



Los retos directivos ante la gestión de la efectividad

Editores:

OLGA SOLAS GASPAS

FERNANDO SILIO VILLAMIL

Los retos directivos ante la gestión de la efectividad

EDITORES:

*Fernando Silió Villamil
Olga Solas Gaspar*



2000



Catalogación por la Biblioteca de la EASP
Los RETOS directivos ante la gestión de la efectividad: Seminario Merck
1999. - Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2000. –
(Documentos Técnicos; 16)

1. Organización y Administración. I. Serie.
Library of Congress Classification HD 30

Edita:

ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PÚBLICA
Campus Universitario de Cartuja. Apdo. de Correos 2070
18080 Granada España

ISBN: 84-87385-56-7



Depósito Legal: Gr-1069/2000

Traducción del Capítulo *Evidencia clínica y la gestión de servicios sanitarios*:
Doreen Carroll y Ramón Zambudio Periago

Maquetación: Cristina Pando Letona

Imprime: Gráficas Alhambra

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida ni transmitida en ninguna forma ni por ningún medio de carácter mecánico ni electrónico, incluidos fotocopia y grabación, ni tampoco mediante sistemas de almacenamiento y recuperación de información, a menos que se cuente con la autorización por escrito de la Escuela Andaluza de Salud Pública.

Las publicaciones de la Escuela Andaluza de Salud Pública están acogidas a la protección prevista por las disposiciones del Protocolo 2 de la Convención Universal de Derechos de Autor.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen representados los datos que contiene no implican, de parte de la Escuela Andaluza de Salud Pública, juicio alguno sobre la condición jurídica de los países, territorios, ciudades o zonas citados o de sus autoridades, ni respecto a la delimitación de sus fronteras.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o del nombre comercial de ciertos productos no implica que la Escuela Andaluza de Salud Pública los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos.

De las opiniones expresadas en la presente publicación responden únicamente los autores.

Seminario

***Los retos directivos ante la
gestión de la efectividad***

*Conferencias y Debates
del Seminario celebrado en Granada
el 11 y 12 de Noviembre de 1999*

Índice

INTRODUCCIÓN Olga Solas Gaspar, Fernando Silió Villamil	7
INAUGURACIÓN DEL SEMINARIO Carmen Martínez Aguayo	13
MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA: POSIBILIDADES Y LIMITACIONES PARA LA GESTIÓN SANITARIA Vicente Ortún Rubio	19
EVIDENCIA CLÍNICA Y LA GESTIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS Bernard Crump	51
USO APROPIADO DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Pablo Lázaro y de Mercado	79
GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO: UNA VISIÓN DE LAS PERSPECTIVAS FUTURAS EN LA INFORMACIÓN EN MEDICINA Rafael Bravo Toledo	87
MEJORA DE LA EFECTIVIDAD EN UN INSTITUTO CARDIOVASCULAR Carlos Macaya Miguel	97
CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES DE LA GESTIÓN DE ORGANIZACIONES PROFESIONALES DESCENTRALIZADAS Antonio Calderón Forns	109
GESTIÓN CLÍNICA Y MEJORA DE LA EFECTIVIDAD Javier García Alegría, Juan José Pérez Lázaro	127
INTEGRACIÓN DE NIVELES BASADA EN LA EVIDENCIA: PROPUESTA MODELO Lluís Nualart Berbel, Joan M. Carbonell I Riera	135
COORDINACIÓN E INTEGRACIÓN DE NIVELES ASISTENCIALES José Martínez Olmos	153
COMPRA DE SERVICIOS BASADA EN LA EVIDENCIA Salvador Peiró Moreno	161

ESTRATEGIAS DE GESTIÓN EN ORGANIZACIONES SANITARIAS	
Rafael Matesanz Acedos.....	177
APÉNDICES	
I. Programa del Seminario	191
II. Listado de asistentes	199

Introducción

La necesidad de controlar el aumento del gasto sanitario, manteniendo los niveles de salud de las poblaciones es la orientación estratégica de las políticas sanitarias de los países desarrollados. De aquí, que los actuales retos de los sistemas sanitarios exigen la introducción de *nuevos valores*, lo que implica gestionar un *cambio de cultura de la atención sanitaria* e implementar medidas correctoras de las *variabilidades de la práctica médica*, “informadas” a través de tres fuentes:

1. La medicina basada en la evidencia (MBE) que se propone reducir la incertidumbre clínica y aumentar la efectividad de las intervenciones sanitarias.

El creciente éxito del movimiento de la MBE se sustenta en tres factores, según Ortún:

- La conciencia sobre las existencia de amplias Variaciones en la Práctica Médica (VPM), entre países, regiones, áreas pequeñas y grupos sociales, no explicables por diferencias de morbilidad, accesibilidad y preferencias de los pacientes, lo que Skrabanek denomino *escepticismo*.
- La preocupación por la efectividad de las prácticas médicas, que aumenta en presencia de la fortísima tecnológica (en productos y en procesos) que, sin embargo tienen un impacto decreciente sobre la salud.
- Las políticas de contención de costes.

Los modelos de provisión de servicios de salud cambiarán, sin duda, si los responsables fueran consecuentes con una visión informada de las Variaciones en la Práctica Médica, entendiendo por estas, todas las actividades de la asistencia sanitaria, y no solo las que estrictamente podrían ser comprendidas y evaluadas como prácticas médicas.

2. *El desarrollo de la investigación de resultados*. La MBE pone el énfasis en la investigación de resultados (*outcomes*) con el objetivo de reducir incertidumbres, explicar las VPM aparentemente arbitrarias y mejorar la efectividad de la práctica clínica y la eficiencia del sistema sanitario cuyo principal objetivo es medir la efectividad del sistema sanitario.
3. La participación de los ciudadanos y la sociedad en la política sanitaria, tanto a *nivel macro* (decisiones sobre prioridades y prestaciones) como a *nivel micro* (asignación de recursos) cada vez que sus médicos diagnostican, prescriben un medicamento o indican un procedimiento).

De aquí que la definición de los valores que impregnan la reorientación de los servicios de salud hacia una cultura de calidad de la atención sanitaria y de las buena práctica de sus profesionales se puede definir en torno a estas tres líneas de desarrollo:

1. Una atención sanitaria centrada en el paciente

Este es el debate actual ¿Cómo hacer efectiva la participación y capacitar a los consumidores (pacientes y ciudadanos) frente a los proveedores. Una de las estrategias identificadas es promover la autonomía de los ciudadanos mediante las posibilidades de elección y el respeto a las preferencias informadas del paciente (o consumidor).

Se trata de un giro cultural e ideológico en la práctica clínica de una importancia crucial, que podemos llamar *democratizar las decisiones clínicas*. Pero esto, como bien sabemos, no parece tarea fácil.

Hasta qué punto el médico procura entender las utilidades y las preferencias del paciente y cómo le influye esta información en sus elecciones clínicas es una cuestión no resuelta y de un equilibrio complicado. Si se ha avanzado algo en la capacidad de elección de centro y proveedor, las preferencias de los pacientes en la toma de decisiones clínicas es un asunto pendiente.

El médico está influenciado por sus propios *conocimientos, realidades y mitos* sobre qué *resultados son óptimos y deseables* para cada caso clínico.

Los pacientes y sus familiares también han constatado, en su propio lenguaje la existencia de diferencias entre “aparentemente” similares situaciones y síntomas de la práctica clínica y uso apropiado de tecnología sanitarios. La sociedad y los científicos sociales lo expresan en términos de desigualdades en la asignación, acceso a los recursos y de uso efectivo de los derechos de los ciudadanos ante la salud y la atención sanitaria.

En relación a la *elección informada*, los pacientes y la sociedad “lega” en la materia de la medicina y su práctica, que no cuentan con la accesibilidad a las fuentes de la MBE, no le resulta fácil discernir entre la *ignorancia y la incertidumbre* de los profesionales y de la medicina. Su función objetiva tras la intervención sanitaria es la ganancia en bienestar físico y emocional. Es exigir demasiado, hoy por hoy, con los niveles de información clínica de que disponen, que puedan valorar y discernir entre lo “*adecuado o inadecuado*” en términos de necesidad y preferencia de un procedimiento clínico. Cuanto más nos aproximemos a la llamada *elección racional* y a mayor información, el uso de una segunda opinión se verá fortalecido.

2. Una atención sanitaria orientada a los resultados en salud

El objetivo de las políticas sanitarias debería ser no tanto extender la vida sino mejorar la calidad de vida. “*conseguir una vida digna de ser vivida, en términos físicos, psicológicos y sociales*”. Este objetivo se expresa “hoy” como ganancia en salud (percepción y expectativas de salud), no dependencia social y más calidad de vida. (McPherson, 1997).

La relación entre la evidencia clínica y la realidad de la práctica clínica es complicada. Los objetivos de la primera se basan en dar la mejor respuesta clínica a determinadas circunstancias, mientras que los de la segunda, son responder a un determinado paciente.

Entonces, los intentos para responder si la práctica clínica está basada en la evidencia debería incluir, al menos, algunas medidas de resultados sobre cómo la evidencia obtenida se ha individualizado para reflejar las preferencias y necesidades del paciente.

Esto puede ser objetivable si se incorpora a la priorización las preferencias del paciente en los árboles de decisión clínica, es decir, incorporar el llamado *tratamiento preferente* considerado como tal por el paciente o por ambos, clínico y paciente.

3. Una atención sanitaria más efectiva y más eficiente

La interiorización del coste de oportunidad de las actuaciones (el beneficio de lo que se deja sin hacer en la mejor alternativa posible). Siguiendo a Ortún, el concepto de eficiencia más pertinente para la gestión de organizaciones sanitarias y para la gestión clínica es el de eficiencia gestora —técnica y productiva— en un determinado contexto sanitario: abordar al mínimo coste social de un problema de salud manteniendo la calidad constante o maximizando los resultados en cantidad y calidad de vida con unos recursos determinados.

En el marco de este debate la VI edición del Seminario de Gestión Sanitaria que organiza la Escuela Andaluza de Salud Pública en colaboración con Merck, Sharp & Dohme, se centró en *los retos directivos ante la gestión de la efectividad*.

Durante dos días intensivos de trabajo —11 y 12 noviembre de 1.999— en los que participaron casi un centenar de profesionales, gestores y expertos, se trasladaron en formato de conferencias, mesas redondas y talleres, la agenda de temas clave para gestionar la efectividad en los centros sanitarios y las prácticas clínicas, refiriendo el impacto entre los proveedores, gestores, clínicos y pacientes y buscando escenarios de compromisos entre clínicos y directivos.

En este documento técnico se presentan las ponencias y debates más relevantes sobre el tema. La conferencia inaugural la imparte Vicente Ortún que nos hace un recorrido sobre las posibilidades y limitaciones de la MBE para la gestión sanitaria. A continuación Bernad Crumb nos relata una experiencia interesante en el NHS sobre cómo introducir la evidencia clínica en la gestión de servicios sanitarios. El ponente señala que en la última década en el Reino Unido han vivido un cambio cultural basado en el uso de la evidencia científica como tecnología apropiada a la toma de decisiones. Esto ha empezado a tener impacto entre los gestores y clínicos y esta transformación ha tenido repercusión en las prácticas clínicas de atención primaria obteniendo beneficios para el paciente. Han sido necesarias la introducción de sistemas de acreditación de profesionales y evaluación del desempeño clínico, a través de estrategias de valoración por iguales, y la creación de instituciones y grupos de asesores como el Center For Best Practice (CBP), grupo de apoyo para la realización de auditoría y diseño de intervenciones para mejorar la calidad; el Instituto Nacional para la Excelencia Clínica (NICE) y la Comisión para mejorar la salud (CHI). En su opinión el ritmo se ha ido intensificando y las nuevas generaciones habrán interiorizado el uso de la evidencia en la práctica profesional como una práctica habitual.

Se programaron seis talleres interactivos sobre temas de actualidad: medicina basada en la evidencia y gestión sanitaria; uso apropiado de procedimientos; gestión de la efectividad y gestión clínica; compras de servicios efectivos; modelos de organización para la mejora de la efectividad, gestión de organizaciones profesionales descentralizadas, entre otros temas.

Rafael Bravo Toledo expone las herramientas que el movimiento de la MBS aporta a los clínicos. Define la *gestión del conocimiento* como la gestión de la información interna, externa y corporativa que necesita la organización para alcanzar sus objetivos.

Pablo Lázaro y De Mercado desarrolló el tema de *Uso apropiado de procedimientos médicos: el método del uso apropiado*, pone el énfasis en la necesidad de elaborar progresivamente unos estándares que sirvan de herramienta a médicos, gestores y financiadores sanitarios, para tomar decisiones acerca de qué procedimientos utilizar en cada caso y disminuir la posibilidad de hacer uso inadecuado de los mismos.

Javier García Alegría y Juan José Pérez Lázaro plantean la estrategias de la gestión clínica y mejora de la eficacia, entendida como los beneficios obtenidos en condiciones ideales, y la efectividad, como los beneficios obtenidos en condiciones reales de aplicación.

Lluís Nualart i Berbel, Joan M. Carbonell i Riera, del Grup Sagessa de Reus, y José Martínez Olmos, profesor de la EASP, plantean una reflexión obligada sobre los modelos de atención interniveles (coordinación entre niveles) a partir del consenso y la evidencia científica con especial atención a los resultados en atención de salud (resultados obtenidos en la atención de un paciente). Martínez Olmos argumenta que, las posibilidades preventivas, diagnósticas, terapéuticas y rehabilitadoras que las nuevas tecnologías y los avances científicos ponen a disposición de servicios sanitarios y de sus profesionales, rompen las actuales fronteras y criterios de delimitación de los niveles asistenciales y sus actuales capacidades de actuación. Las nuevas tecnologías de comunicación abren nuevos espacios y nuevos escenarios para la interrelación de los profesionales en beneficio de los pacientes.

Desde el Group Sagessa se plantea como estrategia los Planes de Acción Interniveles (PAI) que tienen como objetivos, la continuidad asistencial, la colaboración activa de los profesionales en la gestión clínica, la mejora de la efectividad de la práctica clínica y el incremento de la eficiencia del sistema.

Salvador Peiró plantea el tema de *compra de servicios basada en la evidencia* y nos propone en el marco de la Investigación de Servicios de Salud (ISS), diseños de investigación adecuados para la evaluación de tecnologías y proveedores y técnicas para la evaluación de tecnologías y proveedores: según los niveles de decisión. Se trata de evitar la incorporación de tecnologías ineficaces o menos eficientes que otras, de seleccionar productos de la cartera de servicios en función de su relación coste-efectividad, y de evitar efectos adversos de determinados sistemas de pago, de reducir utilización inadecuada.

El Ilmo Sr. D. Rafael Matesanz Acedos en la conferencia de clausura sobre estrategias de gestión en organizaciones sanitarias, señala como un paso importante en el objetivo de transferir autonomía de gestión y participación de los profesionales, la introducción de las áreas clínicas funcionales constituye un paso estratégico fundamental. Las áreas clínicas las define como una fórmula organizativa, que se estructura en base a procesos clínicos, con participación e implicación de los profesionales y gestores, cesión de riesgo y cumplimentación de sistemas de información como elemento de evaluación coste, efectividad y calidad.

Se enunciaron las siguientes propuestas y estrategias :

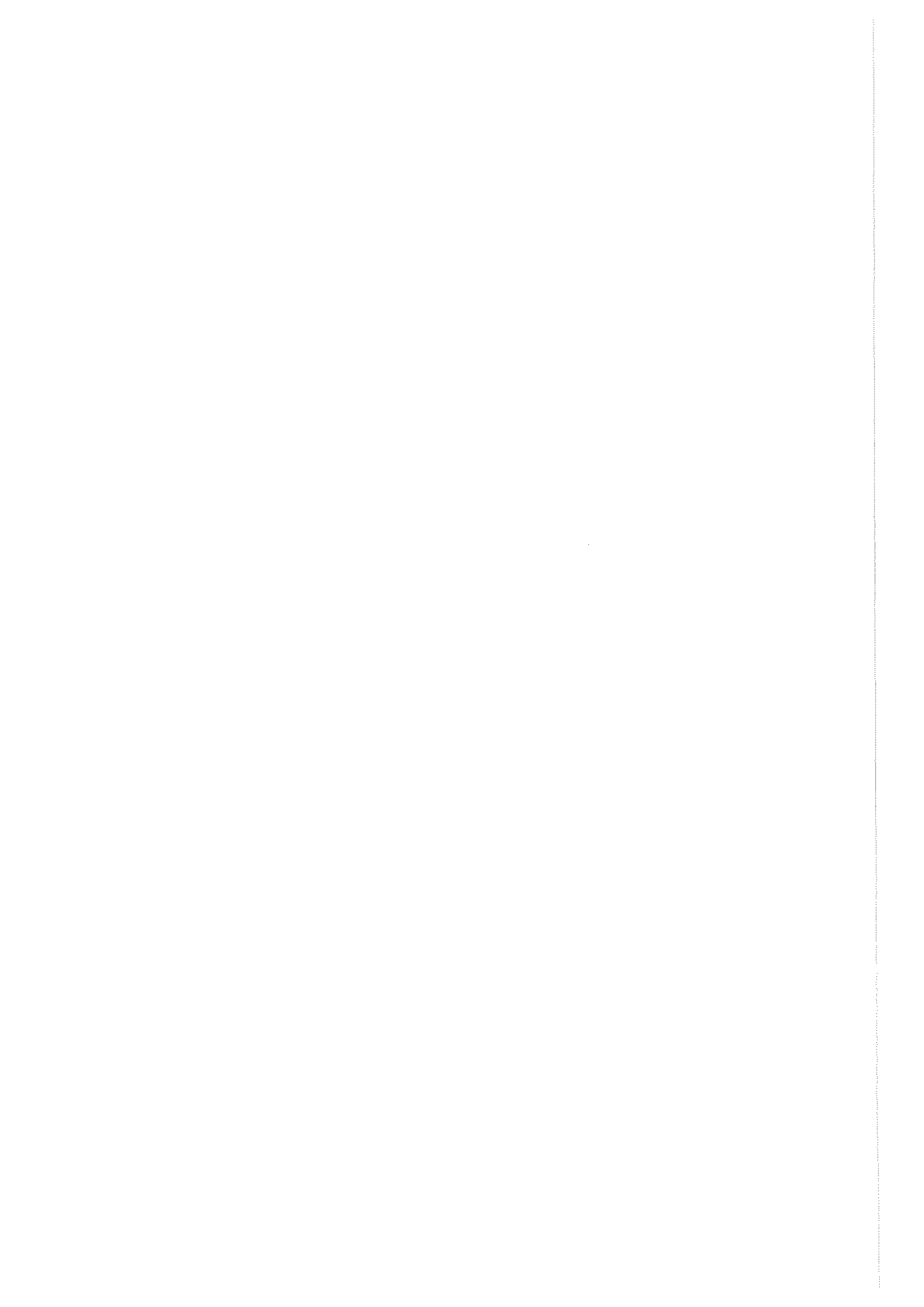
- Orientar el liderazgo y la gestión de los centros hacia los resultados clínicos.
- Potenciar escenarios de compromisos entre gestores y clínicos.
- Fortalecer liderazgos orientados a la gestión del cambio e incorporación de innovaciones.
- Desarrollar entre los directivos la sensibilidad y la formación en la gestión basada en la evidencia.
- Dotar a los médicos como decisores clave del sistema sanitario *la información e infraestructura precisa para efectuar la decisiones clínicas de forma coste-efectiva.*
- Introducir estrategias de motivación para involucrar al mayor número de profesionales para que adopten en su práctica habitual los nuevos criterios y valores de la práctica.
- Incorporar medidas de efectividad en los acuerdos de gestión clínica.
- Introducir modelos de gestión de centros con mayores niveles de autonomía de gestión y flexibilidad.
- Definir sistemas de acreditación y evaluación del desempeño clínico y profesional. Aumentar la retroalimentación sobre el rendimiento del individuo. Establecer incentivos relacionados con efectividad requieren una buena medida del desempeño. Identificar incentivos que faciliten la incorporación de innovaciones.
- Proporcionar información diagnóstica y pronóstica al paciente pasa por tener sistemas de información que den respuesta a las preguntas lógicas: *qué problemas tienen los pacientes, cómo se les solucionan, qué medios se utilizan, y qué resultados se obtienen;* es decir, aportar la información básica y clave para poder hablar de decisiones informadas.

Olga Solas Gaspar
Fernando Silió Villamil

Coordinadores del Seminario
Escuela Andaluza de Salud Pública

Inauguración del Seminario

CARMEN MARTÍNEZ AGUAYO
*Directora Gerente del Servicio Andaluz de Salud (SAS)
Junta de Andalucía*



INAUGURACIÓN DEL SEMINARIO

Les saludo muy cordialmente en nombre de la directora gerente del Servicio Andaluz de Salud, que me ha pedido ayer mismo que les ruegue disculpen su ausencia a este acto inaugural al que, Dios sabe, le hubiera gustado estar; pero un asunto de última hora inaplazable se lo ha impedido. En cualquier caso es para mi un motivo enorme de satisfacción el participar con todos ustedes en el inicio de este 6º Seminario acerca del papel de los directivos y del conjunto de los profesionales que trabajan en las organizaciones sanitarias en el funcionamiento efectivo y adecuado de los servicios de acuerdo a las necesidades y demandas de los ciudadanos.

Durante los últimos años en casi todos los países desarrollados se han generado iniciativas de revisión y reforma de los servicios sanitarios, fundamentadas en el control del crecimiento de sus costes y la optimización del aprovechamiento de los recursos existentes; todo esto garantizando, al mismo tiempo, un alto grado de calidad asistencial y acceso equitativo y solidario a los mismos por parte de toda la población, especialmente de las personas que presentan situaciones socio sanitarias más desfavorecidas.

Los cambios demográficos con una clara tendencia a la inversión de las pirámides de población, el constante desarrollo de la oferta tecnológica, el incremento de las expectativas y necesidades de la población respecto a los cuidados sanitarios, así como un cambio paralelo del modelo de conducta y la práctica clínica de los modelos sanitarios, son algunos de los factores de peso que explican los procesos de reorientación que se están produciendo en los sistemas sanitarios.

En este tiempo numerosos estudios y trabajos muestran que existe un amplio margen de mejora en la calidad de la asistencia sanitaria que se presta, medida en términos de efectividad, de eficiencia, de adecuación en la utilización de los servicios y procedimientos clínicos, y de satisfacción de los usuarios.

A la vez, la reciente introducción de instrumentos de gestión de los procesos asistenciales tales como los contratos programa, las guías de práctica clínica, o los protocolos basados en la evidencia, entre otros, que aprovechan la disponibilidad de modernos sistemas de información sanitaria y comunicación, han permitido alcanzar resultados significativamente favorables en comparación con las prácticas clínicas que pudiéramos denominar tradicionales.

La cuestión clave que se plantea es como motivar e involucrar al mayor número de profesionales para que adopten en su práctica diaria los nuevos criterios, el nuevo modelo de gestión clínica que está orientando los cambios diseñados en las organizaciones sanitarias.

En Andalucía, como todos ustedes conocen, la Consejería de Salud ha establecido las prioridades para que el Sistema Sanitario Andaluz y el Servicio Andaluz de Salud, elabore su plan estratégico en cuya redacción participaron más de 350 profesionales, entre

clínicos y gestores. Éstos han plasmado las líneas y objetivos de modernización y mejora del sistema sanitario público de Andalucía para los próximos años, contenidos en 22 grandes objetivos y 40 medidas concretas que puedan ser monitorizadas y que permitan cuantificar su grado de consecución.

Este plan, elaborado desde la triple perspectiva del análisis de los sistemas sanitarios europeos, contando con la situación de partida de la propia organización sanitaria Andaluza, y desde nuestra posición de valores políticos sociales y sanitarios, hace una fuerte apuesta en cuatro grandes direcciones.

En primer lugar, el reconocimiento de que el derecho a la salud de los ciudadanos debe ser el centro del sistema y, por lo tanto, debe articularse su capacidad de elección efectiva, su derecho de información, así como su participación e influencia real en el funcionamiento de los servicios.

En segundo lugar, el reconocimiento del papel primordial que tienen los profesionales potenciando su implicación en la organización y gestión de los centros y unidades, con mayores niveles de autonomía y flexibilidad en su forma de organización, y en el uso racional de todos los recursos necesarios para una buena práctica clínica contrastada.

En tercer lugar, la reorientación de las decisiones y la organización de la gestión y dirección de los centros, de manera que cualquier medida se tome bajo el criterio principal de que repercute positivamente en la relación entre el profesional y el usuario.

En cuarto lugar, el establecimiento de un marco regulador que asegure la orientación de los servicios hacia la mejora de la salud, priorice la eficiencia global sobre la meramente económica, favorezca la discriminación positiva de los colectivos más desfavorecidos y busque la equidad y la solidaridad como instrumentos de cohesión social.

Del conjunto de estas medidas, quisiera destacar la introducción de una mayor diversidad, flexibilidad y descentralización en la organización interna de los hospitales y de los centros de salud, mediante la creación de las unidades clínicas de las cuales ya se encuentran acreditadas 200 en atención primaria y 25 en hospitales.

Partiendo del reconocimiento trascendente del papel que juegan los profesionales sanitarios como protagonistas de los procesos de atención y de relación con los usuarios, a la vez que principales administradores de los recursos, y tratando de responder eficazmente a las necesidades y preferencias de los ciudadanos, se trata de configurar lugares de trabajo en los que los profesionales, médicos y enfermeras, gocen de mayor autonomía y responsabilidad para organizar sus actividades. De este modo las decisiones que tomen serán las que mayor impacto puedan tener sobre la mejora de la calidad de los servicios y sobre la optimización de los recursos disponibles.

Todas las unidades de diagnóstico que se están creando (clínicas, enfermería, consultas externas, etc.) se relacionan con las direcciones del centro a través de acuerdos en

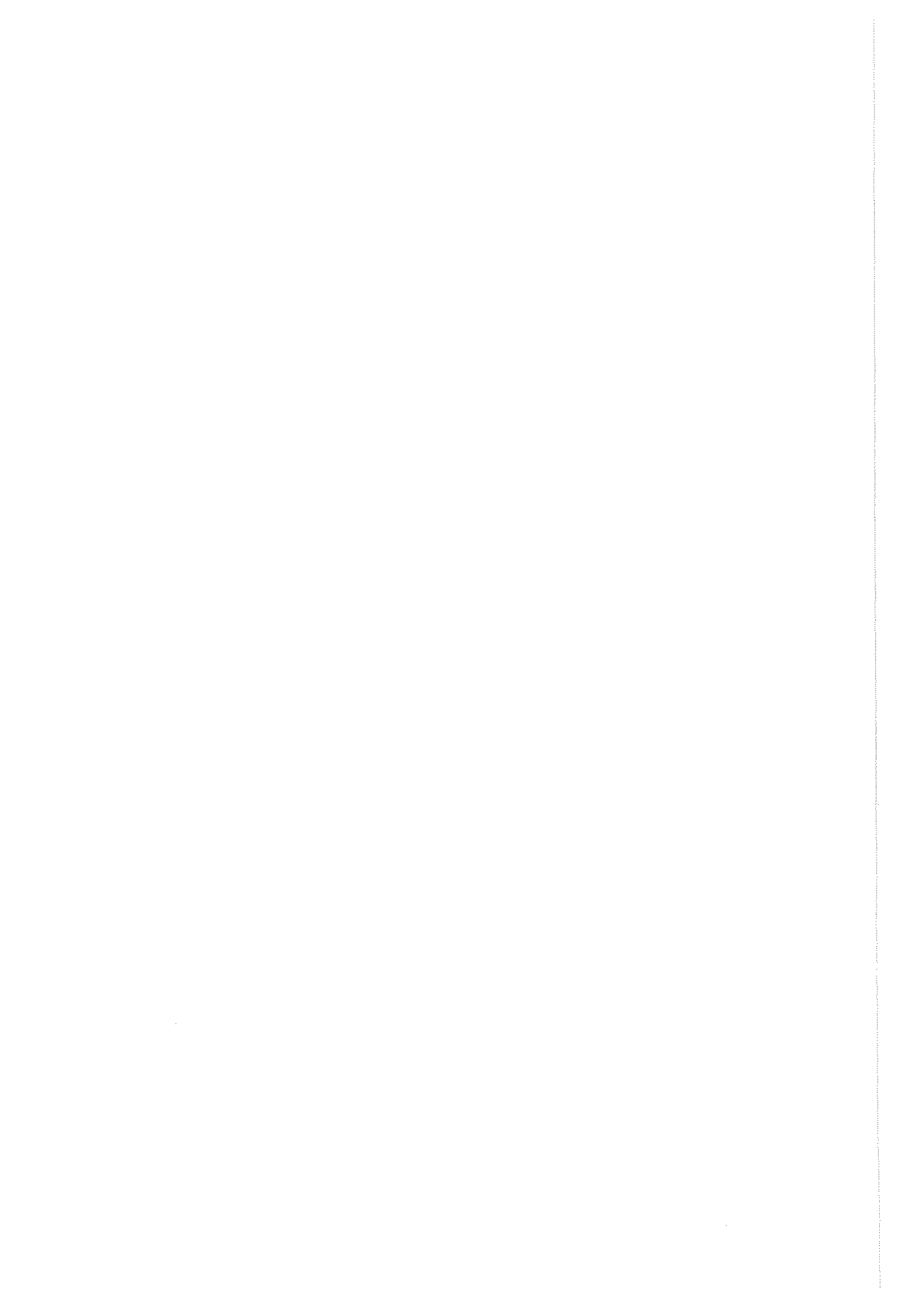
los que se recogen criterios de asignación y utilización de recursos, volumen y cualificación de las actividades, objetivos y condiciones asistenciales, sistemas de evaluación de la calidad, así como incentivos en virtud de los resultados obtenidos.

Deseo transmitirles el convencimiento de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía que represento, de que este proyecto no solamente supondrá cambios paulatinos en la organización y funcionamiento tradicional de los servicios clínicos, con un incremento de la capacidad de decisión de los profesionales, si no que también implicará cambios culturales importantes que afectarán globalmente a los centros sanitarios y a su relación con los usuarios, que los percibirán más personalizados, accesibles y eficaces.

Conseguir las metas propuestas depende de todos, pero muy especialmente del papel que jueguen los directivos de la organización y los responsables de los servicios, en la medida en que sean capaces de explicar y contagiar con mayor entusiasmo al conjunto de los profesionales de que sus proyectos pasan por su implicación en la ordenación y gestión de los recursos de los que disponen. Y que hagan creíbles, con medidas palpables, que los ciudadanos son realmente los auténticos protagonistas de esta empresa de prestación de servicios personales y, por tanto, ellos deben gozar de capacidad de elección, derecho de información y de espacios para su participación real en la gestión.

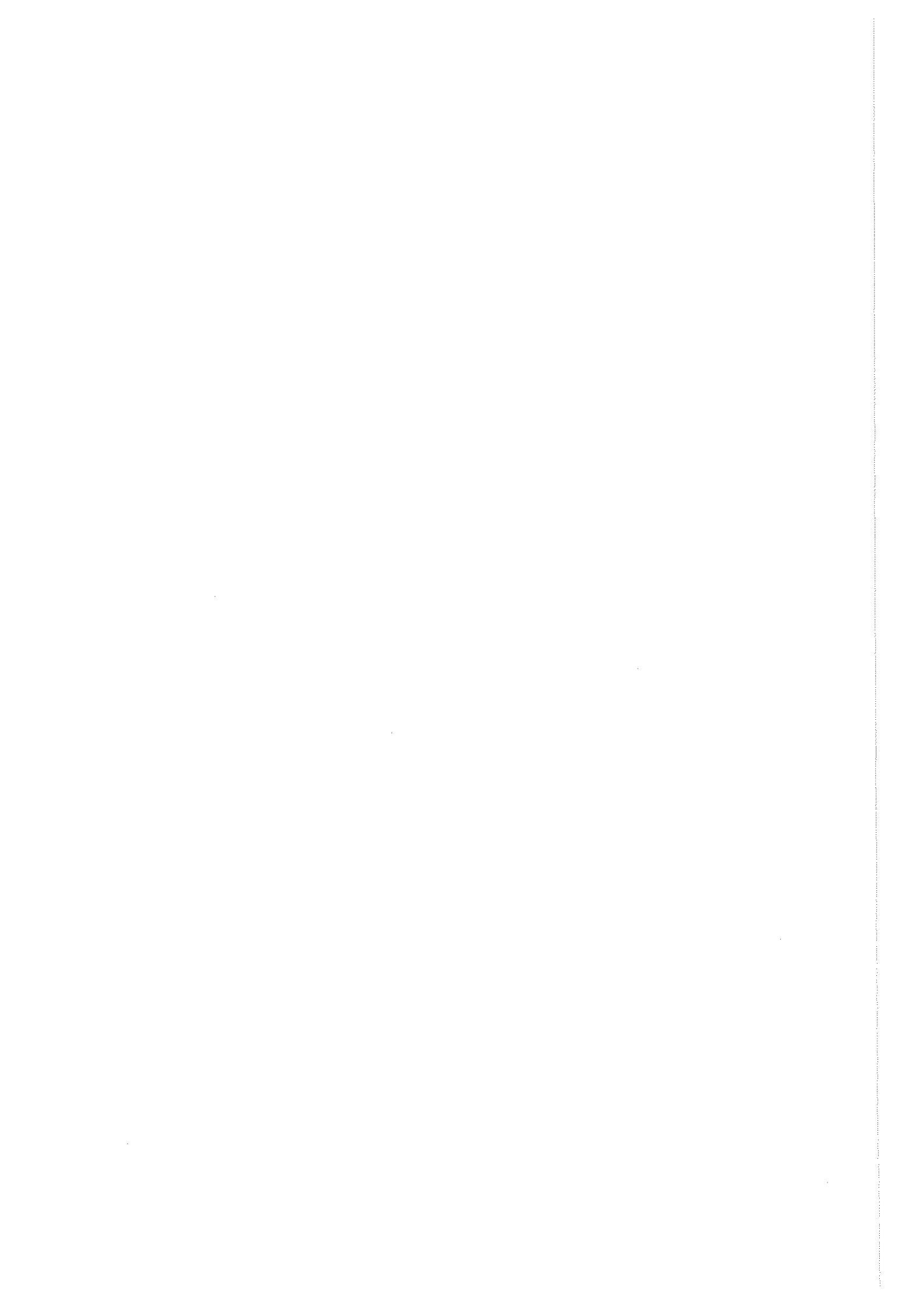
Solamente me resta desearles que estas horas de trabajo en nuestra Escuela Andaluza de Salud Pública, sean fructíferas y gratificantes. En nombre de la Directora Gerente del Servicio Andaluz de Salud declaro inaugurado este 6º Seminario "Los retos directivos ante la gestión de la efectividad". Muchas gracias por su atención.

Carmen Martínez Aguayo
Directora Gerente del Servicio Andaluz de Salud



*Medicina basada
en la evidencia:
posibilidades y limitaciones
para la gestión sanitaria*

VICENTE ORTÚN RUBIO
*Profesor de Economía
Universidad Pompeu i Fabra
Barcelona*



MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA: POSIBILIDADES Y LIMITACIONES PARA LA GESTIÓN SANITARIA

I. ¿QUÉ ES GESTIÓN SANITARIA?

A. Los tres ámbitos de la gestión en sanidad: macro, meso y micro

Gestionar supone coordinar y motivar a las personas de una organización —cultural, deportiva, económica— para conseguir las finalidades de ésta. En sanidad pueden distinguirse tres tipos de gestión: la gestión sanitaria macro, o política sanitaria, la gestión sanitaria meso, o gestión de centros, y la gestión sanitaria micro, o gestión clínica¹.

La macrogestión sanitaria, o política sanitaria, consiste en la intervención del Estado para aumentar la equidad y corregir disfunciones del mercado. Esta corrección de disfunciones implica abordar las externalidades, regular los monopolios, y corregir la información imperfecta teniendo en cuenta cómo tales disfunciones se afectan por el cambio tecnológico. La política sanitaria se expresa a través de las formas que adopta la financiación y regulación de servicios sanitarios y la regulación de otros aspectos relacionados con la salud (alimentación, medio ambiente, trabajo, estilos de vida...). Existen distintas opiniones sobre el alcance de la política sanitaria en función de cuál se crea ha de ser la función del Estado².

La política sanitaria tiene como objetivo confesable el de mejorar el estado de salud de la población y garantizar la satisfacción de los votantes con los servicios sanitarios empleando unos recursos comparables a los de los países de referencia geográfica y económica.

Las disciplinas de la salud pública, articuladas por el método epidemiológico, constituyen el soporte disciplinar de la macrogestión sanitaria. El método epidemiológico no es sino una adaptación, más conceptual (riesgo relativo, exposición, riesgo atribuible poblacional...) que instrumental, del método científico a los problemas de salud.

La mesogestión sanitaria, o gestión de centros, se realiza a través de la coordinación y motivación de los integrantes de un centro de salud, un hospital, una aseguradora, un mayorista farmacéutico... en un entorno muy regulado. La gestión de centros tiene su

1 Tomado de Ortún V. ¿Conocimiento para gestionar? *Gest Clin San* 1999; 1: 5-6.

2 En el "World Health Report" 1999, de la OMS (ya bajo la dirección de H Brundtland), se habla claramente de "un nuevo universalismo que reconoce los límites de los gobiernos, pero retiene la responsabilidad de los gobiernos para la dirección y financiación de los servicios sanitarios. Este nuevo universalismo da la bienvenida a la diversidad y, sometido a directrices, a la competencia en la producción de servicios. Al mismo tiempo reconoce que los servicios deben ser prestados para todos pero no todos pueden ser prestados".

apoyo disciplinar en las ciencias de la gestión y hace relativamente pocos años la gestión sanitaria se identificaba con aspectos relativamente accesorios de la gestión de hospitales como las finanzas y el marketing. El contenido de la gestión de centros ha ido cambiando en la medida que se ha evidenciado cada vez más el parecido entre la gestión sanitaria y el diseño de un nuevo modelo de avión. En efecto, el mejor diseño de un avión no se obtiene solamente a través de la suma de los mejores diseños de sus diversos componentes (motor, fuselaje, mobiliario...) ya que son múltiples las interdependencias y muy fuerte la necesidad de coordinar diseños.

De igual manera la calidad de la gestión sanitaria no se garantiza mediante la suma de las calidades de los centros componentes: el que la tasa de complicaciones en enfermos diabéticos sea el doble en EEUU que en el Reino Unido, el que se produzcan importantes diferencias de supervivencia en cáncer de mama a los cinco años del diagnóstico, el que oscilen ampliamente las prevalencias tabáquicas o las tasas de resistencias bacterianas y —en suma— el que, incluso, la mortalidad señale tremendas diferencias entre personas y países, apunta claramente a que la capacidad resolutoria de un sistema sanitario está claramente relacionada con, primero, el grado en que su política sanitaria tenga atisbos de racionalidad (resulta ilusorio pretender que la racionalidad sea el criterio único de la política sanitaria) y, segundo, con el grado de articulación entre niveles asistenciales.

La mejora en la gestión de los centros sanitarios requiere, cómo el cubrir tres por tres puntos en disposición cuadrada mediante línea quebrada sin levantar el lápiz del papel ni cambiar de sentido, desbordar las paredes (los bordes del cuadrado) de los centros: Pensar en curar algunas veces, ayudar a menudo, y consolar siempre donde sea.

La microgestión sanitaria, o gestión clínica, parte de la constatación de que los profesionales sanitarios (los clínicos fundamentalmente) asignan el 70% de los recursos sanitarios en sus decisiones, diagnósticas y terapéuticas, realizadas en condiciones de incertidumbre en una tarea que supone coordinar recursos y motivar personas. La gestión clínica pretende restaurar los niveles de salud de los pacientes, en la medida de lo posible, mediante acciones que conciernen a pacientes individuales o a grupos de pacientes (agrupados por una patología o procedimiento comunes, por la unidad de asistencia...). Las decisiones directas sobre cada persona las adopta el médico, la enfermera... trabajando por separado o en equipo, y las decisiones que afectan a grupos de pacientes las toman principalmente los responsables asistenciales.

La disciplina fundamental de la gestión clínica es la medicina. La estrategia motivadora básica de la gestión clínica pasa por el fomento de la escepticismo, a través de la constatación de variaciones en la práctica, aparentemente arbitrarias, que estimulen la preocupación por la efectividad, la medida del impacto sanitario y la adecuación de los servicios.

Los tres ámbitos de la gestión sanitaria están estrechamente relacionados entre sí: la gestión macro condiciona la micro por la regulación de la oferta, en Europa, o por el mercado, en EEUU; la gestión macro condiciona la meso según lo que se decide comprar o presupuestar; la gestión micro influye la macro por el 70% de recursos que asigna; la gestión meso influye la macro por consorcios, patronales, corporaciones profesionales, grupos de interés y asociaciones con preferencias ideológicas “intensas”.

B. La gestión pública nunca será como la gestión privada

Curiosamente las peculiaridades más importantes de la gestión sanitaria se manifiestan como expresiones de ciertas limitaciones de la gestión pública. La gestión pública suele ser, en bastantes ocasiones, la respuesta social más conveniente a las características de la salud y los servicios sanitarios.

Estas peculiaridades quedan reflejadas en una realidad institucional —prevaliente en los países más desarrollados del mundo— de una financiación pública establecida con el objetivo de que los servicios sanitarios se presten según necesidad para:

- Conseguir niveles de salud y de satisfacción que sin los mismos no se hubieran obtenido.
- Corregir fallos de mercado (información asimétrica, incertidumbre, y externalidades).
- Mejorar la equidad social en relación a la alternativa de no intervención del Estado.

La gestión pública, aunque substantivamente gestión, debe desenvolverse con unas limitaciones impuestas por la responsabilidad fiduciaria que constituye la contrapartida a la excepcionalidad del Estado como organización. En una organización privada, tanto la pertenencia a la organización como la distribución entre las partes de obligaciones y derechos resultan de arreglos contractuales (voluntarios en principio). En el Estado, en cambio, los ciudadanos pertenecen obligatoriamente a la organización que tiene poderes de coacción ejercitables sin aquiescencia individual. Ello obliga al Estado a un comportamiento fiduciario que impone una serie de limitaciones, convenientes algunas, mitigables otras, bien por la investigación bien por la acción. Véase el Cuadro 1.

La gestión privada tiene un juez irrecusable pero insuficiente: la cuenta de resultados. La gestión pública tiene muchos jueces y ninguno si falla la democracia y reina la opacidad.

II. ¿QUÉ ES LA MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA?

La Medicina basada en la evidencia (MBE)³ se ha definido como la integración de la experiencia personal con la mejor demostración externa disponible y procedente de la investigación sistemática. Supone, por tanto, la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia científica (comprobada, verificada por tanto) disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de la salud de cada paciente⁴. Se centra, pues, en el beneficio individual y posee beneficios y limitaciones. Ver Cuadro 2.

3 Este epígrafe está tomado de Meneu R, Ortún V, Peiró S. Medicina basada en la evidencia. Posibilidades y limitaciones para la compra de servicios. En G López (dir): *La contratación de servicios sanitarios*. Barcelona: Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalidad de Cataluña, 1999, p 191-214.

4 Sobre MBE pueden consultarse los dos suplementos que *Medicina Clínica* dedica en 1999 al tema, dirigidos por J Gol y J del Llano, así como la edición española del *JAMA* 1997 sobre MBE.

Cuadro 1
Limitaciones a la gestión pública

- Visibilidad y transparencia que produce la reacción paradójica de secretismo en el proceso decisional, secretismo no siempre justificado por la relevancia estratégica del asunto abordado o por razones de respeto a la confidencialidad de los datos empleados.
- Control jurisdiccional constante.
- Alternancia de gobiernos que hace más difícil contraer compromisos a largo plazo y que constituye un reflejo tanto de la heterogeneidad de preferencias de los principales (ciudadanos para los políticos, políticos para los organismos públicos...) como de su inconsistencia temporal. En una empresa privada los propietarios exhiben preferencias consistentes y este problema no se presenta.
- Garantismo (más que legalismo) para impedir abusos de autoridad y vulneración de derechos individuales. La preocupación por la profilaxis de la arbitrariedad niega la discrecionalidad (o sea la posibilidad de desplazarse por una isocuanta).
- Procedimentalismo burocrático que garantice la igualdad de trato (dado que no existe la opción salida para los individuos) con todas las ventajas e inconvenientes de la burocracia.
- Múltiples objetivos, impacto en el bienestar desconocido, rendimiento difícil de apreciar por los problemas de definición y medida de la actividad de la administración.
- Dificultad de establecer mecanismos de competencia por comparación. Si, por ejemplo, sólo existe una Agencia Tributaria no caben los patrones externos ("*benchmarking*") pero sí mecanismos de torneo en el seno de la propia agencia: Rendimiento de unidades comparables ajustado por las variables exógenas que las unidades no controlan (renta, tamaño poblacional...).

Cuadro 2
Beneficios y limitaciones de la MBE

Beneficios

1. Marca como objetivo la integración de la experiencia clínica individual con la mejor evidencia externa (procedente de revisiones sistemáticas de investigaciones clínicas, disponible fundamentalmente en ensayos clínicos).
2. Tiene en cuenta las preferencias del paciente informado.
3. Fomenta y organiza el autoaprendizaje.
4. Transforma las necesidades de investigación en preguntas de investigación contestables.
5. Evalúa la solidez de la evidencia con la respuesta a dichas preguntas.
6. Valora críticamente la validez (acercarnos a la mayor veracidad) y la utilidad (aplicabilidad clínica) de la evidencia.
7. Pone énfasis en la evaluación de actuaciones clínicas.
8. Eleva la autonomía individual del médico ante el juicio de las fuentes, lo que conlleva a resaltar el papel de la libertad clínica.
9. Enfatiza el plano individual del comportamiento bioético: beneficiencia y no maleficencia.

Limitaciones

1. Pérdida relativa de posición del pensamiento fisiopatológico de la práctica clínica.
2. Minusvaloración de la experiencia, el instinto, lo que la medicina tiene de arte y oficio.
3. Falta de tiempo, habilidades y medios para revisar y valorar críticamente la evidencia de forma cuidadosa, especialmente en el contexto de la atención primaria.
4. Falta de una clara definición de lo que significa efectividad y qué efectividad debe ser considerada.
5. Minusvaloración de las consecuencias de la MBE más allá de la práctica clínica: distribución de recursos, política sanitaria y gestión clínica.
6. Riesgo de caer en el fundamentalismo metodológico.
7. Pérdida del balance adecuado entre las decisiones coste-efectivas y las decisiones basadas en la MBE.
8. Agravamiento de la disputa entre economistas, gestores y médicos.
9. Relegación a un segundo plano el comportamiento bioético de la justicia distributiva y de la eficiencia.

A. La gestación de la MBE

1. Concepto

Con el lema “Medicina basada en la evidencia” no se quiere significar tanto que exista o haya existido una medicina no basada en la evidencia; simplemente se trata de un término que ha hecho fortuna por destacar el creciente énfasis en la investigación de resultados (*outcomes*) con los objetivos de reducir incertidumbres, explicar variaciones en la práctica médica aparentemente arbitrarias y mejorar la efectividad de la práctica clínica y la eficiencia del sistema sanitario. La panoplia de instrumentos MBE puede presentarse bajo distintos envoltorios: la revisión y difusión de ensayos clínicos (Bonfill X, 1996), la investigación en servicios salud (Peiró S, Meneu R, 1995), el análisis de decisiones (Eddy D, 1996), la gestión de la utilización (Peiró S, Meneu R, 1997), la evaluación de tecnologías (Jovell A, Navarro-Rubio M, 1995) e, incluso, las políticas de calidad total (Romeo JM, Ruiz P, 1994).

2. Factores previos

El creciente éxito de la MBE se sustenta en 4 factores previos, con relaciones entre sí: a) La conciencia de amplias variaciones en la práctica médica (VPM), no explicables por diferencias en la morbilidad de las poblaciones; b) La preocupación por la efectividad de las prácticas médicas, que aumenta en presencia de una fortísima innovación tecnológica (en productos, no en procesos) que, sin embargo, tiene un impacto decreciente sobre la salud; c) Las políticas de contención de costes; y d) La mayor facilidad para acceder a la información.

