

Planificació de servicios de salud

Josep Fusté
Joan Parellada Sabaté

PID_00206584



Los textos e imágenes publicados en esta obra están sujetos –excepto que se indique lo contrario– a una licencia de Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada (BY-NC-ND) v.3.0 España de Creative Commons. Podéis copiarlos, distribuirlos y transmitirlos públicamente siempre que citéis el autor y la fuente (FUOC. Fundació para la Universitat Oberta de Catalunya), no hagáis de ellos un uso comercial y ni obra derivada. La licencia completa se puede consultar en <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/legalcode.es>

Índice

Introducción.....	5
1. Bases conceptuales y metodológicas de la planificación de servicios.....	7
1.1. Sistema de provisión de servicios	7
1.2. Objetivo de la planificación de servicios	8
1.3. Problemas y retos	9
1.4. El enfoque actual de la planificación de servicios	13
1.5. Visión estratégica	15
1.6. Metodología para la definición de criterios de planificación	16
1.6.1. Esquema básico para la definición de criterios de planificación	16
1.6.2. Variables relevantes	18
1.6.3. Necesidades. Demanda. Utilización	20
1.6.4. Variaciones de la práctica clínica	21
1.6.5. Ámbito de planificación y niveles de decisión	22
2. Aspectos operativos en la planificación de servicios.....	25
2.1. Elaboración de un plan de servicios de salud	25
2.1.1. Diseño del proceso, enfoque y contenidos deseados	25
2.1.2. Las fases del proceso (de ida y vuelta)	26
2.1.3. El análisis de la situación	27
2.1.4. La definición de líneas estratégicas	34
2.1.5. La definición de criterios de planificación	34
2.1.6. La construcción de escenarios	37
2.1.7. Desarrollo de planes sectoriales o territoriales de servicios	38
2.2. La planificación de servicios desde la posición de aseguradora/compradora	39
2.2.1. La póliza y el riesgo	39
2.2.2. La capacidad de decidir	40
2.2.3. Contratación de servicios como elemento de planificación de servicios	43
2.3. La planificación de servicios. Visión del proveedor de servicios	47
2.3.1. Planificación estratégica y otros instrumentos	47
Bibliografía.....	51

Introducción

Distinguiremos la planificación de servicios de la planificación en salud, que establece intervenciones para hacer frente a los problemas de salud más importantes.

Tradicionalmente, la planificación de servicios se centraba de manera exclusiva en los aspectos de oferta de servicios, partiendo de estándares (comúnmente denominados ratios) de recursos por población (por ejemplo, número de camas por 1.000 habitantes, número de habitantes por médico, número de enfermeras por médico, etc.).

La dicotomía entre actuar sobre la oferta o actuar sobre la demanda llevaba a poner el foco de la planificación de servicios en la oferta de recursos, sobre los que era más fácil intervenir por parte de las aseguradoras –principalmente los servicios públicos sanitarios– mediante la asignación de los recursos económicos. Posteriormente, dado que el crecimiento de la demanda ha sido progresivo y reconociendo que esta no siempre es un fiel reflejo de las necesidades, tomó una mayor importancia el intento de actuaciones sobre la demanda (copagos, racionamiento, listas de espera, etc.).

Este énfasis en la demanda llevó, con frecuencia, a descuidar las actuaciones planificadas sobre la oferta, pues se entendía que los proveedores de servicios ajustarían los recursos de manera eficiente a la demanda, más adecuada como resultado de una mejor gestión de la misma. Sin embargo, es bien conocido el hecho de que la oferta de recursos determina la utilización de los mismos; por ejemplo, niveles más altos de camas hospitalarias se han asociado a niveles más altos de frecuentación. La distribución de los recursos según tipos de servicios determina la capacidad asistencial de cada uno de estos y, a su vez, su utilización. De este modo, por ejemplo, la proporción de médicos especialistas sobre médicos generalistas supone que determinadas patologías sean atendidas con mayor o menor frecuencia en los servicios de atención especializada frente a los servicios de atención primaria.

Un enfoque más evolucionado de la planificación sanitaria contempla tanto los aspectos relacionados con la demanda, la utilización y las necesidades, como los de oferta (capacidad asistencial, funcionamiento de los servicios, rendimiento).

Esta área de conocimiento se estructura en dos unidades:

- Unidad 1. Bases conceptuales y metodológicas de la planificación de servicios.

- Unidad 2. Aspectos operativos en la planificación de servicios.

En esta segunda unidad, intentaremos revisar no solo los instrumentos del planificador de servicios clásico (gubernamental) como es el plan de servicios, sino también la contratación de servicios sanitarios desde la aseguradora como elemento regulador y la visión de los proveedores.

1. Bases conceptuales y metodológicas de la planificación de servicios

1.1. Sistema de provisión de servicios

Al hablar de provisión de servicios, nos referimos a la acción efectiva de prestar servicios –en nuestro caso, servicios de salud– a la población para hacer frente a sus necesidades de salud y asistenciales. Los servicios se proveen a través de distintos tipos de dispositivos que pueden ir desde la atención primaria, la atención especializada y la salud pública hasta la atención social. El modo en que se estructuran las redes asistenciales, con relaciones de sustitución y complementariedad entre los distintos tipos de servicios, determina lo que podemos denominar sistema o red de provisión de servicios.

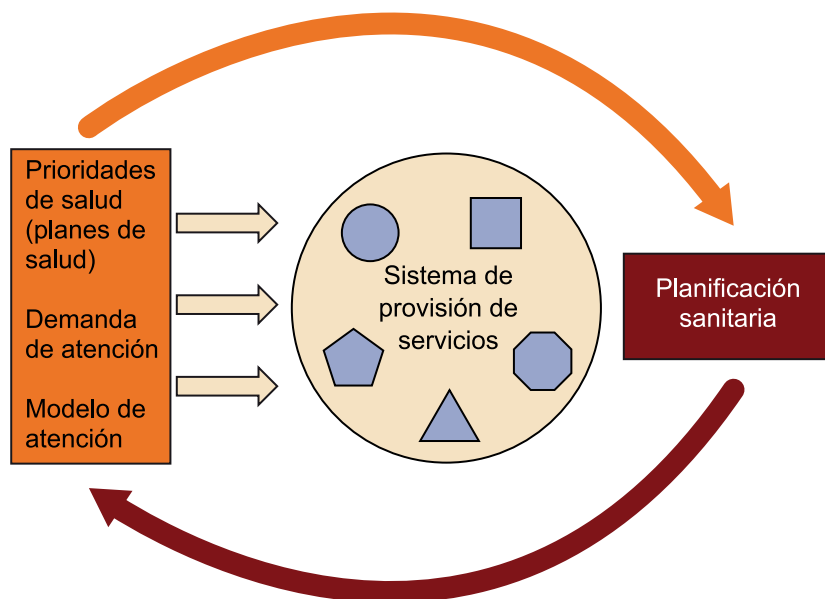
En este sentido, podemos definir el sistema de provisión de servicios como el conjunto de servicios que conforman la red asistencial de un territorio o una organización, la cartera de servicios, el modo de prestación de los distintos tipos de servicios de la red y las relaciones entre los mismos.

En un entorno de aseguramiento, ya sea público, privado o mixto, la provisión de servicios puede ser llevada a cabo: a) directamente por las mismas entidades aseguradoras; o b) bien por otras entidades más o menos especializadas de manera exclusiva en la provisión.

En el primer caso –el de provisión directa por la misma institución responsable del aseguramiento–, las organizaciones suelen ser de tipo jerárquico con decisiones encadenadas desde el más alto nivel de poder (el Gobierno en los sistemas públicos). Normalmente, presentan bastantes rigideces en el necesario proceso de adaptación a las necesidades cambiantes.

En el segundo modelo, las directrices se establecen en el nivel macro y mediante instrumentos de relación entre instituciones –contratos en sentido amplio– se toman las decisiones de manera descentralizada, y se distinguen las funciones de aseguramiento, planificación, compra de servicios y provisión de servicios, con responsabilidades diferenciadas, más o menos claramente, entre las instituciones implicadas (aseguradoras, entes planificadores, agencias de compra de servicios y entidades proveedoras).

El sistema de provisión de servicios (red, cartera de servicios, formas de prestación y relaciones) tiene relación con las prioridades de la política de salud, con la demanda de atención y con el modelo asistencial. La planificación debe contribuir a que esta relación se produzca de la manera más adecuada.



1.2. Objetivo de la planificación de servicios

El **objetivo general** de la planificación de servicios es el siguiente:

Orientar los servicios para dar respuesta a las necesidades de la población.

Los modelos sanitarios de los distintos países se basan en valores y principios inspiradores que se traducen en criterios que influyen en la manera de aproximarse al objetivo general de la planificación de servicios apuntado. Los **modelos de los sistemas públicos de salud** suelen establecer los siguientes **criterios generales** para tener en cuenta en la orientación de los servicios, con el objetivo de dar respuesta a las necesidades de la población:

1) Equidad

El criterio de equidad básicamente hace referencia a que todos los ciudadanos cuenten con las mismas probabilidades de tener el mejor resultado socialmente posible en una misma situación. Las actuaciones para mejorar el acceso a los servicios, evitar generar desigualdades sociales, de género o territoriales y reducir las desigualdades cuando estas existen, mediante actuaciones focalizadas a determinados grupos de población, son expresiones del criterio de equidad.

El criterio de equidad no debe confundirse con la idea más o menos extendida de que todo debe hacerse de una manera homogénea, sino que más bien se trata de que a necesidades diferentes les corresponden actuaciones distintas para conseguir el resultado más igualitario posible.

2) Eficiencia

El concepto de eficiencia hace referencia a buscar la mejor relación entre el resultado obtenido y el coste que representa. Por lo tanto, no es un concepto relacionado de manera exclusiva con el coste, sino también con la efectividad de las actuaciones. En el ámbito de la planificación de servicios, utilizamos el criterio de eficiencia fundamentalmente para determinar en qué tipo de servicio se obtiene un mejor resultado en términos de salud y de calidad del proceso al mismo coste, o bien qué tipo de servicio puede conseguir el mismo resultado de una manera menos costosa.

Otro abordaje de la eficiencia, para comparar diferentes intervenciones es el concepto de coste de oportunidad. Se trata del impacto en resultados de salud de otro tipo de intervención o servicio con el mismo coste que dejaríamos de llevar a cabo en un entorno de recursos limitados.

3) Satisfacción de la población

La satisfacción de la población se ha convertido en un criterio cada vez más importante debido a la mayor información y exigencia de los ciudadanos, así como al reconocimiento de que los ciudadanos son el objetivo prioritario del sistema público de salud.

4) Sostenibilidad

El criterio de sostenibilidad se refiere a la necesidad de que las actuaciones y la misma existencia del sistema de salud se puedan mantener en el futuro, básicamente en cuanto a financiación y encaje dentro de la sociedad.

La planificación, además de tener el propósito de ayudar a la toma de decisiones para dar respuesta a las necesidades actuales, posee un sentido prospectivo por el que pretende anticiparse a los problemas futuros cuya solución sería más difícil si no se previeran a tiempo.

1.3. Problemas y retos

El arranque de un proceso de planificación viene dado por una pregunta sencilla:

¿Cuál es el problema?

Conocer los problemas actuales o previsibles que se quieren resolver es la base de la toma de decisiones.

Los sistemas de provisión de servicios se enfrentan a una serie de problemas, entre los que podemos destacar los siguientes.

1) Problemas de capacidad asistencial

El aumento (o la reducción) de la población sin una adaptación consecuente de los recursos (la limitación de los mismos, los incesantes cambios tecnológicos, en las necesidades de salud y en las expectativas de la población o los errores de estimación de recursos necesarios) puede suponer una inadecuación en la capacidad asistencial para hacer frente a las necesidades de la población. Asimismo, una falta de priorización y de adaptación de las actuaciones a las especificidades de cada territorio puede implicar desequilibrios en la capacidad asistencial interterritorial, con zonas con exceso de recursos y otras zonas con notables déficits de los mismos.

Ejemplo

En Cataluña, después de un periodo de diez años y medio de estancamiento demográfico y envejecimiento, la población pasó en menos de una década (del 2000 al 2010) de 6 millones a 7 millones de habitantes. Este cambio brusco, sin que la asignación de recursos se adaptase al mismo ritmo y en una época de debilidad de la planificación de servicios, dio lugar a que muchos de los servicios de atención primaria vieran aumentadas las cargas asistenciales y a que, en determinadas zonas, llegaran a ser insuficientes los recursos de atención especializada, incluso teniendo en cuenta las mejoras de eficiencia alcanzadas (ambulatorización, reducción de la estancia media, etc.). Uno de los servicios en los que más se percibió el impacto del cambio de tendencia demográfica fue la atención materno-infantil, como consecuencia de la intensidad del flujo inmigratorio y el repunte de la natalidad al llegar a la edad fértil las generaciones del anterior *baby-boom*.

2) Problemas de accesibilidad

La accesibilidad física a los servicios depende del grado de descentralización de los servicios y de los condicionantes geográficos.

La proximidad a los servicios influye en su utilización, y con frecuencia genera desigualdades. A partir del criterio de equidad, y bajo la presión de la ciudadanía y las instituciones locales, de manera tradicional los gobiernos han dado una gran importancia a acercar los servicios a la población. Aun así el problema se sigue produciendo, y afecta especialmente a los grupos vulnerables.

Ejemplo de la Organización de Estados Americanos

“Reconocemos que persiste el problema de desigualdad de acceso a la atención y a los servicios integrales de salud, especialmente de los grupos de población vulnerables. Por consiguiente, nos comprometemos a redoblar nuestros esfuerzos para promover la protección social y a identificar e implementar estrategias para avanzar en el acceso universal a la atención integral a la salud de calidad, tomando en cuenta las políticas laborales, ambientales, sensibles al género y de Seguridad Social, así como la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 y procuraremos proporcionar los recursos necesarios con el fin de mejorar nuestros indicadores de salud.”

Declaración de Puerto España (2009).

Otro componente de la accesibilidad hace referencia al tiempo para ser atendido. La mayoría de los países con sistemas de cobertura pública tienen problemas de listas de espera como expresión más común de los problemas de accesibilidad, problemas que generan insatisfacción y angustia por parte de los ciudadanos y que, en muchos casos, han pasado a ser motivo de debate político.

3) Problemas de variabilidad en la utilización de servicios

La variabilidad observada en las tasas de utilización entre territorios, más allá de la justificada por las diferencias en las características poblacionales, plantea la cuestión de hasta qué punto la utilización se ajusta a las necesidades.

