EL PRODUCTO SANITARIO: ENFOQUE DESDE ENFERMERÍA

Por
JESÚS PRIETO MORENO
FRANCISCO TIRADO ALTAMIRANO
LUIS M. HERNÁNDEZ NEILA
ANDRÉS MORENO MÉNDEZ
Profesores del Centro Universitario de Plasencia
del Departamento de Enfermería de la Universidad de Extremadura

SUMARIO: 1. INTRODUCCIÓN.- 2. LA EMPRESA DE BIENES Y SERVICIO.- 3. CANTIDAD Y CALIDAD DE PRODUCTO.- 4. LA EMPRESA PÚBLICA.- 5. EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO.- 6. EL PRODUCTO EN ATENCIÓN PRIMARIA.- 7. EL PRODUCTO EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA.- 8. BIBLIOGRAFÍA.

1. INTRODUCCIÓN

La evolución social en la que estamos inmersos y a la que todos contribuimos, genera variaciones en la demanda de servicios sociales que cada vez hace más complejo el entorno al que, en los diferentes sectores, se ha de dar respuesta.

Desde el punto de vista sanitario, tanto los centros asistenciales, como los profesionales que lo conforman han de ser permeables al entorno en que se ubican y por el cual existen. Las necesidades de la población respecto a su salud, se hacen cada vez más complejas y diversificadas, lo que hace que los sanitarios se vean inmersos en un proceso de adaptación a las mismas.

El producto sanitario, será un conjunto de servicios prestados al usuario y que tiene como fin principal ayudar a la persona que requiere una atención de su salud, sin olvidar al familiar o acompañante, que estará prácticamente siempre presente en el proceso de generación del servicio.

El producto sanitario, ofrecido en los centros será percibido como bueno, en la medida en que de respuesta satisfactoria a la solución del problema que originó la demanda de atención.

2. LA EMPRESA DE BIENES Y DE SERVICIOS

Naylor y Vernon definieron la empresa como «una unidad conceptual de análisis, a la que se supone capaz de transformar un conjunto de **insumos** (consistentes en materias primas, mano de obra, capital e información sobre mercados y tecnologías) en un conjunto de productos que toman la forma de bienes o servicios destinados al consumo, ya sea de otras empresas o de individuos y grupos de individuos, dentro de la sociedad en la que aquélla existe».

Esta definición de la empresa nos aporta una serie de informaciones que es interesante valorar. Efectivamente, todas las empresas proceden a integrar una serie de insumos («imputs») en su proceso de transformación, para llegar al producto que produce la empresa, sin embargo, la nítida diferencia que existe entre **un bien** (ej.: un tornillo) que es algo tangible, definido y objetivable, choca con el concepto de **servicio** (ej. : un viaje) que es algo inmaterial y en el que la percepción subjetiva del grado en que ese servicio cumple con las expectativas de quien lo consume, van a dotarlo de sus características, encuadrándolo, según este código subjetivo de valores, en la categoría de bueno o malo.

Estas reflexiones nos llevan a distinguir dos tipos de empresa:

- Empresas de Bienes.
- Empresas de Servicios.

3. CANTIDAD Y CALIDAD DEL PRODUCTO

Ahora bien, si ambas empresas son de titularidad privada y compiten en una economía de libre mercado, las dos tienen un objetivo genérico común: ganar dinero mediante la venta de sus productos a la sociedad en que se incluyen, o si se prefiere, que su cuenta de resultados anual sea positiva; lo más positiva posible. Para ello deberán vender el mayor **número de productos**, y si verdaderamente se está compitiendo en una economía de libre mercado, donde el consumidor tiene ofertas alternativas de elección para el mismo producto, la competitividad se basará en la **calidad del producto**.

