

## CAPÍTULO 16

# PRIORIDADES EN LA ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN A LA SALUD EN ESPAÑA

**Beatriz González López-Valcárcel**

*Universidad de Las Palmas de Gran Canaria*

**Rosa María Urbanos Garrido**

*Universidad Complutense de Madrid*

### 1. Introducción

La relevancia de los fallos organizativos en la atención sanitaria no es comparable a la que puede originarse en otros sectores productivos, sea por pérdidas de eficiencia (con el consiguiente coste de oportunidad asociado al despilfarro de recursos), de eficacia o de equidad (por lo que puede afectar a determinados grupos de población), es la salud de los ciudadanos la que se ve afectada. La «inversión en salud» y el establecimiento de prioridades para la salud pública, que constituyen el título del Informe SESPAS 2002, están estrechamente vinculados con el diseño organizativo del sistema sanitario. Por lo tanto, invertir en salud exige, entre otros aspectos, examinar y valorar los puntos débiles en materia de organización del Sistema Nacional de Salud.

La organización del sistema de salud español es la resultante de un proceso de reformas sucesivas en donde las nuevas estructuras se superponen, sin anularlas, a las preexistentes (1). Estamos viviendo un momento de densa concentración de plazos de reforma del sistema de financiación autonómica general, de la financiación sanitaria, del Concierto Vasco y el proceso incompleto de transferencias de competencias sanitarias a diez comunidades autónomas que todavía dependen de Insalud Gestión Directa. Estas reformas inminentes plantean un reto y ofrecen una oportunidad histórica, pero también un grave riesgo para el sistema de salud español.

Las prioridades organizativas responden a la urgencia de estas reformas. Si bien se han necesitado veinte años para cerrar las transferencias de competencias sanitarias a siete comunidades autónomas, apenas se dispone de unos meses para liquidar el proceso con las restantes y para definir el nuevo papel –fundamentalmente coordinador– del Ministerio de Sanidad, así como para tomar decisiones de reordenación administrativa de los efectivos humanos y materiales del aparato de Insa-

lud Central.

La descentralización territorial plantea retos organizativos en varios frentes. El primero se refiere a los pacientes desplazados y al funcionamiento de los centros y servicios de referencia transfronterizos. Las comunidades «pequeñas», actualmente integradas en Insalud Gestión Directa no tienen, ni deben tener en pro de la eficiencia, una cartera de servicios completa que ofrecer a sus ciudadanos, quienes deberán seguir desplazándose fuera de su comunidad autónoma para recibir determinados tratamientos o pruebas. Madrid seguirá teniendo centros de referencia.

El problema de la atención a pacientes desplazados es la prioridad organizativa a la que dedicamos el segundo apartado. Relacionada con ella, y también fuente de inequidades territoriales, está el problema de la coordinación y gestión de las listas de espera (apartado 3).

No puede haber coordinación sin información. Crear un sistema de información sanitaria integrado que permita evaluar el sistema en su conjunto comparando sus partes es la tercera prioridad de este capítulo (apartado 4).

Un segundo grupo de retos organizativos afecta a la eficiencia. La integración vertical eficiente entre niveles sanitario y sociosanitario, la atención integral a enfermos crónicos, a ancianos y discapacitados, que salve las barreras del organigrama institucional se aborda en el apartado 5. Las reformas y contrarreformas organizativas en microgestión –formas jurídicas, gestión por contrato y otros inventos– representan esfuerzos por mejorar la eficiencia clínica y de gestión. Los revisaremos en el apartado 6. Dedicamos el apartado 7 al último, aunque no en importancia, gran reto organizativo: el de los recursos humanos.

## **2. Nuevos retos para la coordinación territorial. La atención sanitaria transregional**

El proceso de descentralización sanitaria próximo a ser completado puede generar desigualdades. ¿Qué ocurrirá después de las transferencias con el flujo de pacientes en el ámbito del Insalud Gestión Directa? ¿Cómo reorientarlo, cómo gestionarlo? ¿Accederán los pacientes desplazados a centros de referencia a las listas de espera en las mismas condiciones que los residentes en Madrid? Algunas comunidades del conglomerado Insalud Gestión Directa no pueden proveer todos los servicios eficientemente, en particular los de costes fijos elevados porque no alcanzan, ni alcanzarán a medio plazo, el tamaño mínimo para aprovechar economías de escala. Hay dos posibilidades organizativas: la coordinación central por el Ministerio de Sanidad, o los acuerdos bilaterales o multilaterales entre comunidades o

entre los propios centros.

