

Costos en salud: un asunto polémico

Healthcare costs. A polemic matter

Orlando Lauzán Carnota^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-8604-0243>

¹Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP). La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: orlando@infomed.sld.cu

RESUMEN

Existen dos problemas que complican el manejo de los costos en las organizaciones sanitarias. Uno es el carácter humanista, solidario y ético de esta actividad al que, en consecuencia, no le son aplicables muchos de los criterios y métodos que se emplean en la industria, el comercio e incluso en otros servicios. El otro tiene que ver con el complejo entramado de los procesos en esas organizaciones, donde prácticamente cada paciente o cada especialidad tiene su propio recorrido que lo caracteriza en términos de: lugares físicos, secuencia, tipo de persona a intervenir, desplazamientos, intensidad, medios técnicos, instrumentos, materiales a emplear y características de los resultados que deben esperarse. Derivado del primero aparecen criterios sobre “salud a cualquier costo”, “la buena salud es cara” o “mientras mayor porcentaje obtengamos del producto interno bruto mejor salud haremos”. Del segundo aparecen sistemas suficientemente complicados para no hacer notar que en muchas ocasiones los recursos consumidos no se convierten en efectos positivos para las personas y las poblaciones. Se trata entonces de despejar ambos problemas y sobre todo de alertar dónde están los puntos débiles y qué se puede hacer al respecto.

Palabras clave: costos; gerencia; sistemas de salud; PIB; habilidades; tecnologías; corrupción; producto interno bruto.

ABSTRACT

There are two problems that complicate the management of costs in health organizations. One is the humanist, solidary and ethical character of this activity and to which,

consequently, many of the criteria and methods are not applied as they are in industry, trade, and even other services. The other problem is related with the complex intertwining of processes in those organizations, where virtually every patient or specialty have their own follow-up features characterizing them in terms of physical spaces, sequence, type of intervened person, movement, intensity, equipment, instruments, used materials, and characteristics of expected outcome. The first one creates criteria about “health at any costs,” “quality health is expensive,” “the higher percentage from the growth domestic product, the better health will be provided.” The second creates systems complicated enough to conceal that consumed resources mostly don’t turn into positive effects for people and populations. This is then about isolating both problems and, above all, warning about weaknesses and how to deal with them.

Keywords: costs; management; health system; GDP; skills; technologies; corruption; growth domestic product.

Recibido: 03/05/2019

Aceptado: 11/06/2019

Introducción

Recursos y resultados: una relación que no siempre es óptima

El término “recursos” tiene que ver con todo lo que se requiere para desarrollar una actividad y obtener resultados, pero el hecho de disponer de ellos no implica necesariamente que el resultado se obtenga en la cantidad y la calidad necesarias. Todo depende de cómo se gestionen. El abanico de recursos es muy amplio y depende de lo que se quiere lograr y de cómo hacerlo. Incluye elementos tales como: dinero, personal, equipos, tiempo, información, materiales, energía, instrumentos, espacio, talento, competencias, cultura y otros.

Por otra parte, el concepto de resultados también es muy amplio, algunos ejemplos pueden ser: producción industrial, servicios prestados, mercancía vendida, personas transportadas, habitaciones ocupadas, consultas realizadas, vidas salvadas, muertes evitadas, clientes satisfechos, seguridad ciudadana, pacientes con experiencias positivas

y otros. Los resultados incluyen también elementos no deseados como: despilfarros, contaminación ambiental, producción defectuosa, muertes evitables, infección intrahospitalaria o pacientes disgustados.

En el mundo actual los resultados se miden principalmente por la capacidad para cubrir, y sobre todo superar, las expectativas de los clientes (huéspedes, ciudadanos, pasajeros, pacientes o espectadores) los que, a su vez, representan valores tangibles e intangibles. Los resultados no deseados también deben ser considerados, ya que representan productos de procesos llevados a cabo que consumieron recursos y no contribuyeron a resultados, y que además elevaron sus costos.

Desde el punto de vista económico, la relación entre recursos y resultados se expresa en términos de eficiencia, pero en el sector sanitario tiene que ser coherente con las particularidades de los sistemas y servicios de salud.⁽¹⁾ Por ejemplo, en una agencia de pasajes ser muy eficiente significa aprovechar un local pequeño para que dos empleados atiendan cada uno un cliente a la vez. Sin embargo, en una consulta de atención primaria, colocar dos médicos en un mismo local, para que cada uno atienda un paciente a la vez viola la ética, la confidencialidad e incluso la disponibilidad de la persona atendida para decir todo lo que necesita manifestar. Significa entonces que, en términos de servicios de salud esta solución no es eficiente.

El crecimiento de los costos en salud: necesidad de una nueva visión al respecto

Es un hecho casi que cotidiano que líderes de los sistemas y servicios de salud aleguen que requieren más y más dinero con el que pueden costear todos los recursos que necesitan para realizar sus funciones. Lo anterior puede ir desde peticiones que pueden considerarse aceptables dentro de los procesos normales de mejorar el servicio a la población y dar respuesta a los numerosos retos a que están sometidos los sistemas de salud, hasta situaciones de extrema crisis que demandan medidas urgentes y debidamente coordinadas.

Sucede también que factores externos no controlables por las organizaciones sanitarias obliguen a disponer de mayor financiamiento como pueden ser: una situación epidemiológica emergente; incremento de los precios de los medicamentos; cambios en

la estructura demográfica o la situación de salud; nuevos tratamientos que a lo futuro permitirán reducir costos o desequilibrios importantes en la situación económica de un país que, generalmente, se traducen en los llamados recortes.⁽²⁾

No siempre este problema se trata con un enfoque lo suficientemente gerencial, o sea en el marco del manejo de los recursos bajo una óptica científicamente fundamentada. La cuestión principal no está en cuánto dinero se tiene, sino qué se hace con el dinero que se recibe. Mientras esto no se comprenda, el costo de los servicios de salud seguirá cargando con el precio de numerosas acciones, decisiones, procesos e innovaciones que solo gastan, pero no aportan valor a la salud de las personas y las poblaciones.

Aunque hay quienes podrían argumentar que toda la fruta madura ya ha sido escogida, los gobiernos y los sistemas de salud de todo el mundo siguen aplicando medidas de contención de costos orientadas a reducir los despilfarros clínicos y administrativos y mejorar la eficiencia operativa”.⁽³⁾

Algunas metas fundamentales, como la cobertura sanitaria universal, no dependen tanto del volumen que tengan los fondos financieros conseguidos, sino de la capacidad de los sistemas públicos de salud para alcanzar un empleo óptimo de los recursos disponibles. Esto es muy diferente a intentar, de cualquier manera, reducir el gasto sanitario.

Recaudar el dinero suficiente para la salud es imprescindible, pero contar con ese dinero no garantizará la cobertura universal. Tampoco lo hará la eliminación de las barreras económicas para el acceso a través del prepago y la mancomunación. El requisito final es asegurar que los recursos se usen de manera eficiente.⁽⁴⁾

Poca equivalencia automática entre lo que se gasta en salud y lo que se obtiene

“Denme mucho dinero y tendremos una salud de primer nivel” pareciera el lema de los que aseguran que todas las maravillas son posibles si la cuenta en el banco está bien abultada. Si esto fuera totalmente cierto, los considerados mejores sistemas del mundo, de acuerdo con las clasificaciones de agencias internacionales, serían los que más gastan, pero los números reales no aportan ninguna evidencia a este supuesto.

En la tabla 1 se presenta una combinación de tres listas, todas referidas al año 2014. En la primera de la izquierda se muestran los diez mejores sistemas de salud en el mundo según el criterio de la Fundación Bloomberg Rankings, una de las principales instituciones que hace este tipo de estudio. Este incluye el porcentaje de gastos en salud sobre su producto interno bruto (PIB). En el centro aparecen también los diez primeros países, pero esta vez bajo el criterio de la Fundación Commonwealth, el que tiene el mismo nivel de importancia en este campo.

Se puede observar que los resultados no son iguales, pero, sin lugar a dudas, los dos incluyen países con muy buenos sistemas de salud, aunque existen otras naciones que también podrían integrar la lista. Lo cierto es que la selección siempre está condicionada a las bases utilizadas, las personas consultadas, los factores tomados en cuenta y los algoritmos que emplee el órgano clasificador, no obstante, esto es de gran valor para las instituciones que dictan políticas y estrategias de salud.

En la tabla 1, también se listan los diez países del mundo que más gastan en salud sobre la base del porcentaje sobre el PIB, se puede apreciar que en las tres listas:

- Según Bloomberg Rankings, solo Francia aparece entre los más gastadores.⁽⁵⁾
- Sin embargo, la Commonwealth Fund considera que son 6 los países más gastadores: Canadá, Francia, Noruega, Países Bajos, Alemania y Suiza.⁽⁶⁾
- Cuatro de los diez países que se agrupan entre los que emplean el mayor porcentaje de gastos contra el PIB a nivel mundial (Dinamarca, Austria, Bélgica, Estados Unidos) ocupan, respectivamente, lugares lejanos en la clasificación de los mejores: 34, 35, 41 y 44 de una relación de 51.^(5,6)
- El orden en que aparecen clasificados los países en cualquiera de las dos primeras listas no tiene relación alguna con el orden en que se pudieran colocar si se utilizara el porcentaje de gastos sobre el PIB, en caso que ese fuera el criterio.

