REFORMAS Y CAMBIOS ORGANIZATIVOS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD ESPAÑOL

José Jesús MARTÍN MARTÍN
Esteban de MANUEL KEENOY (*)

En este artículo, se analizan las principales características del Sistema Nacional de Salud español desde el punto de vista organizativo y de gestión, haciendo especial énfasis en los condicionantes de la gestión de los recursos humanos y económicos, y en la toma de decisiones. Tras un repaso al marco conceptual de las principales reformas en la gestión sanitaria pública, se describen y evalúan los cambios propuestos en los últimos años en el sistema sanitario español, los instrumentos de gestión desarrollados, y las nuevas formas jurídicas y organizativas planteadas. Por último, se abordan algunas propuestas de desarrollo para avanzar en la mejora del sistema.

I. INTRODUCCIÓN

EL proceso de innovación institucional y organizativa de los sistemas sanitarios debe enmarcarse, aunque presenta rasgos diferenciales específicos, en una estrategia más global de rediseño del Estado del bienestar y de sus formas de organización y gestión. Como ha mencionado el profesor González-Páramo (1998), la crisis del Estado del bienestar es, en buena medida, la crisis de las formas tradicionales de gestión pública. En tanto se asuma el papel activo del sector público en la cohesión social y la articulación colectiva de la solidaridad, éste necesita introducir cambios a gran escala en su concepción y diseño (Echebarría *et al.*, 1996; Bengoa, Echebarría *et al.*, 1997). Un Estado del bienestar potente constituirá una mejor garantía del crecimiento de la productividad y del desarrollo humano, si se acompasa el aumento en los consumos públicos y privados con las mejoras en la productividad, si se compensan adecuadamente las consideraciones de equidad y las de eficiencia, y si la vertiente sanitaria del Estado del bienestar da prioridad a las intervenciones sanitarias efectivas, prestando atención al impacto de éstas tanto en la salud de la población como en el crecimiento económico (Ortún, 1998).

El desarrollo del sector sanitario en España ha sido muy importante. Según estimaciones de la OCDE (1996), el porcentaje de gasto sanitario total en relación con el PIB, pasa del 5,9 al 7,6 por 100 en el período 1982-1996. El gasto público sanitario representa el 78,2 por 100 del gasto sanitario total (Cabasés, 1998). Sin embargo, la suficiencia financiera del sistema no está asegurada. Periódicamente, son necesarias operaciones de saneamiento que permitan saldar la deuda acumulada. De hecho, uno de los retos más urgentes del Sistema Nacional de Salud (SNS) es lograr la estabilidad económica, el equilibrio entre fondos disponibles y gastos. Las políticas sanitarias no deben estar centradas en la reducción de costes, pero tienen que ser compatibles con políticas fiscales estables, orientadas a la reducción del déficit y el control agregado del gasto público. La eficiencia macroeconómica debe ser considerada como una restricción global en la elaboración de políticas sanitarias.

No es posible aislar la cuestión de la financiación del sistema sanitario de otros aspectos que atañen a la planificación y la gestión, pues la presión al alza del gasto sanitario público tiene sus raíces tanto en las características intrínsecas a los servicios sanitarios —incertidumbre y asimetrías de información— como en las respuestas institucionales, organizativas y legislativas que históricamente se han dado. El carácter de bien tutelar del que se ha dotado a estos servicios en la legislación, contribuye a la aparición de comportamientos de azar moral en consumidores y proveedores (Cabasés, 1998).

II. ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD ESPAÑOL

En sus inicios, nuestro actual sistema sanitario público surge en el marco de un modelo de seguros obligatorios de enfermedad. Pero, a diferencia de otros modelos continentales europeos, la seguridad social española desarrolla —sobre todo en los años sesenta— una extensa red de centros y organizaciones propias de carácter ambulatorio y hospitalario. El escaso desarrollo de otras redes asistenciales, con la relativa excepción de Cataluña, propicia una fuerte integración vertical («río abajo») del Instituto Nacional de Previsión (INP). Históricamente, por tanto, nuestro sistema sanitario de seguridad social se ha caracterizado por una fuerte integración de la financiación y la producción o provisión de servicios. Las organizaciones sanitarias públicas así configuradas están regidas por el principio de jerarquía, sometidas al derecho público en todos sus

ámbitos y sujetas a un fuerte proceso de centralización en su toma de decisiones. Son claros ejemplos de jerarquías centralizadas.

El ámbito de la regulación laboral adoptó una forma muy peculiar, condicionado por el hecho de ser personal dependiente del INP (y no de la Administración del Estado), surgir en un régimen político no democrático y desarrollarse fundamentalmente en los años de expansión económica de finales de los sesenta y principios de los setenta (1). Años que se caracterizaron por fuertes superávit del INP y necesidades crecientes de legitimación del régimen político existente, tanto interior como exteriormente.

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

La forma jurídica escogida para las organizaciones sanitarias públicas ha sido la de organismos autónomos de carácter administrativo (OACA) y entes gestores de la seguridad social (INSALUD e Instituto Catalán de la Salud, ICS) (2). Esto implica esencialmente regularlas de forma similar al resto de la Administración pública, sometiéndolas a un corsé de tipo administrativo de vocación garantista que da prioridad a la legalidad frente a la eficiencia. Este sometimiento alcanza a las principales materias de contenido económico, régimen presupuestario, de personal, retributivo, de contratación, contabilidad, control previo de legalidad y tesorería.

En el ámbito de la regulación laboral, el colectivo cuantitativa y cualitativamente más relevante es el denominado personal estatutario. Actualmente, en la sanidad pública, aunque no se conocen datos con exactitud, prestan servicios directos más de 350.000 empleados, de los que la mitad aproximadamente son profesionales sanitarios, y algo menos del 20 por 100, médicos (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1997). El personal estatutario está regulado por disposiciones preconstitucionales, pero, como la experiencia ha mostrado, difíciles de cambiar. El desarrollo de una norma básica de regulación del personal que trabaja para las instituciones sanitarias públicas era contemplado en la LGS de 1986, pero no se ha llevado a efecto. La ausencia de un desarrollo legislativo básico en materia de personal ha provocado un grado notable de inseguridad jurídica. Las CCAA con transferencias han ido desarrollando determinados aspectos normativos del personal de las instituciones sanitarias públicas, como el referido a la determinación del sistema retributivo. Incluso llegando a establecer una propia y completa regulación específica, como es el caso del Servicio Navarro de Salud, que en la Ley Foral 11/1992, de 20 de octubre, regula el régimen del personal adscrito.

El actual marco de regulación estatutario genera fuertes disfuncionalidades y rigideces, la práctica imposibilidad del despido, sanción o movilidad funcional, dificultades para el desarrollo de sistemas retributivos incentivadores orientados a resultados o el establecimiento de mecanismos que impulsen significativamente la eficiencia (como la gestión clínica). Cualquier prestación o actividad nueva tiene que efectuarse con recursos adicionales dadas las enormes dificultades para la movilidad del personal.

La rigidez y centralización de la regulación laboral —no sólo del personal estatutario, sino también del laboral y del funcionario— otorga todo el protagonismo a las cúpulas sindicales y a los responsables políticos. Los pactos sindicales, sin efectos ni eficacia frente a terceros, han llegado a tener una notable influencia en la definición de las políticas de personal de los centros sanitarios. Los gerentes de los centros sanitarios se encuentran prácticamente sin derechos de decisión importantes (selección de personal, sistema retributivo, régimen disciplinario, etc.). Las presiones de sindicatos y profesionales en el mercado político, a la búsqueda de rentas monetarias y no monetarias, han conducido históricamente a un aumento considerable de plantillas (López i Casasnovas, 1993; Arruñada, 1997).

Otra consecuencia de la actual regulación del INSALUD y los servicios regionales de Salud es la generación de déficit presupuestarios sistemáticos en los centros asistenciales. Ello conlleva que la mayor parte de los hospitales funcionan al margen de la legalidad presupuestaria vigente durante los últimos meses del año. En la práctica, la escasez de fondos de inversión para equipamiento que han sufrido la mayor parte de los centros hospitalarios públicos se ha paliado, en cierta medida, con la adquisición de equipamiento, tecnología médica y otro inmovi-

lizado material con cargo a los presupuestos en bienes y servicios (capítulo II de la clasificación económica del gasto), en un flagrante y reiterado incumplimiento de la legislación presupuestaria y de contratación administrativa. La razón básica es la dificultad que tiene el actual control presupuestario público para trasladar la restricción presupuestaria al médico. Sin embargo, son los médicos los que deciden fundamentalmente el consumo de recursos de cada enfermo. Asignan el 70 por 100 de los recursos del sector sanitario en millares de decisiones diagnósticas y terapéuticas adoptadas en condiciones de incertidumbre (Ortún, 1996), sin responsabilidad formal ni incentivos sobre la eficiencia de sus actuaciones. La existencia de límites presupuestarios por capítulos de gastos es difícilmente compatible con la libertad clínica del médico en el proceso de atención al enfermo.