El diccionario define calidad como "la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie " y en términos de producción empresarial se define como «el grado en que un producto se adapta (asemeja) a un modelo estándar previamente definido». Esta definición es perfectamente válida cuando lo que se produce es un objeto tangible, es decir un bien; así, por ejemplo, es fácil establecer las características del "tornillo modelo" en función de la punta/espiral, cabeza y ranura para el atornillado, definiéndose las características necesarias para que un producto cumpla con los objetivos para el que ha sido creado.

En la Empresa de Servicios se obra de forma análoga, definiendo las características que deben ser inherentes al producto para que se adapte a las necesidades del consumidor del servicio (tema en el que nos extenderemos más adelante) pero en cualquier caso queda claro que una Empresa de Servicios, independientemente de cual sea su actividad productiva (viajes, docencia, consultorías, salud..,) será rentable si es capaz de ofertar un gran número de servicios de calidad, siendo estos elementos (la cantidad y la calidad) los que deben valorarse en cualquier diseño de producción de servicios.

4. LA EMPRESA PÚBLICA

Otro elemento de análisis es la diferencia existente entre lo que es el sector público y el sector privado. En este último la cuenta de resultados interanual informa de si se están demandando más o menos servicios por parte de los usuarios, y por tanto apunta las necesidades de cambiar o corregir las características del servicio ofertado, especialmente en los casos de cuenta de resultados negativa. Sin embargo, el sector público no dispone de este mecanismo de información, ya que una de las características de un servicio público es que ni cobra en el momento de prestar el servicio, ni cobra el coste del servicio al que lo consume, recurriendo en unos casos a mecanismos de subvenciones públicas en los que el usuario del servicio sólo paga una parte del coste del mismo (ej,: ayudas al transporte público) y en otros atiende, según el modelo político con mayor o menor sensibilidad, a mecanismos de redistribución de rentas para aquellos servicios que se entienden como de primera necesidad y que se englobarían dentro de lo que es el concepto de Justicia Social (Sanidad y Enseñanza), en cuyo caso se recurre a financiarse a cargo de los Presupuestos Generales del Estado, y por tanto se puede dar la paradoja de que los que más consumen ese servicio sean de «facto» los que menos contribuyen a su financiación y viceversa.

5. EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO

El sector público sanitario español, que representa alrededor del 75% del sector sanitario con un presupuesto global de 4,12 billones de pesetas a cargo de los Presupuestos Generales del Estado, se configura como **una empresa pública de servicios** que no dispone de cuenta de resultados como mecanismo de información, que en la práctica actúa como un monopolio por su volumen de cobertura, que produce un servicio (salud) y que, como toda empresa de servicios, valora la cantidad de los servicios y la calidad de los mismos.

No obstante, hay que hacer algunas puntualizaciones respecto a la cantidad y calidad de los servicios:

Cantidad: Al ser un sistema sanitario público y estar obligado por Ley a atender todas las demandas sanitarias que se le plantean, la demanda de servicios induce la oferta de los mismos, es decir que se incumple la Ley reguladora de los mercados de oferta y demanda, ya que el precio de equilibrio es cero. Al ser un mercado regulado, con las características anteriormente expuestas donde no

existe ningún elemento disuasorio de tipo económico que equilibre la oferta y la demanda, se recurre también mediante normas legales, a limitar las prestaciones mediante la elaboración de una cartera de servicios (Catálogo de Prestaciones) que desarrollan las actuaciones a las que viene obligado el Sistema Sanitario Público por la Ley General de Sanidad.

Calidad : La calidad de las prestaciones viene inducida por el modelo sanitario elegido, y en esta elección concurren factores sociales, económicos y principalmente políticos. Al igual que en el apartado anterior, dispone de una regulación legal (Ley General de Sanidad y se articula el modelo estándar de calidad en función del grado de cumplimiento de la Cartera de Servicios, e incluso dentro de esa Cartera de Servicios, otorga distintas ponderaciones a una u otra actividad en función de la priorización que se hace de los distintos servicios que constituyen la Cartera.

