

Buscando alternativas a la planificación basada en la necesidad o en la demanda

Salvador Peiró

Escuela Valenciana de Estudios para la Salud. Valencia. España.

Se ha afirmado que el reto de los sistemas sanitarios de los países desarrollados (o casi) es contener el crecimiento de los costes, manteniendo la accesibilidad y la calidad de los servicios. Los sufridos sistemas sanitarios lo pasan mal enfrentándose a estos retos. En sus extremos tienen dos grandes vías: confiar en el mercado o en la planificación, aunque existen posibilidades intermedias. Las organizaciones siempre planifican, e incluso lo hacen en el mercado. Mejor o peor, formal o informalmente. Las organizaciones públicas configuraron el estereotipo de la planificación (funcionarios, no sin cierta desidia); trazando líneas en mapas mudos. De salud, decían de los mapas. Calculando distancias; isocronas, decían. Haciendo como que asignaban recursos al dictado de oscuras matemáticas regidas por leyes ignotas. *Ratios recurso/habitante* llamaban a estos arcanos. En parte, son tópicos; en parte, algo de verdad. Hoy día, se evita planificar. La planificación ha perdido prestigio. Los mapas se han guardado; las direcciones generales de planificación cambian de nombre o incluyen apellidos diversos; no quieren ser asociadas con los planes quinquenales; confían en que el mercado encontrará el camino; contraponen planificación y mercado; olvidan que en los mercados las organizaciones planifican; no quieren ver que quien no planifica es planificado.

En este número de la REVISTA DE CALIDAD ASISTENCIAL, Ricci et al presentan los resultados de un interesante trabajo de planificación estratégica del equipamiento tecnológico de una red asistencial¹. Los autores intentan determinar el número adecuado de equipos de ecografía, así como sus características técnicas, en determinadas unidades clínicas, más allá de los equipos disponibles en los servicios de radiología. El trabajo, como muchos otros, tiene debilidades y limitaciones. Carencias en las fuentes de datos: un agujero negro entre la información cuantitativa y la cualitativa obtenida por los autores y la construcción de los estándares poblacionales. Sólo se apuntan algunos aspectos cruciales para transformar las decisiones de planificación en decisiones de gestión: las posibles variaciones en la distribución de funciones entre unidades clínicas y servicios de radiología, la posibilidad de redistribuir poblaciones y, sobre todo, la planificación de esas personas que suelen sentarse delante de los ecógrafos. No es evidente que puedan planificarse los ecógrafos, incluyendo su buen o mal estado, al margen de los especialistas que los manejan o que debieran manejarlos en el futuro. Por otro

lado, valorar a los clínicos en términos de estado (bueno, regular u obsoleto) puede parecer irrespetuoso, pero la valoración de su formación, entrenamiento, habilidades y posibilidades de dedicación es parte sustancial de la planificación de la oferta sanitaria.

El método clásico para determinar el volumen adecuado de un recurso concreto (médicos, enfermeras, camas, hospitalares, equipos, etc.) es la planificación basada en la identificación de necesidades. Grupos de expertos estiman la necesidad del correspondiente recurso en función de la prevalencia actual y de las expectativas futuras de los problemas de salud, o de cuidados, atendidos por el recurso analizado. Generalmente, como hacen Ricci et al, en términos de habitantes por unidad de recurso, aunque ocasionalmente incluyen ajustes en función del tipo población o algunas características del territorio. La validez de esta aproximación depende de que la relación entre el recurso, su utilización real y los resultados para los pacientes (la efectividad y productividad del recurso) sea medianamente conocida. Los estudios sobre variaciones en la práctica médica han demostrado las limitaciones de este supuesto², y además el método requiere cierta capacidad para predecir el impacto de otros posibles cambios tecnológicos sobre la necesidad futura del recurso. Predecir siempre es difícil; sobre todo si se trata del futuro.

En el otro método clásico, la planificación orientada a la "demanda", se manejan los patrones actuales de utilización de servicios para proyectarlos sobre el futuro. Simplemente se proyecta el pasado sobre el futuro. Esta aproximación asume un presente racional e informado, que confunde la utilización con la demanda (entendida como expresión de la disposición a pagar), y obvia que los incrementos de la oferta de servicios sanitarios suelen traducirse en incrementos de utilización. Olvida, además, que la utilización suele ser presentada y percibida como necesidad y descuida que asistimos a un importante proceso de difuminación y extensión de los límites de la enfermedad³. Así, donde no hay personas sanas sino pacientes poco estudiados todos los recursos se antojan insuficientes, y más no siempre es mejor.

El trabajo de Ricci et al¹ tiene aspectos de enorme interés. Por un lado, enfrentar el problema de la adquisición de equipos desde una perspectiva de planificación poblacional es un avance importante. Por otro, poner en evidencia la variabilidad en equipamientos y en tasas de utilización entre

poblaciones es determinante para reconocer las limitaciones de la planificación orientada a la demanda. Además, el recurso a los métodos cualitativos para señalar las diferentes expectativas de los profesionales en relación con el uso de estas técnicas descubre las limitaciones de la planificación basada en la identificación normativa (por expertos) de la necesidad.

Una alternativa a la planificación basada en la demanda o en la necesidad es la planificación por *benchmarking*^{4,5}. Y la comparación de las tasas de utilización de un recurso –y de sus resultados asociados– entre diferentes distritos puede permitir identificar *benchmarks* reales, no hipotéticos, alcanzables en un sistema sanitario definido. Las comunidades que tienen indicadores de resultados similares a los de otras utilizando menos recursos son, en esta aproximación, los modelos que definen el arcano recursos/población. La base de esta planificación son los estudios de variaciones en la práctica médica⁶.

Este trabajo¹ pone de manifiesto variaciones entre áreas, en las dotaciones actuales de ecógrafos dedicados a ginecología y obstetricia, de 6,5 veces (desde un ecógrafo por cada 15.800 habitantes a uno por cada 103.000), que no se modificarían sustancialmente si se adquiriesen los equipos solicitados por los respectivos servicios y que se traducen en importantes diferencias en la utilización (desde 32 a 150 ecografías ginecológicas por cada 1.000 habitantes). Así, la pregunta esencial en planificación es la siguiente: ¿cuál es el impacto *marginal* de incrementar la oferta o la utilización de un recurso concreto sobre la salud y el bienestar de la población?; ¿qué beneficios se obtienen de hacer 150 ecografías ginecológicas por cada 1.000 habitantes y año, respecto sólo 32? Es cierto que raramente disponemos de información para responder a esta pregunta, pero la planificación por *benchmarking*, basada en el análisis de variaciones en la

práctica médica, supone una interesante aproximación. Y probablemente útil. Han pasado los tiempos en que bastaba quitar un par de ceros al número de habitantes para determinar el número de camas (y las camas eran la medida de todas las cosas). Pero no ha pasado el tiempo para la planificación, con o sin componentes de mercado (aspecto que forma parte de otra discusión). Buscar alternativas a la planificación tradicional es importante, y el trabajo de Ricci et al¹ intuye esta necesidad: está muy cerca. Es un paso adelante: otra de sus virtudes.

Bibliografía

1. Ricci-Voltas C, Villar-Barreiro J, Sanchez-Varela M. Criterios para la dotación de ecógrafos en los servicios de ginecología y obstetricia, digestivo, cirugía vascular, cardiología, urología y oftalmología. Rev Calidad Asistencial 2003;18:143-50.
2. Meneu R. Variabilidad de las decisiones médicas y su repercusión sobre las poblaciones. Barcelona: Masson, 2002.
3. Moynihan R, Heath I, Henry D. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. BMJ 2002;324:886-91.
4. Goodman DC, Fisher ES, Bubolz TA, Mohr JE, Poage JF, Wennberg JE. Benchmarking the US physician workforce. An alternative to needs-based or demand-based planning. JAMA 1996; 276:1811-7.
5. Lurie JD, Goodman DC, Wennberg JE. Benchmarking the future generalist workforce. Enf Clin Pract 2002;5:58-66.
6. Wennberg JE, Cooper MM, editors. The quality of medical care in the United States: a report on the Medicare program. The Dartmouth Atlas of Health Care 1999. Chicago: American Health Association Press, 1999.