

GESTIÓN SANITARIA Y CALIDAD (*)

Vicente Ortún Rubio
Departamento de Economía y Empresa
CRES, Centro de Investigación en Economía y Salud
Universidad Pompeu Fabra, Barcelona
vicente.ortun@econ.upf.es

Introducción

Existen diversas formulaciones de calidad y su legitimidad depende de la perspectiva adoptada. Paz Rodríguez¹ reseña varias definiciones en un contexto histórico. La que llama visión globalizadora dice: “Calidad: Grado en el cual los servicios de salud para un individuo o una población son capaces de incrementar u obtener los resultados deseados y éstos son consistentes con los conocimientos actuales de la ciencia y los recursos que la sociedad ha decidido destinar para ello.”

Para dejar de entrada clara la comunión de la Economía con los propósitos y trabajos de este congreso debe decirse, de entrada, que se adopta esta visión globalizadora, ya que coincide con el criterio de eficiencia económica: efectividad y satisfacción con unos recursos razonables.

La visión globalizadora ha de aterrizar, para esta conferencia, en la gestión sanitaria. Y lo hará con el siguiente guión: Se consideran los tres ámbitos de la gestión sanitaria con unas peculiaridades que cuestionan el mimetismo de la calidad sanitaria respecto al que puedan plantear las empresas de servicios en un entorno de mercado. Se verán, después, unos indicadores de calidad, para cada ámbito de la gestión sanitaria, ilustrativos de la concepción que equipara calidad y eficiencia para, finalmente, analizar algunos de los actuales cambios organizativos, planteados o en curso, que más pueden afectar la calidad de la gestión sanitaria.

(*) Conferencia inaugural del XVI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Calidad Asistencial, Santander 13-16 de octubre 1998. El conferenciante agradeció tanto la invitación como el haberse beneficiado del conocimiento de la obra de diversas profesionales que también participaron en el Congreso: Pedro Saturno, Carles Humet, Rosa Suñol, Octavi Quintana, Joaquín Urís, Cristina Díez y Roser Marquet. Este texto utiliza trabajos del autor publicados en: 1/ P Ibern (dir): Incentivos y contratos en los servicios de salud. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica, 1999, p 1-18, 2/ J del Llano et al (dir): Gestión sanitaria. Innovaciones y desafíos. Barcelona: Masson, 1998, p 349-357, y 3/ G López y V Ortún: Economía y Salud. Fundamentos y políticas. Madrid: Ed Encuentro, 1998.

¹ Rodríguez P. Calidad asistencial: Marco teórico y desarrollo histórico. En P Lázaro e I Marín (dir): Evaluación de la calidad de la asistencia sanitaria. Santander: Universidad Internacional Menéndez y Pelayo y SmithKlineBeecham, 1997, p 29-43.

La gestión sanitaria en sus tres esferas: Macro, meso y micro

Macrogestión o política sanitaria: 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 a través de las formas que adopta la financiación y regulación de servicios sanitarios y de otros aspectos relacionados con la salud. Las disciplinas de salud pública, articuladas por el método epidemiológico, constituyen el soporte disciplinar de la macrogestión sanitaria.

Mesogestión sanitaria o gestión de centros: Coordinar y motivar en un entorno muy regulado con apoyo, ligero, en las ciencias de la gestión.

Microgestión sanitaria o gestión clínica: El médico asigna el 70% de los recursos sanitarios en sus decisiones, diagnósticas y terapéuticas, realizadas en condiciones de incertidumbre en una tarea que supone coordinar y motivar. Disciplina fundamental: la Medicina. Estrategia básica: fomento de la escepticismo a través de la constatación de variaciones en la práctica aparentemente arbitrarias que estimulen la preocupación por la efectividad, la medida del impacto sanitario y la adecuación de los servicios. En última instancia se pretende favorecer la evolución de la práctica de la Medicina hacia:

- 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).
- Una mayor orientación a las utilidades relevantes: las del usuario.

