

LA GESTIÓN SANITARIA

Por

ANDRÉS MORENO MÉNDEZ (*)

FRANCISCO TIRADO ALTAMIRANO (*)

JESÚS PRIETO MORENO (*)

LUIS MARIANO HERNÁNDEZ NEILA (*)

PATRICIA PRIETO BRAVO (**)

() Profesores del Centro Universitario de Plasencia
del Departamento de Enfermería de la Universidad de Extremadura*

*(**) Licenciada en Odontología*

SUMARIO: 1. INTRODUCCIÓN.- 2. EL GASTO SANITARIO: UNA DINÁMICA PREOCUPANTE.- 3. LA DIFICULTAD DE UNA GESTIÓN EFICIENTE.- 4. ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES EN LA GESTIÓN SANITARIA.- 5. OPCIONES EN POLÍTICA SANITARIA.- 6. CRITERIOS PARA EL ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES EN POLÍTICA SANITARIA.- 7. REFLEXIONES SOBRE LA GESTIÓN SANITARIA DEL SECTOR PÚBLICO ESPAÑOL.- 8. BIBLIOGRAFÍA.

1. INTRODUCCIÓN

La gestión en materia sanitaria es una prioridad para la práctica totalidad de los gobiernos. Por un lado el fuerte crecimiento experimentado por el gasto sanitario y por otro las restricciones financieras para mantener el estado de bienestar, en un contexto de creciente sensibilidad social ante todo lo relacionado con la sanidad, hace que la gestión sanitaria sea una auténtica necesidad.

El sector sanitario tiene un peso considerable como sector económico. Lo que pretendemos es destacar la importancia creciente que tiene en la sanidad la gestión económica.

La universalidad de la cobertura sanitaria, el envejecimiento de la población, la fuerte demanda de los servicios sanitarios, la introducción de tecnología punta, son algunas de las razones que han hecho que el gasto sanitario sea la partida que más haya crecido en los presupuestos estatales. Esto ha llevado a los gobiernos a establecer mecanismos de control del gasto para mantener el estado de bienestar que hace que la gestión sanitaria sea una auténtica necesidad.

En los últimos tiempos el reconocimiento social para con la Sanidad ya no sólo está fundamentado en **“lo que se hace o se es capaz de hacer”**, sino también en **“cómo se hacen las cosas”**. En la actualidad, todo lo que es técnicamente posible, ya no es económicamente asumible. Ello obliga a introducir conceptos económicos, tales como **rentabilidad, eficiencia**, y a buscar una relación idónea entre el coste de los beneficios y el beneficio social de los mismos, y a procurar una asignación equitativa de recursos sanitarios.

El dilema entre unas necesidades prácticamente ilimitadas y unos recursos disponibles escasos exige que éstos se utilicen del mejor modo posible para conseguir los objetivos planteados. De este dilema surge la necesidad de la gestión sanitaria. De esta situación surgen conflictos entre los políticos, los expertos en gestión empresarial, los profesionales sanitarios, sobre todo clínicos, y los usuarios, a los que se dirige todo el sistema sanitario.

2. EL GASTO SANITARIO: UNA DINÁMICA PREOCUPANTE

La evolución alcista de los gastos sanitarios totales en España no se diferencia de modo sensible de la observada en los demás países de la OCDE. El aumento de renta per cápita, las mayores expectativas de vida, las nuevas tecnologías médicas y el avance de la cobertura universal determinan una presión alcista sobre el gasto sanitario. Los sistemas sanitarios de los países desarrollados se

enfrentan a una debilidad estructural básica, una demanda de salud ilimitada que difícilmente puede ser atendida por la oferta. En ausencia del mecanismo de precios para asignar recursos escasos, los sistemas sanitarios se ven forzados a introducir instrumentos de racionamiento tales como listas de espera, exclusión de medicinas financiadas por el sistema político, etc.

Como se ha señalado, el envejecimiento de la población, la mayor renta per cápita provoca una mayor demanda y la mayor sofisticación de los tratamientos médicos y los avances tecnológicos que se han producido en este campo han superado las expectativas al respecto y han sido factores determinantes de la evolución del gasto sanitario.

El modelo de sanidad pública universal monopolística y el hecho de que **los individuos se comportan en el mercado sanitario como en cualquier otro mercado**, tratando de maximizar su utilidad, crea una fuerte presión sobre los costes. **Si la oferta es gratuita, la demanda será ilimitada.**

El creciente gasto sanitario en los países industrializados se ha producido por la demanda y la oferta de servicios sanitarios. Los factores ligados a la demanda de los servicios de salud (aumento de la edad media de la población, mayor renta per cápita que provoca una mayor demanda, mayor cobertura de la seguridad social) suponen menos de la mitad del crecimiento del gasto sanitario, siendo la mayor parte atribuible a la oferta o provisión de servicios sanitarios, como los siguientes:

- El importante cambio tecnológico en el sector en las últimas dos décadas, nuevas técnicas, medicamentos.
- La concepción global de la sanidad que tradicionalmente ha imperado entre los profesionales sanitarios siempre ha negado y combatido la consideración de la salud como un bien económico costoso cuya provisión lleva asociado un coste de oportunidad. Así, la limitación de los recursos en sanidad se ha interpretado como un déficit político.
- El aumento del personal sanitario y de los precios de los servicios.