Por lo hasta aquí expuesto es fácil observar que la medición del producto sanitario, tanto cuantitativa como cualitativamente, conlleva una serie de dificultades técnicas. Se podría pensar que bastaría con hacer una encuesta continuada de satisfacción del usuario para tener correctamente valorado el grado con que el producto sanitario se ajusta a las necesidades del paciente, sin embargo, esta encuesta sería a todas luces insuficiente, ya que nos aportará datos sobre la complacencia de los profesionales, sobre su grado de simpatía, sobre las instalaciones, etc . En ningún caso permitirá verificar el grado técnico-sanitario de los servicios y de sus profesionales.

6. EL PRODUCTO EN ATENCION PRIMARIA

De lo expuesto hasta ahora es fácil deducir que el producto en Atención Primaria precisa inicialmente de la definición de una Cartera de Servicios propia y concordante con lo que es conceptualmente Atención Primaria de Salud (A. P. S.), procediéndose a continuación a elaborar un sistema de medición que permita valorar el grado de implantación de esos servicios en un ámbito geográfico determinado y la calidad de los mismos. Para ello es preciso recurrir a la unidad funcional en A.P.S., es decir al Equipo de Atención Primaria (E.A.P.) que desarrolla sus actividades en el marco territorial de una Zona Básica de Salud (Z.B.S.) y a partir de este momento se siguen los siguientes pasos:

6.1. VALORACIÓN DE LA CANTIDAD DE PRODUCTO

1º Elaboración de un listado homogéneo común para todos los E.A.P., de posibles actividades que se realizan en el ámbito de la A.P.S. que se corresponde con la Cartera de Servicios.

2º Cálculo del grado de implantación de cada uno de estos servicios (debidamente acreditados mediante la elaboración de un programa o protocolo) entre la población susceptible de estar incluida en él. Por ejemplo, en una Z.B.S. de 25.000 habitantes, una vez hecho el ajuste por edades, es previsible encontrar que un 12 % de la población cumpla criterios de hipertensión arterial por lo que al menos teóricamente, es previsible encontrar 3.000 hipertensos susceptibles de inclusión en un programa acreditado de H.T.A. Sin embargo los registros del Centro de Salud tienen censados en el programa 2.400 personas, es decir que la implantación del programa es de:

$$\text{Implantación} = \frac{\text{2.400 captados}}{\text{3.000 susceptibles}} = 0{,}8\ (80\ \%)$$

3 º Ponderación de cada uno de los Servicios en función de la priorización que de ellos se establezcan.

6.2 VALORACIÓN DE LA CALIDAD DEL PRODUCTO

Hasta aquí se ha medido el producto ponderado en función de su volumen, ahora bien su calidad precisa de unos estandares predefinidos que, nos objetiven el grado en el que el producto se adapta al modelo. Para ello, se define en cada servicio de la Cartera un serie de Normas Técnicas Mínimas, siendo estos criterios los que acrediten la calidad del producto, debiendo obrar en el programa acreditado y tener reflejo exacto en los registros que efectúan los profesionales en la Historia Clínica, que será acreditada aleatoriamente para verificar los datos.

6.3 NUEVAS TENDENCIAS

En los apartados anteriores hemos visto cómo se efectúa la medición del producto sanitario en A.P.S. atendiendo a la cantidad y calidad del producto, pero es preciso recordar que la A.P.S. es la puerta de acceso al Sistema Sanitario

Público y que el primer contacto del paciente con el mismo lo va a tener a través de sus Unidades Administrativas (U.A.), profesionales no sanitarios y que son los responsables en gran parte de dar una imagen de empresa. Es obvio que el paciente acude a los E.A.P. en demanda de solución para sus problemas de salud, pero no es menos cierto que la calidad del trato, la imagen corporativa y la eficiencia de los profesionales de las U.A. van a predisponer al paciente respecto a su percepción subjetiva del servicio recibido. Hay que recordar que la prestación de un servicio es un proceso único que el cliente protagoniza desde que empieza, cuando solicita el servicio, hasta que acaba, al recibir el servicio y que en cualquier momento es el cliente el que decide cuando termina el servicio. En todo este proceso la percepción de las distintas fases genera en el cliente un juicio global. Así, por ejemplo, cuando se acude a un restaurante se valora el ambiente, el trato, la calidad de la comida, el precio, etc. y en todas estas percepciones se fundamenta un juicio que nos aconseja volver o no al mismo.

