

---

Este capítulo se publica bajo Licencia [Creative Commons BY-NC-SA 3.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/)

## Tema 3. REFORMAS EN SISTEMAS Y SERVICIOS SANITARIOS.

### Introducción

Más de treinta años de reformas y cambios llevan a reflexionar y a profundizar en el concepto de “reforma”. Los elementos clave que definirían un proceso de reforma, desde la perspectiva de Salman y Figueras son:

- Cambio estructural más que gradual.
- Cambio en los objetivos políticos, seguido de cambio institucional, más que redefinición de objetivos únicamente.
- Cambio intencionado, más que “a lo que salga”.
- Cambio sostenido y de largo plazo, más que “de una vez”.
- Proceso político “de arriba hacia abajo”, dirigido por el gobierno nacional, regional o local.



Repullo para interpretar este contexto sostiene que las reformas tienen una clara orientación “de arriba hacia abajo”; en términos de modelo de conocimiento, serían hipotético-deductivas; de una interpretación de los problemas y la organización, se pasa a un “diseño” que se propone para rehacer la organización de forma intencionada y controlada.

Dicho estilo de conocimiento y acción está fuertemente enraizado con el modo racionalista de pensar, el racionalismo cartesiano constructivista típico del modernismo de la salud pública entre otras disciplinas. Este racionalismo cree firmemente en la validez del pensamiento lógico y de la razón aplicada al diseño consciente y deliberado de organizaciones sociales, y por lo tanto se inscribe claramente en los intentos de planificar y organizar las instituciones y servicios públicos.

Sin embargo la aplicación de políticas reformadoras racionalistas choca con barreras que llevan a resultados muy diferentes de los pretendidos ya que las organizaciones son sistemas abiertos, tienen una extraordinaria complejidad, el poder está ampliamente distribuido, y los distintos procesos y agentes están ligados a través de sistemas e intereses difíciles de conjugar y de aprehender en todas sus interacciones.

Esto no significa que los sistemas abiertos o caóticos no puedan ser gestionados; de hecho la *“gestión del cambio”* es una disciplina que ha ido creciendo en importancia y parte de reconocer el déficit de poder y de conocimiento que suele tenerse en las organizaciones complejas. Centra su esfuerzo en influir, catalizar, motivar y guiar las conductas de los agentes implicados en el sentido de avance establecido.

Por todo lo anterior, cada vez se presta más atención en los análisis de políticas a los cambios; según manifiesta Repullo, el concepto de cambio es más inductivo, se basa en la exploración de los procesos de transformación de la propia organización, producto de la compleja interacción entre modificaciones de tecnología, demanda, profesionales, organización y políticas. Parece entonces que la forma más adecuada de enfocar el binomio cambios/reformas es estudiar desde la perspectiva evolutiva de los cambios que se han ido produciendo en el ámbito de actuación de los sistemas sanitarios, identificar la naturaleza de los desajustes entre la estructura y los problemas y necesidades, ver su expresión en forma de presiones que propician las reformas y, finalmente, establecer los principales patrones de reforma que han ido emergiendo en ese proceso.

La etapa clave desde se realiza este análisis es la surgida a raíz de la crisis del petróleo en los años 70, situación en la que se introducen elementos de crisis que condicionan la entrada en un escenario que, con variaciones y diversas etapas, se ha mantenido hasta la actualidad. Cabría entonces hablar de un escenario de estabilización expresado en una triple crisis.

## Etapas clave

### **CRISIS FINANCIERA**

La crisis financiera se expresa como un desajuste entre el crecimiento del gasto sanitario y el crecimiento económico, que se agudiza cuando este último se estanca (Repullo 2005); es uno de los aspectos más visibles y, por tanto más identificado y estudiado; en buena medida, las políticas de contención de costes son impulsadas desde la preocupación macroeconómica de los gobiernos y expresan la voluntad de imponer controles al crecimiento de los gastos sanitarios.

