

VICENTE CABALLER MELLADO  
Catedrático (Univ. Politécnica de Valencia)  
FRANCISCO JAVIER AYAPE AMIGOT  
Servicio Gallego de Salud  
ELENA SÁNCHEZ RUANO  
Univ. Politécnica de Valencia  
DAVID VIVAS CONSUELO  
Univ. Politécnica de Valencia

# EL FUTURO DE LA SANIDAD EN ESPAÑA

PRESENTACIÓN DEL INFORME DELPHI



## ORGANIZACIÓN Y ESTRUCTURA DEL SISTEMA SANITARIO

**Francisco Javier Ayape Amigot**

Subdirector General de Asistencia Especializada  
Servicio Gallego de Salud

LA Ley General de Sanidad (LGS) universaliza la asistencia sanitaria, constituyéndose un sistema universal de salud financiado mayoritariamente por impuestos y organizado según modelo regionalizado.

Hasta el momento se han transferido las competencias sanitarias a seis comunidades autónomas (Cataluña, Andalucía, Navarra, País Vasco y Galicia).

Al menos en el plano teórico, en cada servicio regional de salud se ha adoptado el modelo de gestión descentralizado, basado en áreas de salud, hallándose éstas últimas con un nivel de implantación limitado, permaneciendo una gestión todavía muy centralizada.

El nuevo modelo de atención primaria únicamente cubre el 50 % de la población (según Elola, 1991). Pese a la ausencia de su desarrollo y evaluación suficiente se critican sus ineficiencias, incluso por parte de la Comisión para el Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud (1991).

En determinadas comunidades autónomas están teniendo lugar experiencias de descentralización de la provisión de servicios de atención primaria, mediante convenios de gestión entre la administración sanitaria y empresas privadas proveedoras. Si bien, es primordial establecer la adecuada acreditación, evaluación asistencial y desarrollo de sistemas de pago que eviten perversiones comportamentales.

En cuanto a la asistencia especializada, no se han logrado ni la autonomía gestora real ni la racionalización productiva, así como tampoco la “medida analítica” de los mismos.

Según la opinión experta, es cuestión clave evaluar el grado de desarrollo del modelo organizativo que propone la LGS y los escenarios previsibles que acaecerán:

### 1. *Criterio territorial y poblacional para la planificación*

Sufrirá modificaciones en sentido incremental de la población urbana cubierta, asignada a la áreas de salud y zonas básicas de salud (50 % entrevistados).

### 2. *Autonomía de gestión y equipos directivos profesionalizados en los hospitales*

Serán objetivos principales en la atención especializada durante la próxima década (87,5 % y 81,4 % de los entrevistados, respectivamente).

Destacan:

- La instauración de un nuevo marco de relaciones laborales (78,6 %) y la
- flexibilidad horaria (75,7 %).

### 3. *El desarrollo de la atención primaria supondrá una disminución de la frecuentación hospitalaria*

- Descenso referente para consultas externas (52,8 %).
- Presión de urgencias (90 %).

### 4. *La atención de urgencias se abordará como un nivel con características especiales*

En general, el conjunto de los expertos estiman que además de potenciar la atención primaria, se debería establecer un nivel de atención entre la atención primaria y los hospitales con características propias.

### 5. *Se culminará el proceso de transferencias a las comunidades autónomas*

Será culminado el proceso de regionalización del sistema sanitario competencialmente, según la mayoría de los expertos (84,5 %).

Con la creación de los servicios regionales de salud se obtendrá un sistema sanitario descentralizado y el Consejo Interterritorial será eje en esta etapa del SNS.

### 6. *La administración pública se responsabilizará de garantizar la distribución equitativa, eficaz y eficiente de los recursos*

El control de gestión está todavía condicionado por la “medida analítica” que deben proveer los sistemas de información.

El control público según la totalidad de los panelistas se mantendrá o tenderá a aumentar, lo cual, no será óbice para el cambio en los sistemas de gestión y producción de servicios.

## ESTRUCTURA ECONÓMICA Y FINANCIERA

Desde 1989 la financiación de la sanidad española tiene lugar mayoritariamente a través de los impuestos (78 %) situándose las cotizaciones tan sólo en un 22 %.

Este sistema es más congruente con el modelo de SNS y con la consideración del derecho a la asistencia sanitaria pública como un bien público de protección social.