La gestión sanitaria con sus peculiaridades

Peculiaridades -reflejadas en una realidad institucional prevaleciente en los países más desarrollados del mundo- de una financiación pública establecida con el objetivo de que los servicios sanitarios se presten según necesidad para:

- Conseguir unos niveles de salud y satisfacción que sin los mismos no se hubieran obtenido.
- Corregir unos fallos de mercado (información asimétrica, incertidumbre, y externalidades).
- Mejorar la equidad social en relación a la alternativa de no intervención del Estado.

No servirá un planteo de la calidad al estilo del que una empresa de bienes o servicios en condiciones normales de mercado pueda efectuar, lo que no significa que no pueda aprenderse, como se ha hecho y la historia de Shewhart-Hawthorne/McArthur-Deming-Juran/Berwick muestra.

En una empresa la calidad tiene unos costes y unos beneficios y trata de moverse en el mejor equilibrio entre ambos:

- Los costes de evitar fallos y defectos -un coste de prevención- y los costes de evaluar la calidad.
- Los beneficios se derivan de menores devoluciones, mayor fidelización de clientes (que vuelven al mismo hotel o recomienda el coche a sus amigos o conocidos).

Este enfoque empresarial no puede trasladarse mecánicamente a la sanidad por varias razones:

- Para que tenga sentido plantearse volver al hotel o comprar otro coche hace falta que el usuario tenga libertad de elección, lo que en la mayor parte de ocasiones no tiene sentido en sanidad.
- El enfoque empresarial resulta válido en un mercado medianamente competitivo y pierde vigencia en un entorno de inmortalidad garantizada.
- La gestión pública nunca será como la gestión privada.

También hay que ser cuidadoso con las afirmaciones de algunos teóricos de la Mejora Continua de la Calidad según la cual cabe simultanear el aumento de la calidad con el descenso de los costes. Salvo que existen bolsas clamorosas de ineficiencia ello no será posible.

La gestión pública nunca será como la gestión privada

La gestión pública, aunque substantivamente gestión, debe desenvolverse con unas limitaciones impuestas por la responsabilidad fiduciaria que constituye la contrapartida a la excepcionalidad del Estado como organización. En una organización privada, tanto la pertenencia a la organización como la distribución entre las partes de obligaciones y derechos resultan de arreglos contractuales (voluntarios en principio). En el Estado, en cambio, los ciudadanos pertenecen obligatoriamente a la organización, que tiene poderes de coacción ejercitables sin aquiescencia individual. Ello obliga al Estado a un comportamiento fiduciario que impone una serie de limitaciones, convenientes algunas, mitigables otras bien por la investigación bien por la acción.

Limitaciones a la gestión pública sanitaria:

- Múltiples objetivos, impacto en el bienestar desconocido, rendimiento también difícil de apreciar por los problemas de definición y medida de la actividad.
- Dificultad de establecer mecanismos de competencia en precios y de competencia por comparación. Si, por ejemplo, sólo existe una Agencia Tributaria no caben los patrones externos (“benchmarking”) pero sí mecanismos de torneo en el seno de la propia Agencia: Rendimiento de unidades comparables ajustado por las variables exógenas que las unidades no controlan (renta, tamaño poblacional...). En el sector sanitario la comparación requiere ajustes relacionados con el paciente, con el proveedor (incluidas las servidumbres de no poder seleccionar pacientes o no poder comprar por el derecho mercantil) y con el entorno socioeconómico.
- Visibilidad y transparencia que produce la reacción paradójica de secretismo en el proceso decisonal, secretismo no siempre justificado por la relevancia estratégica del asunto abordado o por razones de respeto a la confidencialidad de los datos empleados.
- Control jurisdiccional constante.
- Alternancia de gobiernos que hace más difícil contraer compromisos a largo plazo y que constituye un reflejo tanto de la heterogeneidad de preferencias de los principales (ciudadanos para los políticos, políticos para los organismos públicos...) como de su inconsistencia temporal. En una empresa privada los propietarios exhiben preferencias consistentes y este problema no se presenta.

- Garantismo (más que legalismo) para impedir abusos de autoridad y vulneración de derechos individuales. La preocupación por la profilaxis de la arbitrariedad niega la discrecionalidad, o sea la posibilidad de gestión.
- Procedimentalismo burocrático que garantice la teórica igualdad de trato (dado que no existe la opción salida para los individuos) con todas las ventajas e inconvenientes de la burocracia.

