

LA GESTIÓN DE LA SUBCONTRATACIÓN PARA LA REDUCCIÓN DE LISTAS DE ESPERA: UNA APLICACIÓN AL ÁMBITO SANITARIO

Begoña González - Busto Múgica; Susana López Bayón
Universidad de Oviedo

RESUMEN

La existencia de listas de espera de hospitalización es uno de los principales problemas a los que se enfrenta el sistema público sanitario. Dada la alarma social que genera, se han diseñado diversas medidas de actuación para mejorar su evolución a lo largo del tiempo. Entre éstas, cabe destacar la subcontratación de servicios sanitarios a otros centros, mediante los denominados acuerdos de concertación. El objetivo de este trabajo es analizar las diferentes posibilidades de gestión de esta medida y evaluar su eficacia relativa en términos de su impacto sobre el comportamiento a largo plazo de las listas de espera quirúrgicas.

Palabras clave: listas de espera; relaciones de subcontratación; concertación sanitaria; dinámica de sistemas; modelo de simulación.

INTRODUCCIÓN

Las listas de espera representan un grave problema que afecta a la eficacia de aquellas organizaciones que las soportan, ya que demuestran la incapacidad de las mismas para hacer frente al objetivo de satisfacción de la demanda recibida, dentro de un margen de tiempo considerado adecuado por sus clientes¹. En el caso de la sanidad pública se transforman, además, en un problema político, debido al malestar y descontento social que originan. Los medios de comunicación se hacen eco de este malestar, resaltando la incapacidad del sistema de hallar medidas de gestión apropiadas para su eliminación. Asimismo, el problema se agrava cuando los tiempos de espera para determinadas patologías son tan elevados que ponen en riesgo la salud del paciente.

En este ámbito, la Administración ha venido aplicando, reiteradamente y de forma puntual, diversas medidas para hacer frente al problema generado por las listas de espera². Entre éstas, cabe señalar las concertaciones con otros centros sanitarios, ya sean de carácter público o privado; los programas especiales, comúnmente conocidos como "peonadas"; el envío de pacientes a centros privados cuando su tiempo de espera supera un límite o, por último, la depuración de la lista de espera. Este trabajo se ocupa de analizar la eficacia de la primera de estas medidas; esto es, las concertaciones con otros centros asistenciales, para la gestión y reducción de las listas de espera de hospitalización³ dentro del Sistema Nacional de Salud Español.

Las concertaciones o conciertos con otras entidades, consisten en el envío de determinadas patologías a otros centros para su intervención en los mismos o, en otras palabras, en una subcontratación de actividad sanitaria. No obstante, la aplicación de esta política de subcontratación por parte de la Administración ha estado sujeta a ciertas restricciones que han limitado su eficacia a la hora de reducir las listas de espera. Por ello, este trabajo se ocupa, en primer lugar, de analizar los rasgos y peculiaridades que han caracterizado a las concertaciones en los centros hospitalarios y, en segundo lugar, de analizar el impacto que, las distintas formas de aplicar esta medida, tienen sobre evolución de las listas de espera de dichos centros. Para ello, se emplea un modelo de simulación, que ha sido elaborado y validado siguiendo la

1 Si bien se ha optado por utilizar el término "cliente" como sinónimo de "paciente", debe señalarse que en un sentido estricto este último no cumple los requisitos exigidos para ser considerado como cliente (Valor y Ribera, 1990). Es decir, los pacientes no deciden qué servicio van a adquirir, qué cantidades van a pagar por el mismo, ni tienen capacidad para evaluar la calidad del servicio sanitario recibido.

2 Cabe destacar que el objetivo que ha de plantearse el sistema sanitario, no es la total eliminación de las listas de espera, ya que éstas cumplen una doble función. Por un lado, desincentivar la demanda oculta de servicios sanitarios y, por otro lado, facilitar la planificación de tareas. Por ello, en adelante se hará referencia al objetivo de "reducción", y no de "supresión", de las listas de espera.

3 Debe señalarse la existencia de dos tipos de listas de espera: de consultas externas y de hospitalización. Las primeras se refieren a aquellos pacientes pendientes de acudir a una primera consulta en un determinado servicio, no incluyéndose en la misma los pacientes que han de acudir a una posterior consulta de revisión o seguimiento. En cuanto a las segundas, incluyen aquellos pacientes pendientes de efectuar una intervención quirúrgica. El ámbito de este trabajo se restringe a las listas de espera de hospitalización.

metodología aportada por la dinámica de sistemas. Dicho modelo permite contrastar el efecto a largo plazo de las distintas políticas de concertación o subcontratación sanitaria y, consecuentemente, explicar las limitaciones y las posibles mejoras en su gestión.

LA CONCERTACIÓN SANITARIA: CONCEPTO, OBJETIVOS Y LIMITACIONES

LA CONCERTACIÓN SANITARIA: UN MODO DE SUBCONTRATAR CAPACIDAD ASISTENCIAL

En el ámbito de los hospitales del Insalud, el concierto con otros centros supone la externalización parcial de la producción interna de servicios sanitarios, hacia otro centro independiente del organismo u hospital concertador. En este sentido, la concertación da lugar a una relación de subcontratación⁴, en la que la actividad subcontratada es una intervención sanitaria.

