

LA LIBRE ELECCIÓN COMO MEDIDA DE EFICIENCIA

PONENTE: D. JOSÉ MANUEL FONTSARÉ OJEADO,

Gerente del Hospital Universitario de Valladolid

La libre elección constituye un elemento básico en la materialización del derecho a la autodeterminación del usuario. Su instauración sienta la condición necesaria para el ejercicio de otros derechos vinculados, así como para la reordenación del rol profesional y su orientación hacia la excelencia integral.

Por otra parte, introduce mecanismos de competencia que obliga al proveedor a reconducir su actividad en virtud de la demanda real del usuario y a la corrección de sus márgenes de ineficiencia, obligada por un sistema de financiación pactado previamente. Es previsible que el binomio "libre elección/juego de mercado" suponga un recurso esencial para la promoción y medida de la eficiencia de los proveedores que verán determinado el futuro en función de su capacidad para generar satisfacción en el usuario con contención de costes.

Sin embargo, su implantación debe acompañarse de medidas cautelares en cuanto al manejo de la información, control del clientelismo, protección frente a la inducción a la demanda, discriminación calidad real/satisfacción percibida, tratamiento del monopolio, desaprovechamiento de recursos y protección de la equidad y de los intereses sanitarios.

Igualmente deben arbitrarse cambios estructurales, económicos y de gestión que permitan la corrección de desequilibrios, la descentralización de la gestión, el pago por actividad real y una política coherente de recursos humanos.

INTRODUCCIÓN

Es una realidad constatable que los servicios públicos, y especialmente los centros sanitarios, han venido organizándose más en función de los criterios e intereses de los proveedores profesionales que de los usuarios. Las organizaciones hospitalarias han sido secuestradas por su propia complejidad, orientando sus esfuerzos a la resolución de los problemas propios (personal, equipamiento, fondos, etc...), al margen de aquellos que constituyen el objetivo final de su razón de ser.

Esta circunstancia bien podría considerarse como la génesis de una creciente crisis de legitimación de los servicios públicos, vinculada a la progresiva concienciación de los ciudadanos en sus derechos y a la persistente limitación de éstos en la participación real respecto a la orientación de sus servicios. Dicha situación se complementa con la despersonalización de la atención, toda vez que los aspectos no estrictamente clínicos (visitas, comidas, respeto a la intimidad...) suelen responder más a exigencias organizativas internas que a los intereses de los pacientes. Paradójicamente esto sucede en un discurrir histórico de cambios políticos y sociales que entienden al ser humano como un ente moral con derecho a definir su propio proyecto vital y biográfico, a decidir en función de valores y criterios propios. A medida que el individuo va alcanzando mayores cuotas de autodeterminación y pasa a ser un agente teóricamente activo en la relación sanitaria, el respeto a sus

derechos parece subsumido en un sistema en el que su capacidad de elección queda dramáticamente cercenada, cuando no refleja una esperpéntica y burocratizada imagen de lo que debería ser su ejercicio.

Así, desde una perspectiva ética, parece obligado establecer las acciones necesarias para que el derecho a la autodeterminación del paciente-usuario no sea simplemente el enunciado de una filosofía socio-política, sino una realidad que procure satisfacer las preferencias y sensibilidades personales de sus beneficiarios reales. En este marco la libre elección de servicios sanitarios debe considerarse como un elemento básico, tanto por condición propia, como por elemento posibilitador de otras libertades esenciales.

Por otra parte, la libre elección está llamada a representar un significativo papel en la reordenación del rol profesional, a través de un estímulo directo para la consecución de niveles de excelencia, así como para el establecimiento del principio de confianza imprescindible para una relación clínica desprovista de los elementos perversos actuales. La imposición recíproca es, por esencia, una circunstancia extraña a la naturaleza misma de la relación sanitaria, tanto más cuanto se considere como "*partnership*" o libre asociación para obtener un objetivo común, y no una simple relación de sometimiento mutuo impuesta por el estado de necesidad y carente de los valores inherentes al ejercicio sanitario. El planteamiento de la libre voluntariedad de las partes, como horizonte de utopía para obtener una relación sana y transparente, debe concebirse como un objetivo irrenunciable en el seno de una sociedad que aspire a potenciar su sistema de justicia social y de libertades.

