

2.4 Cambios y reformas en los sistemas y servicios sanitarios



En las siete décadas de historia de los sistemas públicos de salud en Europa, ha habido una etapa expansiva hasta la crisis de los años 70, y luego una serie de reformas con patrones convergentes: contención de costes, racionalismo planificador, gerencialismo, mercado, gestión clínica e integración. La crisis de 2008 plantea retos de sostenibilidad.

Autor: José R. Repullo

*Jefe de Departamento de Planificación y Economía de la Salud
Escuela Nacional de Sanidad*

Se recomienda imprimir 2 páginas por hoja

Citación recomendada:

Repullo Labrador J.R. Cambios y reformas en los sistemas y servicios sanitarios [Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2012 [consultado día mes año]. Tema 2.4. Disponible en: dirección url del pdf.



TEXTOS DE ADMINISTRACIÓN SANITARIA Y GESTIÓN CLÍNICA
by UNED Y ESCUELA NACIONAL DE SANIDAD
is licensed under a Creative Commons
Reconocimiento- No comercial-Sin obra Derivada
3.0 Unported License.



Resumen:

Desde la constitución de los sistemas públicos de salud en Europa, ha habido una primera etapa de crecimiento rápido hasta 1973; en este año se precipita una crisis económica internacional, que fuerza el primer problema de restricción financiera a los sistemas sanitarios; junto a esta crisis también emergen otras de racionalidad y legitimación. En las siguientes tres décadas, países con sistemas muy diferentes van respondiendo a las presiones del entorno de manera similar; por eso hablamos de patrones de cambio y reforma.

Se estudian seis patrones: la contención de costes y el racionalismo planificador de los años 70 y primeros 80, que buscan una primera alternativa a las restricciones y crisis señaladas. El

Introducción: escenarios de desarrollo de los Sistemas Sanitarios europeos.

1 Contención de costes.

2 Racionalismo planificador.

3 Gerencialismo.

4 Introducción de elementos de Mercado.

5 Gestión Clínica.

6 Integración Asistencial.

Epílogo: El reto de la crisis económica de 2008: ¿nuevos patrones para la sostenibilidad?

ANEXO:

- *Primero: Del nacimiento de los sistemas sanitarios hasta la crisis de los años 70.*
- *Segundo: Reseña de los patrones de cambio y reforma en el SNS español.*

Referencias bibliográficas

gerencialismo y poco después la introducción de elementos de mercado, en los años 80 y 90, buscan introducir figuras y procesos empresariales en el sector y generar competencia para estimular la productividad; y, desde finales de los años 90, la atención cambia desde la meso-gestión hacia la gestión de los micro-sistemas clínicos, buscando en el gobierno y gestión clínica una alternativa más apropiada a las organizaciones de tipo profesional. La creciente fragmentación de la medicina en superespecialidades, y la complejidad del paciente pluripatológico y frágil, llevan a extender el patrón de la gestión clínica hacia la integración asistencial, como estrategia de mejora de respuesta de la red asistencial al conjunto de necesidades de los pacientes.

Los patrones se incorporan en un momento determinado, pero perviven como vectores en la configuración de los sistemas; la fuerte y duradera crisis económica iniciada en 2008, obliga a revisar dichos vectores e interrogarse sobre el escenario de la próxima década.

Desde la segunda mitad de los años 40 hasta principios de los años 70 nacen y se desarrollan rápidamente los sistemas sanitarios europeos.

Tras la crisis financiera, de racionalidad y legitimación comienzan las reformas, que siguen patrones compartidos en diversos países.

Contención de costes, racionalismo planificador, gerencialismo, elementos de mercado, gestión clínica e integración.

La crisis económica iniciada en 2008 plantea nuevos retos.

Introducción

Escenarios de desarrollo de los Sistemas Sanitarios europeos.

Escenarios de desarrollo: de la expansión a la estabilización

Los sistemas sanitarios en los países desarrollados, y en Europa en particular, se crearon con notable simultaneidad a la salida de la Segunda Guerra Mundial; su evolución no excede de los 70 años; una historia muy corta, en la cual, se han sucedido una serie de transformaciones, muy relacionadas con los cambios internos de la ciencia y la técnica médica, y también con la evolución económica, social y política del entorno.

En particular caben establecer dos grandes etapas: hasta la "crisis del petróleo" (1973-74) los sistemas públicos de salud vivieron en un **escenario expansivo**, en el cual desarrollaron las estructuras, centros y servicios de la medicina moderna para la inmensa mayoría de su población (una rareza a nivel mundial). A pesar de la creciente globalización de la ciencia y la técnica médica, los sistemas sanitarios se configuraron de formas muy diferentes de acuerdo a la historia sanitaria de cada país, y de los procesos de negociación de la constitución de sus sistemas de aseguramiento: la diversidad dominaba sobre la convergencia en el ámbito institucional y organizativo. En el **Anexo primero** se profundiza en esta etapa de casi tres décadas.

A partir de esta crisis se desencadenan políticas para combatir los componentes de escalada de costes, irracionalidad y falta de respuesta a expectativas y preferencias de usuarios y pacientes. Se estrena un **escenario de estabilización**, que se extenderá durante las tres siguientes décadas con sucesivas oleadas de reformas. Lo sorprendente es que a pesar de la diversidad de los sistemas, estas políticas y reformas tienen cada vez más componentes parecidos (patrones).

Los patrones de cambio y reforma de los sistemas sanitarios europeos

Desde mediada la década de los 70 se objetiva 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. 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 de necesidades de salud; **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; la necesidad de gestionar lo esencial y buscar una mayor efectividad en las intervenciones sanitarias, lleva a plantearse en torno a la idea de la **gestión clínica** una nueva alianza de políticos, gestores y profesionales para la mejora de la gestión y las decisiones clínicas; y finalmente el cambio epidemiológico y la tendencia a la fragmentación de la medicina especializada, ha evidenciado que no puede haber buena calidad de la medicina sin integración clínica y organizativa.

En la **Figura 1** se ubican aproximadamente estos seis patrones en su marco temporal; contención de costes y racionalismo planificador son dos respuestas paralelas a la crisis de los años 70; cuando se salió de la recesión (a lo largo de los años 80) y se retomó la senda del crecimiento económico, se buscó estimular la productividad del hospital a través del gerencialismo, y un poco después (años 90), incorporar estímulos de competencia entre centros y servicios; según avanzaban los años 90 el foco de atención giró hacia los micro-sistemas clínicos, buscando la implicación de los médicos en la gestión (gestión clínica), y la mejora en el funcionamiento integrado de la red sanitaria para abordar los nuevos perfiles de cronicidad y pluripatología (integración).



Figura 1: Los seis patrones de cambio y reforma en su marco temporal

El caso español es un tanto diferente, pues las condiciones políticas y económicas de la transición a la democracia imprimieron un desfase cronológico; en el **Anexo segundo** del presente tema se aborda la cronología particular de los patrones en España.

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).

La primera década de los años 2000 presenta un notable crecimiento del gasto sanitario, seguido de una caída profunda provocada por la **crisis económica y financiera iniciada en 2008**; no es fácil ver cómo los diversos patrones han interactuado

con este nuevo escenario, al que dedicaremos el epílogo final. En los puntos siguientes se revisarán brevemente las características principales de dichos patrones de reforma.

1.- 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 menos importante en el contexto europeo.

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 demanda¹.

1.1 Medidas orientadas a la oferta

a) 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 de actividad 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 y extra-hospitalarios basados en salario o capitación responden con mayor rapidez al control presupuestario (excepto en partidas de gasto abiertas como farmacia).

b) Limitación en la producción de profesionales sanitarios; las políticas educativas de admisión en las facultades de medicina

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 y de acciones por el lado de la demanda para moderar la utilización de servicios.

se hacen más estrictas (compensando políticas anteriores de sobreproducción); en sistemas abiertos (donde cualquier licenciado puede establecerse, 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.

c) Topes para el crecimiento de plantillas en los centros y servicios; bien por plantillas orgánicas (número de efectivos por categorías y unidades) o presupuestarias (gasto máximo), 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.

d) 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 socio-sanitarias 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.

e) La restricción financiera para nuevas inversiones hace 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 acciones por el lado de la oferta más importantes fueron:

- Techos presupuestarios para los hospitales
- Limitaciones en la producción de médicos en las facultades
- Límites al crecimiento de platillas, a la renovación de tecnologías, y a la construcción de nuevos centros
- Políticas para reducir la prescripción farmacéutica y la indicación de pruebas diagnósticas

f) 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 ítems a facturar (para hacerlos menos rentables y desanimar su indicación); 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 capitativamente, se han experimentado cambios en modelos retributivos que bonifican comportamientos de acuerdo a objetivos pactados.

1.2 Medidas orientadas a la demanda

a) Los costes compartidos

Han sido y son 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 sólo en los primeros contactos desencadenados por el paciente (atención primaria, urgencias...) la iniciativa de éste 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).

Muchos países europeos tenían una participación en los gastos; más en farmacia, prótesis y órtesis, que en servicios médicos. Las dificultades financieras llevaron a elevar la aportación o poner en marcha algunos copagos por consulta u hospitalización. Buena parte de los copagos que encontramos hasta 2004 en Europa son el resultado del ajuste de los años 70; a estos se añadieron los realizados en este año en Alemania (que los introduce por primera vez) en Francia (incrementos a sus sistemas tradicionales de copago), y en Portugal; desde 2008 se desencadenan en países del Sur de Europa (particularmente en Portugal, Grecia e Italia) nuevos copagos con objetivos claramente recaudatorios².

No obstante, cabe decir que en los años 70 los costes compartidos jugaron un papel menor en las estrategias de salida a la crisis; la contención de costes, para muchos autores, se dirigió fundamentalmente a medidas por el lado de la oferta.

Las medidas por el lado de la demanda fueron:

- **Los costes compartidos**
- **La explicitación y limitación de prestaciones**

b) La delimitación y limitación del catálogo de prestaciones y servicios.