Asimismo, este tipo de acuerdos se puede englobar dentro de la denominada subcontratación de capacidad. Ésta surge cuando las entidades contratistas –o concertadoras– se enfrentan a niveles de demanda que no pueden ser satisfechos en el corto plazo con su capacidad instalada y delegan temporalmente en un subcontratista –o centro concertado– la realización de la *parte* de la producción que no puede ser obtenida internamente. De este modo, la subcontratación de capacidad sirve como un mero instrumento encargado de amortiguar la insuficiencia eventual del contratista para atender a sus clientes, explicada por uno o varios de los siguientes factores: existencia de una demanda incierta o irregular (sometida a variaciones cíclicas o estacionales), falta de adaptabilidad o fallos en las predicciones sobre los objetivos, carencia de recursos financieros a corto plazo para instalar la capacidad necesaria u ocurrencia de huelgas o fallos imprevistos en los equipos. En el caso del sistema sanitario, dicha falta de capacidad se manifiesta en la aparición de las denominadas listas de espera.

En todo caso, en este tipo de acuerdos lo normal es que el subcontratista dependa económica y, en algunos casos, técnicamente de la entidad contratista. Es decir, cuando se subcontrata capacidad, las características técnicas de los sistemas de producción de ambas organizaciones deben ser parecidas; no obstante, el subcontratista suele encontrarse en una situación de inferioridad técnica respecto a la empresa principal, siendo habitual que esta última asesore e incluso ceda los útiles necesarios de producción al vendedor (Pellicer y Solá, 1990). De hecho, en el caso particular de las concertaciones, se suele subcontratar la realización de intervenciones quirúrgicas de escasa complejidad, partiendo del supuesto de que la capacidad y la calidad percibida por usuario del centro concertado, son inferiores a las del hospital que actúa como centro concertador.

Por otra parte, teniendo en cuenta que este tipo de relaciones suele tener un carácter inestable y que la existencia continuada de subcontratistas es condición necesaria para la supervivencia de esta u otra modalidad de subcontratación, también es de esperar que los contratistas estén interesados en vendedores con negocios diversificados –que no sólo dependan de sus demandas– (Imrie, 1986). No obstante, si bien los hospitales no suelen tener en consideración este hecho a la hora de concertar un servicio con un centro u otro, en la práctica se observa cómo la supervivencia de los centros concertados, no depende de forma significativa de la demanda que reciben en virtud de estos contratos⁵. En realidad, el principal criterio utilizado para seleccionar al centro concertado es el de su proximidad geográfica con el hospital, hecho que se explica por la propia naturaleza de la actividad subcontratada.

BENEFICIOS PERSEGUIDOS A TRAVÉS DE LAS CONCERTACIONES

La principal ventaja que cabe destacar de las concertaciones sanitarias es que su empleo permite la utilización de recursos de la red asistencial, tanto pública como privada, que de otra forma permanecerían ociosos. La utilización de tales recursos puede favorecer, a su vez, la reducción de las listas de espera

4 Si bien en España y desde el punto de vista legal no existe una definición de subcontratación unánimemente aceptada, desde la literatura económica y empresarial ésta se define como un acuerdo a través del cual una entidad (contratista, comprador o empresa principal) confía a otra (subcontratista, vendedor o empresa auxiliar) el procedimiento de ejecutar para ella, y según unas determinadas indicaciones preestablecidas, una parte de la producción o de los servicios, quedando a cargo del contratista la responsabilidad económica final (Comunidad Europea, 1989; Imrie, 1986; Pellicer y Solá, 1990)

5 Cabe destacar que, en el caso de los acuerdos de subcontratación establecidos en el marco de los Contratos Programa, en vigor desde 1992 y aplicados para el INSALUD no transferido (véase Martín y Cabasés, 1995; Ventura, 1997), la supervivencia de gran parte de los centros con los que pacta el Insalud depende de la existencia de dichos contratos; puesto que éstos representan la mayor parte de su actividad.

hospitalarias y, por lo tanto, asegurar en mayor medida el derecho a la protección de la salud⁶ (Costas Lombardía, 1996) –derecho que se ve suspendido durante el período de permanencia en la lista–. Precisamente, esta ventaja constituye el principal objetivo perseguido por la Administración con la aplicación de esta medida de gestión.

INCONVENIENTES Y LIMITACIONES ASOCIADOS A LAS CONCERTACIONES

El empleo de la subcontratación sanitaria, como cualquier otro instrumento de gestión, no está exento de problemas. Por un lado, cabe señalar el rechazo mostrado hacia esta medida por los agentes afectados; es decir, los pacientes, los médicos pertenecientes al hospital concertador y los centros concertados. Los motivos que explican este rechazo y, por tanto, la eficacia de su puesta en práctica, se enumeran a continuación.