La combinación de controles de retribuciones y salarios establecidos a nivel central con plantillas sobredimensionadas y en continuo crecimiento en muchos centros sanitarios, y la generación de déficit presupuestarios sistemáticos, conducen inevitablemente a crisis periódicas.

III. LOS CAMBIOS EN LA GESTIÓN PÚBLICA SANITARIA

1. Marco conceptual

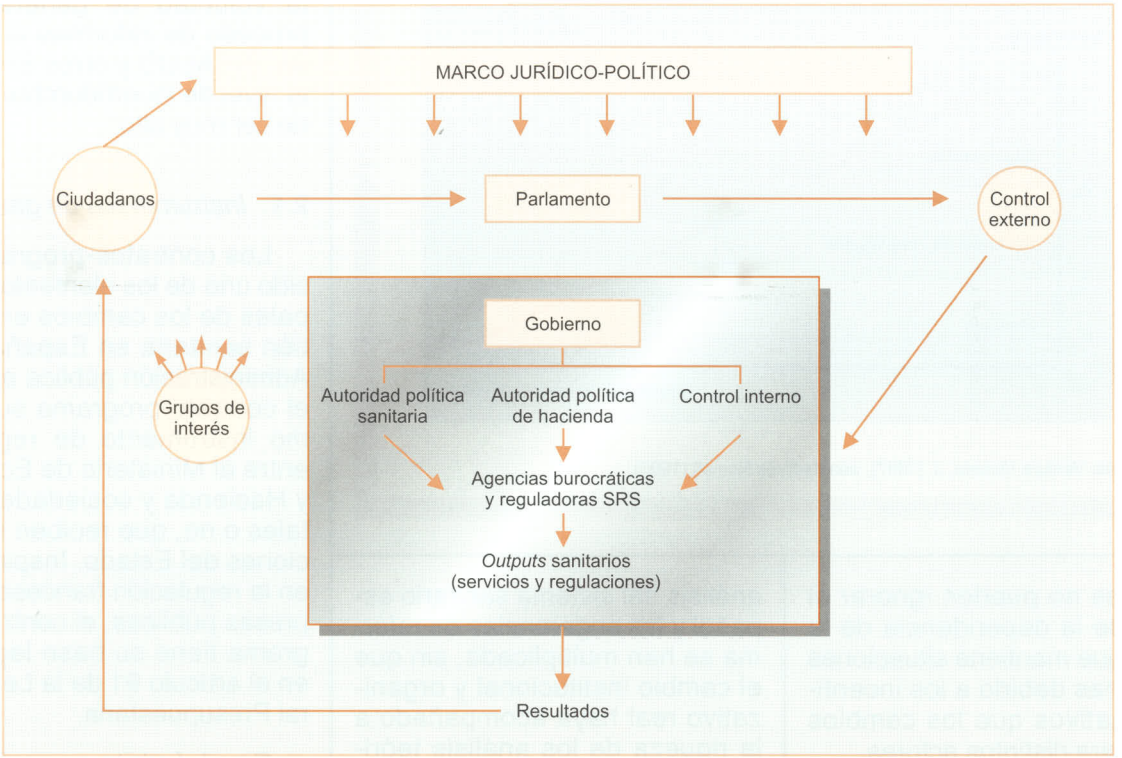
Los cambios en la gestión pública sanitaria deben tener en cuenta los rasgos específicos y diferenciales de las organizaciones públicas. Éstos provienen de la supremacía del derecho y de la naturaleza política de los fines que persiguen (González-Páramo, 1998, Stiglitz, 1989, 1994). El desarrollo del derecho público otorga preeminencia a los principios de legalidad, seguridad jurídica e igualdad, antes que al principio de eficacia o eficiencia. Las organizaciones sanitarias públicas se enmarcan en un estado democrático que las regula, gestiona y controla. El marco político institucional de las organizaciones sanitarias son las reglas de juego, es decir, las restricciones que definen y delimitan el conjunto de elecciones. Están formadas por reglas formales —la Constitución, el derecho público, la legislación sanitaria, etcétera— e informales —códigos de conducta, ideología, etc.— (North, 1990, 1992). Incluyen no sólo la influencia y el control externos ejercidos por los ciudadanos y los grupos de interés, a través del parlamento o directamente, sino las instituciones del gobierno (Hacienda, función pública o de política sanitaria), tal y como refleja el gráfico 1. Cualquier análisis o propuesta de reforma debe ubicarse en el marco de estas regulaciones e instituciones, y considerar explícitamente estas restricciones, que diferencian sustancialmente las organizaciones sanitarias públicas de las privadas.

Las alternativas organizativas que se ofrecen a los sistemas sanitarios pueden resumirse en tres estructuras de gobierno: mercados, modelos híbridos y jerarquías, según el mecanismo institucional de regular las transacciones sanitarias, los incentivos y los controles administrativos (Williamson 1991, 1993). El INSALUD y el resto de los servicios regionales de salud (SRS), con la relativa excepción de Cataluña, son jerarquías públicas centralizadas con sistemas de provisión de servicios integrados verticalmente. Las estrategias de cambio e innovación emprendidas en los últimos años por estas burocracias públicas pueden interpretarse como una orientación hacia modelos híbridos. No implican un modelo de organización sanitaria único, ya que existen muchas posibilidades de combinar y dar forma tanto al tipo y estructura de los incentivos y de los controles administrativos como a las adaptaciones de las transacciones al mercado y a acuerdos de cooperación.

Los modelos híbridos proponen acuerdos de cooperación como fórmulas que permiten introducir incentivos superiores a los que es capaz de ofrecer una organización jerárquica, pero que permiten una coordinación superior a la que sería factible conseguir a través del mercado. Los contratos-programa desarrollados en los últimos años, tanto por el INSALUD como por el resto de los SRS, como más adelante se verá, son un primer intento de orientarse hacia estos modelos, relajando los controles jerárquico-administrativos. La relación entre intensidad de los incentivos y esfuerzos dedicados a la coordinación o cooperación entre unidades organizativas es de sustitución negativa (Rumelt, 1995). A medida que las necesidades de coordinación aumentan, la intensidad de los incentivos en el ámbito de las unidades organizativas debe disminuir, tal como refleja el gráfico 2 (Ventura, 1997). La creación de empresas públicas sanitarias y otras formas jurídico-organizativas constituye un intento más nítido de sustituir jerarquías por relaciones contractuales de cooperación.

Existen enormes dificultades para el cambio organizativo en el Sistema Nacional de Salud. Éstas se pueden entender haciendo referencia al concepto de «dependencia de la senda» (*path dependence*), y que ocupa un lu-

GRÁFICO 1
RESTRICCIONES DEL MARCO POLÍTICO INSTITUCIONAL



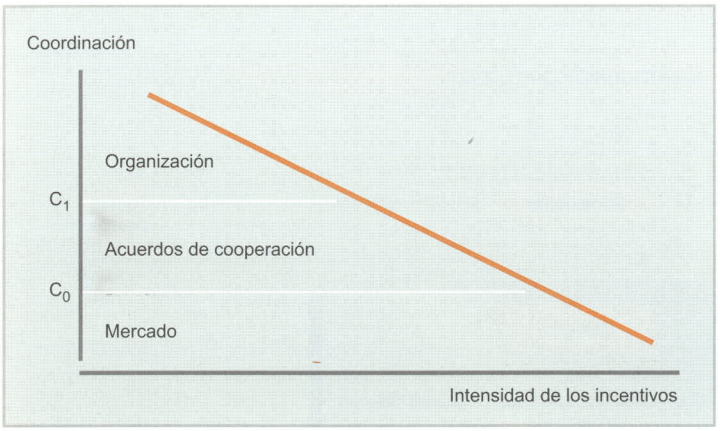
Fuente: Adaptado de Albi, E.; González-Páramo, J.M., y López i Casasnovas, G. (1997).

gar importante en la moderna economía institucional y evolucionista (David y Arthur, 1982; Dixit y Nalebuff, 1992). La idea central es la incidencia crucial de accidentes históricos en las rutas evolutivas de individuos, organizaciones, tecnologías e instituciones (Rivera, 1997). El concepto de dependencia de la senda puede ser aplicado a los sistemas sanitarios. Unas decisiones adoptadas en un momento histórico, como por ejemplo la creación en 1948 del Seguro Obrero de Enfermedad, con unas determinadas características, o la jerarquización de las residencias sanitarias a finales de los sesenta, siguen condicionando de manera fundamental al sistema sanitario español muchos años después.

