

Reflexiones prácticas sobre la gestión sanitaria

Dr. Miguel Ángel Asenjo Sebastián.

Profesor emérito de la Universidad de Barcelona. Exdirector del Hospital Clínic de Barcelona. Miembro del Consejo Asesor de SEDISA

1.- Generalidades

El individuo nace sin su propio consentimiento y muere contra su voluntad. Y eso que son los dos acontecimientos más importantes de su vida. Entre ambos extremos se encuentra su espacio vital que es tanto más extenso cuanto más favorables le sean sus cuatro determinantes que son: herencia genética, medio ambiente, estilo de vida y sistema sanitario. Se acepta que la genética tiene una influencia aproximada del 27%, el medio ambiente el 19%, al estilo de vida el 43% y el sistema sanitario el 11% restante. En consecuencia, la fecha de ejecución de la sentencia de muerte que trae incorporado el nacimiento puede retrasarse por la adecuada gestión de la salud que realice su propietario sumado a la ayuda que le proporcione el sistema sanitario. Mientras que la herencia consume alrededor el 6,9% del presupuesto económico sanitario, el medio ambiente recibe el 1,6%, el estilo de vida un 1,5% y el sistema sanitario el 90%. Todo lo cual explica que un mayor gasto en el sistema sanitario no significa una mejor salud. Así lo demuestra, fehacientemente, el hecho de que Estados Unidos de Norteamérica gasta (2023) el 16,7% de su PIB en su sistema sanitario, equivalente a 13.400 dólares por persona y año y sus ciudadanos tienen una esperanza de vida al nacer de 78,5 años, mientras que Chipre gasta el 8,87% de su PIB que son 2.864 dólares por persona y año y disfruta de una esperanza de vida al nacer de 81,6 años.

La doble circunstancia de: a) la definición de la salud que la Organización Mundial de la salud (OMS) ha establecido que “es el completo bienestar físico, psíquico y social y no la mera ausencia de enfermedad” sumada a b) la gratuidad en el acceso a la asistencia sanitaria pública hace que la demanda sea ilimitada, y únicamente las dificultades para acceder actúa de freno.

En el curioso sistema sanitario público el médico compra, el enfermo consume y un tercero paga ¿en cuál de estos tres eslabones se pone el freno (el incentivo), o no se pone freno? En Cataluña, por ejemplo, entre 2019 y 2023 el personal sanitario ha aumentado en un 20% y su gasto en un 42,41% pero la lista de espera sólo se ha reducido en un 1%. En este proceso de freno (incentivo) el que el criterio de los economistas sería útil, fundamental e incluso imprescindible. Serviría, además, para desmentir a Churchill al que se atribuye el comentario de que si pides consejo a dos economistas y los pones en una habitación al cabo de cinco minutos tendrás dos propuestas diferentes a no ser que uno de ellos sea John Maynard Keynes en cuyo caso tendrás tres.

Lo cierto es que el sistema público ingresa económicamente lo que gasta, el privado gasta lo que ingresa. Es muy diferente. De esa manera el gestor sanitario del

sistema público sabe que para ingresar mucho no tiene nada más que gastar mucho. Y sobre todo lo saben los empleados de la institución. El privado no puede gastar más de lo que ingrese o acabará cerrando. Es un matiz, importante. Incluso la oposición política olvidándose que también es gobierno suele recriminar al gobierno que no gaste más en el sistema sanitario público, olvidándose (o quizás por saberlo) que el dinero para cubrir ese mayor gasto debe de sacarlo del bolsillo de los ciudadanos. No es de recibo aumentar el 20% el personal un 42,1% su gasto y sólo rebajar el 1% la lista de espera anteriormente expuesto. Es muy impopular el copago, pero países como Alemania, Bélgica, Finlandia, Francia, Italia, Portugal y Suecia, entre otros, lo aplican. Si tal medida no modera la demanda del todo al menos contribuye a la financiación del sistema inflacionista sanitario.

En cualquier caso, suprimase lo mucho inútil que se hace a lo largo del día en el sistema sanitario público, pues es la manera más simple, efectiva y barata de aumentar el rendimiento y la productividad tal como aconsejaba el insigne Peter F. Drucker. Y, tampoco, se haga esperar al enfermo tantísimo tiempo, con tantísima impuntualidad, con tantísima frecuencia tal como denunciaba el admirado gerente Hans Killan para el que la puntualidad era la primera norma de educación. Y de rendimiento. Nadie dispone del tiempo de los demás, ya que es el bien más apreciado y que no se puede reponer. Para Pitágoras la libertad consistía en disponer del propio tiempo. Se nace con una cierta cantidad de tiempo. Cuando se acaba el tiempo, se acaba todo. Suprimir lo inútil y no hacer esperar son dos medidas simples muy efectivas.

Por otra parte, los cambios producidos en el patrón epidemiológico, sumado a los avances científicos y tecnológicos, conlleva a una sociedad que vive más años, con más morbilidad y mayor demanda de asistencia, de actividades preventivas y de respuesta precoz. Es la consecuencia de poder evitar o superar enfermedades anteriormente de curso aciago, que se cronifican por muchos años. Además, aumentan las expectativas personales y sociales sobre la capacidad de respuesta de los sistemas sanitarios ante las necesidades sentidas por lo que se acelera la demanda, ya que la salud como la belleza no tiene límite.

Todo ello conduce a un mayor gasto sanitario, tanto por la intensidad de la demanda como por los mayores costes de una gran parte de los procedimientos y tratamientos emergentes. La sostenibilidad económica de una sanidad de carácter universal exige una estrategia de provisión de los servicios sanitarios que obliga a una planificación equilibrada de los recursos humanos, materiales, estructurales y tecnológicos. Se recomienda para ello la llamada Gestión Sanitaria Basada en Valor.

2. Gestión Sanitaria Basada en Valor.

La gestión sanitaria basada en valor —conocida internacionalmente como *Value-Based Healthcare (VBHC)*— es un modelo que busca mejorar los resultados en salud de los pacientes al tiempo que optimiza el uso de los recursos.

Su objetivo principal es ofrecer la mejor atención posible con el mayor beneficio clínico y humano, en lugar de centrarse únicamente en el volumen de servicios prestados.

¿Qué significa “valor” en sanidad?

El concepto fue desarrollado por el economista y profesor de la Harvard Business School, Michael E. Porter. Según su planteamiento, el valor se define como:
 $\text{Valor} = \text{Resultados en salud relevantes para el paciente} \div \text{Coste de obtenerlos}$
Esto implica que un sistema sanitario será más eficiente cuando logre mejores resultados con un uso responsable de los recursos.

Principios fundamentales

La gestión sanitaria basada en valor se sustenta en varios pilares clave:

1. Atención centrada en el paciente

- Prioriza las necesidades, expectativas y calidad de vida del paciente.
- Considera resultados clínicos, funcionales y de bienestar.

2. Medición de resultados en salud

- Evalúa indicadores como supervivencia, recuperación, calidad de vida y satisfacción del paciente.
- Utiliza estándares internacionales como los promovidos por International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM).

3. Eficiencia y sostenibilidad económica

- Optimiza recursos evitando pruebas y tratamientos innecesarios.
- Reduce costes sin comprometer la calidad asistencial.

4. Atención integrada y multidisciplinar

- Favorece la coordinación entre profesionales y niveles asistenciales.
- Mejora la continuidad de la atención.

5. Sistemas de financiación basados en resultados

- Sustituye el modelo de pago por actividad por esquemas de pago por resultados (*pay-for-performance* o *bundled payments*).

6. Uso de datos y tecnología

- Emplea historias clínicas electrónicas, inteligencia artificial y análisis de datos para la toma de decisiones.

Diferencias con el modelo tradicional

Modelo tradicional	Gestión basada en valor
Pago por volumen de servicios	Pago por resultados en salud
Enfoque en la enfermedad	Enfoque en el paciente
Fragmentación asistencial	Atención integrada
Éxito medido por actividad	Éxito medido por resultados y calidad de vida
Costes crecientes	Sostenibilidad y eficiencia

Beneficios principales

- Para los pacientes: mejor calidad de vida y atención personalizada.
- Para los profesionales: mayor orientación a la excelencia clínica.
- Para las organizaciones sanitarias: eficiencia y optimización de recursos.
- Para el sistema de salud: sostenibilidad y transparencia.

Ejemplos de aplicación

- Programas de cirugía con medición de resultados funcionales y satisfacción del paciente.
- Atención a enfermedades crónicas mediante equipos multidisciplinares.
- Contratos de riesgo compartido con la industria farmacéutica.
- Modelos implantados en sistemas sanitarios como los de Suecia, Países Bajos y España.

Esta Gestión Sanitaria basada en Valor descrita puede aplicarse al Sistema Sanitario por cuanto sus Principios pueden concretarse en los diez siguientes:

3. Principios del Sistema Sanitario

1.- El sistema sanitario es lo que sean las personas que lo sirven y las que reciben sus servicios. Lo fundamental son las personas.

2.- Las personas actúan conforme a como vayan a ser evaluadas

3.- El sistema sanitario sirve para promocionar la salud, prevenir la enfermedad y evitar sus secuelas. A pesar de ello se enferma y se enferma por la interacción: agente>persona>medio ambiente.

4.- Los beneficiarios deben tener establecidos sus derecho y obligaciones

5.- Ha de planificarse y expresarse en cifras la cantidad, calidad y precio de los servicios.

6.- Ha de concretarse en cifras la necesidad, eficacia, eficiencia, equidad y calidad del sistema para ajustar los intereses de los grupos implicados: ciudadanos, profesionales, directivos y propietarios.

7.- Los objetivos se expresan en metas que especifican: número, fecha y persona responsable de conseguirlos. Y se consiguen por medio de la gestión.

8.- La gestión es en esencia, “que los demás hagan lo que tú quieres porque ellos quieren”. Exige decidir, por tanto, arriesgar lo que lleva implícita la posibilidad de equivocarse y, en su caso, rectificar. Requiere el uso de premios y sanciones.

9.- Obliga a aplicar dos premisas y seis disciplinas:

Premisas:

9.1 Plan contable para medir: cantidad, calidad y precio

9.2 Capacidad de mando y persuasión con equilibrio autoridad/responsabilidad.

Disciplinas:

1. Conocer los hechos, 2. determinar objetivos, 3. dotar de medios, 4. establecer las supervisiones (organigrama), 5. incentivar a las personas y 6. evaluar.

10.- El sistema sanitario es un gran innovador por lo que debe fomentarse la investigación que junto a la docencia mejora la calidad.

Esos diez Principios deben concretarse en cifras pues con números se puede razonar y gestionar sin ellos sólo se puede opinar.

4. Las cifras necesarias para la gestión

Previo a la gestión es necesario conocer qué se necesita y a dónde se quiere llegar para saber qué gestionar. Eso lo indican las cifras sin las cuales se va a ciegas, aunque a veces se descubran nuevos mundos como le ocurrió a Cristóbal Colón que cuando salió no sabía a dónde iba y cuando llegó no sabía dónde estaba.

Lo que es preciso conocer y expresar en cifras para gestionar correctamente el Sistema Sanitario es eficacia, la efectividad, la eficiencia, la equidad y la calidad del sistema sanitario.

- . La necesidad se refiere a todo aquello físico y funcional que se requiere para realizar correctamente el cometido para el que fue creado el sistema.
- . La eficacia es la capacidad del sistema (lo que se puede realizar) con lo disponible en circunstancias ordinarias.
- . La efectividad es lo realmente realizado.
- . La eficiencia considera el gasto aplicado a tal fin. Calcular tanto el estructural como el variable. No solo el monetario sino de toda índole, incluido el posible malestar generado. Actualmente se puede medir. El principal recurso es el de personal. Como antes se ha escrito, Cataluña entre 2019 y 2023 el personal ha aumentado en un 20% y su gasto en un 42,41% pero la lista de espera solo se ha reducido en un 1%.
- . La equidad, que se define como que a la misma necesidad debe aplicarse similar recurso. Se hace por ética (se obliga uno mismo) o por justicia (obliga la ley).
- . La calidad, que tiene dos componentes: uno de ellos es técnico científico por el que se mide el resultado que debe obtenerse conforme a la ciencia y técnica actuales y que sigue siendo el fundamental y otro el percibido que es la sensación obtenida por el receptor del servicio.

Nota. Todo lo anterior se puede y debe expresar en números para lo que existen fórmulas matemáticas sencillas, p. e. $e = c \cdot t \cdot io / em$ en la que e, número de enfermos ingresados o intervenidos quirúrgicamente o pruebas realizadas; c, camas o mesas de quirófano o aparatos diversos; t, tiempo considerado expresado en la unidad

adecuada relacionado con e; io, porcentaje de ocupación del utensilio utilizado; em, estancia media o periodo de tiempo que requiere cada e.

Axioma: Con números se puede razonar y gestionar, sin ellos sólo se puede opinar

5. La negociación

Dichos números permitirán armonizar los intereses de los cuatro grupos que condicionan el sistema sanitario que son a) los ciudadanos, potenciales enfermos, probables contribuyentes y posibles votantes que desean ser atendidos con amabilidad y sin demora. b) los suministradores de salud como los facultativos, resto de personal y casas comerciales que desean ser reconocida su contribución al proceso sanitario; c) los gestores directivos que velan por la eficiencia y d) los propietarios que en los servicios públicos son los políticos que intentan conservar la paz sociolaboral y en los privados son accionistas que pretenden obtener rédito del capital invertido.

¿Y cómo se consigue armonizar los intereses descritos y las obligaciones derivadas de los cuatro grupos condicionantes del modelo sanitario? La respuesta es:

1) En términos generales valorando el entorno que, por ejemplo, en Suecia, según Trägårdh no hay un individuo más despreciado por un sueco que otro sueco que se escaquee de trabajar, pagar impuestos o cumplir la ley. Añade que la agencia más apreciada después de la Corona es la Agencia Tributaria. En USA todos cooperan, en China todos obedecen.

2) En el terreno de lo concreto la respuesta es, que se armoniza con cifras y persuasión. Las cifras son las obtenidas, tal como se ha indicado, para la necesidad, eficacia, eficiencia, equidad y calidad exigibles al modelo. La persuasión se refiere a la capacidad de convencimiento para la acción tras análisis, discusión y acuerdo. Es el aspecto fundamental de la planificación, ningún otro le iguala. Para ello deben aplicarse elementales normas de convivencia, frecuentemente orilladas, tales como que al inicio de la discusión la discrepancia y el fracaso son la regla y el éxito la excepción, que el discrepante no es un enemigo, que es estúpido quedarse tuerto por dejar al oponente ciego, que desacreditar al oponente no puede rentar más que ganar el propio crédito, que lo placentero del éxito no es ver la cara de envidia de los oponentes, que creerse merecedor de halagos y adulaciones nunca produce hartazgo, que el halago debilita mucho, que la persona irritada transmite irritación, que si te quitan un botón no significa que te hayan desnudado, que el endeudado no es libre aunque los ricos nunca se consideran suficientemente ricos, que la corrupción se compone de avaricia y codicia, que a veces la memoria se refresca con una moneda, que la razón es de acción lenta pero duradera frente a la emoción que es de efecto inmediato y breve, que el talento consiste en transformar el conocimiento en resultados, que hay que distinguir las voces de los ecos, que hay que centrarse en la solución y no en el problema, que se envidia y odia a lo que se considera inalcanzable, que la envidia y el odio que lleva al rencor hacen al portador incapaz de negociar, que es de líderes hacer que los demás se sientan importantes como los ríos grandes lo son porque discurren en una cota más baja que sus afluentes, que no se trata de que uno gana y otro pierde sino de que todos pierden algo

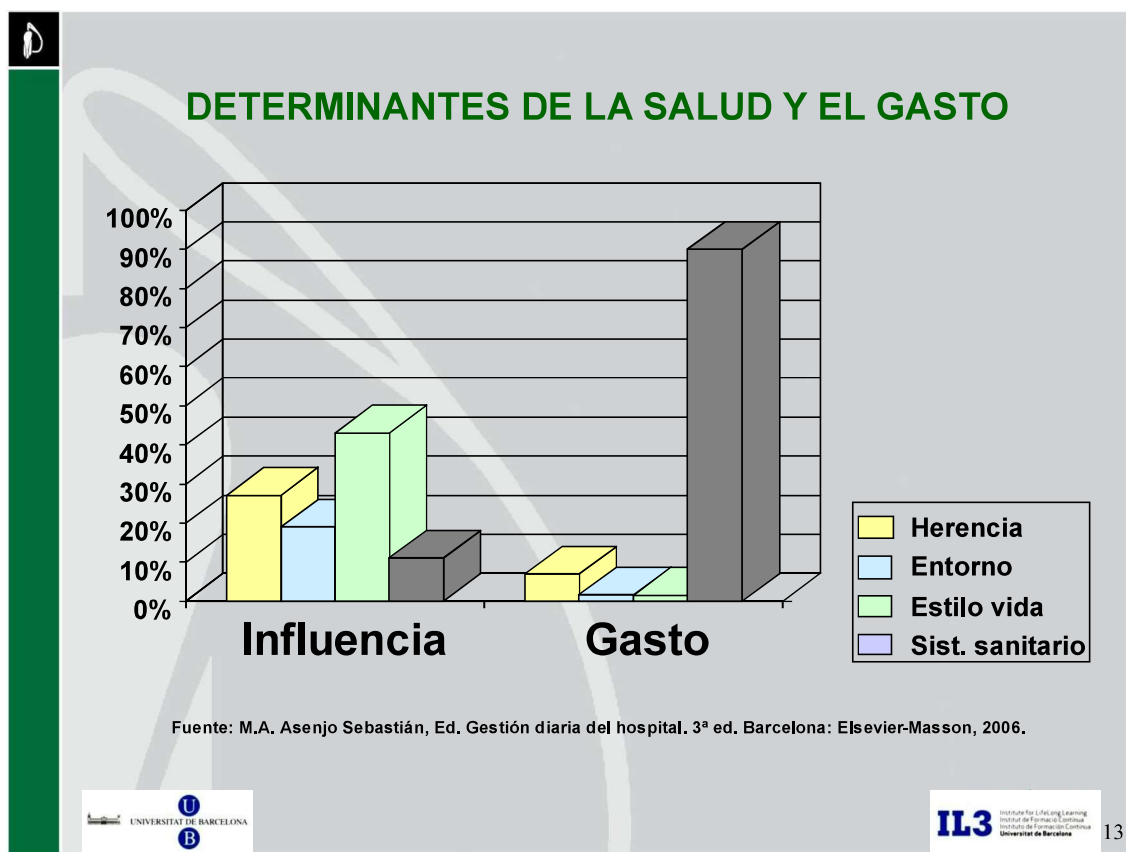
para todos ganar mucho, que la prisa es mala consejera porque como recordaba Antonio Machado por culpa de ella se oye pero no se escucha y, finalmente, que la constancia y la paciencia, junto a las cifras y el liderazgo, son los elementos fundamentales de la persuasión y cuyos resultados deben aceptarse sin rencor ni tristeza.

Epílogo

Gestión sanitaria explicada con figuras de elaboración propia menos la 12 y 13

Prof. Dr. Miguel Ángel Asenjo Sebastián

Figura 1



Leyenda. A la salud la condicionan cuatro determinantes que según Dever son: la herencia biológica que influye en un 27% e incurre en el 6,9% del gasto; el entorno o medio ambiente que aporta el 19% y consume el 1,6%; el estilo de vida que contribuye con el 43% y gasta el 1,5% y el sistema sanitario que sólo aporta el 11% y gasta el 90% del presupuesto sanitario.

Figura 2



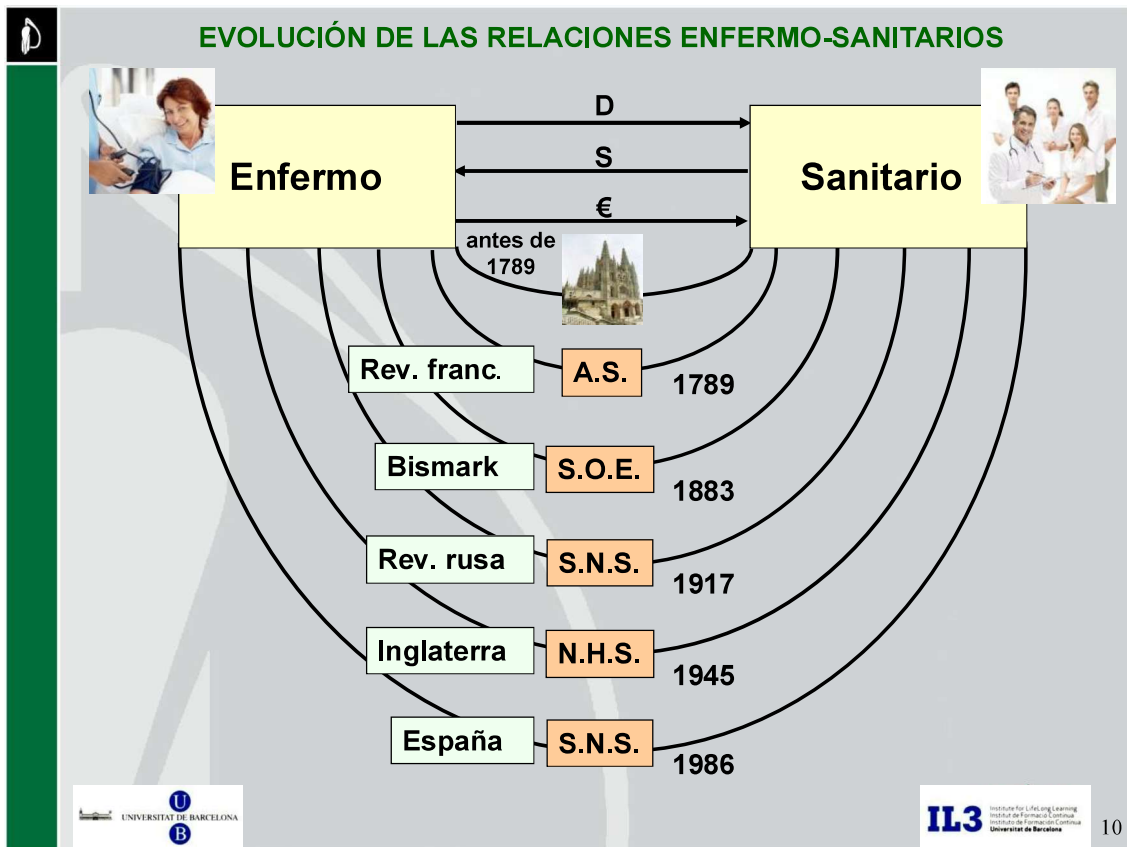
Leyenda. Gracias a la potabilización de las aguas, tratamiento y recogida de residuos, vacunaciones, antibióticos y otra serie de medidas higiénicas, económicas y culturales la esperanza de vida al nacer ha creído de forma importante y continua. No obstante, el individuo enferma por la interacción con los agentes de enfermedad (físicos, químicos y biológicos) y el medio ambiente. La salud del individuo se potencia con la promoción de la salud y se previene de la enfermedad mejorando su relación con el medio ambiente del que se ocupa fundamentalmente la medicina laboral. A pesar de todo ello el individuo enferma y a restituir su salud o evitar sus secuelas se dedica la medicina asistencial o clínica. La secuencia correcta es: promoción de la salud, prevención de la enfermedad, evitación de las secuelas, enseñar e investigar.

Figura 3



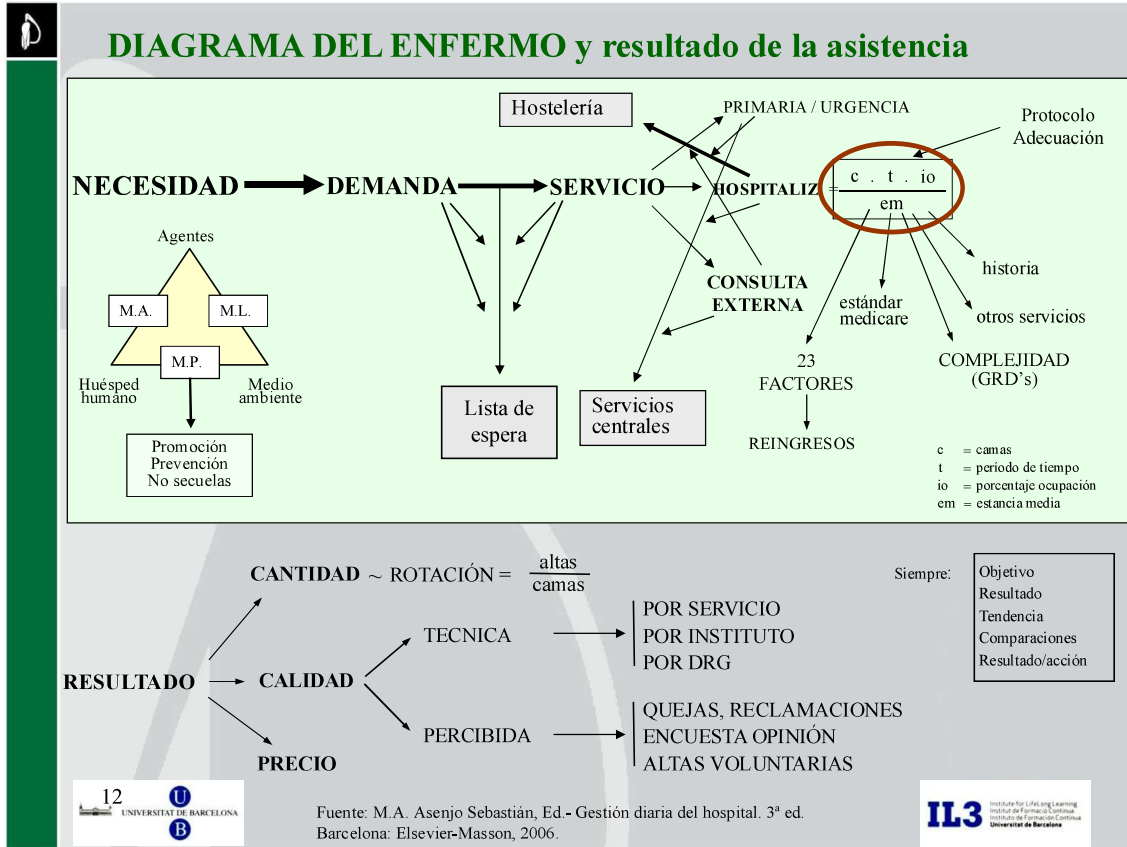
Leyenda. No necesita explicación, basta la lectura atenta de pie de figura y prestar algo de atención a lo leído.

Figura 4



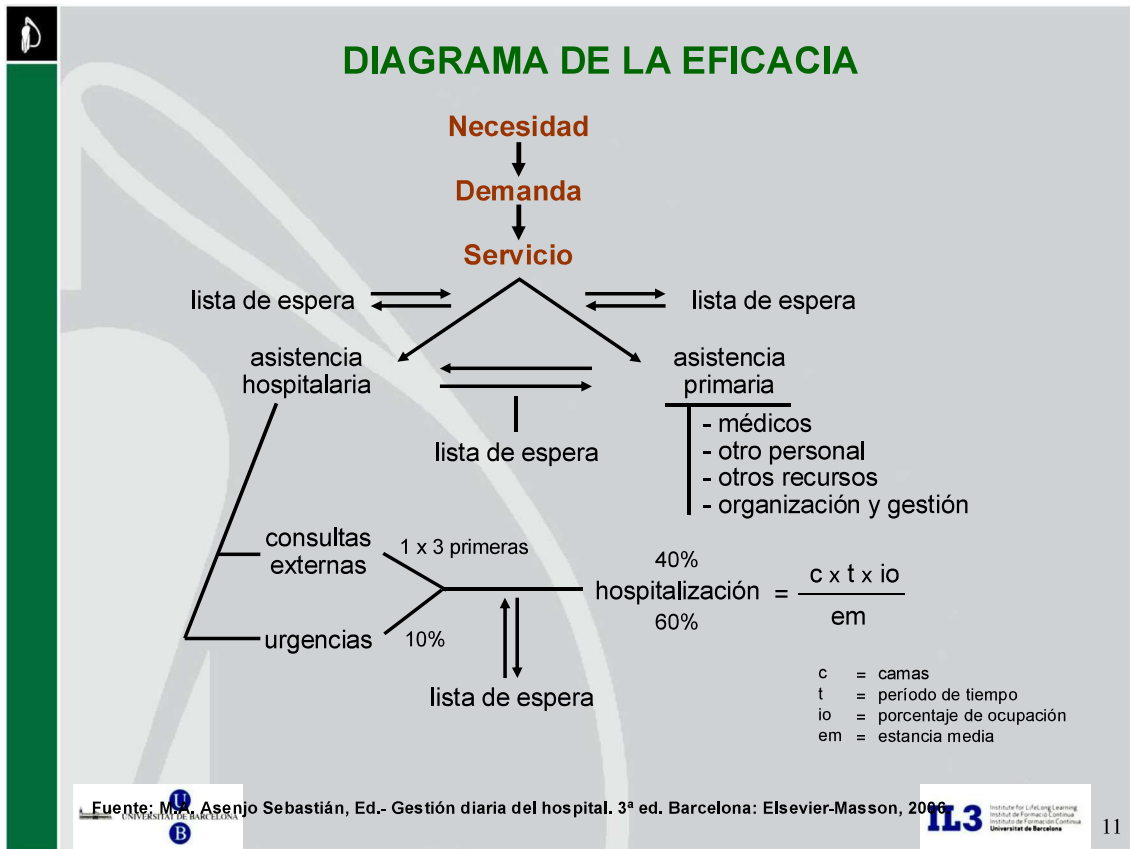
Leyenda. El enfermo hace una demanda, el sanitario (o la institución) presta un servicio y el enfermo realiza una contraprestación. Si carecía de medios económicos, hasta 1789 en que se produjo la Revolución Francesa la asistencia se realizaba en los Monasterios. A partir de esa fecha financiado por el Estado pasó a los hospitales en Francia. En 1883 Bismark creó el seguro obligatorio de enfermedad en Alemania para trabajadores industriales y de bajos ingresos. Los revolucionarios rusos crearon el Servicio Nacional de Salud en 1917 que incluía a todos. Lo mismo hizo Inglaterra en 1945 sin revolución. En 1986 el ministro Ernest Lluch elaboró la Ley General de Sanidad que, a propuesta de Felipe González, aprobó el Parlamento y quedó promulgada como Ley 14/1986 de 25 de abril, de 1986. Por ella todos los ciudadanos quedaban protegidos por el Estado en el aspecto sanitario. Destacaron en la elaboración de la Ley y empuje para su tramitación los socialistas Ciriaco de Vicente y Pedro Sabando.

Figura 5



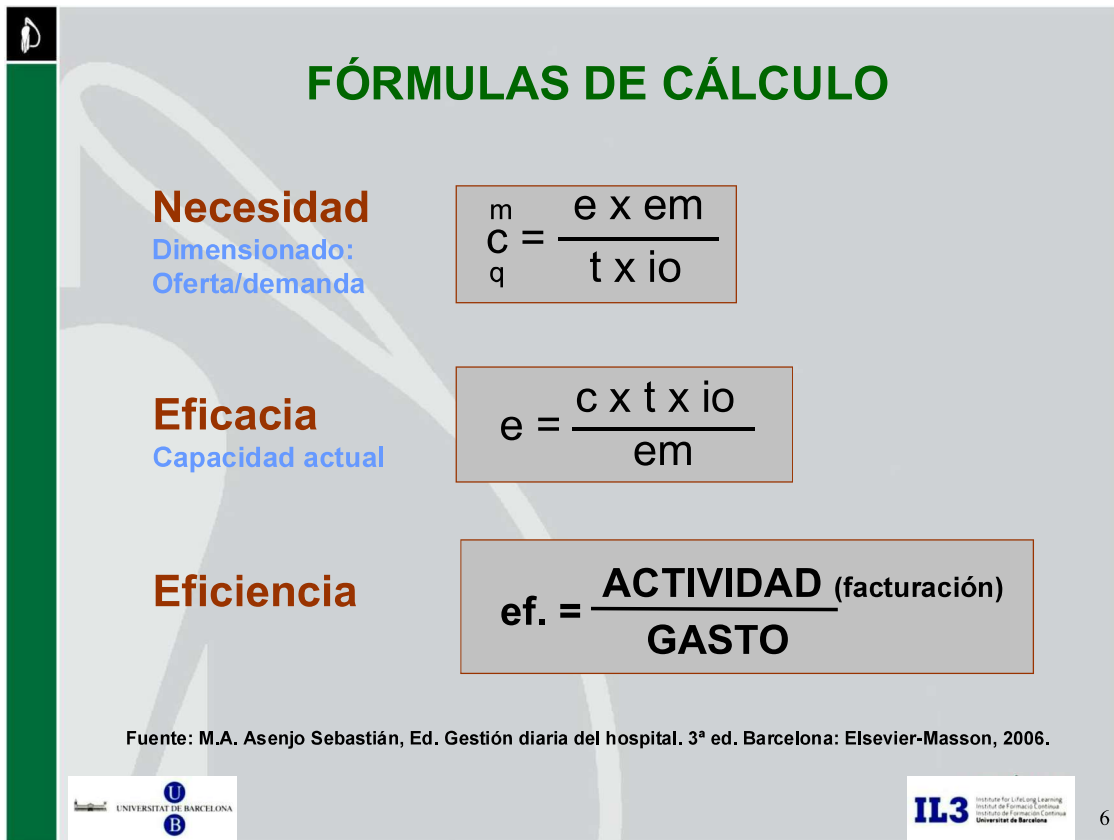
Leyenda. Si ha resultado adversa al individuo la interacción agente de enfermedad-huésped humano-medio ambiente el sujeto tiene una necesidad que si la expresa produce una demanda la cuál puede quedar satisfecha por un servicio, o pasar a la lista de espera. La lista de espera se produce por exceso de demanda o por escasez de servicio. Y es tanto mayor cuanto mayor sea la discrepancia entre ambos. El servicio puede producirse en consultas externas, urgencias o en hospitalización. En este último caso será tanto mayor cuanto mayor sea el número de camas, su ocupación y el tiempo considerado y estará en relación inversa al promedio de estancia. El promedio de estancia o estancia media, en el que intervienen veintitrés factores, es más influyente en el número de ingresos que el número de camas. Para asegurarse que ingresan los que lo necesitan y están ingresados el número de días correctos se aplica el Protocolo de Adecuación de Ingresos y estancias de Restucia. El proceso de la formación de la lista de espera es similar en consultas externas, urgencias, laboratorios, quirófanos, radiología y en cualquier otro procedimiento que se produzca una demanda y se resuelva con un servicio. En la parte media inferior de la figura se indica el esquema del posible resultado.

Figura 6



Leyenda. La eficacia es la capacidad que el Sistema, o la institución, tiene para dar servicio en condiciones ordinarias. Se establecen los circuitos, se valoran los medios y se calcula la capacidad.

Figura 7

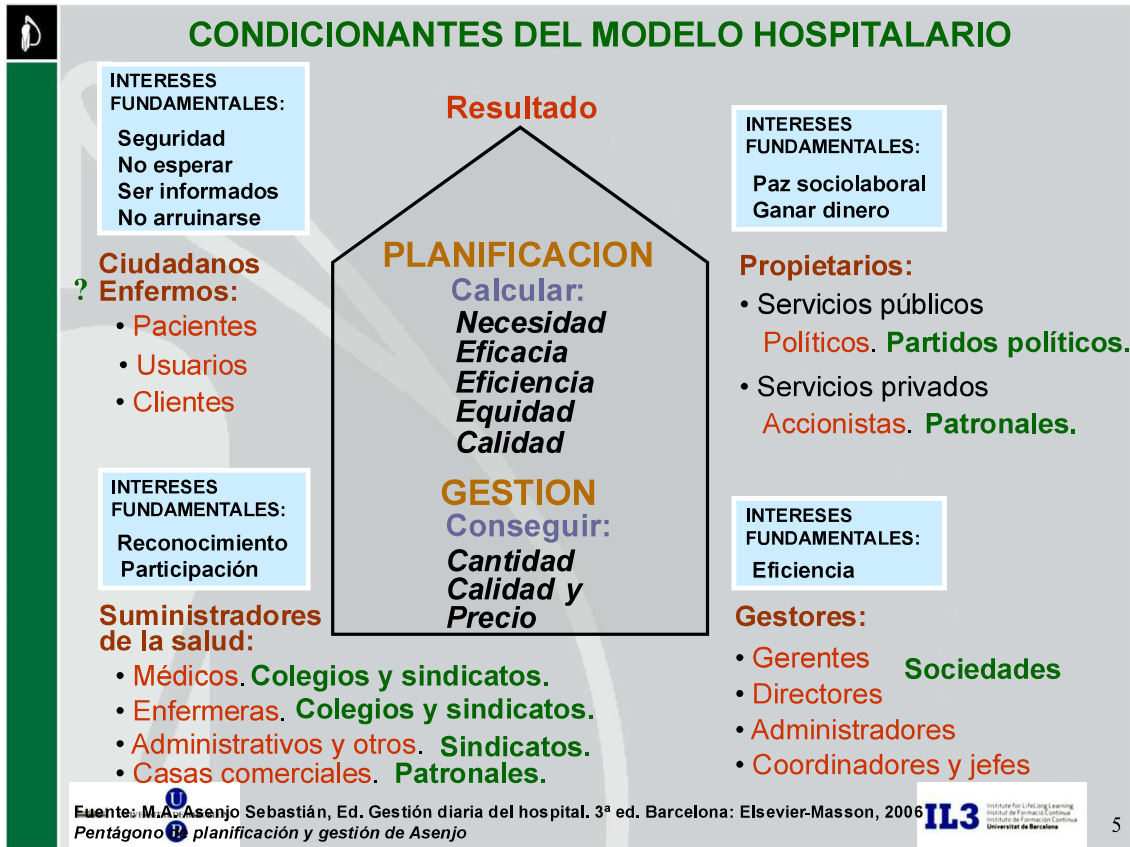


Leyenda. En la fórmula de Necesidad se expresa con m, c y q el numero de médicos, camas o quirófanos respectivamente. El número de médicos necesarios está en relación directa con el número de enfermos a visitar y con el tiempo dedicado a cada uno de ellos, y está en relación inversa al tiempo contratado con cada médico y al porcentaje que de ese tiempo contratado lo dedique a visitar. El mismo razonamiento sirve para camas y quirófanos.

La Eficacia de un hospital está en relación directa al número de camas al tiempo considerado y al índice de ocupación y está en relación inversa al promedio de estancia. La lista de espera estará determinada por la diferencia entre la demanda, en la que intervienen trece factores, y la efectividad que es la eficacia realizada.

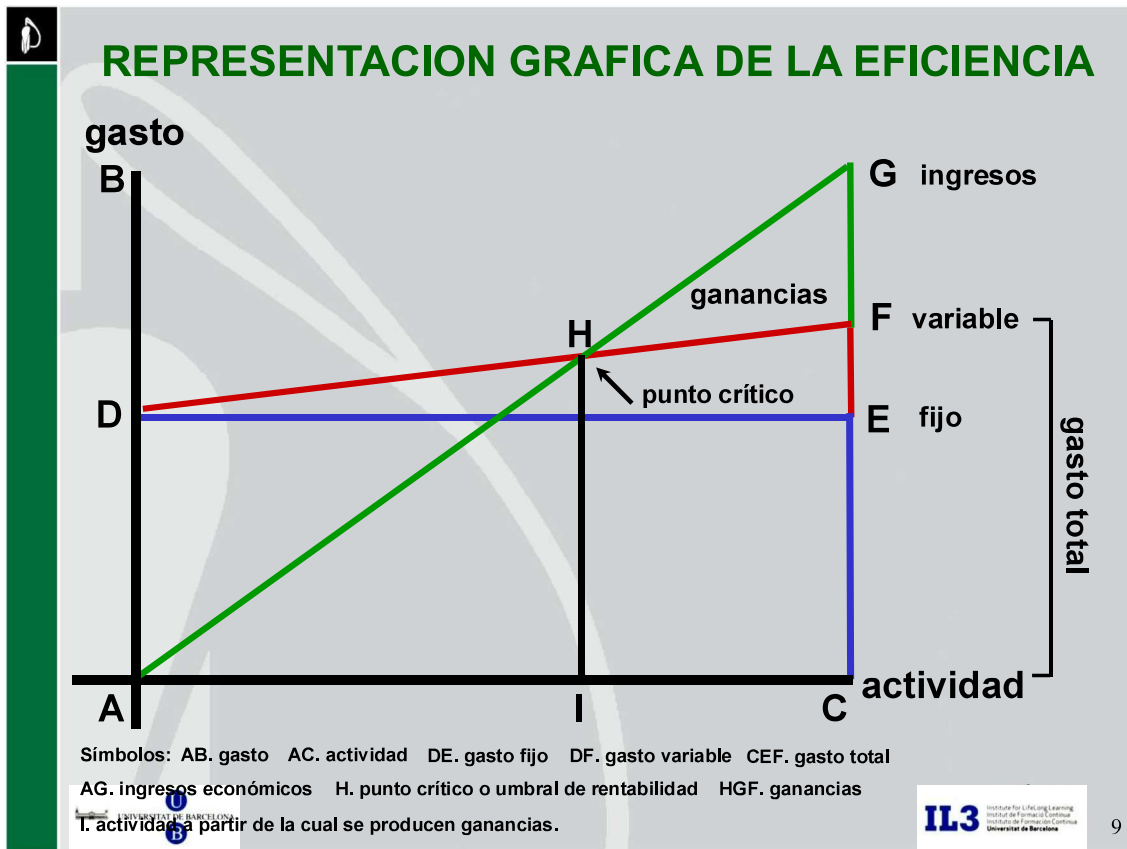
La Eficiencia potencial relaciona la eficacia con el previsible consumo de recursos. La eficiencia real relaciona la efectividad con el consumo de recursos incurrido.

Figura 8



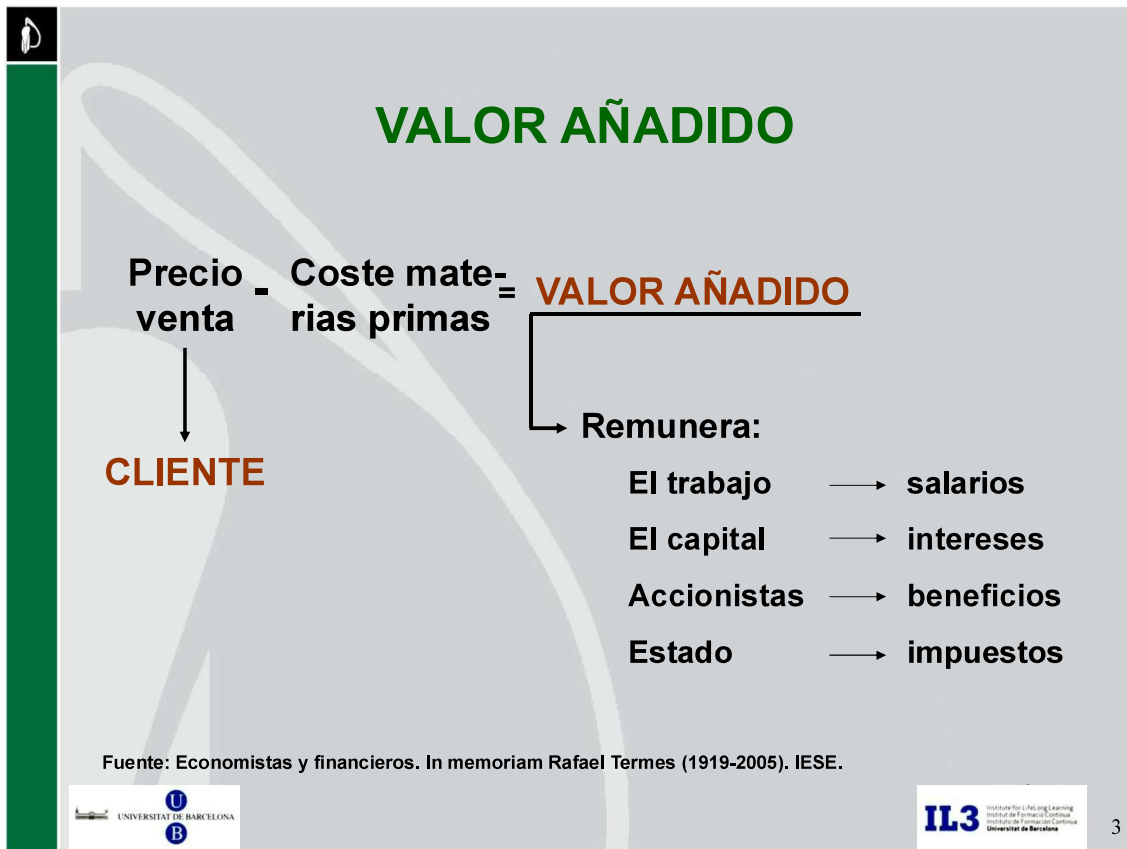
Leyenda. El modelo sanitario u hospitalario o cualquier otro modelo social debe ser Planificado que significa previsto (previsión científica), no predicho (predicción azarosa). Esa planificación cuantitativa debe comprender la necesidad, la eficacia, la eficiencia, la equidad la calidad exigible al modelo. Lo planificado debe ser gestionado para conseguir una cantidad, calidad y precio de los servicios acorde a lo previsto. En color granate aparecen en las cuatro esquinas del pentágono los cuatro grupos que condicionan el modelo con sus intereses fundamentales recuadrados en azul. En color verde se relacionan los grupos sociales que apoyan a cada colectivo del grupo. En la cúspide del Pentágono en rojo se escribe la consecuencia, es decir, el resultado.

Figura 9



Leyenda. Poca explicación necesita este gráfico, sí un poco de atención. En ordenadas está representado el gasto, en abscisas lo está la actividad. Existe un gasto fijo, no relacionado directamente con la actividad, que debería ser el mínimo indispensable. En los servicios públicos suele ser muy alto como consecuencia que la mayor parte está constituido por los salarios del personal. A este gasto fijo se les añade el variable que es proporcional a la actividad. La suma de ambos constituye el gasto total. Luego hay unos ingresos que en los servicios privados son directamente proporcionales a la actividad: ¡cuanto más hagas más ingresas! y existe un momento que la recta AG se cruza (punto H), con los gastos totales DF. A partir de ese punto (crítico o umbral de rentabilidad) el hospital cubre los gastos y comienza a ganar dinero. Eso en el privado porque en el público se ingresa lo que se gaste ¡Es fantástico! El personal en el público siempre se queja de que falta algo (o mucho). Y la oposición política dice que tiene razón.

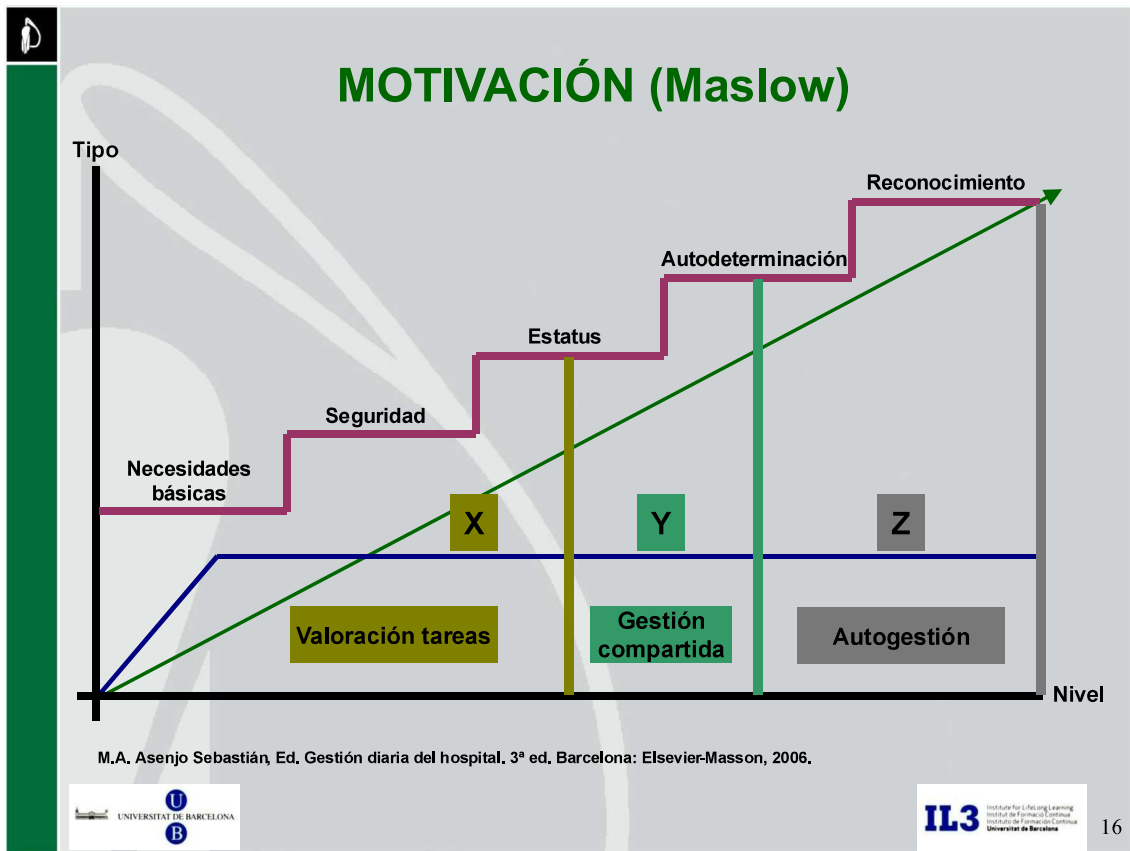
Figura 10



Leyenda. El valor añadido es el resultado de restar al precio de venta los gastos incurridos por adquirir las materias primas necesarias para producir tales bienes o servicios. Con ese valor añadido se remunera al trabajo con los salarios, al capital con los intereses, a los accionistas con los beneficios y al Estado con los impuestos. En el hospital público todo está vendido e ingresa lo que cueste producirlo. No hay que abonar intereses, ni producir beneficios, ni pagar impuestos.