Dos cuestiones distintas, aunque relacionadas, son la organización y la financiación de estas prestaciones. El modelo de financiación sanitaria autonómica 1997-2001 contenía el concepto pero no lo cuantificaba. El llamado «Fondo de Asistencia Hospitalaria» aglomeraba la atención a desplazados y la docencia MIR; su cuantía y reparto respondió a negociaciones políticas del momento más que a criterios empíricos o normativos objetivables. En el nuevo modelo de financiación, que entrará en vigor en 2002, se contempla un fondo de cohesión que, al menos conceptualmente, se destinaría a financiar la atención a pacientes desplazados.

La solución centralizadora tiene como antecedente donde inspirarse la Organización Nacional de Trasplantes. Los trasplantes son un ejemplo paradigmático de coordinación nacional, rebasando las fronteras geográficas impuestas por las transferencias. En teoría, se garantiza la equidad en el acceso, independientemente del lugar de residencia del paciente en lista de espera. Pero la equidad no acaba de quedar garantizada, según la evidencia empírica de que las tasas de indicaciones de trasplantes de corazón e hígado son significativamente más altas en las regiones con oferta propia (2).

La solución basada en acuerdos bilaterales o multilaterales intercomunitarios tiene mayores costes de transacción. Con la fragmentación del Insalud se pierden economías de escala organizativas y de gestión, y esta solución no resuelve el problema. Las comunidades emisoras corren el riesgo de ser discriminadas en función de su poder de negociación, son vulnerables a la información asimétrica de las listas de espera y soportan el riesgo de la propia existencia de listas separadas por lugar de origen de los pacientes. El papel y la autonomía de los centros en estos acuerdos se presta a un amplio elenco de posibilidades. Vale la pena pensar en la opción de integración en redes interregionales. Las experiencias de redes multicéntricas ya establecidas para los ensayos clínicos y otras colaboraciones científicas e investigadoras pueden ser aprovechadas para firmar también determinados acuerdos asistenciales.

¿Cuál es el alcance del problema? En 1998, según la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria (3), ha habido más de ciento veintiséis mil ingresos hospitalarios fuera de la región de residencia, en mucho mayor grado en las regiones de Insalud Gestión Directa que en las transferidas. El flujo de desplazados hospitalarios dentro de Insalud Gestión Directa superó los cincuenta mil pacientes, desde una región a otra del grupo. Los flujos de pacientes que ingresan en hospitales fuera de su región de residencia son relativamente abundantes en determinadas regiones de Insalud Gestión Directa (Tabla 1), particularmente en Melilla (17,7%), La Rioja (17,2%) y Castilla-La Mancha (12,4%). El 7,7% de los pacientes residentes en alguna comunidad autónoma pendiente de transferencias sanitarias que han teni-

do que ingresar en un hospital en 1998 lo ha hecho fuera de su región. Estos porcentajes son sintomáticos del grado de dependencia con respecto a la infraestructura hospitalaria exterior. Destacamos en este panorama que si bien el fenómeno de los desplazamientos es mucho más acusado dentro de Insalud Gestión Directa, el peso relativo de los hospitales de Insalud Gestión Directa como receptores de desplazados es similar en el grupo de ciudadanos de las regiones con transferencias y en las que no las tienen, en torno al 61%. Así, la solución organizativa que se dé a la asistencia transregional a desplazados no puede limitarse al ámbito geográfico del actual Insalud Gestión Directa.

**Tabla 1**  
**Altas hospitalarias de pacientes desplazados según Comunidad Autónoma de residencia y Comunidad Autónoma de hospitalización. España, 1998**

Comunidad autónoma	% Pacientes desplazados (a)	Número desplazados (b)	Número desplazados a Insalud GD	% Desplazados a Insalud GD sobre total desplazados
Andalucía	1,5	11.025	7.497	68,0
Canarias	1,6	2.853	1.393	48,8
Cataluña	0,7	5.438	3.768	69,3
Comunidad Valenciana	1,9	8.149	4.813	59,1
Galicia	1,7	4.960	3.274	66,0
Comunidad Foral de Navarra	4,1	2.683	895	33,4
País Vasco	3,1	7.330	4.283	58,4
<b>Comunidades con transferencias</b>	<b>2,1</b>	<b>42.438</b>	<b>25.923</b>	<b>61,1</b>
Aragón	4,9	6.831	905	13,2
Principado de Asturias	2,5	2.981	1.646	55,2
Islas Baleares	1,8	2.188	456	20,8
Cantabria	5,4	2.921	902	30,9
Castilla y León	6,2	17.668	12.035	68,1
Castilla-La Mancha	12,4	21.832	18.864	86,4
Extremadura	6,9	7.571	5.851	77,3
Comunidad de Madrid	2,0	10.547	4.886	46,3
Región de Murcia	3,2	3.830	1.828	47,7
La Rioja	17,2	5.196	3.264	62,8
Ceuta	12,6	1.242	363	29,2
Melilla	17,7	1.293	503	38,9
<b>Comunidades de Insalud Gestión Directa</b>	<b>7,7</b>	<b>84.100</b>	<b>51.503</b>	<b>61,2</b>
<b>Total</b>		<b>126.538</b>	<b>77.426</b>	<b>61,2</b>

(a) Porcentaje de pacientes residentes en la comunidad autónoma que han sido hospitalizados en otra comunidad autónoma en 1998, sobre el total de pacientes hospitalizados de la región.

