

# Sociedad de Bienestar y Salud

Determinantes de la salud. Sistema sanitario y salud. Tipología de los sistemas sanitarios. Planificación sanitaria

Rafael Manzanera

PID\_00217779



# Índice

<b>Introducción.....</b>	<b>5</b>
<b>Objetivos.....</b>	<b>6</b>
<b>1. Sociedad de bienestar y salud. Determinantes de la salud.....</b>	<b>7</b>
1.1. Bienestar y salud .....	7
1.2. Sociedad del bienestar y salud .....	9
1.3. Determinantes de la salud .....	10
1.4. Crisis económica y salud .....	13
<b>2. Sistema sanitario y salud.....</b>	<b>15</b>
2.1. Concepto y componentes del sistema de salud .....	15
2.1.1. La prestación de servicios .....	19
2.1.2. La creación de recursos para la salud .....	20
2.1.3. La financiación de la salud .....	20
2.1.4. Rectoría ( <i>stewardship</i> ) .....	21
2.1.5. Conclusiones <i>Informe OMS 2000</i> .....	22
2.2. Marcos de comprensión de los sistemas sanitarios .....	22
2.2.1. Arquitectura general del sistema .....	22
2.2.2. Organización del sistema .....	23
2.2.3. Gestión del sistema .....	23
2.3. Contribución de los sistemas sanitarios a la salud .....	24
<b>3. Tipología de los sistemas sanitarios.....</b>	<b>25</b>
3.1. Patrones dominantes de modelos sanitarios .....	25
3.1.1. El modelo privado .....	25
3.1.2. Los modelos de seguridad social .....	25
3.1.3. Los sistemas nacionales de salud .....	26
3.2. Reformas sanitarias y tendencias de evolución de los sistemas .....	27
3.2.1. La contención de costes .....	27
3.2.2. El gerencialismo .....	27
3.2.3. El racionalismo planificador .....	28
3.2.4. La introducción elementos de competencia .....	28
3.2.5. La gestión clínica .....	28
3.2.6. Los nuevos modelos de atención .....	29
3.2.7. La atención sanitaria basada en el conocimiento .....	30
<b>4. Las experiencias de reforma en los países desarrollados.....</b>	<b>31</b>
4.1. Extensión de la protección financiera .....	31
4.2. Introducción de competencia o incentivos de mercado .....	33

4.3.	Contención de costes y sostenibilidad financiera .....	35
4.4.	El gerencialismo hospitalario .....	37
4.5.	Racionalismo planificador y priorización .....	37
4.6.	Gestión clínica .....	38
4.7.	La potenciación de una rectoría efectiva .....	40
4.8.	Los nuevos modelos de atención a crónicos .....	41
4.9.	NHS: entre la competencia y la cooperación .....	47
4.10.	Las experiencias de reforma en Estados Unidos .....	47
<b>5.</b>	<b>Planificación sanitaria</b> .....	49
5.1.	Marco general de la planificación y gestión sanitaria .....	49
5.1.1.	La macrogestión sanitaria .....	49
5.1.2.	La mesogestión sanitaria .....	50
5.1.3.	La microgestión sanitaria .....	50
5.2.	Planificación sanitaria .....	51
5.3.	El plan de salud .....	52
5.4.	Planificación estratégica .....	54
<b>Glosario</b> .....		61
<b>Bibliografía</b> .....		62

## **Introducción**

La salud de la humanidad ha mejorado más durante los últimos cincuenta años que en miles de años anteriores. Las guerras que asolaron la humanidad, y las crisis económicas y sociales que las acompañaron, representaron momentos de ruptura de esta mejora incremental. La crisis económica actual ha tenido impactos negativos en estas mejoras que están aún por recuperar.

Se trata de un proceso de extraordinaria importancia, mediante el cual se ha mejorado la calidad de vida de las personas y su relación con el medio, de tal forma que el bienestar social ha aumentado de forma notoria.

En este capítulo introductorio, vamos a analizar la función de los sistemas sanitarios en ese proceso, y a conocer los rasgos fundamentales que definen el sistema, sus tipologías y sus patrones de comportamiento.

Finalmente, profundizaremos en la planificación y gestión sanitarias.

## Objetivos

Al final del módulo, tenéis que ser capaces de:

- 1.** Manejar las nociones de bienestar y salud.
- 2.** Conocer el origen, significado y tipos básicos del estado del bienestar.
- 3.** Entender los determinantes de la salud.
- 4.** Analizar el impacto de la crisis económica actual en la salud de la población.
- 5.** Comprender el concepto y elementos que componen un sistema sanitario.
- 6.** Conocer los tipos básicos de sistema sanitario.
- 7.** Manejar enfoques y herramientas para el análisis de sistemas sanitarios.
- 8.** Comprender las dinámicas y patrones esenciales de un sistema sanitario.
- 9.** Entender la contribución del sistema sanitario a la salud y bienestar social.
- 10.** Conocer las nociones de planificación sanitaria, políticas sanitarias y planes de salud.
- 11.** Entender el proceso de planificación sanitaria.
- 12.** Saber manejar los útiles básicos de planificación.
- 13.** Conocer el marco general y herramientas básicas de planificación y gestión sanitaria.

# 1. Sociedad de bienestar y salud. Determinantes de la salud

## 1.1. Bienestar y salud

Bienestar social se denomina al conjunto de factores que participan en la calidad de vida de la persona y que hacen que su existencia posea todos aquellos elementos que dan lugar a la tranquilidad y satisfacción humana.

La salud es uno de los pilares esenciales de la calidad de vida de una población. De hecho, la definición de salud más popular es entendida como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo como la ausencia de enfermedad (Organización Mundial de la Salud, 1946, Constitution of the World Health Organization).

Esa definición tan holística de salud, si bien resulta atractiva en el plano conceptual, dificulta en ocasiones el análisis.

Históricamente, la noción de bienestar se ha centrado en lo económico, ya que, pese al intenso debate académico, ha permitido un mayor grado de consenso que las nociones subjetivas de bienestar, las cuales están volviendo a emerger recientemente, como los conceptos de felicidad y *life satisfaction*.

De modo convencional, se ha optado por tomar como medida del bienestar la cantidad de bienes materiales y servicios útiles producidos por un país, dividido entre el número de sus habitantes, lo que se conoce con el nombre de Producto Interior Bruto (PIB) per cápita. Es decir, una conceptualización de bienestar económico.

La primera noción clave es la de la correlación positiva entre el bienestar económico y la salud (medida normalmente como esperanza de vida), como se muestra en el gráfico 1.

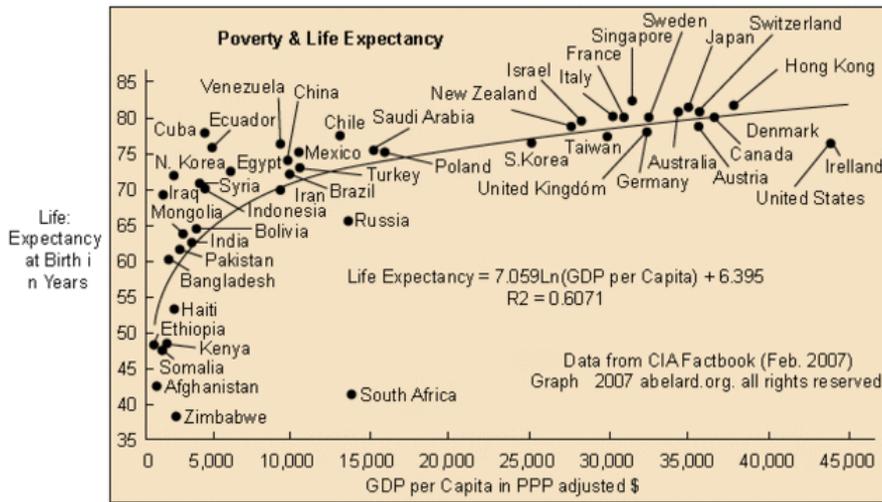


Gráfico 1. Relación PIB per cápita y esperanza de vida 2007. Fuente: *abelard.org*

Otro concepto relevante a este respecto es el Índice de Desarrollo Humano (IDH), que es una medición por país, elaborada por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, un indicador híbrido compuesto por tres parámetros:

- Vida larga y saludable (medida según la esperanza de vida al nacer).
- Educación (medida por la tasa de alfabetización de adultos y la tasa bruta combinada de matriculación en educación primaria, secundaria y superior).
- Nivel de vida digno (medido por el PIB per cápita ajustado por paridad de poder adquisitivo).

En el gráfico 2, podemos ver la relación entre IDH y PIB per cápita.

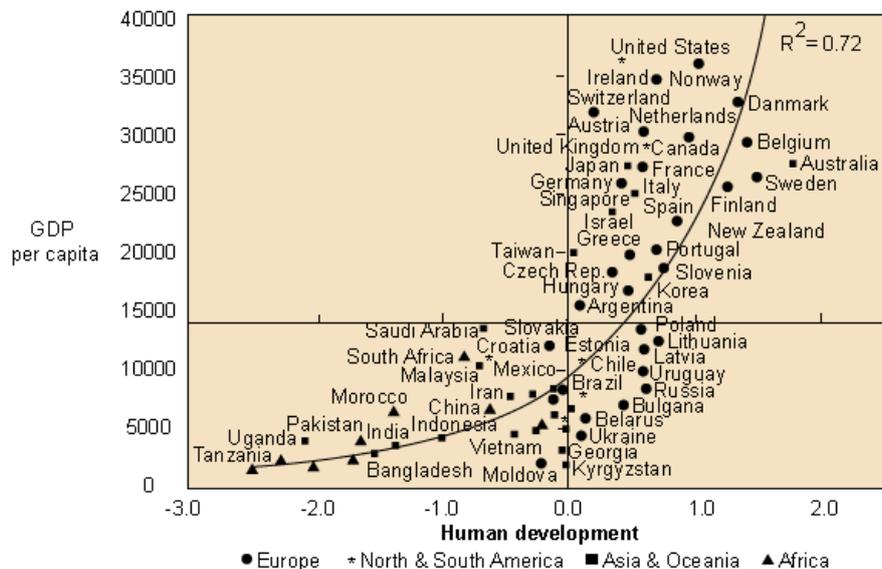


Gráfico 2. Relación PIB per cápita e IDH (2007)

Por tanto, con un enfoque macro, queda mostrada la relación positiva entre prosperidad económica y salud. Otras ideas relevantes en este aspecto son:

- Una vida sana y saludable es un valor intrínseco del desarrollo humano.
- La salud es un factor de productividad laboral y desarrollo económico.

## **1.2. Sociedad del bienestar y salud**

La comprensión del apartado anterior se enriquece incorporando la noción de sociedad del bienestar. Este concepto, y dejando al margen discursos ideológicos asociados, es una extensión del más popular estado del bienestar en la que subyace la idea de Estado al servicio de la sociedad.

El estado del bienestar tiene sus raíces en los sistemas de protección social de finales del siglo xix que se desarrollan durante el xx y que comprenden aspectos tales como la sanidad, la vivienda, la educación, los servicios sociales, las pensiones o el empleo. El alcance y desarrollo de esas coberturas no es homogéneo; tampoco lo son las bases conceptuales del propio estado del bienestar. Así, se distinguen tres modelos en los países occidentales:

- Los basados en el concepto de asistencia social usan el criterio de necesidad demostrada y son herederos del estado liberal decimonónico de los países anglosajones. De esta forma, se estratifica la sociedad entre quienes tienen el derecho y aquellos que carecen de él. Este tipo de modelos ha evolucionado, pero en el campo sanitario su exponente hegemónico son los Estados Unidos, en los que la atención sanitaria es un bien privado y sólo se garantiza en casos de necesidad a pobres, jubilados y grupos específicos (Programas Medicaid y Medicare).
- Los sistemas nacionales de seguro. En este supuesto, el derecho a los diferentes componentes que conforman el estado del bienestar deriva de la relación laboral y se generan derechos diferentes según la actividad desarrollada. Estos sistemas son frutos de la evolución de los primeros sistemas de protección social modernos, conocidos como tipo Bismarck por haber aparecido por primera vez en Alemania bajo el gobierno de dicho canciller. Se desarrollaron fundamentalmente en la Europa continental (Alemania, Francia, Bélgica o Austria) y se consideran consecuencia directa de la capacidad de organización y presión de la clase obrera.
- Los sistemas universales. Son conocidos como tipo Beveridge. Aquí, el derecho a la protección social se asocia a la ciudadanía. De forma que el ser ciudadano genera todos los derechos derivados de ese marco de protección. Este concepto se desarrolló en países como Suecia, Noruega o Dinamarca.

Estos esquemas han evolucionado y en ellos predominan los modelos híbridos, por ejemplo, la cobertura sanitaria en España pasó de ser bismarckiana a universalizarse, o el Servicio Británico de Salud –el popular National Health Service–, paradigma de universalización, convive en su país con otros marcos de protección social del tipo sistemas de seguro.

Como conclusión, la salud se considera un área de intervención prioritaria en las agendas de aquellos gobiernos que tratan de garantizar el bienestar individual y colectivo de una sociedad. La inclusión de la atención sanitaria en la protección social de los estados del bienestar ha llevado a su consideración como derecho social, con la excepción más relevante de los Estados Unidos, donde se conceptúa como bien privado, aspecto que no debe olvidarse en los análisis comparados de sistemas de salud que tengan como referente a ese país.

### **1.3. Determinantes de la salud**

En el apartado anterior, y partiendo de una concepción muy extendida, parece mostrarse una relación entre salud y atención sanitaria, en la que la primera aparece como producto casi exclusivo de la actuación de los servicios sanitarios. Queremos dejar claro que eso no es así, si bien el paradigma dominante se nutre del paralelismo intuitivo entre mejora del estado de salud de la población y la medicina científica por medio de las tecnologías y dispositivos sanitarios.

Sin embargo, multitud de estudios han demostrado que la función de la asistencia sanitaria en la mejora de la salud de la población ha sido limitada (si bien hay gran debate en la cuantificación de esa contribución), mientras que otros condicionantes de la salud, como las mejoras en la salud pública, el nivel socioeconómico y educativo, así como los cambios en los estilos de vida, han sido aspectos con un mayor impacto en el aumento de la esperanza de vida y la reducción de la mortalidad por varias causas a lo largo del siglo xx.

En este sentido, los trabajos de Thomas McKeown en los años setenta del siglo muestran que las tasas de mortalidad por tuberculosis en Inglaterra y Gales disminuyeron a lo largo del siglo xix y xx sin ser lo más determinante las innovaciones terapéuticas que iban produciéndose durante ese mismo periodo.

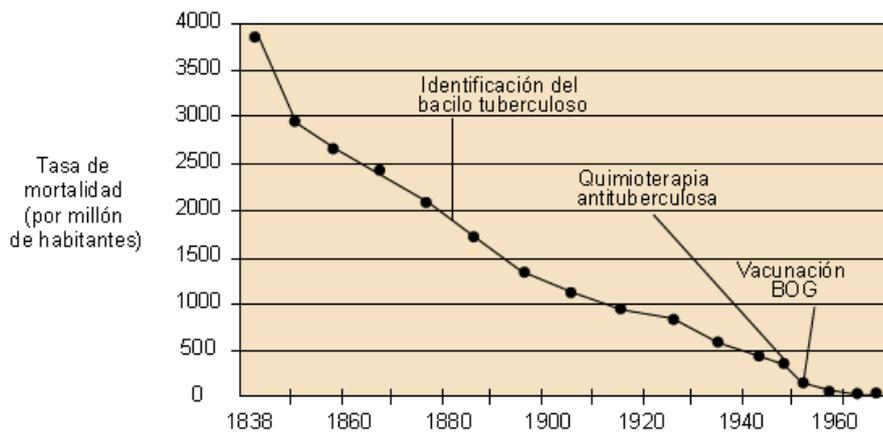


Gráfico 3. Declinar de la tuberculosis e innovaciones terapéuticas (McKeown, 1976)

Tal aseveración fortaleció las tesis biopsicosociales en la explicación de la aparición y evolución de las enfermedades, poniendo en entredicho las explicaciones más biologicistas dominantes.

En efecto, existen dos enfoques dispares:

- El enfoque biopsicosocial entiende que las variables de carácter social y psicológico son importantes a la hora de entender la salud y el proceso de la enfermedad. Se trata de establecer puentes entre lo biológico y lo psicosocial, explicando la complejidad de enfermar y de sanar.
- El modelo biologicista entiende la salud y la enfermedad a partir de variables biológicas (somáticas) medibles, sin considerar los aspectos psicológicos y sociales asociados.

Otro trabajo clásico sobre los determinantes de la salud es el del Informe Lalonde de 1974, realizado por quien posteriormente sería nombrado ministro de sanidad de Canadá. En dicho informe, se analizaron los determinantes de la salud, que incluían:

- El medio ambiente.
- Los estilos de vida.
- La biología humana.
- La asistencia sanitaria.

Lalonde destacó la importancia que los tres primeros factores tenían en la explicación de la salud y la enfermedad, en detrimento del último, al cual, sin embargo, era destinada la mayor parte del gasto sanitario. El sistema sanitario, por lo tanto, constituía un componente más en la definición del nivel de salud de la población y, por ello, Lalonde creyó más interesante impulsar acciones políticas dirigidas a potenciar la promoción de la salud. Curiosamente, un diagnóstico acertado por parte de Lalonde le llevó a recomendar políticas de promoción de la salud de dudosa o pobre efectividad.

Dever, en 1976, calculó la contribución potencial a la reducción de la mortalidad de los cuatro determinantes. Esta cuantificación es muy popular y se sigue usando con frecuencia en foros de salud pública (¡más de treinta años después!) para ilustrar el impacto del sistema sanitario sobre la salud, incurriendo en la identificación grosera entre salud y mortalidad (ver gráfico 4).

