

ELS SISTEMES DE FINANÇAMENT DELS HOSPITALS: ANÀLISI DE TENDÈNCIES I ESTUDI DE CONSISTÈNCIA DE LES PROPOSTES DE REFORMA PER A LA SEVA IMPLANTACIÓ EN ELS SISTEMES SANITARIS PÚBLICS*

Guillem López Casasnovas
Universitat Pompeu Fabra. Barcelona

Resum

La dinàmica que l' 'enginyeria' gerencial és capaç de crear en el sector sanitari és, a l'actualitat, enorme. Això fa convenient, de tant en tant, fer una espècie de 'parada i fonda' per bé d'analitzar la consistència a la implantació de les diferents mesures innovadores.

Un àmbit en el que s'enregistra un seguit de propostes de canvi és el del finançament hospitalari. L'embranchada creadora provinent, en aquest cas, en major mesura dels Estats Units es produeix aquí en tot el seu esplendor: de les RSV (Relative Scale Values) a les fórmules mixtes ('blended'), passant pels Grups Relacionats pel Diagnòstic (GDRs).

La importació d'aquestes mesures en els sistemes sanitaris públics enlluerna més d'un cop la necessària adequació del que són els objectius, mitjans i restriccions presents en aquest tipus de sistemes.

Aquest article pretèn discutir un conjunt de 'pros' i 'contres', que en opinió de l'autor, són necessaris a l'hora d'avaluar, en concret, les propostes de reforma de finançament hospitalari, a efectes de garantir que les innovacions proposades resulten consistents amb la naturalesa i finalitats dels sistemes sanitaris públics.

Paraules clau: Financiació hospitalària. Sistema de pagament espanyol.

HOSPITAL FINANCING REFORMS. RECENT TRENDS AND IMPLEMENTATION PROBLEMS IN PUBLIC HEALTH SYSTEMS

Summary

The author comments in this paper on the recent literature on reforms in hospital reimbursement systems. Instead of taking a theoretical approach to this topic, the article adopts a "middle of the road" view, by looking at the consistency of applying some of these reforms (mainly on contract management and DRGs) in Public Health Systems.

After recognising some of the existing problems in the management of public hospitals in Spain, the author advocates for a common sense strategy to health reforms in terms of the following: (i) at the time of implementing changes in the hospital sector keep targets defined as simple as possible, (ii) go to reforms through a step - by-step procedure, and (iii) whenever things look complex, use basic "house-keeping" economics,

LOS SISTEMAS DE FINANCIACIÓN DE LOS HOSPITALES: ANÁLISIS DE TENDENCIAS Y ESTUDIO DE CONSISTENCIA DE LAS PROPUESTAS DE REFORMA PARA SU IMPLANTACIÓN EN LOS SISTEMAS SANITARIOS PÚBLICOS

Resumen

La dinámica que la "ingeniería" gerencial es capaz de generar en el sector sanitario es, en la actualidad, enorme. Ello hace conveniente, de vez en cuando, hacer una especie de "parada y fonda" para analizar la consistencia de las diferentes medidas innovadoras, de modo previo a su implantación, a efectos de que los árboles no nos impidan ver el bosque.

Un ámbito que registra un gran número de propuestas de cambio es el de la financiación hospitalaria. El impulso creador, proveniente en este caso en buena parte de los Estados Unidos, se produce aquí con todo su esplendor: de las RSV (Relative Scale Values) a las fórmulas mixtas ("blended"), pasando por los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GDRs).

La importación de estas medidas en sistemas sanita-

Correspondencia: G. López Casasnovas. Universidad Pompeu Fabra. Balmes, 132; 08008 Barcelona.

Este artículo fue recibido el 21 de julio de 1992 y fue aceptado tras revisión el 10 de marzo de 1993.

* Aquest article forma part del material docent elaborat amb motiu d'un ajut CICYT P492.004, 1992. Ministerio de Educación y Ciencia. Madrid.

instead of just importing additional economic literature from abroad.

rios públicos "deslumbra" más de una vez la necesaria adecuación de las innovaciones que dichas técnicas suponen en relación a lo que son los objetivos, medios y restricciones presentes en sistemas públicos.

El presente artículo pretende discutir un conjunto de "pros" y "contras" que, en opinión del autor, son necesarios a la hora de evaluar las propuestas de reforma de la financiación hospitalaria, a efectos de garantizar que los cambios planteados resulten consistentes con la naturaleza y finalidades de los sistemas sanitarios públicos.

Key words: Hospital reimbursement. Spanish payment systems. Specialty budgeting.

Palabras clave: Financiación hospitalaria. Sistemas de pagos españoles. Presupuestación por servicio.

Introducció. Entre la indigència i la novetat

No hi ha dubte que la capacitat que enregistra actualment el sector sanitari per a innovar els 'invents' dels agents més empresarials de l'economia és extraordinària. En aquest esforç, molts cops es passa, al nostre país, del reconeixement de la més absoluta indigència en els instruments de gestió a les fórmules més novedoses que hom pot trobar a la literatura al respecte.

En realitat, però, la gestió, més enllà de l'utilització d'artilugis extraordinaris, - és un 'art' que requereix ponderacions i balanços més que receptes miraculoses de validesa universal. Ho deia recentment Bob Evans: com la navegació, la gestió dels serveis sanitaris té més d'art que de ciència. Si bé és indispensable saber a on es vol arribar, no és possible traçar recorreguts únics. Un bon navegant aprofita vents i defuig tempestes. És al final del trajecte quan s'haurà d'avaluar si la tasca s'ha realitzat amb major o menor mestratge.

Aquest reconeixement resulta particularment rellevant si del que es tracta és de gestionar serveis sanitaris públics, pels que es defineix un objectiu de 'terra promesa', més que coordenades geogràfiques concretes; serveis, a més, que es consignen sota titularitat 'pública' pel fet, precisament, que la seva provisió vol ser tutelada -com a mínim en alguns dels seus extrems-, a la vista de la consideració especial que mereix la mercaderia transportada¹.

Un exemple pot ser clarificador dels afans abans descrits entre la modernitat i la improvisació. Aquest és el cas dels contractes de gestió. La innovació que suposen avui aquests en la seva aplicació al camp sanitari té un fonament cert de lògica empresarial. L'avantatge comparatiu que ofereixen els contractes de gestió rau en el millor 'know how' que tenen de la pràctica empresarial (grau de coneixement expert i escala de capacitat tècnica). En efecte, aquests factors es desenvolupen més àmpliament a partir d'organitzacions

Introducción. Entre la indigencia y la novedad

No hay duda de que la capacidad que muestra actualmente el sector sanitario para absorber las innovaciones de los agentes más empresariales de la economía es extraordinaria. En este esfuerzo muchas veces se pasa, en países como el nuestro, de la consideración de la más absoluta indigencia en la disponibilidad de instrumentos de gestión a la proposición de las fórmulas más novedosas que uno puede encontrar en la literatura al respecto.

En realidad, sin embargo, la gestión, más allá de la utilización de determinados artilugios, es un "arte" que requiere ponderaciones y balances más que recetas milagrosas de validez universal. Lo decía recientemente Bob Evans: como la navegación, la gestión de los servicios sanitarios tiene más de arte que de ciencia. Si bien es indispensable saber a dónde se quiere llegar, no es posible trazar recorridos únicos. Un buen navegante aprovecha vientos y elude tempestades. Es al final del trayecto cuando se deberá evaluar si el desempeño de la función se ha realizado con mayor o menor maestría.

Este reconocimiento resulta particularmente relevante si de lo que se trata es de gestionar servicios sanitarios públicos, para los que se define un objetivo de "tierra prometida" más que coordenadas geográficas concretas; y que, además, se consignan bajo titularidad "pública" por el hecho, precisamente, de que su provisión quiere ser tutelada -como mínimo en algunos de sus extremos- a la vista de la consideración especial que merece la "mercancía" transportada¹.

Un ejemplo que puede ser clarificador de los afanes anteriormente descritos, entre la modernidad y la improvisación, es el caso de los contratos de gestión. La innovación que supone hoy dicha técnica, en su aplicación al campo sanitario, tiene un fundamento cierto de lógica empresarial. La ventaja comparativa que ofrecen los contratos de gestión

específiques a aquests propòsits, respecte, posem per cas, del que requereix, altrament, l'administració d'un centre aïllat o de reduït tamany. La formació i reciclatge del seu personal directiu resulta, com a mínim, més costós. Aquest és l'àmbit natural dels contractes de gestió.

En canvi, un contracte de gestió que sobrepassi l'àmbit del centre sanitari i afecti, per exemple, al conjunt d'una àrea sanitària no pot satisfer, però, la mateixa lògica anterior. La raó està en que, a la gestió d'una àrea sanitària, el component de planificació és intrínsec a la voluntat de fer polítiques de salut per a la comunitat, en un horitzó de mig i llarg termini, per part de l'autoritat sanitària. Això fa que tenguí escàs sentit desintegrar la necessària coordinació que la planificació requereix, delegant la gestió a alguna corporació interposada, tot i substanciant-la com si d'un simple procés "off line", de naturalesa estrictament tècnica, es tractés.

