

JOSÉ MARÍA ANTEQUERA VINAGRE  
ELENA ARIAS MENÉNDEZ  
(Directores)

# SISTEMA SANITARIO Y RECURSOS HUMANOS

## Manual para gestores y profesionales



INSTITUTO DE ADMINISTRACIÓN SANITARIA



LEGALIA ABOGADOS



GRUPO SANITARIO

**Los Directores-Autores y el Instituto de Administración Sanitaria agradecemos  
al Grupo Sanitario IDC y a Legalia Abogados  
su ayuda en la elaboración de este libro.**

© Instituto de Administración Sanitaria, 2005

Reservados todos los derechos.

«No está permitida la reproducción total o parcial de este libro, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, por registro u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del Copyright».

Ediciones Díaz de Santos  
E-mail: ediciones@diazdesantos.es  
Internet://<http://www.diazdesantos.es/ediciones>

ISBN: 84-7978-673-6  
Depósito legal: M. 279-2005

Diseño de Cubierta: Ángel Calvete  
Fotocomposición: Fernández Ciudad  
Impresión: Fernández Ciudad  
Encuadernación: Rústica-Hilo

Impreso en España

## **DIRECTORES**

*José María Antequera Vinagre.* Abogado del ICAM. Departamento Desarrollo Directivo y Gestión de Servicios Sanitarios. Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III. Madrid.

*Elena Arias Menéndez.* Directora General de Recursos Humanos Grupo Sanitario IDC. Madrid.

## **AUTORES**

*José María Antequera Vinagre.* Abogado del ICAM. Departamento Desarrollo Directivo y Gestión de Servicios Sanitarios. Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III. Madrid.

*Cristina Aragón Gómez.* Legalia Abogados.

*Elena Arias Menéndez.* Directora General de Recursos Humanos Grupo Sanitario IDC. Madrid.

*Verónica Cerón Llorente.* Legalia Abogados.

*Rita Enríquez Salamanca.* Médico de Sanidad Nacional. Jefe de Servicio de Planificación. Departamento de Desarrollo Directivo y Gestión de Servicios Sanitarios. Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III. Madrid.

*Monserrat Gratacós Monllor.* Responsable de Selección Hospital General de Catalunya. Grupo Sanitario IDC. Barcelona.

*Luis Ángel Oteo Ochoa.* Jefe de Departamento de Desarrollo Directivo y Gestión de Servicios Sanitarios. Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III. Madrid.

*Silvia de Quintana Sáez.* Legalia Abogados.

*José Ramón Repullo Labrador.* Jefe de Departamento de Planificación y Economía de la Salud. Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III. Madrid.

*David Sequera Merino.* Director Departamento Laboral. Legalia Abogados.

*Patricia de la Torre Bujones.* Legalia Abogados.

# Índice

<b>Prólogo</b> .....	XI
<b>1. Marco general de políticas sanitarias y políticas de recursos humanos</b> (José Ramón Repullo Labrador, José María Antequera Vignagre y Rita Enríquez de Salamanca) .....	1
1.1. Los sistemas sanitarios en transición .....	2
1.2. El marco de la política profesional .....	32
1.3. Entorno europeo. La Unión Europea .....	59
1.4. El Estado español. Asistencia sanitaria pública y privada .....	100
1.5. La nuevas formas de gestión (NFG) en el Sistema Nacional de Salud. Un debate sobre la forma y el estatuto jurídico del servicio .....	157
<b>2. La organización y los recursos humanos en los servicios sanitarios</b> (Luis Ángel Oteo Ochoa) .....	169
2.1. El marco institucional .....	169
2.2. Cambios en las organizaciones de servicios sanitarios .....	182
2.3. La organización sanitaria y los recursos humanos .....	189
2.4. La empresa sanitaria: procesos integrados en la cadena de valor .....	213
2.5. Ámbito microindustrial: gobierno y gestión clínica .....	233
2.6. La comunidad y la gestión del conocimiento .....	243

<b>3. La Dirección de Recursos Humanos</b> (Elena Arias Menéndez y Montserrat Gratacós) .....	265
3.1. Dirección General y Dirección de Recursos Humanos .....	265
3.2. Sector Sanitario y Dirección de Recursos Humanos .....	272
3.3. Planificación y gestión de los recursos humanos .....	291
3.4. Control y organización de los recursos humanos .....	298
<b>4. Contexto jurídico-laboral de los recursos humanos</b> (Legalia Abogados) .....	339
4.1. Área jurídico-normativa laboral .....	339
<b>5. La e-gestión en la sociedad de la información: Internet y nuevas tecnologías en el desarrollo del objeto social de la empresa en el siglo XXI. La ‘e-health’</b> (José María Antequera Vinagre) .....	469
5.1. La e-gestión de recursos humanos. Aspectos jurídicos: e-mail, accesos a Internet: derechos de los trabajadores. La proporcionalidad y legitimidad en el uso .....	472
5.2. El uso sindical de las herramientas de Internet e intranet para la actividad sindical. Regulación y claves para la ‘e-paz’ social. ....	474
5.3. El derecho a la intimidad, al secreto de las comunicaciones y el uso de las nuevas tecnologías del trabajador en el ámbito empresarial. El ‘e-despido’ disciplinario en la sociedad de la información .....	476
5.4. Protección de datos y confidencialidad. Derecho fundamental del ‘habeas data’ o libertad informática. Política básica de gestión de personal. Justificación de la era ‘e-health’ y telemedicina .....	481
5.5. El desarrollo tecnológico. La multiubicuidad profesional: la transterritorialidad. Una visión de la teleresponsabilidad jurídica .....	486
<b>6. Anexos legislativos</b> .....	493

# Prólogo

Cuando hace ahora casi dos años José M.<sup>a</sup> Antequera y Elena Arias se propusieron impulsar la edición de esta obra, el objetivo perseguido se centraba en poner a disposición de los profesionales, profesorado y alumnos de Centros orientados a las Ciencias de la Salud un texto que fuera capaz de reflejar la estrecha relación entre Sistema Nacional de Salud, nuevos entornos y la política y gestión de los recursos humanos.

A juicio de ambos coordinadores, quienes se incorporan al Sistema por vez primera, ya se trate de profesionales sanitarios o no sanitarios, debieran contar con un bagaje, quizás elemental, pero en todo caso riguroso, que les permita conocer nuestro Sistema Nacional de Salud, cuáles son sus fundamentos ideológicos, sus principios y fórmulas de materialización, distinguiendo entre autoridad sanitaria y provisos de servicios (Atención Primaria, Atención Especializada, Psiquiátrica, Sociosanitaria), de forma tal que nuestros profesionales sean capaces (por capacidad y competencia), de tener una visión orientada al paciente y al proceso, integral, con enfoque pluridisciplinar, en régimen de coordinación; un modelo, en definitiva, en el que la calidad sea una exigencia y la mejora continua una responsabilidad y un estímulo.

