía

1. Easterbrook G. Revolución en la medicina. *Papeles de Gestión Sanitaria*. 1987; 6-7 (jul, ago, sep).
2. Lister, J. Prospects for the National Health Service. *N Eng J Med* 1988; 317: 1473-6.
3. Winkerwerder W, Ball. JR. Transformation of American Health Care. *N Eng J Med* 1988; 318: 317-9.
4. López Casasnovas G. La financiación de los servicios sanitarios en España. CIRIEC 1988; n.º monográfico Economía de la Salud.
5. Williams A. Applications in Management Department of Economics. *Working paper*. University of York, 1988.
6. Green D. *Challenge to the NHS. A study of competition in American Health Care and the Lessons from Britain*. Institute of Economic Affairs. Horbark Paperbak (n.º 23), 1986.
7. Enthoven AC. *Reflection on the management of the NHS: An American looks at incentives to efficiency in Health Services Management in the U.K.* London: Nuffield Prov Hosp Trust, 1985.
8. López Casasnovas G. Gasto público y proceso presupuestario. El caso de la financiación de los hospitales. *Presupuesto y Gasto Público*. 1985; 25.
9. Valor Sabatier J, Ribera Segura J. Algunos aspectos de gestión en instituciones sanitarias. *CIRIEC España*, 1988; A (junio/sep).
10. Hofstede G. Management Control of Public and not-for-profit activities. *Accounting, Organizations and Society* 1984; 6 (3): 193-211.
11. García López F, Alvira Martín J. *Papeles de Economía Española* 1989; 37.
12. Costas Terrones JC, López Casasnovas G. Aspiraciones colectivas y eficiencia en el sistema sanitario español. *Papeles de Economía Española* 1988; 37.
13. Hax A, Majluf N. *Strategic Management: An integrative perspective*. Lorsch y Allen. 1984.
14. López Casasnovas G. El ajuste por la distinta combinación de casos. Objetivos e instrumentos. *Todo Hospital*, 1986; 28.
15. Bohigas Santasusagna, Ll., Sistemas alternativos a la clasificación de «Case-Mix». *Todo Hospital*, 1988; 49.
16. López Casasnovas G, Wagstaff A. La combinación de los factores productivos en el hospital: Una aproximación a la función de producción. *Investigaciones Económicas* 1988; 2 (2): 305-27.
17. López Casasnovas G. La concentración externa de los servicios sanitarios. *Seminario sobre Gasto Público: Hechos y Tendencias*. Santander: Universidad Internacional Menéndez Pelayo, 1988.
18. Saltman R, Von Otter C. Revitalizing public health care systems: a proposal for public competition in Sweden. *Health Policy* 1987; 20.