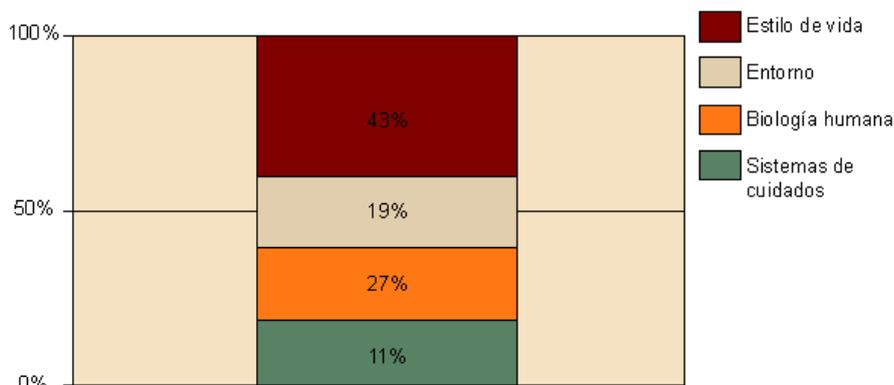


Gráfico 4. Contribución potencial a la reducción de la mortalidad de determinantes de la salud (Dever, 1976)

Una contribución más reciente y relevante es el modelo de los determinantes de la salud de Dahlgren y Whitehead (1991), enormemente influyente en el estudio de las desigualdades sociales en salud. Tal y como puede verse en la imagen 1, Dahlgren y Whitehead representan los principales determinantes de salud como estratos o capas de influencia:

- En la parte central, se sitúan los factores individuales como la edad, el sexo y los factores hereditarios, fundamentalmente no modificables, aunque estamos a las puertas del advenimiento de la medicina personalizada con base genética.
- En un segundo nivel, aparecen los factores relacionados con los estilos de vida sobre los que sí se puede actuar. Se trata de los hábitos de vida (fumar, beber, realizar ejercicio físico, etc.) directamente relacionados con el estado de salud de las personas.
- Una tercera capa refleja las influencias sociales y comunitarias, esto es, las relaciones interpersonales de los individuos en forma de apoyo social, que se relacionan también con la salud.
- En cuarto lugar, se incluyen las condiciones de vida y de trabajo, que incluyen factores relacionados con la vivienda, la agricultura y la producción de alimentos, la educación, el empleo y el desempleo, el agua potable y el saneamiento, y los servicios sanitarios.
- Finalmente, y cerrando el semicírculo, están representadas las condiciones más generales de carácter socioeconómico y medioambiental, que inciden, en mayor o menor grado, en los demás niveles.



Imagen 1. Modelo de los determinantes de la salud de Dahlgren y Whitehead

Para concluir, es necesario recalcar que la salud constituye un fenómeno complejo y multicausal que, al tener raíces de carácter social y fuerte influencia del entorno socioeconómico y medioambiental, excede el paradigma biologicista.

En paralelo, no es menos cierto que, en determinados foros, se minusvalora de forma recurrente la contribución a la salud y al bienestar de los sistemas sanitarios.

#### 1.4. Crisis económica y salud

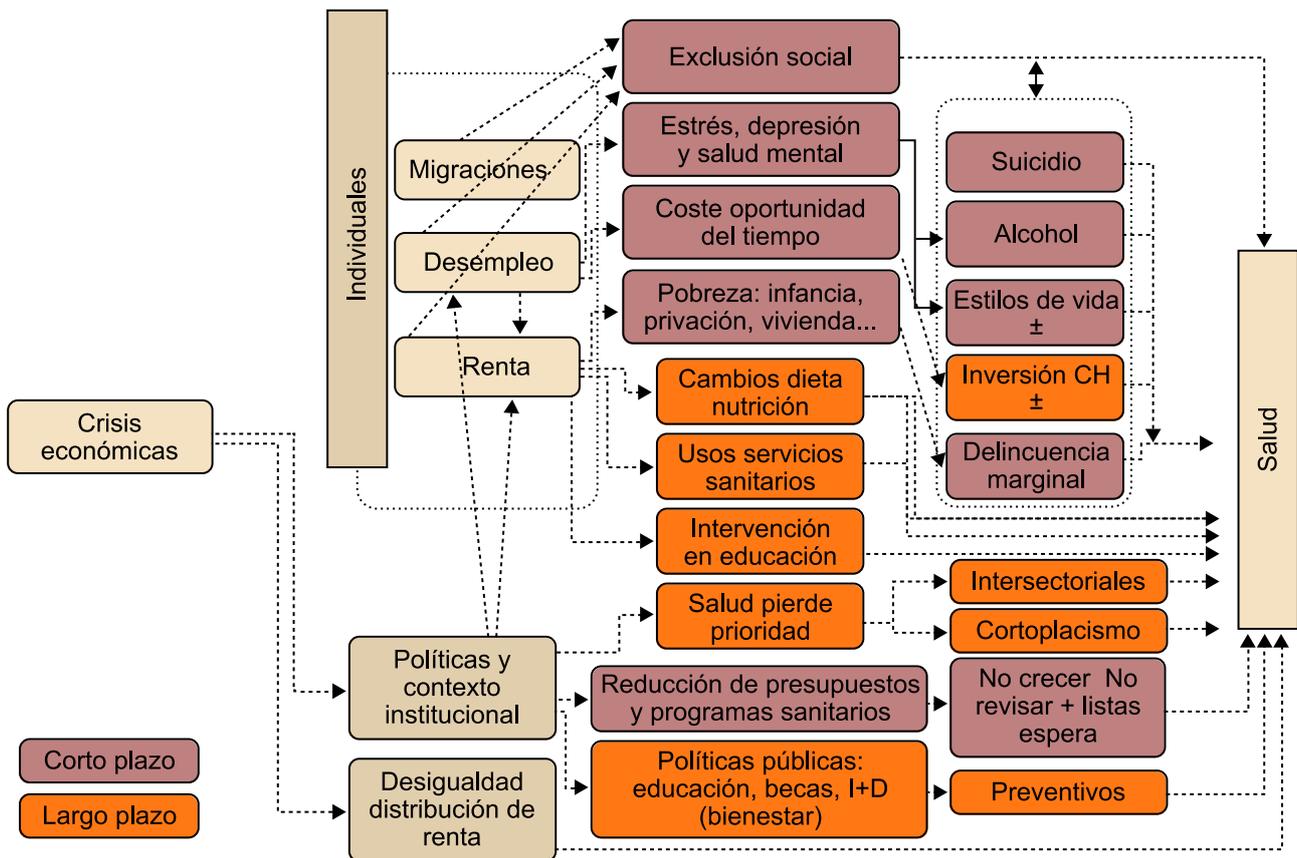
Una economía entra en recesión técnica cuando ha experimentado durante dos trimestres consecutivos un crecimiento negativo del producto interior bruto (PIB). Las crisis económicas aumentan el desempleo y el empobrecimiento de las familias.

Desde 1970 hasta finales del 2008 se han producido en el mundo 447 crisis financieras nacionales. Lo que diferencia la crisis actual de las anteriores es que afecta de lleno al motor económico mundial, Estados Unidos de Norteamérica, su alcance como crisis global y su intensidad se han contagiado rápidamente entre países y a la economía real.

En nuestro país, el Banco de España anunció en enero del 2009 que habíamos entrado oficialmente en recesión, dado que el cuarto trimestre del 2008 fue el segundo consecutivo de caída intertrimestral del PIB. En este periodo hasta la actualidad, también han pasado por épocas de recesión Alemania, Reino Unido, Italia, Irlanda, Finlandia, Suecia y Dinamarca. Importa saber cómo y cuánto influyen las crisis económicas sobre la salud de las poblaciones, y especialmente, sobre ciertos grupos específicos (niños, ancianos, etc.); qué tienen en común las crisis y si la que estamos viviendo es especial.

#### Bibliografía

En el trabajo de Dávila y Gonzalez Lopez-Valcarcel, Crisis económica y salud, se conceptualiza en forma de esquema cómo impacta la crisis en diversos aspectos relacionados con la salud.



Es relevante en este sentido el posicionamiento de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) sobre cómo afectan los factores de la crisis a la salud, cómo la favorecen en el caso de ser positivos, y la necesidad de introducir cambios en los sistemas de salud para aprovechar al máximo sus oportunidades de mejora y reducir el impacto negativo de las restricciones.

Algunos autores, como Repullo, consolidan propuestas conceptuales de mejora de la configuración y uso de los sistemas sanitarios.

La crisis ha venido, pero tanto su duración como sus efectos se prolongarán en el tiempo, de ahí la importancia de los observatorios que se han creado en el mundo y también en nuestro país. Algunos de estos observatorios específicos son el de la Escuela Andaluza de Salud Pública o del sistema general, como el de la Agencia Catalana.

## 2. Sistema sanitario y salud

### 2.1. Concepto y componentes del sistema de salud

Esta sección se basa, esencialmente, en el informe mundial de salud del año 2000 de la OMS<sup>1</sup>. La OMS realiza un informe anual que en el 2012 se centró en la investigación y en el 2014, en la cobertura universal. Todos ellos son de un gran interés.

<sup>(1)</sup> **Organización Mundial de la Salud (2000).** *Informe sobre la Salud en el Mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud.* Ginebra. Accesible en: [http://www.who.int/whr/2000/en/whr00\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf)

En primer lugar, se definen los sistemas de salud como conjuntos de actividades cuyo propósito fundamental es mejorar la salud, es decir, el concepto clave es la acción sanitaria. La educación influye en el estado de salud, pero su propósito esencial no es mejorar la salud, de ahí que delimitemos el sistema de salud y el sistema educativo.

El *Informe OMS 2000* presenta un interesante modelo para el análisis de los sistemas de salud basado en tres objetivos finales y cuatro funciones esenciales de cualquier sistema de salud (que se muestran en el gráfico 5).

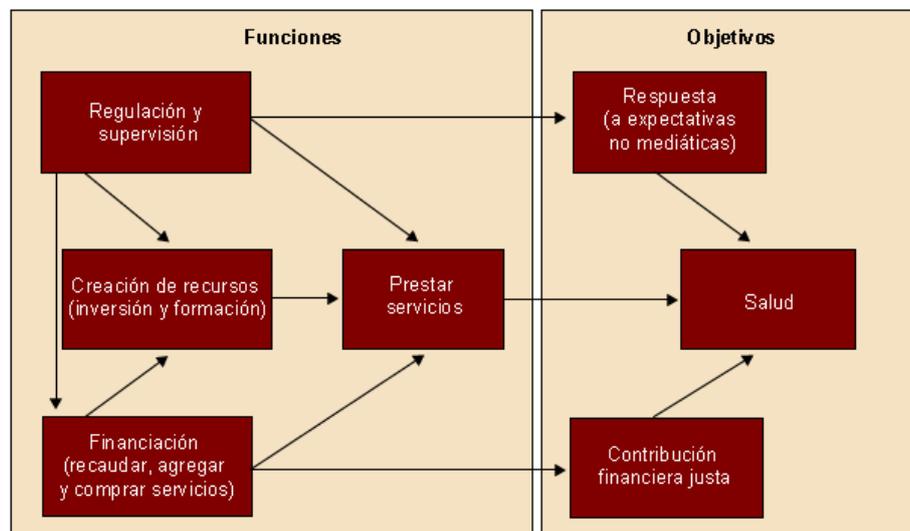


Gráfico 5. Relaciones entre objetivos y funciones de un sistema de salud

Según este informe, los tres objetivos finales de todo sistema de salud son:

- Mejorar la salud de la población.
- Responder a las expectativas de la población.
- Proteger financieramente contra el coste de la enfermedad.

Los dos primeros objetivos finales se descomponen, a su vez, en dos dimensiones: el propio logro del objetivo (nivel de salud y de respuesta a las expectativas ciudadanas), y la distribución equitativa de cada uno de esos logros en la población.

El tercer objetivo (protección financiera) sólo se corresponde con la justa distribución de la contribución de los ciudadanos al sostenimiento de su salud, ya que, se supone, no existe un nivel "idóneo" o "adecuado" de contribución financiera, o gasto sanitario.

Estos cinco objetivos son los utilizados, a su vez, por el informe como variables para realizar la medida y la clasificación de países en cuanto al rendimiento de sus sistemas de salud. No vamos a prestar atención en este módulo a la cuestión del ranking de sistemas de salud.

La respuesta a las expectativas ciudadanas es descompuesta, a su vez, en dos clases de expectativas, las que tienen que ver con el respeto a las personas (respeto a la dignidad de las personas, confidencialidad y autonomía para participar en decisiones en relación a la propia salud), y aquellas relacionadas con la persona como cliente del sistema de salud (rápida atención, condiciones de bienestar, acceso a redes de apoyo social y capacidad de elección de prestador de la atención).

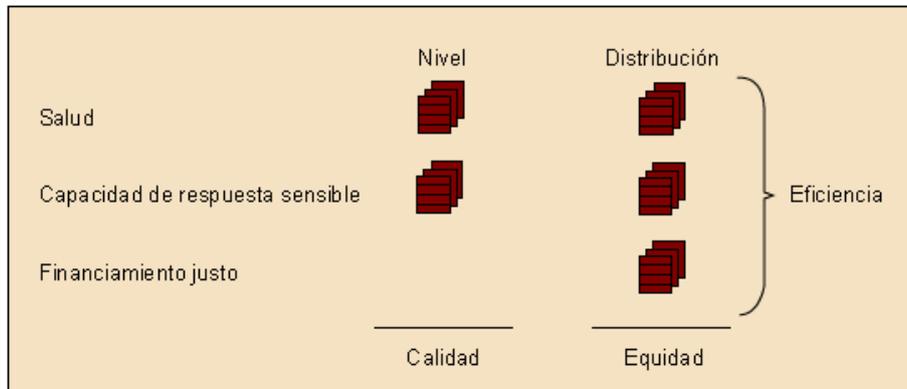


Gráfico 6. Objetivos de un sistema de salud (OMS, 2000)

Como hemos señalado, la razón de ser de todo sistema de salud es mejorar la salud. Esto implica alcanzar el mejor nivel posible de salud para toda la población durante todo el ciclo de vida, lo que a su vez supone contar con un sistema de salud *efectivo*. Sin embargo, en ocasiones se puede proteger o mejorar la salud promedio de la población atendiendo, de manera desproporcionada, las necesidades de ciertos grupos privilegiados. El sistema de salud, por lo tanto, tiene también la responsabilidad de reducir las desigualdades, mejorando preferentemente la salud de aquellos que están en peores condiciones. En este sentido, el sistema de salud debe ser también *equitativo*.

Vamos a ver algunos de los indicadores que se utilizan para medir esos objetivos:

"Logros y desempeño" (*attainment and performance*) distingue entre el logro respecto a los objetivos-tareas de un sistema de salud y el desempeño, en "El nivel global del estado de salud", es evaluado por medio de la expectativa de vida sin discapacidad (EVAD). Sin embargo, el informe incluye otros tres indicadores: probabilidad de morir antes de los 5 años, probabilidad de morir entre los 15 y los 59 años y expectativa de vida al nacer.

El informe muestra valores del AVAD (años de vida libres de discapacidad) y de la EVAD por grandes áreas del mundo. En el texto, se aclara la diferencia entre uno y otro indicador. La EVAD parte de estimar la proporción de sobrevivientes por edad y sexo (como en la tabla de vida requerida para el cálculo de la expectativa de vida al nacer y para cada edad) ajustándola según los niveles de discapacidad estimados para cada edad. Los AVAD parten de analizar respecto de cada patología su efecto en mortalidad y discapacidad por grupo de edad y sexo. Justifican la preferencia de la EVAD sobre la expectativa de vida al nacer, porque así resulta amplificada la diferencia entre ricos y pobres, dado que la patología no sólo causa más mortalidad entre los pobres, sino además mayor discapacidad. Para evaluar "la distribución o desigualdad de la salud" debería medirse las diferencias entre ricos y pobres. Como aproximación, se toman las diferencias regionales de los valores de la mortalidad infantil, señalando que en general éstas son mínimas en los países desarrollados.

En el informe, se destaca la incorporación de dos dimensiones más para la evaluación de los servicios de salud: la "capacidad de respuesta" del sistema, y la "distribución entre los diversos grupos sociales de la carga financiera" para mantener dichos servicios. La OMS incorpora, así, explícitamente, conceptos de equidad. En el caso de la financiación, lo hace de modo directo; en los casos de resultados de salud y de capacidad de respuesta, en modo indirecto porque, además de considerar el nivel global, el informe también toma en cuenta la distribución de ambas variables entre los distintos segmentos de la población.

El modo en que se propone la participación de la población también implica un cambio en el énfasis dado a las diferentes modalidades en que se pueden manifestar las reacciones de la gente. El informe propone que, para medir el grado en que un sistema responde a las expectativas de la población, se requiere una consulta directa y permanente sobre la base de dos criterios principales: en qué medida el sistema muestra un respeto por la dignidad de la persona humana, y cuál es el cuidado puesto en la atención de los demandantes. Por cierto que, como la estimación del indicador surgió de encuestas efectuadas en unos treinta y cinco países, y la opinión de expertos e informantes clave de poco más de cien, hay un margen de crítica respecto a los modos más idóneos de medir esa opinión colectiva. La evaluación comprende:

- Respeto por la dignidad de la persona (50%) que, a su vez, engloba:

- Trato respetuoso (16,6%).
- Confidencialidad (16,6%).
- Autonomía del paciente (16,6%).
  
- Orientación hacia el paciente (50%) que, a su vez, engloba:
  - Atención oportuna (20%).
  - Ambiente de calidad adecuada (15%).
  - Elección del proveedor (prestador) (10%).
  - Acceso a red de soporte social (5%).

Para conocer y medir la carga financiera de los distintos segmentos de la población, se auspicia el registro sistemático de cuentas nacionales de salud, con el fin de conocer con claridad de dónde provienen los fondos que un país asigna al sistema de salud (impuestos varios, cargas de la seguridad social, gastos directos del bolsillo) y dónde, finalmente, se utilizan (efectores públicos, privados, medicamentos, etc.).

El financiamiento adecuado o equitativo (*fair financing*) es objeto de un acápite especial. Se señala que la contribución financiera de cada hogar debe estar en relación con su capacidad de pago o aporte y no con el del peso o riesgo de la enfermedad. Para estimar el parámetro, se analiza por deciles de ingreso la relación entre el gasto (descontado el de alimentos) y los gastos de bolsillo por prestaciones médicas. Es importante observar que, por gasto público, se incluye tanto el derivado de la aplicación de tasas e impuestos generales como los aportes recogidos por la Seguridad Social. El gasto privado, en contraposición, incluye los gastos directos de bolsillo por prestaciones más los seguros privados.

El informe señala que el gasto no es un resultado, sino sólo un insumo indispensable para el funcionamiento del sistema. En el acápite efecto global (*overall attainment*), sobre cuya base se ordena luego a los países según sus logros, se presenta el esquema de ponderación de los indicadores anteriores para la construcción de este indicador global, que es de 3/8 para resultado en salud y 5/8 para su distribución y equidad en carga financiera.

Por último, el acápite "desempeño" alude a la obtención de resultados según los recursos disponibles. Se trata de medir la relación entre lo obtenido y lo obtenible, donde los límites derivan de los datos empíricos (máximo y mínimo observado en los países). Se determinan, así, dos indicadores:

- Recursos (en gasto per cápita)/EVAD (resultado en salud global).
- Recursos/efecto global.

Vamos a detenernos en las cuatro funciones del sistema de salud y los enfoques al respecto del *Informe* de la OMS del año 2000:

### 2.1.1. La prestación de servicios

- Equilibrar los servicios de salud personales y no personales.
- Mejorar la calidad de la prestación de los servicios.
- Crear competencia entre los prestadores de atención de salud.