La dependencia de la senda enfatiza que no hay una evolución «darwinista» de las organizaciones ni de las instituciones. No hay un avance teleológico hacia la eficiencia. Pueden mantenerse estructuras organizativas e institucionales no eficientes a pesar de existir soluciones mejores, gracias a fuertes mecanismos e incentivos de autorrefuerzo. De hecho, puede darse que se sostenga una trama institucional y organizativa subóptima que todos, o la mayor parte de, los actores desearían alterar si los costes implicados no fueran tan prohibitivos.

En resumen, los cambios organizativos del Sistema Nacional de Salud deben tener en cuenta los principios de legalidad, seguridad jurídica e igualdad derivados del marco político institucional, y las reglas y valores de los que se ha dotado la sociedad donde se desenvuelven. La orientación de las reformas es hacia modelos híbridos que combinan adaptaciones de mercado y acuerdos de cooperación, introduciendo incentivos tanto para la eficiencia como para la coordinación. En todo caso, el margen y el ritmo de las transfor-

GRÁFICO 2
ACUERDOS DE COOPERACIÓN



Fuente: Ventura Victoria, J. (1997), adaptado de Rumelt (1995).

maciones no pueden ignorar el efecto de la dependencia de la senda, que mantiene situaciones no óptimas debido a los incentivos negativos que los cambios tienen para distintos actores.

2. Medidas de cambio

A pesar de la evidencia de la inadecuación del actual marco jurídico-organizativo del INSALUD y del resto de los servicios regionales de Salud configurados como jerarquías públicas centralizadas, las propuestas de cambio y reforma tienen dificultades para incidir significativamente. En España, los esquemas de cuasimercados o competencia regulada se articulan y formulan a nivel político a partir del Informe Abril (1991), que propone separar las funciones de financiación, compra y provisión de servicios, y configurar a los centros sanitarios como empresas públicas regidas por el derecho privado, fuera, por tanto, del ámbito del derecho administrativo. Desde entonces, los análisis del sistema sanitario español y las sugerencias de reforma se han multiplicado, sin que el cambio institucional y organizativo real haya acompañado a la riqueza de los análisis teóricos (3).

Hasta el momento, los distintos responsables políticos, tanto del INSALUD como de otros SRS con transferencias, han implementado esta estrategia mediante dos políticas específicas y complementarias. Por un lado, en relación con los hospitales y centros de atención primaria existentes actualmente, se ha seguido un enfoque de desarrollo de nuevos instrumentos de gestión, articulado en torno al contrato-programa y al desarrollo de sistemas de información sobre costes y actividad (minimizando los costes políticos que un cambio en la regulación con más enjundia pudiera acarrear). Por otro, se han ido creando distintos tipos de empresas públicas y nuevas formas organizativas de gestión, en relación con la puesta en funcionamiento de servicios nuevos. Recientemente, tanto el gobierno central, como algunas CCAA han adoptado algunas iniciativas legislativas y organizativas que parecen indicar una cierta voluntad de generalizar el proceso de reformas al interior del INSALUD y otros SRS, pero el nivel de incertidumbre no deja de ser muy alto.

2.1. *Instrumentos de gestión*

Los contratos-programa han sido uno de los elementos principales de los cambios en la gestión sanitaria en España. En la Administración pública española el contrato-programa surge como instrumento de regulación entre el Ministerio de Economía y Hacienda y sociedades, estatales o no, que reciben subvenciones del Estado. Inspirándose en la regulación francesa de empresas públicas, el contrato-programa tiene su base legislativa en el artículo 91 de la Ley General Presupuestaria.

En el ámbito específico del sector sanitario, el contrato-programa puede definirse como un instrumento de relación con los centros públicos sanitarios que vincula la actividad al presupuesto asignado a cada centro. En términos generales, un contrato-programa tipo establece el objetivo de producción y la financiación máxima disponible. Igualmente, se definen un conjunto de objetivos relacionados con la calidad y las mejoras en la gestión de los centros sanitarios. La introducción del contrato-programa en las redes asistenciales del INSALUD y otros SRS aspira a ser un instrumento clave de gestión que mida y vincule la eficacia en la prestación de servicios con el control de los recursos asignados para la misma (Martínez Aguayo, 1996). Es posible identificar distintos tipos de contratos-programa entre las admi-

nistraciones públicas sanitarias y los proveedores, tal como refleja el cuadro n.º 1 (Fernández Díaz, 1996).

Los dos primeros tipos de contrato-programa son jurídicamente una ficción legal y semántica que esconde una estrategia de dirección por objetivos, descentralizando algunas decisiones y tratando de vincular costes y actividad. La semántica utilizada, con independencia de su utilidad para el cambio de la cultura organizativa, no sustituye al principio de jerarquía que caracteriza estructuralmente a los organismos sanitarios públicos. En los otros dos casos, aunque la transferencia de riesgos es potencialmente posible, ésta puede quedar fácilmente anulada por las presiones de los centros contratados y grupos de interés (asociaciones profesionales médicas, sindicatos, etc.) a los responsables políticos.

Un elemento clave de la estrategia de los contratos-programa es el intento de alterar la lógica retrospectiva e incrementalista de los presupuestos sanitarios públicos y aproximarse a presupuestos globales de tipo prospectivo. Con tal fin, tanto el INSALUD como los SRS han desarrollado medidas de actividad hospitalaria (4) y, en algún caso, de atención primaria (gerencias de atención primaria del INSALUD). La estimación de precios para la actividad establecida permite simular una cuenta de resultados, y utilizar términos como «subvención o subfinanciación a la explotación» para equilibrar resultados.

Estas medidas de actividad, aunque fáciles de obtener, presentan importantes problemas al no incorporar ningún sistema de ajustes de riesgos (SAR) (5) y no reflejar, por tanto, la mayor o menor complejidad de la casuística atendida, no disponer de ajustes por niveles de calidad y primar potencialmente aumentos de actividad independientemente de su adecuación. Para solucionar, al menos parcialmente, estos problemas, se vienen impulsando SAR en los últimos años, sobre todo en el ámbito hospitalario, fundamentalmente los GRD (grupos relacionados por el diagnóstico) y los PMC (*patient management categories*), aunque la preeminencia de los primeros parece establecida (6). En el ámbito ambulatorio y de atención primaria, hay proyectos de investigación que persiguen validar medidas de actividad basadas en casuística (7).

Correlativamente al desarrollo de medidas de actividad, se han impulsado sistemas de contabilidad analítica (8) tanto en el INSALUD como en diferentes SRS (9). En general, todos los sistemas de cálculo de costes se han desarrollado según la metodología de costes completos (*full cost*) orgánicos, si bien existen diferencias en la clasificación de costes por naturaleza, la definición de centros de costes y los criterios de reparto utilizados. Aunque con distinta intensidad, todos estos sistemas de contabilidad analítica comparten problemas y deficiencias; la homogeneidad y el grado de implantación entre hospitales son muy variables, lo que limita el rigor y la utilidad de los datos generados; no existen sistemas operativos de acreditación y normalización de la aplicación de los sistemas de costes en las diferentes redes asistenciales sani-

CUADRO N.º 1

MODELOS DE CONTRATOS SANITARIOS EN LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Tipo de contrato	*Características*	*Ejemplo*
Contrato-programa simulado o sombra	Acuerdo de objetivos de gestión con financiación presupuestaria. El único riesgo es el cambio de directivos.	Contrato-programa INSALUD
Contrato-programa de incentivos	Igual que el anterior, pero se añaden incentivos para directivos y/o trabajadores, reversión de ingresos para inversiones	Contrato-programa del SAS
Contrato-programa de riesgo parcial	Subsidio público a una cuenta de explotación. No hay riesgo de quiebra, pero sí ajustes laborales y modificaciones de condiciones laborales.	Contrato-programa con empresas públicas
Contrato-externo	Libre acuerdo entre dos entidades independientes	Subcontratas de servicios no asistenciales

Fuente: Fernández Díaz, J. M. (1996).

tarias, pues sólo se utilizan de forma marginal para la gestión y la asignación presupuestaria, prevaleciendo la contabilidad y gestión presupuestaria de carácter administrativo, de la cual está fuertemente disociada.

La posibilidad de avanzar en la determinación del coste por proceso exige una mejora y homologación sustancial de la calidad de codificación del conjunto mínimo básico de datos y de la contabilidad analítica de las diferentes redes de servicios de salud públicos del Estado. A medio plazo, en la medida en que las reformas organizativas se generalicen (si es que esto se produce) puede resultar interesante desarrollar sistemas de costes basados en actividades (*activity based costing*, ABC), que disminuyen el problema de la imputación de costes indirectos y tienen una estructura lógica análoga al proceso clínico de decisión (10).

La estrategia del contrato-programa ha estado vinculada en algunos casos al establecimiento de incentivos financieros, concretamente en Andalucía con los equipos directivos de los hospitales y distritos de atención primaria (Martín y López del Amo, 1994, Martín, 1996) y en el INSALUD para los profesionales de determinadas áreas de atención primaria (Cabasés y Martín, 1997).