Respecto al primero de estos factores, los estudios sobre VPM (Wennberg J, 1996) han mostrado la presencia de variaciones aparentemente arbitrarias en la forma de practicar la medicina entre países, regiones, áreas pequeñas y grupos poblacionales, propiciando la aparición de lo que Skrabanek denominó *escepticismo*. En lo esencial, es una quiebra en la creencia de que los sanitarios aplican de manera uniforme un tratamiento inequívocamente adecuado —científico— a cada problema de salud. En ausencia de explicaciones plausibles por el lado de la demanda (morbilidad, accesibilidad o preferencias de los pacientes), la constatación de VPM plantea importantes dudas sobre la indicación de determinadas intervenciones y sobre los resultados para los pacientes en función del uso de una u otra práctica posible. Esto lleva directamente a preguntarse por la evidencia que sostiene cada estilo de práctica y —en situaciones de incertidumbre— a cuestionar la legitimidad de la aplicación de las valoraciones subjetivas de los profesionales a despecho de la evidencia disponible o las preferencias de los pacientes (Marión J et al, 1998).

En nuestro país diversos investigadores han empezado a documentar VPM utilizando, por ejemplo, la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria o los registros del Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria (Jané E et al, 1996) con resultados muy ilustrativos. En uno de estos estudios se mostraba que la probabilidad de haber sido intervenido de cataratas a los 85 años se situaba en torno al 8% en un área de salud, mientras que en otra no alcanzaba el 1%. Las áreas con mayor oferta de recursos oftalmológicos, con relación a su población, mostraban tasas mayores de intervenciones, pero también mayor

lista de espera por 10.000 habitantes, sugiriendo que donde hay más recursos disponibles se indican más intervenciones de cataratas. En otro estudio reciente sobre pruebas analíticas en Murcia, Hugué Ballester (1998) encuentra amplias variaciones en las tasas de peticiones de algunas pruebas entre zonas de salud: la VSG variaba entre 41 y 119 solicitudes por 1000 habitantes año (Razón de variación⁵, RV: 2,9), los urocultivos de 19 a 91 (RV: 5), y algunas pruebas como la hemoglobina glucosilada (RV: 11), ASLO (RV: 70) o alfa-amilasa (RV: 92), aun mostraban mayores variaciones.

Aunque esta información de base poblacional tiene sumo interés, todavía resulta más propiciatoria de la *escepticismo* la constatación de variaciones en estudios de base individual. Así, el porcentaje de partos que acababan en cesárea en hospitales públicos de la Comunidad Valenciana en 1994-95, variaba desde el 14% al 24%, pero para los partos de nalgas estos porcentajes oscilaban entre el 40% al 90% y, en presencia de sufrimiento fetal, entre el 7% al 97%. En estos hospitales, y para 1995, la realización de una artroplastia de cadera tras fractura osteoporótica de cadera varió del 4% al 38% de los pacientes, y la duración de la estancia desde 9 a 19 días, sin que el ajuste por la gravedad de los pacientes atendidos consiguiera reducir estas diferencias (Peiró S, 1997). Estas variaciones se han relatado incluso en situaciones urgentes de riesgo vital, como el empleo de fármacos trombolíticos en el infarto agudo de miocardio (Agustí A et al, 1997).

En relación con el segundo de los factores, la *escepticismo* conduce a preguntarse sobre la utilidad de algunas de las rutinas y procedimientos habituales y este tipo de preguntas lleva a preocuparse por la efectividad que, ahora, irá más allá de las medidas clásicas de resultados (mortalidad, complicaciones, mejora de parámetros fisiológicos) para intentar valorar el impacto sobre la calidad de vida. A grandes rasgos, y con la excepción de la vacuna contra la viruela, la medicina no dispuso de instrumental preventivo y terapéutico efectivo hasta los años 30 y 40 de este siglo. La preocupación por la eficacia surge después de la II Guerra Mundial de la mano del ensayo clínico aleatorio (ECA), mientras que la efectividad adquiere protagonismo en la escena sanitaria durante la década de los ochenta (Gol J, 1997) bajo diversas denominaciones y con el “basada en la evidencia” como lema más afortunado.

La MBE utiliza los métodos habituales de investigación clínica (ensayos clínicos, estudios observacionales con o sin grupo control, etc.) para valorar la eficacia y efectividad de las prácticas médicas. Las revisiones sistemáticas de la literatura científica, la gradación de la confianza en los resultados en función de los diseños de investigación y facilitar su difusión e incorporación a la práctica habitual son las propuestas básicas de la MBE (Sackett D et al, 1996).

5 La razón de variación (high-low ratio, extremal quotient, EQ) es la razón entre el más alto y el más bajo de los valores observados (valor máximo/valor mínimo). Pese a que apenas utiliza información, únicamente los dos valores más extremos, es una medida muy utilizada por su sencillez y su valor intuitivo para interpretar la variabilidad (una RV igual a 2 significa una variabilidad del doble entre el área con mayor y menor frecuencia del procedimiento). Debe ser interpretado con cautela cuando las áreas son pequeñas (menos de 10.000 habitantes) o la frecuencia del procedimiento es baja.

La importancia de incorporar esta aproximación se suele mostrar con el contundente ejemplo de los trombolíticos en el infarto de miocardio: mientras que los ensayos clínicos habían demostrado la eficacia de esta terapia desde mediados de los años 70, su aparición en los libros de texto y artículos de revisión no empieza hasta 10 años más tarde, y su uso generalizado no se produjo hasta casi el final de los 90. En el interín, miles de personas fallecieron porque no se les aplicó una terapia cuya eficacia, aunque sólidamente evidenciada, no estaba suficientemente difundida (Antman et al, 1992).

Respecto al tercero de estos factores, las políticas de contención de costes, los que depositan su fe en el mercado se han apuntado a la producción y difusión de investigación para que los pacientes y, sobre todo, los compradores influyan sobre los proveedores de servicios. En su vertiente positiva, el argumento que sustenta esta aproximación es que mediante guías de práctica basadas en la evidencia puede limitarse razonablemente la libertad clínica, restringiendo el uso de procedimientos inefectivos. En su vertiente más restrictiva, las guías de práctica se centran en la reducción de costes, afectando la autonomía profesional más allá de lo que la evidencia sustenta. Así, mientras que en Europa la libertad clínica se mantiene relativamente estable, en Estados Unidos la autonomía profesional ha quedado seriamente afectada por la generalización de la “medicina gestionada” y un médico puede recibir guías clínicas diferentes sobre como tratar una patología —cuyo cumplimiento puede afectar sus honorarios— según quien sea el pagador/asegurador del paciente.

Respecto al cuarto de estos factores, la disponibilidad de información, los más de medio millón de ECA realizados hasta la actualidad, los 10,000 ensayos clínicos prospectivos que se realizan cada año, o los 2 millones de artículos que cada año aparecen en más de 30,000 revistas biomédicas (Rodés et al, 1999), resultan ahora más accesibles, tanto por los procesos de revisión sistemática ya mencionados, como por la generalización y abaratamiento del acceso a bases de datos de documentación médica. Pese a la existencia de diversas limitaciones (selección, transmisión, preeminencia absoluta del inglés, con su correlato de dificultades para recuperar la información relevante⁶), el acceso a la información aportada por la investigación ha experimentado recientemente enormes avances.

Hay que señalar finalmente que la industria farmacéutica —en especial, las grandes compañías internacionales— no se ha mostrado indiferente a la MBE y está contribuyendo notoriamente a su difusión. Aunque aparentemente sus objetivos son contradictorios, la regulación de la comercialización de productos farmacéuticos hace que los fármacos suelen contar con ECA previos que demuestran su eficacia, al menos respecto a resultados intermedios.

Igualmente, y cuando se trata de demostrar la efectividad respecto a resultados raros (por ejemplo, reducción de mortalidad mediante tratamiento preventivo con hipolipemiantes), sólo las grandes compañías pueden permitirse los llamados mega-ensayos, en los que miles de personas son asignadas a los grupos intervención y control. Por

6 Como ejemplos de estas limitaciones puede citarse que más de la mitad de los ECA publicados hasta 1985 no son recuperados en Medline en búsquedas realizadas por expertos documentalistas.

ejemplo, el GUSTO, un ECA cuyo objetivo era demostrar que un determinado trombolítico reducía en 1% la mortalidad respecto al trombolítico usual, requirió que 40.000 personas fueran asignadas a los grupos de tratamiento, en más de un centenar de hospitales de una veintena de países. Cómo sólo disponemos de este tipo de evidencias cuando una compañía ha sufragado el ensayo, la MBE actúa como una barrera de mercado frente a los productos cuyas compañías no han podido realizar estos estudios⁷.

B. Escollos que pueden dificultar la MBE

1. Perspectiva individual de la MBE y perspectiva social de la política sanitaria

La perspectiva individual propia de la MBE no tiene por qué coincidir con la perspectiva de la política sanitaria en un entorno de financiación pública, cuya finalidad normativa pasa por la maximización del bienestar social.

Los conceptos de eficiencia no coinciden necesariamente entre política sanitaria y práctica clínica. Para la política de salud de un país el concepto de eficiencia relevante es el de la eficiencia asignativa —también llamada económica— en un contexto social amplio: asignación de recursos para maximizar el bienestar de la sociedad. En esta definición la eficiencia constituye un criterio para maximizar una función de bienestar social ético-axiomática, función cuya validez depende de la legitimidad del proceso de decisión social que lleva a su establecimiento y del grado en que dicha función refleje valores sociales compartidos.

El concepto de eficiencia más pertinente para la gestión de organizaciones sanitarias y para la gestión clínica es el de eficiencia gestora —técnica y productiva— en un contexto sanitario: abordaje al mínimo coste social de un problema de salud manteniendo la calidad constante o maximización de los resultados en cantidad y calidad de vida con unos recursos determinados.

La eficiencia gestora no garantiza la eficiencia asignativa.

2. Afectación de la libertad clínica

El comportamiento profesional de los médicos, que determina fundamentalmente la asignación de recursos sanitarios, está sujeto a una ética —entendida como la serie de comportamientos que una profesión estima aceptables— con su correspondiente sistema de controles por colegas, y sus mecanismos sancionadores, recompensas y ostracismos. A todo médico le cabe la satisfacción de resolver problemas, curar a veces, paliar en ocasio-

7 Las relaciones de la MBE con las multinacionales farmacéuticas puede no ser tan buena en otros terrenos. Por ejemplo, en fármacos recientes que todavía no disponen de suficientes estudios, la MBE podría retrasar su incorporación efectiva al arsenal terapéutico. Igualmente, algunos de los tipos de estudio que la MBE ha revitalizado, singularmente el ensayo de un solo paciente, pueden permitir la apertura de nichos de mercado para algunos productos en subgrupos de pacientes que habitualmente serían excluidos de los ECA.

nes y consolar siempre. El contenido de su trabajo se enriquece con el progreso científico. Quienes alcanzan un cierto nivel de virtuosismo y los que publican, ganan reconocimiento profesional; quienes descubren o innovan tienen el reconocimiento intelectual de ser los primeros, primicia laureada a veces con eponimia, y más frecuentemente con distinciones y premios.

Hay que dotar a los médicos —decisiones clave del sistema sanitario— con los incentivos, información e infraestructura precisa para efectuar las decisiones clínicas de una forma coste-efectiva. El afán de lucro en un comprador —por ejemplo, una *Health Maintenance Organization* (HMO)— no parece conducir a una mayor eficiencia social que la que pueda proporcionar un conjunto de normas clínicas que, además de preocuparse por la efectividad, se orienten al usuario e interioricen el coste social de oportunidad. Estas normas clínicas constituyen una auténtica institución social, con mayor importancia que el mercado en la asignación actual de recursos sanitarios, y los cambios que afecten a esta institución deben sopesarse de forma adecuada.

3. Adaptación a las circunstancias y orientación hacia las utilidades del paciente

El clínico —en ejercicio de su libertad clínica— ha de aplicar las recomendaciones de buena práctica, las guías, a las circunstancias individuales de cada paciente. El enfoque clínico exige una adaptación de tal conocimiento a las circunstancias de cada individuo. La investigación probabilística predice resultados pero no determina acciones excepto cuando una intervención siempre es efectiva o nunca es efectiva.

Conforme una sociedad progresa el componente “calidad de vida” en el producto de los servicios sanitarios aumenta. Una gran parte de las actuaciones sanitarias no tienen traducción en términos de mayor cantidad de vida, pero sí en mejor calidad de vida. Al ser la calidad subjetiva y multidimensional, resulta inevitable el activismo del paciente para poder establecer el curso de acción más efectivo. Ello requiere proporcionar información pronóstica a los pacientes. Por ejemplo, la efectividad de la prostatectomía en el tratamiento de la hiperplasia benigna de próstata⁸ depende de cuáles son las dimensiones de calidad de vida apreciadas por los pacientes (incontinencia, impotencia). Un video que muestra un par de médicos con prostatismo sintomático y en el que se aprecia la evolución del médico que optó ser intervenido quirúrgicamente y del que prefirió la estrategia de la vigilancia expectante, es una valiosa ayuda para que el paciente a tomar una decisión informada (siempre que la información utilizada para elaborar el video sea válida).

El que, además, haya desplazado las preferencias de los pacientes hacia menos cirugía resulta secundario (Wagner E et al, 1995). Igualmente, en Ottawa, un folleto y una grabación permiten a las mujeres que están considerando la terapia hormonal substitutoria, ponderar los beneficios y los riesgos que para cada una de ellas tendría el tratamiento en función de sus valores, factores de riesgo y estilos de vida (O'Connor A et al, 1996).

8 Este procedimiento, conocido por sus grandes variaciones en tasas, fue objeto de atención por parte de uno de los primeros *Patient Outcome Research Teams* que financió la *Agency for Health Care Policy and Research* de Estados Unidos.

La orientación hacia las utilidades del paciente resulta generalmente exigible y se vuelve imprescindible para valorar la efectividad de los tratamientos con impacto importante en la calidad de vida y para realmente actuar como agente del paciente, haciendo lo mejor para él. La medida de la utilidad puede utilizarse en ocasiones para expresar la preferencia global de un paciente ante diversas alternativas. Esta utilidad viene muy afectada por la actitud ante el riesgo de los pacientes. La habitual aversión al riesgo hace que en bastantes ocasiones los pacientes no prefieran las alternativas más efectivas, sino aquellas a las que asocian la mayor utilidad. Por ejemplo, el tratamiento más efectivo de la trombo-sis venosa profunda es una combinación de estreptokinasa y heparina, pero el pequeño riesgo de hemorragia intracraneal y muerte, asociado a este tratamiento más efectivo, hace que clínicos y pacientes prefieran el menos efectivo tratamiento con heparina sola, con su alto riesgo de pierna inflamada y dolorosa (Kassirer J, 1994).

En bastantes decisiones diagnósticas (amniocéntesis para el síndrome de Down) y terapéuticas (tratamiento médico o quirúrgico de la angina de pecho) la actitud del paciente ante el riesgo puede ser determinante de la elección.

Dado que ni la actitud ante el riesgo ni los componentes de la calidad de vida que cada paciente valorará pueden presumirse iguales para todo el mundo, la compra basada en la evidencia precisa de la complicidad del clínico para llevarse a cabo. Y esta complicidad depende no sólo de la información que la MBE pueda aportar sino también de los incentivos a los que el clínico se enfrenta.

4. Incentivos para interiorizar el coste social de oportunidad

Considerar el beneficio, diagnóstico o terapéutico, que deja de obtenerse en la mejor alternativa razonablemente disponible constituye una forma de asegurarse que se obtiene el máximo resultado en términos de impacto en el bienestar, a partir de unos recursos determinados. El coste de oportunidad puede aproximarse a través de los precios y por otros mecanismos cuando éstos no existen. Mayor dificultad presenta la conceptualización y medición de los beneficios.

Convendrá distinguir entre beneficios en una decisión diagnóstica y beneficios en una decisión terapéutica. El beneficio en una decisión diagnóstica se mide en términos de reducción de incertidumbre. Un paciente tiene o no tiene una condición desde el inicio del proceso hipotético-deductivo de diagnóstico. Lo que va cambiando es la idea que el médico tiene acerca de tal condición. Exploración, historia, pruebas diagnósticas sirven —en aquellas ocasiones donde observar y esperar no procede— para ir revisando esas ideas hasta situar las probabilidades a una distancia próxima al cero o al uno. La proximidad exigida respecto al cero (descarte de una condición) o respecto al uno (confirmación de un diagnóstico) depende de múltiples factores: efectividad del tratamiento, iatrogenia del tratamiento en caso de error diagnóstico, sensibilidad, especificidad y riesgo de las pruebas que se estén considerando. El teorema de Bayes ayuda a relacionar las probabilidades posteriores de padecer una condición con posterioridad a la prueba diagnóstica con las probabilidades previas.

Tendrá sentido continuar con un proceso diagnóstico hasta el punto en que los beneficios adicionales esperados —en términos de ganancias de información, de revisión de probabilidades— dejen de ser superiores a los costes de las pruebas diagnósticas. Y esos costes son los de oportunidad: los beneficios informativos que la prueba diagnóstica que se está considerando podrían reportar al paciente que, razonablemente, más podría beneficiarse de ella. En las decisiones terapéuticas, el beneficio se mide en términos de efectividad. Esta efectividad tiene, como mínimo, un par de dimensiones: cantidad y calidad de vida. La consideración del coste de oportunidad supone una reflexión acerca del beneficio del tratamiento que se está considerando en su mejor alternativa disponible.

Los incentivos para interiorizar el coste de oportunidad en las decisiones diagnósticas y terapéuticas y, en general, para estimular la eficiencia de la práctica clínica exigen un reconocimiento organizativo de la realidad de la gestión clínica. La asunción del protagonismo de la gestión clínica en los centros sanitarios supone reconocer como responsables de las diferentes líneas de producción sanitaria a aquéllos que están a cargo del cuidado directo de los pacientes, los gestores clínicos, que establecen los bienes y servicios que bajo las órdenes médicas se administrarán a cada paciente. Y esta asunción de la gestión clínica en los centros sanitarios admite dos escenarios diferentes: el del ejercicio por cuenta propia y el del ejercicio por cuenta ajena, con el problema fundamental que plantea la dificultad de medir el desempeño clínico (Ortún, V, 1998).

5. Ambigüedad inferencial de la evidencia

Los servicios sanitarios son importantes pero otros factores pueden serlo más (aborto en la mortalidad infantil, clase social en la mortalidad perinatal, educación de las mujeres en la salud de los países en vías de desarrollo, tal como recordaba el Banco Mundial). La evidencia sobre la efectividad de los servicios clínicos tiene inferencias ambiguas y las implicaciones sanitarias y las implicaciones clínicas de unos mismos conocimientos sobre efectividad difieren.

La gravedad media de los pacientes hospitalizados no se asocia con la tasa de ingresos. Por tanto, no cabe esperar una mayor tasa de inadecuación (ingresos o estancias utilizados por enfermos menos graves) en los hospitales que operan en áreas con altas tasas de hospitalización. La clave para entender estos hechos aparentemente paradójicos pasa por entender cómo la capacidad instalada afecta al juicio clínico. Para muchas e importantes condiciones médicas de admisión hospitalaria (obstrucción crónica al flujo aéreo, neumonía, gastroenteritis, enfermedad cardíaca congestiva, ...) no están claras las ventajas comparativas del ingreso hospitalario en relación a otras alternativas (a diferencia de lo que ocurre en numerosas intervenciones quirúrgicas de efectividad claramente constatada). No debe sorprender, por tanto, la relación entre tasa de hospitalizaciones por esas condiciones y la oferta de camas. Y la capacidad influye tanto en los pacientes menos graves como en los más graves. Paciente a paciente no se detectan diferencias en inadecuación y, en cambio, área a área se obtienen resultados iguales con costes muy distintos.

Un paciente enfermo, una cama disponible y la creencia social de que más es igual a mejor, tienen un resultado claro: ingreso. Y aunque para una condición médica concreta

se investiguen beneficios y riesgos de la hospitalización comparada con la atención ambulatoria, centenares de condiciones quedarán sin investigar y serán susceptibles a la influencia de la capacidad en la práctica clínica. Pero más no siempre es mejor. Los análisis comparativos capacidad/resultados —*benchmarking*— permiten identificar las zonas donde un mayor gasto no se traduce en unos mejores resultados. Wennberg (1996) ha aportado interesantes evidencias de que más no siempre es mejor: de un lado, los clínicos trabajando en zonas de menor oferta de camas no perciben que estén racionando el cuidado; de otro, las comparaciones, en términos de mortalidad, entre áreas de alta y baja tasa de hospitalización no respaldan la hipótesis de que mayor oferta de camas hospitalarias de agudos aumenten la esperanza de vida; y, en tercer lugar, los pacientes graves han mostrado preferir menos intensidad de cuidados de la que han recibido.

El producto de los servicios sanitarios viene moldeado por las preferencias de los individuos, los conocimientos clínicos, la competencia entre organizaciones sanitarias en tecnología, precios y creación de expectativas, y por la política sanitaria. Una política sanitaria, expresión legítima de preferencias sociales, ha de contribuir a que los productos que se esperen de los servicios sanitarios sean un insumo eficiente del bienestar social. Para ello guiará el establecimiento de acuerdo a prioridades sociales y controlará la oferta. Política sanitaria y práctica clínica tienen perspectivas distintas (comunitaria e individual respectivamente), enfrentamientos y complementariedades, y en el caso que nos ocupa —la compra basada en la evidencia— derivan implicaciones diferentes de unos mismos datos. Ello aconseja no confundir la MBE como vía clínica hacia la efectividad en medicina con el inevitable control de oferta y necesario establecimiento de prioridades sociales para la política sanitaria (López y Ortún, 1998).

Además, la ambigüedad inferencial de la evidencia crece considerablemente cuando se abandona el terreno de los servicios clínicos y se pasa al de la salud pública (Rodríguez Artalejo F, 1997; Repullo JR, 1997). Tres son las dificultades que sobrevienen: la primera, el hecho de que los determinantes de la incidencia de enfermedad en las poblaciones difieren de los determinantes de los casos individuales de enfermedad; la segunda, el hecho de que las clasificaciones de calidad de evidencia utilizadas en la evaluación de tecnologías sanitarias pueden tener limitaciones para evaluar las evidencias útiles en salud pública; la tercera, el hecho de que las evidencias deben conjugarse con necesidades y valores de la población.

III. APOYO A LA MBE DESDE LA POLÍTICA SANITARIA

Se trata, fundamentalmente, de evitar el síndrome de Maqui el Navaja quien disponiendo de un martillo veía todos los problemas como clavos. La MBE, vistos los escollos del epígrafe precedente (especialmente el de la ambigüedad inferencial de la MBE), encarrilla con sus bases de datos, revistas secundarias y guías de buena práctica clínica una parte del problema de mejora de la gestión clínica: el más clínico (reducir variaciones en la práctica aparentemente arbitrarias, conocer mejor la efectividad...). Se mejora la información pero no se toca la adecuación de los incentivos y de la estructura precisa para que los profesionales sanitarios adopten decisiones coste-efectivas. Tampoco la MBE lleva a la

Política Sanitaria Basada en la Evidencia. Es más, la MBE tendrá mayor impacto en la medida que las medidas de política sanitaria faciliten su desarrollo. De esto trata el presente epígrafe.

A. Políticas/planes de salud

Pese a los múltiples determinantes de la salud, las valoraciones críticas acerca del sistema sanitario se centran en los desenlaces clínicos de la atención médica y en la calidad de la atención prestada por las instituciones sanitarias, pero no en la salud de las poblaciones. Existe conciencia social, profesional y política de muertes innecesariamente prematuras y médicamente evitables (hernia abdominal, colelitiasis y colecistitis, tétanos, sarampión, tuberculosis...) pero no de las muertes sanitariamente evitables (isquémicas del corazón, algunos cánceres...).

Tal vez el hecho de que el único determinante de la salud que se financia públicamente como tal y de forma consciente sea el servicio sanitario, provoca la asociación inmediata entre problema de salud y solución en términos de servicios sanitarios. Conviene, pues, recordar lo visto anteriormente: el estado de salud viene explicado por variables genéticas, socioeconómicas, medioambientales, de estilo de vida y por la utilización de servicios sanitarios. Esta utilización viene determinada por variables que afectan a la demanda (percepción de salud, precio, tiempo de acceso, renta...) y por las variables que afectan a la oferta, (estilo de práctica de los médicos en consonancia con su apreciación de la productividad marginal o estilo de práctica o juicio subjetivo acerca de la efectividad).

Operativizar una política de salud que actúe de la forma más eficiente sobre las variables explicativas de la salud requiere un conocimiento de las funciones de producción de salud específicas a cada problema, lo que a su vez exige sistemas de información de base poblacional que recoja tanto datos de utilización sanitaria como de variables socioeconómicas, medioambientales y de estilos de vida. Sendas ilustraciones de cómo ambos requisitos pueden darse se encuentran en la provincia canadiense de Manitoba (Roos et al, 1996): un sistema de información de salud con variables socioeconómicas incluidas y una política intersectorial (que afecta a otros departamentos además de sanidad) sobre atención al embarazo derivada de la constatación de que el peso al nacer de los niños dependía de factores no relacionados con la atención prenatal.

B. ¿Qué se decide presupuestar o comprar?

Se producirá aquello que se compra o que se presupuesta. Si se presupuestan o compran servicios sanitarios se rivalizará entre niveles asistenciales con merma de longitudinalidad y continuidad. Si se presupuesta o compra atención sanitaria a una persona, a una población, se fomentara la integración, real o virtual, y la buena articulación entre niveles asistenciales.

La integración vertical entre niveles asistenciales -entendida como red coordinada de servicios que proporcionan la continuidad asistencial a una población determinada sobre

cuya salud se tiene responsabilidad y cuyos consumos sanitarios implican un riesgo financiero- tiene, a priori, más ventajas sanitarias y económicas que inconvenientes.

Una financiación capitativa ajustada por riesgo constituye una de las palancas regulatorias más potentes para fomentar la integración de proveedores. La continuidad asistencial debe garantizarse mediante una correcta articulación entre diferentes niveles asistenciales (primaria, especializada, sociosanitaria, mental).

Si se continua presupuestando/comprando servicios sanitarios a proveedores no integrados se favorece la competencia entre niveles asistenciales, la duplicación de pruebas, el uso inadecuado y yatrogénico de tecnología y la diferenciación de servicios. Los niveles asistenciales en lugar de articularse compiten destructivamente entre sí. Dificultad técnica específica de la compra de servicios sanitarios es la de ajustar la medida de producto intermedio -tipo Grupos de Atención Ambulatoria- por aquellas variables que el proveedor no controla, y de las que consecuentemente no es responsable, así como la de fomentar la necesaria colaboración entre niveles asistenciales que compiten entre sí.

Si, en cambio, se opta por presupuestar/comprar atención sanitaria a una población se favorece la cooperación entre niveles ya que ni la retención de pacientes ni la actividad por la actividad favorece a ninguno de los niveles asistenciales en un juego de suma cero. Dificultad técnica específica de la compra de atención sanitaria integral es la de controlar la cantidad y calidad de los servicios así como el ajustar por riesgo el pago capitativo para evitar comportamientos de selección de personas y pacientes según su riesgo.

La integración puede producirse mediante la propiedad conjunta (proceso de absorciones y fusiones) o a través de acuerdos contractuales. Esta integración virtual puede paliar los inconvenientes derivados del mayor tamaño (atenuación de incentivos, peor adaptabilidad al cambio y mayores costes de influencia).

Parece claro, sin embargo, que una integración capitaneada por los hospitales de agudos retardará la innovación y la reasignación de recursos entre niveles asistenciales (que los cambios demográficos, tecnológicos y en morbilidad reclaman), por lo que debería prestarse particular atención a orientar el sistema sanitario hacia la atención primaria de salud. Ayudan a esta orientación las políticas de recomposición de la oferta de recursos humanos (frenar la sobreespecialización) y un reforzamiento del papel de la atención primaria no tan sólo como puerta de entrada (portero) del sistema sino como gestor de la finca. Dar poder de compra a la atención primaria sobre la atención especializada programable constituye un paso en esta dirección.

La integración, real o virtual, puede mitigar la actual falta de continuidad entre AP y AE pero, en última instancia, el que cada problema sea tratado en el lugar más adecuado —el más resolutivo— y que no se retengan casos ni se derive innecesariamente constituye un problema clínico. No habrá buena medicina sin continuidad y eficiencia en la atención sanitaria, sin objetivos comunes, sin conocimiento mutuo AP/AE y sin el establecimiento conjunto de pautas de actuación.

IV. IMPLICACIONES ORGANIZATIVAS DE LA MBE

A. Descentralización en “organizaciones de conocimientos”

Los cambios organizativos vienen propiciados por las innovaciones tecnológicas y/o los cambios en las instituciones que marcan las reglas del juego. Estas instituciones pueden ser formales, como la Constitución, las leyes, los derechos de propiedad, los códigos deontológicos, e informales, como las costumbres, las tradiciones o las pautas de conducta esperadas en un grupo profesional.

Las organizaciones son grupos de individuos con los mismos objetivos. Existen organizaciones políticas, económicas, sociales, educacionales, religiosas... Si las instituciones marcan las reglas de juego, las organizaciones son los equipos que participan en el juego.

No existe mucha discusión acerca de la producción bajo propiedad privada de aquellos bienes y servicios en los que el mercado funciona satisfactoriamente ni sobre la conveniencia de la propiedad pública de las organizaciones que realizan las funciones básicas del Estado: justicia, seguridad, hacienda, relaciones exteriores... El debate teórico y el interés práctico se centra entre el dominio público puro y el dominio privado puro (véanse Cuadros 3a y 3b) y en el análisis de: primero, los cambios institucionales —de los cuales aquí sólo contemplaremos los cambios regulatorios que tratan de propiciar la competencia gestionada— y, segundo, los cambios organizativos en las organizaciones públicas que también limitaremos al análisis del gerencialismo⁹.

Cuadro 3a
Tipología de instituciones, políticas y criterios

Instituciones	Decisiones	Criterios básicos
Mercado	Oferta y demanda (más de oferta que de demanda)	Disposición a pagar Oportunidades de beneficio
Estado	Políticas	Múltiples y difusos: Acceso, seguridad, efectividad, equidad, eficiencia...
Normas clínicas	Decisiones clínicas: Diagnósticas y terapéuticas	Necesidad técnicamente percibida y, secundariamente, beneficio profesional

Cuadro 3b

Tipología de organizaciones según la remuneración residual de la tarea de control

Organización	Derechos residuales de decisión privados	Derechos residuales de decisión públicos
Apropiación privada del excedente: Sí	Dominio privado puro	Competencia gestionada, franquicias, concesiones
Apropiación privada del excedente: No	Privadas no lucrativas	Dominio público puro: burocrático o desburocratizado

Organizaciones: Desde el dominio público puro (propiedad y derechos residuales de decisión públicos) al dominio privado puro (propiedad y derechos residuales de decisión privados) pasando por Cooperativas, Entidades sin Finalidad Lucrativa y otras formas organizativas que no encajan en ningún extremo.

B. Competencia gestionada

Si el sector privado no ofrece alternativas, los activos son muy específicos, existen restricciones políticas insalvables o preferencias sociales extensa y/o intensamente en contra... no cabe acudir al mecanismo de cuasicompetencia y mercado “mercado de derechos” ni al de “contratación externa”. Puede haber, en cambio, que productores públicos y privados compitan entre sí por unos fondos limitados. El financiador público queda como comprador monopsonista de servicios que demanda la propia Administración o los usuarios finales de los servicios y queda separada así la financiación, que continúa en manos públicas, de la producción a la que pueden concurrir agentes privados. Los conciertos de la enseñanza, la provisión de servicios sanitarios en Cataluña o el aseguramiento de funcionarios a través de MUFACE encajarían en esta categoría.

Esta competencia pública que revela información sobre actividad y costes permite mejorar la eficiencia técnica pero exige:

- 9 Cambios organizativos importantes y que no se consideran: trabajo clínico por cuenta propia aislado o en forma de cooperativa y fomento de las organizaciones no lucrativas. Cambios importantes en reglas de juegos y que tampoco se consideran: introducción de mecanismos de mercado como las externalizaciones y de cuasimercado como los vales/bonos/cheques, los mercados de derechos, y los precios/tasas/tiquets moderadores.

- Medir el desempeño (resultados). *Aplicable aquí, lo que se dirá a este respecto en el apartado de “gerencialismo”*. Cuanto peor sea la medida del desempeño más incompletos serán los contratos y mayor la contradicción posible entre interés individual e interés colectivo. A peor medida del desempeño menos control externo y mayor necesidad de regular/gestionar la competencia (Hart et al, 1997).
- Conocer los costes.
- Situar los proveedores a cierto riesgo. La actual tendencia a gestionar directamente una parte de los servicios del EB y concertar otra parte —integración vertical parcial entre financiación y producción— permitirá comparar diferentes soluciones organizativas siempre que se logren hacer creíbles las amenazas de pérdida de las actuales posiciones de privilegio e incompetencia, siempre que pueda situarse a cierto riesgo a los proveedores de servicios del EB. Y ahí están los tímidos avances en la línea de dotar de cierta autonomía a los centros sanitarios y educativos e intentar que los estatutos de personal no imposibiliten las reformas organizativas que se precisan para adaptarse a los notables cambios demográficos, tecnológicos, sociales y epidemiológicos que no paran de producirse.
- Flexibilizar las relaciones funcionariales, estatutarias o laborales.
- Homogeneizar la capacidad de gestión de todos los agentes productores de forma que nadie quede con las manos atadas a la espalda. Cuando la homogeneización no sea posible, porque los productores públicos tienen unas servidumbres de las que carecen los productores privados, habrá que ajustar debidamente, por estas circunstancias no imputables, a diferentes eficiencias de gestión.

Si bien la conveniencia de flexibilizar la producción pública —y de no garantizar la inmortalidad a organización alguna— suscita cierto consenso como motivo justificativo de la introducción de competencia gestionada mediante la separación entre financiación y producción de servicios del EB, otras razones, normalmente aducidas para la separación financiación/producción no se comparten. Y no se comparten bien por principio bien porque la evidencia empírica no existe o si existe no resulta concluyente. Entre estas razones no compartidas figuraría la contención de costes (más bien la competencia expandiría el gasto), la mayor eficiencia (aumentan los gastos de administración del sistema como consecuencia de la separación entre financiación y producción), la mayor sensibilidad a las preferencias del usuario, el debilitamiento del poder sindical, o el acabar con la politización de la gestión.

Una buena ilustración, pertinente los cambios en la gestión del Estado del Bienestar viene dada por los problemas que plantea la introducción de competencia gestionada entre aseguradoras: el gran problema de cómo evitar la selección de riesgos¹⁰.

10 Descentralización del aseguramiento (las dificultades de la competencia gestionada).

Con financiador público único y aseguramiento obligatorio cabe analizar la posibilidad de descentralizar la decisión de compra bien en una aseguradora, escogida por el ciudadano, bien en una cooperativa de profesionales de atención primaria.

Para poder plantearse la posibilidad de tal descentralización deben investigarse los posibles tratamientos de los problemas de selección de riesgos. La selección de riesgos constituye la

C. Gerencialismo (desburocratización)

El gerencialismo (desburocratización) implica una descentralización en las decisiones que continúan produciéndose en el dominio público¹¹.

Las organizaciones burocráticas abundan en el sector público aunque no sean exclusivas de éste. También en el sector privado abundan las burocracias (¿qué, si no, albergan los rascacielos?) pero en este último el problema del nivel óptimo de burocracia (relaciones públicas, control de gestión, planificación, asesoría jurídica, *staffs* de dirección...) se resuelve por comparación con otras empresas. Al fin y al cabo han de repercutir los costes de la burocracia en precios y los mercados obligan a curas de adelgazamiento.

Caracteriza a la organización burocrática la centralización de las decisiones, lo que conlleva estructuras jerárquicas, habitualmente acompañadas de otros rasgos como pueden ser: la especialización funcional, la existencia de mercados internos laborales, la reglamentación detallada de procedimientos, la presencia de funciones de producción ambiguas, la dificultad para medir el rendimiento, el carácter funcionarial del vínculo que une a los empleados y la organización, y las limitaciones a la discrecionalidad. En suma, rígidos sistemas de decisión que responden lenta e ineficazmente a las demandas de cambio y adaptación.

Unas organizaciones burocráticas que eran adecuadas para conseguir economías de escala y gama bajo condiciones de producción en serie, se vuelven inadecuadas cuando el conocimiento gana importancia como factor productivo y la demanda se vuelve más sofisticada. En estas circunstancias el problema organizativo fundamental (coordinar y motivar) pasa a ser el de situar la capacidad decisoria allí donde está la información. Esto

respuesta de las aseguradoras al fenómeno de la selección adversa —ocultación de información oportunista previa a la suscripción de una póliza— y depende del grado de prospectividad de la forma de pago así como de los incentivos de la empresa. En un estudio acerca de las prácticas de diversas aseguradoras privadas se constató cómo se evita la selección adversa en base a considerar enfermedades anteriores, expectativas de enfermedad, actividades de riesgo y causas sociales (López y Ortún, 1998).

Existen tratamientos del problema de la selección de riesgos, pero la cuestión dista de estar resuelta. Y el progreso tecnológico —como ya se ha mencionado— tenderá a agravar tanto la selección adversa como la selección de riesgos: Los avances en el conocimiento del genoma humano y la mayor facilidad para la transmisión de información convertirán a las personas en libros abiertos. Por mucho que se prohíba la transmisión de información genética personal, ésta se producirá si ello puede beneficiar a alguien. Una de las posibilidades que evitarían el uso interesado de la información sería que desapareciera el incentivo de lucro asociado a tal utilización: que la función aseguradora no se descentralice en entidades con finalidad lucrativa.

11 En el dominio público [privado] puro los derechos residuales de control —decidir sobre lo que no puede dirimirse según contrato, ley o costumbre— son públicos [privados] como la propiedad. Los derechos residuales de control y el derecho a la renta residual suelen ser complementarios por lo que en principio han de ir juntos (Hart 1995, páginas 63-66). Ahora bien, en toda transacción en la que concurren beneficios colectivos y beneficios individuales tendría interés distribuir los derechos residuales de control (*el médico sobre el tratamiento en función de lo que la profesión*

es: descentralizar¹². Descentralizar implica no tan sólo transferir o delegar unos derechos de decisión sino también alterar en consonancia los sistemas de medir el desempeño e incentivar a los componentes de la organización. (La arquitectura organizativa asentada en un trípode: asignación de derechos de decisión, sistemas de medida del rendimiento, y sistemas de incentivos). Se trata de:

- Vincular autoridad y responsabilidad. Quien toma las decisiones ha de tener motivos (incentivos) para adoptar las decisiones que estime más correctas. Toda organización tiene su sistema de incentivos: explícito o implícito.
- Mantener la coordinación. A mayor descentralización, mayor necesidad de proporcionar información e incentivos a quienes deciden para que las diferentes actuaciones resulten consistentes entre sí. Las decisiones pueden no ser consistentes por falta de información o por comportamientos oportunistas.
- Disponer de personas formadas en las que pueda descentralizarse (el problema actual de la expansión en el extranjero de muchas empresas españolas).

Conforme se desplaza hacia abajo la decisión, la organización responde con mayor rapidez, hay menos necesidad de comunicación y menor pérdida de información, las decisiones están mejor informadas y los niveles superiores sufren menos sobrecarga administrativa. La alta especificidad de la información educativa, clínica, investigadora —de transmisión costosa— aconseja que las decisiones se tomen allí donde se posee esa información. Esto supone descentralización. En una organización descentralizada, sus miembros poseen un alto grado de autonomía decisoria y dentro de él responden a los estímulos que emanan del sistema de incentivos implantado.

El gerencialismo (desburocratización o descentralización) se identifica (Mintzberg 1996) con los siguientes rasgos:

- Desagregación del sector público en unidades manejables;
- Medidas explícitas sobre objetivos, resultados, costes e impacto sobre el bienestar;
- Gestión profesional activa y discrecional, controles presupuestarios menos específicos y orientados a la evaluación ex-post y atribución clara de responsabilidades.

Se verá qué suponen estos rasgos y cómo el gerencialismo está limitado en el sector público.

considera aceptable, el hospital no lucrativo sobre si recuperar unas fiestas imprevistas, el financiador público sobre si incorporar una nueva tecnología...). Las organizaciones sin finalidad lucrativa y las cooperativas constituyen formas intermedias entre los dominios público puro y privado puro.

12 Los mercados —la organización virtual hayekiana— ofrecen el mejor ejemplo de descentralización; en ellos la asignación de derechos de propiedad, evaluación de la actuación y recompensa de la misma se producen de forma automática a partir de la información que contienen los precios. En las organizaciones, los derechos de propiedad deben ser asignados (quién hace qué), y hay que diseñar y utilizar sistemas de control e incentivos.

El gerencialismo suele estar limitado por la dificultad de desagregar el sector público en unidades manejables. Para poder aislar actividades públicas de forma que hagan viable el gerencialismo, las políticas han de ser claras (no ambiguas), definibles y estables en el tiempo de forma que la decisión política y la ejecución de tal decisión queden claramente separadas.

Tal como señala Mintzberg (1996) ciertas actividades públicas como la de prisiones pueden ser aisladas horizontalmente (del pago de pensiones) pero está menos claro que puedan aislarse verticalmente del proceso político. Y no tan sólo por la resistencia de los políticos a ceder control sino por el carácter iterativo de la formulación de políticas con lo que tiene de aprendizaje continuo y reelaboración permanente en un proceso de recogida de información, formulación de alternativas, toma de decisión y retroalimentación sobre los efectos observados.

D. Gerencialismo limitado por la dificultad de medir el desempeño

La dificultad en la medida del desempeño —segunda pata del trípode organizativo— impide alterar la tercera —la de los incentivos— en consonancia con el cambio habido en la primera pata al descentralizar derechos de decisión.

La intensidad (potencia, fuerza...) de los incentivos depende -inversamente- de la calidad de la medida del desempeño y de la aversión al riesgo del agente, y —directamente— de la contribución del desempeño del agente a los resultados de la organización y de la sensibilidad del desempeño a los incentivos¹³.

El desempeño puede tener muchas dimensiones y cada una de ellas muchos modos de medida. Lo que se mida y recompense es lo que se pretenda mejorar. La potencia (fuerza) de los incentivos depende de lo bien que se mida la actuación. Incentivos fuertes con efectividad requieren una buena medida del desempeño.

Los servicios profesionales del Estado del Bienestar se caracterizan por producirse en condiciones de fuerte asimetría en la información, tener varias dimensiones y muchas no medibles. La calidad constituye una de estas dimensiones que, de entrada, admite muchas definiciones (cínica, técnica, social...). Estas características hacen coherentes a los incentivos de baja potencia.

Esta dificultad de medir el producto está en la base de la persistencia de organizaciones burocráticas, no descentralizadas. Resulta plenamente aplicable aquí la reflexión de

13 Sensibilidad del desempeño a los incentivos

Sólo tendrá sentido ofrecer incentivos individuales a quien pueda controlar el ritmo y calidad de su trabajo, y con una intensidad proporcional a la sensibilidad del esfuerzo a los incentivos. Cuando el trabajo de una persona dependa de un equipo (producción de equipo mayor que la suma de las producciones de cada componente por separado) habrá que pensar en ofrecer un incentivo basado en el desempeño conjunto del equipo.

Salas en el sentido de presentar la burocracia como la consecuencia, y no como la causa, de la mayor ineficiencia que se introduciría en el sector público si se pretendiera funcionar de forma descentralizada, incentivando a los agentes de manera poco relacionada con el esfuerzo que realizan (por problemas de información). Si se utiliza un criterio equivocado para medir el desempeño, los resultados pueden ser peores que si no se establecieran incentivos explícitos. Peor todavía que tratar igual a los desiguales es tratar desigualmente sobre bases equivocadas.

Otros límites al gerencialismo relacionados con las dificultades en la medida del rendimiento se derivan de:

- El efecto trinquete.
- Los problemas de linealidad: el avance se torna, con frecuencia, más difícil cuando el objetivo está próximo. Considerar el grado de proximidad al objetivo.
- Que los supervisores no soporten todas las consecuencias de sus decisiones, el intercambio será ineficiente para toda la organización (a diferencia de lo que ocurre cuando el supervisor es el propietario). La imposición de restricciones burocráticas, en estas circunstancias, constituye una profilaxis del amiguismo, del nepotismo, de la desviación de poder, de los actividades de influencia (malversación de recursos empleados en agradar a quien manda), y de las perversiones que una medida errónea del desempeño clínico puede introducir.

E. Perspectivas desde la economía de las organizaciones

1. La de la Teoría de la Agencia para todo lo que constituyen limitaciones a la desburocratización. Avanzar en el gerencialismo, en la desburocratización del Estado del Bienestar, supone investigar y actuar para superar estas limitaciones. Como casi siempre no suele ser cuestión de todo o nada, sino de grado. Sirva como ejemplo de investigación el de los avances realizados en la medida del producto sanitario, tanto intermedio como final¹⁴, o el de las nuevas formas de gestión¹⁵.

14 Avances en la medida del desempeño en servicios del Estado del Bienestar.

Todas las dimensiones del producto que no se midan aparecerán indebidamente como ineficiencia. Los asesores de las autoridades sanitarias conscientes de este hecho (tal vez porque algún familiar fue diagnosticado/a recientemente de, por ejemplo, leucemia y apreciaron la ingente cantidad de tiempo y el derroche de calidez de distintos profesionales sanitarios empleados a fondo en proporcionar información y consuelo) aplican con cautela sus análisis, paramétricos y no paramétricos, de la eficiencia. Los asesores conocen que su medida del producto no acaba de incorporar todas las dimensiones de calidad: que no puede compararse una fimosis con una sustitución de válvula mitral, ni una persona con comorbilidades (o sin apoyo social o de baja educación) con otra que presente las características opuestas. Ello, no obstante, no debe impedir dirigir la compra de servicios sanitarios hacia los proveedores (si alguna vez llegan a ser autónomos y responsables) de mayor eficiencia con una prudencia proporcional a las dificultades de incorporación de las dimensiones ocultas de los servicios —especialmente la calidad— a las medidas del producto empleadas. Estamos ante una limitación a la gestión pública mitigable mediante investigación: la del ajuste de resultados por los riesgos que el proveedor no controla.

2. La de los Contratos Incompletos (Hart 1995) para el estudio del reparto de los derechos residuales de control. La Teoría de la Agencia supone contratos completos donde se establecen derechos y obligaciones de cada participante en cada contingencia. La Teoría de contratos incompletos —muy frecuentes en el EB— supone que sólo los derechos específicos se pueden definir y los derechos residuales permiten decidir sobre lo no cubierto por el contrato. La propiedad —con sus incentivos asociados— pasa a ser la variable clave en los contratos incompletos pues implica el control sobre los derechos residuales de decisión, lo que suele incluir el control sobre la renta residual.

La vía de los contratos incompletos centra su atención en la distribución de los derechos residuales de decisión entre los poderes del Estado, los consumidores, los grupos de presión, la prensa y otros agentes¹⁶ e incluye la consideración de los contratos implícitos, cuyo cumplimiento se sustenta en el interés de las partes en cumplir con el contrato y que son especialmente adecuados para las situaciones donde la continuidad de la relación pueda ser importante.

Dificultad técnica específica de la compra de atención sanitaria integral es la de controlar la cantidad y calidad de los servicios así como, de nuevo, el ajustar por riesgo el pago capitativo para evitar comportamientos de selección de personas y pacientes según su riesgo.

Dificultad técnica específica de la compra de servicios sanitarios es la de ajustar la medida de producto intermedio —tipo Grupos de Atención Ambulatoria— por aquellas variables que el proveedor no controla, y de las que consecuentemente no es responsable, así como la de fomentar la necesaria colaboración entre niveles asistenciales que compiten entre sí.

15 La desburocratización de los servicios sanitarios públicos.

Las fundaciones, las empresas públicas, las sociedades mercantiles y los consorcios permiten desburocratizar la gestión de los servicios sanitarios sin cambiar la titularidad pública de los mismos. Su regulación, con carácter general para el Estado, ha sido introducida con la Ley de Habilitación de Nuevas Formas de Gestión (Ley 15/97).

Su motivación fundamental viene dada por el deseo de conseguir mayor libertad de actuación fuera de los ámbitos del derecho administrativo, con ventajas de mayor agilidad, e inconvenientes potenciales de pérdida de las garantías del derecho administrativo (conurrencia en la contratación, mérito y capacidad del personal, control del gasto público, motivación de sus decisiones). Ahora bien, en ausencia de mercados competitivos para “productos”, capitales y directivos, la mera desburocratización de la organización de los servicios sanitarios públicos resulta insuficiente: hay que introducir una cierta competencia por comparación entre las distintas formas organizativas, públicas —nuevas y tradicionales— y privadas. Constituye, por otra parte, una cuestión empírica valorar si las ganancias en flexibilidad compensan el riesgo de mayor utilización desviada del poder político. Experiencias que se han podido valorar, como la de la Fundación Hospital de Manacor, ofrecen —de momento— indicios favorables, tanto asistencial como financieramente.

