

PRINCIPIOS DE GESTIÓN SANITARIA

FRANCISCO ERRASTI

PRINCIPIOS DE GESTIÓN SANITARIA

DÍAZ DE SANTOS

© Francisco Errasti, 1997

Reservados todos los derechos.

«No está permitida la reproducción total o parcial de este libro, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, por registro u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del Copyright.»

Ediciones Díaz de Santos, S.A.

ISBN: 84-7978-275-7

Depósito legal: M. 29.730-2008

Diseño de cubierta: Ángel Calvete

Fotocomposición, impresión y encuadernación: FER, S. A.

Índice

Introducción	XI
---------------------------	-----------

Capítulo I

La organización de los servicios sanitarios	1
--	----------

Introducción	1
La atención primaria	3
Atención especializada	5
El área de salud	7
La salud pública	8
Planificación y cálculo de recursos sanitarios	8
Factores determinantes en la producción de servicios	12
Bibliografía	13

Capítulo II

La sanidad en Europa.....	15
----------------------------------	-----------

Introducción	15
Los sistemas sanitarios en los países de la Unión Europea	17
España: El sistema Nacional de Salud	20
Reino Unido	27
Alemania	30
Francia	30
Italia	31
Bélgica	32
Grecia	32
Dinamarca	33
Luxemburgo	33
Países Bajos	34
Irlanda	35
Portugal	36

Factores determinantes del sistema sanitario	36
Problemas sanitarios comunes de los países desarrollados	37
Propuestas de reforma: Competencia en el mercado	39
Bibliografía	42

Capítulo III

Economía de la salud	51
Introducción	51
El análisis económico en la asistencia sanitaria	54
Economía y sanidad	57
Necesidades y recursos en la asistencia sanitaria	59
El proceso productivo en la asistencia sanitaria	60
El mercado y la asignación de recursos	62
La demanda y la oferta en el mercado sanitario	64
La gratuidad y el pago complementario	68
Financiación y producción de la asistencia sanitaria	69
Beneficios y costes. La evaluación de los servicios sanitarios.....	70
La función de producción y el análisis marginal	73
La equidad en la salud y la asistencia sanitaria	76
Bibliografía	78

Capítulo IV

El hospital como empresa de servicios	81
Introducción	81
Clasificación de los hospitales	83
Estructura y organización hospitalaria	85
Servicio de admisión y urgencias. Puertas de entrada al hospital .92	
El nivel de utilización de los recursos y su eficiencia	97
Bibliografía	101

Capítulo V

Contabilidad económico-financiera. Conceptos	103
Introducción	103
Información económica y contabilidad	103
El fin de la contabilidad. Las cuentas anuales	105
El balance y su contenido	106

El activo y el pasivo	110
Balance consolidado	112
La amortización del inmovilizado	113
La amortización financiera	117
Autofinanciación de la empresa	117
Principios del plan general de contabilidad (PGC)	119
Instrumentos del análisis financiero: los ratios	122
La inflación y los estados financieros	124
Bibliografía	124

Capítulo VI

Los costes hospitalarios	127
Concepto de coste	127
Coste histórico y coste de reposición	128
Costes directos y costes indirectos	128
Coste total, coste fijo y coste variable	129
El coste total y el coste unitario	132
Coste marginal y margen de contribución	134
El sistema de costes directos y el de costes totales	137
El coste de oportunidad	137
Contabilidad de costes. El coste estándar	138
Cálculo del coste estándar	138
Análisis de desviaciones	139
Los costes en las empresas de servicios	141
La contabilidad analítica	142
Los centros de coste	142
Asignación o imputación de costes	145
El coste real hospitalario	146
Modelo de costes en hospitales de EE.UU.	148
Bibliografía	151

Capítulo VII

El producto y el proceso productivo en el hospital	153
Introducción	153
El producto hospitalario	153
El <i>case-mix</i> o la diversidad de pacientes	156
Los grupos relacionados con el diagnóstico (GRD)	157
Utilidad de los grupos relacionados con el diagnóstico	161
Limitaciones de los GRD	162

Otros sistemas de medición del <i>case-mix</i>	163
Análisis de gestión de las técnicas de <i>case-mix</i>	171
Bibliografía	173

Capítulo VIII

Evaluación económica de la asistencia sanitaria	175
Introducción	175
Definición de la tecnología sanitaria	176
Evaluación de la tecnología sanitaria	179
Diversas vertientes de la evaluación de la tecnología sanitaria	181
Eficacia y eficiencia. Costes y beneficios	185
Algunas reglas de decisión	190
Análisis y selección de inversiones	190
Distintas fases en la evaluación económica	192
Bibliografía	192