(b) Número total de altas de residentes en la región en hospitales fuera de la región.

*Fuente: INE. Encuesta de morbilidad hospitalaria, 1998.*

¿Hasta qué punto el sistema de salud español está dispuesto a reconocer el derecho a la igualdad de acceso a los servicios sanitarios independientemente del lugar de residencia? ¿Hasta qué punto está dispuesto a articular reformas que garanticen en la práctica ese derecho? Se trata de fijar máximos y mínimos. ¿Cuál debe ser el límite máximo de la diversidad regional en los derechos a las prestaciones y cuál el alcance mínimo de las garantías individuales de asistencia?

### **3. Nueva forma de gestión de las listas de espera**

Las listas de espera, tanto diagnósticas como quirúrgicas, constituyen una de las principales fuentes de insatisfacción de los usuarios del sistema sanitario público. La repercusión en términos de salud de prolongar el tiempo de espera para recibir un diagnóstico o para ser intervenido dista de ser trivial: en muchos casos esperar implica aumentar la gravedad de las dolencias (a veces de forma irreversible) o prolongar la incapacidad y el sufrimiento de los pacientes. Además, la existencia de las listas de espera implica pérdidas de equidad por dos vías: en primer lugar, la diferencia entre centros y la libertad de elección de los pacientes está limitada; en segundo lugar, la posibilidad de optar por un tratamiento en el sector privado sólo está al alcance de una parte de la población con recursos económicos suficientes.

La adecuada gestión de las listas de espera exige que la necesidad y la efectividad del tratamiento actúen como criterios de inclusión en la lista. La disminución de la incertidumbre acerca de los beneficios esperados de cada intervención resulta imprescindible, además, porque de este modo la prescripción médica estará menos influida por factores ajenos a la estricta necesidad clínica, como los sistemas de pago o la capacidad productiva (4). El desarrollo de la investigación epidemiológica que confirme la efectividad del tratamiento para los distintos pacientes se configurará como una estrategia básica en este sentido. En la actualidad, sin embargo, la investigación constituye una función marginal y poco potenciada en el ámbito de la práctica sanitaria (5).

Existen tres estrategias básicas para la reducción de las listas de espera (6): actuar sobre la demanda reduciendo las indicaciones; actuar sobre la oferta aumentando el dispositivo; y mejorar la gestión aprovechando mejor los recursos disponibles y rebajando los tiempos ociosos.

Hasta el momento los programas de reducción de las listas de espera (prolongación de la jornada laboral y derivaciones de pacientes hacia el sector privado, entre otros) han tenido un éxito limitado en el tiempo, dado que han supuesto la intro-

ducción de medidas de carácter transitorio. Además, en algunos casos han tenido un efecto perverso, como el aumento del número de personas en la lista (asociado habitualmente con los incrementos en la capacidad productiva) o la selección de intervenciones no prioritarias que maximizan la retribución de los médicos (7). Por otro lado, si los planes de choque ofrecen beneficios económicos extras a los profesionales, las listas pueden ser el único estímulo a la productividad profesional (8). Del mismo modo, los planes de choque que consisten en derivar a los pacientes hacia centros concertados no constituyen una solución al problema en tanto en cuanto se permite a los profesionales trabajar simultáneamente en centros públicos y privados.

El objetivo de reducción de las listas de espera se ha concentrado básicamente en los servicios quirúrgicos. Las estrategias que permitirán aumentar la eficiencia en este campo (algunas de las cuales ya se han puesto en práctica) pasan por incrementar la cirugía ambulatoria, separar la cirugía electiva de la urgente, flexibilizar los horarios de cirujanos y quirófanos, crear una lista de pacientes susceptibles de «aviso inmediato» para llenar el espacio de las cancelaciones, establecer procedimientos para reducir las cancelaciones, mejorar la calidad de las derivaciones que proceden de los médicos de cabecera y activar mecanismos de evaluación multidisciplinaria previos a la admisión hospitalaria con el fin de facilitar la reevaluación de los pacientes que lo precisen. Por otra parte, los equipos profesionales deberían organizarse con anticipación y adquirir compromisos a medio plazo en cuanto a sus niveles de actividad (9).

