
Desde la gestión de recursos hacia la gestión de resultados

Manuel García Encabo

*Director General de Planificación y Aseguramiento
de la Consejería de Salud y Consumo del Gobierno del Aragón.*

El objeto de este artículo es describir el modelo de organización de los servicios sanitarios que el Departamento de Salud del Gobierno de Aragón ha adoptado tras la transferencia de la asistencia sanitaria, explicar las causas que influyeron en esta decisión y algunas de las ventajas u oportunidades que ofrece.

Análisis de las organizaciones predominantes

Cualquier nueva propuesta sobre provisión de servicios sanitarios debe considerar el estado de las actuales organizaciones, sus ventajas e inconvenientes, los motivos que han ocasionado en muchos casos la frustración y desánimo de usuarios, profesionales y gestores. Desde la promulgación de la Ley General de Sanidad se han sucedido y puesto en práctica diversos proyectos de cambio más o menos ambiciosos que, aunque sin ser correctamente evaluados, han langüideci-

do o se han extinguido, al no disponer del suficiente respaldo, por no ser congruentes con el resto de las actuaciones o no satisfacer los intereses o aspiraciones de los usuarios y profesionales.

Tradicionalmente la complejidad de la morbilidad y el volumen de actividad o producción se han considerado como las variables a regular para conseguir la eficiencia. Se ha seguido el principio de que a mayor grado de morbilidad mayor es el número de recursos que deben utilizarse, de más coste y más específicos. Por otra parte, la dimensión o tamaño de los centros y unidades se ha establecido, con carácter general, aplicando el principio de “economía de escala”, según el cual el coste mínimo por unidad de producto se corresponde con un determinado volumen de producción.

Sin embargo, estos principios, que pueden regir para otro tipo de empresas, no han demostrado funcionar correctamente en la organización de los servicios

de salud, entre otros, por los tres siguientes motivos.

1. La demanda de servicios que hace la población no sigue los criterios por los que se organiza la oferta. Procesos cuya regulación indica que deben ser vistos en Atención Primaria o en hospitales de poca complejidad, acaben siendo resueltos en centros o unidades no planificados para ello. Esto es comprensible si se analiza la imagen que el hospital sigue teniendo como referente de los sistemas sanitarios y la utilidad marginal que los pacientes obtienen al relacionar el esfuerzo que realizan (gratuidad de los servicios, tiempo empleado, oferta horaria, tiempo de resolución del problema, etc.) y los beneficios obtenidos.

2. La gran complejidad de los procesos, su diversidad y las distintas fases que cada uno de ellos puede presentar en su evolución dificulta el equilibrio entre la necesidad de homogeneizar cuidados y la complementariedad de actuaciones realizadas por diferentes unidades (prevención, diagnóstico, tratamiento, mantenimiento, rehabilitación, etc.). Las organizaciones jerarquizadas en niveles y estructuradas por especialidades y subespecialidades médicas favorece que los centros o unidades más complejos, que deben ser requeridos en momentos puntuales, pero no de forma permanente,

presten todos los cuidados, independientemente de la fase de evolución y de la necesidad real de los mismos.

3. El principio de economía de escala, aplicado como optimización de costes para un volumen determinado de actividad se ve cuestionado por la necesidad de asegurar para muchos servicios, y no sólo los considerados tradicionalmente como de Atención Primaria, una proximidad geográfica a los pacientes que es incompatible con magnitudes eficientes de actividad. La necesaria accesibilidad de los servicios, en el caso de que se quiera conseguir la efectividad de los mismos por medio de coberturas suficientes, es otro de los motivos que cuestionan la actual organización de la oferta. Además, la creciente demanda de servicios accesibles, aunque no siempre este justificada técnicamente, es un valor social en alza que condicionará cada vez más los criterios que se sigan para configurar y estructurar la oferta.

Si analizamos, en concreto, la organización de la atención especializada observamos que no se ha conseguido que su oferta responda a una graduada función de escala según la necesidad de cuidados. Salvo las Unidades de Cuidados Intensivos, la oferta se construye siguiendo la división de especialidades y subespecialidades médicas y no la intensidad de cui-

dados y de los recursos necesarios. Tampoco la experiencia ha demostrado que en hospitales donde se han creado unidades de cuidados mínimos o de crónicos, o alternativas como hospitalización a domicilio, centro de día, etc. los resultados y el coste por unidad de producción, por el hecho de tener un mayor volumen y homogeneidad de cuidados, sean mejores que si se presta en otros centros o niveles asistenciales.

