

DE LA EVALUACIÓN A LA GESTIÓN: ACORTAR LA BRECHA ENTRE EFICACIA Y EFECTIVIDAD*

Vicente Ortún Rubio
Departamento de Economía y Empresa
Centro de Investigación en Economía y Salud
Universidad Pompeu Fabra, Barcelona

Este artículo argumenta que la esencia de la gestión clínica -y sanitaria- pasa por reducir la brecha entre efectividad y eficacia, que se obtiene aquello por lo que se paga y que la gestión de las organizaciones sanitarias desborda los contornos de las mismas. Parecería pues, lógico, pagar por resultados en términos de salud y utilizar los incentivos de la competencia por comparación. Sería conveniente acabar con las letanías ‘más sanidad’, ‘más educación’, ‘más I+D+i’ para trabajar en mejor sanidad, mejor educación, mejor I+D+i, aplicando lo que ya sabemos. La evaluación, de cualquier tipo, proporciona suficiente conocimiento analítico y aunque siempre convenga investigar y evaluar más, el auténtico déficit se produce en la puesta en práctica: Se necesita talento implantador para convertirlo en una mejor gestión, talento que obviamente funciona enmarcado por unas limitaciones, cuya consideración, cierra el escrito.

Reducir la brecha entre efectividad y eficacia constituye la finalidad de cualquier gestión sanitaria...y clínica

La última línea en cualquier *cuenta de resultados* de una organización sanitaria debería recoger el número de muertes aplazadas y la calidad de vida ganada. Incluso en organizaciones privadas con unos accionistas a los que atender: los resultados en salud deberían prevalecer sobre los resultados económicos.

La eficacia refleja una frontera de posibilidades de producción para una situación tecnológica: aquello que puede conseguirse si todo funciona bien. La efectividad mide el grado de consecución de ese máximo potencial en función de los datos que la realidad nos ofrece; la calidad de las organizaciones sanitarias no es el único dato – influyen otras organizaciones, la cultura poblacional, el conjunto del sistema

* Este trabajo forma parte de un proyecto de investigación titulado “Impacto de la atención sanitaria en la salud. Implicaciones para la conciliación entre innovación tecnológica y sostenibilidad del estado del bienestar en Europa”, financiado con una ayuda de investigación de la Fundación BBVA.

sanitario...- pero sí el más relevante para los gestores de servicios sanitarios. De hecho la calidad de un proveedor puede medirse por la brecha entre efectividad y eficacia que le resulta imputable.

Por otra parte, en las principales organizaciones sanitarias –públicas y privadas sin finalidad lucrativa- podría esperarse que la persecución de una buena *cuenta de resultados* –recordemos el aplazamiento de la mortalidad y la mejora de la calidad de vida- pudiera lograrse libre de eventuales cortocircuitos. Sabemos que hay más de una *cuenta de resultados*, a veces casi tantas como personas integrantes de la organización. Cada uno cuida su parcela confiando en el planteamiento global de cómo conseguir efectividad en el tratamiento de las enfermedades cardiovasculares, el cáncer o los accidentes corresponde a la política sanitaria...pero la *mano invisible* del mercado no funciona en este campo y la excesivamente visible mano de la política no suele resultar suficiente.

Existen ciertas asociaciones básicas, atajos mentales tan cómodos como irracionales, que llevan a asociar respuesta sanitaria a cualquier problema de salud, como, por ejemplo, experto en tuberculosis a cualquier aumento de incidencia de la misma. Y eso no es así. La mayor parte del conocimiento sanitario está en las organizaciones de prestación de servicios no en ministerios, u otras autoridades sanitarias. Ilustrémoslo con algunos ejemplos.

Tuberculosis

Una enfermedad conocida por el hombre desde el alba de la historia y que alcanzó proporciones epidémicas (la peste blanca) con el proceso de urbanización que acompañó a la Revolución Industrial. Con anterioridad a 1944, año en que se dispuso de un tratamiento eficaz, la mortalidad disminuyó muchísimo a raíz de las mejoras socioeconómicas pero al margen de colapsos del pulmón implicado, pneumotórax terapéutico, toracoplastias y demás intervenciones sanitarias. Los ensayos clínicos aleatorios acompañaron desde el inicio, y de manera pionera, a los nuevos tratamientos y medidas preventivas introducidas en la década de los cuarenta. La elevada eficacia de los mismos fue rápidamente establecida.

Décadas más tarde la efectividad de control de la tuberculosis deja muchísimo que desear en muchas regiones del mundo. En una contribución a la reunión anual del Fondo de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social (celebrada en Córdoba en 1988), el ponente, refiriendo datos ajenos, hablaba de un 3,8% de efectividad en la lucha contra la tuberculosis. Esto es sólo 3,8 personas de cada 100 tuberculosas se beneficiarían del programa de control. El 0,038 resultaba de multiplicar un 0,95 de eficacia por un 0,1 de diagnósticos sobre casos nuevos por un 0,8 de tratamientos correctos sobre casos diagnosticados por un 0,5 de cumplimiento con el tratamiento. ¿De qué servía una eficacia del 0,95 o 95%? Para publicar tal vez; para *cuidar la viña* no.

Desafortunadamente investigar sobre efectividad supone llamar al mal tiempo y no hacer currículo (aunque sí biografía) : Los hallazgos no tendrán validez universal y, salvo estrepitosa innovación metodológica, no merecerán eco especial. Resulta, en cambio, que el conocimiento de la efectividad es lo que más debería preocupar a un profesional sanitario, a un gestor, a un ciudadano, a un político... En España, el 70% de los programas de control de tuberculosis de las Comunidades Autónomas no

cumplían criterios básicos recomendables para conseguir esa relación de coste-efectividad que podría encabezar cualquier liguilla de intervenciones sanitarias. Y no cumplían criterios básicos ni en porcentaje de búsqueda activa ni en cumplimiento ni en terapia directamente observada ni en retraso diagnóstico ni en porcentaje de contactos revisados...lo que indica la precaria situación de España en cuanto al control de la tuberculosis (Rodrigo et al 1999). Y nada de ello puede achacarse a que no existan profesionales competentes en tuberculosis.