En consecuencia, el ejercicio de las distintas profesiones que desempeñan su actividad en el entorno sanitario debiera orientarse a la consecución de este fin esencial, que se concreta en la mejor atención posible (asistencial, de cuidados, en tiempos de espera, hostelera, de trato, administrativa y de información).

El cierre del proceso transferencial en diciembre de 2001 dio carta de naturaleza a los 17 Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas que configuran el Estado español. Cada una de estas Comunidades ha desarrollado un marco normativo que, al amparo de la Ley General de Sanidad (1986), marca diferencias en cuanto a la prestación (por tanto financiación), de determinados servicios, la organización de la atención —gestión—, entre otras.

Por otra parte, los principios sustentadores de la Unión Europea y su desarrollo a través de directivas encuentran amplio eco en la ordenación de las profesiones sanitarias (libre circulación, libre prestación de servicios y de establecimiento, titulaciones y homologaciones). La política y gestión de los recursos humanos ciertamente habrá de incorporar estos elementos, poniendo a disposición de los profesionales la información, las posibilidades de desempeño de las diferentes actividades y las expectativas de desarrollo profesional.

Teniendo en cuenta las reflexiones anteriores, no parece que la planificación y gestión de los recursos humanos pueda considerarse como un compartimento estanco, orientado a la selección, reclutamiento y administración de personal, sino que se trata de alcanzar un nexo de unión entre los objetivos del Sistema y los resultados obtenidos y percibidos, atendiendo asimismo al impacto de los entornos (comunitario, estatal, autonómico).

De la lectura del texto se desprende que el manual ha otorgado un papel preeminente a la formulación estratégica de la política y gestión sanitaria, y desde esta perspectiva se ha estructurado la obra, entendiendo que los profesionales son en este supuesto «el activo más importante» porque asumen el papel de «mediadores», de quienes hacen posible que los principios inspiradores del Sistema se cumplan a través de la realización de las actividades derivadas del desempeño de los diferentes puestos de trabajo.

En la era de la «gestión del conocimiento» quienes se acerquen al sector sanitario para ejercer su actividad profesional *conozcan* no solamente *qué* deben hacer, sino *para quiénes, por qué, con qué objetivos, en qué entorno (externo y externo), con qué recursos*, y todo esto en el marco de la Unión Europea, el Estado español y las diferentes Comunidades Autónomas.

Los autores que han elaborado los diferentes capítulos que componen el Manual son todos profesionales con amplia experiencia en los ámbitos de la planificación, gestión y docencia sanitaria, comprometidos con los principios y objetivos del Sistema Nacional de Salud; de acuerdo con las pautas previamente establecidas para orientar el

contenido de la obra, arranca ésta en su capítulo primero, con un análisis de las políticas sanitarias y políticas de recursos humanos. Este capítulo define los sistemas sanitarios en transición, cómo transcurre la evolución y su impacto en la política profesional y gestión de los profesionales; prosigue con la aplicación de este marco general a la Unión Europea aportando información de interés relativa a modelos estatales de gestión de recursos humanos (Alemania, Gran Bretaña y Francia); finalmente se introducen los elementos formales de nuestro propio Sistema Nacional de Salud.

De acuerdo con la estructura de la obra, partiendo del marco general ya mencionado, el capítulo segundo se centra en la organización sanitaria y su relación con los Recursos Humanos. El capítulo tercero concreta el ámbito directivo de los Recursos Humanos (con carácter general y referido al sector sanitario).

Mención especial merecen los capítulos cuarto y quinto, que incluyen el ámbito jurídico-laboral y la e-gestión en la sociedad de la información. No resulta fácil encontrar reunida en un solo texto información que abarque desde los principios generales del Sistema hasta los elementos jurídicos y laborales que intervienen en la relación profesional. Al margen de los contenidos jurídico-formales (de gran interés), destacan los contenidos relativos a diferencias jurídicas entre contratos, salud laboral y relaciones con las fuerzas sociales. La lectura de los apartados relativos a la gestión de conflictos, responsabilidad civil sindical y «derechos de los trabajadores como parte integrante del eje de la planificación de Recursos Humanos» puede resultar particularmente atractiva para nuestros gestores en el ámbito de la Dirección General y de Recursos Humanos.

El impacto de las nuevas tecnologías en el ámbito de los recursos humanos es incuestionable. Destaco entre todos los apartados los referidos a la protección de datos y confidencialidad, y al desarrollo tecnológico («transterritorialidad», «tele-responsabilidad jurídica»).

El Manual se completa con anexos legislativos, amplia bibliografía especializada y links que ayuden a los lectores a encontrar, ampliar o revisar la información proporcionada.

*Sistema Sanitario y Recursos Humanos. Manual para gestores y profesionales*, cumple en definitiva, a juicio de quien esto escribe el objetivo inicialmente propuesto, abordando con rigor el estudio y análisis de las políticas sanitarias (estatales e internacionales), y su relación con la gestión de recursos humanos, considerando de forma particularizada el contexto jurídico-laboral y la influencia de las nuevas tecnologías (*e-health*).



El rigor viene acompañado de claridad en la expresión, homogeneidad y continuidad en los contenidos, lo que sin duda facilitará la lectura por parte de los interesados; a todos, profesionales, docentes, alumnos, va dirigido un Manual concebido desde el reconocimiento de nuestro Sistema Nacional de Salud, para consolidarlo y desarrollarlo en beneficio de los pacientes, las instituciones y los profesionales. Seguro que el texto contribuirá en la medida que corresponda a esta aspiración.

MANUEL OÑORBE DE TORRE.  
Director General de Salud Pública.  
Ministerio de Sanidad y Consumo.

# 1

## Marco general de políticas sanitarias y políticas de recursos humanos

José Ramón Repullo Labrador,  
José María Antequera Vinagre,  
Rita Enríquez de Salamanca

Las políticas de recursos humanos no son un fin en sí mismas, sino que solo cobran sentido en su contribución a las misiones y objetivos generales de las organizaciones. Por ello, es esencial dirigir la atención a la organización sanitaria, para buscar las coordenadas de referencia donde tiene que situarse la función de personal. Sin embargo, nos encontramos que los sistemas sanitarios son entidades complejas y cambiantes, en las cuales es difícil identificar claramente sus objetivos, ya que tienen múltiples agentes y agendas, cuyos intereses no están bien alineados. Y esto se produce tanto en el sector público como en el sector privado.

En el sector privado, el aseguramiento de riesgos de salud, o la provisión no pública de servicios, presenta condiciones de turbulencia, pues le afectan variables de mercado sanitario (normalmente en países desarrollados a través de una compleja complementariedad e interdependencia con el sector público), de incremento de la demanda, de crecimiento de costes de producción, y de creciente complejidad en la organización y coordinación de niveles y servicios.