De todas formas, una de las causas que contribuye a obscurecer un debate racional sobre la sanidad es su consideración como un derecho fundamental. En este sentido la pregunta que cabría plantearse es si podemos hacer de la sanidad un bien tan abundante que la gente pueda consumir ese preciado bien tanto como desee. Como esto no es posible, **la alternativa consiste en que el mercado regule la oferta y la demanda sanitaria o dejar que el Estado siga realizando esa tarea.**

3. LA DIFICULTAD DE UNA GESTIÓN EFICIENTE

La forzosa limitación de los recursos disponibles y el progresivo desarrollo de las técnicas diagnóstico-terapéuticas han hecho imprescindible llegar a considerar la gestión como una actividad más entre los responsables de los servicios sanitarios; y ello sin olvidar que el beneficio del paciente es la guía de actuación.

Obstáculos:

- El producto que se ofrece: la salud, es difícil de medir, e incluso de definir.
- La mano de obra que se emplea es muy numerosa y una buena parte de ella, muy cualificada; las principales decisiones de gasto las toman los médicos, y constituyen decisiones que en su conjunto condicionan la marcha económica del centro sanitario.
- El profesional toma sus decisiones de forma regulada, sólo por sí mismo (autorregulación) basándose en la experiencia, el criterio clínico, el entorno en el que trabaja, pero siempre en situaciones de alta incertidumbre donde el concepto de beneficio potencial es preeminente.
- La capacidad de decisión del gestor del servicio sanitario está muy limitada por una insuficiente descentralización administrativa, y por la fuerte regulación a la que el sistema se ve sometido procedente de los organismos financiadores y planificadores.
- El escenario se completa con un nivel de exigencia del consumidor en progresivo crecimiento. En los últimos años se está asistiendo a un aumento en la soberanía del consumidor.
- El deseo de los pacientes de elegir, apoyado en una opinión pública que ejerce una presión creciente y que cuenta cada vez con mayor información y cultura sanitaria.

Medidas:

- Los equipos de dirección se han transformado obligatoriamente en gestores de un cambio que va teniendo lugar en un entorno con un elevado grado de incertidumbre.
- La solución se encuentra en proveer medidas no sólo eficaces (frente a un problema) sino eficientes (al menor coste posible). Para ello, la planificación es la técnica que se ha impuesto como método, por cuanto incluye los procesos metodológicamente ordenados que pueden permitir una gestión más racional: el análisis de situación (apoyado en indicadores, encuestas,

técnicas de consenso), la priorización (ordenamiento de los problemas por su importancia), la programación (de las actividades) y la evaluación (de las mismas). Esta evaluación económica incluye técnicas tales como **análisis coste-beneficio, coste-efectividad y coste-utilidad**.

- La incorporación de los clínicos a la gestión, a través de la participación y la incentivación de los profesionales para que acepten e incorporen un modelo organizativo de gestión.
- Los gestores se ven presionados por las autoridades sanitarias hacia la contención del gasto, mientras que los clínicos ponen en primer lugar el mantenimiento y la mejoría de la salud de los pacientes. Ambas prioridades que son las acertadas, justas, e inexcusables, compiten (a veces se enfrentan) y utilizan lenguajes diferentes cuando, en el punto final, deberían converger. Los puentes que deben tenderse entre ambas concepciones deberán sustentarse en dos pilares esenciales: la eficiencia y la calidad.
- Temas como medidas de la actividad sanitaria, valoración económica de dicha actividad, evaluación de su calidad y el grado de satisfacción del usuario, o satisfacción (motivación, incentivos) del personal sanitario, son cada vez más importantes.

4. ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES EN LA GESTIÓN SANITARIA

Establecer prioridades es aplicar mecanismos de racionamiento, consiste en seleccionar quién recibirá y quién no, los servicios sanitarios, aplicando criterios de equidad.

El análisis económico puede contribuir al debate mediante el estudio del comportamiento de los agentes en la actividad sanitaria, los juicios de valor inherentes al proceso de racionamiento y la aportación de la metodología de la evaluación económica mediante el análisis **coste-efectividad**.

Las restricciones técnicas se refieren a la naturaleza del mercado sanitario caracterizado por **asimetrías de información** entre los agentes. Los médicos están mejor informados que los pacientes. Buscarán satisfacer sus objetivos "éticos" unos (la mejoría en la salud del paciente), "egoístas" otros (renta, ocio, prestigio profesional) y pueden así inducir la demanda en sus pacientes. El resultado predecible es la ineficiencia. En general, los profesionales sanitarios tienden a maximizar los resultados y a ignorar los costes.

Las restricciones políticas varían entre los distintos países y se refieren a la definición que cada país otorga a la atención sanitaria como un bien tutelar. El sistema sanitario público en España define el derecho universal al acceso a la asistencia sanitaria pública, al margen de la capacidad de pago. La universalidad y la igualdad de derechos para todos constituyen la base del sistema. Para garantizarlas, se establece la gratuidad en el momento del servicio. Esto otorga un derecho de propiedad ilimitado a los ciudadanos respecto a su sistema sanitario público. La consecuencia inmediata es la tendencia al consumo excesivo.

5. OPCIONES EN POLÍTICA SANITARIA

Las opciones que se abren para la solución de los problemas descritos son las siguientes: aumentar los recursos asignados a la sanidad; controlar los costes; mejorar la eficiencia en la utilización de los recursos; introducir reformas estructurales abriendo espacios a la competencia; establecer prioridades entre servicios y grupos de pacientes.

Aumentar los recursos asignados

Aumentar la dotación financiera a los servicios sanitarios ha sido la opción más practicada en la mayoría de los países occidentales hasta fechas recientes y todavía hoy se suele aceptar que el presupuesto sanitario crezca por encima de la media, basándose en el argumento de la insuficiencia presupuestaria para proveer un sistema sanitario adecuado. La restricción financiera actual parece, no obstante, haber fijado un techo a esta estrategia.

Controlar los costes

El control de costes puede establecerse actuando sobre la demanda: introduciendo mecanismos de participación del paciente en el coste, u otras medidas de racionamiento que reduzcan de forma efectiva el consumo, o mediante la oferta: fijando presupuestos cerrados, controlando el volumen y la remuneración del personal y regulando los precios. La introducción de los contratos-programa en los centros sanitarios públicos persigue el objetivo de vincular la actividad al presupuesto asignado a cada centro, estableciendo límites al gasto. Otras medidas dirigidas a reducir los ingresos o los tiempos de estancia en hospital, como la cirugía ambulatoria y la hospitalización de día, a controlar la prescripción de medicamentos, a fomentar el uso apropiado de la tecnología sanitaria mediante la utilización de guías de práctica clínica se orientan en tal sentido.

Mejorar la eficiencia

Un paso adicional consiste en medir la efectividad de los servicios en término de su impacto sobre la salud y relacionarla con el coste para medir la eficiencia asignativa y poder desechar procedimientos inefectivos y utilizar los más eficientes, como la medicina basada en la evidencia y la evaluación económica de tecnologías sanitarias.

Introducir reformas estructurales

Los sistemas sanitarios públicos podían beneficiarse de la introducción de competencia entre proveedores ampliando el marco de elección a los consumidores. Éste es el fundamento de las reformas recientes en distintos países europeos, donde la separación entre las funciones de **financiación, compra y producción** en un entorno de competencia se espera produzca unos servicios más eficientes en los que los compradores contratan servicios coste-efectivos a proveedores que trabajan a costes mínimos a causa de la competencia.

La necesidad de proteger los intereses de los pacientes y los ciudadanos, de mantener los niveles de equidad y de adecuar la asistencia sanitaria a los objetivos de la política de salud, creando espacios para la promoción y la prevención, hacen que sea un mercado gestionado, donde se combinan competencia con planificación. En este esquema resultan fundamentales el mecanismo de financiación a los compradores siguiendo algún criterio objetivo de necesidad relativa y el contrato de éstos con los proveedores, que se convierte en el canal de transmisión de los objetivos de salud de la organización hacia los proveedores.

Establecer prioridades entre servicios y pacientes

Para lograr la eficiencia del sector público se deben establecer prioridades o racionar los servicios que, aun reportando algún beneficio a quien los consume, las posibilidades financieras no permiten alcanzar. De los tres mecanismos de racionamiento, **precios, listas de espera y límites a la cantidad**, los sistemas sanitarios públicos utilizan poco los primeros para no generar problemas de acceso; mucho los segundos, lo cual provoca insatisfacción y, hasta ahora, de modo profuso pero sólo implícitamente, los terceros.

6. CRITERIOS PARA EL ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES EN POLÍTICA SANITARIA

Cuando se establecen prioridades se está determinando quién recibirá qué servicios, reconociendo la imposibilidad de mantener un sistema sanitario sin

límites. El procedimiento es sobre todo político, cargado de juicios de valor y, por lo tanto, compete a quienes se encuentran legitimados socialmente para ello. Se trata, sin embargo, de una tarea inevitable y llevarla a cabo de forma explícita parece más razonable que su ejercicio implícito, discrecional y, previsiblemente, arbitrario.