L'anterior és tan sols un exemple de la dinàmica que la 'enginyeria' gerencial és capaç de crear a l'actualitat en el sector sanitari públic i que, en l'anàlisi de consistència a la seva implantació, requereix, moltes vegades, pensar-se la innovació més d'un cop.

Un altre àmbit en el que s'enregistra un seguit de propostes de canvi és el del finançament hospitalari. L'embranchada creadora, provinent en aquest cas en major mesura dels Estats Units, es produeix aquí en tot el seu esplendor, enlluernant més d'un cop el seguiment del que son objectius, mitjans i restriccions presents en els sistemes sanitaris públics.

Aquest article pretèn discutir un conjunt de "pros" i "contres", que en opinió de l'autor són importants a l'hora d'avaluar les propostes de reforma del finançament hospitalari, a efectes de garantir que les innovacions proposades resulten consistents amb la naturalesa i finalitats dels sistemes sanitaris públics.

Objectius i instruments a la gestió sanitària pública

La reforma hospitalària, pel que fa als canvis en el finançament, pretèn millorar la gestió dels recursos que s'assignen en el si dels centres sanitaris. Aquest és un objectiu molt més concret que el que moltes vegades es defineix a l'activitat pública, al tall de 'fer el bé i evitar el mal' -o, en el camp sanitari 'salut per a tots'. Cal parar atenció, però, que no és tampoc tant específic -i erroni en la seva interpretació del que ha de ser l'objectiu

radican en el mejor "know how" que ofrecen de la práctica empresarial (grado de conocimiento experto y escala de capacitación técnica). En efecto, es probable que estos factores se desarrollen más ampliamente a partir de organizaciones específicas para estos propósitos, que no, por ejemplo, a partir de la administración de un centro aislado o de reducido tamaño. La formación y reciclaje de su personal directivo resulta, como mínimo, más costosa. Éste sería, por tanto, el ámbito natural de los contratos de gestión.

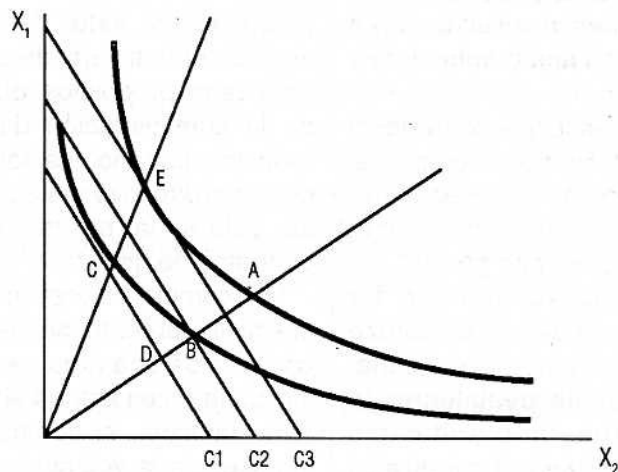
En cambio, un contrato de gestión que sobrepase el ámbito del centro sanitario y afecte, por ejemplo, al conjunto de una área sanitaria no satisface idéntica lógica. la razón estriba en que, en la gestión de una área sanitaria, el componente de planificación es intrínseco a la voluntad de hacer políticas de salud para la comunidad, en un horizonte de medio y largo plazo, por parte de la autoridad sanitaria. Ello hace que tenga escaso sentido desintegrar la necesaria coordinación que la planificación requiere, delegando la gestión a alguna corporación interpuesta, sustanciándola como si de un simple proceso "off line", de naturaleza puramente técnica, se tratase.

Otro ámbito que registra también un importante abanico de propuestas de cambio es el de la financiación hospitalaria. El auge creador, proveniente en este caso de los Estados Unidos, se presenta para ello con toda brillantez, deslumbrando, más de una vez, el cumplimiento de lo que son los objetivos, los medios y las restricciones presentes en los sistemas sanitarios públicos.

En los siguientes epígrafes se discute, más concretamente, un conjunto de "pros" y "contras" que, en mi opinión, es necesario considerar a la hora de evaluar las propuestas de reforma de la financiación hospitalaria, a efectos de garantizar que las innovaciones propuestas resulten consistentes con la naturaleza y finalidades de los sistemas sanitarios públicos.

Objetivos y instrumentos en la gestión sanitaria pública

La reforma en la financiación de los hospitales se plantea con la pretensión de mejorar la gestión de los recursos que se asignan a los centros sanitarios. El de la mejora de gestión es, por tanto, un objetivo mucho más concreto y limitado que el que se puede definir en la actividad pública con expresiones generales del tipo "hacer el bien y evitar el mal" -o, en el campo sanitario, "salud para todos". Nótese a su vez, que ello no equivale a un objetivo tan específico- y erróneo en su interpreta-



de l'activitat pública- tal com 'fer més activitat', per molt eficient que aquesta activitat pugui resultar.

Contingut analític instrumental de l'eficiència en la gestió

Per assolir l'objectiu anterior, passada ja l'època del gerent i l'illustrat, confinat molts de cops al seu despatx amb escàs coneixement de la pràctica clínica -'elefant', hom deia, 'en tenda de porcellana'-, del que es tracta ara és de transparentar millor, des de la societat cap al decisor sanitari, la restricció pressupostària existent en els recursos sanitaris, a fi i efecte d'afavorir l'assignació més eficient d'entre les alternatives disponibles. L'objectiu requereix, així, conjugar en la decisió clínica el regne dels beneficis amb el regne dels costos (o això que els economistes assenyalen com a tangència de la corba 'isoquanta' amb la línia d'isocost') (Figura 1).

En la figura adjunta es formalitza el més comú dels sentits (parafernàlies teòriques apart), amb els que cal introduir-se als criteris d'eficiència a la gestió.

La línia corba s'anomena la *isoquanta* de producció, que tal com diu la paraula recull distintes combinacions de *factors productius* X_1 , X_2 (tals com hores de treball o capital disponible; hores de personal sanitari o fungibles; hores de personal mèdic o de professionals d'infermeria; de metge adjunt o MIR, etc.).

Fem el comentari referit a dos factors tan sols per visualitzar millor la figura, però la generalització no fa variar la naturalesa de l'anàlisi.

ció en lo que se refiere a cuál deba ser el objetivo de la actividad pública- como "hacer más actividad", por muy deficiente que esta actividad pueda resultar.

Contenido analítico e instrumental de la eficiencia en la gestión

Para conseguir el propósito anterior, pasada ya la época del gerente ilustrado, confinado muchas veces en su despacho con escaso conocimiento de la realidad sanitaria -"elefante en tienda de porcelana"-, de lo que se trata ahora es de transparentar mejor, desde la sociedad hacia el decisor sanitario, la restricción presupuestaria existente en los recursos sanitarios, a fin y efecto de favorecer la asignación más eficiente de dichos recursos entre las alternativas disponibles. El objetivo requiere, de este modo, conjugar en la decisión clínica, el reino de los beneficios con el reino de los costes (o lo que los economistas identifican como punto de confluencia de la curva "isocuanta" con la línea de "isocoste", tal como refleja la figura 1).

En efecto, en la figura adjunta se formaliza el más común de los sentidos (parafernalias teóricas aparte), de cómo entender las cuestiones de eficiencia a la hora de introducirse en la gestión.

La línea curva se denomina isocuanta de producción, y tal como indica el término recoge diferentes combinaciones de factores productivos X_1 , X_2 (tales como horas de trabajo o equipamiento disponible; horas de personal sanitario o fungibles; horas de personal médico o de profesionales de enfermería; de médico adjunto o MIR, etc.), que garantizan un mismo nivel de producción.

El comentario anterior se refiere a dos factores, para poder visualizar mejor el contenido de la figura, pero la generalización a más factores no hace variar la naturaleza del análisis propuesto.

Quin dels factors entra a l'anàlisi?: doncs depèn de l'output de què es tracti. Així, si el *quantum* ve referit a l'analítica, aquesta és pot aconseguir amb més o menys hores de treball manual segons el nivell d'equipament del laboratori; si a una primera visita ambulatoria -si és aquest l'output-, es pot fer amb més o menys temps de metge o d'infermera; si l'output s'identifica com un grup determinat de diagnòstics, es podrà desenvolupar amb una categoria o una altra de personal i una categoria o una altra de suministraments sanitaris.

Cal recordar que, als nostres efectes, una activitat amb diferents nivells de qualitat son outputs diferents; d'aquí la importància de que l'output prengui bona nota de la casuística o s'ajusti de manera sensible a la realitat (qui millor sap d'aquestes diferències sol ser el professional sanitari).