Las evaluaciones realizadas del sistema de incentivos del Servicio Andaluz de Salud (SAS), tanto en hospitales como en atención primaria, indican mejoras en la mayor parte de las variables utilizadas como objetivos (11). En el momento actual, hay una revisión del modelo de incentivos, en el marco del Plan Estratégico del SAS para el período 1997-2001, que contempla la posibilidad de incentivar a los profesionales sanitarios en un esquema de potenciación de la gestión clínica. Esta medida parece imprescindible, ya que los médicos poseen la mayor parte de los derechos residuales de decisión y control sobre la utilización de los recursos (intervenciones quirúrgicas, prescripción farmacéutica, días de ingreso o pruebas diagnósticas). Las decisiones clínicas no están afectadas de forma individual y directa por las restricciones presupuestarias. Aunque no haya presupuesto, se sigue incurriendo en gasto, generando deuda o creando obligaciones (listas de espera) que acaban necesariamente en nuevos créditos presupuestarios.

El sistema de incentivos para profesionales de atención primaria del INSALUD, iniciado en 1994, se ha mantenido y reforzado para 1997, y supone un instrumento importante en el proceso de descentralización de la gestión de atención primaria. Este año se ha suscrito con el 80 por 100 de las unidades de primaria. Las unidades que cumplan los objetivos pactados en este contrato de gestión asistencial recibirán incentivos económicos, formativos y de dotación de material que serán gestionados por los propios profesionales. Estos contratos han sido suscritos por el 90 por 100 de los equipos de atención primaria, por el 53 por 100 de las unidades del modelo tradicional y por el 72 por 100 de las unidades de apoyo.

2.2. *Nuevas formas jurídicas y organizativas*

La creación de nuevas formas jurídico-organizativas para la gestión de los centros sanitarios ha sido regulada legislativamente con carácter general para el Estado con la Ley de Habilitación de Nuevas Formas de Gestión, aprobada el 10 de abril (Ley 15/1997) (12). En el ámbito del Sistema Nacional de Salud, garantizando y preservando en todo caso su condición de servicio público, la gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos sanitarios de protección de la salud o de atención sanitaria o sociosanitaria podrán llevarse a cabo directamente o indirectamente, a través de la constitución de cualesquiera entidades de naturaleza o titularidad publica admitidas en Derecho. En el marco de lo establecido por las leyes, corresponderá al gobierno, mediante Real Decreto, y a los órganos de gobierno de las comunidades autónomas —en los ámbitos de sus respectivas competencias— determinar las formas jurídicas, órganos de dirección y control, régimen de garantías de la prestación, financiación y peculiaridades en materia de personal de las entidades que se creen para la gestión de los centros y servicios mencionados. La prestación y gestión de los servicios sanitarios y sociosanitarios podrá llevarse a cabo, además de con medios propios, mediante acuerdos, convenios o contratos con personas o entidades publicas o privadas, en los términos previstos en la Ley General de Sanidad.

Por otro lado, el día 18 de diciembre de 1997, el Pleno del Congreso de los Diputados aprobaba con 170 votos a favor, 130 en contra y una abstención el *Informe de la Comisión constituida en el seno de la Comisión de Sanidad y Consumo, para avanzar en la consolidación del Sistema Nacional de Salud mediante el estudio de las medidas necesarias para garantizar un marco financiero estable y modernizar el sistema sanitario manteniendo los principios de*

universalidad y equidad en el acceso. En este informe, se propugna la autonomía de gestión de las organizaciones sanitarias, facilitando la extensión de las nuevas formas de gestión a toda la red asistencial pública y profundizando en los esfuerzos para separar las funciones de planificación, financiación, compra y provisión de servicios. Para facilitar y potenciar este proceso de cambio en la regulación de los centros sanitarios públicos, la Subcomisión propone el desarrollo de un estatuto profesional propio de carácter básico para todo el sistema, sin perjuicio de su desarrollo por las CCAA, así como la descentralización de los procesos de selección y promoción profesional, la flexibilización del régimen retributivo y su vinculación a los resultados, la negociación colectiva a nivel de centro, y la búsqueda de soluciones legales para el ajuste de plantillas en los centros sanitarios que así lo requieran.

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

Las entidades de derecho público con personalidad jurídica propia, sometidas a derecho privado, que según la nueva Ley 6/1997, de 14 de abril, de Organización y Funcionamiento de la Administración General del Estado, pasan a denominarse entidades públicas empresariales.

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

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

En Cataluña, la Ley 15/90 de 9 de julio, de Ordenación Sanitaria, modificada por la Ley 11/95, de 29 de septiembre, considera la figura del Consorcio (13), la gestión por medio de empresa pública sometida a derecho privado (14) y, como principal innovación organizativa, la posibilidad de contratación de servicios a entidades de base asociativa constituidas por profesionales sanitarios que participen en la gestión de los servicios sanitarios y sociosanitarios. Estas entidades de base asociativa deben contar con la correspondiente acreditación, que se otorgará previa comprobación del cumplimiento de los requisitos establecidos en el Decreto 309/1997, y que comportará para los profesionales sanitarios que constituyan las referidas entidades y presten servicios en ellas gozar de las ventajas previstas, siempre y cuando las respectivas entidades formalicen con el Servicio Catalán de la Salud un contrato para la gestión de centros, servicios y establecimientos de protección de la salud y de atención sanitaria o sociosanitaria.

Las entidades de base asociativa deben gozar de personalidad jurídica propia, y estar legalmente constituidas e inscritas en el registro correspondiente. Deben revestir cualquiera de las siguientes fórmulas: sociedad anónima, sociedad de responsabilidad limitada, sociedad laboral o cooperativa.

Al menos el 51 por 100 del capital social debe pertenecer a los profesionales sanitarios que presten en ella sus servicios, para lo que deben contar con una relación laboral de prestación de servicios con la entidad, formalizada adecuadamente. Ninguno de estos profesionales puede tener una participación superior al 25 por 100 (15). En la actualidad, hay una experiencia piloto en una de las dos zonas de salud de Vic cuya gestión se ha cedido a una sociedad de responsabilidad limitada constituida por médicos estatutarios de la seguridad social. Estas asociaciones de profesionales podrían contratar en un futuro con el financiador público no sólo la atención primaria de un sector de la población, sino también la prescripción farmacéutica, y comprar determinadas actividades al nivel de atención especializada.

En Galicia se ha optado por la figura de fundación pública, estando previsto que a los actuales centros así configurados se unan al menos otros dos hospitales comarcales (16) —80 camas aproximadamente cada uno— gestionados por fundaciones públicas. En el INSALUD también se ha optado con claridad por el régimen jurídico de fundaciones, concretado en los hospitales de Alcorcón y Manacor (17).

Tanto los entes públicos sujetos a derecho privado como las sociedades públicas mercantiles y las fundaciones públicas tienen similares márgenes de gestión para la mejora de la eficiencia, como son: la posibilidad de reinversión de beneficios, disponer de una caja propia, lo que les per-

CUADRO N.º 2

NUEVAS FORMAS DE GESTIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD: LEY 6/1997, DE 14 DE ABRIL Y LEY 15/1997, DE 25 DE ABRIL

	ORGANISMOS PÚBLICOS		*SOCIEDADES MERCANTILES*				
	Organismos autónomos	*Entidades públicas empresariales*	*Anónimas públicas*	*Responsabilidad limitada*	*Consorcios*	*Fundaciones*	*Cooperativas*
Definición	Organismo público al que se encomienda, en régimen de descentralización funcional, la realización de actividades de fomento, prestacionales o de gestión de servicios públicos.	Organismo público al que se encomienda la realización de actividades prestacionales, la gestión de servicios o de producción de bienes de interés público susceptibles de contraprestación económica	Sociedad anónima en la que la Administración pública o sus organismos públicos cuenten con la mayoría de las acciones o participaciones	Sociedad de Responsabilidad Limitada en la que la Administración pública o sus organismos públicos cuenten con la mayoría de las acciones o participaciones	Entidades jurídico públicas, de carácter asociativo y naturaleza voluntaria, con personalidad jurídica plena e independiente de la de sus miembros, con capacidad jurídica de derecho público y derecho privado para la consecución de sus objetivos.	Organizaciones que, por voluntad de sus creadores, tienen afectado de modo duradero su patrimonio a la realización de fines de interés general	Sociedad mercantil que realiza cualquier actividad económico-social lícita para la mutua ayuda entre sus miembros, al servicio de éstos y de la comunidad, mediante la aportación y act. de sus miembros con arreglo a la Ley. Posibilidad de contar con socio colaborador que contribuya a la consecución del objeto social de la cooperativa
Régimen jurídico.....	Derecho administrativo	Derecho privado	Derecho privado (mercantil, civil y laboral)	Derecho privado (mercantil, civil y laboral)	Derecho público y derecho privado	Derecho privado (administrativo, civil, mercantil y laboral)	Derecho privado (mercantil, civil y laboral). Impera la legislación autonómica sobre cooperativa
Ley Contratos del Estado	Sujetos a ella	Ley 13/1995, de 18 de mayo, de Contratos de las Administraciones Públicas	Real Decreto Legislativo 1564/1989, de 22 de diciembre, por el que se aprueba el TRLSA	Ley 2/1995, de 23 de marzo sobre Sociedades de Responsabilidad Limitada	Derecho privado. Debe cumplir con los principios de publicidad y concurrencia	Derecho privado. Debe cumplir con los principios de publicidad y concurrencia	No está sujeta a ella
Órgano rector	Según su ley de creación específica	Según su ley de creación específica	Consejo de Administración	Consejo de Administración	Junta General o Consejo de Gobierno	Patronato	Consejo Rector. Se podrá elegir Comisión Ejecutiva o Consejero Delegado
Régimen personal ..	Laboral o funcionarial	Laboral	Laboral	Laboral	Laboral, en su mayor parte	Laboral	Laboral