Es posible que se produzcan situaciones problemáticas de subutilización en casos de atención necesaria, y casos de sobreutilización que generen atención innecesaria. En el primer supuesto, estaríamos frente a problemas de inequidad dado que distintas poblaciones no tendrían la misma probabilidad de conseguir un resultado en salud satisfactorio. En el segundo caso, además del mayor consumo de recursos, algunos estudios han mostrado que la sobreutilización puede generar peores resultados de salud y de satisfacción.

4) Problemas de falta de adecuación de la atención

El incremento de las expectativas de la población, así como la cultura del consumismo y una cierta percepción en la opinión pública de que todo es posible, han supuesto un aumento de la demanda. A veces, esto ha generado atención poco adecuada y una sobremedicalización para hacer frente a problemas que no tienen solución o que no se encuentra en el ámbito de los servicios de salud.

Por otra parte, la atención no siempre se produce en los servicios más adecuados y, como consecuencia, nos encontramos con problemas de ineficiencia, ya sea porque no se consiguen los mejores resultados y/o porque hay alternativas menos costosas que permitirían obtener un resultado similar y liberar recursos para destinarlos a otras necesidades.

Ejemplos

Un ejemplo típico es la inadecuación en la atención en los servicios de urgencias (diferentes estudios han estimado altos porcentajes de urgencias inapropiadas en los servicios de urgencia hospitalarios, que pueden ir desde el 10% al 79% de los casos atendidos).

Fuente: S. Peiró; T. Sempere; S. Oterino (1999). "Efectividad de las intervenciones para reducir la utilización inapropiada de los servicios hospitalarios de urgencias. Revisando la literatura 10 años después del informe del defensor del pueblo". *Economía y Salud* (núm. 33, págs. 3-12).

Otra muestra de esta inadecuación de la atención la generan los propios profesionales sanitarios, y la tenemos en las recomendaciones sobre actuaciones de práctica clínica ineficientes que algunas organizaciones publican desde hace algunos años (*do not do recommendations*).

Fuente: <http://www.nice.org.uk/usingguidance/donotdorecommendations/>

5) Problemas de coordinación entre los servicios

La búsqueda de la excelencia en cada servicio en particular no es garantía de la calidad de la atención, ya que los pacientes requieren procesos de atención en los que intervienen distintos profesionales, servicios y centros.

Tanto los ciudadanos como los profesionales y los gestores reconocen que la coordinación y la integración asistencial son variables clave para la calidad, la eficiencia y la satisfacción con el proceso de atención.

Ejemplo

La falta de coordinación genera problemas de ineficiencia (duplicidades, alargamiento del tiempo de espera, etc.) y problemas de discontinuidad en la atención que dificulta la obtención del mejor resultado, además de la desorientación de los pacientes.

Las tendencias recientes plantean como reto la continuidad asistencial de los pacientes complejos, y se establecen rutas asistenciales que determinan el papel de cada uno de los dispositivos y servicios en el tratamiento del paciente.

6) Problemas de disponibilidad de recursos humanos

La disponibilidad de profesionales y su competencia son determinantes de la capacidad asistencial.

La formación de los profesionales de la salud es muy específica y necesita un largo periodo de tiempo. Este hecho, frente a los rápidos cambios tecnológicos, en el conocimiento científico y en las necesidades poblacionales, hace que con frecuencia se produzcan desajustes en la disponibilidad y capacidad de los profesionales necesarios. En muchos países, las dificultades para disponer de profesionales en términos cuantitativos y cualitativos han pasado a ser el problema más crítico para la planificación de servicios.

La movilidad de los profesionales es una oportunidad para mejorar el ajuste entre demanda y oferta de recursos humanos. Sin embargo, en algunos países también se presenta la paradoja de que emplean una gran intensidad de recursos económicos y formativos para la creación de profesionales bien capacitados, pero tienen dificultades para retenerlos en el propio país y se ven obligados a “importar” a profesionales y adaptar su formación a las características del propio sistema de salud.

7) Problemas de falta de adecuación de los recursos económicos

Los cambios del entorno económico suponen, a su vez, cambios en la disponibilidad de presupuestos para los servicios de salud. Estos se traducen en variaciones de cartera de servicios financiados, en la accesibilidad a los servicios (en proximidad o en lista de espera) o en la incorporación de tecnologías y de innovaciones.

La disponibilidad de recursos económicos condiciona enormemente la planificación de servicios, ya que afecta a las inversiones y a la prestación de los servicios y obliga a revisar las prioridades.

La planificación de servicios puede ayudar a encontrar solución a estos problemas y evitar/disminuir los que previsiblemente se presentarán en el futuro.

En la mirada hacia el futuro, los sistemas de salud se enfrentan a una serie de retos, a los que obviamente también tiene que hacer frente la planificación, y que principalmente están relacionados con:

- Cambios demográficos, sociales y culturales.
- Cambios epidemiológicos.
- Avances tecnológicos y en el conocimiento.
- Mayor información y aumento de expectativas de los ciudadanos.
- Aumento de la demanda y necesidad de modulación del gasto sanitario en entornos económicos cambiantes.

1.4. El enfoque actual de la planificación de servicios

Como se ha comentado anteriormente, una planificación de servicios que tenga en cuenta los aspectos significativos que están en el fondo de la orientación de los servicios para dar una respuesta adecuada a las necesidades de la población debe **superar** la aparente **dicotomía** entre un **enfoque de oferta** y un **enfoque de demanda**. En los dos lados es posible diseñar actuaciones, que están interrelacionadas entre sí.

Otro aspecto que hay que tener en cuenta es la importancia de la coordinación de servicios y la integración asistencial. En este sentido, si bien es necesario identificar los aspectos más críticos y priorizar con visión estratégica los servicios que son objeto de planificación, hoy día no es posible considerar de manera fragmentada cada línea de servicio, sino que es necesario un enfoque con visión global sobre el conjunto del sistema de provisión, considerando la relación entre los distintos tipos de servicios.

La salud de la población no depende únicamente de los servicios sanitarios. Los determinantes de la salud, desde una perspectiva integral, incluyen condicionantes socioeconómicos, culturales y ambientales, educativos, laborales, etc.

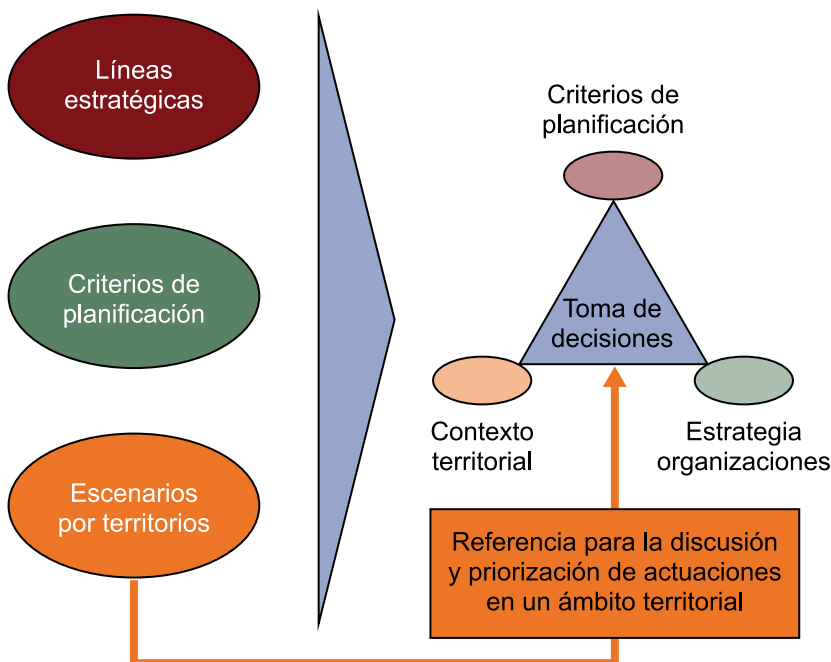
Por este motivo, desde la perspectiva de la planificación de servicios se requiere un enfoque que considere tanto el ámbito de los **servicios sanitarios** como el de la **salud pública** y el del espacio de atención compartida con los **servicios sociales**.

En los sistemas de salud interactúan distintos protagonistas y agentes, cuya implicación en la planificación, la ejecución y la evaluación debe ser un criterio de calidad del propio proceso de planificación. Así pues, la planificación debe incorporar la visión de los ciudadanos, los profesionales, los gestores, la Administración sanitaria y las demás instituciones que tienen competencias sobre los servicios de salud en sentido amplio.

En el siglo pasado, la planificación de servicios de salud se caracterizaba por determinar con más o menos precisión los recursos necesarios para una o distintas líneas de servicios. Por ejemplo, cuántos centros de salud u hospitales había que construir y dónde debían ubicarse. Actualmente, la toma de decisiones tiende a descentralizarse para que se adapte mejor a las especificidades y aprovechar el conocimiento de la realidad, más próximo al territorio y a las relaciones entre los agentes.

En consecuencia, la planificación se hace menos normativa, más indicativa u orientativa, y pone más énfasis en la visión estratégica, en la formulación de criterios y directrices y en la construcción de escenarios posibles de cara al futuro, que ayuden a la toma de decisiones en un ámbito territorial pero teniendo en cuenta las estrategias y los criterios de planificación generales.

Podríamos decir que se ha pasado de un enfoque determinista sobre recursos concretos a un enfoque centrado en **estrategias, criterios y escenarios**.



A modo de ejemplo, se reproduce en la tabla siguiente un esquema comparativo de los ejercicios de planificación de servicios de los años ochenta y el planteamiento de la planificación de servicios de salud actual en Cataluña.

Comparación mapa sanitario de Cataluña de 1980 y mapa sanitario, sociosanitario y de salud pública de Cataluña del 2006

	Mapa sanitario 1980	Nuevo mapa del 2006
Enfoque	A partir de ratios. Estático.	A partir de procesos y demanda. Prospectivo y dinámico.
Contenido	Ordenación territorial. Propuestas de equipamientos (centros de salud y hospitales).	Ordenación territorial. Líneas estratégicas de orientación. Criterios de planificación (explícitos y adaptables). Escenarios por territorios (estructura y procesos).
Servicios objeto de planificación	Asistencia primaria y hospitalaria, y actuaciones sobre el medio ambiente.	Tipología diversificada de servicios sanitarios, sociosanitarios y de salud pública.
Metodología	A partir de estándares de recursos por habitantes.	Proyecciones demográficas, hipótesis y objetivos de demanda y de cobertura. Estimaciones de demanda esperada y de necesidades de capacidad asistencial por territorios y para el conjunto de Cataluña. Incorpora visión de ciudadanos, profesionales y gestores.
Participación	Consultas a ayuntamientos, instituciones y organizaciones de profesionales.	Mediante espacios de debate y grupos de trabajo. Discusión en órganos estables de participación y de dirección del sistema.
Aprobación	Decreto del Gobierno de Cataluña.	Decreto del Gobierno de Cataluña, con una fase previa de debate abierto en el sistema de salud, las instituciones y la ciudadanía.

Mapa sanitario de 1980

El primer documento de planificación sanitaria de Cataluña en el marco institucional democrático fue el mapa sanitario de Cataluña, aprobado en el año 1980. En los años siguientes, continuó el ejercicio de planificación en el marco del desarrollo del mapa sanitario y, posteriormente, en torno a la reforma de la atención primaria, la reordenación hospitalaria, la reordenación de los servicios de salud mental y la creación de una red específica de servicios sociosanitarios.

1.5. Visión estratégica

En los últimos años, muchos países han intentado construir una visión estratégica sobre su sistema de salud para hacer frente a los retos de los cambios de la sociedad actual y tener orientaciones para la toma de decisiones en el conjunto del sistema.

Es posible consultar una gran multitud de documentos gubernamentales, de agencias y de consultoras que, tras un proceso de discusión, identifican los aspectos más críticos sobre los que actuar y establecen líneas de actuación de tipo estratégico (podéis consultar la bibliografía recomendada).

Como elementos más comunes de estas orientaciones estratégicas para los sistemas de salud, podemos destacar los siguientes:

- Mejorar el acceso: reducción de tiempo de espera, horarios, telemedicina (áreas rurales). Acceso a los servicios comunitarios (atención sexual, salud mental, prevención, población anciana, etapa de final de vida, etc.).

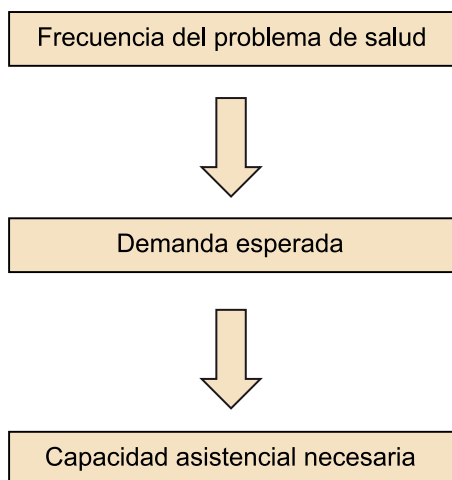
- Atención más ágil y personalizada; adecuar el seguimiento; continuidad asistencial.
- Mejorar resultados en determinados ámbitos priorizados (oncología, salud mental, enfermedades cardiovasculares, población anciana, población infantil, etc.).
- Reducción de desigualdades.
- Apoyo a pacientes con necesidades de larga duración.
- Potenciación de la responsabilidad individual sobre la salud (autocuidado).
- Áreas clave para aumentar la capacidad: infraestructuras, profesionales y TIC.
- Disminución del internamiento, aumento de la ambulatorización y proximidad de los servicios.
- Ampliar/reorientar roles; atraer y retener a profesionales.
- Asegurar las reformas poniendo al ciudadano en el centro de control.

1.6. Metodología para la definición de criterios de planificación

1.6.1. Esquema básico para la definición de criterios de planificación

Uno de los retos metodológicos más importantes en la planificación de servicios es poder vincular la planificación de salud (planes de salud tratados en otro apartado de este curso) y la planificación de servicios.

En este sentido, el modelo óptimo pasa por partir de los problemas de salud para calcular la demanda esperada, definir los servicios más adecuados para llevar a cabo las intervenciones con mejor relación entre efectividad y coste y, posteriormente, llegar a calcular la capacidad asistencial necesaria teniendo en cuenta los índices de funcionamiento y rendimiento óptimos.



En algunos casos, es posible seguir el esquema anterior e iniciar el proceso de planificación a partir de la frecuencia de un problema de salud.