LIBRE ELECCIÓN Y EFICIENCIA

En otro contexto, es un hecho que la ausencia de competencia reduce los incentivos para la

calidad y la eficiencia, propiciando que los sistemas sanitarios no respondan a los intereses del público, mermen su actividad, aumenten las barreras administrativas y tiendan, en un círculo de retroalimentación viciado, a reducir la capacidad de elección individual. En este sentido, la libre elección debe introducir una herramienta hasta ahora desconocida en el ámbito del Sistema Nacional de Salud: la competencia entre proveedores y profesionales. Al menos en el campo teórico, la implantación de un juego de mercado obliga necesariamente a la corrección de los márgenes de ineficiencia existentes, toda vez que las acciones encaminadas a conjugar la satisfacción de la demanda y la promoción de la calidad han de efectuarse en el inevitable marco de limitación de los recursos.

La definición inequívoca de la misión y objetivos de los proveedores, el análisis sistemático de los sistemas de producción, la autocrítica y rectificación de procedimientos, la normalización de actividades y rutinas, o la valoración clínica del beneficio incremental esperado, son ejemplos de los diversos cambios que han de surgir inevitablemente en un ámbito de competencia y que se incorporarán como parte inseparable a la acción sanitaria.

Así, la sistematización de la libre elección parece presentarse como un fiel recurso para la promoción y medida de la eficiencia de centros y profesionales, que verán modulado su futuro en función de su capacidad para hacer frente a las demandas reales de los usuarios. En definitiva, la conjunción de libertad de elección y competencia se presentan como elementos propicios para alcanzar la contención del coste de los servicios públicos a través de la introducción de modelos de mercado en la provisión de recursos. Ambos conceptos, libertad y competencia, deben contemplarse obligadamente unidos. Todo intento de implantar la libertad de

elección sin establecer un mínimo juego de mercado está condenado, no sólo a representar una grotesca caricatura de su expresión real, sino a perturbar aún más el complejo equilibrio del sistema. Introducir y asumir el binomio riesgo/incentivo en el marco contractual establecido entre financiador y proveedor, debe considerarse como un elemento básico para la implantación de la libre elección cualquiera que fuera su alcance.

CAUTELAS Y REFORMAS

Sin embargo, es prudente reconocer que su aplicación no está exenta de sombras y dificultades que enturbian su horizonte de posibilidad y que exigen la toma de cautelas y reformas básicas en la estructura organizativa del sistema sanitario. Ciertamente, hasta la actualidad ningún Sistema Nacional de Salud ha demostrado el camino perfecto a seguir, aunque alguno, como el sueco, haya mostrado esperanzadoras maneras. En todo caso, cualquier reforma dirigida al efecto deberá considerar las siguientes circunstancias:

- **Manejo de la información.** La capacidad real de decisión se encuentra sustancialmente modulada por la calidad y cantidad de información disponible y ésta, a pesar de la teórica situación de simetría en la relación sanitaria entre usuarios y profesionales, se encuentra significativamente dirigida por el profesional quien controla la formación de opinión o se erige directamente en agente de los intereses del usuario. Esta circunstancia puede condicionar que, tras los supuestos intereses del paciente, se expresen realmente los del profesional. Como consecuencia, pueden darse fenómenos de clientelismo e inducción a la demanda, difuminando aún más la borrosa frontera entre la necesidad y el consumo. En sentido similar cabe señalar el riesgo de trasladar el concepto de eficiencia al de satisfacción del cliente, especialmente en lo que

conviene a discriminar la calidad real de la calidad percibida y el efecto de reclamo que supone la disponibilidad de alta tecnología.

En definitiva, se pueden promover cambios que afecten profundamente la naturaleza de los servicios sanitarios y que estimulen la génesis de ofertas con dudoso beneficio incremental en la salud de la comunidad.

Todo ello obliga a establecer los mecanismos precisos para el control de garantía y vigilancia por parte del financiador, con el consiguiente aumento estructural de coste. Aumento al que habrá que añadir el derivado de la búsqueda y espera, propio de un sistema de libre elección.

- **Manejo del Monopolio.** Aún en un sistema regulado, como el propuesto por Saltman y Otter, la libre elección y el estímulo a la competencia se encuentran comprometidos por la situación de monopolio o casi monopolio de los centros en sus respectivas regiones, especialmente cuando nos encontramos en un modelo de regulación autonómico en la prestación de servicios. Igualmente existe el riesgo de reparto negociado de prestaciones entre centros de una misma región, rompiéndose el juego de competencia y la posibilidad de elección.

Su posible solución mediante la apertura hacia mercados interterritoriales aumenta el coste de búsqueda y espera, origina desequilibrios entre las distintas administraciones, abre la puerta a la perpetuación de monopolios históricos externos, y obliga la intervención central para modificar el equilibrio espontáneo de mercado.

En consecuencia, parece aconsejable realizar una planificación previa que disponga al mercado en situación de afrontar el juego de competencia de forma eficaz y libre de taras significativas.

- **Protección de la equidad y regulación de los intereses sanitarios.** La posibilidad de elegir im-

plica poder sobre la utilización y planificación de los recursos, marcando los objetivos de mercado. Ello conduce a una selección de la oferta en función de su valor de mercado y no exclusivamente en términos de salud, dando lugar a una selección negativa de prestaciones y paciente, con la consiguiente pérdida de equidad. En este contexto se sitúa también la provisión de acciones en las que el usuario no está dispuesto a invertir esfuerzos por la lejanía e incertidumbre del beneficio (acciones preventivas).

Por otra parte, es lógico esperar que emerjan centros no competitivos, cuya existencia supone costes políticos difícilmente asumibles, especialmente cuando se trata de centros únicos de referencia para un área o región sanitaria. Su cierre o limitación de recursos puede comprometer esencialmente la atención en su zona de influencia y, por el contrario, la persistencia de subvenciones a la explotación representa un interés contrapuesto al espíritu de competencia. En el mismo sentido surge también el riesgo de desaprovechamiento de recursos públicos existentes, generados por el desequilibrio de la demanda hacia unos centros que tenderán a la saturación en detrimento de otros cuya utilización discurre por debajo de sus posibilidades reales.

Estas situaciones parecen aconsejar la creación de estímulos especiales para la oferta de determinadas acciones, así como el establecimiento de medidas que regulen la extensión de la libre elección, mediante el establecimiento -por ejemplo- de un sistema de jerarquía de niveles asistenciales.

■ **Cambios estructurales, económicos y de gestión.** La instauración de libre elección y com-

petencia debe acompañarse de profundos cambios en el funcionamiento del sistema, de manera que éste disponga de las herramientas adecuadas para afrontar una situación diametralmente opuesta a la actual:

- Corrección de los desequilibrios presupuestarios y de distribución de recursos con el objeto de establecer un mínimo de partida que garantice la libre elección y la capacidad de competir. Ello obliga a la reconducción presupuestaria en función de necesidades reales y actualizadas, de tal manera que permita la renovación de estructuras y tecnologías obsoletas y no disponga a unos centros en inferioridad de condiciones frente a otros menos desfavorecidos.
- Descentralización de la gestión con mayor posibilidad de planificación y libertad de manejo presupuestario.
- Instauración de la infraestructura necesaria para el control directo de actividad y gasto (informatización a tiempo real de actividad).
- Financiación acorde con la actividad real, sea central o mediante facturación a terceros (dinero sigue a paciente).
- Posibilidad de financiación ajena al Sistema Nacional de Salud.
- Cambios profundos en la política de recursos humanos que permitan la adecuación de la plantilla a las necesidades reales, la contratación por objetivos, el establecimiento de incentivos sensibles e individualizados y el refuerzo del poder gerencial.

MARKETING DE LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS EN UN ENTORNO CAMBIANTE

■ EL MARKETING EN EL MODELO TRADICIONAL. EXPERIENCIA DE MADRID

PONENTE: D^a. EVA DE LA TORRE, *Responsable del Gabinete de Comunicación, Dirección Territorial del INSA-LUD de Madrid*

■ EL MARKETING EN UN CENTRO CON NUEVAS FORMAS DE GESTIÓN

PONENTE: D^a. TERESA CRUZ SÁNCHEZ, *Responsable de Marketing y Comunicación del Hospital Costa del Sol*

■ EL MARKETING EN SOCIEDADES DE ASISTENCIA MÉDICA

AUTOR: D. ÁLVARO MARTÍNEZ-ARROYO LÓPEZ, *Director Comercial de ASISA*