

De la evaluación a la gestión: acortar la brecha entre eficacia y efectividad

Este artículo propone tres argumentos principales: 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 rebasa los ámbitos de las mismas. Parecería pues, lógico, pagar por los resultados en términos de salud y utilizar el incentivo de la competencia por comparación. Sería conveniente acabar con las letanías «más sanidad», «más educación», «más I+D+i», y esforzarse en obtener mejor sanidad, mejor educación, mejor I+D+i, aplicando lo que ya sabemos. La evaluación, de cualquier tipo, proporciona conocimiento analítico y siempre es conveniente investigar y evaluar más, pero el auténtico déficit se produce en la puesta en práctica: es necesario talento implantador para convertirlo en una mejor gestión, talento que obviamente está constreñido por unas limitaciones, cuya consideración cierra el escrito.

Artikulu honek hiru argudio nagusi proposatuko ditu: lehenengoa, kudeaketa kliniko eta osasun-kudeaketaren funtsa efikazia eta eraginkortasunaren arteko jauzia txikitzea dela, bigarrena, ordainduta-koaren arabera eskuratzen dela eta hirugarrena, osasun-erakundeen kudeaketak horien esparruak gainditzen dituela. Bada, zentzuzkoa litzateke osasun-arloko emaitzen arabera ordaintzea eta konparazio bidezko lehiakortasunaren pizgarria erabiltzea. Komenigarria litzateke «osasungintza gehiago», «hezkuntza gehiago», «I+G+B gehiago» direlakoak baztertzea, eta osasungintza hobea, hezkuntza hobea eta I+G+B hobea erdiesteko ahaleginak egitea, dagoeneko dakiguna aplikatuta. Ebaluazioak, edozein motatakoa dela, ezagutza analitikoa dakar eta gehiago ikertu eta ebaluatzea beti da komenigarria, baina benetako eskasia, berriz, ekintzak gauzatzean gertatzen da: nahitaezkoa da ezarpenak egiteko talentua izatea, talentu hori kudeaketa hobea bihurtzeko, baina jakina baditu muga batzuk. Muga horiei buruzko gogoeta, hain zuzen ere, azalduko da amaierako lerroetan.

This article proposes three main arguments: that the clinical and health management acts to reduce the gap between the efficacy and the effectiveness, and that this is achieved by paying for results, and the management of the health organisations requires an active interaction with its environment. It seems logical to pay for the results in terms of public health and to use the incentive of the yardstick competition (competence by comparison). It would be suitable to put an end to the platitudes «more public health», «more education», «more I+D+i», and to strive in obtaining better health public, better education, better «I+D+i» applying what we already know. The evaluation, of any type, produces analytic knowledge, and it is normally convenient to investigate and to evaluate, but the real deficit is produced at the practical level: It is necessary to get things done, an implementation talent in order to turn knowledge into a better management, a talent which is obviously constrained by some limitations whose consideration would close this article.

ÍNDICE

1. Reducir la brecha entre efectividad y eficacia constituye la finalidad de cualquier gestión sanitaria y clínica
 2. La actual gestión sanitaria
 3. Características diferenciadoras de las organizaciones sanitarias
 4. La difusa frontera entre política y gestión
 5. Recapitulación
- Referencias bibliográficas

Palabras clave: efectividad, eficacia, gestión clínica

N.º de clasificación JEL: L97, I1, I18, H43

1. 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 la constituyen las muertes aplazadas y la calidad de vida que se ha ganado. Los resultados económicos deberían tener una consideración inferior a los resultados obtenidos en la mejora de la salud, incluso en las organizaciones privadas, en las que hay unos accionistas a los que satisfacer.

La eficacia refleja el umbral de posibilidades de producción para una determinada capacidad tecnológica: es aquello que puede conseguirse si todo funciona

bien. La efectividad mide el grado de consecución de ese potencial máximo en función de los datos de la realidad; la calidad de las organizaciones sanitarias no es el único dato —influyen otras organizaciones no sanitarias, la cultura poblacional, el conjunto del sistema 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 se le puede atribuir.