Los avances en la organización en el ámbito de las listas de espera pasan también por una mejora de las fuentes de información. Nuestro conocimiento en este campo no alcanza ni a su distribución territorial ni a su distribución por centros o patologías. La ausencia de criterios homogéneos entre las CCAA y el Insalud Gestión Directa en cuanto a la terminología y medición de las listas de espera contribuye de forma importante a esta realidad. También desconocemos las consecuencias en salud, los problemas asistenciales que generan y su consiguiente efecto sobre los costes (10). La conveniencia de resolver estas carencias de información está fuera de toda duda; confiemos en que se apueste por una política clara de transparencia en el futuro.

#### **4. Exigencias de un sistema de información para la salud en un entorno descentralizado**

Las listas de espera son un ejemplo paradigmático de la necesidad de un sistema de información homogénea para todo el Sistema Nacional de Salud. Ese sistema de información sería, bajo esta perspectiva, una guía de la efectividad de las

reformas organizativas y de toda índole.

Con la honrosa excepción del CMBD en la atención hospitalaria con internamiento, no hay normas comunes sobre cuadros de mando de centros, registros de historias clínicas informatizadas, utilización de los servicios e infraestructuras y un largo etcétera.

La Encuesta Nacional de Salud, desafortunadamente, ha bajado su tamaño muestral hasta hacer impracticable cualquier inferencia específica en el ámbito regional (si bien la referida a 1999 permitirá nuevamente la desagregación por comunidades autónomas). Los centros no deben sentirse muy motivados –ni obligados– para cubrir con esmero y veracidad los datos de estructura, de actividad y de presupuesto para las estadísticas oficiales. Así, encontramos que el Catálogo Nacional de Hospitales, que afortunadamente cubre todo el elenco público-privado, de hospitales generales y monográficos, presenta enormes divergencias con sesgo asimétrico cuando se compara con los datos de la Encuesta de Establecimientos Sanitarios en Régimen de Internado (11). La informatización de historias clínicas en Atención Primaria y su conexión con las de la Asistencia Especializada es el principal reto pendiente de la micro-información.

## 5. Coordinación entre niveles asistenciales

Existe consenso acerca de la conveniencia de establecer modelos longitudinales de seguimiento de los pacientes para obtener mejores resultados en términos de salud y, de paso, ahorrar costes. La coordinación entre niveles asistenciales constituye un elemento clave en esta estrategia pero, a pesar de todo, la falta de coordinación (entre atención primaria y especializada y, de forma aún más notoria, entre asistencia sanitaria y sociosanitaria) continúa siendo hoy uno de los puntos débiles de nuestro Sistema Nacional de Salud.<sup>1</sup> Algunos trabajos (12) muestran, además, que la importancia que los médicos conceden a esta cuestión es más que notable.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Esta falta de coordinación se refleja, incluso, en la elaboración de los contratos-programa que se firman separada e independientemente con hospitales y con centros de atención primaria.

<sup>2</sup> El trabajo citado analiza los resultados de un cuestionario de una muestra de 77 cardiólogos, a quienes se preguntaba acerca de una lista de 112 problemas relacionados con distintos aspectos de su trabajo. Tras ordenar cada uno de los problemas según su prioridad, la insuficiente coordinación entre atención primaria y cardiología hospitalaria y entre atención primaria y cardiología extrahospitalaria aparecieron en cuarto y octavo puesto, respectivamente. Entre los problemas más relevantes también se destacaron la insuficiente coordinación entre los médicos y la administración, así como la retribución, la falta de medios dedicados a la investigación y el retraso en las pruebas diagnósticas.

Nuestro sistema sanitario está escorado hacia la atención especializada y, más concretamente, la hospitalaria. De hecho, el 76% del gasto sanitario está concentrado en los hospitales, cuando la media de la Unión Europea ronda el 57% (13, 14). Este fenómeno de excesivo protagonismo del hospital no sólo se refleja en las cifras presupuestarias, sino también en el diseño de los incentivos a los profesionales y en su prestigio y reconocimiento por parte del sector y de los ciudadanos en general. Estos hechos están directamente vinculados con la escasa capacidad de decisión de los profesionales de primaria y con la menor importancia relativa que se otorga a sus funciones dentro del sistema.

La coordinación entre atención primaria y especializada puede resultar clave en la gestión de las listas de espera, otro de los problemas básicos de nuestro sistema sanitario. En este sentido, algunas propuestas han ido dirigidas a la implantación de un sistema de «reserva quirúrgica» para las indicaciones de cirugía y procedimientos médicos no urgentes (9). Según este esquema habría que establecer unos requisitos de necesidad que deberían ser evaluados por el especialista. Aquellos pacientes que reúnan los requisitos establecidos deberían recibir una cita para la intervención dentro de un margen de tiempo en consonancia con su prioridad. Por el contrario, el resto de pacientes deberían remitirse al médico de cabecera para un seguimiento de su estado de salud, sin perjuicio de su derivación al especialista en caso de empeoramiento.