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 Holanda³; aplicaciones prácticas se han dado en temas complementarios a la asistencia (prótesis, gafas, ambulancias, etc.) y en el mercado del medicamento (listas positivas y negativas).

La delimitación o ordenación de las prestaciones de los sistemas públicos, orienta el mismo tema desde una perspectiva de "lista positiva", que permita aportar garantías a los ciudadanos, a la vez que explicitar el debate sobre la conveniencia y costes de las nuevas prestaciones y servicios. No obstante, y salvo algunas exclusiones de significado menor, la contención de costes como política tampoco redujo la cartera de prestaciones y servicios.

En España este debate ha tenido posteriormente, y en dos momentos; en el año 1995 a propósito del Real Decreto de Ordenación de Prestaciones⁴, donde dominó la preocupación sobre cómo hacer explícito el conjunto de prestaciones públicas, y en la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud de 2003, donde se incorpora una preocupación de garantía de homogeneidad de prestaciones del SNS en cualquiera de las autonomías del Estado Español.

2.- Racionalismo planificador

Mientras que la contención de costes marcaba un techo presupuestario a lo que la sanidad pública podía gastar, dentro del sector sanitario se planteaba una revisión crítica de la forma en la cual se habían desarrollado los sistemas públicos de salud. En particular el optimismo clínico ligado al hospitalo-centrismo, no se justificaba fácilmente con los datos del crecimiento de la esperanza de vida. Un nuevo patrón de superación de la crisis de racionalidad se articuló por parte de los Ministerios de Sanidad, como respuesta propia y sectorial, acoplada con las restricciones financieras: *"si Hacienda nos marca el techo, nosotros debemos conseguir el mayor impacto en salud con el dinero que nos asignan"*.

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.

A finales de los años 70, y en el contexto de una nueva corriente salubrista internacional, se plantea 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:

a) 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, socio-económicos, 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 sólo la mera recepción de la morbilidad generada).

b) 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.

c) Estructurar el sistema sanitario de acuerdo a una racionalidad poblacional: evitando el solapamiento de redes y servicios, regionalizando y sectorizando los recursos (particularmente la red hospitalaria), implantando mecanismos de coordinación y sinergia, y creando una serie de instrumentos estables de planificación 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, como la famosa fórmula RAWP

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.

que se puso en marcha en el Reino Unido para potenciar la asignación económica a áreas de mayor necesidad sanitaria⁵.

d) La potenciación de la Atención Primaria surge como una respuesta ante la necesidad de dar coherencia, longitudinalidad, continuidad y racionalidad de un sistema sanitario cada vez más escindido en especializaciones; rescatar el enfoque pato-biográfico del individuo y convertir al generalista en un agente determinante que aconseje al paciente en el conjunto de sus relaciones con los especialistas. Esta función de "puerta de entrada" (*gate-keeper*) 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.

e) 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**).

El balance de este patrón no fue tan positivo como se esperaba; los cambios estructurales que se pretendían en los sistemas sanitarios europeos resultaron muy difíciles, pues la dependencia de senda (la inercia de los modelos por su trayectoria histórica) y los intereses de los agentes sanitarios estaban fuertemente atados al statu quo; también los usuarios y pacientes estaban razonablemente satisfechos y había poca necesidad percibida de cambios. En particular, el modelo centrado en el especialista y en el hospital era muy popular (y lo sigue siendo), y, a pesar de la conveniencia técnica de reorientar el sistema hacia la atención primaria y hacia la prevención, se mantuvo la lógica del acceso directo al especialista, la fascinación tecnológica y el consumismo sanitario.

En los países del sur de Europa, donde las dictaduras habían

imposibilitado una legitimación social y profesional de sus sistemas públicos de salud (particularmente España y Portugal), la influencia reformista de la OMS (Conferencia de Alma Atá) tiene más impacto, y favorecer tanto el desarrollo de la atención primaria como la regionalización de los hospitales.

3.- 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, y es resultado de dos factores: la renovada preocupación por la eficiencia productiva, y la constatación de desajustes estructurales del modelo administrativo-corporativo de organización del hospital público.

Respecto a lo primero, hay una **reacción a la irracionalidad profunda que supone la contención de costes**: el ahorro más fácil se hace con todos aquellos costes que no vienen obligados o están comprometidos; los costes fijos (plantilla fija, instalaciones, tecnologías etc.) que son los principales (80%) se mantienen, pero los costes variables (plantilla eventual, sustituciones, suministros, consumibles, etc.) tienden a limitarse. Bajar la actividad (menor ocupación, mayor estancia media, etc.) es lo único coherente para ahorrar costes variables sin erosionar la calidad del servicio. Y por eso, la contención de costes produce una economía global, a costa de un encarecimiento de cada proceso, ya que los enormes costes fijos se acaban repartiendo en menor actividad. En cuanto la economía se reactiva, y la pulsión por contener costes totales se atenúa, el problema principal que emerge en las políticas sanitarias es cómo recuperar la eficiencia productiva en la actividad de los hospitales; y cómo reabsorber las listas de espera que se han ido acumulando y embalsando como problema de impacto creciente en la opinión pública.

Se mantienen el **desajuste de la organización convencional del hospital público con los esquemas organizativos del mundo de la empresa**. En buena medida, el **hospital convencional** (hasta finales de los años 70) está basado en un modelo centrado en los profesionales, coordinado por ajuste mutuo entre los mismos, con sistemas 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 intra-corporativa.

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.

El modelo gerencialista busca su inspiración en hospitales que han de moverse en un contexto comercial, como auténticas empresas (públicas o privadas), particularmente en Estados Unidos; estos modelos son decididamente incorporadas por Margaret Thatcher en 1983 al 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.

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.

a) 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 éste), 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 intra-servicio).

El gerencialismo supone desde un punto de vista de estructura, la aparición de equipos directivos para el gobierno de los hospitales (designados por el financiador), y el desarrollo de una serie de procesos gestores que plantean modernizar el funcionamiento de las funciones directivas convencionales de las organizaciones.

Por ello, la introducción de gerentes es recibida con hostilidad en sistemas con coordenadas políticas diferentes, particularmente por los médicos, y debido a dos razones diferentes:

a) por buscar un cambio del **balance de poder** entre agentes: el asegurador o financiador público, a través de los gerentes se persona de forma cotidiana en el funcionamiento de los hospitales, limitando el margen de actuación local. Esto impugna el control tácito de la corporación médica sobre la institución, y plantea un reajuste de papeles y comportamientos.

b) por la **inadaptación de los modelos gerenciales** al tipo de trabajo desarrollado por los médicos: las ciencias de la organización y la gestión aún estaban fuertemente ancladas en el paradigma industrial, y era aún muy limitada la comprensión de las organizaciones de prestación de servicios y de las organizaciones profesionales; la gran dificultad para estandarizar la clínica creaba un escenario de incompreensión y desencuentro.

Tras la introducción de los gerentes se produce 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.

b) Procesos gestores

Se desarrollan innovaciones en los procesos gestores en diversos ámbitos:

- Sistemas de información sobre producción
- Análisis de costes
- Fijación de objetivos por pactos
- Gestión y programación de pacientes
- Gestión de inversiones, suministros, almacenes y logística
- Externalización de servicios generales, hosteleros y de soporte
- Información y atención al cliente

Son numerosos los procesos gestores de carácter innovador que se desarrollan, ya que el hospital está justamente entrando en un vórtice de un cambio tecnológico muy relevante (logística, informática, procesos de gestión, etc.); 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, y sus índices agregados como las Unidades Ponderadas Asistenciales basadas en unidades relativas de valor) a los de segunda generación ligados a casuística (GRD, PMC, severidad, etc., y sus índices orientados a modular la evaluación como las Unidades de Complejidad Hospitalaria) ⁶.
- Desarrollo de sistemas de **análisis de costes** (contabilidad analítica) para enlazar la información económica con la asistencial.

- Ensayo de primeros modelos 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. Incorporación de las Tecnologías de Información y Comunicación a la gestión de redes.
- Implantación de **sistemas de gestión de inversiones, de logística** (compras, suministros, almacenes y distribución), hostelería, mantenimiento y seguridad, más actualizados).
- **Externalización** de servicios generales, hosteleros y de soporte: limpieza, mantenimiento, seguridad, lavandería, cocina y otros servicios pasan a ser contratados a empresas externas.
- Introducción de perspectiva de **orientación al cliente** (información, atención a preferencias, acogida, sugerencias y reclamaciones, circulaciones y señalizaciones, simplificación de procesos, etc.)

En algunos sistemas integrados, como Suecia y el Reino Unido, se producen cambios estructurales que facilitan la incorporación del gerencialismo: la existencia de órganos de gobierno, la separación de los modelos de función pública clásica hacia otros de empresa pública o ente autónomo, etc.

En otros, como en España, se pretende la introducción de figuras y procesos gerenciales sin modificar substancialmente la arquitectura organizativa de los hospitales de gestión directa administrativa. Particularmente en esta situación, la función gerencial adolece de tres desarrollos: la **gestión financiera** (basada en autorizaciones del financiador ligadas al presupuesto o incluso, en el caso de los hospitales públicos españoles, directamente abonados por la Tesorería de las haciendas públicas correspondientes –de las CCAA-); **la gestión de personal** (los resortes de autorización, pago, 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, que se privilegia lo procedimental sobre lo ágil o eficiente).

4.- Introducción de elementos de Mercado

Este patrón de reforma aparece con un pequeño desfase respecto al gerencialismo, y está ligado a las insuficiencias de dicho patrón. 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 sin contar con herramientas fundamentales de gestión (económico-financieras, contractuales y de personal).