El primer tema que plantea el informe es en relación con la oferta de prestaciones que deben realizar los sistemas de salud. Se asume la posición de que es preferible un racionamiento explícito, basado en criterios de coste-efectividad de los servicios, que el razonamiento implícito, basado en listas de espera, reducción de la oferta, recortes presupuestarios arbitrarios o simplemente barreras inespecíficas a la atención de salud necesaria (tasas en los servicios, etc.). Se plantea, muy adecuadamente, el problema que resulta cuando el coste-efectividad de las intervenciones (eficiencia) puede entrar en contradicción con el objetivo de equidad (por ejemplo, el coste de actuar sobre determinados grupos de población puede tener un coste altísimo, lo que puede implicar una reducción significativa de su coste-efectividad relativa). Por ello, el informe ofrece un modelo para tomar decisiones en la elección de prioridades en salud que tiene en cuenta la naturaleza del servicio a ofrecer, su coste, las características de sus beneficiarios predominantes, la idoneidad de establecer un sistema de aseguramiento y su coste-efectividad. Aunque se reconoce que, en el establecimiento de prioridades, otros razonamientos han de tenerse en cuenta (técnicos, políticos, sociales y éticos), éstos no son discutidos, cuando es bien conocido que usualmente son dichos razonamientos, y no los criterios de índole económica, los que determinan la elección social de prioridades en salud.

Una vez elegidas las prestaciones a ofrecer, los sistemas de salud han de organizarse para prestar dichos servicios convenientemente. La OMS se decanta por favorecer las estructuras no burocráticas que permitan autonomía a las unidades asistenciales, contratos de servicios de largo plazo que permitan una colaboración pública-privada para garantizar la atención a la población. Igualmente, resultaría necesario reconfigurar la estructura de incentivos de los sistemas de salud buscando una mayor exposición de las instituciones prestadoras al mercado, un mayor riesgo y responsabilidad financiera y un mayor control por resultados de estas instituciones.

Por último, se presenta la necesidad de organizar redes de servicios mediante alianzas y mecanismos de coordinación que favorezcan una atención sin barreras a la población. Es cierto que esta modernización de los sistemas de salud que la OMS defiende tiene más que ver con un cambio de valores sociales, de la función del Estado y de la necesidad de contener el crecimiento del gasto sanitario que de ninguna conclusión extraída de estudios de evidencia en políticas de servicios de salud.

### 2.1.2. La creación de recursos para la salud

- Suministro/demanda de recursos humanos.
- Decisiones sobre inversiones relativas a la tecnología y a su adquisición y uso.
- Inversión en conocimiento.

La OMS pone el acento sobre la necesidad de intervención de los gobiernos para actuar "fuertemente" en el mercado de recursos para la salud (formación y entrenamiento de recursos profesionales, investigación, producción e investigación de medicamentos y tecnologías) para garantizar la competencia y la contribución de las instituciones creadoras de estos recursos en favor de las políticas nacionales de salud. También reconoce la necesidad creciente de contar con la iniciativa privada para desarrollar una buena parte de estos recursos (incluso en la creación de infraestructuras asistenciales), tal como está ocurriendo en numerosos países con distinto nivel de desarrollo y distinto nivel de financiación pública. El informe alerta certeramente sobre varios de los problemas que, en la creación de recursos para la salud, acontecen en muchos países, sobre todo en desarrollo. Éstos son: el desequilibrio que se produce al invertir en nuevas infraestructuras y equipamientos que luego no van a poder ser financiados, la pésima contribución que muchas ayudas internacionales al desarrollo producen precisamente por ese motivo; el equilibrio que debe existir entre los distintos tipos de recursos para evitar el caso frecuente en muchos países de hospitales sin médicos y centros de salud sin medicamentos, así como la flexibilidad necesaria al planificar la creación de recursos para tener en cuenta los fuertes procesos de sustitución de cuidados que se están produciendo en los sistemas de salud. El informe critica por igual la rigidez de los modelos verticales de planificación de recursos, como los fenómenos de descentralización, si éstos no van acompañados de estrategias e incentivos de creación de recursos coherentes y supervisados.

### 2.1.3. La financiación de la salud

- Extensión del prepago.
- Protección de las familias ante gastos de envergadura catastrófica.
- Inclusión de los pobres.
- Opciones de intervenciones sanitarias para asignar recursos.

En relación con la financiación de los sistemas de salud es donde seguramente la OMS expresa con más contundencia su posicionamiento y recomendaciones. Se recomienda claramente la financiación única de carácter universal,

separando lo más posible la contribución financiera, basada en rentas, de la utilización de servicios, basada en necesidad. Los sistemas de aseguramiento de tipo comunitario se contemplan sólo como una solución temporal y parcial para países sin capacidad de recaudación de recursos inmediata, encaminada a construir sistemas de seguridad social de carácter universal. La posición de la OMS es clara al desaconsejar el uso de copagos (de uso generalizado en los países menos desarrollados) como instrumento de racionalización de los servicios de salud, ya que éstos sólo contribuyen al racionamiento inequitativo del acceso a la salud.

La posible competencia entre aseguradores sólo debería darse cuando se asegure la suficiente capacidad financiera de cada asegurador, la existencia de subsidios cruzados progresivos, la ecualización de riesgos y la regulación de este mercado. El informe, no obstante, se manifiesta más favorable a los sistemas únicos de aseguramiento, y alerta sobre las consecuencias de la competencia entre aseguradoras que se han producido en países del este de Europa y Latinoamérica, que han llevado a graves problemas de inequidad, infrafinanciación de los servicios públicos y limitación del acceso a servicios de los ciudadanos. No habría, sin embargo, ningún impedimento para establecer un sistema de competencia entre prestadores de atención de salud (hospitales y, aún mejor, redes de servicios), si se producen en entornos respetuosos con los criterios de financiación e incentivos antes discutidos. Por último, en relación a la compra de servicios y el sistema de incentivos, se propone como más recomendables los esquemas basados en contratos que distribuyen el riesgo entre el comprador y el prestador (del tipo de pago por procesos o capitación basada en un programa de servicios predefinido y controlado en sus resultados).

#### **2.1.4. Rectoría (*stewardship*)**

- Formulación de políticas de salud - definición de la visión y la orientación del sistema de salud.
- Reglamentación - establecimiento de reglas de juego justas en un terreno de juego uniforme.
- Obtención de información - evaluación del desempeño e intercambio de información.

Un nuevo concepto, *stewardship*, acuñado por R. Saltman en los documentos previos a la elaboración del *Informe OMS 2000*, recoge las funciones que genuinamente corresponde a los gobiernos realizar para proteger el derecho de los ciudadanos a la salud. Esta función es más que la mera regulación del sistema, e incluye como tareas esenciales la creación de visión, liderazgo e inteligencia para la mejor operación del sistema por todos sus agentes, la regulación, supervisión e influencia sobre el sistema y sus agentes en favor de los resulta-

dos deseados. Se nutre de las teorías que proponen la revisión de la función del Estado y que pueden resumirse en que el gobierno ha de "remar menos y conducir más". El informe recomienda que, considerando la facilidad con que cristalizan los intereses particulares dentro de los sistemas de salud, es fundamental establecer previamente las reglas de juego de cualquier proceso de reforma, para evitar la experiencia de muchos países incapaces de corregir a posteriori las consecuencias no deseadas de los procesos de desregulación.

### 2.1.5. Conclusiones Informe OMS 2000

- La responsabilidad última del desempeño del sistema de salud incumbe al gobierno.
- Muchos países están por debajo de su potencial de desempeño.
- Interesa a los sistemas de salud: mejorar la salud; tener capacidad de respuesta sensible; proteger a la población contra los costos financieros de la enfermedad.
- La rectoría es una función decisiva del sistema de salud. El informe pretende ayudar a los gobiernos en el ejercicio de su función rectora, trayendo al primer plano nuevas pruebas científicas.

Si bien el objetivo de la OMS acerca de la modernización de las estrategias de los sistemas de salud es ampliamente compartido, también se detectan opiniones críticas con la metodología utilizada. J. M. Fernández es un exponente de estas posiciones, que cuestionan las metodologías de laboratorio estadístico sin dejar de avalar el esfuerzo modernizador de la OMS.

#### Bibliografía

J. M. Fernández-Díaz *El informe de la Organización Mundial de la Salud 2000: un juego de ordenador políticamente incorrecto.*

## 2.2. Marcos de comprensión de los sistemas sanitarios

Por su popularidad y gran repercusión en su momento, hemos trabajado extensamente en la sección anterior la visión de los sistemas de salud desde la OMS. Obviamente, ni los enfoques ni los esquemas mostrados agotan el elenco de perspectivas existentes sobre los sistemas de salud. Aquí, vamos a mostrar un marco de entendimiento de los sistemas de salud más detallado y que enriquece el análisis.

Lo estructuramos en tres partes, haciendo notar que el sistema puede estar segmentado en subsistemas y que las preguntas habría que hacerlas en el rango de subsistema y, posteriormente, analizar las interrelaciones entre subsistemas:

### 2.2.1. Arquitectura general del sistema

¿Qué garantiza? Es decir, el catálogo de prestaciones públicas (o privadas: cobertura de una póliza).

¿A quién? A todos los ciudadanos, por ejemplo en un sistema universal. O colectivos concretos según el tipo de sistema.

¿A cambio de qué? Reconocimiento ciudadanía, ser cotizante, pagar una póliza, etc., según diferentes sistemas.

¿De quién es el dinero? Análisis de fuentes de financiación: por ejemplo, vía impuestos, o vía cotizaciones sociales, o vía copagos, etc.

¿Con cuántos recursos? Es decir, los recursos financieros que se dedican al sistema o análisis de recursos concretos (ratios de profesionales, de tecnología, etc.).

¿Qué resultados (salud y otros) obtiene? Indicadores de proceso, calidad y resultados del sistema.

¿Cuáles son los esquemas de aseguramiento? La estructura de aseguramiento puede ser muy compleja. Por ejemplo, en España, y dentro de un sistema universalizado, perviven esquemas específicos como las mutuas de funcionarios.

### **2.2.2. Organización del sistema**

¿Cómo se vinculan aseguradoras y proveedores? Análisis del tejido de relaciones contractuales o vínculos jurídicos existentes.

¿Cómo se articulan los proveedores? Estudio de las redes de servicios y sus distintos niveles de atención: primaria, especializada, hospitales de diverso nivel, etc.

¿Cuál es su titularidad? El abanico de fórmulas jurídicas existente.

¿Cómo acceden los pacientes al sistema? Normas de acceso y puertas de entrada al sistema.

¿Cómo se gestiona la red de servicios? Ver si existen superestructuras gestionando una red, por ejemplo, los servicios regionales de salud en España.

### **2.2.3. Gestión del sistema**

¿Cómo se gestionan los centros? Análisis de principales instrumentos y regulaciones de gestión: organigramas, presupuestos, contratos-programa, etc.

¿Cómo se gestionan los servicios? Del mismo modo, en el ámbito de servicios.

Vamos a definir la noción de red sucintamente: una red asistencial es un conjunto organizado de profesionales, centros y recursos que prestan servicios sanitarios en un determinado ámbito. Asimismo, existen unas determinadas

normas de acceso a los servicios que regulan si un individuo está cubierto o no, si una prestación determinada está cubierta o no, si el acceso a la prestación es gratuito o implica un pago total o parcial, si el acceso al profesional sanitario es directo o requiere un circuito y aceptación previa, etc. La red asistencial se estructura alrededor de dos niveles básicos: la atención primaria y la atención especializada. La primera suele ser la puerta de entrada al sistema en un gran número de países, aunque hay excepciones. Otros servicios que se encuadran dentro de las redes de servicios sanitarios son los servicios de emergencias, los servicios de salud mental y de atención sociosanitaria, los servicios de salud pública, etc., que, según los diferentes países, se estructuran dentro de la red asistencial o en redes diferenciadas.

### 2.3. Contribución de los sistemas sanitarios a la salud

Para concluir, es necesario recalcar que la salud constituye un fenómeno complejo y multicausal que, al tener raíces de carácter social y fuerte influencia del entorno socioeconómico y medioambiental, excede el paradigma biologicista.

En paralelo, no es menos cierto que, en determinados foros, se minusvalora de forma recurrente la contribución a la salud y al bienestar de los sistemas sanitarios.

El trabajo más reciente sobre la materia es el informe *Health systems, health and wealth*<sup>2</sup> de la OMS Europa, que vamos a usar como referente para la comprensión de la contribución de los sistemas sanitarios a la salud y cuya lectura es obligatoria en este módulo y necesaria para la comprensión del gráfico 7.

<sup>(2)</sup>Accesible en:  
[http://www.euro.who.int/document/hsm/3\\_hsc08\\_eBD3.pdf](http://www.euro.who.int/document/hsm/3_hsc08_eBD3.pdf)

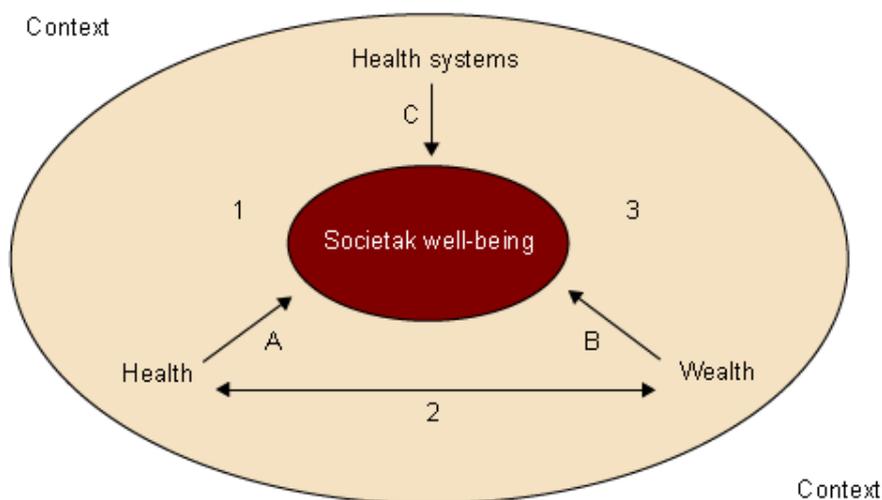


Gráfico 7. Interrelaciones entre riqueza, salud, bienestar y sistema de salud (OMS Europa, 2007)

### 3. Tipología de los sistemas sanitarios

#### 3.1. Patrones dominantes de modelos sanitarios

En los países desarrollados, hay tres patrones predominantes de modelos sanitarios, que emergen en cierta medida de las respuestas políticas y sociales al siguiente itinerario analítico que se muestra en el gráfico 8.

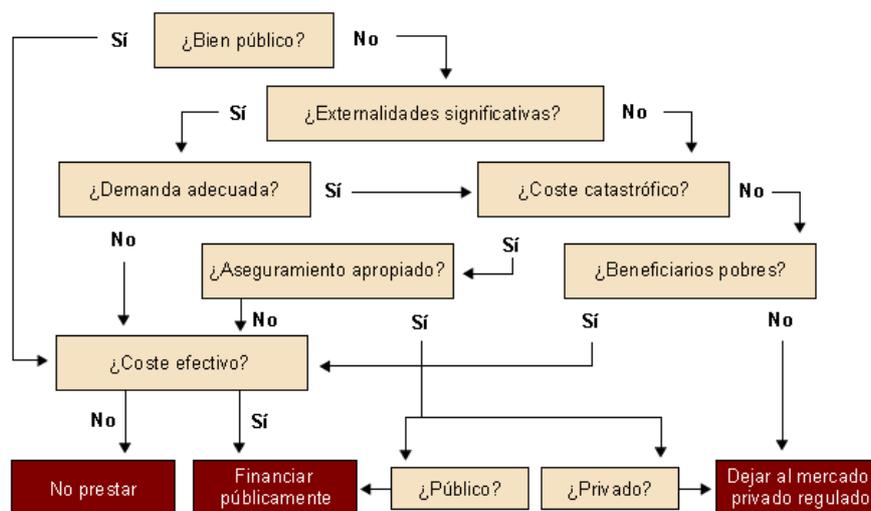


Gráfico 8. Itinerario de formación de modelos sanitarios diversos

##### 3.1.1. El modelo privado

Con esta denominación, se designa al tipo de sistema representado paradigmáticamente por los Estados Unidos, donde, pese a un elevado gasto público en salud, no hay una protección pública de la atención sanitaria para toda la población. Este esquema emerge de la conceptualización de la salud como bien privado. Así, es el mercado el principal regulador de la actuación de unos proveedores de titularidad privada a la que se accede vía aseguradoras privadas o pagos directos. Son sistemas donde el usuario goza de gran capacidad de elección a cambio de soportar unas barreras financieras que pueden excluir del acceso al sistema en función de la capacidad de pago u ocasionar riesgos financieros catastróficos a las personas sin seguro privado. En términos macro y en comparativa internacional, estos sistemas no son eficientes ni equitativos.

##### 3.1.2. Los modelos de seguridad social

Los modelos de seguridad social están financiados por cotizaciones sociales; en su origen, el acceso a las prestaciones nacía de la relación laboral. En la actualidad, estos sistemas son cada vez más universales y con prestaciones más homogéneas. Los esquemas de interrelación entre proveedores y financiadores

son complejos, y la función del sector privado no lucrativo es muy relevante. La libertad de elección es mayor que en los sistemas nacionales de salud, como sucede en Alemania y Francia.

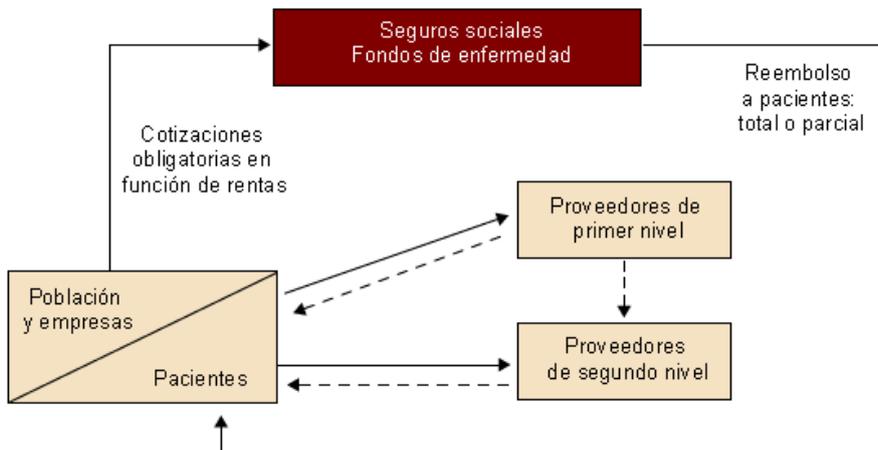


Gráfico 9. Esquema modelo tipo Bismarck con reembolsos

### 3.1.3. Los sistemas nacionales de salud

Los sistemas nacionales de salud se caracterizan por la protección del derecho a la atención sanitaria a todos los ciudadanos. Son sistemas universales, financiados por impuestos y de aseguramiento público, en los que existe una situación predominante de los proveedores públicos, como ocurre en Gran Bretaña y España.