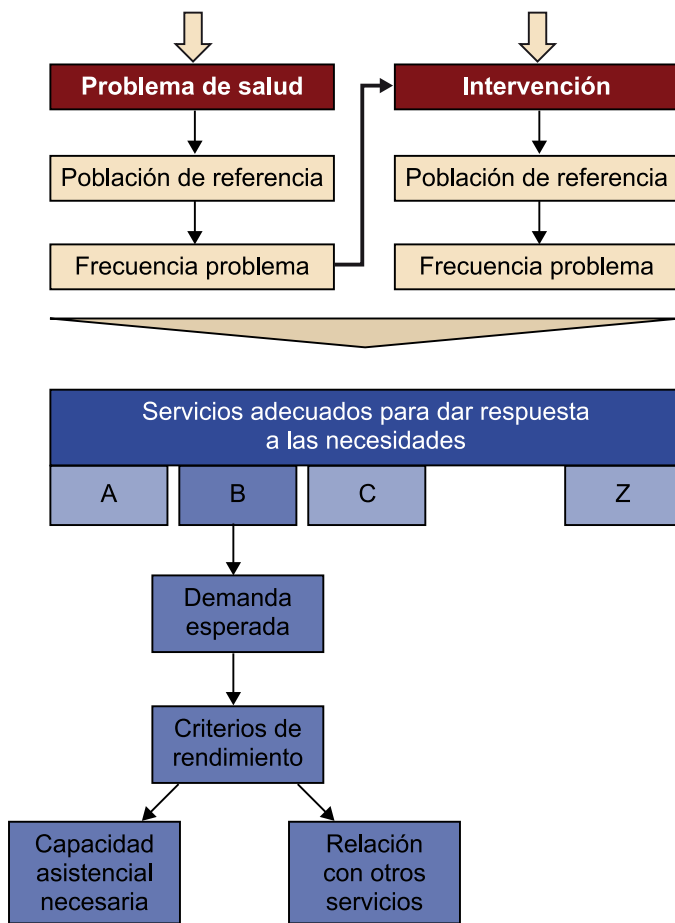
Ejemplo

Por ejemplo, en la planificación de necesidades de capacidad asistencial en unidades de cuidados intensivos para enfermos coronarios, podemos partir de la incidencia esperada de síndrome coronario agudo y otros problemas de salud cardiovasculares que se atienden en estas unidades. Posteriormente, estableceremos hipótesis/objetivos sobre cuántos llegarán a ser atendidos en un hospital, que nos permitan estimar la demanda esperada de atención y calcular el número de plazas necesarias. Para esto, consideraremos la estancia media de ingreso en la unidad de cuidados intensivos y la ocupación recomendable, de modo que haya un margen para asumir las posibles fluctuaciones en la demanda.

En otros casos este ejercicio resulta mucho más difícil, especialmente cuando estamos hablando de tipos de servicios poco específicos que atienden a la población para patologías muy diferentes, como por ejemplo los servicios de atención primaria. En estos casos, si se conoce la utilización y pueden formularse hipótesis de demanda, es preferible partir de la demanda esperada que hacerlo directamente de ratios de recursos por habitante o territorio.

La calidad del proceso de planificación vendrá determinada por el nivel más alto del que sea posible partir: problemas de salud mejor que demanda esperada y demanda esperada mejor que ratios de recursos. Sin embargo, las ratios por comparación son mejor que nada cuando no hay otra referencia o información suficiente.

En el cuadro siguiente, se presenta de manera más desarrollada el esquema metodológico de planificación y se establecen una serie de preguntas que ayudan a seguir el recorrido recomendado. No siempre es posible contestar a todas las preguntas pero, tal y como se ha comentado, el reto está cuanto más arriba, mejor.



- ¿Cuáles son los problemas de salud?
- ¿Cuál es la población que se puede ver afectada?
- ¿Qué sabemos sobre la frecuencia de los problemas de salud seleccionados?
- ¿Cuáles son las intervenciones propuestas? ¿Qué sabemos sobre la efectividad de las intervenciones? ¿Cuál es el nivel de cobertura deseado?
- ¿Qué sabemos sobre la eficiencia y la adecuación de los diferentes tipos de servicios?
- ¿Cuál será la demanda esperada para los diferentes tipos de servicios?
- ¿Cuál es la utilización efectiva actual de los servicios implicados? ¿Hay demanda no atendida?
- ¿Cuál es la capacidad actual de los servicios?
- ¿Qué índices de rendimiento de los servicios son posibles? ¿Hay un umbral de eficiencia conocido?
- ¿Cuál es la capacidad asistencial necesaria de los diferentes servicios?
- ¿Cómo deben relacionarse los diferentes servicios?

1.6.2. Variables relevantes

Las principales variables que hay que tener en cuenta para la definición de los criterios de planificación, siguiendo el esquema expuesto en el punto anterior, son las siguientes:

1) Población de referencia

La población es el punto de partida de la planificación, ya que esta se basa en el enfoque poblacional. Los principales datos para conocer son el volumen de población afectada, las características demográficas y sociales que influyen en las necesidades y la demanda de atención y las proyecciones demográficas de cara al futuro.

2) Frecuencia de los problemas de salud

En la medida en que sea posible partir de problemas de salud, hay que basarse en variables epidemiológicas de medida de frecuencia (incidencia y prevalencia).

La incidencia y prevalencia de los problemas de salud puede variar según territorios (de este modo, la incidencia y prevalencia de cardiopatía isquémica es más alta en algunos países, mientras que algunas patologías infecciosas, como la malaria, son endémicas en otros).

3) Demanda esperada

La estimación de la demanda esperada se basa normalmente en hipótesis sobre tasas de utilización poblacionales que pueden ser estándares indicativos a los que se quiere llegar o que se consideran adecuados en función de la frecuencia de los problemas de salud. Las tasas de utilización deberían ajustarse por las variables que influyen en la utilización relacionadas con las características de la población (por ejemplo, estructura de edad y sexo, características socioeconómicas, morbilidad, etc.).

Ejemplos

Tasa de hospitalización de 100 ingresos por cada 1.000 habitantes ajustada por estructura de edad y sexo, según la población de referencia del conjunto del territorio.

4 visitas por habitante al médico de cabecera y 2 a la enfermera, con tendencia a aumentar hasta 3 en 5 años.

4) Cobertura deseada

Es posible fijarse objetivos o hipótesis de cobertura de la demanda esperada que hay que alcanzar en cada territorio.

Ejemplo

Podemos establecer que un territorio con un hospital general básico (hospital comarcal) llegará a cubrir un 80% de la atención demandada, y el 20% restante será prestado por los centros más especializados ubicados en otra zona.

5) Índices de funcionamiento y rendimiento de los servicios

Los índices de funcionamiento y de rendimiento son los que acaban determinando la capacidad efectiva de atención de los servicios. Para cada tipo de servicio, se establecen índices que pueden ser relativamente diferentes. En general, hay que tener en cuenta el horario de funcionamiento, el volumen de actividad que cada unidad asistencial puede desarrollar correctamente dentro de este horario y el nivel de ocupación o rendimiento óptimo para tener margen para gestionar las fluctuaciones de la demanda.

Ejemplo

Un quirófano para cirugía programada que funciona 240 días al año y está abierto 12 horas al día, con un rendimiento del 75%, tiene capacidad para efectuar 1.080 intervenciones quirúrgicas (con un promedio de 120 minutos por intervención).

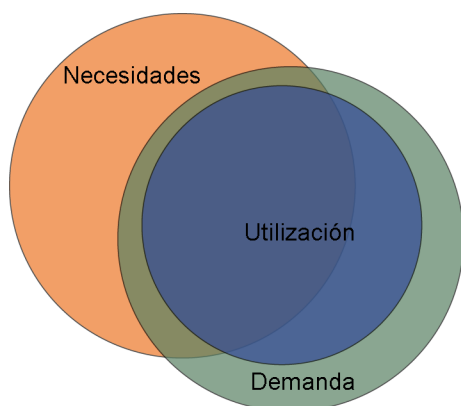
1.6.3. Necesidades. Demanda. Utilización

En planificación de servicios tiene especial relevancia, de cara a formular las hipótesis de demanda esperada, la discusión sobre la trilogía: necesidades, demanda y utilización. La relación entre estos tres fenómenos entra de lleno en la base del fundamento de la planificación, con el objetivo de orientar los servicios a dar respuesta a las necesidades de la población.

La utilización es la variable relacionada con la demanda y la necesidad de la que suele disponerse de más información. Por lo tanto, el análisis de la utilización de servicios proporciona *inputs* de gran valor para el ejercicio de planificación, pero es bien conocido el hecho de que la utilización está influida tanto por las necesidades y la demanda expresada como por las costumbres, los gustos o los hábitos de la población, la disponibilidad de servicios y los estilos de práctica clínica.

Cuando hablamos de orientación de los servicios para dar respuesta a las necesidades de la población –lo que hemos formulado como el objetivo general de la planificación de servicios–, estamos hablando en definitiva de acercar el círculo de la atención efectivamente proporcionada (utilización) a las necesidades.

En todo momento, puede haber necesidades que no se hayan expresado como demanda (por ejemplo, casos de diabetes o hipertensión no conocidos y no tratados) y demanda de atención o utilización de servicios que no corresponde con una necesidad (por ejemplo, tratamiento antibiótico para problemas de salud que curan solos o actividades preventivas no efectivas). Cuando la demanda no llega a traducirse en utilización, estamos hablando de demanda no atendida o en espera de atención (listas de espera). Por lo tanto, el reto de la planificación de servicios es que la utilización (la interacción entre la población y los servicios) cubra el máximo posible de una demanda que debería tender a superponerse al círculo de necesidades.



Utilización frente a necesidad

		Utilización	
		Sí	No
Necesidad de asistencia	Sí	Apropiada	Subutilización
	No	Sobreutilización	Apropiada

1.6.4. Variaciones de la práctica clínica

La variabilidad observada en las tasas poblacionales de utilización de servicios ha llevado a la consolidación de una línea de estudio que aporta muchos elementos de discusión sobre la eficiencia de los servicios y plantea interrogantes relevantes sobre procesos y resultados en el campo de la atención a la salud. Las variaciones en la práctica clínica (o variaciones en la práctica médica) se han definido como las variaciones sistemáticas –no aleatorias– en las tasas estandarizadas de un procedimiento clínico (terapéutico o diagnóstico, médico o quirúrgico) a un determinado ámbito de agregación de la población (McPherson, 1995).

Como factores explicativos de las variaciones en la práctica clínica, se han destacado los siguientes:

1) Inexactitudes en los datos o en el análisis

- Errores en las bases de datos.
- Problemas de codificación.
- Problemas de denominador.
- Variaciones aleatorias (estacionales, áreas pequeñas).

2) Factores de la población-demanda

- Diferencias en la morbilidad.
- Factores demográficos.
- Características socioeconómicas.
- Expectativas/demandas de los ciudadanos.
- Hábitos prevalentes.

3) Factores del dispositivo sanitario (oferta)

- Oferta de recursos.
- Sistemas de financiación e incentivos.
- Organización de los servicios.
- Cobertura y accesibilidad.

4) Factores del proveedor directo (oferta)

Lectura recomendada

S. Peiró; R. Meneu; J. A. Marqués; J. Libroero; R. Ordinaña (1998). La variabilidad en la práctica médica; relevancia, estrategias de abordaje y política sanitaria. *Papeles de Economía Española* (núm. 76, págs. 165-175).

Lectura recomendada

R. Meneu (2002). *Variabilidad de las decisiones médicas y su repercusión sobre las poblaciones*. Masson: Barcelona.

- Incertidumbre.
- Ignorancia.

Si salvamos los problemas en los datos, el resto de los factores son aspectos importantes en el campo de la planificación de servicios, ya sea para tener en cuenta en el análisis (ajustando por los factores no controlables, como las características demográficas o las diferencias de morbilidad) o para establecer las tendencias en las tasas de utilización de cara al futuro y criterios de cobertura, accesibilidad, organización y capacidad asistencial de los servicios.

La línea de investigación sobre variaciones en la práctica clínica, en los últimos años, se ha centrado en la discusión sobre hipótesis relacionadas con el factor de incertidumbre. Fisher y Wennberg establecen una clasificación de la atención según el nivel de incertidumbre:

- Atención efectiva (evidencia sólida).
- Atención discrecional o sensible a las preferencias de los pacientes (evidencia no concluyente).
- Atención sensible a la oferta (poca evidencia, amplias discrepancias y tasas asociadas a la disponibilidad de recursos).

En el Estado español, en torno a los muy interesantes trabajos del *Atlas de Variaciones en la Práctica Médica* se ha apuntado una nueva y sugerente hipótesis explicativa de variaciones, la denominada hipótesis de la fascinación tecnológica, para un contexto en ausencia de incentivos económicos significativos y con incentivos de tipo profesional.

Finalmente, cabe destacar que algunos trabajos de análisis de variaciones han demostrado que en territorios con una mayor oferta y más intensidad en la utilización de los servicios, los resultados en salud y de satisfacción podían llegar a ser peores. Por lo tanto, han respondido a la pregunta de “¿más es mejor?” con “más no siempre es mejor”.

1.6.5. Ámbito de planificación y niveles de decisión

La planificación solo tiene sentido si ayuda a la toma de decisiones. Por lo tanto, el ámbito de la planificación de servicios debe ser aquel sobre el que una institución tiene responsabilidad y capacidad para tomar las decisiones en lo que respecta a desarrollo y adecuación de los servicios (ya se trate de un Estado o una comunidad con autonomía política en los sistemas públicos de salud, o una aseguradora en sentido amplio).

Por otra parte, hay que considerar que algunos servicios, por su naturaleza, pueden ser definidos como **servicios con una referencia territorial de proximidad**. Se trata de aquellos que se estructuran con una población de refe-

Lectura recomendada

E. S. Fisher; J. E. Wennberg (2003). “Health care quality, geographic variations, and the challenge of supply-sensitive care”. *Perspectives in Biology and Medicine* (núm. 46, págs. 69-79).

Enlace recomendado

Podéis consulta el *Atlas VPM* en: <http://www.atlasvpm.org/avpm/>

Lectura recomendada

E. S. Fisher; D. E. Wennberg; T. A. Stikel; D. J. Gottlieb; F. L. Lucas; E. L. Pinder (2003). “The implications of regional variations in Medicare spending”. *Annals of Internal Medicine* (núm. 138, págs. 273-287 y 288-298).

rencia concreta que tiene un contacto frecuente y una perspectiva de atención vinculada a los aspectos comunitarios (por ejemplo, los servicios de atención primaria, los servicios básicos de atención especializada o los servicios socio-sanitarios). En este caso, la organización de los servicios en clave territorial tiene claras ventajas ya que permite una mayor adaptación a la realidad de cada territorio y facilita la participación en la toma de decisiones.