16 Cesión atenuada de derechos de propiedad.

El énfasis en la distribución de los derechos de propiedad permite estudiar desde la Economía temas de Ciencia Política y conceptualizar, por ejemplo, la cesión atenuada de derechos de propiedad a ciudadanos en parcelas anteriormente sujetas al proceso político para evitar que sean dominadas por grupos de interés.

La economía de las organizaciones no agota todos los enfoques e incluso, en ocasiones, la tendencia a convertir los problemas en clavos cuando se dispone de un martillo cierra el paso a alternativas obvias. Por ejemplo, si el establecimiento de incentivos fuertes resulta muy difícil (tema central en el gerencialismo) cabe pensar en la alternativa de selección que ha mantenido una ventaja competitiva (Southwest, Nucor, ISS). Una selección —más o menos científica— que se centra en las actitudes y preferencias individuales (que a los pediatras les gusten los niños, que los cuidadores se preocupen por las personas a su cargo...) y recuerda que una parte importante de las aptitudes pueden aprenderse. En cambio las actitudes cambian más raramente.

Este enfoque de la selección como solución organizativa alternativa a los incentivos tiene particular relieve en el sector público necesitado de una ética profesional y de servicio público. La selección de personal tiene así clara relevancia organizativa (menores costes de transacción para resolver lo que los incentivos no pueden resolver) e institucional (códigos de conducta, ética como instituciones informales)... los dos grandes apartados que sirven para analizar la gestión pública y los cambios organizativos en el Estado del Bienestar.

V. CONCLUSIÓN

1. No resulta arriesgado afirmar que el bienestar social vendrá favorecido por una evolución de la práctica de la medicina hacia:

- Una mayor orientación a las utilidades relevantes: las del usuario.
- Un creciente fundamento en la evidencia.
- Una interiorización del coste de oportunidad de las actuaciones (el beneficio de lo que se deja sin hacer en la mejor alternativa posible).

2. El problema fundamental de la gestión clínica, y posiblemente de la gestión sanitaria, pasa por conseguir que los profesionales sanitarios tengan la información y los incentivos para tomar decisiones coste-efectivas (los tres criterios antes reseñados). La adecuación de los incentivos pasa por reformas organizativas y profesionales (el viejo asunto de integrar a los profesionales sanitarios en la gestión). La mejora de la información por disponer de sistemas de información que den respuesta a las preguntas lógicas de qué problemas tienen los pacientes, qué se les hace y qué resultados se obtienen y por saber acceder a, primero, y aplicar, después, los conocimientos pertinentes.

3. Las vías clínicas cuyos resultados se publican en las revistas de medicina y se recogen posteriormente en los libros de texto, avanzan satisfactoriamente. Hay conciencia de variaciones, estudios de efectividad y adecuación, medida del efecto en todas sus dimensiones... Aquí entra la MBE, nueva dimensión en la evolución de la medicina, que resulta deseable: Aquélla más relacionada con los principios éticos de beneficencia y no maleficencia.

4. Las vías no clínicas de la gestión clínica presentan, en cambio, mayores problemas. Están relacionadas con los principios éticos de autonomía y equidad, y ofrecen serias

dificultades tanto para la gestión como para la investigación. Las dificultades para una descentralización responsable, vistas en este trabajo, ilustran algunas de estas dificultades y la MBE constituye una parte de la solución.

BIBLIOGRAFÍA

Agustí A, Mateu S, Molina LI, Arnau JM, Vidal X, Laporte JR. Utilización de fármacos trombolíticos en Barcelona. *Med Clin (Barc)* 1997; 108: 167-170.

Antman E, Lau J, Kupelnick B, Mosteller F, Chalmers T. A Comparison of Results of Meta-analyses of Randomized Control Trials and Recommendations of Clinical Experts. Treatments for Myocardial Infarction. *JAMA* 1992; 268:240-48

Bonfill X. La Colaboración Cochrane. *Aten Primaria* 1996; 18: 273-278.

Eddy D. *Clinical decision making: from theory to practice*. Sudbury: Jones & Bartlett Publishers, 1996.

Gol J. Bienvenidos a la Medicina Basada en la Evidencia. *JAMA* (ed esp) 1997; supl: 5-14.

Gol J, Del Llano J. El fenómeno de la "medicina basada en la evidencia". *Med Clin (Barc)* 1999; 112 (Supl 1): 3-8.

Hart O. *Firms, contracts and financial incentives*. New York: Oxford University Press, 1995.

Huguet Ballester J, Arccas García F, Benedito Rodríguez JE, Egea Caparrós JM, Gomez Gomez AE, Ortola Devesa J. Variabilidad en la solicitud de pruebas analíticas en un área de salud. En: *Variabilidad en la práctica clínica*. Huesca: Asociación de Economía de la Salud, 1998.

Jané E, Barba G, Salvador X, Salas T, Sánchez E, Bustins M. Variaciones en la tasa de hospitalización por procedimientos quirúrgicos seleccionados. Aplicación del análisis de áreas pequeñas. *Gac Sanit* 1996; 10: 211-219.

Jovell A, Navarro-Rubio M. Evaluación de la evidencia científica. *Med Clin (Barc)* 1995; 105: 740-743.

Kassirer J. Incorporating patients' preferences into medical decisions. *New Engl J Med* 1994; 330: 1895-1896.

López Casasnovas G, Ortún V. *Economía y Salud. Fundamentos y políticas*. Madrid: Ed Encuentro, 1998.

Marión J, Peiró S, Marquez S, Meneu R. Variaciones en la práctica médica. Importancia, causas e implicaciones. *Med Clin (Barc)* 1998; 110: 382-390.

Martín J. Las nuevas experiencias en gestión sanitaria. En: *Informe SESPAS 1998. La Salud Pública y el futuro del Estado del Bienestar*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1998.

Mintzberg H. Managing government, governing management. *Harvard Business Review* 1996; mayo-junio: 75-83.

North D. *Institutions, institutional change and economic performance*. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.

O'Connor A, Tugwell P. *Making choices: Hormones after menopause*. Ottawa: University of Ottawa, 1996.

Ortún V, Del Llano J. Mercado y Estado en Sanidad. En: Del Llano J, Ortún V, Martín JM^a, Millán J, Gené J. *Gestión sanitaria: innovaciones y desafíos*. Barcelona: Masson, 1998, p. 3-16.

Peiró S, Librero J, Ordiñana R. Perfiles de mortalidad hospitalaria: ¿una herramienta útil para la identificación de potenciales problemas de calidad? *Rev Calidad Asistencial* 1997; 12: 179-187.

Peiró S, Meneu R, Márquez S. La investigación en servicios de salud en España: de la curiosidad científica a la toma de decisiones. *Gac Sanit* 1995; 9: 316-320

Peiró S, Meneu R. Revisión de la utilización. Definición, concepto, métodos. *Rev Calidad Asistencial* 1997; 12: 122-136.

Repullo JR. Entre el conocimiento y la acción: ¿medicina y política sanitarias basadas en la evidencia? *Rev Administración Sanitaria* 1997; 1: 305-313.

Rodríguez Artalejo F. La salud pública basada en la evidencia. *Gac Sanit* 1997; 11: 201-203.

Rodés J, Trilla A. Fórmulas para la integración de la formación básica y clínica en Medicina. *Med Clin (Barc)* 1999; 113: 379-382.

Romeo JM, Ruiz P. *Gestión de calidad total en cirugía de litiasis biliar (mimeo)*. Madrid: Hospital Severo Ochoa de Leganés, 1994.

Roos N, Black C, Frohlich N et al. Population health and health care use: an information system for policy makers. *Milbank Quarterly* 1996; 74: 3-31.

Salas V. Gestión empresarial y sector público. *Ekonomiaz* 1996, nº 35: 146-163.

Salas V. Sobre las instituciones del Estado del Bienestar. En: A Castells y N Bosch (dir.): *El futuro del Estado del Bienestar*. Madrid: Civitas, 1998.

Sackett D, Rosenberg W, Gray J, Haynes R, Richardson W. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996; 312: 71-72.

Wagner E, Barrett P, Barry M, Barlow W, Fowler F. The effect of a shared decisionmaking program on rates of surgery for benign prostatic hyperplasia. *Med Care* 1995; 33: 765-770.

Wennberg JE. On the appropriateness of small-area analysis for cost-containment. *Health Aff* 1996; 15: 164-167.

DEBATE

PREGUNTA 1:

Ha estado presente en la presentación la medicina basada en la evidencia como una limitación de la libertad clínica. Mi posición es todo lo contrario, la

MBE es una garantía de la libertad clínica, en la medida que el clínico lo que no tiene libertad es para equivocarse. De hecho el clínico no pide libertad para equivocarse, pide libertad para ser un buen clínico, adoptándose a las necesidades del paciente. Me ha recordado, por antítesis, un chiste que leí en Lancet hace un año o dos en que el médico le decía al paciente: "hay dos maneras de tratar su enfermedad, una basada en la evidencia y otra más excitante y divertida", el médico no tiene derecho, no tiene libertad para tener comportamientos excitantes y divertidos. La libertad del clínico consiste, precisamente, en partir del conocimiento para prestar ese servicio individual en el que, por tanto, interviene el médico y el paciente. Precisamente la MBE pone en condiciones inmejorables para ejercer esa libertad clínica para mejorar su servicio y para optimizar las utilidades del paciente. La MBE también permite identificar eso que es nuevo en el pensamiento médico, que es la medida de la efectividad.

RESPUESTA:

La expresión exacta sería decir que algunos compradores de atención sanitaria han hecho un uso inadecuado de la medicina basada en la evidencia para influir en la libertad clínica en Estados Unidos. Desde el momento que un médico de una aseguradora recibe una guía de práctica clínica, no es la única guía de práctica clínica que hay en Estados Unidos sino que hay seis o siete, y en la medida que no se adapte a esa práctica clínica, a esa guía, presumiblemente fundada en la evidencia, al final de año no se le renueva el contrato; se está haciendo una instrumentalización de la medicina basada en la evidencia para limitar, pero sería un uso inadecuado de la medicina basada en la evidencia.

La medicina basada en la evidencia precisamente propicia la libertad clínica, porque lo que da es una orientación con fundamento y el clínico debe adaptarse al caso individual. Esto refuerza la libertad clínica. Lo segundo, los incentivos, es muy importante para la efectividad y muy difícil, es un incordio; no da puntos, no sirve para ser jefe de servicio, no hace carrera profesional, ¿por qué?, porque no es universal. La eficacia te sirve para publicar en el Lancet; la efectividad si es la efectividad en el Bierzo, la publicarás en el Bierzo, y eso no interesa, y eso es gravísimo, porque la efectividad es lo que importa.

Hay definiciones pero no está claro todavía lo que es la efectividad. ¿Qué es la efectividad de una vacunación? ¿El título de anticuerpos, los sarampiones que se evitan o las muertes que se evitan? Según cual definición cojas tienes un resultado distinto. Y las revistas clínicas, por muchos acuerdos que haya, el término efectividad se utiliza de forma absolutamente arbitraria y ridícula, empezando por el New England Journal of Medicine. Cuando consultas la base de datos Cochrane encuentras eficacia, y cuando vas a las publicaciones secundarias encuentras eficacia. El camino a la efectividad nos llevará bastante tiempo, pero afortunadamente hay atajos.

PREGUNTA 2:

Cogiendo cosas que has dicho, también pues un poco dirigiéndonos a nuestra audiencia, me gustaría preguntarte sobre la gestión clínica como estrategia que se basa en la mezcla entre efectividad y eficiencia. Mejoras en la efectividad, de alguna u otra manera van a redundar en mejoras en la eficiencia, es un binomio fundamental el que todavía quizá estemos lejos de comprender y de operativizar. Desde otro ángulo de análisis, ¿qué tiene que hacer un gestor, un gerente de hospital, un gerente de primaria para no agravar la disputa entre gerentes y clínicos? ¿Cuál es el papel del gerente frente a una herramienta como la MBE en su relación con los clínicos? ¿O este es otro incordio que viene más bien del mundo de la política sanitaria y que hay que convivir con él?

RESPUESTA:

Dos cosas: una la que he dicho antes, evitar la lexitimia, o sea, evitar la adquisición de compromisos imprudentes; la segunda, y pensando en el Congreso de Medicina Interna que hizo la Sociedad Andaluza en Almería el viernes pasado, devolver el problema. La medida del desempeño no es un problema del gestor, es un problema del clínico, o sea, no es el gerente el que explicará a los cirujanos cardiovasculares como se mide la calidad del trabajo de un cirujano cardiovascular. Forma parte del interés del cirujano cardiovascular saber como una tasa de mortalidad de un *bypas* se ajusta por todo aquello que no depende de él, para que cuando salga una cifra en el periódico de mortalidad de hospitales, esa cifra quiera decir algo; y cuando él reciba un incentivo a final de año esa cifra quiere decir algo.

Cuando hemos dicho “devolver el problema” significa resolver conjuntamente el problema; porque repito, el problema de medida de desempeño tiene la dimensión científica. ¿Cómo medimos quien trata mejor el asma? El problema afecta al gestor, pero no lo ha de resolver el gestor. Quien sabe más de medida de desempeño en *bypas* son los que lo hacen. El gestor puede descentralizar, pero continua siendo responsable de la gestión del hospital.

PREGUNTA 3:

Me preocupa si los gestores no vamos detrás de lo que ya ha ocurrido y, por tanto, siempre vamos pidiendo lo que debería ser y no ha sido y, por tanto, no vamos delante encaminando. Concretamente, los cuatro grupos que intervienen en la decisión final son: los enfermos, mucho los profesionales, muy poquito los gestores y los propietarios. El gerente firma cheques por decisión propia, que de un presupuesto de treinta mil millones de pesetas dudo que sean quinientos, y vienen condicionados. El cuarto grupo son los propietarios como tu muy bien has dicho, si son propietarios privados les interesa la cuenta de resultados. Si son públicos y, por tanto políticos, les interesa la paz socio-laboral. Se ha pasado desde un acto de fe en el médico, a un acto de fe en las pruebas, que esto es la medicina basada en la evidencia. Pero ya esta-

mos en la fase de la medicina basada en la satisfacción; la gente quiere y hace bien en realizar el acto sexual unos minutos antes de morir; en comprar Viagra porque felizmente la han dado, no quiere ser calvo y se pone aprobecha, quiere comer y no quiere estar gordo. Hace falta investigar sobre cómo evaluamos y como incentivamos y decirles a los clínicos estos son sus resultados que hemos evaluado. En el Clínico de Barcelona lo hacemos y lo evaluamos, bastante afinadamente. Le decimos la complejidad de cada uno y el promedio de estancia; se evalúan los residentes y se evalúan los investigadores.

Hemos hecho carrera profesional y tenemos un inconveniente: producimos mucho más de lo que nos compran. ¿Cómo resolvemos si hacemos más de lo que nos compran? ¿Echamos gente a la calle? ¿Reducimos el tamaño del hospital? ¿Hacemos que nos compren? Tenemos nuestra intención y nuestro reto.

RESPUESTA:

Voy a empezar por lo último. Creo que posiblemente en el sistema sanitario hay instalado un exceso de capacidad. Y quien es responsable del exceso de capacidad y tiene la legitimidad política para controlar la oferta en este país es la autoridad política. Hay responsabilidad en contentar a todo el mundo, a no decir que no, y hacer política. Que el objetivo es paz socio-laboral pues a ver quién es más gitano y consigue el trozo mejor de la capacidad autorizada. Creo que tenemos que hacer lo que hacen en Estados Unidos, que son muy liberales y le dicen usted esto no lo hace y se acabó, por no mencionar ya otros países europeos. La capacidad tiene que decidirla la autoridad política, porque es la capacidad la que después determina la práctica clínica. Si tú tienes mucha capacidad, si tienes muchos especialistas, todos tendrán trabajo, eso es lo primero.

Por otra parte me sorprenden algunos temas de reflexión, que tienen que ver con temas de investigación. Primero, el porcentaje recomendado de hospitales, que nunca lo investiga nadie y es una causa de falta de equidad impresionante. Segundo, en las memorias del Clínico me ha llamado la atención dos cosas: una, que aparece como primera causa de admisión una, que posiblemente es una causa de admisión inadecuada; la otra que la carrera profesional al medir cuanto pesa el médico, realmente lo que interesa al hospital, es cuanto publica.

Medir la investigación es bueno, ponderarla es otra historia. Cuando se habla de calidad hay calidad técnica, y calidad percibida; la calidad técnica se basa en el conocimiento más la tecnología. Sin duda ninguna el conocimiento actualizado lo da la investigación relevante; para conocer la investigación relevante no tenemos más que publicación en revistas, y cuanto más factor de impacto más, prestigio. Suponemos que la investigación mejora el conocimiento, prestigia al servicio y tiene una demanda extra regional.

PREGUNTA 4:

Considero que existe un riesgo de fracaso importante en el desarrollo de la gestión clínica en los hospitales públicos. Me explico, he entendido que recomienda prudencia en el desarrollo de las vías no clínicas por las restricciones, las limitaciones en la transferencia de riesgo, por la capacidad de descentralización que realmente tenemos hoy en día en los hospitales. Creo que la gestión clínica, en cierto modo, ha entusiasmado a los clínicos, por diversos motivos; uno de ellos, la posible recuperación de poder perdido en el pasado, pero también la capacidad de tomar decisiones de una forma más inmediata; entonces creo que la expectativa es muy importante. Se ha dicho aquí que en Andalucía hay ya doscientas en primaria unidades clínicas y que hay casi cien en vías de presentación. Me da la impresión que fracasamos en esta ocasión, pues apaga y vámonos. La pregunta es ¿qué riesgo de fracaso considera que tenemos? y, ¿qué recomienda al gestor?

RESPUESTA:

Esta pregunta la puedes contestar tú mejor y no quiero poner en compromiso a alguna persona que veo por aquí que también la podría contestar. Creo que un gestor que tenga una actitud ética debe decir: hay cosas que hay que hacer, y las hago así, tiene mucha mayor fuerza que el gerente absolutamente acomodaticio. No obstante, la prudencia es la siguiente: si vamos a jugar a la gestión clínica, no hacer nunca ninguna promesa y pensar que la medicina no tiene más remedio que ir por esta vía, y que lo que siempre puedes prometer a un jefe de servicio, a un clínico: usted disfruta haciendo las cosas bien, mejor que mal, usted disfruta escogiendo un poquito más su modelo de historia clínica; usted disfruta en suma teniendo mas autonomía de decisión.

Hablamos de cambios en la gestión organizativa en España y hacemos un diagnóstico posiblemente equivocado: esclerosis; tratamiento pues gimnasia. Flexibilizar el diagnóstico quizá es reparto de poder que impide cambios; si reparto de poder impide cambios; no prometamos incentivos que sean discriminadores porque posiblemente nos sobrepasen; pero si hay una actitud honesta, es decir, yo puedo hacer esto, mi papel como gerente es éste y yo aquí ayudaré hasta donde pueda, y como mínimo conseguiréis estar contentos con vosotros mismos, porque hoy en día, un médico no puede pasar de la medicina basada en la evidencia.

*Evidencia clínica
y la gestión de
servicios sanitarios*

BERNARD CRUMP
*Director of Public Health
Leicestershire Health
Reino Unido*

EVIDENCIA CLÍNICA Y LA GESTIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS

I. INTRODUCCIÓN

El objetivo de esta presentación es compartir las experiencias vividas en el Reino Unido durante la última década por la “revolución” que ha supuesto el impacto de la evidencia clínica sobre la gestión de los servicios sanitarios.

Para situar mi ponencia en el contexto adecuado necesito describir, de forma resumida, la organización de nuestro servicio y el papel que desempeña dentro del mismo. Si algunos miembros del público ya la conocen, les pido disculpas por esta exposición.

Trabajo en Leicestershire, un condado situado en el centro de Inglaterra con una población de algo menos de 1 millón de personas atendido por un organismo sanitario denominado el *Health Authority*. La atención sanitaria primaria está proporcionada por 450 médicos especializados en medicina de familia (*General Practitioners, or GPs*) ubicados en 150 consultas médicas (*practices*) que atienden una población que puede variar entre 1.200 a 37,500 pacientes. Hasta el año pasado, la mitad de estas consultas médicas manejó sus propios presupuestos mediante un esquema de financiación pública denominado *fund-holding*, lo que quiere decir que disponían de un presupuesto con el que comprar medicamentos y algunos servicios de atención secundaria especializada para sus pacientes. El año pasado, con la abolición de este sistema de financiación, todas estas consultas médicas pasaron a formar parte de diez Grupos de Atención Primaria (*Primary Care Groups, PCG*). Con el tiempo está previsto que los *PCG* se encarguen de comprar toda la atención especializada requerida por sus pacientes. Estos *PCG* son responsables ante el organismo sanitario llamado el *Health Authority*, antes mencionado.

Los profesionales adscritos a estos grupos de atención primaria incluyen también a odontólogos, optometristas y farmacéuticos. Al igual que pasa con los médicos de familia, estos últimos no son empleados sino profesionales autónomos que prestan sus servicios al *Health Authority* y grandes defensores de su independencia laboral. Con cada uno de estos grupos profesionales el Gobierno ha negociado un sistema de honorarios y complementos que configura el salario del profesional. A nivel local existe muy poca flexibilidad en el esquema de pagos de honorarios y complementos, y muy pocos incentivos para mejorar la asistencia sanitaria prestada.

Tanto los servicios de salud mental como los de salud comunitaria (enfermeras que cuidan a los pacientes de un distrito, enfermeras que atienden a los escolares, visitas a domicilio, y personal dedicado a actividades de rehabilitación de la comunidad) son proporcionados en el ámbito local a través de los *NHS Trusts*, que reciben financiación del Servicio Nacional de Salud (*National Health Service, NHS*). Cada *NHS Trust* se rige por su propia Junta de Dirección y un Consejero Ejecutivo, que es el responsable ante el Parlamento para los asuntos relacionados con su organismo.

Otros *NHS Trusts* se encargan de gestionar cada uno de los tres hospitales locales. Estos tres hospitales docentes de agudos (*acute teaching hospitals*) proveen prácticamente todos los cuidados secundarios y terciarios requeridos por la población de Leicestershire, junto con algunos servicios especializados a otros pacientes que provienen de distintos organismos sanitarios cercanos.

Un *NHS Trust* emplea a todo el personal, incluyendo al personal médico de rango superior. Los servicios que proveen los *NHS Trusts* son negociados en el entorno local mediante convenios de servicios, anteriormente denominados contratos, que especifican el volumen de actividad, los niveles de calidad esperados de dichos servicios y los costes, junto con previsiones de lo que se hará en el caso de que los niveles de actividad superen lo programado.

El Gobierno, que tomó posesión de su cargo en 1997, prometió que aboliría el “mercado interno” y que lo sustituiría por un sistema basado en la colaboración y no en la competencia. Sin embargo, como podrán ver por la estructura que he descrito, han mantenido la separación entre la compra y la provisión de servicios —por lo menos en el ámbito de la atención especializada—. Como está ocurriendo en muchas otras zonas de mi país, los tres organismos que actualmente rigen nuestros tres hospitales para agudos se fusionarán a partir del año que viene para conseguir que todos los servicios para agudos sean gestionados por un mismo organismo; una propuesta que había sido rechazada por el Gobierno anterior como anti-competitiva. El nuevo Gobierno también deseaba trasladar la importancia concedida anteriormente en los convenios de servicios desde el coste-beneficio y eficiencia hacia la prestación de una asistencia de calidad. Más adelante hablaré con Uds. de los mecanismos propuestos para lograr este objetivo.

Trabajo en el organismo sanitario denominado *Health Authority*, como Director de Salud Pública. Soy el responsable de un pequeño grupo de especialistas que nos ocupamos de garantizar la provisión de programas de salud pública para nuestra población. También soy el responsable de dirigir la compra de servicios y el desarrollo de una estrategia para garantizar la efectividad clínica, tareas que realizo en colaboración con nuestros médicos de familia (*GPs*) y *Trusts* en Leicestershire. Actualmente, soy miembro de un comité nacional que compra una pequeña cantidad de servicios altamente especializados (por ejemplo, trasplantes de hígado) para todo Inglaterra. La ponencia que les ofrezco hoy se basa en las experiencias que he adquirido durante el desempeño de todas estas diversas responsabilidades.

II. LA APARICIÓN DE LA MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA

Hace diez años muy pocas personas trabajando en Inglaterra conocían el término “medicina basada en la evidencia” (MBE); hoy en día cualquier clínico que proponga el desarrollo de un servicio, bien en atención primaria o la secundaria, hará referencia a la MBE en su propuesta. Si los autores de todas estas propuestas entienden este término es otra cuestión. No obstante, no cabe ninguna duda que el concepto de tomar decisiones basadas en la evidencia ha captado la atención de todos.

La MBE no es un concepto nuevo, y probablemente podamos encontrar sus orígenes hacia mediados del siglo XVIII en París. Los primeros intentos de sistematizar uno de los elementos de la MBE dentro de la práctica médica llegaron con la introducción de la *auditoría médica* a principios de los años 80. La auditoría médica recibió una financiación nacional especial llamada “*ring-fenced financing*” (financiación en forma de valla circular), debido a que ciertos recursos monetarios se hicieron disponibles sólo para apoyar a actividades concretas como ésta, llegando a ser obligatorio para los médicos de hospitales. La independencia laboral de la que disfrutaban los médicos de familia (los *GPs*) significaba que aunque muchos empezaron a llevar a cabo auditorías en sus consultas, aquellos que eligieron no hacerlo no pudieron ser obligados. Conforme las cantidades asignadas para auditorías médicas aumentaban los ingresos de los *NHS Trust* (alrededor de 250,000 libras esterlinas al cambio de hoy) para la *Trust* más grande, aproximadamente 0.2% de sus ingresos totales, los gerentes de los *Trusts* se interesaron más por implantarlas. La ocasión le brindó a muchos gerentes su primera oportunidad para plantear cuestiones relacionadas con la calidad de los servicios prestados por sus profesionales clínicos.

Después de la introducción de estas auditorías médicas se extendió el uso de la multidisciplinar *auditoría clínica*, que iba acompañada por el requerimiento de realizar un informe anual, aunque guardando en el anonimato el desempeño de los clínicos individuales. Al introducir este mercado interno, el Sistema Nacional de Salud recibió una orientación sobre la proporción de los fondos para auditorías, canalizados a los hospitales vía los convenios de servicios, que a su vez deberían reflejar los aspectos identificados en las auditorías como prioritarios para los responsables del encargo de los servicios.

En Leicestershire acordamos un conjunto de seis medidas para valorar los resultados o en algunos casos de procesos, que deberían ser recogidos por cada uno de los 30 servicios con quienes habíamos suscrito convenios específicos. Los clínicos acordaron las medidas que debían ser incluidas, pero el Director Ejecutivo de la *NHS Trust* era quien daba la aprobación final. La entrega de estas medidas de resultados significó el cumplimiento de los términos acordados en el convenio para la auditoría clínica.

La auditoría clínica no ha disfrutado de un gran éxito en el Reino Unido. Inicialmente, hubo una falta de claridad en cuanto al alcance de la auditoría: si debía ser esencialmente una herramienta educativa o si también debería considerar los aspectos relacionados con la organización y provisión de atención sanitaria. Muchos clínicos no realizaron el diseño y cumplimiento de sus auditorías, en parte porque el personal asignado para apoyarles no tenía los conocimientos suficientes y también porque la formación académica necesaria se realizó de forma relativamente lenta. Se había publicado poco sobre atención sanitaria siguiendo los criterios definidos por la medicina basada en la evidencia, lo que dificultaba el poder contrastar los resultados de las auditorías.

El personal que gestionaba y dirigía los *NHS Trust* mostró un interés variable en este asunto especialmente porque nunca había asumido la responsabilidad sobre la calidad de la atención prestada. Esta discusión favorecía la opinión de algunos clínicos, preocupados por si la auditoría provocaría una “caza de brujas” de los que menos rendían. Los gerentes disponían de un poder limitado. Cuando algunos no cumplieron con lo pactado en los convenios referente a la entrega de las medidas de resultados, el único modo de sancio-

narles era amenazarlos con retener la financiación para auditorías asignada a sus centros; pero esta postura luego dio lugar a noticias en los medios de comunicación locales que estábamos reteniendo recursos destinados a mejorar la calidad de los servicios.

En el ámbito de la atención primaria hubo bastantes entusiastas, pero fueron aún más los clínicos que no vieron la necesidad de implicarse en una auditoría. Aquí las medidas a utilizar no estaban tan claras. En mi zona financiamos a un grupo de médicos de familia que buscó el apoyo de un grupo de auditores y otros profesionales formados en el tema, para poner sus conocimientos a la disposición de otros médicos de familia interesados en poner en marcha una auditoría clínica en sus consultorios.

III. LOS EVANGELISTAS

La progresión de la Auditoría Clínica hacia la Medicina Basada en la Evidencia en Inglaterra empezó a acelerarse a principios de los 90, cuando un número creciente de clínicos y gestores empezaron a conocer los trabajos que procedían de América del Norte, y en particular de la Universidad de McMaster en Ontario (Canadá). Algunos de nosotros tuvimos la suerte de poder visitar “Maca” y conocer de primera mano sus planteamientos acerca de la práctica médica basada en la evidencia. Otros nos familiarizamos con el tema después de escuchar hablar a David Sackett durante el año sabático que pasó en el Reino Unido, antes de ir a establecer el Centro Cochrane en Oxford en 1995. Un público aún más amplio se interesó por la MBE a través de distintas publicaciones, inicialmente el *Journal of the American Medical Association*, y posteriormente en el *British Medical Journal*.

Los mensajes básicos divulgados por la MBE demostraron ser extremadamente intuitivos y persuasivos para muchos profesionales médicos:

- Que la nueva evidencia que tiene un impacto sobre las prácticas clínicas emerge a una velocidad alarmante.
- Que acceder a esta evidencia es un problema, especialmente por el poco tiempo disponible debido a otras ocupaciones, lo cual significa que dedicamos muy poco tiempo a la lectura.
- Que el rendimiento clínico se deteriora, y no mejora, a través del tiempo.
- Que los métodos tradicionales de educación continua para médicos no parecen resolver el problema.

Algunos médicos desconfiaron, y siguen desconfiando, de la MBE. Ellos argumentan que la evidencia no está disponible para muchas decisiones clínicas y que muchos pacientes padecen de más de una patología mientras que la evidencia de mayor calidad se extrae de estudios que raras veces incluyen tales pacientes; además, les preocupa que la MBE sea una especie de “libro de cocina” para la medicina, que infravalore la habilidad clínica y la experiencia.

IV. EL MENSAJE Y EL MEDIO

Lo que más dificultaba la rápida implantación de la MBE fue, sin embargo, la falta de acceso a las herramientas necesarias para llevar a cabo esta tarea. Concretamente, existía la necesidad de valorar y resumir la evidencia; de publicarla en revistas de tipo secundario; de mejorar el acceso a esas publicaciones; de resumir y valorar la evidencia; de adiestrar a la gente sobre cómo usarla.

El progreso en estas áreas ha sido espectacular, especialmente en el curso de los últimos cuatro años. Su desarrollo ha sido dirigido por entusiastas, como es el caso de la publicación *Bandolier*, que ha traído evidencia e información metodológica a un amplio público en un formato extremadamente ameno y accesible. Las editoriales dedicadas a la publicación de estas revistas también le han dado un impulso, inicialmente con el grupo *ACPC Journal*, después con el *Journal of Evidence Based Medicine*, y ahora con una pléthora de revistas de tipo secundaria en la mayoría de los ámbitos de la medicina.

Nuestro Departamento de Salud también prestó su liderazgo en 1994 cuando financió el *Centre for Reviews and Dissemination*, ubicado en la Universidad de York. El papel de este centro ha sido el de realizar una revisión sistemática de la evidencia para intervenciones en salud, y para otros programas, que puedan tener un impacto en la salud con el fin de difundir esos resultados en medios relevantes. Una gran parte de las ocho regiones que forman parte del Servicio Nacional de Salud tienen financiación para unidades académicas que cumplen un papel similar, dando respuesta a las necesidades de la NHS en su localidad. Recientemente estas unidades han trabajado en un acuerdo que regula la evaluación y preparación de informes para evitar que se dupliquen los esfuerzos.

Estamos presenciando una revolución aún más espectacular de acceso a la evidencia debida al uso del CD rom e Internet. Todos los clínicos de atención secundaria en Leicestershire tienen acceso a estas herramientas en su lugar de trabajo y muchos ya disponen de ellas en las plantas o en las consultas.

En la atención primaria el acceso es mucho más irregular. El carácter independiente del contrato con los médicos de familia (GP) y las preocupaciones sobre competitividad en el negocio de informatización de los puestos de trabajo (IT *Intelligent terminal*) significa que no hay ningún sistema estándar para los (GP) y relativamente pocos de ellos disponen de una terminal inteligente sobre su mesa con capacidad de acceso mediante CD rom.

Un objetivo nacional para conectar todas estas consultas para diciembre de 1999 a una intranet del NHS con acceso Internet ha tenido que ser abandonado debido a las dificultades técnicas y una polémica sobre quien pagaría la factura telefónica de estas conexiones. Sin embargo un grupo entusiasta de médicos de medicina de familia esta accediendo a la evidencia sacando provecho de nuevas alternativas. En Leicestershire hemos ayudado a conseguir un acuerdo entre informáticos y médicos para ayudarles a compartir la información disponible en cada consulta y poder analizar la atención clínica que prestan.

Ha habido un gran incremento en la disponibilidad de formación sobre el uso de la evidencia y se ha lanzado toda una serie de iniciativas para estudiantes de medicina, médicos de atención primaria, médicos de atención secundaria, enfermeras, demás personal sanitario y no sanitario que puede estar implicados como miembros de las juntas directivas o como representantes públicos en las distintas comisiones. Los programas de formación dirigidos a gestores incluyen contenidos sobre como apreciar el uso de la evidencia clínica en la toma de decisiones y han existido algunos cursos y publicaciones especializadas dirigidos hacia ellos.

V. IMPACTO EN LOS GESTORES

Es importante señalar que una gran parte de la gestión de la atención sanitaria en el Reino Unido está en manos de gerentes clínicos, que a la vez continúan prestando atención clínica, y cuya filosofía sobre el uso de la evidencia clínica proviene en gran parte de su experiencia clínica. Los gerentes, que no provienen de un entorno clínico, se han ido dando cuenta paulatinamente de la necesidad de tomar decisiones apoyadas en la evidencia; las sugerencias procedentes de los servicios sanitarios insisten en que las propuestas para el desarrollo de los servicios identifiquen las evidencias que justifiquen el cambio. La responsabilidad de los gerentes para la calidad de los cuidados prestados dentro de la atención secundaria se ha incrementado durante el año pasado con la introducción del llamado *gobierno clínico*, algo que les describiré mas adelante.

Gestores de distintas partes de nuestro sistema han respondido de modos distintos, y les daré unos ejemplos resumidos de Leicestershire.

VI. LOS RESPONSABLES DEL ENCARGO DE LOS SERVICIOS

La Autoridad Sanitaria (*Health Authority*) tuvo mucho interés en estimular el desarrollo de practicas basadas en una buena evidencia pero nos dimos cuenta que, para que esto tuviera un beneficio máximo, el esfuerzo tenía que ser coordinado y enfocado en problemas importantes de salud a nivel local. Este punto de vista se basó en nuestra observación de que muchos grupos diferentes de clínicos estaban desarrollando sus propias guías de practica clínica sin una elaboración coordinada, sin las habilidades apropiadas y sin la representación de los intereses de los distintos grupos. Daba la impresión que algunas de estas guías pretendían que otras personas cambiaran su forma de hacer las cosas para facilitarle la vida a los médicos, en vez de mejorar el cuidado prestado al paciente.

Negociamos la creación de un grupo de doce personas que representaban los diferentes hospitales, centros de atención primaria, diferentes grupos de profesionales sanitarios y usuarios apoyado por una secretaria técnica. Este grupo ha desarrollado una estrategia para la efectividad clínica. La cual incluye:

- Acuerdo en el desarrollo de un pequeño número de guías clínicas para Leicestershire.
- Acuerdo en los temas que deberían ser auditados abarcando distintas instituciones.

- Financiación especial (*ring-fenced fund*) para organizar auditorías en los puntos de enlace entre la atención primaria y secundaria.
- Desarrollo de las medidas del producto que figura en los convenios de servicios firmados por los médicos.
- Intento para asegurar que esta estrategia sea impulsada por la nueva evidencia que aparezca.

Así por ejemplo, un grupo clínico formado en la valoración crítica produce la “Guía de Prácticas Clínicas de Leicestershire” de forma estandarizada. Ellos gestionan el formato de la guía y los métodos de difusión. Se encargan las auditorías relevantes para detectar si la guía produce un cambio en las prácticas médicas.

Los temas iniciales incluyen:

- La prevención secundaria de las enfermedades coronarias.
- La gestión y manejo del sangrado menstrual anormal.
- La revisión anual de diabéticos.
- La gestión y manejo de las úlceras de las piernas.
- La gestión y manejo del *helicobacter pylori*.
- El diagnóstico y gestión de la osteoporosis

El programa anual de auditorías basadas en los puntos de enlace entre los servicios de atención primaria y secundaria ha afrontado el problema causado por la organización de las auditorías clínicas que ignoraban el hecho de que muchos de los problemas relacionados con el cuidado de los pacientes surgían cuando los individuos se movían desde una estructura a otra.

En un taller acordamos un programa anual de auditorías y de líneas de actuación. En el mes anterior a dicho taller sus miembros estaban obligados a revisar un número concreto de publicaciones en la revista *Evidence Based Medicine* y en *Bandolier*, con el fin de identificar nuevas evidencias que ellos estimaran relevantes para la salud de nuestra población local. Aunque gran parte del trabajo en este foro para la efectividad lo realizan los clínicos, también reciben aportaciones de los gerentes y son respaldados por ellos.

VII. LOS PROVEEDORES

Como respuesta a la necesidad sentida por los clínicos de ser apoyados en su búsqueda de la MBE, uno de nuestros hospitales locales ha establecido lo que ellos llaman un centro para la mejor practica (Centre for Best Practice, CBP). Este pequeño departamento interno cuenta con personal dotado de los siguientes conocimientos:

- Habilidades relacionadas con biblioteconomía e Internet.
- Auditoría.
- Gestión de riesgos.

- Estadística.
- Formación, y
- Reingeniería de procesos y gestión del cambio.

El CBP puede proporcionar apoyo para proyectos que nacen del deseo de los clínicos por el cambio, o porque un incidente o una vigilancia rutinaria de los datos sugiere la necesidad de cambiar. Ese cambio puede estar relacionado con la organización de un servicio o con la práctica clínica. Los clínicos del hospital pueden anticipar los cambios mediante la identificación de temas en los que desearían conocer evidencias nuevas. Esta evidencia les puede ser remitida a su lugar del trabajo de forma regular.

El interés puesto en la gestión de riesgo y en la necesidad de disponer de personal capacitado para ayudar a gestionar cambios en los sistemas o en el comportamiento se percibe como muy significativo. El CBP representa un acto aventurado compartido entre el director gerente quien se doctoró recientemente en reingeniería de procesos/gestión del cambio y el director médico.

VIII. ATENCIÓN PRIMARIA

Los profesionales sanitarios del Reino Unido han estado a la cabeza de la gestión en atención primaria, siendo el modelo dominante para la provisión de asistencia sanitaria primaria los consorcios entre médicos (*partnerships*). La mayoría de los consorcios emplean a un gestor. La categoría profesional de estos directivos se ha visto mejorada en las consultas denominadas *NHS Trusts* debido a las responsabilidades presupuestarias que asumen. Normalmente el gestor del consorcio es un empleado de los médicos que trabajan en el mismo.

En un pequeño número de experiencias piloto, se ha contratado a un *NHS Trust* para prestar atención primaria a una población determinada. Los médicos y las enfermeras que proveen esta atención son empleados del mismo *NHS Trust* y, a efectos de la gestión, son responsables ante el Director Gerente del *Trust*. Esto implica que el gestor tenga un papel considerablemente más importante en la toma de decisiones comparado con las consultas gestionadas por formas más tradicionales.

Desde Abril de 1999, todas los consorcios de medicina familiar entran a formar parte de un Grupo de Atención Primaria. Este grupo tiene un Director Gerente pero su influencia sobre la calidad de la atención clínica prestada por los médicos esta limitada por la naturaleza del contrato existente.

En el ámbito local nuestros esfuerzos se han concentrado en tres aspectos para mejorar la calidad en atención primaria. En primer lugar, hemos desarrollado y promovido un sistema de acreditación voluntaria para las consultas que denominamos "el esquema" (*bluebprint*). Los médicos que quieren participar en esta acreditación se someten a una inspección por parte de otros médicos acreditadores procedentes de otra ciudad. Aunque esta inspección se centra mucho en los aspectos organizativos de las consultas médicas,

esto es justificable porque son factores que influyen en la atención del paciente. Cada consulta debe entregar al equipo acreditativo los protocolos de asistencia médica para distintas patologías.

En segundo lugar, junto con una serie de destacados médicos de familia, hemos diseñado un programa de trabajo para un grupo de apoyo que proporcionará ayuda práctica a los médicos de familia, odontólogos y farmacéuticos en la realización de una auditoría de su trabajo y en el diseño de intervenciones para mejorar la calidad. Esto incluye el apoyo de la Autoridad Sanitaria (*Health Authority*) al desarrollo académico en colaboración con el Centro para la Mejor Práctica (*Centre for Best Practice, CBP*), a pesar de la opinión contraria de algunos médicos de familia locales. Este CBP fue establecido fundamentándose en el desarrollo y establecimiento de prácticas estándar y el establecimiento de herramientas válidas para evaluar la asistencia sanitaria, aún en áreas tan difíciles como la calidad de la atención clínica.

En tercer lugar, hemos acordado con los profesionales locales los procedimientos a seguir en el caso de que la labor de un médico de familia despierte recelos. Puede que se sorprendan al saber que en el Reino Unido la Autoridad Sanitaria no puede suspender a un médico de familia del ejercicio su profesión, a pesar de tener pruebas sobre un deficiente desempeño.

Los gestores han desempeñado un papel clave en el desarrollo de tales iniciativas y como resultado se ha conseguido la acreditación de veinte consultorios y una reducción del número de prácticas de solamente quince. En Leicestershire nunca antes se han sometido los médicos a ningún aspecto de su trabajo a una auditoría; el nuevo enfoque ha permitido una serie de medidas que contribuyeron a resolver seis casos donde las prácticas médicas levantaban sospechas. La mayoría de estas acciones fue llevado a cabo basándose en los datos obtenidos por la evidencia clínica.

IX. GOBIERNO CLÍNICO

Como parte de los esfuerzos del nuevo Gobierno del Reino Unido para modificar el énfasis de los convenios de servicios desde el coste hacia la calidad, el Gobierno publicó un libro blanco en 1998, titulado “Un Servicio de Primera Clase”. Con esto introdujo una nueva obligación estatutaria en los *NHS Trusts* mediante la cual se les hicieron responsables ante el Parlamento de la Nación de la calidad de la atención clínica prestada por sus profesionales. Anteriormente los *NHS Trusts* sólo tuvieron la responsabilidad de garantizar la honradez financiera y administrar bien sus recursos, lo que se denominó “Gobierno Corporativo”. La introducción de esta nueva responsabilidad significa que el Director Ejecutivo de un *NHS Trust* asume su propia responsabilidad para consolidar el “Gobierno Clínico” (*Clinical Governance*) de la atención sanitaria prestada por su organización.

X. LO QUE TODO ESTO SIGNIFICA

El “Gobierno clínico” se define como un marco a través del cual las organizaciones que dependen del NHS se responsabilizan de la mejoría continua de la calidad de sus

servicios para salvaguardar los altos índices de atención sanitaria y crear un ambiente dentro del cual florezca la mejora de la atención clínica.

La intención es que ésta sea una estrategia nacional para llevarla a cabo en el ámbito local. Existe una gama de iniciativas nacionales que apoyan la introducción del “Gobierno clínico”. Una de las más relevantes al respecto es el papel asignado al Instituto Nacional para la Excelencia Clínica (*National Institute for Clinical Excellence - NICE*) y la Comisión para Mejorar la Salud (*Commission for Health Improvement - CHI*).

NICE es una nueva organización encargada de proporcionar información fiable a clínicos y gestores sobre la evidencia disponible que apoye nuevos tratamientos y a los ya existentes. Tiene un programa de trabajo acordado, y ha empezado a proporcionar información hace unas semanas. Una de sus prioridades será concentrarse en temas específicos y concretos, particularmente los que tienen que ver con la efectividad y la relación entre coste y efectividad de nuevos medicamentos y procedimientos.

NICE iniciará sus valoraciones en el Otoño de 1999 sobre los siguientes temas:

- Prótesis de cadera
- Avances en prótesis auditivas
- Extracción rutinaria de muelas del juicio
- *Screening* mediante base líquida de la citología cervical
- Desarrollo de estenosis en arterias coronarias
- Taxanes para cánceres de mama y ovario
- Sistemas inhaladores para el asma infantil
- Inhibidores de bombas de protones (*Proton Pump Inhibitors-PPI*) para la dispepsia
- Interferon beta/glutarimer para la esclerosis múltiple
- Zanamivir/seltamivir para la gripe

NICE valorará a principios del 2000 los siguientes temas:

- Cirugía laparoscópica
- Cuidados de la herida
- Defibriladores implantables cardioectores
- Trasplante de cartílago autólogo
- Riluzole para afectación de la motoneurona
- Ritalin para la hiperactividad
- Ribavarin/alpha interferon para la Hepatitis C
- Inhibidores de la Cox-II para la artritis reumatoide
- Orlistat sibutramine para la obesidad
- Glitazones para la Diabetes del Tipo II

- Inhibidores de los receptores Glucoproteína IIb/IIIa
- Nuevos medicamentos para la Enfermedad de Alzheimer

El Instituto también publicará, por lo menos, dos Marcos para el Servicio Nacional (*National Service Frameworks, NSF*) anuales. Estos se consideran “esquemas” (*blueprints*) para garantizar la provisión mantenida de servicios. El Marco aplicable a los servicios de salud mental fue publicado el mes pasado y el marco que se aplicará para las enfermedades coronarias, a pesar de sufrir muchos retrasos, esta a punto de salir. Se espera que los niveles identificados en estos documentos sean alcanzados en cada hospital y en el resto del ámbito sanitario. Estos niveles están basados en la evidencia.

La Comisión para Mejorar la Salud (CHI) es un nuevo organismo que sirve para inspeccionar los servicios y averiguar si los acuerdos logrados en los “Gobiernos clínicos” y en los marcos NFS están siendo llevados a cabo en el ámbito local. El CHI responderá a peticiones de los gestores y los responsables del encargo de los servicios para intervenir cuando estos detectan problemas en sus servicios y emitirá una opinión independiente sobre la calidad de la atención prestada. De nuevo un gestor del Sistema Nacional de Salud, con apoyo clínico, está a la cabeza de la nueva iniciativa.

XI. IMPLANTACIÓN EN EL ÁMBITO LOCAL

En el ámbito local cada organización debe preparar una estrategia para el “gobierno clínico” encabezada por su Director Ejecutivo, que será apoyado por un grupo clínico compuesto por representantes de las principales profesiones clínicas. Deberán desarrollar un plan de acción y un informe anual que se hará público.

El énfasis dado a organizaciones individuales y al papel del Director Ejecutivo tiene el riesgo de que no se dedique la atención suficiente a los cuidados prestados en los puntos de enlace entre los distintos niveles. Además de desarrollar acuerdos para nuestros propios servicios mi organismo sanitario (*Health Authority*) ha tenido mucho interés en reunir a nuestras organizaciones locales para que coordinen sus planes. También tenemos la responsabilidad de asegurar que aquellas mejoras de calidad que requieren inversiones sean identificadas y priorizadas sin olvidar la necesidad de valorar otras demandas de los recursos disponibles.