Destacar de l'anàlisi, en primer lloc que per a poder parlar d'*isoquant*es hi han d'haver vèries maneres possibles per a fer una activitat o output. Potser no són infinites, i la corba no és contínua; però en tot cas ha d'haver-hi més d'una. Si no hi ha més d'una manera de fer una activitat, bé perquè no és tècnicament factible o bé perquè algú ho ordena, no cal parlar-ne més: ens traslladem al camp de l'administració, tot i allunyant-nos de la gestió (del *management*, o de manera més profana, de la capacitat de manegar). Es tractarà llavors simplement de que s'asseguri el compliment de la circular o de l'ordre: potser per fer això no caldrà pagar tant als nostres gestors, ja que es requereix més "manguitos" que creativitat!

En segon lloc cal observar que es tracta d'una corba i de *pendent negativa*. És a dir, si hom treu un factor (hores de MIR, per exemple), ha de posar-ne més d'un altre per assolir el mateix nivell d'activitat (hom no pot detreure d'ambdós factors a l'hora!). És corba i no recta, perquè les possibilitats de substituir un factor per un altre es fan cada vegada més difícils en els extrems (quan hom ha forçat molt els canvis), ja que s'ha de preservar el contingut i qualitat de l'activitat: els ordenadors substitueixen mà d'obra en els registres, però algú els ha de connectar!

Finalment, el regne de l'activitat del '*quantum*', s'ha de posar en solfa amb el regne dels costos. Això s'expressa en l'anomenada línia de '*isocost*' o

¿Qué factores en concreto deben entrar en dicho análisis?: pues depende del output del que se trate. Así, si el *quantum* viene referido a la analítica, ésta se puede conseguir con más o menos horas de trabajo manual, según el nivel de equipamiento del laboratorio; si a una primera visita ambulatoria, con más o menos tiempo de médico o de enfermería; si el output se identifica como un grupo determinado de diagnósticos, se podrá desarrollar con una categoría u otra de personal y una categoría u otra de suministros sanitarios.

Se tiene que hacer patente que, para nuestros efectos, una actividad con diferentes niveles de calidad implica outputs diferentes: de aquí la importancia de que el output tome buena nota de la casuística o éste se ajuste de manera sensible a la realidad (quien mejor conoce dichas diferencias, y por tanto la validez del análisis concreto, es el profesional sanitario).

Es preciso resaltar, en primer lugar, que para poder hablar de *isocuant*a tienen que ser posibles distintas maneras de desarrollar una actividad o conseguir un resultado. Puede que no sean infinitas, y que la curva no sea, por tanto, continua y definida en todos sus puntos; pero siempre tiene que existir más de una alternativa. Si éste no es el caso, y no hay más que una manera de realizar una actividad, bien porque técnicamente ello sea lo único factible o bien porque alguien así lo determina, no hace falta ahondar más en la cuestión: nos trasladamos de la gestión al campo de la administración (del "management", o de modo más profano, de la capacidad de *manejar* a la de administrar). Se tratará entonces de que se asegure el cumplimiento de la circular u orden que establece la combinación exigible de factores: puede que para hacer esto no haga falta pagar tanto a nuestros gestores, ya que para el cumplimiento de la norma se requieren más "manguitos" que creatividad.

En segundo lugar, conviene observar que se trata de una curva asintótica a los ejes y de pendiente negativa. Es decir, si se sustituye un factor (horas de médico adjunto hospitalario de seis horas, por ejemplo), se tiene que reemplazar con cantidades adicionales del otro factor (horas, quizás, de médicos en formación) para garantizar un mismo nivel de actividad: no se pueden sustituir ambos factores a la vez. Es asintótica a los ejes y no una línea recta, por cuanto las posibilidades de intercambiar un factor por otro se hacen cada vez más difíciles en los extremos (cuando se han forzado ya en gran medida los cambios), si se desea preservar el contenido y calidad en el resultado: los ordenadores sustituyen mano de obra en los registros, pero ¡alguien los tiene que conectar y suministrarles los datos!

Finalmente, el reino de la actividad, del '*quantum*', se tiene que hacer concordar con el reino de los costos. Éstos se incorporan en la línea de '*isocoste*' o *restricción*

restricció pressupostària. A la vista del què costa adquirir un o altre factor (els sous relatius, per exemple, entre diverses categories de professionals), qui gestiona té la possibilitat d'adquirir una quantitat o un altre acord amb el pressupost que té assignat. Quina quantitat contractarà d'aquests factors?: aquella que li permeti obtenir un output màxim. Això només es produeix amb la tangència de la corba *isoquanta* amb la línia *d'isocost* -el punt C amb un pressupost baix, o el punt E si hom disposa d'un pressupost superior.

En definitiva, *l'equilibri* raonable es produeix quan el "regne dels beneficis" (activitat) sintonitza o es fa compatible amb el "regne dels costos". Aquesta és l'eficiència en l'assignació dels recursos.

L'equilibri s'assolirà o no funció de la capacitat de gestió expressada, a la pràctica, a) en el cost per unitat dels recursos utilitzats per fer l'activitat, i en la quantitat d'aquests recursos -*política de compres*-, és a dir, b) segons els procediments per usuari -*protocol*-, c) recursos per procediment -*tecnologia*-, d) la desviació entre recursos realment utilitzats i els teòricament necessaris per aquella tecnologia -o "know how", i e) número d'usuaris -o tamany de plantes.

Gestionar vol dir posteriorment controlar les desviacions observades entre la pràctica seguida i la millor pràctica alternativa, bé d'altres unitats similars o de la mateixa unitat en altres circumstàncies. Un mètode seqüencial pot ser útil per al *control de gestió* requerit: es tracta de buscar, graó per graó, quina és la causa que la unitat pressupostada es situï a A, B, o D en lloc de C o E. Això és fer l'activitat amb una tecnologia massa intensiva del factor X_1 , - que és el relativament car en el cas de la figura- i/o que la productivitat dels dos factors és baixa - podrien fer més activitat de la que fan.

En *conclusió*, per a poder parlar de gestió s'ha de donar autonomia per fer l'activitat, la restricció pressupostària ha d'estar ben definida, ha de ser creïble, i els criteris de costos i beneficis s'han de contemplar a l'hora. La resta són qüestions d'aptituds i/o actituds dels gestors.

presupuestaria. A la vista de cuánto cuesta adquirir uno u otro factor (los sueldos relativos, por ejemplo, entre diversas categorías de profesionales), quien gestiona tiene la posibilidad de comprar una u otra cantidad dentro del límite que le supone el presupuesto que tiene asignado. ¿Qué cantidad de los distintos factores se debe acabar contratando?: aquella que permita obtener un output máximo. Esto se producirá en el punto de tangencia de la curva isocuanta con la línea de isocoste -punto C con una disponibilidad presupuestaria baja, o en el punto E, si se dispone de un presupuesto superior.

En definitiva, el *equilibrio* razonable se produce cuando el "reino de los beneficios" (actividad) sintoniza -se hace compatible- con el "reino de los costes". Ésta es la eficiencia en la asignación de los recursos.

El equilibrio se alcanzará o no en función de la capacidad de gestión que muestren los distintos agentes del sistema. El éxito se acabará reflejando, en la práctica, en la minimización del coste, tal como resulta, por ejemplo, de la optimización de los extremos siguientes: (a) la retribución por unidad de recursos utilizados -*política de compres*-, resultado a su vez (b) de los procedimientos realizados por usuario -*protocolo*-, (c) de los recursos por procedimiento incluido en el protocolo -*tecnología*-, (d) de la desviación entre recursos realmente utilizados y los teóricamente necesarios en aquella tecnología -o "know how", y finalmente, (e) del número de usuarios - tamaño o *dimensión* de la actividad, en lo que se refiere a las distintas escalas de producción, no todas ellas igualmente óptimas.

Gestionar quiere decir, consecuentemente, controlar las desviaciones observadas entre la práctica seguida y la mejor práctica disponible, bien en relación a otras unidades similares o a la misma unidad, observada en distintos momentos del tiempo. Un método secuencial puede ser útil para el *control de gestión* requerido: se trata de averiguar, paso a paso, cuál es la causa de que la unidad presupuestada se sitúe en A, B o D en lugar de C o E, resultado de realizar la actividad de un modo intensivo en el factor X_1 , - que es relativamente caro en la figura-y/o de que la productividad de ambos factores en uno de los casos es más baja- pudiendo realizar más actividad de la que hacen.

En *conclusión*, para poder hablar de gestión ha de resultar posible (i) cierto grado de autonomía para desempeñar la actividad encomendada, (ii) una restricción presupuestaria bien definida y creïble, afecta a quien goza de la autonomía anterior, y (iii) contemplar simultáneamente elementos de coste y beneficio en la actividad desempeñada. El resto de cuestiones, tales como la mayor o menor "maestría" en la consecución de resultados, va a depender de aptitudes y/o actitudes de gestores, elementos todos ellos de más difícil predicción.

Per tant, el problema real és com el gerent trasllada als professionals sanitaris la restricció global de recursos vigent en el sistema de salut, per a que aquesta s'internalitzi en l'activitat quotidiana de l'hospital. L'esmentada concepció de la gestió sanitària té, per tant, poc a veure amb la cultura que identifica avui con a bon gestor del pressupost a aquell gerent que sap a on trucar per aconseguir sempre els fons addicionals que li fan falta, o que simplement, i al marge de l'assoliment dels objectius, s'ho manega per arribar a final d'any sense que el personal se li 'sublevi' en el centre.