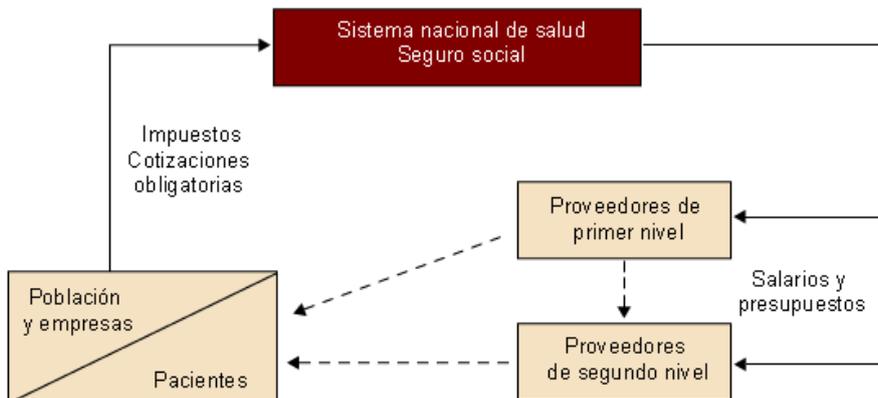


Gráfico 10. Esquema modelo público integrado (Beveridge)

En la práctica, estos patrones se hacen más complejos, en gran medida, por la existencia de varias excepciones y peculiaridades. Asimismo, los procesos de reforma sanitaria de las dos últimas décadas, y el colapso de los antiguos estados del bloque soviético, han contribuido a pluralizar enormemente los modelos existentes.

## 3.2. Reformas sanitarias y tendencias de evolución de los sistemas

Los procesos de reforma sanitaria de la actualidad son herederos de los iniciados en las décadas pasadas, ya que perviven las presiones que los han impulsado. Estas presiones se manifiestan en cuatro crisis:

- Crisis financiera, motivada por el mayor crecimiento del gasto sanitario que el PIB (incluso en recientes períodos de bonanza).
- Crisis de racionalidad, cada vez más acuciante, dado el desajuste entre un modelo biomédico enfocado a las patologías agudas frente a las patologías crónico-degenerativas cada vez más prevalentes por mor del envejecimiento poblacional.
- Crisis de legitimidad, una sociedad más exigente y menos sumisa frente a modelos burocráticos y paternalistas.
- Crisis de calidad de la atención y de calidad del sistema (organización y gestión). Sobre esta perspectiva, el informe *Crossing the Quality Chasm*<sup>3</sup> del Institute of Medicine de Estados Unidos supuso un hito por la llamada de atención que suponía.

<sup>(3)</sup>*Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*, Washington: Institute of Medicine National Academy Press, 2001.

### 3.2.1. La contención de costes

La contención de costes es un patrón dominante y presente en todos los procesos; incluso en algunos contextos "miopes" ha sido el único patrón esgrimido. La contención de costes se ha manifestado en: presupuestos más restringidos, congelación de sueldos, limitaciones al crecimiento de la oferta, modelos de atención innovadores (ambulatorización), influencia en los comportamientos prescriptores de los clínicos, costes compartidos (copagos) y ejercicios de priorización que, en ocasiones, han excluido servicios de la cobertura pública. En fechas más recientes, se ha empezado a ver al sector salud como "creador de valor", y si bien subsiste una imprescindible preocupación por su eficiencia, ya su consideración como gasto a contener *per se* está disminuyendo.

### 3.2.2. El gerencialismo

El gerencialismo ha tenido su principal desarrollo en el ámbito hospitalario, donde se ha visto la necesidad de incorporar equipos y técnicas de gestión, procedentes del sector empresarial, para dar respuesta a las necesidades de organizaciones tan complejas como los centros hospitalarios. Gracias a este proceso, se han mejorado los sistemas de información y las medidas de la actividad hospitalaria, se han introducido sistemas refinados de análisis de costes y se ha avanzado en la identificación de indicadores de actividad y calidad que

den una idea del "rendimiento" de los hospitales. También, se han producido importantes mejoras para el paciente en la organización y programación de los servicios y en el campo de los servicios hosteleros y de la comodidad.

### **3.2.3. El racionalismo planificador**

El racionalismo planificador ha sido una propuesta muy técnica, que ha tratado de reorientar el sistema hacia los objetivos de salud y propiciar una cultura de salud pública con énfasis en la promoción y prevención de la salud y en la acción intersectorial. Dentro de este marco, se ha pretendido potenciar la atención primaria como actor fundamental en esta estrategia. Aquí también se ha trabajado la potenciación del perfil técnico en la compra de servicios, la racionalización de la introducción de nuevas tecnologías mediante la evaluación de su coste-efectividad, y la difusión de la medicina basada en la evidencia mediante guías de práctica clínica. Esta estrategia, eminentemente, ha estado en el discurso de las reformas, ha supuesto el nacimiento de estructuras *ad hoc* (agencias de evaluación de tecnologías, por ejemplo) pero su impacto en la práctica ha sido bastante limitado.

### **3.2.4. La introducción elementos de competencia**

La introducción elementos de competencia ha sucedido por medio de la separación de funciones de compra y provisión, y por la introducción de elementos de competencia y conceptos como el del "dinero sigue al paciente". Estas reformas han sido de las más radicales en los escasos lugares donde se han implementado realmente (NHS, por ejemplo), y han sufrido fuertes contradicciones en su lógica de estímulo de la eficiencia y de la libertad de elección, ya que las presiones inflacionarias y la escasa capacidad de elección han sido predominantes. Asimismo, se antoja muy complejo el adecuado balance entre los beneficios potenciales de este abordaje con una minorización de sus riesgos.

### **3.2.5. La gestión clínica**

La gestión clínica puede valorarse como el patrón de reforma más emergente, quizá a partir de la constatación de que las reformas en los niveles de macro y mesogestión no son efectivas si dejan de lado la microgestión o gestión de lo esencial. Se devuelve una función primordial a la práctica clínica y su adecuación al conocimiento científico disponible; así, la efectividad, la adecuación de procedimientos, la calidad, la reingeniería de procesos, etc. adquieren gran relevancia.

La gestión clínica, tal y como se ha definido, y los nuevos modelos de atención que se comentan a continuación muestran una gran diversidad y expresividad de conceptos, estrategias y grupos profesionales:

- Para la atención primaria  
<http://gestionclinicavarela.blogspot.com.es/2013/10/deconstruccion-porteriana-de-la.html>
- Para la atención hospitalaria  
<http://gestionclinicavarela.blogspot.com.es/2013/10/hospital-del-futuro-nuevo-informe.html>
- Unidades de gestión clínica  
<http://gestionclinicavarela.blogspot.com.es/2013/11/unidades-de-gestion-clinica-confie-en.html>
- Gerencia y liderazgo  
<http://gestionclinicavarela.blogspot.com.es/2014/04/liderazgo-dificultades-y-retos.html>
- La asistencia apropiada (right care)  
<http://gestionclinicavarela.blogspot.com.es/2013/06/menos-es-mas-overtreated-de-shannon.html>

### Bibliografía

Dado que las novedades y cambios se van a producir en forma continuada, es conveniente seguir fuentes expertas y actualizadas permanentemente, como la representada por Jordi Varela en sus Avances en Gestión clínica

### 3.2.6. Los nuevos modelos de atención

El objetivo de los nuevos modelos de atención surgidos para atender las necesidades derivadas de la cronicidad, la dependencia y el envejecimiento es pasar de un sistema pensado en curar a un sistema pensado en curar y cuidar.

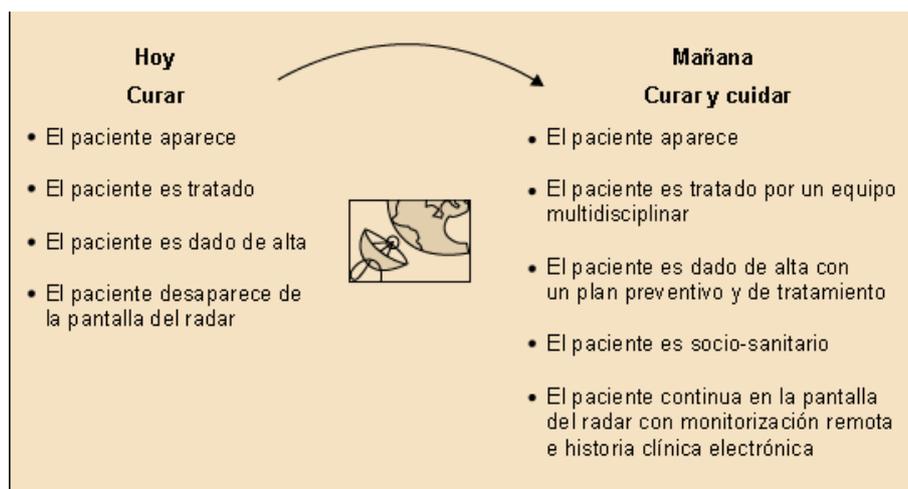


Gráfico 11. Modelos en transición

### 3.2.7. La atención sanitaria basada en el conocimiento

Ha habido un auge de la llamada Medicina Basada en la Evidencia (MBE), que es un término que ha hecho fortuna para destacar el creciente énfasis en la investigación de resultados (*outcomes*) con los objetivos de reducir incertidumbres, explicar variaciones en la práctica médica aparentemente arbitrarias, y mejorar la efectividad de la práctica clínica y la eficiencia del sistema sanitario. La panoplia de instrumentos MBE puede presentarse bajo distintos envoltorios, pero los más populares son las iniciativas de revisión sistemática, metaanálisis y difusión de ensayos clínicos. Pese a iniciativas tan exitosas y necesarias como la Colaboración Cochrane, la evidencia no termina de cuajar en el ejercicio profesional. De ahí el advenimiento de la atención sanitaria basada en el conocimiento, que presta especial atención a variables organizativas y de ejercicio profesional a fin de cubrir el *gap* entre ciencia y ejercicio profesional en sanidad (ved el gráfico 12). Dentro de esta corriente, cabe englobar las iniciativas de mejora de la calidad de la atención, pero con una perspectiva sistémica de la mejora de la calidad. Como corolario, hay que mencionar las palabras de Don Berwick del Institute for Healthcare Improvement: "Un médico que lea un ensayo clínico por día estará 10.000 años desfasado al cabo de su primer año de ejercicio"; esta frase muestra el enorme reto de acercar la práctica clínica al conocimiento científico disponible.

#### Lectura recomendada

<http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pid=13077985>

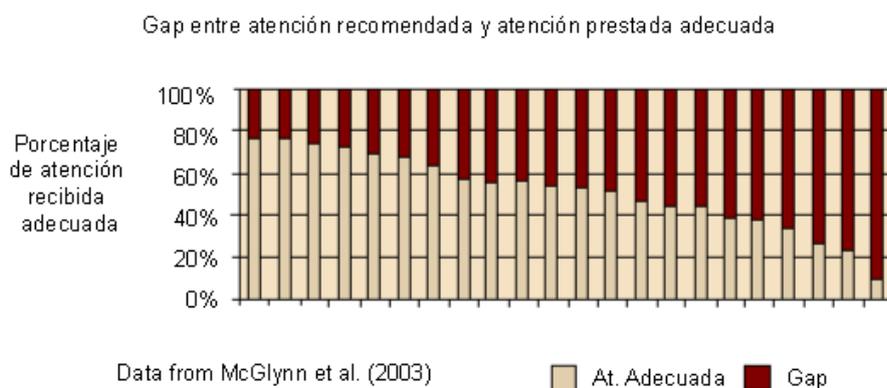


Gráfico 12. Gap entre atención recomendada y atención prestada adecuada

#### Bibliografía

Los movimientos consistentes, como la Medicina Basada en la Evidencia, no dejan de envejecer ni de ser sensibles a la crítica. Trisha Greenhalgh y colaboradores plantean que, a pesar de los múltiples beneficios de la MBE, también supone algunas consecuencias negativas. Hablan de un renacimiento de lo positivo sin abandonar la experiencia práctica y los intereses de los pacientes.

Como curiosidad intelectual, desde la cultura oficial cubana se plantean tesis muy similares, en lenguaje algo diferente, en el trabajo del Dr. Fernández Sacasas.

## 4. Las experiencias de reforma en los países desarrollados

La conciencia de problemas comunes de salud y de sistemas sanitarios entre los países europeos, la acción de diferentes organismos multinacionales, así como la creciente competitividad internacional, han llevado a una mayor convergencia entre sistemas y políticas de salud. Los organismos multinacionales suelen ofrecer estadísticas comparativas e informes varios en útiles páginas web, como la de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico o la del Observatorio Europeo de Sistemas Sanitarios. En esta última, pueden obtenerse los perfiles *Health Care Systems in Transition*, que permiten conocer en profundidad los sistemas de salud europeos.

En esta sección, analizaremos la experiencia de la reforma sanitaria en los países europeos. El análisis se centra, sobre todo, en los países de Europa occidental, aunque se efectúan algunas referencias a los países del este.

### 4.1. Extensión de la protección financiera

La protección financiera es el área donde se han obtenido más logros en la región europea. El análisis revela que, en todos los países de Europa, existe una gran preocupación por financiar la sanidad de manera solidaria, con acceso universal o casi universal a los servicios, independientemente de la capacidad de pago. La financiación es pública o privada obligatoria, con un componente mayoritario de prepago; existe mancomunidad de fondos entre individuos con distintos niveles de riesgo y grupos con diferentes ingresos. Cabe decir que, dada la importante regulación del asunto, la financiación privada obligatoria suele ser entendida como casi pública o financiación paraestatal. En la práctica, se ha dado una convergencia de sistemas sanitarios en Europa –hacia un sistema mixto– entre los sistemas nacionales de salud (tradición Beveridge) y los sistemas de seguro social (tradición Bismarck).

Los sistemas de seguro social han extendido gradualmente su cobertura hasta conseguir, prácticamente, protección universal, huyendo del pago por servicio hacia remuneraciones basadas en presupuestos globales. En cambio, en países con sistemas nacionales de salud, se han introducido incentivos por actividad, mayor elección para los pacientes y competencia entre proveedores.

Según su mecanismo fundamental de financiación, los sistemas sanitarios europeos pueden situarse en dos grandes grupos. Primero, los sistemas tipo Beveridge, característicos de los países escandinavos y el Reino Unido, predominantemente basados en impuestos generales. Debe reconocerse, sin embargo, que esa financiación se complementa con cotizaciones especiales pagadas por la población. Por ejemplo, en el Reino Unido, el 12,2% de los gastos del Na-

tional Health Service se financia mediante las llamadas *national insurance contributions*. Este tipo de sistemas se originó a partir de pequeños esquemas de seguridad social en cuya financiación el Estado fue asumiendo cada vez mayor responsabilidad mediante los impuestos generales, hasta llegar a cubrir toda la población. En la mayoría de los casos, tal transformación se completó en el período inmediatamente posterior a la Segunda Guerra Mundial. Dentro del modelo, existe también un subgrupo formado por los países mediterráneos (Portugal, España, Grecia e Italia), caracterizado por llevar a cabo esta transformación más tarde (entre finales de la década de los setenta y mediados de los ochenta) y una transición larga hasta financiarse plenamente con impuestos generales. La razón que les estimuló a reformar sus sistemas fue la necesidad de ampliar la cobertura a sectores de la población previamente desprotegidos, así como resolver problemas derivados de sus fragmentadas estructuras financieras y organizativas.

Un segundo grupo de países europeos se caracteriza por lo que se ha dado en llamar el modelo Bismarck, predominantemente basado en los seguros sociales. Es característico de países como Austria, Alemania, Bélgica, Francia, Holanda o Suiza. En la mayoría de los casos, los fondos de seguro son obligatorios y cubren alrededor del 99% de la población, bien mediante un seguro estatutario solamente, o combinando éste con seguros privados. Cabe distinguir los casos de Alemania y Holanda, donde el seguro oficial es obligatorio para los sectores de la población cuyos ingresos son inferiores a un nivel establecido. Aquellos ciudadanos que están por encima de ese umbral pueden, o "deben" en el caso de Holanda, optar por un seguro privado. Una característica importante es que la mayoría de las aseguradoras son mutuas o fondos privados sin ánimo de lucro. Es importante, asimismo, destacar que en todos esos países el gobierno ejerce un papel protagonista como regulador del sistema. En los últimos años, se ha tendido mucho a incrementar dicha regulación dada la creciente preocupación gubernamental con los temas de contención de costes y, en menor medida, de equidad y solidaridad.

En cuanto al nivel de progresividad, los sistemas tipo Beveridge basados en impuestos generales parecen ser más progresivos que los tipo Bismarck, basados en cotizar a fondos aseguradores. Entre los países del primer grupo, sin embargo, existen grandes diferencias, dependiendo dicho nivel de progresividad del sistema impositivo específico y de la proporción entre sus componentes directo e indirecto. Aunque un sistema sea más proporcional que progresivo, en cualquier caso su implementación debe calificarse ya de gran esfuerzo. De hecho, las contribuciones proporcionales requieren un grado bastante alto de solidaridad.

En Europa, los gastos directos de bolsillo desempeñan, en la financiación sanitaria, una función limitada. Si bien existen formas de copago –en todos los países para cubrir los medicamentos y en aproximadamente la mitad para la asistencia primaria y secundaria–, en la mayoría de los casos tienden a ser nominales y van acompañadas de medidas de protección de las poblaciones

vulnerables. Se incluyen, entre ellas, los sistemas de exención para enfermos crónicos y el establecimiento de techos de gasto anuales que, por ejemplo en Suecia, es de aproximadamente 200 euros. En Bélgica, el sistema de exención para los grupos vulnerables significa que el sistema de seguro reembolsa todos los copagos por encima de 371,7 euros; hay asimismo un sistema de exención fiscal que permite deducir los copagos del ingreso imponible. Vale la pena destacar que el componente público del gasto sanitario en los países europeos oscila entre un 70 y un 90% del total; sólo tres (Portugal, Grecia e Italia) tienen un gasto público por debajo de esas cifras.