No todas estas limitaciones han de ser eliminadas ya que muchas de ellas se derivan precisamente de las razones que llevan al Estado a intervenir.

El abordaje de la calidad en la gestión sanitaria debe, pues, plantearse partiendo de las realidades organizativas propias, las europeas, y recordando lo dicho:

- finalidad y características de los servicios sanitarios
- limitaciones de la gestión pública
- distintos ámbitos de gestión sanitaria:
 - macro condiciona la micro por la oferta (o por el mercado),
 - macro condiciona la meso por lo que compra o presupuesta,
 - micro influencia en macro por el 70% de recursos que asigna,
 - meso influencia en macro por consorcios y grupos interés.

¿Se dispone para cada ámbito de gestión sanitaria de la *información* y los *incentivos*, implícitos y explícitos, que lleven a preocuparse por la calidad? Los ejemplos que siguen se escogen entre aquéllos que favorecen una orientación de la gestión sanitaria hacia la calidad.

Ejemplos de indicadores de calidad en política sanitaria (macro) :

La muerte (retrato del desastre en Rusia y del éxito en Kerala). España pierde posiciones en ordenación mundial según esperanza de vida al nacer debido a la disminución de la esperanza de vida, en los años 1982-92 y en edades jóvenes, como consecuencia de las muertes por accidentes de tráfico (primera causa de años de vida potenciales perdidos) y Sida (incidencia acumulada que triplica el promedio de la Unión Europea).

España, líder europeo en resistencias bacterianas (pneumococo hispánico)

Alta prevalencia tabáquica con 14% de muertes atribuibles al tabaco.

Tasa de complicaciones en enfermos diabéticos (el doble en EEUU que en el Reino Unido).

Alto porcentaje de cánceres digestivos diagnosticados en urgencias hospitalarias, agravante del pronóstico con independencia del resto de factores de riesgo².

Agudeza visual en el momento de intervenir las cataratas y pérdida de bienestar social asociada a la espera.

Ejemplos de indicadores de calidad gestión de centros (meso)

Capacidad resolutive

Adecuación de ingresos y estancias, de la prescripción o de las derivaciones

Infección hospitalaria

² Porta M, Fernández E, Belloc J, Malalts N, Gallén M, Alonso J. Emergency admissions for cancer: a matter of survival? *British Journal of Cancer* 1998; 77: 477-484.

Ejemplos de indicadores de calidad gestión clínica (micro):

Cociente entre mortalidad esperada y observada para un cirujano que realiza pontajes aortocoronarios (ajustando obviamente por las variables que el no controla)³.

Cambios organizativos con influencia destacada en la calidad

En política sanitaria (macro): Políticas/planes de salud

Pese a los múltiples determinantes de la salud, las valoraciones críticas acerca del sistema sanitario se centran en los desenlaces clínicos de la atención médica y en la calidad de la atención prestada por las instituciones sanitarias, pero no en la salud de las poblaciones. Existe conciencia social, profesional y política de muertes innecesariamente prematuras y médicamente evitables (hernia abdominal, colelitiasis y colecistitis, tétanos, sarampión, tuberculosis...) pero no de las muertes sanitariamente evitables (isquémicas del corazón, algunos cánceres...).

Tal vez el hecho de que el único determinante de la salud que se financia públicamente como tal determinante y de forma consciente sea el servicio sanitario provoque la asociación inmediata entre problema de salud y solución en términos de servicios sanitarios. Conviene, pues, recordar lo visto anteriormente: El estado de salud viene explicado por variables genéticas, socioeconómicas, medioambientales, de estilo de vida y por la utilización de servicios sanitarios. Esta utilización viene determinada por variables que afectan a la demanda (percepción de salud, precio, tiempo de acceso, renta...) y por las variables que afectan a la oferta, incluido el estilo de práctica de los médicos (en consonancia con su apreciación de la productividad marginal o estilo de práctica o juicio subjetivo acerca de la efectividad).