Capítulo IX

La calidad en la asistencia sanitaria	195
¿Por qué la calidad?	195
Calidad del proceso industrial	197
Calidad de los productos y servicios	200
La calidad en la asistencia sanitaria	202
La calidad y su relación con el coste y el beneficio	205
Gestión de la calidad asistencial	207
Diversos enfoques del control de calidad	212
¿Cómo mejorar la gestión de la calidad?	216
Aspectos económicos de la calidad	217
Sistema de corrección de la mala calidad	219
Criterios y estándares	222
Las Comisiones Clínicas Hospitalarias	224
Información para el control de la calidad	227
Bibliografía	228

Capítulo X

Comunicación e información en el hospital	231
Introducción	231
El proceso de comunicación	232

Medios de comunicación del hospital	235
La publicidad en la asistencia sanitaria	241
Tipos de comunicación	243
Objetivos de la comunicación	244
Estrategia de comunicación	245
Bibliografía	245

Capítulo XI

La dirección por objetivos	247
Introducción	247
La dirección por objetivos	248
Funciones que cumplen los objetivos	252
Participación en los objetivos	252
Valoración de los resultados	255
Objetivos y sistemas de retribución	256
Bibliografía	259

Capítulo XII

Gestión de los recursos humanos	261
Introducción	261
Teoría de la motivación del comportamiento humano	262
La formación del personal como factor estratégico	265
Énfasis en el personal	268
Gestión de los departamentos	270
La carrera profesional	273
Bibliografía	276

Capítulo XIII

El marketing hospitalario	277
La comercialización de los servicios	277
El marketing en las empresas de servicios	279
El marketing de lo intangible en los servicios	281
Producto-servicio en el hospital	282
El marketing en la asistencia sanitaria	284
Dinámica y orientación del marketing	287

Sensibilidad hacia el cliente	289
El <i>marketing-mix</i> hospitalario	291
Bibliografía	296

Capítulo XIV

La planificación sanitaria	299
Introducción y antecedentes	299
La planificación sanitaria. Concepto	301
La planificación según su extensión	304
Información a través de indicadores	305
Planificación estratégica del hospital	309
Planificación estratégica, táctica y de proyectos	310
El proceso de planificación estratégica	311
Bibliografía	319
Anexo I	44
Anexo II	46
Anexo III	47

Introducción

La asistencia sanitaria ha adquirido, a partir de los años ochenta, un protagonismo relevante. Forma parte de un interés generalizado, donde el profano abre sus ojos con inusitado interés. La propia ciencia médica, con sus constantes avances tecnológicos, no ha sido ajena a este nuevo panorama. Y, por otro lado, la universalización de la asistencia sanitaria, junto con la equidad, objetivos prioritarios en la mayoría de los países occidentales, se considera como una conquista social de naturaleza irrenunciable.

Sin embargo, de la propia economía del bienestar que propicia todo lo anterior ha surgido la necesidad de una racionalización de los recursos, porque son escasos. La economía de la salud, con un considerable poder analítico, empieza a ser aplicada a las empresas sanitarias, en una estrecha conexión entre economía y medicina. La economía versa sobre aquello que la gente valora y cómo maximizar el valor de lo que obtiene por medio de los recursos que dedica a una actividad concreta. Aplicada a la asistencia sanitaria, cuyo fin es restaurar la salud perdida o mitigar el sufrimiento, se entiende la importancia que ha adquirido la economía de la salud dados los enormes recursos que se dedican a ese fin.

Todo esto nada tiene que ver con la codicia o el interés por el dinero, como si se tratara de mercantilizar la asistencia sanitaria. Más bien todo lo contrario, la economía de la salud trata de obtener el máximo de salud para la población con los recursos limitados. Es el uso racional de los recursos el que lo exige, amparado en una responsabilidad ética. Y la gestión, en su acepción más amplia, puede y debe llevar a cabo una importante función.

No es éste un libro que pueda calificarse de «original», en el sentido de que haga una aportación novedosa en el campo de la gestión de la asistencia sanitaria y más en concreto de la hospitalaria. Pretende,

eso sí, ofrecer el panorama más completo posible de los nuevos modos con los que se están afrontando los problemas sanitarios desde un punto de vista de gestión empresarial. Como afirma A. Laurent, el hospital «debe asumir su mutación adoptando los aspectos de empresa que a la vieja tradición hospitalaria erróneamente repugnan. Estos aspectos se llaman gerencia, rentabilidad, imagen de marca, marketing, satisfacción del cliente, incentivos, superación y, no tengamos miedo a las palabras, “competitividad”».

¿Deben los médicos tener conocimiento de economía? Se ha señalado que los médicos representan menos del 1 por 100 de la población y que, sin embargo, sus decisiones determinan la manera en que se gasta alrededor del 10 por 100 del producto interior bruto. El médico trabaja en una economía de escasez y tiene la obligación de obtener la información sobre el coste y efectividad de las decisiones terapéuticas que adopta. En este contexto la evaluación económica de las nuevas tecnologías adquiere una importancia singular, por cuanto existe la constatación de que muchas veces se incorpora al sistema asistencial de manera inadecuada.