Sin embargo, la situación es muy distinta en los países del antiguo bloque del este de Europa, pese al compromiso social y político de desarrollar nuevos sistemas de aseguramiento financieramente solidarios. Los problemas de falta de sostenibilidad causada por la recesión económica durante la transición de los años noventa (y también más adelante), así como la limitada capacidad técnica e institucional para implementar estos nuevos sistemas y recaudar ingresos, genera *de facto* una cobertura muy reducida tanto en términos poblacionales –de los más pobres– como de servicios. En consecuencia, el acceso al sistema sanitario sólo es posible en muchos casos efectuando pagos directos "informales". Estimaciones realizadas en los años noventa indican que estos pagos pueden llegar a suponer entre un 20 y un 70% del gasto sanitario total, dependiendo de los países estudiados.

#### **4.2. Introducción de competencia o incentivos de mercado**

La competencia entre aseguradoras sólo se ha instaurado en unos pocos países, como Alemania, Bélgica, Holanda, Israel y Suiza. En todos los casos, además, se ha procedido de forma muy incremental, resaltando la protección de la solidaridad, con un nivel de regulación alto. En Holanda, el modelo fue planteado en el plan Dekker en 1986. Desde entonces, sucesivos gobiernos han debatido e introducido diferentes modificaciones, pero sin lograr nunca una implementación completa del mismo. En el momento actual, las aseguradoras son responsables únicamente de un 20% del déficit presupuestario que puedan generar; el resto lo sufraga el Fondo Central de Aseguramiento.

Es importante señalar que el hecho de poner a competir los fondos entre sí no significa permitir que el paquete de seguro básico de servicios sea diferente entre ellos. Al contrario, los sistemas han conservado el principio de equidad para todos los asegurados. A tal efecto, están desarrollando "normas" de reparto de las contribuciones al seguro, que tengan en cuenta la estructura de los diferentes riesgos asegurados por los fondos. Conviene, asimismo, resaltar la evidencia procedente de países de Europa del este, como la República Checa, Eslovaquia o la Federación Rusa, donde el lanzamiento de estos modelos ha sido mucho más complejo y ha comportado resultados negativos. Por muchas razones, entre ellas una falta de mecanismos de reglamentación y sistemas de información apropiados, estos esquemas han repercutido negativamente sobre la equidad (por la selección de riesgos favorable) y sobre la eficiencia

(por el aumento de los costes administrativos o de transacción). En general, se argumenta que los potenciales aumentos de eficiencia que la libre elección y competición entre aseguradoras podría acarrear deben ponderarse frente a la posible disminución en la equidad y el aumento de costes administrativos, ambos de repercusión negativa sobre la eficiencia.

La segunda área de reformas en Europa, que busca aumentar la eficiencia técnica al producir servicios, ha sido introducir incentivos de mercado en distintos subsectores del sistema. Algunos autores han presentado dichos incentivos como el paradigma de los noventa. Se han introducido en uno o más de los subconjuntos de producción de servicios (entre hospitales o dentro de ellos, en las residencias asistidas, con los médicos y con el personal de servicios sociales) o en los instrumentos de asignación que distribuyen la financiación a los proveedores de servicios. En esta última categoría, la separación de funciones entre comprador y proveedor, junto con la adopción de mercados internos y mecanismos de contratación, ha ejercido una función importante en las reformas sanitarias del Reino Unido, Suecia, Finlandia e Italia, así como en varios países de Europa del este. La introducción de incentivos ha ido acompañada de reformas para aumentar la autonomía de gestión y la toma de decisiones de los hospitales, convertidos así en distintas modalidades de "empresa pública" en los sistemas nacionales de salud, o en hospitales privados sin ánimo de lucro en los sistemas bismarckianos. En estos últimos se espera, asimismo, que el aumento de la responsabilidad financiera de los fondos de seguro acarrearán más contratación con los proveedores, y así una mayor competencia entre éstos.

En la atención primaria, ha habido también un aumento en los mecanismos de mercado durante la última década, particularmente en los sistemas nacionales de salud del Reino Unido y los países nórdicos y, en menor medida, en los mediterráneos. La atención primaria ejerce ahora una mayor influencia en la toma de decisiones del sistema, tras introducirse mecanismos de presupuestación y compra de servicios desde la atención primaria, como los *GP fundholders* y los *Primary Health Care Groups* en el Reino Unido.

Otras circunstancias de estilo mercantil que han aumentado su presencia en Europa son: aumentar la capacidad de elegir proveedor, introducir incentivos competitivos en la conducta de los profesionales sanitarios y, directamente relacionado con ello, utilizar más los sistemas de pago a proveedores vinculados a su desempeño.

Tras una década de experimentar con los mecanismos de mercado, los sistemas sanitarios europeos están cuestionando que dicho paradigma sea la única solución a sus problemas de eficiencia. El énfasis de las reformas parece dirigirse hacia instrumentos mixtos correspondientes en el terreno político y social a la filosofía de la llamada "tercera vía". Países como el Reino Unido o Suecia,

por ejemplo, han abandonado los mercados de provisión, si bien mantienen la separación de funciones y la contratación como herramienta básica de financiación.

### 4.3. Contención de costes y sostenibilidad financiera

En la región europea, mantener la sostenibilidad financiera del sistema sanitario frente a las presiones inflacionistas derivadas del uso intensivo de tecnologías, exigencias ciudadanas y variación demográfica (envejecimiento) y epidemiológica (epidemia de enfermedades crónicas) constituye un reto importante.

En Europa occidental, en un período de regionalización y globalización de la producción industrial y el comercio, la política macroeconómica refleja cada vez más una preocupación profunda por la competitividad nacional. Los estados miembros de la UE están recortando su déficit presupuestario al nivel fijado por los criterios de Maastricht y la Unión Monetaria Europea. Los países, pese a todo, han demostrado que sus sistemas de financiación –basados en impuestos generales o en cotizaciones a un seguro de enfermedad– siguen intentando dar respuesta a las necesidades de la población con independencia de los ciclos económicos.

Puede observarse, en el gráfico 13, la evolución del gasto per cápita en las últimas décadas, y en el gráfico 14 su peso respecto al PIB.

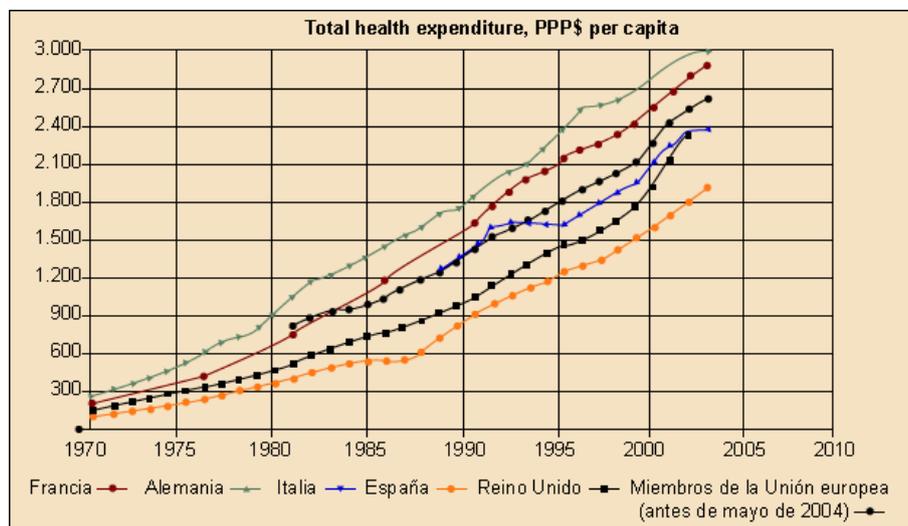


Gráfico 13. Gasto sanitario per cápita (evolución en países seleccionados)

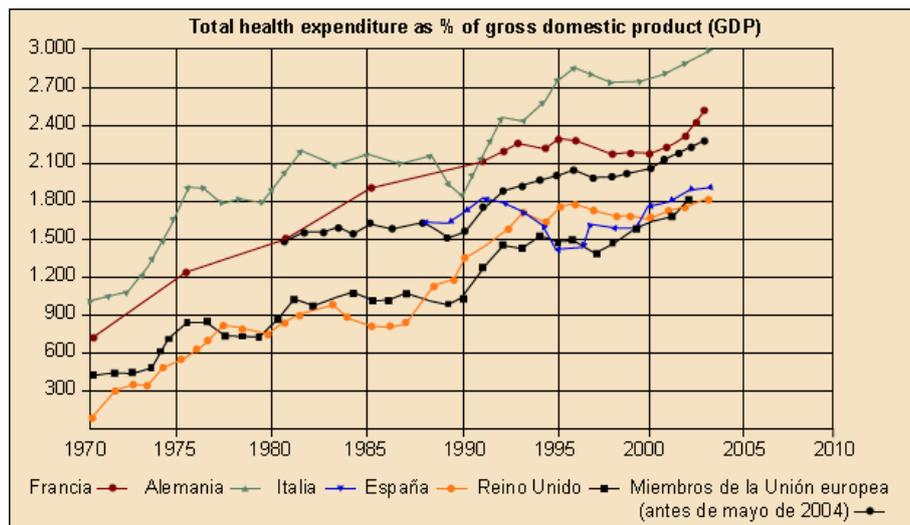


Gráfico 14. Gasto sanitario/PIB (evolución en países seleccionados)

Resulta interesante ver la función de la fracción pública de dicho gasto en el gasto total, donde parece estar dándose cierta convergencia (gráfico 15).

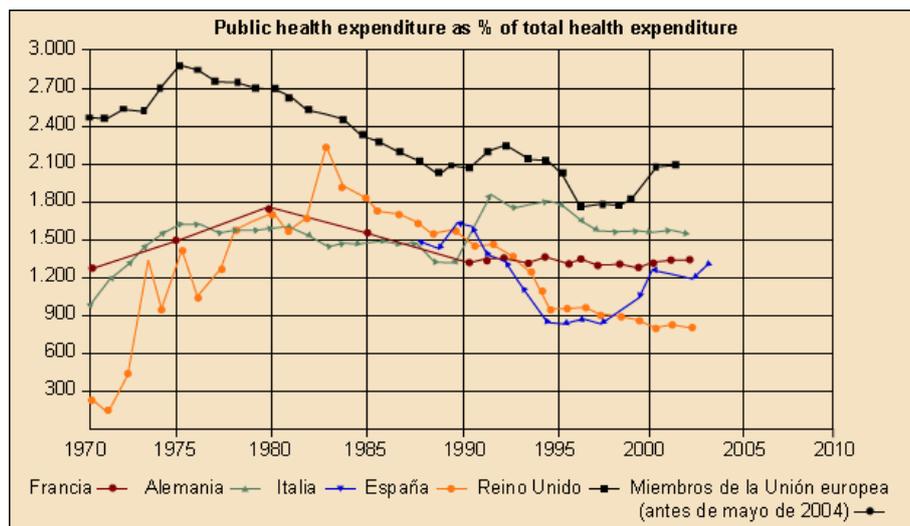


Gráfico 15. Porcentaje gasto sanitario público/gasto sanitario total (evolución en países seleccionados)

Aunque varios países han registrado una disminución en su cifra desde los años ochenta, ello no ha significado ningún descenso de la protección social. De hecho, el sector público de esos países utiliza ahora más herramientas de control de costes y define más sus prioridades que antes. En otras palabras, cabe suponer que el coste-efectividad de los presupuestos públicos ha aumentado. Por otra parte, un descenso en la "parte" del gasto público dentro del gasto total tampoco necesariamente implica una disminución de la "cantidad" del gasto público. Valga citar la experiencia del Reino Unido, país en el que, durante el período de crisis económica (1980-1990), el gasto en precios constantes aumentó un 19,4%. Y entre 1990 y 1996, lo hizo otro 16,8%.

El carácter de las presiones macroeconómicas es mucho más grave en el este de Europa. Durante la transición económica de los noventa, varios países sufrieron una acusada caída en su PIB, que osciló entre un 10 y un 70%, lo cual

tuvo como resultado una acusada caída de los ingresos públicos disponibles para el sector sanitario. La experiencia europea ilustra las enormes dificultades que comporta emprender reformas durante períodos de recesión económica acusada. Incluso con medidas de reforma encaminadas a contener costes y/o generar ahorro, es poco probable que los resultados se noten a corto plazo. La puesta en marcha de planteamientos nuevos, o la realización de cambios en la configuración de los servicios, requiere la mayoría de las veces empezar poniendo sobre la mesa recursos financieros.

#### **4.4. El gerencialismo hospitalario**

La empresarialización de la gestión hospitalaria ha sido otra línea de reforma relevante, buscando, por un lado, una mayor autonomía de gestión, y por el otro, vincular su financiación a su desempeño (contratos-programa u otro tipo de vínculos de esa naturaleza). Asimismo, se ha pretendido acercar las culturas clínicas y de gestión, y en paralelo, se ha buscado la reestructuración hospitalaria, con tendencia a reducir las camas y usarlas más intensiva y eficientemente; el resultado es un aumento del número de ingresos simultáneo a una reducción en la estancia media. En algunos casos, se llegó a cerrar hospitales, pero la evidencia es anecdótica, ya que cerrar un hospital constituye un proceso más político que técnico.

Asimismo, los procesos de reconversión hospitalaria no han venido acompañados de una reasignación de recursos hacia políticas de sustitución, tales como desarrollar más la atención primaria y domiciliaria y los centros de día, por lo que en la práctica el peso de la atención especializada no se ha reducido, sino que ha subido en la mayoría de los casos.

#### **4.5. Racionalismo planificador y priorización**

Los debates sobre las intervenciones y áreas de actuación relevantes del sistema han llevado, en varios países, a ejercicios complejos de planificación y establecimiento de prioridades (planes de salud, etc.). También, a promover la medicina basada en la evidencia, y las actividades de evaluación de tecnologías, desarrollando directrices y protocolos clínicos o implantando auditorías clínicas. En cuanto a la evaluación tecnológica, la mayoría han establecido agencias nacionales (y en casos como España, también regionales). En el área de los medicamentos, también la mayoría ha creado agencias específicas para evaluar la eficiencia clínica de los fármacos nuevos y registrarlos. Existen muchas iniciativas orientadas a proveer evidencia sobre el coste y la efectividad de distintas intervenciones clínicas; destacan, entre ellas, el Center for Reviews and Dissemination del Reino Unido y los Cochrane Centers que, aunque iniciados en este país, tienen ya sedes en otras partes de Europa. La enseñanza a extraer de esta tendencia es, en definitiva, que antes de ponerse a establecer prioridades y racionar el paquete de prestaciones, hay que asegurar que las intervenciones prestadas por el sistema sanitario son efectivas.

Existe, no obstante, un acuerdo cada vez más general sobre la imposibilidad de reducir la priorización a un ejercicio técnico; es imprescindible combinarla con mecanismos de participación de la población, abriendo un debate público global con participación de todos los actores. En este sentido, varios países europeos han lanzado propuestas innovadoras para implicar a los ciudadanos en el proceso, de las cuales pueden sacarse enseñanzas importantes para otros países. Otro aspecto relacionado, de gran significado en Europa, es la función del proceso político al plantear paquetes básicos de servicios; dicho en otras palabras, sigue sin resolverse cómo conseguir que los actores políticos adopten explícitamente decisiones de racionamiento de servicios que sean claramente impopulares.

#### **4.6. Gestión clínica**

La microgestión sanitaria, o gestión clínica, parte de la constatación de que los profesionales sanitarios (los clínicos fundamentalmente) asignan el 70% de los recursos sanitarios en sus decisiones, diagnósticas y terapéuticas, realizadas en condiciones de incertidumbre en una tarea que supone coordinar recursos y motivar personas. La decisión clínica, diagnóstica o terapéutica, ocupa el centro del escenario sanitario. Cada día, se asigna la mayor parte de los recursos sanitarios mediante los millares de decisiones clínicas que se toman en condiciones de incertidumbre. La gestión clínica pretende restaurar los niveles de salud de los pacientes, en la medida de lo posible, mediante acciones que conciernen a pacientes individuales o a grupos de pacientes (agrupados por una patología o procedimiento comunes, por la unidad de asistencia, etc.).

Las decisiones directas sobre cada persona las adopta el médico, la enfermera, etc., trabajando por separado o en equipo, y las decisiones que afectan a grupos de pacientes las toman principalmente los responsables asistenciales. Puede discutirse hasta qué punto resulta excesiva la palabra gestión para referirse al manejo clínico de los pacientes. Si se repasan las acepciones más habituales del término gestión, se observará una gran coincidencia en su caracterización como actividades de coordinación y motivación destinadas a conseguir los objetivos de una organización. El clínico coordina recursos humanos y materiales (cada paciente es un "proyecto" del cual es responsable) y ciertamente trata de motivar a quienes de él dependen, así como al propio paciente.

La gestión clínica, o gestión sanitaria micro, es específica del sector sanitario y tiene a las ciencias médicas como referente disciplinario fundamental. Otra especificidad de la gestión clínica consiste en que, por razones de profesionalización, no se produce la escisión habitual en el proceso decisorio. La decisión clínica, como cualquier decisión, puede ser descompuesta en cuatro fases diferentes: 1) inteligencia o recogida de información sobre las alternativas; 2) elección de alternativa; 3) implantación de la decisión; y 4) monitorización del impacto de la decisión. Habitualmente, a las fases primera y tercera se las denomina gestión de la decisión, y a las fases segunda y cuarta, control de las decisiones. El reconocimiento organizativo del carácter profesional de la deci-

sión clínica es el que confiere la centralidad a la gestión clínica en el conjunto de la gestión sanitaria. La eficiencia clínica marca del virtuosismo en medicina, pasa por la maximización de la calidad de la atención y la satisfacción de los usuarios con los menores costes sociales posibles. La eficiencia tiene dimensión temporal, es dinámica: mejora en la medida que se innove en respuesta a los cambios demográficos, en morbilidad, en tecnología, en costumbres y preferencias, y en recursos disponibles.

Sin eficiencia clínica, no puede haber eficiencia sanitaria. Un sistema sanitario funcionará bien si quienes asignan la mayor parte de sus recursos, los clínicos, tienen la información y los incentivos requeridos para tomar decisiones coste-efectivas.

En última instancia, se pretende favorecer la evolución de la práctica de la medicina hacia:

- Una mayor orientación a las utilidades relevantes: las del usuario.
- Un creciente fundamento en la evidencia.
- La interiorización del coste de oportunidad de las actuaciones (el beneficio de lo que se deja sin hacer en la mejor alternativa posible).