El contrato de seguro habrá de incluir entre sus cláusulas los servicios que el asegurado puede reclamar, así como las exclusiones explícitas, además de las obligaciones del asegurado y las condiciones de la prestación del servicio.

La cuantía de la prima determina el volumen y la composición de los riesgos que se deben cubrir. Discriminar en el acceso a los servicios en función de características personales de los asegurados como la edad, la ocupación, los hábitos de vida o el estado civil, como ocurre en los seguros privados de cualquier ramo asegurador, plantea problemas éticos. Por esto, el debate se ha dirigido a establecer criterios para delimitar el paquete asistencial que debe proveerse desde el sector público:

- Se excluirían los que no fueran efectivos o cuyo beneficio resulte insuficiente en cuanto al coste cuando se compara con otros servicios.
- Otro criterio de exclusión es que el servicio o el beneficio que obtiene no se considere relevante para el sistema sanitario público. De este modo quedan fuera de la financiación pública procedimientos que, siendo efectivos para sus consumidores, no se consideran necesarios o urgentes.

El análisis comparado muestra una mayor utilización de los criterios de efectividad y relevancia para el sistema sanitario público que del criterio económico de eficiencia.

7. REFLEXIONES SOBRE LA GESTIÓN SANITARIA DEL SECTOR PÚBLICO ESPAÑOL

El gasto sanitario público en España (80% del gasto sanitario total) constituye el 6% del PIB. La tradicional insuficiencia presupuestaria del INSALUD demuestra la incapacidad para controlar el gasto. Entre los factores que explican esta insuficiencia presupuestaria, un elemento a destacar es que no ha habido un traslado efectivo de riesgo a las comunidades autónomas con los servicios de INSALUD transferidos, cuyo comportamiento se ha basado en las expectativas de desviación del gasto de INSALUD-gestión directa (de las que han participado incrementando sus presupuestos en el porcentaje que aquéllas representaban),

más que en someterse a la restricción presupuestaria. Debe admitirse que esta supuesta restricción presupuestaria no ha resultado creíble, en especial si se observa el recurso continuo a operaciones de saneamiento de los déficits que, en última instancia, concentran los riesgos en el financiador último, el Estado. Los aumentos en la prestación real media por persona, es decir, la cantidad y calidad de los nuevos servicios y procedimientos demandados, explican en buena medida la expansión del gasto sanitario, cuya relación con el PIB tiende a seguir creciendo según las previsiones. Así pues, la viabilidad financiera del sistema sanitario público se encuentra amenazada si se pretenden mantener las cifras de déficit público exigidas por el proceso de convergencia europea.

Según algunos expertos los principales problemas de la sanidad pública en España son: la viabilidad financiera del sistema público, un nivel de eficiencia global bajo y una insuficiente política sanitaria. Este último problema se deriva de una deficiente definición de objetivos y de una falta de consistencia, coordinación entre niveles asistenciales y la participación de la población.

La gestión sanitaria en España está condicionada por las estructuras burocráticas del INSALUD y de los Servicios Regionales de Salud, caracterizadas por una elevada producción pública de servicios y sometidos al derecho administrativo. No se ha intentado ninguna reforma frontal y se ha adoptado la estrategia de ir abordando problemas puntuales, tales como los ligados a la creación de nuevos centros cuya gestión ha sido cedida, o la privatización de la gestión sin pérdida de titularidad pública, y se ha aparcado el problema de fondo de la producción pública de servicios sanitarios.

8. BIBLIOGRAFÍA

LAMATA F. Editor. **Manual de Administración y gestión sanitaria**. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 1998.

LLANO J, ORTÚN V, MARTÍN JM, MILLÁN J, GENÉ J, Directores. **Gestión sanitaria: Innovaciones y desafíos**. Barcelona: Masson; 1998.

HUBER, D. **Liderazgo y Administración en Enfermería**. México: McGraw-Hill Interamericana Editores; 1999.

RUBIO S. **Glosario de economía de la salud.** Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 1994.

BERNALDO L, BANDOW D, TANNEN M, CORONA J, GOODMAN J, MUSGRAVE G, et al, **Alternativas de reforma para la sanidad pública.** Madrid: Círculo de Empresarios; 1998, Boletín 63.

LÓPEZ I CASANOVAS G , ORTÚN V, **Economía y Salud : Fundamentos y políticas.** Madrid: Ediciones Encuentro; 1998.

MARTINEZ E, GARCÍA LF. **Tratado del derecho a la protección de la salud.** Madrid; Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid; 2000.

MORA JR, **Curso de Gestión de Servicios Sanitarios.** Documentación básica del curso. Madrid: Escuela de Ciencias de la Salud; 1998.