El papel de la atención primaria como puerta de acceso al sistema sanitario no tiene suficiente reflejo en la importancia que se le concede en todo el sistema. Curiosamente los médicos de primaria –que son quienes «reparten el juego» de la atención sanitaria– tienen poco peso en la toma de decisiones y en el diseño de la organización. Además, debería potenciarse la función de educación para la salud y prevención de enfermedades en este ámbito asistencial, donde la capacidad de influencia del sistema sobre el comportamiento de los pacientes es más directa.

Como opciones posibles, con sus ventajas y sus inconvenientes, hay quien plantea redireccionar el poder de decisión (compra) hacia la atención primaria, o integrar verticalmente a los proveedores en redes mixtas primaria-especializada. Las experiencias catalanas recientes en esta línea merecen seguimiento. En cualquier caso, parece que no existe una solución universalmente válida y que, más que opciones *prêt-à-porter*, se trata de buscar fórmulas realistas que funcionen razonablemente bien en el entorno donde se apliquen, con horizonte temporal limitado y objetivos de mejora consensuados, cuantificados y sensatos.

La insuficiente coordinación entre atención primaria y especializada es una de las

críticas tradicionales que se hacen a nuestro sistema sanitario. Más reciente es la reclamación de coordinación entre la asistencia sanitaria y la sociosanitaria. Síntoma de que el problema preocupa es el borrador del MSC, de junio de 2001, que contiene las líneas generales de un modelo de atención sociosanitaria que sirva de guía a las comunidades autónomas que estén en proceso de reorganización (15). La idea clave es «converger», en lugar de «coordinar», superando la impermeabilidad administrativa y buscar la proximidad entre la gestión y la provisión, potenciando la acción local y reconociendo y apoyando la provisión doméstica. La relevancia de este problema en un contexto de progresivo envejecimiento está en alza (16).

## **6. Innovaciones organizativas. Nuevas formas jurídicas y rediseño de las estructuras organizativas**

En los años noventa la política sanitaria ha puesto el énfasis en la organización y gestión en centros y servicios sanitarios, promoviendo la llamada «gestión por contrato» de los centros, que se basa en la introducción de los contratos-programa y en la flexibilización de las formas jurídicas (17). A pesar de que los contratos-programa han tratado de introducir elementos de autonomía y descentralización, su impacto se ha visto limitado por las normas presupuestarias, de regulación laboral y de contratación administrativa (18). Asimismo, tampoco han conseguido establecer una disciplina financiera suficiente. No obstante, existe cierta evidencia empírica para afirmar que los contratos-programa propiciaron mejoras en la eficiencia de los hospitales de Insalud Gestión Directa a principios de los noventa y, sobre todo, que homogeneizaron los niveles de ineficiencia (19).

Por su parte, la evidencia empírica sobre la efectividad de esas reformas jurídicas para mejorar la eficiencia es poco concluyente todavía. Recientemente se ha presentado por primera vez en España una lista de hospitales basada en seis indicadores de «representación» sin que pueda apreciarse una diferencia significativa en la calidad a favor de los centros públicos que adoptan las nuevas formas jurídicas y están sujetos a derecho privado.<sup>3</sup> Distintos estudios específicos sobre fronteras de eficiencia de hospitales tampoco han podido encontrar diferencias sistemáticas a favor de los centros privados, ni en Cataluña (20), ni comparando hospitales de varias comunidades autónomas (11). En cualquier caso, la diversidad de modelos de organización hospitalaria existentes en la actualidad dificulta la evaluación de la

---

<sup>3</sup> En la página *web* de IASIST puede encontrarse alguna referencia metodológica sobre el listado.

eficiencia de la red de hospitales públicos (19).

Las reformas organizativas que se han llevado a cabo en los últimos años han tenido, también en opinión de los profesionales del sector, un éxito limitado. Un trabajo reciente expone los resultados de una encuesta realizada durante 1999 a un grupo de responsables político-institucionales, académicos y gestores (21), en la que se evalúan los cambios producidos en la atención especializada y en la gestión de contratos. De acuerdo con la opinión de los profesionales consultados, las mejoras producidas en el ámbito de la asistencia especializada durante los últimos años se producen, por orden de mayor a menor importancia, en los siguientes ámbitos: eficiencia productiva, control de costes, listas de espera, calidad y satisfacción.

Sin embargo, la vinculación entre las citadas mejoras y las reformas producidas en el sector no parece estar muy clara a juicio de los profesionales, puesto que atribuyen buena parte de las mejoras a «factores evolutivos y a la iniciativa periférica de los gestores». En cuanto a las formas contractuales valoran positivamente los contratos programa, si bien opinan que tienen una función más indicativa que asignativa. Finalmente, tampoco consideran que se produzca una transferencia de riesgos notable hacia los proveedores.