Hasta la fecha las U.A. se han concebido a demanda de los requerimientos y cargas de trabajo de un E.A.P. determinado, en donde el cliente o los profesionales Sanitarios generaban la actividad de la U.A. Existe hoy una cierta tendencia a cambiar este concepto y propiciar cambios en estas U.A. de forma tal que se conviertan en piezas estratégicas que mediante la calidad en el trato, la predisposición hacia el paciente, etc. generen una mejora en la imagen corporativa del Sistema Sanitario Público.

En este sentido es interesante apuntar la experiencia que se está realizando en distintas Areas, en el que se está procediendo a valorar estas cargas de trabajo de las U.A. mediante una doble valoración:

a) **Trabajo objetivo**: El que genera la propia actividad del E.A.P. bien por demanda de los pacientes o por el propio trabajo de los profesionales sanitarios.

b) **Trabajo optativo** : Aquellas actividades que se desarrollan en el seno de la U.A. por voluntad de la misma y sin que en ellas intervengan condicionantes externos a la U.A. Para ello se desarrolla una Cartera de Servicios Administrativos de libre elección que es complementaria de los Servicios Administrativos fijos.

7. EL PRODUCTO SANITARIO EN ATENCION ESPECIALIZADA

La obtención del producto sanitario en Atención Especializada presenta unas características más acusadas y definidas que en Atención Primaria, ya que en ésta se predefine el estandard y posteriormente se cuantifica de forma indirecta en unidades monetarias, mientras que en aquélla el producto se cuantifica en unidades monetarias mediante un sistema de imputación de costes, lo que permite conocer de forma aproximada el coste unitario para cada producto.

Antes de entrar en los sistemas de cuantifícación es preciso hacer algunas reflexiones:

1º Aunque sea repetitivo, hay que recalcar que el Hospital es una empresa que produce salud o por mejor decir, recupera niveles de salud mediante la prestación de un servicio y que, como en toda empresa de Servicios al cliente, está inmersa en el proceso de producción desde que se inicia hasta que se acaba; se podría decir que es la materia prima.

2º Por otra parte, el cliente no diferencia sensiblemente los procesos del Servicio en sí, valorando un todo y no los diferentes procesos que han integrado ese Servicio. Además. al no ser quien paga directamente el servicio al existir unas estructuras interpuestas (INSALUD, Servicios Autonómicos de Salud) su valoración es insensible al coste o peor, entiende que el servicio es mejor cuanto más se ha gastado,

3º Estas valoraciones del cliente-paciente son totalmente distintas cuando las efectúa el pagador del servicio,que además de poseer conocimientos técnicos, de los que carece el paciente, desea un producto de máxima calidad (óptimos resultados) al precio más competitivo posible y que por otro lado no es parte integrante del proceso de producción, lo que le permite abordar el prob!ema desde una perspectiva más objetiva.

4º Estas valoraciones del pagador del Servicio que ve cómo el gasto sanitario aumenta por encima de sus posibilidades presupuestarias, le llevan a la disyuntiva de decidir entre limitar las prestaciones hasta donde presupuestariamente sea posible o a buscar fórmulas que mejoren la eficiencia, es decir, conseguir resolver con el mismo presupuesto el mayor número de casos posibles. La elección es obvia.