En las comunidades autónomas transferidas, se mantiene el presupuesto del Insalud como única fuente de financiación del gasto sanitario, repartiéndose según dos modelos:

1. Porcentaje de población protegida. (Coste efectivo de la LGS).
2. Índice de imputación del cupo, para el País Vasco y Navarra.

La división actual se centra en la asignación de recursos según población protegida, corregido por indicadores de necesidad, siguiendo criterios de equidad.

A nivel microeconómico, se propugnan la:

- Implantación de sistemas de pago prospectivo basadas en Case Mix.
- Creación de sociedades públicas o mixtas para la gestión de hospitales y otros servicios especiales.

Con el fin de mejorar la eficiencia en la asignación de recursos y agilización de la gestión, basándose en la separación entre financiación, compra y provisión de servicios.

Una asignatura pendiente del SNS, es la evaluación económica de los servicios de salud en la totalidad de sus modalidades: coste/efectividad, coste/utilidad y coste/beneficio, nos menos importante a la hora de determinar prioridades en la cobertura pública mínima de servicios sanitarios.

### 1. *La sanidad pública seguirá financiándose con impuestos*

(78 % de los panelistas).

Se incrementará la financiación derivada de otros ingresos.

2. *Se seleccionarán prioridades que limiten las prestaciones sanitarias públicas*

Establecimiento de un catálogo de prestaciones que limiten y fijen un techo en la cobertura sanitaria pública (70 %).

3. *Habrà una separación real entre financiación, compra y provisión de servicios (68 % muy probable)*

4. *Los hospitales y centros públicos pueden transformarse en “sociedades públicas”*

42,9 % bastante probable.

17,1 % muy probable.

24,3 % probable.

5. *Potenciación de los mecanismos de evaluación económica de los servicios de salud*

43,0 % bastante probable.

35,7 % probable.

6. *Revisión probable de los criterios de financiación de servicios transferidos a las comunidades autónomas*

35,7 % bastante probable.

34,2 % no.

28,6 % probable.

LGS: Criterio de población protegida.

7. *Se establecerà una “factura sombra”*

61,4 % bastante probable.

8. *Se establecerán nuevos sistemas de pago para asignación de recursos*

– Abandono de la técnica presupuestaria hospitalaria.

– Implantación de sistemas de financiación a tipo pago prospectivo mediante sistemas de coste por Case Mix (60 %).

*Requerimiento esencial:* Dotación a los hospitales de contabilidad analítica. Los legisladores y políticos se manifiestan más a favor de la introducción de mecanismos de Case Mix (DGRs y PMCs) como sistema de pago y asignación de recursos.

El mayor escepticismo lo muestran los estudiosos y financiadores.

## ESCENARIO FUTURO PARA EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL

**Elena Sánchez Ruano \***

EN primer lugar, quiero agradecer a la Real Sociedad Económica de Amigos del País su amabilidad al invitarnos a presentar el Informe y especialmente a Paco Oltra, presidente de la misma y Antonio Montañana, coordinador del presente ciclo de conferencias y a Luis Saiz, por la labor que están desarrollando al frente de la Real Sociedad Económica. En nuestro tiempo, como en cualquier otro, se necesitan foros como este donde transmitir el conocimiento y las ideas. Por ello debo felicitar a los tres por el acierto en la organización y la iniciativa de haber creado en nuestra Comunidad un foro abierto de estas características.

En mi intervención voy a explicar brevemente cuál fue la metodología que utilizamos y en segundo lugar plantearé el modelo de sistema sanitario que se deduce de los resultados del estudio.

El Informe que vamos a presentar contiene el análisis de los resultados obtenidos de un estudio de previsión que se realizó durante el año 1992 utilizando la técnica Delphi, con el objetivo de conocer las estrategias, tendencias y áreas de desarrollo del sistema sanitario español en un horizonte temporal de diez años. El estudio fue financiado por el FIS (Fondo de Investigaciones Sanitarias) y se realizó en colaboración entre el Hospital General de Albacete y el Programa de Dirección y Organización de Hospitales y Servicios de Salud de la Universidad Politécnica de Valencia. El informe final ha sido redactado conjuntamente con David Vivas con el asesoramiento técnico del profesor Caballer.