Por otro lado, la mayor parte de los médicos parece rechazar la conversión de los hospitales en fundaciones públicas sanitarias, en la creencia de que no resolverá los problemas de gestión e incentivación de los centros públicos (22).

La profundización de los cambios organizativos en nuestro Sistema Nacional de Salud exige una mayor autonomía de los centros y proveedores sanitarios, el impulso del papel de la atención primaria como agente comprador y del usuario como decisor, y un mayor énfasis en la gestión clínica (18, 23). Resulta especialmente importante que cualquier reforma tenga como base la implicación de los clínicos en la gestión, de manera que la organización del sistema sanitario se oriente de forma efectiva hacia objetivos de salud.

El informe de la OMS de 2000 propone la integración flexible de proveedores de asistencia sanitaria autónomos o semi-autónomos (24). Los servicios sanitarios pueden organizarse, según la tipología de dicho informe, bien como burocracias jerárquicas, bien mediante contratos a largo plazo y control ajeno al mercado, o bien mediante interacciones directas, con horizonte de corto plazo, entre pacientes y proveedores, sujetas a las reglas del mercado. Cada una de estas tres formas organizativas tiene ventajas e inconvenientes que cambian en el tiempo y dependen del entorno y del tipo de servicios que proveen.

Si bien ha habido alguna experiencia de integración vertical de proveedores (pri-

maria y especializada), se trata de casos aislados, reformas en el margen, cuyos logros y dificultades no sirven para inferir qué ocurriría en el sistema si este tipo de reformas se generalizara. Lo propio ocurre con los centros públicos investidos de formas jurídicas novedosas –fundaciones, empresas públicas–. El gobierno abandonó *soto voce* el proyecto de generalizar esta vía a todos los centros públicos como solución a las rigideces de las burocracias jerárquicas. Abandonada la estrategia de reformar las organizaciones desde lo particular a lo general, no parece que se vaya a intentar en el corto o medio plazo una reforma organizativa general, y ni siquiera se vislumbra la dirección que seguiría. Así las cosas, el inmovilismo organizativo es la principal característica de nuestro sistema.

## **7. Principal reto organizativo del sistema de salud: los recursos humanos**

Se trata de un problema crónico que nunca se ha abordado globalmente ni de raíz.

Sería trivializar el problema imputarle una única causa. Lacras arrastradas por la historia se unen a factores organizativos para dibujar el oscuro cuadro actual. La falta de planificación y de coordinación entre los sistemas educativo y laboral, las improvisaciones acumulativas, los desajustes entre oferta y demanda en el mercado de profesionales se apuntan en la lista de responsables directos (25).

El estatus laboral de los trabajadores es una antología de figuras jurídicas que se han ido depositando en los centros, siguiendo una cronología marcada por los vaivenes políticos y por las reformas parciales que se han ido sucediendo, soslayando siempre la solución global. En la última década se han ido acumulando interinos y la selva jurídico-laboral es tan espesa que parece imposible encontrar una vía de adentrarse en ella. Difícilmente podrán sentirse parte del sistema quienes están sujetos a la incertidumbre laboral. Faltan unas reglas del juego consensuadas estables que marquen retos profesionales y recompensas a largo plazo. La carrera profesional se reconoce por todos como necesaria, pero se ha ido aparcando.

Los profesionales sanitarios en España tienen más motivaciones extrínsecas (promesas de recompensas monetarias) que intrínsecas (implicarse en el trabajo por la satisfacción personal que les produce). Además, las estructuras retributivas y los niveles salariales difieren significativamente entre comunidades autónomas (10), sin que los profesionales alcancen a entender los motivos.

Hay una falta de confianza, entendida como «viabilidad de los contratos implícitos,

cuando se trata de facilitar actividades económicas de producción e intercambio» (26). La confianza contribuye a la eficiencia económica porque reduce los costes de transacción. El autocontrol es mucho más barato que el control externo y, casi siempre, más efectivo. Si los médicos no se sienten responsables del gasto que generan porque no es su problema, difícilmente podrá controlarse desde fuera.

En el ámbito de los incentivos existe evidencia de que la dedicación de los médicos que trabajan en el sector público es menor en atención primaria que en el nivel hospitalario (27). Este resultado refleja un fallo en el diseño de los incentivos a los médicos quienes, según la investigación citada, valoran más el modo en que la organización configura las características del trabajo que otro tipo de compensaciones asociadas al desarrollo de sus tareas (entre las que se encuentra la remuneración). La introducción de incentivos monetarios en el ámbito de la atención primaria puede, además, generar incentivos perversos. Así lo señalan Ortún y Gervás (28) en referencia a los incentivos vinculados al control del gasto farmacéutico, que «pueden afectar al desarrollo de la relación de agencia si no se acompañan de una política general farmacéutica y no se ligan al fomento de la calidad global» (pág. 366).