XII. LECCIONES

¿Qué lecciones hemos aprendidos a lo largo de la última década en nuestros intentos de potenciar la atención sanitaria basada en la evidencia? Les ofrecería las siguientes:

1. Lo bueno

Hemos presenciado el inicio de un cambio cultural. La conciencia, el conocimiento y las actitudes entre clínicos y gestores se mueven hacia el uso de la evidencia clínica en

la toma de decisiones. Por supuesto, esto no es todavía suficiente porque no siempre practicamos lo que predicamos. Todavía existen demasiados ejemplos donde el pragmatismo y la política parecen jugar un papel más importante en la toma de decisiones que la evidencia. El ritmo de este cambio cultural irá incrementándose porque hemos modificado de forma significativa la formación de futuras generaciones de profesionales para que sean capaces de valorar la evidencia y utilizarla. Están recibiendo estrategias dirigidas a un aprendizaje continuo durante su vida profesional. A pesar de que ocasionalmente observen que sus modelos profesionales más significativos utilizan prácticas distintas a las suyas, creo que el cambio es irreversible.

Sin embargo tengo serias dudas de que los gestores del futuro estén recibiendo una buena formación básica sobre la importancia de la evidencia clínica. Un colega y yo editamos un manual hace cinco años dirigido a mejorar las habilidades de los gestores en la evaluación de la evidencia clínica y otros organismos han hecho cosas parecidas pero siempre enfocando los contenidos hacia los profesionales clínicos. Me gustaría ver, por lo menos, que los gerentes supieran valorar mejor la evidencia clínica y reconocer la importancia de las prácticas de gestión basadas en la evidencia, ya que los cambios del comportamiento son difíciles de conseguir y necesitamos la ayuda de los gerentes para lograrlo.

Si hay algo que me gustaría resaltar de nuestro abordaje en Leicestershire, es que hemos intentado encabezar un esfuerzo coordinado para no malgastar nuestras energías y efectuar cambios que estén enfocados hacia problemas importantes de salud local, reconociendo la trascendencia que tiene la gestión de la atención sanitaria en el punto de enlace entre los distintos niveles de nuestro sistema de atención sanitaria.

2. Lo malo

Como dije al principio tenemos mucho que aprender tanto de nuestros errores como de nuestros éxitos. Un ejemplo sería la falta de claridad y acuerdo sobre el objetivo de la auditoría médica desde su comienzo lo cual significa, desde mi punto de vista, que no se gestionó el proceso adecuadamente y por lo tanto no alcanzó todos sus objetivos. Diez años después podemos ver que, por lo menos, la instauración del “gobierno clínico” ha conseguido introducir elementos de gestión y responsabilidad individual en el sistema.

Otro factor que no ayuda mucho es la reticencia del Gobierno del Reino Unido en reconocer que los recursos son escasos y en decir que el acceso a la atención sanitaria debe ser limitado. Peor aún, algunos ministros y comentaristas profesionales han mantenido que mientras se siga proporcionando atención no apoyada en la evidencia, las peticiones de nuevos recursos para el Sistema Nacional de Salud serán bloqueadas. Esto ha contribuido al mantenimiento de una pequeña, pero pregonera, minoría que argumenta que la MBE es básicamente una justificación para recortes presupuestarios. Tampoco reconoce que de las variaciones inaceptables en las prácticas clínicas se deben a un deficiente diagnóstico de la enfermedad y deficiente manejo su tratamiento. No quieren ver que las prácticas clínicas basadas en la evidencia suponen un aumento de los costes a la misma vez que un ahorro. Por supuesto, los recursos se utilizarán de una forma más eficaz.

Como podéis ver por lo que os he contado, hemos insistido en la necesidad de evaluar la evidencia y colocarla en el punto de mira de los profesionales clínicos. Aunque

necesario, esto no es suficiente. Algunas de las lecciones más importantes que podemos extraer del movimiento de la MBE son orientaciones sobre cómo la mejora del conocimiento se traduce en cambios del comportamiento.

En el ámbito nacional y local todavía no hemos aplicado estas lecciones debidamente, en parte porque éste es el aspecto menos popular de la medicina basada en la evidencia. Las lecciones recogidas del trabajo de Sackett y sus compañeros incluyen la retroalimentación del rendimiento del individuo y su comparación con el de sus colegas; la búsqueda de incentivos para el cambio; y la problemática de que algunos individuos elijan participar en actividades de desarrollo profesional en áreas donde piensan que no les hace falta.

Un pequeño estudio aleatorio, que realicé con un colega, fracasó porque no logramos persuadir a los médicos que participaran en él. Nuestra pretensión era ofrecer apoyo adicional y consejos basados en la evidencia extraída de sus propias consultas para reforzar la implantación de nuevas directrices para el tratamiento del asma. Ellos argumentaron que no tenían tiempo y que no les hacía falta nuestro apoyo. Queda por ver si la introducción del “gobierno clínico” en el ámbito de la atención primaria será eficaz, mientras se mantenga el modelo de contrato laboral existente para los médicos de familia.

XII. CONCLUSIÓN

Durante la última década hemos experimentado una revolución en la disponibilidad y en las referencias a la evidencia clínica. En el Reino Unido esto ha empezado a tener un impacto sobre el papel de los gestores y de los clínicos. La aceptación por parte de los gestores varía dependiendo del lugar de trabajo que ocupen dentro de nuestro sistema de salud.

En los próximos 10 años, esperamos ver un mayor empeño en la transformación de este conocimiento en cambios sobre las prácticas clínicas que beneficiarán a los pacientes. La disponibilidad de la evidencia para los usuarios y un papel más destacado para los gestores en la coordinación de los esfuerzos de los clínicos será importante para no perder de vista los objetivos más importantes de salud a nivel local. Todavía es imprevisible si esta revolución tendrá el mismo impacto en nuestro sistema de atención primaria como el que está teniendo en la atención secundaria.

DEBATE

PREGUNTA 1:

¿Hasta qué punto, en su experiencia concreta, la MBE ha conseguido orientar la financiación hacia aquellas actividades de efectividad y seguridad probada? ¿Hasta qué punto ha conseguido extraer, entre las actividades que se financiaban, aquellas cuya efectividad no ha sido probada?

RESPUESTA:

Creo que hemos tenido bastante éxito cuando hay una nueva tecnología y un nuevo procedimiento que empieza a estar disponible y hay razones evidentes para utilizarlo. Las decisiones sobre la introducción de un nuevo tratamiento, a escala nacional y local, ahora se fundamentan con bastante seguridad en la evidencia. Hemos tenido menos éxito, o únicamente puedo citar un pequeño número de casos con éxito, en detener la práctica menos efectiva. Por ejemplo, hemos reducido radicalmente dilatación y curetaje en mujeres menores de 40 años, tonsilectomía, etc. Sin embargo, en el Reino Unido una aceptación por parte de los clínicos de que este proceso ha de tener lugar, hay dificultades para avanzar desde esa aceptación a una aplicación efectiva en cada práctica.

PREGUNTA 2:

Me ha impresionado varias cosas de la charla, pero una, que no sé si la he entendido bien, es la referida a la responsabilidad dentro de la definición de clinical governance o gobernación clínica de los gerentes sobre la calidad de la atención prestada. Si eso quiere decir que el gerente es responsable sobre los procesos y los resultados de la atención que se da en su centro a cada uno de los diferentes paciente, la interacción entre el gerente y el clínico cambia radicalmente. Ya no es el concepto de que el clínico es el único responsable y el último responsable de la atención, sino que comparte esa responsabilidad con el gerente o viceversa. Eso es muy complicado. Le ruego me aclare si lo he entendido bien.

RESPUESTA:

Sí. Ciertamente se trata de un nuevo concepto para nosotros. Es el caso que, en la práctica hospitalaria, que la comisión ejecutiva es responsable ante el Parlamento de la calidad de la atención clínica prestada en su institución. Y eso podría, si el caso fuera lo suficientemente extremo, darse con relación a la calidad de un episodio individual de cuidados y para un paciente individual. Los profesionales siguen teniendo responsabilidad profesional ante el Consejo General Médico por los estándares de la atención que prestan, pero hay un cambio muy profundo de énfasis y, para ser honesto, no creo que todos comprendamos perfectamente las implicaciones de este cambio, ni cómo se dejaran sentir estas implicaciones.

Un factor muy importante es que, dada la naturaleza del contrato con la atención primaria, no se aplican exactamente estas disposiciones en la atención primaria, y éste es un ejemplo de la ambigüedad que ha adquirido nuestro sistema. Todavía no sabemos cómo resolver esta cuestión. Si hay un problema con respecto a la calidad de la atención primaria, el grupo de atención primaria sería responsable, en teoría, de la calidad de la atención prestada en sus prácticas; pero la responsabilidad individual entre el grupo de atención primaria y cada médico no está todavía completamente dilucidada.

PREGUNTA 3:

Según he entendido, a nivel organizativo dentro de los hospitales una de las repercusiones ha sido la creación de unos centros para la mejor práctica. ¿Podría explicarnos un poco más qué personal lo compone, cuáles son sus funciones, cómo trabajan? ¿Funcionan a demanda de los clínicos? ¿Tienen algún tipo de responsabilidad o es exclusivamente un servicio a demanda? ¿En qué grado se ha extendido a la mayoría de los hospitales o todavía es algo empezando, pionero?

RESPUESTA:

Sí. El Centro de Mejor Práctica está gestionado en este ejemplo concreto por un consultor, un clínico en nombre de la fundación. En este momento, se trata de un ejemplo aislado, pero otros ejemplos se están desarrollando en otros lugares. El personal son un grupo de personas que cubren una serie de departamentos diferentes. Tienen habilidades de biblioteca y búsqueda de información, tienen habilidades de gestión de riesgos, eran persona que previamente trabajaban en los hospitales, apoyando las auditorías de equipos clínicos individuales, y también eran personas que estaban contratados para actuar como, el término que utilizamos es *reingeniería de procesos*, facilitadores de la gestión de cambios. Estaban contratados por los hospitales para trabajar con diferentes equipos clínicos en un programa consensuado, para apoyar los cambios realizados en la práctica.

Lo que ocurre ahora es que cada directorado clínico tiene un programa consensuado de trabajo con el Centro de Mejor Práctica y, si lo prefieren, tienen consultorías internas, una cantidad acordada de tiempo y apoyo, y determina qué cuestiones tratadas cambian o mejoran gracias a ese apoyo. Está dirigido, desde el punto de vista clínico, por clínicos, pero también presenta sus informes directamente a la junta de fundaciones del NHS. Muchos otros hospitales británicos están pendientes de este experimento y uno de los clínicos más notables de este hospital de nuestra ciudad, que se ocupó de establecer este modelo, ha sido elegido responsable nacional del gobierno clínico en el Reino Unido; espero que esto ocurrirá en la mayoría de hospitales en el próximo año o dos.

Si hay alguien interesado en ponerse en contacto con este hospital, sería muy sencillo preparar un contacto o una visita o cualquier otra cosa que pueda interesarles.

PREGUNTA 4:

Quisiera saber si la realización de auditorías, que se intentan introducir, entre los médicos generales, con más o menos éxito, tendría una repercusión práctica bien en la organización de estos GP groups o si tendría alguna repercusión en cuanto a incentivos o en cuanto a un futuro en su trabajo.

RESPUESTA:

Sí, en un sentido muy amplio, se trata de un programa con un éxito razonable. Uno de nuestros acuerdos con el grupo local que apoya las prácticas fue reducir cada año el número de prácticas, que nunca ha sido objeto de una auditoría, y ahora se trata de un número muy pequeño. Sí, podemos indicar ejemplos en la gestión clínica de pacientes y en la organización de la práctica, particularmente en áreas como el papel de los profesionales de enfermería en la práctica, el hecho de asumir una mayor responsabilidad clínica, organizar aspectos de la atención que son repetitivos o dirigidos principalmente por el protocolo, como el cuidado de la diabetes, la hipertensión, etc.

Tenemos un acuerdo con el grupo que apoya las prácticas, de que los resultados individuales son anónimos, en el sentido de que no se puede acceder a la prestación de un médico individual. Debido a mi papel de gestión, hay que cumplir un requisito si desvelan algún tipo de práctica no segura, deben romper ese acuerdo y tomar las medidas oportunas para poder enfrentarse a esa práctica no segura. La rutina es que la información es anónima y hay una retroalimentación a las prácticas para que puedan compararse las unas con las otras, pero hay una cláusula de rescisión en nuestro acuerdo para casos de prácticas verdaderamente poco seguras que podamos identificar. No nos hemos visto obligados a poner en práctica esa cláusula todavía.

PREGUNTA 5:

Ha comentado que también se le enseña a los usuarios, a la comunidad, estas prácticas basadas en la evidencia. ¿Cómo se articula esto en la labor de los GP, no solamente en esta comisión formada conjuntamente por el primer nivel, el segundo nivel y los usuarios, sino exclusivamente con los GP groups? ¿Hay algo preestablecido? ¿Es a nivel individual? ¿Hay algún tipo de organización?

RESPUESTA:

Sí. Principalmente esto está relacionado con el trabajo que mencioné de elaboración de un programa o estrategia de mejora de salud en todo mi condado, en Leicestershire. En cada área del programa de mejora de salud hay un papel para grupos voluntarios o usuarios y cuidadores de pacientes que pueden encontrar un lugar en la estrategia; hemos ofrecido a algunos de estos grupos la oportunidad de recibir una formación para comprender la evidencia clínica, una formación diseñada especialmente para miembros legos. Debo decir que yo mismo he estado en la formación con miembros legos y con profesionales, observando exactamente la misma evidencia. No debemos subestimar la capacidad de los legos para comprender y llegar a conclusiones muy sensatas sobre la evidencia. Estos no especialistas participaron en la elaboración de las estrategias; por ejemplo, enfermedades coronarias, servicios de maternidad, y después se comunicó esta estrategia a los grupos de atención primaria, que, a la hora de emplear recursos necesitan demostrar que están trabajando dentro de esta estrategia.

PREGUNTA 6:

Nos ha hablado de las outcome measures, clinical audits pactadas con profesionales y sometidas a auditorías anuales. ¿Podría poner ejemplos y por qué se han escogido estos outcome measures y no otros? ¿En base a criterios clínicos, en base a criterios de consenso? ¿Lo que es posible, lo que es factible?

RESPUESTA:

Ha habido un malentendido, probablemente no me expliqué con el suficiente cuidado. No hemos utilizado auditores externos en esta coyuntura para auditar esas medidas de resultados. He sacado a relucir una parte muy interesante y compleja del trabajo que hacemos, porque, de forma local, somos una de las primeras áreas que ha consensuado medidas de resultados con sus clínicos locales. Hemos visto que las cosas que los clínicos pensaban que debíamos medir para conocer la calidad de su trabajo casi siempre requerían la realización de auditorías especiales, y muy poco se podía medir con la información disponible de forma rutinaria que existe en nuestro servicio. Por tanto, hemos acordado una división de trabajo para que podamos tener datos disponibles de forma rutinaria, que el organismo sanitario (*Health Authority*) recoge, y cuando aparece la necesidad de realizar una auditoría especial, los clínicos la llevan a cabo.

El inconveniente de esto es que es muy difícil comparar nuestro centro con otros centros porque no están siguiendo los mismos criterios de auditoría. Sin embargo, es posible estudiar a más largo plazo un mismo centro para ver si la práctica está mejorando. Nos reunimos con los clínicos y les dijimos: “Nos gustaría que estuvierais de acuerdo con nosotros en tres cambios positivos que deberíais aplicar a los pacientes en este sistema y en tres problemas que deberíamos evitar, tres hechos adversos a tener en cuenta”. Y negociamos con ellos estos problemas, muchos de los cuales están basados en la evidencia, pero no todos; algunos están basados en estándares consensuados. Acordamos esa batería de medidas y entonces pusimos en marcha el proceso de medición.

Hemos intentado usar, con otros hospitales locales de fuera de Leicestershire, los mismos procesos de auditoría, para obtener datos comparables. Pero si va a Internet, como creo que dijo el orador anterior, puede ver las medidas de prestación de todos nuestros hospitales del Reino Unido ahora; pero se basan en un conjunto de medidas de prestación establecidas por el gobierno y sus primeros criterios fueron que debían basarse en datos disponibles de forma rutinaria y por lo tanto poco útiles. Desde mi punto de vista, no son un reflejo muy bueno de la calidad de la atención prestada.

Ha pedido algunos ejemplos: mortalidad a los 30 días en diversos procedimientos quirúrgicos, tasas de reingreso. Una de las cosas que hemos logrado hacer muy bien es conseguir controlar los reingresos que van a otros hospitales o a otros servicios clínicos. Los clínicos lo aprecian, porque tenemos una vista para la población en general y tenemos una base de datos basada en la población, por lo que les podemos ayudar a identificar problemas de los que no hubieran sabido nada porque los tenían en algún otro sitio; así se trata de una asociación, que es una asociación bastante positiva, pero es un duro trabajo. Algunos grupos clínicos no están inte-

resados, pero lo estamos consiguiendo, aunque el mayor problema es que las estrategias nacionales basadas en datos disponibles de forma rutinaria. Le puedo decir que no creo que los datos disponibles de forma rutinaria, que ha sido recolectada para otros propósitos, sea muy útil para informarnos sobre la calidad clínica.

PREGUNTA 7:

Ha estado hablando de recursos y una constante y, una admiración que yo tengo por su sistema es que siempre que se trata de hacer algo hay lo que se llama distribución de recursos. Se habla de audit, y aunque sea poco, explícitamente se dice que del presupuesto se va a dedicar un cero coma no sé cuántos por ciento a actividades de audit. Cuando se habla de medios, de evidencias, se empieza a hablar de que hay recursos y que esos recursos se pagan. Es decir, si hay alguien que se implica en el desarrollo de guías, tiene actividades protegidas, tiene dinero especialmente destinado a ese tipo de actividades, incluso hasta en recursos como el Internet o las bases de datos que ha mostrado: Les Evidence, la Cochrane Library, etc. Quisiera saber, de una manera muy concreta, ¿en su county los médicos del hospital tienen todos acceso a Internet? ¿Tienen todos acceso a las bases de datos? ¿Cómo funciona eso en los hospitales? Y lo segundo es: el hecho de que tengan acceso, ¿quiere decir necesariamente que lo estén utilizando? ¿Han montado algún sistema para ver si esa inversión en dinero, en tiempo, etc., se está utilizando? ¿Los clínicos les están diciendo, si realmente les sirve para tomar decisiones y mejorar la práctica clínica?

RESPUESTA:

Es una pregunta que me hacen muy a menudo. Para empezar con el tema de los recursos, el recurso más valioso es el tiempo. Los recursos monetarios de “valla circular” especialmente asignados disponibles para apoyar este trabajo, son bastante marginales. Muchos clínicos piensan que la imposición del gobierno clínico no ha reconocido el problema del tiempo para ellos como clínicos, y se hacen oír acerca de esto. Sigue siendo una pregunta abierta si se cumplirá el deseo de un gobierno de introducir estos cambios.

El tema de nuestros hospitales e Internet y los sistemas de trabajo en red y, por lo tanto, de los trabajos en las clínicas, la mayoría de ellos pueden acceder a esos recursos que están en Internet a través de su Intranet, pero muchos de ellos no lo hacen. Tenemos un dicho en inglés, no sé si es el mismo en España, “puedes llevar a un caballo hasta el agua, pero no le puedes obligar a beber”. Todos saben ahora que si prefieren permanecer simplemente como estaban, probablemente podrían durante bastante tiempo quedarse como estaban sin ni siquiera darse cuenta de que no están avanzando en términos de evidencia.

Nos costará bastante tiempo, debido a nuestro enfoque por el que nos centramos en cinco o seis problemas, tratar los problemas favoritos de todo el mundo; pero si quieren que haya algún desarrollo, tendrán que mostrarnos la evidencia en la que están basando sus propuestas de desarrollo y, por lo tanto, deberán estar preparados

para saber cómo reunir esa evidencia, y eso está empezando a funcionar. No es perfecto, pero está empezando a funcionar. ¿Y todo esto ha conducido a algún cambio?; sólo le puedo citar ejemplos de cambios, no puedo pretender que en nuestro primer año de una revolución de diez años, todo está cambiando, pero hay ejemplos de servicios cuyo tamaño se ha reducido, procedimientos que han terminado, fármacos que ya no se usan, prescripciones más racionales, etc., que se basan en este conjunto de evidencias.

PREGUNTA 8:

Entiendo que el clinical governance es una forma de descentralización o nosotros diríamos gestión clínica, agrupación de institutos, etc., en que se enfatiza sobre todo la calidad por encima de actividad y coste. Pero al introducir, de una forma lógica, la terminología "medicina basada en la evidencia" en estas clinical governance o institutos, ¿hasta qué punto, las resistencias que crea la medicina basada en la evidencia en nuestro país y supongo que también en otros países, podría entorpecer el desarrollo del clinical governance en su país?

RESPUESTA:

Puedo ver que, ejemplos de que el gobierno clínico y la medicina basada en la evidencia pueden estar en conflicto. El tercer vértice del triángulo, si me lo permite, es la aceptación de que no se puede hacer todo y de que algunas cosas son más importantes que otras. Pienso que si tiene eso, es posible llegar a un acuerdo para que, con los recursos disponibles, una evidencia concreta, aunque todavía tendría un beneficio marginal, no tiene la prioridad suficiente; por lo tanto alguien que, en términos de gobierno clínico, no presta un servicio a un paciente, estará protegido por el hecho de trabajar dentro de unas pautas consensuadas a escala nacional. Ésa es mi esperanza. Por supuesto, estas cosas, en nuestro sistema, acabarán por ponerse a prueba en los tribunales y la decisión sobre la viagra fue llevada a los tribunales, donde la encontraron ilegal. Debido al sistema que tenemos, de vez en cuando los tribunales deberán decidir si el ministro de sanidad está cumpliendo sus obligaciones de prestar una atención sanitaria de la forma descrita por la ley del NHS, pero pienso que es posible cuadrar esto.

Creo que sólo si tienen pautas clínicas basadas en la evidencia y una práctica clínica, pueden llevar a cabo un gobierno clínico de forma adecuada. Deben poder identificar los estándares que esperan ver aplicados para saber si se cumplen o no. Pero entiendo su punto de vista, podrían entrar en conflicto a menos que contara con la válvula de seguridad de poder decir que un cuidado adecuado desde el punto de vista clínico no está siendo prestado porque no es prioritario.

PREGUNTA 9:

¿Ocurre en Inglaterra que los gestores son responsables de la actuación de los médicos? Aquí en España la responsabilidad civil subsidiaria es de los

gestores, la responsabilidad directa penal es de los médicos. Este hecho nos ha permitido en el Hospital Clínico, entre otras cosas, decir que los directores de instituto, los jefes de servicio y los jefes de sección tienen contrato temporal, mientras que el resto de los médicos tienen contrato definitivo y ascienden en su categoría según su evaluación personal. Mi dificultad, es saber ¿cómo evaluamos la actividad médica con respecto a los resultados que obtienen los pacientes?

RESPUESTA:

Sí, en el Reino Unido, de forma paralela con estos cambios en términos de responsabilidad de los gerentes y, una vez más, exacerbada por el problema que tenemos con la cirugía cardíaca pediátrica en Bristol, hay un cambio paralelo en materia de responsabilidad profesional. Esto requiere que los médicos que desean permanecer en el Registro Médico, se sometan a una revalidación profesional cada cinco años. Cada uno de los colegios especializados y el Real Colegio de Médicos Generalistas, han redactado una propuesta para que una reacreditación y revalidación tenga lugar el próximo año; una de las cosas que exigen que se estudie es el papel que los pacientes pueden desempeñar en ese proceso de revalidación. Probablemente no en términos de pacientes individuales para un médico concreto, sino de aportar información al proceso de revalidación.

Por supuesto, como en todos los sistemas, tenemos sistemas de quejas que sugieren que hay ejemplos de práctica inaceptable en la atención secundaria y primaria en nuestros sistemas que pueden conducir al proceso disciplinario. Estoy seguro de que se trata de la misma situación aquí en España, pero esta revalidación profesional es un concepto muy nuevo, que estará con nosotros muy pronto.

PREGUNTA 10:

Quería preguntar sobre el gobierno clínico o la gobernabilidad clínica. Dos aspectos, ¿a quién le interesa más, al clínico o al gestor? ¿Podría poner algún ejemplo de cómo llevan a la práctica lo del diseño estatal y la implantación local?

RESPUESTA:

Acepto que nuestra situación en el Reino Unido es muy poco habitual. De hecho, en algunos aspectos es extraña, pero el Ministro de Sanidad es personalmente responsable ante el Parlamento de la presentación de la ley del NHS. Lo que significan estos cambios es que su representante en cada hospital, la comisión ejecutiva, será responsable ante el Parlamento a través de lo que se llama *Comité de Contabilidad Pública*. Este es un comité de miembros parlamentarios que puede convocar a un individuo para que describa por qué ha tenido lugar un fallo en los servicios. Esto es nuevo. Antes, si había un desastre financiero, ese individuo podía ser llamado a

comparecer ante el Comité de Contabilidad Pública, pero no por causa de un problema de calidad de servicio. En cada hospital, la comisión ejecutiva ha de ser la responsable, pero debe estar apoyada por un jefe clínico, que en la actualidad suele ser un médico. Ese médico debe compartir un comité que representa a todas las disciplinas clínicas del hospital y su responsabilidad es redactar el informe anual sobre gobierno clínico.

En su primer año, cada fundación (*trust*) ha tenido que llevar a cabo un ejercicio de evaluación a lo largo de un marco consensuado a escala nacional para mostrar que cumplen diferentes estándares. En principio, en el primer año, estos estándares son los de haber implantado el servicio de responsabilidad. Después, cada año deberán elaborar un informe anual y cada cinco años recibirán la visita de la Comisión para la Mejora de la Salud, que llevará a cabo una valoración de los sistemas de ese hospital. A continuación, si una serie de quejas o un desastre o cualquier cosa fuera del ciclo de cinco años sucede en los servicios de ese hospital, una de las partes que he mencionado puede pedir a la Comisión para la Mejora de la Salud que venga a echar un vistazo de forma específica ese servicio clínico. El mío es un distrito universitario con una amplia serie de servicios hospitalarios. En cualquier momento puedo tener en mi distrito dos o tres ejemplos en los que el hospital ha solicitado consejo externo para estudiar un servicio clínico y ver si la prestación de un consultor individuo, o el equipo, es adecuado, y ese sistema ha estado funcionando desde hace algún tiempo. Pero con la Comisión para la Mejora de la Salud se hará más sistemático.

PREGUNTA 11:

El proceso de pasar de un modelo de competencia a un modelo de complementariedad parece muy interesante. Creo que en la práctica se ha venido demostrando, sobre en todo en centros del sector público, que no es más deficiente el modelo de competencia. Pero entrando en algunas de las apreciaciones que usted planteaba sobre la responsabilidad del gestor en los programas de calidad, es verdad que tenemos aquí en España una situación diferente, una responsabilidad en lo civil, a veces, una responsabilidad en lo penal; yo añadiría otra responsabilidad en el cuarto poder, en los medios de comunicación. Normalmente somos el punto de mira cuando se produce algún tipo de conflicto y por lo tanto, indirectamente, una repercusión en el mundo político, en el mundo parlamentario. En la práctica, cuando esta responsabilidad se tiene asumida, el peligro es la burocratización del proceso. Mi primera pregunta es si el proceso de implicar al gestor, al responsable de la institución, implicar a la institución en la calidad de lo que hace, va a ir más vinculado a resultados que a estructuras o a procesos. Y una segunda: ¿Cómo cambiamos la cultura del clínico? ¿Qué prisa tenemos en conseguir ese cambio? ¿Cuál es el coste, no en el sentido económico sólo, el coste del montaje del sistema de información para ver si un clínico de forma individual hace una práctica clínica correcta o incorrecta?

RESPUESTA:

Usted plantea un tema extremadamente importante. Intentamos mucho con nuestros medios de comunicación locales hacerles entender estos cambios y también lo que significa la información. En el Reino Unido por primera vez, a principios de este año, se publicaron cuadros de prestación de todos los hospitales del país. Esperábamos, y tuvimos en cierta medida, una tabla de clasificación formada por los cinco mejores hospitales del mundo. Pero de hecho, los medios de comunicación muestran que son perfectamente capaces de entender que son medidas más bien simplistas; no tenemos la última palabra en lo que respecta a si un hospital está teniendo una buena prestación o no. Y el conjunto de datos que les proporcionamos era tan enorme que descubrieron que simplemente no podían concentrarlo en la noticia con el titular de dos o tres líneas que es en lo que están interesados. Pero estoy de acuerdo en que hay mucho que hacer con relación a la información pública sobre cómo medimos la calidad de la atención. Y tenemos siglos por delante hasta que estemos contentos con nuestra actuación para hacer eso.

Ha preguntado por qué tenemos prisa. Pienso que la razón por la que tenemos prisa implica dos aspectos. En parte porque, en Inglaterra, los políticos piensan en ciclos de 5 años, porque es cuando tienen lugar las siguientes elecciones, y es casi insólito para ellos estar preparados para aceptar que esto es un problema de diez años, de dos elecciones. Pienso que si nuestro gobierno no tuviera una enorme mayoría, podrían haber intentado que lo hubiéramos hecho incluso más rápido. Pero en parte porque tiene razón, las variaciones en la práctica clínica de las que hablaron los ponentes anteriores, también deben verlas en sus hospitales. Todos nosotros, los ciudadanos, tenemos derecho a intentar llegar hasta el fondo de la cuestión. Eso tiene que hacerse rápidamente, pero pienso que hay que hacerlo centrándonos en los problemas verdaderamente importantes, no intentando hacer todo de una vez.

Hay una gran cantidad de evidencia en la actualidad sobre las cosas que sí cambian el comportamiento clínico, desde gente como David Sackett, hay ensayos controlados aleatorizados de forma adecuada de las intervenciones conductuales de los clínicos. El problema es que aún no hemos puesto en práctica mucha de esa evidencia. Y es una evidencia impopular, porque, por ejemplo, uno de sus mensajes es que si permite a los clínicos identificar la formación clínica y el desarrollo profesional hacia el que se quieren dirigir, no habrá ningún efecto en su comportamiento porque elegirán ir a temas clínicos de los que ya saben todo, y no irán hacia las cosas que no les interesan, que son las áreas donde la práctica clínica es deficiente.

Así que necesitamos reorientar nuestros sistemas más tradicionales y será impopular porque significará decir al profesor X que el permiso para ese estudio tendrá que estar determinado en parte por sus iguales, no sólo por lo que desean hacer. Hay buena evidencia de que tener años sabáticos y trabajar con personas cuya práctica está basada en la evidencia, puede tener un efecto radical en el comportamiento clínico de alguien. Pero tener un año sabático y mandar a alguien a algún otro sitio es caro y requiere mucho tiempo. Por lo que pienso que el truco será centrarnos en los individuos y los problemas, en los casos en los que el juego es más grande, e intentar obtener una solución correcta para ambos rápidamente.

PREGUNTA 12:

Soy un convencido de la medicina basada en la evidencia y como ya tengo unos cuantos años de experiencia clínica, me duele que se pueda pensar que hasta ahora lo que hacíamos era todo inventado por nosotros, cuando esto nunca ha sido así. Lo mismo que tampoco sea ahora cierto que todo el mundo haga cosas basadas en la evidencia y aunque esto se haga así, tampoco nos asegura que esto sea lo efectivo. Nosotros somos un hospital comarcal, sin embargo tenemos algunas ventajas con respecto a otras instituciones de mayor calado por nuestra novedad y por nuestra agilidad de gestión. En mi organización, todos los médicos y todas las enfermeras tienen acceso a Internet. En cualquier momento puedes hacer una búsqueda bibliográfica. Podemos tener al alcance de la mano o de nuestro conocimiento la evidencia, pero esto va a significar que vamos a tener que cambiar muchos de los procesos hasta ahora establecidos, y será un volver a empezar. Y sobre los procesos, eso de la calidad, creo también que hay que huir del amor al documento. Que no todo se quede en hacer muchos papeles y pocas acciones.

RESPUESTA:

Su especialidad en atención intensiva y medicina de accidentes y urgencias ha ido abriendo camino de muchas maneras en lo que respecta al desarrollo de algunas medidas de resultado que se utilizan, por ejemplo, en todos nuestros hospitales en el Reino Unido. Estoy de acuerdo con lo que usted ha dicho: simplemente permitir a la gente acceder a la información no es suficiente. Del mismo modo, uno de mis mensajes, es que hay mucho que cambiar, así que intentad cambiar un pequeño número de cosas realmente importante en primer lugar. Cada uno de sus hospitales necesita encontrar una manera de identificar el mayor centro de cambios, el “big bang” de los cambios. Por ejemplo, para nosotros administrar trombolíticos a los pacientes con un infarto de miocardio agudo es lo más importante que necesitamos hacer en la mayoría de los hospitales porque es un problema muy frecuente en el Reino Unido y tiene un impacto esencial en los resultados. Creo que una responsabilidad de los gerentes es intentar dar prioridad a los temas, los temas realmente importantes, que debemos abordar en primer lugar.

PREGUNTA 13:

Qué opinión tiene usted con respecto al tipo de ranking o clasificaciones de servicios y de hospitales, como han hecho los americanos, poniendo los mejores hospitales en cada cosa: en cáncer, en cardiología... o como han hecho los franceses con la revista La Venue, que también han publicado cuáles son los mejores o peores servicios.

RESPUESTA:

He mirado esta cuestión con mucho cuidado y atención debido a la introducción de los estándares nacionales de prestación en el Reino Unido este año. Pero nuestro

gobierno mantiene la opinión de que es inadecuado convertir a los hospitales en tablas de clasificaciones y construyeron todo el acceso a los datos de tal manera que en realidad es muy trabajoso hacerlo así. No creo que se puedan utilizar tablas a menos que se esté completamente convencido de que está comparando instituciones similares entre sí, que está usando datos creíbles y exactos y que esos datos también le está proporcionando información importante sobre la calidad de los resultados. E incluso cuando se ha hecho eso, la evidencia de los casos es que los pacientes son perfectamente capaces de reconocer que una diferencia muy marginal referente a hechos muy poco frecuentes entre dos hospitales no es la panacea de decidir si deben recibir esa atención o no.

No soy un seguidor de las tablas de clasificación; sin embargo, soy un seguidor del uso de los indicadores de prestación para intentar identificar áreas problemáticas que se han de estudiar de manera adecuada desde el punto de vista epidemiológico y estadístico. Pienso que deberían usar sus indicadores de prestación como una herramienta de rastreo en sus instituciones, en sus hospitales y, si es necesario, a escala nacional para intentar identificar los lugares que realmente necesitan estudiar un conjunto adecuado de preguntas. Pero no los usen para afirmar quién es el mejor de esto o de lo otro. Creo que la acreditación puede desempeñar un papel aquí, en particular en ámbitos como la atención primaria, donde es difícil conseguir datos rutinarios, para poder ofrecer una garantía previa de que se cumplirán ciertos estándares básicos.

PREGUNTA 14:

Si no he entendido mal, la estrategia que han optado, no sé si en el Reino Unido o en Leicester exclusivamente, se centra en seis procesos, a la hora de establecer, lo que ha llamado los más frecuentes, los más importantes. Creo que es el eterno dilema en salud pública, de si centrarse en factores de riesgo concretos en población de riesgo o centrarse en población general. Lo mismo en este caso, la opción de centrarse en seis procesos e intentar que esos seis procesos, se extiendan en todos los servicios, ya sea atención primaria, o en hospitales, en lugar de hacer una aproximación mucho más diversa y mucho más basada en los intereses particulares de cada uno de los servicios o de los centros. Al parecer este enfoque de seis procesos tiene ventajas, de comparabilidad, de mayor profundidad, de mayor homogeneidad... Pero probablemente tenga también inconvenientes, como el desinterés por parte de algunos clínicos con los procesos que ustedes han seleccionado. Si tomamos como ejemplo la gestión del sangrado anormal, puede interesar a muchos ginecólogos pero a otros no les interesa profesionalmente o no les parece relevante. Otro ejemplo, el tema del helicobacter pilori no cabe duda que es una cosa importante, pero estoy seguro de que a muchos gastroenterólogos, les interesa mucho más otros temas. ¿Cuál es la repercusión que puede tener sobre la última cuestión que ha planteado en su intervención, sobre la transformación del conocimiento en cambios en la práctica, de haber optado por una estrategia tan específica y limitante de escoger seis procesos y no una aproximación mucho más diversa y horizontal?

RESPUESTA:

Tiene bastante razón en que tenemos que hacer una elección y que optamos por centrarnos en un pequeño número de problemas prioritarios. En términos de medición de resultados, tenemos seis medidas individuales en cada uno de las 30 áreas de servicios. Así que cada consultor clínico está implicado en la recogida de datos sobre algunos aspectos de su práctica. Pero en términos de elaboración de pautas clínicas, en Leicestershire nos hemos centrado únicamente en un pequeño número de problemas y lo hemos hecho deliberadamente porque la mayor parte de las pautas tenían como objetivo cambiar la práctica de los profesionales de atención primaria. Cambiar los criterios de derivación a la atención secundaria, pedirles que hicieran más antes de derivar a los pacientes, preparar a los pacientes que van a ser derivados, cambiar la gestión clínica.

Los médicos de atención primaria tienen una enorme cantidad de trabajo y decidimos que era más importante centrarse en un pequeño número de problemas y sabrían que las pautas que vendrían con este formato, con el sello de Leicestershire de los casos probados, se habían hecho bien y que se nos debería tomar en serio. No impedimos a otros clínicos que elaboren pautas de práctica clínica, en especial para la práctica en sus propios equipos, dentro del hospital; pero todas las evidencias señalan que se ha hecho alrededor de un tercio del trabajo cuando se crean pautas verdaderamente buenas.

A continuación hay que salir y “venderlas”. Mencioné en mi documento que nosotros mismos intentamos hacer un ensayo controlado aleatorizado sobre las maneras de apoyar la aplicación de pautas; descubrimos que el tiempo es un verdadero obstáculo porque los médicos de medicina general no tienen tiempo, por ejemplo, para implicarse en la educación basada en la práctica generalista. Así que tomamos esa decisión, especialmente porque queríamos centrar la aportación de los generalistas en un pequeño número de problemas. No hay nada que detenga a los hospitales internamente para elaborar tantas pautas como deseen. No lo promoveremos de forma activa si tienen un elemento de atención primaria hasta que lleguen a nuestra tabla de clasificación, por decirlo así, entre nuestras seis primeras prioridades y haremos seis por año y al final lograremos ocuparnos de la mayoría de los servicios.

PREGUNTA 15:

Su exposición me ha dado la impresión de que el predominio ha sido de los aspectos de valores, de cambio de modelo respecto a una etapa previa, y en ese sentido me ha parecido que hay una cierta utilización de recursos dialécticos más que de cambios conceptuales de profundidad. Participo de la opinión de algunas de las personas que me han precedido, en el sentido de que medicina basada en la evidencia se viene haciendo desde hace mucho tiempo. El énfasis en la calidad es un elemento histórico. Por otra parte me ha llamado la atención que uno de los aspectos concretos en que ustedes ponen el énfasis es en la acreditación. Y a una pregunta que antes ha surgido sobre si la acreditación la hacían más en función de estándares de proceso o de resultado, no me ha parecido encontrar una respuesta concreta. Sí ha habido un comenta-

rio suyo en el sentido de que la comparabilidad en función de los criterios que utilizan es enormemente difícil y yo querría que explicitara si es que utilizan estándares que proceden de asociaciones científicas o si proceden de entidades como la King's Fund u otras entidades de este tipo, externas a las instituciones asistenciales.

RESPUESTA:

Ciertamente la propia acreditación puede proporcionar una manera muy útil de comparar un lugar con otro a partir de unos estándares básicos. Pero como ha aludido usted, la mayoría de los estándares no están basados en resultados. Por una serie de razones, mucho de los resultados clínicos relevantes son demasiado distantes en el tiempo para medirse a través de la acreditación de este proceso o, de hecho, a través del proceso de control de la calidad de los cuidados. Ahora bien, ésa es la razón por la que pienso que se puede utilizar la acreditación para medir un estándar en un tiempo concreto, con respecto a un estándar básico consensuado y puede obtener algún grado de comparabilidad. Lo que intentamos hacer con nuestro proceso de medidas de resultados, —que se basan más en el impacto en los pacientes que en la atención que prestamos—, es establecer una manera de comparar una unidad con otra utilizando datos rutinarios.

Lo que descubrimos es que los datos rutinarios no tienden a proporcionar respuestas a las cuestiones que los clínicos consideran importantes con respecto a la calidad de su atención. Así que seguimos adelante y desarrollamos auditorías para las áreas que los clínicos consideran importantes y nuestra tarea ahora es intentar persuadir a otras instituciones para que utilicen un conjunto similar de auditorías. Todo esto está siendo ligeramente superado ahora con la introducción del Instituto Nacional de Excelencia Clínica; porque los marcos nacionales de servicios, que están empezando a publicarse tienen pautas explícitas que son nacionales y basadas en la evidencia y que cada unidad deberá demostrar a partir de ahora que cumple. Por lo que pienso que nuestro problema de encontrar dificultades para comparar nuestras instituciones con otras debido a la falta de un enfoque común relativo a las auditorías debería solucionarse.

El problema con los marcos nacionales de servicios es que aparecen dos cada año, así que tenemos Salud Mental y Enfermedad Coronaria este año; Diabetes y Cuidados de los Mayores el año que viene y, justo como señaló anteriormente el moderador, pasará mucho tiempo hasta que los tengamos para todo.

*Uso apropiado de
procedimientos médicos*

PABLO LÁZAROY DE MERCADO
*Director de la Unidad de Investigación en Servicios de Salud
Instituto Carlos III
Madrid*

USO APROPIADO DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS

I. INTRODUCCIÓN

A. Variabilidad en la práctica clínica

Un fenómeno cada vez más evidente en la práctica clínica es la gran variabilidad de procedimientos empleados entre regiones, hospitales y médicos; incluso un mismo médico puede tomar decisiones diferentes según sea su estado de ánimo o su experiencia con diversos pacientes.

Esto plantea la pregunta de cuánto hay de apropiado en el uso de procedimientos. ¿Se realizan procedimientos inadecuados de los cuales se puede prescindir? ¿Se infrutilizan procedimientos cuando son realmente necesarios?

La variabilidad de la práctica clínica puede aceptarse por diversas razones: por la incertidumbre en la evidencia científica sobre diferentes prácticas, por las diferentes características y preferencias de los pacientes, por la capacidad variable del centro (recursos...) o porque la ciencia cambia y la práctica clínica varía con el tiempo. Ahora bien, parece inaceptable la variabilidad cuando se debe a factores como la pobre habilidad del médico o la mala organización de las instituciones sanitarias.

B. Tecnologías apropiadas e inapropiadas

Una tecnología se puede definir como apropiada cuando convergen tres condiciones: posibilidad técnica, viabilidad económica y aceptabilidad social. Si bien esta aproximación conceptual resulta oportuna, es difícilmente medible en la práctica.

La definición de tecnología inapropiada puede ayudar a entender mejor los términos que aquí se analizan. Jennett, B. entiende como tecnología inapropiada aquella que resulta: innecesaria, si es que se pueden conseguir los mismos objetivos por medios más sencillos; inútil, si no produce beneficios; insegura, si es que las complicaciones superan los beneficios; inclemente, si no justifica la calidad de vida obtenida; e insensata, si desvía los recursos de actividades más beneficiosas.

La limitación de los recursos disponibles en los sistemas de salud ha impulsado la reducción de gastos a través de la disminución de ciertos procedimientos. Sin embargo, las soluciones estrictamente burocráticas, administrativas o presupuestarias pueden limitar la cantidad de servicios prestados, pero no necesariamente reducen el uso inapropiado o mejoran la calidad asistencial.

II. MÉTODO DE USO APROPIADO

Con objeto de hacer uso de procedimientos que aumenten la calidad asistencial, la eficiencia en la utilización de recursos y la equidad en las prestaciones sanitarias, se ha desarrollado el denominado “Método de Uso Apropriado” que está basado en la evidencia científica y en el juicio colectivo de un panel de expertos.

El “método de uso apropiado” fue desarrollado por investigadores de RAND Corporation y de la Universidad de California en Los Ángeles (UCLA), EE UU.

El fin de este método es elaborar unos estándares que sirvan de herramienta a médicos y financiadores sanitarios, para tomar decisiones acerca de qué procedimientos utilizar en cada caso y disminuir la posibilidad de hacer un uso inadecuado de los mismos.

Con este objetivo y con el método comentado se desarrollan los estándares para el uso apropiado de la “angioplastia coronaria transluminal percutánea” y de la “cirugía aortocoronaria” en España. Se realiza a través de un proyecto de investigación en 1996-1997 por la Unidad de Investigación en Servicios de Salud del Instituto de Salud Carlos III, financiado por el Fondo de Investigación Sanitaria (FIS 95/1956).

Los pasos seguidos en la aplicación del método fueron los siguientes (ver Figura 1):

A. Elaboración de un listado exhaustivo de indicaciones (circunstancias clínicas)

Especialistas en la materia e investigadores elaboran esta lista de tal forma que sea posible clasificar a todos los pacientes y que éstos no sean clasificables nada más que en una de las categorías.

Además, la lista ha de ser homogénea en el sentido de que la decisión terapéutica sea igual para todos los pacientes que se clasifican en una misma indicación. Así la lista puede ser muy específica, pero con un número de indicaciones muy alto. Para que sea manejable, se debe limitar el número de indicaciones, que con la experiencia acumulada se ha visto razonable desarrollar en torno a 2.000 indicaciones. En el estudio de la “revascularización coronaria”, la lista inicial tuvo 1.866 indicaciones que permitían clasificar a 1.866 pacientes diferentes con cardiopatía isquémica.

En este punto, cada indicación debe ser definida de forma explícita y unívoca de tal manera que los evaluadores puedan interpretarla en un único sentido.

B. Revisión bibliográfica y síntesis de la evidencia

Se revisan críticamente los artículos relacionados con la tecnología investigada en función del tema que se trata y en función de la calidad de la evidencia científica de los artículos. El propósito de esta revisión es facilitar a los evaluadores una base común de

información pertinente y actualizada que les ayude a mejorar sus juicios a la hora de calificar las indicaciones.

C. Selección de un panel de expertos para evaluar las indicaciones listadas

Los criterios fundamentales de selección fueron:

- Reconocido prestigio en la comunidad médica de su especialidad.
- Ausencia de conflictos éticos.
- Ausencia de conflictos de interés.
- Diversidad geográfica.

Otros criterios aconsejables a la hora de seleccionar a los panelistas son:

- Especialistas hombres y mujeres.
- Procedencia de países anglosajones, blancos y afroamericanos.

Se considera que nueve panelistas constituyen un grupo ideal para el desarrollo del método. La inclusión de algunas personas más puede garantizar que el grupo no se reduzca demasiado en el caso de que alguno no esté disponible.

D. Primera ronda de evaluación

El grupo de panelistas seleccionados para el caso de la revascularización coronaria fueron doce. Todos aceptaron formar parte del panel y recibieron por correo el listado de indicaciones. Se les dio instrucciones explícitas a cada uno de los panelistas para que evaluaran las indicaciones en una escala de 1 a 9, donde uno expresa que la indicación es extremadamente inapropiada y nueve que es extremadamente apropiada. Ningún panelista conocía en ese momento quiénes eran los demás expertos participantes en el panel.

Esta primera ronda finaliza en el momento en que los investigadores terminan la evaluación de todas las indicaciones y envían por correo sus puntuaciones a los investigadores.

E. Segunda ronda de evaluación

Los investigadores analizan las puntuaciones de la primera ronda, especialmente para identificar las áreas de desacuerdo. Seguidamente se procede a convocar una reunión para realizar la segunda ronda de evaluación.

En diciembre de 1996, 10 de los 12 panelistas que habían puntuado la lista de indicaciones en la primera ronda se reunieron durante un día y medio en Madrid con el equipo de investigación. El propósito de esta reunión fue discutir la lista de indicaciones y volver a puntuarlas.

En esta reunión, cada panelista recibió un documento en el que aparecían tanto sus respuestas, como las del resto de expertos, pero éstas últimas de forma anónima. De esta forma, cada experto veía lo que él había puntuado y lo que puntuaron los demás, pero no podía identificar la puntuación individual de cada panelista.

Se discuten las áreas de desacuerdo o inconsistencias en las respuestas y se proponen cambios en las indicaciones de la lista.