Se ha constituido así una oferta que no facilita la continuidad de la asistencia ni la utilización correcta de los servicios por parte del ciudadano, favorece la duplicidad de pruebas y procedimientos de diagnóstico y ralentiza notablemente la resolución de los problemas.

Una organización pertinente con las estrategias adoptadas

Se trata, por lo tanto, de no reproducir miméticamente organizaciones previas que aunque con diferencias importantes en virtud de las características del financiador-comprador de servicios (Administración, Seguridad Social, compañías de seguros, mutuas...) se han regido por el principio de eficiencia económica, es decir, conseguir el mejor precio por unidad de actividad o de producto. Además, la decisión sobre qué alternativa elegir debe ser

pertinente y facilitar el desarrollo de las líneas estratégicas que el departamento de salud había establecido para reorientar los centros y los servicios transferidos:

– Reconocimiento del derecho a la salud de los ciudadanos, propietarios del servicio público sanitario, centro del sistema y por lo tanto con capacidad de elección y derecho de información, participación e influencia en la gestión.

– Autonomía de los profesionales en sus formas de organización y en el uso racional de todos los recursos necesarios para la buena práctica clínica.

– Reorientación de las decisiones y de la organización de la gestión, de forma que cualquier medida sea tomada siguiendo el criterio genérico de su repercusión positiva en la relación profesional-usuario.

– Existencia de un marco de regulación que asegure la orientación de los servicios hacia la mejora de la salud, priorice la eficiencia global sobre la eficiencia económica, favorezca la discriminación positiva de los colectivos más desprotegidos y busque la equidad y continuidad mediante el ejercicio de las funciones normativas.

La elección de estas estrategias era consecuente con el análisis realizado antes del proceso de transferencias, acorde con la emergencia de nuevos valores, demandas y tecnologías en el ámbito los

servicios sanitarios, así como con los cambios que se vienen produciendo en organizaciones profesionales y empresas prestadoras de servicios complejos y de alta cualificación.

Exigencia de resultados

Durante años los directivos y los gestores de los servicios sanitarios se han preocupado casi en exclusiva de los procesos de financiación, organización y control del gasto, dejando a los profesionales, más en concreto a los médicos, la responsabilidad sobre la calidad de la práctica profesional y de los resultados conseguidos. Se daba prioridad a la eficiencia económica, a la relación costes-actividad sobre la efectividad o relación entre costes y resultados.

Esta situación ha cambiado debido a la disponibilidad de estudios que cuestionan la calidad y la oportunidad de algunas prácticas clínicas, que comparan las ventajas entre las diferentes formas de ofrecer una misma práctica o actividad y trasladan todas estas variables a la relación entre costes y resultados.

La obtención y disponibilidad de evidencias sobre algunas prácticas profesionales, el desarrollo de la epidemiología clínica, la historia clínica informatizada, los sistemas de medición del producto en Atención Primaria, el desarrollo de

encuestas de evaluación externa de la actividad desde la óptica del usuario, la contabilidad analítica, etc., facilitan la comparación de las decisiones con los resultados y la utilización de los recursos, y cuestionan intervenciones, modalidades sanitarias y actuaciones de uso común, que en algunos casos han demostrado no sólo carecer de efectividad, sino incluso ser perjudiciales para la salud de los pacientes.

Nuevas formas de organización profesional

Como ya se ha comentado la organización de los servicios sanitarios se ha orientado, como en el resto de las empresas tradicionales, a la producción de una mayor actividad con los menores costes posibles.

Esta estrategia está experimentando cambios profundos, por insuficiente, en la mayoría de las empresas y sobre todo en aquellas dedicadas al sector de los servicios especializados. Los valores estratégicos que las han guiado en la era industrial son sustituidos por otros que permiten una mayor flexibilidad para adaptarse a cambios de la demanda y a la incorporación de nuevas tecnologías.