Tabla 1 – Países clasificados como los de mejores sistemas de salud y porcentaje del PIB que emplean, 2014

No. de orden	Fundación Bloomberg Rankings		Fundación Commonwealth		Países con el mayor % de gastos por PIB	
	País	% salud vs PIB	País	% salud vs PIB	Países	%
1.	Singapur	4,5	Reino Unido	9,4	EE.UU	17,2
2	Hong Kong	5,3	Suiza	11,4	Países Bajos	12,5
3	Italia	9,0	Suecia	9,7	Francia	11,8
4	Japón	10,2	Australia	9,1	Austria	11,6
5	Corea del Sur	7,0	Alemania	11,0	Noruega	11,6
6	Australia	9,1	Países bajos	12,5	Suiza	11,4
7	Israel	7,0	Nueva Zelanda	9,7	Dinamarca	11,2
8	Francia	11,8	Noruega	11,6	Canadá	11,0
9	EE. UU.	3,2	Francia	11,8	Alemania	11,0
10	Reino Unido	9,4	Canadá	11,0	Bélgica	10,9

Fuentes: Bloomberg, Commonwealth.^(5,6)

En la tabla 2 se visualizan las clasificaciones mundiales de 2017, o sea, tres años después de los datos reportados en la tabla 1.

Por su interés para el tema, se ha añadido al análisis el Instituto Legatum Prosperity que estudia el desarrollo de la prosperidad a escala mundial y por países. Emplea nueve subíndices o grupos de análisis, uno de los cuales es la salud. Cada subíndice tiene su propia clasificación y metodología. Para esta tabla, se ha seleccionado la correspondiente a los sistemas de salud.⁽⁷⁾

Tabla 2 - Países clasificados como los de mejores sistemas de salud y porcentaje del PIB que emplean, 2017

No. orden	Fundación Bloomberg Rankings		Instituto Legatum Prosperitiy		Fundación Commonwealth	
	País	% salud vs PIB	País	% salud vs PIB	País	% salud vs PIB
1	Italia	6,59	Luxemburgo	4,98	Reino Unido	7,59
2	Islandia	5,15	Singapur	2,44	Austria	7,67
3	Suiza	7,70	Suiza	7,70	Países Bajos	8,24
4	Singapur	2,44	Japón	9,04	Nueva Zelanda*	7,07
					Noruega*	8,24
5	Australia	6,25	Austria	7,67	---	---
6	España	6,26	Suecia	9,13	Suiza*	7,70
					Suecia*	9,13
7	Japón	9,04	Noruega	8,81	----	---
8	Suecia	9,13	Holanda	8,24	Alemania	9,58
9	Israel	4,63	Hong Kong	6,20	Canadá	7,30
10	Luxemburgo	4,08	Australia	6,25	Francia	9,51

* Significa que hay un empate en esa posición

Fuente: Bloomberg,⁽⁸⁾ Instituto Legatum Prosperitiy⁽⁷⁾, Mora, Pablo⁽⁹⁾

Después de 2014 ocurrieron algunos cambios. Lo más relevante es que las organizaciones clasificadoras mejoraron su metodología para afinar aún más los resultados, se incorporaron más países a los estudios y aumentó el interés internacional sobre los índices obtenidos.

Las diferentes clasificaciones no son estrictamente iguales, por lo que se debe tener en cuenta que:

- Ocurrieron movimientos importantes en cuanto a las clasificaciones, surgieron nuevos protagonistas y algunos desaparecieron.
- Solo dos países están presentes en las tres listas, Suecia y Suiza.
- Cuatro países están reconocidos en dos de las listas, Luxemburgo, Japón, Noruega y Australia.
- Doce países aparecen en solo una lista, Reino Unido, Nueva Zelanda, Alemania, Austria, Canadá, Francia, Noruega, Hong Kong, Islandia, España, Italia e Israel.

A partir de estos tres últimos elementos y teniendo en cuenta su presencia al menos una vez en alguna lista, son 18 los países que se pueden considerar como los mejores sistemas de salud del mundo en el año 2017. Si se acepta, al menos en teoría, que estos países se pueden estimar como muy buenos en cuanto a sistemas de salud, habría que considerar, entonces, su gasto como un porcentaje del PIB, para disponer de alguna evidencia sobre lo que consumen. De estos 18 países que aparecen en alguna de las tres listas del año 2017, solo tres, Japón, Suecia y Alemania, llegan hasta el 9 %, mientras que, en el año 2014, de 17 países posibles, 7 superaban el 11 %, por lo que se presume que existe una tendencia a mejorar la eficiencia y en consecuencia a subir en la clasificación. Se mantiene la dispersión en el porcentaje contra el PIB, lo que confirma que el problema no está en cuánto dinero se tiene, sino cómo se usa.

Todo lo anterior, permite suponer que hay gastos en que incurren los sistemas de salud que no incorporan valor a los resultados, es decir, al bienestar y la salud de las personas y las poblaciones, de no ser así habría una relación más equilibrada entre recursos empleados y resultados sanitarios.

Otro elemento que se puede asumir es que, al haber diferentes maneras de diseñar y modelar los sistemas de salud, existen países que encuentran mejores soluciones para hacer más con lo mismo o con menos, por lo que es recomendable estudiar cómo lo hacen. No se trata de que los sistemas que son considerados más eficientes se puedan copiar en otros contextos, lo interesante está en resolver cómo crear su propio sistema de modo que se obtenga más y lo mejor que se pueda con los recursos que se tienen. Se necesita entonces buscar cómo se pierde el dinero y cómo impedirlo.

Costos para desarrollarse y costos para empobrecerse

El crecimiento bueno y el crecimiento malo

Los costos en salud de manera histórica, han tenido un crecimiento constante en términos generales y buena parte de ese incremento puede explicarse a partir de: mejor acceso a los servicios, prevención oportuna, medios diagnósticos y de tratamientos más efectivos o elevación de la esperanza de vida, entre otros. Sin embargo, no siempre el incremento o el volumen de gastos son representativos de una mejor salud para las personas y las poblaciones, lo que hace suponer que en esa relación hay pistas que se pierden. Lo

importante entonces es encontrar esas pistas e intentar sacar la parte de costo que no está justificada. De lograrse, el costo en salud se correspondería, en buena medida, con un beneficio para las personas y las poblaciones.

En busca del eslabón perdido

La producción en salud comprende numerosos actores (ciudadanos, organizaciones, sectores, empresarios, sociedad civil, políticos, organismos públicos) que interactúan de múltiples formas en correspondencia con coyunturas epidemiológicas, económicas, sociales, políticas, tecnológicas, aleatorias e imprevisibles. Todo este complejo puede incidir lo mismo a favor que en contra de la salud de las personas y las poblaciones. El consumo de recursos forma parte natural de este entramado y por lo tanto tiende a oscurecer la posibilidad de distinguir con suficiente claridad en qué momento se está utilizando o no de una manera racional y efectiva.

Una aproximación a esclarecer este problema puede ser acercarse a aquellos procesos, actividades o decisiones proclives, sospechosas o claramente culpables de agresiones al buen aprovechamiento. En este sentido resulta de mucho valor la síntesis presentada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) denominada: “argumentando sobre la cobertura sanitaria universal”,⁽¹⁰⁾ la cual muestra las principales pistas a seguir (Tabla 3).

Tabla 3 - Las diez fuentes principales de la falta de eficiencia

No.	Fuente de ineficiencia	Razones comunes de la ineficiencia	Formas de tratar la ineficiencia
Medicamentos			
1	Infrautilización de los genéricos y precios de los medicamentos más elevados de lo necesario	Controles inadecuados de los agentes de la cadena de suministro, los que los prescriben y los que los dispensan; baja percepción de la eficacia teórica y la seguridad de los medicamentos genéricos; patrones históricos en la prescripción y sistemas ineficientes de obtención y distribución; tasas e impuestos sobre los medicamentos; márgenes comerciales excesivos.	Mejorar la orientación, la información, la formación y la práctica de la prescripción. Requerir, permitir u ofrecer incentivos para la sustitución por genéricos. Desarrollar adquisiciones activas basadas en la evaluación de los costes y los beneficios de las alternativas.

