

# LOS CAMBIOS NECESARIOS PARA CONTINUAR LA REFORMA SANITARIA: II. EL CAMBIO «INTERNO»\*

José Martín Martín / Esteban de Manuel Keenoy / Guadalupe Carmona López /

José Martínez Olmos

Escuela Andaluza de Salud Pública

## Resumen

Las páginas siguientes pretenden identificar organización y gestión de la atención primaria necesarios para desarrollar una estrategia de *marketing* social, consistente y viable. Algunos elementos claves que han de modificarse son: 1. Esquemas administrativos y de gestión centralizados y rígidos. Presupuestos retrospectivos. 2. Estructura de incentivos centralizada y disociada de la cadena de mando. 3. Unidades de dirección y gestión en atención primaria, inmersas en el conflicto político. 4. Carencia de márgenes de elección del usuario. 5. Inexistencia de una estrategia de *marketing* interno.

Se discuten distintas formas de simular mercados como instrumentos para la eficiencia, así como elementos necesarios del «cambio interno», tales como la modificación del marco jurídico del In-salud, SAS, etc. en una dirección desreguladora. De todos «los cambios internos» esbozados, tres se consideran esenciales: a) Sistemas de retribución en atención primaria. b) Modificación del marco laboral. c) La reforma del proceso presupuestario. Se proponen estrategias concretas en cada una de estas áreas enfatizando su indispensable interdependencia y congruencia entre sí.

**Palabras clave:** Atención Primaria de Salud. Sistemas sanitarios. Gestión. *Marketing* interno.

## THE NECESSARY CHANGES TO END THE HEALTH SERVICES REFORM: II. THE «INTERNAL» CHANGE

### Summary

The article desired organizational and managerial changes in Primary Health Care, so as to develop a sound and feasible social marketing strategy. Key elements that should be changed are: 1. Rigid and centralized administrative structures and procedures. 2. Incentives system centralized and dissociated from the managerial structure. 3. Primary Health Care management units immersed in political conflict. 4. Absence of alternative in the margin. Users cannot choose. 5. Lack of an internal marketing strategy.

Several ways of internal markets simulation are assessed as potential means for internal change. The need for an administration reform leading to a less normativist system in the Spanish national and regional health services is reviewed too. Three changes are considered essential:

a) Payment systems in Primary Health Care. b) Modifications in the personnel contracts. c) Reform of the budgeting processes. Specific strategies in each of these issues are suggested, making emphasizing the need of their interrelationship and coherence.

**Key words:** Primary Health Care. Health Systems. Management. Internal Markets.

## Introducción

No es necesario coincidir con Francis Fukuyama y su curioso opúsculo *¿El fin de la historia?* anunciando un eterno liberalismo económico poshistórico, para asumir que lo que hemos denominado Estado del bienestar va a sufrir mutaciones muy importantes. Ciertas alianzas fraguadas históricamente entre las

socialdemocracias europeas y los sindicatos obreros van a verse obligadas a modificarse drásticamente.

Los sistemas sanitarios públicos se encuentran instalados inevitablemente en esa línea de frontera donde se va a decidir la configuración, funcionamiento y alcance de los nuevos Estados del bienestar. En nuestro país, el sistema sanitario público vive en un casi permanente conflicto. Intereses y expectativas

de sindicatos, asociaciones profesionales y grupos de presión se contraponen a unos actores políticos en el poder necesitados de mecanismos razonables para encaminar el sistema según su formulación de objetivos a un coste soportable. La reciente ingobernabilidad del sistema sanitario no va a poder ser mantenida indefinidamente. La estrategia de reforma sanitaria en atención primaria participa de las anteriores consi-

\* Una versión previa de este artículo fue presentada en las IX Jornadas de Economía de la Salud, Barcelona 19-29 de septiembre de 1989.

deraciones, y por tanto va a exigir como condición previa y simultánea a cualquier estrategia de *marketing*—que amplíe la base de apoyo de la reforma— cambiar las reglas de juego, para modificar la estructura de incentivos que generan el actual modelo de organización y gestión de atención primaria.