También destacaba la competencia profesional de la India, cuya investigación sobre tuberculosis era puntera y beneficiaba al mundo entero, excepto a la India, el país con más casos de tuberculosis en el mundo y en el que menos de la mitad de los pacientes tuberculosos eran diagnosticados y menos de la mitad de éstos eran tratados efectivamente. Los servicios de laboratorio estaban infrautilizados, los regímenes de tratamiento eran innecesariamente complicados, la escasez de medicamentos era frecuente y no se valoraba el cumplimiento con el tratamiento...hasta que empezaron a reducir la brecha entre efectividad y eficacia: diagnóstico sobre esputo, tratamiento observado directamente, estandarización de tratamientos...lo que ha supuesto 200.000 trabajadores sanitarios entrenados, 436 millones de personas con acceso a los servicios, 3,4 millones de pacientes evaluados y 800.000 tratados con una tasa de éxito del 80%. \$50 por paciente curado aplicando lo ya se sabía, pero no se aplicaba (Khatri et al, 2002).

Inadecuación en la indicación y realización de cesáreas

La organización de guardias obstétricas en llamada, atención al parto a cargo de matronas –con organización por turnos, implicación del médico únicamente en caso de riesgo o complicación, y la relación continuada y exclusiva de una organización sanitaria con sus médicos, ilustra cómo la adecuación en la indicación y realización de cesáreas es vulnerable a una buena gestión. Explica la neutralización tanto de la tendencia a indicar, y realizar, cesáreas por razones de conveniencia (descanso, ocio), como la de realizar cesáreas por otras consideraciones no estrictamente clínicas (Spetz et al, 2001).

Se obtiene aquello por lo que se paga

What gets measured gets managed. ¿Y qué medimos en nuestros sistemas sanitarios? En primer lugar aquello que se presupuesta o compra; en el mejor de los supuestos actividad. Actividad que también puede denominarse *producto intermedio* si quiere resaltarse el carácter instrumental de los servicios sanitarios como otro factor más de la producción de salud. Este producto intermedio tiene conocidas dificultades de medida, pese a los avances en sistemas de clasificación de pacientes.

En promedio, la atención sanitaria produce más beneficios (medidos en cantidad y calidad de vida) que costes pero, no hay que olvidar que “más no siempre es mejor” sino que frecuentemente ocurre lo contrario “más es peor”. Como sociedades gastamos ingentes sumas desarrollando nueva tecnología (900 millones de dólares, por ejemplo, cada medicamento) y sólo calderilla hallando formas de utilizar mejor la tecnología de la que ya disponemos. Sin embargo, para conseguir asistencia de calidad basta aplicar lo que ya se sabe y recordar las constataciones básicas:

- Los sistemas sanitarios funcionarán cuando los profesionales sanitarios que asignan los recursos tengan la información y los incentivos convenientes para tomar decisiones clínicas coste-efectivas.
- La auténtica gestión sanitaria y la auténtica gestión clínica pasan por reducir el ‘abismo’ entre lo que puede lograrse -con la tecnología y los recursos disponibles- y lo que realmente estamos obteniendo.
- No pagues por A si quieres obtener B. Si pretendes calidad paga por ella. Cuestión de incentivos entre dos actores: el usuario y el profesional. Algo se puede hacer sobre el primero, mucho sobre el segundo.

En 2001, la publicación del Informe del Instituto de Medicina de EEUU confirmó que entre la asistencia sanitaria que tenemos y la que podríamos tener no sólo existe un trecho sino un abismo. No falta dinero ni tecnología ni conocimiento. Más no siempre es mejor: Cómo se gasta (¡la buena Medicina!) resulta más relevante que cuánto se gasta. Preocuparse por lo que importa -la efectividad, reducir el abismo en calidad- supone incomprendimientos, luce poco y consigue escasa financiación. Pese a todo, la motivación intrínseca funciona y encontramos en nuestra literatura publicaciones que informan sobre experiencias validadas de mejora, incluso revistas de publicaciones secundarias –por ejemplo Gestión Clínica y Sanitaria- empeñadas en la cruzada. Como esquema inspirador sirva el trabajo de Salvador Peiró (2003) acerca de la reducción de la brecha entre eficacia y efectividad en el abordaje en España del infarto agudo de miocardio.

Del pagar por ‘ser’ al pagar por resultado pasando por el pagar por ‘hacer’

En los primeros conciertos del extinto Instituto Nacional de Previsión con hospitales ajenos a la Seguridad Social se partía de la estructura de éstos para pactar las tarifas. Desde 1978 el también desaparecido Instituto Nacional de la Salud utilizó como criterio fundamental de pago lo que el hospital ‘era’: grado de especialización de sus servicios, dotación de medios diagnósticos y terapéuticos, calificación de las plantillas, etc. Se desarrolló incluso una parrilla de categorías -desde básico rural a urbano con mucha superespecialización- en la que cualquier centro hospitalario encajaba. Se pagaba pues por ‘ser’, con la hipótesis implícita si se quiere de que una mayor complejidad de la oferta iba asociada a una mayor diversidad y gravedad de los enfermos atendidos, hipótesis que obviamente era rechazable en bastantes ocasiones. Parecía más sensato que los centros sanitarios fueran compensados en función de lo que ‘hacían’ pero -como sabemos- no es lo mismo medir kilowatios o toneladas de acero que estancias o visitas. Fueron los sistemas de ajuste de riesgo los que permitieron clasificar a los pacientes en grupos de isoconsumo de recursos. Si no sabe medirse lo que ‘hacen’ los centros no pueden establecerse comparaciones ni asignarse los recursos (presupuestos, contratos...) a quienes mejor lo hagan. Efectivamente, la carencia de una medida del producto (aunque fuera intermedio) era un problema sanitario como lo era –y continúa siéndolo- en los sistemas de educación, justicia, defensa, policía, o asuntos exteriores. Tampoco algunas actividades de las organizaciones que producen directamente para el mercado se escapan de esta dificultad: relaciones públicas, recursos humanos o planificación estratégica; en ocasiones han de recurrir a una modalidad de *benchmarking* conocida como método Bruegel o ‘ciegos conduciendo a ciegos’.