En primer lugar, un elevado porcentaje de pacientes rehusan la oferta de ser intervenidos en hospitales concertados⁷, por considerar que éstos ofrecen menores garantías que el hospital concertador, al procurar servicios de calidad inferior y disponer de peores medios que este último. En segundo lugar, los servicios concertadores también suelen mostrar reticencias, basadas en que la concertación puede llegar a ocasionar la pérdida de la confianza que han depositado en ellos los pacientes –que se ven desplazados hacia otros centros hospitalarios– y dificultar el seguimiento de su enfermedad y tratamiento. Así mismo, también suelen denunciar el hecho de que los centros concertados disponen de recursos inferiores en términos de calidad de la atención y de capacitación. En última instancia, estas críticas apuntan a un efecto negativo de las concertaciones sobre la calidad del servicio sanitario prestado. Por último, desde la óptica del centro concertado, éste puede rechazar pacientes, alegando que la intervención o tratamiento a aplicar entraña unos riesgos elevados que no están dispuestos a asumir. La causa última de este tipo de rechazos, puede atribuirse a la imposibilidad del servicio para el cual se establece la concertación, de dictaminar qué pacientes, por su estado actual de salud o por las complicaciones post-operatorias que cabe esperarse, son susceptibles de ser enviados a un centro concertado.

Otro inconveniente a tener en cuenta, es que la subcontratación sanitaria puede provocar la aparición de incentivos perversos en los profesionales médicos, cuando éstos prestan sus servicios simultáneamente en el centro concertado y en el hospital concertador. Tales incentivos, se manifestarían en una reducción oportunista de la actividad que realizan en este último hospital, con el consiguiente incremento en su lista de espera. Con ello, lograrían justificar la subcontratación con el centro privado concertado –en el que también prestan servicios– y, consecuentemente, el mantenimiento y/o el aumento de su demanda.

No obstante, la crítica principal atribuible a las concertaciones, es que esta medida no es capaz de solucionar el problema básico que justifica su puesta en práctica; esto es, la reducción de las listas de espera de hospitalización. Sin embargo, tal y como se justificará más adelante, esta crítica únicamente parece ser cierta en aquellos casos en los que las concertaciones se gestionan de forma rígida.

GESTIÓN FLEXIBLE VS. GESTIÓN RÍGIDA DE LAS CONCERTACIONES

Con el fin de analizar el principal inconveniente de las concertaciones antes enunciado; es decir, su incapacidad de reducir las listas de espera, es necesario profundizar en las características de su puesta en práctica. En este sentido, se pueden identificar dos formas alternativas de gestionar este tipo de subcontratación sanitaria. Una primera modalidad viene dada por lo que, en adelante, se denominará *gestión de carácter rígido*. Ésta se caracteriza porque el número de pacientes a ser enviados a centros concertados, es un volumen fijo y negociado a principios de cada año. A su vez, este volumen viene determinado por el presupuesto fijado y asignado anualmente por el Insalud al centro hospitalario, para el establecimiento de conciertos con otros centros, y por el precio de la actividad sanitaria que va a ser subcontratada. Además, el volumen acordado en cada centro, se elimina automáticamente de su lista de espera tras su determinación. Cabe señalar que, hasta fechas recientes, esta modalidad es la que se ha venido aplicando en la mayor parte de los hospitales pertenecientes a la red asistencial del Insalud.

Por el contrario, la modalidad de gestión que en adelante se calificará como *gestión flexible*, se caracteriza porque el volumen de concertación ya no es una cuantía fija; sino que se establece en función del volumen de las necesidades reales de cada hospital. Estas necesidades dependen, en última instancia, de la capacidad del centro concertador y del tiempo de espera de los pacientes en lista, que es fijado como objetivo por la Administración. Hay que destacar, que este tipo de gestión flexible se ha incorporado recientemente a los hospitales del Insalud y parece tener un mayor impacto sobre la evolución del tiempo de espera de los pacientes.

⁶ Este derecho, recogido en el art. 43 de la Constitución, constituye el objetivo prioritario del Sistema Nacional de Salud español.

⁷ En el caso de Asturias, en 1997 este porcentaje se elevaba al 25%.

Precisamente, el objetivo de este trabajo es contrastar empíricamente la eficacia relativa a largo plazo de ambas alternativas de gestión para la reducción de listas de espera hospitalarias. En concreto, se postula que, aunque la gestión rígida consigue disminuir el número de pacientes en espera en el momento en que se aplica la concertación, no consigue eliminar su tendencia creciente a largo plazo. Por otra parte, se defiende que una gestión flexible de las concertaciones, si conseguiría disminuir dicha tendencia creciente de forma sostenida a lo largo del tiempo.