Fuente: Elaboración propia.

mite la negociación de precios, tener capacidad de gestionar créditos, aunque frecuentemente con limites (18), y disponer de un régimen de regulación laboral (selección propia de profesionales, convenio colectivo, sistema retributivo específico, etcétera).

Asimismo, están sujetas a similares principios y controles legales, derivados de su carácter público. La única diferencia sustantiva entre las distintas nuevas formas jurídico-organizativas que buscan huir del derecho administrativo público se deriva de la nueva Ley de Contratos de las Administraciones Públicas, 13/1995, que somete explícita y estrictamente a los entes de derecho público a la misma, reintroduciéndolos en el aspecto de compras y contrataciones de bienes y servicios en el derecho

administrativo. Esto penaliza claramente a este tipo de organizaciones. Es muy difícil gestionar eficientemente una función tan compleja y diversificada como son las compras y contrataciones de las organizaciones sanitarias en el marco de regulación de la Ley de Contratos del Estado, como avala la experiencia histórica del INSALUD y los SRS.

3. Valoración de los cambios

La capacidad de efectuar cambios en sus organizaciones sanitarias mostrada por varios países europeos (Inglaterra, Suecia, Finlandia, etc.) contrasta con la fuerte inercia y rigidez estructural española. La historia importa, las elecciones adoptadas por una generación influyen en las siguientes. Estamos inmersos en una situación de dependencia de senda, donde los distintos agentes del sector tienen mecanismos de autorrefuerzo importantes para no acometer reformas institucionales y organizativas significativas, aun cuando la percepción de la inadecuación de la regulación de las organizaciones sanitarias es clara y evidente. La idea de dependencia de la senda adquiere particular fuerza descriptiva en las dificultades para alterar sustancialmente los actuales estatutos de personal, y cambiar el proceso centralizado de regulación laboral. El actual marco de regulación institucional de las relaciones laborales se mantiene, aunque ya no resulte eficiente. Responsables sindicales y trabajadores tienen fuertes incentivos y mecanismos autorrefuerzo para no alterarlo sustancialmente. En un marco de regulación laboral que garantiza rentas y seguridad con absoluta independencia de la cantidad y calidad del trabajo realizado, ¿por qué habrían de aceptarse cambios que cuestionaran este hecho central?

Existen algunas evaluaciones sobre los resultados de la aplicación de los contratos-programa. González y Barber (1996) han medido la eficiencia de los hospitales del INSALUD en el período 1991-1993 para valorar si la introducción de los contratos-programa supone una mejora de eficiencia. Según este estudio, se ha producido una mejora general de la eficiencia tras la introducción de los contratos-programa. En particular la evaluación de las autoras utilizando el análisis envolvente de datos (AED) intertemporal (19) señala que el porcentaje de hospitales ineficientes ha pasado del 70 en 1991 al 50 por 100 en 1993. Utilizando también el AED intertemporal, Martín (1996) evalúa la aplicación de contratos-programa en los hospitales del SAS para el período 1991-1994. Los resultados señalan que la eficiencia técnica global media se ha incrementado en un 11 por 100 en el período considerado, pasando la eficiencia media de 0,60 en 1991 a 0,71 en 1994. Todas estas evaluaciones deben ser consideradas con mucha cautela, debido a los importantes problemas metodológicos y de disponibilidad de información existentes (Martín, 1996).

Otras evaluaciones de carácter más global (Cabasés y Martín, 1997) señalan que los resultados, aunque positivos, son muy limitados, han modernizado la cultura organizativa y de gestión de los gestores, han mejorado significativamente los sistemas de información para la gestión, han propiciado mejoras en el margen de la eficiencia de gestión de los centros sanitarios, particularmente cuando, como en el caso de Andalucía (para directivos) y el territorio INSALUD (para algunos equipos de atención primaria) han estado vinculados a sistemas de incentivos de cierta importancia y razonablemente diseñados técnicamente.

Sin embargo, existe una contradicción básica entre la lógica de autonomía y descentralización planteada en el contrato-programa y el marco de regulación laboral, presupuestario y de contratación administrativa de los centros sanitarios públicos, prevaleciendo este último. La asignación de recursos sigue siendo básicamente retrospectiva, sin traslado significativo de riesgos a directivos o profesionales. El actual marco organizativo e institucional tiene una enorme capacidad de esterilizar progresivamente las innovaciones de gestión que se introducen.

En el momento actual, tanto el INSALUD y el Servicio Andaluz de Salud como Osakidetza y otros SRS están desarrollando ambiciosos planes estratégicos de ámbito corporativo. Aunque difieren en numerosas cuestiones, muestran coincidencias en aspectos básicos, como son: la importancia de la autonomía de centros y proveedores sanitarios, el énfasis en la gestión clínica, la separación de las funciones de financiación, compra y provisión, y la potenciación del papel del usuario como elemento decisor.

La capacidad de estos planes de reforma para conseguir superar los problemas actuales es incierta, pudiendo considerar al menos tres factores críticos de éxito: un desarrollo e implantación técnicamente solvente, la progresiva generalización de nuevas formas jurídico-organizativas y de regulación laboral en los actuales centros sanitarios públicos y la construcción en paralelo de las nuevas instituciones reguladoras del escenario de «competencia gestionada» que, a medio plazo, configuran los planes de reforma.

Las nuevas formas jurídicas y de gestión de los centros sanitarios pueden posibilitar a corto plazo importantes mejoras de eficiencia, tal como parecen acreditar las evaluaciones existentes de algunas experiencias. En Andalucía, las evaluaciones realizadas de los entes públicos Empresa Pública de Emergencias Sanitarias y Empresa Pública Hospital Costa del Sol indican un notable nivel de eficiencia de gestión. Tanto el análisis con *ratios* clásicas e indicadores sintéticos, como el análisis envolvente de datos (AED), señalan al Hospital Costa del Sol como el más eficiente de la red de hospitales públicos de características similares existente en Andalucía (20). El menor corsé administrativo, la utilización de sistemas retributivos multinivel asociados a resultados y una fuerte orientación a la gestión clínica serían algunas claves interpretativas de estos buenos resultados.

Sin embargo estas nuevas fórmulas jurídicas presentan a priori importantes riesgos derivados de la ausencia de un marco de regulación institucional adecuado, y de lo que es más importante aún: la inexistencia de incentivos por parte de los principales agentes para configurarlo. Las críticas a la «huida hacia el derecho privado» que implican buena parte de estas innovaciones jurídico-organizativas pueden resultar correctas (Ariño Ortíz y Sala Auquer, 1995; Borrajo Iniesta, 1995; Villar, 1994; Iturriaga, 1997) dependiendo de la estrategia de regulación que se adopte.

La regulación burocrática y el sometimiento al derecho administrativo ha sido la respuesta reguladora clásica, históricamente, para limitar los costes de influencia política, el amiguismo y el abuso de poder. Las empresas públicas sanitarias y el resto de las nuevas formas jurídico organizativas de la sanidad ofrecen más posibilidades para la endogamia. El carácter político de la prestación de servicios sanitarios y la inexistencia de un marco general normativo homogéneo, claro y explícito de regulación de las empresas públicas sanitarias y las nuevas formas organizativas de gestión (públicas y privadas) posibilita altos costes de influencia política. Los partidos políticos, en una democracia representativa, ofrecen incentivos selectivos a sus miembros con el fin de premiar sus esfuerzos y mantenerlos en el ámbito político respectivo. Esto puede dar lugar a una ocupación, con más o menos intensidad, de los puestos de trabajo de estas organizaciones dependiendo del partido en el poder y a una instrumentalización de los recursos del sector público con fines particulares, con independencia de la ideología suscrita o de su carácter estatal o autonómico. Otros problemas adicionales, pero relacionados, son la posibilidad de colusión de la competencia, el control de los regulados al regulador y a la autoridad pública, y que la competencia que se articule se produzca sólo con base en la calidad (supuesta o real) y no en los precios (Gérvas y Ortún, 1997).