En el sector público, además de los factores de demanda, costes y producción, se plantean en toda su complejidad los problemas de la agenda política e institucional, que implica notables exigencias de los ciudadanos, e importantes restricciones en la capacidad de decisión de los agentes que gestionan.

## **1.1. LOS SISTEMAS SANITARIOS EN TRANSICIÓN**

*José Ramón Repullo Labrador*

### **1.1.1. LA CONFIGURACIÓN HISTÓRICA DE LOS SISTEMAS DE ASEGURAMIENTO DE RIESGOS DE SALUD**

El modelo histórico de referencia es la «medicina liberal», que durante los siglos que lleva la práctica médica como profesión ha sido el esquema básico en la relación médico-paciente: el individuo percibe unos síntomas o tiene una preocupación por su salud, que al rebasar un dintel, le lleva a buscar a un profesional de la medicina, el cual le atiende y como contrapartida le solicita unos honorarios.

Este modelo liberal, por su larga historia, ha condicionado enormemente la propia conciencia y autoimagen del médico («profesional liberal», sistemas de control colegial, etc.), por más que las condiciones actuales en el empleo público, y en buena parte de su vinculación con el sector privado, se alejan de dicho referente, como luego comentaremos.

Sin embargo, este modelo tradicional no podía responder a los cambios científicos y tecnológicos de la medicina. El propio desarrollo de conocimientos llevó a la creación de modelos de aseguramiento público y privado que sustituyeron ampliamente dicho esquema. Puede ser útil considerar dos tipos de condicionantes, profesionales y económicos, que protagonizaron este proceso de transformación de la medicina liberal a los sistemas de aseguramiento sanitario.

#### **1.1.1.1. Los condicionantes profesionales**

Los condicionantes profesionales están vinculados al avance del saber médico, y en particular al fenómeno de la especialización.

Hasta el siglo XVIII, domina un modelo de medicina liberal en la que los médicos atienden a las familias en su domicilio o en sus consultas. Los hospitales son instituciones muy diferentes a las de hoy en día. A ellos acuden aquellas personas con enfermedades graves, que no tienen casa (mendigos, viajeros, soldados...) y que son acogidos en ellos por caridad, y en los que se les prestan cuidados de alojamiento y alivio de sus enfermedades.

Este hospital de caridad (de ordenes religiosas, fundaciones benéficas o municipalidades) suele contar con la colaboración (normalmente no retribuida) de algunos médicos que van a pasar consulta. Para un paciente, acudir a un hospital implica un estigma de baja condición social (no tiene casa donde le cuiden), y un dato de pronóstico sombrío (dada la gravedad asociada con el ingreso en dicho tipo de institución). Tal efecto estigmatizador que contagió al término «hospital» ha durado hasta hace muy poco; incluso en nuestro país, la Seguridad Social denominó a sus hospitales como «residencias» y «ciudades sanitarias», y el sector privado como «clínicas». Y no fue sino desde los años 80, cuando renace el término bajo una nueva imagen de modernidad y optimismo clínico.

Sin embargo, este hospital asilar o caritativo tenía una característica muy importante: era un gran concentrador de patologías, y en él se podía observar clínicamente a muchos pacientes desde los síntomas hasta la anatomía patológica. Como dice Lyons *«la característica fundamental de la medicina del siglo XIX es el intento de correlacionar los descubrimientos del laboratorio y de la sala de autopsias con las observaciones junto al lecho del enfermo»*<sup>1</sup>. Y, los médicos que acudían regularmente a atender pacientes a los hospitales se fueron involucrando en el conocimiento e investigación clínica.

Los inmensos avances en semiología y nosología (sobre todo en el siglo XIX en los hospitales franceses, británicos y germánicos), permitieron codificar la morbilidad, y nos han dejado un valiosísimo legado en la articulación del saber médico, sobre cuya base se ha construido el avance científico y tecnológico que finalmente ha reportado avances terapéuticos efectivos en muchas patologías.

Sobre la base de estos avances, a su vez se profundizó en el proceso de especialización. En efecto, los médicos que visitaban pacientes fueron concentrando su atención en determinados órganos, sistemas o patologías de su interés. Además de hacer avanzar el conocimiento, esto llevaba a redefinir su práctica profesional dentro del hospital, pero también fuera del mismo. Aunque vieran en su consulta pacientes de todo tipo, lo cierto es que la reputación que obtenían dentro y fuera de la profesión en un tipo de enfermos o trastornos facilitaba ver pacientes referidos o que venían de lejos. Y ello reportaba también mejoras en los honorarios que podían cobrar, lo que permitía a su vez profundizar en las investigaciones y segmentar más aun la demanda.

---

<sup>1</sup> Lyons A, Petrucelli RJ. *Historia de la Medicina*. Barcelona, Mosby-Doyma. 1994.

No obstante, en una primera y larga etapa, este fenómeno de la especialización era incompleto, y guiado más por la persona y la reputación que por estructuras o sistemas formalizados. Además, la práctica médica liberal seguía siendo hasta cierto punto «generalista». La diferenciación entre Atención Primaria y Atención Especializada proviene en cierta forma de dicha tendencia, que lleva finalmente a los especialistas a definir su práctica como de segunda línea, y a redefinir su espacio de ejercicio profesional en torno al hospital.

En algunos países (Reino Unido) esta tendencia se profundizó, y llevó al concepto de generalista como «puerta de entrada» (para ir a un especialista se precisa la derivación del generalista). En otros países (Francia, Alemania...), en el ámbito extrahospitalario concurren (y en cierta forma compiten) generalistas y especialistas, pudiendo el paciente elegir entre unos y otros en cada caso.

La especialización tiene un efecto decisivo: hace crecer la interdependencia en la práctica clínica. La relación bilateral médico-paciente, en la cual se suponía que un único proveedor de servicio podía subvenir a un amplio elenco de necesidades y demandas de un enfermo, queda disuelta ante la eclosión del saber médico en ramas especializadas del saber y la práctica profesional.

En otros términos: la medicina moderna ya no cabe en la mente y en las manos de una persona, y exige la articulación de conocimientos, competencias, tecnologías, equipamientos, centros y otros recursos de creciente tamaño, complejidad, costes y sofisticación. Se precisa un «sistema» que integre distintos niveles y prácticas asistenciales, y permita movilizar aquellas acciones en mejora de la salud del paciente que mejor se adapten a los problemas, necesidades y demandas de los pacientes y la población. En esto reside la génesis profesional de los sistemas de aseguramiento sanitario.

### **1.1.1.2. Los condicionantes económicos**

El desarrollo de la ciencia y la técnica médicas, especialmente a lo largo del siglo XX, cambia totalmente la situación previa, en la cual no existía realmente la necesidad de asegurarse ante los costes de la asistencia; de hecho los primeros seguros médicos en la Alemania del siglo XIX (Krankenkasse) lo que hacían era subsidiar el salario del trabajador que caía enfermo.