Se precisa una carrera profesional abierta y flexible, basada en el reconocimiento expreso de categorías, para incentivar a los profesionales en el sentido de la definición de la Real Academia –«aquello que mueve o excita a desear o hacer una cosa»– a perseguir los objetivos del sistema, persiguiendo los propios. Unas reglas del juego claras y estables que marquen hitos de reconocimiento de la dedicación y cualificación en el horizonte temporal del trabajo. Quizá no sea la única manera de conseguir la implicación de los profesionales en el sistema, pero al menos deja algún margen a la esperanza.

## **8. Síntesis y conclusiones**

El presente trabajo ha puesto de manifiesto las principales prioridades organizativas que afectan al Sistema Nacional de Salud en España, que están referidas a aspectos tales como la coordinación entre territorios (¿qué nos espera en el nuevo contexto post-transferencial, una vez todas las comunidades autónomas asuman las competencias sanitarias?), y entre niveles asistenciales, la gestión de las listas de espera, las nuevas formas jurídicas de los centros sanitarios o la política de recursos humanos.

De forma esquemática, las prioridades en el ámbito de la organización pueden resumirse en las siguientes:

- a) Ante la perspectiva de que se complete el traspaso de competencias sanitarias a todas las regiones españolas parece necesario, además de articular los mecanismos financieros de compensación bilaterales o multilaterales que corresponda, dotarse de un sistema coordinado de atención que salve las nuevas barreras administrativas de acceso y preserve la equidad. El Ministerio de Sanidad y Consumo ha de redefinir su papel de coordinador del sistema.
- b) La gestión de las listas de espera, la homogeneización de la información, el desarrollo de la investigación epidemiológica que confirme la efectividad de los tratamientos y la planificación de la actividad asistencial a medio y largo plazo constituyen algunos de los principales retos a los que nos enfrentamos en los próximos años.
- c) Se precisa una auténtica estrategia de coordinación entre niveles asistenciales, tanto entre atención primaria y especializada como entre atención sanitaria y sociosanitaria. A pesar de tratarse de un reclamo ya tradicional, aún constituye una tarea pendiente en nuestro país. La eliminación de rigideces administrativas y la búsqueda de mecanismos de integración vertical de proveedores, así como la potenciación del papel de los usuarios como decisores y la implicación de los clínicos en las reformas organizativas, constituyen factores clave en la racionalización de la gestión de los recursos sanitarios.
- d) Aún está pendiente la articulación de una política coherente de recursos humanos que establezca unas reglas del juego consensuadas estables que marquen retos profesionales y recompensas a largo plazo. Regular con amplio consenso las reglas del juego de la carrera profesional es una necesidad reconocida, ineludible e imperiosa.
- e) La guía de las reformas organizativas es su grado de orientación efectiva hacia el logro de objetivos de salud. En este sentido, la mejora de los sistemas de información se configura como un elemento imprescindible en la evaluación de la efectividad de las reformas que se pongan en marcha en el futuro.
- f) Concluido el proceso transferencial, hay que definir los mínimos comunes de prestaciones, acceso, condiciones laborales y derechos de los agentes, y acordar qué límites a la diversidad regional se deberá autoimponer el sistema sanitario español.
- g) El motor de las reformas sanitarias españolas tiene marcha atrás y una acusada falta de ritmo. Típicamente, tras un enérgico arranque van perdiendo impulso

y el propio rozamiento de la puesta en práctica acaba por extinguirlas. Ha sido el caso de las reformas organizativas del estatus jurídico de los centros, e incluso de la reforma de la atención primaria. La estabilidad de las sendas de reforma que se emprendan en el futuro es una necesidad y un reto.