Se hace necesario transformar a los equipos o grupos de trabajo en organizaciones profesionales mediante formas

organizativas dúctiles, basadas en la autonomía y la asunción de responsabilidades por parte de los profesionales y orientadas a la consecución de resultados de efectividad, calidad y satisfacción de los usuarios.

Los cambios organizativos actuales tienden a compartir principios similares que están relacionados con la estructura en red o empresa horizontal, que se caracteriza por una sistematización en torno al proceso y no a la tarea, por la jerarquía plana, la gestión en equipo, la valoración de los resultados por la satisfacción del cliente, la recompensa en función de los resultados de los equipos, la valoración de los contactos, la participación de los usuarios, la información y la formación de los profesionales.

Los equipos, servicios y unidades de profesionales sanitarios ya reúnen muchas de las propiedades formales que caracterizan a este tipo de organizaciones, pero carecen de aquellas que facilitan su autonomía, capacidad para organizarse en su relación directa con el paciente y responsabilizarse globalmente de la gestión clínica que realizan.

Cambios cualitativos en la demanda

Los cambios demográficos, el envejecimiento de la población, la posibilidad

de dar respuesta a problemas de salud antes no abordables, etc., han incrementado y modificado la demanda de los ciudadanos.

En las últimas décadas prácticamente todos los sistemas públicos sanitarios han adoptado distintas medidas para frenar el crecimiento de la demanda. Además de los catálogos de prestaciones, de la introducción de presupuestos prospectivos, de sistemas de pago por proceso o del ticket moderador, la jerarquización e integración vertical de los proveedores de Atención Primaria y especializada han sido otra de las alternativas para controlar la demanda y los costes.

Pero paradójicamente el ciudadano actual demanda, al igual que en el resto de los servicios públicos y privados, el ejercicio de sus derechos individuales. A las exigencias derivadas de su condición de cliente, personalización del trato, calidad técnica, confort de las instalaciones, correctos tiempos de dedicación y de espera, etc., se añaden aquellas que le conceden una mayor autonomía como responsable de su propia salud, es decir, disponibilidad de información que disminuya su incertidumbre sobre cómo enfocar sus demandas según los resultados previsibles y una mayor participación y respeto hacia sus decisiones a

la hora de elegir las opciones más adecuadas e interesantes para sus expectativas.

El envejecimiento de la población y la atención a patologías crónicas y degenerativas más necesitadas de “cuidados” que de atención sanitaria ha obligado a generar procesos de sustitución entre los servicios sanitarios y sociales. Se han hecho múltiples experiencias de coordinación sociosanitaria, desde aquellas que unifican su financiación hasta los sistemas de integración de la atención, o por el contrario, ensayos que delimitan las responsabilidades entre unos y otros servicios y únicamente se rigen por sistemas de derivación o compra de servicios. En cualquier caso, el proceso de sustitución entre servicios sanitarios y sociales difumina también los límites de ambos, siendo previsible que cuidados que antes se prestaban desde el sector sanitario se traspasen o se presten conjuntamente con los servicios sociales.

Incorporación y difusión de nuevas tecnologías de diagnóstico y tratamiento

En la mayoría de los casos, bien por criterios de seguridad, de eficiencia o simplemente por control del gasto, estas técnicas son instauradas inicialmente en los centros dedicados a la atención de la

morbilidad más grave o compleja, restringiendo su utilización a otros grupos de profesionales.

La difusión correcta de muchos de estos procedimientos, previa realización de los oportunos estudios de coste/efectividad, puede trasladar la atención de los centros donde hoy se realiza a otros de atención especializada menos complejos, al nivel de Atención Primaria e incluso al domicilio del paciente. Igualmente hace posible que profesionales menos cualificados intervengan de una forma más activa en el cuidado y control de los procesos.

La accesibilidad de todos los profesionales a tecnologías ya existentes al igual que a las que en un futuro aporten por su información diagnóstica y capacidad de resolución un beneficio superior a su coste, deberían tener un corto período de difusión, valorando y evaluando su utilización y disponibilidad según los resultados obtenidos por cada centro o profesional.