### **CRISIS DE RACIONALIDAD**

A mediados de los años 70 y hasta principios de los 80 irrumpe una crisis que supone un cuestionamiento de la lógica asistencial médico-curativa anterior, a partir de la constatación de una disminución de la efectividad global de los sistemas. El cambio en los perfiles de morbimortalidad, hace que el sector sanitario se enfrente a una población más envejecida, donde *patologías crónicas* toman el relevo de las infectocontagiosas y agudas, trasladando el interés de las actuaciones sanitarias no tanto a la “cantidad de vida” como a la “calidad de vida”. A esto se añade que la mortalidad evitable asociada a patologías crónicas encuentra su vulnerabilidad más importante fuera del sector asistencial: el medioambiente, los estilos y hábitos de vida o el estatus socioeconómico aparecen como determinantes en muchos procesos, y exigen que el sistema sanitario se plantee intervenciones desde la lógica de la *protección de la salud, la promoción, la educación sanitaria y la prevención clínica*.

La reorientación que se pretende de los sistemas sanitarios se dirige a un cambio de prioridades a favor de la promoción y prevención, al trabajo intersectorial y a un abordaje más integrado de los problemas de salud que llevan a la potenciación del nivel de *atención primaria* como elemento fundamental para aportar longitudinalidad, continuidad y coherencia al conjunto de intervenciones sobre el individuo y su núcleo familiar.

### **CRISIS DE LEGITIMIDAD**

Algo más tarde que las anteriores, aflora la crisis de legitimidad, la cual implica aspectos menos tangibles pero no menos importantes: supone la expresión de un *desajuste entre las expectativas sociales e individuales y las características de los servicios que ofrece el sistema sanitario*. Los sistemas sanitarios se habían constituido sobre la un modelo de Estado de Bienestar, en el cual la

sociedad aceptaba, e incluso reivindicaba un papel dominante de los aparatos del Estado en la creación de servicios de protección a los problemas de salud de la población; sin embargo, el crecimiento de dichos aparatos del Estado configura un *modelo burocrático* que tiende a interponerse en la relación entre los pacientes o usuarios de servicios personales y los proveedores de los mismos; la tendencia uniformadora y reglamentista de las burocracias sumado al substrato paternalista y a las dificultades crecientes para motivar e incentivar a los profesionales crean un progresivo desajuste con las necesidades de las nuevas generaciones.

Esto tiene consecuencias tanto en lo *micro*, cambios en la relación profesional-paciente guiados por nuevas exigencias de autonomía y poder de decisión (relación de agencia), como en lo *macro*, exigencia de accesibilidad personalizada, participación, eliminación de barreras burocráticas y cuestionamiento del modelo paternalista a favor de una organización centrada en los clientes y receptiva a las preferencias de los usuarios.

Junto con esto, la conciencia social y política empieza *a dudar de la intensidad con la cual aplicar el criterio de solidaridad* en la protección social; el mayor gasto sanitario supone una mayor exigencia de solidaridad.

En este contexto se han producido los principales desajustes, presiones y procesos de reforma.

### Principales patrones de reforma del sistema sanitario

Los cambios han dejado paso progresivamente a intentos de reforma que afectan a diversos escenarios y que se formulan desde distintas perspectivas; por ello, cabría hablar de “patrones de reforma”, que sintetizan dichos escenarios y perspectivas. Según Repullo, estos patrones se han ido introduciendo con cierta secuenciación: la **contención de costes** fue una respuesta pragmática para limitar el crecimiento del gasto sanitario; el **racionalismo planificador** fue la respuesta técnica que pretendía establecer mecanismos de decisión y priorización basados en estudios de necesidades de salud; el **gerencialismo** pretendía incorporar métodos y técnicas empresariales en la gestión de los centros sanitarios.

La peculiaridad y complejidad del debate actual de reformas estriba en que dichos patrones, lejos de extinguirse al acabar su momento estelar, *han pervivido como políticas que se mantienen activas* y que interactúan combinadamente unas con otras.

#### **LA CONTENCIÓN DE COSTES**

Es un patrón de respuesta pragmática orientada fundamentalmente al control económico del

gasto a través del establecimiento de límites por el lado de la oferta más que por el de la demanda.