Los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD) de Fetter, implantados en EEUU al inicio del año fiscal de 1984 permitieron aproximar mejor la medida de una parte del producto ‘intermedio’ hospitalario (lo que se ‘hace’), además de ilustrar una rápida transición de la investigación universitaria sobre servicios sanitarios a la aplicación práctica y su rápida difusión. En España, en 1987, el Consejo Interterritorial del Ministerio de Sanidad y Consumo aprobó establecer un Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) al alta hospitalaria, de acuerdo con los aceptados tanto por el Comité Nacional de Estadísticas Vitales y de Salud de EEUU, como por la Comisión de las Comunidades Europeas sobre el conjunto mínimo básico de datos europeo, lo cual facilitó la extensión de los GRD.

Los Grupos Clínicos Ajustados (GCA) también vinieron de EEUU, esta vez de Johns Hopkins, con el ánimo de medir el producto intermedio en atención ambulatoria, y fueron objeto de tempranas validaciones en Andalucía y Cataluña, fundamentalmente. Sin embargo, España continúa sin un CMBD en Atención Primaria.

Tres sistemas de ajuste de riesgo basados en el diagnóstico pueden ser útiles tanto para un pago capitativo de base territorial como para identificar pacientes tributarios de gestión de casos, seguir el estado de salud de las poblaciones y planificar/evaluar los servicios sanitarios: el mencionado GCA, el de los *Clinical Risk Groups* (GRG) de 3M y el de las *Hierarchical Co-existing Conditions* (HCC) de DxCG, citados por el orden de atención que hasta ahora han recibido en España. Antes de optar sensatamente por uno de los tres, el trabajo pendiente por acometer puede verse, por ejemplo, en un reciente documento de la Fundación Canadiense de Investigación sobre Servicios Sanitarios (Berlinguet et al, 2005) que ha orientado la opción de varias provincias hacia los ACG.

‘Hacer’ no obstante sigue implicando visitas, exploraciones, intervenciones, etc., algunas de las cuales –como las vinculadas con el internamiento hospitalario– podemos aproximar aceptablemente y otras –como la consulta ambulatoria de los hospitales contada con los dedos y sin ajustar– no tanto. En cualquier caso ha sido posible efectuar una transición paulatina desde premiar el ‘ser’ a compensar por ‘hacer’, manteniendo donde está indicado –cámara hiperbárica, servicio de urgencias rural– el pago por ‘ser’ (en este tipo de servicios cuanto menos ‘hagan’ mejor).

Cuando falta todavía mucho para llegar a medidas satisfactorias de actividad, curiosamente sabemos que ese no es el destino. En una sociedad de enfermos crónicos (diabéticos, EPOC, insuficientes cardíacos...), un mayor frenesí asistencial no suele ser indicio de mejor calidad sino todo lo contrario: Cuanto más (comas, ingresos no programados...) peor. ¿Por qué financiamos públicamente los servicios sanitarios? Por su impacto en la salud. Pensemos, pues, en pagar por él. De acuerdo, muchas son las variables que influyen en el estado de salud y resulta muy difícil establecer el porcentaje atribuible a la intervención sanitaria. Remontémonos un poco en el tiempo, hasta antes de nacer; si supiéramos que seremos diabéticos o que tendremos un cáncer digestivo ¿en qué país del mundo nos gustaría vivir? En el país que mejor controlara la diabetes –medible a través de la hemoglobina glicosilada– o en el que tuviera mayor supervivencia tras cáncer –aproximable, por ejemplo, por el porcentaje de cánceres digestivos diagnosticados en Urgencias Hospitalarias–. Algo puede pues decirse ya sobre los resultados que realmente importan a los ciudadanos.

El necesario avance hacia medidas de resultado de la atención sanitaria contribuirá a reducir la brecha entre eficacia y efectividad y a obtener una base de evaluación del comportamiento sobre la que incentivar la calidad de los proveedores y la elección informada de los usuarios. Todo con un coste mundial de investigación en servicios sanitarios muy inferior al de desarrollar un nuevo medicamento. Más no siempre es mejor, pero mejor (servicio) siempre es más (salud).

La gestión desborda los contornos del centro sanitario

Algunos procesos sanitarios, por su radical impacto sobre la vida, requieren calidad 'seis sigmas' (seis desviaciones estándares o un 99,99997% de probabilidad de ausencia de error) y, aún así, no podemos asegurar que la suma de procesos de mucha calidad nos proporcione calidad en el conjunto del sistema sanitario. La excelencia local puede quedar fácilmente sepultada por la mediocridad sistémica.

Para juzgar la calidad de un sistema sanitario queremos conocer datos del estilo de: la tasa de complicaciones graves en enfermos diabéticos, la supervivencia en cáncer de mama, la prevalencia tabáquica, la tasa de resistencias bacterianas, el porcentaje de cánceres digestivos que se diagnostican en urgencias hospitalarias (Porta 1998), la prevalencia de anemias ferropénicas...en general tasas de circunstancias adversas evitables referidas a utilización, morbilidad o mortalidad.

Cerca del 50% de la población española pronto tendrá al menos una enfermedad crónica (asma, depresión, diabetes, insuficiencia cardiaca congestiva...). Existe suficiente evidencia científica para afirmar que la atención efectiva a los enfermos crónicos exige un cambio en las formas de prestar la atención sanitaria (Wagner et al 2001, Ibern 2006).

Desbordar el marco supone pensar -con base poblacional- acerca de la mejor forma de actuar sobre las enfermedades, en todas sus fases, incorporando dos constataciones *novedosas* de los últimos setenta años.

La primera *novedad*, el legado de Walter Shewhart, y otros en el Hawthorne de los años treinta, padres intelectuales de las técnicas de mejora continua de la calidad (Berwick, 1991). En Hawthorne se constató que la motivación de las personas importa, que quién sabe más acerca de un trabajo es quien lo está desempeñado, que sería conveniente explicar los errores propios para que otras personas no incurran en ellos... por ejemplo dedicar alguna sesión clínica a pacientes en los que se han cometido errores (Chassin y Becher, 2002). En Sanidad, la constatación de variaciones aparentemente arbitrarias en la práctica médica, especialmente en los últimos treinta años, impulsada por Wennberg, ha proporcionado el acicate intelectual y profesional para pensar y actuar en términos de *mejora continua de la calidad* (aunque cada cual lo llame como quiera). Y esto puede realizarse con ayuda de la segunda *novedad*.