Según se hace más compleja y efectiva la asistencia sanitaria, el coste directo de los servicios rebasa amplitísimamente la merma de ingre-

sos que produce la enfermedad en la población activa, y constituye en sí mismo un mayor peligro sobre la capacidad y solvencia económica de las familias.

Pero el gasto sanitario medio por persona es, como indica su nombre, un valor «medio». Y, lo mismo que la riqueza *per capita*, oculta enormes diferencias entre individuos y grupos sociales, la distribución de la enfermedad y de los gastos que ocasiona en las personas presenta una distribución muy diversa, concentrándose de forma muy acusada en unos individuos y en algunos años de la vida de las personas. Diversos estudios han identificado esta «concentración de riesgos», llegando a concluir que entre el 5 y el 10% de una población acumula a lo largo de un año el 50% del gasto sanitario total<sup>2</sup>.

Considerando conjuntamente el alto coste y la concentración de riesgos, nos encontramos con el hecho de que la enfermedad puede suponer un riesgo catastrófico (en términos de costes directos médicos de la asistencia) para aquellas personas que tienen la mala fortuna de estar en los primeros grupos de la tabla. Pocas economías personales pueden soportar directamente el pago de las facturas de ciertos procesos que requieren intervenciones, hospitalización, tratamientos costosos y que, en muchos casos, son procesos que se alargan en el tiempo.

Y este riesgo económico es además poco predecible a nivel individual. Así, para una persona que hoy está razonablemente sana es difícil estimar la probabilidad de aparición de una enfermedad y el coste que supondrá el tratamiento de la misma. Las compañías de seguros llevan mucho tiempo intentando predecir este fenómeno con el objetivo seleccionar y ajustar el pago de las pólizas al «perfil de riesgo»; pero lo cierto es que la capacidad predictiva es notoriamente baja, y el factor más indicativo del consumo de recursos es el propio perfil de utilización en el año anterior (es decir, cuando ya ha comenzado a debutar la propia morbilidad). Esta capacidad de predicción de gasto según autores como Newhouse no llega en el mejor de los casos a explicar el 20% de la varianza<sup>3</sup>.

Así, por ejemplo, para un individuo es difícil saber si el año próximo va a sufrir un cólico renal (aunque ayuda a predecirlo el que haya tenido en el pasado otros episodios). Para un grupo reducido (como los alumnos que están en un aula) sigue siendo realmente atrevido hacer una estimación pero, para los afiliados de una compañía de

---

<sup>2</sup> Ibern P. La concentración de los costes sanitarios per cápita y el control del riesgo. *Gaceta Sanitaria*, 1995; 9 (47): 133-139.

<sup>3</sup> Newhouse. Risk adjustment: Where are we now? *Inquiry*, 1998; 35: 122-131.

seguros médicos, la ley de los grandes números permite hacer predicciones bastante ajustadas.

Tomando como base este ejemplo, podemos entender que la solución más lógica cuando un riesgo se distribuye de forma muy diversa, y su aparición es difícilmente previsible en las personas (aunque no en los grupos sociales), consistiría en «juntar riesgos», y buscar un esquema por el cual todos aporten una cantidad para el caso de que algunos puedan necesitar la asistencia por un problema de salud. Esta es la esencia del aseguramiento.

### **1.1.1.3. El aseguramiento de riesgos de salud como alternativa**

Con el aseguramiento de riesgos de salud se obtienen una serie de ventajas para el individuo. Si tiene la mala fortuna de contraer la enfermedad, el coste de atenderla será muchísimo menor que si tuviera que «autoasegurarse» (pues dicho coste se distribuye entre todo el colectivo). Pero incluso aquel individuo que no contrae la enfermedad, obtiene un beneficio: sentirse protegido y saber que, en el caso de precisar atención sanitaria, el coste que afrontará no será catastrófico. Su bienestar, en términos de protección, se complementa con el hecho de que, una vez que ha satisfecho la cuota de aseguramiento, podrá tomar decisiones con el resto de sus ingresos para adquirir otros bienes y servicios; es decir, le permite una mayor predictibilidad de su gasto sanitario.

Teniendo en cuenta lo anterior, la creación de esquemas de seguro parece una solución lógica que beneficia a todos, y que además crea las bases para soluciones organizativas más sencillas y eficientes. Cuando se conjuntan riesgos de un amplio colectivo, es posible articular un conjunto de dispositivos sanitarios para atender integradamente a un amplio elenco de necesidades y demandas.

Por ello, la creación de fondos económicos para la atención a la enfermedad avanza sinérgicamente con el propio desarrollo de la medicina, creando las bases para el crecimiento de la red de servicios y de la especialización.

En otros términos, el enorme desarrollo de la medicina y de los centros y servicios sanitarios sería virtualmente imposible sin que los esquemas de pago prospectivo para asegurarse riesgos de enfermar hubieran aportado fondos económicos amplios y predecibles con los cuales financiar dicho crecimiento.

Pero este cambio a favor de integrar la práctica médica dentro de esquemas de aseguramiento supone también el ocaso del modelo de medicina liberal, e implica que el ejercicio privado de la medicina tiene que adaptarse a esquemas de aseguramiento privado (integración en el cuadro médico de aseguradoras), o bien desplazarse a sectores de oferta complementaria donde pueden darse niveles de auto-suficiencia a través de la segmentación de la demanda (solo se atienden determinados procesos o se desarrollan ciertas intervenciones que pueden ser demandadas directamente por pacientes).

### **1.1.2. PATRONES DE CAMBIO Y REFORMA EN LOS SISTEMAS SANITARIOS DESARROLLADOS**

En el epígrafe anterior analizábamos las razones por las cuales se estructuran los sistemas de aseguramiento sanitarios para riesgos de salud, tanto públicos como privados. El hecho de constituir entidades financiadoras y aseguradoras crea un poderoso mecanismo para acumular recursos y desarrollar centros y servicios.

Los sistemas sanitarios públicos se ponen en marcha tras la Segunda Guerra Mundial a través de un complejo proceso donde en cada país se llega a unas reglas de cobertura y unas negociaciones con los profesionales, que dan lugar a los distintos sistemas de salud. En esencia, estos esquemas fundacionales han continuado hasta la actualidad, aunque a partir de los años 70 comienza un cuestionamiento que da lugar a los llamados procesos de reforma.