### Situación actual

Sin estos cambios, la satisfacción de las expectativas de la población se presenta problemática, con lo que la propia legitimación y consenso social en torno al sistema sanitario público puede perderse progresivamente<sup>15</sup>. Algunos elementos claves que debemos considerar son:

#### 1. Los esquemas administrativos y de gestión centralizados y rígidos.

El proceso presupuestario de carácter retrospectivo anula cualquier tentación de eficiencia por parte de los gestores. Su ejecución y control en términos de recursos (clasificación económica) imposibilitan establecer relaciones coste-actividad o coste-objetivo que permitan evaluar y asignar recursos consistentemente. Los presupuestos del sistema sanitario público se insertan como uno más en los procesos presupuestarios generales del Estado<sup>2</sup>. Independientemente del fracaso de las estrategias de reforma presupuestaria aplicadas en España<sup>3</sup> (básicamente el presupuesto por programas), no se ha tenido en cuenta la especificidad de la producción de servicios sanitarios, particularmente el papel clave que juega el proveedor sanitario. La presencia de asimetrías de información en la relación médico-usuario, por la que el paciente delega en el médico el proceso de toma de decisiones, sitúa a éste de forma simultánea en la oferta y la demanda. Otorga al proveedor el poder de decidir, sin limitación alguna de recursos, las variables claves del proceso de atención sanitaria<sup>4</sup>: derivación al especialista, exploraciones complementarias, gasto farmacéutico, desarrollo e implantación de programas de prevención, bajas laborales, etc. Si el proveedor incorpora en su actuación profesional objetivos que le son relevantes a él, pero

no al usuario, alterará diversas variables de coste y actividad en un sentido que le favorezcan. En este caso estamos ante una relación de agencia imperfecta.

Prescindir de esta evidencia como hasta ahora, supone, en el terreno presupuestario, situaciones generalizadas de incumplimiento de la Ley General Presupuestaria, el funcionamiento de centros e instituciones sanitarias fuera del presupuesto durante varios meses al año, y la inutilidad del control previo de la Intervención General, que asiste al espectáculo como «convitado de piedra».

#### 2. La estructura de incentivos está fuertemente centralizada y disociada de la cadena de mando (vacaciones, sanciones, retribuciones, ascensos, etc.)<sup>5</sup>. Se deja a los gestores sin instrumentos que orienten el comportamiento de profesionales y trabajadores de acuerdo con los objetivos de la organización.

Los esquemas retributivos basados en el salario y los puestos de trabajo prácticamente vitalicios conforman un «nicho» rígido e insensible tanto a los objetivos institucionales como a los deseos de los usuarios.

#### 3. El debate y conflicto político se traslada a centros de salud y unidades de provisión, donde los responsables y gestores de cualquier nivel están en una «provisionalidad constante», más atentos a no salir en la prensa y no provocar conflictos que perturben «arriba» que a gestionar un centro sobre el que, en cualquier caso, no le van a evaluar.

4. El usuario carece de márgenes de elección efectivos, definidos y que incidan en las retribuciones de proveedores sanitarios y trabajadores, así como en los presupuestos de centros de salud y distritos sanitarios.

#### 5. No existe una estrategia definida de *marketing* interno que considere el proyecto de reforma de atención primaria y los necesarios cambios en el proceso de gestión como un producto que hay que vender a profesionales y trabajadores.