La segunda *novedad*, la constatación de Rose (1988) de que las causas de incidencia de enfermedad en una población no coinciden con las que explican la enfermedad en un individuo. Tan importante -o más- que actuar sobre la *letalidad*, o las secuelas mórbidas, es procurar desplazar a la izquierda la curva de *incidencia* de enfermedad.

Y en esta disminución de la incidencia de enfermedad, la prevención, fundamentalmente la primaria, juega un papel esencial.

Veamos ahora el estado de ambas *novedades* en España.

Primera novedad: Variaciones en la práctica médica en el sistema nacional de salud español

Resulta plenamente compatible que la atención sanitaria, en promedio, ocasione más beneficios que costes con que existan actuaciones claramente perjudiciales –clínica y económicamente- así como lagunas de desatención. Tiene poco sentido que hasta un 50% de la atención recomendada deje de prestarse (Glynn et al, 2003) cuando el 30% de los gastos de atención sanitaria podrían eliminarse sin afectar negativamente a los resultados en términos de salud (Fisher et al, 2003). Dicho de otra forma el 30% del 15% del PIB en EE.UU., o del 7.6% en España, resulta superfluo.

Las variaciones en la práctica médica (VPM) señalan las áreas donde mayores pueden ser los problemas de calidad y llevan a formular la pregunta clínica y socialmente correcta: Para qué (se interviene) en lugar de cuánto (se interviene). Se trataría de acabar con las políticas sanitarias preocupadas únicamente por el gasto sanitario para adentrarse en el binomio resultados y costes, tanto en el ámbito clínico como en el sanitario.

Atender a la necesidad con financiación pública define la esencia de un servicio nacional de salud. Las VPM nos dicen que esa necesidad **no** guía la utilización, pero si lo hacen otros factores, como la incertidumbre y la ignorancia, que propician estilos de práctica muy diferentes, influidos de forma muy especial por la *oferta* (más en EE.UU. que en España) y por la '*fascinación tecnológica*' (ya se verá si más en España que en EE.UU.)

Las actuaciones sobre la *oferta* modelan el sistema sanitario. Ahora se admite la lectura equivocada de la caída del muro de Berlín como 'triumfo del mercado'. El mercado es la condición necesaria pero una correcta intervención del Estado la condición suficiente para que un país prospere. Hay que reivindicar sin complejos la planificación sanitaria de la misma forma que hay que reivindicar una mayor competencia en el sector. La influencia de la oferta en la utilización sanitaria así como la pérdida de calidad originada por pequeños volúmenes de intervenciones evocan conocimientos sólidamente contrastados. Aquí no se trata de saber más. Simplemente de aplicar lo que ya se sabe y planificar, como mínimo igual que otros países 'nada intervencionistas'.

Más peliaguda se presenta la *fascinación tecnológica*, hipótesis según la cual serían los incentivos de tipo profesional –asociados a la innovación y complejidad de la atención prestada- los que determinarían la utilización sanitaria. Las patologías más habituales y con tratamientos menos sofisticados quedarían relegadas en favor de procesos complejos o realizados con tecnologías innovadoras sobre patologías con menor carga de morbilidad (Peiró y Bernal, 2006). La probabilidad de que se resuelva un problema sanitario depende menos de su importancia que de su atractivo (*profile*); En el mundo, el Sida más 'atractivo' que la tuberculosis (y más atractivo actuar sobre el Sida por medio de anti-retrovirales que a través de procesos mucho más coste-

efectivos); En España, la artroplastia de rodilla mucho más ‘atractiva’ que la reparación del juanete. Poco ha de sorprender que las tecnologías mejor valoradas por los profesionales sanitarios en España sean tecnologías instrumentales como radioimagen, angioplastia coronaria o endoscopia gastrointestinal, en detrimento de las intervenciones más efectivas para reducir la carga de enfermedad (Solá Morales, 2005).

VPM: Más allá de la Sanidad

Las VPM, convenientemente divulgadas, pueden estimular una mejora constante en el sector sanitario si saben propiciar las respuestas adecuadas (control de oferta, capitación, atención primaria resolutive, inversión del 4% del presupuesto sanitario en TIC, programas de gestión de enfermedades...) conscientes, como siempre, de que un sistema sanitario funcionará bien cuando sus profesionales tengan la información y las ganas de adoptar decisiones, fundamentalmente clínicas, coste-efectivas. Las VPM pueden incluso ‘contagiar’ a otros sectores –educativo, judicial, seguridad- la actitud intelectual de cuestionamiento constante de la práctica y de escepticismo científico ante los dogmas recibidos, pero deberían servir –sobre todo- para adoptar una perspectiva más centrada en los pacientes (sin pasarse pues salud ‘objetiva’ y ‘subjetiva’ no siempre están correlacionadas) que formara parte de la política general del país.

Y aquí está la batalla más difícil: La mayor parte de los decisores económicos y creadores de opinión desconocen un sistema nacional de salud que suelen utilizar privilegiadamente, con la ayuda de recomendaciones e influencias. Cuando la mitad de las mejoras en el bienestar de un país desarrollado se derivan de las ganancias en cantidad y calidad de vida, cuando la biotecnología constituye un sector estratégico, y cuando debe compatibilizarse la mejora de la productividad en España con el sostenimiento del estado del bienestar, no cabe que las políticas económico-industriales y sanitarias sigan ignorándose (Ortún et al, 2005).

VPM, ¿cómo sostener una carrera de fondo?