El método Delphi utilizado para ello, se basa en la opinión independiente de expertos que se relacionan entre sí a través de un cuestionario interactivo y estructurado con un “feed-back” selectivo de las respuestas previas para re-

---

\* Doctora en Derecho, Subdirectora del Centro de Investigación en Economía y Gestión de la Salud, Profesora Asociada de Organización de Empresas de la Universidad Politécnica de Valencia, autora del *Informe Delphi: El sistema sanitario español. Estrategias, tendencias y áreas de desarrollo* (1993) con David Vivas.

alizar la previsión. El Comité Delphi extrae la información relevante de los cuestionarios que remiten los expertos y les remite un nuevo cuestionario con los resultados estadísticos y comentarios de todo el panel en sucesivas rondas. El objetivo de seguir esta metodología es obtener el consenso sobre la probabilidad de que ocurran ciertos hechos. Está comúnmente aceptado que al realizar estimaciones, la probabilidad de error de un grupo de expertos es menor que la media de error de las predicciones de individuos.

Los expertos que intervinieron en el estudio se agruparon, siguiendo unos criterios preestablecidos, en cinco paneles: gestores, profesionales, legisladores y políticos, estudiosos del sector y financiadores y representantes de la industria sanitaria. En total participaron más de 100 expertos, de los cuales finalizaron el proceso de consenso 70. Los criterios para su selección fueron: un mínimo de 5 años de experiencia profesional en el sector sanitario, conocer la realidad social española, y/o ser especialista en áreas de conocimiento relacionadas con la organización, la economía y la gestión sanitaria.

En el estudio se seleccionaron cinco áreas del sistema sanitario: Filosofía social, Estructura económica y financiera, Mercado y consumo, Recursos humanos y Tecnología.

Y ya para terminar esta breve descripción de la metodología, en cuanto al cuestionario, se componía de 148 preguntas de respuestas cuantitativas (de 1 a 5) y 21 preguntas de respuesta cualitativa (Sí/No) y se hicieron dos vueltas. En función de los resultados obtenidos en la primera vuelta se consideró innecesario repetir en la segunda las preguntas de respuestas cualitativas ya que las tendencias resultaban bastante claras, y por tanto, en el segundo cuestionario, se incluyeron únicamente las preguntas de respuestas cuantitativas, informando a cada experto el nivel de discrepancia de sus respuestas con la media general, especialmente cuando la diferencia de dichas respuestas con la media era superior a una unidad.

La principal preocupación de los responsables de los sistemas sanitarios públicos actuales es encontrar la fórmula que les permita hacer compatible el principio de universalización de la asistencia sanitaria con las posibilidades de financiación pública disponible a fin de mantener la cobertura y gratuidad del nivel de prestaciones, en un momento como el actual de recesión económica.

El incremento del gasto en sanidad, aunque se ha producido una cierta estabilización durante los últimos años, va en aumento. Los factores que inciden en ello son, fundamentalmente: el envejecimiento de la población, la utilización de altas tecnologías y el aumento de la utilización de los servicios.

Todo sistema sanitario lleva implícita una determinada concepción de la solidaridad entre las personas que integran la sociedad. Las formas como puede expresarse esta solidaridad son diversas: se reflejan tanto en el tipo de riesgo que se acepta compartir como en el mecanismo de financiación que hace posible la prestación retributoria.

El factor de la solidaridad en el sistema sanitario se tiende a asociar a la universalización, como un derecho que comúnmente se acompaña de la uni-



formidad en la prestación, con independencia de la contribución a la financiación del coste. Y a la hora de estructurar este propósito de solidaridad con la noción de prestación sanitaria financiada con impuestos, se suelen presentar y contraponer dos alternativas de estructurar los servicios sanitarios, por una parte: sistemas sanitarios públicos y sistemas nacionales de seguros sanitarios, también denominados modelo asistencial y contributivo respectivamente y los seguros sanitarios privados por otra parte.

## MODELOS ECONÓMICOS Y ORGANIZATIVOS: DIRECCIÓN DE LOS CAMBIOS

### DEMANDA / CONSUMO

		DEMANDA / CONSUMO	
		MERCADO	REGULACIÓN Y CONTROL
OFERTA / PRODUCCIÓN	MERCADO	USA	Mercados mixtos
	REGULACIÓN Y CONTROL	Competencia pública	INGLATERRA SUECIA ESPAÑA

Fuente: Saltman, B. y Von Otter, C. 1989 y elaboración propia.