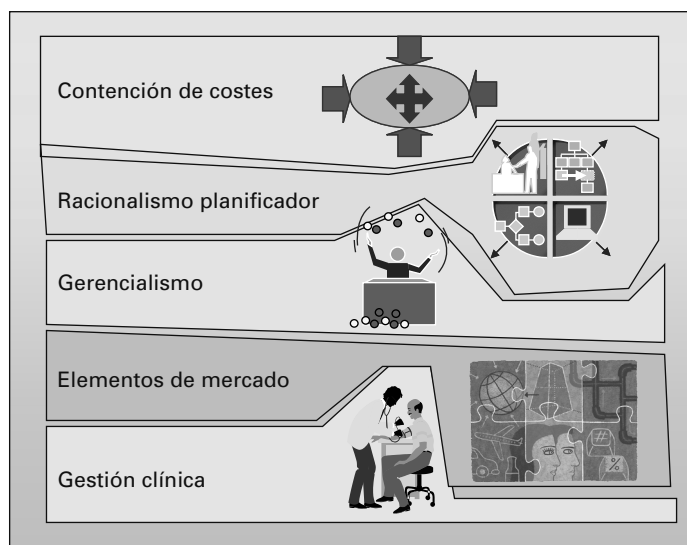
Desde mediada la década de los 70, con la crisis económica («del petróleo») se objetivan con creciente claridad los desajustes entre las estructuras sanitarias que se han desarrollado en las décadas anteriores y las nuevas necesidades, expectativas y demandas. Los cambios dejan paso progresivamente a intentos de reforma que afectan a diversos escenarios y que se formulan desde distintas perspectivas. Por ello, cabría hablar de «patrones de reforma», que sintetizan dichos escenarios y perspectivas. A pesar de la diversidad de sistemas y modelos, estos patrones explican la orientación de las políticas sanitarias, y permiten entender cómo las presiones financieras, de racionalidad y de legitimidad que se planteaban en el sector sanitario afectaban a todas las configuraciones existentes.

Los patrones de reforma se fueron introduciendo con cierta secuenciación: *la contención de costes* fue una respuesta pragmática para limitar el crecimiento del gasto sanitario; *el racionalismo planificador*



fue una respuesta técnica que pretendía establecer mecanismos de decisión y priorización basados en estudios amplios de necesidades; *la gerencialización* pretendía incorporar métodos y técnicas empresariales en la gestión de centros sanitarios (especialmente, los hospitales); *los elementos de mercado* añaden a lo anterior la necesidad de crear un entorno competitivo donde puedan efectivamente transferirse riesgos (e incentivos) desde el asegurador a los proveedores; y, finalmente, la necesidad de «*gestionar lo esencial*» y buscar una mayor efectividad en las intervenciones sanitarias, lleva a plantearse una nueva alianza con los profesionales en torno a la idea de la *gestión clínica* para la mejora de la gestión y las decisiones clínicas (Figura 1.1).

**Figura 1.1.** Patrones de cambio y reforma en los sistemas sanitarios desarrollados



La complejidad del debate actual de reformas estriba en que dichos patrones, lejos de extinguirse al acabar su momento estelar en la agenda política, han pervivido como políticas que se mantienen activas y que interactúan combinadamente unas con otras. Diseñar una reforma sanitaria hoy tiene posiblemente que ver más con el «balance» de dichos elementos que con la opción por unos u otros (o con el diseño de otro patrón que trascienda los anteriores).

En los puntos siguientes se revisarán brevemente las características principales de dichos patrones de reforma.

### 1.1.2.1. La contención de costes

Es un patrón de respuesta pragmática orientada fundamentalmente al control económico del gasto a través del establecimiento de límites por el lado de la oferta (techos presupuestarios, camas instaladas, inversiones, producción de profesionales, recortes de plantilla, etc.); la acción por el lado de la demanda (fundamentalmente, costes compartidos) ha jugado un papel mucho menor por la naturaleza de la asistencia sanitaria.

En la mayoría de países europeos, la existencia de un financiador público único (o dominante) lleva a poder desarrollar medidas de control del gasto sanitario para acompañarlo a los menores ritmos de crecimiento económico. Autores como Abel Smith han estructurado las medidas que componen la estrategia de «contención de costes» en dos bloques: medidas por el lado de la oferta y medidas por el lado de la demanda<sup>4</sup>.

#### 1.1.2.1.1. Medidas orientadas a la oferta

- *Techos presupuestarios para los centros sanitarios* (especialmente, hospitales). Se trata de buscar la máxima capacidad de previsión del gasto (asignación prospectiva) en los proveedores, a partir fundamentalmente de los gastos históricos. La buena gestión sería trabajar dentro del presupuesto. Por lo tanto, hay que cerrar en lo posible todos los gastos que están ligados al volumen de actividad producido o facturado (o introducir controles de volumen por encima de los cuales no se paga o se paga menos). Aquellos países con sistemas abiertos de facturación de médicos extrahospitalarios (Francia, Alemania) muestran mayor dificultad para contener sus gastos en dicho ámbito. Los que tienen sistemas de atención primaria basados en salario o capitación responden con mayor rapidez al control presupuestario (excepto en partidas de gasto abiertas como farmacia).
- *Limitación en la producción de profesionales sanitarios*. Las políticas educativas de admisión en las facultades de medicina se hacen más estrictas (compensando políticas anteriores de sobre-

---

<sup>4</sup> Una referencia interesante por ser sintética y ligarse con el debate de reforma puede encontrarse en: Abel Smith B, Figueras J, Holland W, Mckee M, Mossialos E. *Choices in health policy: An agenda for the European Union*. Aldershot. Dartmouth, 1995: 39-54.

producción). En sistemas abiertos (donde cualquier licenciado puede ejercer y facturar a la Seguridad Social) hay el miedo a que la oferta genere demanda. En sistemas cerrados (con barreras al empleo público), hay prevención ante el desempleo médico causado por las distorsiones entre políticas educativas y sanitarias. En el caso español, el sistema MIR de especialización actuó como filtro entre la licenciatura y las posibilidades reales de empleo público (y, por tanto, ha sido el referente de las políticas sanitarias ante el mercado de trabajo médico).

Igualmente, se establecen límites al crecimiento de plantillas en los centros y servicios; bien por plantillas orgánicas o presupuestarias. Bien por autorizaciones expresas de los órganos superiores para la contratación interina o convocatoria, se establecen barreras al crecimiento de los recursos humanos en la red.

- *Limitación de camas, nuevas instalaciones y tecnologías.* El cierre de camas, las fusiones de hospitales, y la regionalización y racionalización de instalaciones y servicios son mecanismos para reducir la oferta, aprovechando cambios tecnológicos de la medicina, que no hacen tan necesaria la asistencia en régimen de hospitalización y que permiten amortizar instalaciones obsoletas que provenían de épocas anteriores. Buena parte de la reconversión de la red hospitalaria se dirige a rediseñar para enfermos crónicos o como instituciones sociosanitarias algunos centros escasamente viables para atención de pacientes agudos, y en el caso de los hospitales psiquiátricos se introducen nuevos modelos basados en la atención comunitaria, que cuestionan el anterior modelo custodial y minimizan la necesidad de camas de larga estancia.