En otros casos, hay **servicios o procedimientos relacionados con procesos de baja prevalencia y que requieren un nivel experto alto** y vinculado al volumen de casos tratados y a una tecnología muy específica. Para estos servicios, la opción que ofrece mayor garantía de calidad puede ser la concentración en un número reducido de centros y equipos profesionales que cubren la atención de un elevado número de habitantes. Estos servicios, denominados de **alta especialización y concentración** o de terciarismo, necesitan que la toma de decisiones sobre su desarrollo y adecuación no esté excesivamente descentralizada. Los trasplantes o la cirugía cardíaca estarían claramente en este grupo, pero también algunas intervenciones de oncología y otros procedimientos.

Podemos decir que hay una cuestión de escala en relación con la planificación de servicios, y diferenciar servicios que pueden planificarse a partir de un territorio articulado por relaciones de cotidianidad, donde el nivel de decisión se plasma en un ámbito territorial, y servicios que hay que planificar de una manera claramente centralizada. Las fronteras nunca son claras, pero los casos extremos pueden ser paradigmáticos.

Ejemplo

La cirugía cardíaca, por ejemplo, puede necesitar una población de referencia de 500.000 habitantes para garantizar un volumen de casos por equipo de profesionales suficiente para mantener la calidad, mientras que un equipo de atención primaria puede ofrecer una calidad y eficiencia óptimas para una población de 10.000 habitantes.

El criterio de **concentrar o desconcentrar** un determinado servicio es uno de los debates clásicos en la planificación de servicios sanitarios. De este modo, encontramos múltiples elementos que afectan a estas decisiones aparte de los anteriormente mencionados, y que además pueden evolucionar en el tiempo.

Ejemplos

El diagnóstico y tratamiento de los pacientes con **VIH** se concentró inicialmente en pocos centros. El **incremento de la prevalencia**, la **sistematización de los tratamientos** y la **cronicidad de la condición** llevaron a que todos los centros hospitalarios (o ambulatorios) pudieran tratar a estos pacientes.

La **innovación en los dispositivos** de diagnóstico por la imagen es muy rápida (TAC, RNM, PET). Los más modernos se suelen colocar en hospitales de alta tecnología, pero de manera progresiva observamos su difusión en el resto de los centros. Los **criterios de planificación** y la **disponibilidad económica** pueden influir en este proceso.

La escasa ventana terapéutica de algunas patologías agudas obliga a prever respuestas tecnológicamente adecuadas en un corto periodo de tiempo. El tratamiento del paciente politraumático, del infarto agudo de miocardio o del accidente vascular cerebral (ictus) son ejemplos de este tipo.

Ventana terapéutica

Es el periodo de tiempo desde que se produce la urgencia en el que existe un tratamiento efectivo para el problema de salud agudo.

Ejemplo

En el tratamiento del infarto agudo de miocardio, actualmente, los mejores resultados se obtienen llevando a cabo una angioplastia primaria en las primeras horas. Esta terapia se hace en un laboratorio de hemodinámica cardíaca y con cardiólogos expertos.

En hospitales generales se puede hacer el tratamiento trombolítico, menos efectivo, pero que alarga la ventana terapéutica y permite hacer una angioplastia de rescate posterior.

Cuando en el tratamiento agudo y urgente de estos problemas pueden intervenir distintos hospitales y niveles, y además se requiere el traslado de estos pacientes con seguridad, es imprescindible lo siguiente.

- 1) Establecer el tratamiento que puede efectuar (o no) cada dispositivo asistencial (**niveles o categorización**).
- 2) Definir para cada territorio cuál es el dispositivo que hay que utilizar (**ordenación**).
- 3) Disponer de medios de transporte adecuados y con alto grado de **coordinación** con los dispositivos.

Ejemplos

Otros ejemplos de este tipo serían el tratamiento del neonato grave, de quemados, de los accidentes disbáricos, etc.

2. Aspectos operativos en la planificación de servicios

2.1. Elaboración de un plan de servicios de salud

2.1.1. Diseño del proceso, enfoque y contenidos deseados

Discutir el enfoque, el tipo de contenidos y la duración del proceso, entre otros aspectos, constituye una necesidad previa antes de empezar el trabajo propiamente de planificación en un sentido técnico.

Algunas preguntas pueden ayudar a encontrar los aspectos clave de diseño de esta fase previa.

- ¿Qué contenidos son los esperados?
- ¿Con qué nivel de concreción?
- ¿Cuáles son los principios inspiradores del sistema, con los que deben ser coherentes las líneas estratégicas y las propuestas del plan?
- ¿Responde el plan a una visión estratégica, cuyas líneas están definidas?
- ¿Hay que definir las o repensarlas?
- ¿Quiénes van a ser los usuarios principales del plan?
- ¿Quiénes deben aprobarlo?
- ¿Cuánto tiempo tenemos para su elaboración? ¿Y para las fases de discusión?

Esta fase se plantea básicamente como de diseño y discusión. La discusión se centra en dos objetivos:

1) Contrastar si el enfoque y contenido son los esperados por las instancias que deberán aprobar el plan una vez elaborado. Asimismo, el proceso de elaboración, participación y discusión debería tener una primera aprobación al máximo nivel directivo, sin perjuicio de que de manera indefectible el proceso deba ir ajustándose sobre la marcha.

2) Reunir las aportaciones e ideas de informadores clave, asesores, expertos, profesionales que estarán implicados en su implementación, organizaciones de servicios e instituciones de representación.

2.1.2. Las fases del proceso (de ida y vuelta)

Los procesos de planificación son relativamente largos, especialmente si los comparamos con la toma de decisiones del día a día. La elaboración, discusión y aprobación de un nuevo plan de servicios no suele durar menos de dos años de trabajo. El enfoque racionalista de estructurar el proceso en fases más o menos secuenciadas en el tiempo, empezando por el análisis de situación y acabando con la definición de elementos de operativización y evaluación, difícilmente se puede llevar a la práctica sin dilatar el proceso o sacrificar alguna de las partes.

El propio análisis de la situación es un ejercicio complejo. Se trata de remover muchas bases de datos (con frecuencia no pensadas para la planificación), definir y seleccionar indicadores o efectuar estudios específicos que toman relevancia cuando hay un planteamiento planificador. La planificación mira al futuro, pero para esto hay que reconocer los problemas actuales. Por tanto, la planificación supone en su propia esencia una necesidad de revisión y de recogida de puntos de vista de personas e instituciones implicadas. Estos trabajos, por sí solos, requieren un cronograma amplio.

Si los contenidos siguientes no empiezan a desarrollarse hasta que ha finalizado esta fase de análisis, probablemente no habrá tiempo para trabajar lo bastante la definición de las propuestas de actuación y discutir las. Si bien el análisis de situación es un punto de partida claro, también hay que tener en cuenta que se planifica para actuar, y para esto hay que conseguir hacer propuestas claras y llegar a tiempo.

Así pues, cabe distinguir las partes del plan de servicios pero no tienen por qué convertirse en fases segmentadas del proceso de elaboración.

Las principales partes de un plan de servicios, siguiendo el enfoque presentado en las subunidades 2.1.3-2.1.6, son las siguientes:

- 1) Análisis de la situación.
- 2) Definición de líneas estratégicas.
- 3) Definición de criterios de planificación.
- 4) Construcción de escenarios.

Al final del proceso, hay que encontrar la coherencia entre todas las partes. Insistimos en que el proceso no debe entenderse de una manera lineal y con una dirección en un solo sentido. Por ejemplo, entre análisis de situación y definición de criterios hay un ir y venir incesante. El análisis de situación aporta conocimiento de la realidad útil para la definición de criterios, pero la definición de criterios aporta referencias para la valoración de la situación actual. En el siguiente ejemplo, intentamos reflejar esta relación bidireccional.

Ejemplo de interrelación entre análisis de situación y criterios de planificación

El análisis de situación muestra que el territorio A y el territorio B tienen un número de camas hospitalarias por habitante similar y no distinto a la media del conjunto del país. Una primera valoración llevaría a decir que la dotación hospitalaria es adecuada o, como mínimo, equilibrada entre los dos territorios.

En la discusión de los criterios de planificación, teniendo en cuenta que las tasas de utilización de servicios varían según la edad y que, especialmente por cuestiones de calidad, no se puede hacer todo en todas partes, se recomienda que la dotación hospitalaria se calcule en función de la población. Para esto, es preciso ajustar por la estructura de edad y sexo y que se estime que un 80% de los ingresos hospitalarios serán cubiertos de manera interna por los recursos de hospitalización ubicados en el propio territorio; y que un 20% generará flujos de asistencia hacia los territorios con recursos de mayor complejidad y equipos profesionales de mayor especialización.

Teniendo en cuenta estos criterios, si el territorio A tuviese una población más envejecida y, a su vez, recursos de mayor especialización, de modo que absorbiese el 20% de los casos del territorio B, la dotación hospitalaria necesaria sería superior a la del territorio B y probablemente a la media esperada para el conjunto del país.

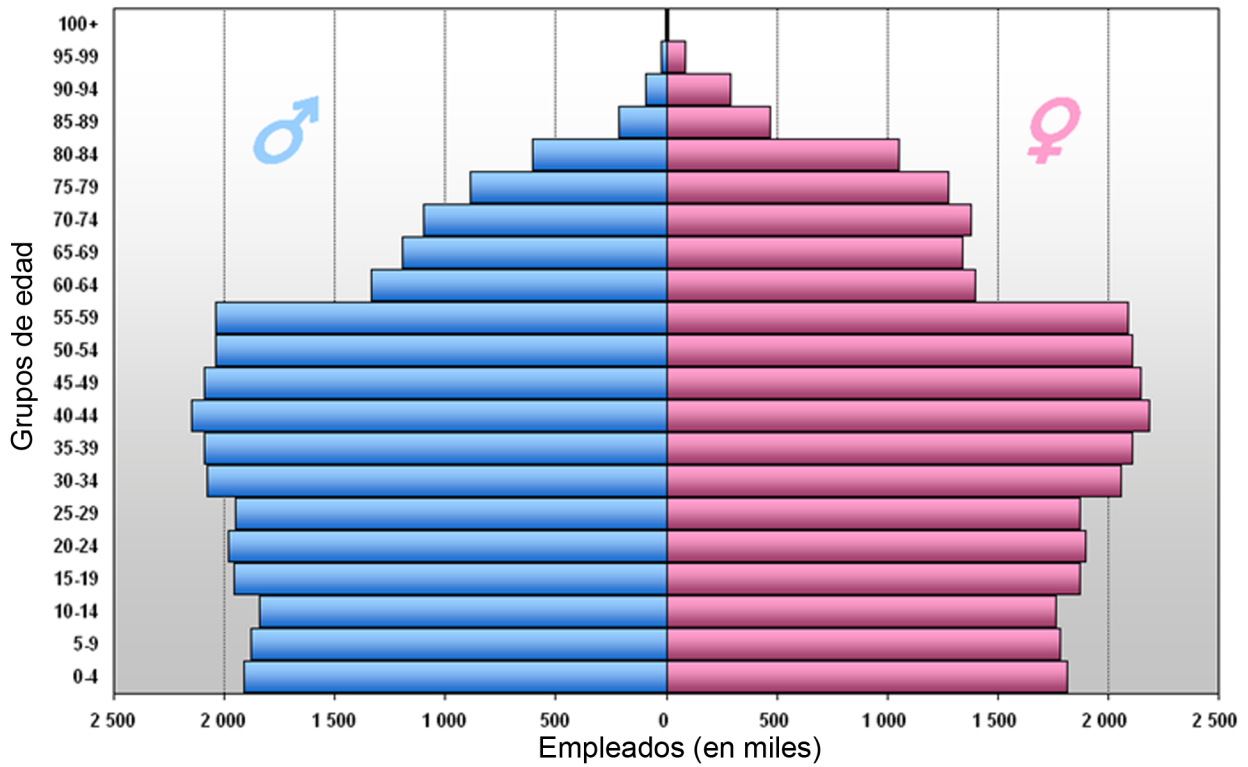
Por lo tanto, el análisis de la situación antes y después de la definición de criterios sería contradictorio.

2.1.3. El análisis de la situación

La población

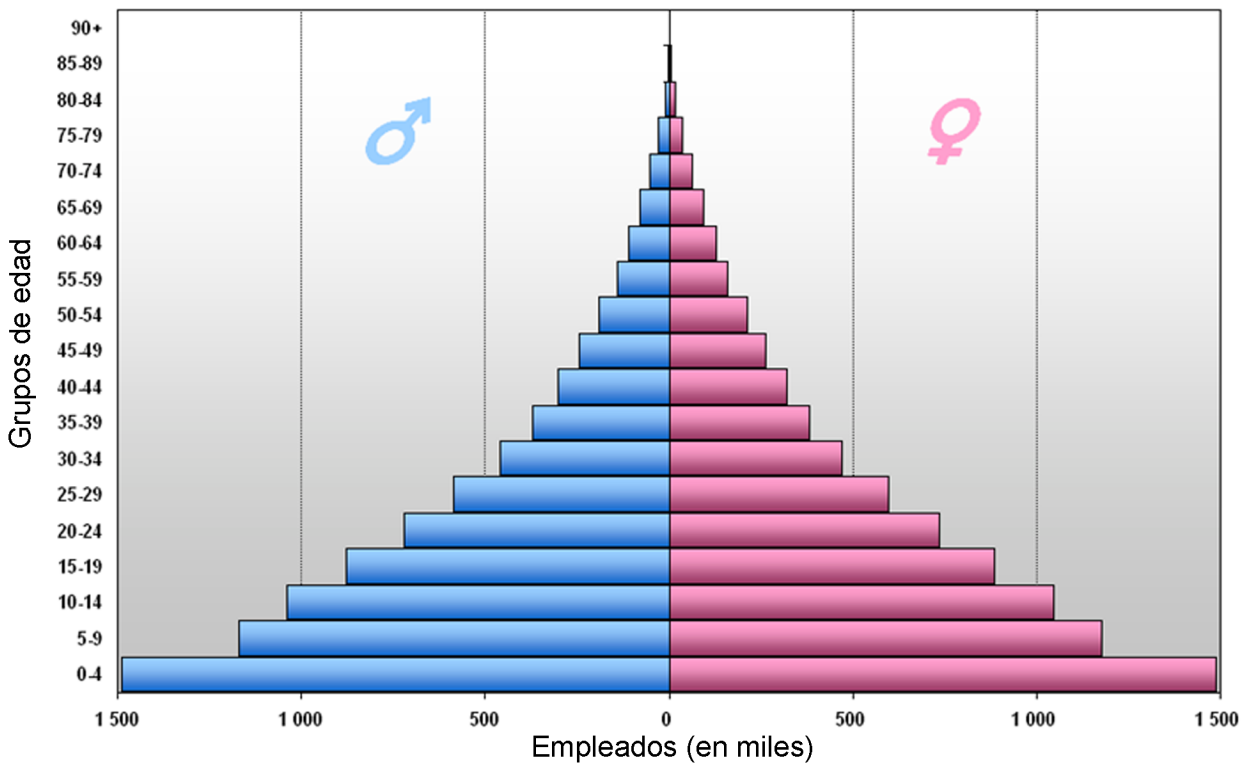
En planificación, lo primero es la población. La misión de la planificación consiste en incorporar criterios en la toma de decisiones que tengan en cuenta las necesidades poblacionales. Por lo tanto, el conocimiento de las características de la población y las previsiones de su evolución son elementos esenciales del análisis de la situación y las tendencias. A continuación, se reproducen dos ejemplos de resultados de análisis demográfico de cara a la planificación sanitaria.