### Simulación de mercados e incentivos

Frente a esta oferta de servicios monopolista y rígida, poco sensible a los

deseos de los usuarios y que impide optimizar las virtuales ventajas de los sistemas públicos<sup>1</sup>, se han propuesto<sup>6-7</sup> reformas que promueven un proceso de descentralización como forma de incentivar la eficiencia y simular mercados competitivos que generalizan los modelos de descentralización. Entre la planificación centralizada y burocrática propia de los sistemas nacionales de salud y la lógica del beneficio privado dominante en los sistemas sanitarios de mercado, existe espacio para explorar una gestión sanitaria pública descentralizada que incorpore el mercado como instrumento para la eficiencia. Un mercado es un mecanismo donde compradores y vendedores cambian bienes y servicios utilizando precios como señales de información para tomar decisiones de intercambio. No requiere *a priori* involucrar al sector privado<sup>6</sup>. Compradores y vendedores pueden ser las propias Zonas Básicas de Salud, los distritos sanitarios u hospitales.

La simulación de mercados competitivos en atención primaria tendría al menos, tres propósitos:

a) Dotar de un marco de autonomía a los centros de salud y distritos sanitarios dentro del cual las organizaciones sanitarias operarían «libremente» buscando la eficiencia según «los precios del mercado».

b) Superar la inercia burocrática, centrada en su funcionamiento interno, estableciendo un sistema de precios internos que proporcione señales para las acciones de regulación y evaluación de gestores y proveedores.

c) Disminuir las interferencias en las tomas de decisiones cotidianas y enfrentar a políticos y fuerzas sindicales y sociales a una visualización de los costes de oportunidad de las estrategias que adopta.

Las posibilidades de generar estructuras competitivas de simulación de mercados en el sector público son sintetizadas por Saltman y Van Other<sup>11</sup>. En la figura 1 puede verse que la cuestión central es la participación o no del sector privado (mercado mixto contra competencia pública) según si el sector público cede la soberanía de la decisión a la oferta de servicios (producción privada) o bien al componente de

Figura 1.



Fuente: Saltman y Van Oort<sup>9</sup>.

la demanda (elección del consumidor).

Los dos modelos de simulación de mercados<sup>6-7</sup> más conocidos son: la propuesta de «mercados internos» de Enthoven<sup>8</sup> y el enfoque de «competencia pública de Saltman»<sup>9-13</sup>.

El modelo de «competencia pública» elaborado para Suecia<sup>9</sup> tiene su eje en la soberanía de elección del paciente/consumidor, tanto de centros sanitarios públicos, como de médicos. Las organizaciones públicas y los proveedores sanitarios competirían por una *cuota de mercado público* que afectaría al presupuesto de la institución y a los del personal. En íntima relación con este mecanismo de atención al paciente se diseñaría un conjunto de incentivos que orientará el comportamiento del proveedor sanitario en la dirección de los objetivos públicos establecidos a nivel político.

La noción de elección del paciente

está asimismo en la base de la propuesta de «mercados internos» elaborada por Alain Enthoven para el Servicio Nacional de Salud (SNS)<sup>8</sup> británico y posteriormente desarrollada por el Gobierno en el documento *Working for Patients*.<sup>14</sup> El «mercado interno»<sup>42</sup> es un sistema en el que las autoridades de salud disponen de presupuestos determinados para atender las necesidades de servicios sanitarios de su población, con los que pueden o proveerse ellas mismas o comprar servicios de hospitales y de atención primaria de otras autoridades de salud, de otras agencias de servicios públicos o del sector privado. El modelo particular propuesto por el Gobierno británico insta explícitamente a las instituciones sanitarias privadas a participar con el fin, entre otros, de suavizar la presión sobre las instituciones del NHS<sup>14</sup>.

Saltman ha caracterizado las diferen-

cias más importantes del enfoque de «competencia pública» contra «mercado interno» de Enthoven<sup>11</sup>:

1. La competencia pública enfatiza la introducción de incentivos de mercado en relación con la demanda de servicios de salud, mientras que la propuesta de «mercados internos» propone concentrar los incentivos de mercado en la oferta de servicios.