Operativizar una política de salud que actúe de la forma más eficiente sobre las variables explicativas de la salud requiere un conocimiento de las funciones de producción de salud específicas a cada problema, lo que a su vez exige sistemas de información de base poblacional que recoja tanto datos de utilización sanitaria como de variables socioeconómicas, medioambientales y de estilos de vida. Sendas ilustraciones de cómo ambos requisitos pueden darse se encuentran en la provincia canadiense de Manitoba⁴: Un sistema de información de salud con variables socioeconómicas incluidas y una política intersectorial (que afecta a otros departamentos además de sanidad) sobre atención al embarazo derivada de la constatación de que el peso al nacer de los niños dependía de factores no relacionados con la atención prenatal.

En política sanitaria (macro): Descentralización del aseguramiento

Teorema de Rotschild-Stiglitz que postula la superioridad del aseguramiento sanitario obligatorio. La superioridad del aseguramiento sanitario obligatorio no depende de valores individuales acerca de la equidad sino de la imposibilidad de que exista un

³ Chassin M, Hannan E, DeBuono B. Benefits and hazards of reporting medical outcomes publicly. *N Engl J Med* 1996; 334: 394-398.

⁴ Roos N, Black C, Frohlich N et al. Population health and health care use: an information system for policy makers. *Milbank Quarterly* 1996; 74: 3-31.

mercado de aseguradoras cuando el aseguramiento es libre. El típico individuo-económico-racional compraría cobertura aseguradora únicamente cuando la indemnización esperada más su valoración de la cobertura de riesgo fuera mayor o igual al precio de la póliza, pero las aseguradoras han de cubrir con la prima la indemnización media prevista y los gastos de administración y marketing. Y ahí está el problema: que el coste de producir aseguramiento depende de quien compre el aseguramiento (lo que no ocurre con el coste de producir embutidos u ordenadores) y que lo racional es que sólo lo compren aquéllos que originarán pérdidas a la aseguradora por lo que también es racional que la aseguradora no lo ofrezca, con lo cual el mercado no existe.

Se impone el aseguramiento colectivo con una indemnización media esperada mucho más baja al incluir a todo el mundo, riesgos buenos y malos, lo que puede resultar socialmente beneficioso en la medida que el coste de administrar el esquema sea inferior a la utilidad que con el seguro se gana. Como señala Drèze lo relevante del acceso al seguro sanitario ha de ser su universalidad con independencia del estado de salud de los individuos aunque no necesariamente con independencia de otros factores individuales. Y ello simplemente por razones de eficiencia, dejando las consideraciones de equidad al margen.

Un aseguramiento de colectivos podría establecerse como respuesta de las empresas aseguradoras al fenómeno de la selección adversa sin necesidad de que el Estado regulara la obligatoriedad del aseguramiento (sería la solución coasiana). Pero con un 5% de personas concentrando el 60% del gasto sanitario en un año, de poco nos sirve resolver el 40% del problema. Hay que establecer la obligatoriedad del aseguramiento y analizar, en todo caso, si cabe descentralizar ese aseguramiento.

El progreso tecnológico tenderá a agravar tanto la selección adversa como la selección de riesgos: Los avances en el conocimiento del genoma humano y la mayor facilidad para la transmisión de información convertirán a las personas en libros abiertos. Por mucho que se prohíba la transmisión de información génica personal, ésta se producirá si ello puede beneficiar a alguien. Una garantía para que tal información no se utilice interesadamente es que desaparezca el incentivo de lucro asociado a tal utilización: que la función aseguradora no se descentralice en entidades con finalidad lucrativa.

En política sanitaria (macro): Qué se decide presupuestar o comprar

Se producirá aquello que se compra o que se presupuesta. Si se presupuestan, o compran, servicios sanitarios se rivalizará entre niveles asistenciales con merma de longitudinalidad y continuidad. Si se presupuesta, o compra, atención sanitaria a una persona, a una población, se fomentara la integración, real o virtual, y la buena articulación entre niveles asistenciales.

La integración vertical entre niveles asistenciales -entendida como red coordinada de servicios que proporcionan la continuidad asistencial a una población determinada sobre cuya salud se tiene responsabilidad y cuyos consumos sanitarios implican un riesgo financiero- tiene, a priori, más ventajas sanitarias y económicas que inconvenientes.