Las discrepancias encontradas pueden deberse a diferentes motivos:

- Las indicaciones tienen erratas, no están completas, o la estructura del listado tiene algún defecto. Por ejemplo, ante una misma indicación, unos expertos pueden evaluar pensando en un paciente joven y otros en un paciente anciano. Esto se corrige incrementando el número de indicaciones tantas veces como situaciones diferentes se discutan. En otra ocasiones quizá sea necesario modificar o combinar las categorías.
- Las indicaciones están formuladas de forma ambigua, imprecisa. Estas requieren una redefinición.
- Existe una diferencia real en los juicios clínicos acerca de una determinada indicación. En estos casos no se fuerza el acuerdo, no se trata de convencer unos a otros. Cada uno evalúa en función de su estado de conocimiento.

Después de la discusión de cada categoría, los panelistas vuelven a puntuar, individual y anónimamente, todas las indicaciones, incluso aquellas que no pensasen cambiar de puntuación.

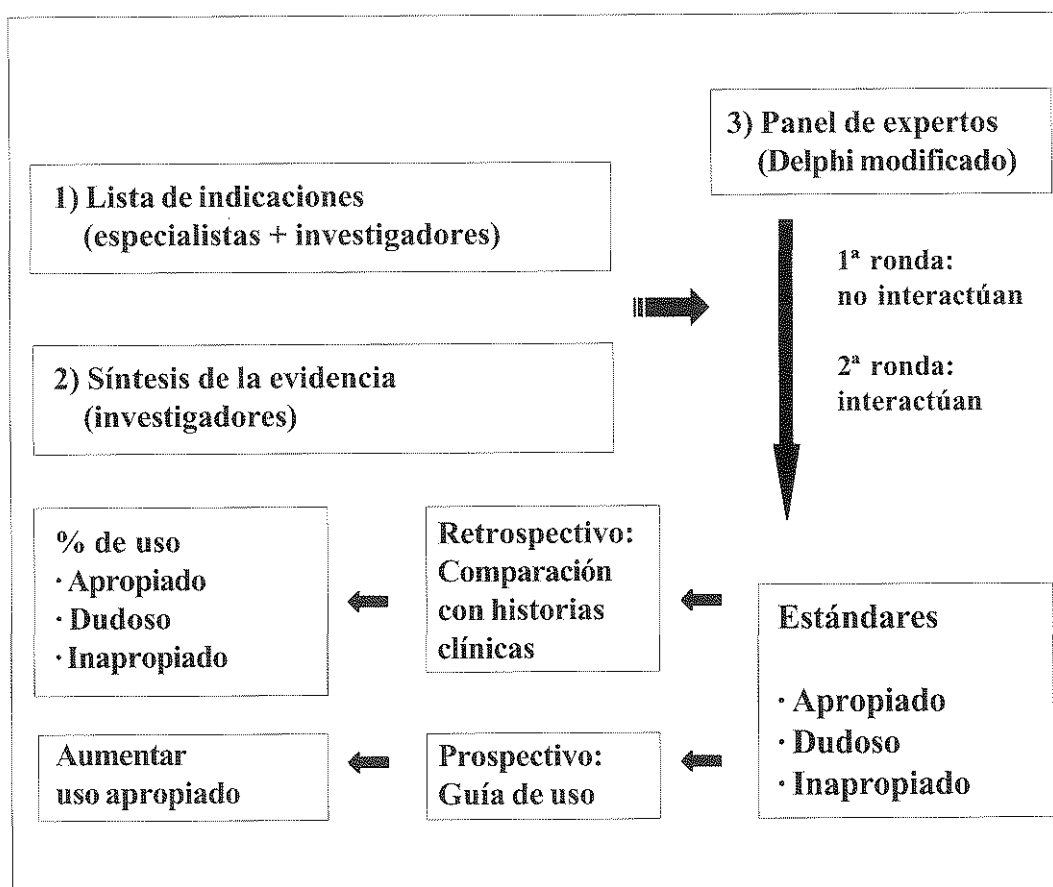
F. Análisis de las puntuaciones

Tras la segunda evaluación de las indicaciones, se procede a la clasificación de las indicaciones como “apropiadas”, “inapropiadas” o “dudosas”. Esta clasificación se realizó en función de la mediana y de la dispersión de las respuestas entre los panelistas. Se clasificaron como inadecuadas aquellas indicaciones que tenían una mediana de 1-3 y además no hubo desacuerdos, y como apropiadas las que tenían una mediana por encima de 7 sin desacuerdos. Las indicaciones con una mediana mayor de 3 y menor de 7, así como las indicaciones que se puntuaron con desacuerdo, se clasificaron como dudosas.

G. Aplicación de los estándares elaborados

Una vez elaborados los estándares, éstos pueden ser usados de forma prospectiva, buscando la mejor recomendación de los estándares en función de la indicación de los pacientes que se observen. También, pueden ser utilizados retrospectivamente, de tal forma que se comparen los casos en los que se aplicó determinado procedimiento con el estándar “apropiado” en ese caso.

«Un tercio del gasto sanitario se gasta en servicios de escaso o nulo beneficio. Si los servicios inefectivos se eliminan selectivamente, se dispondrá de suficientes recursos para proveer atención beneficiosa a todos los que la necesiten»



Fuente: Lázaro P, Fitch K. From universalism to selectivity: Is "appropriateness" the answer? *Health Policy* 1996; 36: 261-272

Figura 1
Etapas y sus interrelaciones del método de uso apropiado

DEBATE

Tras la exposición se desarrolla un debate en el que se tratan los siguientes puntos:

1. La existencia ocasional de inconsistencias clínicas en la clasificación de indicaciones médicas.
2. La minuciosidad del método, con la consecuente lentitud en la producción de resultados, puede considerarse un punto débil. Se está intentando mejorar en la

actualidad; por ejemplo: el análisis de desacuerdos se realiza actualmente de manera instantánea con el reciente desarrollo de un programa informático destinado a tal fin. El coste económico elevado del método se compensa en la medida en que se reducen sustancialmente los costes innecesarios derivados del uso inapropiado.

3. La fijación de estándares ha sido realizada para el uso de otros procedimientos; por ejemplo: la utilización de diferentes prótesis de caderas.
4. La implementación del método, en una experiencia llevada a cabo con el propósito de reducir el uso inapropiado de histerectomías, incluye proporcionar *feedback* a los clínicos después de cada actuación. Un evaluador neutral se encarga de valorar si cada intervención realizada es apropiada o no, de acuerdo a los estándares establecidos. Esta práctica consiguió reducir significativamente el número de histerectomías inapropiadas.
5. La influencia de la variabilidad intraindividual de los panelistas supone una tarea pendiente de evaluación.
6. La elección de los panelistas se realiza en función de criterios diferentes a su representatividad y la implantación y generalización del método a múltiples contextos parece oportuna, dado que desacuerdos entre panelistas ocurren en las indicaciones con una insuficiente evidencia científica.
7. La valoración de resultados con el método expuesto implica una medición en términos de ganancia (antes – después) y ésta es mayor cuando se hace un uso apropiado de los procedimientos.
8. La necesidad de un procedimiento se define en función de una serie de condiciones: además de ser apropiado, debe ser altamente beneficioso para el paciente y debe garantizar una alta probabilidad de que ese beneficio tenga lugar.
9. Las preferencias de los pacientes en las tomas de decisiones es un asunto pendiente.
10. Los estándares incluidos con el método pueden quedar obsoletos. Aquí la solución es ir modificando los estándares en la medida en que se encuentran nuevas evidencias.
11. El uso apropiado de procedimientos es aplicable a muy diferentes niveles. Es aplicable tanto para decidir el uso de procedimientos sofisticados, como para procedimientos más simples.

*Gestión del conocimiento:
una visión de las perspectivas
futuras en la información
en medicina*

RAFAEL BRAVO TOLEDO
*Responsable del Área de Informática
Área 10 de Atención Primaria. INSALUD
Madrid*

GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO: UNA VISIÓN DE LAS PERSPECTIVAS FUTURAS EN LA INFORMACIÓN EN MEDICINA

El *objetivo* de este taller ha sido exponer las herramientas informativas que el movimiento de la medicina basada en la evidencia a ayudado a desarrollar.

En estos momentos se detecta una *necesidad* y es el uso de internet por los profesionales médicos. Una de las razones de este uso está en que ya lo están usando los pacientes, que se adelantan de este modo a la práctica médica.

La gestión del conocimiento ha sido definida como la gestión de la información interna, externa y corporativa que necesita la organización para alcanzar sus objetivos. Para algunos autores este término nuevo no es más que información sumado o unido a gestión de recursos humanos.

La gestión del conocimiento se lleva a cabo a través de los siguientes pasos:

1. Definir de objetivos.
2. Prever y organizar las herramientas.
3. Organizar la puesta en práctica.
4. Evaluar los resultados.
5. Generalizar los resultados a las mejores prácticas.

Este taller se ha centrado fundamentalmente en el desarrollo del punto segundo, que alude a cómo prever y organizar las herramientas que se necesitan para gestionar el conocimiento.

Como ejemplo, se ha empleado la información que utiliza un médico en la práctica diaria, tanto si es un médico de atención primaria como de hospital. Del mismo modo, se trata de ver cómo se puede aplicar al trabajo en la gestión.

Como ejemplo de herramienta de gestión del conocimiento se utiliza en este taller la historia clínica informatizada. Se ha usado este caso porque engloba todas las fuentes de información.

La medicina basada en la evidencia no es el objeto de este taller, a pesar de que es fundamental en estas herramientas, tanto en su inicio como en su desarrollo para su posterior implantación.

Hemos de partir de que Internet es otro elemento clave. No es objetivo principal de este taller, pero hemos de tener en cuenta que la red posibilita el que podamos hablar de gestión del conocimiento.

Tampoco vamos a centrarnos en la posibilidades futuras, a pesar de que un simple paseo por Internet daría una idea clara de por dónde va a ir la gestión del conocimiento, o de la información, en el futuro. En este sentido, no ha sido el objetivo de este taller hablar de bibliotecas digitales¹.

Partimos de que nuestros clientes, los pacientes, cada vez piden y necesitan más información y no la está proporcionando quien debería hacerlo: los sanitarios o las organizaciones encargadas de la sanidad.

Se la están dando, o se la van a dar, empresas que tratan de obtener beneficios económicos. Ya hay proyectos de grandes grupos de comunicación que están realizando o proyectando portales de información para pacientes. Llama la atención como en las páginas de Internet de hospitales o centros de salud solamente en contadas ocasiones se encuentra información sobre calidad para pacientes.

Es importante que desde el sector sanitario se preste atención a este tema desde la gestión de los usuarios porque se están adelantando otros sectores.

En un artículo en el que se trataba el tema de la información necesitada por los médicos y publicado por R. Smith en 1996, se decía como conclusión que:

“La futura herramienta de información de los médicos será una especie de combinación entre la historia clínica del paciente e Internet, con el paciente y el médico situados juntos entre ambas, pero sin que tengan que prestar atención a la tecnología. Probablemente no habrá una herramienta única, sino una familia de herramientas...” (Smith, 1996).

Slawson y colaboradores (1994) plantean, en este sentido, la ecuación de la información médica que se detalla en la Figura 1:

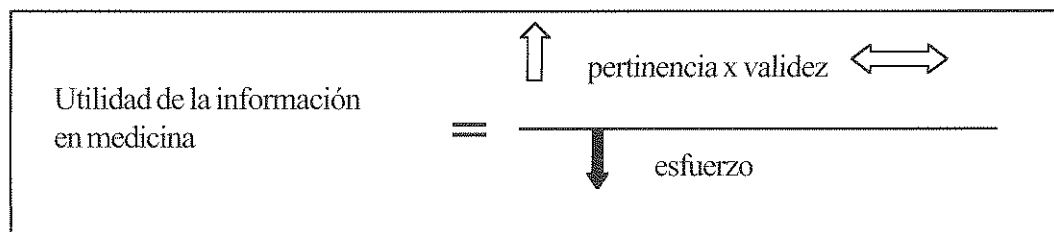


Figura 1
Ecuación de la información médica

¹ Se piensa que la biblioteca digital consiste en cambiar los libros por disquetes o por Cd-rom o por acceso a internet. No es esto en absoluto. El futuro de las bibliotecas médicas no es la digitalización sino la desaparición. Las bibliotecas digitales tienen un futuro incierto.

Su idea es que la información es útil en tanto que aumenta su pertinencia, su validez y disminuya el esfuerzo necesario para conseguirla. Cuando hablamos de pertinencia, hablamos de: a) pertinencia física, es decir, que se tenga la información allí donde se necesite; b) pertinencia temporal, es decir, en el momento que se necesite; y c) una pertinencia intelectual, en el sentido de que la información esté en el formato que se necesite.

Con todas estas premisas, tanto las formuladas por Smith como las derivadas de la ecuación de utilidad de información médica, podíamos decir que la información (conocimiento) será una parte integral de la historia clínica informatizada. (Esto se puede cambiar y en el caso de médicos clínicos, será la historia clínica y en el caso de otros tipos de médicos será otra herramienta similar).

La historia clínica o herramienta agrupará en una interfaz única (basada en tecnología web-html) los datos originados en varios sistemas o fuentes de información.

La historia clínica informatizada estará integrada por una interfaz que agrupará varios sistemas de información. Dos temas son centrales en este sentido:

1. Cómo acceder a la información.
 - Hay dos sistemas: el activo y el pasivo.
 - Hay distintos tipos de ordenadores.
- 2.Cuál será la estructura de esa futura herramienta de información.

1. Formas de Acceso a la información

Dos modelos:

- *Bloomberg TV*: cadena de televisión que aglutina a varias locales o regionales. Se caracteriza porque a la vez que vemos las imágenes tradicionales de televisión, vemos imágenes, varas de información o de deportes.
- *Modelo Babylon*: es por donde puede que se desarrolle el futuro de la gestión de la información. Babylon es un traductor que está presente en Internet de forma gratuita y una herramienta muy útil para manejarse en Internet y en otro tipo de aplicaciones. Es una herramienta muy útil para aquellas personas que, sabiendo inglés, no lo dominan completamente. Actúa a través del reconocimiento de caracteres. Traduce las palabras y busca las palabras en un buscador que ha sido seleccionado previamente. Nos permite obtener la traducción y profundizar en el conocimiento de los términos que necesitemos. La información es así muy seleccionada y se puede ampliar según nuestras necesidades.

El tipo de ordenadores necesarios es insignificante. Lo que nos ha enseñado Internet es que cualquier máquina con un protocolo de comunicaciones adecuado se puede comunicar.

2. Estructuras de Acceso a la información

El ejemplo que vamos a utilizar es la historia clínica. Mc Donald et al, (1998) mantienen que la futura tendrá una estructura similar a la selva tropical: con una especie de cubierta que se llama “canopy” en inglés. Es una especie de malla o red en la cual no se sabe cuál es el origen y está formada por la cúpula de muchos árboles que se van juntando aparte de otra nueva vegetación. Si miramos desde arriba vemos una cubierta arbórea en la que no podemos distinguir sus componentes.

En estos momentos, todos tenemos ordenadores y hay un sistema para admisiones, pacientes, diagnóstico, etc. Cada uno forma parte del sistema de información. La pregunta es: ¿por qué no hacemos que trabajen juntos?

Esto es lo que podría lograr la historia clínica informatizada o cualquier otra herramienta: por un lado la cubierta o lo que ve el clínico y por otro lado, los diferentes sistemas de información que actualmente utilizamos. Entre ellos estaría la información administrativa, las pruebas diagnósticas, las bases de datos clínicos o clínico-epidemiológicas, la información terapéutica e información científica.

¿Cuál sería el árbol de la ciencia?

Tronco: Bases de datos

- Bibliográficas

Con enlaces a texto completo a los artículos o a los resúmenes críticos

Ejemplo: PubMed

- Texto completo

B. Datos Guía de Práctica Clínica

Ejemplo: Cochrane Library

- Interfaces comunes

Ejemplo: Medical Smart Search²

Según subamos en ese árbol de la ciencia, vamos a ver que bases de datos y otros materiales no nos van a servir para mucho. Vamos a necesitar lo que se llama la información predigerida porque el médico en el momento de tomar una decisión rápida va a necesitar titulares. Como todos los médicos solemos preguntar lo mismo, las respuestas a las preguntas se habrán formulado anticipadamente. (FAQ). La información predigerida también estará en revistas de resúmenes, en lo que se llama evidencia orientada al paciente (POEMS). Del mismo modo, encontraremos los temas evaluados críticamente agrupados en CATS. Por último estará basada en guías de práctica clínica o protocolos basados en la evidencia de manera breve.

2 Buscador basado en tecnología web desarrollado, hasta el momento, de forma experimental.

El árbol de la ciencia:

1. Información predigerida.
2. Titulares (FAQ).
3. Revistas de resúmenes.
4. POEMS.
5. CATs propios y ajenos.
6. Guías de practica clínica o protocolos basados en la evidencia (breves).

Con respecto a las revistas de resúmenes, hemos de decir que es una de las primeras herramienta de información que se debe tener en un hospital o un centro de salud. La primera, probablemente, sea un diccionario porque está todo en inglés.

Lo segundo es probable que fueran las revistas de resúmenes.

Revistas de Resúmenes:

- Evidence Based Medicine.
- ACP Journal Club.
- Evidence-based Practice.
- Bandolier.
- Evidence-Based Mental Health.
- Evidence-Based Nursing.
- Atención Primaria basada en la evidencia-FMC.
- Gavel.
- Informed.
- Clinical Evidence.
- Evidence-Based On Call.
- POEMs: Patient Oriented Evidence that Matters.
- Sección Critical Appraisal del Canadian Family Physcians.
- Gut.
- Revista calidad asistencial.

Las revistas de resúmenes son numerosas y se han desarrollado mucho en los últimos años. Además hay revistas que son normales pero que añaden resúmenes de artículos. Los resúmenes críticos o basados en la evidencia son importantes en un sistema de información. En el campo de la gestión también existen este tipo de revistas. Los resúmenes están en impresos o disponibles en Internet, pero no están agrupados. Ante la necesidad de un resumen, necesitaremos herramientas que nos permitan localizar esos resúmenes en un sistema de información científica de una forma rápida.

En estos momentos contamos con dos herramientas fundamentales:

1. Best Evidence.
2. Trip Database. Buscador de Internet de material basado en la evidencia.

Si bien hemos tratado el árbol de la información científica, ahora tenemos que tratar la cubierta. La cubierta sería la historia clínica. Sería el resultado de la red formado por todos los sistemas de información conocidos o bases de datos. Necesitamos un acceso a estos datos de forma activa y usaríamos tecnología web. La historia clínica se convertiría en una interface web por la que se podrían realizar búsquedas en bases de datos.

La “fauna” o personas que participan en este sistema de información estaría constituida por:

- Usuarios.
- Informáticos.
- Jardineros (arquitectura y mantenimiento del bosque), no sus creadores.
- Otros: epidemiólogos, documentalistas clínicos, etc.

Los miembros más atractivos de este equipo son los gestores del conocimiento, cuyas misiones principales serán:

- Formar parte del equipo de diseño, mantenimiento, gestión, etc.
- Facilitador, editor integrador y sobre todo seleccionador de la fuente de información.

Es esta persona la que decide qué información o conocimiento llega a la organización, qué información y cómo se distribuye y cómo sale al exterior. Sus funciones son muy importantes y debería tener muchas provisiones. Algunas de ellas se a continuación:

- Especialista de la información.
- Informática.
- Valoración crítica-metodología investigación.
- Proceso de la comunicación científica.
- Trabajo en equipo.
- Técnicas de comunicación-periodismo y relaciones públicas.
- Gestión de recursos humanos.
- Medicina.

BIBLIOGRAFÍA

Slawson, D.C., Shaughnessy, A.F., and Bennett, J.H. Becoming a medical information master: feeling good about not knowing everything. *J Fam.Pract.* 1994. 38:505-513.

Smith, R. What clinical information do doctors need? *BMJ* 1996; 313:1062-1068.

McDonald CJ, et al. Canopy computing: using the Web in clinical practice. *JAMA*. 1998 Oct 21;280(15):1325-9.

*Mejora de la efectividad en un
instituto cardiovascular*

CARLOS MACAYA MIGUEL
*Director del Instituto Cardiovascular
Madrid*

MEJORA DE LA EFECTIVIDAD EN UN INSTITUTO CARDIOVASCULAR

I. INTRODUCCIÓN

Cuando a nivel institucional se plantea el desarrollo de Institutos o Áreas Clínico-Funcionales, no solamente se está pensando en un cambio organizativo, que “oriente el hospital hacia las necesidades del paciente y logre que los profesionales sanitarios adquieran el protagonismo que les corresponde”, sino que también implica la búsqueda de mejoras en la eficiencia y la calidad.

Por otro lado, se trata de un modelo de cambio poco arriesgado, ya que mantiene la personalidad de los servicios y la situación de los profesionales, a los que se les ofrece una alternativa motivadora en la prestación de los servicios.

Por tanto, podemos decir que desde el punto de vista del INSALUD y del propio hospital, el Instituto Cardiovascular (ICV) debería mejorar la efectividad del sistema en la medida en que cumpla los objetivos de atención al paciente, máximo rendimiento de los recursos, y motivación del personal.

II. ATENCIÓN AL USUARIO

Enmarcado dentro de la *orientación del hospital hacia el usuario*, que es uno de los objetivos principales planteados en el Plan Estratégico del Insalud, los Institutos o Áreas Clínicas Funcionales suponen la *pedra angular* del sistema.

En el caso del Instituto Cardiovascular del Hospital Clínico San Carlos, la búsqueda de la efectividad desde el punto de vista del usuario puede concretarse en los siguientes puntos:

A. Eliminación de listas de espera

Uno de los resultados más concretos en este sentido ha sido la desaparición de la lista de espera intrahospitalaria y la reducción de la misma en usuarios procedentes de Atención Primaria o de los Centros de Especialidades en las exploraciones de cardiología no invasiva, gracias a la constitución de la Unidad de Exploraciones No Invasivas.

B. El *continuum* asistencial

Dentro de Plan Funcional del Instituto, se contemplan y desarrollan protocolos de acogida y circuitos de usuarios que faciliten su atención cardiovascular sin tener que cam-

biar continuamente de ubicación, sin solapamientos asistenciales, sin duplicidad de pruebas, etc. También se ha nombrado un coordinador con los centros de Atención Primaria del Área, de manera que esta continuidad asistencial se prolongue también en dichos ambulatorios.

C. La prevención secundaria

Para lo cual se integró en el ICV el Área de Prevención Cardiovascular, que cuenta con una parte del servicio de Medicina Interna del Hospital, en la que se encuentran además las Unidades de Hipertensión, Lípidos, Diabetes, Obesidad y Deshabitación Tabáquica.

III. EFECTIVIDAD ECONÓMICA

En lo relativo a la obtención del máximo rendimiento en la utilización de los recursos, el Instituto Cardiovascular del Hospital Clínico San Carlos busca las fórmulas para mejorar la asistencia prestada optimizando el consumo de recursos.

Durante los primeros meses de funcionamiento se inició un primer análisis de las acciones a emprender para evitar solapamientos en los procedimientos y en la actividad desarrollada de manera independiente por los servicios que integran el ICV.

Esto ha dado lugar a una reorganización interna del Instituto, que ha provocado cambios en la constitución del mismo. Algunos de estos cambios terminarán de concretarse al final de este ejercicio, o incluso con posterioridad, y se relacionan a continuación:

A. Constitución del Servicio de Cardiología Intervencionista

En septiembre de 1999 desaparece el Servicio de Exploración Cardiopulmonar, que había quedado obsoleto (procedente de la antigua Área de Pulmón y Corazón), transformándose en el Servicio de Cardiología Intervencionista. Este último agrupa solamente las técnicas invasivas (Hemodinámica y Electrofisiología); las no invasivas quedan unificadas funcional y orgánicamente en el Servicio de Cardiología.

B. Constitución de la Unidad de Exploraciones no Invasivas

En junio de 1999 ha entrado en funcionamiento esta Unidad, centralizando de esta manera la realización de este tipo de exploraciones en el Instituto y evitando duplicidades en diferentes servicios.

En la situación de partida el Instituto contaba con dos laboratorios diferentes, que han pasado a constituir un único laboratorio con dos ubicaciones: una de ellas para dar servicio al Instituto, y otra para los pacientes ambulatorios y hospitalarios.

Durante los primeros tres meses de funcionamiento, se ha obtenido un aumento de los resultados en la actividad de la Unidad (considerando que en el mes de agosto la Unidad quedó prácticamente paralizada).

C. Integración del Área de Prevención Cardiovascular

En la constitución del ICV se incluyó una parte del Servicio de Medicina Interna del Hospital para que realizara labores de prevención primaria y secundaria en el área cardiovascular; durante el año 1999 se ha ido definiendo más concretamente este Área de Prevención, con las unidades que deben constituirla: Unidad de Lípidos, Unidad de Hipertensión, Unidad de Diabetes, Unidad de Obesidad, y Deshabitación Tabáquica.

D. Unidad de Críticos Cardiovasculares

La integración parcial del Servicio de Medicina Intensiva, determinándose inicialmente un porcentaje del mismo, estaba pendiente de la delimitación de la atención a pacientes coronarios y cuidados post-quirúrgicos de Cirugía Vasculuar y Cardíaca.

En la parte correspondiente al ICV del Plan Director del Hospital ya se ha definido un área destinada a la Unidad Coronaria y postquirúrgica del ICV, con lo que la parte del Servicio de Medicina Intensiva que se integra en el Instituto quedará delimitada claramente.

Tras estos primeros cambios en la organización, el Instituto tiene una serie de objetivos y retos que plantean la posibilidad de mejorar la efectividad, esencialmente en lo que al empleo de recursos se refiere:

1. Una primera actuación se centra en la agrupación y aproximación física de las Unidades y Servicios integrantes del Instituto. Con ello se evitan traslados de pacientes y/o material, centralización de recepciones, información, etc., proporcionando mejor atención al paciente y menores gastos para el ICV.
2. En segundo lugar, durante este ejercicio se ha procedido a iniciar un análisis de las necesidades de información del Instituto, tanto a nivel asistencial como de calidad y gestión económica. Se trata de realizar en paralelo un sondeo de los datos precisados por los servicios y de las posibilidades ofrecidas por la Unidad de Sistemas de Información del Hospital.

Con ello pretendemos detectar posibles carencias en el suministro de la información que puedan motivar el que el Instituto desarrolle herramientas de gestión propias para integrarlas en su Sistema de Información.

El primer paso que se ha dado ha consistido en la modificación parcial de los actuales cuadros de mando que los servicios están recibiendo, incorporando algunos parámetros asistenciales, de control de periféricos, etc.

3. Aunque en cierto modo relacionada con el punto anterior, una tercera actuación ha sido la contabilización de algunos estudios y exploraciones que el Instituto realiza para otros servicios dentro del hospital.

En este momento se está realizando un Catálogo de Estudios y Exploraciones del Instituto, donde se pretende determinar la tarifa interna correspondiente a cada uno de ellos, de manera que, al igual que otros servicios repercuten sus costes en función de los trabajos realizados para el Instituto (Servicio de Radiología, Laboratorios, etc.), éste pueda determinar el coste correspondiente a los estudios realizados.

4. Una cuarta actuación que se enmarca en este contexto es el análisis de los suministros en el Instituto, especialmente de aquellas partidas con mayor relevancia económica, como es el capítulo de Implantes y Prótesis. En este sentido, se han logrado mejores condiciones con los proveedores, con efecto para todo el año 99, en la compra de los marcapasos.
5. En quinto lugar, dentro de este capítulo resulta inevitable mencionar la importancia del desarrollo de protocolos asistenciales dentro del Instituto. Esta es una labor de coordinación y trabajo en equipo, que implica la colaboración de múltiples profesionales, y en la que el Instituto está volcado.

Con la protocolización de la asistencia se buscan múltiples objetivos: la mejora de la calidad asistencial, la disminución de las estancias medias, el fomento del trabajo en equipos multidisciplinares, la mejora en la atención al paciente (asistencial y percibida, definiéndose también protocolos de acogida, información, etc.), la reducción de costes, a través de una mejor utilización de los recursos (determinación de las exploraciones necesarias, estancias más cortas, racionalización de los tratamientos precisos, etc.), y la formación del personal.

Los objetivos propuestos en el Contrato de Gestión del Instituto para el año 1999 incluyen el desarrollo de los siguientes protocolos y Vías Clínicas:

- Protocolos post-operatorios: By-pass coronario y de cirugía valvular; UCI, Cir. Card.
 - Estrategias de reperfusión coronario precoz: UCI, Card., Hemod., Cir. Card.
 - Derivaciones de A.P./A.E.: Un. de Lípidos, Un. Hipertensión Arterial, Insuficiencia venosa crónica (Deriv. a Ang. y C. Vascular).
 - Utilización de pruebas diagnósticas: Eco de Stress, Est. Hemodinámicos, indicaciones de Medicina Nuclear, etc.
 - Vía Clínica del IAM no complicado (en implantación).
 - Vía Clínica del By-Pass y paciente coronario (en desarrollo).
6. En sexto lugar, y siguiendo las estipulaciones del Contrato de Gestión del Instituto, se están estudiando las imputaciones de costes indirectos al Instituto con el fin de depurar éstas lo más posible, e ir incrementado los costes asignados directamente al Instituto (material farmacéutico, horas de personal de enfermería, material sanitario, etc.).

En la medida de lo posible, y apoyado por los sistemas de información que el hospital y el propio Instituto desarrollen, el objetivo último en el desarrollo de la contabilidad es la determinación del coste por paciente.

Es importante señalar que todas estas actuaciones se realizan con la tutela y asesoramiento de los órganos directivos del hospital, cuyos representantes de las distintas direcciones (Gerencia, Dir. Médica, Dir. Enfermería y Dir. Gestión) mantienen reuniones semanales en una Comisión Tutelar con los representantes del Instituto Cardiovascular.

IV. MOTIVACIÓN DEL PERSONAL

La integración de los profesionales en el Instituto crea expectativas de mejora que debemos tratar de cumplir. En un entorno con poca flexibilidad en lo que a esquemas de incentivación y motivación se refiere, surge una posibilidad de cambio en estos sistemas de incentivos establecidos.

No obstante, el Instituto no es el camino fácil para conseguir todo lo que es complicado a través del hospital o del propio INSALUD. Los márgenes de actuación continúan siendo limitados, al igual que sus recursos.

Precisamente esto hace que la única vía para mejorar la efectividad del Instituto sea la implicación de los profesionales en la gestión y en los resultados económico-asistenciales del mismo.

Por el momento, los objetivos marcados para el Instituto, reflejados en su Contrato de Gestión, plantean hitos globales y solamente algunos de ellos hacen referencia a servicios concretos (generalmente a nivel asistencial, como por ejemplo es el caso de la CMA de varices, correspondiente al servicio de Angiología y Cirugía Vasculard).

El siguiente paso que el Instituto se plantea para fomentar la participación de los profesionales es la "personalización" de los objetivos. Con esto quiere involucrarse en la definición y consecución de una determinada meta a un servicio determinado, o a un equipo, compuesto por miembros de un mismo servicio o de varios.

Lo importante es que se establezcan una serie de objetivos ambiciosos pero alcanzables, y, sobre todo, medibles. Es en este punto donde comienza la involucración de los profesionales, puesto que han de intervenir en la identificación y cuantificación de las metas a conseguir por su servicio/ equipo.

El contenido de dichas metas no se limita al ámbito asistencial; es conveniente que los profesionales vayan involucrándose también en los resultados económicos o de gestión de recursos, así como en los objetivos de mejora de calidad técnica y percibida.

Una vez decidida la metodología, es decir, la forma en que se trata de involucrar a los integrantes del Instituto en la gestión del mismo, es indispensable definir el esquema de incentivos y establecer los mecanismos necesarios para poder efectuar un seguimiento de las metas acordadas y para corregir posibles desviaciones.

En lo que se refiere al primero de estos puntos, el Contrato de Gestión del Instituto Cardiovascular define una serie de condiciones bajo las cuales, en caso de mejorarse los

objetivos de gasto en las partidas denominadas “gestionables”, puede hacerse un reparto de la cuantía mejorada en dichas partidas en los siguientes conceptos: formación, equipamiento, incentivación económica, y servicios de apoyo al Instituto

En esta relación no se especifican los criterios para el reparto entre los servicios, por lo que la siguiente etapa a cubrir sería definir dichos criterios en función de los objetivos pactados con cada grupo.

El establecimiento de estos criterios deberá quedar consensuado por parte de todos los servicios integrantes del Instituto, de manera que se llegue a un equilibrio final y que no quede fuera de alcance (en la incentivación económica) ningún miembro perteneciente al Instituto.

En relación con el segundo punto mencionado, en el Instituto se ha comenzado a trabajar sobre los mecanismos de seguimiento de la actividad y los resultados económicos del Instituto.

En esta línea, nuestro primer paso ha sido el desarrollo de unos cuadros de mando, basados en los que habitualmente suministra el hospital, completados con cierta información asistencial, de calidad y de gestión, que concierne tanto al contenido del Contrato de Gestión del Instituto como a los objetivos internos del mismo.

La búsqueda de elementos de motivación del personal y sinergias a través de la coordinación de los servicios es uno de los grandes retos de las Áreas Clínicas Funcionales o Institutos.

Aunque no tan espectaculares como los incentivos económicos, (en modo retribución, de equipamiento o formación), también el Instituto aporta mejoras organizativas que mejoran la eficiencia del funcionamiento:

- La definición de circuitos para la admisión y circulación de pacientes cardiovasculares, así como la gestión de las camas asignadas al Instituto, con objeto de llegar a eliminar los usuarios periféricos, que tantos trastornos ocasionan tanto al paciente como a los profesionales que deben tratarlo.
- La reorganización de las exploraciones cardiológicas no invasivas, como los ecocardiogramas, ha hecho desaparecer la lista de espera hospitalaria, asignándose además una de las ubicaciones del laboratorio de exploraciones al Instituto Cardiovascular.

Al mismo tiempo, se ha creado un equipo de trabajo en la Unidad de Exploraciones con nuevas posibilidades para la formación y la investigación.

- El desarrollo de Protocolos y Vías Clínicas abre el camino para la mejora continua de los procesos, el trabajo en equipos multidisciplinares, mayores facilidades en la formación del personal, etc.

DEBATE

PREGUNTA 1:

¿El Instituto, además de tener una organización consensuada, tiene alguna entidad jurídica que lo ampare?

RESPUESTA:

No existe por ahora ningún marco jurídico que lo apoye.

PREGUNTA 2:

¿Cuál es la razón de la creación del Instituto?

RESPUESTA:

El Instituto surge de la necesidad de un cambio en la organización de los servicios que atendían a los enfermos cardiovasculares. En un hospital grande como el nuestro, es mucho más difícil involucrar a los profesionales en una dinámica de cambio; por eso se pensó en esta opción.

PREGUNTA 3:

¿Qué contrapartida obtienen los profesionales que trabajan en el Instituto?

RESPUESTA:

La ilusión de un cambio. Hay que tener en cuenta el tipo de profesionales implicados: los mayores son reacios al cambio; los jóvenes ven la necesidad de este cambio; los de cupo se sienten integrados y a los cirujanos cardiacos no les ha quedado otro remedio. Unos están contentos y otros por lo menos no impiden su desarrollo. La dirección del hospital nos presta más atención pero al mismo tiempo nos exige más.

PREGUNTA 4:

¿Qué cambios se han producido en el trabajo de los profesionales?

RESPUESTA:

Se han unificado los médicos de los distintos servicios, se ha ordenado la casa; los profesionales se implican en reuniones del servicio; los profesionales se sienten pro-

tagonistas; se trabaja mejor, con protocolos, el trabajo luce más; desde el momento que te metes en el Instituto te miran con lupa, lo cual ya genera una mejora en los profesionales

PREGUNTA 5:

¿Aunque se llame Instituto, realmente lo que se ha hecho es una nueva organización pero con las mismas herramientas de gestión que cualquier otro servicio?

RESPUESTA:

Ahora mismo sí, es una unidad clínico-funcional. El Insalud nos ha prometido la autogestión con ciertas limitaciones firmando un contrato programa. El temor más importante es que esto se quede aquí. Dentro del propio Insalud este proyecto tiene sus partidarios y sus detractores.

PREGUNTA 6:

¿Innovar es siempre bueno?

RESPUESTA:

Todo lo que sea innovar es bueno siempre que se sepa hacia donde se va y se busque una mejora. La ilusión dura unos meses, hay que alimentarla y debería de acompañarse de algún marco jurídico que garantice que los cambios permanezcan siempre que se compruebe que son buenos.

PREGUNTA 7:

¿Qué ventajas genera este tipo de gestión?

RESPUESTA:

Lo que realmente genera ventajas en este tipo de gestión es que se pueden medir los resultados. Otra ventaja de estos experimentos es que es puente de unión entre los gestores y los clínicos. Los gestores con el tiempo, suelen alejarse de la realidad.

PREGUNTA 8:

¿Qué tipo de evaluación han realizado?

RESPUESTA:

Lo que hace falta es evaluar, lo de menos es la forma. Los institutos empiezan porque el servicio es un desastre y hay que reforzar su funcionamiento o porque es muy bueno y el propio hospital es un corsé que le impide su desarrollo. No es fácil evaluar, la existencia del Instituto nos obligar evaluar.

PREGUNTA 9:

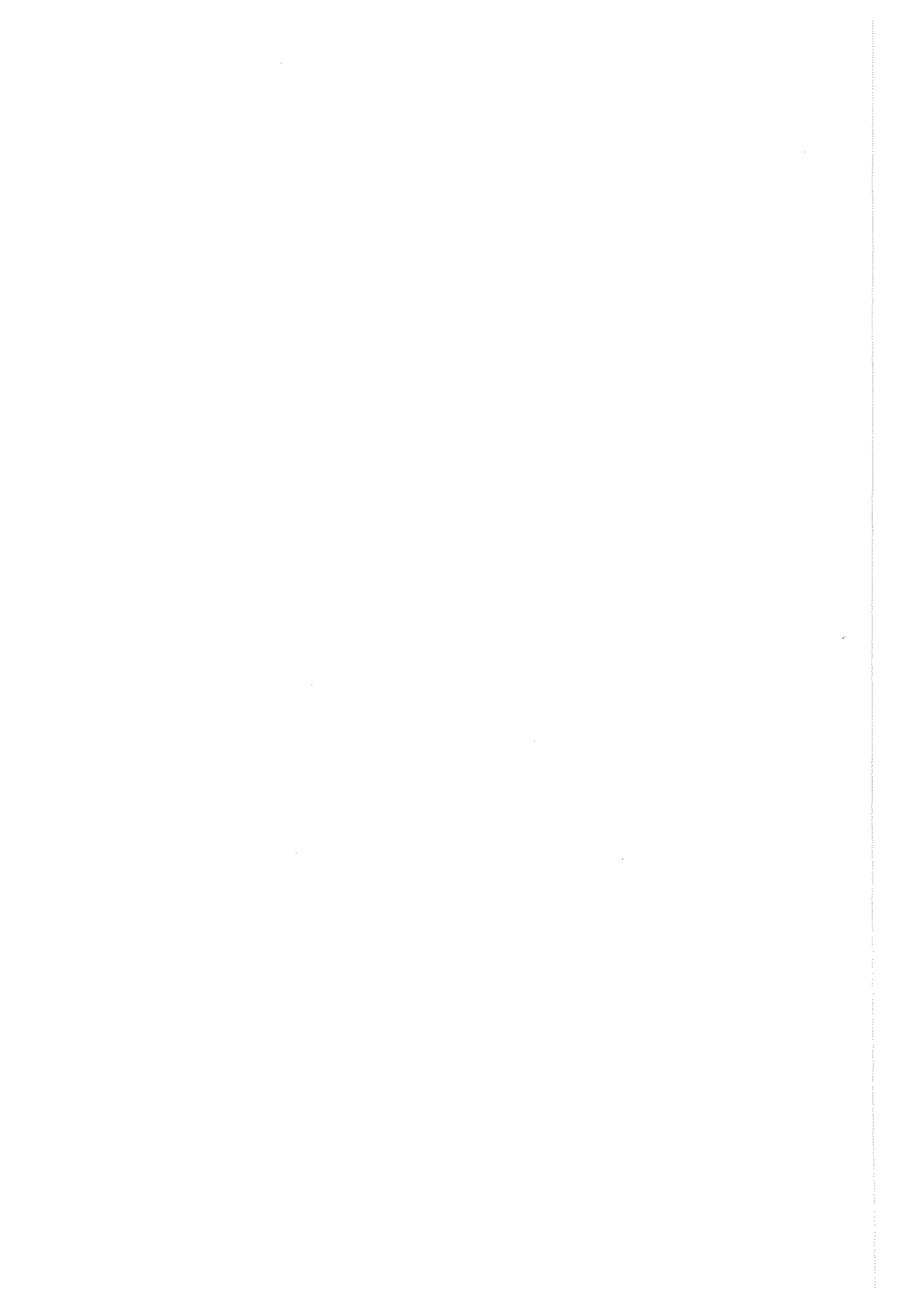
¿Un buen sistema de información es un pre-requisito?

RESPUESTA:

Sí. Un hospital que no tenga un buen sistema de información no puede empezar una aventura de este tipo. Si no se puede medir no tiene sentido gestionar ni evaluar.

*Características diferenciales
de la gestión de organizaciones
profesionales descentralizadas*

ANTONIO CALDERÓN FORNS
*Socio de Recursos Humanos
Price-Waterhause-Coopers
Madrid*



CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES DE LA GESTIÓN DE ORGANIZACIONES PROFESIONALES DESCENTRALIZADAS

I. INTRODUCCIÓN

Quisiera agradecer a la Escuela Andaluza de Salud Pública la oportunidad que nos ha dado a mí y a nuestra firma de poder compartir con vosotros ideas sobre el área de recursos humanos, sobre la función de recursos humanos. El tema de mi conferencia, dentro del Seminario “Los retos directivos de las organizaciones profesionalizadas” se desarrollará desde la perspectiva de recursos humanos. Cuando estaba planteándome el enfoque que iba a darle, había dos posibles opciones: una, focalizar, poner la lupa mucho en organizaciones profesionalizadas, y otro, hacer una presentación un poco más amplia de lo que es la función de recursos humanos, cómo está la función de recursos humanos en este momento y de ahí ir descendiendo un poco a las organizaciones descentralizadas.

Esa visión más amplia me parece importante en nuestro país; revisar cuáles son las tendencias actuales y, a partir de ahí, ir centrando un poco el enfoque de la conferencia. He hecho siete u ocho temas que me gustaría tocar en forma de pinceladas, de una serie de ideas. Creo que en la función de recursos humanos no hay que ser dogmático, es una función que todavía, aparte que hay mucha tecnología y hay muchas técnicas para desarrollarla, es bastante arte.

Gestionar las personas, esa cosa tan compleja y tan diferente como son las personas, es un tema extremadamente difícil. Por lo tanto, pienso que no hay que ser dogmático en las ideas o las aportaciones que se hagan sobre el área de recursos humanos. Creo que son un poco como la selección nacional del equipo de fútbol: hay tantas selecciones como personas aportan y, por lo tanto, lo que voy a hacer es transmitir cuál es mi idea en este momento, cómo veo la función y cuáles son las ideas dominantes hoy en día en el mundo de los recursos humanos.

II. LA REVISIÓN ACTUALIZADA SOBRE LA FUNCIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS

¿Cuál es la revisión actualizada sobre la función de recursos humanos? Como toda la sociedad está sometida a un profundo proceso de cambio, también recursos humanos, que ha sido una función bastante estática y conservadora durante mucho tiempo, está sometida a un profundo proceso de cambio. Está inmersa en el mundo empresarial, la globalización, la internacionalización, las nuevas tecnologías; ese cambio profundo que estamos viendo, recursos humanos también lo está sufriendo.

Luego hay un segundo rasgo característico, cual es que la aceleración del proceso de cambio supera a la dinámica interna de las propias empresas. Esto genera, en las

personas, en los profesionales de las organizaciones, incertidumbres, resistencias al cambio, insatisfacciones muchas veces.

Un tercer rasgo característico es que hay que anticiparse, hay que adecuarse permanentemente a los cambios del mercado. Eso comporta asumir riesgos, cambiar los esquemas mentales, innovar continuamente. Ya no puede ser una función reactiva, sino que tiene que funcionar por anticipación; es un poco lo que hoy se llama la “gestión por anticipación”: hay que adaptarse a los cambios y hay que trabajar para ello.

Un cuarto rasgo característico de la función de recursos humanos actualmente es que está integrada en el negocio como proveedora de servicios. Antes era una función técnica, estaba un poco aislada, era una función estanca, era un departamento técnico, y hoy en las modernas organizaciones está plenamente integrada en el negocio. Por lo tanto, los responsables de recursos humanos, la gente que se dedica a la función de gestión de personas, tiene que conocer el negocio, tiene que participar en la estrategia, tiene que vivir los problemas, tiene que estar muy cerca del usuario, del cliente, de la persona que tiene que gestionar.

Un quinto rasgo conocido por todos, que hoy día ya todo el mundo asume, es que el factor diferencial de las empresas lo determina el factor humano. La tecnología se adquiere, la financiación se consigue, pero la gente, los profesionales, los equipos, cuesta mucho conseguirlos, adiestrarlos, formarlos, y disponer de calidad humana en los equipos. Pero esto es un poco el estado de la cuestión, y me he permitido poner una frase de Karl Marx, “*los filósofos solamente han interpretado el mundo, la cuestión, sin embargo, es cambiarlo*”.

III. CÓMO ORIENTAR LA FUNCIÓN EN EL FUTURO

¿Hacia dónde va la función de recursos humanos? ¿Cómo orientarla hacia el futuro? Cualquier presentación que se hace siempre es una fotografía estática en un momento dado, y la evolución es un tema permanente. Pero, ¿cuál es mi visión en este momento, de aquellos sistemas de valores, de aquellos valores emergentes? ¿Hacia dónde va la función, qué nuevas tendencias estamos viendo y que en muchas empresas se están aplicando? Lo que es cierto es que en la función de recursos humanos no hay mucha homogeneidad en cuanto a la evolución; hay sectores muy dinámicos en la gestión de recursos humanos y hay sectores más conservadores, sectores de actividad que llevan una evolución más retrasada.

Creo que el primer valor que cualquier gestor de recursos humanos tiene que tener es visión estratégica. El gestor de recursos humanos tiene que ver, tiene que conocer el negocio, tiene que participar, tiene que ver el futuro y trabajar con un esquema de cuatro o cinco años. Si queremos cambiar una organización, si queremos cambiar su cultura, si queremos cambiar su personal (un cambio cultural, tarda cinco, siete, diez años) hay que ver hacia dónde van las cosas, para empezar a trabajar desde hoy para conseguir los resultados que queremos. Es una función que tiene una capacidad de evolución lenta.

El segundo valor emergente en la función de recursos humanos es la descentralización, o como en otras organizaciones, la deslocalización. Actualmente el gestor, en todas las organizaciones tiene un papel preponderante: el gestor de línea, el gestor operativo, a nivel que sea, es un gestor de recursos humanos aunque tenga solamente dos personas a sus órdenes. Por lo tanto con este modelo se está tratando de acercar la decisión al cliente, dónde está el problema, dónde están las situaciones. Por lo tanto el responsable que tiene la capacidad de decisión tiene que estar lo más cerca del cliente y del usuario del sistema de recursos humanos.

El tercer valor es la innovación permanente. Esto requiere de una gestión dinámica en vez de una gestión reactiva, como primer elemento. Hoy día el director de recursos humanos es un conductor, es un soporte técnico, tiene que llevar una gestión dinámica, mas que reactiva.

Un elemento importante en esa innovación permanente que debemos de tener en el área de recursos humanos es la actualización de los sistemas y los modos de hacer, como mecanismo de avance y de motivación. Hay que actualizar los sistemas, hay que ir cambiando los sistemas para que la gente cambie los modos y las formas de hacer. Muchas veces en recursos humanos tenemos sistemas de hace mucho tiempo que tienen unas coberturas legales, hay unos derechos adquiridos; entonces somos muy renuentes a cambiar los sistemas.

En el área de recursos humanos hay un marco legal, hay un ordenamiento legal que nos constriñe y algunas cosas no podemos hacer. Pero a veces es una disculpa para los directores de recursos humanos: el convenio no me deja, el estatuto no me deja. Es una disculpa para no avanzar, para no cambiar cosas, para no innovar.