La introducción de características propias del mercado en entornos públicos buscan mantener las ventajas del entorno público planificado y regulado, añadiendo las del estímulo a la eficiencia productiva: que tenga algo que ganar el que responde bien a las expectativas sociales, y algo que perder el que las desatiende. Para ello son necesarias dos cosas:

a) crear una **separación entre las funciones de compra y de provisión** (substituyendo relaciones jerárquicas por relaciones contractuales); la separación crea un espacio que rompe o atenúa el vínculo jerárquico, y permite establecer relaciones contractuales; los contratos programa o contratos de gestión, aunque no son auténticos contratos comerciales (exigibles ante los tribunales), sí que permiten trasladar algún riesgo económico desde el financiador al proveedor, añadiendo aspectos de competitividad entre centros públicos⁷.

b) reforzar la **autonomía organizativa de los proveedores**, para que puedan convertir la presión contractual (externa) en cambios eficientes (internos) de sus procesos de producción; así, los hospitales británicos en la reforma de 1992 se constituyen como "*self governing hospital trusts*" con amplias competencias y atribuciones de gestión autónoma⁸.

El modelo tiene cierta belleza formal: el Parlamento aprueba un presupuesto para el sistema público de salud; a través de contratos se establecen objetivos y financiación a todos los centros; y el dinero sigue a los pacientes para que los centros y servicios que mejor respondan a las necesidades, demandas y preferencias de los pacientes puedan ser mejor financiados y tener margen de crecimiento y desarrollo de servicios; y también para que los que fracasen en la competición, se vean obligados a gestionar la disminución y a buscar mejoras que les sitúen de nuevo en clave de atracción de pacientes. Esto era en esencia el lema "*Money follow patients*" (que el dinero siga a los pacientes).

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 1991⁹ 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 1997¹⁰.

La experiencia británica de la separación compra-provisión y de la empresarialización de los hospitales ha sido compleja y controvertida. Excede del espacio y propósito de este tema abordarlo, máxime cuando el modelo británico tenía la peculiaridad de que la atención primaria se convirtió en compradora de servicios hospitalarios (junto con las autoridades de distrito). Pero podemos reseñar que el principal fallo del modelo radicó en el hecho de 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 sólo se equilibra 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 éste no puede cuestionar la continuidad del proveedor.

Entre 1992 y 1996 este modelo tuvo un efecto claramente inflacionario en el gasto sanitario británico; y además, tuvo el inconveniente de que los hospitales que triunfaban en la competición usaban su dinero para ampliar discrecionalmente la cartera de tecnologías y servicios. El nuevo gobierno laborista

británico decidió modificar dicha reforma¹¹, 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. No obstante, las políticas de Tony Blair a partir de 1997, tras una etapa inicial de recapitalización del sistema, derivó en procesos radicales de externalización al sector privado de parte de la actividad asistencial, dentro de la filosofía de libre elección y de extremar la competición incluyendo agentes externos (el anterior modelo era llamado "mercado interno" por sólo permitir la competencia entre proveedores públicos).

Es importante mencionar que en el debate Español, y a pesar de la retórica de mercado interno o separación compra-provisión, el aspecto principal que se plantea es conseguir escapar de las rigideces administrativas de una red sanitaria pública estrechamente constreñida por normas de procedimiento administrativo y de gestión de personal. En vez de un intento radical de separación entre compra y provisión, se articuló una diferenciación ligera, a través de los contratos programa y los contratos de gestión (primera y segunda mitad de los años 90). En vez de empresarializar los hospitales convencionales, lo que se hizo fue constituir los nuevos hospitales en modelos de gestión con mayor autonomía y competencias de gestión (consorcios, fundaciones, empresas públicas, etc.); sin embargo, éstos hospitales y servicios nuevos, eran de menor dimensión (menos de 200 camas) y aunque representaron interesantes innovaciones, no arrastraron al resto de la red; los grandes y medios hospitales convencionales (más de 400 camas de media), siguieron instalados en modelos administrativos clásicos.

Podría decirse que el experimento de mercado de los años 90 en España, fue menos radical y algo más cosmético que en Suecia y el Reino Unido; nos evitó errores y rectificaciones, pero a costa de demorar cambios fundamentales en la organización de los centros sanitarios públicos¹².

5.- Gestión Clínica

Si la década de los 80 había agotado la idea de cambios de los sistemas, y buscado mejoras en la gestión empresarial de los

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.

La búsqueda de modelos híbridos entre plan y mercado es el substrato filosófico del rediseño de sistemas que se plantea.

centros sanitarios, la década de los 90 agota también la idea de la "meso-gestión", y pone encima de la mesa la necesidad de ir hacia la "micro-gestión"; este es el cambio que se va produciendo a lo largo de los años 90, tomando como precursores los movimientos de "medicina basada en la evidencia", "calidad asistencial", "bioética clínica", "gestión de riesgos y seguridad del paciente", "análisis de variabilidad" y de resultados (*outcomes*), y "evaluación de tecnologías sanitarias", que habían ido penetrando en el mundo profesional de la medicina, liderado por grupos muy activos en el escrutinio intra-profesional de la práctica clínica.

En esencia, el asunto radica en que la ganancia de salud en población y pacientes por unidad de gasto sanitario cada vez depende más de la "caja negra" de decisiones clínicas; el giro a la gestión de lo esencial (lo que añade valor) exige la contribución activa de los profesionales; el movimiento hacia la gestión clínica es el exponente de este nuevo reto que cuestiona (o condiciona) buena parte de la organización convencional y los métodos gestores ensayados.

Gestión clínica

- Los retos de una verdadera eficiencia (ganancia de salud en población y pacientes por unidad de gasto sanitario), cada vez dependen más de la "caja negra" de decisiones clínicas.
- Se alimenta de las evidencias de variabilidad de la práctica clínica, y la necesidad de fundamentar científicamente las decisiones.
- Su desarrollo exige la contribución activa de los profesionales.
- Y también supone un nuevo reto que cuestiona (o condiciona) buena parte de la organización convencional y los métodos gestores ensayados.

Este patrón de reforma es complejo de definir, al tratarse más de un movimiento emergente que de un proceso consolidado; su configuración, en buena medida, depende de las insuficiencias que se han demostrado en los patrones anteriores de reforma.

Dichos patrones se han basado en buena medida en identificar las líneas envolventes de costes y actividad como principales variables de gestión (por líneas envolventes queremos decir grandes cifras agregadas). Trabajar dentro del presupuesto o aumentar la actividad (medida, por ejemplo, en Unidades Ponderadas de Asistencia Sanitaria o UPAS) eran los descriptores habituales que captaban la atención de los gestores y constituían el núcleo de la evaluación externa sobre el desempeño de los centros.

El cambio a sistemas de medición de casuística (Unidades de Complejidad Hospitalaria), aunque supone una mejora en las métricas de actividad (refleja mucho mejor la complejidad, severidad y costes de los pacientes atendidos), lleva en su uso habitual al mismo sesgo de medición agregada de actividad.

El prestigio de la estandarización industrial choca con el núcleo duro de la atención a la persona enferma; la mesogestión busca normas, y los buenos médicos buscan hacer protocolos y guías para reducir la variabilidad inapropiada; pero la naturaleza compleja o caótica de una parte importante de la interacción clínica, no es bien entendida sin cambiar de mentalidad; los modelos de gestión clínica empiezan a avanzar cuando se produce un depósito de confianza en los profesionales, y se abandona la fantasía de controlabilidad industrial a favor de la construcción de competencias, habilidades y alianzas entre la meso gestión y las unidades o áreas de gestión clínica.

La idea de "gestión clínica" puede formularse en un doble sentido: ***hacer más clínica la gestión***, y ***hacer más gestora la clínica***; a través de ambos componentes se facilita la identificación de aspectos importantes de este patrón emergente.

a) **Hacer más clínica la gestión (gestionando "lo esencial", el conocimiento y las inter-dependencias sistémicas)**

Cuando hablamos de hacer más clínica la gestión, queremos expresar que el trabajo gerencial y directivo de la red sanitaria y de los centros, debe incorporar decididamente la dimensión clínica y productiva (y no sólo la de asignación financiera, control de actividad y costes y resolución de incidencias). Se trata de buscar métodos que vinculen las acciones de todo el sistema con

La gestión clínica tiene dos componentes:

- *Hacer más clínica la gestión*
- *Hacer más gestora la clínica*

el objetivo de mejora en salud y capacidad de respuesta. Para ello, se plantean dos tipos de retos: la gestión de lo esencial y la gestión del conocimiento.

Para hacer más clínica la gestión, el reto se centra en:

- **Gestionar lo esencial:** es decir la función de producción, reforzando el papel y dinamismo de las Direcciones Asistenciales, y los objetivos e información de efectividad y calidad.
- **Gestionar el conocimiento,** para aportar desde la red sanitaria una política científica y unos instrumentos de integración de la literatura científica, de cualificación de la evidencia y de apoyo a las mejores prácticas y a la excelencia

La gestión de lo esencial (la producción de los servicios asistenciales).

Una gestión eficiente del sistema sanitario exige introducir de lleno en las preocupaciones de la gestión los aspectos productivos y de la efectividad de los servicios sanitarios; por lo tanto los aspectos científico-técnicos de la producción de servicios pasan a ocupar el centro de gravedad en la gestión de los sistemas. **La "gestión de lo esencial"** implica precisamente dar un paso desde la mera atención a las "envolventes de actividad y costes agregados", a una nueva dimensión donde se consideren de forma central los aspectos de producción, efectividad, calidad, seguridad y eficiencia.

Esto implica cambios en la función directiva y gerencial de los centros sanitarios; las competencias y saberes de los gestores deben ampliarse, y las Direcciones Médicas o Asistenciales pasan a tener un nuevo significado e importancia en este contexto (como división de producción de la organización).

También los sistemas de información deben girar para incorporar indicadores más sensibles a la calidad científico-técnica, y a la dimensión de "responsabilidad" poblacional de los servicios

clínicos (giro hacia ganancias de salud del conjunto de la población y no sólo de los pacientes que acuden a los servicios); de forma coherente, los pactos anuales y los sistemas de evaluación deben conceder mayor peso al componente de efectividad y calidad en el trabajo asistencial.

Para conseguir estas nuevas competencias hace falta un saber nuevo que sintetiza lo clínico y lo gestor, y que se obtiene con mayor facilidad y economía en escalas de red sanitaria (e incluso en ámbitos internacionales), Por ello, la gestión de lo esencial aboca a la gestión del conocimiento.