El problema fundamental de la gestión clínica, y posiblemente de la gestión sanitaria, pasa por conseguir que los profesionales sanitarios tengan la información y los incentivos para tomar decisiones coste-efectivas (los tres criterios antes reseñados). La mejora de los incentivos pasa por reformas organizativas y profesionales; la mejora de la información, por disponer de sistemas de información que den respuesta a las preguntas lógicas de qué problemas tienen los pacientes, qué se les hace y qué resultados se obtienen y por saber acceder a los conocimientos pertinentes para aplicarlos después,

Aunque la gestión clínica ha estado en las agendas de reforma de los países europeos, no existen varitas mágicas para potenciar la eficiencia en este ámbito de gestión, que es el núcleo duro del sistema. Las experiencias de trasladar esquemas de gestión *top-down* sólo han mostrado éxitos moderados en algunos servicios hospitalarios concretos y, principalmente, por efecto de liderazgos clínicos concretos. Una arquitectura de gestión clínica exitosa emerge de planteamientos *bottom-up* y de contextos organizativos autogestionados. Para ello, podemos nutrirnos del *benchmarking extrasectorial* con ejemplos de éxito procedentes del sector industrial o del *benchmarking intrasectorial* buscando referentes en organizaciones excelentes del sector.

#### Lecturas recomendadas

Entrevista a Koldo Saratxaga:

[http://www.fevas.org/fileadmin/fevas/fevas\\_doc/Saratxaga\\_definitivo.pdf](http://www.fevas.org/fileadmin/fevas/fevas_doc/Saratxaga_definitivo.pdf)

Caso Kaiser Permanente:

<http://www.administracion-sanitaria.com/ARCHIVOS/ras/articulos/261v5n2a13107524pdf001.pdf>

#### 4.7. La potenciación de una rectoría efectiva

Una lección muy importante aprendida en Europa es que, para producir servicios de manera más eficiente, ha habido también que aumentar la actividad reguladora. En general, la introducción de mecanismos de mercado ha ido acompañada de un mayor volumen de regulación (referido tanto a nuevas modalidades de la misma como a un aumento del arsenal al respecto). Con ella, los políticos sanitarios han buscado encauzar esta fuerza de cambio hacia el logro de objetivos sociales. Un ejemplo típico es el campo farmacéutico, donde el aumento de *entrepreneurship* ha ido acompañado de un gran esfuerzo regulador para contener los costes.

Sin embargo, la actividad reguladora no ha estado siempre a la altura de las necesidades, y en algunos sitios (sobre todo en el este de Europa) ha sido claramente insuficiente. La rápida introducción de mecanismos de mercado sin un contrapeso regulatorio adecuado ha comportado problemas importantes de no contención de costes, inequidad, ineficiencia y corrupción. Debe destacarse, sin embargo, que en la mayoría de los casos, el fenómeno se ha debido más a una falta de capacidad institucional para instaurar mecanismos reguladores que al diseño organizativo de ningún modelo asistencial concreto.

En los países europeos, la necesidad de fortalecer la función rectora del Estado ha venido dada por un nuevo balance entre el Estado y los sistemas sanitarios. La experiencia demuestra, en Europa, que más que una función menor del Estado, lo que se requiere es una función distinta y, en muchos casos, reforzada del mismo. Aumentar el uso de los mecanismos de mercado debe también significar reforzar el Estado en su labor de planificación estratégica, política sanitaria y reglamentación centrada en los resultados. En palabras del *Informe OMS 2000*, se espera que el Estado "reme menos y aprenda a gobernar más el timón".

Un buen número tanto de los éxitos como de los fracasos de la reforma sanitaria en Europa está relacionado con la función de rectoría. Los mecanismos de mercado han producido mejores resultados allí donde ha habido más información y mejor capacidad de regular. El relativo éxito en el logro de la cobertura financiera universal en Europa occidental, por ejemplo, resultó de un papel rector claro por parte de los gobiernos (en general, la población europea acepta sin reparos el papel del gobierno como regulador de la financiación y garante de la universalidad del sistema sanitario). Asimismo, el Estado ha ejercido un papel clave en asegurar protección estable y sostenibilidad financiera bajo una presión macroeconómica notable.

Un componente importante dentro de la función de rectoría es formular la política sanitaria o, lo que es lo mismo, definir la visión y dirección del sistema. En tal sentido, varios países han adoptado los objetivos promovidos por la OMS en su política de "Salud para todos", que han traducido en forma de metas y políticas de salud nacionales. Es interesante observar cómo el impacto

de este ejercicio ha sido particularmente significativo en países como Suecia, Finlandia o el Reino Unido, donde la legitimidad del Estado como guardián de la salud de la población es más clara.

El análisis de la experiencia de reforma en Europa demuestra la necesidad de que el Ministerio de Salud, en particular, adopte un papel protagonista como órgano rector del sistema sanitario. En este sentido, la experiencia de readecuación de los ministerios de los antiguos países comunistas aporta lecciones de enorme interés. La capacidad técnica y política para manejar el proceso de cambio, recabar y utilizar la información idónea, regular el sector privado y negociar con los distintos actores se ha demostrado clave tanto en el éxito como el fracaso de muchas reformas sanitarias en toda la región.

#### **4.8. Los nuevos modelos de atención a crónicos**

En el panorama internacional, han surgido tres modelos, que son referentes en la reorientación de los sistemas de salud hacia los pacientes crónicos. Sus características son:

- Están orientados a la prevención y el tratamiento de las enfermedades crónicas.
- Obtienen mejores resultados para los pacientes.
- Muestran las ventajas de la integración asistencial en la respuesta a estas enfermedades.
- Proporciona un marco estratégico e integrador a numerosas actividades e intervenciones aisladas.

##### **1) El Chronic Care Model**

Ed Wagner y sus colaboradores del MacColl Institute for Healthcare Innovation de Seattle han desarrollado un modelo para la atención primaria de los pacientes con condiciones crónicas, que sirva de guía para el desarrollo de una atención más efectiva. Este modelo (The Chronic Care Model) es el resultado de diversos esfuerzos para la mejora de la gestión de enfermedades crónicas en el Group Health Cooperative of Puget Sound, en el estado de Washington, así como de revisiones sistemáticas de la literatura al respecto y de las aportaciones enriquecedoras de un panel de expertos nacional. El modelo no es un recetario de soluciones, sino un marco multidimensional para enfocar iniciativas de mejora frente a un problema complejo.

Dado que el grueso de la atención a crónicos se realiza en atención primaria, el Chronic Care Model supone repensar y rediseñar la práctica clínica en este nivel.



Gráfico 16. Chronic Care Model

La atención a crónicos discurre en tres planos que se superponen: 1) el conjunto de la comunidad con sus políticas y múltiples recursos públicos y privados; 2) el sistema de salud con sus organizaciones proveedoras y esquemas de aseguramiento; y 3) el nivel de la práctica clínica.

Dentro de este marco, el Chronic Care Model identifica seis elementos esenciales que interactúan entre sí y son clave para el logro de una óptima atención a pacientes crónicos. Éstos son:

a) Organización del sistema de atención sanitaria. La práctica profesional se desarrolla o viene influenciada por varias organizaciones, redes de proveedores, compañías de seguro, programas gubernamentales, etc. La estructura, los objetivos y los valores de las organizaciones proveedoras, y su marco de relación con compradores, aseguradores y otros proveedores, determinan de forma esencial su abordaje de la atención a crónicos. Así, el sistema de pago a la organización, la recompensa a objetivos de calidad, la visión episódica o continuada de la atención sanitaria son factores muy determinantes del nivel de prioridad y posterior desarrollo de la atención crónica en un proveedor concreto.

b) Relaciones con la comunidad. Los nexos con la comunidad y la amplia batería de recursos disponibles en la misma son particularmente relevantes para mejorar la atención a crónicos. En ello, los grupos de autoayuda, los centros de mayores, los programas de ejercicio, etc., son de gran importancia. La coordinación de estos recursos se beneficia del desarrollo de perfiles profesionales específicos del tipo gestores de casos.

c) Apoyo y soporte del autocuidado. La noción de autocuidado es esencial en la atención a crónicos, ya que el paciente es su principal proveedor de cuidados. Así, las capacidades del paciente para el manejo de su dieta, ejercicio, monitoreo de variables revelantes, valoración de síntomas pueden fortalecerse mediante varias intervenciones. Ayudar así a los pacientes, por parte de los profesionales, requiere educar, informar periódicamente, generar un entorno de confianza, enseñar a manejar ciertos dispositivos (tensiómetros, glucómetros, etc.) y generar rutinas de autocuidado y objetivos de control y mejora.

d) Diseño del sistema asistencial. La estructura de la práctica médica debe ser rediseñada para responder a las necesidades de los crónicos. Esto implica desarrollar equipos efectivos de trabajo, con perfiles multidisciplinares y una clara atribución de responsabilidades, optimizando el trabajo de los profesionales y enfocándolo en aquello en lo que son más eficientes. Por ejemplo, el personal médico abordará los problemas agudos, los casos crónicos más complejos, ajustarán las terapias farmacológicas, coordinarán al resto del equipo y proveerán de las orientaciones necesarias. Otros perfiles profesionales pueden desarrollar un amplio elenco de intervenciones de seguimiento y control planificado y de educación al paciente. La planificación de cuidados es esencial para el rediseño de la práctica, el control y seguimiento intensivo es beneficioso para los pacientes de alto riesgo.

e) Apoyos para la toma de decisiones. La integración de la evidencia científica en la práctica cotidiana requiere implementar sistemas de aviso y de recuerdo, algoritmos de ayuda a la decisión, protocolos, etc. Asimismo, sería deseable un acceso rápido (por ejemplo, telefónico o por otros medios) a especialistas que permitiese un asesoramiento sin requerir una derivación del paciente. La labor de líderes clínicos locales en la contextualización de guías de práctica clínica y formación de los profesionales en las mismas, ayuda a salvar la brecha entre conocimiento científico y práctica diaria.

f) Sistemas de información clínica. Los avances en tecnologías de información y comunicación permiten apoyar el trabajo en tres ámbitos principales: 1) la ayuda a la decisión en consonancia con las guías de práctica; 2) como sistema de *feedback* para los profesionales, permitiendo monitorizar y comparar resultados; 3) como registros automatizados que permiten planificar cuidados y adoptar un enfoque de salud poblacional. Estos registros de pacientes crónicos son un elemento central del Chronic Care Model.

Si tomamos la diabetes como ejemplo, se incorporan al registro de diabéticos aquellos con un código ICD-9 (International Classification of Diseases, Ninth Revision) relacionado con esta patología, o con analíticas en tal sentido. El registro electrónico se alimenta con variables determinantes como HbA1c, colesterol LDL, y microalbuminuria. Adicionalmente, se registran las revisiones de pie y ojo diabético, las mediciones de presión arterial y otros aspectos relevantes. El sistema de información debe permitir el adecuado seguimiento y mostrar recuerdos y advertencias de revisiones o analíticas planificadas. Asimismo, la base de datos del registro ha de posibilitar la identificación de aquellos pacientes de alto riesgo que requieren un seguimiento especial y un manejo intensivo.

Estos seis componentes son interdependientes y con efectos sinérgicos. Por ejemplo, recursos comunitarios del tipo programas de ejercicio y grupos de autoayuda sirven para educar a los pacientes en autocuidado. El rediseño del sistema de provisión hacia la formación de equipos de trabajo efectivos y con claras atribuciones de tareas es esencial para la educación en autocuidado, tarea que requiere entrenamiento específico y una dedicación de tiempo que no se adecua al trabajo médico. De un mismo modo, la disponibilidad de registros útiles requiere su gestión activa y mantenimiento de los mismos. Las guías de práctica clínica proveen la evidencia sobre la que se sistematizan y planifican las intervenciones, así como las herramientas de ayuda a la decisión. Estos elementos del Chronic Care Model se desarrollan de forma fructífera en contextos organizativos abiertos a la innovación, con implicación de los líderes y disponibilidad de recursos.

La visión y el fin último del modelo es que el encuentro clínico lo protagonicen pacientes activos e informados junto con un equipo de profesionales proactivo y con las capacidades y pericias necesarias, resultando en una atención de alta calidad, elevada satisfacción y mejora de resultados.

¿Estamos ante un planteamiento utópico alejado de la realidad sobrecargada de la primaria? Hasta la fecha, miles de organizaciones han adoptado el modelo, en su mayoría con éxito. Si bien, en algunos casos, el ímpetu inicial no ha podido mantenerse, lo cual nos informa de la necesidad no sólo de implementar el modelo sino de pensar en su sostenibilidad. Este modelo surge del trabajo de algunos sistemas integrados de provisión, en particular los Lovelace Health Systems de Albuquerque, y el Group Health Cooperative of Puget Sound de Seattle.

## 2) El modelo de la pirámide de riesgo de Kaiser Permanente

El modelo de la pirámide de riesgo identifica tres niveles de intervención según el nivel de complejidad del paciente. Organizar los pacientes según su riesgo permite orientar mejor a diferentes grupos los programas de intervención. Esto, a su vez, lleva a utilizar mejor los recursos humanos, concentrándolos sobre los grupos más complejos y evitándose así ingresos hospitalarios costosos e innecesarios.



Gráfico 17. Modelo de estratificación del riesgo de Kaiser Permanente

En España, la población de una comunidad o un área de salud aún no está estratificada de esta forma, lo cual obliga a organizar programas de intervención a toda la población, con una insuficiente discriminación e intensificación del esfuerzo sobre los grupos más necesitados. Este modelo ya ha ido más allá de la organización que lo creó (Kaiser Permanente) y forma parte de los modelos que están influyendo de forma importante en las nuevas políticas de salud de Canadá, Inglaterra, Escocia, Dinamarca, Nueva Zelanda, Australia y Estados Unidos. Esta internacionalización ha enriquecido el modelo al desarrollarse numerosos instrumentos para su puesta en práctica en sistemas muy diferentes.

### 3) Atención innovadora para las condiciones crónicas

En el 2002, la Organización Mundial de la Salud publicó un informe titulado *Atención innovadora para las condiciones crónicas: agenda para el cambio*, en el que se adaptó el Chronic Care Model enfatizando aún más el concepto comunitario. Este informe compilaba las conclusiones de una revisión global de la literatura e identificaba los denominadores comunes de los sistemas de salud y experiencias piloto que muestran un mejor "rendimiento global" en el manejo de los pacientes crónicos. El informe está trufado de breves estudios de caso y de recomendaciones prácticas, pero además aporta un marco conceptual fundado en la tríada: pacientes, equipo de atención y comunidad, que se reproduce en el gráfico siguiente.

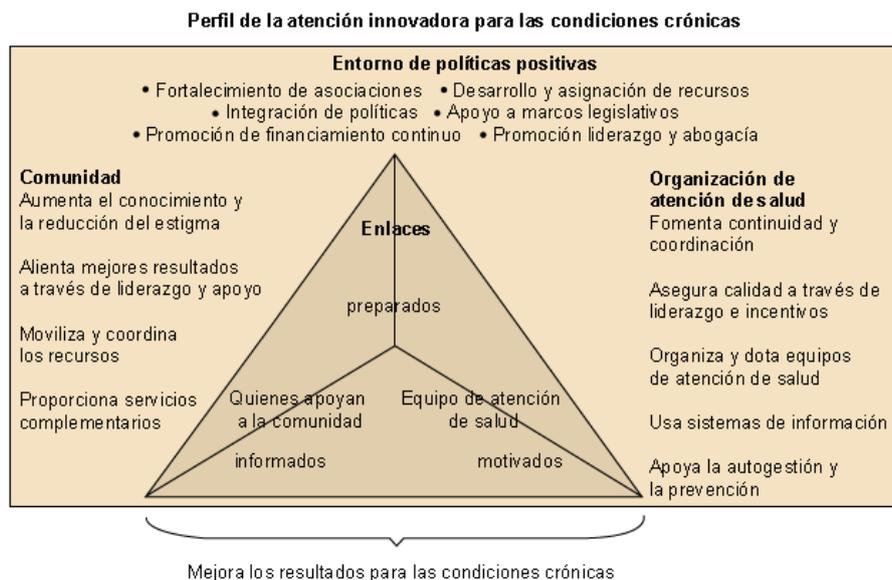


Gráfico 18. Atención innovadora a las condiciones crónicas de la Organización Mundial de la Salud, 2002

Es evidente que, en España, muchos equipos de atención primaria y especializada han puesto en marcha intervenciones como estas. Sin embargo, lo que intentan resaltar estos modelos es la necesidad de intervenir de forma estructurada y simultánea sobre todos estos frentes.

El segundo concepto fundamental de estos modelos es que desarrollan un "sistema" local, rompiendo así la fragmentación entre estructuras tan corriente en muchos países. Por ejemplo, en España se pueden reconocer mejoras muy significativas en sistemas de información; hay ejemplos de mejor coordinación entre estructuras asistenciales, se han desarrollado ejemplos de monitorización remota de pacientes, y existen multitud de guías de práctica clínica. Desafortunadamente, estos cambios suelen implantarse de forma aislada, sin el marco estratégico integrador que proporcionan los modelos arriba explicados.

Cuando se gestionan estos sistemas de forma integrada, la tendencia es a fortalecer los servicios extrahospitalarios y los recursos que pueden actuar en la comunidad. Los estudios indican que la utilización de estos modelos tiene un impacto positivo sobre la calidad de la atención, y un efecto social de mejora de la atención para los enfermos crónicos, pero es necesario esperar aún los resultados en términos de ahorro de costos. La capacidad para evitar ingresos hospitalarios se ha confirmado en numerosos estudios. Sin embargo, es posible que otros costos aumenten al intensificar los servicios en el ámbito ambulatorio.

Es interesante resaltar que la evidencia hasta la fecha sobre estas innovaciones en la gestión de enfermedades crónicas ha sido suficiente para que varios gobiernos (por ejemplo, Inglaterra, Holanda, Dinamarca, Escocia, Canadá y Nueva Zelanda) promuevan estos modelos como políticas prioritarias.

#### 4.9. NHS: entre la competencia y la cooperación

El NHS británico es referente mundial por sus procesos de reforma. En las dos últimas décadas del siglo xx fue pionero en introducción de iniciativas de nueva gestión pública, separación de funciones, elementos de mercado y estrategias pro-competencia. Posteriormente, en la época Blair, se ha enfatizado la cooperación, la integración asistencial, la orientación hacia el paciente y las innovaciones en atención a crónicos, si bien perviven elementos del modelo anterior. El gráfico 19 sintetiza los enfoques dominantes en el momento actual.