SIMULACIÓN DEL EFECTO DE LAS CONCERTACIONES Y ENVÍOS A CENTROS PRIVADOS SOBRE LA EVOLUCIÓN DE LA LISTA DE ESPERA

Con el fin de contrastar las anteriores proposiciones, se ha empleado un modelo de simulación elaborado con el programa VENSIM DSS32 y previamente validado⁸. Dicho modelo, representa la gestión de listas de espera en un centro hospitalario y recoge dos tipos de información. Por una parte, todos aquellos aspectos teóricos que permiten comprender el funcionamiento de estos centros –peculiaridades organizativas, relaciones de agencia existentes en el ámbito sanitario y sistemas de incentivos aplicados al personal médico–. Por otra parte, también recoge el conocimiento tácito de los miembros de la organización –obtenido mediante entrevistas en profundidad realizadas al personal del Hospital Central de Asturias, del SESPA (Servicio de Salud del Principado de Asturias) y del Insalud.

La validación del modelo se ha llevado a cabo mediante un test de comportamiento estadístico⁹ con los datos correspondientes a la evolución de la lista de espera del Servicio de Cirugía General del Hospital Central de Asturias, durante el período comprendido entre Enero de 1989 y Diciembre de 1993. De su aplicación se obtuvo un coeficiente de determinación del 79,81%, un error medio absoluto porcentual del 26,55% y un error medio cuadrático de 673.88; lo que permite concluir que el modelo reproduce con fiabilidad la evolución real del sistema objeto de estudio. Asimismo, el modelo fue validado a través de un análisis de sensibilidad univariante respecto a los principales parámetros contenidos en el mismo.

A continuación, se presenta la parte del diagrama causal del modelo que refleja el efecto de las concertaciones sobre la lista de espera. En dicho diagrama, y en función de las relaciones que se describen a continuación, es posible detectar tres bucles de realimentación¹⁰, dos de carácter positivo y uno de carácter negativo.

El diagrama refleja cómo, a medida que la lista de espera se incrementa, el volumen de pacientes enviados a concertación también aumenta. Sin embargo, la *concertación* establecida en un principio no coincide con la que se efectúa realmente (*concertación real*) que, en definitiva, es la que reduce el volumen de la *lista de espera* de partida. Este hecho se explica por la devolución de pacientes al centro concertador (*pacientes vueltos*) –bien por decisión propia o por decisión del centro concertado– por considerar que la intervención a efectuar implica unos riesgos excesivos. Asimismo, los pacientes que no son intervenidos en el hospital principal cuando les corresponde –por decisión propia o personal– denominados *pacientes aplazados*, también reducen el impacto beneficioso de la subcontratación sanitaria sobre la lista de espera. Es decir, tales pacientes son enviados a concertación y, por lo tanto, disminuyen el número de pacientes de la lista de espera inicial que podían ser intervenidos en un centro concertado.

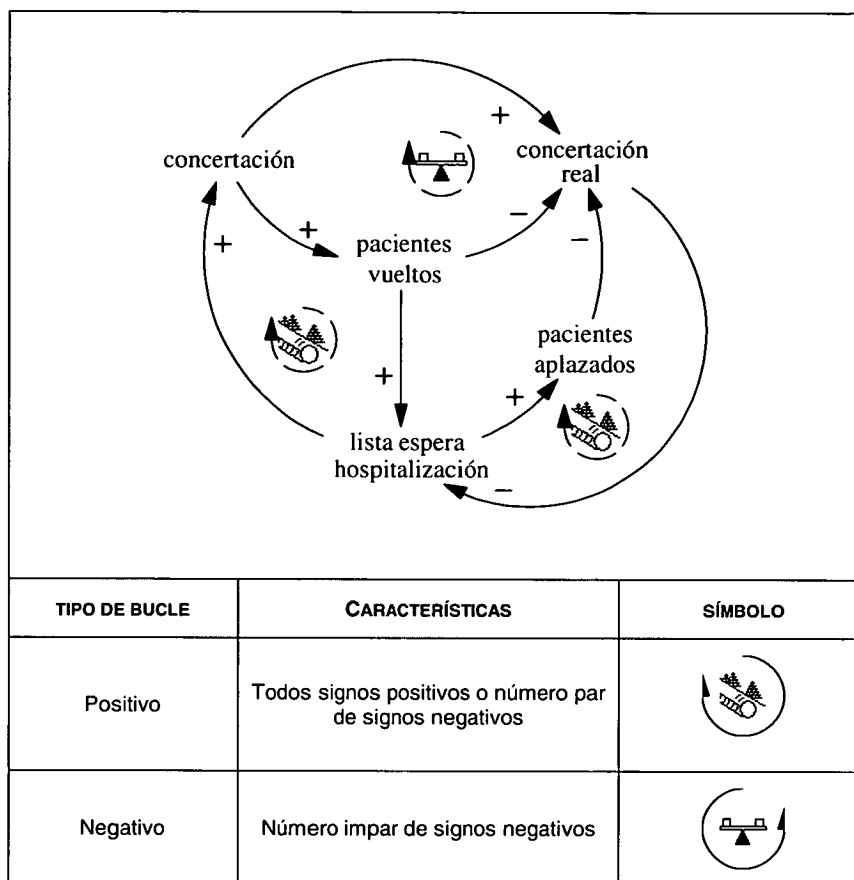
A través de este modelo de simulación, es posible analizar el comportamiento del sistema –esto es, la evolución de las listas de espera de hospitalización– en distintos escenarios y ante el empleo de distintas políticas. En concreto, se simularán los efectos de una política de concertación rígida y, en segundo lugar, los efectos de una política de concertación flexible. Ambos análisis se realizarán en un escenario caracterizado porque la demanda recibida por el servicio es creciente y con estacionalidades. La elección de dicho escenario se fundamenta en los siguientes aspectos:

8 En este trabajo únicamente aparece especificada, a través de un diagrama causal, la parte del modelo que refleja el efecto de las concertaciones sobre la lista de espera. El modelo general del que forma parte, está compuesto por un total de 24 relaciones no lineales, 37 niveles (incluyendo los internos a los retrasos), 119 variables auxiliares y 175 parámetros. Un desarrollo completo del mismo, puede encontrarse en González-Busto (1998).

9 Mediante este test, se contrasta en qué medida el modelo reproduce el comportamiento del sistema observado en la realidad.

10 Existe realimentación cuando el medio conduce a un acto decisivo cuyo resultado es una acción que, a su vez, influye en el medio y, por tanto, en las decisiones futuras (Forrester, 1961). Esta realimentación se recoge en los bucles de realimentación o estructuras de circuito cerrado que reflejan las relaciones causa-efecto entre variables. En concreto, existen dos tipos de bucles de realimentación: los bucles positivos y los negativos. Un bucle de realimentación es positivo cuando todos los signos de relación entre las variables son positivos –relaciones directas– o existe un número par de signos negativos –relaciones inversas. Por el contrario, un bucle es de carácter negativo cuando existe un número impar de signos negativos.

FIGURA 1: BUCLES DE REALIMENTACIÓN DE CONCERTACIONES CON OTROS CENTROS



- *Demanda creciente*: La tendencia al crecimiento de la demanda sanitaria se justifica por los factores recogidos en la siguiente tabla.

La cobertura universal que caracteriza al Sistema Nacional de Salud, cuyo fin último es liberar el consumo de servicios sanitarios de los condicionantes individuales de capacidad adquisitiva.

La financiación pública, a través de impuestos y cotizaciones sociales, lleva a los usuarios del Sistema Nacional de Salud a percibir los servicios que éste ofrece como de carácter gratuito, dando lugar a la aparición de un consumo excesivo. Es decir, el consumidor, enfrentado ante un precio cercano a cero en el momento de efectuar el consumo, tiende a demandar servicios cuya valoración marginal está por debajo de su coste marginal social (Ortún, 1990, p. 55).

El envejecimiento de la población, con los consiguientes cambios que implica en la mortalidad y morbilidad hacia enfermedades crónicas y degenerativas, que generan una demanda prolongada en el tiempo¹¹.

La mayor atención de los medios de comunicación a los problemas sanitarios y la orientación del sistema sanitario hacia la prevención y promoción de la salud, hechos que han supuesto un aumento de la información de que dispone la población en cuanto a temas de salud.

Las expectativas de la población en cuanto a la potencia del sistema sanitario, junto con las expectativas desaforadas de curación, que han dado lugar a una mayor dependencia de aquélla respecto a éste¹².

El creciente deseo por parte de los individuos de mejorar no sólo su salud, sino también de incrementar su calidad de vida, dando lugar a un incremento en la demanda de servicios específicos orientados a tal fin. Este hecho es causado, en último término, por factores tales como la mejora en

¹¹Este argumento aparece recogido por Ortún Rubio, V. (1990) p.25 como una de las hipótesis explicativas del crecimiento del gasto sanitario, si bien puede ser considerado como factor determinante del crecimiento de la demanda sanitaria.

¹²Ortún Rubio, V. (1990), pp. 25 y 30. De nuevo este factor aparece como hipótesis explicativa del gasto sanitario, así como factor explicativo de la paradoja de la salud.

los niveles de educación, el aumento de la renta per cápita y su consiguiente aumento en la calidad de vida o la influencia de los medios de comunicación social.

Los avances y descubrimientos en determinados campos de la medicina, que generan nuevas demandas que pasan a sumarse a la demanda previamente existente.

- En cuanto al *comportamiento estacional* de la demanda y sobre la base de los datos históricos existentes, se puede enunciar la siguiente característica:

Existe un comportamiento fluctuante en la evolución de las listas de espera, con una tendencia a incrementarse en los meses de julio, agosto y septiembre y con notables reducciones en los meses posteriores de octubre y noviembre, seguidas, a su vez, de un nuevo incremento en los meses de diciembre y enero y una nueva reducción en febrero, marzo y abril.

Este comportamiento viene explicado por los períodos vacacionales del personal correspondientes a julio, agosto y septiembre y, por otro lado, diciembre. Durante estos meses, la actividad de consultas y de intervenciones quirúrgicas se ve notablemente mermada. Y no sólo durante esos meses, sino también en el período inmediatamente posterior, debido a la necesidad de reajustes y de vuelta a la normalidad asistencial.