La gestión del conocimiento.

La base de conocimiento, o capital intelectual de la organización sanitaria es su activo principal, y se constituye por un saber clínico que está esencialmente globalizado (y custodiado por la propia comunidad científica de los profesionales y sus especialidades), y por un contexto organizativo y de motivación que (a diferencia del anterior) tiene una dimensión local (de los sistemas sanitarios, sus centros y sus servicios).

La gestión del conocimiento por parte de los sistemas sanitarios busca aportar una "direccionalidad" a la generación y difusión del conocimiento, en función de los grandes retos (problemas de salud) con los que se enfrenta el sistema; es por tanto una política científica (Investigación, Desarrollo e Innovación) que busca alinear el conocimiento con los problemas sociales y sanitarios.

Pero la gestión del conocimiento también implica en este caso la necesidad de facilitar que la mejor evidencia científica y saber profesional pueda integrarse y hacerse disponible para la toma de decisiones clínica. Y, como decían los editorialistas del BMJ en 1995, al ritmo en el que se producían las publicaciones, cada médico comprometido con estar al día, debería leer 17 artículos todos y cada uno de los días del año¹³ (para medicina general serían 19 artículos, según ampliaron en un editorial de 1996). Era pues necesaria compilar y cualificar toda la producción científica.

Fue de gran ayuda que desde los años 90 se generalizan en distintos países y regiones las Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias; también los Planes de Salud o documentos

de prioridades de salud avanzan en utilizar instrumentos de conocimiento para alentar innovaciones basadas en evidencias de efectividad para la mejora de la salud de las poblaciones o pacientes.

Un caso particularmente interesante ha sido el desarrollado a partir de las reformas de 1997 del Servicio Nacional de Salud británico, que llevaron a la creación de una agencia (*National Institute for Health and Clinical Excellence*)¹⁴ en la cual se integran aspectos de evaluación tecnológica, guías de práctica clínica, vigilancia de procedimientos intervencionistas potencialmente peligrosos, recomendaciones de no actuación, y orientaciones para programas de audit clínico y mejora de calidad.

En todos estos desarrollos que se han mencionado, aparece claramente un hecho; la posición jerárquica de las autoridades sanitarias no es suficiente para gobernar el sistema, sino que se requiere la legitimidad del conocimiento científico para justificar objetivos, generar credibilidad entre los profesionales y avalar las innovaciones y cambios que se propugnan.

b) Hacer más gestora la clínica (mejorando estructuras, liderando el trabajo asistencial, y racionalizando las decisiones clínicas)

Cuando hablamos de hacer más gestora la clínica, nos referimos a que los profesionales deben asumir funciones gestoras, organizativas y directivas de forma amplia, sistemática y apoyada con nuevas competencias. Esta idea se proyecta en una dimensión estructural (cómo hacer la reingeniería de la organización clínica), y en una dimensión directiva (la necesidad de que exista un liderazgo clínico para dinamizar los cambios).

Pero hacer más gestora la clínica no sólo afecta a los equipos profesionales, sino que también implica la propia práctica individual del médico, en su ámbito específico de decisiones clínicas (lo que vuelve a conectar el trabajo clínico con la efectividad –medicina basada en la evidencia- los costes –eficiencia clínica- y el impacto percibido por los pacientes –calidad y bioética-).

Introducir la dimensión gestora en el mundo clínico supone avanzar en varios sentidos:

- Buscar formas de organizar los centros, servicios y unidades, para que domine la cooperación, la horizontalidad y el trabajo por procesos.
- Fomentar un liderazgo desde el mundo clínico, que personifique los retos y defienda los proyectos de cambio organizativo en su entorno profesional.
- Mejorar y racionalizar las decisiones clínicas, buscando mejorar las dimensiones de efectividad, eficiencia, calidad y satisfacción de los pacientes

Cambios en la estructura de las unidades clínicas.

Desde una perspectiva organizativa, la **Gestión Clínica** recoge dicho reto planteándose una "reingeniería" (cambio profundo de los procesos y estructuras) en el funcionamiento de los servicios y centros sanitarios; entre otras dimensiones, se trata de departamentalizar grandes hospitales, crear unidades funcionales, dar autonomía de gestión a sus responsables y crear un contexto de incentivos para motivar los cambios de comportamiento (aunque todos estos elementos son componentes fundamentales).

Algunos se refieren al modelo dominante de hospital como "Flexneriano". El informe Flexner de 1910 en Estados Unidos, se refería a la mejora en la enseñanza de la medicina, y supuso una auténtica revolución de mejora de la calidad; sería difícil explicar la preeminencia de la medicina clínica norteamericana sin el cambio que propició este informe; pero indirectamente animó a desarrollar las especialidades médicas como fundamento de la organización del hospital, y fomentó el crecimiento por servicios clínicos de cada especialidad o subespecialidad. La departamentalización clínica, desarrollada en hospitales como el Johns Hopkins de Baltimore, buscaba acomodar esta fragmentación a través de la creación de grandes bloques de especialidades. Pero, además

de lo anterior, los liderazgos clínicos indiscutibles se pusieron al servicio de esta articulación del hospital.

Se trata también de cambiar la forma de trabajo y reorientar hacia los **procesos** asistenciales y los **pacientes** el conjunto de la organización, integrando las dinámicas de estandarización (protocolización), mejora de la calidad, evaluación de resultados y mejora de las competencias profesionales (incluyendo la gestión de procesos y el trabajo cooperativo).

Otra alternativa es la creación de unidades clínicas para problemas de salud o procedimientos de alta especialización; de forma similar a los departamentos, aquí diversas especialidades suelen tener que colaborar (por ejemplo, las unidades de transplante); pero en este caso, su dimensión suele ser incluso menor que la de los servicios de especialidad.

Estos cambios de estructura implican también modificaciones profundas de los sistemas de información, mejorando las métricas de actividad, efectividad, costes y calidad, y favoreciendo una comparabilidad y transparencia creciente que actúe como estímulo a la emulación, la mejora continuada y la innovación.

El necesario liderazgo en las unidades clínicas.

Las cosas se hacen a través de personas, y los proyectos de transformación necesitan tomar cuerpo en una persona que se identifique con los mismos, y que los personifique ante su propia organización. Por ello, la gestión clínica necesita un liderazgo transformador que va mucho más allá de los clásicos cargos directivos clínicos (jefaturas de servicio o sección, o coordinadores de equipo de atención primaria), incorporando competencias nuevas, actuando en un contexto nuevo en el cual a los equipos profesionales se les deposite un nivel amplio de confianza, responsabilidad y autonomía, y que a su vez exista una transferencia de riesgos y beneficios (que haya algo valioso que obtener o que perder según se consigan los resultados o se aporte el esfuerzo pactado).

Esto significa también que debe atenuarse la brecha entre el mundo gestor y el clínico (el abismo entre el “ellos” y el “nosotros”) para recuperar un continuum que va desde la meso-gestión a la micro-gestión; a esto nos referimos como la alianza necesaria entre gestores y profesionales; y esta alianza precisa alinear intereses y visiones; para ello las reglas del juego deben modificarse y en estos cambios debe incorporarse el nivel político a la alianza de agentes sanitarios para el cambio.

La racionalización de las decisiones clínicas.

Se suele hablar de la **“caja negra” de decisiones clínicas** como un ámbito no observable por los gestores (y que en buena medida tampoco es fácilmente objetivable para los propios clínicos), donde se desarrollan las principales interacciones médico-paciente, que dan como resultado decisiones diagnósticas, terapéuticas, de derivación, de cuidados y de prescripción. Dado el crecimiento del volumen-intensidad asistencial, las repercusiones en costes de dichas decisiones son cada vez más importantes.

La autoimagen científica moderna de la práctica médica lleva a concebir la asistencia como la aplicación del conocimiento científico a un caso concreto. De ahí el carácter profundamente racionalista de la **Medicina Basada en la Evidencia**.

Sin embargo, **la variabilidad** de la práctica clínica nos devuelve una imagen menos confortable de dicho modelo, donde la relación médico-paciente tiene muchos elementos de interacción, negociación y descubrimiento secuencial de cursos de acción. Y también vemos que está ampliamente influida por estilos de práctica, valores y preferencias del médico, y otros factores culturales, de accesibilidad y disponibilidad de tecnologías, y de incentivos económicos.

La propia **evolución del conocimiento y la técnica** hacen que sea difícil atrapar el grueso de lo que hoy hacemos con la mejor evidencia recuperada de la experiencia anterior; por ello, la racionalización de las decisiones clínicas, pasa a configurarse como un ámbito de compromiso y tensión creativa profesional,

que busca acercar en lo posible la práctica cotidiana a los parámetros científicos y profesionales de excelencia; pero para que esto se produzca es necesario un soporte de gestión del conocimiento en la red sanitaria, que haga posible la generación de conocimiento nuevo allí donde las lagunas de conocimiento de efectividad son mayores, que incorpore la dimensión bioética, organizativa y económica a este saber clínico, y que finalmente busque la disponibilidad y difusión del conocimiento para todos los que en último término toman decisiones clínicas.

6.- Integración Asistencial

Este patrón surge como desarrollo natural de la gestión clínica en contextos donde domina el envejecimiento, la cronicidad, los enfermos pluripatológicos y los pacientes extremadamente frágiles. Cabría decir que la gestión clínica mira al interior de la organización sanitaria buscando reconstruir la fragmentación de los servicios, articular los procesos asistenciales, y conciliar las culturas gerencial y clínica para conseguir eficiencia y calidad, mientras que la integración asistencial mira al paciente buscando que el conjunto de cuidados que se le prestan a lo largo de su biopatografía sean apropiados, armónicos y sensatos.

La gestión clínica se preocupa por la “*coordinación primaria-especializada*”, pero desde una perspectiva de articulación de oferta y racionalización de derivaciones, que no acaba de cuestionar la compartimentación de niveles; este enfoque de “gestión clínica basada en niveles asistenciales” se apoya en España en la existencia de Gerencias de Atención Especializada y de Atención Primaria.