2. La «competencia pública» utiliza como agente de cambio al paciente y a partir de ahí intenta desarrollar incentivos y cambios de comportamiento en el resto de los agentes: médicos, personal, burócratas y políticos. El enfoque de «mercados internos», en cambio, hace hincapié en el director de distrito como asignador de recursos y evaluador de costes y calidad.

3. El centro de cambios de incentivos en el «mercado interno» de Enthoven se articula en el nivel regional, a diferencia del enfoque de competencia pública, que pretende cambiar los incentivos en el nivel de las instituciones y del proveedor sanitario.

### Estrategias de reforma

Un proceso de «cambio interno» en la reforma de atención primaria en España que persiga un proceso de descentralización y simulación de mercados competitivos debe, cuando menos, desarrollar estrategias definidas en las siguientes esferas junto al mantenimiento de ciertas cautelas\*.

\* Las cautelas a tener en cuenta, según Guillermo López Casanovas, serían:

1. Garantizar que se ha ajustado por diferencias en la necesidad de servicios, atendidas, por ejemplo, las características demográficas, sociales y económicas del colectivo servido.

2. Mantener una disponibilidad similar de *inputs* entre unidades proveedoras; de otro modo, la carestía (ausencia) de determinados *inputs* podría obligar a una utilización más intensiva de otros factores por razones diferentes al modo de producción.

3. Asegurar la uniformización de los métodos contables y de recogida de la información.

Descentralización y simulación de mercados: instrumentos para la eficiencia en el sector público. *Papeles de Economía Española* n.º 41, FIES, 1989.

1. La conveniencia de «desenganchar» al Insalud, SAS, etc. de los presupuestos del Estado y de la progresiva funcionarización de proveedores y trabajadores, y dotarlo de un marco jurídico más acorde con la complejidad del proceso de producción de los servicios sanitarios, suprimiendo la actual situación de «Organismo Autónomo» (INSALUD, SAS, etc.) donde el adjetivo brilla por su ausencia en la práctica.

2. La necesidad de afrontar un proceso de racionalización que dote de un modelo definido de control de gestión a los centros de atención primaria estableciendo cambios tanto en la estructura de la organización, como en su sistema de incentivos y gestión de recursos humanos, que defina nitidamente centros de responsabilidad, y alinee incentivos con cadena de mando.

3. El presupuesto debe configurarse como el pivote central del mecanismo de gestión que relacione pasado y futuro. Debe recuperarse la credibilidad de la consignación presupuestaria, definiéndola sobre una base prospectiva y si es posible implicar al proveedor sanitario en su elaboración y gestión<sup>1</sup>.

4. Se debe tener en cuenta «las suposiciones básicas» de la cultura sanitaria en atención primaria, los complejos patrones de relación en la organización, así como las estrategias de poder y expectativas de cada grupo que pueden suponer la diferencia entre el éxito y el fracaso en la estrategia de cambios necesarios para continuar la reforma sanitaria. Por tanto, es nuevamente fundamental una estrategia de *marketing* interno que proporcione una correlación de poder favorable poniendo de relieve los beneficios que cada grupo podría obtener.

De todos «los cambios internos» esbozados existen tres que pueden considerarse la piedra angular del proceso y también sin duda los más difíciles de abordar: sistemas de retribución, marco laboral y proceso presupuestario. Un planteamiento posible podría ir en las siguientes direcciones.

#### a) Sistemas de retribución en atención primaria

La validez y eficacia de una estructu-

ra retributiva —en nuestro caso salarial— no puede establecerse *per se*, sino en función de su congruencia con la estructura y tecnología de la organización y su relación con el entorno exterior<sup>26</sup>. El actual modelo retributivo de los Equipos Básicos de Atención Primaria (EBAP) se plasma en el acuerdo del Consejo de Ministros del 15 de abril de 1988<sup>16</sup>, y es desarrollado por diferentes normativas en las comunidades autónomas con transferencias en materia sanitaria. Constituye básicamente, una extensión del RD-Ley 3/1987 de 11 de septiembre<sup>17</sup>, que surge con vocación de ser la estructura retributiva básica del conjunto de personal estatutario.