El cuarto valor en las organizaciones que debe liderar el gestor de recursos humanos es la flexibilidad. Esto es un tema conocido por todos, y hablamos de flexibilidad en todos los órdenes porque las empresas hay que cambiarlas. Flexibilidad en las condiciones de trabajo; flexibilidad en las modalidades de contratación (teletrabajo, contrato a tiempo parcial, etc.); flexibilidad en las soluciones. No necesariamente las soluciones que siempre hemos tomado, las soluciones ya conocidas, son las mejores; hay que buscar soluciones nuevas. Flexibilidad en los modelos mentales; hay que gestionar, como decíamos, la diversidad. Hasta hace pocos años, en las empresas, los gestores de recursos humanos buscaban la uniformidad, la homogeneidad, el agravio comparativo. Hoy día hay que gestionar la diversidad. Cada vez las organizaciones están más profesionalizadas, son más distintas, y tienen rasgos culturales distintos que hay que gestionar. Por lo tanto flexibilidad en todos los órdenes, es el elemento central.

El quinto valor es la responsabilidad compartida. Siempre ha habido un debate entre centralización y descentralización, entre la dirección de recursos humanos o el organismo central de recursos humanos, y entre los sectores o los directores de línea. Este es un debate permanente y hay empresas que están en proceso de descentralización y otras empresas, —por las nuevas tecnologías y las posibilidades de las telecomunicaciones actuales— están en proceso de centralización. Creo que el debate hay que situarlo en la

responsabilidad compartida. Creo además que tanto la dirección de recursos humanos como los gestores de línea tienen una responsabilidad de consensuar las decisiones. Deben trabajar conjuntamente y las competencias de unos y otros deben estar claras. El concepto de responsabilidad compartida en la toma de decisiones, abarca todos los procesos de gestión de recursos humanos, selección, formación; todos los procesos básicos de trabajo, entre el gestor de línea que conoce al usuario y el gestor de recursos humanos central que asegura un poco la homogeneidad de funcionamiento. Además es el soporte técnico que le va a dar y le va a prestar las técnicas para desarrollar esos programas, en esa responsabilidad de ambos es donde están trabajando hoy más las organizaciones.

Un sexto valor importante cada vez más, es la individualización. Normalmente la gestión de recursos humanos se ha gestionado de una forma muy colectiva, a través, de los instrumentos legales, del convenio colectivo, de las subidas lineales, y se ha gestionado de una forma igual para todos. Cada vez más se va a poner de manifiesto que no todo el mundo contribuye por igual a una organización.

La base técnica y los aspectos de actitudes son los que más condicionan los rendimientos de las personas en la organización. Entonces igualdad de oportunidades sí, al principio para todos; pero luego hay que encontrar mecanismos de diferenciación, vía retribuciones variables, o cualquier sistema. Lo que debe marcar el resultado final de un profesional, no solo en términos de retribución, sino en términos de promoción, en términos de su contribución individual.

Dentro de este paquete de contribución individual, un aspecto importante es los sistemas de evaluación. Vosotros sabéis que todas las organizaciones se han puesto a gestionar las carreras profesionales; para pagar los incentivos se han puesto en marcha, hace tiempo, sistemas de evaluación. Los sistemas de evaluación deben ser motivadores para el personal. Los sistemas de evaluación tienen que tener una visión de futuro, deben establecer planes de mejora, deben establecer planes de desarrollo profesional para que la gente vaya progresando dentro de su organización.

Estos son rasgos, pinceladas, del modelo general; cualquiera de estos temas podría llevar el tiempo total de la conferencia.

IV. LA GESTIÓN DEL PERSONAL EN ENTORNOS PÚBLICOS

La gestión de personal en entornos públicos tiene algunas características muy específicas basadas en tres ideas centrales. Primero, que la modernización de la gestión de las Administraciones Públicas requiere ineludiblemente avanzar en la gestión de personal; esto es un tema que, tal vez, todos estaremos de acuerdo. Segundo, que la gestión de personas es un pilar estratégico para mejorar la calidad de la prestación de servicios; está en función de la calidad del recurso humano, en la calidad de los profesionales que trabajan dentro de nuestra organización. Tercero, que el éxito de una organización depende de las personas que la componen; el estilo de la organización y la calidad que tiene, es un tema que irradia cuando uno toma contacto con cualquier organización. En definitiva, quien da el servicio es la persona. ¿Cuáles son los hechos?, Primer hecho, en los programas de

todos los últimos gobiernos, la modernización de los sistemas de gestión de personal ha sido una constante y un objetivo. Segundo hecho, las políticas de reforma han encontrado obstáculos y resistencias. Los avances, a juicio de todos los expertos en el tema de recursos humanos y los propios usuarios del sistema de los entornos públicos, han sido lentos e insuficientes. Tercer hecho, la percepción del empleado público es negativa; hablo en términos generales en cuanto a los sistemas de gestión implantados y el impulso real de cambio desde los gobiernos.

El modelo predominante hasta ahora ha sido el modelo burocrático, la administración por encima de la creación. La cultura dominante ha sido una cultura administrativa, más hacer que conseguir resultados. El enfoque de la actividad, énfasis mayor en el cómo, en el procedimiento, más que en el qué, en el objetivo, en el resultado. El nivel de autonomía de los gestores es limitado: priman las normas, las reglas, las pautas anteriores, sobre los modelos de innovación, sobre las ideas o iniciativas de mejora. La capacidad para el cambio es reducida, se limita a un conjunto de normas y al derecho adquirido. El derecho adquirido es un tema conceptual y puntualmente con mucho peso en nuestro país; esto es un derecho adquirido y cualquier modificación de cambio, será un derecho más, pero no modificar o quitar el derecho que se tiene. Si nos entramos un poco en los sistemas de gestión, en los procesos de selección, ha habido un mayor énfasis en el procedimiento, en cómo se hacía, en objetivar el proceso, en que no hubiera reclamaciones, más que en la calidad y en la eficiencia de los procesos.

El desarrollo profesional, otro tema fundamental, se ha limitado a carreras administrativas, cortas, muy ligadas a puestos de trabajo, con contenidos indefinidos, con una división jerárquica del trabajo y barreras para el ascenso. Son carreras profesionales no motivadoras y muy cortas. Por lo tanto para cubrir, una vida profesional de veinte o treinta años, realmente a muchos profesionales se le acababa su carrera profesional dentro de la empresa muy rápidamente, en muy pocos años. El modelo de trabajo con proliferación de normas y pautas regladas ha sido muy administrativo y muy burocrático.

El modelo retributivo ha sido muy rígido, con escasa utilización de conceptos como productividad y rendimiento. Además, muy poco competitivo con el sector privado.

El modelo formativo no se ha ligado a detección de necesidades y se ha limitado a acciones formativas puntuales. Algunas empresas hacen un catálogo de cursos que se da a la gente para se apunten. No hay un verdadero plan de formación y desarrollo basado en un análisis de detección de necesidades.

Las exigencias de la sociedad (usuarios) y las propias demandas del empleado público, están presionando para un cambio del modelo actual hacia un nuevo enfoque con las siguientes orientaciones clave: a) desde una administración centralizada hacia una administración abierta, flexible, plural; b) desde una gestión administrativa hacia una gestión eficiente; c) desde una visión a corto plazo, hacia una visión a medio y a largo plazo; d) desde una gestión de puestos hacia una gestión de personas. Los puestos cambian, los puestos migran, la gente tiene que ser polivalente, y la gestión tiene que estar volcada en las personas; e) desde sistemas de información hacia sistemas de comunicación. Las organizaciones deben ser más dialogantes, más abiertas, más comunicativas; deben recoger

un poco más la inteligencia que existe en todas las personas que están en la organización; f) desde la gestión del producto hacia la gestión de cliente; qué pide el cliente, cuál es la demanda del cliente y en función de eso elaborar la propia estrategia.

V. LAS ORGANIZACIONES PROFESIONALIZADAS

¿Cómo son las organizaciones profesionalizadas?

A. Morfología

Las organizaciones profesionalizadas tienen algunos rasgos específicos que “inciden” y “afectan” los modelos de gestión de recursos humanos.

En primer lugar, tienen un alto nivel de especialización técnica en todos sus componentes.

En segundo lugar, tienen un bajo nivel de supervisión en el trabajo diario.

En tercer lugar, tienen una exigencia de autonomía para inventar, para pensar, para modificar.

En cuarto lugar, tienen necesidad de información y formación continuada para ser más productivos y creativos en lo que hacen.

En quinto lugar, propician la auto-responsabilidad como parámetro de control de su propia actividad; cada uno es responsable y sabe lo que hace bien y lo que hace mal, cada uno se mide así mismo porque tiene conocimientos y tiene una ética profesional elevada.

En sexto lugar, el desarrollo profesional prima sobre la seguridad en el empleo. Hasta hace pocos años, la seguridad en el empleo era el primer valor; hoy sigue siendo importantísima, pero hoy en día comparte valor con el desarrollo profesional. En consecuencia, demandan formación, demandan crecimiento, demandan más responsabilidad.

En séptimo lugar, en las organizaciones profesionalizadas el compromiso con el éxito del equipo es fundamental. Hoy día ya no se trabaja individualmente, se trabaja en equipos, en algo valioso y único que cada uno aporta para sacar un producto de ese equipo. Michael Hammaer que es uno de los gurús de los recursos humanos muy de moda, resume un poco esto, cuando dice “una organización es algo más que un conjunto de productos y servicios, también es una sociedad humana y, como todas las sociedades, fomenta formas particulares de cultura”.

B. Claves para dirigir organizaciones profesionalizadas (pautas para el gestor)

¿Cómo se gestionan las organizaciones profesionalizadas? ¿Cuáles serían las pautas para un gestor? A continuación se proponen nueve aspectos, nueve líneas de acción concretas.

Un primer aspecto es desarrollar un modelo cultural de relación. Esto presupone centrar la gestión en el profesional más que en los sistemas, crear tiempo para el aprendizaje, desarrollar un modelo de comunicación abierta, fomentar el trabajo en equipo. Creo que ese modelo cultural de relación entre los profesionales de la organización es uno de los papeles que debe desempeñar el gestor de recursos humanos, el gestor de línea, el jefe de servicio, el director del hospital.

Un segundo aspecto es implantar un modelo organizativo anclado en los siguientes principios: de carácter horizontal, la unidad básica es el equipo de trabajo, fomento de reuniones inter-departamentales o entre varias funciones, los profesionales trabajan en unidades o grupos que ofrecen un servicio completo.

Un tercer aspecto es establecer una visión clara de la relación con el cliente (externo/interno). Ello será posible solamente si se cumplen tres requisitos: todo el equipo piensa qué quiere el cliente y cómo atender sus necesidades; todo profesional, del nivel que sea, identifica su cliente y trata de atender sus necesidades; todos los componentes del equipo tienen que conocer los estándares establecidos para juzgar la calidad del producto final o servicio; para juzgar la calidad del trabajo de cada uno. Esos tres elementos son fundamentales y el gestor tiene que emplearse a fondo para lograrlos.

Un cuarto aspecto es crear modelos mentales que pongan el énfasis en los siguientes valores empresariales: la organización se “anticipa” a los cambios y se adapta a las nuevas necesidades; la organización “busca” los avances tecnológicos e “inventa” formas prácticas para utilizarlas en su propio trabajo.

Un quinto aspecto es fomentar el trabajo en equipo. El equipo como unidad básica de trabajo, donde los profesionales se ayudan entre sí, aunque la tarea no forme parte de sus obligaciones; además todos trabajan para un objetivo común.

Un sexto aspecto es alentar y promocionar actitudes individuales y grupales con tres características: la responsabilidad personal se “entiende” y se “compromete” con la actuación de la organización; la exigencia de esfuerzos superiores al mínimo necesario; el convencimiento del trabajo bien hecho sin que el jefe deba estar presente.

Un séptimo aspecto es desarrollar políticas de reconocimiento y de recompensas. Estas políticas deben orientarse a: el profesional tiene que ser recompensado en función de su actuación y de la actuación de su equipo, en función de lo que hace, de lo que aporta, de lo que contribuye; hay que poner especial atención a la equidad interna, evitando los agravios comparativos; la política de recompensas tiene que estar orientada lógicamente por lo que sabe, por lo que aporta, por su contribución técnica y por lo que hace, por sus resultados; establecimiento de políticas de recompensa por el trabajo en equipo, con incentivos de grupo e incentivos de proyecto.

Un octavo aspecto es la gestión del conocimiento. Estamos en la sociedad del conocimiento y no conocemos ninguna organización que lo haya implantado, realmente, plenamente. Una idea fuerte es que el futuro dependerá de cómo manejamos el conocimiento,

cómo transformamos ese conocimiento en valor para la empresa. Se trata del conocimiento sobre la situación de la empresa, sobre el *know-how* interno, y sobre los procesos básicos de negocio.

Un noveno aspecto es desarrollar políticas “realistas” de motivación. Las plantillas motivadas tienen un rendimiento superior al personal que está desmotivado. Se trata de un tema evidentemente difícil, porque la motivación es un problema de sensibilidad individual. El gestor debe conocer muy bien a su equipo, conocer muy bien a su gente y crear una atmósfera adecuada. La motivación monetaria evidentemente funciona pero hay que tener en cuenta que no es ilimitada, porque los recursos presupuestarios son limitados. Por lo tanto eso tiene su límite y funciona a corto plazo; una vez que se ha producido la subida, al año siguiente hay que seguir con ese mecanismo monetario. La gente tiene que estar pagada, la gente tiene que estar bien retribuida, pero con sólo políticas de motivación de corte monetario, no se tiene la plantilla que se debe tener.

Finalmente, hay dos grandes áreas de trabajo que me parecen importantes: información y reconocimiento. Con respecto a información, conviene destacar cinco objetivos: explicar misión, responsabilidades y obligaciones; explicar claramente lo que se espera de la gente, individual o en equipo; explicar cómo se va a medir el rendimiento; proporcionar *feedback* sobre rendimiento; proporcionar información para que la gente analice su propia efectividad. Todo lo que es política de información con profesionales son herramientas de motivación importantes y eso funciona. En relación a reconocimiento, eso abarca desde la palmada en la espalda que es sencillo y no cuesta dinero, decir “*oye lo has hecho muy bien*”. Muchas veces nos olvidamos cuando la gente hace las cosas bien, no decimos, no se le felicita, no se le dice que el proyecto ha salido muy bien. A veces procedería una oportuna notificación por escrito. Hay otras formas de reconocimiento que ya están muy instrumentadas en las empresas: asistencia a congresos, becas para estudios específicos, diversas maneras de participación. El que una persona se sienta protagonista de la organización donde trabaja, se le consulte y tenga participación en el nivel que sea, favorece la identificación con la institución y eleva su clima laboral.

VI. LOS MODELOS DE DESCENTRALIZACIÓN

Dentro de los modelos de descentralización voy a dar una pincelada porque este tema podía ser largo. No hay modelos universales organizativos, como no hay dos empresas iguales. Aquí, hay mucho de arte, hay unas tendencias, hay una estructura, y hay una serie de variables que son las que condicionan cual modelo organizativo es el mejor, el más idóneo para una empresa.

La cultura empresarial, el marco normativo, la calidad de los recursos humanos, la estructura geográfica, el contenido de la actividad, condicionan la elección del modelo más idóneo.

En tipos de organizaciones, distinguimos las organizaciones simples y las organizaciones complejas. De entre las simples conviene mencionar la funcional, la divisional y la

matricial. La funcional sigue siendo útil y válida para determinadas organizaciones que tienen una sola actividad, son simples y funcionan bien; los roles y la jerarquía están muy bien estructurados. La divisional, es buena para empresas en crecimiento con varias actividades, por mercados o por áreas geográficas. Facilitan el crecimiento y facilitan saber qué negocio funciona bien, qué negocio funciona no bien y por dónde hay que crecer y tal. La matricial que es cuando unes dos divisiones: la línea funcional y la línea jerárquica. Son organizaciones que suelen ser más flexibles, más abiertas y tienen más complejidad, hay tensiones internas, hay rotura de la cadena de mando y son organizaciones más vivas y más dinámicas, pero con mayor tensión interna y suelen crear desorientación. Estas organizaciones funcionan bien con personal adulto, muy hecho, organizaciones maduras, organizaciones potentes, pero siempre con tensión interna y esto probablemente les haga avanzar.

Las organizaciones complejas tienen otra estructura de lo que entendíamos por la organización clásica. El modelo federal, por alianzas estratégicas, para redes de cooperación tecnológica, lo único que hay en común es una misión y un objetivo. Entonces, al igual que en los estados federales, tiene una serie de organizaciones que se dedican a una cosa, que se unen para un objetivo común, pero son organizaciones independientes y trabajan con ese sentido.

El modelo del trébol de Charles Handy, aporta mucha flexibilidad a las organizaciones. La flexibilidad muchas veces en las organizaciones como no se puede conseguir por el convenio, por la plantilla, se han ido a otros modelos que dan ese dinamismo. Y hay tres hojas, por decirlo de alguna forma: el núcleo profesional, el núcleo central, y el núcleo de las subcontrataciones. Cada vez las empresas subcontratan más servicios; luego, lo que es el trabajo flexible, gente que participa en un proyecto, que participa en una actividad.

Antes se subcontrataba la limpieza y el mantenimiento y hoy día se subcontrata prácticamente todo, excepto el cuerpo central, el cerebro. Alguien me decía que dentro de poco un banco será una persona muy inteligente con un ordenador. Hoy día ya se está entrando en la cuarta dimensión, en la cuarta hoja del trébol y es el cliente. El cliente hace ya actividades de la propia empresa y ahí tenéis el modelo de la banca, por ejemplo. La gente ya consulta sus cuentas, hace actividades, utiliza el autoservicio de la banca, la banca telefónica, los cajeros automáticos y tal. Esa es la cuarta hoja del trébol.

Luego en modelo en red, que también es una evolución de este modelo en trébol, donde se produce la segregación de actividades, la ruptura de lo que es la estructura central de una empresa. Entonces, uno hace el diseño, otro hace el montaje, otro hace tal. Son varias unidades, son varias organizaciones que van trabajando cada una con independencia y trabajan en red, con tipos de acuerdos entre empresas. Sabéis que hay de todo tipo; mi antigua empresa Iberia tenía el mantenimiento compartido: mantenimiento del Jumbo lo hacía Iberia, mantenimiento de Airbus lo hacía Lufthansa, entre empresas competidoras que cada vez más se está dando donde saben que pueden colaborar. Los modelos en red hoy día van siendo superados. Se va a organizaciones virtuales, donde la conexión ya no requiere concreción física de estructura, pues funciona a través de los Intranet y de Internet.

¿Cuáles son los modelos de descentralización? Muy sencillamente creo que hay tres: uno, la organización centralizada, que no tiene presupuesto propio (organizaciones

médicas del modelo antiguo); un segundo modelo, descentralización de gestión, con presupuesto asignado. Los gestores trabajan con ese presupuesto, pero no hay cuenta de resultados; hay un presupuesto de gastos que se le asigna a un centro en función de su trabajo. El tercer modelo es la descentralización plena, la descentralización de negocio donde hay una cuenta de resultados propia.

VII. EL PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN

Más allá del modelo de descentralización que se adopte, lo fundamental es el proceso, el cómo se hace ese proceso de descentralización.

El primer elemento es que se hace de arriba a abajo, competencias que estaban a nivel central se van pasando a las unidades productivas; descentralizar es delegar responsabilidades en quien tiene la capacidad de decisión para hacer.

Segundo elemento es que debe hacerse de una manera planificada, reglada, con un modelo común aunque haya distintas fórmulas de descentralización. Las reglas del juego tienen que estar claras, tienen que ser conocidas y consensuadas; a partir de ahí trabajar con las distintas modalidades.

¿Cuáles son las claves del proceso de descentralización?

La primera es el conocimiento exhaustivo de la situación de partida. Determinación de las necesidades de las unidades descentralizadas frente a las posibilidades de la central.

La segunda es la dotación de recursos y medios rigurosa y ajustada a las necesidades reales.

La tercera es la clara definición de los roles de la central y de la unidad descentralizada, dejar claro cuáles son las competencias de unos y otros.

La cuarta es el desarrollo de mecanismos de coordinación para optimizar un sistema global al que tiene que dar respuesta tanto vertical (central) como horizontal (otras unidades).

La quinta es transferir una adecuada capacidad para la formación y el aprendizaje. Esto hay que hacerlo en las unidades productivas.

La sexta es establecer, a nivel global, los estándares de calidad, tanto técnica como administrativa, de servicios sobre los cuales vamos a funcionar.

La séptima es establecer los mecanismos de control a nivel central para garantizar el cumplimiento de los estándares.

VIII. EL PERFIL DEL LÍDER

El líder de cualquier organización, a cualquier nivel, posee un perfil compuesto por rasgos definitorios, sus rasgos característicos. Hoy se habla mucho del tema del liderazgo. Por mi parte he escogido como referente a Warren Denis, reconocido profesional de administración de empresas de la Universidad del Sur de California, y que es un hombre que ha trabajado mucho en el tema del liderazgo. Cuando vamos a contratar a una persona para un puesto directivo de una organización, ¿qué rasgos buscamos? ¿Cuáles deben ser sus características y cualificaciones? ¿Cuáles son los “*ingredientes*” básicos del liderazgo?

Primero, visión. Tiene una idea clara sobre lo que quiere hacer —profesional y personalmente— y la fuerza para persistir en caso de contratiempos, de dificultades e incluso, de fracasos.

Segundo, pasión. Tiene una pasión fundamental por las promesas y las oportunidades de la vida; todo ello combinado con una pasión muy particular por una vocación, por una profesión, por una acción. Ama lo que hace. Cree, transmite y contagia.

Tercero, integridad. Su integridad deriva del conocimiento de sí mismo, franqueza, madurez. Conoce sus fuerzas y sus debilidades y actúa de acuerdo con sus principios. Ha aprendido por experiencia a confiar y a trabajar con los demás.

Cuarto, confianza. Se ha ganado la esperanza firme de los demás.

Quinto, curiosidad. Deseo de saber y de averiguar. Se cuestiona todo y quiere aprender lo más posible. Tiene inquietud intelectual, no se conforma con lo que hay y constantemente está buscando nuevas ideas y buscando nuevas soluciones.

Sexto, osadía. Tiene atrevimiento, la audacia de tomar riesgos, de experimentar y probar cosas nuevas.

Los seis ingredientes descritos son más de energía interior, de fuerza, de visión, de convicción, de empuje contagiante, que de competencia técnica.

IX. EL PAPEL DEL LÍDER

En las organizaciones profesionalizadas descentralizadas, con un alto nivel técnico en toda su estructura, el líder del equipo juega un papel determinante en su funcionamiento y efectividad. A continuación, describiremos en forma sucinta los siete roles principales del líder.

Lo primero, centrar la gestión en las personas más que en los sistemas o en los procedimientos. Lo importante de una organización son las personas y, por lo tanto, la

gestión del líder tiene que ir orientada a la mejora del equipo humano, a la mejora de las personas.

Lo segundo, alinear a sus colaboradores para conducirlos a objetivos comunes.

Lo tercero, centrarse en el futuro frente al presente. El presente está ahí, el presente funciona con el equipo. El líder tiene que buscar nuevas oportunidades, buscar nuevas ideas, tiene que centrarse en el futuro, en pensar en el mañana.

Lo cuarto, desarrollar estrategias, desarrollar visiones, más que procesos, horarios o normas internas. El líder tiene que desarrollar criterios, tiene que desarrollar visiones de futuro, tiene que trabajar en nuevos planteamientos.

Lo quinto, fomentar la iniciativa, la innovación frente a una concepción más antigua de la administración de mantenimiento en que si las cosas funcionan bien, es suficiente. No, no es suficiente para avanzar; la innovación y la iniciativa deben ser elementos centrales de las funciones de cualquier persona en una organización.

Lo sexto, establecer como pauta de conducta la confianza frente al control. Las organizaciones profesionalizadas tienen que tener confianza en su gente; en que la gente va a cumplir y va a funcionar bien. En una organización profesional, si es una organización madura y si es una organización responsable, la gente trabaja mucho más y mucho mejor si se siente en comando de su libertad. La actividad mental creadora y su energía productiva no se controla con el reloj. El control de presencia tal vez se justifique por orden interno, por estética, pero no hace avanzar a las organizaciones.

Lo séptimo, incitar a los colaboradores a crear mejorar frente a limitarse a cumplir los estándares. Para ello tiene que incitar y eso requiere actos, reuniones, actividades que promuevan la creación de mejoras. Hace tiempo, vi una frase que no sé de que autor es y por eso, la considero anónima, y me pareció ilustrativa de lo que debe ser el papel de un líder en una organización. Dice *“No vayas por donde te lleve el camino, en lugar de eso ve por donde no hay camino y deja un rastro”*. A su vez Paul Valéry, poeta, escritor y filósofo francés escribía, *“El problema de nuestros tiempos es que el futuro no va a ser igual que el pasado”*. Creo que las organizaciones para ser competitivas, sus líderes fundamentalmente, los gestores de recursos humanos y los gestores de línea, tienen imaginar el futuro y crear permanentemente nuevas soluciones, si han de tener cabida en el mundo por venir.

DEBATE

PREGUNTA 1:

La primera conferencia, la de Vicente Ortún, proponía que el problema fundamental era conseguir que los profesionales sanitarios tengan la información de los incentivos para tomar decisiones coste-efectivas. Además subrayaba lo difícil que es po-

ner en marcha modelos de incentivos cuando la medida de lo que se hace no era fácil y definir exactamente el desempeño era una cuestión complicada.

Hemos terminado la tarde oyendo al ponente hablar de “huir del café para todos” y pasar a poner en marcha mecanismos de diferenciación. Ha definido los rasgos específicos de las organizaciones profesionales: mayor nivel de especificidad, poca supervisión diaria, desarrollo profesional, concepto del trabajo en equipo, etc.

De manera que se me ha ocurrido preguntarle ¿Cuáles son, de verdad, en el día a día, los sistemas de retribuciones e incentivos que tienen las consultorías? ¿Cómo diferencian entre un socio, un gerente, etc.? ¿Qué nivel de jerarquización hay dentro de la organización?

RESPUESTA:

Hablo de la primera parte del modelo sanitario ya que no soy experto, evidentemente, en un tema como la salud. El primer problema es todo el tema de los incentivos, que es un bien económico y un bien social. Todo el tema de los incentivos es muy cuestionado y muy difícil; es un tema que está en debate hace muchísimo tiempo y es un tema de reflexión profunda y muy complicado.

Yéndonos al mundo de la consultoría, al mundo de las empresas, nosotros tenemos una estructura de cinco niveles: socios, directores, gerentes, técnicos y ayudantes; es la estructura profesional. Hay retribución variable, está estimada en un máximo del veinte por ciento. A principio de año, se fijan unos objetivos con los profesionales. Hay algunos objetivos que son fáciles de medir y otros objetivos que son cualitativos y difíciles de medir. No todo es cuantitativo como en el modelo americano: yo digo usted tiene que conseguir al final del año tantos dólares, le pago tanto, y se acabó.

Creo que aquí hay que conciliar los objetivos cualitativos y los cuantitativos; nosotros en la organización tenemos algunos importantes objetivos cuantitativos según consultor. Hay una actividad comercial que tiene que hacer el consultor y eso se cifra en contratos que consiga para la consultora por tantos millones. El consultor hace el contacto, y lo cierra; aquí el objetivo comercial es fácil. El objetivo de calidad de los proyectos que hacen es más difícil porque, si un cliente se te cabrea y se marcha pues está claro que lo has hecho mal; pero hay muchos clientes que no dicen eso. Valorar la calidad técnica de un proyecto no es imposible, pero muchas veces es difícil. Puedes decir si te parece bueno, regular o malo pero puntuarlo en un orden cuantitativo (decir esto vale dos, tres) es difícil. Hay objetivos cuantitativos que son fáciles de medir. Hay un objetivo cuantitativo que es el resultado de la división; nuestra empresa está estructurada por divisiones, nosotros somos la división de recursos humanos. La división de recursos humanos tiene objetivos presupuestarios y de resultados, de contribución a resultados a principio de año y eso es parte del incentivo de todos los profesionales a partir del gerente. Si se cumple el presupuesto pues es cien; si se supera hasta ciento veinte, es muy bueno.

Hay otra parte que es la actividad comercial, o sea, si la división funciona bien hay una parte del objetivo cumplido; hay otra parte ya que es la contribución individual a

la contribución comercial. Por eso el variable está a partir del gerente, pues eso también es cuantificable, porque al final esos proyectos se concretan en unos honorarios y en unos contratos y eso también es fácil. Lo que es la calidad técnica y, sobre todo, la contribución en términos de un gerente de creación de equipo, de que el equipo suyo vaya mejor, o sea, como un gerente o un director está trabajando con su equipo, que ese es elemento, es central y es el más complicado de evaluar. Ahí hay un elemento subjetivo clarísimamente, y lo que hacemos es reforzar ese proceso de evaluación todo lo que podamos. Somos cuatro socios en la división, y ese es un tema para nosotros importante, y para los profesionales fundamental. Nos reunimos al final del año y analizamos un poco los resultados de cada profesional; por lo tanto, ahí hay una parte cuantitativa claramente, dos partes, de las tres. Para minimizar el subjetivismo de cada uno, tratamos de tomar una decisión colegiada con las personas que han trabajado con él y con los socios.

Hoy día, sabéis que las organizaciones se van a las evaluaciones trescientos sesenta grados; se sabe que no se puede perder la vía de la contribución individual, porque sino todos tendemos a la mediocridad, no nos engañemos. Hay que ir a la contribución individual que tiene esa complejidad del subjetivismo. Las organizaciones y los sindicatos siempre lo dicen *“oiga que eso es subjetivo”*; pues bien, será subjetivo una parte, pero no hay más remedio que sea subjetivo porque sino para qué están los jefes y para qué están los mandos. Si un ordenador nos diera el incentivo al final del año, las cosas tampoco funcionarían; por lo tanto, es la insatisfacción permanente pero sabiendo que es el camino y por ahí tenemos que avanzar.

No hay ningún sistema perfecto, porque al final hay algunos jefes, que son muy exigentes y otros que son muy poco exigentes. Todos los sistemas de evaluación de desempeño que se han probado utilizan índices correctores, vamos a ver la campaña, y vemos los diez primeros, los diez segundos, los diez terceros, etc. Ordenamos un poco para horizontalmente darle homogeneidad al sistema pero la subjetividad está ahí y tenemos que tener bien formados a nuestros gerentes y a nuestros directivos para que sean subjetivos con causa, con fundamento.

PREGUNTA 2:

¿Qué papel juega la parte informal, o sea, lo que es la cultura, los ritos, las costumbres, en el personal de las consultoras. Nos lo imaginamos con traje y corbata, cuando en un centro de investigación o en esta propia Escuela, puede encontrarse uno a algunos con un anillo puesto en la oreja y tal. Este aspecto informal, que en las organizaciones hospitalarias, la sanitaria en general tiene un peso importante, ¿qué papel juega en este tipo de organizaciones?

RESPUESTA:

Estas compañías multinacionales con modelos americanos, la estética es importante y algunas organizaciones te dicen cómo tienen que ir arreglados (si el traje gris, si la corbata no sé qué y tal). La nuestra no es así, pero la estética se cuida, sobre todo cuando se va a ver al cliente. En consultoras, normalmente el trabajo es con clientes, se va a casa del cliente, se trabaja con ellos. No hay ninguna norma escrita,

pero sí hay un uso, hay una costumbre, que la gente tiene que cuidar su estética con el cliente y tiene que ir bien. En todas organizaciones el elemento cultural es básico y cada vez más; lo que pasa que es un intangible, y como todo intangible, no se puede o no se debe tocar. Todos hablamos de El Corte Inglés, de Microsoft, etc., que tienen culturas muy propias, muy firmes, cuya gente trabaja en un determinado ámbito cultural. En las consultoras ese tema existe. Las consultoras hay que tener en cuenta que son normalmente gente muy potente, gente que quiere un desarrollo profesional muy rápido. Hay unos índices de rotación muy fuertes.

Las consultoras son formadoras de profesionales, el que ya se queda más de cinco o seis años sigue, pero la gente entra, está tres o cuatro años, tenemos unos niveles de rotación del quince, veinte por ciento. Normalmente cada año casi cambias un veinte por ciento del equipo, con todo lo que eso supone. Este cambio constante le da frescura y le da vigor. Las consultoras tienen un personal, de una media de edad muy joven. Somos de las instituciones más generadores de empleo y está entrando gente de la universidad. No nos gustaría tanta rotación, pero es así; las empresas cada vez más demandan gente que ha visto muchos sectores y muchas perspectivas, y se manejan bien en la diversidad.

PREGUNTA 3:

Cuando se habla de la revolución de la tecnología, sobre todo de la tecnología de la información, ¿cuál es el impacto en la gestión de las organizaciones?; se dice que hay una consecuencia identificada que todo el mundo lo sabe: que el desarrollo de la tecnología permite una mayor flexibilidad en las organizaciones, ¿cómo se conjuga el desarrollo de este tipo de organizaciones muy especializadas, con la referida flexibilidad?

RESPUESTA:

Sí, eso tiene sus dificultades, pero en todas las organizaciones la flexibilidad con las nuevas tecnologías es un hecho del trabajo. Los profesionales jóvenes que entran vienen con su PC portátil y un enchufe, y no tienen ni mesa. En organizaciones muy avanzadas, hay una mesa para cinco; llegan con su portátil lo enchufan y trabajan y la oficina la llevan puesta. Trabajan mediante una serie de modalidades de contratación a tiempo parcial, de trabajo en casa. Las culturas, la forma de trabajar, se crean un poco viéndonos, nos saludamos, charlamos, a la hora de tomar café. Evidentemente, esas empresas muy desestructuradas, en que todo el mundo se comunica a través del cable y a través de una línea, me dan pánico. Porque puede haber profesionales que vayan por su centro de trabajo un día al mes para recibir unas instrucciones, pero realmente no viven un poco lo que es; eso contradice un poco con lo que es una organización con una cultura muy firme, donde la gente tiene que estar, tiene que verse, tiene que comunicarse, tiene que reunirse.

Creo que el equilibrio de la flexibilidad da eso, ese equilibrio entre que la gente no se ve y la necesidad de verse; creo que es donde está la clave de muchas organizaciones de futuro, pero es una realidad. Entre nosotros hay muchas gente, que viene los viernes o vienen a final de mes, de profesionales nuestros que están, haciendo pro-

yectos de seis u ocho meses con un cliente y viene a final de mes para hacer el informe, para presentar lo que han hecho de actividad con su jefe. Eso puede hacer que haya organizaciones con menor grado de identificación interna o menor grado de identificación con la sociedad; siempre hemos pedido la identificación con el proyecto, el orgullo de la firma, el orgullo de estar en una entidad. Eso hace gente más fría con la organización, la vive menos; vamos avanzando pero vamos dejando cosas en el camino.

Gestión clínica y mejora de la efectividad

JAVIER GARCÍA ALEGRÍA
*Director de Área de Medicina
Hospital Costa del Sol. Marbella
Málaga*

JUAN JOSÉ PÉREZ LÁZARO
*Profesor del Área de Gestión de Servicios y
Políticas de Salud
EASP
Granada*

GESTIÓN CLÍNICA Y MEJORA DE LA EFECTIVIDAD

I. INTRODUCCIÓN

Mejorar la efectividad es medir resultados. Por tanto, si estamos hablando de medir resultados estamos refiriéndonos a la gestión clínica, ya que una de las principales dimensiones de la gestión clínica es precisamente la de la medición de los resultados.

Medir la efectividad es cosa de los clínicos, pero ¿cuál es el papel de los directivos? En esta ponencia vamos a tratar de ver de qué forma los directivos pueden abordar el tema de la efectividad, sabiendo que son los clínicos los que deben mejorarla.

II. GESTIÓN CLÍNICA. CONCEPTO, FUNDAMENTOS Y HERRAMIENTAS

El Diccionario Ideológico de la Lengua Española (J. Casares) define gestión como *hacer diligencias conducentes al logro de un propósito*.

En este sentido, podemos definir la gestión clínica como el *uso adecuado de los recursos para el mejor cuidado de los enfermos*.

Los pilares sobre los que se sustenta la gestión clínica pueden agruparse en cuatro grandes fundamentos:

1. Fundamento ético, basado en los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía del paciente y equidad.
2. Fundamento científico.
3. Fundamento organizativo.
4. Fundamento económico.

Las herramientas de las que se vale la gestión clínica para la consecución de sus resultados, se resumen en las siguientes:

1. Uso e interpretación de fuentes documentales.
2. Lectura crítica de la literatura.
3. Técnicas de uso apropiado.
4. Sistemas de información y clasificación de pacientes.
5. Guías de práctica clínica.
6. Análisis de resultados clínicos.
7. Integración de cuidados asistenciales.

8. Gestión de riesgos clínicos.
9. Análisis de la calidad.
10. Análisis económico.
11. Análisis organizativo.

III. EFICACIA Y EFECTIVIDAD. CONCEPTOS

En este punto, cabe hacer una distinción entre los conceptos de eficacia y efectividad:

- a) Eficacia puede definirse como “*los beneficios obtenidos en condiciones ideales*”.
- b) Efectividad se define como “*los beneficios obtenidos en condiciones reales de aplicación*”.

Cabe hacer dos observaciones a este respecto: un tratamiento puede decirse que es eficaz cuando es capaz de modificar el curso de la enfermedad; producir más no siempre ha de significar ser más eficiente.

IV. RESULTADOS EN ATENCIÓN DE SALUD

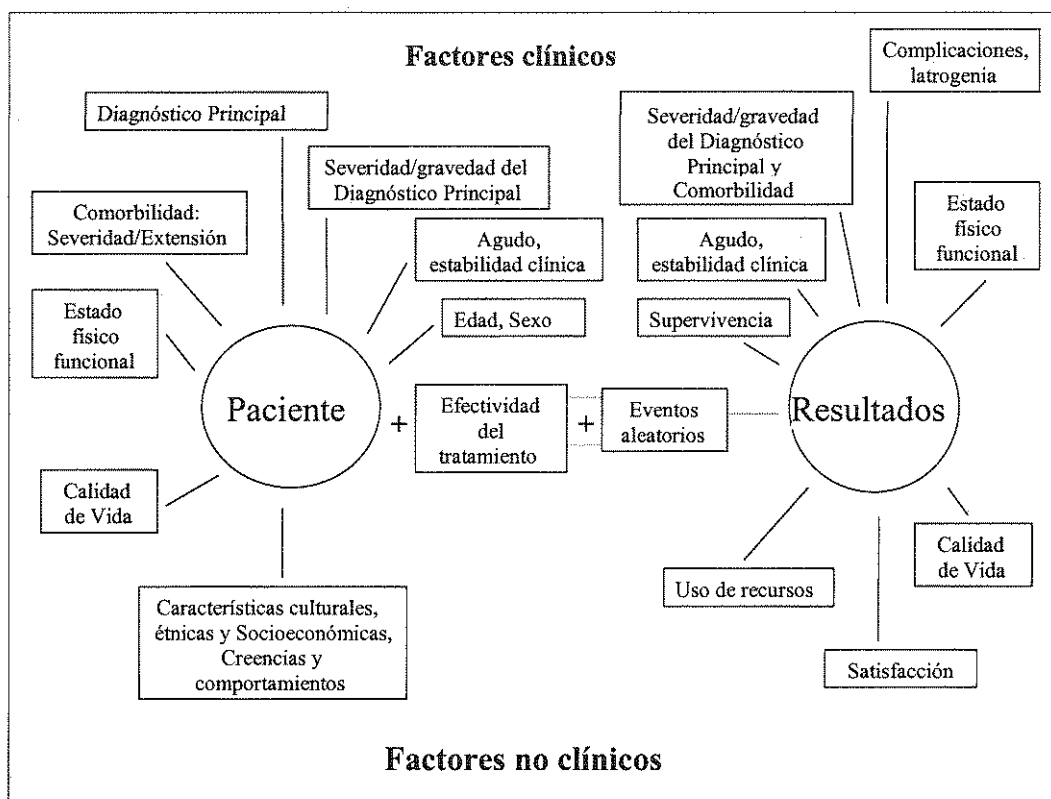
Como puede observarse en figura 1, los resultados obtenidos en el tratamiento de un paciente dependen de:

1. Efectividad del tratamiento.
2. Eventos aleatorios no controlables.
3. Factores clínicos: diagnóstico principal y su severidad; comorbilidad; complicaciones, iatrogenia; estado físico y funcional, etc.
4. Factores no clínicos: calidad de vida; características culturales, étnicas, socioeconómicas; creencias del paciente; uso de recursos, satisfacción de la atención.

Los resultados de atención en salud pueden expresarse como resultados en¹:

1. Supervivencia o mortalidad: intrahospitalaria; en UCI; a los n días de un procedimiento; a los 5 años de diagnóstico.
2. Estabilidad física: normalización o mejora de: signos, síntomas y pruebas funcionales.

1 Peiró Morno S. Medidas de actividad y producto sanitario. En: *Gestión Sanitaria: Innovaciones y desafíos*. Barcelona: ED. Masson, 1999.



Fuente: Adaptado de Vance, RP. Outcomes Management. New Opportunities in a Shrinking Pathology Market

Figura 1

Resultados obtenidos en el tratamiento de un paciente

3. Complicaciones o sucesos adversos: reingresos en períodos similares; reingresos por causa específica; infecciones nosocomiales; enfermedades iatrógenas; complicaciones quirúrgicas.
4. Estado funcional: capacidad de esfuerzo; capacidad para las actividades de la vida diaria.
5. Funcionamiento psicosocial.
6. Calidad de vida.
7. Consumo de recursos y costes.

V. MEDIDAS DE EFECTIVIDAD: VALIDEZ DE LOS INDICADORES CLÁSICOS Y NUEVAS PROPUESTAS

Se ha comprobado que algunos indicadores clásicos de medición de la efectividad, como la tasa de reingreso, no son buenos medidores de problemas de calidad asistencial.

A modo de ejemplo repasemos brevemente el estudio realizado por el Dr. Alberto Jiménez Puente, Hospital Costa del Sol (1997): "Análisis de la tasa de reingresos como indicador de calidad":

1. Objetivo: Analizar la validez de la tasa de reingresos como indicador de calidad asistencial en medicina interna.
2. Metodología, diseño y sujetos: estudio observacional transversal; muestra aleatoria estratificada; episodios atendidos entre junio y diciembre de 1998, con ingreso previo los 12 meses anteriores (n=221); cálculo de sensibilidad/especificidad a los 30, 60 y 180 días del ingreso índice.
3. Instrumentalización: Determinación de las causas de evitabilidad potencial de los reingresos mediante revisión de historias por pares con un sistema de clasificación previo estandarizado, en dos grupos:

Grupo A: Reingresos potencialmente evitables:

- Complicación de procedimiento.
- Procedimiento que se pudo realizar en el episodio índice.
- Infección nosocomial.
- Uso inadecuado de fármacos.
- Tratamiento médico subóptimo.
- Falta de diagnóstico.
- Alta en situación inestable.
- Incumplimiento por mala información.
- Tratamiento que no consigue el fin deseado.
- Otras causas juzgadas como evitables.

Grupo B: Reingresos no evitables:

- Recurrencia o progresión de enfermedad clínicamente inevitable.
- Proceso no relacionado.
- Reingreso planificado.
- Incumplimiento de recomendaciones del paciente.
- Reacción adversa a fármacos.
- Reagudización de proceso concomitante.
- Problema social no controlable.
- Otras causas juzgadas como no evitables.

4. Resultados:

Grupo A: Reingresos potencialmente evitables (30 y 80 días):

- Complicación de procedimiento. _____ 2 _____ 2
- Procedimiento que se pudo realizar
en el episodio índice. _____ 7 _____ 9
- Infección nosocomial. _____ 2 _____ 2
- Uso inadecuado de fármacos. _____ 0 _____ 1

- Tratamiento médico subóptimo. _____ 1 _____ 1
- Falta de diagnóstico. _____ 3 _____ 9
- Alta en situación inestable. _____ 0 _____ 1
- Incumplimiento por mala información. _____ 0 _____ 0
- Tratamiento que no consigue el fin deseado. _____ 1 _____ 4
- Otras causas juzgadas como evitables. _____ 0 _____ 1

Grupo A: Reingresos no evitables (30 y 80 días):

- Recurrencia o progresión de enfermedad clínicamente inevitable. _____ 88 _____ 192
- Proceso no relacionado. _____ 12 _____ 49
- Reingreso planificado. _____ 23 _____ 42
- Incumplimiento de recomendaciones del paciente. _____ 4 _____ 9
- Reacción adversa a fármacos. _____ 3 _____ 6
- Reagudización de proceso concomitante. _____ 2 _____ 2
- Problema social no controlable. _____ 1 _____ 2
- Otras causas juzgadas como no evitables. _____ 3 _____ 3

Reingresos					
DIAS	No Evitables	Totales	%	SENS	ESP
30	16	104	15,3	55,1	54,1
60	26	181	14,3	89,6	19,2
180	29	221	13,1		

V. CONCLUSIONES

Los reingresos en medicina interna por causas evitables, que pueden traducir un problema de calidad asistencial, según el criterio temporal que se aplique, están entre el 13 y el 15%. Dado que la mayoría de los reingresos no son evitables, y su especificidad es muy baja, la tasa de reingresos no es un buen indicador de calidad asistencial.

A continuación proponemos algunos ejemplos de medidas de efectividad que se apartan de los indicadores clásicos, según tipo de enfermedad.

1. Enfermedad aguda de alto riesgo (por ej. infarto agudo de miocardio):

Mortalidad intrahospitalaria + supervivencia (+/- eventos)

2. Enfermedad crónica (por ej. asma):
Ingresos +/- calidad de vida +/- situación funcional
3. Enfermedad aguda quirúrgica (por ej. fractura de cadera):
Mortalidad intrahospitalaria + supervivencia (+/- capacidad funcional)
4. Enfermedad quirúrgica programada (por ej. hernia):
Reintervenciones + iatrogenia + complicaciones

VI. ESCENARIO DE COMPROMISO ENTRE CLÍNICOS Y DIRECTIVOS

Frente a esta situación nos encontramos ante un nuevo escenario de compromiso entre los directivos y los clínicos, apoyado en los siguiente principios²:

1. Los hospitales y otras instituciones sanitarias están para cuidar pacientes y el resto de las actividades son secundarias.
2. La fuerza dominante deben ser los equipos clínicos.
3. La organización debe orientarse hacia las necesidades de los pacientes.
4. Las decisiones se deben tomar sobre hechos evidentes.
5. Las decisiones en toda la organización se deben tomar a la luz de la perspectiva clínica.

En conclusión, el reto de los directivos ante este nuevo escenario, estaría centrado en tres aspectos fundamentales:

1. Reorientar la gestión de los centros hacia los resultados clínicos.
2. Incorporar las medidas de efectividad en los acuerdos de gestión clínica.
3. Mejorar las fuentes y los sistemas de información.

² *Simpson J. Doctor's involvement in management-the reality. White T. Churchill & Livinstone 1.996; 21-31.*

*Integración de niveles
basada en la evidencia:
propuesta modelo*

LLUÍS NUALART I BERBEL
Director General
GRUP SAGESSA
Tarragona

JOAN M. CARBONELL I RIERA
Director de Atención de Agudos
GRUP SAGESSA
Tarragona

INTEGRACIÓN DE NIVELES BASADA EN LA EVIDENCIA: PROPUESTA MODELO

I. INTRODUCCIÓN

El *Grup SAGESSA (Grup d'Assistència Sanitària i Social)* es una entidad de titularidad pública dedicada a la promoción y provisión de servicios asistenciales, atendiendo los diferentes niveles: atención primaria, atención especializada u hospitalaria y atención socio-sanitaria y social. Está implantado en las seis comarcas más meridionales de Catalunya con una población de referencia de 315.000 habitantes.

Está integrado por el Hospital Universitari Sant Joan de Reus, hospital de referencia para un sector sanitario de unos 200.000 habitantes; el Hospital Comarcal de Móra d'Ebre, hospital general básico que atiende unos 50.000 habitantes; el Centro Médico-Quirúrgico de Reus, centro monográfico para cirugía de mediana y baja complejidad, y los Servicios Asistenciales de Amposta, hospital modular, que cuenta actualmente con centro de especialidades, un servicio de urgencias para mediana y baja complejidad y a partir del año 2000 incorporará una unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Además, dispone del Hospital de Santa Creu de Tortosa, centro de atención socio-sanitaria y de las residencias de ancianos de Amposta y de La Sènia. El Grupo integra, asimismo, tres Áreas Básicas de Salud (ABS), la ABS de Vandellòs-Hospitalet, la ABS de Riudoms y la ABS de Cambrils.