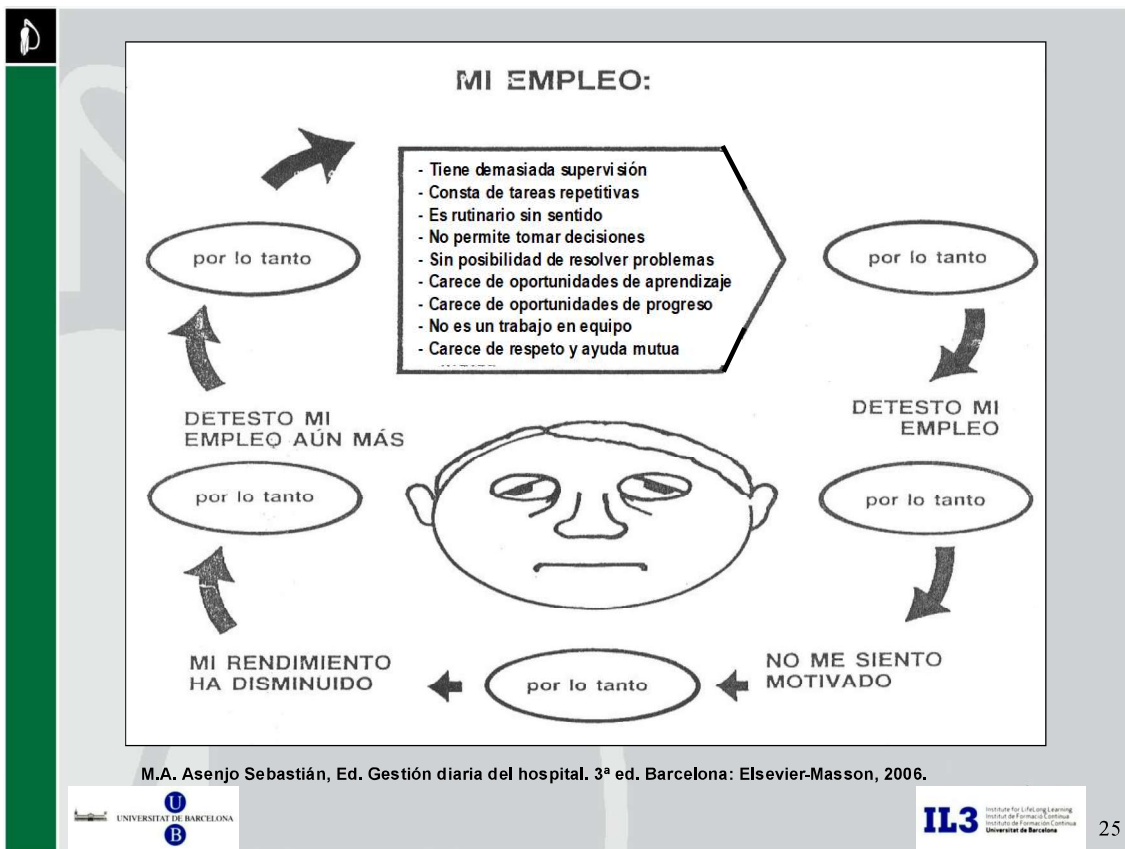
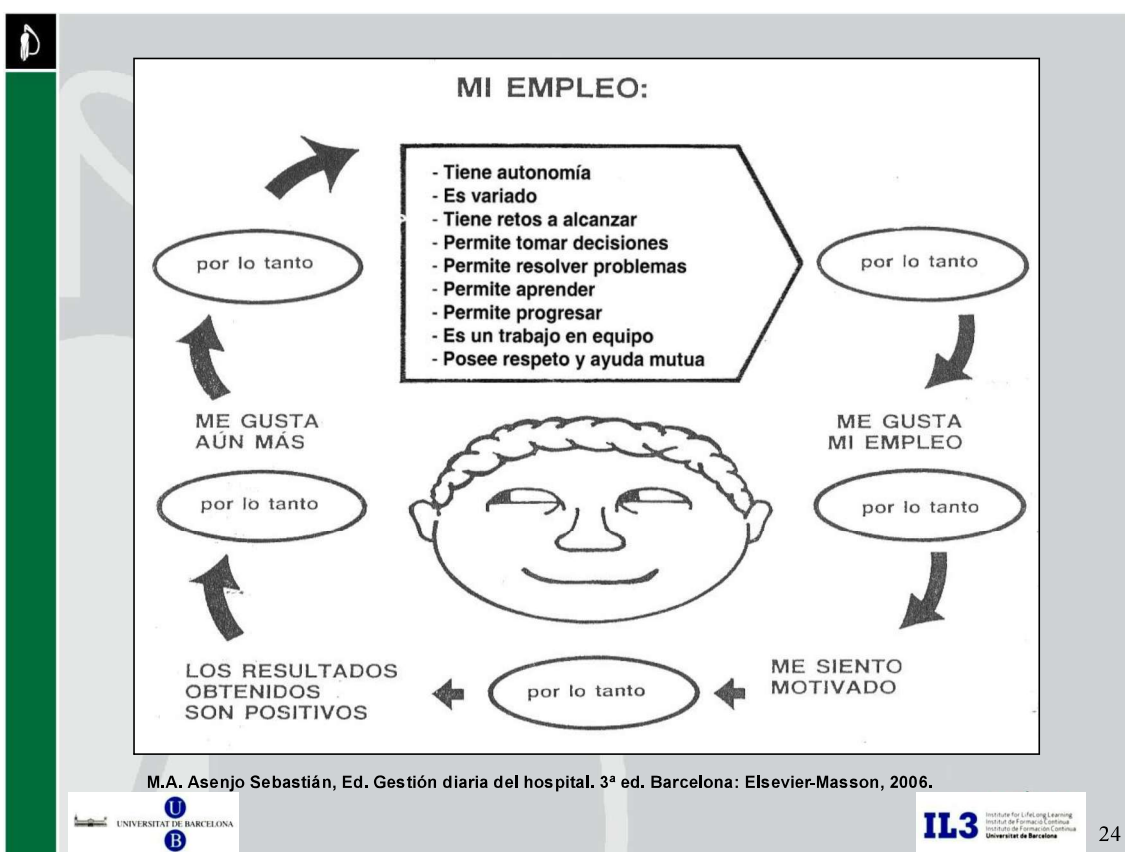
En el sistema sanitario público el médico recibe su salario según la categoría y el tiempo contratado, en el privado según la actividad desarrollada. En el primero se necesitan muchas normas y controles, en el segundo casi ninguna. En el público el enfermo es atendido por el que le toque, en el privado por el que elige. El médico del público debería hacerse la siguiente pregunta ¿este enfermo de poder elegir me elegiría a mí?

Figura 11



Leyenda. La muy empleada escalera de la motivación indica que el individuo aspira en el primer escalón a mantener la especie para lo que necesita alimentarse y reproducirse. Le sigue: alimentarse todos los días que se traduce en ser fijo de plantilla, continúa el tercer escalón por pertenecer a grupos de mayor rango (mejor enfermera que auxiliar); continúa por el deseo de decidir lo que quiere hacer (que no le marquen la agenda) y termina por aspirar a hacer lo que quiere que es lo que considera más beneficioso para la empresa y para él y que además se lo reconozcan. Esos escalones se corresponden con la teoría de gestión de MacGregor en la que los X razonan: el trabajo es tan malo que hasta lo pagan; cumplen el horario y eso si les vigilan. A un cantero del grupo X le preguntan al verle con un cincel y un martillo ¿qué hace? Respuesta: dando golpes a esta piedra. Otro del Y: estoy intentando sacar un angelito de este mármol y el del grupo Z contesta: estamos construyendo esa catedral; los Y aspiran a marcar los objetivos y compartir la gestión; los Y desean ser evaluados por lo resultados. A los del primer grupo se les debe aplicar la Valoración de tareas a los del segundo la gestión compartida, a los terceros la autogestión.

Figuras 12 y 13



Leyenda. No necesitan explicación alguna