Competencia entre especialistas

El desarrollo de los conocimientos aplicados a la atención sanitaria y la amplitud de las tecnologías utilizadas han fraccionado las clásicas disciplinas médicas en campos teóricos y prácticos que

han dado lugar a nuevas especialidades. También la integración de tecnologías complejas ha hecho necesaria la incorporación de profesionales ajenos, hasta hace poco tiempo al mundo de la atención sanitaria.

Todo ello está produciendo una sustitución acelerada de profesionales en relación con los procesos, hasta tal punto que en las especialidades médicas se podría ya hablar de la existencia de especialistas “generales” y de “especialistas monográficos” que se responsabilizan de un número más pequeño de procesos o de la realización de tecnologías muy específicas.

También en Atención Primaria se ha producido en mayor o menor grado la sustitución entre profesionales. Hoy, el personal de enfermería lleva a cabo muchas de las tareas o actividades reservadas hasta hace poco tiempo a los facultativos. Algunas especialidades médicas (medicina interna, obstetricia, etc.) ven procedente su incorporación al nivel de Atención Primaria para mejorar su accesibilidad y disminuir la actividad que se realiza en los hospitales.

En muchos de estos casos la sustitución puede justificarse por la obtención de mejores resultados; en otras ocasiones se trata de encontrar un nuevo rol dentro del sistema para especialidades o

profesiones que han sido desplazadas, o que han perdido competencia por la modificación de la oferta de servicios.

Resulta pues fundamental que se planteen unos nuevos criterios para la diversificación de la oferta integrada de servicios que caracteriza los Sistemas de Salud de nuestro entorno. Asegurar la continuidad de los cuidados, evitar duplicidades o concurrencias ineficientes, agrupar los servicios y las funciones equilibrando la accesibilidad, la calidad y la eficiencia de los mismos y fijar la responsabilidad de cada profesional, unidad y centro, deberían ser algunos de los objetivos a los que dieran respuesta los cambios a introducir en la provisión de servicios sanitarios.

Arquitectura, valores y objetivos de la nueva organización

La arquitectura de la nueva organización diferencia claramente la responsabilidad de gestión de los recursos y de la gestión clínica y se ordena por medio de tres estructuras de gestión:

I. Las unidades clínicas, responsables de realizar la gestión clínica, entendiendo ésta como el conjunto de procesos y decisiones clínicas que se producen en la relación entre profesionales y pacientes.

	Desde	Hacia
Objetivo	Eficiencia por parte de los gestores basada en los recursos	Legitimación social (usuarios) y realización personal de los profesionales basada en los resultados
Producto	Incremento de la actividad	Servicios efectivos y de calidad
Recurso	Equipamiento, recursos, centros	Unidades clínicas
Activos	Equipos de dirección y de gestión	Profesionales sanitarios
Decisiones	Regulación jerarquizada y estratificada por niveles de complejidad	Conocimiento y competencia de los profesionales Información basada en la evidencia, útil y suficiente
Organización	Centralizada, divisional, uniforme	Flexible, descentralizada, coordinada, instrumental respecto a usuarios y profesionales

Tabla I. Nuevos valores estratégicos.

2. Los Órganos de Dirección Profesional de los Centros, diferenciando 4 líneas asistenciales: Atención Primaria, atención especializada, atención sociosanitaria y atención a la salud mental.

3. La gerencia del sector como órgano descentralizado para la gestión de los recursos necesarios para la asistencia sanitaria en su territorio.

Con valores acordes con las estrategias del Departamento de Salud y que suponen un cambio respecto de los actualmente predominantes (tabla I).

En resumen, el principal objetivo es cambiar una organización basada en la gestión de recursos por una organización profesional que se justifica por sus resultados y que asegure el cumplimien-

to de las líneas estratégicas del Departamento de Salud a través del cumplimiento y desarrollo de los siguientes objetivos y propuestas.

I. Servicios de atención y admisión transparentes para los ciudadanos, y que equilibren las decisiones de usuarios, gestores y profesionales.

Para ello se propone que en dependencia orgánica de la gerencia del sector de los servicios de admisión de todo los centros de su territorio, se unifique la gestión de los mismos. Se establecería como una línea específica de gestión (no asistencial) la función de atención – admisión al usuario, con responsables con capacidad de decisión, independientes de los intereses de profesionales y dirección

de los centros, vinculados orgánicamente a los responsables de asegurar el cumplimiento de los derechos y compromisos con los usuarios, disponiendo de información útil para la elección y decisión de éstos con dos tipos de clientes: usuarios y profesionales.