El Grup cuenta, por tanto, con 418 camas en hospitalización de agudos que generan unas 18.000 altas anuales, con 685 plazas de atención socio-sanitaria, y realiza la cobertura de atención primaria para 35.000 personas. Nuestro principal activo son los 1.425 profesionales que prestan sus servicios en los diferentes centros. La facturación ha sido superior a los 9.100 millones de pesetas en el último ejercicio, siendo nuestros principales clientes el Servei Català de la Salut (SCS) y el Institut Català d'Atenció Socio-Sanitària (ICASS). El Grup no es el único proveedor sanitario de la zona, donde también ofrece sus servicios el Institut Català de la Salut (ICS), proveedor mayoritario en atención primaria y minoritario en cuanto a atención hospitalaria.

El Grup se organiza en torno a una Dirección General y una Gerencia únicas, con un *staff* potente que da servicio a todos los centros. Un valor añadido de la organización es poder ofrecer a éstos algunos servicios de los que no podrían disponer en el caso de un funcionamiento aislado (aprovisionamientos, epidemiología y evaluación asistencial, política de calidad, formación, desarrollo obras e inversiones). Destaca un área de productos y niveles asistenciales que garantiza los cuidados, los programas de atención interniveles y la continuidad asistencial.

Nuestro modelo se apoya en tres grandes ejes de acción: la apuesta decidida por la calidad, la obtención de buenos resultados de gestión y la integración de niveles asistenciales.

La política de calidad del Grup se marca como objetivo general: procurar a los ciudadanos de nuestro ámbito de influencia una atención óptima, de reconocida eficacia y

en continua mejora, según sus expectativas, el desarrollo científico y los recursos disponibles en cada momento. En el transcurso de los últimos 5 años se ha conseguido incorporar la mejora de la calidad al modelo de gestión y se han conseguido más de 500 propuestas de mejora que han sido aplicadas. Con el fin de evaluar estos resultados mediante modelos homologados, hemos realizado durante 1998, el *assessment* para la acreditación por la *Joint Commission* y hemos aplicado la autoevaluación mediante el Modelo Europeo de la Calidad Total (ETQM). A nuestro juicio, ambos sistemas son compatibles y permiten un buen conocimiento de la realidad asistencial y organizativo del Grup.

El segundo eje se refiere a los resultados asistenciales y económicos de Grup, que son la garantía para la supervivencia de los centros y para mantener su autonomía de inversión. Se basan en contar con profesionales motivados, implicados y correctamente informados. Ello no siempre es fácil ya que se precisa de una política de recursos humanos personalizada, con incentivos ligados a la consecución de objetivos; además, los responsables de los servicios deben disponer de información clínica y económica para la toma de decisiones.

Al tercer eje, el de la integración de niveles asistenciales, le dedicaremos el resto de nuestra presentación.

II. INTEGRACIÓN DE NIVELES ASISTENCIALES

Desde hace algunos años estamos asistiendo al debate sobre la sanidad y sobre algunos aspectos de la misma que hoy merecen nuestra reflexión. Se trata, por una parte, de la continuidad entre los diferentes niveles asistenciales y, por otra, de los mecanismos de mejora de la efectividad y de la eficiencia de las prestaciones de salud.

Las dificultades en el mantenimiento de la continuidad entre los tres niveles asistenciales, atención primaria, atención especializada y atención socio-sanitaria, está dando lugar a una duplicación innecesaria de pruebas diagnósticas y orientaciones terapéuticas, y a la ausencia de un facultativo responsable de toda la atención recibida, afectando todo ello a la calidad de la asistencia. Por otra parte, no todas las actuaciones asistenciales se desarrollan atendiendo a su efectividad y eficiencia. Estos dos aspectos fueron los principales responsables de que la integración de niveles asistenciales con guías de práctica clínica para las principales patologías se convirtiera en uno de los ejes de actuación del Grup.

Se analizó la actividad realizada en dos hospitales de agudos, así como en un centro socio-sanitario y en dos áreas básicas de salud, todos ellos integrados en el Grup SAGESSA. La actividad de atención primaria se analizó a partir de la información de motivos de consulta, codificados mediante la Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP). La actividad realizada en los centros de agudos se analizó a partir de la codificación de las altas mediante la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9R-MC) y, en algunos casos, las agrupaciones de grupos de diagnósticos relacionados (GDR). Para el ámbito socio-sanitario se utilizó también la CIE para la codificación de las causas de los ingresos.

El análisis de la actividad permitió definir dos grandes grupos de patologías. Un primer bloque engloba aquellas enfermedades que son atendidas en más de un nivel asistencial y que son susceptibles de configurarse alrededor de un mismo programa. Es el caso de la enfermedad cardio-vascular y de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, que son atendidas en los tres niveles de atención, según cual fuere la situación clínica del paciente. Un segundo grupo es de las patologías atendidas en un solo nivel asistencial, sin ningún efecto sobre los otros dos. La infección respiratoria de vías altas y las intervenciones sobre cristalino son dos ejemplos de este grupo.

En el primer bloque se identificaron 21 grupos de patologías en los que intervenían, al menos, dos niveles asistenciales y que englobaban patologías susceptibles de un manejo común. Los principales grupos fueron los de la patología cardio-vascular, el tabaquismo junto con la EPOC, la neoplasia oro-faríngea y de pulmón, y el seguimiento del embarazo y el parto. Un 75% de la actividad de atención primaria, un 45% de la actividad de la atención especializada y un 52% de la actividad de la atención socio-sanitaria está contenida en estos 21 grupos de patologías.

El segundo bloque quedó configurado por 18 grupos de patologías específicas de cada nivel. Un 25% de la actividad de atención primaria, un 18% de la atención especializada y un 23% de la atención socio-sanitaria está contemplada en estos programas específicos.

III. PROGRAMAS DE ATENCIÓN INTERNIVELES

Cada uno de los 21 grupos de patologías que afectaban a varios niveles asistenciales fueron analizados minuciosamente y se constató que reunían condiciones para convertirse en Programas de Atención Interniveles (PAI). Para ello es necesario que se trate de patologías con una historia natural de la enfermedad bien conocida, que deba ser atendida en todos los niveles asistenciales, que su prevalencia justifique el esfuerzo, y que su gestión sea factible.

Los PAI se engloban conceptualmente en los denominados programas de gestión de patologías (PGP) que son programas de base poblacional, que actúan sobre todas las fases de la enfermedad y engloban las actividades de todos los profesionales sanitarios, de manera que se puedan maximizar los resultados de la atención. La hipótesis que subyace es que el correcto manejo del paciente en las fases iniciales de la historia natural de su enfermedad puede mejorar el pronóstico y reducir los costes del tratamiento en las fases más avanzadas. Para su implantación los PGP, abordan dos aspectos capitales de la atención: por un parte, las recomendaciones clínicas y, por otra, los aspectos denominados genéricamente reingeniería de procesos asistenciales. Para el primero, se aconseja la confección de guías de práctica clínica que contengan los protocolos de uso más común en el centro. Para los segundos, se debe hacer especial hincapié en la informatización, tanto de la historia clínica como de las guías de práctica.

La implantación de los Programas de Atención Interniveles (PAI) han debido vencer algunas resistencias de los profesionales de la salud en todos los ámbitos. Algunos de

ellos han interpretado los PAI como una injerencia en su práctica clínica. La ausencia de organización para la comunicación y cooperación entre los diferentes niveles asistenciales ha limitado inicialmente el proyecto. Asimismo, los sistemas de información centrados en la actividad y no en los pacientes dificultan la integración de la información sobre utilización de recursos en los diferentes niveles. Por último, la asignación de recursos compartimentada por niveles asistenciales e independientes de los resultados en términos de salud no es un buen instrumento para incentivar la racionalización en el uso de recursos.

Para la conceptualización global del PAI se procedió a seguir la historia natural de la enfermedad y, para cada una de sus fases, determinar la estructura básica de su contenido. Así, para cada fase se establecieron las actividades sanitarias a realizar, el nivel asistencial que las aplicaría, la frecuencia de su realización, los profesionales sanitarios implicados y los costes estimados. En relación con las actividades, se tuvieron en cuenta todos los aspectos relativos a promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento en todas sus vertientes y rehabilitación.

La patología cardíaco-vascular fue escogida para el inicio de los PAI, ya que en nuestro medio abarca un alto porcentaje de la actividad de los tres niveles asistenciales. El análisis de este grupo de patologías condujo a la confección de siete guías independientes: insuficiencia cardíaca, hipertensión arterial, hipercolesterolemia, diabetes mellitus, dieta y obesidad, tabaco y actividad física, y cardiopatía isquémica.

Para cada una de ellas, se analizaron los protocolos de uso común y se elaboró un documento de trabajo que fue propuesto al grupo de expertos. Éste, se constituyó de forma multidisciplinaria, con la presencia de profesionales de todos los niveles asistenciales con profundos conocimientos sobre el tema en cuestión que, en número de entre 8 y 12, se reunieron durante una media de 12 horas en dos días consecutivos. Se consensuó una guía única que contuviera factores de riesgo sobre los que actuar para cada patología, niveles asistenciales más adecuados y eficientes para recibir cada actividad de la atención sanitaria, procedimientos diagnósticos y terapéuticos más efectivos según la evidencia científica disponible y sistema de evaluación e indicadores de resultados. Los grupos contaron con dos referentes externos: un clínico experto en patología cardíaco-vascular y un epidemiólogo con experiencia en el consenso sanitario. En total, 23 médicos, 16 enfermeras y 2 psicólogos han participado en el consenso de las siete guías.

Las guías contienen las actuaciones de los facultativos y de los servicios clínicos, los planes de cuidados estandarizados de enfermería y las actividades de otros trabajadores del sistema sanitario que participan en la atención a los pacientes.

Tras el consenso de la guía se ha procedido a la adecuación de la misma para poderla dotar de soporte informatizado. Se han realizado para ello múltiples algoritmos clínicos, de diagnóstico, tratamiento y derivaciones que pudieran situar al paciente en todo momento, en el continuo asistencial. El soporte informatizado permite que la guía se active en el momento del diagnóstico de una de las patologías gestionadas, proponiendo los procedimientos diagnósticos, su periodicidad, las pautas terapéuticas consensuadas y mostrando las incompatibilidades y precauciones de las prescripciones realizadas en pacientes

con medicación múltiple. Finalmente, permite la evaluación de la utilización de pruebas diagnósticas y del grado de control de las patologías de este grupo.

La guía prevé un sistema de revisión y actualización para poder incorporar los nuevos conocimientos y las nuevas evidencias de una manera ágil y sencilla con la participación del grupo de expertos que la diseñó.

La guía y la historia clínica informatizada que la sustenta son el centro de un sistema de información adaptado a una visión asistencial centrada en el paciente y útil para la mejora de la calidad. El sistema comprueba la indicación de pruebas diagnósticas en función de la enfermedad, edad y sexo del paciente, informa sobre la periodicidad de su solicitud, alerta sobre interacciones medicamentosas y sugiere ajustes de dosis en el caso de patologías subyacentes.

El Programa de Atención Interniveles relativo a la patología cardio-vascular contempla, además de las actividades estrictamente asistenciales, una serie de actuaciones a realizar sobre los pacientes. Consisten en la elaboración y puesta en práctica de diferentes estrategias de educación para la salud con el objetivo de mejorar el conocimiento y el control de la enfermedad; además los contactos por correo o telefónicos con personal sanitario para realizar el seguimiento del tratamiento, monitorizar sus efectos secundarios y reforzar su adherencia al mismo. El Programa prevé, además, la evaluación de los conocimientos sobre su enfermedad, de la calidad de vida y del grado de satisfacción en relación al programa. Para cada programa, sólo serán de aplicación aquellas actividades que hayan sido aprobadas por el Comité de Expertos, basándose en su efectividad contrastada.

Además del PAI de patología cardio-vascular, se han iniciado ya las reuniones para el diseño de otros tres grupos de patologías de alta prevalencia en nuestro medio: la otitis media, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y la neoplasia de colon.

IV. PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL

Al conjunto de Programas de Atención Interniveles, se le ha denominado Plan de Atención Integral. Tiene por objetivos la garantía de la continuidad asistencial, la colaboración activa de los profesionales en la gestión clínica, la mejora de la efectividad de la práctica clínica y el incremento de la eficiencia del sistema. El Plan aporta, asimismo, la cartera de servicios específica para los principales grupos de patologías y manifiesta el compromiso del Grup SAGESSA con la población de su ámbito geográfico.

Además de las actuaciones sobre los pacientes y de soporte a los profesionales sanitarios, los Programas Asistenciales Interniveles suponen algunas ventajas para la Dirección de los Centros y del Grup. Así, el sistema permite disponer de información *on line* sobre el grado de adecuación de los facultativos a la guía consensuada, y sobre la utilización de recursos, tanto procedimientos diagnósticos, derivaciones o utilización de fármacos, con el consiguiente coste de las patologías. Se trata, además, de una herramienta para una mejor planificación estratégica en el entorno sanitario.

La Administración Sanitaria ha de percibir también alguna de las ventajas de la gestión de patologías. Así, la generalización de los PAI debe redundar en una mejora del control de la salud de la población y del grado de satisfacción de los usuarios con el sistema sanitario. Por otra parte, la mejora en la efectividad y eficiencia de los servicios ofertados por los proveedores ha de suponer una mejora en la efectividad y eficiencia global del sistema. Estamos, además, ante un nuevo instrumento para el ensayo de modelos alternativos de financiación del sistema.

V. LIMITACIONES E INTERROGANTES

El Plan de Atención Integrada tiene algunos aspectos que merecen una reflexión para su puesta en marcha con garantías de éxito. A continuación se recogen algunos de ellos.

El ámbito en el que se ha establecido el consenso para la elaboración de las guías es el de una única empresa proveedora de servicios sanitarios. El acuerdo al que se ha llegado se ha hecho en base a las guías y protocolos de diferentes sociedades científicas y administraciones públicas y ha contado con el soporte de expertos de reconocido prestigio; aún así, surge la duda sobre si el acuerdo puede ser suscrito por profesionales de diferentes empresas y de diferentes zonas geográficas.

Para la elección de las patologías que han de configurar un PAI, existen varios aspectos que deben tenerse en cuenta. Las patologías de más alta prevalencia debieran ser prioritarias, sin embargo no siempre coinciden con las más trascendentes para la comunidad, ni con las que generan más actividad en el sistema sanitario, ni tan sólo con las que pueden verse más beneficiadas por un PGP. Armonizar estos cuatro conceptos para la elección de patologías es un reto añadido para asegurar la continuidad y la consolidación del proyecto.

Las guías de práctica clínica han de ser aplicadas por profesionales asistenciales que no han participado en su discusión y consenso. Sólo algunos de los trabajadores de los centros han formado parte de los grupos de trabajo. Los expertos externos que dan soporte a la guía tienen un papel relevante en este aspecto para acercar a todos los profesionales en su conjunto a las recomendaciones contenidas en la guía.

La implantación del los PAI en una zona geográfica con diferentes proveedores de servicios sanitarios va a necesitar de un esfuerzo de colaboración importante para que pueda ser aplicada por todos ellos. En Catalunya la cultura de la competencia entre diferentes proveedores ha dado paso a una cultura de la colaboración que se está consolidando definitivamente. Un fruto más de esa colaboración debiera ser la aplicación conjunta de guías de práctica consensuadas.

La estructura de la mayoría de los centros sanitarios, atomizados en servicios y unidades no favorece la aplicación de los PAI, que se caracterizan por aportar una visión interniveles y multidisciplinaria. Además de las modificaciones y cambios organizativos, se

impone un cambio en la cultura y en los valores, que considere al sistema sanitario en su conjunto y no como mera adición de centros y de servicios, que sitúe al paciente en el eje central y que jerarquice, como primer objetivo, la mejora en su estado de salud.

Por último, el equipamiento informático necesario para iniciar este proyecto es considerable. Además de su financiación, es relevante la formación de todas las personas que participen en el proyecto. La guía y su soporte informatizado deben ser integrables en los sistemas de información de la empresa. No es factible la utilización de dos aplicaciones simultáneas, una de la gestión del centro y otra de la gestión de las patologías que configuran los PAI.

DEBATE

Dr. Nualart:

Vamos a explicar primero quienes somos para entender el proyecto y el doctor Carbonell va a explicar posteriormente qué hemos hecho y cómo.

El grupo SAGESSA es una empresa pública que tiene la función de promover y proveer servicios sanitarios en Cataluña y por lo tanto una empresa más que tiene el sistema público de Cataluña. Nuestra área de influencia esta situada en las comarcas más meridionales de Cataluña, abarca seis comarcas con una población de 315.000 personas.

Sobre nuestra red asistencial en esta área geográfica disponemos de 418 camas de agudos que representan el 60% de las camas que hay en esta zona. En Reus existe un hospital universitario y existe un centro quirúrgico para patologías de mediana y baja complejidad que ayuda a solventar los problemas de las listas de espera. El Hospital Comarcal de Móra d'Ebre es un hospital de 64 camas y tiene también algunos recursos socio-sanitarios. En Amposta tenemos un pequeño centro que es un proyecto de hospital modular que se inició con la incorporación de un centro de especialidades, tenemos especialistas pasando consulta externa, un servicio de urgencias y veremos si en algún momento se puede convertir en un hospital al estilo clásico aunque pensamos que por las especialidades, el servicio de urgencias que no requiere ingresos y la cirugía mayor ambulatoria se resuelve un gran porcentaje de la patología de la población.

Tenemos, de igual manera, recursos socio-sanitarios tanto de internamiento como centros y hospitales de día ligados ha un programa que lleva dos años. También disponemos de camas para convalecencia, cuidados paliativos y cuidados de larga estancia. Tenemos en este momento tres áreas básicas de salud en atención primaria, esto viene a significar una cobertura poblaciones del 19%. En las comarcas del norte tenemos básicamente el hospital de Reus y está concentrada casi toda nuestra atención primaria con una población de 200.000 habitantes y una cobertura del 40% de la población.

En esta región no somos proveedores únicos de servicios sanitarios. Para que nos hagamos una idea, al año tenemos 18.000 ingresos, con 685 plazas de atención

socio-sanitaria y una estancia media de 7 para el Hospital de Reus y de 5,1 para el Hospital de Móra y se realiza una cobertura de atención primaria de 35.000 personas. Nuestra facturación ha sido superior a 9.100 millones de pesetas siendo nuestro principal cliente el Servei Català de la Salut para quienes facturamos el 85% de nuestra facturación, pero también facturamos para entidades mutuales.

Nuestro principal activo lo constituyen los 1425 profesionales que prestan sus servicios en los diferentes centros; aparte de estas personas, trabajan para nosotros personas que estaban en un comienzo trabajando en áreas básicas de la salud y con la integración con las especialidades tenemos en conjunto 69 profesionales estatutarios que trabajan en nuestros centros con una dependencia funcional nuestra y jerárquica con el Servei Català de la Salut. También hay un grupo general de equipo especializado que prestan sus servicios a los centros que son gestionados de forma integral.

Les quiero contar la historia del grupo para que se entienda lo de proveedor público, somos una organización constituida principalmente por representantes de los ciudadanos sean alcaldes u otros. La historia nace en el hospital de Reus en 1981 con la venida de la Universidad, el hospital se jerarquiza sin estructura empresarial generando una problemática: se pierde dinero. En 1984 se decide una gestión profesionalizada y en 1987 se convierte el hospital universitario en una sociedad anónima que se rige por el derecho privado y cuyo consejo de administración esta formado por miembros del ayuntamiento. En 1988 se cede la gestión del Hospital comarcal de Morá d'edre a Reus se crea una sociedad 100% capital del ayuntamiento y se integra el consejo de administración. Posteriormente se integran otros centros teniendo un porcentaje importante de la población cubierta con nuestros recursos.

En el consejo de administración del grupo SAGESSA no solamente esta el ayuntamiento de Reus sino además representantes de las seis comarcas que nos integran. Desde el punto de vista de la organización interior los centros tienen una misma estructura; pero la gerencia es única para todo el grupo y hay un equipo especializado de aproximadamente 50 personas que prestan servicios a todos los centros. Se destaca un área de productos de redes asistenciales con un director de agudos y un director de primaria y uno de socio-sanitaria que son los responsables de que las cosas se hagan como esta previsto y del desarrollo del modelo.

El primer eje incorpora la mejora de la calidad utilizando diversos indicadores que miden la calidad de nuestros servicios. La política de calidad tiene como objetivo final el cliente y se apoya en la implicación y compromiso de los profesionales. Pretende no solo atender a los enfermos sino la atención de la comunidad entre los diversos niveles para procurar una atención óptima y eficaz cumpliendo las expectativas de los clientes.

Trabajamos con equipos de mejora en cada centro y en cada unidad operativa. Esto ha dado como resultado que han disminuido los ingresos, han reducido las estancias, incremento de las intervenciones quirúrgicas, incremento de la complejidad y una mejora de la eficiencia. En atención primaria el valor intrínseco farmacológico que es un índice que mide la prescripción farmacéutica es una de las más altas y el gasto por habitante año esta por debajo de la media de la zona. El déficit presupuestario se ha motivo entre 0,08 a 0,18% en este periodo.

Con el fin de evaluar estos resultados mediante modelos homologados hemos realizado la evaluación para la acreditación por la *Joint Comission* y hemos aplicado la autoevaluación mediante el Modelo Europeo de la Calidad Total lo que nos ha permitido tener unos objetivos específicos.

El segundo eje se refiere a tener resultados en la gestión y se soporta en cuatro puntos:

- Gerencia y equipo únicos para todo el grupo hace que los objetivos puedan ser planteados y la asignación de recursos hecha de una forma estratégica; no hay niveles intermedios entre los directores del centro y la gerencia, el equipo da servicios que no podrían tener los centros por ellos mismos.
- Dirección por valores que se basa en un liderazgo participativo.
- Política de recursos humanos que contempla una retribución individualizada para directivos y mandos, con una parte fija y una parte variable en función de la consecución de objetivos, el establecimiento de carrera profesional y un plan de formación orientado a los objetivos estratégicos.
- Información *on line* para que quienes toman decisiones.

El cuarto eje, el de la integración de niveles, va a ser un poco de lo que va a hablar el doctor Carbonell. Con el objetivo de avanzar en esta integración cultural, porque en la cultura tradicional no existe mucho diálogo entre la atención primaria y especializada, le propusimos a un grupo de expertos internos y externos que intentaran analizar qué patologías eran las más prevalentes y qué actividades se realizaban más frecuentemente para agrupar y estandarizar las actividades de tipo diagnóstico, prevención, tratamiento, etc.

El doctor Carbonell nos hablará a continuación de qué hemos hecho en los últimos tiempos y cómo lo hemos hecho.

Dr. Carbonell:

Unas constantes del sistema sanitario son la poca continuidad de la asistencia, la variabilidad de la práctica clínica, la baja eficiencia, la poca implicación de los profesionales, la baja efectividad y una cierta discontinuidad de la asistencia sanitaria. Ante este reto, lo que hicimos fue analizar en los tres niveles asistenciales encontrando algunas patologías que afectaban solo a alguno de los niveles en estas solo podíamos intentar mejorar la efectividad de la asistencia sanitaria, por ejemplo en la atención primaria la infección respiratoria aguda.

En resumen un 25% de la actividad de la atención primaria, un 18% de la atención especializada y un 23% de la atención socio-sanitaria eran específicas de esos niveles. Se identificaron 21 grupos de patologías en los que intervenían, al menos dos niveles asistenciales y que englobaban patologías susceptibles de un manejo en común. Un punto muy importante, tanto en atención primaria como de hospitales, era la patología cardiovascular, seguido del tabaquismo, junto con la EPOC, de igual manera el dolor lumbar y todas las patologías de neoplasia de colon que en nuestro medio tiene una prevalencia alta y el seguimiento del embarazo y el parto.

Estos 21 grupos pasaron a definir lo que era la cartera de servicios y fueron analizados y englobados como programas de gestión de patologías que son programas de base poblacional que actúan sobre todas las fases de la enfermedad y además intentan englobar las actividades que hacen todos los profesionales de la salud. La tendencia es maximizar los resultados de la atención con una hipótesis subyacente: “cuanto antes comencemos a tratar correctamente las patologías crónicas vamos a encontrar un beneficio en cuanto pronóstico, situación clínica del paciente, calidad de vida y, no menos importante, vamos a ser capaces de controlar o reducir los costes del tratamiento en las fases avanzadas”... esa es la hipótesis que nos gustaría demostrar en algunos años.

Los programas de gestión de patologías se basan en dos aspectos relevantes: cómo hacemos recomendaciones clínicas y como aplicamos estas recomendaciones. De los cuatro grandes grupos de recomendaciones clínicas nos hemos inclinado por guías de práctica; la posibilidad de trabajar en guías clínicas. Hay dos aspectos fundamentales para que estas guías puedan funcionar y puedan ser evaluadas y son: la utilización de una historia clínica informatizada y la disposición de estas guías en soporte informático. Uno de los puntos que pensamos es consensuar la guía entre diferentes profesionales y que se aplique esta guía clínica.

Selección de patologías elegibles: patologías con historia natural bien conocida, con suficiente evidencia disponible para poder basar la guía y que abarque más de un nivel asistencial además de tener un interés estratégico; además, considerar qué personas se podían integrar en la misma. La patología cardiovascular fue la primera y de esta primera guía han surgido más de siete guías independientes: insuficiencia cardíaca, hipertensión arterial, hipercolesterolemia, diabetes mellitus, dieta y obesidad en la patología cardiovascular, tabaco y actividad física, y cardiopatía isquémica.

Otro aspecto importante era la configuración de los grupos de expertos a quienes les pedimos que se reunieran para consensuar esas guías; un punto importante es que estuvieran representados los tres niveles asistenciales y a la vez fueran multidisciplinarios entrando las personas claves. Entre 8-12 personas integraron los grupos, además de otras dos personas externas un clínico experto en patología cardiovascular y un epidemiólogo con experiencia en consenso sanitario. En las 7 guías han participado más de 40 personas, un total de 23 médicos, 16 enfermeras y 2 psicólogos de todos los centros integrantes.

Se les pidió una reflexión sobre la historia de la enfermedad, cuáles eran los objetivos del cuidador del paciente en cada fase, qué nivel asistencial se tenía que responsabilizar en cada fase y qué sistema de evaluación se tenía que poner en marcha, y se intentó ver desde una perspectiva comunitaria y una perspectiva individual. Un trabajo anterior a la reunión del grupo de expertos fue a partir de las guías de uso común en el ámbito de las comunidades científicas. Se llevó una propuesta de guía para llegar a consenso; las reuniones se realizaron fuera del centro del trabajo y, al final, teníamos guías de práctica clínica basada en la evidencia adaptadas a nuestro medio por nuestros profesionales.

Han sido necesarias dos reuniones, como mínimo, en cada una de las guías. He quedado agradablemente sorprendido de la facilidad con que los clínicos se ponían de acuerdo sobre qué había que hacer en cada una de las fases de la enfermedad.

La guía contiene:

- Los factores de riesgo sobre los que había que actuar
- El nivel asistencial más adecuado para establecer las actividades que había que llevar a cabo
- Los procedimientos diagnósticos y terapéuticos más efectivos según la evidencia científica y la experiencia de los profesionales
- Los criterios de derivación entre niveles asistenciales.
- Los sistemas de evaluación e indicadores de resultado.

La evaluación de las guías y de su aplicación se establece sobre algunos puntos de resultados, el grado de control sobre patologías como la reducción de ingresos hospitalarios, calidad de vida, indicadores clínicos, estancia media, número de visitas al médico de atención primaria por esa patología. Algunos indicadores económicos centrados en gastos en los tres niveles asistenciales y en relación sobre todo a pruebas diagnósticas asegurando la no repetición de pruebas diagnósticas, y cuales eran los tratamientos que se aplicaban. Indicadores con pacientes complicados y difícil de medir como los conocimientos sobre su enfermedad, calidad de vida, efectos secundarios del tratamiento y encuestas de satisfacción con el programa.

Un aspecto diferencial es brindarle soporte informatizado de forma que la guía se activa en el momento en que un médico o una enfermera diagnostica o cuida un paciente con uno de los diagnósticos de la guía. En ese momento la guía se activa y se proponen los procedimientos diagnósticos y su periodicidad, los controles, pautas terapéuticas y orientación sobre precauciones en la prescripción e interacción de varios fármacos y un ajuste de dosis en el caso de varias patologías subyacentes.

El programa no solo contempla actuaciones en relación a los médicos y enfermeras si no también aspectos sobre el paciente mejorando los conocimientos sobre su enfermedad partiendo de la premisa que mejorando el conocimiento mejora el autocuidado y mejora el pronóstico y la calidad de vida. Y por otra parte ver la adherencia al tratamiento, seguimiento de efectos secundarios, conocer la comodidad de la posología y controlar los efectos secundarios; todo ello teniendo una relación más cercana por medios telefónicos como personales con los pacientes.

Este conjunto de programas las hemos llamado Plan de Atención Integral, que incluye los objetivos de: asegurar la continuidad asistencial, mejorar la participación, mejora de la eficiencia, mejorar la efectividad, entre otros.

Algunas limitaciones o interrogantes que merecen una reflexión para su puesta en marcha son:

Algunos profesionales nos han expresado su sentimiento de injerencia en la práctica clínica. Habitualmente las organizaciones no facilitan una buena comunicación entre los diferentes niveles asistenciales y, de igual manera, la asignación de recursos siempre compartimentada por niveles asistenciales e independiente de resultados en salud; se necesita una asignación de recursos de forma diferente.

Los sistemas de información se centran en Actividades y no en pacientes, hay que ir a dos bases de datos diferentes para recabar la información necesaria. Entre los

interrogantes cabe mencionar que hemos establecido el consenso de las guías en nuestro ámbito sanitario y ese ámbito puede ser insuficiente para proyectar fuera del grupo el proyecto. De igual manera la cuantificación de la actividad asistencial, el porcentaje en los centros puede ser diferente.

Para la elección de patologías que configuran el PAI, las patologías de más alta prevalencia fueron priorizadas; pero quizás desde el punto de vista de la trascendencia social se deberían tener en cuenta otras patologías. Y por último se debe tener en cuenta qué patologías se benefician más de un PAI, dónde se puede actuar mejor porque la variabilidad sea mayor o porque el paciente se pueda beneficiar más.

Las guías de práctica clínica han de ser aplicadas por profesionales asistenciales que no han participado en su discusión y consenso. Solo algunos trabajadores de los centros han formado parte de los grupos de trabajo. Por tanto una parte importante de los profesionales no han hablado por la guía y queda la duda hasta que punto los profesionales aplicarán la guía. Aunque una parte del trabajo del consenso es recoger sugerencias a las guías elaboradas por el comité de expertos, las guías están a disposición de todos los profesionales y pueden expresar su punto de vista.

Otro aspecto importante es el hecho que en Cataluña la diversidad de los proveedores de salud es alta; hemos llegado al acuerdo con el Institut Català de la salut que es proveedor mayoritario en atención primaria, para que la próxima guía se realice con profesionales de su organización.

Otro aspecto es el debate establecido sobre la gestión de patologías es si tiene que existir un responsable médico o enfermera de cada una de las guías, alguien que vele por la aplicación de la guía; esa es una duda que tenemos actualmente.

Por último me gustaría establecer algún tipo de diálogo o intercambio con los asistentes a este taller, ya que se están desarrollando algunos proyectos con puntos en común y podemos compartir las inquietudes y las dudas y en algunos casos las soluciones.

PREGUNTA 1:

El tema de relación interniveles nos interesa; se solicita la participación pero... ¿como se lanzó en el principio del proceso y como se recibió por la organización el proyecto? Además me gustaría conocer más sobre la informatización de la historia clínica y cómo funciona.

Dr. Nualart:

Este fue un objetivo que se apoyó desde arriba pero se lanzó cinco años después. Al principio se nos conocía más por el logro de objetivos económicos. Posteriormente se propusieron ante el conjunto de la organización mandos intermedios, los directores de servicios, etc., gente tanto de hospitalaria como de primaria, en la elección de las patologías más frecuentes participaron diversos profesionales.

Dr. Carbonell:

La implicación de los profesionales fue relativamente fácil de lograr. Lo más costoso es la informatización de la historia clínica. Existía la motivación para tratar de integrar los diferentes niveles y por muchos motivos se seleccionó la patología cardiovascular.

Se debe tener una historia clínica informatizada; en el momento tenemos áreas básicas de atención primaria y a nivel socio-sanitario informatizadas, pero no en hospitalaria. En el hospital este proceso es complejo ya que deben existir instrumentos buenos si se quiere que los clínicos los acepten. Está en proyecto que la historia clínica sea no única pero sí que todos tengan acceso a la información para todos los niveles funcionando en *on line*. En el momento tenemos dos guías con aplicación informática pero falta unir la guía con la historia clínica informatizada para que la guía se active en el momento que se haga el diagnóstico.

PREGUNTA 2:

¿Existe algún modelo de historia clínica informatizada en hospitales?

Dr. Nualart:

La nuestra la están haciendo a medida, pero sé que el SAS esta trabajando una historia con niveles importantes en atención primaria.

Dr. Carbonell:

También existe historia informatizada en la comunidad Vasca en atención primaria y secundaria; nosotros desde 1993 comenzamos la informatización de atención primaria.

Participante:

Las dos fundaciones del INSALUD tienen historia clínicas informatizadas en el área de servicio y de atención primaria; lo que sucede es que, aparte de la puesta informática, se necesita la concienciación de todo el personal médico.

PREGUNTA 3:

¿Qué nivel de cobertura tiene el programa de patología cardiovascular?

Dr. Carbonell:

En la actualidad tan solo dos pacientes están fuera de la aplicación de la guía.

Dr. Nualart:

No existe control informatizado del cumplimiento de la guía; nos gustaría valorar en unos dos años los resultados medidos en términos de salud, los indicadores no se disponen ahora. Hemos estado un año trabajando las guías; el año pasado hicimos las siete y este año se ha trabajado otitis media, neoplasias de colón y la EPOC. Se están aplicando como quién aplica una guía escrita en un papel, estamos utilizándolos pero no tenemos resultados hasta que no se evalúen las historias clínicas.

Dr. Carbonell:

Hicimos la guía de otitis media porque estábamos interesados en validar el sistema, aplicándola a una patología más quirúrgica. La formación quirúrgica de los profesionales es una, los profesionales de sensibilidad médica es otra; teníamos mucho interés de ver cómo se movían los cirujanos y los otorrinos protocolizando la otitis media y nos han arrojado buenos resultados.

PREGUNTA 4:

¿En algún momento del proceso os planteasteis recoger las expectativas o necesidades de la población? ¿Qué sistema de mantenimiento o motivación han propuesto para continuar con el proyecto?

Dr. Nualart:

Sobre indicadores de salud percibida no los hemos utilizado; probablemente sea uno de los aspectos a tener en cuenta, además de la prevalencia y la dimensión de actividad que se hace para cada una de las patologías habría añadir la trascendencia comunitaria para la población y dónde más beneficios pueda haber. Estamos comenzando a pensar qué programas o patologías interesan a la población, pero en este momento tenemos poca información poblacional y no la hemos utilizado para escoger las patologías. Pero existe la disposición que esas 21 patologías se pueden modificar y se puede terminar de afinar cuáles son los programas sobre lo que hay que actuar.

Dr. Carbonell:

Sobre la actualización de las guías esta prevista una revisión, en estos momentos, tenemos una persona responsable de la actualización de las guías. Las primeras están hechas en junio del 98 y ya tiene algunas modificaciones. La metodología que intentamos aplicar es reunir a las mismas personas que participaron en el consenso y someter directamente o a distancia las modificaciones que según la evidencia científica actual se deben realizar.

Pregunta:

¿Qué sistema de mantenimiento o motivación han propuesto para continuar con el proyecto?

Dr. Nualart:

Tenemos poco avanzado. En este momento la motivación es la participación en el programa, la participación es alta; esperamos que el entusiasmo no baje pero para ello no tenemos una estrategia diseñada. Los incentivos no solo económicos sino ligados a objetivos en todos los niveles de la organización; uno de los argumentos que pondremos en la mesa es algún tipo de incentivos no solo económicos para la aplicación de las guías.

Dr. Carbonell:

La motivación no ha bajado, los otorrinos especialistas y los médicos de primaria se pusieron de acuerdo en qué se debía hacer, qué se debía pedir y eso los está motivando.

PREGUNTA 5:

¿Los profesionales han intuido que se conviertan las guías en protocolos cuya aplicación es poco real?

Dr. Nualart:

Antes de las guías se sondeó qué interesaba a los clínicos; se ha ido despacio en la elaboración de la historia clínica informatizada ya que queremos que sea un instrumento útil para los clínicos tanto si la utilizan, como las razones por las cuales se apartan de ella.

PREGUNTA 6:

¿Cuál es la estructura jerárquica del grupo?

Dr. Nualart:

El hospital es universitario con catedráticos, el otro hospital no. La media de edad es de 40 años, la mayoría llegamos hace 20 años. Era importante también ver la gente y la factibilidad de los programas, dependiendo de las personas.

Dr. Carbonell:

La integración de los especialistas en el hospital hace que haya dependencia jerárquica del hospital; es en este grupo de profesionales y en algunos centros de salud que gestionamos donde se ha integrado. Hay que buscar algún otro tipo de motivación para continuar.

PREGUNTA 7:

¿Cuál es la retribución de los profesionales?

Dr. Nualart:

En el hospital estamos equiparados al Instituto Catalá de la Salut, la retribución fija esta un poco por debajo y en primaria sucede lo mismo con una parte variable. La retribución es en función de objetivos. El sistema de incentivos lo tenemos establecido para todo el mundo, todos los médicos, mandos y directivos, enfermeras de primaria y de hospital. Nuestro sistema de incentivo esta basado en unos objetivos de mejora, unos objetivos de calidad y unos incentivos por el logro de objetivos del grupo, del centro y de la persona.

Dr. Carbonell:

En caso que se logre algún tipo de ahorro económico en ningún caso revierte directamente en el profesional, sino en programas de formación o mejora.

Coordinación e integración de niveles asistenciales

JOSÉ MARTÍNEZ OLMOS

Coordinador del Master en Salud Pública y Gestión Sanitaria

Profesor del Área de Gestión y Políticas de Salud

EASP

Granada

COORDINACIÓN E INTEGRACIÓN DE NIVELES ASISTENCIALES

La coordinación y la integración de los niveles asistenciales es en España una de las asignaturas pendientes de nuestro Sistema Nacional de Salud; ello sin menoscabo de que puedan existir algunas experiencias excepcionales loables y dignas de reconocimiento.

A los innumerables méritos y avances de las sucesivas reformas sanitarias operadas en nuestro sistema de salud desde finales de los años setenta y sobre todo, desde principios de los ochenta, hay que añadirles también algunas carencias entre las que deben destacarse el aislamiento y la falta de comunicación de los dos niveles en los que oficialmente se basa nuestro Sistema Nacional de Salud.

Resulta paradójico comprobar que, a pesar de que es evidente que la atención correcta de numerosas enfermedades en el sistema sanitario e incluso, la prevención eficaz de otras muchas, requiere de la actuación coordinada de los niveles asistenciales en que se basa cualquier sistema de salud, (el nivel de atención primaria y el nivel de atención especializada), sean pocas las medidas encaminadas a la coordinación que hayan demostrado eficacia y sea evidente por tanto, el escaso interés por conseguir dicha coordinación.

Es poco discutible que hablar de coordinación e integración de niveles asistenciales es un requisito para hablar de calidad en la atención sanitaria; entre otras razones, porque las medidas que realmente contribuyan a hacer tangible la coordinación y la integración de los niveles asistenciales para la respuesta a determinadas enfermedades, ponen al paciente en el centro de las actuaciones del sistema sanitario haciendo que los recursos asistenciales y tecnológicos de la sanidad se organicen en beneficio de los pacientes y los ciudadanos.

Y aunque para algunos tenga importancia tangencial, la calidad en la atención sanitaria que se consigue cuando los niveles asistenciales actúan coordinadamente e integrados, genera un argumento importante para ser usado como elemento favorecedor de la satisfacción profesional. Concepto éste de enorme trascendencia y que suele beneficiarse de aquellas actividades profesionales y medidas organizativas que contribuyen a hacer real que la actividad asistencial y preventiva sea de la máxima calidad posible.

Por tanto, puede afirmarse que la coordinación e integración de los niveles asistenciales es necesaria para un buen funcionamiento de los servicios sanitarios y éste buen funcionamiento está en función del cumplimiento de dos premisas básicas:

1. Primera premisa

Cada nivel de atención debe disponer de la dotación de tecnología apropiada para prevenir, afrontar y resolver “in situ” los problemas de salud para cuyos fines ha sido creado. La tecnología incluye el personal, las instalaciones y los medios de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación necesarios para cumplir con calidad las funciones de cada nivel asistencial. Y la dotación de esta tecnología debe revisarse con suficiente

agilidad como para incorporar las mejoras y los avances que el tiempo ponga a disposición del trabajo de los sanitarios.

2. Segunda premisa

Cada nivel de atención debe disponer de suficiente capacidad de actuación coordinada para garantizar la transferencia y resolución de aquellas enfermedades y problemas de salud que requieren de la participación de servicios de otro nivel de complejidad diferente.

Este es el caso de procesos cuya actuación se ha iniciado en el nivel de atención primaria y que con posterioridad requieren de actuaciones complementarias en el nivel especializado o de aquellos otros cada vez mas frecuentes (cirugía mayor ambulatoria y otras patologías), que tras ser atendidos en este nivel requieren cuidados, tratamiento o rehabilitación en el nivel de atención primaria de salud. En ambos casos, la ausencia de coordinación e integración afecta a la eficacia, la efectividad y la eficiencia de los servicios sanitarios y por tanto, a la calidad de la atención.

En otras palabras, hay que dotar convenientemente de recursos a cada uno de los niveles asistenciales y hay que orientar sus servicios hacia la coordinación y transferencia de pacientes de forma eficaz y eficiente.

Lamentablemente comprobamos que la actual cultura profesional y organizativa de nuestros servicios sanitarios orienta y empuja en el camino contrario al de la coordinación y al de la integración de los niveles asistenciales. Es tal la separación que existe entre los recursos y los objetivos asistenciales cotidianos de cada nivel asistencial que, muchas veces los hospitales y los centros de salud son mundos organizativos diferentes y en ocasiones enfrentados.

3. Las consecuencias negativas de la descoordinación

Sin lugar a dudas, la principal consecuencia de la descoordinación de los niveles asistenciales se hace evidente en la merma de la calidad de la atención sanitaria. Si la atención adecuada de una enfermedad determinada requiere la coordinación de ambos niveles en el seguimiento, en el cuidado o en la atención prestada y esto no sucede, la atención ofrecida no será una atención de calidad. Igualmente, si la eficacia de actividades preventivas requiere del trabajo conjunto y coordinado de ambos niveles, la ausencia de coordinación afectará a la consecución de objetivos de salud de enorme trascendencia social.

Son éstas de las peores consecuencias posibles a la hora de valorar el impacto de los servicios de salud, sino las peores.

Pero además, la falta de coordinación y de integración entre los niveles asistenciales genera, en ocasiones, grandes ineficiencias en el sistema al producirse repeticiones y duplicaciones innecesarias de pruebas diagnósticas en uno y otro nivel, retrasos en el

proceso diagnóstico y terapéutico de los pacientes, ausencia de un facultativo responsable del proceso de toda la atención recibida o fallos en la cobertura de programas preventivos.

Finalmente, las molestias a los pacientes que sufren las consecuencias de la descoordinación deben ser consideradas seriamente en cualquier sistema que como el nuestro, pretenda solucionar los problemas organizativos y asistenciales de cualquier tipo capaces de generar dificultades y trabas al proceso asistencial de los pacientes y de sus familiares.

4. Las causas de la descoordinación interniveles

Cuando al analizar objetivamente la situación de nuestro sistema sanitario comprobamos que sus organizaciones son independientes unas de otras, puede entenderse la ausencia de coordinación como norma habitual y por tanto, que la existencia de coordinación entre ellas será probablemente debida al azar o al empeño especial de sus profesionales. De todos es conocido que una organización como un hospital es independiente en todos sus parámetros de funcionamiento respecto a otras organizaciones como son los centros de atención primaria con los que comparte la atención de los mismos pacientes.

Hablamos de independencia en lo que se refiere tanto al proceso de determinación de sus objetivos, como al proceso de captación y organización de sus recursos o a los planes de inversiones y de dotación y actualización de sus recursos humanos, tecnológicos y asistenciales.

Ello hace inevitable la instauración de lógicas organizativas independientes y separadas entre los hospitales y los centros de atención primaria que comparten la obligación de atender los mismos pacientes; lógicas que contribuyen a generar un clima de desconfianza y enfrentamiento entre los profesionales de ambos niveles que suelen implicar a los pacientes para desagrado de éstos.

Además, el hecho de que tradicionalmente se ha considerado que la capacidad tecnológica y científica de los servicios asistenciales y de los profesionales hospitalarios es superior a la de los servicios y los profesionales de la atención primaria, contribuye también a generar, no pocos enfrentamientos entre los profesionales y servicios de ambos niveles en los que de nuevo en muchas ocasiones los pacientes y sus familiares son meros espectadores y receptores de las quejas de unos profesionales respecto de los del otro nivel asistencial. En demasiadas ocasiones los pacientes perciben que centros hospitalarios y de atención primaria de una misma área geográfica y asistencial son organizaciones diferentes y enfrentadas.

En la descoordinación y la falta de integración entre niveles asistenciales concurren causas organizativas y culturales. Organizativas, porque el sistema de relaciones y dependencia entre los hospitales y los centros de atención primaria responde a una lógica de separación y alejamiento unas y de otras. Esto hace difícil (si no prácticamente imposible), el contacto coordinado entre ambos tipos de organizaciones. Culturales, porque tanto en los ámbitos formativos universitarios, como en el interior de los hospitales y en general en la propia sociedad, prevalece la idea de superioridad científica y tecnológica de los hospi-

tales y sus profesionales sobre los centros de atención primaria y sus profesionales. Ello condiciona que las expectativas, tanto de los médicos hospitalarios como de la propia población respecto a las relaciones entre los hospitales y los centros de salud, sean de dependencia jerárquica (y de superioridad y autoridad científica) de éstos respecto de aquellos.

Al hablar de coordinación e integración entre niveles asistenciales hay que advertir que no todas las enfermedades son necesariamente susceptibles de ser atendidas de manera coordinada por los servicios de ambos niveles de atención. Algunas patologías son en general específicas y exclusivas de la atención de uno u otro nivel asistencial; estas patologías han de quedar excluidas de la determinación de políticas favorecedoras de la coordinación entre niveles y dan sentido (junto a otras razones), a la existencia de los niveles asistenciales de manera diferenciada.

Pero hay uno conjunto de patologías y procesos de salud que sí que son tributarias de recibir una atención coordinada entre ambos niveles y que cuando esto no sucede, aparecen las consecuencias antes apuntadas de molestias a los pacientes y ciudadanos, insatisfacción profesional y afectación de la calidad de la atención y por tanto de la eficacia, efectividad y eficiencia de los servicios de salud. Es este el caso de las enfermedades cardiovasculares, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la diabetes, el cáncer o procesos de salud como el control del embarazo, el parto y el puerperio, el seguimiento de la salud infantil, etc.

6. ¿Qué hay que hacer entonces?

En una época donde el concepto de medicina basada en la evidencia afortunadamente está haciendo que de manera paulatina los servicios sanitarios incorporen esquemas de trabajos basados en este enfoque con la determinación, difusión y uso de guías de práctica clínica, las patologías anteriormente citadas han de ser tributarias del uso de guías de práctica clínica que contemplen las actividades a realizar por parte de los profesionales de ambos niveles de atención a fin de conseguir una atención de calidad.

Aunque las patologías y los procesos de salud anteriormente referidos puedan verse afectados por una falta de coordinación en todos los servicios de salud, hay que considerar que cada área concreta debiera establecer y determinar cuales son en concreto las enfermedades y los procesos de salud que en su ámbito de actuación han de considerarse como prioridades de coordinación a fin de que las medidas a adoptar para extremar el cuidado que permita la actuación coordinada, sean medidas válidas para esa realidad organizativa y profesional.

Por tanto, parece claro que el camino del impulso de la gestión clínica debe recorrerse para avanzar en el objetivo de prestar atención sanitaria de manera coordinada entre los servicios de ambos niveles asistenciales.