En la literatura se prevén diversas formas de pago de los médicos: salario fijo, *per cápita*, pago por servicio, pago por objetivos (*good practice*), y cargos a los pacientes<sup>18,19</sup>. Nuestro marco legal opta claramente por el primerio.

La resolución de 25 de abril de 1988 no establece conexiones con la actividad o cumplimiento de objetivos, exceptuando el «borroso» y conflictivo concepto de productividad (factor variable)<sup>2</sup>. Se limita a ajustar el sueldo por determinadas y específicas características del puesto de trabajo, complemento de destino, complemento específico y productividad (factor fijo).

Desde una perspectiva planificadora, al suprimir el «pago por cartilla» (una grosera aproximación al pago capitativo), se evitaban los conflictos derivados del proceso de apertura de Zonas Básicas de Salud con el consiguiente desdoblamiento de «cupos» para los nuevos médicos ubicados en las mismas. Los profesionales médicos a los que se les suprimía parte de su población adscrita y de sus retribuciones, podían convertirse en un auténtico «campo de minas» para la expansión de la reforma en atención primaria. Además, se acercaban de una forma simple las retribuciones de los médicos extrahospitalarios a los hospitalarios.

La retribución basada en el salario, independientemente del rendimiento de los proveedores sanitarios, separa la práctica profesional diaria de consideraciones financieras. La cantidad y calidad de los servicios proporcionados no se relacionan con la estructura de re-

muneraciones. Está poco ligado a los objetivos de la organización y es insensible a los deseos y demandas del usuario/cliente. Aunque sea una solución óptima en un momento coyuntural puede tener a medio plazo efectos «perversos» en términos de no generar los comportamientos deseados en los proveedores.

Los sistemas que relacionan retribución con tratamiento y actividad también tienen sus problemas<sup>22</sup>. El proveedor sanitario, considerando los incentivos financieros exclusivamente, tenderá a maximizar su número de pacientes adscritos y minimizar su tiempo de dedicación a los mismos. En esta misma perspectiva desarrollará estrategias que satisfagan al consumidor con pocos costes para él: fácil derivación a especialistas, uso de la receta, análisis complementarios, etc. Además, dadas las asimetrías de información entre proveedor-médico y usuario-cliente, éste valora el proceso de atención únicamente en términos de «calidad aparente»<sup>23</sup> (amabilidad, limpieza, uso de alta tecnología o fármacos) y no de la eficacia real del proceso, con lo que merma su capacidad real de elección de médico.

El pago por servicio es también utilizado a nivel de médicos generales en Gran Bretaña, para animar la realización de ciertos servicios preventivos (*good practice*)<sup>22</sup>. Pero en general, tiene el problema —según parece mostrar la experiencia estadounidense<sup>25-27</sup>— de contribuir por un lado a una aparente sobreutilización de servicios sanitarios y por otro a una disminución de la cobertura de los grupos de mayor riesgo. El actual debate sobre pagos a médicos y los actuales proyectos de reforma que incluirían la *relative value scale* (RVS)<sup>28</sup> indican el grado de importancia del problema y el especial interés mostrado por grupos de presión tan significativos como la Asociación Médica Americana que ha publicado recientemente un número monográfico sobre la cuestión<sup>28</sup>.

Sin embargo, las críticas a la elección del paciente como motor de eficiencia<sup>15, 22, 24</sup> no deben hacernos olvidar el papel clave que tiene el mismo desde una óptica de «cambios externos» para generar los apoyos precisos. El diseño de una estructura retributiva para los médicos de carácter incentivador es

clave para activar el comportamiento de los agentes sanitarios y el paso previo a presupuestos basados en capitación para centros de salud o unidades intermedias como los distritos sanitarios. El problema básico es ponderar la estructura retributiva en sus distintos componentes, de forma que induzca el comportamiento deseado en los proveedores sanitarios según los objetivos del sistema de atención primaria.