La resol·lució del conflicte que l'escassetat de recursos implica té un tractament diferent d'acord amb els agents implicats: responsable polític del sistema, gerent d'àrea, de centre, i/o professional sanitari. El component polític està sens dubte més present que el tècnic en el primer dels graons (gerent/ responsable polític del sistema), que no ho ha d'estar en el segon (gerent/ destinatari de la despesa dintre del centre, -ja sigui aquest el servei o l'equip clínic). Això es deu, com a mínim, al fet que la distribució entre múltiples agents força més l'objectivació del repartiment. Aquest fet dificulta les situacions de tall individual, probablement de solució més *ad hoc* o discrecional.

Com que és tècnic l'instrument que aquí volem analitzar, la necessitat d'exigir consistència entre els objectius i els mitjans proposats esdevé així més pronunciada.

L'instrument que es pretèn per al millor assoliment de l'objectiu és el finançament pressupostari; és a dir, la manera com es configura la 'isocost' de l'hospital per a que adquireixi naturalesa prospectiva, sigui creïble i resti vinculada a l'activitat del centre. Amb això el que hom pretèn és que la incertesa normal amb la que es desenvolupa tota activitat, i l'hospitalària en particular, sigui compatible amb el control financer. Mentre que la primera demana flexibilitat, la segona exigeix rigidesa. El balanç entre ambdós és, de nou, la millor solució.

Dit això dues *cautelas* s'imposen:

(i) El sistema de pressupostació és un més dels pilars que componen tota estructura organitzativa, juntament amb els sistemes d'informació, planificació i control. Al sotaterra dels pilars es situa la cultura de l'organització, o llocs comuns i claus interpretatives, vigents en un moment donat, dintre de l'organització.

Por tanto, de acuerdo con lo anterior, el problema real radica en cómo el gerente traslada a los profesionales sanitarios la restricción global de recursos vigente en el sistema de salud, para que ésta se internalice en la actividad (isocuanta) cotidiana de los profesionales del hospital. La concepción de la gestión sanitaria aquí propuesta tiene, por tanto, poco que ver con la cultura que identifica aún hoy como buen gestor a aquel gerente que sabe dónde llamar para conseguir siempre los fondos adicionales que hacen falta, o que, simplemente, tiene como único objetivo el llegar a final de año sin que se "quemem las naves" o que el amotinamiento del personal del centro acabe cuestionando su puesto de trabajo.

La resolución del conflicto que toda escasez de recursos implica, tiene un tratamiento diferente de acuerdo con los agentes implicados: ya sean éstos el responsable político del sistema, gerente de área, de centro, y/o profesional sanitario. El componente político frente al técnico está sin duda más presente en el primero de los peldaños (gerente/responsable político del sistema), que en el segundo (gerente/destinatario del gasto dentro del centro, -yasea éste el departamento, servicio o equipo clínico). Ello se debe, como mínimo, al hecho de que la distribución entre múltiples agentes obliga mucho más a la objetivación del mecanismo de distribución de recursos, con lo que situaciones de corte individual, probablemente de solución más "ad hoc" o discrecional, son más difíciles.

Al ser técnico y no político el contenido de los instrumentos de reforma de la financiación hospitalaria que aquí queremos analizar, la necesidad de buscar consistencia entre los objetivos y los medios propuestos resulta más pronunciada.

En este sentido, conviene recordar que el instrumento que se plantea para alcanzar el objetivo de mejora en la gestión de los recursos sanitarios es el de la financiación presupuestaria; es decir, la manera como se configura la "isocoste" del centro, para que adquiera naturaleza prospectiva, sea creíble y resulte vinculada a la actividad de los decisores. Con ello, lo que se pretende es que la incertidumbre normal con la que se desarrolla toda actividad, y la hospitalaria en particular, sea compatible con el control financiero. Mientras que la primera requiere flexibilidad, el segundo exige rigidez. El balance entre ambos es, de nuevo, la mejor guía de navegación.

Dicho lo anterior, dos *cautelas* se imponen:

(i) El sistema de presupuestación es uno más de los pilares que forman toda estructura organitzativa, junto a los sistemas de información, planificación y control. En el subsuelo y como base de apoyo se sitúa la cultura de la organización: los lugares comunes y claves interpretativas vigentes en un momento dado, dentro de la organización.

L'anterior constatació implica que qualsevol innovació en algun dels sistemes que fonamenten l'estructura organitzativa -com és el pressupostari-, s'ha de fer de manera consistent amb la definició de la resta. De res serveix, posem per cas, implantar mesures sofisticades de compensació i incentius si el sistema d'informació no l'acompanya, tot i oferint les senyals pertinents de canvi d'una manera consistent. De modus similar podríem referir-nos a un sistema d'informació complexe i detallat amb un sistema de pressupostació simplista i incrementalista, completament aliè al primer; o d'un sistema de control molt acurat, però que no té cap incidència en la revisió del compliment dels objectius establerts en el sistema de planificació.

En definitiva, no resoldre les innovacions introduïdes en el sistema de manera acompassada, pot implicar que per aquesta via es violenti l'estructura de l'organització i s'acabi aquesta retrotraient cap a situacions pitjors a les inicials que es pretenien reformar. La confirmació de que el canvi és impossible i que cal retrotreure els supòsits de canvi a situacions prèvies a les de la reforma afavoreix, a més, la cultura més immobiliària (fenomen conegut com el de 'fagocitament' de les reformes). En aquest sentit, els discursos de prevenció als canvis, necessaris si més no a tota reforma, però que es preocupen de fer més preguntes -per sensates que aquestes siguin- que no de donar respostes són, també, un clar element retrògrad, en la mesura que acaben ajudant a la immobilitat front el canvi.

Buscar respostes específiques sobre fonaments empírics ('estar per la feina') i no estancar-se amb propostes generalistes de la reforma sanitària ('perestroika') és avui del tot necessari per a fer efectiva la reforma.

(ii) La segona observació consisteix en la conveniència de mantenir una visió àmplia dels temes de pressupostació i finançament en general. Com diu el dit popular, 'si l'únic instrument del que disposem és el martell, tindrem tendència a contemplar tots els nostres problemes com si de claus es tractés'. En economia, una condició necessària pot no resultar suficient. L'amplària de mires resulta apropiada en el camp de la gestió, precisament perquè, com veiem, més d'una manera de fer les coses ha de ser possible si volem parlar de gestió. Si tan sols en contemplem una, o la reglamentació innecessàriament limita les alternatives, 'administració' i no 'gestió' és la paraula pertinent.

La anterior constatació implica que qualsevol innovació que se pretenda introduir en alguno de los sistemas que fundamentan la estructura organizativa -como es el presupuestario-, se tiene que realizar de modo consistente con la definición formulada para el resto de pilares de la organización. De nada sirve, por ejemplo, implantar medidas sofisticadas de compensación e incentivos si el sistema de información no las acompaña, ofreciendo las señales pertinentes de consistencia en el cambio. De modo similar podríamos referirnos a un sistema de información complejo y detallado, respecto de un sistema de presupuestación simplista e incrementalista; o de un sistema de control muy depurado, pero que no tiene ninguna incidencia en la revisión del cumplimiento de los objetivos, tal como se establecen éstos en el sistema de planificación.

En definitiva, no resolver las innovaciones introducidas en el sistema de manera acompassada, puede implicar que por esta vía se violente la estructura de la organización y se acabe ésta retrotrayendo a situaciones peores que las que inicialmente se pretendían reformar. La confirmación de que el cambio es imposible, y de que se acaba volviendo, tarde o temprano, a la situación de partida (fenómeno conocido como el de "fagocitamiento" de las reformas), favorece, por lo demás, la cultura más inmovilista en el sector. En este sentido, los discursos de prevención a los cambios, necesarios en toda reforma, pero que se preocupan más de hacer preguntas -por sensatas que éstas sean- que de dar respuestas son, de este modo, un claro elemento retrógrado, en la medida que acaban favoreciendo la inmovilidad frente al cambio.

Por tanto, buscar sobre fundamentos empíricos respuestas específicas a las distintas disyuntivas (estar por la labor y dibujar la carta de navegación del cambio propuesto) y no estancarse en propuestas genéricas de reforma ("perestroika"), es hoy del todo necesario para garantizar que toda alternativa de reforma sanitaria llegue a buen puerto.

(ii) -La segunda observación consiste en la conveniència de mantenir una visió àmplia en temes de pressupostació i finançament en general. Como se dice popularmente, "si el único instrumento del que se dispone es el martillo, tendremos tendencia a contemplar todos nuestros problemas como si de clavos se tratase. En economía, una condición necesaria puede no resultar suficiente. La conveniència de mantenir amplitud de mires resulta especialmente apropiada en el campo de la gestión, precisamente porque, como señalamos, más de una manera de hacer las cosas tiene que ser posible si queremos hablar de gestión. Si tan sólo contemplamos una o la reglamentación innecesariamente limita las alternativas, "administración" y no "gestión" es la definición pertinente.