En el Reino Unido, la Atención Primaria goza de un gran prestigio, y también de un importante poder, al haber sido apoyada en las reformas de los años 90 con una capacidad de “comprar” servicios del hospital para los pacientes de su lista; en la “reforma Blair” los centros de salud forman alianzas locales (100.000 habitantes) creando unas entidades asociativas (*Primary Health Trusts*) que llegan a acuerdos de asignación de recursos y fijación de objetivos a medio plazo (trienales) con los hospitales (lo que llaman *commissioning* o contratación comisionada).

A diferencia de los ingleses, las Gerencias de primaria españolas no atesoran ni el prestigio del nivel asistencial ni el poder de influencia en la asignación de recursos; difícil meta la de cambiar el sesgo hospitalario, lo que queda demostrado con el mayor crecimiento proporcional del hospital en la distribución del gasto sanitario.

La preocupación en el nuevo patrón va mucho más allá de la coordinación primaria-especializada. A nivel internacional, una comparación entre el modelo de integración clínica de la aseguradora privada californiana "Kaiser Permanente", y el NHS británico, realizada por Feachem¹⁵, mostró que lo público no era garantía de coordinación ni de servicios comprensivos y basados en la atención primaria; el debate generado fue interesante e identificó puntos fuertes del NHS, pero también rigideces e intereses institucionales y gremiales que podían estar obstaculizando en la práctica la evolución del sistema para mejorar el servicio a los pacientes.

La integración se plantea como una reflexión más amplia, de red sanitaria, que abarca los confines del domicilio del paciente, de sus cuidadores informales, de los servicios de ayuda a la familia y de los recursos y servicios socio-sanitarios y sociales. Esencial cuando se produce un cambio en el perfil de pacientes. El paciente preocupa incluso cuando no viene a la consulta; o quizás especialmente cuando no aparece; la enfermería domiciliaria es decisiva para rellenar esta brecha; entre el hospital y la atención primaria, han de aparecer recursos nuevos: tecnológicos (información clínica), funcionales (enfermería de enlace); relacionales (internista de referencia); de gestión de pacientes (rutas clínicas y acuerdos de derivación); y de formación y entrenamiento del propio paciente y sus cuidadores informales (para que aprendan a ser sus propios médicos y enfermeras aumentando la autonomía y reduciendo la dependencia de los cuidadores formales).

Hemos de considerar que el **concepto de cronicidad** ha evolucionado en estas dos últimas décadas: a) primero describía "temporalidad prolongada" y apelaba a la colaboración del paciente y buscaba el afrontamiento de la enfermedad; este enfoque se hacía dentro de cada especialidad siguiendo la pista de sus cronicidades y estructurando protocolos y guías clínicas (endocrino-diabetes, neumólogo-EPOC, cardiólogo-insuficiencia,

La integración emerge del patrón de gestión clínica para buscar una atención más armónica y apropiada para los pacientes crónicos, pluripatológicos y frágiles; la coordinación de niveles, centros y servicios debe orientarse en la respuesta a necesidades del paciente; los servicios sanitarios deben tener en el radar al paciente venga o no a la consulta: domicilio, familiares, y servicios socio-sanitarios son parte de la buena medicina integrada.

etc.); b) la pluri-patología (comorbilidades de diferentes grupos de órganos o sistemas) aumenta exponencialmente los problemas de aplicabilidad de las guías clínicas específicas, y resta valor al manejo por cada especialidad; y c) la fragilidad, como característica del enfermo grave (que implica vulnerabilidad biológica, psicológica y social y suponen una complejidad clínica caótica e ingobernable), que hace poco relevante las categorías clínicas porque es el propio paciente el que determina la acción razonable, sensata y clemente: lo esencial es el manejo socio-sanitario, antropológico y humanístico.

Todos estos cambios cuestionan un modelo organizativo, y lanzan la búsqueda de alternativas de integración; en un trabajo reciente se han clasificado en seis tipos¹⁶:

a) ORGANIZATIVA: La red sanitaria tiene unidad de mando y gestiona un presupuesto; ejemplos: fusiones de centros sanitarios; gerentes únicos de área (para las redes de atención primaria y hospitales); ministerios o gerencias comunes para sectores sanitarios y sociales.

b) FUNCIONAL: Existe una serie de servicios de soporte para los diversos centros y servicios de una red: historia clínica, admisión y citación, tarjeta y cobertura, logística general, gestión económica y de personal.

c) DE UNIDADES CLÍNICAS: Se agrupan servicios clínicos en unidades multiespecialidad, departamentos por áreas de especialidades, servicios terciarios en red, etc.

d) PROCESOS CLÍNICOS: La colaboración entre niveles, centros y servicios permite un proceso asistencial articulado y coherente, basado en el uso de guías, protocolos y logística clínica común.

e) VALORES Y VISIÓN: Se comparten valores y visión, y se fomenta la confianza y reciprocidad (capital social); la cultura organizativa hace más sencillo y funcional el intercambio y la coordinación.

f) SISTÉMICA: El conjunto del sistema despliega una coherencia de principios, organización y funcionamiento en todos los niveles y ámbitos del sistema: los incentivos

están alineados para que exista un auténtico sistema integrado de salud.

Las políticas de integración, junto con las de gestión clínica que inevitablemente acompañan a este patrón de reforma, son el núcleo más importante de innovación y transformación de la medicina, la práctica clínica y los sistemas sanitarios; tendrán un desarrollo más amplio en los textos didácticos del ámbito de gobierno y gestión clínica. En todo caso, se plantea el interrogante de cómo van a afectar las políticas compulsivas de recorte ante la crisis económica, al desarrollo de un patrón de cambios tan profundamente estructurales como los mencionados. Algún comentario intentamos apuntar en el punto siguiente.

Epílogo: El reto de la crisis económica de 2008: ¿nuevos patrones para la sostenibilidad?

Decíamos que los patrones han aparecido, en un determinado momento, como respuesta a presiones del entorno; pero luego no han desaparecido sino que han pervivido como una restricción o vector que influencia establemente el desarrollo de los sistemas sanitarios. ¿Cómo ha afectado la fuerte crisis económica iniciada en 2008 a dichos vectores?; quizás es prematuro afirmar nada; no obstante en la **Figura 2** se hace una tentativa de caracterizar la modificación de los patrones que parece experimentarse.

Patrón	Efecto crisis 2008...	...comentario
Contención de costes	Similar a la de los años 70; pero va más allá de la suficiencia y afecta a la sostenibilidad	Compulsiva desde 2010; insistencia en políticas por el lado de la demanda (copagos)
Racionalismo planificador	Irracionalidad por el lado de los recortes (inputs); reemplaza a la irracionalidad del crecimiento anterior	Las "amistades peligrosas" del período anterior pugnan por mantener su cuota de mercado
Gerencialismo	Se intenta revitalizar, pero difícil reponer el papel ejecutivo tras una década de gestión blanda, expansiva y conciliadora.	Larga historia de costes de interferencia política que restan autoridad y poder gerencial para liderar cambios
Elementos de mercado	Ethos de mercado presiona hacia el opting out, y a la privatización de la gestión de segmentos del servicio público	Se contienen y erosionan los servicios propios en vez de reformarlos; alianza inmovilista que lleva al deterioro
Gestión Clínica	La gestión micro se inhibe ante la compulsión macro	Dilema de colaborar o ser colaboracionista
Integración asistencial	Le integración queda dificultada por la fragmentación del "sálvese quien pueda"; domina la lógica del "especialismo flexneriano"	Deterioro de servicios sociales; pérdida de <i>atractividad</i> y liderazgo de atención primaria

Figura 2: Los patrones de cambio y reforma en el escenario de la crisis económica iniciada en 2008

El vector de **contención de costes** parece revitalizado; de hecho, muchas de las medidas tomadas son fiel copia de las ya descritas. Sin embargo parece que esta crisis va a durar más tiempo que la de los años 70, y que algunos países (entre ellos España), van a sufrir de forma más acusada la restricción de la financiación de los servicios públicos. Por ello va más allá de un problema de suficiencia para plantear retos de sostenibilidad. Una

característica diferencial es que se plantea mucho más introducir medidas por el lado de la demanda: copagos, y liberación de grupos de renta media y alta del aseguramiento público; por lo tanto la contención de costes tendría efectos de mayor erosión del aseguramiento colectivo de riesgos de enfermar, y podría debilitar significativamente la solidaridad social. En España, la compulsiva necesidad de recortar el gasto público en 2011 y 2012 está planteando problemas adicionales.

A una época de escaso **racionalismo planificador** por el crecimiento rápido y poco reflexivo del sistema sanitario en casi todos los países en el ciclo expansivo 1998-2008, le está siguiendo una irracional política de desinversión lineal y no selectiva. Pero en la década anterior una serie de empresas constructoras, financieras, tecnológicas y farmacéuticas se han consolidado como "*stakeholders*" o grupos de interés con mucho poder, y amplias expectativas de no reducir su cuota de negocio ni de beneficios. Las *amistades peligrosas* de ayer, hoy son una fuerza relevante que se aplica contra las decisiones de carácter técnico y planificador que buscan desinversiones selectivas en presuntas innovaciones con escaso valor añadido.

Gestionar la disminución en el sector sanitario exige inteligencia y autoridad gerencial; el **gerencialismo** en la última década cayó en declive: el ciclo expansivo no tensa el músculo de "decir que no"; y en algunos países (España en particular), los costes de interferencia políticos han dilapidado el capital directivo de los centros sanitarios: considerados como botín partidario, los gerentes son fusibles que saltan al menor problema para proteger a las autoridades políticas que los nombraron; esta presión darwiniana condiciona conductas acomodaticias, cortesanías, de intermediación blanda ante conflictos, y de mejoras lentas obtenidas en laboriosas negociaciones; pero no facilita conductas más enérgicas ni los estilos directivos más ejecutivos, orientados a la productividad y a la toma de decisiones en condiciones adversariales, que se necesitan para estos tiempos duros que enfrentamos.