Las limitaciones económicas para nuevas inversiones hacen que se pospongan o demoren las agendas de construcción y funcionamiento de nuevos centros y servicios. De forma similar, el control de las nuevas tecnologías (especialmente, aquellas con instalaciones de alto coste) lleva a ralentizar el proceso de difusión, así como a plantear controles a la innovación tecnológica.

- *Las alternativas a la hospitalización convencional* pueden ser igualmente reseñadas dentro de estas medidas. En este caso, se busca catalizar el proceso de sustitución de cuidados convencionales en régimen de internamiento por otros modelos (hospital de día, cirugía ambulatoria, uso más intensivo de la polí-clínica, cuidados domiciliarios, etc.) que tienen el efecto de

desplazar costes de cuidados a las familias y proveer más asistencia sin la limitación a la producción que imponía la restricción de camas instaladas.

- *Métodos para influir en el comportamiento y las decisiones de los clínicos.* Las decisiones clínicas tienen efectos en los gastos del sistema y, por ello, se plantearon medidas de influencia en su comportamiento en diversos sentidos: en los países con médicos extrahospitalarios que facturan por actividad, se cambia el valor relativo de los items a facturar (por ejemplo, si se baja la tarifa de test diagnósticos se tendería a pedir menos). En los consumos inducidos por la práctica clínica (pruebas, derivaciones, prescripciones), se han utilizado perfiles para identificar a los médicos «más desviados» sobre los cuales actuar aconsejando o penalizando económicamente. En los médicos vinculados capítativamente, se han experimentado cambios en modelos retributivos que bonifican comportamientos de acuerdo a objetivos pactados.
- *Políticas farmacéuticas para control de gasto* (control de precios, de beneficios, precios de referencia, promoción de genéricos, etc.).

#### ***1.1.2.1.2. Medidas orientadas a la demanda***

- *Los costes compartidos* han sido uno de los temas centrales en el debate sanitario. Desde la teoría económica, al proveer un bien a coste cero (en el momento del uso), se tiende a demandar más cantidad de la «necesaria» (al menos, desde el criterio económico de eficiencia asignativa). Sin embargo, dicho modelo choca con una realidad en la cual el grueso de las decisiones de consumo se toma por el médico en su doble papel de consejero del paciente y proveedor de servicios. Tan solo en los primeros contactos desencadenados por el paciente (atención primaria, urgencias), la iniciativa de este juega un papel determinante. Si se introducen «tickets moderadores» en dichos contactos puede reducirse la utilización, pero es difícil que se discrimine entre la demanda abusiva y la demanda apropiada (incluso puede ponerse en peligro la consulta por motivos preventivos o ante síntomas iniciales).

Los sistemas de costes compartidos son diversos: deducibles (el paciente paga las primeras N euros), co-pagos (cantidad

fija que paga el paciente por acto o servicio), co-seguro (porcentaje de la factura, por ejemplo, el 40% del coste del fármaco), prestación máxima (cantidad máxima que se reembolsa de los gastos ocasionados en un período), desembolso directo máximo (límite superior que paga el paciente en un período), facturación extra (recargos a servicios reembolsables según tarifa), precios farmacéuticos de referencia y exclusiones de cobertura.

La introducción de costes compartidos se ha postulado desde distintos argumentos: el de la teoría económica antes citado, el financiero (como forma de trasladar costes públicos a los pacientes) y, en cierta medida, desde la propia sociología profesional como forma de establecer un precio que defienda del abuso ante servicios de libre acceso. Sin embargo, en los países europeos desarrollados, su implantación no ha sido importante (salvo en el caso de farmacia y productos sanitarios) y tiene escaso significado financiero. Los costes compartidos pueden disminuir la demanda desencadenada por el usuario, pero, si los proveedores están interesados en aumentar su actividad, pueden hacerlo a través del aumento del volumen — intensidad asistencial de los pacientes atendidos. Por ello, el núcleo de preocupación retorna al control financiero por el lado de la oferta.

Además, la necesidad de exenciones en diversos grupos sociales para garantizar la equidad, los costes administrativos de recaudación y el coste de administrar las exenciones merman la virtualidad financiera. La inhibición de la demanda queda amortiguada por los reaseguros frente a «*tickets moderadores*»<sup>5</sup>.

- Además de los costes compartidos, otro tipo de medidas que se suelen citar son las *exclusiones de cobertura* de determinadas prestaciones o servicios del «paquete público» (cabe interpretarlas como una restricción por el lado de la oferta o como un pago compartido del 100% por parte del usuario). Las exclusiones, o la definición en positivo de las prestaciones del paquete público, han sido un tema de creciente importancia en los debates sanitarios de reforma, especialmente desde el «Informe Dunning» en Holanda<sup>6</sup>. Aplicaciones prácticas se han dado en temas complementarios a la asistencia (prótesis, gafas, ambulancia).

<sup>5</sup> Opus cit. N.º 4: pp: 96-115.

<sup>6</sup> *Prioridades en Atención Sanitaria, Informe para el Gobierno de Holanda (Informe Dunning)*. Barcelona: ENS-SG, 1994.

cias, etc.) y en el mercado del medicamento (listas positivas y negativas). En la asistencia sanitaria, las discusiones se integran con temas de priorización social, evaluación tecnológica y orientación de decisiones clínicas.

### 1.1.2.2. El racionalismo planificador

El patrón racionalista se orienta a estimular iniciativas de promoción de la salud y acción intersectorial, a enfatizar la prevención clínica, a potenciar el nivel de atención primaria, a racionalizar la estructura asistencial creando mecanismos de planificación y coordinación, y a reorientar el sistema hacia objetivos de salud.

Esto lleva a plantarse la necesidad de una revisión radical de los fundamentos sobre los que se había construido el modelo asistencial anterior; algunos de sus elementos característicos serían:

- *Búsqueda de nuevos frentes de acción sanitaria e intersectorial*, a través de la promoción de la salud y la educación sanitaria. La importancia de determinantes de salud ambientales, sociales, comportamentales y nutricionales en la génesis y desarrollo de la enfermedad lleva a plantearse que la efectividad de las intervenciones sanitarias debe abarcar acciones de protección y promoción que incorporen diversos escenarios y agentes (y no solo la mera recepción de la morbilidad generada).
- *Promover un nuevo compromiso de la red asistencial con la prevención clínica*, a través de las inmunizaciones, el cribado, la detección precoz, la quimioprofilaxis y el consejo médico y sanitario. Por lo tanto, salir del modelo reparador curativo e intentar, desde los propios escenarios clínicos, actuar sobre el paciente y su medio familiar promoviendo conductas protectoras y adaptativas ante la enfermedad y favoreciendo intervenciones en estadios iniciales.
- *Estructurar el sistema sanitario de acuerdo a una racionalidad poblacional*. Evitando el solapamiento de redes y servicios, regionalizando y sectorizando los recursos, implantando mecanismos de coordinación y sinergia, y creando una serie de mecanismos estables de planificación y coordinación que aporten racionalidad y orden a la propia organización sanitaria para ofertar paquetes homogéneos y accesibles de servicio a la población. Un aspecto fundamental es la nivelación de la igualdad