Pirámide de edad. Francia, 2005



Fuente: Organisation des Nations Unies (2004). *World Population Prospects: The 2004 Revision*.

Pirámide de edad. Angola, 2005



Fuente: Organisation des Nations Unies (2004). *World Population Prospects: The 2004 Revision*.

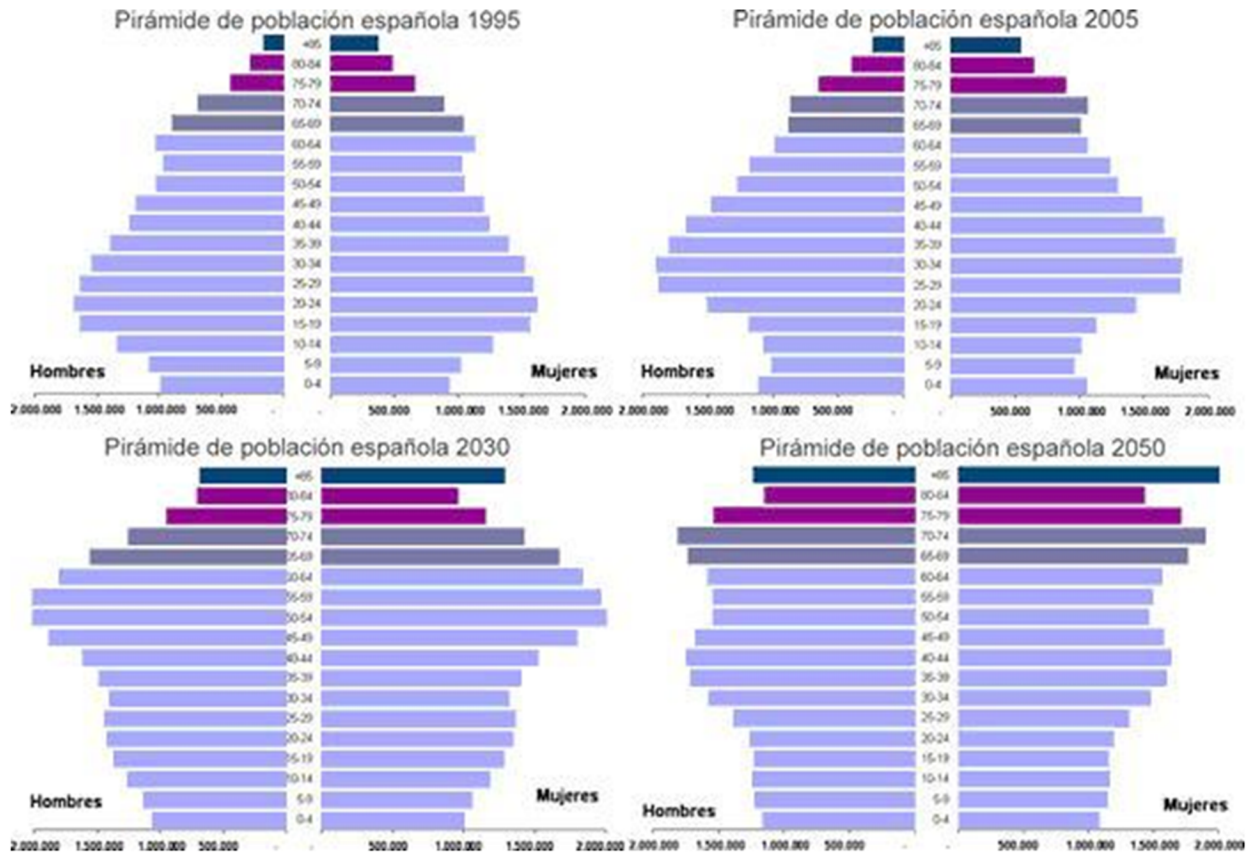
Se sabe que la utilización de servicios depende de la **edad**. Las tasas de utilización de los servicios más generales (atención primaria, hospitalización) son más elevadas en las edades más avanzadas y también en los primeros años de vida. Por otra parte, la utilización para determinados servicios específicos se concentra en unos grupos de edad (atención maternoinfantil, atención sociosanitaria, atención a la dependencia o atención a las drogodependencias, entre otros).

Ejemplo

De este modo, por ejemplo, en un territorio con una pirámide de población más envejecida la demanda esperada de atención primaria y de hospitalización será superior a otro territorio con población más joven y, por lo tanto, las necesidades de capacidad asistencial también serán superiores.

Dado que la población siempre es **dinámica** (movimiento natural y movimientos migratorios), necesitamos proyecciones demográficas que nos permitan construir escenarios de cómo prevemos que evolucionarán la demanda de servicios y las necesidades de capacidad asistencial. En las proyecciones demográficas, las tendencias que se apuntan son más importantes que la precisión en el dato final. Por ejemplo, se puede dar el caso de que para el conjunto de la población se haga una previsión pero que las tendencias por grupos de edad sean distintas, ya que la utilización de servicios es diferente según el grupo de edad.

La necesidad de aumentar o disminuir servicios evolucionará en el tiempo. En los cuadros siguientes, vemos las proyecciones de la pirámide poblacional del Estado español hasta el año 2050. Podemos observar un desplazamiento hacia predominio de la población mayor de 65 años, con necesidades sanitarias globales distintas a las actuales.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística.

Marco territorial

El marco territorial en planificación de servicios es un elemento clave, dado que la atención sanitaria se organiza básicamente por medio de la interacción entre profesionales y pacientes, entre profesionales de un centro y otro centro, entre instituciones que tienen responsabilidad sobre la salud y la atención social de la población de un territorio, etc.

El territorio, por lo tanto, es un soporte fundamental en la organización y la coordinación de los servicios. Los avances en las redes de comunicación física (carreteras, transporte público) permiten acortar las distancias. Los avances en las tecnologías de la información y comunicación facilitan la transmisión de información sin necesidad de contacto físico. Sin embargo, en cualquier caso, y por la misma naturaleza de la relación asistencial, estos avances nunca llegarán a sustituir totalmente la comunicación presencial y el contacto directo de los ciudadanos con los servicios. En este contexto, las referencias territoriales de proximidad o de concentración según la sectorización, aunque dinámicas, siguen siendo importantes en la planificación de los servicios.

Desde la perspectiva del conocimiento geográfico, las unidades territoriales en las que se estructura el conjunto territorial se basan en la idea de áreas funcionales, que podemos definir como aquellas áreas donde se producen la mayoría de las relaciones espaciales cotidianas o frecuentes.

Este enfoque facilita la coordinación de los distintos agentes (sanitarios, sociales, educativos, etc.) que intervienen en la atención a las mismas personas. Asimismo, permite el sentido de pertenencia a una comunidad por parte de la ciudadanía y la cohesión social, aspectos necesarios para contextualizar los compromisos de las políticas sociales.

Necesidades de salud

Si bien las necesidades de salud son el objeto directo de la planificación en salud (podéis ver el módulo anterior sobre planes de salud), el reto de vincular planificación de salud y de servicios hace necesario no despreciar el conocimiento sobre las necesidades de salud en la planificación de servicios.

Tal y como se ha apuntado anteriormente, las necesidades de salud no siempre tienen una traslación directa y exacta para cuantificar la capacidad asistencial necesaria, pero el análisis territorial de las diferencias en salud (índices de mortalidad comparativos, diferencias en las tasas poblacionales de morbilidad, diferencias en el estado de salud percibido, etc.) constituye un elemento de referencia importante en la discusión en un ámbito territorial de la adaptación de los criterios generales de planificación de servicios a las especificidades de cada territorio.

En la medida en que se avance en la disponibilidad de datos de morbilidad y factores de riesgo y en el conocimiento de su asociación con las tasas de utilización, será posible pasar de considerar las necesidades de salud como elementos cualitativos de adaptación a factores de ajuste en la previsión de la demanda esperada y el cálculo de necesidades de atención.

Actualmente, esta es una línea de investigación principal en el ámbito de la investigación de servicios, mediante el desarrollo de sistemas de clasificación de pacientes que permitan estimar la carga de morbilidad de cada población y cuál es el potencial explicativo sobre la utilización de servicios (las dos vías principales en desarrollo son *adjusted clinical groups* y *clinical risk groups*).

Hasta hace poco, los ajustes en la demanda esperada más desarrollados se basaban en factores con datos fáciles de recopilar, como la estructura de edad y sexo de las poblaciones, que como hemos visto influyen en la utilización de servicios. Actualmente, son posibles ajustes más finos a partir de la predicción de la utilización de servicios esperada (atención primaria, hospitalización, consumo farmacéutico, etc.), en función de las características y los perfiles de morbilidad de cada población (distribución de la población según su estado de salud, relacionado con las necesidades de atención: población sana; pobla-

ción con enfermedades leves que requieren poca intensidad de recursos asistenciales; población con comorbilidad; población con enfermedades en estado terminal, etc.).

Servicios: disponibilidad, accesibilidad y actividad

La disponibilidad, la accesibilidad y la actividad de los servicios han sido el objeto más típico del análisis de la situación para la planificación de servicios.

Los registros de centros y de profesionales, la identificación de la cartera de servicios de cada centro y la declaración de actividad son las fuentes principales en éste ámbito de análisis. Sin embargo, lo fundamental son las preguntas que se desean contestar, y estas siempre están en relación con el resto de los ámbitos de análisis.

En este sentido, las preguntas principales que orientan el análisis sobre los servicios disponibles deberían hacer referencia a lo siguiente:

- ¿Hay zonas del territorio con problemas importantes en cuanto a la accesibilidad a los servicios? ¿Se producen desequilibrios territoriales?
- ¿Hay problemas de demanda no atendida (listas de espera)?
- De acuerdo con la actividad llevada a cabo y la estructura asistencial existente, ¿podría ser más elevada la productividad de los servicios?
- ¿Hasta qué punto la actividad llevada a cabo por los servicios de un territorio es capaz de cubrir la utilización de servicios de la población del mismo territorio y la demanda esperada?

Tradicionalmente, se han calculado índices comparativos de la disponibilidad de recursos (número de camas por 1.000 habitantes, número de habitantes por médico, etc.). Tal y como se ha comentado anteriormente, este análisis es excesivamente reduccionista ya que las necesidades de recursos no son homogéneas territorialmente.

Por otra parte, la facilidad de este tipo de cálculos y su sencillez comunicativa suelen llevar a conclusiones demasiado simples que generan debates y demandas que tienen poco que ver con la planificación de los servicios. En esta, como podemos ver, intervienen más variables que la simple relación recursos-población.

Por lo tanto, es recomendable relativizar el análisis comparativo en estos términos, y resulta preferible describir la disponibilidad de servicios y relacionarla posteriormente con los resultados de aplicar los criterios de planificación, antes que sacar conclusiones, siempre precipitadas, de este enfoque demasiado limitado.

Demanda y utilización de servicios

El análisis de la demanda, además de cuantificarla, permite observar las diferencias por grupos de población (según edad, género, clase social, territorio, etc.), y es uno de los elementos de referencia principales para establecer hipótesis sobre la demanda esperada, la que tendrá que cubrir los servicios.

La utilización de servicios es uno de los componentes de la demanda. Se trata de la parte de la demanda efectivamente atendida. Para conocer la utilización de servicios, hay dos vías principales: las encuestas a la población (en las que se pregunta si ha contactado con los servicios de salud en un periodo reciente) y los registros de actividad de los servicios.

A partir de los datos de actividad de los servicios, hay dos perspectivas de análisis:

- Análisis de la actividad, en el que se relacionan actividad y recursos (productividad), y que correspondería al apartado anterior.
- Análisis de la utilización, en el que se relacionan los contactos con la población que los ha llevado a cabo (frecuentación).

La utilización de servicios se mide generalmente mediante tasas de utilización poblacionales (por ejemplo, visitas o ingresos hospitalarios por cada 1.000 habitantes).

Otro componente de la demanda es aquella parte de la demanda expresada que no ha llegado a ser atendida (demanda no atendida o pendiente de atención). El análisis de este componente se materializa normalmente con el estudio de la listas de espera, con indicadores que hacen referencia al número de personas en lista de espera, el tiempo de demora y el tiempo de resolución previsto.

Gasto sanitario

El coste de los recursos empleados en el conjunto de actividad que llevan a cabo los servicios constituye el gasto sanitario.

El análisis del gasto sanitario permite conocer a qué se destina la financiación sanitaria y cómo evoluciona, y es la base para valorar los escenarios futuros de gasto en función de los criterios de planificación.

La disponibilidad presupuestaria es uno de los condicionantes importantes de la planificación de los servicios de salud.

La capacidad inversora afecta al desarrollo de nuevos dispositivos sanitarios (en exceso o en defecto) respecto a la planificación de servicios óptimos.

Por otro lado, la sostenibilidad desde la perspectiva de la cantidad y calidad de los servicios ofrecidos por la red de proveedores de servicios sanitarios también puede ser variable en el tiempo, en función de los presupuestos anuales para la contratación o gestión de los servicios.

Visión cualitativa de los principales protagonistas y agentes del sistema

Las metodologías más novedosas de planificación de servicios intentan incorporar elementos cualitativos de análisis sobre la valoración que hacen de los servicios los protagonistas y agentes principales que interaccionan de manera cotidiana (ciudadanos, profesionales y gestores), para sumar su visión a la de los planificadores y responsables políticos.

2.1.4. La definición de líneas estratégicas

Las líneas estratégicas de orientación de los servicios constituyen una de las partes sustantivas de un plan de servicios.

Para la elaboración de las líneas estratégicas, ya que implican a la dirección que debe tomar el conjunto del sistema, es necesario basarse en técnicas de discusión y consenso para que realmente respondan a los problemas identificados en el análisis de la situación, a las tendencias de contexto y a la visión de los distintos agentes, y sean aceptadas por estos.