Por otra parte, sería de esperar que en las organizaciones sanitarias más relevantes —públicas y privadas sin finalidad lucrativa— se intentara obtener una buena *cuenta de resultados*, recordemos: reducción de la mortalidad y mejora de la calidad de vida, sin sufrir eventuales cortocircuitos. Sabemos que hay más de una

cuenta de resultados, a veces casi tantas como integrantes de la organización. Cada uno cuida su parcela confiando en que el planteamiento global para aumentar la efectividad en el tratamiento de las enfermedades cardiovasculares, el cáncer o los accidentes corresponde a la política sanitaria. Lo que ocurre es que la *mano invisible* del mercado no funciona en este campo y la excesivamente visible mano de la política no suele ser suficiente.

Existen ciertas asociaciones básicas, atajos mentales tan cómodos como irracionales, que llevan a vincular la respuesta sanitaria con cualquier problema de salud. Por ejemplo, se asocia el hecho de que intervenga un experto en tuberculosis a cualquier aumento de la 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 los ministerios ni en 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. Antes de 1944, año en que se dispuso de un tratamiento eficaz, la mortalidad disminuyó considerablemente a raíz de las mejoras socioeconómicas, dejando al margen los colapsos del pulmón implicado, el pneumotórax terapéutico, las toracoplastias y demás intervenciones sanitarias. Los ensayos clínicos aleatorios acompañaron desde el inicio, y de manera pionera, a los nuevos tratamientos y a

las medidas preventivas introducidas en la década de los cuarenta. La elevada eficacia de los mismos se puso rápidamente de manifiesto.

Décadas más tarde, la efectividad de control de la tuberculosis deja muchísimo que desear en muchas regiones del mundo. En una reunión anual del Fondo de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social (Córdoba, 1988), el ponente, refiriendo datos ajenos, hablaba de un 3,8% de efectividad en la lucha contra la tuberculosis, lo que significa que solo 3,8 personas de cada 100 tuberculosos 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 sea del 95%? Para publicar tal vez; para *cuidar la viña* no.

Desafortunadamente investigar sobre efectividad supone llamar al mal tiempo y no hacer currículum (aunque sí biografía); los hallazgos no tendrán validez universal y, salvo que se produzca una estrepitosa innovación metodológica, no merecerán ningún eco especial. Sin embargo, resulta que el conocimiento de la efectividad es lo que más debería preocupar a un profesional sanitario, a un gestor, a un ciudadano o a un político. En España, el 70% de los programas de control de la tuberculosis de las Comunidades Autónomas no cumplían los criterios básicos recomendables para conseguir esa relación de coste-efectividad que podría encabezar cualquier liguilla de intervenciones sanitarias. Y no cumplían los 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; esto indica la precaria situación de España en cuanto al control de la tuberculosis (Rodrigo *et al.* 1999). Y nada de ello podía achacarse a que no existan profesionales competentes en materia de tuberculosis.

También se debe mencionar el caso de India, cuya investigación sobre tuberculosis era puntera y beneficiaba al mundo entero excepto a la propia 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 estos 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; sin embargo, más tarde empezaron a reducir la brecha entre efectividad y eficacia: diagnóstico sobre esputo, tratamiento observado directamente, estandarización de tratamientos, etc. Esto supuso: 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%. El coste por paciente curado era de 50 dólares aplicando lo que 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 susceptible de 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 se quiere resaltar el carácter instrumental de los servicios sanitarios como otro factor más de la producción de salud. Es sabido que este producto intermedio presenta dificultades para ser medido, pese a los avances en los sistemas de clasificación de pacientes.

En promedio, la atención sanitaria produce más beneficios en cantidad y calidad de vida que costes. Sin embargo, «más» no siempre es «mejor» sino que con frecuencia suele ser «peor».