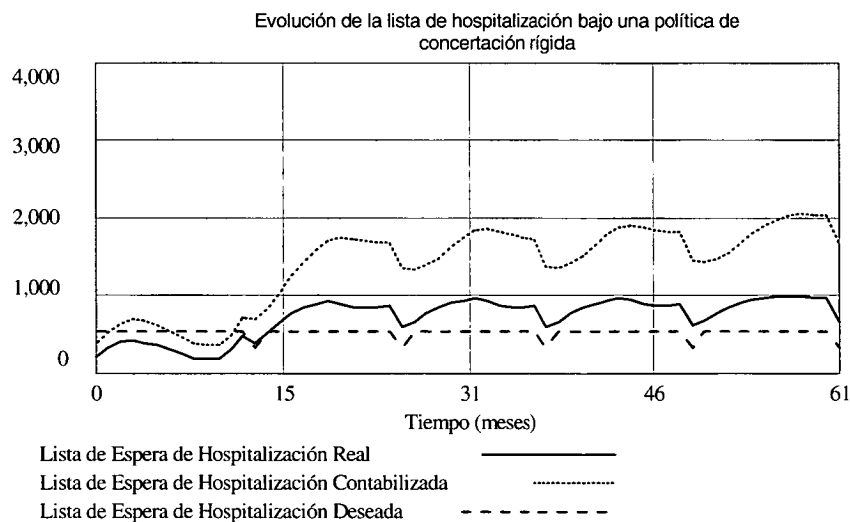
- *Simulación 1: Efectos de la política de concertación rígida sobre la evolución de la lista de espera de hospitalización*

La primera simulación realizada con el modelo, pretende contrastar la hipótesis 1, enunciada del siguiente modo:

H₁: Las concertaciones, gestionadas de forma rígida, permiten reducciones puntuales en el volumen de la lista de espera sanitaria, pero no afectan o mejoran su evolución a largo plazo.

Una vez activada en el modelo la política de concertación rígida, y centrando la atención en los resultados de la simulación, se observa en el siguiente gráfico¹³ cómo el comportamiento oscilante de la demanda, absorbido en parte por la actividad de consultas, se traslada a la lista de espera quirúrgica.

Gráfico 1:



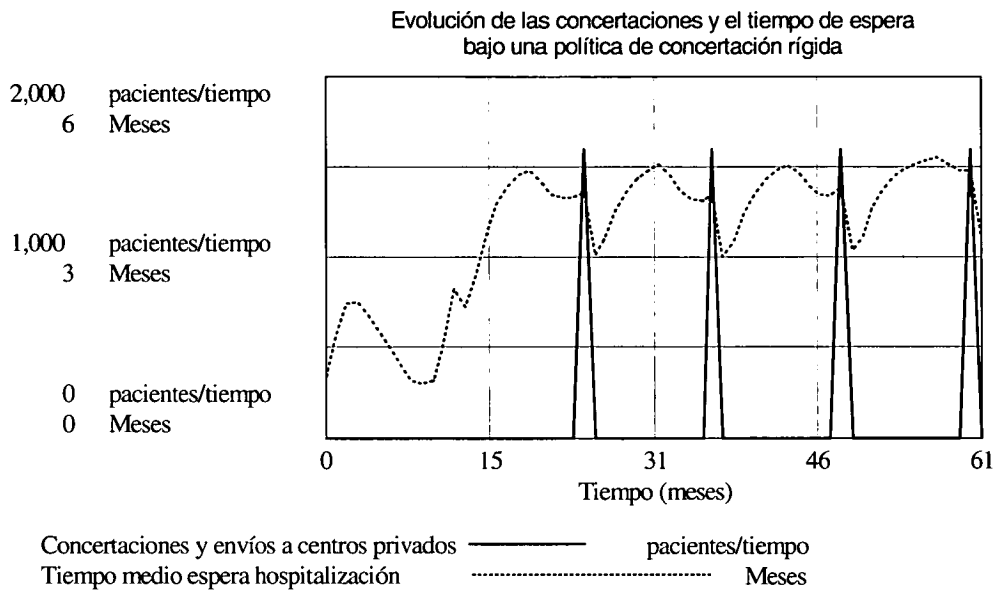
Al mismo tiempo, los resultados recogidos en el gráfico 1 muestran cómo la lista de espera contabilizada es superior a la real, mientras que la deseada se sitúa muy por debajo de las anteriores. De este

¹³ En los siguientes gráficos se distinguen tres tipos de lista de espera: La real, la contabilizada y la deseada. La lista contabilizada difiere de la real debido a que el abandono de pacientes no se contabiliza hasta que son llamados para efectuar la intervención y no acuden a la misma. En la medida en que la política de seguimiento de la lista, a través de revisiones periódicas, sea deficiente, ambos tipos de listas presentarán diferencias mayores, con las consiguientes repercusiones en su gestión; puesto que las decisiones se fundamentan en la contabilizada. La lista de espera deseada se obtiene de multiplicar la capacidad del centro por el tiempo de espera fijado como objetivo por la Administración.

modo, se comprueba que la capacidad del centro es insuficiente para hacer frente a la lista acumulada, a excepción de los primeros períodos, debido a que en los mismos la cantidad de intervenciones pendientes aún es pequeña.

De forma paralela, el *gráfico 2* muestra la evolución de las concertaciones y el tiempo medio de espera de hospitalización. Las concertaciones se activan periódicamente, enviándose a centros concertados un determinado volumen de pacientes, en este caso un total de 100¹⁴.

Gráfico 2:



Coincidiendo con estos envíos, al reducirse el volumen de pacientes en lista, el tiempo medio de espera cae ligeramente. Ahora bien, esa reducción en el tiempo de espera de la lista de hospitalización no se mantiene en el tiempo, sino que se vuelve a incrementar una vez transcurrido el efecto generado por la concertación. De este modo, se demuestra la incapacidad de las concertaciones de afectar a la evolución a largo plazo de la lista de espera, cuando son aplicadas de forma rígida.

▪ *Simulación 2: Efectos de la política de concertación flexible sobre la evolución de la lista de espera de hospitalización*

Puesto que el envío de un volumen fijo de pacientes a centros concertados no afecta a la tendencia a largo plazo de la lista de espera, se plantea a continuación la posibilidad de alterar el criterio empleado para llevar a cabo la concertación y, con ello, el contraste de la segunda hipótesis:

H₂: *Las concertaciones, gestionadas de forma flexible, permiten mejorar la evolución a largo plazo de las listas de espera de hospitalización.*

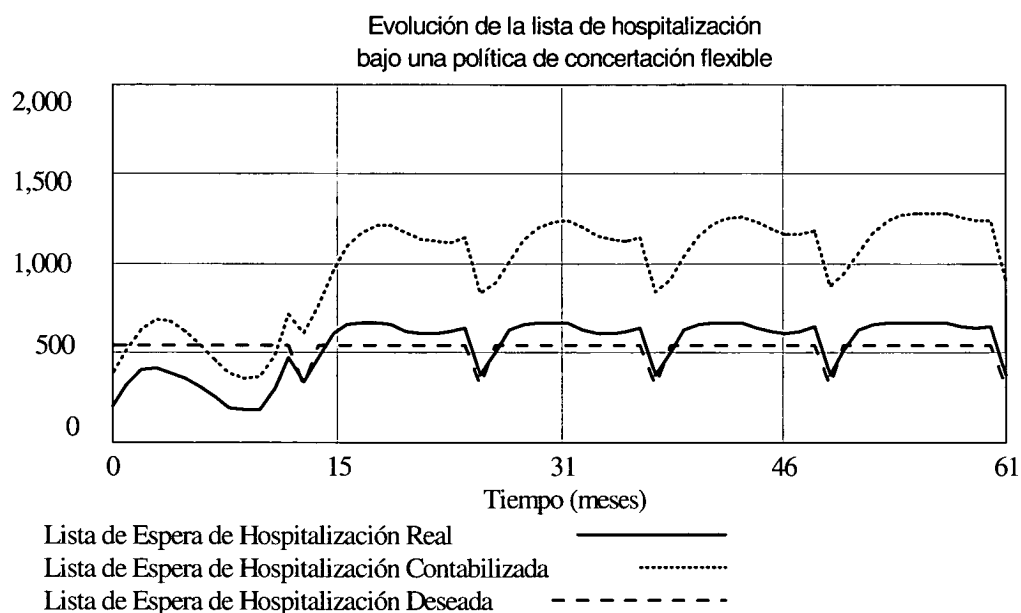
Para ello, es necesario introducir en el modelo una ecuación diferente que reproduzca esta nueva política. Si hasta el momento se enviaba a otros centros una cantidad constante y periódica de pacientes, se plantea ahora qué sucedería en caso de enviar a concertación el exceso de pacientes en lista; es decir, el número de pacientes que el servicio de un hospital no es capaz de atender con su capacidad normal y en el tiempo de espera de hospitalización deseado¹⁵. Además, también se elimina el carácter periódico esta

14 En este gráfico aparecen envíos a concertaciones de 1600 pacientes periódicamente, si bien en el texto se hace mención a 100 pacientes. El motivo por el cual esta variable ha de tomar dicho valor es porque la periodicidad con que se realizan los cálculos internos en el modelo (dt) es de 0.0625. Puesto que las concertaciones son un flujo de salida del nivel "listas de espera", y partiendo de que dicho nivel en el momento t es: $N_t = N_{t-1} + (\text{Flujo de entrada} - \text{Flujo de salida}) * dt$, para que el resultado final del flujo por período sea de 100, ha de establecerse como valor 1600 = 100/0.0625.

15 Este volumen de pacientes se envía a concertación siempre y cuando se cumpla la siguiente condición:

subcontratación. El efecto sobre la lista de espera de esta nueva propuesta, aparece representado en el gráfico 3.