En el subapartado 1.5, se han apuntado las orientaciones estratégicas más comunes en los planes de tipo estratégico de distintos países. Estas pueden ser un punto de partida para la definición de las líneas estratégicas del plan, y hay que contrastarlas con las surgidas del proceso de discusión y consenso que se requiere de acuerdo con cada realidad, tal y como se ha comentado en el párrafo anterior.

2.1.5. La definición de criterios de planificación

Tipología de servicios

El constante proceso de adaptación de los servicios a las necesidades de la población ha supuesto que se desarrolle una tipología de servicios de gran diversidad: salud pública; atención primaria; atención especializada ambulatoria;

Ved también

Estas líneas se refieren a la visión estratégica comentada en el subapartado "Visión estratégica" de este mismo módulo.

hospitalización de agudos; hospitalización de media y larga estancia; hospital de día; servicios específicos de urgencias; hospitalización psiquiátrica; servicios de atención a las drogodependencias; clubs de diálisis, etc.

El reto actual es la integración asistencial, es decir, cómo este amplio abanico de tipos de servicios trabaja de manera coordinada para atender a una población concreta al mismo tiempo que busca mantener la continuidad asistencial. Sin embargo, la lógica de planificación hace necesario considerar estos tipos de servicio por separado, estimar la demanda esperada que hay que atender y tener en cuenta los criterios de funcionamiento y optimización del rendimiento en cada caso.

En la elaboración de un plan de servicios, hay que distinguir los tipos de servicios que tienen dinámicas de funcionamiento propias, sin perjuicio de que finalmente haya que tener en cuenta las relaciones entre los mismos.

Tendencias de modelo e hipótesis de demanda esperada y de funcionamiento de los servicios

Aunque tradicionalmente lo que más ha destacado en la planificación de servicios han sido las propuestas concretas de desarrollo de recursos (“se abrirán x nuevos hospitales, con una inversión de x euros”, “se contratará a x profesionales”, etc.), los criterios de planificación son igual de importantes o más.

Evidentemente, la cuantificación de los recursos y el detalle de las actuaciones más inmediatas tienen el valor de reflejar los compromisos de las instituciones y la ventaja de que normalmente son fáciles de explicar y de comprender. No obstante, aportar criterios de planificación a la toma de decisiones es la razón de ser de la planificación. Por lo tanto, los capítulos sobre criterios de planificación constituyen otra de las partes sustantivas de un plan de servicios.

En el apartado 6, se ha apuntado la metodología para la definición de criterios de planificación. Puesto que la planificación mira al futuro y persigue cambiar la situación actual, normalmente se marcarán tendencias a partir de los datos de utilización de servicios y de actividad de los centros, de modo que se establecerán hipótesis de evolución de la demanda esperada e hipótesis de funcionamiento de los servicios.

Los criterios de planificación deben ser explícitos, así como adaptables, para que se conozcan y sirvan de referencia en la discusión de las actuaciones futuras sobre el desarrollo y la adecuación de los servicios.

Criterios

Dado que los criterios no pueden trasladarse mecánicamente a la toma de decisiones en cada lugar, ya que hay especificidades que repercuten en el funcionamiento y la organización de los servicios (por ejemplo, la dispersión geográfica), a veces se ha tendido a desprestigiar los criterios de planificación y a no “escribirlos”.

Detrás de los criterios de planificación debe haber una base argumentativa, también explícita, generada a partir del conocimiento de la situación actual, las tendencias en el modelo de atención que se pretenden, las orientaciones de las líneas estratégicas y la comparación internacional.

Los criterios de planificación se refieren, básicamente, a la demanda esperada y a la capacidad asistencial necesaria, pero también pueden incluir criterios de accesibilidad y organización de los servicios.

Por otra parte, dado que los criterios de planificación deberán adaptarse a determinadas especificidades de cada lugar, es conveniente identificar cuáles son los elementos cualitativos de adaptación más relevantes en relación con los servicios que son objeto de planificación.

A continuación, se presenta un ejemplo de tabla resumen de los criterios de planificación para hospitalización de agudos y atención especializada ambulatoria.

Criterios de planificación para hospitalización de agudos y atención especializada ambulatoria

Servicios	Criterios	Elementos cualitativos de adaptación en el territorio
Hospitalización de agudos	<ul style="list-style-type: none"> • Tasa de hospitalización: 100 ingresos por cada 1.000 habitantes, ajustada por edad y sexo. • Porcentaje de cirugía mayor. • Ambulatoria: 15% del total de altas; tendencia a aumentar hasta el 20%. • Índice de penetración (excluyendo atención de alta especialización): 75% en zonas para cubrir con hospitales generales básicos y 85-90% en zonas para cubrir con hospitales de referencia. • Estancia media: 6,5 días, con tendencia a disminuir a 6 días. • Índice de ocupación anual: 85%. • Tiempo de espera de intervenciones quirúrgicas: menos de 6 meses para la mayoría de los procedimientos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Condicionantes geográficos y de comunicaciones. • Estacionalidad. • Atracción sobre zonas de fuera del territorio. • Diferencias en el grado de utilización de servicios con financiación pública frente a la privada. • Cartera de servicios y nivel tecnológico de los hospitales que deban dar cobertura en la zona. • Accesibilidad a otros recursos alternativos. • Grado de desarrollo de las alternativas a la hospitalización.
Atención especializada ambulatorio	<ul style="list-style-type: none"> • Tasa de frecuentación: 1,4-1,6 visitas por habitante; tendencia a reducirse a 1,4. • Índice de reiteración: 2 visitas sucesivas por cada primera visita. • Criterios de funcionamiento: tiempo medio de primeras visitas, tiempo medio de visitas sucesivas, horas anuales de funcionamiento. • Índice de rendimiento de espacios: 75%. • Ratio de gabinetes de exploración por consultorio: 0,4-0,5. • Tiempo de espera para pruebas diagnósticas y visitas al especialista: menos de 3 meses. 	

Visión integral

Es recomendable que en el propio plan haya un apartado dedicado a resaltar la importancia de la integración asistencial, más allá del ejercicio de definición de criterios estructurado por tipos de servicios.

Este apartado debe permitir recuperar la visión de conjunto, identificar cuáles son los ámbitos de mayor interdependencia entre los distintos tipos de servicios y formular las estrategias para la mejora de la integración asistencial y la coordinación de servicios.

También debe presentar los instrumentos que hay que utilizar en esta línea (por ejemplo, asignación de recursos con base poblacional capitativa, implementación de sistemas de gestión de casos, desarrollo de una función gestora de coordinación asistencial de base territorial, guías de práctica clínica interniveles, sistema de información compartido, etc.).

2.1.6. La construcción de escenarios

La otra parte sustantiva de un plan de servicios, después de las líneas estratégicas y los criterios de planificación, es la que se refiere a la plasmación de orientaciones en un ámbito territorial. Se trata de construir escenarios por cada unidad territorial de referencia para la planificación, aplicando los criterios de planificación sobre la base de las proyecciones demográficas y teniendo en cuenta las especificidades que condicionan la organización de los servicios en el territorio.

Estos escenarios contienen las orientaciones para el desarrollo y la adecuación de los servicios en el territorio de cara a los próximos años, que deben servir de referencia para la discusión y toma de decisiones. Por ejemplo, estas orientaciones indicarán si las tasas de utilización de servicios deberán permanecer estables o variar (tendencia a aumentar o a disminuir) en el territorio en función de los criterios de planificación.

También indicarán si la capacidad asistencial de algún tipo de servicio deberá aumentar o ser sustituida por la de otros servicios. Finalmente, deberían incluir algunas consideraciones sobre cómo mejorar la coordinación entre los servicios y las relaciones de complementariedad y de referencia entre centros.

Tendencias apuntadas por los criterios de planificación por tipos de servicios, en el mapa sanitario, sociosanitario y de salud pública de Cataluña

Fases	Tareas específicas
Atención primaria	<ul style="list-style-type: none"> ↑ Accesibilidad. ↑ Capacidad de resolución de salud. Contención de la frecuentación al médico y ↑ actividad enfermera. ↑ Número de profesionales. ↑ Papel de enfermería (gestión de casos, primer contacto, visita espontánea, etc.). ↑ Tecnología (capacidad diagnóstica y terapéutica, telemedicina). ↑ Soporte a la atención primaria (salud mental, consultoría, etc.). ↑ Atención comunitaria, familiar, grupal, domiciliaria. Desarrollo del sistema de información.
Atención especializada	<ul style="list-style-type: none"> Mantenimiento tasa hospitalización ajustada por edad (↓ variabilidad). ↑ Alternativas al internamiento (CMA, hospital de día). Despliegue de hospitales ligeros. Trabajo en red, equipos de profesionales compartidos.

CMA: cirugía mayor ambulatoria; MND: enfermedades neurológicas que cursan con discapacidad; PADES: equipos de atención domiciliaria.

Fuente: J. Fusté y otros (2008). "Criterios de planificación según tipos de servicios sanitarios, sociosanitarios y de salud pública: tendencias sobre desarrollo y adecuación de servicios e integración asistencial". *Medicina Clínica (Barcelona)* (núm. 131, supl., 4, págs. 36-41).

Fases	Tareas específicas
Atención sociosanitaria	Consolidación red actual, reequilibrio territorial. Δ cuidados paliativos; extensión horario PADES. Líneas de futuro: prevención de urgencias, subagudos, atención MND, atención al final de la vida, etc.
Atención a la salud mental y adicciones	↑ Apoyo a la atención primaria. ↑ Atención en el ámbito comunitario. ↑ Rol enfermería. ↓ Internamiento de larga duración. Reconversión psiquiátrica. Integración funcional de redes salud mental y adicciones. Colaboración interdepartamental.
Atención urgente	↑ Capacidad de atención inmediata a la demanda de atención primaria. = ↓ Frecuentación de urgencias hospitalarias. Reordenar dispositivos ambulatorios específicos según volumen de población. Adaptación organizativa a diferentes realidades territoriales. Sistemas de selección y coordinación. Sistemas de información compartidos.
Atención en el domicilio	↑ Atención domiciliaria. Coordinación entre diferentes líneas y con servicios sociales. Gestores de casos (enfermera).

CMA: cirugía mayor ambulatoria; MND: enfermedades neurológicas que cursan con discapacidad; PADES: equipos de atención domiciliaria.

Fuente: J. Fusté y otros (2008). "Criterios de planificación según tipos de servicios sanitarios, sociosanitarios y de salud pública: tendencias sobre desarrollo y adecuación de servicios e integración asistencial". *Medicina Clínica (Barcelona)* (núm. 131, supl., 4, págs. 36-41).

2.1.7. Desarrollo de planes sectoriales o territoriales de servicios

A partir de esta construcción de escenarios o tendencias, la concreción de los planes para el desarrollo de los servicios, de las redes de centros y proveedores y del desarrollo de dispositivos asistenciales con sus infraestructuras y equipos técnicos y humanos varía en función del tipo de modelo sanitario con el que contemos.

En modelos en los que predomina la distinta titularidad de proveedores y en los que la compra de servicios sanitarios es un instrumento importante para la orientación de la transformación de la provisión, los documentos de planificación de servicios a partir de los escenarios suelen ser más orientativos y desarrollan planes sectoriales (plan de cronicidad, plan de salud mental, plan de alta tecnología, etc.) o territoriales (planes de reordenación territorial, de integración de servicios, etc.). El instrumento para su concreción es la contratación de servicios.

En entornos de sistemas nacionales de salud o en sistemas más regulados, una vez se ha llegado a la construcción de escenarios y tendencias se deberá trabajar en la concreción de la planificación en un ámbito de sector y de territorio con instrumentos como los siguientes.

- Planificación de redes de servicios.
- Planificación territorial de actividades y recursos.
- Programa operativo anual.
- Plan director (maestro) sectorial de recursos para la salud.
- Plan director (maestro) territorial de infraestructuras sanitarias.
- Planificación territorial de servicios médicos.

- Evaluación territorial o sectorial de la planificación.

Es recomendable la máxima participación de los actores implicados en la aplicación o afectados por estos planes, tanto en un caso como en el otro, ya que además de aportar amplitud de miras a los objetivos generales y operativos, facilitan su implementación efectiva.

2.2. La planificación de servicios desde la posición de aseguradora/compradora

2.2.1. La póliza y el riesgo

Tanto en aseguradoras privadas como en las públicas, se repiten conceptos similares en lo que respecta a la relación entre el cliente/asegurado y su aseguradora. A partir de un conjunto de servicios cubiertos por el seguro (póliza), se establece el riesgo de siniestro del cliente/asegurado y se fija un importe o monto que hay que pagar para un periodo de tiempo.

Esta visión de aseguradora aporta detalles importantes para la comparación en la planificación de servicios sanitarios de agentes públicos y privados.

De este modo, en el caso de la aseguradora pública, el Gobierno del país asegura a todos (o a la mayoría) de los ciudadanos. Los servicios sanitarios cubiertos los fija el propio Estado, y el importe económico también proviene del mismo en el caso de los servicios nacionales de salud o de los trabajadores en los sistemas de Seguridad Social. En este modelo, la planificación de servicios, tal y como hemos visto en los apartados anteriores, se lleva a cabo desde el propio Gobierno pensando en una cobertura de toda la población (en riesgos poblacionales).

En el caso de las aseguradoras privadas, es el propio cliente el que contrata su póliza y acuerda la cartera de servicios cubiertos con la aseguradora. Habitualmente, se estudia el riesgo (de siniestros sanitarios que precisen de la cartera de servicios cubiertos) del paciente asegurado y a partir de estos datos, se fija el importe que hay que pagar (prima). Evidentemente, no todas las pólizas son iguales (de este modo, conocemos los seguros de enfermedad, o de accidente de tráfico, deportivo, laboral, etc.). En cada uno de estos tipos, y para cada persona, los riesgos son distintos (riesgos individuales).

Otros conceptos comunes entre los dos modelos podrían ser:

- El límite de cobertura y/o copagos (ticket moderador).
- Los servicios excluidos (farmacia, odontología, etc.).

En los dos casos, es necesaria la planificación de servicios para asegurar la atención sanitaria a los pacientes que lo precisan y hay una limitación económica para el pago de estos servicios: el del presupuesto del Gobierno o de la Seguridad Social, en el caso de la aseguradora pública; y de los propios ingresos de las primas de los asegurados, en el caso de las aseguradoras privadas.

Estas aseguradoras deberán contratar a otros (o proveer de manera directa) los servicios sanitarios de acuerdo con las necesidades establecidas en una planificación de servicios.

2.2.2. La capacidad de decidir

Otro elemento muy relevante para la planificación de servicios y centros es la capacidad que tiene el **paciente** para acceder libremente a los servicios sanitarios y a elegir entre los mismos.