Al igual que Hsiao (1988) contribuyó a recuperar ‘la silla’ de Marañón como mejor instrumento diagnóstico (profilaxis de la ‘fascinación tecnológica’ a través de cambios en incentivos), necesitamos también prevenir una eventual ‘fascinación tecnológica’ en programas tan encomiables como el *Ingenio 2010* (el instrumento prioritario en políticas públicas de I+D+i). Tanto en investigación como en sanidad importa más cómo se gasta que cuánto se gasta. *Cénit*, para aumentar la colaboración público-privada, *Consólíder*, para reforzar masa crítica y excelencia investigadora, y *Avanz@*, nuevos proyectos y servicios en TIC, son los tres programas estratégicos de *Ingenio 2010*. El impulso biotecnológico a través de la colaboración público-privada que contempla el *Cénit* requiere algo que con frecuencia se olvida: una colaboración pública-pública entre Economía, Industria y Sanidad. En pocos sectores están menos desarrolladas las TIC que en sanidad, uno de los sectores que más trabaja con información. Será, no obstante, en el marco de los Consorcios de Investigación Biomédica en Red (*Ciber*), donde una investigación –como la del grupo de Variaciones en la Práctica Médica de la Red de Investigación en Resultados y Servicios de Salud (VPM/IRYSS) que requiere perseverancia, masa crítica y

excelencia- deba tener continuidad. La investigación sobre VPM no precisa grandes instalaciones científico-tecnológicas pero su impacto en la práctica clínica puede superar claramente a las habituales innovaciones financiadas fundamentalmente por las empresas.

La *sostenibilidad* de la componente sanitaria del estado del bienestar no constituye especial problema: 17% del aumento en recaudación durante los próximos 10 años sin variar presión fiscal (Puig et al, 2004). El problema radica en la *deseabilidad*: En que los beneficios en términos de salud de la atención sanitaria superen sus costes, lo cual supone atacar tanto el problema del consumo útil que no se proporciona como del que se proporciona y puede ser totalmente innecesario.

Se trata, en palabras del coordinador científico del proyecto VPM-IRYS (Bernal, 2005), no sólo de servir a la comunidad científica, sino también –y fundamentalmente- a la toma de decisiones de gestión y política sanitaria... para incrementar tecnologías efectivas donde hay infrautilización de las mismas, reducir la sobreutilización de servicios inefectivos o inseguros, incorporar las preferencias de los pacientes, gestionar la oferta de recursos, y propulsar políticas públicas más eficientes. De compatibilizar, en suma, la mejora de la productividad en España con el perfeccionamiento de su estado del bienestar; algo que los países del Norte de Europa demuestran cada día con su práctica que es posible.

La segunda novedad

Los beneficios de las intervenciones sanitarias pueden aproximarse a partir de la disposición a pagar, observada o declarada, de los individuos por una mejor salud. La revisión de decisiones y diversos estudios relevantes lleva a proponer para España una cifra guía de 30.000 euros por año de vida ajustado por calidad (AVAC) como umbral de eficiencia. Precisamente la valoración de los AVACs permite afirmar que en estas tres últimas décadas cada peseta gastada en intervenciones sanitarias ha resultado beneficiosa en promedio, lo cual es compatible con alternativas, como cambios de estilos de vida, todavía más eficientes.

Muchos parámetros fisiológicos tienen distribuciones normales. La tensión arterial, tanto sistólica como diastólica, también. La hipertensión es un importante factor de riesgo de diversas enfermedades. Su control puede realizarse mediante intervenciones sobre toda la población -tratando de desplazar a la izquierda la distribución de enfermedad- y/o actuando clínicamente sobre la cola de la derecha de la distribución (los hipertensos).

- figura 1 por aquí-

En la figura 1 se representa el impacto previsible sobre la distribución de tensión arterial de ambos tipos de intervenciones. Con datos de EE.UU. referidos a las cuatro últimas décadas sabemos que los antihipertensivos sobre población a riesgo han sido una de las intervenciones más efectivas: hasta medio año de vida ganado en promedio por persona (Long et al, 2006). Ello no implica que la medicación sea siempre la manera más eficiente de disminuir la mortalidad y morbilidad derivada de enfermedades del aparato circulatorio (puede actuarse de varias formas y sobre los distintos factores de riesgo). Así puede verse que en 38 poblaciones de 21 países

desarrollados, seguidas cuidadosamente, las mejoras en la salud pública han resultado más poderosas que la medicación en la disminución habida en todos los centiles de la distribución población de tensión, entre mitad de la década de los ochenta y mitad de la década de los noventa (Tunstall-Pedoe et al, 2006).

Características diferenciadoras de las organizaciones sanitarias

Primera. Tradicionalmente se ha hablado de *hospitalcentrismo* pero puede generalizarse el concepto a *organizacióncentrismo* y *nivelcentrismo* en numerosos sistemas sanitarios que favorecen tanto la competencia entre niveles como el que los centros no consideren los efectos externos –positivos o negativos- que una parte importante de sus decisiones tienen en otros centros sanitarios. El *nivelcentrismo* lleva a optimizar el comportamiento en cada nivel lo que fácilmente puede suponer:

- No tener en cuenta los beneficios que puedan redundar en otros niveles asistenciales, por ejemplo ¿por qué prescribir una medicación que disminuye hospitalizaciones pero cuesta más?
- Derivar, compensando previamente cuando haga falta, los casos que no interesan. *Acicalar y largar* en la terminología de Shem (1998).
- Retener los casos que desde cualquier perspectiva, desde científica a cómoda, parezcan más interesantes.
- No preocuparse por la adecuación de las derivaciones procedentes de otro nivel asistencial (o de la adecuación de las pruebas diagnósticas solicitadas por otros servicios dentro del mismo nivel asistencial),
- Duplicación de pruebas con su correspondiente iatrogenia.

No se estimulan, por tanto, los comportamientos cuyas mejoras se reflejan en otros niveles asistenciales.

Segunda. Importancia de las normas clínicas como institución. Las normas clínicas comprenden tanto el conjunto de comportamientos que la profesión estima aceptables (y que sanciona con reconocimiento u ostracismo) como el conjunto de valores y expectativas compartidos por el grupo profesional de referencia. Las normas clínicas constituyen una garantía de que se hará lo mejor para los pacientes con independencia de otras influencias. Eso sí, la fidelidad a la profesión resulta con frecuencia más fuerte que la fidelidad a la organización para la que se trabaja.