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

La cuestión crítica es el tipo de regulación a la que se van a someter estas empresas públicas, de forma que el traslado de riesgos sea efectivo y se limiten de forma efectiva las actividades de influencia e interferencia políticas.

IV. PROPUESTAS DE DESARROLLO

El diseño y aplicación de reformas organizativas e institucionales en el sistema sanitario español no debe reducirse a una «empresarialización», más o menos afortunada o intensa, de los centros sanitarios públicos, aunque esto sea un elemento necesario de cualquier estrategia de salida de la actual rigidez institucional en que están inmersos tanto el INSALUD como otros SRS. El diseño de la política sanitaria debería abordar un conjunto de cambios institucionales favorecedores de la reforma e innovación organizativas. Las innovaciones organizativas y de gestión, y particularmente la generalización de nuevas formas jurídico-organizativas, orientadas a dotar de autonomía a los centros asistenciales y de responsabilidad en la gestión a los

clínicos, necesita el adecuado respaldo legislativo y de regulación institucional que evite la actual disociación entre nuestra legislación y regulación normativa y dichos procesos de cambio.

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

• *Creación de agencias y entes compradores con autonomía efectiva, que apliquen las directrices políticas referentes a políticas de salud, contratación y financiación de proveedores públicos y privados, y evaluación de resultados.* Estas agencias de compra deben disponer de mecanismos que les protejan de presiones de grupos de interés. Puede ser interesante explorar, en este sentido, la potenciación de una pluralidad de compradores siguiendo el modelo del Reino Unido (Mays y Dixon, 1996) y la creación de un marco legislativo especial para las mismas.

La potenciación de la atención primaria como ente comprador, con personalidad jurídica propia, puede ser un elemento clave en esta estrategia (Martín, 1993a y b). La creación y potenciación de entes de base asociativa de profesionales puede ser un camino adecuado en este sentido, aunque presenta riesgos que el financiador y regulador central deben controlar (Ortún y Gérvas, 1996a y b) (21).

• *Desarrollo de un sistema general de acreditación de centros sanitarios válido, por tanto, para el conjunto del SNS.* Existen distintas opciones relativas al desarrollo de este sistema, y particularmente del organismo u organismos acreditadores competentes (Bohigas, 1997). Las cuestiones fundamentales a resolver son la distribución de competencias entre el Estado y las CCAA y la garantía de credibilidad e imparcialidad del organismo acreditador. Deben ser independientes jurídica y fácticamente del financiador público, de los entes compradores y de los proveedores sanitarios. Debe evitarse una situación donde la Administración que acredita es a la vez la que financia y compra servicios.

• *Creación de un marco de regulación específico de todos los entes públicos empresariales, sociedades mercantiles y cualquier forma jurídico-organizativa (fundaciones, cooperativas, etc.) de naturaleza pública.* En él deben quedar definidas las características específicas de estas instituciones (acceso de los usuarios, cartera de los servicios, calidad, régimen económico, contratación de servicios, procedimiento de reclamaciones, singularidades en materia de personal, etcétera).

• *Deben generalizarse las nuevas experiencias de gestión al conjunto del INSALUD y otros SRS.* Ello implicaría cambios institucionales que generarían incentivos poderosos para romper la actual rigidez institucional. A este respecto pueden citarse:

1) Los planes estratégicos del INSALUD y de otros SRS deben asumir como objetivos estratégicos la progresiva configuración de los centros sanitarios como entes dotados con personalidad jurídica propia y la progresiva creación de unidades clínicas con autonomía de gestión, tanto a escala de atención primaria como de atención especializada. Los profesionales sanitarios deben incorporarse a un esquema de gestión clínica, con una estructura de incentivos tal que los derechos residuales de decisión y control sobre la utilización de los recursos que poseen se ejerzan en coherencia con los objetivos y restricciones generales del sistema.

2) Los sistemas de financiación de centros asistenciales tienen que ser decididamente de naturaleza prospectiva, trasladando un cierto nivel de riesgos y, por tanto, de amenazas y promesas creíbles. Deben vincularse en parte con la elección de médico y centro por parte de los usuarios, tanto en el ámbito de la atención primaria como en el de la especializada, y con los niveles de actividad.

3) Debe reformarse el actual sistema de relaciones laborales, descentralizando la capacidad de negociación colectiva de las principales materias que conforman la política de personal a escala de centro asistencial. La existencia de excedentes de personal debe abordarse con el diseño de sistemas de movilidad forzosa y procedimientos de jubilación anticipada convenientemente incentivados. Los principales problemas son la dificultad de alterar los actuales derechos adquiridos de los profesionales y la previsible reacción en contra de los sindicatos y asociaciones de profesionales (22). Deben canalizarse recursos adicionales para que el coste político de una reforma global no sea inasumible y las nuevas experiencias de gestión no se vean recluidas permanentemente en los márgenes del sistema sanitario.

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

NOTAS

(*) Agradecemos a Carmen Pérez y a María del Puerto López del Amo, profesoras de la Escuela Andaluza de Salud Pública, sus comentarios y sugerencias.

(1) Su regulación especial se recoge en el *Estatuto jurídico del personal médico de la Seguridad Social* (R.D. 3160 de 23-12-1966), el *Estatuto de personal auxiliar sanitario titulado y auxiliar de clínica de la Seguridad Social* (Orden de 26-4-1973) y el *Estatuto de personal no sanitario al servicio de las instituciones sanitarias de la Seguridad Social* (Orden de 5-7-1971).

(2) De las CCAA con trasferencias, todas menos Cataluña han optado por la forma de OACA. Cataluña, en 1990, creó el Servicio Catalán de Salud (SCS) como ente público, pero no pretendió transformar la regulación de los servicios sanitarios del INSALUD que se transfieren, que se agrupan en el ICS, sino regular la relación con los hospitales concertados, muy numerosos históricamente en Cataluña. Por su parte, la Comunidad Valenciana ha creado el Servicio Valenciano de Salud como un órgano indiferenciado de la Comunidad Autónoma, con rango de Dirección General.

(3) Como ejemplo, pueden citarse, ELOLA (1994); LÓPEZ i CASASNOVAS y RODRÍGUEZ PALENZUELA (coords.) (1997); BENGOA, ECHEBARRÍA *et al.* (1997); BAREA y GÓMEZ (1994); DE MANUEL y SILIÓ (eds.) (1996); DE MANUEL y PÉREZ (eds.) (1995); MENEU y ORTÚN (eds.) (1996); CATALÁ y DE MANUEL (eds.) (1998).

(4) Unidad Básica Asistencial (UBA) en Cataluña, Unidad Ponderada Asistencial (UPA) en el INSALUD, Escala de Valoración Andaluza (EVA) en Andalucía, Unidad de Coste Asistencial (UCA) en el Servicio Vasco de Salud, etcétera.

(5) Para un análisis y evaluación de los SAR en España, véase PEIRÓ (1995).

(6) El desarrollo de medidas de la actividad hospitalaria basada en la casuística exige bases de datos administrativas y clínicas homogéneas, tales como el conjunto mínimo básico de datos (CMBD). El Consejo Interterritorial definió en 1987 los datos que debían recogerse en todas las altas hospitalarias. Su implantación es variable tanto entre CCAA como entre hospitales dentro de una comunidad autónoma. Según datos globales del SNS para 1994, se codificaron el 82 por 100 de las altas, siendo el número de diagnósticos por alta de 2,1 y el de procedimientos 0,8 (anteproyecto del dictamen de la subcomisión parlamentaria para el estudio de las medidas necesarias para la consolidación y modernización del Sistema Nacional de Salud, 1997).

(7) Por ejemplo los grupos de atención ambulatoria (*ambulatory care groups*, ACG) están siendo estudiados para ver su comportamiento en el ámbito específico de España. Los resultados preliminares indican que las características demográficas (edad y género), y sobre todo clínicas (cantidad y tipo de enfermedades), de los pacientes explican un 50 por 100 de la variabilidad en el número de visitas realizadas y entre un 15 y un 20 por 100 de las pruebas diagnósticas y derivaciones a especialistas (CARMONA, PRADOS y SÁNCHEZ-CANTALEJO, 1997).

(8) Para un análisis actualizado de opciones y posibilidades de la contabilidad de gestión en centros sanitarios, véase la propuesta de AECA (1997).

(9) Pueden reseñarse a modo de ejemplo: SIGNO (Gestión analítica del Ministerio de Sanidad y Consumo), COAN (Sistema de Control de Gestión Hospitalaria del Servicio Andaluz de Salud), SCS (Modelo de contabilidad Analítica del Servei Català de la Salut), y SIE (Sistema de Información Económica para la Gestión Sanitaria de la Generalitat Valenciana).