Una financiación capitativa ajustada por riesgo constituye una de las palancas regulatorias más potentes para fomentar la integración de proveedores. La continuidad asistencial debe garantizarse mediante una correcta articulación entre diferentes niveles asistenciales (primaria, especializada, sociosanitaria, mental).

Si se continua presupuestando/comprando servicios sanitarios a proveedores no integrados se favorece la competencia entre niveles asistenciales, la duplicación de pruebas, el uso inadecuado y yatrogénico de tecnología y la diferenciación de servicios. Los niveles asistenciales en lugar de articularse compiten destructivamente entre sí. Dificultad técnica específica de la compra de servicios sanitarios es la de ajustar la medida de producto intermedio -tipo Grupos de Atención Ambulatoria- por aquellas variables que el proveedor no controla, y de las que consecuentemente no es responsable, así como la de fomentar la necesaria colaboración entre niveles asistenciales que compiten entre sí.

Si, en cambio, se opta por presupuestar/comprar atención sanitaria a una población se favorece la cooperación entre niveles ya que ni la retención de pacientes ni la actividad por la actividad favorece a ninguno de los niveles asistenciales en un juego de suma cero. Dificultad técnica específica de la compra de atención sanitaria integral es la de controlar la cantidad y calidad de los servicios así como, de nuevo, el ajustar por riesgo el pago capitulo para evitar comportamientos de selección de personas y pacientes según su riesgo.

La integración puede producirse mediante la propiedad conjunta (proceso de absorciones y fusiones) o a través de acuerdos contractuales. Esta integración virtual puede paliar los inconvenientes derivados del mayor tamaño (atenuación de incentivos, peor adaptabilidad al cambio y mayores costes de influencia).

Parece claro, sin embargo, que una integración capitaneada por los hospitales de agudos retardará la innovación y la reasignación de recursos entre niveles asistenciales (que los cambios demográficos, tecnológicos y en morbilidad reclaman) por lo que debería prestarse particular atención a orientar el sistema sanitario hacia la atención primaria de salud. Ayudan a esta orientación las políticas de recomposición de la oferta de recursos humanos (frenar la sobreespecialización) y un reforzamiento del papel de la atención primaria no tan sólo como puerta de entrada (portero) del sistema sino como gestor de la finca. Dar poder de compra a la atención primaria sobre la atención especializada programable constituye un paso en esta dirección.

La integración, real o virtual, puede mitigar la actual falta de continuidad entre AP y AE pero, en última instancia, el que cada problema sea tratado en el lugar más adecuado -el más resolutivo- y que no se retengan casos ni se derive innecesariamente constituye un problema clínico. No habrá buena Medicina sin continuidad y eficiencia en la atención sanitaria, sin objetivos comunes, sin conocimiento mutuo AP/AE y sin el establecimiento conjunto de pautas de actuación.

En gestión de centros (meso): Nuevas formas de gestión

Las fundaciones, las empresas públicas, las sociedades mercantiles y los consorcios permiten desburocratizar la gestión de los servicios sanitarios sin cambiar la titularidad pública de los mismos. Su regulación, con carácter general para el Estado, ha sido introducida con la Ley de Habilitación de Nuevas Formas de Gestión (Ley 15/97).

Su motivación fundamental viene dada por el deseo de conseguir mayor libertad de actuación fuera de los ámbitos del derecho administrativo, con ventajas de mayor

agilidad, e inconvenientes potenciales de pérdida de las garantías del derecho administrativo (conurrencia en la contratación, mérito y capacidad del personal, control del gasto público, motivación de sus decisiones). Ahora bien, en ausencia de mercados competitivos para "productos", capitales y directivos, la mera desburocratización de la organización de los servicios sanitarios públicos resulta insuficiente: hay que introducir una cierta competencia por comparación entre las distintas formas organizativas, públicas - nuevas y tradicionales - y privadas. Constituye, por otra parte, una cuestión empírica valorar si las ganancias en flexibilidad compensan el riesgo de mayor utilización desviada del poder político.