Tampoco se puede pensar que la economía se limita a la contención de costos y a los aumentos en la producción; está relacionada con mejoras generales en la calidad de vida y en la maximización de beneficios totales en el empleo de los recursos. Desde este amplio panorama, resulta apremiante que el personal clínico adquiera una comprensión de las cuestiones económicas más acorde con las exigencias actuales.

Ya no es posible eludir en la formación que se imparte en las facultades de Medicina el bagaje de conocimientos en economía que forme parte del ejercicio de su profesión. Y nadie duda que la activa participación de los médicos —también el sector de enfermería—, que han de incorporar los nuevos criterios de gestión en su actuación profesional, es una condición «sine qua non» para hacer de los hospitales verdaderas empresas sanitarias. La eficacia asistencial no puede disociarse de la eficiencia en el empleo de los recursos.

En este sentido, los distintos capítulos que se exponen tratan de facilitar y hacer asequibles unos conocimientos que se encuentran dispersos, tanto para los profesionales sanitarios como para los estudiantes interesados en estos temas.

La organización de los servicios sanitarios se aborda en el primero de los capítulos para ofrecer una visión general partiendo de la realidad de nuestro sistema sanitario, configurado desde la Ley General de Sanidad. Se completa este panorama cuando se explica la Sanidad de Europa y, más en concreto, la de los países de la Unión Europea, con

especial hincapié en el Sistema Nacional de Salud de nuestro país y sus características específicas.

El capítulo dedicado a la economía de la salud trata de encuadrar el ámbito en el que se desenvuelve esta rama de la economía del bienestar, para poder después enfocar adecuadamente todo lo relacionado con el hospital como empresa de servicios, bien que con algunas características singulares. Llegados a este punto, se exponen algunos contenidos propios de la economía de la empresa: los costes hospitalarios, la calidad del producto hospitalario, los recursos humanos del hospital, etc.

El hospital, con independencia de que tenga o no ánimo de lucro, ha de darse a conocer, debe saber cuál es el segmento del mercado al que sirve y cómo debe conquistar y mantener la fidelidad de sus pacientes. El marketing, tan ajeno durante muchos años a la realidad sanitaria, se trata en otro de los capítulos porque se ha convertido en un instrumento necesario para la eficaz gestión de los hospitales. Nada más ajeno al verdadero marketing que el ser baluarte de servicios engañosos. El marketing es intercambio y es comunicación, necesarios para que se dé una sincronización entre oferta y demanda en un servicio sanitario personalizado y de la mejor calidad posible. En el ámbito interno del hospital, el objetivo del marketing es atraer al personal —se considera como un cliente— y conservarlo, si es posible, en el ámbito de una «cultura corporativa» que ejerce la necesaria influencia sobre la manera como se resuelven los problemas, se toman las decisiones y se llevan a cabo las tareas cotidianas.

Si las decisiones de lo que queremos ser mañana se han de tomar hoy, el hospital debe también ser capaz de planificar y no sentirse ajeno al entorno en el que se desenvuelve. La planificación sanitaria de la que trata el último capítulo es un imperativo, tanto si se refiere a los servicios sanitarios globalmente considerados, como en el ámbito del propio hospital. La decisión estratégica concierne al desarrollo del hospital a largo plazo.

La asistencia sanitaria se ha abierto, en las dos últimas décadas, a un nuevo panorama de expectativas nunca conocidas; pero, al mismo tiempo, se ha visto sometida a una inevitable restricción. Mientras el progreso técnico amplía sin cesar las posibilidades de la medicina, la economía pone un límite a su aplicación indiscriminada. El médico es el verdadero protagonista de una nueva cultura de la gestión sanitaria y sus conocimientos científico-técnicos, aplicables a los enfermos, deben complementarse con una gestión activa e inteligente para conseguir lo mejor para un mayor número de pacientes. La dimensión ética

configura, en última instancia, una nueva orientación en la toma de decisiones por parte de los médicos.

No quiero dejar de manifestar mi gratitud a Mariví Ilundain que, con sus excelentes cualidades, su larga experiencia como secretaria médica y su trabajo inteligente, ha sido una inestimable ayuda en las distintas versiones del mecanografiado de este trabajo.

Pamplona, septiembre, 1996

La organización de los servicios sanitarios

INTRODUCCIÓN

Son muy diversos los componentes de la actividad humana que tienen relación con el nivel de salud de las personas y de la colectividad. Esto ha conducido a distintas definiciones de salud que, a su vez, condicionan los sistemas de salud existentes. Concretamente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que el sistema de salud «incluye componentes interrelacionados del medio ambiente, actividades de las instituciones educativas, aspectos de la vivienda, condiciones laborales y otros sectores relacionados».