Algunas de las medidas orientadas a la oferta son:

- a. *Techos presupuestarios para los centros sanitarios.* Se trata de buscar la máxima capacidad de previsión del gasto en los proveedores a partir de los gastos históricos.
- b. *Limitación en la producción de profesionales sanitarios.* Las políticas de admisión en las facultades de medicina y escuelas de enfermería se hacen más estrictas.
- c. *Límites en el crecimiento de plantillas en los centros sanitarios;* bien por plantillas orgánicas, bien por autorizaciones expresas de los órganos superiores para la contratación interina, se establecen barreras al crecimiento de recursos humanos en el sistema.
- d. *Limitaciones de camas, nuevas instalaciones y tecnologías.* El cierre de camas, las fusiones de hospitales, y la regionalización y racionalización de instalaciones y servicios son mecanismos para reducir la oferta, aprovechando las nuevas tecnologías que hacen prescindir de algunos tipos de asistencia en régimen de hospitalización y que permiten amortizar instalaciones obsoletas que provienen de épocas anteriores.
- e. *Pospuesta o demora de la construcción y funcionamiento de nuevos centros y servicios.* En este grupo podemos considerar también el control de las nuevas tecnologías ralentizando su difusión.
- f. *Las alternativas a la hospitalización convencional* buscan catalizar el proceso de sustitución de cuidados convencionales en régimen de internamiento por otros modelos como son el hospital de día, cirugía ambulatoria o cuidados domiciliarios, que aunque tienen cierto efecto de desplazar costes de cuidados a las familias, permiten prestar más asistencia que la impuesta por la restricción de camas.
- g. *Métodos para influir en el comportamiento y las decisiones de los profesionales.* Las decisiones clínicas tienen efectos en los gastos del sistema y, por ello, se plantean medidas de influencia en su comportamiento en diversos sentidos.
- h. *Políticas farmacéuticas para el control del gasto.* Derivada de la anterior pero a considerar a parte por la importancia de los costes.

**EL RACIONALISMO PLANIFICADOR**

El enfoque de la *planificación comunitaria* se postula como un método para dilucidar las prioridades de cursos de acción alternativos a partir del grado en que contribuyen a la ganancia de salud de la población. Este enfoque es el que constituye las políticas del racionalismo planificador expresadas en el ámbito internacional tras la conferencia de Alma Ata en el famoso documento *Salud para todos en el año 2000* de la OMS.



Vista del pleno de la Conferencia de Alma Ata. Antigua URSS, 1978

Este patrón racionalista se orienta a estimular iniciativas de promoción de la salud y acción intersectorial, a enfatizar la prevención clínica, a potenciar el nivel de atención primaria, a racionalizar la estructura asistencial y a reorientar el sistema hacia objetivos de salud. Los elementos característicos de este patrón son:

- a. *Búsqueda de nuevos frentes de acción sanitaria e intersectorial*, a través de la promoción de la salud y la educación sanitaria; así como la importancia de determinantes de salud ambientales, sociales, de comportamiento y nutricionales en la génesis y desarrollo de la enfermedad.
- b. *Promover un nuevo compromiso de la red asistencial con la prevención clínica*, a través de las inmunizaciones, el cribado, la detección precoz, la quimioprofilaxis y el consejo educativo. Se trata de salir del modelo reparador curativo.
- c. *Estructurar el sistema sanitario de acuerdo a una racionalidad poblacional*, evitando el

solapamiento de servicios, sectorizando los recursos (zonas y áreas de salud), creando una serie de mecanismos estables de planificación que aporten racionalidad y orden a la propia organización sanitaria para ofertar paquetes homogéneos y accesibles a la población.

- d. *La potenciación de la atención primaria surge como respuesta a la necesidad de dar coherencia, longitudinalidad, continuidad y racionalidad ante un sistema sanitario cada vez más escindido en especializaciones.*
- e. *Y, finalmente, reorientar el sistema hacia objetivos de salud, estableciendo mecanismos técnicos y sociales de priorización.*

### **EL GERENCIALISMO**

El patrón gerencialista plantea la “empresarialización” de los hospitales a través de la incorporación de técnicas y figuras gestoras del mundo de la empresa, buscando una mayor eficiencia productiva en los recursos materiales y humanos existentes.