El anteproyecto de Estatutos marco. ¿Autorestricción administrativista o restricción política? El poder sindical no tan sólo puede ser un freno a la externalización sino que también puede limitar la desburocratización del sector público. El diagnóstico de autorestricción administrativista a la discrecionalidad gestora lleva a estrategias de flexibilización de los vínculos funcionariales y estatutarios que pueden resultar absolutamente inocuas si el origen de la falta de flexibilidad no está en el derecho administrativo sino en el poder sindical. En España, por ejemplo, a la hora de analizar el borrador para un Estatuto-marco del personal estatutario de los Servicios de Salud (Consejo Interterritorial, abril 1998) hay que recordar que las restricciones políticas a la racionalidad económica son mayores que las restricciones legales impuestas por unos Estatutos muy administrativas, que la laboralización puede correlacionarse con mayores salarios en lugar de con mayor productividad (Iberia, Hunosa...).

En gestión de centros (meso): burocracia o descentralización

La barrera con la que topa la descentralización se desplazará en la medida que se progrese en la medida del desempeño. Todas las dimensiones del producto que no se midan aparecerán indebidamente como ineficiencia. Los asesores de las autoridades sanitarias conscientes de este hecho (tal vez porque algún familiar fue diagnosticado/a recientemente de, por ejemplo, leucemia y apreciaron la ingente cantidad de tiempo y el derroche de calidez de distintos profesionales sanitarios empleados a fondo en proporcionar información y consuelo) aplican con cautela sus análisis, paramétricos y no paramétricos, de la eficiencia. Los asesores conocen que su medida del producto no acaba de incorporar todas las dimensiones de calidad: que no puede compararse una fimosis con una substitución de válvula mitral, ni una persona con comorbilidades (o sin apoyo social o de baja educación) con otra que presente las características opuestas. Ello, no obstante, no debe impedir dirigir la compra de servicios sanitarios hacia los proveedores (si alguna vez llegan a ser autónomos y responsables) de mayor eficiencia con una prudencia proporcional a las dificultades de incorporación de las dimensiones ocultas de los servicios -especialmente la calidad- a las medidas del producto empleadas. Estamos ante una limitación a la gestión pública mitigable mediante investigación: la del ajuste de resultados por los riesgos que el proveedor no controla.

En gestión de centros (meso) y en gestión clínica (micro): Utilizar donde se pueda, y con las cautelas debidas, los potentes incentivos que proporciona el **trabajo profesional por cuenta propia.**

Para concluir: ¿Qué se ha pretendido destacar?

1. No es lo mismo calidad de las organizaciones en un entorno de mercado que en un entorno con financiación pública, regulado y con mucha producción pública. En última instancia la excelencia asistencial antipática y el cinismo satisfactor iatrogénico marcan dos extremos indeseables.
2. Las formas organizativas y de gestión afectan, y mucho, a la calidad.
3. En la gestión sanitaria macro no debe perderse de vista el objetivo último de los sistemas sanitarios, la política puede ganar en racionalidad y apoyo en la evidencia, los sistemas de información poblacionales pueden existir. Por otra parte, las políticas de salud tienen casi todo su potencial por explotar, el aseguramiento obligatorio debe mantenerse por razones de calidad -y equidad- y se precisa extremar la cautela ante una eventual descentralización del aseguramiento.
4. En la gestión sanitaria meso:
 - Tener muy claro que la calidad del conjunto del sistema sanitario no equivale a la suma de las calidades de los centros componentes.
 - La visión sistémica de los problemas de sobreutilización e infrautilización, que disminuyen el bienestar social, y cuyo abordaje requiere el establecimiento de la atención sanitaria a una persona como el servicio a 'comprar' a un proveedor integrado.
5. En la gestión sanitaria micro, destacar que el avance de la gestión clínica depende de medidas válidas y fiables del desempeño.

La calidad y la eficiencia económica son términos sinónimos. Se recomienda, no obstante, el empleo del primer término ya que origina menos anticuerpos. No puede omitirse, sin embargo, la reflexión sobre las implicaciones de una adecuada consideración del coste de oportunidad. Este coste de oportunidad en sanidad toma cuerpo como cantidad y calidad de vida perdida en la medida en que la política sanitaria sea errónea, la gestión de centros estrecha y la gestión clínica inefectiva. De ahí la exigencia ética de calidad-eficiencia, para tratar de evitar pérdidas de bienestar en un mundo que lo necesita mucho.