Tercera. Coordinación muy intensa dentro y entre organizaciones sanitarias. Al igual que ocurre con el diseño de un avión, el mejor diseño no se obtiene encargando el diseño de sus componentes (fuselaje, navegación, motor, mobiliario...) a los mejores especialistas y reuniendo los diseños después: el avión no volaría. Se requiere relación constante –prácticamente cotidiana- entre los distintos grupos encargados del diseño de cada parte, lo cual imposibilita la externalización pues no resulta practicable la renegociación permanente de los contratos. La alternativa que mejor responde a esta necesidad de coordinación muy intensa pasa por algún tipo de organización jerárquica.

Cuarta. Ausencia de soluciones fáciles para los problemas de incentivación. Ni sirve la persecución del lucro, sin correcciones, ya que cortocircuita las decisiones clínicas en interés del paciente ni puede ignorarse la sociedad en la que se vive.

Quinta. Aplicación muy atenuada de la regla de oro del control interno: La separación entre gestión de la decisión (preparación de alternativas y ejecución de la elegida) y

control de la decisión (elección entre alternativas y evaluación de su ejecución) que ha de producirse siempre que quien toma las decisiones no soporta plenamente las consecuencias de las mismas no tiene lugar en las decisiones clínicas.

Entre monopolios cabe la competencia por comparación

El monopolio constituye un caso específico de economías de escala ya que pueden producirse los servicios requeridos por un mercado geográficamente establecido a menor coste y mayor calidad cuando hay un solo proveedor en lugar de dos o más.

Los monopolios resultan perjudiciales para el bienestar social de ahí que la política deba evitar su aparición o, como mínimo, su inamovilidad temporal. La política de una empresa, en cambio, se dirige a conseguir tanto *poder de mercado* como pueda, a parecerse lo más posible a un monopolio.

El caso es que los servicios sanitarios, como servicios personales, tienen su mejor delimitación de mercados relevantes a partir del establecimiento de ámbitos geográficos que cumplan un par de condiciones: primera, los proveedores del ámbito-mercado establecido han de prestar como mínimo el 75-90% de los servicios que reciben los usuarios de ese ámbito-mercado; segunda, el porcentaje de servicios recibidos por los residentes de ese ámbito-mercado de proveedores situados en otros ámbitos no ha de exceder del 25-10% (Dalmau y Puig, 1998).

La aplicación de estos criterios a los países desarrollados nos muestra como –excepto en las zonas de alta densidad demográfica- los proveedores sanitarios bien son monopolio bien radican en ámbitos-mercados muy concentrados (con pocos proveedores).

De ahí que se hayan propuesto diversas formas atenuadas de competencia. Y aquí conviene recordar un resultado derivado de la comparación de diversas formas organizativas en sanidad y en otros sectores (privadas, con y sin finalidad lucrativa, y públicas): El grado de competencia en el mercado de servicios afecta más al comportamiento de una organización que la naturaleza, pública o privada, lucrativa o no, de su propiedad. La bondad y capacidad innovadora de cualquier organización depende más de los estímulos que reciba -u obstáculos que deba superar- que de quiénes ostenten su propiedad (Callejón et al, 2002).

Por muy monopolio que sea una organización sanitaria nunca lo será más que la Agencia Tributaria y nada impide a la Agencia comparar la eficiencia recaudatoria de sus inspectores ajustando por sus respectivas bases impositivas. Alguien que se sabe comparado, tomando en consideración –eso sí- por las variables que él no controla, estará más cercano al grado de competencia socialmente saludable que el inimpugnable vitalicio.

Esta competencia por comparación resulta válida tanto para las políticas de salud, estilo OMS, como para la gestión de centros, estilo *los mejores hospitales* (Peiró 2002), o la gestión clínica. Sus efectos benéficos han sido documentados, como mínimo, para esta última (Chassin et al, 1996).

La difusa frontera entre política y gestión

Entre los ámbitos de la gestión sanitaria (figura 2) es en el de la macro-gestión o política sanitaria donde resulta más difícil delimitar donde puede acabar la política y empezar la gestión. La política en sanidad ha de servir para establecer prioridades y alcanzar compromisos entre objetivos sociales contradictorios y que afectan de manera diferente a los distintos actores sociales. La gestión, que pasa por coordinar y motivar a las personas para conseguir los objetivos de una organización, requiere que estos objetivos sean claros y conocidos. Tan perjudicial resulta suplantar la política (Franco decía que él no se metía en política) como invadir la gestión.

figura 2 por aquí

Países como Nueva Zelanda se permiten un director del Servicio Nacional de Salud extranjero elegido tras convocatoria pública internacional. En otros países, más próximos a nuestra tradición, cualquier gestor de una organización sanitaria ha de estar –como mínimo- *bien visto* por la autoridad política de la que provendrá la mayor parte de su financiación. Un gestor necesita *cromos* para intercambiar con sus unidades operativas y de apoyo a cambio del logro de una serie de objetivos y actividades que se expresan en un presupuesto. Sin *cromos* poco juego hay. De ahí la lógica del *nihil obstat, nomenatur*, del cribado previo al nombramiento.

Son varios los condicionantes políticos de las reformas en la gestión pública sanitaria:

- *Statu quo* y competencia, por leve que sea, resultan incompatibles. No puede figurar en la misma agenda política el mantenimiento de la situación con la introducción de una competencia siempre schumpeteriana, creativa y destructiva al mismo tiempo. Los datos asistenciales y económicos de los que se dispone en la actualidad permiten ya una competencia entre hospitales de agudos mayor de la que parece políticamente deseable (la que se está dando).
- Mayor flexibilidad sin control conduce fácilmente a un pacto gestores públicos-sindicatos a expensas del bienestar común. Hay que respetar el binomio libertad /responsabilidad.
- ¿Restricción por el Derecho Administrativo o restricción política? Intereses corporativos y sindicales no tan sólo pueden ser un freno a la externalización sino que también pueden limitar la desburocratización del sector público. El diagnóstico de restricción de la discrecionalidad gestora por el Derecho Administrativo lleva a estrategias de flexibilización de los vínculos funcionariales y estatutarios que pueden resultar absolutamente inocuas si el origen de la falta de flexibilidad no está en el Derecho Administrativo sino en otros factores de índole política. Laboralizar, por ejemplo, puede correlacionarse con mayores salarios, en lugar de con mayor productividad, en la historia de las empresas públicas españolas.
- Los juegos políticos, a diferencia de lo que ocurre en el mundo de los negocios o en el comercio internacional, son frecuentemente juegos de suma cero, de competencia destructiva. Los escaños que uno gana, otro los pierde. Esto

dificulta la consecución de pactos entre fuerzas políticas, convenientes para la implantación de mejoras en la gestión pública.