En los modelos de sistema de salud basados en la atención primaria, habitualmente se asigna a los asegurados un centro y un médico (y enfermera) de atención primaria. Son los propios profesionales sanitarios los que dirigen a los pacientes hacia los especialistas adecuados.

En otros modelos de aseguradora, los pacientes pueden elegir y acceder directamente a los médicos especialistas o a los hospitales que deseen.

Los elementos que utiliza el paciente para elegir los servicios son variados, y el problema de salud que tiene el paciente solo es uno de estos. De esta manera, aparte de la calidad asistencial o la adecuación del servicio a su problema o la confianza en el profesional, destacaríamos la accesibilidad (distancia, horario, tiempo de espera, copago o no), la experiencia previa (satisfacción y fidelización), los gustos o las modas y los servicios complementarios (hotelería, confort, etc.).

En muchos países, el paciente puede acceder libremente a los servicios de urgencia que desee. Esta facilidad, junto con las restricciones horarias de algunos centros de primaria y la creciente demanda de resolución inmediata de los problemas de salud, ha hecho que aumente mucho la actividad (y las necesidades de espacio y de recursos) de los servicios de urgencia.

En este sentido, son frecuentes los copagos como moduladores de la demanda tanto en la cantidad de servicios como en su tipología.

Ejemplo

Una aseguradora cobra copago a los pacientes que acuden al servicio de urgencias por iniciativa propia, pero no cuando ha habido una visita previa del médico en el domicilio. Habrá menos urgencias en el hospital. El servicio de urgencias del hospital puede ser más pequeño.

Seguro social obligatorio

	Asistencia sanitaria	Farmacia	Exenciones	Modelo de implantación
Alemania	Atención primaria: ticket moderador de 10 euros por la primera visita, con validez trimestral para citas restantes. Atención especializada: ticket moderador fijo de 10 euros por visita y 10 euros por día de hospitalización, con un máximo de 250 euros. ¹	Contribución variable: 10% del coste por medicamento. Máximo de 10 euros.	Atención especializada y farmacia: niños y enfermos graves.	Pago en efectivo por la primera visita. El dinero recolectado se descuenta al médico de su nómina.
Bélgica	Atención primaria: ticket moderador variable de hasta 35 % del coste de la visita, con un máximo. Atención especializada: <ul style="list-style-type: none"> • Ticket moderador variable por visita a especialista de 40 euros del coste. • Ticket moderador fijo por hospitalización de 12 euros por día. 	Contribución variable: según grupo terapéutico (25-80 % del coste). Máximo existente.	Atención primaria: reducciones a rentas bajas, población pensionista y discapacitados. Farmacia: reducción a rentas bajas.	Pago en efectivo en el acto. En la atención hospitalaria, se envía al paciente un recibo por el porcentaje que hay que pagar.
Francia	Atención primaria: ticket moderador variable de 30 euros del coste y pago de 1 euro por consulta, con un máximo de 50 euros al año. Atención especializada: <ul style="list-style-type: none"> • Ticket moderador variable del 20-25% del coste por consulta. • Ticket moderador fijo por hospitalización de 16 euros por día. 	Contribución variable: 0-35-65% del coste, según la categoría del fármaco. Contribución fija: adicional de 0,5 euros por medicamento.	Asistencia sanitaria: pensionistas, personas con renta baja, enfermos crónicos. Farmacia: rentas bajas, enfermos crónicos, inválidos (contribución variable) y rentas bajas y niños (contribución fija).	Pago en efectivo en el acto. Reembolso mediante formularios o tarjetas electrónicas a la Seguridad Social.

¹ Máximo gasto hospitalario.Fuente: A. Tur; I. Planas. *Un panorama de la distribución financiera del usuario sanitario en Europa*. OMS, Observatorio Europeo. IMS.

La mayoría de los países europeos disponen de tickets moderadores de la asistencia y de esquema de pago farmacéutico.

Sistemas nacionales de salud

	Asistencia sanitaria	Farmacia	Exenciones	Modelo de implantación
Italia	Atención especializada: ticket moderador fijo de 36 euros por visita.	Contribución fija: por región (entre 0,5 y 4,5 euros por medicamento), con posible reducción para genéricos.	Asistencia sanitaria: niños, pensionistas renta baja, enfermos graves. Farmacia: rentas bajas, enfermos crónicos, minusválidos y embarazadas.	Pago en efectivo o con tarjeta de crédito antes de la cita.
Portugal	Atención primaria: ticket moderador dependiendo del tipo de consulta (por ejemplo, 2 euros la visita, 3 euros la consulta en domicilio). Atención especializada: ticket moderador fijo (por ejemplo, 5 euros por día de hospitalización).	Contribución variable: 15-80% del coste por medicamento. ¹	Atención primaria: embarazadas, desempleados, niños, pensionistas, enfermos crónicos. Farmacia: rebaja para pensionistas con bajos recursos.	Pago en efectivo por visita.

¹ Categorías de productos según la gravedad de la patología que tratan.Fuente: A. Tur; I. Planas. *Un panorama de la distribución financiera del usuario sanitario en Europa*. OMS, Observatorio Europeo. IMS.

	Asistencia sanitaria	Farmacia	Exenciones	Modelo de implantación
Suecia	Atención primaria: ticket moderador por visita (de 11 a 17 euros), con un máximo de 100 euros. Atención especializada: ticket moderador de 15 a 30 euros por tratamiento y día de hospitalización.	Contribución variable: por tramos (50-25-10-0%) por el gasto que supere los 88 euros anuales, y con un máximo de 420 euros anuales.	Asistencia sanitaria: reducción para menores de 20 años y en función de la renta.	Pago en efectivo por visita o mediante transferencia vía factura domiciliaria.
Reino Unido	Ausencia de ticket moderador.	Contribución fija: 9 euros por medicamento, con bonos anuales o cuatrimestrales para pacientes en tratamiento regular.	Farmacia: niños, rentas bajas, enfermos crónicos y embarazadas.	N. a.

¹ Categorías de productos según la gravedad de la patología que tratan.

Fuente: A. Tur; I. Planas. *Un panorama de la distribución financiera del usuario sanitario en Europa*. OMS, Observatorio Europeo. IMS.

Es importante visualizar que limitar la capacidad de los pacientes para elegir el servicio que demandan (cuál, cuándo y dónde) facilita el adecuado dimensionamiento en la planificación de los servicios desde una perspectiva territorial. Sin embargo, cada vez más se le da capacidad al paciente para elegir, incluso en las aseguradoras públicas.

Ejemplo

Desde el 2009, el NHS del Reino Unido promueve la elección informada del centro hospitalario al que desean ir los pacientes, y les permite comparar los hospitales en función de la valoración global de la calidad del servicio, la tasa de mortalidad, los tiempos de espera, la tasa de infecciones, la calidad de la comida, las facilidades de aparcamiento o el acceso para minusválidos.

EE. UU. también cuenta con una web para ayudar a los pacientes a elegir médico, hospital, hogares de ancianos y centros de diálisis (<http://www.cuidadodesalud.gov/compare/>).

Otro aspecto importante es la frecuencia de la opción que tienen los pacientes que ya disponen de cobertura pública (obligatoria o universal) de tomar, también, un seguro privado de enfermedad (aseguramiento doble), para mejorar condiciones de accesibilidad, elección u hotelería. El patrón de utilización de los servicios sanitarios de estos pacientes con doble cobertura es muy distinto al de los pacientes que no la tienen, y reduce la frecuentación pública en los territorios en los que hay muchos ciudadanos en esta situación.

El **médico** de atención primaria que atiende al paciente también tiene un margen variable para tomar decisiones, especialmente en lo que respecta a la derivación de los pacientes a la atención especializada o a pruebas diagnósticas.

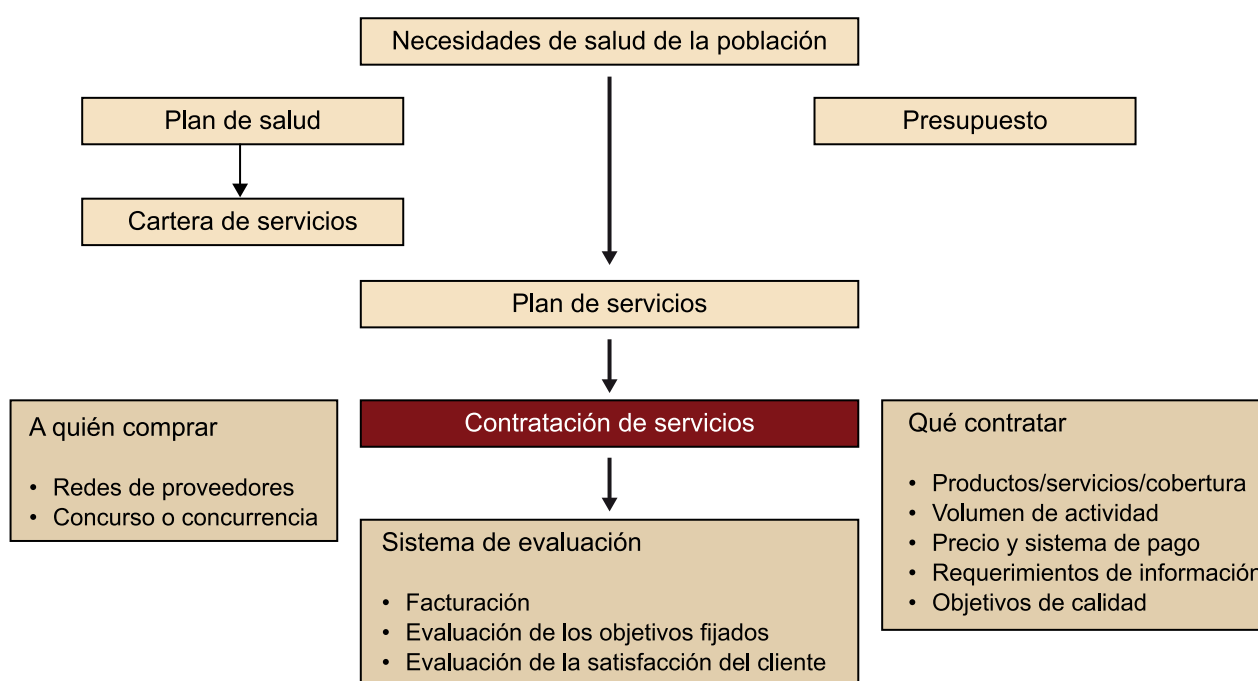
La resolución de los problemas de salud en el entorno de la atención primaria es la solución más eficiente, y se debe estimular de manera contractual.

En lo que respecta a las derivaciones a los especialistas y pruebas diagnósticas, en un entorno de aseguradora pública se deben ajustar a la organización territorial de servicios planificada. En entornos de aseguradora privada, suele

haber una capacidad de elección entre una cartera limitada de especialistas y centros. En los dos casos, y como hemos dicho anteriormente, la opinión del paciente tendrá cada vez un papel más importante.

2.2.3. Contratación de servicios como elemento de planificación de servicios

La contratación de servicios de salud es un elemento muy relevante en la planificación de servicios. Desde las entidades aseguradoras (públicas o privadas), y mediante el proceso de contratación o compra de servicios, se establecen los servicios que los proveedores ofrecerán a los asegurados (dónde, cómo, qué cantidad, con qué calidad y a qué precio).



La contratación de servicios sanitarios es el elemento que materializa y regula la aplicación del plan de servicios en el territorio y en el tiempo, y contempla todas las variables y los elementos que hemos detallado anteriormente.

El diseño y la ejecución de la contratación de servicios deben plantearse de la manera siguiente:

- Qué servicios se deben proveer y dónde (plan de servicios).
- Qué cantidad de servicios se debe contratar y con qué calidad (plan de servicios).
- Con qué sistema de pago y a qué precio.
- A qué entidades contratar.

- Con qué sistemas de evaluación se comprobará el cumplimiento del contrato.

Los sistemas de salud públicos con provisión propia de los servicios utilizan con frecuencia los contratos “sombra” para cada uno de los centros proveedores de servicios. En estos contratos no hay una transferencia económica real vinculada al contrato (los centros se financian de manera presupuestaria), pero permiten relacionar de alguna manera la actividad efectuada con una cuenta de ingresos.

Acceso de los proveedores a la contratación por parte de la aseguradora

Los proveedores de servicios deben cumplir unas condiciones previas para que sea posible la contratación de sus servicios sanitarios por parte de la aseguradora.

Las aseguradoras públicas tienen como referencia para la contratación de servicios sanitarios la normativa de contratos públicos de cada país o comunidad. Esto incluye aspectos de cómo se debe iniciar, desarrollar y resolver el proceso de contratación.

La entidad que hay que contratar debe tener solvencia económica y cumplir condiciones previas de autorización de los centros sanitarios, registro, acreditación y estándares de calidad de los servicios.

Prestaciones y servicios

La aseguradora fija los servicios cubiertos por la póliza, y determina aquellos que quedan excluidos. Los asegurados pueden tener coberturas distintas en función del precio (privados) o de otras circunstancias como la edad, el nivel socioeconómico o determinadas patologías crónicas (públicos). Algunas prestaciones no se cubren hasta un tiempo después de estar asegurado.

Tal y como hemos dicho anteriormente, los copagos o tickets moderadores (o las franquicias en los seguros a todo riesgo) actúan como reguladores de la demanda al poner un “precio” a la prestación gratuita.

Hay que decir que aquellas prestaciones no cubiertas por el sistema público pueden ser cubiertas por aseguradoras privadas.

Sistemas de pago, unidades de compra. Impacto en la utilización de los servicios de salud

Los sistemas de pago de los servicios sanitarios a los proveedores son una herramienta fundamental para regular el ajuste de los costes y la adecuada cobertura sanitaria a los ciudadanos.

Los sistemas de pago se han ido haciendo complejos en la medida en que los sistemas de información sanitaria han aportado datos e indicadores sobre la complejidad de los pacientes, el coste de los procesos u otras características.

Básicamente, podemos identificar los **modelos de pago por servicios** siguientes.

1) Pago por presupuesto

Se trata de un sistema prospectivo (se conoce el monto que hay que cobrar antes de iniciar la actividad). Habitualmente, se basa en los costes de producción previstos en recursos humanos, materiales, consumos, etc. Este modelo incentiva poco la eficiencia y tiende a tener una productividad baja.

2) Pago por actividad

Se trata de un sistema retrospectivo (se recibe el pago en función de la actividad producida). En este caso, resulta muy importante establecer muy bien el servicio o producto que hay que contratar y definir muy bien las condiciones que tiene que reunir. Este modelo estimula a los centros proveedores a incrementar la actividad y a producirla al menor coste y, en caso de que se pueda elegir, intentarán seleccionar aquella actividad en la que tienen más margen económico por acto.