(10) En el momento actual, y auspiciado por la Organización Nacional de Trasplantes, se está desarrollando un estudio de costes de trasplantes de corazón, hepático y renal según esta metodología (BURGOS, MARTÍN y LINARES, 1997). Como subproducto, no menos importante, el ABC puede innovar el diseño y metodología de los estudios de evaluación económica.

(11) A escala hospitalaria pueden destacarse: el cobro a terceros, las listas de espera, la capacidad de resolución del hospital de día y la mejora de los sistemas de información. En atención primaria, el control del gasto en farmacia, el aumento de cobros a terceros y la mejora de los resultados de programas son las variables que mejor se han comportado.

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

(13) Se rigen por artículos de Reglamento de Servicios de Régimen Local, el artículo 87 de la Ley de Bases de Régimen Local, el artículo 110 del RD Legislativo 781/1986, de 18 de abril, de régimen local, el artículo 7 de la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y el Procedimiento Administrativo Común, y por las leyes autonómicas.

(14) Entes de derecho público sometidos a derecho privado, sociedades mercantiles y concesiones de gestión de servicios públicos.

(15) Las personas físicas que no sean profesionales sanitarios que presten sus servicios en la entidad, o las personas jurídicas, únicamente podrán participar, como máximo, con un 49 por 100 del capital social de la entidad, sin que cada una de ellas tenga, individualmente, una participación superior al 25 por 100. En el caso de participación de personas jurídicas, éstas deberán tener como objeto social la gestión o la prestación de servicios sanitarios o sociosanitarios, según proceda.

(16) El Hospital Comarcal Costa de la Muerte, en Cee, y el Hospital Barbanza, en Ribeira.

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

(18) Por ejemplo, las fundaciones hospitalarias del INSALUD deben amortizarlos como máximo en el plazo de un año.

(19) El análisis envolvente de datos (AED) realiza una comparación transversal de los diferentes *inputs* y *outputs* de cada hospital con todos los demás, utilizando para ello un modelo de programación lineal formado por una función objetivo sujeta a un conjunto de restricciones. Cada hospital es evaluado comparándolo con el resto de los hospitales estudiados.

(20) El análisis de eficiencia relativa se realiza mediante tres métodos. En primer lugar, un análisis comparativo de un conjunto de indicadores seleccionados por los gerentes de los hospitales comarcales del Servicio Andaluz de Salud y otros especialistas. En segundo lugar, mediante la elaboración de índices de eficiencia según Georgopoulos (1986), incorporando también las prioridades establecidas por los gerentes de hospitales comarcales del SAS y especialistas. En último lugar, se realiza un estudio de eficiencia relativa mediante análisis envolvente de datos (AED) con y sin prioridades. El AED con prioridades permite definir prioridades y restricciones según la estructura de preferen-

cias del regulador, profundizando por tanto en el análisis de eficiencia de los hospitales. El modelo AED con prioridad de objetivos se resuelve en dos fases:

fase 1
max Θ
$ZX + S = (1 - w_i\Theta)x$
$ZY - S = (1 + w_r\Theta)y$
w_i y w_r las prioridades.
fase 2
Θ el valor óptimo de la fase 1
la función objetivo del modelo se modifica a
max $\Sigma\Phi^- s + \Sigma\Phi^+ s$
Φ^- y Φ^+ son las prioridades especificadas por los usuarios

Véase PÉREZ, CARRETERO, MARTÍN y LÓPEZ DEL AMO (1997), Escuela Andaluza de Salud Pública (1997a y b).

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

(22) Véanse, por ejemplo, las fuertes críticas efectuadas por la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM) (1997).

BIBLIOGRAFÍA

ALBI, E.; GONZÁLEZ-PÁRAMO, J. M., y LÓPEZ i CASASNOVAS, G. (1997), *Gestión pública. Fundamentos, técnicas y casos*, Ariel Economía, Barcelona, Editorial Ariel, S.A.

ARIÑO ORTÍZ, G., y SALA AUQUER, J. M. (1995), «La gestión de los servicios sanitarios mediante formas personificadas: Especial referencia a empresas públicas y sociedades», en *La gestión de los servicios sanitarios. Modelos alternativos,* III Congreso Derecho y Salud, Pamplona, Gráficas Lizarra, S.A., págs. 55-71.

ARRUÑADA, B. (1997), «Bases para la profesionalización de la sanidad pública», en LÓPEZ i CASASNOVAS, G., y RODRÍGUEZ PALENZUELA, D. (coord.), *La regulación de los servicios sanitarios en España*, Madrid, Editorial Civitas, págs. 157-212.

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE CONTABILIDAD Y ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS, AECA (1997), *La contabilidad de gestión en los centros sanitarios*, Madrid, Ortega Ediciones Gráficas, S. L.

BAREA, J., y GÓMEZ, A. (1994), *El problema de la eficiencia en el sector público en España: especial consideración de la Sanidad*, Madrid, Instituto de Estudios Económicos.

BENGOA, R. (dtor.) (1996), *La sanidad: un sector en cambio. Un nuevo compromiso entre la administración, usuarios y proveedores*, Barcelona, SG editores.

BENGOA, R.; ECHEBARRÍA, K.; FERNÁNDEZ, J. M.; VIA, J. M., y CAMPRUBI, J. (1997), *Sanidad. La reforma posible*, Navarra, Bega Comunicación.

BOHIGAS, L. (1997), «La acreditación de hospitales: un paso hacia la liberalización del mercado hospitalario español», en LÓPEZ i CASASNOVAS, G., y RODRÍGUEZ PALENZUELA, D. (coord.), *La regulación de los servicios sanitarios en España*, Madrid, Editorial Civitas, págs. 91-128.

BORRAJO INIESTA, I. (1995), «La huida hacia fórmulas de gestión de Derecho Privado en la representación de servicios sanitarios: la supuesta crisis del Derecho Administrativo», en *La gestión de los servicios sanitarios. Modelos alternativos*, III Congreso Derecho y Salud, Pamplona, Gráficas Lizarra, S. A., págs. 95-123.

BURGOS, R.; MARTÍN, J. J., y LINARES, A. (1997), «Metodología de costes basada en las actividades aplicadas a trasplantes», *Gestión Hospitalaria*, 1, páginas 53-58.

CABASÉS, J. M. (1998), «La financiación de la sanidad en España», en CATALÁ, F., y DE MANUEL, E. (eds.), *Informe Sespas 1998: La salud pública y el futuro del estado del bienestar*, Granada, Escuela Andaluza de Salud Pública, págs. 319-343.

CABASÉS, J. M., y MARTÍN, J. J. (1997), «Diseño y evaluación de estrategias de desregulación en el sector sanitario público en España», en LÓPEZ i CASASNOVAS G., y RODRÍGUEZ PALENZUELA, D. (coord.) (1997), *La regulación de los servicios sanitarios en España*, Madrid, Editorial Civitas, págs. 481-537.

CARMONA, G.; PRADOS, A., y SÁNCHEZ-CANTALEJO, E. (1997), «Los grupos de atención ambulatoria. Resultados parciales del proyecto: Evaluación del comportamiento de los grupos de atención ambulatoria en nuestro entorno de Atención Primaria», *Gestión Hospitalaria*, 1, páginas 40-45.

CATALÁ, F., y DE MANUEL, E. (eds.) (1998), *Informe Sespas 1998: La salud pública y el futuro del estado del bienestar*, Granada, Escuela Andaluza de Salud Pública.

CONFEDERACIÓN ESTATAL DE SINDICATOS MÉDICOS (1997), «Reflexiones en torno a los estatutos de las nuevas fundaciones hospitalarias», *Guía Sanitaria*, 425/426.3, 10 de febrero de 1997.

DAVID, P., y ARTHUR, B. (1982), «Clio and the Economics of QWERTY», *American Economic Review*, 75 (2), pags. 332-337.

DE MANUEL KEENOY, E., y PÉREZ LÁZARO, J. J. (eds.) (1995), *Oportunidades de gestión empresarial en los servicios sanitarios públicos*, Granada, Escuela Andaluza de Salud Pública.

DE MANUEL KEENOY, E., y SILIÓ VILLAMIL, F. (coord.) (1996), *Gestión sanitaria en el siglo xxi*, Granada, Escuela Andaluza de Salud Pública.

DECRETO 309/1997, de 9 de diciembre, por el que se establecen los requisitos de acreditación de las entidades de base asociativa para la gestión de centros, servicios y establecimientos de protección de la salud y de atención sanitaria y sociosanitaria.

DIXIT, A. K., y NALEBUFF, B. J. (1992), *Pensar estratégicamente*, Barcelona, Antoni Bosch.

ECHEBARRÍA ARIZNABARRETA, K. (1996), *Los procesos de modernización de las administraciones públicas en Europa*, ESADE, Barcelona (mimeo).