Un modelo retributivo para los médicos podrá estructurarse en tres segmentos diferenciados:

1. Retribuciones básicas y trienios. Esta parte de salario fijo debería impulsar el desarrollo de las capacidades de los profesionales<sup>20</sup> y su formación continua, estableciendo varias escalas o categorías y sus formas de acceso en la línea de lo manifestado por las organizaciones sindicales y recogido en el Borrador del Estatuto Marco<sup>29</sup>.

2. Un componente de capitación ajustado por edad y sexo que implicaría generalizar la iniciativa llevada a cabo recientemente por la Consejería de Salud del Gobierno Vasco con la introducción de la Tarjeta Individual Sanitaria (adultos e infantil), ahora en fase de implantación en otras zonas.

3. «Bolsa de incentivos» relacionados con el grado de cumplimiento de objetivos institucionales. Deberían abarcar dimensiones relevantes del modelo de atención primaria y productos tangibles y diferenciados que generen apoyos en distintos grupos a favor de la reforma: docencia, actividades preventivas, chequeos, salud dental infantil.

El porcentaje ponderado de cada uno de estos segmentos de retribución depende del *valor* que se le otorgue a cada uno de los objetivos que promueven: desarrollo de la capacidad, elección del paciente, cumplimiento de «necesidades públicas». La «bolsa de incentivos» debe ocupar un porcentaje considerable si se quiere orientar el comportamiento de los proveedores sanitarios en el sentido deseado. Deberían explorarse las posibilidades de reparto de la «bolsa de incentivos» a nivel de EBAP siguiendo el camino abierto por las instrucciones de reparto de la productividad (factor variable) del Insalud para 1989<sup>30</sup>.

La transformación del modelo retribu-

tivo sería factible con el mismo valor agregado del conjunto de retribuciones, redistribuyendo los importes según el porcentaje atribuible a cada uno de los nuevos conceptos retributivos. En la práctica, sin embargo, los proveedores sanitarios y trabajadores en general son, como la mayor parte del común de los mortales, adversos al riesgo, y en principio serán reacios a fijar sus retribuciones a su nivel de actividad o resultados conseguidos. Nuevamente una estrategia de «marketing social» tiene algo que decir para reducir la incertidumbre e identificar los resultados positivos para los proveedores.

#### *b) La modificación del marco laboral*

Un elemento en común de las propuestas de cambio que se están haciendo en Europa es la fuerte desregulación del mercado laboral sanitario que implican. En España, los profesionales sanitarios de Atención Primaria obtienen plazas «en propiedad» que les garantizan una renta de por vida y la seguridad casi absoluta en su puesto de trabajo.

Las posibilidades de que las organizaciones sindicales y profesionales pudieran aceptar que los gestores contrataran y despidieran a los profesionales sanitarios y a los trabajadores en general, de la red de atención primaria, son prácticamente nulas. Ningún sindicato ha apoyado, en este sentido, un régimen jurídico-laboral, en principio más flexible, en las discusiones sobre el borrador del estatuto marco. Igualmente no se muestran entusiasmados ante la clasificación del personal en subgrupos y especialidades, superadora de la actual vinculación a un puesto de trabajo, y que crea tantos problemas en los procesos de ampliación de la reforma de la estructura de atención primaria. Sin embargo, va a ser necesario adaptar las relaciones contractuales de los profesionales del sistema, de tal forma que puedan reforzarse los EBAP donde la demanda del usuario lo requiera y suprimiendo plazas donde la eficiencia disminuya.

Una aproximación más modesta podría ir en la dirección señalada por el último borrador del estatuto-marco (julio,

1988)<sup>29</sup>, que fija una limitada movilidad geográfica pero garantiza la estabilidad en el empleo. Se abriría la posibilidad de trasladar profesionales y trabajadores a las zonas básicas de salud donde las necesidades públicas o la demanda sanitaria lo exigieran.