La sociedad gasta sumas ingentes en el desarrollo de nueva tecnología (900 millones de dólares, por ejemplo, cada medicamento) y solo calderilla en la búsqueda de maneras de utilizar mejor la tecnología de la que ya disponemos. Sin embargo, para conseguir una 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-efectivos.
- La auténtica gestión sanitaria y la auténtica gestión clínica pasan por reducir la brecha entre lo que se podría lograr —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. Es 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 solo existe un trecho sino un abismo. No falta dinero ni tecnología ni conocimiento. «Más» no siempre significa «mejor»: cómo se gasta (¡la buena Medicina!) resulta más relevante que cuánto se gasta. Pero preocuparse de lo que realmente importa —la efectividad, reducir el abismo en calidad— acarrea incomprendiones, luce poco y consigue escasa financiación. Pese a todo, la motivación intrínseca funciona y en la literatura encontramos publicaciones que informan sobre experiencias de mejora válida, incluso hay publicaciones secundarias —por ejemplo, *Gestión Clínica y Sanitaria*— empeñadas en esta cruzada. Como esquema inspirador sirva el trabajo de Salvador Peiró (2003) acerca de la reducción de la brecha entre eficacia y

efectividad en el tratamiento 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 estos 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»: el grado de especialización de sus servicios, la dotación de medios diagnósticos y terapéuticos, la 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», según la hipótesis implícita 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 se sabe medir lo que «hacen» los centros, no se pueden establecer comparaciones ni asignar los recursos (presupuestos, contratos...) a quienes lo hagan mejor. Efectivamente, la carencia de una medida del producto (aunque fuera intermedio) era un problema sanita-

rio, como lo era —y continúa siéndolo— en los sistemas de educación, justicia, defensa, policía, o asuntos exteriores. Algunas actividades de las organizaciones que producen directamente para el mercado también se enfrentan a 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 1987, el Consejo Interterritorial del Ministerio de Sanidad y Consumo en España aprobó establecer un Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) en el 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 la Comunidad Europea 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 propósito 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 alguno de los tres, mencionar que este tema se trata, por ejemplo, en un reciente documento de la Fundación Canadiense de Investigación sobre Servicios Sanitarios (Berlinguet *et al.*, 2005) que ha orientado a varias provincias hacia la elección de los CGA.

No obstante, «hacer» sigue implicando visitas, exploraciones, intervenciones, etc., algunas de las cuales —como las vinculadas con el internamiento hospitalario— podemos cuantificar aceptablemente y otras —como la consulta ambulatoria de los hospitales, contada con los dedos y sin ajustar— no tanto. En cualquier caso, ha habido una transición paulatina desde premiar por «ser» a compensar por «hacer», y se ha mantenido donde está indicado —cámara hiperbárica, servicio de urgencias rural— el pago por «ser» (pues en este tipo de servicios cuanto menos «hagan» mejor).

Cuando falta todavía mucho para alcanzar medidas de actividad satisfactorias, curiosamente sabemos que ese no es el objetivo. 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 el mayor índice de supervivencia tras el cáncer —aproximable, por ejemplo, por el porcentaje de cánceres digestivos diagnosticados en Urgencias Hospitalarias—. De manera que ya se puede decir algo sobre los resultados que realmente importan a los ciudadanos.

El necesario avance hacia la medición de resultados 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).

2. LA ACTUAL GESTIÓN SANITARIA

Algunos procesos sanitarios, por su radical impacto sobre la vida, requieren calidad «seis sigmas» (seis desviaciones estándares o un 99,999997% de probabilidad de ausencia de error) y, aún así, no podemos asegurar que la suma de pro-

cesos 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 es necesario conocer este tipo de datos: la tasa de complicaciones graves en enfermos diabéticos, la supervivencia en cáncer de mama, la prevalencia del tabaquismo, la tasa de resistencias bacterianas, el porcentaje de cánceres digestivos que se diagnostican en urgencias hospitalarias (Porta 1998), la prevalencia de anemias ferropénicas, etc., en general tasas de circunstancias adversas evitables referidas a la utilización, la morbilidad o la 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 —sobre una 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 la línea del efecto Hawthorne de los años treinta, padres intelectuales de las técnicas de mejora continua de la calidad (Berwick, 1991). El efecto Hawthorne constató que la motivación de las personas importa, que quién sabe más acerca de un trabajo es quien lo está desempeñando y que sería conve-

niente explicar los errores propios para que otras personas no incurran en ellos; por ejemplo, dedicar alguna sesión clínica a pacientes con 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, desempeña un cometido 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 el hecho de que la atención sanitaria, en promedio, ocasione más beneficios que costes con el hecho de 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 total de gasto sanitario— 15% del PIB de EEUU y 7,6% del PIB de España— resulta superfluo, y por tanto podría dedicarse a la atención no prestada.

Las variaciones en la práctica médica (VPM) señalan las áreas donde puede haber mayores 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 sí 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 EEUU que en España) y por la «*fascinación tecnológica*» (ya se verá si se da más en España que en EEUU).

Las actuaciones sobre la *oferta* modelan el sistema sanitario. Ahora se admite la lectura equivocada de la caída del muro de Berlín como un «triumfo del mercado». El libre mercado es la condición necesaria, pero una correcta intervención del Estado es la condición suficiente para que un país prospere. Hay que reivindi-

car la planificación sanitaria de la misma forma que hay que reivindicar una mayor competencia en el sector¹. 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 es 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 es 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 la radiografía, la angioplastia coronaria o la endoscopia gastrointestinal, en detrimento de las intervenciones más efectivas para reducir la carga de enfermedad (Solá Morales, 2005).

Las variaciones en la práctica médica (VPM): más allá de la Sanidad

Convenientemente divulgadas, las VPM 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 tecnologías de la información y la comunicación (TIC), programas de gestión de enfermedades, etc.), siempre que se tenga conciencia de que un sistema sanitario funcionará bien cuando sus profesionales dispongan de la información necesaria —y la voluntad— para tomar 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 relacionadas) que formara parte de la política general del país.

Y esta es la batalla más difícil: la mayoría de los que toman decisiones económicas y los 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 de bienestar, no cabe que las po-

¹ 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.

líticas económico-industriales y sanitarias sigan ignorándose (Ortún *et al.*, 2005).

Variaciones de la práctica médica, ¿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 los incentivos), necesitamos evitar que programas tan encomiables como *Ingenio 2010* (el instrumento prioritario en políticas públicas de I+D+i) caigan en una eventual «fascinación tecnológica». 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-privada 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 on Red (*Ciber*) donde tendrá continuidad 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),² que requiere perseverancia, masa crítica y excelencia. 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 de bienestar no constituye especial problema: 17% del aumento en recaudación durante los próximos diez años sin variar la presión fiscal (Puig *et al.*, 2004). El problema radica en la *de-seabilidad*: en que los beneficios en términos de salud superen sus costes, lo cual supone atacar tanto el problema del consumo útil que no se proporciona como el del 30% que puede ser totalmente innecesario.

Se trata, en palabras del coordinador científico del proyecto VPM-IRYS (Bernal, 2005), no solo de servir a la comunidad científica, sino también —y fundamentalmente— a la toma de decisiones de gestión y política sanitaria para incrementar tecnologías efectivas allí donde haya 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. Se trata de compatibilizar, en suma, la mejora de la productividad en España con el perfeccionamiento de su estado de bienestar; algo que los países del Norte de Europa demuestran en su práctica diaria que es posible.

La segunda novedad

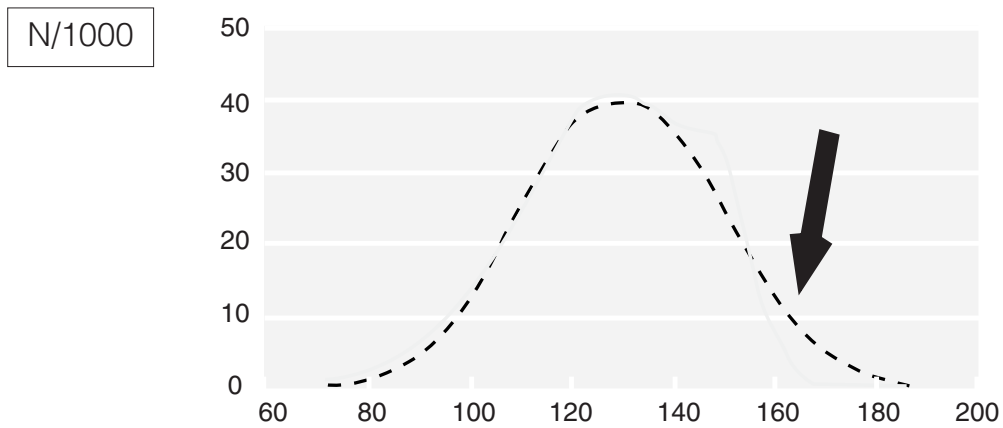
Los beneficios de las intervenciones sanitarias pueden estimarse a partir de la

² IRYSS corresponde a la Red de investigación cooperativa para la Investigación en Resultados de Salud y Servicios Sanitarios.

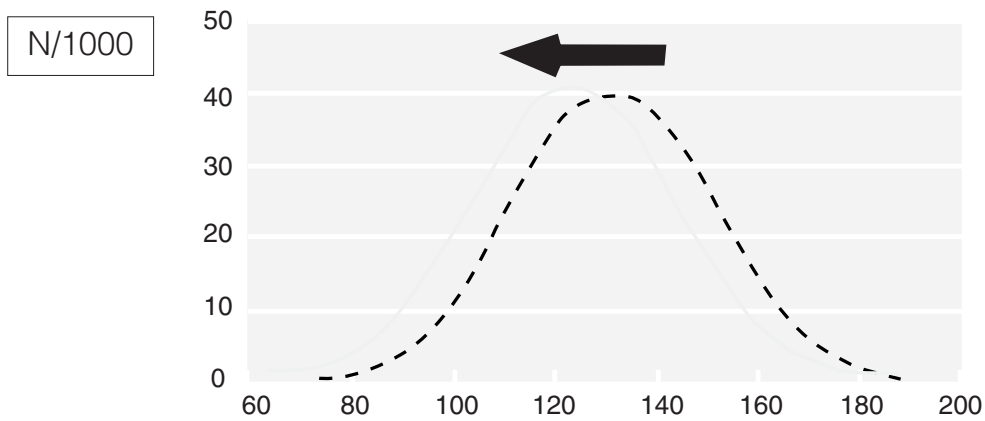
Gráfico n.º 1

Intervención sobre personas de alto riesgo comparada con la intervención población: Idealización de los efectos sobre la distribución de la presión arterial sistólica.

Intervención sobre personas de alto riesgo



Intervención poblacional



Presión sistólica (mm Hg)

disposición a pagar, observada o declarada, de los individuos por una mejor salud. La revisión de decisiones así como diversos estudios relevantes nos llevan 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

AVAC permite afirmar que en estas tres últimas décadas cada peseta gastada en intervenciones sanitarias ha resultado beneficiosa en promedio, aunque también es cierto que los gastos alternativos —en cambios de estilos de vida por ejemplo— podrían haber sido 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 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).