## Bibliografía

1. Freire JM. El sistema sanitario público: perspectivas de futuro. En: *Estado de Bienestar y Socialdemocracia: ideas para el debate*. Mimeo, 2001.
2. Urbanos R, González B. La configuración del sector sanitario en España y sus efectos sobre la equidad. En: Fundación BBVA. *Seminario sobre Políticas Públicas y Distribución de la Renta* (en prensa).
3. INE, 2001 (www.ine.es).
4. Peiró S. Algunos elementos para el análisis de las listas de espera. *Gestión Clínica y Sanitaria* 2000; 2 (4): 126-131.
5. Peiró S, Artells JJ. La gestión de la investigación en los centros sanitarios. Una exploración mediante la técnica de grupo nominal. *Gaceta Sanitaria* 2001; 5 (3): 245-250.
6. Lázaro P, Martínez E, Fitch K, Aguilar MD. Gestión de listas de espera en revascularización coronaria interviniendo la demanda. En: AES Coordinación e incentivos en Sanidad. *XXI Jornadas de Economía de la Salud*, Oviedo: 2001: 395-411.
7. Márquez S, Portella E. Evaluación de un programa de reducción de la lista de espera quirúrgica basado en el pago por acto. *Med Clin (Barc)* 1994; 103: 169-173.
8. Williams A. Priorities and research strategy in Health Economics for the 1990's. *Health Economics* 1993; 2.
9. Fundación Canaria de Investigación y Salud. *Listas de espera y tiempos de espera: naturaleza y gestión*. 2000.
10. Rodríguez Sendín JJ. El problema de las listas de espera en el SNS. Discordancias, ética y equidad. *VII Congreso de Derecho Sanitario*, Madrid, 19-21 de octubre 2000.
11. González B, Barber P, Pinilla J, Álamo F, Casado D. Organización y Gestión. En: López Casanovas G, Rico A (coord.). *Evaluación de las políticas de servicios sanitarios en el Estado de las Autonomías*. Fundación BBVA, tomo II, Tercera Parte 2001: 15-232.
12. Fernández Avilés F, Lázaro de Mercado P, Íñiguez Romo A, Marín Huerta E, Muñiz García J, Rodríguez García MA, Salvador Taboada MJ, Medrano López C, Raposo Sonnenfeld I. Opinión. Identificación y priorización de problemas de la práctica de la Cardiología en España. Adultos y niños. En: *Estudio de los recursos, necesidades y organización para la atención al paciente cardiológico*. Sociedad Española de Cardiología 1999: 25-29, 128-144.
13. Ribas E, Portella E. Optimizar los recursos y la gestión de los servicios sanitarios. En: Álvarez C, Peiró S (eds.). *Informe SESPAS 2000*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2000: 357-361.

14. OCDE. Health Data File (2001).
15. MSC (2001). Disponible en formato PDF en: <http://www.diariomedico.com/sanidad/a-sociosanitaria.pdf>
16. Casado D, López G. Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro. Colección Estudios Sociales, núm. 6. Fundación «La Caixa»; 2001.
17. González B, Urbanos R. La configuración del sector sanitario en España y sus efectos sobre la equidad. *III Simposium sobre igualdad y distribución de la renta*. Fundación BBVA, 2001 (próxima publicación).
18. Martín JJ, de Manuel E. Reformas y cambios organizativos en el Sistema Nacional de Salud español. *Papeles de Economía Española* 1998; 76: 176-190.
19. González B, Barber P. Changes in the Efficiency of Spanish Public Hospitals after the Introduction of Program-Contracts. *Investigaciones Económicas* 1996; 20 (3, sept.): 377-402.
20. Prior D, Solà M. L'eficiència dels hospitals de Catalunya. *Comparació entre els hospitals públics i els privats*. Col·lecció Els Llibres dels Fulls Econòmics. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya; 1993.
21. Repullo JR, Enríquez R. Cambios y reformas en la atención especializada; percepción de su naturaleza y efectos por parte de informadores clave. En: *Avances en la gestión sanitaria: implicaciones para la política, las organizaciones sanitarias y la práctica clínica*. AES; 2000: 283-284.
22. Confederación Estatal de Sindicatos Médicos. El 75% de los médicos rechaza la conversión de los hospitales en fundaciones públicas sanitarias. *Ecós de Prensa* de agosto de 2000. Disponible en [http://www.cesm.org/prensa/0008/000831\\_03.html](http://www.cesm.org/prensa/0008/000831_03.html)
23. Repullo JR, Fernández R. Rediseñar la atención hospitalaria. En: Álvarez C, Peiró S (eds.). *Informe SESPAS 2000*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2000: 371-80.
24. WHO: *The World Health Report 2000*. Health Systems: Improving Performance; 2000.
25. González López-Valcárcel B. Formación y empleo de profesionales sanitarios en España. Un análisis de desequilibrios. *Gaceta Sanitaria* 2000; 14 (3): 237-246.
26. Salas V. Cultura y confianza en las organizaciones. En: AES Coordinación e incentivos en Sanidad. *XXI Jornadas de Economía de la Salud*, Oviedo, 2001: 235-263.
27. Palma M, Lázaro P, Azcona B, Cardona P, Chinchilla N. Una exploración de la dedicación de los médicos en su organización. En: *Necesidad sanitaria, demanda y utilización*. Asociación de Economía de la Salud; 1999: 469-480.
28. Ortún V, Gervás J. Potenciar la atención primaria de salud. En: Álvarez C, Peiró S (eds.). *Informe SESPAS 2000*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2000: 363-369.