El propio concepto de salud tiene un componente cultural que ha conducido a esquemas y concepciones muy diversas (Tabla 1.1).

No vamos a entrar aquí en consideraciones sobre los sistemas que se vienen utilizando para la ordenación de los servicios sanitarios mediante técnicas de ordenación del territorio, investigación operativa y estadística, epidemiología, etc. En última instancia, los servicios sanitarios, como sucede en otros servicios, proceden de la confluencia de una población que necesita una asistencia sanitaria (*demanda*) y de la *oferta* de medios para llevarla a cabo. El análisis de ambas conducirá a la planificación geográfica y a la asignación y coordinación de los recursos.

En los países desarrollados del mundo occidental, el instrumento administrativo utilizado en la ordenación de los servicios sanitarios financiados con dinero público ha sido la regionalización. Con ella se pretende una distribución equitativa de los recursos sanitarios (Tabla 1.2).

Se trata, en última instancia de responder a las siguientes preguntas:

Tabla 1.1
Esquema de las concepciones de salud

Concepción	Nota característica	Historia	Disciplina	Métodos de trabajo
1. Somático-fisiológica	Salud como ausencia de enfermedad. Objetividad	Desde los orígenes a la presente medicina	Medicina clínica	Exploración del cuerpo. Examen de signos y síntomas. Análisis varios
2. Psíquica	Salud de lo que no es el cuerpo tangible. Subjetividad	Inicio siglo XVIII. Desarrollos recientes desde principios del XX	Psiquiatría. Psicología médica	Exploración psiquiátrica individual. Psicoanálisis. Técnicas de grupo
3. Sanitaria	Salud como estado positivo y colectivo. Transmisión social de la enfermedad. Prevención	Medidas profilácticas desde la antigüedad. Desarrollo científico siglo XIX	Medicina preventiva y social. Sanidad y salud pública	Encuesta sanitaria. Epidemiología. Educación sanitaria
4. Político-legal	Salud como derecho y obligación universal. Reconocimiento legal y participación estatal	Desde las revoluciones políticas a los sistemas de seguros sociales y de seguridad social	Derechos fundamentales. Derecho de la Seguridad Social a la asistencia sanitaria	Leyes fundamentales y constitucionales. Leyes y reglamentos de la Seguridad Social. Programas políticos
5. Economía	Salud como condicionante de la productividad del factor humano. Precio de la salud y coste de enfermedad	Principios siglo XX en países industrializados	Economía sanitaria y del trabajo. Planes de desarrollo de recursos humanos	Análisis de costes de la enfermedad y de alternativas para las inversiones sanitarias
6. Social	Salud como participación social. Relatividad cultural de la salud y la enfermedad	Posterior a la II Guerra Mundial	Sociedad de la salud, la enfermedad y la medicina	Métodos de investigación social. Análisis de roles y de grupos
7. Ideal	Salud como estado ideal no alcanzable	Desde la antigüedad clásica al presente	Literatura. Antropología. Otras disciplinas	Elaboración modelos de salud

Fuente: Guílera E. *Todo Hospital*, 1988, vol. 2, n.º 4.

Tabla 1.2

Población	Tipo de asistencia	Territorio
500 a 50.000	Asistencia primaria	Local
50.001 a 500.000	Asistencia especializada y hospitalaria	Distrito
500.001 a 5.000.000	Asistencia especializada del más alto nivel	Región

- ¿Qué estructura organizativa ha de darse a los servicios sanitarios?
- ¿Qué población debe asignarse a cada nivel asistencial?
- ¿Cómo establecer el ordenamiento sanitario?
- ¿Qué medios se pueden establecer para el acceso equitativo a los distintos niveles sanitarios?

En nuestro país se creó el Seguro Obligatorio de Enfermedad en 1942, para proteger a los productores más débiles de la industria y el comercio.

La Constitución Española (art. 43) reconoce el derecho a la protección de la salud, y compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios sanitarios.

La Ley General de Sanidad de 1986 completó el desarrollo normativo estableciendo que la asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población española.

A partir del 1.º de enero de 1989, se puso en marcha la universalización de la asistencia sanitaria. Su implantación originó un aumento de un millón de personas que hasta entonces no disfrutaban de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social y un aumento de beneficiarios del 4 por 100. Los problemas fueron patentes, puesto que no estaba todavía resuelta la infraestructura sanitaria capaz de responder a la nueva demanda potencial.

LA ATENCIÓN PRIMARIA

Es la puerta de entrada al sistema y a la propia atención sanitaria.