La realidad hoy en día, es que en todos ellos el problema principal al que se enfrentan, con independencia del modelo de partida (sistemas sanitarios públicos y sistemas nacionales de seguros sanitarios), es una situación generalizada de crisis y recesión económica que agudiza los problemas de financiación del Estado del Bienestar y a la vista de ello han propuesto diversos cambios.

Las líneas de cambio de los nuevos modelos se basan en las propuestas de “competencia gestionada” efectuada por Enthoven en 1978, que tuvieron poca acogida en su país de origen, EEUU, pero que fueron punto de partida para las reformas más desarrolladas hoy en día: competencia pública en Suecia y mercado mixto en Inglaterra. Ambos modelos, en síntesis, se fundamentan en el hecho de separar la financiación, de la compra y provisión de servicios.

En el modelo de competencia pública, son los hospitales públicos los que compiten entre sí por una mayor cuota de mercado, estando el papel de agencia

en manos de los usuarios, mientras que en el sistema mixto son los médicos generalistas y los gerentes de distrito los agentes del sistema, ya que ambos tienen capacidad para seleccionar y comprar los servicios que necesitan sus pacientes tanto a proveedores públicos como privados.

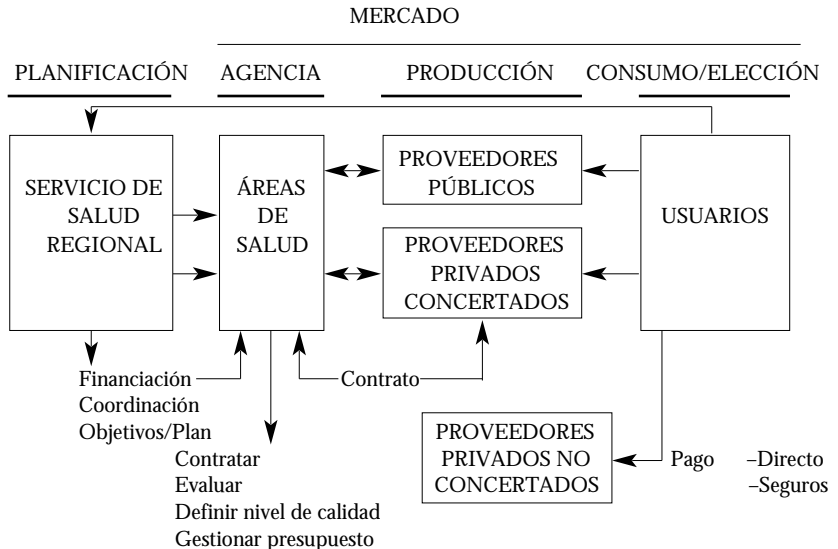
Metodológicamente por tanto, puede decirse que en los sistemas de competencia pública el cambio se sitúa en la demanda, mientras que en el mercado mixto, la innovación reside en la oferta.

A partir de los resultados de consenso detallados en el Informe, proponemos un escenario futuro para el sistema sanitario, representado gráficamente a continuación. Este modelo se fundamenta básicamente en el desarrollo de los siguientes aspectos:

## 1. SEPARACIÓN ENTRE FINANCIACIÓN, COMPRA Y PROVISIÓN DE SERVICIOS

El 68 % de los expertos consideran como muy probable que se produzca una separación nítida entre estas funciones siguiendo las tendencias que se están produciendo en otros países de nuestro entorno. Actualmente la producción pública del sistema sanitario representa un 85 % y mantiene una clara confusión entre las competencias propias de financiación y compra y las funciones de gestión y provisión de los mismos.

### ESCENARIO FUTURO DE LOS SERVICIOS DE SALUD REGIONALES



Fuente: Elaboración propia.

La provisión y la racionalización han de ir más allá de la mera gestión económica, de modo que conlleve que la calidad de la asistencia y la accesibilidad sean las características que fundamenten la concepción de los sistemas de salud.

En relación con la financiación, se prevé que siga financiándose vía impuestos y así se manifiestan un 78 % de los expertos, e incluso opinan que esta proporción se incrementará a costa de una reducción del porcentaje de recursos financieros que aporten las cotizaciones de la seguridad social.

## 2. IMPLANTACIÓN DE MECANISMOS DE COMPETENCIA

Dando por válidas estas premisas, la siguiente cuestión que se plantea es su adecuación o desarrollo según la estructura y los recursos de cada servicio regional de salud.