Recapitulación

Las características del proceso sanitario aconsejan incentivos débiles y coordinación muy intensa en sus formas organizativas. Por otra parte, para que un sistema sanitario funcione de manera satisfactoria se precisa que aquellos que asignan la mayor parte de los recursos en el sector, fundamentalmente los clínicos con sus decisiones diagnósticas y terapéuticas, tengan el conocimiento y las ganas de decidir de manera coste-efectiva. El resultado implica situar la gestión clínica en el centro del escenario y procurar una evolución de la medicina cada vez más basada en la efectividad, orientada al usuario y con una preocupación por el mejor uso alternativo de los recursos de que dispone.

Existe conocimiento y experiencia suficiente para ir introduciendo mejoras en los sistemas sanitarios. Tampoco faltan habilidades analíticas que sepan aportar soluciones a los distintos problemas. Sí aparece un déficit, en cambio, de habilidades implantadoras derivado, en gran parte, del desequilibrio entre satisfacciones – limitadas- y demandas –elevadas- de los puestos de gestión sanitaria.

Los aspectos clínicos de la constatación bautizada como gestión clínica funcionan de forma satisfactoria. No puede decirse lo mismo, sin embargo, de la plasmación organizativa que la citada constatación (de los profesionales clínicos depende el buen funcionamiento del sistema sanitario) debería suponer. No habrá buena gestión sanitaria sin buena medicina pero tampoco puede existir buena medicina sin buena gestión sanitaria. Tanto la gestión sanitaria como la clínica comparten misión: reducir la brecha entre efectividad y eficacia. Pese a la obviedad de la afirmación no suele plantearse así ni la actividad clínica ni la actividad gestora. En el texto se ha ilustrado con algunos ejemplos el significado de esa brecha.

Se vive la transición del cobrar por *ser* al cobrar por *hacer*. Aunque éste parezca menos insatisfactorio que el primero no constituye el punto de llegada: Hay que evolucionar hacia el cobrar en función de efectividad y calidad, acabando con la actual paradoja de *cuanto peor (se controla un enfermo crónico) mejor (mayores ingresos hospitalarios se producen)*.

Para proporcionar la visión del conjunto, antes de plantearse quién hace qué en una organización determinada, se conjugan dos *novedades* de los últimos setenta años: la constatación de variaciones aparentemente arbitrarias en la práctica, la entronización del sentido común en los programas –y actitudes- de mejora continua de la calidad, y la distinción entre causa de incidencia y causa de enfermedad.

La buena gestión clínica, para cualquiera de sus profesiones, pasa por una excelente base disciplinar y un largo aprendizaje. La gestión clínica ha de desbordar, no obstante, los contornos de los centros ya que: primero, una parte importante de las decisiones que en ellos se adoptan producen efectos –perjudiciales o beneficiosos- en otros centros; segundo, y recíprocamente, la efectividad en la actuación de cualquier organización viene condicionada por el comportamiento del resto de organizaciones sanitarias a las que también acuden sus pacientes.

Figura 1: Intervención sobre personas de alto riesgo comparada con la intervención poblacional: Idealización de los efectos sobre la distribución de la presión arterial sistólica

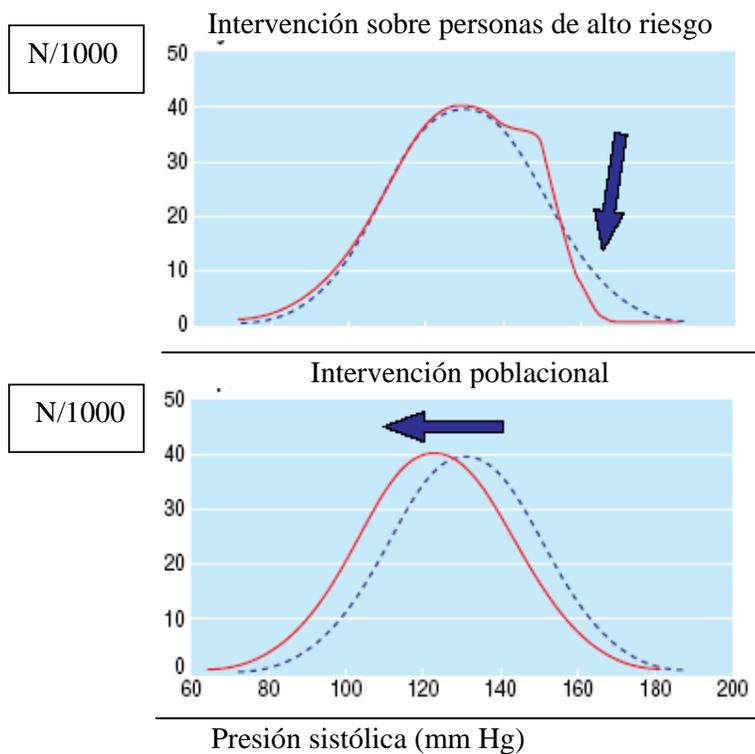
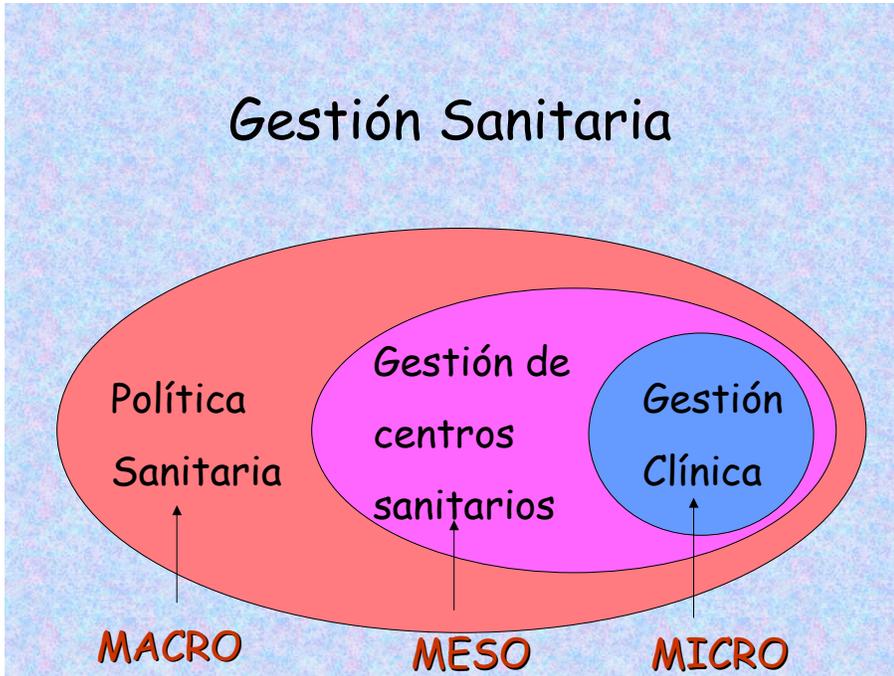