- de acceso, de utilización o de gasto (y de ahí los estudios de desigualdad y las fórmulas asignativas de financiación territorial).
- *La potenciación de la Atención Primaria* surge como una respuesta ante la necesidad de dar coherencia, longitudinalidad, continuidad y racionalidad ante un sistema sanitario cada vez más escindido en especializaciones. Rescatar el enfoque patobiográfico del individuo y convertir al generalista en un agente privilegiado que aconseje al paciente en el conjunto de sus relaciones con los especialistas (puerta de entrada) se ha demostrado como algo conveniente y efectivo, tanto desde el punto de vista de la lógica clínica como también desde la perspectiva económica. La atención primaria puede también jugar un papel fundamental en el apoyo y desarrollo de estrategias de prevención.
  - Y, finalmente, *reorientar el sistema hacia objetivos de salud*, estableciendo mecanismos técnicos y sociales de priorización, bien sea para potenciar una serie de servicios que habitualmente gozan de menos influencia (atención primaria, salud mental, minusválidos, etc.) o para el desarrollo de programas de mejora ante problemas de salud o patologías (temática central en los Planes de Salud).

### 1.1.2.3. El gerencialismo

El patrón gerencialista se plantea la «empresarialización» de los hospitales a través de la incorporación de técnicas y figuras gestoras del mundo de la empresa, buscando una mayor eficiencia productiva en los recursos materiales y humanos existentes.

La idea de «gerencializar» las instituciones sanitarias (introducir técnicas gestoras y figuras directivas similares a las del mundo de la empresa) se plantea a principios de los años 80 como alternativa al desajuste de la organización convencional del hospital público con las nuevas realidades. Hay algunos aspectos de dicho desajuste que propician dicho cambio.

En buena medida, el hospital convencional está basado en un modelo centrado en los profesionales, coordinado por ajuste mutuo entre los mismos, con sistemas neELITISTAS o corporativos de decisión y con estructuras administrativas dependientes, cuya tarea en buena parte estaba en la búsqueda de viabilidad a las decisiones técnicas de los líderes de los servicios clínicos. La vinculación salarial de los especialistas hace que su motivación esté fuertemente centrada en «sus»

pacientes (y no tanto en la población que le rodea y en los que aún no han sido vistos ni se han convertido en sus pacientes) y en el desarrollo de su conocimiento científico y de sus inquietudes profesionales. Los costes asistenciales no son realmente tenidos en cuenta y los litigios de asignación de recursos (inversiones, plantilla, etc.) se canalizan como demandas hacia las instituciones propietarias de los hospitales o internamente por medios de priorización intracorporativa.

El modelo no funciona mal en un contexto expansivo (donde se pueden hacer cosas nuevas y seguir haciendo más de las que se venían haciendo) y respalda el desarrollo de la innovación, reforzando las motivaciones científico-técnicas del especialista. El contexto de contención de costes hace cada vez más difícil que dicho modelo expansivo se mantenga intacto: para hacer cosas nuevas, hay que dejar de hacer más de algunas cosas que se venían haciendo, o incluso hay que reducirlas.

Además de lo anterior, un excesivo énfasis en la contención de costes (trabajar dentro del presupuesto) lleva a algunos comportamientos adaptativos (incluso oportunistas) de los hospitales de efectos perversos: disminuir la ocupación, alargar la estancia media por ingreso, reingresos programados de pacientes para aparentar menor estancia media, etc. El ajuste presupuestario puede hacerse a costa de no responder a demanda de la población, generándose listas de espera y demoras asistenciales (las cuales son el nuevo argumento ante políticos y aseguradores para reclamar más presupuestos).

Por otra parte, en modelos comerciales de hospital como los de Estados Unidos, se han ido desarrollando estructuras empresariales y directivas que actúan como arquetipo de referencia para Europa y son decididamente incorporadas en 1983 por el National Health Service británico (tras la recomendación del *Informe Griffiths*) y en España a partir de 1985 con los cambios en la estructura de gestión de los hospitales del INSALUD.

En este patrón de reforma se plantean dos tipos de innovación: la introducción de equipos directivos (gerencias) y la implantación de procesos de gestión.

#### ***1.1.2.3.1. Equipos directivos***

El modelo gerencial de equipos directivos busca un cambio en el balance de poder (y en los derechos de propiedad) respecto del modelo administrativo anterior. A través del gerente nombrado para el



hospital (y del equipo directivo cooptado por este), la autoridad sanitaria o el asegurador se hacen presente en el centro para hacer valer los intereses del financiador en la gestión cotidiana. Esto supone un choque con el poder médico, en la medida en la que se cuestiona el control corporativo de las élites de responsables de servicios (aunque no se cuestione la autonomía clínica individual o la autonomía técnica intraservicio).

Por ello, la introducción de gerentes es recibida con hostilidad en sistemas con coordinadas políticas diferentes como el británico (conservadores) o en España (socialistas). El «economicismo» que se achaca a su aparición, en buena medida es exógeno y originado por las presiones de contención de costes. Por tanto, cabría decir con más propiedad que son los gerentes el efecto de las presiones financieras más que su causa (aunque reciben la hostilidad de forma más directa al ser los racionadores locales visibles).

Tras su introducción existe un proceso adaptativo: los clínicos aprenden a aceptar las nuevas condiciones de limitaciones presupuestarias y los gestores son cada vez más conscientes de la dificultad de ensayar estilos directivos jerárquicos y autoritarios en una organización profesional en la cual pueden ejercer escaso control del sistema productivo.

### **1.1.2.3.2. Procesos gestores**

Son numerosos los procesos gestores de carácter innovador que se desarrollan. Destacamos algunos de ellos de particular relevancia:

- Desarrollo de *sistemas de información* sobre actividad y producción, pasando de los indicadores de primera generación (consultas, ingresos, ocupación, etc.) a los de segunda generación ligados a casuística (DRG, PMC, severidad, etc.).
- Desarrollo de sistemas de *análisis de costes* (contabilidad analítica) para enlazar la información económica con la asistencial.
- Ensayo de procesos de *fijación de objetivos por métodos de negociación* con las unidades y creación de sistemas de evaluación y cuadro de mandos.
- Mejora de los sistemas de gestión y programación de pacientes y flujos entre niveles y servicios.
- Implantación de *sistemas de gestión* de inversiones, de logística (compras, suministros, almacenes y distribución), hostelería,

mantenimiento y seguridad, más actualizados, con eventual utilización de métodos de externalización de servicios y gestión de la calidad total.