En las regiones donde haya una oferta pública mayoritaria, obviamente el modelo de competencia pública parece ser el más idóneo en un sistema nacional de salud como el nuestro, mientras que en las regiones donde está más nivelada la oferta pública y privada, se puede ir hacia un modelo de mercado mixto o de ambos al mismo tiempo.

## 3. CONTRATACIÓN EXTERNA DE SERVICIOS

Se introduce la función de compra descentralizada. El contrato se convierte en un factor clave, unido a los instrumentos de evaluación de la calidad de los servicios, sistemas de información, sistemas de pago y presupuestación y control de la actividad contratada.

## 4. EL PAPEL DE AGENCIA COMO INSTRUMENTO DE COMPETENCIA

Una de las diferencias entre los dos modelos descritos es quién hace el papel de agencia. En la competencia pública el papel de agente recae mayoritariamente en los usuarios mientras que en el mercado mixto recae sobre las áreas de salud.

Un 87 % de los panelistas opinan que los usuarios ostentarán un mayor protagonismo. En este sentido, la tendencia se dirigirá hacia una capacidad de elección por parte del usuario tanto de los médicos de cabecera, situación ya existente, como de centro hospitalario, aunque limitada. Sin embargo, los panelistas no se inclinan hacia una capacidad de elección de facultativo dentro del centro hospitalario (60 %).

El crecimiento futuro del sector privado no concertado en nuestro país dependerá fundamentalmente, desde nuestro punto de vista, de la extensión del

catálogo de servicios públicos que se establezca y que en estos momentos se encuentra en debate.

## 5. DESARROLLO DEL SISTEMA DE ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN

Más de un 80 % de los expertos consideran que la instauración de equipos directivos profesionales y especializados junto a la autonomía de gestión serán los objetivos prioritarios en atención especializada durante la próxima década.

## BIBLIOGRAFÍA

- Dalkey, N. (1969): *The Delphi Method: An experimental study of group opinion*. Memorandum RM-5868. Santa Mónica, Rand Corporation, 1969.
- Offe, C. (1990): *Contradicciones del Estado del Bienestar*. Alianza Universidad. Madrid.
- Saltman, R. B., Von Otter, C. (1988): "Public competition versus mixed markets: an analytical comparison". *Health Policy*, 11: 43-55.
- Vivas, D., Sánchez Ruano, E. (1993): *Informe Delphi: El sistema sanitario español. Estrategias, tendencias y áreas de desarrollo*. MCQ Ediciones. Valencia.

# EFICIENCIA PRODUCTIVA, CALIDAD Y COMPETENCIA

**David Vivas**

**E**N mi intervención me voy a centrar en tres aspectos fundamentales para el futuro del SNS, que a la vez son unas de las conclusiones de proceso de consenso llevado a cabo en nuestro estudio: la Eficiencia productiva, la Calidad y la Competencia y la interrelación existente entre las tres.

La mejora de la calidad de la asistencia sanitaria es, junto con la búsqueda de la eficiencia, los dos objetivos de la reforma sanitaria de los sistemas de salud en Europa, y en definitiva una de las conclusiones sobre las que existe un consenso entre los panelistas que participan en el Informe Delphi.<sup>1</sup>

Para lograr estos objetivos, los expertos proponen dos tipos de medidas:

- a) Medidas estructurales: Centradas fundamentalmente en la desregulación del mercado y la implementación de mecanismos de competencia.
- b) Medidas para mejorar la eficiencia productiva y la calidad en la provisión.

## 1. ESTABLECIMIENTO DE MECANISMOS DE COMPETENCIA

En general los panelistas opinan que se implantarán mecanismos de competencia entre hospitales que pertenecen a una misma área de salud. A pesar de ello, no existe un claro consenso en cuál será el mecanismo mediante el que se lleve a cabo esta medida.

---

<sup>1</sup> Vivas D. y Sánchez Ruano, E. (1993): *Informe Delphi: El sistema sanitario español. Estrategias, tendencias y áreas de desarrollo*. MCQ Ediciones. Valencia.

TABLA 1

## NUEVOS MODELOS DE COMPETENCIA EN EL SISTEMA PÚBLICO

	MODELOS DE COMPETENCIA				
	<i>Sin cambios</i>	<i>Mercado interno</i>	<i>Competencia pública</i>	<i>HMOs</i>	<i>Otros</i>
Legisladores	17,6 %	35,3 %	47,1 %	0,0 %	0,0 %
Gestores	6,3 %	50,0 %	43,8 %	0,0 %	0,0 %
Estudiosos	41,7 %	33,3 %	8,3 %	0,0 %	8,3 %
Políticos	16,7 %	41,7 %	25,0 %	0,0 %	8,3 %
Financiadores	7,7 %	38,4 %	46,1 %	0,0 %	7,6 %
TOTAL	17,1 %	41,4 %	37,1 %	0,0 %	4,3 %

Fuente: Vivas, D. y Sánchez Ruano, E.

## 1.1. CONSECUENCIAS / EFECTOS

- *Los proveedores privados incrementarán su participación en el mercado*

Según la mayoría de los expertos consultados en el estudio Delphi la provisión pública de servicios sanitarios ha tocado techo, por lo que se espera que otros proveedores penetren en el sector y concierten con la administración la prestación de los servicios aumentando la cuota de mercado.

- *Tendencia a la creación de empresas públicas*

El 42,9 % de los panelistas piensan que es bastante probable, el 17,1 % muy probable y un 24,3 % que es probable que los hospitales se transformen en empresas públicas sometidas al derecho privado.

- *Laboralización del personal*

La vinculación de los profesionales al sistema de salud tenderá hacia la laboralización según el 67,1 % de los encuestados, más que a la promulgación de un nuevo Estatuto Marco (22,9 %), o la equiparación con los funcionarios (1,4 %), que son las otras alternativas planteadas por los participantes.

- *Instauración de un sistema obligatorio de acreditación de centros*

En la actualidad no existen sistemas de acreditación que homologuen el grado de calidad de las estructuras sanitarias tanto a nivel de organización, plantillas, como de instalaciones de los centros con las que el INSALUD y las CCAA conciertan servicios sanitarios. Tampoco existen mecanismos formales de acreditación de las instituciones públicas, si bien está regulada la existencia de comisiones de calidad asistencial en los hospitales.

La separación de las funciones de financiación, compra y provisión de servicios y los demás mecanismos de competencia gestionada, conllevan la necesidad de establecer sistemas de acreditación que fijen el nivel básico de calidad de los centros, tanto públicos como privados. El 80 % de los expertos consideran que es bastante probable que se establezcan mecanismos de acreditación obligatorios para centros privados y el 68 % opinan que se implantarán también en los centros públicos. Estos mecanismos pueden centrarse a nivel de evaluación de la calidad de la estructura o extenderse a nivel de proceso y/o resultados.

## 1.2. AMENAZAS / EFECTOS SECUNDARIOS

- *La selección adversa riesgos por parte de las entidades privadas*

En los sistemas sanitarios con proveedores públicos y privados de financiación capitativa simple, se observa una tendencia a que los proveedores privados seleccionen a los pacientes con menor riesgo, convirtiéndose entonces el sector público en un “cajón de sastre” donde se recogen los pacientes con necesidades sanitarias más costosas o menos rentables, creando entonces problemas de financiación.

Algunos autores proponen el modelo Muface como laboratorio para estudiar los efectos de la selección adversa. En este modelo los financiadores pueden elegir un proveedor privado o el sistema público. En la actualidad el 86 % de los afiliados a Muface eligen un proveedor privado, pero habría que estudiar cuáles son las características del restante 14 % que eligen la S.S.

Para ilustrar este efecto podemos tomar el estudio que Pablo Lázaro (1993)<sup>2</sup> ha publicado recientemente sobre la difusión de tecnologías médicas. En un apartado de dicho estudio, compara la distribución de la Litotricia Extracorpórea por Ondas de Choque (LEOC) y los Aceleradores Lineales (AL) en los 24 países de la OCDE. Llama poderosamente la atención que España ocupe el quinto lugar en número de LEOCs por millón de habitantes mientras que en ALs está a la cola de estos países. Además existe una alta implantación

---

<sup>2</sup> Lázaro, P.: “Incentivos y difusión de tecnología médica”. Comunicación al XXVIII Congreso Internacional de Hospitales. Madrid 1993.

de estos equipos en el sector privado: el 72 % frente a tan solo 16 %. Todo ello puede ser debido a los fuertes incentivos económicos existentes.

TABLA 2

DIFUSIÓN DE LA ALTA TECNOLOGÍA MÉDICA

	<i>LEOCs</i>	<i>ALs</i>
% sector privado	72 %	16 %
B° por unidad y año	650.000	0

LEOCs: Litotricia extracorpórea de ondas de choque.

ALs: Aceleradores lineales.

Fuente: P. Lázaro, 1993.

Para evitar estos desajustes, los incentivos deberían asociarse al uso apropiado de la T.M.

## 2. MEJORA DE LA EFICIENCIA PRODUCTIVA Y LA CALIDAD

Con esto entramos en el ámbito de eficiencia productiva o eficiencia clínica, que en nuestra opinión se basa en tres aspectos:

- Uso apropiado de T.M.
- Coste-eficiencia de la práctica clínica.
- Mejora continuada de la calidad de los servicios.

Respecto a lo apropiado en la asistencia sanitaria (pruebas diagnósticas y terapéuticas), tanto consumidores como usuarios coinciden en que superado un umbral, recursos adicionales en sanidad no proporcionan un incremento en los beneficios para el paciente. Profundizando en esto, un número significativo de estudios han puesto de manifiesto la alta tasa de uso “inapropiado” existente a diversos niveles y prácticas médicas, tales como la angiografía, la endoarterectomía, la endoscopia y el bypass coronario. En este sentido hay que destacar los estudios de Brook <sup>3</sup> y su grupo en la Rand Corporation (Santa Monica). Como dato significativo tal vez no extrapolable pero sí a considerar, la tasa estimada de uso inapropiado en EEUU va del 15 al 30 por cien, alcan-

---

<sup>3</sup> Brook R. H., Parck R. E., Chassin M. R., Solomon D. H., Keesey J, Kosecoff J.: “Predictin the appropriate use of carotid endarterectomiy, upper gastrointestinal endoscopy and coronary angiographi”. *N. Engl. J. Med.*, 1990. 323:1173-77.



zando el 40 por cien en algunas prácticas de determinadas instituciones. Si esto fuera cierto los gastos en sanidad en EEUU podrían ser recortados aproximadamente 100 billones de dólares, sin considerar el posible perjuicio a las personas según un reciente artículo de C. E. Phelps 1993 en el *New England Journal of Medicine*.<sup>4</sup>

Dado lo reducido del tiempo de la intervención, no se puede entrar aquí en el concepto de coste-efectividad de la práctica clínica, aspecto sobre el que nuestro grupo está desarrollando una línea de investigación, únicamente destacar que en el futuro tendrá una importancia capital en la planificación sanitaria.

El otro aspecto que me gustaría tratar, para finalizar, es el concepto de mejora continuada de calidad.

En este sentido los expertos consultados en el estudio Delphi coinciden en afirmar que la mejora continuada de la calidad definirá la cultura de la organización.

En la actualidad todos los expertos están de acuerdo en la necesidad de aplicar las técnicas de la ciencia de la gestión de la calidad en los servicios de salud.

Si bien esta cultura de la organización es un aspecto fundamental para la mejora de la calidad de la asistencia sanitaria, hay que asociarlo con la metodología de evaluación y las herramientas estadísticas y de trabajo en grupo. Es decir, hay que conjugar los aspectos que hacen referencia al factor humano y la cultura de la organización con la “cultura tecnológica”, los instrumentos de evaluación y la mejora de los procesos.

Debemos, en este sentido, diferenciar lo que es la calidad de la asistencia sanitaria, *en abstracto*, donde influirán fundamentalmente aspectos culturales y de percepción, de la calidad de los procesos de producción de servicios.

La filosofía o cultura que inspira el concepto de mejora de la calidad ha sido definida como la satisfacción de las necesidades y aspiraciones de los pacientes.

En la actualidad es un error concebir la dirección de los servicios de salud únicamente hacia la consecución de alta tecnología médica, profesionales muy cualificados y especializados y sistemas logísticos para dar soporte únicamente a la actividad médico-sanitaria, ocupándose de los pacientes de manera secundaria. Lamentablemente aún se escuchan opiniones en este sentido por parte de máximos responsables de la Administración sanitaria.

Nosotros pensamos que cuanto más se tenga en consideración la opinión de los pacientes o consumidores mejor será la calidad de los servicios de salud que se presten.

---

<sup>4</sup> Phelps, C. E.: “The methodologic Foundation of studies of the appropriateness of Medical Care”. *N. Engl. J. Med.* 1993. 329, 17:1241-45.