Ejemplo

Cuando una agencia aseguradora contrata (y paga) las hospitalizaciones por altas o ingresos en lugar de por días de estancia, tienden a reducirse los días de hospitalización de los pacientes, para un mismo paciente y un mismo problema. Necesitaremos menos camas si pagamos por alta.

En el pago por actividad, es muy importante tener información sobre la complejidad de los casos que se tratan. De este modo, se han establecido sistemas de clasificación de la complejidad de las altas. El más conocido es el de *DRG* (*diagnostic related groups*), que permite modular el precio de las altas de acuerdo con el grupo isocoste al que pertenecen.

3) Pago por proceso o por episodio

Se trata de un sistema retrospectivo (se paga todo el proceso terapéutico de una determinada patología a un precio determinado). Este modelo estimula la eficiencia en el proceso asistencial, y utiliza las modalidades diagnósticas y terapéuticas de manera ágil.

4) Pago por asegurado ajustado por riesgo o capitación

Es un sistema prospectivo, y prácticamente se trata de un reaseguro, ya que se transfiere al proveedor de servicios de salud la responsabilidad de satisfacer las necesidades de salud de los ciudadanos asignados en todas las líneas de servi-

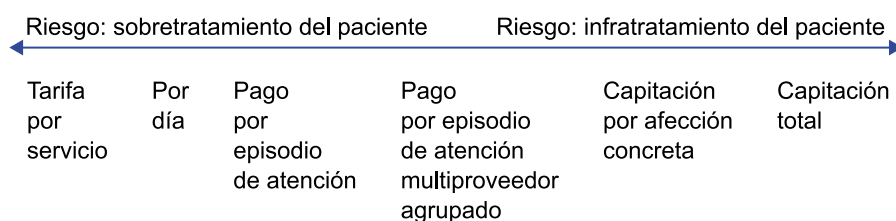
cios. Para ajustar el riesgo de los asegurados (el precio del pago por habitante asegurado), se utiliza la información histórica existente y agrupadores del tipo de los CRG (antes hemos hablado de los mismos).

En este sistema de pago, el proveedor de servicios tiende a reducir los consumos de servicios asistenciales de los pacientes y a invertir en sistemas de prevención, de telemedicina, de autocuidado y de gestión personalizada de los pacientes complejos y con alto riesgo de consumo de servicios y medicamentos.

Ejemplo

La aseguradora pública americana Medicare ofrece a sus asegurados la elección de la entidad proveedora de los servicios sanitarios y contrata, entre otros, los servicios de Kaiser Permanente. Esta empresa, con estrategias como las que hemos descrito en el párrafo anterior, ha conseguido reducir de manera significativa los ingresos hospitalarios por causas evitables y los reingresos de los pacientes crónicos complejos.

Secuencia de métodos de pago de la asistencia sanitaria



Fuente: H. D. Miller (2007). *Creating payment systems to accelerate value-driven health care: issues and options for policy reform*. The Commonwealth Fund.

Todos los sistemas de pago puros tienen riesgos, tal y como vemos en el cuadro anterior (que se centra en el riesgo de exceso o déficit en el tratamiento de los pacientes en función del sistema de pago). Encontramos además otros riesgos, como el equilibrio económico de los proveedores, la calidad de los servicios prestados, las listas de espera, etc. Por este motivo, lo habitual es combinar varios de los tipos de pago que hemos definido para un mismo proveedor y, además, definir condiciones de provisión y pago.

De este modo, es habitual que se pague una parte fija mensual y una variable en función de actividad (mezclando presupuesto y actividad). También se puede reservar una parte variable destinada a reconocer el grado de consecución de los objetivos asistenciales (*payment for performance*).

Otro elemento importante es cómo tratar la actividad excedente del contrato. No pagar implica no tratar al paciente, y pagar todo estimula tratar un exceso de pacientes. Por este motivo, se suele pagar un precio menor (marginal) por la actividad excedente.

Los sistemas de información sanitaria son imprescindibles para que la aseguradora pueda verificar que las actuaciones de las entidades proveedoras son las adecuadas para el tratamiento del paciente y que estas, además, lo hacen de manera eficiente y con buenos resultados.

2.3. La planificación de servicios. Visión del proveedor de servicios

Los proveedores de servicios sanitarios, de titularidad pública o privada, deben dirigir los centros con visión estratégica.

Cuando se trata de un proveedor público con un único comprador/financiador de servicios estatal y pago por presupuesto, los objetivos y las estrategias del centro están muy alineados con los que marca el plan de salud y de servicios del propio Gobierno.

Cuando el proveedor tiene distinta titularidad que el Gobierno (pública o privada) y/o distintos contratos a compradores públicos y privados o cobros a clientes privados, etc., la estrategia del proveedor es la que debe conducir a la organización a la supervivencia en primer lugar, y al éxito como objetivo.

Este es un aspecto muy importante, ya que en la planificación de servicios, la visión gubernamental de ordenación de la provisión tiene menos peso en los centros con menor porcentaje de financiación pública. En este escenario, son las propias entidades gestoras de los dispositivos sanitarios las que abordan la planificación de servicios de sus centros.

En este apartado, revisaremos brevemente los elementos diferenciales en la planificación estratégica de este tipo de entidades, en un entorno competitivo. Destacaremos su impacto en la planificación de servicios y en la planificación de centros.

2.3.1. Planificación estratégica y otros instrumentos

Los planes directores (o maestros) para la construcción de nuevos centros o de reforma y ampliación de los existentes se fundamentan en los planes estratégicos de las entidades y en su previsión de actividad de los próximos años.

Básicamente, los planes estratégicos tienen distintas fases o apartados que se repiten en todos los mismos. Entre estos, destacan los siguientes.

- **La misión y la visión:** ¿cuál es la razón de ser de la organización? ¿Qué quiere ser en el futuro? ¿Qué función y qué valores comparten sus miembros?
- **Análisis DAFO:** analiza, de manera participada, cuáles son las debilidades y fortalezas de la propia organización y las amenazas y oportunidades

que el entorno proporciona, con la idea de establecer estrategias que sean coherentes con estas y con la misión de la organización.

- **Planificación de estrategias y actuaciones en relación con los apartados anteriores:** ¿qué actuaciones priorizaremos en los próximos años? ¿Con qué recursos? ¿Con qué calendario?
- **Objetivos o metas:** ¿qué resultados esperamos obtener con las anteriores actuaciones? ¿Cómo lo evaluaremos?

En los servicios de salud, las decisiones clínicas, los costes y la innovación se generan en la atención directa de los profesionales sanitarios. Por este motivo, la implicación de estos actores en los procesos de planificación estratégica resulta imprescindible.

Entre las estrategias y actuaciones que hay que desarrollar en los próximos años, querríamos comentar brevemente que el plan de marketing y el plan de negocio tienen un papel muy importante en entidades competitivas.

El **plan de marketing** analiza aspectos internos como qué productos y servicios estamos ofreciendo (y con qué características) y a qué clientes; qué estructura de precios y costes tenemos; dónde estamos ubicados; cómo nos llegan los pacientes; o aspectos externos como tendencias sociales, de estilos de vida, de la actitud de los consumidores, del ciclo de vida de los productos o servicios ofrecidos, de la situación territorial de las tecnologías emergentes o de las oportunidades de los sistemas de pago de servicios. Asimismo, analiza las oportunidades que ofrece la segmentación: demográfica, geográfica, psicográfica, de uso de los servicios, de pago, etc. La idea es situar de manera adecuada el centro en el mercado sanitario para los servicios que ofrece, y modular la producción en función de la realidad de la demanda previsible.

Otras líneas de producto de los centros, como la docencia o la investigación, tienen normas de mercado muy distintas a las de la provisión de servicios sanitarios, y requieren estrategias diferenciadas.

Obviamente, en este apartado encontramos entidades sanitarias que optan por la especialización y excelencia en sus servicios y ofrecen una cartera de servicios no necesariamente integral. Otras, en cambio, buscan una integración de la atención sanitaria con el resto de las entidades territoriales o bien la propia gestión integral de los servicios sanitarios de un territorio para aprovechar las sinergias y eficiencias de la integración.

El **plan de negocio** se utiliza de manera fundamental para iniciar el funcionamiento de un nuevo centro o para introducir un nuevo servicio o una nueva tecnología en el centro. Suele tener un plazo más corto que el plan estratégi-

co. Aparte de estudiar los elementos anteriores del plan de marketing, estudia todos aquellos aspectos económicos y financieros que aseguran la viabilidad de la inversión y la sostenibilidad del servicio.

Bibliografía

Bibliografía de referencia

Cuervo, J. I.; Varela, J; Belenes, R. (1994). *Gestión de hospitales. Nuevos instrumentos y tendencias*. Barcelona: Vicens Vives.

Fisher, E. S.; Wennberg, J. E. (2003). "Health care quality, geographic variations, and the Challenger of supply-sensitive care". *Perspectives in Biology and Medicine* (núm. 46, págs. 69-79).

Fisher, E. S.; Wennberg, J. E; Stikel, T. A.; Gottlieb, D. J.; Lucas, F. L.; Pinder, E. L. (2003). "The implications of regional variations in Medicare spending". *Annals of Internal Medicine* (núm. 138, págs. 273-287 y 288-298).

Fusté, J. y otros (2008). "Criterios de planificación según tipos de servicios sanitarios, sociosanitarios y de salud pública: tendencias sobre desarrollo y adecuación de servicios e integración asistencial". *Medicina Clínica (Barcelona)* (supl. 4, págs. 36-41).

Fusté, J. *Planificación sanitaria y sistemas de provisión de servicios*. Material didáctico de la UOC.

Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. *Els serveis per a la salut: mirant cap al futur. Avantprojecte del Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública*. www.gencat.net/salut

González, B.; Barber-Pérez, P. (2006). "Los recursos humanos y sus desequilibrios mitigables". *Gaceta Sanitaria* (núm. 20, supl. 1, págs. 103-109).

Ibern, P. (ed.) (2006). *Integración asistencial: fundamentos, experiencias y vías de avance*. Masson: Barcelona.

Meneu, R. (2002). *Variabilidad de las decisiones médicas y su repercusión sobre las poblaciones*. Masson: Barcelona.

Ortún, V. (2005). "VPM en España: ¡Acción!". *Atlas VPM* (vol. 1, núm. 2, págs. 57-8).

Peiró, S.; Meneu, R.; Marqués, J. A.; Libroero, J., Ordiñana Calabuig, R. (1998). "La variabilidad en la práctica médica; relevancia, estrategias de abordaje y política sanitaria". *Papeles y Economía Española* (núm. 76, págs. 165-175).

Peiró, S.; Bernal-Delgado, E. *¿A qué incentivos responde el Sistema Nacional de Salud?* (comunicación). <http://www.aes.es/Noticias/wpbernal.pdf>

Pineault, R.; Daveluy, C. (1987). *La planificación sanitaria: conceptos, métodos, estrategias*. Barcelona: Masson, S. A. Salud y Gestión.

Pla, R.; Pons, J. M. V.; González, J. R.; Borrás, J. M. (2004). "¿Influye en el proceso y en los resultados el volumen de procedimientos en la cirugía del cáncer? Análisis basado en datos clínico-administrativos". *Cirugía Española* (vol. 75, núm. 4, págs. 179-188).

PriceWaterhouse & Coopers. HealthCast. 2020: *Creando un futuro sostenible*. *Health Research Institute of PricewaterhouseCoopers* (resumen ejecutivo).

Puente, M. L. de la (2010). *El sistema de atención a la Salud en Cataluña: evolución y orientaciones estratégicas desde la perspectiva del servicio Catalán de la Salud*. Generalitat de Cataluña. Departamento de Salud. http://www20.gencat.cat/docs/salut/Minisite/catsalut/Coneix_CatSalut/historia/Arxiu/sistema_atencio_catala.pdf

Puente, M. L. de la; Fusté, J. (2008). "Mapa Sanitario: una visión dinámica de la planificación de servicios en Cataluña". *Medicina Clínica (Barcelona)* (núm. 131, supl. 4, págs. 3-8).

Thomas, R. K. (2002). *Health Services Planning* (2.ª ed.). Kluwer Academic Publishers.

Bibliografía adicional recomendada

Atun, R. (2004). *What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services?* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network).

Comission on the Future of Health Care in Canada (2002). *Building on Values. The future of Health Care in Canada. Final Report*.

Departament de Sanitat i Seguretat Social (2003). *Llibre blanc de les professions sanitàries a Catalunya*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.

Departament de Salut (2005). *La reforma de la salut pública a Catalunya*. Barcelona: Departament de Salut. Barcelona: Generalitat de Catalunya.

Department of Health (2004). *The NHS Improvement plan. Putting People at the Heart of Public Services*. Reino Unido: NHS.

Department of Health (2005). *Health reform in England: update and next steps*. Reino Unido: NHS.

Dutch Department of Health (2005). *Welfare and Sport. New foundations for health care with a solid future*.

Lloyd, J.; Wait, S. (2005). *Integrated Care: A Guide for Policymakers. Alliance for Health and the Future*.

Manion, R. y otros (2008). "Payment for performance in health care". *BMJ* (vol. 336, 9 de febrero). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2234517/pdf/bmj-336-7639-analysis-00306.pdf>

Ministerio de Sanidad y Consumo (2006). *Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud*. Madrid: MSC.

Ministero della Salute (2006). *Piano sanitario nazionale 2006-2008*.

Ministry of Social Affairs and Health (2005). *Rights of patient*. Helsinki.

NHS Modernisation Agency (2004). *10 High Impact Changes for Service Improvement and Delivery*.

NHS National Institute for Health and Clinical Excellence (2006). *Accessibility planning and the NHS: improving patient access to health services*. Nice.

NHS Scotland (2005). *Delivering for Health*. Edimburgo: Scottish Executive.

Nuño Solinís, R. (2007). "Buenas prácticas en gestión sanitaria: el caso Kaiser Permanente". *Administración Sanitaria* (vol. 5, núm. 2, págs. 283-292).

Richard, F. y otros. "Development and Evaluation of Clinical Risk Groups (CRGs)". *3M HIS Research Report* (págs. 9-99).

Rodríguez, A. (2005). *La reforma de salud en Costa Rica*. Publicación de las Naciones Unidas. <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/0/27120/lcw77e.pdf>

Treasury Board of Canada Secretariat. *Report on Plans and Priorities 2005-2006*. <http://www.collectionscanada.gc.ca>

Wallerstein, N. (2006). *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network).