El primer sistema de cuantificación económica del producto sanitario hospitalario se basa en la estancia hospitalaria. Tradicionalmente este sistema de pago por estancia estriba en establecer el montante global del gasto hospitalario y

dividirlo por el número de camas, obteniéndose un coste por cama y día, que es utilizado como sistema de facturación. Es obvio que este sistema, en el que se recurre a la estructura hospitalaria para imputar costes, no habla de la eficiencia en la producción sanitaria sino de la habilidad hotelera y prima negativamente la eficiencia, ya que se da la paradoja que una resolución rápida de los procesos patológicos generaría menos estancias y por tanto menos ingreso.

Tiene a su favor la facilidad del cálculo, pero es muy sensible a la picaresca de la Dirección Hospitalaria.

7.1. GRUPOS DE DIAGNÓSTICO RELACIONADOS (G.D.R.)

Es la forma más extendida y prestigiosa del sistema de medicina del Case-Mix expresión ésta que se refiere a la diversidad de los pacientes y a los tipos de casos que potencialmente pueden llegar a presentarse y que a pesar de esta diferenciación pueden agruparse en grupos homogéneos en función de alguna cualidad o característica diferencial relevante. En los G.D.R. la característica que permite agrupar a los pacientes de forma homogénea es el diagnóstico más o menos afín y por tanto la predicción del consumo de recursos hospitalarios, lo que en una segunda fase, permite establecer a los pagadores obligados una fórmula de pago prospectivo hospitalario en función del diagnóstico.

Los G.D.R. iniciaron su andadura en EE.UU. en 1983. Fueron concebidos por Fetter y Thompson a finales de los años sesenta y su desarrollo se debe al encargo que se hace a estos investigadores de la Universidad de Yale, por parte de la Seguridad Social de USA para cambiar la modalidad del pago por estancias a otra más selectiva y que introdujese elementos discriminatorios que primasen la resolución rápida de los procesos hospitalarios.

Se establecen, en su diseño, los siguientes criterios:

a) Se establece como rasgo diferencial homogeneizador el diagnóstico al alta, debido a su significación clínica y la facilidad para recoger esta información.

b) Se establece un número de patologías (grupos que sirvan para diferenciarlos, pero que sea manejable, llegándose a un total de 386 grupos diagnósticos que se amplía posteriormente a 467).

c) A través de una imputación de costes. a cada G.D.R. se le asigna un coste teórico que va a servir para efectuar un pago prospectivo por proceso, primando así la eficiencia en la gestión y la resolución rápida de los procesos.

En la actualidad los G.D.R. tienen sus detractores y sus defensores, pero es indudable que han aportado el primer trabajo serio sobre pagos por proceso.

7.2. PATIENT MANAGEMENT CATEGORIES (P.M.C.)

Por encargo de «Blue Cross», Young elaboró un nuevo sistema que valora no sólo el motivo de alta sino también el motivo de admisión, definiendo el producto hospitalario como lo que le ha ocurrido al paciente desde su admisión al alta. El rasgo diferencial homogeneizador se fundamenta en la aplicación de las prácticas clínicas homogéneas para cada patología.

Aunque es indudable que aporta más información, es más difícil de manejar debido precisamente a este exceso de información, y aunque es complicado de aplicar en pagos prospectivos es muy bueno a la hora de hacer una valoración crítica de la calidad, ya que es una monitorización del tratamiento dado a un paciente en comparación con un «standard» predefininido como idóneo por un grupo de expertos.

8. BIBLIOGRAFÍA

FISHER. R.. Tratado de Economía.

FETTER Y THOMPSON. Dre's.

Contrato programa en Atención Primaria. Dirección General del Insalud.

Contrato programa en Atención Especializada. Dirección General del Insalud.

Manual para Administración de Enfermería. MARRINER, A. Ed. Interamericana.

Gestión de Enfermería. Una aproximacion a los sistemas. Ed. Científicas y Técnicas.

Nomenclator: Clasificación Económica. Subdirección General de Gestión Económica y Tesorería.