De la competencia a la cooperación "The new NHS: Modern-Depenable" (1)	
▼ Enfocado a la calidad y seguridad de la atención	▶ Instituto nacional para la excelencia clínica Marcos nacionales de práctica Gobierno clínico Agencia nacional de seguridad del paciente
▼ Cooperación, no competencia	
▼ Alineamiento clínico y de gestión	▶ Innovaciones en la gestión de enfermedades crónicas  ▶ Planes locales de mejora de salud Programas integrados de atención Cooperación e integración de recursos socio-sanitarios  ▶ Grupos de médicos de atención primaria con todo el presupuesto Descentralización de presupuestos a unidades hospitalarias Programas de atención compartidos
De la competencia a la cooperación "The new NHS: Modern-Depenable" (2)	
▼ Nuevo enfoque a la eficiencia	▶ Nuevo marco de rendimiento ampliado Reducción de la burocracia Acuerdos a largo plazo Benchmarking
▼ Mayor regulación y planificación	▶ Incentivos a la eficiencia y a la calidad en los nuevos contratos con MG
▼ Apoyo en las nuevas tecnologías de la información	
▼ Involucración del público	▶ Planes locales de mejora de salud Nuevos poderes de intervención  ▶ NHSnet (historia clínica electrónica, transmisión de datos, resultados citas, educación/información al público)  ▶ Sesiones de gobierno públicas y publicación de resultados Nueva Carta de derechos Encuesta nacional de satisfacción Línea telefónica 24 horas

Gráfico 19. NHS: de la competencia a la cooperación

#### 4.10. Las experiencias de reforma en Estados Unidos

Como hemos visto, el sistema de salud estadounidense presenta características diferenciales que lo hacen prácticamente excepcional. Sin embargo, pese a esas peculiaridades, es una fuente de innovaciones que no hay que perder de vista. Por eso, damos unas pinceladas en los gráficos 20 y 21 sobre el debate allí existente.

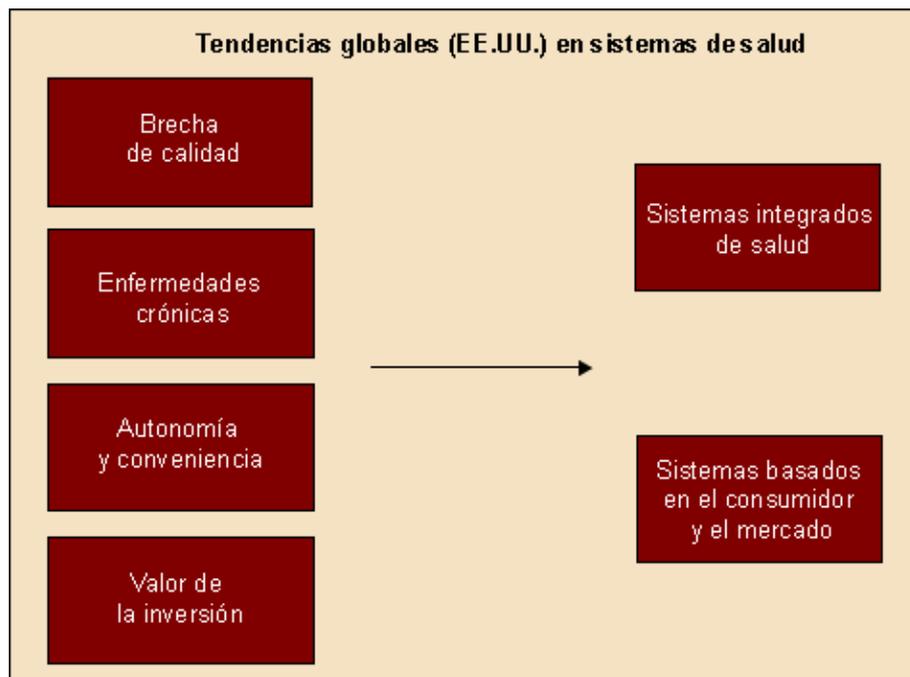


Gráfico 20. Propuestas en Estados Unidos en respuesta a tendencias globales

▼ Sistemas integrados de salud	▼ Sistemas dirigidos por el mercado
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Proceso diseñado para prestar cuidados adecuados. Atención coordinada y continua</li> <li>▶ Competencia a nivel de planes de cuidados</li> <li>▶ Asignación de recursos en el continuo de la enfermedad. Prepago capitativo Incentivos alineados con la calidad Control de costes Mantenimiento de la salud de los pacientes</li> <li>▶ Primas comunitarias</li> <li>▶ Información compartida por todos los centros de atención Sistemas de apoyo a la decisión clínica</li> <li>▶ Control de resultados y programas de mejora continua</li> <li>▶ Mejoras de eficiencia mediante economías de escala e integración de procesos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Libre elección del consumidos</li> <li>▶ Competencia a nivel de proveedor individual. Libre fijación de precios de transacción</li> <li>▶ Pago directo por el consumidor, responsable de su salud y financiación: cuentas de salud, incentivos fiscales y subsidios focalizados</li> <li>▶ Primas según riesgo</li> <li>▶ Transparencia de costes y calidad de los prestadores individuales</li> <li>▶ Ventaja competitiva basada en especialización (focus factories) e innovación. Mejora de costes y calidad basada en el volumen y experiencia del prestador</li> </ul>

Gráfico 21. Detalle de alternativas estadounidenses de reforma de sistema de salud

## **5. Planificación sanitaria**

### **5.1. Marco general de la planificación y gestión sanitaria**

En el sector salud, las implicaciones de los términos planificar y gestionar son amplias y variadas; por eso, se estima necesario establecer una clasificación previa que nos permita acotar más adecuadamente los ámbitos y significados de la planificación y la gestión. Dado que la planificación es un instrumento para mejorar la gestión al proporcionar una estimación previa de fines y recursos, que nos permite un manejo más eficiente de los mismos y una evaluación posterior de los logros obtenidos, nos interesa diferenciar los siguientes ámbitos.

En sanidad, se distinguen tres niveles de gestión y planificación:

- La gestión sanitaria macro, o política sanitaria.
- La gestión sanitaria meso, o gestión de centros.
- La gestión sanitaria micro, o gestión clínica.

#### **5.1.1. La macrogestión sanitaria**

La macrogestión sanitaria, o política sanitaria, consiste en la intervención del Estado para aumentar la equidad y corregir disfunciones del mercado. Esta corrección de disfunciones implica: abordar las externalidades, regular los monopolios, y corregir la información imperfecta teniendo en cuenta cómo tales disfunciones quedan afectadas por el cambio tecnológico. La política sanitaria se expresa mediante las formas que adopta la financiación y regulación de servicios sanitarios y la regulación de otros aspectos relacionados con la salud (alimentación, medio ambiente, trabajo, estilos de vida, etc.). Existen distintas opiniones sobre el alcance de la política sanitaria, en función de cuál se crea ha de ser la función del Estado. La política sanitaria tiene como objetivo confesable el de mejorar el estado de salud de la población y garantizar la satisfacción de los votantes con los servicios sanitarios, empleando unos recursos comparables a los de los países de referencia geográfica y económica.

Las disciplinas de salud pública, articuladas por el método epidemiológico, constituyen el soporte disciplinar de la macrogestión sanitaria. La herramienta estrella de planificación sanitaria en este ámbito son los planes de salud.

### **5.1.2. La mesogestión sanitaria**

La mesogestión sanitaria, o gestión de centros, se realiza mediante la coordinación y motivación de las personas y de los recursos hacia los fines organizativos previstos. La gestión de centros tiene su apoyo disciplinar en las ciencias de la gestión; hace relativamente pocos años la gestión sanitaria se identificaba con aspectos relativamente accesorios de la gestión de hospitales, como las finanzas y el marketing, pero cada vez más los enfoques son de tipo holístico y sistémico. La herramienta de planificación en este ámbito son los planes estratégicos. El auge de la atención integrada hace necesario pensar en planes estratégicos de redes de centros en vez de meros planes de centros, ya que la calidad de la gestión sanitaria no se garantiza mediante la suma de las calidades de los centros componentes, siendo imprescindible la visión de sistema.

### **5.1.3. La microgestión sanitaria**

La microgestión sanitaria, o gestión clínica, parte de la constatación de que los profesionales sanitarios (los clínicos, fundamentalmente) asignan el 70% de los recursos sanitarios a sus decisiones, diagnósticas y terapéuticas, realizadas en condiciones de incertidumbre en una tarea que supone coordinar recursos y motivar personas. La gestión clínica pretende restaurar los niveles de salud de los pacientes, en la medida de lo posible, mediante acciones que conciernen a pacientes individuales o a grupos de pacientes (agrupados por una patología o procedimiento comunes, por la unidad de asistencia, etc.). Las decisiones directas sobre cada persona las adopta el médico o la enfermera, trabajando por separado o en equipo, y las decisiones que afectan a grupos de pacientes las toman principalmente los responsables asistenciales.

La estrategia motivadora básica de la gestión clínica pasa por el fomento de la investigación en resultados y procesos asistenciales, a fin de identificar variaciones en la práctica aparentemente arbitrarias que estimulen la preocupación por la efectividad, la medida del impacto sanitario y la adecuación de los servicios. La atención sanitaria basada en el conocimiento, integrando corrientes como la medicina basada en la evidencia, la gestión del conocimiento y el aprendizaje organizativo, se configura como la disciplina fundamental de la gestión clínica y como fuente de esquemas útiles para la gestión de equipos y para la toma de decisiones profesionales.

Los tres ámbitos de la gestión sanitaria están estrechamente relacionados entre sí: la gestión macro condiciona la micro por la regulación de la oferta, en Europa, o por el mercado, en Estados Unidos; la gestión macro condiciona la meso según lo que se decide comprar o presupuestar; la gestión micro influye en la macro por el 70% de recursos que asigna; la gestión meso influye en la macro por consorcios, patronales, corporaciones profesionales, grupos de interés y asociaciones con preferencias ideológicas "intensas".

## 5.2. Planificación sanitaria

La planificación es una fase de la administración, forma consciente de actuar sobre un sistema u organización con la finalidad de alcanzar determinados resultados. La administración se divide en dos etapas: la de "pensar", que corresponde a las funciones de planificación y organización, y la de "hacer", que comprende las funciones de dirección, control y evaluación. La planificación sería el proceso que, partiendo del estudio y análisis de un sistema o realidad, define fines y objetivos a alcanzar, así como normas de ejecución y de control de las actividades a desarrollar durante un período dado.

En su libro clásico, Pineault y Daveluy entienden la planificación sanitaria (PS) como el proceso formalizado para escoger, organizar y evaluar las actividades más eficaces para satisfacer las necesidades de salud de una determinada comunidad, teniendo en cuenta los recursos disponibles. Esta concepción clásica de PS tiene unas características que la definen:

- Se trata de una actividad dirigida a preparar el futuro, partiendo de una situación determinada. Así, para Weick, la planificación es el diseño del futuro deseado y de las vías efectivas para alcanzarlo.
- Siempre se orienta a la toma de decisiones, en principio para priorizar entre diferentes problemas (objetivos) y luego para elegir entre las posibles actuaciones a poner en marcha para resolver cada uno de ellos.
- Está ligada a la acción, al desarrollo de actividades (programas) para conseguir los cambios pretendidos.
- Otra de sus características es que se trata de un proceso continuo, dinámico, evaluable y siempre adaptable a las modificaciones de la realidad que se vayan produciendo.
- Por último, la planificación se entiende como un proceso formalizado, basado en el análisis, para producir un resultado.

Esta concepción ortodoxa tiene sus problemas cuando se enfrenta a la realidad, siempre más compleja de lo que parece. Así, con una visión más empresarial de planificación, surge la duda de si el futuro es controlable, ya que parece difícil conocer y dominar todos los factores que pueden influir en una determinada situación. Es común que las acciones pretendidas (habitualmente planificadas desde "arriba") no sean realizadas, al ser desplazadas por estrategias emergentes desde "abajo" que demuestran ser más operativas o eficaces. Por ello, se debe hacer énfasis en una planificación flexible, abierta a modificaciones y a la participación. Lo contrario supone una merma en la iniciativa de los profesionales y en la pérdida de oportunidades de mejora. Por otra parte, la

planificación funciona muy bien cuando las tareas están muy estandarizadas y existe poca variabilidad, pero cuando no es así, puede ser más eficiente la "intuición" que la planificación.

Así, llegaríamos a otra definición de planificación más actual, como la hecha por Repullo, para quien la planificación sanitaria es aquel proceso especializado de la administración o gestión de organizaciones (sanitarias) en el que se exploran las oportunidades de mejora ante el futuro, se deciden qué cambios son necesarios, y cómo pueden efectivamente realizarse en el marco de la organización u organizaciones implicadas y su entorno. En este contexto, aparecen nuevas características de la planificación sanitaria:

- Desde un punto de vista poblacional, la planificación estaría muy ligada a la eficiencia asignativa, es decir, que perseguiría asignar los recursos existentes (factores productivos) en función de las necesidades y/o preferencias sociales, para obtener los máximos beneficios posibles.
- Bajo la óptica de la organización, la gestión se orientaría hacia la eficiencia productiva, que implica buscar el mayor rendimiento posible con los recursos disponibles, mediante la reducción del coste de los procesos.

Sea cual sea su concepción, la planificación puede entenderse como un "conjunto de métodos racionales de trabajo", aplicables a cualquier campo de actividad, entre ellos el sanitario.

### **5.3. El plan de salud**

El plan de salud recoge las grandes líneas de actuación en materia sanitaria, con un nivel de concreción variable: desde una simple declaración de intenciones hasta un detallado listado de actuaciones a desarrollar, presupuestadas, priorizadas e incorporando criterios de evaluación.

Un plan de salud, para ser efectivo, debería incluir al menos los siguientes elementos que se relacionan en el gráfico 22:

<b>Análisis y diagnóstico de los problemas sanitarios</b>	Estimación de necesidades con medidas objetivas de mortalidad, morbilidad, riesgos, etc. Análisis de importancia social, vulnerabilidad, alternativas de actuación, adecuación, pertinencia y viabilidad de las alternativas, estrategia adoptada
<b>Establecimiento de objetivos</b>	En términos cuantificables, tiempo de ejecución, relacionados con los problemas y recursos Expresión de los resultados a alcanzar en promoción y protección de la salud, y asistencia a la enfermedad
<b>Programas a desarrollar</b>	Incluir estudio de rentabilidad social justificativo de la adopción, resultados expresados en indicadores sanitarios
<b>Financiación</b>	Incluir acciones sanitarias y no sanitarias y mención de los órganos que han de llevarlas a cabo Incluir fuentes de financiación Gastos por programas de actividad Gastos desglosados en anualidades y en euros constantes Adaptación anual a disponibilidades financieras
<b>Ejecución</b>	Consignar órganos responsables y tareas Mecanismo administrativo de coordinación
<b>Evaluación</b>	Mecanismo que garantice la evaluación Evaluar la ejecución y efectividad de las actividades y la pertinencia de los objetivos

Gráfico 22. Componentes del plan de salud

Históricamente, los procesos de elaboración de planes de salud volcaban todo su esfuerzo en el diagnóstico de problemas sanitarios, configurándose en compendios de necesidades, pero no en herramientas de gestión. Recientemente, se han desarrollado más las cuestiones de priorización, selección y presupuestación de intervenciones, atribución de intervenciones y fijación de criterios de evaluación. Pese a ello, los planes de salud no pasan de ser un "elemento obligado" en política sanitaria, pero de vehiculización escasa. El desarrollo de la función de contratación como instrumento para hacer efectivos los planes de salud ha carecido del vigor necesario.

Por otro lado, hay que reconocer que la confección de planes de salud ha aportado una serie de beneficios al ámbito de la planificación sanitaria, entre los que destaca el establecimiento de un horizonte de salud como meta y punto de referencia para la actuación de los servicios sanitarios. Sin embargo, como se ha mencionado, hay una serie de problemas (exceso de objetivos, falta de criterios epidemiológicos en su formulación, ausencia de verdadera priorización, intervenciones poco concretas, insuficiencias en los indicadores para la evaluación) que deberían ser resueltos para que los PS sean una herramienta efectiva para la planificación. Otros elementos, como la ausencia de estimación de los costes de implantación de los planes de salud y la falta de atribución de las tareas a realizar, ayudan a cuestionar las posibilidades reales de ejecución de estos planes. Los objetivos elegidos en los planes de salud deben suponer un reto para la mejora de la salud de la población, pero han de ser realistas, de manera que las áreas priorizadas deberían ser pocas pero muy relevantes y las intervenciones propuestas practicable y efectivas. Escoger un número pequeño de objetivos supone otras ventajas además de facilitar su ejecución y

evaluación, como, por ejemplo, la posibilidad de introducir algunos objetivos suplementarios que reflejen prioridades en el ámbito local, experiencia practicada en algunos países.

### **Lecturas recomendadas**

El mejor modo de aproximarse a un plan de salud es ver ejemplos concretos. Las tres lecturas siguientes nos proporcionan el elenco de conocimientos relevantes sobre planes de salud; el primero nos informa del estado del arte en la materia, y los dos últimos analizan la introducción de la sensibilidad sobre desigualdades socioeconómicas y de género en los planes de salud en España:

*De la teoría a la práctica: elaborando Planes de Salud para el nuevo siglo*, de Gispert y Tresseras, accesible en: [http://www.planificacionsanitaria.com/articulos/ArtRosaGispert\\_RicardTresseras.pdf](http://www.planificacionsanitaria.com/articulos/ArtRosaGispert_RicardTresseras.pdf)

*Desigualdades socioeconómicas y planes de salud en las comunidades autónomas del Estado español*, en: <http://www.planificacionsanitaria.com/articulos/CarmeBorrell.pdf>

*Sensibilidad de género en la formulación de planes de salud en España: lo que pudo ser y no fue*, en: <http://www.planificacionsanitaria.com/articulos/RosanaPeiro.pdf>

## **5.4. Planificación estratégica**

La estrategia se configura como el punto de arranque de cualquier proyecto sanitario: "Nunca hay vientos favorables si no se sabe a dónde se va". Es imprescindible disponer de una estrategia clara y compartida entre las organizaciones y los profesionales que encauce los planes y los objetivos de cada uno de los procesos y/o unidades para realizar la misión y alcanzar la visión de la organización.

Con ese propósito, los planes estratégicos constituyen la herramienta de uso habitual en las organizaciones sanitarias para definir el rumbo estratégico. Sin embargo, en muchas ocasiones, estos planes suelen quedar restringidos al ámbito directivo, se despliegan en objetivos genéricos, carecen de indicadores de seguimiento y son escasamente conocidos y compartidos por los profesionales.

La popularización de los modelos de calidad total (en nuestro entorno, el EFQM) como modelos globales de gestión de toda organización ha servido para refinar la planificación estratégica, prestando especial atención a su implementación y evaluación con el fin de mejorar las organizaciones.

Los procesos de formulación estratégica son múltiples y variopintos, pero se nutren de una serie de *inputs* bastante estandarizados, como son el diagnóstico de la organización y su entorno (con herramientas muy populares, como la matriz DAFO) y el establecimiento del marco estratégico global por medio de la definición de la misión, visión y valores de la organización.