			<p>Garantizar la transparencia en las adquisiciones y licitaciones.</p> <p>Eliminar las tasas y los impuestos.</p> <p>Controlar los márgenes comerciales excesivos.</p> <p>Vigilar y dar a conocer los precios de los medicamentos.</p>
2	El uso de medicamentos de baja calidad y falsificados	Sistemas y mecanismos inadecuados de vigilancia farmacológica; sistemas débiles de contratación pública.	<p>Fortalecer la aplicación de las normas de calidad en la fabricación de los medicamentos.</p> <p>Llevar a cabo análisis de los productos.</p> <p>Mejorar los sistemas de contratación pública con la precalificación de los proveedores.</p>
3	Uso inadecuado e ineficaz	Incentivos inapropiados a quienes los prescriben y prácticas poco éticas de promoción; demandas y expectativas de los consumidores, conocimiento limitado sobre los efectos terapéuticos; marcos normativos inadecuados.	<p>Separar la prescripción de la provisión.</p> <p>Regular las actividades promocionales.</p> <p>mejorar la orientación, la información, la formación y la práctica de la prescripción.</p> <p>Difundir la información pública.</p>
Productos y servicios			
4	Uso excesivo o suministro de equipos, investigaciones y procedimientos	Demanda inducida por el proveedor; mecanismos de pago por servicios; temor a las querellas (medicina defensiva).	<p>Reformar los sistemas de incentivos y pago (por ejemplo, la capitación de servicios sanitarios o los grupos relacionados por el diagnóstico).</p> <p>Desarrollar e implementar guías de práctica clínica.</p>
Personal sanitario			

5	Personal sanitario: plantilla inadecuada o cara, trabajadores desmotivados	Conformidad con las políticas y los procedimientos de recursos humanos predeterminados; resistencia por parte del colectivo médico; contratos fijos e inflexibles; salarios insuficientes; contratación basada en el favoritismo.	Llevar a cabo una evaluación y una formación basada en las necesidades. Revisar las políticas de remuneración; introducir contratos flexibles y pagos por el desempeño. Aplicar el cambio de tareas y otros métodos de adaptación de sus aptitudes a las necesidades.
Servicios sanitarios			
6	Admisiones hospitalarias y duración de la estancia inadecuadas	Falta de planes terapéuticos alternativos; incentivos insuficientes para el alta hospitalaria; conocimiento limitado de las mejores prácticas.	Proporcionar cuidados alternativos (por ejemplo, centros de día). Cambiar los incentivos a los profesionales sanitarios hospitalarios. Ampliar la información sobre las prácticas eficientes del ingreso hospitalario.
7	El tamaño inadecuado de los hospitales (infrautilización de las infraestructuras)	Nivel inadecuado de recursos de gestión para la coordinación y el control; demasiados hospitales y camas hospitalarias en algunas áreas y déficit en otras. A menudo, esto refleja una falta de planificación del desarrollo de infraestructuras de los servicios sanitarios.	Incorporar a la planificación hospitalaria la estimación de las aportaciones y los resultados. Ajustar la capacidad de gestión a las dimensiones del hospital. Reducir el exceso de capacidad para aumentar la tasa de ocupación de un 80 % a un 90 % (a la vez que se controla la duración de la estancia).
8	Errores médicos y calidad asistencial insuficiente	Conocimiento o aplicación insuficientes de las normas y los protocolos de asistencia clínica; ausencia de directrices; supervisión inadecuada	Mejorar las normas de higiene hospitalarias. Proporcionar una mayor continuidad de la asistencia médica. Realizar más auditorías clínicas.

			Supervisar el rendimiento hospitalario
9	Despilfarro en los sistemas sanitarios: derroche, corrupción y fraude	Guías poco claras sobre la asignación de los recursos; falta de transparencia; mecanismos deficientes de justificación y gestión; salarios bajos.	Mejorar la regulación y la gestión, introduciendo mecanismos sancionadores efectivos. Evaluar la transparencia y la vulnerabilidad respecto a la corrupción; Realizar estudios de seguimiento del gasto público; Promover códigos de conducta.
10	10. Intervenciones sanitarias: combinación ineficiente / nivel inadecuado de estrategias	Intervenciones de coste elevado y bajo efecto cuando las opciones de bajo coste e impacto elevado no están financiadas. Equilibrio incorrecto entre los niveles de asistencia y entre la prevención, la promoción y el tratamiento.	Evaluación periódica e incorporación a la política de los resultados de los costes y el impacto de las intervenciones, las tecnologías, los medicamentos y las opciones políticas.

Fuente: Yates R, Humphreys G. Argumentando sobre la cobertura sanitaria universal. Suiza: OMS.⁽¹⁰⁾

Factores a favor y en contra de una mejor gestión de los costos en salud

La esencia de la gerencia tiene que ver con el manejo eficiente de los recursos disponibles, para ello dispone de numerosas herramientas, habilidades, tecnologías y técnicas que son susceptibles de ser enseñadas y aprendidas. Las organizaciones sanitarias no son una excepción. Hay una larga experiencia acumulada acerca de cómo utilizarlas efectivamente y existe suficiente evidencia que permite ser tomada en cuenta. Son factores que operan a favor de un empleo racional de los costos, pero también puede ser lo contrario. Esto se podrá apreciar en la lista de factores siguientes, salvo el último que solo tiene valores negativos.

1. Los procesos en el contexto de la atención médica

Un proceso representa una cadena de transformaciones donde uno o más elementos son alterados, modificados, combinados o armados de manera tal, que al final quedan convertidos en un elemento nuevo, conocido generalmente como producto, salidas o resultado. Los procesos son una forma organizada de crear valor (Fig. 1).

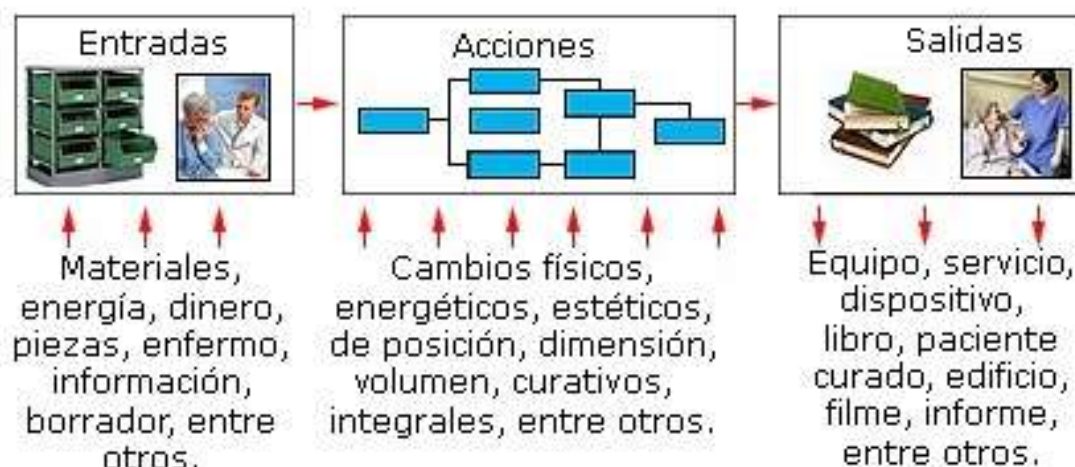


Fig. 1 – Esquema general de los procesos.

En el caso de las organizaciones sanitarias, los procesos son una consecuencia de sus particularidades, por lo tanto, presentan complejidades que no aparecen en la producción industrial ni en los servicios que no son de salud (Tabla 4). Cuando estas características no son tomadas en cuenta en el diseño de los servicios de salud, es muy natural que aparezcan problemas de funcionamiento que muchas veces se entienden como naturales, pero que son realmente fallas que afectan la calidad del servicio, elevan los costos y actúan en contra de la mejor eficiencia en el trabajo sanitario. El diseño incorrecto de procesos es una de las causas más comunes en el aumento injustificado de costos en salud. Algunos ejemplos de estas fallas son: pérdida de tiempo, discontinuidad, repeticiones, inseguridad, esperas, largos recorridos, errores, molestias y dolores evitables, entre otros.

Tabla 4 - Características que tienen los procesos en los sistemas y servicios de salud

Característica	Explicación
Dispersión	El objeto sobre el cual se trabaja, o sea, el paciente, debe recorrer numerosos lugares físicos. Durante ese recorrido intervienen sobre él una variedad de profesionales y técnicos con sus medios, instrumentos, procederes y puntos de vistas distintos; los recorridos son multidireccionales y recurrentes y en buena medida presentan numerosas variantes asociadas a la casuística.
Tipo de cliente	No acude por satisfacción personal; corre riesgos físicos y psicológicos; siente temor, inseguridad y angustia, se presupone sea "obediente"; sufre molestias o dolor y, a la vez, forma parte del proceso.
Fuentes de inseguridad	Son muchas. Un número importante de ellas se origina en los equipos y dispositivos de diagnóstico y de tratamiento a tal punto, que de ellos se hace anualmente una selección de los diez más peligrosos: infecciones nosocomiales; manejo inadecuado de los medicamentos; errores en la identificación del paciente, entre otros.* Recientemente la OMS publicó un reporte donde se afirma que es mucho más riesgoso ingresar en un hospital que viajar en avión.**
Otras	Diferentes procesos se interconectan entre sí bajo muchas variantes; el prestador tiene un papel hegemónico en las decisiones; se emplean estándares generalmente aceptados internacionalmente y todos están orientados con la buena intención del bienestar y la salud de las poblaciones.

*ECRI. Institute. Survey: Top 10 Patient Safety Concerns for 2016-ECRI. EE. UU: ECRI; 2016. [acceso 30/10/2018].

Disponible en: <https://www.ecri.org/Pages/Top-10-Patient-Safety-Concerns.aspx>

**Agencia Reuters. Ginebra. Acudir al hospital, más peligroso que viajar en avión. El Mundo. 21 de jul. 2011. [acceso 22/08/2019]. Disponible en:

<https://www.elmundo.es/elmundosalud/2011/07/21/noticias/1311271822.html>

En la última década del siglo pasado, la empresa Toyota revolucionó el trabajo de la gestión por procesos con la introducción del enfoque Lean, una manera científicamente fundamentada de eliminar o reducir al mínimo los denominados despilfarros en las operaciones industriales.⁽¹¹⁾ Esta metodología fue adaptada con mucha rapidez al mundo de los sistemas y servicios de salud, surgiendo lo que se identifica como *LeanSanidad*, que es una manera particular de aplicarla a partir de las características de los procesos en salud referidos en la tabla 4.