Con los usuarios como clientes internos y para quienes los servicios que se prestan tienen un carácter finalista (cita, de admisión a alta, de coordinación entre niveles y/o unidades clínicas o diagnósticas, prestaciones, información, tramitación de quejas, etc.) Se trata, en síntesis, de resolver todos estos trámites ágilmente y con el mínimo de molestias para el usuario. Los profesionales serían clientes externos y para ellos los servicios administrativos que se prestan tendrían un carácter intermedio.

2. Desarrollo de la gestión clínica. Para ello se propone el desarrollo de unidades clínicas. En Atención Especializada y en Atención Primaria ya existen unidades clínicas; los servicios y los equipos de Atención Primaria son unidades clínicas con mayor o menor grado de autonomía y responsabilidad. Sin embargo, para profundizar en el desarrollo de la gestión clínica como estrategia es necesario adecuar y desarrollar la organización en un doble sentido: adecuar la estructura productiva de servicios finales de la organiza-

ción mediante la vertebración de los hospitales y centros de Atención Primaria en unidades clínicas (servicios y equipos) con un tamaño adecuado, orientada a la gestión del proceso y acorde con la incorporación de la tecnología y de los nuevos medios de diagnóstico.

Incrementar el nivel de autonomía/responsabilidad de las unidades, estableciendo con cada unidad una cuenta provisional de resultados y estimando su consecución conforme a criterios de volumen, calidad y gasto, en un marco en el que los profesionales dispongan de autonomía suficiente (recursos, relaciones profesionales, oferta, etc.) para poder ser valorados según sus resultados.

La dirección de los centros debe tener la máxima autonomía profesional y estar altamente cualificada para poder relacionarse y evaluar las relaciones con las unidades clínicas.

La responsabilidad de la dirección de los centros (dirección de Atención Primaria, dirección de hospitales, de centros de salud mental y sociosanitarios) es asegurar la prestación de la cartera de servicios de forma efectiva y con garantía de calidad, cumpliendo los objetivos fijados por la organización con arreglo a una oferta de servicios adecuada.

– Es la entidad a la que se efectúa la compra los servicios y de los procesos

según su línea de producción y territorio.

– Es la responsable y ofrece tanto servicios de apoyo como asesoramiento para un grupo de unidades.

– Son el nivel en el que se afianzan (con una imagen o marca única) las unidades clínicas. Presenta una cuenta de resultados consolidada de la que dependerá su futuro o sus posibles adaptaciones.

– Con un tamaño que permita la relación y evaluación de las unidades con las que establece acuerdos de gestión.

– Es la responsable de los servicios y de los gastos que asumen las unidades, estableciéndose una relación clara entre recursos, responsabilidades y resultados.

– Se responsabilizan de la coordinación de las unidades y de la continuidad de los cuidados

– Están regidas por equipos directivos en los que se identifica claramente a los responsables de cada línea de producto y de procesos, seleccionados y designados con la participación de los propios profesionales.

3. Favorecer la eficiencia mediante mecanismos de economía de escala. A modo de propuesta se podría centralizar en el sector toda la gestión de recursos, convirtiéndose en “gestorías” de las

unidades clínicas y de la dirección de los centros.

– Una gestión de recursos orientada según las decisiones clínicas, que se organice y estructure en virtud únicamente de la eficiencia económica, el control interno que requiere la regulación administrativa y la respuesta más adecuada a las demandas clínicas. Son responsables de administrar.

– La selección y contratación de personal, confección de nóminas e incidencias de personal.

– Los procedimientos de compras, seguimiento y evaluación de servicios y suministros.

– Los procedimientos de adquisición, control, evaluación y seguimiento de las obras, instalaciones, tecnología y equipamiento.

– Contabilidad presupuestaria consolidando la evolución financiera de los centros de su ámbito de responsabilidad

Con capacidad de decisión en función de:

– Gestión del presupuesto de gastos autorizados por el Departamento para cada ejercicio en relación con la actividad acordada con las direcciones asistenciales a las que prestan servicios

– Conocimiento del mercado de los productos y servicios de utilidad en el ámbito de los servicios de salud.