Comprende la asistencia prestada por los médicos generales, pediatras y enfermeras, bien en consultorios rurales o urbanos, y en centros de salud. También se da asistencia a domicilio.

Este primer nivel asistencial incluye los servicios de urgencia extrahospitalaria y los puntos de atención continuada de los centros de

salud, así como la extracción periférica y parte de las instalaciones de diagnóstico complementario básico (radiología simple, laboratorios de análisis clínicos sencillos y electrocardiograma).

Los nuevos servicios de atención primaria atienden también, aunque no de forma homogénea, la planificación familiar y la atención a la mujer, actividades preventivas, salud mental, trabajo social sanitario y fisioterapia básica, por medio de unidades específicas.

En relación a otras facetas de organización, los médicos generales llevan a cabo tres tareas:

- Regulan el acceso a las consultas de los especialistas del hospital, debido a la obligatoriedad del documento de derivación, excepto para urgencias.
- Cumplimentan, además de las propias, las recetas de los especialistas.
- Controlan las bajas laborales a través de los partes de incapacidad laboral transitoria (ILT) (Tabla 1.3).

En el ámbito de la atención primaria de salud, mediante fórmulas de trabajo en equipo, se atenderá al individuo, la familia y comunidad, desarrollándose, mediante programas, funciones de promoción de la salud, prevención, curación y rehabilitación a través tanto de sus medios básicos como de los equipos de apoyo a la atención sanitaria (artículo 56, LGS) (Tabla 1.4).

Tabla 1.3

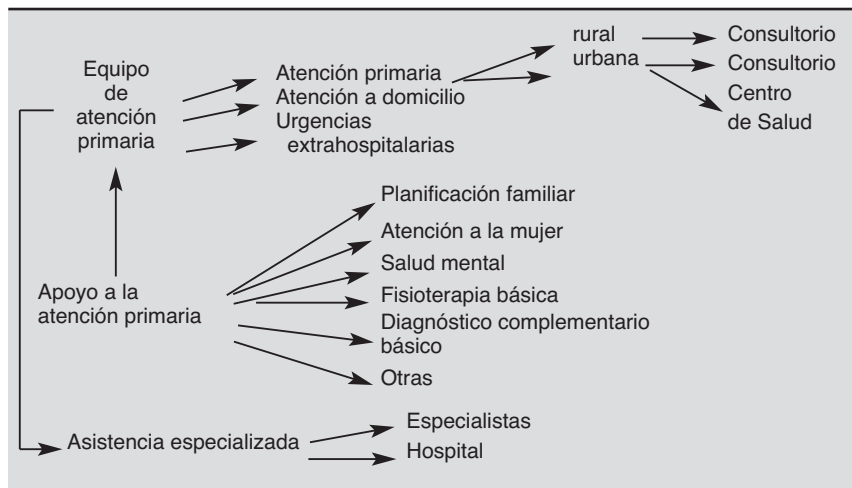


Tabla 1.4

Funciones de la atención primaria	Promoción de la salud	Mejora de la salud	promoción Información Evaluación
	Prevención de la salud	Mantener población sana	Información Epidemiología Programas de prevención Objetivos de salud Evaluación
	Curación y rehabilitación	Curar y rehabilitar	Información Actividades asistenciales Urgencias
		Educación sanitaria Programas de	

Todavía no se ha logrado, y es un objetivo de significativa importancia, alcanzar la equidad en el acceso a los servicios y su homogeneidad en el ámbito de una asistencia universal.

ATENCIÓN ESPECIALIZADA

De acuerdo con el artículo 65 de la LGS, el hospital es el establecimiento encargado tanto del internamiento clínico, como de la asistencia especializada y complementaria que requiera su zona de influencia. En los hospitales también se llevan a cabo las labores de docencia e investigación, sin limitarse únicamente a la tarea asistencial. La red de asistencia especializada cuenta con hospitales de distinto tipo:

- Hospitales de agudos
- Hospitales de crónicos
- Hospitales monográficos

Teniendo en cuenta la planificación territorial, existen distintos niveles de complejidad en los hospitales generales, en razón del ámbito

Tabla 1.5

Hospital nivel secundario	- Medicina Interna - Cirugía general - Traumatología - Obstetricia y Ginecología - Urología, Nefrología, ORL, Oftalmología - Pediatría - Radiología - Laboratorio de Bioquímica - Laboratorio de Hematología - Laboratorio de Microbiología - Anatomía patológica elemental - Farmacia - Anestesiología y Reanimación - URCE (Unidad de recuperación y cuidados especiales) - Rehabilitación
Hospital nivel terciario	- Oncología y Radioterapia - Medicina nuclear - Cirugía cardiovascular y torácica - Neurocirugía - Cirugía plástica - Cirugía maxilo-facial - Neonatología - Cirugía pediátrica - Genética - Cardiología (Unidad de coronarias) - Especialidades pediátricas - Especialidades obstétricas y ginecológicas - Especialidades anatomopatológicas - Psiquiatría - UVI - UCI - Especialidades rehabilitadoras

de población al que atienden y los servicios y especialidades de que disponen (Tabla 1.5).