Figura 2: Los tres tipos de Gestión Sanitaria



Referencias bibliográficas

Berlinguet M, Preyra C, Dean S (2005). Comparing the value of three main diagnostic-based risk-adjustment systems. Canadian Health Services Research Foundation. Accesible en:

http://www.chsrf.ca/final_research/ogc/pdf/berlinguet_final.pdf

Bernal E (2005). El atlas VPM. Atlas Var Prac Med Sist Nac Salud; 1(1): 3-4.

Berwick D (1991). Controlling variation in health care: A consultation from Walter Shewhart. Medical Care; 29 (12): 1212-25.

Callejón M, Ortún V (2002). Empresa privada en Sanidad: Grado de adecuación a las diferentes funciones sanitarias. En G López (ed): El interfaz público-privado en Sanidad. Barcelona: Masson, p 103-121.

Chassin M, Hannan E, DeBuono B (1996). Benefits and hazards of reporting outcomes publicly. New Engl J Med; 334: 394-398.

Chassin M, Becher E (2002). The wrong patient. Ann Intern Med 2002; 136: 826-833.

Dalmau-Matarrodona E, Puig-Junoy J (1998). Market structure and hospital efficiency: evaluating potential effects of deregulation in a National Health Service. Review of Industrial Organization; 13: 447-466.

Glynn E et al (2003). The quality of health care delivered to adults in the United States. New Engl J Med; 348(26): 2635-45.

Fisher E et al (2003). The implications of regional variations in Medicare spending. Annals of Internal Medicine; 138(4): 273-287 y 288-298.

Hsiao W et al (1988). Estimating physicians' work for a resource-based relative-value scale. New Engl J Med; 319(13): 835-41.

Ibern P, dir (2006). Integración asistencial: fundamentos, experiencias y vías de avance. Barcelona: Masson-Elsevier.

Institute of Medicine (2001). Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st century. Washington: National Academy Press.

Khatri GR, Frieden T (2002). Controlling tuberculosis in India. New Engl J Med; 347: 1420-5.

Long G, Cutler D, Berndt E et al (2006). The impact of antihypertensive drugs on the number and risk of death, stroke and myocardial infarction in the United States. National Bureau of Economic Research Working Paper Series, nº 12096.

Ortún V, dir (2003). Gestión clínica y sanitaria. De la práctica diaria a la academia, ida y vuelta. Barcelona: Masson-Elsevier.

Ortún V, Puig-Junoy J, Callejón M (2005). Innovación en medicamentos, precios y salud. En: González López-Valcárcel B (dir): Difusión de nuevas tecnologías sanitarias y políticas públicas. Barcelona: Masson-Elsevier, p. 173-193.

Peiró S (2002). ¿Son siempre odiosas las comparaciones? *Gestión Clínica y Sanitaria*; 4 (2): 35-37. Accesible en www.iiss.es/gcs/index.htm

Peiró S (2003). De la gestión de lo complementario a la gestión integral de la atención a la salud. En Ortún V (dir): *Gestión Clínica y Sanitaria*. Barcelona: Masson-Elsevier; p 17-87.

Peiró S (2006). ¿A qué incentivos responde la utilización hospitalaria del Sistema Nacional de Salud? En: Palomo L et al (eds): *Informe SESPAS 2006. Los desajustes en la salud en el mundo desarrollado*. Gaceta Sanitaria 20 (Suplemento 1): 110-116.

Porta M, Fernández E, Belloc J, Malalts N, Gallén M, Alonso J (1988). Emergency admissions for cancer: a matter of survival? *British Journal of Cancer*; 77: 477-484.

Puig-Junoy J, López-Casasnovas G, Ortún V, eds (2004). ¿Más recursos para la salud? Barcelona: Masson-Elsevier.

Rodrigo T, Caylà J, Galdós-Tangüis H, Jansà J, Brugal T, García de Olalla P (1999). Evaluación de los programas de control de la tuberculosis de las Comunidades Autónomas en España. *Med Clin*; 113: 604-607.

Rose G (1988). Individuos enfermos y poblaciones enfermas. En: *El desafío de la Epidemiología. Problemas y lecturas seleccionadas*. Washington: Organización Panamericana de Salud (publicación científica 505), p 900-909.

Shem M. *La Casa de Dios*. Barcelona: Anagrama, 1998.

Solá-Morales O (2005). Preferencias y tecnología: La perspectiva de los profesionales. *Economía y Salud. Boletín Informativo*; 18(53): 6-7. Disponible en <http://www.aes.es/Publicaciones/ES53.pdf>

Spetz J, Smith MW, Ennis SF (2001). Physician incentives and the timing of cesarean sections: evidence from California. *Med Care*; 39: 536-550.

Tunstall-Pedoe H, Connaghan J, Woodward M, Tolonen H y Kuulasmaa (2006). Pattern of declining blood pressure across replicate population surveys of the WHO MONICA project, mid-1980s to mid-1990s, and the role of medication. *BMJ*; 332: 629-635.

Wagner E, Austin B, Davis C, Hindmarsh M, Shaefer J, Bonomi A (2001). Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Affairs*; 20 (6): 64-78.