#### *c) La reforma del proceso presupuestario en atención primaria*

Para que quienes realmente toman las decisiones asuman la responsabilidad de las mismas, es necesario disponer de un proceso presupuestario de carácter prospectivo, que traslade y haga real la restricción presupuestaria en las zonas básicas de salud o distritos y permita cierto nivel de competencia entre ellas. Una forma de hacerlo sería:

1. La elaboración de un «presupuesto-sombra» sobre una base de capitación ajustada por edad y sexo para cada distrito sanitario (DS) o agrupaciones de ZBS. Este «presupuesto-sombra» permitiría a los proveedores-sanitarios y profesionales observar los cambios de adaptación implicados para convertir el presupuesto en realidad.

2. El diseño de mercados públicos, definidos cuidadosamente según criterios demográficos y geográficos, próximos en lo posible a la futura estructura y dimensiones del área de salud.

3. El sistema de financiación de las ZBS o DS se articularía en dos niveles diferentes: una parte fija garantizada al distrito según el «presupuesto-sombra» y una parte flexible formada por la «bolsa de incentivos» asociada al cumplimiento de objetivos. Los indicadores para distribuir la «bolsa de incentivos» entre centros de proveedores deben seleccionarse de forma congruente con los establecidos para proveedores sanitarios y resto del personal, según criterios de definición política de prioridades y metas políticas y la estrategia de marketing decidida. La competencia se limitaría en un principio a las «bolsas de incentivos» de los distintos distritos que forman un «mercado público» más los ajustes por población anuales. Permitiría una adecuada monitorización y simplificaría importantes problemas asociados al sistema de información necesario.

4. En una fase posterior, el «mercado público» se ampliaría integrando los sectores primario y especialidades. Esto exigiría definir «precios de transferencia» que recojan las transacciones entre unidades prestadoras de la atención primaria y los hospitales.

**Conclusiones**

En resumen, en una coyuntura definida por una restricción del crecimiento del gasto público y una mayor demanda de servicios sanitarios y niveles de bienestar, la continuación de la reforma de la atención primaria pública no depende sólo de la estructura de servicios o de la financiación.

Es necesario establecer una estrategia de *marketing* social que movilice y amplíe la base de apoyo para el cambio entre población, políticos, profesionales, gestores y sectores económicos. Para ello, es necesario ampliar o modificar las características de algunos de los servicios ofrecidos y dirigirlos a los distintos grupos según sus necesidades y haciendo énfasis en los beneficios que proporcionan y que los diferencian de otras alternativas. El plan debe incluir, además de la publicidad, una atención primordial a la «venta personalizada» (*marketing* interno), cuyos ejecutores son los propios profesionales y trabajadores.

Es preciso efectuar cambios internos que suponen el establecimiento de un modelo definido de control de gestión que, como programa mínimo, debe afectar a los sistemas de retribuciones —recuperación del pago *per cápita* y competencia por una «bolsa de incentivos», al marco laboral, que permite disciplinar comportamientos y asignar recursos según necesidades y demandas— y al proceso presupuestario

efectuando la consignación sobre bases de capitación y cumplimiento de objetivos.

Todas estas sugerencias pueden ser debatidas y criticadas, enfrentadas a otras alternativas más liberalizadoras o planificadoras. De esto se trata. Como dice el aforismo chino, un largo viaje empieza con un solo paso. Y aunque no podemos asegurar que las cosas irían mejor si van de otro modo, sí podemos afirmar que deben ir de otra forma si han de ir mejor.