En resum, la reforma del finançament hospitalari és una de les vies de millora de la gestió: la via precisament no clínica. Altres són igualment pensables, i pot ser fins i tot més apropiades a determinades circumstàncies. Aquest és el cas, per exemple, dels incentius que genera un enriquiment dels continguts de llocs de treball (*job enrichment* i *job enlargement*). Els incentius anteriors poden resultar en el sector sanitari particularment importants. Una mentalitat oberta, per tant, s'imposa.

Algunes limitacions a les alternatives de gestió

Són *restriccions* en un sistema públic les qüestions derivades de la necessària fidúcia o confiança entre administradors de la cosa pública i ciutadans: així, per exemple, les derivades del procés just i l'audiència deguda; factors que molts cops dificulten la discrecionalitat, per informada que aquesta pugui resultar en favor de supòsits d'eficiència econòmica, per bé d'evitar possibles arbitriats.

També restringeix la virtualitat dels instruments, la constatació de que l'objectiu d'un sistema públic no és fer activitat -ja siguin dies d'estada o GDRs-, per eficient ('barata') que aquesta activitat resulti. La comunitat pot voler, també, que el sistema públic mantingui un cert grau de capacitat disponible: per exemple, pel fet que, com a usuaris potencials del sistema, un elevat grau d'eficiència en la utilització no impossibiliti l'accés als serveis en un moment donat (això que els economistes anomenen 'externalitat opcional'). És eficiència social l'assoliment, amb el menor cost d'oportunitat, d'allò que la societat valora com a tal: si valora la capacitat opcional o 'de reserva' en els equipaments públics, aquesta ha de formar part de l'objectiu del sistema, a incorporar igualment en tota assignació econòmica pretèsament eficient.

Finalment, sembla també igualment plausible reconèixer, que l'objectiu del finançament no és posar al sistema a un elevat nivell de risc. L'estímul d'evitar fer fallida com a incentiu a l'eficiència requereix, per a que pugui resultar creïble, importants matitzacions.

Del que es tracta és de possibilitar una anàlisi marginal d'alternatives (qui ha de créixer -disminuir- en recursos en el marge); anàlisi que resulti ben formulada sota criteris d'eficiència econòmica (és a dir, que l'impacte en termes de la variació dels

En breve, la reforma de la financiación hospitalaria es una de las vías de mejora de la gestión: la vía precisamente no clínica. Otras son igualmente pensables, y pueden que sean hasta incluso más apropiadas en determinadas circunstancias. Éste es el caso, por ejemplo, de los incentivos que genera un enriquecimiento de contenidos en los puestos de trabajo (*job enrichment* y *job enlargement*). Dichos incentivos pueden resultar en el sector sanitario particularmente importantes. Una mentalidad abierta, por tanto, se impone particularmente en la gestión de los recursos humanos.

Algunas limitaciones en las alternativas de gestión

Para conseguir el objetivo anterior, se suele argumentar que los sistemas sanitarios públicos tienen limitaciones en la disponibilidad de instrumentos de gestión. En efecto, son restricciones en un sistema público las cuestiones derivadas de la necesaria fiducia o confianza entre los administradores de la "cosa pública" y los ciudadanos. Ello se expresa, por ejemplo, en la necesaria observación del proceso justo y la audiencia debida; factores que muchas veces dificultan la discrecionalidad, por informada que ésta pueda resultar para el logro de eficiencia económica, con el fin de evitar posibles arbitrariedades.

También restringe la virtualidad de los distintos instrumentos, la constatación de que el objetivo de un sistema no es hacer actividad -ya sean UBAs o GDRs-, por eficiente ("barata") que ésta resulte. Asimismo, la comunidad puede desear, también, que el sistema público mantenga un cierto grado de capacidad disponible: por ejemplo, por el hecho de que, como usuarios potenciales del sistema, un elevado grado de eficiencia en la utilización no imposibilite el acceso a los servicios en un momento dado (esto que los economistas llaman "externalidad opcional"). Es eficiencia social el logro, al menor coste de oportunidad posible, de aquello que la sociedad valora como tal: si valora la capacidad opcional o "de reserva" en los equipamientos públicos, ésta ha de formar parte del objetivo del sistema, incorporándose igualmente a toda asignación económica pretendidamente eficiente.

Finalmente, parece también igualmente plausible reconocer que el objetivo de los cambios propuestos no puede consistir en situar al sistema en un elevado nivel de riesgo. El estímulo de evitar la quiebra como un incentivo a la eficiencia requiere, para que pueda resultar creïble, importantes matizaciones.

De lo que se trata es de favorecer un mejor análisis marginal de alternativas (cómo debieran de crecer-disminuir- los recursos en el margen), que resulte correctamente formulado sobre criterios de eficiencia económica (es decir, que el impacto en términos de la

recursos sobre els objectius sigui el major -menor-possible, respectivament). Noti's, per això, que l'estímul a la competència provinent de les polítiques de 'torneig' (tots competeixen per a determinar el 'ranking') es serveix millor des de la senyalització de costos i beneficis marginals, que no a través de tarificacions atentes a costos mitjans.

Valoració d'alguns instruments de finançament hospitalari

Entre els instruments disponibles per a fonamentar un canvi en el sistema de finançament dels hospitals, destaquen les Unitats Bàsiques d'Assistència (UBAs), i variants i els GDRs. Ambdues modalitats resulten paradigmàtiques del que esmentaven a la introducció d'aquest article; d'aquí la seva anàlisi detallada que fem tot seguit.

Els GDRs

En efecte, els GDRs neixen com a instrument d'enginyeria per a l'ajust per la distinta combinació de casos que atèn un centre. Avui són, alhora, un instrument de finançament (tarifes) al *Medicare* estatunidenc. Per a ser més precisos, cal recordar que *Medicare* és una agència pública que afecta tan sols al col·lectiu de majors de 65 anys i que el finançament hospitalari al que corresponen els GDRs no considera la remuneració del metge, que es paga a part. El GDR tampoc inclou la despesa d'inversió. Noti's, per tant, l'elevada limitació en l'abast de l'instrument; tema aquest que es sol oblidar a moltes discussions.

Fetes aquestes precisions, és ben cert que de manera intermitent els GDRs s'han anat també proposant per al finançament hospitalari al nostre país. Com a mesura de *case-mix* els GDRs tenen els seus pros i contras respecte d'altres instruments, però no hi a dubte que la tècnica d'agrupament representa un avenç substantiu en la mesura de l'activitat hospitalària. La utilització, però, del GDR com a tècnica necessària d'ajust per a 'monitoritzar', de manera interna o externa, l'activitat d'un centre, té poc a veure amb la seva instrumentació com a base de pagament. L'anterior distinció suposa, quasibé, la mateixa diferència que existeix, a la interpretació de l'estimació econòmica de la funció de costos hospitalaris, entre l'explicabilitat i la predictibilitat que conté.

Per altra banda, la utilització del GDR com a tarifa, en el seu format ordinari, forçaria a que els pressupostos públics restessin oberts i no tancats.

variación de los recursos sobre los objetivos sea el mayor-menor-possible, respectivamente). Nótese a este respecto que el estímulo a la competencia derivado de políticas de "torneo" (todos compiten para determinar el "ranking") se sirve mejor desde la señalización de costes y beneficios marginales, que no a través de tarificaciones atentas a costes medianos.

Valoración de algunos instrumentos de financiación hospitalaria

Entre los instrumentos disponibles para favorecer un cambio en los sistemas de presupuestación de los hospitales, lo acontecido con las unidades básicas de asistencia (UBAs) o sus distintas modalidades y Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GDRs) y variantes, resulta paradigmático de lo que señalábamos al comienzo de este artículo.

Los GDRs

En efecto, los GDRs nacen como instrumento de ingeniería para el ajuste por la distinta combinación de casos que atiende un centro. Se traducen, a la vez, como instrumento de financiación (tarifas) del Medicare, agencia pública estadounidense que suministra cuidados de salud al colectivo de mayores de 65 años. Conviene recordar que, incluso para este colectivo, el GDR como tarifa hospitalaria no incluye la remuneración del profesional médico -que se retribuye aparte, así como tampoco el gasto de inversión. Nótese, por tanto, el reducido alcance del instrumento comentado; tema este que se suele obviar en muchas discusiones acerca de la aplicabilidad de los GDRs.

Hechas las anteriores precisiones, cabe mencionar que, de manera intermitente, dicha aproximación a la financiación hospitalaria se ha ido también proponiendo en nuestro país. Como medida de "case-mix" los GDRs tienen sus pros y sus contras respecto de otros instrumentos, pero no hay duda de que la técnica de agrupación utilizada representa un avance sustancial en la medición de la actividad hospitalaria. La extensión, sin embargo, del GDR como técnica necesaria de ajuste para realizar con seguimiento interno o externo de la actividad de un centro, tiene poco que ver con su instrumentación como numerario de pago. La anterior distinción supone una diferencia similar a la que separa, en la interpretación de los resultados de una estimación económica de la función de costes hospitalarios, la explicabilidad que muestra con la capacidad predictiva que ofrece.