- La posibilidad de competir favorablemente con instituciones privadas en la oferta de tecnología de diagnóstico.
 - Con capacidad de ofrecer soluciones flexibles a los requerimientos de personal de la línea asistencial.
 - Utilizando, para su materialización, los modelos y herramientas que establecen las normas de contratación de las Administraciones Públicas, que sean más adaptables a los requerimientos del sector sanitario, que demandan agilidad y precisión en las respuestas y negociación, tanto con los agentes externos en las condiciones de compra y contratación como con los agentes internos que incorporan los materiales a los procesos asistenciales.
 - Con unidades centralizadas de liderazgo y asesoramiento técnico que promuevan y sirvan de apoyo a la necesaria homologación, catalogación y a los procesos de adquisición que han de realizar los órganos de contratación competentes según la normativa en vigor.
 - Con unificación de lenguajes y procedimientos que favorezcan la permeabilidad de la información entre todos los niveles de responsabilidad y su aprovechamiento común.
 - Desarrollando figuras de contratación que, estando previstas en la normativa vigente, supongan en su configura-
 - ción y puesta en práctica elementos dinámicos que, por un lado, faciliten la contratación de forma equilibrada respecto a las plataformas de oferta, y, por otro, aprovechen los beneficios de las economías de escala.
- 4. Favorecer la continuidad de la atención al paciente.** Habría que definir claramente las funciones de la Atención Primaria y su responsabilidad.
- Concretando la responsabilidad de la Atención Primaria en la asistencia que se presta en régimen ambulatorio, y sobre la que el médico general tiene plena capacidad de decisión tanto en la asistencia que da directamente, como en la solicitud de asesoría a los especialistas y en la utilización de la tecnología diagnóstica y terapéutica con la que cuenta el sistema.
- El nivel de atención especializada es responsable de aquellas fases de la enfermedad que requieren internamiento, de la atención ambulatoria que se realiza con procedimientos diagnósticos o terapéuticos cualificados (quimioterapia, hemodiálisis, CMA, etc.) y de atender las demandas que desde Atención Primaria se soliciten para el seguimiento ambulatorio o domiciliario de los pacientes.
- Un modelo de financiación prospectivo, tanto para Atención Primaria como especializada en el que se diferencien:

– Ingresos para el mantenimiento de la estructura según criterios de oferta y accesibilidad.

– Ingresos según procesos (atención especializada) o pacientes atendidos (Atención Primaria), favoreciendo los servicios más efectivos y permitiendo mediante estándares valorar el comportamiento clínico de los profesionales respecto de los resultados de calidad y efectividad en el consumo clínico de los recursos.

– Con ingresos específicos, según producción y complejidad de la misma, para Atención Primaria y que incluye créditos para hacer frente a tratamientos ambulatorios, procedimientos de diagnóstico que demandan, solicitud de asesoría (consultas) a especialistas, Urgencias, etc., en consonancia con su responsabilidad, permitiendo relacionar los resultados con el uso racional de los recursos.

De la gerencia del sector dependería toda la actividad asistencial que estuviera al servicio de todas las unidades, y que por economía de escala pudiera ser adecuada su gestión centralizada.

Estableciendo unidades de diagnóstico (laboratorio, imagen, etc.) y rehabilita-

ción como centros autónomos, que ofrecieran sus procedimientos de forma accesible, tanto a la Atención Primaria como a la especializada, y que percibieran sus ingresos según la actividad que desarrollasen.

5. Establecer líneas específicas de atención a enfermos crónicos dependientes y pacientes con problemas de salud mental.

Habría que dotar de servicios y recursos específicos que mejorasen la convalecencia y rehabilitación de enfermos crónicos y de pacientes con problemas de salud mental. Hablamos de servicios flexibles en su gestión y que, en colaboración con otras instituciones, favorecieran la inserción social de estos pacientes.

En conclusión, se persigue generar la organización más adecuada para que el profesional desarrolle su actividad clínica con agilidad y eficacia, que gestores y clínicos tengan objetivos e incentivos coincidentes, responsabilidades claras y transparentes y que las decisiones se acerquen a las unidades asistenciales a través de la descentralización y la autonomía de gestión.