**Bibliografía**

1. López Casasnovas G. *Nuevas perspectivas de gestión en los sistemas sanitarios públicos*. II Jornadas de Salud Pública y Administración Sanitaria. Granada: EASP, 1988.
2. Sánchez Revenga J. *Presupuestos Generales del Estado y aspectos básicos del presupuesto general de la CEE*. Madrid: Ariel, 1989.
3. Zapico Goñi E. La modernización del gasto público. *Papeles de Economía Española* 1988; 27.
4. Valor Sabatier J, Ribera Segura J. Algunos aspectos de gestión en instituciones sanitarias. *CIRIEC*.
5. Valor Sabatier J. *Incentivos y motivación en los hospitales*. IX Jornadas de Economía de la Salud, 1989.
6. Drummond M, Maynard A. Efficiency in the National Health Service: lessons from abroad. *Health Policy* 1988; 9: 59-74.
7. Gerard K, O'Donnell O, Propper C et al. *Performing the UK Health Care System*. York: Centre for Health Economics, University of York (Discussions Paper 47), 1988.
8. Enthoven AC. *Reflections on the Management of the National Health Service: an American looks at incentives to efficiency in Health Services Management in the UK* London: Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1985.
9. Saltman RB, Von Otter C. Revitalización de los sistemas de asistencia sanitaria pública: propuesta para la competencia pública en Suecia. *Papeles de Gestión Sanitaria* 1988; 2: 91-150.
10. *El debate internacional público y privado en los sistemas sanitarios*. Madrid: Federación de asociaciones para la defensa de la sanidad pública, 1989.
11. Saltman RB, Von Otter C. Public Competition versus Mixed Markets: an analytic comparison. *Health Policy* 1989; 11: 43-55.

12. Saltman RB, Von Otter C. Implementing Public Competition in Swedish County Councils: a case study. *Annual Conference European Health Care Management Association*. Helsinki, 1989.
13. Saltman RB. Management control in a publicly planned health system: a case study from Finland. *Health Policy* 1987; 8: 283-98.
14. *Working for patients*. London: HMSO, 1989.
15. Akehurst R, Brazier J, Normand CH. *International Markets in the National Health Service: a Preview of the Economic Issues*. York: Centre for Health Economics, University of York. (Discussion Paper, 40). 1989.
16. Acuerdo del Consejo de Ministros del 15 de abril de 1988. *BOE* 1988; 103: 13.160-3.
17. Real Decreto Ley 3/1987 de 11 de septiembre de 1987. *BOE* 1987; 219: 27.649-50.
18. Donaldson C, Gerard K. Paying general practitioners: shedding light on the review of health services. *J Roy College General Practitioners* 1989; 39:114-7.
19. Bodenheimer TS. Payment Mechanisms under a National Health Program. *Med Care Review* 1989; 46: 3-41.
20. Lawler E. *La retribución. Su impacto en la eficacia empresarial*. Hispano Europea, 1986.
21. Aplicación de incentivos económicos en el In-salud. *El complemento de productividad variable*. F. Lamata et al. IX Jornadas de Economía de la Salud, 1989.
22. West PA. *Understanding the NHS: a question of incentives*. London: King Edward's Hospital Fund, 1988.
23. Millán F. *Acceso y recepción en los centros sanitarios: la imagen que percibe el usuario*. Teruel: Fundación para el estudio y desarrollo sanitario, 1988.
24. Maynard A et al. *Reforming UK. Health Care to Improve Health: the case for research and experiment*. York: Centre for Health Economics, University of York, 1988.
25. Varios autores. Paying the physician. *Health Affairs*, 1989; 8: 1.
26. Woolhandler S, Himmelstein D. Reverse Targeting of Preventive Care due to lack of Health Insurance. *JAMA* 1988; 259: 19:2872-4.
27. Ellsbury KE, Montano DE, Parker JJ. *Preventive Services in a Hybrid Capitation and Fee for Service Setting Family Practice* 1990; 28: 5:540-4.
28. Varios autores, Resource-Based Relative Value Scale. *JAMA* 1988.
29. *Borrador del Estatuto-marco del personal del Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1988.
30. *Dirección general de recursos humanos. Su-ministros e instalaciones, Normas para el reparto de la productividad variable*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989.