Por otro lado, la utilización del GDR como tarifa, en su formato ordinario, fuerza a que los presupuestos públicos permanezcan abiertos y no cerrados. Aun en el

Encara en el cas de que es pretengui obviar el problema anterior -per exemple, amb la reconversió de les tarifes a unitats relatives de valor, a efectes de 'tancar' millor el pressupost, resulta indefugible la incorporació no volguda que suposen de pràctiques clíniques alienes o de tècniques de subsidiació transversal de recursos.

En conseqüència, per a l'objectiu de transparentar millor la restricció de recursos existents a la pràctica dels professionals sanitaris, la mesura pot generar un important 'soroll' en el diàleg necessari per a la distribució de recursos entre els diferents serveis. Si aquells graus o unitats de valor, s'acaben traduint en numerari (diners), d'acord amb el total local de recursos disponibles per al centre, les pseudo tarifes derivades poden generar un important 'soroll'; particularment, en un país com el nostre que gasta en el seu sistema sanitari, en termes de PIB, la meitat del que gasta el sistema de referència, i menys de la tercera part en termes capitatius, tot i ajustant per la diferent capacitat de compra. Aquesta pot acabar essent, per tant, un senyal d'expansió més, que no de contenció, de la despesa sanitària.

Altrament, construir els propis GDRs amb el registre de costos dels centres propis esdevé una tasca que, tot i suposant que resisteixi una avaluació cost-benefici de la informació requerida, és dubtós que hagi d'ésser dirigida pel finançador dels serveis. Especialment, si es pretèn que la informació generada tingui un mínim de credibilitat. A més, cal valorar que, per a sistemes sanitaris reduïts, és dubtosa la significativitat de costos mitjans per a algunes patologies quan aquestes s'atenen en un escassíssim nombre de hospitals. Aquesta observació podria ser oportuna, al menys, pel fet que, a l'hora d'imputar els costos indirectes a cada procés. Centres amb graus d'especialització baixa haurien de reflexar relativament, un major cost, tot i tractant-se d'un cas d'identica complexitat. Això es deu a que són dos els aspectes que, com a mínim, afecten sempre el cost d'un centre: l'*especialització* per la banda de l'oferta (o ventall de patologies que s'atenen, -per exemple, com veiem, en raó de la restricció fiduciària que s'imposa-) i la *complexitat* com a expressió de les característiques de les patologies efectivament ateses. El primer aspecte es refereix, bàsicament, a qüestions d'oferta; el segon, de demanda. Mentre que una elevada especialització redueix relativament els costos unitaris, tot el demés constant (per exemple en raó de l'escala de l'activitat), la complexitat els incrementa, de nou, tota la resta de coses constants.

caso de que se pretenda obviar el problema anterior -por ejemplo, con la reconversión de las tarifas a unidades relativas de valor a efectos de "cerrar" el presupuesto, resulta inevitable la incorporación (no deseada) de prácticas clínicas ajenas (las estadounidenses en un momento dado) y de determinadas técnicas de subsidiación transversal de costes (ya sean éstas las del Estado de Maryland o de cualquier otro).

En consecuencia, para el objetivo de transparentar mejor la restricción de recursos existentes en la práctica a los profesionales sanitarios, la medida puede dificultar más que favorecer el diálogo necesario para la distribución de recursos entre los diferentes servicios. Si las tarifas resultantes, grados, o unidades de valor, se acaban traduciendo en numerario (dinero), de acuerdo con el total de recursos propios disponibles, los pseudo precios derivados pueden generar un importante "ruido"; particularmente, en un país como el nuestro que gasta en su sistema sanitario, en términos de PIB, la mitad de lo que gasta el sistema de referencia, y menos de la tercera parte en términos capitativos aun ajustando la diferente capacidad de compra de la moneda. Ello puede acabar representando, por tanto, una señal de expansión más que de contención del gasto sanitario.

Por otra parte, construir los propios GDRs a partir del registro de costes de los centros destinatarios de la financiación supone un cometido que, aun en el caso de que resista una evaluación coste-beneficio de la información requerida, es dudoso que deba ser dirigida por el financiador de los servicios; especialmente si se pretende que la información generada tenga un mínimo de credibilidad. De modo añadido, hace falta valorar que, para sistemas sanitarios de pequeña dimensión, es dudosa la significatividad que pueden alcanzar los niveles de coste medio en determinadas patologías cuando éstas se atienden en un escasísimo número de hospitales. Esta observación podría ser oportuna, como mínimo, por el hecho de que a la hora de imputar los costes indirectos de cada proceso, centros con grados de especialización bajos tendrán que reflejar relativamente un mayor coste, aún tratándose de un caso de idéntica complejidad. Ello se debe a que son dos los aspectos que generalmente afectan al coste de un centro: la *especialización* por el lado de la oferta (o abanico de patologías que se atienden, -por ejemplo, como veíamos, en razón de la restricción fiduciaria impuesta-), y la *complejidad* como expresión de las características de las patologías efectivamente atendidas. El primer aspecto se refiere, básicamente, a cuestiones de oferta; el segundo, a cuestiones de demanda. Mientras que una elevada especialización reduce relativamente los costes unitarios, todo lo demás constante (por ejemplo en razón de la escala de la actividad), la complejidad los incrementa, de nuevo bajo la hipótesis "caeteris paribus" (por ejemplo en razón de la escala de la actividad).

Les restriccions abans vistes en el binomi objectius i mitjans fa més probable nivells baixos d'especialització, i relativament més alts de complexitat, per als hospitals públics propis que per als privats en suposada competència.

En definitiva, ni la noció de marginalitat suposa, sense l'anterior ajust, una contribució significativa a l'anàlisi, ni el cost mitjà que resulta de la imputació de costos per procés té significació suficient per a fonamentar polítiques de tarificació eficients.

En realitat, el pes que òptimament han de tenir els costos propis d'un centre en la fórmula de finançament depèn, positivament, del coeficient entre la variació en el tipus de pacients que atèn el centre i la variació en els costos més o menys estandaritzats i, a la vegada, amb la correlació que mostri la gravetat i aquells costos estandaritzats. Es dir com més elevada sigui la desviació estàndar en la gravetat respecte a la corresponent, per exemple, als costos mitjans, major és la importància que a la fórmula de reemborsament del centre han de tenir, òptimament, els seus costos específics. Aquesta és la proposta continguda avui a les formes mixtes de finançament (*blended*). La correlació entre costos i gravetat actua, en aquest sentit, com a simple ponderació del coeficient anterior². En el nostre cas, existeixen sospites fonades que aquell coeficient pot ser superior per als centres propis que per als privats en règim de competència potencial, donada l'especial combinació menys favorable dels factors de complexitat i especialització que tenen els centres propis respecte dels concertats.

Les UBAs

A l'altre extrem de les propostes importades de reforma es troba la cassolana UBA. Tal com resta formulada, la UBA suposa un estri molt rudimentari, que té però una certa capacitat de 'tancar' el pressupost públic de manera no completament aliena a la mesura de l'activitat hospitalària.

L'ajust 'case mix' és aquí molt senzill (si bé, però, no inexistent), tot i basant-se en l'oferta (acreditació *ex-ante*), via tarifa per grups de centres i estada mitjana objectiu. Com a resultat, és tant important el valor de la tarifa com ho és la determinació del número d'estades; resultat, a la vegada, del desglosament del número de malalts 'objectiu' i de l'estada mitjana 'objectiu' que es fixa per a cada categoria de centre. La composició d'estades té, si més no, relevància pel que fa a les desviacions enregistrades sobre l'activitat pactada, a la vista de les variacions establertes

Las restricciones antes vistas en el binomio objetivos y medios en los sistemas sanitarios mixtos hacen más probables niveles bajos de especialización, y relativamente altos de complejidad, para los hospitales públicos propios que para los privados en supuesta competencia.

En definitiva, ni la noción de marginalidad supone, sin el anterior ajuste, una contribución significativa al análisis del output observado, ni el coste medio resultante de la imputación de costes por proceso tiene significación suficiente para fomentar políticas de tarificación eficientes.

En realidad, y tal como han puesto de manifiesto las más recientes teorías sobre modelos mixtos de financiación, el peso que óptimamente deben tener los costes propios del centro en la fórmula de financiación depende, positivamente, del coeficiente entre la variación en el tipo de pacientes que atiende el centro y la variación en los costes más o menos estandarizados y, a la vez, de la correlación que muestre la gravedad y con los costes estandarizados. Es decir, cuanto más elevada sea la desviación estándar en la gravedad respecto a la correspondiente, por ejemplo, a los costes medios, mayor es la importancia que en la fórmula de reembolso del centro deben tener sus costes específicos. Ésta es la propuesta contenida hoy en las formas mixtas de financiación (*blended*). La correlación entre costes y gravedad actúa en este sentido, como una simple ponderación del coeficiente anterior². En nuestro caso, existen sospechas fundadas que aquel coeficiente puede ser superior para los centros propios que para los privados en régimen de competencia potencial, dada la especial combinación menos favorable de los factores de complejidad y especialización que tienen los centros propios.

Las UBAs

En el otro extremo de las propuestas importadas de reforma se encuentra la UBA. Tal como está hoy formulada, la UBA supone una herramienta de financiación hospitalaria muy rudimentaria. Sin embargo, ofrece una cierta capacidad de "cerrar" el presupuesto público de manera no completamente ajena a la medida de la actividad hospitalaria.

El ajuste "case-mix" es para dicho propósito muy sencillo (pero, no inexistente), aun en el caso de que se base en una oferta segmentada (acreditación *ex-ante*), y una tarifa por tipos de centros referida a una estancia media objetivo. Pero, nótese que como resultado de todo lo anterior, a efectos presupuestarios es tan importante el valor asignado a la tarifa como la determinación del número de estancias; resultado, a la vez, del desglose del número de enfermos "objetivo" y de la estancia media "objetivo" que se fija para cada categoría de centro. La composición de estancias tiene, además, relevancia por el hecho de que las desviacio-

als preus (el 75% o el 25% de reducció a la tarifa segons l'excés d'UBAs s'hagi produït per variació de l'estada mitjana o del número de pacients).

Està clar que la mesura esmentada és poc satisfactòria en molts altres aspectes; especialment, pel senyal que dona d'activitat pobrement definida i mesurada, i per la inèrcia que en la seva aplicació pot significar quant a domini de solucions *ad hoc* i justificació de nivells incrementalistes de despesa. Amb altres paraules, és aquesta una mesura de control aliena al sistema de planificació (basta veure la formulació dels objectius de l'àrea sanitària), però més consistent pel que fa a la pressupostació: suposa una manera de raonar la restricció global en termes d'indicadors d'activitat, tot i traslladant cap a la categorització externa de centres els problemes més importants de l'ajust. És a dir, sense distingir massa bé l'activitat (les distintes isoquantes) es determinen nivells distints d'activitat (corresponent als nivells hospitalaris), donant per bo que per a cada nivell les isoquantes representen outputs idèntics.

De nou, però, la litúrgia de la seva aplicació i generalització no s'acompanya de suficients estudis de base: no deixa de sorprendre que els pesos que es donen a les urgències i a l'activitat de consulta externa (primeres *versus* visites succesives) en la seva conversió al 'numerari' UBA no hagi estat objecte encara de validació i/o questionament per cap de les parts implicades en la seva aplicació; factor aquest que reforça la idea de que el que realment importa als destinataris dels recursos és la suficiència, i no els potencials factors de motivació i canvi que marginalment se'n poden derivar.

En definitiva, unitats bàsiques d'assistència i categories relacionades pel diagnòstic poden constituir exemples de cotes en el camí. Coneixem així el punt de partida, però no molt bé el punt d'arribada: la brújula és fa necessària.

Lògica econòmica i sentit comú a la gestió sanitària

A l'hora de donar respostes a bona part de les preguntes formulades a les seccions anteriors, les següents consideracions pretenen aportar certa

nes registradas entre actividad pactada y actividad realizada, afectan el concierto, reduciendo la tarifa un 75% o un 25% de su valor inicial, según que el exceso de UBAs se haya producido debido a una variación en la estancia media o en el número de pacientes).

Es obvio que el indicador de actividad mencionado es poco satisfactorio en otros muchos aspectos; especialmente por la señal que suministra una actividad pobremente definida y medida, y por la inercia que en su aplicación puede significar el dominio de soluciones "ad hoc" y de justificación de niveles incrementalistas de gasto. En otras palabras, la UBA es una medida de control ajena al sistema de planificación (basta ver su mal encaje con la formulación de los objetivos que se suelen realizar desde el área sanitaria), pero relativamente más consistente por lo que atañe a la presupuestación: favorece el razonar la restricción global de recursos en términos de indicadores de actividad, trasladando hacia la categorización externa de los centros los problemas más importantes del ajuste. Es decir, pese a no distinguir muy bien la actividad (las diferentes isocuantas) se determinan niveles distintos de actividad (correspondiente a la distinta tipología de hospitales), haciendo más aceptable el supuesto de que, para cada uno de dichos niveles, las isocuantas representan outputs similares.

De nuevo, sin embargo, la liturgia de su aplicación generalizada no se acompaña de suficientes estudios de base: no deja de sorprender que los pesos que se dan a las urgencias y a la actividad de consulta externa (primeras *versus* visitas sucesivas), en su conversión al "numerario" UBA, no haya sido objeto aún de validación y/o de cuestionamiento por parte de alguna de las partes implicadas en su aplicación; factor este que refuerza la idea de que lo que realmente importa a los destinatarios de los recursos es su nivel de suficiencia, y no los potenciales factores de motivación y cambio que marginalmente se pueden derivar de algunos de los componentes que entran en su cálculo.

En definitiva, unidades básicas de asistencia y categorías relacionadas por el diagnóstico constituyen, sin duda, cotas en el camino de reforma de la financiación hospitalaria. Conocemos así el punto de partida, pero no muy certeramente el punto de llegada: la brújula se hace necesaria.

Lógica económica y sentido común en la gestión sanitaria

A la hora de dar respuestas a buena parte de las preguntas formuladas en las secciones anteriores, las siguientes consideraciones pretenden ofrecer

clarificació. Vagi per endavant que el propòsit implícit als punts següents consisteixen a aportar un poc de lògica econòmica a efectes de que el sentit comú orienti les reformes pressupostàries en curs als nostres centres hospitalaris.

En un *primer nivell*, la consignació pressupostària consisteix en valorar variacions marginals en el finançament, d'acord amb algun indicador d'eficiència; és a dir, basant la seva distribució en elements de mesura que, com a mínim, traslladin la 'càrrega de la prova' de les desviacions enregistrades des del finançador a les unitats de despesa. Aquesta estratègia permet un àmbit de referència bé temporal o transversal (i en aquest últim cas, tant per al conjunt de la mostra com per a un subconjunt de centres similar).

Estimacions del tipus de les efectuades per diferents autors (vegi's bibliografia al respecte) són suficients per a propòsits de consignació pressupostària, tot i estant a l'abast del que permeten ja avui els nostres sistemes d'informació. Sens dubte, per aquest objectiu, els refinaments 'case-mix' dels GDRs o de mesures similars contribueixen a un millor ajust per la complexitat com a variable explicativa del comportament dels costos dels diferents centres.

En un *segon nivell*, l'objectiu és pactar l'activitat per als centres de responsabilitat que cada hospital vulgui definir, consignant, conseqüentment, un pressupost temptatiu o *nocional*. Es tracta, en aquest sentit, de determinar pressupostos anualment tancats, però oberts i ajustats al llarg dels anys en períodes discrets³. El cost d'oportunitat de la consignació de recursos es visualitza, bàsicament, a través dels pressupostos per serveis, tot i internalitzant el conflicte de l'assignació a dintre del centre. Això resulta millor que extrapolar-lo al sector; àmbit en el què les mesures d'avaluació sobrepassen necessàriament la competència del gerent de cada institució.

La consignació d'un pressupost per servei ha de ser així el resultat de multiplicar els nivells d'activitat, pactats a nivell de servei, per algun indicador de cost mig per activitat o grups d'activitat dintre dels serveis. El procediment concret per a la seva determinació podria ser del següent tall:

1. S'ubiquen els components de despesa (recursos) de cadascuna de les partides incloses en els capítols pressupostaris del centre: l'exercici té l'avantatge, com a mínim, de clarificar el destí de les capacitats productives que té l'hospital per centres

cierta clarificació. Vaya por delante que el propósito implícito a los puntos siguientes es aportar un poco de lógica económica a efectos de que el sentido común oriente las *reformas presupuestarias* en curso en nuestros centros hospitalarios.

En un *primer nivel*, la consignación presupuestaria consiste en valorar variaciones marginales en la financiación, de acuerdo con algún indicador de eficiencia; es decir, basándose su distribución en elementos de medida que, como mínimo, trasladen la "carga de la prueba" de las desviaciones registradas en los niveles de gasto a la unidad destinataria de la financiación y no a la de origen. Esta estrategia puede realizarse tanto desde un ámbito de referencia temporal como transversal (y en este último caso, tanto para el conjunto de la muestra como para un conjunto de centros de mayor similitud).

Estimaciones del tipo de las efectuadas por diferentes autores sobre medición de eficiencia relativa en el gasto (véase bibliografía al respecto) son suficientes para los propósitos de consignación presupuestaria anteriores, estando ya al alcance de lo que permiten hoy nuestros sistemas de información. Sin duda, para este objetivo, los refinamientos de "case mix" que permite la generalización de los GDRs o de medidas similares de casuística contribuyen a un mejor ajuste de la complejidad como variable explicativa del comportamiento de los costes en los diferentes centros.

En un *segundo nivel*, el objetivo es pactar la actividad para los centros de responsabilidad que cada hospital quiera definir, consignándoles, consecuentemente, un presupuesto tentativo o "nocional". Se trata, en este sentido, de determinar presupuestos anualmente cerrados, pero abiertos y ajustados a lo largo de los años en períodos discretos³. El coste de oportunidad de la consignación de recursos se visualiza, básicamente, a través de los presupuestos por servicios, internalizando el conflicto de la asignación de recursos dentro del propio centro. Ello resulta más sensato que extrapolar el conflicto fuera del sector; ámbito en el que las medidas de evaluación sobrepasan necesariamente la competencia del gerente de cada institución.

La consignación de un presupuesto por servicio tiene que ser así el resultado de multiplicar los niveles de actividad (basados en los grandes tipos de patologías atendidas), pactados a nivel de servicio, por algún indicador de coste medio por actividad o grupos de actividad dentro de los servicios. El procedimiento concreto para su determinación podría ser del siguiente corte:

1. Se ubican los componentes de gasto (recursos) de cada una de las partidas incluidas en los capítulos presupuestarios del centro: el ejercicio tiene la ventaja, como mínimo, de clarificar el destino de las capacidades productivas que tiene el hospital por centros

de cost (on s'ubica el personal, bàsicament, tasca que a molts hospitals no és avui senzilla!).

2. Es recalifiquen com a centres de responsabilitat aquells centres de cost als que es vol donar capacitat de decissió sobre l'activitat (i que negociaran, en conseqüència, el pressupost per al programa pertinent). Els centres de cost que no són de responsabilitat s'avaluen en termes de minimització de costos, ja que el cost unitari de la seva activitat s'acaba imputant a aquells centres de cost que ho son a la vegada de responsabilitat. Tractant-se de manera òptima, de processos majorment "off-line", els controls poden esdevenir més rutinaris, amb preferència per a la seva aptitud de ser objecte de concertació externa, resultant possible assignar la seva avaluació a la pròpia gerència dels centres.

3. Pel que fa als costos indirectes dels diferents centres de responsabilitat es determinen inicialment a les unitats físiques o comptables que s'utilitzaran després per a la imputació.

4. S'afavoreixen conferències de consens entre centres sobre grups d'activitat, a efectes de determinar el seu distint valor relatiu per a cadascun dels serveis.

5. Es determina el pressupost nocional per al conjunt de l'activitat programada pel servei. Aquest afecta a la despesa ordinària. En la mesura que es considerin factors que són herència del passat ("sunk costs") i que afectin al finançament corrent de l'activitat, el seu cost es pressuposta separadament (a l'estil, per exemple, dels contractes programes), amb quantificació, si s'escau, de la reconversió que s'estimi necessària realitzar en el temps. Les variacions en l'activitat programada que es consideressin justificades, s'ajustarien, conseqüentment, de manera seqüencial.

6. Per a fer possible el pagament de tipus capitatiu (i no per procés), que pot resultar més consistent amb criteris de planificació sanitària al nivell de l'àrea i coherent amb polítiques satisfacció de l'usuari, es podrien afavorir processos de consolidació d'ofertes assistencials privades. Per a que aquestes entressin en competència pública, haurien de poder ofertar plans integrals de salut. Si aquest és el cas, les mesures de cost per procés que s'utilitzin dintre dels "holdings" assistencial que de l'integració de l'oferta resultin, són, està clar, alienes a les preocupacions del finançador. L'estudi dels costos per procés té validesa, en aquest àmbit concret, com a un instrument més de gestió. Això faria innecessari un control específic de fluxes per part de la inspecció sanitària. Cal reconèixer que, per aquest propòsit, aquèlla no compta amb cap element precís d'avaluació de l'eficiència dels processos

de coste (dónde se localiza el personal, básicamente, ¡tarea que en muchos hospitales hoy no es sencilla!).

2. Se recalifican como centros de responsabilidad aquellos centros de coste a los que se quiere dar capacidad de decisión sobre la actividad (y que negociarán, en consecuencia, el presupuesto referido al programa pertinente). Los centros de coste que no son de responsabilidad se evalúan en términos de minimización de coste, ya que el coste unitario de su actividad se termina imputando a aquellos otros centros de coste que lo son a su vez de responsabilidad. Tratándose, óptimamente, de procesos mayormente "offline", los controles de actividad pueden llegar a ser más rutinarios, y objeto de potencial concertación externa, resultando posible asignar su evaluación a la propia gerencia de los centros.

3. Por lo que se refiere a los costes indirectos de los diferentes centros de responsabilidad, para éstos se determinan inicialmente las unidades físicas o contables que se utilizarán después para la imputación.

4. Se favorecen conferencias de consenso entre centros sobre grupos de actividad, a efectos de determinar su distinto valor relativo dentro de cada uno de los servicios.

5. Se determina el presupuesto nocional relativo al conjunto de la actividad programada para el servicio. Ésta afecta al gasto ordinario. En la medida que se consideran factores que son herencia del pasado ("sunk costs"), y que afectan a la financiación corriente de la actividad, su coste se presupuesta separadamente (al modo, por ejemplo, de los contratos programas actuales), con cuantificación, si así se estima necesario, de la reconversión en el tiempo exigida al destinatario. Las variaciones en la actividad programada que se consideren justificadas, se podrán ajustar, consecuentemente, de manera secuencial.

6. Para hacer efectivo el pago de tipo capitatiivo (y no por proceso), que puede resultar más consistente con criterios de planificación sanitaria a nivel de área y coherente con políticas de satisfacción del usuario, cabe favorecer procesos de consolidación de ofertas asistenciales alternativas a las existentes. Para que éstas entren en competencia pública, deberían ofertar planes integrales de salud. Si éste es el caso, las medidas de coste por proceso que se utilicen dentro de los "holdings" asistenciales que de la integración de la oferta resulten, son, está claro, ajenas a las preocupaciones del financiador. El estudio de los costes por proceso tiene validez, en este ámbito concreto, como un instrumento más de gestión. Ello obvia, de otro modo, la necesidad de un control muy específico de flujos de pacientes por parte de la inspección sanitaria. Hace falta reconocer que, para dicho propósito, ésta no cuenta con ningún elemento preciso de evaluación acerca de la eficiencia de los

en els diferents centres d'activitat que li donin un avantatge comparatiu.

7. Per últim, tot esforç de millora en els sistemes d'informació que refini el vector de casuística com element explicatiu de la variació en l'eficiència dels centres de responsabilitat suposa, sens dubte, fer camí en la direcció correcta.

Epíleg

Res del que hem discutit en aquest article es pretèn presentar com a simple. Com argumentaven al començament, la gestió consisteix en un seguit de comprovacions i balanços que requereixen la cautela que només el coneixedor de la realitat concreta pot, de manera òptima, formular. Per aquest viatge, la brújula dels conceptes més bàsics de l'economia (la lògica del cost d'oportunitat, i de la *isoquanta* i de la *isocost*, si se'ns permet parlar amb aquests termes) ha de ser suficient. La resta és una bona dosi d'habilitat en el maneig dels instruments i sentit (comú) a l'orientació, si hom no es vol perdre en la sopa de lletres que l'enginy reformador en el món sanitari ha provocat en els darrers temps.

Agraïments

El text s'ha beneficiat dels comentaris de Pere Ibern i Vicente Ortun.

Bibliografia

1. López Casasnovas G. Hacia una cohabitación de centros propios y concertados en una única red asistencial pública. En: *Público y Privado en sanidad*. AES, Valencia 1988.

procesos en los diferentes centros de actividad que le den una ventaja comparativa al respecto.

7. Por último, todo esfuerzo de mejora en los sistemas de información que define el vector de casuística como elemento explicativo de la variación en la eficiencia de los centros de responsabilidad supone, sin duda, hacer camino en la dirección correcta.

Epílogo

Nada de lo que hemos discutido en este artículo se pretende presentar como simple. Como argumentábamos al principio, la gestión consiste en una serie de comprobaciones y balances. Éstas requieren la cautela que sólo el conocedor de la realidad concreta puede, de manera óptima, formular. Para este viaje, la brújula de los conceptos más básicos de la economía (la lógica del coste de la oportunidad, de la isocuanta y de la isocoste) puede ser suficiente. El resto necesita de una buena dosis de habilidad en el manejo de los instrumentos y de sentido (común) en la orientación si uno no quiere perderse en la sopa de letras que el ingenio reformador en el mundo sanitario ha generado en los últimos tiempos.

Agradecimientos

El texto se ha beneficiado de los comentarios de Pere Ibern y Vicente Ortún.

2. Pope GC. Hospital-specific costs improve fairness of prospective reimbursement. *Journal of Health Economics* 1990; 9: 237-51.
3. Hirs DC. ¿Un sistema presupuestario orientado hacia las funciones para hospitales públicos en España? *Libro de las XII Jornadas de Economía de la Salud*, Madrid, 1992.