Gráfico 3:



En contraste con la situación anterior (*gráfico 1*), se aprecia cómo la lista de espera real tiende a estabilizarse, eliminándose la tendencia creciente en su evolución y manteniéndose paralela a la lista deseada –aunque sólo alcance los niveles de esta última en períodos de reducción de la actividad–.

CONCLUSIONES

A la vista de los resultados obtenidos en las anteriores simulaciones, puede concluirse que las concertaciones sanitarias, tal y como se han venido aplicando hasta la actualidad, permiten reducciones puntuales en la lista de espera de hospitalización en el momento de llevarse a cabo. En principio, esto no genera ningún efecto negativo sobre las mismas. Por el contrario, su empleo es adecuado, ya que implica la utilización de recursos de la estructura sanitaria, pública o privada, que de otra forma posiblemente permanecerían ociosos.

Ahora bien, una gestión eficaz de la concertación, debería generar efectos positivos a largo plazo, eliminando la tendencia creciente de las listas de espera. Dicha gestión implica la necesidad de flexibilizar la decisión de subcontratación a través de dos vías: Eliminando la rigidez que acompaña a su carácter periódico y, por lo tanto, convirtiéndola en una decisión continua y, de forma complementaria, permitiendo variabilidad en el volumen de la subcontratación. En concreto, el número de pacientes a ser enviados a otros centros, se calcularía en función de la capacidad normal del centro o servicio concertador y del tiempo de espera considerado aceptable por la Administración.

No obstante, cabe señalar que esta propuesta podría generar incentivos perversos para que el servicio que concierta reduzca su ritmo de trabajo, puesto que dicha reducción se vería siempre contrarrestada por un incremento en las concertaciones.

Otras limitaciones a tener en cuenta en este estudio, se derivan de la exclusión del modelo de restricciones de tipo financiero y presupuestario, necesarios para analizar la *eficiencia* comparativa de las políticas de concertación estudiadas. No obstante, como demuestra el test de comportamiento estadístico, el modelo dispone de un elevado poder explicativo a la hora de examinar la *eficacia* relativa de ambas políticas en términos de sus implicaciones sobre la evolución de las listas de espera.

BIBLIOGRAFÍA

- COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS: «DESARROLLO DE LA SUBCONTRATACIÓN EN LA COMUNIDAD». COMUNICACIÓN DE LA COMISIÓN Y PROYECTO DE RESOLUCIÓN DEL CONSEJO. BRUSELAS, 30 DE AGOSTO DE 1989.
- COSTAS LOMBARDÍA, E.: «LAS LISTAS DE ESPERA», EL PAÍS, 2 DE JULIO (1996).
- FORRESTER, J. W.: INDUSTRIAL DYNAMICS. THE MIT PRESS, INSTITUTE OF TECHNOLOGY, CAMBRIDGE MASSACHUSETTS (1961).
- GONZÁLEZ-BUSTO MÚGICA, B.: ANÁLISIS DINÁMICO DE LA ORGANIZACIÓN DE CENTROS HOSPITALARIOS: UNA APLICACIÓN A LA GESTIÓN DE LISTAS DE ESPERA. TESIS DOCTORAL, UNIVERSIDAD DE OVIEDO (1998).
- IMRIE, R. F.: «WORK DECENTRALISATION FROM LARGE TO SMALL FIRMS: A PRELIMINARY ANALYSIS OF SUBCONTRACTING». ENVIRONMENT AND PLANNING, 18, PP. 949-965 (1986).
- MARTÍN, J. J. Y CABASÉS, J. M.: «CAMBIOS EN LA GESTIÓN SANITARIA», INFORME SESPAS, ED. NAVARRO, C., CABASÉS, J. M. Y TURISMO, M. J. (1995).
- ORTÚN RUBIO, V.: «INCORPORACIÓN DE LOS CRITERIOS DE EFICIENCIA ECONÓMICA A LAS DECISIONES CLÍNICAS», INFORMACIÓN COMERCIAL ESPAÑOLA, MAYO-JUNIO, PP. 117-29 (1990).
- ORTÚN RUBIO, V.: LA ECONOMÍA EN SANIDAD Y MEDICINA: INSTRUMENTOS Y LIMITACIONES. EDITORIAL LA LLAR DEL LLIBRE, BARCELONA (1992).
- PELLICER, P. Y SOLÁ, J.: «CÓMO SUBCONTRATAR». MANUALES DEL INSTITUTO DE LA PEQUEÑA Y MEDIANA EMPRESA, IMPI, 2ª EDICIÓN CORREGIDA Y ACTUALIZADA (1990).
- VALOR SABATIER, J. Y RIBERA SEGURA, J.: «GESTIÓN EN LA EMPRESA HOSPITALARIA». INFORMACIÓN COMERCIAL ESPAÑOLA, MAYO-JUNIO, PP. 131-52 (1990).
- VENTURA, J.: «COORDINACIÓN E INCENTIVOS EN LA SANIDAD PÚBLICA: EL CASO ASTURIANO». REVISTA ASTURIANA DE ECONOMÍA, 8, PP. 49-65 (1997).