ELOLA, J. (1994), *Sistema Nacional de Salud: Evaluación de su eficiencia y alternativas de reforma*, Barcelona, SG-Editores.

ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PÚBLICA (1997a), «*Evaluación de la empresa pública Hospital Costa del Sol. Período 1994-1996*» (mimeo).

— (1997b), «*Evaluación de la empresa pública de Emergencias Sanitarias de Andalucía. Período 1994-1996*» (mimeo).

FERNÁNDEZ DÍAZ, J. M. (1996), «Modelos de contratación», en BENGOA, R. (dtor.) (1996), *La sanidad: un sector en cambio. Un nuevo compromiso entre la Administración, usuarios y proveedores*, Barcelona, SG editores, págs. 77-86.

GEORGOPOULOS, B. (1986), *Organizational structure, problem solving and efectiveness. A comparative study of Hospital Emergency Service,* Jossey-Bass Health Series and Jossey Bass Management Series.

GÉRVAS, J., y ORTÚN, V. (1997), «Regulación y eficiencia de la atención sanitaria primaria en España», en LÓPEZ i CASASNOVAS, G., y RODRÍGUEZ PALENZUELA, D. (coord.), *La regulación de los servicios sanitarios en España*, Madrid, Editorial Civitas, págs. 129-155.

GONZÁLEZ-PÁRAMO, J. M. (1998), «Cambios organizativos al servicio de la gestión pública», en SILIÓ, F. (ed.), *La gestión del cambio en los servicios sanitarios*, IV Seminario en colaboración con Merck-Sharp & Dohme, Granada, Escuela Andaluza de Salud Pública.

GONZÁLEZ LÓPEZ VALCÁRCEL, B., y BARBER, P. (1996), «Changes in the efficiency of spanish public hospitals after the introduction of program-contracts», *Investigaciones Económicas,* vol. 20, n.º 3, páginas 377-402.

GUÍA SANITARIA (1997), «Anteproyecto de Dictamen de la Subcomisión parlamentaria para el estudio de las medidas necesarias para la consolidación y modernización del Sistema Nacional de Salud», número 446, 30 de junio.

ITURRIAGA NIEVA, R. (1997), «Las sociedades públicas, un dudoso instrumento de gestión», *Auditoría Pública*, 10, págs. 65-68.

LÓPEZ i CASASNOVAS, G. (1993), «Ofertas de cuidados de salud y políticas de empleo en el sector sanitario público», *Hacienda Pública Española* (monografías), 1, páginas 45-68.

LÓPEZ i CASASNOVAS, G., y RODRÍGUEZ PALENZUELA, D. (coord.) (1997), *La regulación de los servicios sanitarios en España*, Madrid, Editorial Civitas.

MARTÍN MARTÍN, J. J. (1993a), «La reforma sanitaria de atención primaria en el Reino

Unido. Una perspectiva desde España (I)», *Centro de Salud*, vol. 1, n.º 7, páginas 481-488.

— (1993b), «La reforma sanitaria de atención primaria en el Reino Unido. Una perspectiva desde España (II)», *Centro de Salud*, vol. 1, n.º 8, págs. 571-577.

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

MARTÍN, J. J., y LÓPEZ DEL AMO, M.ª P. (1994), «Incentivos e instituciones sanitarias públicas», Granada, Escuela Andaluza de Salud Pública.

— (1997), «La desregulación del sector sanitario público: oportunidades y riesgos», *Cuadernos de Cinco días*, serie: «Los nuevos retos del sector público ante la Unión Monetaria Europea», n.º 8, *Los problemas de la sanidad,* págs. 222-229.

MARTÍNEZ AGUAYO, C. (1996), «El contrato programa como instrumento de gestión», en BENGOA, R. (dtor.), *La sanidad: un sector en cambio. Un nuevo compromiso entre la Administración, usuarios y proveedores*, Barcelona, SG editores, páginas 77-86.

MAYS, N., y DIXON, J. (1996), *Purchaser plurality in UK Health Care. Is a consensus emerging and is it the right one?,* Londres, King's Fund Publishing.

MENEU, R., y ORTÚN, V. (coords.) (1996), *Política y gestión sanitaria. La agenda explícita*, Barcelona, SG-Editores.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (1997), «Descripción y estado de situación del Sistema Nacional de Salud», *Guía Sanitaria,* n.º 428, 24 de febrero.

NORTH, D. C. (1990), «A transaction cost theory of politics», *Journal of Theoretical Politics*, 2, pág. 4.

— (1992), «Institutions, ideology, and economic performance», *Cato Journal*, 11(3).

ORTÚN, V. (1996), «Innovación organizativa en sanidad», en MENEU, R., y ORTÚN, V. (eds.) (1996), *Política y gestión sanitaria: la agenda explícita*, Barcelona, SG editores, págs. 157-176.

— (1998), «Sistema sanitario y Estado del bienestar: problemas a la vista», en CATALÁ, F., y DE MANUEL, E. (eds.), *Informe Sespas 1998: La salud pública y el futuro del estado del bienestar*, Granada, Escuela Andaluza de Salud Pública, páginas 39-57.

ORTÚN, V., y GÉRVAS, J. (1996a), «Las asociaciones de profesionales en medicina general», *Atención Primaria*, 17, páginas 300-302.

— (1996b), «Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria», *Medicina Clínica,* 106, págs. 97-102.

PEIRÓ, S. (1995), «Limitaciones en la medición de los resultados de la atención hospitalaria: implicaciones para la gestión», en ASOCIACIÓN DE ECONOMÍA DE LA SALUD, *Instrumentos para la gestión en sanidad*, XV Jornadas de Economía de la Salud, Barcelona, SG-Editores, págs. 57-101.

PÉREZ, C.; CARRETERO, L.; MARTÍN, J., y LÓPEZ DEL AMO, M. P. (1997), «Empresa pública Hospital Costa del Sol. Innovaciones y eficiencia en la gestión hospitalaria», en ASOCIACIÓN DE ECONOMÍA DE LA SALUD, *Costes y calidad en la contratación de servicios de salud,* XVII Jornadas de Economía de la Salud, Murcia, Compobell, S. L.

RIVERA, J. A. (1997), «El efecto mariposa», *Claves de Razón Práctica*, 73, páginas 32-41.

RUMELT, R. (1995), «Inertia and transformation», en MONTGOMERY, C. (ed), *Resource based and evolutionary theories of the firm*, Toward a synthesis, Kluwer Academic Publishers.

STIGLITZ, J. E. (1989), *The economic role of the state*, Oxford, Basil Blackwell.

— (1994), «Replanteamiento del papel económico del Estado: bienes privados suministrados públicamente», en LÓPEZ i CASASNOVAS, G. (dtor.), *Análisis económico de la sanidad*, Barcelona, Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social.

VENTURA VICTORIA, J. (1997), «La nueva organización de la sanidad (hospitales)», *Seminario de Estudios Sociales de la Salud y los Medicamentos,* Universidad Carlos III de Madrid (mimeo).

VILLAR ROJAS, F. (1994), «La huida al Derecho Privado en la gestión de los servicios de salud», en ASOCIACIÓN DE ECONOMÍA DE LA SALUD (ed.),*Cambios en la regulación sanitaria*, Barcelona, SG editores, páginas 265-281.

WILLIAMSON, O. (1991), «Comparative economic organitation: The analysis of discrete structural alternatives», *Administrative Science Quarterly*, Cornell University.

— (1993), «The economic analysis institutions and organisations in general with respect to country studies», París, OCDE/GD (93), 158, *Working Papers,* 133.

Resumen

Este trabajo analiza y evalúa los cambios organizativos recientes producidos en el Sistema Nacional de Salud español. Las jerarquías públicas centralizadas del INSALUD y otros servicios regionales de salud se están orientando hacia modelos híbridos y relaciones contractuales a través de dos instrumentos esencialmente: el contrato programa y la creación de nuevas formas jurídico-organizativas regidas por el derecho privado. Profundizar en estas reformas, generalizarlas y minimizar los potenciales efectos perversos que conllevan, implicaría cambios en el marco de la regulación institucional y estrategias de superación de la dependencia de senda en la que las organizaciones sanitarias del estado español están confinadas en la actualidad.

Palabras clave: Sistema Nacional de Salud español, instrumentos de gestión, nuevas formas jurídicas.

Abstract

This study examines and evaluates the recent organizational changes that have taken place in the Spanish National Health System. The centralized public hierarchies of the INSALUD and other regional health services are being oriented towards hybrid models and contractual relations through two instruments in particular: the programme contract and the creation of new legal organizational forms governed by private law. Developing these reforms, generalizing them and minimizing the potential perverse effects they entail would involver changes in the framework of institutional regulation and strategies for overcoming the path dependence in which the Spanish state health organizations are confined at the present time.

Key words: Spanish National Health System, management instruments, new legal forms.

JEL classification: I18, H51.