Los **elementos de mercado** hoy se reavivan al calor de la erosión de la ética de servicio público; las clases medias dudan si mantener su alianza con las clases populares, o bien salvarse escapando del sistema que hasta ahora les ha acogido a todos.

A esto colabora el inmovilismo de los que trabajan dentro del sector público (incluidos los sindicatos que los representan); la falta de reformas que mejoren su funcionalidad, abona el terreno de la privatización o de la fuga de colectivos hacia el seguro complementario (privatización inducida).

La **gestión clínica**, como proyecto transformador de la medicina y la clínica se debilita al ser arrastrada por otra agenda que no repara en sutilezas; los buenos clínicos comprometidos con mejorar el servicio público, ante la compulsiva retirada de recursos no saben si tirar la toalla: ¿cómo colaborar sin ser colaboracionista?

Y la **integración** no puede avanzar fácilmente cuando todos buscan más salvarse ellos que colaborar con otros; la fascinación tecnológica lleva a que sea más fácil vender procedimientos especializados que procesos asistenciales integrados; la organización, como tecnología de creación de valor, queda desacreditada ante lo tangible de una intervención diagnóstica o terapéutica: la “*high tech*” se come a la “*high touch*”; y en este contexto la atención primaria pierde pié, y la articulación de lo sanitario y lo social se desdibuja; el deterioro previsible de los servicios sociales, ante tanto desempleo y dependencia, merma las bases de estrategias colaborativas.

La preocupación por el futuro de los sistemas públicos de salud en Europa es comprensible. Habrá que seguir la evolución de esta crisis y los modelos de respuesta en esta segunda década del siglo XXI.

ANEXO:

Primero: Escenarios de evolución de los Sistemas Sanitarios europeos.

a) El escenario de expansión (1946-1973)

En la **Figura 3** se muestra el sorprendente crecimiento económico experimentado en Europa en los años 50; en esta acusada pendiente de desarrollo se dio el nacimiento y expansión de los servicios sanitarios públicos recién creados.

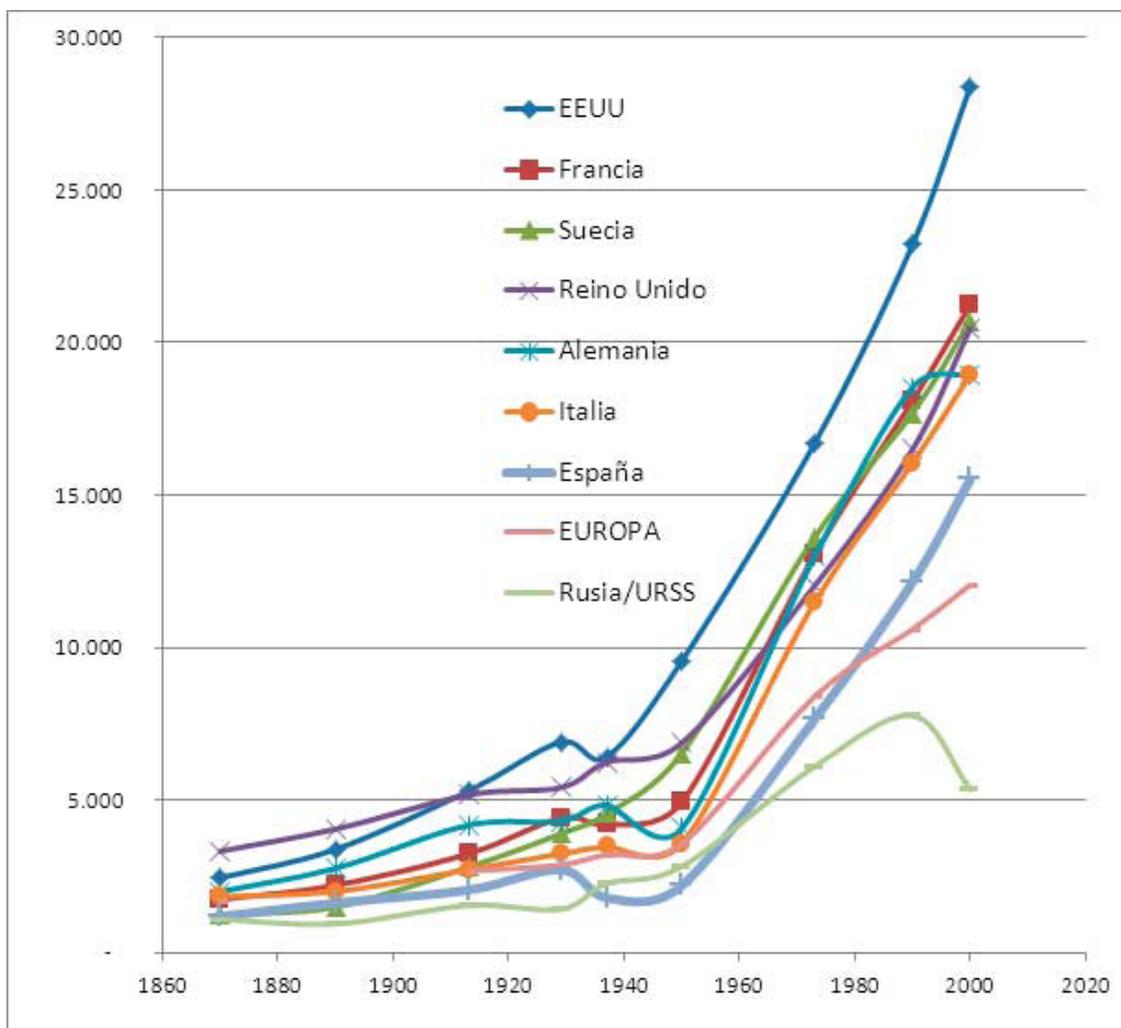


Figura 3: Datos de evolución económica europea, (PIB per cápita en \$1990) tomados de Broaberry y Klein¹⁷

El escenario de expansión se extiende a lo largo de casi tres décadas; en un primer momento se plantea la creación de los

El crecimiento económico tras la Segunda Guerra Mundial, lleva en los años 60 y primeros 70 a un crecimiento del gasto sanitario público, especialmente dirigido al desarrollo y modernización de la red hospitalaria

Este escenario expansivo permitió construir los sistemas de aseguramiento público en los países desarrollados, y fue un poderoso motor del desarrollo biomédico.

propios Sistemas Sanitarios, entendidos como esquemas de aseguramiento público, en los cuales se trata de establecer una serie de reglas y relaciones entre los tres elementos fundamentales: **población** (que contribuye a su cobertura sanitaria por cuotas de seguridad social o impuestos), **financiador-asegurador** público (el gobierno o agencias para-gubernamentales de seguridad social) y los **proveedores** (hospitales y médicos vinculados contractualmente o integrados en la estructura propia del asegurador). En dicha etapa (y especialmente en países con sistemas democráticos), se da un complejo y a veces conflictivo proceso de negociación con la profesión médica para establecer las condiciones de "socialización" de la anterior práctica liberal.

Desde La Segunda Guerra Mundial y hasta los años 50 para Europa son años de reconstrucción de infraestructuras civiles y los recursos para dedicar a la sanidad son escasos; en los años 60, el crecimiento económico, y el estadio de desarrollo y reconstrucción económica, posibilita dedicar recursos adicionales significativos a mejorar la estructura y servicios sanitarios; además, el avance tecnológico de la medicina ha sido importante, lo que produce un desajuste expresado en la frase "*practicar medicina del siglo XX en hospitales del siglo XIX*".

Se inician planes importantes de **remodelación y construcción de instalaciones** (especialmente los hospitales, percibidos como paradigma del saber y la tecnología médica), que repercute en una tendencia creciente del gasto sanitario. La temática principal de la época es mejorar la accesibilidad de los servicios a toda la población; para ello, tienen importante actualidad conceptos como regionalización hospitalaria, creación de redes sanitarias, establecimiento de ratios recursos/población (médicos por 1.000 habitantes, camas por 1.000 habitantes...), etc.

Existe una tácita asunción que hace equivaler más gasto y más recursos sanitarios a más salud; un cierto **optimismo clínico y sanitario**, en el contexto de un pensamiento social modernista que confía en la razón y en la ciencia como motor del desarrollo humano, impregna el sector y posibilita una orientación hacia la ciencia, la técnica, el hospital y la especialización; dicho contexto actúa como un **poderoso motor de desarrollo biomédico** y permite configurar la identidad profesional del médico de

hospital como el núcleo de prestigio científico de la profesión (el paradigma de médico de hospital viene a sustituir en buena medida la pérdida auto-imagen de profesional liberal basado en lo extra-hospitalario).

b) El escenario de estabilización: la triple crisis financiera, de racionalidad y de legitimación (1974 hasta 2008)

Según avanzan los años 70 (y en especial tras la crisis del petróleo desencadenada en 1974), se introducen elementos de crisis que impugnan el proceso anterior y condicionan la entrada en otro escenario que, con diversas variaciones y etapas, se ha mantenido sustancialmente hasta la actualidad. Cabría hablar de un escenario de estabilización, en el cual inciden tres cuestionamientos a las coordenadas anteriores, expresadas en una triple crisis¹⁸.

Crisis financiera

La crisis financiera se expresa como un desajuste entre el crecimiento del gasto sanitario y el crecimiento económico, que se agudiza cuando éste último se estanca; es uno de los aspectos más visibles y, por tanto, más identificado y estudiado; en buena medida, las políticas de contención de costes son impulsadas desde la preocupación macroeconómica de los gobiernos y expresan la voluntad de imponer controles al crecimiento de los gastos sanitarios (intentando, cuando menos, acompasar dicho crecimiento al de la riqueza nacional) ¹⁹.

La recesión económica desencadena una **triple crisis**:

- **Financiera**: que limita el crecimiento del gasto sanitario público
- **De Racionalidad**: que cuestiona la lógica asistencial médico-curativa y hospitalo-centrista.
- **De legitimación**: que plantea el reto de mejorar la capacidad de respuesta a las expectativas y preferencias de los pacientes y ciudadanos

Crisis de racionalidad

Al igual que la crisis anterior, a mediados de los años 70 y hasta principios de los 80 irrumpe una percepción de falta de racionalidad en el sistema de salud; dicha crisis de racionalidad supone un cuestionamiento de la lógica asistencial médico-curativa anterior, a partir de la constatación de una disminución de la efectividad global (y de la eficiencia) de los sistemas.

El cambio en los perfiles de morbi-mortalidad, hace que el sector sanitario se empiece a enfrentar a una población más envejecida, donde **patologías degenerativas y crónicas** van tomando el relevo de las infecto-contagiosas y agudas. Además, la mortalidad evitable asociada a las patologías crónicas encuentra su vulnerabilidad más importante fuera del sector asistencial: la génesis medioambiental, social y de estilos y hábitos de vida, aparece como determinante en muchos procesos, y exige que el sistema sanitario se plantee intervenciones desde la lógica de la **protección de la salud, la promoción y educación sanitaria, la prevención clínica y el consejo médico**. Igualmente, los aspectos de rehabilitación y reinserción social toman mayor importancia complementando las intervenciones agudas tras los episodios de enfermedad.

La reorientación que se pretende de los sistemas sanitarios se dirige (al menos esa es la intención), a un cambio de prioridades a favor de la promoción y prevención, al trabajo intersectorial y a un abordaje más integrado de los problemas de salud (pato-biografía), que llevan a la potenciación del nivel de **Atención Primaria** como elemento fundamental para aportar longitudinalidad, continuidad y coherencia al conjunto de intervenciones sobre el individuo y su núcleo familiar.

Además, los sistemas buscan métodos para hacer racional su toma de decisiones y poder priorizar sus acciones y desarrollo de nuevos servicios; el enfoque de **planificación comunitaria** (Planes de Salud) se postula como un método para dilucidar las prioridades de cursos de acción alternativos a partir del grado en que contribuyan a la ganancia de salud de la población. Todos estos elementos son los constitutivos de las políticas del racionalismo planificador, expresadas en el ámbito internacional

tras la conferencia de Alma Atá (1978) con la política *Salud para Todos en el año 2000* de la Organización Mundial de la Salud, que fue particularizada para la región europea en 1985 ²⁰.

Crisis de legitimidad / legitimación

Con un cierto retraso en relación a las crisis anteriores (quizás a lo largo de los años 80), aflora la crisis de legitimidad, la cual implica aspectos menos tangibles pero no menos importantes: supone la expresión de un **desajuste entre las expectativas sociales e individuales y las características de los servicios que ofrece el sistema sanitario**. Los sistemas sanitarios se han constituido en los años 50 sobre un modelo de Estado de Bienestar, en el cual la sociedad de la época aceptaba, e incluso reivindicaba, un papel dominante de los aparatos del Estado en la creación de servicios de protección a los problemas de salud de la población; sin embargo, el crecimiento de dichos aparatos del Estado configura un **modelo burocrático** que tiende a interponerse en la relación entre los pacientes o usuarios de servicios personales y los proveedores de los mismos; la tendencia uniformadora y reglamentista de las burocracias, el substrato paternalista y las dificultades crecientes para motivar e incentivar a los profesionales crean un progresivo desajuste con las necesidades de las nuevas generaciones (los hijos del Estado de Bienestar).

Lo anterior tiene traducciones diversas, tanto **en lo micro** (cambios en la relación médico-paciente guiados por nuevas exigencias de autonomía y poder de decisión) como **en lo macro** (exigencia de accesibilidad personalizada, participación, elección de proveedores, eliminación de barreras burocráticas y cuestionamiento del modelo paternalista a favor de una organización centrada en los clientes y receptiva a las preferencias de los usuarios).

En el informe anual de la OMS del 2000, esta dimensión se recogía como un área específica de valoración de desempeño de los sistemas sanitarios, ensanchando la visión clásica que se limitaba a objetivos de mejora del nivel de salud; el término "**responsiveness**" o capacidad de respuesta" incluía un ámbito de respeto a las personas (respeto a la dignidad, a la confidencialidad y a la autonomía), y otro de orientación al cliente

(atención pronta, calidad de instalaciones, acceso a redes de apoyo social, y capacidad de elección de proveedor)²¹.

La respuesta de los países europeos a esta crisis no fue similar; los centros y servicios sanitarios en los modelos integrados (Beveridge) estaban mucho más sujetos a las normas y cultura burocrática de la administración del Estado, y por ello tuvieron mayor dificultad o lentitud en la respuesta; los modelos de seguro social sanitario (Bismarck) a través de la utilización de proveedores privados pudieron adaptarse mejor a la lógica de servicio al cliente. En el caso de los países nórdicos, Suecia lideró un proceso activo de desburocratización y desfuncionarización en los años 70, que convirtió a los hospitales en empresas públicas al servicio de los condados. El NHS del Reino Unido tenía desde su constitución una vinculación especial para sus médicos de atención primaria (los General Practitioners) como personal autónomo con una relación contractual regulada; esta autonomía facilitó la adaptación al usuario.

A este respecto, España tenía una mayor dificultad; cabría decir que el genotipo del SNS español se incubó en el caldo primordial de un INP (Instituto Nacional de Previsión) creado para proteger a trabajadores de salarios modestos. Y al crecer dio lugar a grandes y modernos hospitales, tan científicos y tecnológicos como inclementes e inhóspitos; a una atención primaria concebida como barrera de contención de la demanda, o como papelera de reciclaje de los casos poco interesantes para el hospital; y a unos pacientes sumisos acompañados de familiares devotos y sacrificados, que suplían todo lo que no cubría un sistema centrado únicamente en el intervencionismo médico.

Podríamos decir que en el caso español, la agenda de legitimación tuvo que esperar más; cabría decir que es en la Ley 41/2002 reguladora de la autonomía del paciente donde se da una respuesta política y normativa a las aspiraciones de mejora en la dimensión de derechos y preferencias de los pacientes.²²

Como se ve, el cambio del escenario expansivo al escenario de estabilización viene marcado por la triple crisis financiera, de racionalidad y de legitimidad. En ese contexto se han producido los principales desajustes, presiones y procesos de reforma.

ANEXO

Segundo: Anotaciones sobre el proceso de cambios y reformas en España.

Existen, al menos, tres factores que condicionan las reformas en España: la transición democrática de finales de los 70 (en el que emergen en la agenda política muchos temas fundamentales a los que la dictadura anterior no había dado respuesta), la creación de un modelo autonómico de organización del Estado (y de la sanidad) y el cambio primero incrementalista y luego reformista del modelo de Seguridad Social (Bismarck) al de Sistema Nacional de Salud (Beveridge).

a) Marco Político.

La crisis del régimen franquista puede verse como un tremendo desajuste entre las estructuras políticas y administrativas del Estado y los cambios económicos, sociales y de valores de la sociedad española; **en los años 70 se acumulan contradicciones**, que afectan a todas las esferas de la vida colectiva; en el campo sanitario, existe una creciente irracionalidad en la organización de redes sanitarias de diversa dependencia pública y cristaliza un creciente descontento en la calidad de los servicios (especialmente en la atención extra-hospitalaria).

La **transición democrática** supone una activación de la vida política y social rodeada de expectativas reformistas profundas, que genera un gran dinamismo en la elaboración de propuestas de cambio global y sectorial. La llamada "**reforma sanitaria**" emerge en la agenda pública y la agenda política, siendo desde entonces (y a pesar de los cambios de contenidos) un referente estable en el debate sectorial.

b) Marco Institucional.

Los **problemas de identidad nacional** llevan a la creación en la Constitución Española de 1978 del llamado "**Estado de las Autonomías**"; en lo sanitario se propicia un proceso radical de transferencia de competencias en salud pública y en gestión de los servicios sanitarios de la Seguridad Social, que tiene pocos

antecedentes a nivel europeo y actúa como una de las señales distintivas del proceso de reformas español.

El proceso de transferencias del Estado a las CCAA se inició en los años 80 con la mayor parte de las competencias en higiene y salud pública; en 1981 se transfirieron los servicios sanitarios de la Seguridad Social a Cataluña, y posteriormente en un proceso muy dilatado de 21 años, se fueron produciendo el resto de transferencias, hasta que en Enero de 2002 se completan las transferencias, incorporando un sistema de financiación autonómica con un componente importante de co-responsabilidad fiscal. En base a lo anterior cabría decir que el sistema sanitario español tiene un perfil cuasi-federal.

c) Marco de modelo sanitario.

Y, finalmente, hay un **tránsito desde el modelo "Bismarck"**, que inspiró la creación del sistema sanitario de la Seguridad Social, **hacia el modelo "Beveridge"** de Sistema Nacional de Salud (modelo integrado de cobertura poblacional con proveedores públicos dominantes y financiación por impuestos); dicho tránsito tuvo una larga etapa incrementalista, en la cual el Instituto Nacional de Previsión evolucionó hacia la creación de una red propia de centros y un esquema de profesionales vinculados salarial o capítativamente al sistema (característica un tanto peculiar que no se dio en otros sistemas de seguro social sanitario como el Francés o el Alemán).

Tras los debates políticos de la transición, el modelo finalmente acabó confirmando su orientación Beveridgiana y la Ley General de Sanidad de 1986 estableció formalmente la nueva estructura de Sistema Nacional de la Salud. Algunas de las características de éste han tardado en desarrollarse, como la universalización de cobertura para toda la población (reconocida para las personas sin recursos 1989 ²³, y que en enero de 2002 se ha extendido a otros colectivos sin vinculación con el sistema de seguridad social²⁴) y la financiación vía impuestos y no por cuotas de Seguridad Social (que aunque se alteró a principios de los años 90 decisivamente a favor de los impuestos, sólo en 1999 se completó).

En España se ha producido un desarrollo particularmente acelerado de los patrones de reforma anteriormente comentados; contención de costes y racionalismo se dan conjuntamente desde la etapa de transición democrática hasta la aprobación en 1986 de la Ley General de Sanidad; el gerencialismo se desarrolla desde mitad de los 80 hasta principios de los años 90, el cual se complementa tras el *Informe Abril* de 1991 con un nuevo discurso de separación compra-provisión y gestión por contratos programa; el dictamen de diciembre de 1997 de la Comisión Parlamentaria refuerza el discurso de separación y autonomía de gestión; también se aprueba una normativa que habilita a formas de gestión con personificación jurídica propia²⁵ ; a la vez se incorporan elementos del nuevo paradigma de gestión clínica, que también aparecen en el Plan Estratégico del INSALUD y en el desarrollo de experiencias de nuevas formas de gestión y de institutos y unidades clínicas con autonomía de gestión (**Figura 4**).

Constitución	1978	Emigración desde sistema de Seguridad Social hacia SNS (Planificación y Contención de Costes)	Mejoras de gestión y racionalización del sistema (Gerencialismo)
	1979		
	1980		
	1981		
Gobierno PSOE	1982		
	1983		
	1984	Diferenciación aseguramiento provisión: contratos programa (Elementos de mercado)	Profundización Nuevas Formas de Gestión + GESTIÓN CLÍNICA
	1985		
Ley General de Sanidad	1986		
	1987		
	1988		
	1989		
	1990	Trasferencias y sistema de financiación dilemas de coordinación	Aumento población escalada gastos gerencias de área
Informe Abril	1991		
	1992		
	1993		
	1994		
	1995		
Gobierno PP	1996	crisis sin fácil rescate, SNS y universalización	federalización apacible y PFI
Subcomis.Parlamentaria modernización	1997		
Legislación Nuevas Formas de Gestión	1998		
	1999		
	2000		
	2001		
Traspaso competencias y Sist.Financiación	2002	crisis sin fácil rescate, SNS y universalización	cronicidad integración asistencial
Modelo autonómico completado	2003		
Leyes Cohesión + LOPS+ Estatuto	2004		
	2005		
Rescate: conferencia presidentes	2006		
	2007		
	2008	crisis sin fácil rescate, SNS y universalización	cronicidad integración asistencial
inicio crisis	2008		
impacto fuerte en financiación pública	2009		
Nuevo sistema de financiación autonómica	2010		

Figura 4: Cronología de patrones de cambio y reforma en España

El Siglo XXI acelera una serie de cambios; la transferencia completa de la sanidad pública a las CCAA se produce en 2002, con un fuerte componente centrífugo; este vector territorial (específico del caso español), lleva a un intento de normas básicas para coordinar el Sistema Nacional de Salud en 2003 (Leyes de Cohesión y Calidad, Ordenación de Profesiones y Estatuto Marco), que se demostraron poco efectivas a la hora de contrapesar la autonomía competencial que otorgan los Estatutos de Autonomía a las CCAA.

El sistema de financiación avanza, consecuentemente, hacia un modelo federal, donde las CCAA gestionan sin financiación finalista los servicios de bienestar (salud, educación, servicios sociales); en medio de un fuerte crecimiento económico, se cae en la tentación de una gestión temeraria que produce déficits crecientes; la operación de refinanciación de 2005, la séptima en la historia de la democracia, consolida al Estado central como rescatador conspicuo. En pleno crecimiento económico no parece generar tensiones; y las CCAA desde 2006 perseveran en el uso de la financiación privada para construir nuevos hospitales en ciclo rápido. Desde 2009 la crisis rompe esta federalización apacible del sistema; el Estado central se muestra incapaz de rescatar de nuevo a las CCAA, y acaba imponiendo un peso financiero que obliga a la reconversión de todos sus servicios.

Dentro de este guión institucional y financiero, la gestión clínica avanza lentamente; en los centros públicos la falta de autonomía limita la capacidad de otorgar autonomía de gestión a sus áreas y unidades clínicas; en los centros públicos de gestión empresarial la gestión clínica se ha dado en contextos donde quizás el excesivo gerencialismo ha desdibujado la creación de proyectos de gestión clínica más equilibrados. La gestión del conocimiento va lenta, pues no acaba de apostarse por instituciones de envergadura tipo "NICE", aunque sí que hay avances en las guías clínicas a nivel autonómico, y en repositorios de información (como Guía Salud <http://www.guiasalud.es>).

La agenda de la integración parte en 2002 con la generalización de modelos de gerencia única de área (Aragón y Extremadura); la atención primaria ha visto de forma crecientemente crítica la "pérdida" de su gerencia propia, ya que las preocupaciones

del hospital (que suelen ser más urgentes y visibles) tienden a ocupar la mayor parte del tiempo y esfuerzo directivo (ver una buena revisión de este debate en el documento de SEDAP²⁶).

Una vía más prometedora de avance ha sido la revitalización de la estrategia de crónicos, desde algunas CCAA (País Vasco, Andalucía, Valencia...), y, sobre todo, muy apoyada desde sociedades científicas como Medicina Interna y la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.

Finalmente, y como dato prometedor para la gestión clínica y la integración asistencial, habría que constatar una revitalización del profesionalismo médico en España; la Organización Médica Colegial a través de la renovación de su código deontológico y de su posicionamiento activo a favor de la mejora en la gestión de los centros y servicios públicos, ha creado una actitud mucho más positiva de implicación de clínicos en la gestión sanitaria.

Referencias bibliográficas

- 1 *Una referencia interesante por ser sintética y ligarse con el debate de reformas 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.*
- 2 *Para una revisión de los copagos en Europa, ver: Repullo JR. Copago sí, copago no: revisando las modalidades y efectos de los costes compartidos en el contexto sanitario europeo. AMF 2009; 5(11):625-32. Disponible en: <http://www.scribd.com/doc/26215020/%C2%BFCopago-si-copago-no>*
- 3 *El informe Dunning está editado en castellano: Prioridades en atención sanitaria, Informe para el Gobierno de Holanda (Informe Dunning). Barcelona: ENS-SG, 1994.*
- 4 *Ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, Real Decreto No. 63/1995 (Ene. 20, 1995) .*
- 5 *Mays N. Geographical Resource Allocation in the English NHS, 1971-1994: the tension between normative and empirical approaches. Int J Epidemiology 1995: 24 (3) – Supl 1.*
- 6 *¿Sabía Ud. el proceso de cálculo para la tarifa de UCH (Unidad de Complejidad Hospitalaria) relativa a hospitales del Insalud? Revista de Administración Sanitaria 2001; 5 (18): 173-74.*
- 7 *Figueras J, McKee M, Mossialos E, Saltman B. Purchasing to improve system performance. Berkshire: Open University Press, 2005. Disponible en: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/98428/E86300.pdf*
- 8 *Secretary of State for Health. Working for Patients. London: HMSO, 1989.*
- 9 *Informe y Recomendaciones de la Comisión de análisis y evaluación del Sistema Nacional de Salud . Julio 1991 (mimeo). (También conocido como Informe Abril, por ser Fernando Abril el encargado de la Comisión y la redacción del Informe).*

10 *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. Madrid: Insalud, 1998.*

11 *El documento es un white paper extenso e interesante como referencia bibliográfica: Secretary of State for Health. The New NHS. Modern, Dependable. London: HMSO, 1997; Cm 3807.*

12 *Una revisión más amplia puede encontrarse en: REPULLO, J.R.. "Compra de servicios y contratos: balance del experimento del mercado interno británico (1ª parte: competencia, función de compra y contratos)". Revista de Administración Sanitaria, 1998; 2 (6): 55-79. "(2ª parte: desarrollo de los contratos y función de compra)". Revista de Administración Sanitaria, 1998. 2 (7): 39-63.*

13 *Davidoff F, Haynes B, Sackett D, Smith R. Evidence based medicine: A new journal to help doctors identify the information they need (editorial). BMJ 1995;310:1085. Disponible en: <http://www.bmj.com/content/310/6987/1085.full>*

14 *Página Web del NICE (National Institute for Clinical Excellence); <http://www.nice.org.uk/>*

15 *Feachem RG, Sekhri NK, White KL. Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente. BMJ 2002 Jan 19;324(7330):135-41.*

16 *Lewis RQ, Rosen R, Goodwin N, Dixon J. Where next for integrated care organisations in the English NHS? London: The Nuffield Trust, 2010. Disponible en: http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/publication/where_next_for_integrated_care_organisations_in_the_english_nhs_230310.pdf*

17 *Broadberry S, Klein A. Aggregate and per capital GDP in Europe, 1870-2000: continental, regional and national data with changing boundaries. Centre for Economic Policy Research, 2008. Disponible en: http://www.cepr.org/meets/wkcn/1/1699/papers/Broadberry_Klein.pdf*

18 *Las tres crisis descritas por Rosanvallon en 1982, son particularizadas por Elola:*

Elola J. *Crisis y reforma de la asistencia sanitaria pública en España (1983-1990)*. Madrid: FISSS, 1991; 35-45.

19 OECD. *Health Care Systems in Transition; The Search of Efficiency*. Paris: OECD, 1990. (Esta es una publicación clásica de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, en la cual diversos autores revisan las décadas anteriores en las variables de gasto y contención de costes).

20 WORLD HEALTH ORGANIZATION, REGIONAL OFFICE FOR EUROPE. *Targets for Health for All*. Copenhagen: WHO, 1985.

21 OMS. *Informe sobre la salud en el mundo 2000 - Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Ginebra: OMS, 2000. Disponible en: http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_es.pdf

22 Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Disponible en: http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases_datos/doc.php?id=BOE-A-2002-22188

23 Se extiende la cobertura de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las personas sin recursos económicos suficientes, Real Decreto No. 1088/1989 (Sep. 8, 1989).

24 Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. Disposición adicional sexta. Extensión del derecho a la asistencia sanitaria pública. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2011/10/05/pdfs/BOE-A-2011-15623.pdf>

25 *Habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud de 1997*, Pub. L. No. 15/1997 (Abr. 25, 1997).

26 Informe SEDAP 2010; Integración asistencial: ¿cuestión de modelos? Disponible resumen en:

<http://ebookbrowse.com/resumen-informe-sedap-2010-pdf-d50444851>