La misión de la organización sanitaria es la razón de su existencia, y mediante ella se define qué hay que hacer, para qué hay que hacerlo y para quién se realiza la actividad. La visión es la formulación de adónde quiere llegar la

organización y en qué quiere convertirse. Los valores culturales compartidos entre los profesionales favorecen la realización de la misión y la consecución de la visión.

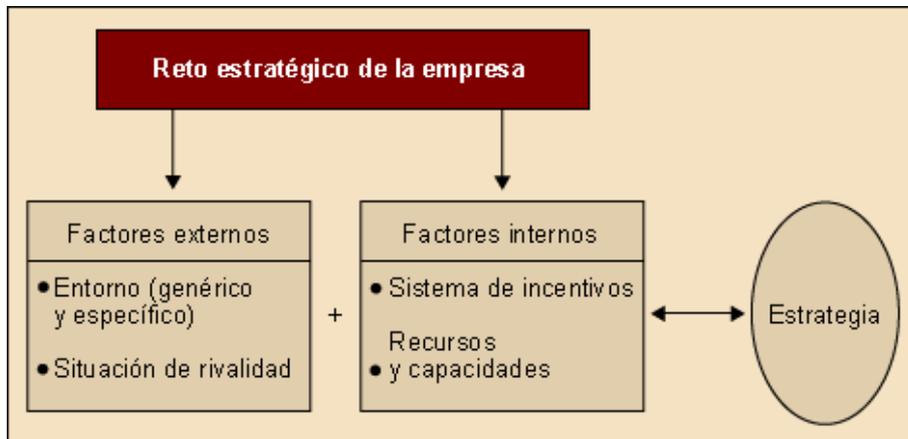


Gráfico 23. El reto estratégico: factores internos y externos

Las estrategias que se formulen durante el proceso de planificación estratégica deben ser coherentes con el diagnóstico realizado y el marco estratégico definido y, a partir de ahí, en un ejercicio que debe balancear creatividad y realismo, establecer los objetivos y planes de acción para realizar la misión y alcanzar la visión de la organización.

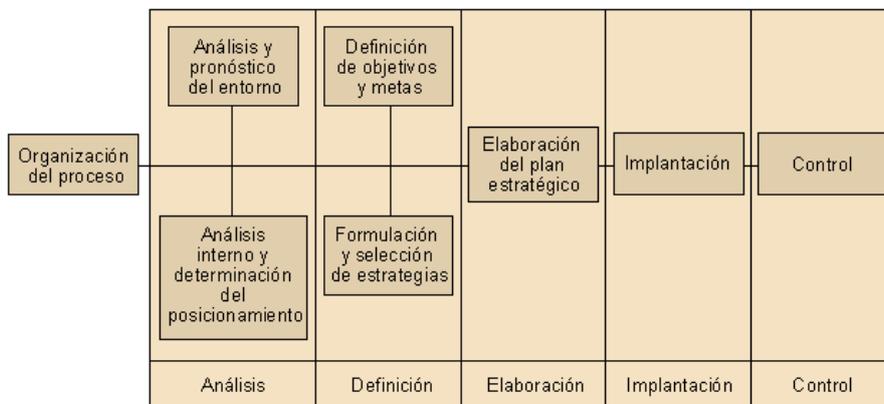


Gráfico 24. El proceso estratégico

El establecimiento de las líneas de acción en el medio plazo (habitualmente cuatro años) constituyen el plan estratégico, y su revisión y actualización conlleva su concreción en el plan anual, también llamado plan de gestión. Estos planes se realizan teniendo en cuenta los intereses actuales y futuros de los grupos de interés de la organización, como son la sociedad, el sistema sanitario, los profesionales, los proveedores y muy especialmente los clientes.

La traducción de esta planificación en el día a día de la organización tiene lugar mediante el desarrollo de los procesos que se llevan a cabo por la gestión de personas y recursos, y que están enfocados a mejorar el valor añadido que aportan a los grupos de interés contemplados.

Los resultados obtenidos por la organización deben analizarse para establecer las correcciones convenientes en las personas, los recursos o los procedimientos. Además, la evaluación mediante el modelo de la EFQM permite la detección de los puntos fuertes y débiles del sistema de gestión, así como establecer los mecanismos necesarios para la mejora del mismo. Los dos sistemas de evaluación constituyen el *feedback* de los planes establecidos y deben dar lugar a ajustes, tanto de la estrategia como de las funciones de gestión.

Los planes estratégicos deben establecerse en cascada, partiendo del servicio de salud y desarrollándose de forma específica en cada organización de servicios. La planificación conjunta entre niveles y dispositivos asistenciales, rompiendo las fronteras organizativas existentes, puede permitir un abordaje integrador que unifique los criterios de necesidad para los pacientes y establezca formas de actuación integrada entre los diferentes niveles de atención.

La estrategia debe tener un equilibrio adecuado entre el cumplimiento de las necesidades y expectativas de los grupos de interés y las capacidades actuales de cada organización, para poder establecer objetivos realistas y alcanzables.

El entorno está constituido por los grupos de interés de la organización. Cada uno de ellos influye en la organización y está afectado por ésta. En tal relación, cada grupo de interés tiene necesidades que la organización debe satisfacer para llevar a cabo su misión, y alberga expectativas que están en relación directa con la futura satisfacción con los servicios obtenidos. De forma general, a cada uno de estos grupos de interés le gustaría maximizar el valor obtenido y minimizar el coste incurrido por su obtención.

Por ejemplo, nuestro modelo sanitario hospitalocéntrico ha servido para dar respuesta a las episodios agudos, pero la creciente morbilidad crónica requiere dar respuesta a los grupos de interés que demandan cuidado y control de su enfermedad por parte del sistema sanitario. El reto más complejo de la gestión, y probablemente su mayor capacidad de hacerla atractiva, es el de establecer un adecuado equilibrio entre las necesidades y expectativas a veces contrapuestas entre los actores, permitiendo su máxima satisfacción y haciendo posible la sostenibilidad en el tiempo.

Habitualmente, se conocen y sistematizan poco las necesidades reales de los grupos de interés, existiendo un marcado sesgo teórico hacia el cliente y demasiadas veces están casi solo definidos en función de las preferencias o posibilidades del sistema sanitario, que a veces se establece como interlocutor y traductor único de las necesidades del sistema en detrimento de otros agentes.

El cliente debe ser el eje del sistema de una forma real, consecuente y factible. El principio básico es el derecho a la protección de la salud; de él se deriva una serie de atributos y características que pueden pasar de necesidades y expectativas a derechos de los pacientes, según el grado de contrato social y compromiso que se establezca con él. Aunque existen múltiples estudios en los que se

ha investigado este aspecto, no siempre existe una categorización adecuada y un grado de compromiso acorde con sus preferencias. Algunas de estas necesidades son claras, como la oferta de servicios adecuados, seguros, eficientes y accesibles realizados por profesionales capacitados, tecnológicamente avanzados, aportados mediante una información clara y suficiente y un trato personal adecuado en el amplio sentido de la palabra (humanización, intimidad física, hostelería, protección de datos personales, etc.).

Otras necesidades son emergentes o tienen un mayor componente interpretativo, como la demanda de un mayor equilibrio entre el principio de beneficencia (el máximo bienestar del paciente) y la autonomía en la toma de decisiones (información clara y suficiente para la toma de decisiones clínicas de forma responsable y autónoma), o mecanismos de participación adecuados en la planificación y gestión del sistema (por ejemplo, una mayor estructuración de la participación de asociaciones de usuarios). Otras expectativas conocidas pueden ser la libre elección de médico y centro, aumentar el tiempo destinado al contacto con el profesional, mejorar el acceso a los servicios, reducir las listas de espera, rapidez y puntualidad en la atención, acceso a las pruebas necesarias, conocimiento de las alternativas terapéuticas, información sobre el riesgo de pruebas diagnósticas y alternativas terapéuticas, etc. Los clientes lógicamente tienen expectativas crecientes, algunas de ellas sin modular y que a la larga pueden hacer peligrar la sostenibilidad del sistema, por lo que los responsables institucionales deben establecer y transmitir el grado de compromiso asumible en cada momento, preferentemente por cartas de derechos o contratos de compromiso de servicios que encuentren su necesaria traducción en el desarrollo estratégico de las instituciones y sus organizaciones de servicio.

Es importante articular mecanismos de participación de los clientes y sus representantes, por ejemplo por medio de asociaciones de pacientes, en la definición de las expectativas y en la aprobación de las estrategias establecidas. El sistema sanitario y sus organizaciones deben utilizar tanto diagnósticos epidemiológicos, para el conocimiento de las poblaciones diana y la planificación consecuente de sus recursos, como cambios radicales en el diseño de sus procesos que permitan aumentar la efectividad y eficiencia de sus actuaciones.

El adecuado equilibrio entre los intereses, a veces contrapuestos, de los diferentes grupos de interés, la transparencia en la toma de decisiones para todos los agentes sanitarios, y la coherencia y credibilidad en la aplicación de las políticas y herramientas deben conformar la definición de objetivos estratégicos del sistema y sus desarrollos.

La metodología de elaboración de los planes debe contar con la máxima participación posible de los profesionales, tanto para mejorar la difusión de los mismos como para asegurar su factibilidad, el enriquecimiento técnico y la implicación activa de los actores. En los últimos años, la metodología basada en el Cuadro de Mando Integral (CMI) (ved gráfico 25) está demostrando sus ventajas de cara a la mejor comprensión por parte de gestores y profesiona-

les. Se basa en un sistema de inducción lógica en el que los objetivos de la organización referidos a profesionales, procesos, clientes y resultados (en el original de Norton y Kaplan se habla de clientes, finanzas, procesos internos y crecimiento, entendido como desarrollo de las personas de la organización), se despliegan mediante aquellos factores críticos de éxito imprescindibles para alcanzarlos e indicadores de seguimiento para evaluar su consecución. Este esquema debe completarse identificando la relación entre estos objetivos y los procesos responsables de su consecución, lo que asegura la consistencia del esquema estratégico y facilita el pacto de objetivos con cada proceso y/o unidad de responsabilidad.

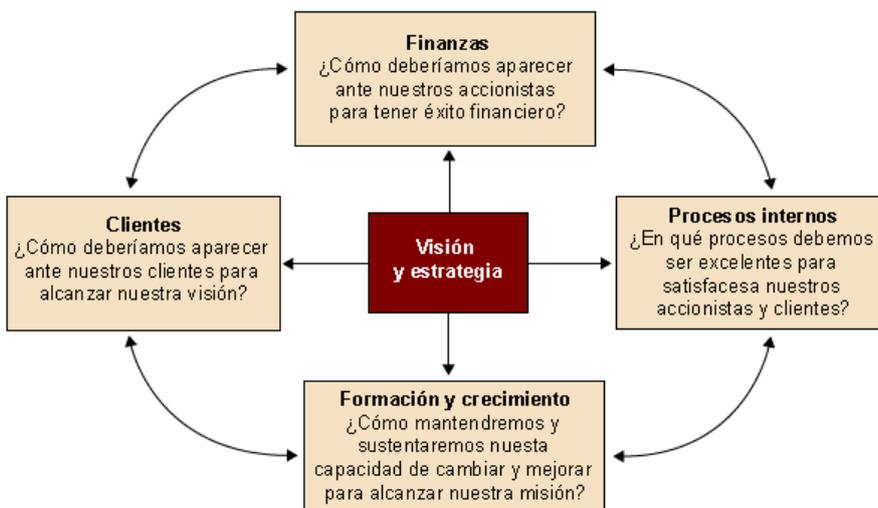


Gráfico 25. Perspectivas del Cuadro de Mando Integral (Norton y Kaplan)

El esquema CMI, dentro de su aparente sencillez, ha permitido responder a varios retos. En primer lugar, sus cuatro perspectivas amplían la visión de *performance* organizativa más allá de los indicadores económico-financieros tradicionales. Además, su énfasis en priorizar un conjunto limitado de indicadores y en realizar un seguimiento periódico enriquece el *feedback* y facilita la función directiva. Frente a los planes inmanejables y omnicomprendivos del pasado, el CMI articula el rumbo estratégico de forma eficiente y permite el despliegue de indicadores y el uso de un lenguaje organizativo cercano a los profesionales (ved gráfico 26).

Perspectiva	Objetivo	Indicador
1. Negocio	1.1. Mantener oferta en rehabilitación intrahospitalaria	Número de altas
	1.2. Aumentar oferta cuidados paliativos	Número de altas
	1.3. Aumentar oferta rehabilitación extrahospitalaria	Número de pacientes atendidos
	1.4. Adecuar la financiación a la oferta (aumento financiación contrato-programa)	Financiación por altas en cuidados paliativos Financiación por consultas Financiación por asistencias
	1.5. Cumplimiento presupuestario	Déficit cero +/- 1%
2. Clientes	2.1. Mejorar trato	Ítem en encuesta de satisfacción
	2.2. Mejorar Información	Ítem en encuesta de satisfacción
	2.3. Mejorar la atención frente al dolor	Ítem en encuesta de satisfacción Utilización de opioides en cuidados paliativos
	2.4. Mejorar Confort	Ítem en encuesta de satisfacción
	2.5. Reducir accidentes	Porcentaje accidentes/ pacientes ingresados
	2.6. Mejorar atención al cliente	Número reclamaciones/ pacientes ingresados Número agradecimientos
	2.7. Mejorar relaciones con derivadores	Acuerdos nuevos y revisados Protocolos nuevos y revisados
	2.8. Imagen en derivadores	Número actuaciones conjuntas (reuniones/jornadas)
3. Sociedad	3.1. Mejorar imagen en la sociedad	Diseño web Apariciones positivas en prensa Certificaciones/ reconocimientos
4. Procesos	4.1. Mantener actividad	Número de altas hospitalarias rehabilitación Número de altas rehabilitación intrahospitalaria
	4.2. Incrementar actividad	Número de altas hospitalarias cuidados paliativos Número de altas rehabilitación extrahospitalaria.
	4.3. Optimizar camas	Índice de ocupación hospitalaria rehabilitación Índice de ocupación hospitalaria cuidados paliativos
	4.4. Mejora accesibilidad	Demora media ingreso hospitalario rehabilitación Demora media ingreso hospitalario cuidados paliativos Demora media consultas rehabilitación extrahospitalaria Demora media consultas rehabilitación intrahospitalaria Demora media tratamientos hospitalarios de rehabilitación Demora media tratamientos rehabilitación extrahospitalaria Cancelación consultas externas rehabilitación extrahospitalaria Cancelación Consultas Externas rehabilitación intrahospitalaria
	4.5. Mejorar la continuidad de la atención	Cumplimentación informe continuidad de cuidados (%) hospitalarios
	4.6. Personalizar la atención	Plan de cuidados individualizados (% ingresos) hospitalarios
	4.7. Duración procesos	Estancia media ingreso hospitalario rehabilitación Estancia media ingreso hospitalario cuidados paliativos Media de asistencias rehabilitación extrahospitalaria Media de asistencias rehabilitación intrahospitalaria
	4.8. Mejorar la información	Entrega de informe de alta en mano hospital
	4.9. Mejorar la seguridad de los pacientes	Prevalencia infección nosocomial hospital Tasa de úlceras hospital Tasa de errores de medicación hospital Tasa de accidentes hospital Tasa de accidentes rehabilitación extrahospitalaria Tasa de accidentes rehabilitación intrahospitalaria
	4.10. Mejorar la calidad información clínica	Resultados evaluación hospital
	4.11. Seguimiento del rendimiento	Asistencias totales rehabilitación intrahospitalaria asistencias totales rehabilitación extrahospitalaria Prestaciones totales rehabilitación intrahospitalaria Prestaciones totales rehabilitación intrahospitalaria Índice derivación a gimnasio rehabilitación

Así, para ser una herramienta práctica y efectiva, la estrategia debe ser conocida y apoyada por los profesionales responsables de llevarla a cabo, por lo que debería acompañarse siempre de potentes líneas de comunicación que aseguren su difusión. Asimismo, ha de ser conocida por todos aquellos grupos de interés externos afectados por su consecución. Los indicadores de seguimiento deben ser claros y fiables, asegurando que llegan a tiempo a los niveles de decisión que pueden establecer acciones correctoras para asegurar su cumplimiento.

Por último, los planes tienen que ser actualizados anualmente, incorporando, tanto en el diagnóstico de situación como en su desarrollo, aquellos cambios importantes que deben replantear sus hipótesis y la puesta en marcha de los mismos. Es decir, el propio proceso de planificación estratégica se somete al ciclo de mejora PDCA (Plan-Do-Check-Act, planificar, ejecutar, evaluar, ajustar).

La planificación estratégica moderna ha transitado de marcos rígidos a enfoques flexibles en los que se presta más atención a la monitorización y mejora de la estrategia, y a la fertilización de estrategias emergentes por el *feedback* organizativo, que a la formulación de predicciones sobre variables que en entornos dinámicos están en cambio permanente.

## Glosario

**CES** *m* Consejo Económico Social.

**CMI** *m* Cuadro de Mando Integral.

**CSIC** *m* Centro Superior de Investigaciones Científicas.

**CVRS** *f* Calidad de vida relacionada con la salud.

**EIS** *f* Evaluación del impacto sobre la salud.

**EPOC** *f* Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

**EVAC** *f* Esperanza de Vida Ajustada por Calidad.

**EVBS** *f* Esperanza de Vida en Buena Salud.

**EYLD** *f* Esperanza de Vida Libre de Discapacidad.

**IC** *m* Intervalo de Confianza.

**IMC** *m* Índice de Masa Corporal.

**MNP** *m* Movimiento Natural de la Población.

**NHS** *m* National Health Service (servicio nacional de salud del Reino Unido).

**OMS** *f* Organización Mundial de la Salud.

**OR** *f* Odds ratio.

**PS** *f* Planificación Sanitaria.

**SESPAS** *f* Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria.

**SNS** *m* Sistema Nacional de Salud.

**WHO** *f* World Health Organization.  
Véase OMS

## Bibliografía

**Dever, G.** (1976). "An epidemical model for health policy analysis". *Social Indicators Research* (núm. 2, págs. 453-466).

**Lalonde, M.** (1974). *A new perspective on the health of Canadians: A working document*. Ottawa: Department of Health and Welfare.

**McKeown, T.** (1976). *The modern rise of population*. Nueva York: Academic Press.

**McKeown, T.** (1979). *The role of medicine: dream, mirage or nemesis*. Oxford: Basil Blackwell.

**Pineault, R.; Daveluy, C.** (1987). *La planificación sanitaria. Conceptos, métodos, estrategias*. Barcelona: Masson.

**World Health Organization** (2000). *The World Health Report 2000: Health Systems Performance*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

**World Health Organization** (2002). "Innovative care for chronic conditions: building blocks for action". *Global report*. Génova: WHO/NMC/CCH.