En la gráfico 1 se representa el impacto previsible sobre la distribución de la tensión arterial de ambos tipos de intervenciones. Según datos de EEUU referidos a las cuatro últimas décadas sabemos que los antihipertensivos administrados a la población de riesgo han sido una de las intervenciones más efectivas: se ha ganado hasta medio año de vida 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 la morbilidad derivada de las enfermedades del aparato circulatorio (se puede actuar de varias formas y sobre los distintos factores de riesgo). En el seguimiento realizado entre mediados de los ochenta y mediados de los noventa, sobre 38 poblaciones de 21 países desarrollados, se reveló que las mejoras llevadas a cabo en salud pública resultaron más poderosas que la medicación, en la disminución habida en todos los centiles de la distribución de la tensión de la población, (Tunstall-Pedoe *et al.*, 2006).

3. CARACTERÍSTICAS DIFERENCIADORAS DE LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS

Podemos distinguir cinco características específicas 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 hecho de 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 reduce las 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, ya sea por interés científico o por comodidad, 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).

—Duplicar las 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 una 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 búsqueda de lucro, sin limitaciones, ya que cortocircuita las decisiones

clínicas en interés del paciente, ni puede ignorarse las características de la sociedad en la que vivimos.

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 único proveedor en lugar de dos o más.

Sin embargo, los monopolios suelen resultar perjudiciales para el bienestar social, de ahí que la política deba evitar su aparición o, como mínimo, su persistencia temporal. La política de una empresa, en cambio, busca conseguir tanto *poder de mercado* como pueda, es decir, tiende a parecerse lo más posible a un monopolio.

El caso es que la delimitación óptima de los servicios sanitarios, como servicios personales, en mercados relevantes se realiza a partir del establecimiento de ámbitos geográficos que cumplen dos 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 que los residentes de ese ámbito-mercado reciben de proveedores situados en otros ámbitos no ha de exceder el 25-10% (Dalmau y Puig, 1998).

La aplicación de estos criterios en los países desarrollados nos muestra como —excepto en las zonas de alta densidad demográfica— los proveedores sanitarios constituyen un monopolio o bien están radicados 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 —o de los 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 sin embargo 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, por supuesto, las variables que él no controla, estará más cercano al grado de competencia socialmente saludable que el inimpugnabile 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).

4. 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, en el que resulta más difícil delimitar dónde puede acabar la política y empezar la gestión. En sanidad, la política 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.

Países como Nueva Zelanda pueden permitirse 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 *chromos* para intercambiar con sus unidades operativas y de apoyo, si quiere que lo ayuden a lograr una serie de objetivos y actividades

Gráfico n.º 2

Los tres tipos de Gestión Sanitaria



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 que se imponen a las reformas de 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 econó-

micos 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 entre gestores públicos y 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 sólo pueden ser un freno a la exter-

nalización 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. En la historia de las empresas públicas españolas, laborar, por ejemplo, puede relacionarse 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.

5. 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 quiénes 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 de-

cidir de manera coste. 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 hacia el usuario y preocupada 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 hay un déficit, en cambio, de habilidades implantadoras derivado, en gran parte, del desequilibrio entre las limitadas satisfacciones y las elevadas demandas que producen 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 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 la misma 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.

Actualmente estamos viviendo la transición que lleva del cobrar por *ser* al cobrar por *hacer*. Aunque este parezca menos insatisfactorio que el primero, no constituye el objetivo final: hay que evolucionar hacia un método de cobrar en función de la efectividad y la calidad, acabando con la actual paradoja de *cuanto*

peor (se controla un enfermo crónico) *mejor* (mayores ingresos hospitalarios se producen).

Para proporcionar una visión de conjunto, antes de plantearse quién hace qué en una organización determinada, se conjugan dos *novedades* en 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 límites de los centros, ya que: en primer lugar, una parte importante de las decisiones que en ellos se adoptan producen efectos —perjudiciales o beneficiosos— en otros centros; en segundo lugar, 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.

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. (1998): *La Casa de Dios*. Barcelona: Anagrama.
- 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, Shafer J, Bonomi A (2001): *Improving chronic illness care: translating evidence into action*. Health Affairs; 20 (6): 64-78.