- Introducción de perspectiva de *orientación al cliente* (información, atención a preferencias, acogida, sugerencias y reclamaciones, circulaciones y señalizaciones, simplificación de procesos, etc.)

La externalización de servicios arriba comentada es un proceso por el cual las empresas deciden contratar (en vez de tener dentro) una serie de actividades que se consideran no esenciales al núcleo de producción de la misma. Siendo la asistencia sanitaria la dimensión esencial, se han desarrollado procesos de contratación en diversos servicios auxiliares de tipo hostelero o complementario. El debate se ha planteado recientemente para algunas áreas ligadas a la clínica (servicios generales diagnósticos), aunque dicha dimensión guarda en realidad más relación con la forma de organización de las unidades clínicas (y, por tanto, debería técnicamente separarse del grueso de temas de la externalización).

En los entornos públicos, es también significativo citar que en tres ámbitos fundamentales de la gestión apenas hay desarrollos que se aparten del modelo administrativo: la gestión financiera (ligada a autorizaciones del financiador determinadas por el presupuesto o incluso, en el caso de los hospitales del INSALUD, directamente abonados por la Tesorería de la Seguridad Social); la gestión de personal (los resortes de autorización, contratación, selección, retribución, sanción e incentivación se encuentran fuertemente centralizados en la entidad aseguradora o en la gestión de red sanitaria); y la gestión contractual y de compras (básicamente concebida con las mismas reglas que la función pública, donde se privilegia lo procedimental sobre lo eficiente).

#### **1.1.2.4. La introducción de elementos de mercado**

Los elementos de mercado que se plantean al introducir una separación entre el nivel de compra y el de provisión (substituyendo relaciones jerárquicas por relaciones contractuales) buscan crear medios para trasladar el riesgo económico desde el financiador al proveedor, añadiendo aspectos de competitividad entre centros públicos.

En cierta forma, este patrón de reforma está ligado a las insuficiencias del patrón anterior, aunque en su desarrollo se añaden elementos nuevos muy influidos ideológicamente. En efecto, el gerencialismo aboca a una situación de «empresarios sin empresa» en la cual es difícil concebir un proyecto gestor en un medio administrativo y donde no se cuenta con herramientas fundamentales de gestión (económica y de personal).

Además, el contexto de contención de costes y racionamiento (trabajar dentro del presupuesto asignado) crea una contradicción con la filosofía de empresa: ser más productivo solo trae problemas financieros (al aumentar con la actividad los costes variables) y no afecta a los ingresos finales (que no están ligados directamente a la actividad, sino que tienden a fijarse de acuerdo a los patrones históricos de gasto).

El modelo de mercado interno se dirige a los sistemas integrados (tipo Beveridge) y se ensaya fundamentalmente en el Reino Unido (aunque la experiencia sueca es también bastante conocida). Desde 1991 a 1997 se desarrolla el experimento británico que intenta modificar la arquitectura asignativa del National Health Service, de acuerdo a los tres siguientes principios:

- Se confiere *autonomía de gestión a los hospitales (Self Governing Trusts* o entes públicos autogestionados sometidos a derecho privado).
- Las autoridades sanitarias de distrito reciben para su población el dinero poblacionalmente (fórmulas asignativas de tipo capitolativo corregido) y tienen que asumir *una función «compradora»* de servicios: es decir, con el presupuesto asignado deben atender las facturas de la asistencia de su población. Para ello, deberán negociar contratos con los diversos proveedores (del distrito o de fuera de este), bien sea por «bloque» (cantidad a tanto alzado por un conjunto de servicios no cuantificado) o preferiblemente por «coste-volumen» (acuerdos donde se fijan cantidades y precios por distintos tipos de servicios).
- Aquel hospital que responda adecuadamente a las demandas de los compradores, y que controle sus costes y sea eficiente, tiene la posibilidad de aumentar su financiación (es el famoso *money follow patients* o «dinero sigue al paciente»).

El debate sobre este modelo de reforma ha sido central en países con sistemas nacionales de salud a lo largo de los años 90. En nuestro

país, el *Informe Abril* de 1991<sup>7</sup> fue ampliamente influido, al igual que el dictamen de la Comisión Parlamentaria para la Consolidación y Modernización del Sistema Nacional de Salud de diciembre de 1997<sup>8</sup>. El nuevo gobierno laborista británico decidió modificar con la misma fecha dicha reforma<sup>9</sup>, eliminando los aspectos de relación comercial y competencia entre centros y favoreciendo elementos más cercanos a la planificación y la negociación entre hospitales, atención primaria y autoridad sanitaria. La descripción en mayor profundidad del modelo, de su crítica y de las implicaciones para España excede el presente trabajo<sup>10</sup>.

No obstante, cabe citar que uno de los principales problemas de este modelo estriba en que es difícilmente compatible con las restricciones presupuestarias globales. En efecto, si el que triunfa en captar demanda recibe más fondos, pero el que no triunfa debe ser mantenido (no se permite la quiebra al tratarse de instituciones públicas), el sistema solo se mantiene si puede crecer indefinidamente (se gestiona el aumento pero no se gestiona la disminución). Por lo tanto, los proveedores que presuntamente reciben el riesgo de cumplir los contratos pueden devolver al comprador una parte sustancial del riesgo recibido, dado que este no puede cuestionar la continuidad del proveedor.

Otro aspecto a reseñar es la retórica de orientación al consumidor que vehiculizaban las reformas de los modelos de mercado interno y, en particular, la libre elección de proveedor. En la práctica, dichos objetivos han quedado imposibilitados por la lógica de establecimiento de contratos entre compradores y proveedores. Si un «comprador» pretende obtener precios bajos, deberá usar su poder dominante como comprador y pactar un amplio paquete con uno o pocos proveedores. Al hacerlo, no obstante, el «dinero no sigue al paciente» sino que «el dinero sigue a los contratos pactados» y, en definitiva, es «el paciente el que sigue al contrato». Por lo tanto, las expectativas de amplias cotas de decisión de los individuos sobre el proveedor que de-

---

<sup>7</sup> *Informe y Recomendaciones de la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud*. Julio 1991 (mimeo).

<sup>8</sup> Acuerdo 18 de Diciembre de 1997 de la Subcomisión Parlamentaria para la Consolidación y Modernización del Sistema Nacional de Salud. En: Insalud (SP). *Plan Estratégico: el Libro Azul*. Insalud. Madrid, 1998.

<sup>9</sup> Secretary of State for Health: *The new NHS. Modern, dependable*. London: HMSO Cm 3807.

<sup>10</sup> Repullo JR. Compra de servicios y contratos: balance del experimento del mercado interno británico (1.ª parte: competencia, función de compra y contratos). *Revista de Administración Sanitaria*, 1998; 2 (6): 55-79. (2.ª parte: desarrollo de los contratos y función de compra). *Revista de Administración Sanitaria*, 1998; 2 (7): 39-63.