La aproximación de los servicios sanitarios a toda la población, la integración de todas las funciones en el marco de un ámbito territorial y la descentralización, son principios que, con mayor o menor acierto, han inspirado una gran parte de las políticas sanitarias de nuestro entorno.

Teniendo en cuenta estos principios, se constituyeron las áreas de salud como las estructuras fundamentales del sistema sanitario, responsables de la gestión unitaria de los centros y establecimientos del servicio de salud de cada comunidad autónoma y de las prestaciones sanitarias y programas sanitarios que éstos han de desarrollar (art. 56, LGS).

EL ÁREA DE SALUD ⁽¹⁾

Como ya se ha dicho, el área de salud es la estructura fundamental del sistema sanitario. Con el fin de lograr la máxima operatividad y eficacia en el funcionamiento de los servicios a nivel primario, las áreas de salud se dividirán en zonas básicas de salud. Esta delimitación se realizará teniendo en cuenta:

- La distancia máxima de la población más alejada de los servicios y el tiempo normal a invertir en su recorrido.
- El grado de concentración o dispersión de la población.
- Las características epidemiológicas de la zona.
- Las instalaciones y recursos sanitarios de la zona.

La zona básica de salud es el marco territorial de la atención primaria de salud donde desarrollan su actividad los centros de salud, centros integrales de atención primaria.

Cada área de salud estará vinculada o dispondrá, al menos, de un hospital general con los servicios que aconseje la población a asistir, la estructura de ésta y los problemas de salud (Figura 1.1).

¹ Seguiremos el contenido de la Ley General de Sanidad.

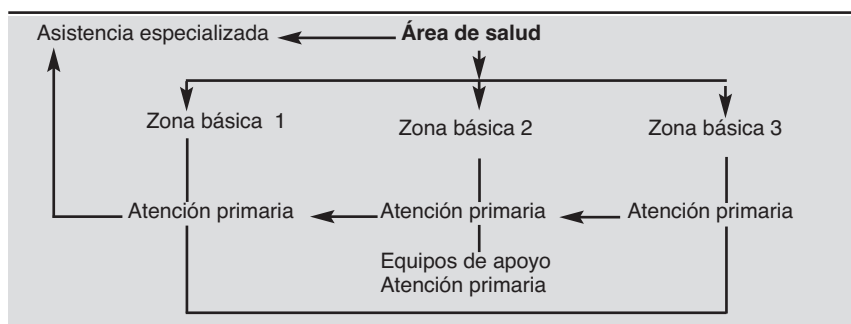


Figura 1.1

Como norma general, cada área de salud extenderá su acción a una población entre 200.000 y 250.000 habitantes y se delimitará teniendo en cuenta factores geográficos, socioeconómicos, demográficos, laborales, epidemiológicos, culturales, climatológicos y de dotación de vías y medios de comunicación.

LA SALUD PÚBLICA

El artículo 8 de la Ley General de Sanidad afirma que «se considera como actividad fundamental del sistema sanitario la realización de los estudios epidemiológicos necesarios para orientar con mayor eficacia la prevención de los riesgos para la salud, así como la planificación y evaluación sanitaria, que debe tener como base un sistema organizado de información sanitaria, de vigilancia y de acción epidemiológica».

Se considera también actividad básica del sistema sanitario la que pueda incidir sobre el ámbito propio de la Veterinaria de Salud Pública en relación con el control de higiene, la tecnología y la investigación alimentarias, así como la prevención y lucha contra la zoonosis y las técnicas necesarias para la evitación de riesgos en el hombre debidos a la vida animal o a sus enfermedades.

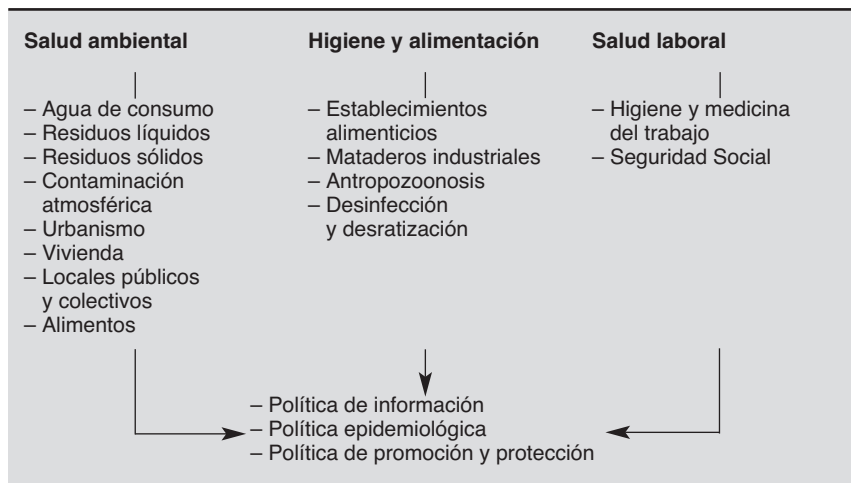
El Capítulo 2 completa estas actividades con actuaciones diversas, como la promoción y la mejora de los sistemas de saneamiento, el abastecimiento de aguas, la eliminación y tratamiento de residuos líquidos y sólidos, el saneamiento y control del aire, etc.

Surge así, con entidad y contenido propio, la salud pública, con una función de información, vigilancia, protección y promoción en todo aquello que afecte positiva o negativamente a la salud. Adquiere, por su misma naturaleza, un carácter de totalidad o universalidad, en la medida en que afecta a todo el medio en el que se desarrolla la vida de los individuos. Desde el punto de vista de su contenido material, podrá establecerse la siguiente división (Tabla 1.6).

PLANIFICACIÓN Y CÁLCULO DE RECURSOS SANITARIOS

Cualquier sistema de planificación, en este caso de asistencia sanitaria, debe adecuar una oferta a la demanda estimada. Los recursos sanitarios deben satisfacer las necesidades existentes. Esto que parece tan sencillo de formular no lo es tanto cuando esta adecuación aparece en toda su complejidad. Además, no basta una simple consideración cuantitativa de los recursos o de la propia demanda. Ambas

Tabla 1.6



requieren matizaciones cualitativas que obligan a un diagnóstico preciso para determinar las acciones que se han de tomar. Una distribución equitativa de los recursos ha obligado, asimismo, a tener en cuenta el factor espacial y, por tanto, de acceso a las instalaciones sanitarias.

En los años setenta, la planificación regional adquirió carta de naturaleza, especialmente en Europa, en aquellos países donde la administración pública asumió la financiación de los servicios de salud. Se basa en el establecimiento de áreas geográficas con determinadas características, que pudieran ser administradas de manera razonable. Aunque no exista un tamaño estandarizado de una región sanitaria, es una manera —*tan discutible como se quiera*— de racionalizar las estructuras administrativas y hacer efectiva la oferta de servicios sanitarios. Bien entendido, con ello se quiere conseguir una igualdad de oportunidades en el acceso al sistema.

Junto a la planificación territorial, la epidemiología ha irrumpido en el campo de la planificación sanitaria y, más específicamente, en lo que se ha llamado la medicina comunitaria. En la medida en que la epidemiología identifica los problemas de salud, efectúa una aportación de singular importancia para la planificación sanitaria, sin olvidar la posterior evaluación de las medidas que se adoptan para lograr los objetivos de salud.

Los sistemas que se han utilizado para calcular los recursos necesarios que satisfacen la demanda son muy diversos. Se utilizan con

frecuencia como orientativos y elementos de comparación. Unos son más sencillos que otros, en función de la información real y fiable de la que se pueda disponer. Algunos de estos métodos son los siguientes (Pineault y Daveluy, 1987):

- a) *El que se basa en las necesidades de salud.* Responde a las necesidades conocidas y cuantificadas. Los cálculos han de basarse en criterios profesionales para poder satisfacer las necesidades. Se pueden estimar por medio de la siguiente fórmula:

$$Rt = \frac{P \times C \times V \times D \times W}{W}$$

Rt: Recursos necesarios.

P: Población.

C: Número medio de condiciones específicas por año y persona.

V: Número medio de servicios por persona, por condición y por año.

D: Tiempo medio que se requiere para dar cada servicio.

W: Tiempo medio de trabajo de un recurso.

- b) *El que se basa en los objetivos de los servicios.* Mediante este método se definen los objetivos de servicios producidos y de volumen de recursos. Estos objetivos, a su vez, son definidos a través de los servicios necesarios y de la productividad de los recursos.

Los recursos necesarios se calculan teniendo en cuenta la población por los servicios que requiere cada persona, dividido por la productividad del recurso.

El método utiliza la siguiente fórmula:

$$Rt = \frac{V \times P}{Q \times A}$$

Rt: Número de recursos que se requieren para el año t.

V: Número de servicios que se requieren por año y persona.

P: Población.

A: Norma óptima de actuación o de capacidad de producción del recurso.

Q: Capacidad de producción máxima de un recurso concreto.

c) *El que se basa en la utilización de servicios.* Trata de hacer una estimación de los servicios que utilizará la población en el futuro, partiendo de las necesidades actuales. Con frecuencia se utiliza la simple extrapolación de las tasas actuales, teniendo en cuenta de modo especial las variaciones demográficas. Para este método se requiere la información demográfica y su distribución por edades y sexo, así como su proyección futura; además, se necesita saber la utilización actual de los servicios y la productividad de los recursos.

La experiencia demuestra, como inconveniente de este método, que no piensa en la variabilidad futura en la utilización de los servicios.

d) *El que se basa en estándares o ratios.* Entre ellos están:

- Ratio de recursos sanitarios
- Ratios de demanda
- Ratios de ordenación territorial
- Ratios de gestión

Ratio de recursos sanitarios

Se utiliza el ratio del número de camas por mil habitantes, tanto en hospitalizaciones de agudos, como de larga estancia, etc. Es frecuente también el de número de médicos por mil habitantes, así como la estructura y servicios que han de tener los hospitales para su clasificación.

La significación de algunos de estos estándares es muy relativa y los hábitos sanitarios de un país y los de su población pueden convertirlos en irrelevantes si queremos compararlos con los de otros países.

Ratios de demanda

Se utilizan los de frecuentación, tanto de consultas como de hospitalización, que son un índice de la sobreutilización o subutilización de los servicios sanitarios.

Ratios de ordenación territorial

El tiempo que necesita la población en medios de transporte ordinarios para acceder a un servicio sanitario es muy clásico y bastante razonable (se considera que no debe exceder de 30 minutos a un

centro de urgencias o de 3 horas a un centro de asistencia autosuficiente).

Ratios de gestión

Tratan de medir el nivel de rendimiento de los recursos. Se utiliza el índice de ocupación, la estancia media, etc. Poco a poco, algunos de estos índices van siendo sustituidos por otros que tienen mayor precisión, como los análisis de «case-mix».

FACTORES DETERMINANTES EN LA PRODUCCIÓN DE SERVICIOS

No basta establecer el tipo de recursos que se necesitan. En la asistencia sanitaria, además de los aspectos cuantitativos —cuya importancia no cabe desdeñar—, se deben valorar los cualitativos, que pueden afectar directamente a la satisfacción de los pacientes. Para Donabedian, las características de los recursos y su organización son los llamados «factores interventores»: la productividad, la eficacia potencial, el empleo adecuado de los recursos y la accesibilidad.

Productividad

Es la capacidad o grado de producción de un recurso. Dadas las especiales características de los servicios sanitarios, la productividad de los recursos puede ser muy variable; e influyen en ello la experiencia de las personas, su formación, la disponibilidad e identificación con los objetivos globales, el nivel de la tecnología, la organización, etc.

Una adecuada combinación de recursos —que un médico no haga lo que puede hacer una enfermera, ni ésta lo que puede hacer una auxiliar— puede llevar consigo un considerable aumento de la productividad.

La eficacia potencial

Se refiere a la capacidad de un recurso para lograr el resultado deseado. Como se sabe, esta relación no es siempre fácil de determinar y, de hecho, muchos procedimientos carecen de eficacia probada.

El empleo adecuado de los recursos

Destinado a su capacidad de producción y para el fin previsto. Por ejemplo, es bien conocida la utilización inadecuada que, en numerosos casos, se hace de los servicios de urgencias de los hospitales, impidiendo que este recurso cumpla con su función prevista de la manera más eficaz. Lo mismo podría afirmarse de algunas hospitalizaciones no indicadas que ocupan camas que serían necesarias para otros pacientes.

Accesibilidad

Puede contemplarse desde el punto de vista geográfico, que dificulte la accesibilidad de la población a un recurso determinado, o desde el punto de vista socioeconómico y organizativo que impiden al paciente acceder al servicio.

BIBLIOGRAFÍA

- CASAS M. *Ordenación territorial de los sistemas sanitarios*. Cuadernos Caps, n° 4. Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud. Informe y Recomendaciones, Julio 1991.
- CUERVO JI, VARELA J, BELENES R. *Gestión de hospitales. Nuevos instrumentos y tendencias*. Barcelona. Ed. Vicens Vives, 1994.
- DONABEDIAN A. *Aspects of medical care administration: Specifying requirements for health care*. Cambridge, Mass. Harvard University Press, 1973.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. *Ley General de Sanidad/94/1986* del 25 de abril.
- PINEAULT R, DAVELUY R. *La planificación sanitaria. Conceptos, métodos, estrategias*. Ed. Masson, 1987.
- Planing and Management for Health. Report on a European Conference Europe report and Studies*, n° 102. Regional Office for Europe. Copenhagen, 1986.
- WHITE K. et al. *Fundamentación y práctica de la planificación y gestión nacionales de los Servicios de salud*. Cuadernos de Salud Pública, n° 67, OMS, Ginebra, 1977.