En gran medida, el *hospital convencional*, hasta finales de los años 70, está basado en un modelo centrado en los profesionales, coordinado por ajuste mutuo entre los mismos, con sistemas corporativos de decisión y con estructuras administrativas dependientes, cuya tarea estaba basada en la búsqueda de viabilidad de las decisiones técnicas de los líderes de los servicios clínicos.

El gerencialismo supone una mutación de los clásicos conceptos burocráticos y profesionales por nuevos valores, ideas importadas del sector privado. Se presenta como un sistema dotado de una nueva racionalidad e inspirado en el rigor de las ciencias exactas; pone el énfasis en lo cuantificable y pretende establecer reglas estándar.

Irigoyen afirma que su debilidad consiste en la fragilidad de sus conceptos, que construye generalizando casos específicos, utilizando criterios lógicos y reglas de deducción frágiles. En contraste con su escasa consistencia teórica, el gerencialismo es eminentemente práctico y orientado a la acción, se trata de un sistema de acción focalizado a los resultados inmediatos. Frente a la complejidad de los problemas resalta la simplicidad de las soluciones, el activismo reemplaza a la reflexión. En esta ideología los antiguos pacientes se convierten en clientes entendiendo el sistema sanitario como mercado y se dibuja una realidad que no es la vivida por los profesionales y los usuarios.



Para desarrollar ese patrón se toma como modelo el cambio en el National Health Service británico, planteándose dos tipos de innovación; la introducción de equipos directivos (gerencias) y la implantación de los procesos de gestión.

*Equipos directivos.* El modelo gerencial de equipos directivos busca un cambio en el balance de poder respecto al modelo administrativo anterior. A través del gerente nombrado por el hospital y del equipo por él creado, la autoridad política sanitaria se hace presente en el centro para hacer valer sus intereses en la gestión sanitaria. Esto supone un choque con el poder médico, en la medida en que entra en cuestión el control corporativo de las élites de responsables de servicios.

A lo largo de este tiempo se ha desarrollado un proceso adaptativo: los clínicos aprenden a aceptar las nuevas condiciones de limitaciones presupuestarias y los gerentes son cada vez más conscientes de la dificultad de ensayar estilos directivos jerárquicos en una organización profesional en la cual pueden ejercer escaso control del sistema productivo.

*Procesos gestores.* Son numerosos los procesos gestores de carácter innovador que se han desarrollado. Algunos son:

- a. Desarrollo de *sistemas de información* sobre actividad ligados a la casuística (GRD, índice de severidad...)
- b. Desarrollo de sistemas de *análisis de costes* para enlazara información económica con la asistencial.
- c. Fijación de *objetivos por métodos de negociación* con las unidades y creación de sistemas de evaluación.
- d. Mejora de los sistemas de gestión y programación de pacientes y flujos entre niveles y servicios. Incorporación de las tecnologías de información y comunicación a la gestión.
- e. Implantación de *sistemas de gestión de inversiones, de logística* (compras, suministros, almacenaje), hostelería, mantenimiento y seguridad, más actualizados.
- f. Introducción de perspectiva de *orientación al cliente (paciente)*, información, acogida, sugerencias y reclamaciones, simplificación de procesos, etc.

## Gestión Clínica. Nuevo patrón de reforma

La ganancia de salud en población y pacientes por unidad de gasto sanitario cada vez depende más de la “caja negra” de decisiones clínicas; esto significa que es necesaria la contribución activa de los profesionales y que el movimiento hacia la “gestión clínica” es el exponente de este nuevo



reto que cuestiona buena parte de la organización convencional y los métodos gerenciales ensayados.

Este nuevo patrón de reforma es complejo de definir, al tratarse más de un movimiento emergente, que de un proceso consolidado; su configuración, en buena medida, depende de las insuficiencias que han demostrado los patrones anteriores.

En palabras de Repullo, la idea de “gestión clínica” puede formularse en un doble sentido: *hacer más clínica la gestión, y hacer más gestora la clínica*; a través de ambos componentes se facilita la identificación de aspectos importantes de este patrón emergente.

### **HACER MÁS CLÍNICA LA GESTIÓN**

Se trata de buscar métodos que vinculen las acciones de todo el sistema con el objetivo de mejorar la salud y la capacidad de respuesta. Para ello se plantean tres tipos de retos: la gestión de lo esencial, la gestión del conocimiento, y la gestión de las interdependencias que se establecen a nivel del sistema.

#### **1. La gestión de lo esencial**

Una gestión eficiente del sistema sanitario exige introducir de lleno en las preocupaciones de la gestión los aspectos productivos y de efectividad de los servicios sanitarios; esto significa que los aspectos científico-técnicos de la producción de los servicios pasan a ocupar el centro de la atención en la gestión de los sistemas. La gestión de lo esencial se fija entonces en la nueva dimensión en la que, de forma central, están: *producción, efectividad, calidad y eficiencia*.

#### **2. La gestión del conocimiento**

La base del conocimiento, o el capital intelectual de la organización sanitaria, es su activo principal, y se constituye por un saber clínico que está esencialmente globalizado, custodiado por la propia comunidad científica de los profesionales, y por un contexto organizativo y de motivación.

#### **3. La gestión de las interdependencias**

Un aspecto específico pero muy importante es la necesidad de abordar la creación de sistemas de *logística clínica* que faciliten el trabajo por procesos integrales para el tratamiento longitudinal de

las patologías.

En efecto, la cronicidad, la comorbilidad y la tendencia a la superespecialización de los servicios lleva a que existan crecientes dificultades para dar respuesta a los problemas de salud y las patologías de mayor prevalencia.

Esto significa que debe mejorarse la comunicación y gestión por procesos entre los niveles de atención primaria y atención especializada.

Esta logística clínica se entiende apoyada en estructuras y TICS al servicio de la recuperación y transferencia del saber clínico, y también como mecanismo de gestión profesional y científica que favorezca la cohesión y conectividad entre los profesionales, todo ello con el objetivo de mejorar la salud de los pacientes.

## **HACER MÁS GESTORA LA CLÍNICA**

Los profesionales deben asumir funciones gestoras, organizativas y directivas de forma amplia, sistemática y apoyada en nuevas competencias.

### **4. Cambios en la estructura de las unidades clínicas**

Desde la perspectiva organizativa, la gestión clínica, recoge dicho reto planteándose una “reingeniería” en el funcionamiento de los servicios y centros sanitarios. Se trata de cambiar la forma de trabajo y reorientar hacia los procesos asistenciales y los pacientes toda la organización, integrando una dinámica de mejora de la calidad, estandarización de procesos, evaluación de resultados y mejora de competencias profesionales

### **5. El necesario liderazgo en las unidades clínicas**

Puesto que las cosas se hacen a través de las personas, y los proyectos de transformación necesitan tomar cuerpo en una o unas personas que se identifiquen con los mismos. Por ello la gestión clínica necesita un liderazgo transformador que incorpore competencias nuevas, trabajando con equipos profesionales que manejen un alto nivel de autonomía y confianza y que, a su vez, exista una transferencia de riesgos y beneficios.

## **6. La racionalización de las decisiones clínicas**

Metafóricamente se conoce como “caja negra” el ámbito en el que los profesionales toman sus decisiones clínicas en donde se desarrollan las interacciones profesional/paciente, que conllevan decisiones diagnósticas, terapéuticas, de cuidados y de prescripción. Y estas repercuten en los costes que cada vez son mayores.

Estas se mueven entre la práctica basada en la evidencia y la variabilidad clínica. Mientras que la primera podría entenderse como la apertura de la caja negra de decisiones clínicas al escrutinio científico intraprofesional, la segunda, está influida por estilos, valores, preferencias y otros factores de los profesionales.

Para acercar estos dos elementos, se hace necesario crear un soporte de gestión del conocimiento que incorpore la dimensión bioética, organizativa y económica del saber clínico y que, en definitiva, busque la disponibilidad y difusión del conocimiento para los que toman decisiones clínicas.