LeanSanidad parte de tres elementos básicos: valor, despilfarro y flujo:

- Valor: rasgo de toda actividad, proceso, decisión, servicio o producto que está alineado con los intereses del paciente y contribuye a satisfacer sus necesidades

Ejemplos: clasificación bien organizada de pacientes en un servicio de urgencias; continuidad inmediata a especialistas; empleo de la lista de chequeo ante una intervención quirúrgica.

- Despilfarro: cualquier cosa que no sea lo mínimo necesario, equipos, materiales, piezas, tiempo, espacio para crear valor para el paciente, solo agrega costos.

Ejemplo: cola demorada en urgencias esperando por una camilla; estudios diagnósticos no necesarios; enfermera esperando por materiales.

- Flujo: generación de una nueva cadena de valor optimizada, y mucho más capaz de alinearse a los requerimientos del paciente.

Ejemplo: localizar los despilfarros en un proceso de prótesis de cadera y rediseñarlo de manera que queden eliminados mediante su racionalización y simplificación.

Resulta evidente que, en el caso de las organizaciones sanitarias, el impacto negativo de los despilfarros sobrepasa su dimensión económica y financiera para entrar con amplitud en la humana y agredir de manera directa los principales valores por las que se guía la salud pública.

LeanSanidad no es una tecnología experimental, una moda o algo que llegó de manera reciente al mundo de las organizaciones sanitarias y que requiere esperar a ver qué sucede. Su aplicación se inició desde los primeros años de este siglo y su impacto en materia: de mayor calidad en el servicio, mejores condiciones para el trabajo de los prestadores, satisfacción de los pacientes y reducción de costos está avalado por estudios científicos, informes técnicos y organizaciones internacionales.^(12,13,14)

El *Lean Health Care* es una contrastada metodología que acrecienta la satisfacción de los pacientes y del personal, reduce los costes, aumenta la calidad y disminuye los tiempos. Se utiliza en el 73 % de los hospitales de EE. UU. y, solo por citar un ejemplo, en el Virginia Mason Medical Center aumentaron la productividad de las personas en un 36 %, los tiempos de proceso en un 65 % y redujeron los inventarios en un 53 %. Son resultados habituales y similares a los que ha obtenido el Consorci Sanitari Integral de Cataluña: + 25 % capacidad pacientes/turno, - 68 % inventarios, + 250 % altas hospitalización < 10 h, - 51 % estancias en urgencias.⁽¹⁵⁾

2. Hacer mejores estrategias y asegurar su seguimiento en el trabajo cotidiano

Muchas veces, las estrategias en sistemas públicos de salud son simplemente una formalidad solicitada por las autoridades superiores y un mecanismo ineludible para justificar el presupuesto para el periodo siguiente. Otras veces, son mejores estrategias, pero durante la operación real no resulta posible comprobar si se están cumpliendo y cómo son los resultados. Este es un viejo problema de las organizaciones de negocios que desde hace algunos años empezaron a resolver, pero las organizaciones sanitarias se han demorado algo en incorporarse.

Los errores en el diseño de estrategias y políticas en salud generan una escalada de improvisaciones, errores y sorpresas que incluyen inversiones que no debían haber sido hechas, decisiones que carecen de los elementos suficientes para resultar exitosas, asignación de equipos, materiales o instrumentos que no se corresponden con la situación de salud de los territorios o, reorganizaciones que, en vez de tender al progreso, operan en forma contraria. Todo esto tiene un alto costo en términos de recursos, pero lo peor son sus afectaciones al bienestar y la salud de las personas y las poblaciones.

El mayor valor de una estrategia bien hecha es su capacidad para alinear el trabajo futuro en la dirección que se corresponde con los objetivos, metas y factores claves de éxito previstos en esta. Hasta hace algunos años esto resultaba muy difícil y en ocasiones se sustituía por muchos papeles, pero poca efectividad. El Cuadro de Mando Integral (CMI) (*Balanced Score Card (BSC)*) creado originalmente por Kaplan y Norton⁽¹⁶⁾ a principios de la década de los noventa del siglo pasado y ampliado posteriormente como efecto de su generalización, aportó una solución científicamente fundamentada para este problema.

El Cuadro de Mando Integral (CMI) es un modelo de gestión que traduce la estrategia en objetivos relacionados entre sí, medidos a través de indicadores y ligados a unos planes de acción que permiten alinear el comportamiento de los miembros de la organización con la estrategia de la empresa. Se trata de una herramienta de control de gestión, cuya función primordial es la implantación y comunicación de la estrategia a toda la empresa.⁽¹⁷⁾

El CMI se diseñó originalmente para empresas de negocios, pero pronto se vio la posibilidad de emplearlo, con sus correspondientes ajustes, en la administración pública, los sistemas de negocios, las organizaciones sanitarias y cualquier entidad no orientada a utilidades.⁽¹⁸⁾ El tránsito de esta metodología hacia las organizaciones sanitarias no resultó complicada, dada la experiencia acumulada en términos de diseño de políticas, programas, planes y presupuestos que han formado parte integrante de su trabajo. Posiblemente la diferencia más significativa está en una definición de las perspectivas más en correspondencia con las particularidades de los sistemas y servicios de salud.^(19,20) Se deben tener en cuenta los elementos básicos que componen un CMI aplicados a las organizaciones sanitarias tales como:

- Perspectiva: puntos de vista desde los cuales se construyen objetivos e indicadores que contribuyen a la ejecución de las estrategias. Entre todos aseguran el carácter balanceado e integral del CMI.

En el mundo de los negocios se utilizan las siguientes perspectivas: aprendizaje y crecimiento; clientes: procesos internos; finanzas. Para las organizaciones sanitarias es necesario adecuarlas, para lo cual hay diferentes versiones, esta es una de ellas: desarrollo e innovación; implicados (pacientes, familia, población, proveedores); procesos internos; resultados (sanitarios y económicos).

- Objetivos: representan la contribución que cada perspectiva debe hacer para que la estrategia tenga éxito.

Por ejemplo, en la perspectiva desarrollo e innovación, un objetivo pudiera ser: proponer soluciones asistenciales novedosas que aseguren una respuesta integral, y lo suficientemente preventiva, a los pacientes crónicos

- Indicadores: expresión, fórmula o relación que sirve para medir y dar seguimiento a la ejecución de cada uno de los objetivos establecidos. Para cada indicador se definen una o varias metas.

Ejemplo de indicador para el objetivo anterior: proyecto de plan piloto de clínica para enfermos crónicos en la atención primaria a la salud.

- Metas: cota mínima, máxima o rango que debe lograrse como resultado de la ejecución de cada uno de los objetivos establecidos en cada perspectiva. Cada meta está asociada con un indicador.

Ejemplo de meta para el indicador proyecto de plan piloto de clínica para enfermos crónicos en la atención primaria a la salud: primera versión del proyecto para circular: cierre del primer trimestre de 2010.

- Iniciativas: formadas por ideas y sugerencias aportadas por los participantes durante el proceso de construcción y discusión de las estrategias. Sirven para facilitar la ejecución de los objetivos y el alcance las metas.

Ejemplo para el objetivo y la meta anterior: aplicar la referenciación competitiva con respecto a proyectos similares en otros países.

El punto clave de estos cuatro elementos está en las perspectivas. Si se ha seguido un proceso riguroso para preparar las estrategias, quedan aún varios problemas pendientes para conseguir el efecto balanceado e integral, así como la posibilidad de darle seguimiento a dichas estrategias durante todo el ciclo posterior de la producción o los servicios. Para su solución se analizan las estrategias en su conjunto bajo cuatro miradas básicas que representan, en buena medida, la visión integral de la organización. Al plantearse, por ejemplo, ¿qué debe hacerse desde el punto de vista de la innovación y desarrollo, para asegurar las estrategias?, se está tomando en cuenta uno de los factores fundamentales para materializarlas.

Cuando se haga lo mismo con las otras perspectivas, se obtiene una visión balanceada e integral de lo que hay que hacer para asegurar su cumplimiento (Fig. 2).

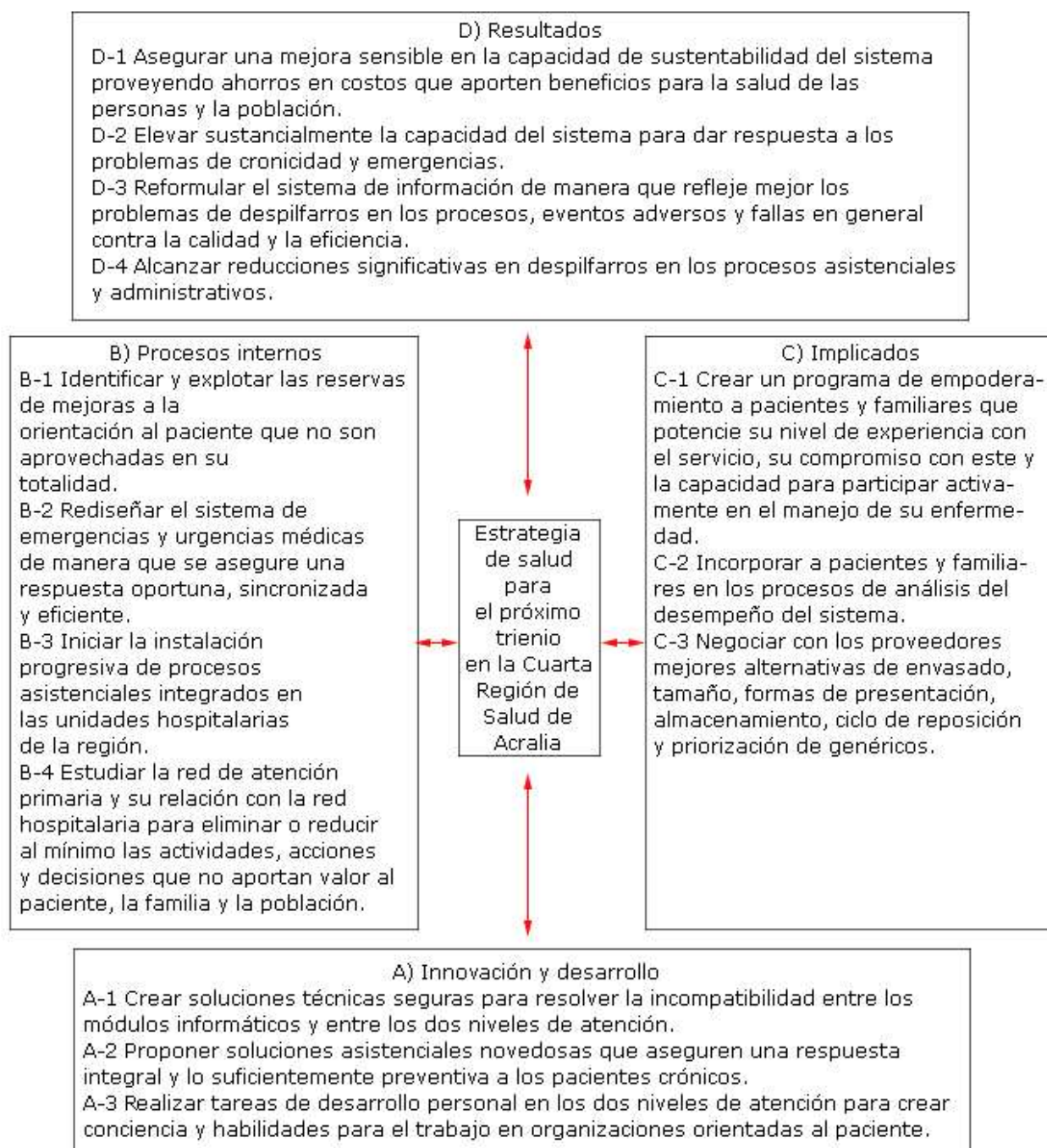
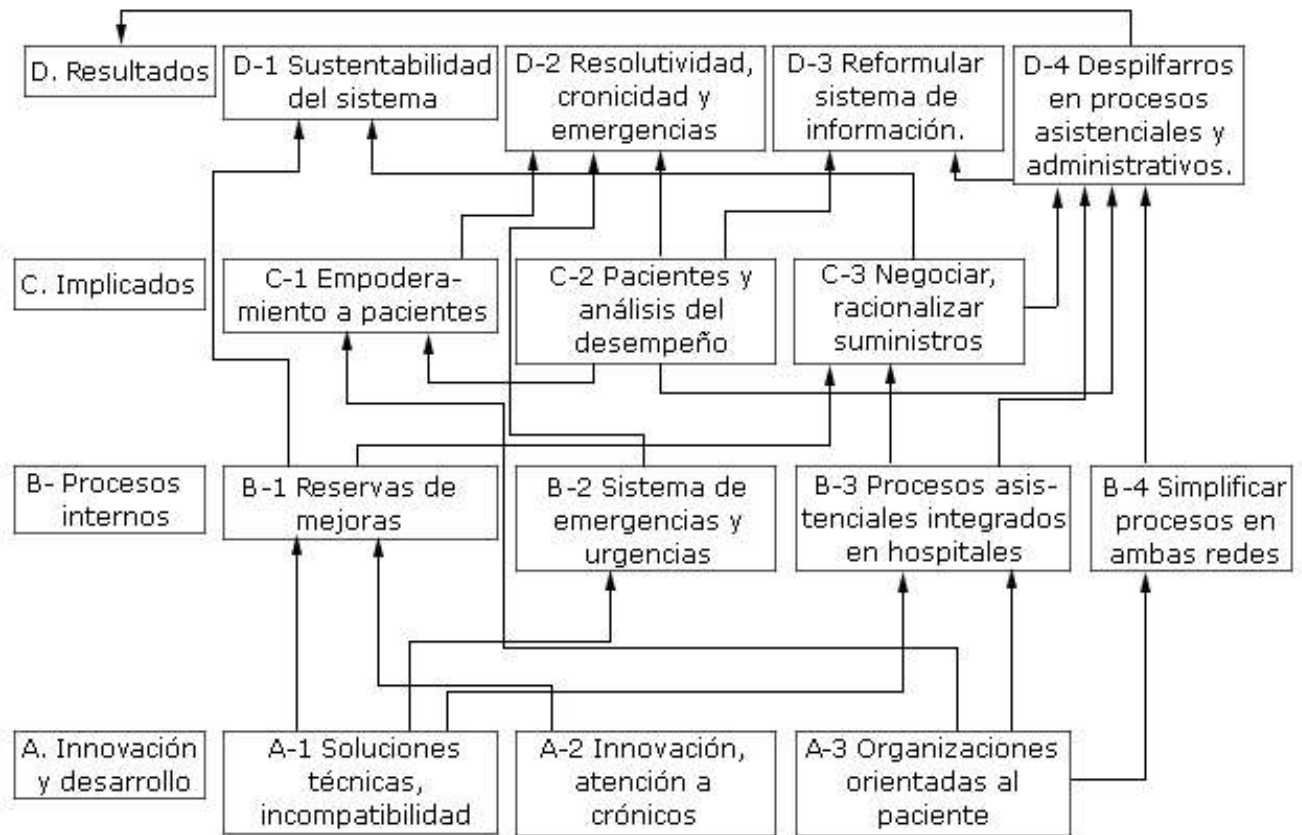


Fig. 2 - Acralia^a, Cuarta Región de Salud, perspectivas y objetivos para el próximo quinquenio.

Faltaría determinar en qué medida, el conjunto de objetivos de cada perspectiva se entrelaza con los demás en un esquema causa-efecto. La idea es asegurarse que todo resultado deseado de la estrategia aparezca conectado con los que lo aseguran y con aquellos a los que contribuye. Para ello se prepara el denominado mapa de procesos o mapa estratégico (Fig. 3).



Nota: Los títulos de los objetivos se simplificaron para facilitar la representación gráfica.

Fig. 3 - Acralia^a. Cuarta Región de Salud. Plan estratégico próximo quinquenio. Mapa de procesos.

La aplicación del CMI en las organizaciones sanitarias ha permitido mejorar la calidad de las proyecciones estratégicas y ponerlas más alineadas con el quehacer cotidiano del trabajo en salud. Los dispositivos de control económico están más en sintonía con los niveles de eficiencia previstos en las estrategias. Se reduce notablemente la improvisación en la toma de decisiones con lo cual se eleva el nivel de eficiencia en la ejecución de la actividad sanitaria. La orientación al paciente y el cumplimiento de las metas involucradas en mejorar la salud y el bienestar de las personas y las poblaciones está mejor sustentado. Todos esos resultados están avalados por la experiencia de muchos países y la literatura científica.^(21,22,23,24)

3. Los sistemas automatizados y la digitalización como generadores de cambios

Algo de historia

Los procesos gerenciales han experimentado numerosas transformaciones en los últimos 30 años, muchas de las cuales han obligado a modificar el modo en que se hacen los negocios, la manera en que se toman las decisiones, los criterios que definen la competitividad, la velocidad a que deben adaptarse a las situaciones cambiantes, los estilos de dirección y la forma en que se estructuran los procesos y se diseñan las organizaciones. Si bien los sistemas automatizados de gestión parecen ser uno de los provocadores de estos cambios, detrás de esa potencialidad están dos factores claves: la digitalización y el tiempo real.

La digitalización ha hecho posible que puedan comunicarse e interactuar entre sí elementos tan disímiles como personas, grupo de personas, equipos, maquinarias, dispositivos y herramientas por lo que es natural que asuman, también, funciones que antes hacían los seres humanos, incluyendo decisiones. Sin la digitalización masiva no sería posible que existieran sistemas que operaran a escala mundial sin límite alguno.

El tiempo real implica que las conexiones propiciadas por la digitalización masiva produzcan efectos inmediatos multiplicados en el mismo momento en que el hecho comercial, productivo, sanitario o social se está produciendo. Por ejemplo, un equipo de resonancia magnética produce una salida digitalizada cuyo valor se potencia porque, al mismo tiempo, esa información se incorpora como dato al expediente clínico del paciente, al registro de costos de la instalación, a las estadísticas de carácter sanitario y epidemiológico, a la historia del trabajo del equipo para servir de alerta cuando requiere mantenimiento preventivo, entre otras posibilidades, además de que está disponible para ser consultado por las personas autorizadas en cualquier momento y desde cualquier lugar.

Las organizaciones sanitarias apreciaron con mucha rapidez que estas potencialidades encajaban plenamente con muchas de las características, necesidades, conveniencias, modo de trabajar, seguridad y valores humanos y sociales de los sistemas y servicios de salud, entre ellas las que se encuentran las siguientes posibilidades:

- a) Poseen un núcleo central que es el expediente clínico, el que se constituye un destino común de todas las operaciones y por tanto facilita la integración.

- b) La práctica médica está basada en numerosos estándares y terminologías comunes internacionalmente aceptadas, los cuales no hace falta crear.
- c) La mayor parte de su personal es de alta calificación y buena disposición para el intercambio científico técnico, lo cual facilita la introducción de estos sistemas y multiplica su utilidad.
- d) El carácter social de la producción en salud requiere de facilidades que fortalezcan tal carácter y permitan lo que se denomina respuesta social organizada.
- e) Crea la base tecnológica para hacer mejor y con mayor rapidez la aplicación de la gestión por procesos con enfoque Lean, el cuadro de mando integral, la gestión de calidad, la orientación al paciente y un mejor control sobre el uso adecuado de los recursos asignados.

Los sistemas automatizados de gerencia en salud. Su impacto en la eficiencia

Los sistemas automatizados de gerencia en salud se vinculan a todos los procesos de planificación, organización, dirección y control de las organizaciones sanitarias. Contrariamente a lo que muchas personas piensan, no son simples sistemas automatizados de información, sino una manera totalmente nueva de trabajar en las cuales se pasa de la concepción verticalizada, disjunta y burocratizada tradicionales a modos integrados y dinámicos que tienen una correspondencia mayor con las particularidades de los sistemas y servicios de salud.

Los efectos más relevantes que han tenido estos sistemas sobre la eficiencia, que es el camino más corto para elevar la salud de las personas y las poblaciones con el menor consumo de recursos y en consecuencia garantizar la solvencia y la sostenibilidad del servicio, son:^(25,26,27)

- Más y mejor información sobre el paciente: el prestador tiene acceso de inmediato a toda la información importante (textual, gráfica o en movimiento) del paciente, hacer comparaciones en el tiempo y evaluar los resultados contra experiencias anteriores. Puede decidir en menos tiempo, con mayor calidad y menor costo.
- La orientación al paciente: se elimina buena parte de las gestiones para obtener citas con otros especialistas, acceder al laboratorio clínico, hacerse un diagnóstico por imágenes, volver a esa misma consulta. Por supuesto no tiene que pasar a recoger los resultados pues van directamente a su historia.

- Reducción de errores y duplicidades: Repetición injustificada de exámenes clínicos y diagnósticos por imagen. Uso inadecuado de medicamentos. Errores por transcripción de información de un documento a otro. Extravío de historias clínicas.
- Flujos de operaciones más expeditos: la secuencia de los procesos cuando el trabajo médico se basa en documentos que deben llenarse en los distintos departamentos y después transitar entre ellos, son lentos, riesgosos para el paciente, susceptibles de errores e inconsecuentes con la atención a la salud que debe ser oportuna y de calidad. Esto incluye la historia clínica que está perdida, el documento que no está bien llenado, la persona que fue a merendar o los diferentes horarios en que cada especialidad trabaja. Todo eso es costoso y agresivo para la salud y la tranquilidad de los pacientes. Este escenario cambia totalmente en un ambiente en que existe un sistema automatizado.
- Beneficios a largo plazo: reducción de gastos de tratamiento en enfermedades inmuno-prevenibles por la mayor y mejor posibilidad de detección temprana. Posibilidad de una atención más integral a pacientes crónicos con lo cual se incrementa el control de su padecimiento, reducción de costos por complicaciones y elevación de su esperanza de vida.
- La multiplicidad de dispositivos, herramientas y aplicaciones: las tabletas, los teléfonos inteligentes, las redes sociales, la telemedicina, la tarjeta médica personal, la transoperabilidad de los sistemas, y otros elementos del mismo tipo, introducen cambios de fondo en la forma de acceder al servicio, realizar o confirmar diagnósticos, aplicar el tratamiento oportuno en condiciones de emergencias, promover salud, apoyarse en normas y protocolos de actuación y *vademécum*, entre otras posibilidades. Todos estos elementos combinan un mejor servicio de salud con una mayor eficiencia.

Una aclaración importante

Existe numerosa experiencia internacional acerca del impacto positivo que tienen los sistemas automatizados de gerencia en salud para: elevar el bienestar de la salud y de las poblaciones, reducir todo el tiempo innecesario entre necesitar el servicio y conseguirlo y lo que es más significativo, rebajar costos. Sin embargo, es oportuno aclarar que todo esto sucede solo cuando el trabajo de diseño, implementación y seguimiento se efectúa

siguiendo todas las reglas que esta tecnología demanda. Algunos ejemplos de cuando esto no sucede así pueden ser:

- Soluciones inconexas: el sistema está integrado solo en apariencia ya que algunas actividades se han “respetado”, por lo que el flujo en tiempo real que debiera ser la forma natural de operar, se sustituye por la manera en que tradicionalmente se hacía.

Por ejemplo, las pacientes deben recoger ellos mismos los resultados del laboratorio, el ingreso hospitalario se mantiene centralizado en admisión, o las referencias a otras especialidades requieren que la persona vaya hasta allí a solicitar el turno.

- Romper con el pasado: al introducir un sistema de este tipo se necesita resolver la continuidad de las historias clínicas manuales con respecto a las automatizadas. Existe un gran desarrollo en programas especializados para la digitalización de las historias clínicas que permiten incorporarlas al sistema automatizado, que, a su vez, facilita el acceso de forma efectiva a su información.

Otras instituciones lo resuelven haciendo un trabajo masivo, generalmente con estudiantes, de resúmenes de las historias vigentes los cuales se enlazan con las originales, a partir del número de identificación del paciente.

Otra variante, poco conveniente, es mantener el sistema original en papel, al cual va el médico o enfermera que atiende al paciente para buscar lo que le falta cada vez que lo necesita. Esto es un lastre que hay que evitar a toda costa.

Existe otra posibilidad, que es aún menos eficiente, y es algo así como el divorcio total, en la que se actúa como si no existieran las anteriores y según sus creadores, la nueva historia se va actualizando poco a poco en la medida que sea posible e imprescindible.

Estas dos últimas soluciones obedecen supuestamente a criterios de ahorro que no son válidos en el caso de las organizaciones sanitarias por el perjuicio que provocan a las personas y por resultar más costosas a largo plazo, debido a los riesgos implícitos.

- Automatizar sin cultura de disciplina y trabajo en equipo: se supone que al pasar de sistemas manuales a digitalizados se dispone de una organización que funciona bien, que cuenta con una disciplina de trabajo concreta, una visión del trabajo

sanitario y de sus requisitos, unos flujos de operaciones basados en criterios de racionalización y simplificación. Cuando no es así, intentar automatizar es perder dinero, tiempo y quizás vidas.

4. El compromiso y el empoderamiento de los pacientes

El compromiso del paciente, como concepto, comprende dos ideas básicas: la primera, asegurar que se haga más efectiva y real la parte que en el proceso de la atención le corresponde. La otra, intentar disminuir la tradicional carga hegemónica del prestador a partir del que el binomio autoridad y responsabilidad sea compartido entre el prestador y el paciente. Por esta vía se refuerza la comunicación y la interrelación entre el paciente y el prestador en ambas direcciones, lo cual implica que el paciente abandone su conducta pasiva y asuma su derecho para conocer, opinar y decidir con respecto a su salud, todo lo cual incide en mejores decisiones y tratamientos por parte del prestador, mejor adherencia al plan y una eficiencia superior.

Para lograr este efecto, el paciente debe ser empoderado, en toda la extensión de este término, pues para compartir, participar, decidir o cambiar, es necesario que esté preparado para ello. El efecto principal es una persona capaz de asumir un papel activo en el manejo de su enfermedad y por tanto, una adherencia mayor y mejor aceptada.⁽²⁸⁾ Hasta ahora todo está relacionado con el otorgamiento de autoridad al paciente, pero como es habitual en el campo de la gerencia, se requiere definir la responsabilidad correspondiente.

El paciente tiene la responsabilidad de ofrecer al prestador de la mejor manera que pueda y en la medida que sea necesario, información acerca de su sintomatología, su historia clínica, las enfermedades que padece, los antecedentes familiares, su salud actual y pasada, los medicamentos que toma, sus adicciones, sus incumplimientos, su situación familiar, laboral y sentimental, lo que necesita, lo que espera y lo que no ha conseguido.⁽²⁹⁾

Asimismo, habría que incluir su responsabilidad de pedir aclaraciones acerca de lo que no ha entendido y solicitar informaciones que considera no le han suministrado; compartir con el médico la decisión acerca de la conducta a seguir, modificar su estilo de vida en función de mejorar su salud e informar sobre inconvenientes presentados.⁽³⁰⁾

Se dispone de evidencias acerca de que el compromiso del paciente hace más pronta y oportuna la recuperación, facilita una mejor decisión por parte del profesional que lo atiende, reduce costos y evita complicaciones.^(31,32)

5. Formación y desarrollo de líderes en salud

Toda organización necesita ser conducida por un grupo de personas que cuenten con la preparación y experiencia adecuada a las diferentes posiciones que van a ocupar. Para el equipo de dirección de una organización sanitaria es requisito básico, por supuesto, su preparación en el terreno de las ciencias médicas y de las especialidades correspondientes, por ser las afines con el sector en que va a desarrollar su trabajo.

Si va a ocupar un cargo de dirección, requiere además el dominio de habilidades y tecnologías de otro campo del conocimiento humano: la gerencia. Algunas personas poseen capacidades innatas para dirigir, pero al igual que las tiene alguien para la música o para el atletismo, necesita prepararse específicamente en esa disciplina. Pueden tocar de oído, pero nunca serán pianistas, correr todos los días durante tres horas, pero nunca bajarán de los 15 segundos en cien metros o pueden ocupar un cargo de dirección, pero esperar que aprenda mediante prueba y error es lento, riesgoso, de alto costo y perjudicial, incluso para esas mismas personas.

El trabajo de dirigir en el mundo se asocia al liderazgo y las personas que lo asumen se conocen como líderes. La formación y desarrollo de líderes es un campo especializado de la educación y comprende no tanto la actividad en aula sino todo un proceso que guía el tránsito por diferentes cargos, experiencias, prácticas dirigidas, autoestudio, misiones de complejidad creciente y todo lo necesario para que sus posibilidades de éxito se potencien.^(32,33)

La totalidad de las recomendaciones hechas anteriormente con vistas a una mejor gestión de los costos en salud pertenece al campo de la gerencia, es decir requieren la conducción por una red de líderes en las diferentes posiciones de dirección que estén equipados con las herramientas, los métodos, las habilidades, las tecnologías y los valores que les permita conducir a otros en la dirección correcta y con el entusiasmo y la voluntad de que están haciendo algo que vale la pena.

El líder no tiene que ser experto en todos estos temas, algunos se corresponden totalmente con su trabajo propio y personal, otros con el trabajo colaborativo en grupo y muchos con

especialistas de diferentes campos que él tiene que conocer suficientemente para saber entenderse con ellos, pedirles lo que necesita y saber si aportan lo que deben aportar.⁽³⁴⁾

6. La corrupción como el peor enemigo

Caracterización del problema

Hasta hace algunos años, los expertos consideraban que la corrupción en salud era un problema de los países de ingresos bajos y medios y esa era la causa de su situación desastrosa en el orden sanitario, pero ya a principios de este siglo, estalló la burbuja.

Lo real es que en los países desarrollados la corrupción tiene un nivel más alto de sofisticación porque, generalmente, está amparada por documentos perfectamente legales, contabilidades que “cuadran” de manera maravillosa, protagonismo o complicidad de las personas con poder y personajes con alto nivel de preparación y pocos escrúpulos. Escándalos como los sobornos de *Smith & Nephew* a los traumatólogos griegos; las 30 licitaciones arregladas mediante pago a los profesionales y funcionarios sanitarios polacos; el *earwax-gate* en Holanda; el fraude por unos 300 000 euros en solo un año al Hospital Gregorio Marañón en España, o la estafa de 272 000 millones de dólares al servicio público de salud de Estados Unidos son una modesta muestra del nivel que puede alcanzar esa corrupción.⁽³⁵⁾

Está claro entonces que es un fenómeno mundial que acrecienta los costos en salud, y que causa sufrimientos, dolor y muerte a miles de millones de personas según los estudios realizados por organismos internacionales y fundaciones interesadas en el tema.⁽³⁶⁾ Por lo que se evidencia que no solo se ha perdido la salud, sino también el bienestar y la vida de las personas que no tuvieron acceso a los diagnósticos y tratamientos oportunos o a las acciones de prevención y promoción que los hubiera habilitado para evitar que se enfermen o empeoren.

¿Qué se hace y qué más se pudiera hacer?

Esta situación ha generado un movimiento mundial para combatir la corrupción en salud, ponerla en evidencia e intentar llevarla a cero. El sistema Anti-fraud del Sistema Británico de Salud Pública (NHS); el *European Healthcare Fraud and Corruption Network* de la Unión Europea; la Acción Anticorrupción Antitráfico de la OMS, la *UK Bribery Act* (UKBA), ley antisobornos del Reino Unido; el Departamento de Evaluación y Control Médico de Bélgica; la Ley Bertrand de Francia; el Organismo Autoregulator de la

Industria de Holanda o el *Health Care Fraud Prevention & Enforcement Action Team* de Estados Unidos son ejemplos del intento de detener este problema y sobre todo sus consecuencias.^(35,37)

Mucho se discute acerca de cómo evitar o descubrir que este flagelo siga actuando con tanta impunidad. El punto crítico está en que la diversidad de manifestaciones, modo de actuar, objetos de ataque, sensibilidad ante los problemas y características de los sistemas de salud en los diferentes países, reduce la posibilidad de soluciones comunes, pero eso no impide disponer de un fondo de actuaciones a seleccionar. Estas pudieran ser algunas de ellas:

- La creación de legislaciones específicas y de agencias independientes especializadas en el tema corrupción en salud, las que han probado ser muy efectivas, considerando, además, las grandes cifras que se han recuperado.
- Monitorear las áreas o transacciones más susceptibles y de mayor volumen habitual de corrupción. Por ejemplo, en una ciudad o país pudiera ser el soborno a profesionales y funcionarios, mientras que en otro lo más característico es la facturación recibida por servicios no realizados o sobre valorados.
- Generalizar el culto a la transparencia. Se está hablando del dinero público y, por tanto, los ciudadanos deben tener acceso a todo lo que se está haciendo con sus contribuciones, lo cual incluye presupuestos, balances, contrataciones a gran escala, compras masivas de equipos o medicamentos, fraudes detectados, entre otros. Los ciudadanos deben ser empoderados en esta dirección y tener canales expeditos para denunciar las violaciones.
- No confiarse en la contabilidad perfecta. Los más grandes fraudes del mundo se han realizado en ambientes de excelentes sistemas de contabilidad y auditoría, con documentos que brillan por su perfección y, casi todos, se han descubierto por casualidad o por denuncias de afectados.
- Tener mucho cuidado con los poderes absolutos. Generalmente, la corrupción es una manifestación de abuso de poder. Emplee mecanismos de contradicción que permitan cruzar más de una versión del mismo asunto.
- Dejar claro que el descuido también se debe sancionar. Si se descubren 100 casos de atención en el servicio público de pacientes que provienen de la consulta privada de uno de los facultativos, el director de ese hospital no puede declararse

inocente por no haberse enterado. La legislación británica fue la primera en aplicar esta idea.

- Crear una cultura de ética, profesionalidad, humanismo y sentido de honradez en todo el equipo de trabajo. Eso no tiene que ver con letreros en todas las paredes sino con un trabajo de sensibilización, de priorización de las buenas prácticas y de rigor con las violaciones.
- Asegurarse que todos los contratos de gran volumen y valor respondan a necesidades reales y beneficios probados, que sean aceptados por los comités de expertos correspondientes y que se sometan a un régimen de licitación legítimo.

Conclusión

El crecimiento de los costos en salud no es un problema simple. Por una parte, estaría justificado en la medida que fuera una contribución a mejorar el bienestar de la salud y de las personas y que ese impacto social efectivo estuviera soportado en una concepción gerencial donde se asegure un rendimiento óptimo de los recursos empleados. Está demostrado que una buena salud es condición del desarrollo y progreso de las naciones. No se trata de cuánto dinero se tiene para producir salud, sino de lo que se hace con lo que se posee. Se ha podido apreciar que mucho de lo que aparece como costo que contribuye a la salud, no va en esa dirección, ya sea por mal trabajo organizativo, centralización excesiva, procesos defectuosos, decisiones improvisadas, desbalance entre las funciones de dirección y en particular, las enormes cantidades que se esfuman por las vías de la corrupción.

Es evidente que las organizaciones sanitarias están aprendiendo desde los primeros años de este siglo a tener una mirada mejor ajustada al problema de los costos y a un enfoque más racional de cómo manejarlos. Hace falta mantener ese ritmo o mejor, aún, acelerarlo.

Referencias bibliográficas

1. Carnota Lauzán O. Hacia una conceptualización de la gerencia en salud a partir de las particularidades. Rev Cub Salud Púb. 2013 [acceso 06/07/2016];39(3):501-23. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662013000300008&lng=es&nrm=iso&tlng=es

2. Saldivar B. Inflación médica, una preocupación para el sector. El Economista 20 feb 2018: Secc. Sector Financiero. [acceso 03/01/2019]. Disponible en: <https://www.economista.com.mx/sectorfinanciero/Inflacion-medica-una-preocupacion-para-el-sector-20180220-0128.html>
3. Deloitte. Perspectiva global 2017 del cuidado de la salud Avanzando contra retos persistentes. EE. UU.: Deloitte Touche Tohmatsu Limited; 2017 [acceso 16/08/2018]. Disponible en: <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/mx/Documents/life-sciences-health-care/2017/Perspectiva-Global-del-Cuidado-de-laSalud-2017.pdf>
4. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo. La financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal. Suiza. Ginebra: OMS; 2010.
5. Bloomberg. Most Efficient Health Care 2014; The Commonwealth Fund ; 2014. [acceso 18/01/2019]. Disponible en: <http://www.bloomberg.com/rank>
6. Davis K, Stremikis K, Squires D, Schoen C. Mirror, Mirror on the Wall, 2014 Update: How the U.S. Health Care System Compares Internationally, The Commonwealth Fund, June 2014. [acceso 16/01/2019]. Disponible en: <https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2014/jun/mirror-mirror-wall-2014-update-how-us-health-care-system>
7. Stroud PC. The Legatum Prosperity Index. Eleventh Edition. Londres: The Legatum Institute; 2017.
8. Bloomberg. 2017. Bloomberg Healthiest Countries Index; 2017. [acceso 04/03/2029]. Disponible en: <https://largest-biggest.com/index.php/2017/03/20/2017-bloomberg-healthiest-country-index/>
9. Mora P. El sistema sanitario británico, el mejor de once países analizados. El Ibérico: el periódico español en Reino Unido. 14 jul. 2017. Sec. Actualidad. [acceso 22/10/2019]. Disponible en: <https://www.eliberico.com/el-sistema-sanitario-britanico-el-mejor-de-11-paises-analizados/>
10. Yates R, Humphreys G. Argumentando sobre la cobertura sanitaria universal. Suiza: OMS; 2013. p. 38-9.
11. Liker JK. Las claves del éxito de Toyota. Estados Unidos: Gestión 2000; 2010.

12. Fine B, Golden B, Hannam R, Morra Dante JA. Canadian Healthcare Leader's Guide. Healthcare Quarterly. 2009;12(3).
13. Muñoz Machín I, Peñalva Segura PJ. Optimización de costes y eficiencia utilizando Lean. 9ª ed. Madrid: Fundación Signo; 2011. p 103-112 [acceso 02/03/2016]. Disponible en: <http://www.fundacionsigno.com/archivos/publicaciones/ppb09.pdf>
14. Rotter T, Plishka CT, Adegboyega L, Fiander M, Harrison EL, Flynn R, Chan JG, Kinsman L. Lean management in health care: effects on patient outcomes, professional practice, and healthcare systems (Protocol). Estados Unidos: The Cochrane Collaboration: John Wiley & Sons, Ltd; 2017. p. 12. DOI: [10.1002/14651858.CD012831](https://doi.org/10.1002/14651858.CD012831)
15. Cueva C. Éxitos de Lean en el Sector Salud. Círculo de Economía de Alicante. 09 may 2016. [Internet Blog] [acceso 04/06/2018]. Disponible en: <http://www.circuloeconomiaalicante.com/blog/exitos-del-lean-en-el-sector-salud/>
16. Rohm H, Halbach L. White Paper. Developing and Using Balanced Scorecard Performance Systems. Estados Unidos: Balanced Score Card Institute; 2005. p. 3, p 153-9. [acceso 20/07/2016]. Disponible en: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download;jsessionid=IEB58E95E77A5AD7A63918685AA7CB26?doi=10.1.1.453.59&rep=repl&type=pdf>
17. CMI Gestión. Cuadro de mando integral. feb 2019. [Internet Blog]. [acceso 04/06/2018]. Disponible en: <http://cmigestion.es/cuadro-de-mando-integral/>
18. Shwu-Ing Wu, Jr-Ming H. A performance evaluation model of CRM on non profit organisations, en revista Total Quality Management & Business Excellence. 2008;19(4):321-42. DOI: [10.1080/14783360701591978](https://doi.org/10.1080/14783360701591978)
19. Bisbe Josep y Barrubés Joan El Cuadro de Mando Integral como instrumento para la evaluación y el seguimiento de la estrategia en las organizaciones sanitarias, en Rev Esp Cardiol. 2012;65(10):919-27.
20. Martínez R, Dueñas R, Miyahira J, Dulanto L. El cuadro de mando integral en la ejecución del plan estratégico de un hospital general, en revista Rev. Med. Hered. 2010 [acceso 06/06/2016];21. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/el-cuadro-mando-integral-como/articulo/90154891/>
21. Montgomery Dan, Wilsey David, Perry Gail, Rohm H, Barr Stacey and Johnson Tim. (2017). Strategic Planning in the Healthcare Industry. Balance Scorecard Institute. The Institute Way Blog. [Internet Blog]. 8 diciembre 2017. [acceso 16/12/2018]. Disponible en <https://www.balancedscorecard.org/BSC->

[Basics/Blog/ArtMID/2701/ArticleID/1119/Strategic-Planning-in-the-Healthcare-Industry](#)

22. Naranjo D. El uso del cuadro de mando integral y del presupuesto en la gestión estratégica de los hospitales públicos. Gac Sanit. 2010 [acceso 20/06/2016];24(3):220-4. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv24n3/original7.pdf>

23. Rodríguez Perera FDP, Peiró M. La planificación estratégica en las organizaciones sanitarias. Rev Esp Cardiol. 2012 [acceso 06/06/2016];65:749-54. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/la-planificacion-estrategica-las-organizaciones/articulo/90147732/>

20. Leyton-Pavez CE, Huerta-Riveros PC, Paúl-Espinosa IR. Cuadro de mando en salud. Revista Salud Publica Méx. 2015;57:234-241.

25. Sherman PR. ¿Por qué usar tecnologías de información (TI) en los hospitales? 31 ag. 2015. El Hospital [Internet Blog]. [acceso 04/10/2018]. Disponible en: <http://www.elhospital.com/blogs/Por-que-usar-tecnologias-de-informacion-TI-en-los-hospitales+107259>

26. Argüello Sequera O de J, Burbano Arrazola M. Sistemas de información asistenciales e interoperabilidad. 02 mar. 2014. El Hospital [Internet Blog]. [acceso 06/10/2018]. Disponible en: <http://www.elhospital.com/temas/Sistemas-de-informacion-asistenciales-e-interoperabilidad+96466?pagina=2>

27. Vañó S. Importancia de las nuevas tecnologías para optimizar la eficiencia y sostenibilidad del sistema sanitario. 13 dic. 2013. redacción médica [Internet Blog]. [acceso 25/08/2018]. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/opinion/importancia-de-las-nuevas-tecnologias-para-optimizar-la-eficiencia-y-sostenibilidad-del-sistema-sanitario-8069>

28. Sociedad Civil Creciendo. PARADIGMA XXI propone el compromiso del paciente, asumiendo un rol activo en el cuidado de su salud. Argentina: Sociedad Civil Creciendo. s.f [acceso 06/11/2018]. Disponible en: <http://creciendo.org.ar/index.php/actividades/leer/paradigma>

29. Carnota Lauzán O. La invisibilidad del paciente. Rev Cub Sal Públ. 2015 [acceso 08/06/2016];41(2):184-99. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000200002&lng=es

30. Payne GM. The importance of empowering your patients; 28 en. 2013. [acceso 03/09/2018]. Disponible en: http://www.heartlandkidney.org/article_resources/Payne-The_Importance_of_Empowering_Your_Patients_1_25_2013.pdf
31. Brown C, Bornstein E, Wilcox C. Partnership and Empowerment Program: A Model for Patient-Centered, Comprehensive, and Cost-Effective Care. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 2012;16(1):15-17.
32. HH & N. Empowering the families of ICU patients. *Hospitals & Health Networks*. 2004;78(4):51.
33. Phillips J, Pulliam P, Ray RL. *Measuring Leadership Development*. Estados Unidos: McGraw-Hill; 2012.
34. Slier Muñoz LF. El entrenamiento en liderazgo debe ser atingente a cada organización. *Universidad de San Sebastián Newsletter USS*; 13 may 2016. [acceso 04/04/2017]. Disponible en: <http://www.uss.cl/newsletter-uss/2016/05/13/el-entrenamiento-en-liderazgo-debe-ser-atingente-a-cada-organizacion/>
35. Novoa A. La corrupción y el fraude en el sistema sanitario: cuanto nos cuesta y que podemos hacer. 23 mar. 2015 [acceso 13/12/2018]. En: NoGracias [Internet Blog] Organización Civil Internacional (España, Argentina, Uruguay) Disponible en: <http://www.nogracias.eu/2015/03/23/la-corrupcion-y-el-fraude-en-el-sistema-sanitario/>
36. Ecorys, Updated Study on Corruption in the Healthcare Sector.Final Report. Septiembre 2017. Noruega: Ecorys. [acceso 21/04/2018]. Disponible en: https://ec.europa.eu/home-affairs/sites/homeaffairs/files/20170928_study_on_healthcare_corruption_en.pdf
37. Thomas C. Combatir la corrupción en el sistema de salud ahorra vidas. jul. 2015. ISG [Internet Blog]. [acceso 05/07/2017]. Disponible en: www.isg.org.ar

Conflicto de intereses

El autor declara que no existe conflicto de intereses.

^a Para analizar la aplicación del CMI en el campo de la salud pública, en su artículo “La irrupción de la gerencia en las organizaciones sanitarias del sector público” el autor se apoya en un ejemplo hipotético, que utiliza también en el presente trabajo, sobre “la Cuarta Región de Salud de Acralia, un país de la

América Central” que trabaja en su planificación estratégica para un periodo de tres años y del que ya había definido su visión, misión y prioridades estratégicas. Las figuras 2 y 3 provienen de esta misma fuente. Tomado de: Carnota Lauzán O. La irrupción de la gerencia en las organizaciones sanitarias del sector público. Rev Cub Sal Públ. 2016 [acceso 21/05/2020];42(4):596-627. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rcsp/2016.v42n4/596-627/es/> (N. del E.).