Pero no son estas las únicas medidas a tomar pues la coordinación entre niveles sólo será posible si la organización sanitaria vincula de manera obligatoria la realización de

actividades conjuntas y coordinadas de los servicios y de los profesionales de ambos niveles. Desde el punto de vista de las herramientas de la gestión sanitaria, ésto no quiere decir que haya que obligar en términos legales y/o imperativos.

De lo que se trata es de elaborar alternativas organizativas que determinen con claridad de quién es la responsabilidad y a quién hay que pedir cuentas de la ausencia de coordinación entre ambos niveles asistenciales. El establecimiento de objetivos de salud y de asistencia que vinculen a ambos niveles, y de cuyo cumplimiento se deriven incentivos financieros y de otro tipo para los profesionales y los servicios de ambos niveles, es algo de sentido común por lo que llama la atención su habitual ausencia en los contratos programa de los servicios sanitarios.

La apuesta por la coordinación interniveles es tan necesaria hoy como lo era al inicio de nuestra reforma sanitaria y así la reclamábamos algunos desde hace años; probablemente la acelerada evolución tecnológica hará que el futuro inmediato reclame con más insistencia medidas eficaces para coordinar mejor nuestros niveles asistenciales.

La estructura actual de nuestros centros sanitarios debe ser cambiada y el nivel de equipamiento y de capacitación de nuestros profesionales ha de ser revisado. La capacidad resolutoria, la cartera de servicios, la accesibilidad de los pacientes y su transferencia entre los niveles asistenciales debiera ser revisada y revolucionada a la luz de las posibilidades tecnológicas que el tiempo y la acción investigadora va poniendo a nuestro alcance.

Las posibilidades preventivas, diagnósticas, terapéuticas y rehabilitadoras que las nuevas tecnologías y los avances científicos ponen a disposición de los servicios sanitarios y de sus profesionales rompen las actuales fronteras y criterios de delimitación de los niveles asistenciales y sus actuales capacidades de actuación. Al tiempo, las nuevas tecnologías de comunicación permiten abrir nuevos espacios y nuevos escenarios para la interrelación de los profesionales de ambos niveles en beneficio de los pacientes.

Unido a lo anterior, medidas que favorezcan un cambio cultural y de valores se hacen estrictamente necesarias; considerar que la acción del sistema sanitario es una suma de actividades de centros y servicios que alguna vez se ponen de acuerdo de manera casi accidental es algo que ha de superarse. El papel y el valor profesional y social de los hospitales y de los especialistas no puede ser considerado superior al de los centros de atención primaria y los médicos de familia, si queremos que no haya trabas culturales a la coordinación. Y las universidades, los profesionales, la sociedad y los medios de comunicación han de contribuir a cambiar estos efectos negativos para la coordinación y la integración de niveles.

Son estos los retos que obligatoriamente hemos de afrontar para superar con creces esta asignatura pendiente que es la descoordinación entre niveles asistenciales que caracteriza a nuestro Sistema Nacional de Salud. Asignatura que en el futuro, no deberíamos volver a suspender.

BIBLIOGRAFÍA

Martínez Olmos, J. "La coordinación de niveles como reto para la construcción del sistema nacional de salud". En: I Jornada de comunicación e interrelación asistencia hospitalaria y atención primaria. Aracena (Huelva). 1992. Documento de apoyo a la docencia. Granada: EASP.

Sagués Amado, A. "Puntos de encuentro entre atención primaria y atención especializada" Trabajo de investigación del VII Master en Salud Pública y Gestión Sanitaria. Granada: EASP. 1992.

Ruiz Fernández, J. "Opinión sobre el área sanitaria de Osuna y Écija de sus directivos y cuadros intermedios: una investigación cualitativa." Trabajo de investigación VII Master en Salud Pública y Gestión Sanitaria, Granada: EASP. 1992.

Martín Martín, J.J. "La reforma de la atención primaria en el Reino Unido. Una perspectiva desde España (I)". Centro de Salud 1993; 1:481-488.

Mimbela Sánchez, N.M.; Foradada Baldellou, S. Análisis de la interrelación atención primaria-atención especializada en la derivaciones de pacientes. *Atención Primaria* 1993; 12:65-68.

Martínez García, A. "Problemas de coordinación entre atención primaria y atención especializada en opinión de los profesionales de una zona sanitaria." Trabajo de investigación del XI Master en Salud Pública y Gestión Sanitaria, Granada: EASP, 1996.

Buitrago, F. Relación entre niveles asistenciales. *Atención Primaria* 1996; 17: 239-240

García Encabo, M.; Alonso Durán, B.; Martín Acera, S. "Relación entre niveles asistenciales" En: Medicina Familiar y Comunitaria, cap. 3. Madrid: Editorial Saned S.A., 1997.

Martínez Olmos, J. Atención Primaria: propuestas para una segunda reforma. *Revista Administración Sanitaria* 1998; 2:91-103.

Silió Villamil, F.; De Manuel Keenoy, E. "Alternativas de integración de niveles asistenciales." Serie documentos técnicos nº 13. Granada: EASP, 1998.

Compra de servicios basada en la evidencia

SALVADOR PEIRÓ MORENO
*Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud
Valencia*

COMPRA DE SERVICIOS BASADA EN LA EVIDENCIA*

I. INTRODUCCIÓN

Probablemente, los tres elementos que configuran la encrucijada actual de la atención sanitaria son: 1) el crecimiento del gasto sanitario, 2) la conciencia de amplias variaciones en la práctica médica, no explicables por diferencias en la morbilidad de las poblaciones y 3) la preocupación por la efectividad y seguridad de las prácticas médicas, que aumenta en presencia de una fortísima innovación tecnológica con un impacto decreciente sobre la salud de las poblaciones.

Dejando de lado el tema del crecimiento del gasto y respecto a la variabilidad en las prácticas médicas, numerosos estudios han mostrado la existencia de amplias variaciones (a nivel local, regional o en comparaciones internacionales) en las tasas de ingresos hospitalarios, intervenciones quirúrgicas, realización de pruebas diagnósticas o procedimientos terapéuticos, etc.; del mismo modo, otros trabajos han mostrado la presencia de una amplia variabilidad en el diagnóstico y tratamiento de pacientes similares, configurando un importante campo de investigación: las variaciones en la práctica médica (VPM). Igualmente, el movimiento Medicina Basada en la Evidencia ha mostrado —en sus trabajos iniciales— cómo los clínicos utilizan prácticas ineficaces o, al contrario, tardan años en incorporar a la práctica usual fármacos o procedimientos de eficacia demostrada.

Tabla 1

Relación entre nivel, función básica y estrategia de la atención sanitaria

Nivel	Función básica	Estrategia
MACRO	Regulación, financiación	Control de la oferta Evaluación tecnologías → cartera servicios Sistemas de pago capitativos
MESO	Compra, gestión centros	Sistemas de pago prospectivos Revisión utilización inadecuada Perfiles de actividad y resultados Guías de práctica
MICRO	Provisión gestión pacientes	Medicina basada en la evidencia

* Algunos apartados de este texto están ampliamente basados en: Meneu R, Ortún V, Peiró S. Medicina basada en l'evidència: possibilitats i limitacions per a la compra de serveis. En: López Casanovas G, dir. *La contractació de serveis sanitaris*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1998: 185-207.

En conjunto, este tipo de estudios ha planteado dudas a la comunidad sanitaria, pero también a la población, sobre la efectividad, seguridad, eficiencia y equidad de la atención de la salud y está sirviendo de base a las diferentes estrategias de política sanitaria y de mejora de la práctica clínica emprendidas por los diversos agentes sanitarios en las dos últimas décadas (Tabla 1). Estas van desde el control de la oferta, la evaluación de tecnologías y definición de la cartera de servicios y los sistemas de pago poblacionales (per cápita) desarrollados en los niveles de gestión macro, a los sistemas de pago por proceso, perfiles de actividad y revisión de la utilización más desarrollados por los responsables de la función de “compra”, o el movimiento Medicina Basada en la Evidencia, un intento de identificar y difundir el mejor conocimiento clínico para mejorar la atención a los pacientes. También encajan en estas estrategias diversas iniciativas de mejora de calidad.

II. LA FUNCIÓN DE LA COMPRA DE SERVICIOS BASADA EN LA EVIDENCIA

La separación de las funciones de compra y producción de servicios sanitarios es una de las estrategias de reforma de los sistemas sanitarios públicos más extendidas que, a grandes rasgos, busca que los proveedores se concentren en la eficiencia técnica de sus servicios, mientras los compradores se preocupan de la valoración de las necesidades sanitarias de su población (su “principal”) y de maximizar su nivel de salud “comprando” los servicios adecuados a este fin (Ibern P, 1993). La función compradora se lleva a cabo por organizaciones, departamentos, servicios o individuos, en diferentes ámbitos de actuación (nacionales, locales, sectoriales), y tanto en dispositivos sanitarios públicos como empresariales, que tienen en común el orientar su actividad a garantizar la cobertura de las necesidades de salud de la población de la que son responsables.

Es obvio que, con independencia del grado de separación de las funciones de financiación, compra y provisión que exista, en todos los sistemas sanitarios se realizan funciones de “compra” de servicios, si se definen estas como la asignación de recursos a los proveedores de cuidados. No obstante, parece razonable restringir el uso del concepto “compra” a aquellos casos en que existe una diferenciación real de esta función, más allá de la asignación —más o menos formal— de recursos, y que enfrente opciones múltiples en cuanto a proveedores, productos/servicios, precios y resultados. La efectiva separación de funciones exige una regulación específica al respecto y su adecuada operativización. La experiencia española muestra que mientras algunas Comunidades Autónomas han diferenciado legalmente estas funciones y otras las han integrado en una estructura única, en la práctica la operativización de la separación de funciones es marginal, incluso en las Autonomías que tienen políticas explícitas dirigidas a este fin.

Antes de seguir adelante, conviene despejar algún prejuicio economicista. La actividad de compra de servicios sanitarios no consiste en adquirir aquellos de menor coste y, ni siquiera, de mejor relación precio/calidad; lo esencial de esta función es mejorar la salud de la población, y las mecánicas de compra no son más que una función instrumental sometida a este objetivo. Por tanto, los compradores deberían valorar los requerimientos sanitarios e identificar las oportunidades de mejora de salud, además de establecer prioridades, desarrollar especificaciones y contratar con los proveedores la prestación de servi-

cios. La compra de servicios sanitarios basada en la evidencia requiere, pues, información sobre incidencia, prevalencia e impacto de las patologías, así como decisiones explícitas respecto a prioridades de compra (qué y cuánto de cada cosa), aspectos que —en teoría— serían guiados por los Planes de Salud, entendidos más como un presupuesto por funciones que como una recopilación de todas las cosas deseables.

La compra de servicios pretende influir tanto sobre las estructuras del sistema sanitario como sobre la conducta de los profesionales y los pacientes. Su función se desarrolla en un marco de influencias competitivas, algunas de larga tradición (exigencias de los organismos reguladores, presiones de los gobiernos, opiniones y actitudes de los profesionales, dispositivos de presión e influencia de proveedores e industria, etc.), y otras de aparición más reciente (expectativas de los usuarios, evidencias sobre el coste y el valor de los servicios, mayor verosimilitud de las restricciones de recursos).

En este entorno, los compradores son responsables de la identificación y evaluación de las necesidades, la planificación estratégica de las compras de aquellos servicios cuya suficiente efectividad está documentada, la determinación de las especificaciones de estos servicios (población a la que se destinan, criterios de selección, cobertura de su prestación), su contratación seleccionando los proveedores y los tipos de acuerdos e incentivos que garanticen su mayor efectividad, y la monitorización de su provisión, mediante la evaluación de su utilización y resultados (Clark D et al, 1995). También han de considerar las estrategias de garantía de calidad, las elecciones de los consumidores y las asignaciones de fondos.

Desde esta perspectiva el comprador debe buscar la mejor evidencia disponible sobre la efectividad de los servicios prestados (o no prestados) por los dispositivos sanitarios para comprar aquellos que maximicen los resultados de salud de su población o de grupos específicos. Por ejemplo, diversos ensayos clínicos han mostrado que la efectividad del tratamiento trombolítico en el infarto de miocardio disminuye ostensiblemente con el retraso en su administración, siendo mínima a partir de 6 horas desde el inicio de los síntomas. En el GREAT, un Ensayo Clínico Aleatorio (ECA) realizado en una zona de Gales con amplia dispersión geográfica (Rawles J et al, 1992), la administración temprana de trombolíticos por los médicos de cabecera se acompañó de una reducción de mortalidad del 10%, respecto a la realizada más tardíamente en el hospital. El comprador, tras valorar la validez científica de un trabajo (Muir Gray JA, 1997), debería plantearse preguntas como ¿la población del estudio se parece/difiere a la población local en distancia a los servicios, estado de salud u otros aspectos de interés?

¿Los servicios de salud locales tienen el potencial necesario para reproducir los servicios prestados en el estudio?

¿Los recursos disponibles en el estudio están disponibles en el entorno local?

¿Las habilidades necesarias para prestar el servicio con la calidad adecuada están disponibles a nivel local? y, de no estar disponibles, ¿es posible desarrollarlos? Si las respuestas son favorables a la efectividad del tratamiento en el entorno local, el comprador

tendría todavía que valorar si los recursos extra dedicados a esta actividad tendrían una mayor efectividad en un posible uso alternativo.

Entre las situaciones que pueden encontrar los compradores, la primera sería que los proveedores realicen intervenciones efectivas en los grupos de población adecuados. Esta situación, en teoría y bajo limitaciones presupuestarias, sólo debería enfrentarse a un problema de competencia entre servicios igualmente efectivos. La segunda posibilidad vendría dada por la presencia de intervenciones inefectivas o en grupos de población inadecuados. Este es el escenario más estudiado por la “medicina gestionada” en EE.UU., y en el que residen las posibilidades de reducción de costes con mejora simultánea de la calidad asistencial. En la práctica, estos servicios compiten por los recursos con los servicios efectivos, y reducen los beneficios sanitarios de la población. Sin embargo, existe una tercera situación, en la que los proveedores no estén prestando servicios de efectividad demostrada. En este caso, los compradores deberían valorar la eficiencia relativa de estos servicios respecto a otros igualmente efectivos, y no asumir que con el tiempo, los clínicos se encargaran de introducir estas tecnologías.

Una última —y frecuente— situación es que no se disponga de evidencia sobre la efectividad de los servicios. Existe mucha menos evidencia sobre tecnologías organizativas que sobre actuaciones clínicas (Milne R, Hicks N, 1996). En otras ocasiones, hay que tomar decisiones sobre nuevas tecnologías que aun no disponen de estudios sobre efectividad, mientras que en muchas otras, incluso cuando se dispone de evidencia, esta no abarca todas las facetas relevantes para los compradores: indicaciones, beneficios, efectos adversos, costes y perspectivas de los pacientes.

III. EVIDENCIA CIENTÍFICA PARA LA COMPRA DE SERVICIOS: LA INVESTIGACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD

Todas estas iniciativas tienen en común la necesidad de más información (y más sofisticada) y de habilidades de los compradores para trasladar esta nueva información a los entornos locales. Se trata de evitar la incorporación de tecnologías ineficaces o menos eficientes que otras, de seleccionar los productos de la cartera de servicios en función de su relación coste-efectividad, de evitar los efectos adversos de determinados sistemas de pago, de reducir la utilización pero sólo aquella parte que no reporta beneficios clínicos, de seleccionar las prácticas médicas más eficaces o realizar aquellas intervenciones de política sanitaria que sean efectivas, etc. Este mayor volumen de información, en cantidad y calidad, surge, en lo esencial, de la investigación aplicada a la toma de decisiones en servicios de salud, lo que se ha denominado investigación en servicios de salud (ISS).

Para aproximarse a la ISS puede utilizarse un esquema de doble entrada que, por un lado, caracteriza el objeto a evaluar y, por otro, el tipo de evaluación a aplicar. Respecto al objeto, básicamente se puede evaluar tecnologías o evaluar proveedores de servicios. Por tecnologías, en este contexto se entiende cualquier tipo de intervención (un fármaco, un procedimiento quirúrgico, un cambio organizativo, un nuevo esquema de prestación de servicios, un sistema de pago, una política sanitaria) cuyo objetivo es mejorar —en cualquier sentido— la atención de salud.

El tipo de intervención a evaluar va a condicionar notablemente los diseños de investigación y la validez externa (las posibilidades de generalización a otros entornos) de los resultados obtenidos. Así, la evaluación de una intervención simple —típicamente la administración de un fármaco— permite un control exhaustivo de todos los factores que, además del propio fármaco, podrían influir en los resultados, de modo que el beneficio —si existe— de su administración puede ser atribuido con rotundidad al fármaco en cuestión. En el otro extremo, la evaluación de políticas sanitarias —por ejemplo, un sistema de pago a hospitales, el abrir Puntos de Atención Continuada para la urgencias o el “medicamentazo”— no suele permitir el control de los factores de entorno que pueden ser determinantes del éxito o fracaso de la política y, en consecuencia, la generalización a lugares diferentes suele ser problemática.

Respecto a los proveedores, en este contexto, pueden ser redes de centros, centros, servicios o unidades clínicas o médicos —u otros profesionales— individuales. El tipo de evaluación puede conceptualizarse en el marco estructura-proceso-resultados, propuesto por Donabedian en la década de los 60 (ver Figura 1). La estructura se refiere a los soportes físicos, económicos, de personal, formación, organización, conocimiento, etc., destinados a la atención de salud. Usualmente se evalúa mediante su comparación con estándares predefinidos (acreditación). La evaluación del proceso, se refiere a aquello que los proveedores hacen a, por y para los pacientes y, en el otro sentido, cómo los pacientes buscan la atención médica y responden a las pautas terapéuticas recomendadas; el método clásico de evaluación de procesos es la revisión de historias clínicas (auditoría médica) para comparar lo que se hace con estándares predefinidos (guías de práctica) o con los juicios implícitos de clínicos con amplia experiencia en la patología revisada. El impacto de estos procesos sobre la salud de los pacientes es denominado resultados (*outcomes*), y se refiere a los cambios, favorables o adversos, que se producen en la salud de las personas, grupos o comunidades, atribuibles a la atención sanitaria recibida. La relación entre recursos y procesos se evalúa mediante el análisis de productividad mientras que la relación entre recursos y resultados se evalúa mediante el análisis de eficiencia (evaluación económica); finalmente, la relación entre procesos y resultados, la de mayor interés en calidad asistencial, se evalúa mediante el análisis de eficacia (situaciones experimentales) y el análisis de efectividad (situaciones reales).

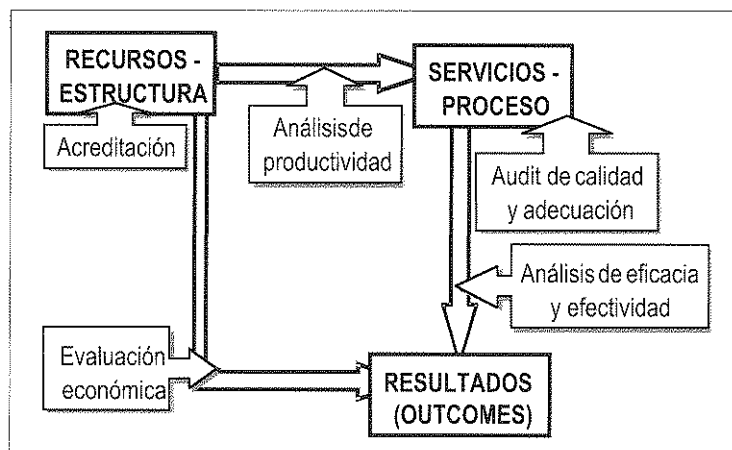


Figura 1

Marco estructura-proceso-resultado de la atención sanitaria

La idea básica de este marco es que si los recursos son de calidad, los procesos tienen una mayor probabilidad de ser de calidad y los resultados para los pacientes y poblaciones serán —probablemente— óptimos; y, al revés, malos resultados indicarían procesos inadecuados y/o recursos inadecuados. La evaluación de las relaciones entre procesos y resultados puede realizarse en condiciones ideales (ensayo clínico aleatorio) o en las condiciones reales de realización de los procesos. Para el primer caso se ha acuñado el término de análisis de eficacia, mientras que para el segundo se utiliza el de análisis de efectividad. Desde la perspectiva que nos ocupa, el análisis de resultados permite realizar comparaciones entre tecnologías y entre proveedores, presumiendo que resultados diferentes se deberán a diferencias en la efectividad (o calidad) de tales tecnologías o proveedores.

La contestación a este tipo de preguntas pasa por los diseños de investigación. Del diseño depende en buena parte la validez interna de la evaluación, sus posibilidades de generalización y, probablemente, es el aspecto fundamental de cualquier evaluación. El patrón oro de la evaluación de tecnologías es el ensayo clínico aleatorio. La asignación aleatoria de los pacientes garantiza que los que recibieron una tecnología concreta no eran diferentes a los que no recibieron este tratamiento, aspecto crítico para que las diferencias en resultados no se deban a diferencias en los pacientes.

Sin embargo, en evaluación de proveedores (o de políticas, intervenciones organizativas y otras) raramente se puede utilizar el ECA, siendo lo usual recurrir a diseños observacionales, fundamentalmente estudios de cohortes retrospectivos a partir

Tabla 2
Evaluación de tecnologías y proveedores: diseños de investigación

	Tecnologías médicas	Intervenciones	Proveedores
Acreditación	Comparación respecto a normas		
Análisis de productividad	Análisis de productividad de equipos, técnicas, formas organizativas...		Perfiles de duración de la estancia, de utilización, Análisis envolvente de datos.
Auditoría de calidad o adecuación	Estudios de seguimiento post-acreditación		Comparación con estándares o juicios implícitos; estudios cualitativos; encuestas de satisfacción
Evaluación económica	Análisis coste-beneficio, análisis coste-efectividad, análisis coste-utilidad, y análisis de minimización de costes		
Análisis de eficacia-efectividad	Ensayos clínicos aleatorios Estudios observacionales → Sobre todo cohorte prospectiva, de casos históricos y estudios caso-control		← Estudios observacionales Sobre todo cohorte retrospectiva (a partir de bases de datos)

de la revisión de historias clínicas o de bases de datos administrativas, como el Conjunto Mínimo de Datos Básicos. En la Tabla 2 se muestran los principales diseños empleados en cada tipo de evaluación. En la Tabla 3 se intenta describir qué técnicas son más utilizadas en función de si se trata de comparar tecnologías o proveedores (la evaluación de intervenciones organizativas y políticas se asemeja más a la de proveedores que a la de tecnologías).

En la Tabla 4 se muestran algunos ejemplos de este tipo de actividades. Cabe señalar ahora que los tipos de evaluación tienen relaciones complejas entre sí (por ejemplo, los estándares de comparación en la evaluación de procesos pueden provenir de evaluaciones de resultados).

Tabla 3
Evaluación de tecnologías y proveedores.
Interés de los tipos de evaluación

	Tecnologías médicas	Intervenciones	Proveedores de servicios
Acreditación	+++	→→→	+++
Análisis de productividad	++	→→→	+++
Auditoría	+	→	+++
Evaluación económica	+++	→→	++
Análisis de eficacia-efectividad	Eficacia	→→→	Efectividad

Tabla 4
Evaluación de tecnologías y proveedores: ejemplos

	Tecnologías médicas	Proveedores de servicios
Acreditación	Registro de medicamentos, autorización equipos, etc.	Autorización apertura centros sanitarios, de unidades de transplante, etc.
Análisis de productividad	Tiempo de intervención con equipamientos diferentes	Perfiles de duración estancia, ajustada por GDR, etc.
Auditoría	Fármaco-vigilancia	Comisiones de mortalidad de farmacia, sesiones clínicas, estudios de adecuación de estancias o procedimientos, etc.
Evaluación económica	Fármacos, pruebas diagnósticas, equipos	Comparaciones de coste por proceso
Análisis de eficacia-efectividad	Ensayos clínicos de fármacos	Perfiles de mortalidad, complicaciones, reingresos, etc.

La importancia de la investigación aplicada a los servicios sanitarios ha crecido con los intentos de separación de las funciones de financiación, compra y provisión de servicios sanitarios. En estos esquemas, y *grosso modo*, los gobiernos tienen la misión de garantizar la accesibilidad a los servicios (financiación, regulación) y fijar los objetivos de salud, siendo las autoridades territoriales (u otros compradores según sistemas) las que reciben la financiación y se encargan de “comprar” a los diferentes proveedores los servicios necesarios para cubrir los objetivos de salud de la población.

De los proveedores se espera que seleccionen tecnologías médicas de eficacia demostrada (con ensayos clínicos que la avalen: Medicina Basada en la Evidencia), pero también que las apliquen en las poblaciones adecuadas (estudios de adecuación de tecnologías), con pericia técnica (audit de calidad), de forma eficiente (estudios de productividad) y sin crear inequidades. De una u otra forma, el comprador se convierte en el responsable del uso de los recursos para conseguir los mayores niveles de salud en la población que tenga asignada y los financiadores —responsables políticos— vienen obligados a situar los incentivos adecuados y a monitorizar las condiciones de calidad, accesibilidad y equidad. Ello hace que los distintos niveles de decisión y gestión tengan intereses más marcados por diferentes fórmulas de evaluación (tabla 5).

Para que la compra de servicios sanitarios basada en la evidencia pueda tener utilidad han de cumplirse algunos requisitos respecto al marco de sus actuaciones (establecimiento efectivo de la función, responsabilidad de sus agentes), debe considerar la adecuación local de las intervenciones como la cuestión relevante rehuendo el mimetismo acrítico y la moda, y tiene que avanzar en el desarrollo y conocimiento del instrumental

Tabla 5
Evaluación de tecnologías y proveedores: niveles de decisión

Nivel	Funciones básicas	Agente fundamental	Evaluación de mayor interés
MACROGESTIÓN GESTIÓN PÚBLICA	Regulación, financiación, políticas de salud (asignación de recursos) y salud pública	Gobiernos, Ministerio de Sanidad y consejerías de Sanidad	Acreditación tecnologías y proveedores ↓↑
MESOGESTIÓN GESTIÓN DE CENTROS Y SERVICIOS	Compra de servicios, asignación de recursos a nivel de área, gestión de centros y servicios	Unidades centrales de los Servicios de Salud. Gestores de centros sanitarios y de servicios clínicos	↓↑ Perfiles de actividad, resultados y costes ↓↑
MICROGESTIÓN GESTIÓN CLÍNICA	Gestión clínica	Clínicos y personal asistencial	↓↑ Auditoría y análisis de eficacia

pertinente a este enfoque. Y esto incorporando los juicios de valor de la población y, de modo especial, las preferencias de los pacientes en aquellas áreas donde los resultados estén más vinculados a las utilidades personales, sin perder de vista el necesario soporte científico de las actuaciones y las consideraciones sobre equidad que impone un sistema sanitario financiado públicamente.

Por ello, de entre los elementos que configuran una agenda posible de investigación y acción para conseguir que las decisiones sobre compras de salud aúnen la utilización de la mejor evidencia disponible con la consecución de las mayores ganancias en salud se destacan los siguientes: 1) establecer la responsabilidad de los compradores, 2) desarrollar la investigación local sobre la efectividad de los servicios, 3) abordar las VPM de alto coste y/o resultados inciertos, 4) desarrollar los perfiles de práctica de los proveedores, 5) analizar la evidencia aplicable: lectura crítica de publicaciones científicas, 6) desarrollar las habilidades MBE entre los compradores, 7) atender a la equidad, 8) participación ciudadana en la incorporación de juicios de valor y preferencias de los usuarios, 9) valorar las opciones sobre el nivel desde el que se produce la compra: centrada en la población u orientada a los pacientes, competencia interna o cooperación.

Basar las decisiones de compra sanitaria en la mejor evidencia disponible sobre sus prácticas parece un programa deseable al que vale la pena dedicar esfuerzos. Ciertamente existen limitaciones para su generalización, algunas intrínsecas y otras superables. Pese a estas, y pese a los riesgos contemplados, las oportunidades asociadas a la vinculación de evidencia y cambio, son reales. Los compradores están especialmente bien ubicados para apoyar esta nueva tendencia, incorporando su instrumental y aportaciones, desplazando su objetivo de los pacientes individuales a las poblaciones, integrando las perspectivas de los distintos actores implicados, y actuando como “palanca” para producir cambios en la salud de las poblaciones.

BIBLIOGRAFÍA

Clark D Neale B, Heather P. Contracting for palliative care. *Soc Sci Med* 1995; 40:1193-1202.

Dixon S, Booth A, Perret K. The application of evidence-based priority setting in a District Health Authority. *J Public Health Med* 1997; 19:307-312.

Eddy D. *Clinical decision making: from theory to practice*. Sudbury: Jones & Bartlett Publishers, 1996.

Evidence Based Medicine Working Group. La medicina basada en la evidencia. Guías del usuario de la literatura médica. *JAMA* (ed esp) 1997; Monográfico: 1-108.

Fahe YT, Griffiths S, Peters TJ. Evidence based purchasing: understanding results of clinical trials and systematic reviews. *BMJ* 1995; 311:1056-1060.

Gray SF, Bevan G, Frankel S. Purchasing evidence: the corollary of evidence based purchasing. *J Public Health Med* 1997; 19: 6-10.

Haines A, Jones R. Implementing findings of research. *BMJ* 1994; 308:1488-1492.

- Ham C. Population-Centered and Patient-Focused Purchasing. *Milbank Quart* 1996; 74:191-214.
- Ham CJ, Willis A. Think globally, act locally. *Health Serv J* 1994; n: 27-28.
- Ibern P. La compra y la producción de servicios sanitarios públicos. *Presupuesto y Gasto Público* 1993; 10: 95-101.
- McKee M, Clarke A Guidelines, enthusiasms, uncertainty, and the limits to purchasing. *BMJ* 1995; 310:101-104.
- Milne R, Hicks N. Evidence Based Purchasing. *EBM* 1996; 1:101-102.
- Muir Gray JA. *Evidence Based Health Care. How to make health policy and management decisions*. Glasgow, UK: Churchill Livingstone, 1997 (existe versión en español: Muir Gray JA. *Atención Sanitaria Basada en la Evidencia*. Madrid: Churchill Livingstone, 1997).
- Peiró S, Meneu R, Marques JA, Libroero J, Ordiñana R. La variabilidad en la práctica médica: relevancia, estrategias de abordaje y política sanitaria. *Papeles de Economía Española*, 1998; 76:165-175.
- Peiró S, Meneu R, Márquez S. La investigación en servicios de salud en España: de la curiosidad científica a la toma de decisiones. *Gac Sanit* 1995; 9; 316-320.
- Phelps CE, Parente ST. Priority setting in medical technology and medical practice assessment. *Med Care* 1990; 28: 703-723.
- Repullo JR. Entre el conocimiento y la acción: ¿medicina y política sanitarias basadas en la evidencia? *Rev Administración Sanitaria* 1997; 1: 305-313.
- Sheldon TA, Borowitz M. Changing the measure of quality in the NHS: from purchasing activity to purchasing protocols. *Int J Qual Health Care* 1993; 2:149-150.
- Stocking B. Why research findings are not used by commissions -and what can be done about it? *J Pub Health Med* 1995; 17:380-382.

DEBATE

PREGUNTA 1:

¿Puede que la variabilidad encontrada entre hospitales en % de personas operadas se deba a la concentración de la demanda propia de su zona junto a la demanda de pacientes de otras zonas?

RESPUESTA:

La gente operada de cataratas está asignada por zonas de residencia a un determinado hospital; no van de un hospital a otro según se opere (cantidad=lista de espera menor o calidad=fama sobre el éxito de las intervenciones de determinado facultati-

vo), sino sobre un número de población asignada a un área o a otra, en una se opera a un porcentaje mayor y en otra a uno menor.

PREGUNTA 2:

¿Existen suficientes estructuras e información para desarrollar este esquema, que puede ser eficaz, para la compra de servicios?

RESPUESTA:

La compra se hace, hoy por hoy, en pocas ocasiones aunque se puede considerar que la asignación de recursos que se hace a nivel de centro y de los clínicos, sobre los pacientes, son decisiones de compra.

PREGUNTA 3:

¿La autoridad tiene la posibilidad de comprar? ¿No compra la autoridad lo que los clínicos le indican que compre?

RESPUESTA:

En España no hay función de compra (se asigna un 2% más de producción a un 2% más de actividad). Lo que sí se ve es la variabilidad y que para mejorar estos problemas se puede utilizar información. Un directivo no tiene como función disminuir la estancia media sino mejorar la salud de su población. Un gestor debe conocer otros datos (complicaciones quirúrgicas, etc.) para optar por la intervención que mejore la salud (lograr el promedio de estancia óptimo con las mínimas complicaciones...).

PREGUNTA 4:

Otras funciones diferentes a las de compra son también importantes (disminuir la estancia significa atender a más personas). Otro interviniente apoya la idea de éste: ¿tienen los directivos, cargos medios..., el encargo implícito de mejorar la eficiencia técnica y aumentar la productividad?

RESPUESTA:

Los directivos tienen que actuar como proveedores y como tales encargarse de mejorar la eficiencia técnica; pero también tiene que actuar como compradores procurando orientar su compra al aumento del nivel de salud de la población.

PREGUNTA 5:

Se insiste en que para desarrollar esas funciones de compra se necesita por ejemplo la información que tiene un hospital.

RESPUESTA:

Sin información adecuada, válida y oportuna no será posible desarrollar esas funciones de compra.

PREGUNTA 6:

Se plantea el problema de las urgencias como un caso especialmente complicado a la hora de decidir intervenciones organizativas.

RESPUESTA:

De acuerdo. Cada gestor debe conocer su entorno y plantear en él sus soluciones.

PREGUNTA 7:

Dentro del tema de la mejora de la eficiencia técnica, a nivel de mesogestión (jefes de servicio, sección etc.), no se exige mejorar la salud de la población sino mejorar la eficiencia técnica (ej. rapidez de la intervenciones etc.).

RESPUESTA:

Hay que aclarar que un hospital intermedio o concertado es un proveedor y ha de centrarse en eficiencia técnica, mientras que los grandes hospitales no sólo deben centrarse en esto sino en elegir intervenciones, tecnologías y proveedores de servicios óptimos. En términos generales, en España, más que comprar servicios deberíamos basar la gestión en la evidencia.

IV. TRABAJO DE CASOS

¿Qué podemos sacar de la investigación? Se centra para trabajar en esta cuestión en el ejemplo de los servicios de urgencias (no sólo españoles sino mundiales).

1. ¿Cuál es el problema? Un aumento de los caso que acuden a urgencias.
2. ¿Por qué es un problema? Por pérdida de continuidad en la asistencia y tratamiento; por detracción de recursos para la atención de paciente en situaciones de riesgo vital; por sobrecarga para el hospital; por costo ya que en urgencias se gastan más medios, se hacen pruebas con aparataje más costoso.

3. ¿Por qué se da el problema?

Según la investigación debido a que las demandas son en un alto porcentaje inadecuadas.

Surge el problema de la diferencia en el número y tipo de pruebas que se aplican a una misma sintomatología en atención primaria y en urgencias debido a la medicina defensiva, que sobre todo se práctica en el hospital (patologías más graves). Así para un dolor de cabeza y fiebre en atención primaria, de entrada, se descarta la meningitis, en urgencias no lo hacen y se solicita que se le realice un frotis al paciente.

En resumen, se acude más a urgencias por:

- Mayor acceso a tecnología que en atención primaria y que en los puntos de atención continuada.
- Diferentes profesiones: En los puntos de atención continuada y en atención primaria encontramos médicos de familia, en urgencias encontramos especialistas.
- Interconsultas: En atención primaria se realizan con especialistas de atención primaria y del hospital, en urgencias se realizan con especialistas del hospital, nunca con atención primaria (más carta sobre especialistas del hospital).
- Fenómeno social: Las demandas de la población cambian y así está ocurriendo con la demanda de atención sanitaria.

4. Soluciones investigadas

Más programas de educación sanitaria a la población: Resultados variados, no parece ser una buena solución.

Más intervenciones de mejora de la accesibilidad:

- a) Del médico de atención primaria
- b) De los profesionales de los puntos de atención continuada. Se utilizan estos nuevos servicios y los de urgencias en la misma proporción.

Más intervenciones barrera:

- a) Para ir a urgencias se necesita que te envíe el médico: disminuye el número de visitas.
- b) Copago: (pagar por ser atendido en urgencias). Disminuye las visitas, con algunas excepciones.

Funcionan sobre síntomas menores pero también sobre síntomas más graves en colectivos más pobres. Pero no se miden efectos secundarios.

Más intervenciones organizativas:

- a) Triage+Rechazo: Disminuye el número de casos, pero hay que tener cuidado con rechazar pacientes graves.
- b) Triage+Atención por medios de la atención primaria: Disminuyen los costos, misma seguridad (un paciente rechazado grave será atendido y derivado desde la atención primaria).

5. ¿Qué hacer? Experimentar varios modelos para ver cuales funcionan mejor en nuestro entorno.

V. INTERVENCIONES DE LOS ASISTENTES:

PREGUNTA 1:

Mejorar los servicios de atención a crónicos quizá reduzca el gran número de crónicos que acuden a urgencias y son sometidos a pruebas innecesarias porque en el hospital no conocen su historia médica.

RESPUESTA:

Los problemas crónicos que van a urgencias no son todos demandas inadecuadas (descompensaciones etc.). Las personas mayores y los crónicos, contrariamente a lo que se piensa, son los que menos urgencias inadecuadas presentan, debido a que se encuentran realmente mal de salud.

PREGUNTA 2:

En Andalucía se está intentando pasar las urgencias a primaria e incentivar al médico de atención primaria para atender a los crónicos.

RESPUESTA:

El problema es que los usuarios reciben por un lado la recomendación de acudir en primer lugar a la atención primaria, pero en urgencias se le sigue asegurando una exploración más en profundidad.

VI. CONCLUSIÓN

Es importante saber qué es lo que tenemos que comprar y decidir cómo nos puede ayudar la investigación.

Estrategias de gestión en organizaciones sanitarias

RAFAEL MATESANZ ACEDOS
*Director General de Atención Primaria y
Atención Especializada del Instituto Nacional de Salud
(INSALUD)
Madrid*

ESTRATEGIAS DE GESTIÓN EN ORGANIZACIONES SANITARIAS

Cuando me propusieron dar la charla de clausura en este seminario, me pareció que lo más adecuado era exponer toda una línea de actuación que hemos ido desarrollando en el INSALUD a lo largo de toda esta legislatura. Todos los retos que nos hemos planteado tanto en el día a día, como con vistas al futuro, todas las directrices. Me gustaría exponer el sentido de determinadas actitudes, de determinadas iniciativas, de determinadas decisiones, de determinados procesos que hemos querido llevar a cabo a lo largo de estos años y ponerlas todas en relación con una línea argumental común, que es la que voy a tratar de exponer a continuación.

I. INTRODUCCIÓN

La sanidad probablemente haya sido uno de los aspectos que más ha modificado la situación del ciudadano, sobre todo en los países de la Europa occidental.

Nadie pone en duda que la moderna medicina ha avanzado en los últimos años de una forma espectacular. Las enfermedades son mejor prevenidas, mejor diagnosticadas y mejor tratadas. Y lo que es más, probablemente en los próximos años asistamos a progresos terapéuticos de la mano de la clonación o de la terapia génica que hoy apenas acabamos de imaginar. No es extraño, por tanto, que la población haya pasado a considerar como perfectamente habitual lo que no hace muchos años era excepcional o simplemente una fantasía. La situación queda perfectamente resumida en estas líneas publicadas hace unos años en periódico francés. "Le Nouvel Observateur": "En la sociedad actual se considera que la salud es un derecho, la enfermedad una injusticia, la muerte un escándalo".

Y lo que quiere un ciudadano, en el fondo, es muy simple "Queremos que se nos cure, una medicina eficaz, igualitaria y justa, escoger a nuestro médico, quererle y que nos quiera, ser más viejos, morir con buena salud". Exigimos en suma, la cuadratura del círculo.

Cómo conseguir la cuadratura del círculo es caro, los costes de la asistencia sanitaria se disparan y van representando cada día un porcentaje mayor del PIB, desde el 14,2% de los USA a valores entre 7 y 8 % de la mayoría de los países de nuestro entorno, entre ellos España, si se contabiliza la aportación pública y privada. Aunque estas cifras ponen de manifiesto que nuestro país ha alcanzado, en términos relativos, unos niveles de esfuerzo económico similar al del resto de la Unión Europea, en términos absolutos se trata de cifras aún bajas al traducirlas a \$ per cápita, como consecuencia de ser nuestra renta todavía de la parte baja de la Europa Occidental.

Para el año 1999, el presupuesto del sector público supera los 4 billones de pesetas, con algo más de 1,5 billones gestionados por el INSALUD. Un dato a destacar, y que desde luego matiza mucho de cuanto vamos a decir, es el considerable mayor peso del

sector público en España con relación al privado, sobre todo si lo comparamos con los países de nuestro entorno.

Con este dinero, y con su actual configuración, el Sistema Nacional de Salud tiene sus luces y sus sombras: por una parte es capaz de incorporar con toda celeridad la más alta tecnología, mientras que la inevitable consecuencia de una cobertura universal conlleva la existencia de listas de espera como factor regulador de la demanda. Ello hace que la percepción que tiene la población de nuestro sistema sanitario sea un tanto maniquea al tener que convivir realidades tan aparentemente paradójicas como los tratamientos más sofisticados junto con escasas comodidades hoteleras y demoras importantes en el acceso a las intervenciones quirúrgicas o a las pruebas diagnósticas.

Lo que admite pocas dudas es el hecho de que las demandas de la población van a seguir creciendo. En toda Europa Occidental, pero muy fundamentalmente en España, asistimos a una inversión progresiva de la pirámide de población; es decir, cada vez menos jóvenes y más gente mayor con más necesidades asistenciales. Por otra parte, se sabe que los gastos en asistencia sanitaria, tras la etapa inicial de la vida, van aumentando de forma lenta y progresiva hasta los 65 años, a partir de los cuales comienza un crecimiento exponencial que llega hasta a multiplicarse por 4 a los 80 años.

Y como España, aunque haya entrado en el grupo de los países desarrollados de la Unión Europea, presenta todavía unos desequilibrios socioeconómicos importantes y está significativamente por debajo de los niveles de renta de los países más ricos, estamos obligados a gestionar los recursos necesariamente limitados asignados a sanidad, so pena de que el sistema entre en un peligro cierto de quiebra.

Según el barómetro sanitario que se viene realizando desde el principio de la década de los noventa, son mayoría los españoles que se sienten satisfechos con el sistema sanitario, aunque consideran que es necesario introducir en él algún cambio (63% en el 98 vs 44% en el 91). Frente a ellos, un 35% considera que es necesario introducir reformas fundamentales o bien rehacerlo por completo (55% en 1991).

Lo cierto es que el Sistema Nacional de Salud ha conseguido a lo largo de las últimas décadas logros muy notables con un amplio reconocimiento internacional como, por ejemplo, nuestro sistema de trasplantes; y sobre todo, como en cualquier empresa que se precie, su personal constituye uno de sus principales activos, precisamente por poseer un alto grado de cualificación, lo que diferencia a la sanidad de otro tipo de empresas. En esta situación, en la que todo el mundo está de acuerdo en que el personal juega un papel clave, la desmoralización y la falta de motivación de los profesionales sanitarios, especialmente de los médicos, es uno de los hechos más preocupantes del panorama sanitario. Este es un fenómeno en modo alguno privativo de nuestro país, sino más bien inherente a la dureza de la profesión y al desfase existente entre expectativas y realidades; pero de hecho constituye un hecho cada vez más generalizado y de consecuencias preocupantes, difíciles de medir.

Como en cualquier problema complejo y desde luego multifactorial, las soluciones no pueden ser simples. Habrá que ver qué aspectos del sistema son susceptibles de ser

mejorados para que el sistema no sólo siga funcionando sino que lo haga de forma más eficiente. Una característica fundamental del INSALUD desde su creación es el de ser un organismo fuertemente burocratizado y centralizado. Toda la fuerza y el poder de la administración central se ha venido materializando históricamente en un control férreo de las distintas instituciones hospitalarias, que ha dejado poco o ningún campo al componente “periférico” del INSALUD.

II. LOS PROFESIONALES Y LA GESTIÓN DE LOS RECURSOS

Por suerte o por desgracia las cosas hoy por hoy no van por estos derroteros. En todos los foros donde se aborda seriamente el tema de la modernización del sistema sanitario, comenzando por la Comisión Abril, se ponen sobre la mesa de forma reiterada varias palabras clave que se repiten de manera sistemática:

- Descentralización.
- Autonomía de gestión.
- Separación entre compra y provisión.

A estos conceptos se unen habitualmente otros sobre los que no existe tanto consenso, tales como la competencia regulada, el mercado interno, etc. Sobre lo que sí hay un consenso universal es sobre una frase difícilmente discutible, pero que como sucede con tantas otras, de tanto repetirla puede acabar por perder su significado: “Los profesionales sanitarios tienen que implicarse en la gestión de los recursos”.

Se define como gestión clínica la asunción de la gestión de los recursos dedicados a la asistencia por parte de los profesionales sanitarios. Conseguir que este concepto deje de ser un mero eslogan para convertirse en una realidad significaría, sin ninguna duda, que el médico se coloque en posición de recuperar el protagonismo perdido a lo largo de las dos últimas décadas; desde luego constituye la clave sobre la que tiene que pivotar ineludiblemente cualquier reforma sanitaria. Avanzar en la gestión clínica probablemente sea la única estrategia razonable para romper el tradicional divorcio entre gestores (médicos o no) y profesionales asistenciales. Este diálogo de sordos es otro de los lugares comunes cuando se habla de la reforma de la sanidad. Aquí, probablemente, cabría citar a Mark Twain cuando decía “Oigo a todo el mundo hablar del mal tiempo que hace, pero no veo que nadie haga nada por solucionarlo”.

Como en cualquier divorcio, nadie es responsable al 100% y el hecho es que las tensiones entre ambos colectivos repercuten negativamente en ambos y en consecuencia constituye una fuente importante de ineficiencia y de frustraciones.

El concepto de gestión clínica se basa en una afirmación fundamental: “Una práctica clínica efectiva provoca un uso efectivo de los recursos”. La trascendencia de esta afirmación es fundamental para la incorporación de la gestión clínica como una forma diferente de hacer las cosas en los hospitales. La involucración de médicos y personal de enfermería en la gestión de un hospital es fundamental para un funcionamiento eficiente

del mismo. A su vez este concepto conecta con otro no menos relevante: “Los costes disminuyen cuando los médicos se implican en la calidad”.

Al llegar a este punto creo que sí algo ha debido quedar claro es que para conservar lo mucho y bueno que tenemos en nuestro sistema sanitario resulta absolutamente imprescindible introducir cambios significativos en su funcionamiento que lo agilicen, lo hagan más eficiente y lo preparen para los futuros retos del Siglo XXI. Parafraseando a Tomás di Lampedusa en *El Gatopardo*: “Es preciso que algo cambie para que todo siga igual”.

Las bases de este cambio por lo que al INSALUD se refiere, quedaron ya perfectamente explicitadas por lo que a directrices generales se refiere en el Plan estratégico, hecho público a principios de 1998. Allí se especificaban como aspectos básicos de la reforma los siguientes puntos:

- Creación de un mercado de competencia regulada.
- Dotación de autonomía a través de la personalidad jurídica a los centros sanitarios.
- Orientación de los servicios hacia los ciudadanos.
- Incentivación, motivación y participación de los profesionales en la gestión.
- Mejoramiento continuo de calidad.

La dotación de autonomía de gestión a los centros del INSALUD de nueva creación fue una de las primeras decisiones del actual equipo de gestión al inducir la promulgación del Real Decreto-Ley 10/96 sobre habilitación de nuevas formas de gestión. Sobre la base de este Real Decreto, el INSALUD puso en marcha las fundaciones de titularidad pública para la gestión de los hospitales de Manacor y Alcorcón. Este decreto fue refrendado con el apoyo de la totalidad de los grupos parlamentarios salvo IU, por la LEY 15/97, que en suma establece en su artículo único que “la gestión y administración de los centros, servicios o establecimientos sanitarios de protección de la salud o de atención sanitaria o sociosanitaria podrá llevarse a cabo directa o indirectamente a través de la constitución de cualesquiera entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en derecho”.

Bien es cierto que la autonomía de gestión a través de la dotación de personalidad jurídica propia tiene amplios precedentes en centros o entidades sanitarias de nueva creación, tanto en CCAA con la sanidad transferida, de todos los signos políticos, como incluso en aquellos centros dependientes de las consejerías de salud de comunidades no transferidas. