

# COORDINACIÓN E INCENTIVOS EN LA SANIDAD PÚBLICA: EL CASO ASTURIANO

Juan Ventura  
*Universidad de Oviedo*

En este artículo se analiza, desde la perspectiva de la economía de las organizaciones, las diferentes alternativas existentes para gobernar el complejo mundo de transacciones que caracteriza el funcionamiento actual de los sistemas sanitarios públicos. Se presentan las características geneales de las organizaciones sanitarias cuyo modelo basado en la dualidad burocracia profesional/meritocracia ha ido dando paso a una nueva situación que cabe caracterizar de *escenario político*. Se abordan, a continuación, los problemas relativos a la coordinación y los incentivos en la sanidad pública, así como la fórmula del contrato programa en vigor desde 1992 para el Insalud no transferido. Por último, se describen algunas de las características diferenciadores de Asturias que deberán ser tenidas en cuenta de cara al futuro autogobierno de la sanidad.

*Palabras clave:* economía de las organizaciones, sanidad pública, coordinación, incentivos, caso asturiano.

## 1. INTRODUCCIÓN

Asturias se encuentra entre las Comunidades Autónomas que están a la espera de recibir las transferencias en materia sanitaria, lo que obliga a reflexionar y decidir sobre el futuro modelo organizativo mediante el cual se transforme la financiación recibida en servicios asistenciales para el conjunto de la población protegida.

Desde la perspectiva del decenio transcurrido desde que se aprobó la ley general de Sanidad, cabe afirmar como un lugar de consenso la idoneidad de la financiación pública, a fin de evitar los problemas de selección adversa y asegurar la equidad, así como el replanteamiento del sector público que deberá ser garante de la financiación y la calidad asistencial pero no necesariamente proveedor de la misma.

Con este referente común el proceso de transferencias desarrollado hasta la fecha se ha caracterizado por una amplia disparidad de modelos organizativos, resultantes de las especificidades de cada Comunidad y de los diferentes planteamientos políticos, sin embargo cabe afirmar que los problemas de base y las soluciones ensayadas han delimitado el rango de soluciones factibles entre las que se pueden optar.

En este trabajo se analiza desde la perspectiva de la economía de las organizaciones las diferentes alternativas existentes para gobernar el complejo entramado de transacciones que caracteriza el funcionamiento actual de los sistemas sanitarios públicos, lo que nos permite entender el proceso de cambio emprendido, y las posibles tendencias futuras. El trabajo se concluye con la descripción de algunas de las características diferenciadoras de Asturias que deberán ser tenidas en cuenta de cara al futuro autogobierno de la sanidad.

## 2. CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS: DE LA MERITOCRACIA AL ESCENARIO POLÍTICO

El dispositivo asistencial público sanitario se configura idealmente como un sistema integrado de centros asistenciales ordenados jerárquicamente para satisfacer las necesidades de atención sanitaria de una población determinada. La división del trabajo responde a dos categorías que se entrecruzan, de una parte la división territorial que acerca los centros asistenciales a la población, y, de otra, los diferentes niveles asistenciales (atención primaria y atención especializada), en función de la complejidad de las patologías.

Un segundo rasgo característico es que una gran parte del trabajo operativo, de naturaleza compleja, se desarrolla por profesionales muy cualificados, lo que da lugar a una burocracia de carácter profesional, en la cual el comportamiento es predecible, como en toda burocracia, pero a diferencia de las burocracias maquinales donde se pueden establecer y controlar los procesos de trabajo con gran precisión, los centros sanitarios contratan a profesionales para su núcleo de operaciones, confiriéndoles a continuación un amplio grado de control sobre su trabajo. La autonomía con que el médico ejerce su labor, al margen de reglas y procedimientos estandarizados, desplaza el poder en este tipo de organizaciones hacia los expertos del núcleo de operaciones.

La burocracia profesional se corresponde en términos de poder con una Meritocracia, caracterizada por Mintzberg (1992) en los términos siguientes<sup>1</sup>: La coalición interna está dominada por los profesionales que basan su poder en el control sobre el recurso básico para el funcionamiento de la organización, el conocimiento especializado. Su trabajo no puede ser fácilmente regu-

---

(1) Mintzberg (1992) distingue en su libro *El poder en las organizaciones*, entre la coalición externa y la coalición interna. La primera está formada por los agentes con capacidad de influencia en el entorno de la organización, los propietarios, los asociados que se relacionan con ella, bien sea como clientes, proveedores, competidores o socios, las asociaciones de empleados y los distintos públicos que las rodean. La coalición interna está integrada por el director de la organización, los directivos de línea media (línea jerárquica), los trabajadores del núcleo de operaciones y la tecnoestructura y el personal de apoyo.

lado por analistas ni supervisado por la línea jerárquica, en consecuencia la autoridad, tanto en su forma personal como burocrática (normas y procedimientos), tiende a ser débil. La ideología en estas organizaciones también es débil en parte debido a la fuerte ideología de los profesionales, que se sienten más identificados con el colectivo profesional que con la organización a la que prestan sus servicios. Los objetivos formales de la organización no son fácilmente operativos, al estar expresados de forma excesivamente ambigua, como mejorar la salud y además la función de producción también se desconoce, de ahí que los objetivos de los colectivos profesionales se deslicen y tengan un fuerte peso. El rasgo más destacado de las meritocracias cuando no existe un sistema claro de objetivos, ni un centro de poder único, son los comportamientos políticos o actividades de influencia, ejercidos por los diferentes departamentos o unidades, a fin de lograr una mayor asignación de recursos y acaparar más funciones. Esta tendencia es tanto más acusada cuando el resultado final de la organización no sea la consecuencia de interdependencias secuenciales o recíprocas entre diferentes departamentos, sino más bien la suma de las actividades de cada uno de ellos.

El modelo sanitario basado en la dualidad burocracia profesional / meritocracia, ha ido perdiendo relevancia en la última década a medida que los problemas financieros de la sanidad pública afloran, dando paso a una nueva situación que cabe adjetivar como *escenario político*, caracterizada por la injerencia cada vez mayor de la coalición externa a fin de ejercer un control sobre los resultados y eficiencia con que funcionan las organizaciones sanitarias. El escenario político surge allí donde se desafía el orden establecido para cambiar alguna característica fundamental de la organización, que modifica la configuración de poder previa con el consiguiente conflicto. Así, los centros asistenciales han visto como en los últimos tiempos el nivel de injerencia de los poderes públicos ha ido en aumento; ello ha provocado episodios de conflicto entre el colectivo médico (y sus representantes naturales, las organizaciones profesionales) y las autoridades sanitarias responsables de los centros sanitarios. En definitiva cabe hablar de una *alianza inestable* al tratarse de un conflicto permanente pero de intensidad moderada, no exento de momentos de fuerte confrontación<sup>2</sup>.

### 3. COORDINACIÓN E INCENTIVOS EN LA SANIDAD PÚBLICA: ANÁLISIS TEÓRICO

La separación de funciones entre los financiadores y los proveedores de atención sanitaria es una propuesta ampliamente aceptada como punto de partida para resolver algunas de las graves deficiencias que venía presentando el funcionamiento real del sistema sanitario español<sup>3</sup>.

(2) La situación se asemeja a la guerra fría, como no puede ser menos cuando el colectivo médico ve amenazada parte de su autonomía y capacidad decisoria por las normas y controles que las autoridades sanitarias introducen a fin de aumentar la eficiencia y mantener los costes bajo control, en un contexto de restricciones presupuestarias.

(3) Algunas de las disfuncionalidades del sistema son: 1) Actuación en régimen de cuasi-monopolio, ausencia de contrapartida monetaria en el momento de la prestación y no apropiación de los excedentes por parte de las unidades que las generan (burocracia en sentido de Niskanen). 2) Instituciones sometidas a un corsé de tipo administrativo en lo que atañe a su

Dicha separación exige definir el modo de coordinación y el sistema de incentivos mediante el cual se van a llevar el conjunto de transacciones necesarias para transformar la financiación pública en servicios asistenciales. Como hemos señalado los sistemas sanitarios se conforman mediante una división del trabajo en centros asistenciales con una base territorial y con una estructura interna funcional. Toda estructura divisional debe resolver los problemas de asignación de recursos, tipo de control y grado de autonomía o descentralización que la alta dirección otorga a cada parte de la organización.

La separación de funciones dentro de una misma organización se puede interpretar en términos del modelo organizativo denominado M-forma (Williamson, 1975), caracterizado por: 1) La responsabilidad de las decisiones operativas está asignada a las divisiones o cuasi-empresas. 2) El equipo de la dirección central está interesada en las decisiones estratégicas, lo que conlleva las funciones de planificación y el control, así como el proceso de asignación de recursos entre las divisiones operativas. 3) La separación de la alta dirección de las decisiones operativas permite la especialización de funciones y la concentración de la misma en los resultados globales. 4) La estructura resultante asegura racionalidad y sinergia.

Una cuestión a resolver en este sistema es el grado de autonomía o descentralización de capacidad decisoria que la alta dirección otorga a cada parte de la organización. La respuesta depende en gran medida del tipo de coordinación requerida interdivisionalmente, si ésta es reducida la descentralización puede ser muy elevada, en caso contrario la autonomía se ve restringida al objeto de alcanzar economías de alcance o sinergias derivadas de un mejor producto o servicio<sup>4</sup>, o de una mayor eficiencia al poder compartir recursos o conocimientos.

La traslación de estas ideas al ámbito de la sanidad pública no está exenta de problemas, entre los más importantes cabe mencionar la dificultad de normalizar los resultados que la alta dirección, en su papel de financiador y/o planificador y/o comprador, contrata con cada centro operativo. Las prestaciones sanitarias se caracterizan por una gran variedad de servicios asistenciales de carácter heterogéneo, donde cada servicio prestado a un paciente puede ser considerado como un producto con múltiples atributos, lo que dificulta la homogeneidad de la medida y provoca conflictos entre cantidad, calidad, tiempos de espera, etc., sin que resulte fácil conocer la relación de sustitución en la función de utilidad de diferentes decisores.

---

regulación, que persigue en mayor medida el cumplimiento de la legalidad que la eficiencia en el uso de los recursos públicos. 3) Ausencia de personalidad jurídica propia de los centros asistenciales, con la consideración de meros centros de gastos. 4) Relaciones laborales de tipo funcional, caracterizado por un rígido estatuto que dificulta la gestión de los recursos humanos. 5) Fracaso del presupuesto como instrumento de gestión, debido a la falta de credibilidad de los mismos, incumplimiento sistemático, deslizamiento a ejercicios sucesivos y carácter retrospectivo en la práctica. 6) Ausencia de una cultura propia que sirva de elemento de cohesión. 7) Dificultad o imposibilidad de establecer responsabilidades entre quienes financian y quienes ofrecen las prestaciones.

(4) Para un análisis de las mejoras derivadas de una buena coordinación entre atención primaria y especializada véase el artículo de Ortún (1997) en este mismo número.

En segundo lugar, la normalización de resultados, como mecanismo de coordinación entre unidades, se superpone a la normalización de habilidades característico de la burocracia profesional al interior de las mismas. Ello genera un problema de difícil resolución dada la tendencia de la alta dirección, en su papel de planificador/comprador, a presionar para que cada centro se acabe convirtiendo en una organización instrumental<sup>5</sup>, en consecuencia se pretende normalizar los procesos de trabajos, lo que resulta difícilmente compatible con la normalización de las habilidades.

En tercer lugar, se deberá diseñar un contrato que genere los incentivos adecuados y distribuya los riesgos de forma aceptable entre las partes<sup>6</sup>. Una de las propuestas más generalizadas para reformar la sanidad pública consiste en introducir sistemas de incentivos que alineen los intereses de los proveedores con los intereses de los financiadores / compradores, permitiendo una mayor descentralización del sistema. Ahora bien la valoración de un sistema de incentivos depende del grado de asociación que logra entre variaciones en la productividad de los agentes y variaciones en su remuneración<sup>7</sup>; en la medida que esta asociación sea elevada el sistema de incentivos será de alta potencia. La solución de máxima descentralización y potencia de los incentivos la ofrece el mercado mediante la información que transmiten los precios, mientras que las organizaciones no pueden replicar en su interior este tipo de incentivos, logrando a cambio otro tipo de ventajas derivadas de la coordinación *ad hoc* alcanzada.

Los sistemas públicos en relación a los privados plantean problemas en el diseño de contratos que incorporen incentivos de alta potencia (Tirole, 1994; Salas, 1995) debido a: 1) La multiplicidad de objetivos juntamente con las dificultades en su medición, 2) La falta de puntos de referencia para llevar

---

(5) La organización instrumental se caracteriza por la presencia de un agente externo, con objetivos claros y operativos, capaz de imponer su voluntad mediante controles directos, convirtiéndola en un instrumento a su disposición.

(6) En los sistemas de pagos retrospectivos los centros asistenciales no tienen incentivos a la eficiencia, al reembolsarse los costes en que finalmente se incurre. En cambio en los sistemas de pagos prospectivos donde el precio se fija de antemano, existen incentivos a la eficiencia, si bien estos varían en función del numerario utilizado. Si el numerario consiste en un pago capitativo, los ingresos marginales dependen del número de pacientes y el incentivo a la eficiencia afecta al conjunto de servicios comprometidos, que deberán ser realizados con los mínimos costes. En cambio si el numerario es una medida de actividad (ingresos, estancias, Upas, GDR, etc.) el ingreso marginal depende de la actividad realizada (pero no del contenido de las prestaciones realizadas durante la estancia en un centro) y el incentivo a la eficiencia está ligado a la reducción de los costes asociados a la actividad asistencial que conlleva el ingreso monetario (Pellisé, 1993).

(7) La teoría de la agencia analiza los principios del pago de incentivos mediante la relación entre un principal y el agente, en un contexto donde el principal no puede observar el esfuerzo del agente y su desempeño está influido por una variable exógena que mediatiza la relación entre el esfuerzo y el resultado. Bajo los supuestos habituales de neutralidad al riesgo del principal y aversión al riesgo del agente, se obtienen un conjunto de principios relativos al diseño de contratos eficientes (se busca el contrato ideal que compense la necesidad de compartir riesgos con la de proveer incentivos) con una gran capacidad explicativa. (Para una descripción de estos principios véase Milgrom y Roberts (1993) y para una aplicación de los mismos al sector público véase Salas (1995).

a cabo comparaciones, 3) La heterogeneidad de preferencias y 4) La dispersión de los accionistas.

En la atención sanitaria pública se combinan dos aspectos que contribuyen a aumentar el ruido que se interpone entre el esfuerzo del agente y sus resultados, el primero ya señalado tiene su origen en las dificultades inherentes a la medición de la salud y el segundo en el carácter público del principal, lo que provoca que los objetivos a alcanzar estén formulados a menudo de forma ambigua cuando no de forma contradictoria. La combinación de ambos aspectos incide negativamente en la fijación de objetivos precisos sujetos a incentivación. Adicionalmente, en la medida que se establezcan otras variables *proxy* se corre el riesgo de acuerdo con el principio de igualdad de las compensaciones de atender únicamente aquellas actividades con un rendimiento marginal superior en detrimento de las restantes, lo cual resulta especialmente peligroso en el ámbito sanitario, donde se puede caer en el riesgo de primar medidas cuantitativas frente a medidas cualitativas relacionadas con la calidad asistencial, máxime si la calidad está sujeta a fuertes asimetrías informativas.

Otro principio relevante para un sistema de incentivos eficiente es el principio de información, que señala que deben seleccionarse como factores determinantes de la remuneración toda medición del desempeño que permita reducir el error con que se estima el esfuerzo del agente. Este principio permite dilucidar si es mejor recompensar a un agente en función de su desempeño absoluto o bien a través de una medida relativa al desempeño de otras unidades válidas como referentes. La actuación en régimen de monopolio de numerosas agencias impide introducir este mecanismo que aumenta la potencia del sistema de incentivos, sin embargo este no es el caso de la sanidad pública caracterizada por el fraccionamiento del servicio ofrecido en un conjunto de unidades diferenciadas con un criterio espacial que llevan a cabo funciones similares; razón por la cual la red de hospitales y centros de atención primaria podrían beneficiarse de un conjunto de incentivos relativos a otras unidades de riesgo similar (sistemas tipo torneo). La solución eficiente pasa por una adecuada combinación de medidas de tipo absoluto y relativo al desempeño alcanzado, pudiéndose determinar la proporción óptima de los mismos. Ahora bien este tipo de sistemas no está exento de problemas como los derivados de la colusión y sabotaje de los participantes y, tiene la limitación de depender de la correcta elección del grupo de referencia. De ahí la necesidad de hacer atacables estos sistemas de incentivos a fin de introducir referentes exógenos que en igualdad de condiciones pudieran demostrar ser más coste-efectivos.

A la baja potencia de un sistema de incentivos en el sector sanitario público se añade la ausencia de sistemas de control efectivos como son los proporcionados por el mercado de control societario o por el mercado de directivos. Ello conduce a la confianza en los reglamentos y procedimientos como forma de hacer predecible y controlable el comportamiento y evitar los conocidos problemas ocasionados por las actividades de influencia y la colusión entre supervisores y supervisados. En consecuencia cabe señalar que «La burocracia surge como la consecuencia y no como la causa, de una ineficiencia mayor que se produciría tratando de introducir sistemas propios del mercado entre los trabajadores del sector público» (Salas, 1995).

Ante este tipo de problemas Tirole (1994) propone el reparto de los derechos de control entre diferentes instancias en el ámbito político, que sea capaz de romper la cadena de autocomplacencia y de disfunciones creadas por las sucesivas relaciones de agencia inherentes al sector público sanitario. Con ello se podría introducir credibilidad en el sistema de promesas y amenazas, en tanto en cuanto estas fueran irreversibles, bien porque a partir de un cierto punto el poder de decisión corresponde a otra instancia decisoria con otra función objetivo, o bien porque el coste del incumplimiento sea muy elevado.

Otro problema planteado con el diseño de sistemas de incentivos es la posible relación de sustitución que se puede dar entre la intensidad de los incentivos locales (una unidad organizativa) y el esfuerzo para lograr un funcionamiento coordinado entre diferentes unidades. Rumelt (1995) desarrolla un modelo de agencia<sup>8</sup> para demostrar que: incrementos en la intensidad de los incentivos a nivel de unidad organizativa reducen los esfuerzos dedicados a la coordinación entre unidades. La coordinación entre departamentos plantea problemas de producción en equipo<sup>9</sup>, al resultar difícil de medir la contribución de cada unidad al resultado conjunto. En la medida que esto sea así existen incentivos para que surjan comportamientos oportunistas. Los directivos al frente de cada unidad asignan su tiempo, capacidad y esfuerzo al logro de los resultados internos de su unidad y a la coordinación con otras unidades en función del sistema de los incentivos y sistemas de supervisión establecidos. La coordinación con otras unidades exige un cierto grado de flexibilidad para adaptarse, lo cual interfiere con la eficiencia interna basada en el uso de rutinas. En consecuencia a medida que las necesidades de coordinación aumentan, la intensidad de los incentivos internos deberán ser reducidos.

#### 4. EL CONTRATO PROGRAMA

La separación de funciones entre quienes financian, compran y producen admite un amplio grado de posibilidades que conceptualmente van desde el establecimiento de contratos programa a la contratación vía mercado, pasando por soluciones híbridas o acuerdos de cooperación.

La fórmula del contrato programa, en vigor desde 1992, para el Insalud no transferido, puede ser considerado como un primer paso en el proceso de separación de funciones entre compradores y proveedores; dicho contrato es la resultante de una compleja red de relaciones de agencia sucesivas<sup>10</sup>. En

(8) Rumelt demuestra esta proposición adaptando el modelo de Milgrom y Holmstrom (1991).

(9) Se denomina producción en equipo aquella en que es costoso observar las aportaciones de cada factor o participante en la obtención del producto total, por lo que la actividad económica sólo utilizará esta fórmula organizativa si: 1) Consigue obtener una cantidad de producto mayor que la suma de los productos obtenibles utilizando los factores por separado y 2) El excedente obtenido permite además cubrir los costes de organizar y disciplinar al equipo (Alchian y Demsetz, 1972).

(10) La relación de agencia surge cuando una persona, denominada principal, encarga a otra, denominada agente, la realización de una tarea o la toma de decisiones en beneficio de la primera, a cambio de una remuneración y otorgándole una amplia capacidad de decisión.

una primera instancia el principal de la relación lo forman el conjunto de los ciudadanos que delegan en los representantes políticos; a su vez el Ministerio correspondiente fija los presupuestos y grandes directrices a seguir y establece una segunda relación de agencia con el Insalud no transferido (u organismo *ad hoc* en las Comunidades transferidas), para la realización en su nombre de una actividad delegada mediante el uso de unos recursos pactados. Finalmente, el Insalud, mediante una nueva relación de agencia, contrata la realización de dicha actividad en una amplia red de centros asistenciales, tanto en atención primaria<sup>11</sup> como especializada<sup>12</sup> (cuadro 1).

**Cuadro 1**  
**PACTO GLOBAL DEL INSALUD: ATENCIÓN ESPECIALIZADA**

Concepto	Pacto 95	Propuesta 96
Ingresos totales (n.º de pacientes)	1.107.512	1.146.681
Estancias totales	9.509.352	9.648.555
Estancias media global	8,59	8,41
Índice de ocupación	79,37	80,53
Índice rotación (mensual)	2,81	2,91
Relación sucs/primeras	2,06	1,98
Consultas primeras	6.573.391	7.050.749
Consultas sucesivas	13.556.027	13.932.234
Urgencias no ingresadas	3.586.502	3.801.692
U.P.A.'s <sup>(*)</sup> estancias	13.320.992	13.563.124
U.P.A.'s ambulatorias	4.935.118	5.177.732
U.P.A.'s totales	18.256.110	18.740.857
U.P.A.'s/cama	556,18	570,95
U.P.A.'s/efectivos	167,62	172,07
U.P.A.'s/médico	1.041,48	1.069,13

(\*) UPA: Unidad ponderada de asistencia.

- (11) En la atención primaria se ha introducido también el contrato programa con las gerencias, mediante la especificación del grado de cobertura pactado para diferentes programas, lo que permite obtener una cuantificación de la actividad desarrollada mediante el valor técnico de cada programa y su grado de cobertura; otra medida considerada es el grado de cumplimiento de las Normas Técnicas Mínimas para cada programa. Recientemente se ha incluido el valor de satisfacción del usuario.
- (12) Las unidades ponderadas asistenciales (Upas) permiten homogeneizar la actividad hospitalaria mediante un proceso de equivalencia que toma como unidad de medida la estancia médica (estancia quirúrgica = 1,5; estancia pediátrica y neonatológica = 1,3; estancia obstétrica = 1,2; cuidados intensivos 5,8; 1.ª consulta = 0,25; 2.ª consulta = 0,15; Procedimientos de cirugía ambulatoria no especificados = 0,25; Hospital de día Oncohematológico y Sida = 0,75, Psiquiátrico y geriátrico = 0,25; Urgencia no ingresada = 0,3). Además de la actividad medida en Upas se mide de forma diferenciada un conjunto de actividades extraídas de la Upas, cuyo número y pago se especifican en el contrato programa.

La fórmula del contrato programa implica sustituir el uso de la autoridad dentro de una organización pura<sup>13</sup> por una separación de funciones mediante la cual la coordinación de actividades, requerida para el logro de los objetivos asistenciales, se alcanza mediante una amplia descentralización basada en el cumplimiento de los objetivos fijados en una *cuasi negociación* entre las partes implicadas. Ello no supone que la relación sea de mercado, dado que en caso de conflicto los derechos residuales de decisión están claramente retenidos por la autoridad jerárquica del financiador, pero implica un cambio importante respecto a la situación pasada, en la medida que se establecen claramente los resultados esperados y los medios comprometidos. El contrato programa introduce un sistema de presupuestación prospectiva si bien de forma gradual al establecerse los presupuestos de gasto en función de presupuestos históricos. El contrato programa puede ser considerado como una ficción legal<sup>14</sup> mediante la cual se simula una cuenta de resultados provisional para cada centro asistencial, lo que permite modificar la consideración de centros de gastos por centros de beneficios.

El contrato programa genera incentivos a la eficiencia, al estar fijados los ingresos *ex-ante*, siempre y cuando los ahorros conseguidos en la gestión del presupuesto reviertan en el centro, si bien esta cuestión se establece con excesiva ambigüedad, como se desprende del contrato programa para 1995 donde se señala: «El saldo positivo, en su caso, entre los presupuestos realmente ejecutados de gastos e ingresos, revertirá en la cuantía que se determine, en el hospital, previa autorización de la Dirección General de Insalud y tendrán en todo caso como requisito esencial el cumplimiento de los objetivos de actividad establecidos en los anexos del presente Contrato Programa»<sup>15</sup>.

La experiencia acumulada en los cuatro años transcurridos desde su inicio permite señalar a juicio del propio Insalud un cambio en la cultura de la organización debido a la mejora en la conciencia del gasto, los sistemas de información sobre actividad, el desarrollo de sistemas de gestión, la definición de la cartera de servicios y la implicación de los profesionales. Por su parte Barber y González (1996) encuentran evidencia empírica de la mejora de la eficiencia técnica de los hospitales del Insalud gestión directa desde la implantación del Contrato programa (período, 1991-1993), así como de la contención del gasto en 1993.

(13) Una organización pura se define por Imai e Itami (1984) cuando la asignación de recursos se basa en la jerarquía y las relaciones entre los miembros tienen un carácter fijo y continuado.

(14) Cabasés y Martín (1995) señalan a tal efecto que «El contrato programa en el seno de la Administración Pública, siendo las partes dos Administraciones o dos órganos de la Administración, cualesquiera que sean, no es sino una ficción legal que encubre una estrategia de dirección por objetivos, para que un documento tenga naturaleza jurídica de contrato, es necesario acudir al Código civil... El contrato programa por tanto no se puede *rescindir*, ni se puede reclamar arbitral o judicialmente su cumplimiento porque en realidad no es un contrato.

(15) El contrato programa de 1996 implica una mayor claridad en el sistema de incentivos de la atención especializada al señalarse la cuantía mínima de la bolsa de productividad variable en función del grado de cumplimiento de objetivos asistenciales y de mejora de la eficiencia.

Sin embargo son numerosos los problemas e incógnitas que dicha modalidad suscita. En primer lugar, la adopción del contrato programa no contempla de forma explícita ningún mecanismo que asegure una coordinación eficaz entre diferentes niveles asistenciales, cada centro es considerado de forma separada, lo que aumenta la autonomía en su funcionamiento pero a costa de las posibles ventajas ya señaladas en la explotación de las interdependencias, si bien desde 1995 se introduce como objetivo mejorar la coordinación entre ambos niveles mediante el establecimiento de protocolos conjuntos para determinadas patologías, entre otras medidas<sup>16</sup>.

En segundo lugar, la autonomía de cada centro para alcanzar los objetivos firmados se ve limitada en la práctica por la normativa existente derivada de su carácter público, lo que dificulta una eficaz delegación y control de resultados a posteriori; se puede afirmar que existen contradicciones entre los derechos residuales de decisión y control transferidos en el contrato programa y los que se establecen a través del resto de la normativa de cada Administración sanitaria.

El sistema de incentivos / sanciones asociadas al cumplimiento / incumplimiento del contrato programa parece estar presidido por una ambigüedad calculada, lo cual se desprende en parte de su carácter ficticio, por lo que en ausencia de mecanismos más explícitos la experiencia acumulada por cada centro será el factor determinante de la credibilidad del sistema. En todo caso la implantación de los contrato programa debe ser contemplada y analizada como un proceso temporal, mediante el cual se desarrolla un aprendizaje organizativo que se plasma en nuevas rutinas y pautas de comportamiento. Desde una perspectiva de largo plazo también se debe tener en cuenta el efecto positivo que la dinámica de contratación y separación de funciones ejerce en la capacidad de absorción o asimilación de nuevas pautas de gestión de cara al futuro (Cohen y Levinthal, 1990).

#### 4. EPÍLOGO

Asturias se encuentra en la actualidad entre el grupo de Comunidades Autónomas a las que aún no han sido transferidas las competencias del Insalud, junto a Aragón, Baleares, Cantabria, Castilla La Mancha, Castilla y León, Extremadura, La Rioja, Madrid, Murcia, Ceuta y Melilla, conformando un territorio directamente gestionado por el Insalud.

Desde el punto de vista de la ordenación territorial sanitaria, Asturias está dividida en ocho áreas sanitarias, dotadas de un dispositivo asistencial, tanto en atención primaria como especializada, con titularidad predominantemente pública. El número de camas funcionantes de agudos en el año 1994 dependientes del Insalud se sitúa en 2.774. La Comunidad Autónoma por medio

---

(16) El contrato programa del año 1995 establece entre sus objetivos la coordinación entre atención primaria y especializada, mediante 1) El establecimiento de la cartera de servicios que se ofertan desde la atención especializada a los profesionales de la atención primaria, 2) La elaboración de protocolos conjuntos, 3) Asegurar la información clínica entre ambos niveles asistenciales y 4) establecer sistemas de facturación entre atención primaria y especializada con bajos costes de transacción.

de Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA)<sup>17</sup> gestiona el Hospital Monte Naranco (255 camas quirúrgicas) y la red de Salud Mental<sup>18</sup>. El resto de camas está integrado por el sector privado con 508 camas y por tres hospitales de carácter benéfico privado, siendo el más importante el hospital de Jove con 233 camas, integrado en la red pública asistencial por medio de un concierto sustitutorio, los otros dos hospitales son el de la Cruz Roja con 150 camas y el Hospital de Caridad con 99 camas<sup>19</sup>. Cuando se lleva a cabo el proceso de transferencia del Insalud el SESPA deberá gestionar una red directa de 3.029 camas lo que representa el 75% de las camas de agudos existentes en la comunidad<sup>20</sup>.

Otro rasgo definitorio de la atención sanitaria pública<sup>21</sup> es el amplio grado de cobertura alcanzado por los equipos de atención primaria, situado en el 72% de la población, por encima de la media nacional (61%), lo que permite plantear un sistema de salud con un fuerte peso de la atención primaria.

Desde el punto de vista del gasto sanitario Asturias es una de las Comunidades Autónomas con un mayor gasto sanitario per cápita del Insalud no transferido; en el año 1994 dicho gasto ascendió a 87.668 pesetas, cifra sólo superada por Aragón, siendo la media del Insalud G.D. de 81.413 pesetas (cuadro 2). En cifras absolutas dicha gasto<sup>22</sup> se sitúa en 100.251 millones de pesetas en 1995 (cuadro 3). Desde el punto de vista de los programas a los que se destina la atención sanitaria, el gasto sanitario del Insalud se descom-

- 
- (17) El servicio de Salud del Principado de Asturias (Ley 1/92) se creó con la finalidad de realizar las actividades sanitarias y gestionar los servicios sanitarios propios de la Administración del Principado de Asturias y los que le sean asignados en el momento en que se asuman las competencias en esta materia. El presupuesto inicial del SESPA para el año 1995 ascendió a 7.699 millones, distribuidos en tres programas, Dirección y Servicios Generales, Atención de la Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica y Asistencia Hospitalaria (Hospital Monte Naranco).
- (18) El Hospital General de Asturias dependiente de la Comunidad Autónoma está siendo gestionado por el Insalud en virtud de un convenio de 1989, y forma parte del denominado Hospital Central de Asturias.
- (19) Ambos hospitales mantienen conciertos con el Insalud.
- (20) El mapa sanitario se completará con la puesta en marcha del hospital de Arriondas con 70 camas constituido bajo la forma jurídica de Fundación de carácter público. Con esta experiencia se pretende disponer de un sistema de gestión ágil alejado del modelo Insalud y que responda a la idea de empresa pública sanitaria. De cara al futuro los resultados obtenidos con esta experiencia pueden ser un elemento importante en la discusión de las fórmulas más adecuadas de gestionar la sanidad pública. En todo caso resulta deseable poder contar con innovaciones organizativas como la fórmula del concierto sustitutorio del hospital de Jove y el futuro hospital de Arriondas, en una Comunidad con un predominio del sistema de gestión basado en el modelo Insalud.
- (21) La Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, desde principios de la década de los 90, en línea con lo desarrollado por otras Comunidades, ha elaborado el denominado «Plan de Salud para Asturias» al objeto de analizar exhaustivamente cual es el nivel de salud actual y realizar predicciones acerca de los niveles futuros, reconocer problemas de salud, proponer objetivos a alcanzar por el conjunto de la sociedad, diseñar estrategias, señalar prioridades de actuación e implantar acciones de mejora y finalmente evaluar los beneficios en salud de la población en relación a los recursos empleados.
- (22) La importancia de las transferencias sanitarias en Asturias se evidencia si se tiene en cuenta que los presupuestos generales del Principado de Asturias en el año 1995 ascendieron a 105.950 millones de pesetas.

pone en: atención especializada (62%), atención primaria (35%), dedicándose el resto a formación e investigaciones sanitarias (2,06%), y un 0,9% a gastos de administración y servicios generales. La tendencia observada en el período 1990-1995 apunta hacia una redistribución del gasto sanitario del Insalud desde la atención especializada hacia la atención primaria (aproximadamente dos puntos porcentuales).

**Cuadro 2**  
**EVOLUCIÓN DEL GASTO CAPITALATIVO INSALUD**  
**(Ptas.)**

Comunidades Autónomas	1992	1993	1994
Aragón	84.419	86.148	87.960
Asturias	81.577	85.305	87.868
Baleares	62.716	67.367	70.494
Cantabria	82.448	85.181	83.627
Castilla La Mancha	67.324	73.673	75.812
Castilla y León	73.054	77.158	78.154
Extremadura	74.267	78.656	79.714
La Rioja	67.834	73.452	80.523
Madrid	82.360	84.296	85.227
Murcia	66.696	72.889	72.573
Ceuta	80.454	99.031	105.684
Melilla	96.778	99.713	102.609
Total Insalud G. D.	76.405	80.072	81.413

**Cuadro 3**  
**EVOLUCIÓN DEL GASTO SANITARIO DEL INSALUD EN ASTURIAS**  
**(Clasificación funcional, millones de ptas. corrientes)**

Concepto	1991	1992	1993	1994	1995
A. Primaria	25.618	28.378	29.760	31.743	35.000
A. Especializada	51.882	55.510	58.427	58.479	62.100
Formación e Inv.	1.423	1.565	1.951	2.107	2.165
Admón. y Serv. Gral.	1.007	985	1.012	923	955
TOTAL	79.930	86.438	91.150	93.252	100.251

Un tercer elemento a tener en cuenta es la estructura de la población y su grado de envejecimiento: Asturias según el censo de 1991 cuenta con una población de derecho de 1.093.937, con un envejecimiento muy por encima del conjunto nacional (cuadro 4), siendo éste uno de los elementos que más inciden en el gasto sanitario.

**Cuadro 4**  
**DEMOGRAFÍA Y ENTORNO**

Indicador	Asturias	España
<b>Población total</b>	<b>1.093.937</b>	<b>38.872.268</b>
Menos de 14	16%	19,3%
15-64 años	67%	66,8%
65-74 años	9,9%	8,2%
75 y más años	6,8%	5,7%
Tasa de paro*	21%	22,5%
Densidad (habitantes/km. <sup>2</sup> )	103,2	76,8

\* Según la EPA para 1996.

Además la dinámica demográfica apunta hacia una pérdida de población y un incremento de la población mayor de 65 años; así según las estimaciones del Netherlands Economics Institute para el año 2015 la población de Asturias se situaría alrededor de los 980.000 habitantes, siendo entre el 20 y el 22% de los mismos mayores de 65 años (Haverkate y Haselen, 1992). Otro aspecto a destacar son las dificultades orográficas y la dispersión de los habitantes situados en las comarcas occidentales y orientales de la región, así como el fuerte índice de personas prejubiladas y jubiladas de la región a consecuencia de la crisis estructural derivada de un modelo productivo basado en industrias en declive.

En el cuadro 5 se describe para el año 1994 la producción hospitalaria de las diferentes Comunidades Autónomas gestionadas directamente por el Insalud medida por el número de Upas por médico y el número de Upas por cama, lo que indica de forma agregada el nivel de productividad alcanzado con los recursos gestionados. Del análisis de estos datos se desprende que en Asturias existe margen de maniobra para mejorar la eficiencia global de los recursos en atención especializada.

**Cuadro 5**  
**PRODUCCIÓN HOSPITALARIA**  
**TERRITORIO INSALUD. COMUNIDADES AUTÓNOMAS**

Comunidad	Upas/Médico	Upas/Cama
Aragón	992	534
Asturias	980	529
Baleares	1.041	551
Cantabria	1.128	521
C. La Mancha	1.126	508
Castilla y León	1.040	521
Extremadura	1.219	506
Madrid	982	620
Murcia	1.120	596
La Rioja	1.139	535
Ceuta	1.057	484
Melilla	1.129	474

Fuente: Insalud, Facturación contrato programa 1994.

A modo de conclusión señalar que la tarea de futuro que le aguarda a la sanidad en Asturias requiere como condición inicial la negociación de un buen acuerdo para el traspaso de las competencias del Insalud que asegure la viabilidad financiera del actual sistema sanitario. En segundo lugar, y no menos importante, la asunción de competencias plantea el reto de lograr un sistema organizativo dotado de la necesaria flexibilidad para adaptarse a las necesidades futuras y con la máxima eficiencia en la asignación y uso de los recursos, en un contexto socioeconómico donde los costes de oportunidad son cada vez más altos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barber, P. y González, B. (1996): «La eficiencia técnica de los hospitales públicos españoles», en Meneu, R. y Ortún, V. (editores): *Política y gestión sanitaria: la agenda explícita*, SG editores y Asociación de Economía de Salud, Barcelona.
- Cohen, W. y Levinthal, D. (1990): «Absortive capacity: a new perspective on learning and innovation», *Administrative Science Quaterly*, 35, págs. 128-152.
- García, R. y Ventura, J. (1994): «La sanidad pública en el horizonte del año 2000», en *Economía y Empresa en Asturias. Homenaje a Ignacio Herrero Garralda, Marqués de Aledo*, Cívitas, Madrid.
- Haverkate, R. y Van Haselen, H. (1992): *Demographic evolution trough time in European regions*, Oficina de publicaciones de la CE, Luxemburgo.
- Holmstron, B. y Milgron, P. (1991): «Multitask principal - agent analyses: incentive Contrats, Asset Ownership and job design», *The Journal of Law Economics & Organization*, págs. 24-52.
- Holthman, G. y Kay, J. (1994): «The assessment: Institutions of policy», *Oxford Review of Economic Policy*, vol. 10, n.º 3.
- Imai, K. y Itami, H. (1984): «Interprenetation of Organizations and Market», *International Journal of Industrial Organization*.
- Martín, J. (1996): «Cambios en la regulación del sistema sanitario público español: incentivos y eficiencia», en Meneu, R. y Ortún, V. (editores): *Política y Gestión sanitaria: la agenda explícita*, SG Editores y Asociación de Economía de la Salud, Barcelona.
- Milgron, P. y Roberts, J. (1993): *Economía, organización y gestión de la empresa*, Ariel, Barcelona.
- Mintzberg, H. (1982): *La estructuración de las organizaciones*, Ariel, Barcelona.
- Mintzberg, H. (1992): *El poder en las organizaciones*, Ariel, Barcelona.
- Mintzberg, H. (1996): «Managing government, governing management», *Harvard Business Review*, mayo-junio.
- Ortún, V. (1997): «Integración vertical en sanidad», *Revista Asturiana de Economía*, n.º 8.

- Roberts, J. (1995): «Gestión estratégica: cambios en la naturaleza de la empresa», en Keenoy, E. y Pérez, J. (Ed.), *Oportunidades de gestión empresarial en los servicios sanitarios públicos*, Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada.
- Rumelt, R. (1995): «Inertia and transformation», en Montgomery, C. (Ed.) *Resource based and evolutionary theories of the firm: Toward a synthesis*, Kluwer Academic Publishers.
- Salas, V. (1995): «Gestión de recursos humanos en los nuevos modelos de organización empresarial», en Keenoy, E. y Pérez, J. (Ed.), *Oportunidades de gestión empresarial en los servicios sanitarios públicos*, Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada.
- Tirole, J. (1994): «The internal organization of government», *Oxford Economic Papers*, 46, págs. 1-29.
- Ventura, J. (1996): «La competencia gestionada en sanidad, un enfoque contractual», en XIII Jornadas de Economía de la Salud, Economía de la Salud y Fundación Mapfre Medicina Editores, Madrid.
- Williamson, O. (1996): *The mechanisms of governance*, Oxford University Press, Nueva York.

#### ABSTRACT

This article analyzes, from the perspective of organizational economics, the different existing alternatives for managing the complex world of transactions that characterizes the current operation of public health systems. The general characteristics of health organization, whose model based on the bureaucratic dualism of professional/meritocracy has given way to a new situation that can be described as a political setting, are presented. Subsequently, problems relative to the coordination and incentives in public health are dealt with as well as the nonnegotiable contract clause program in effect since 1992 for Insalud. Lastly, some of the differentiating features of Asturias are described, which should be kept in mind when looking ahead to the self-management of public health.

*Key words:* organizational economics, public health, coordination, incentives, Asturian case.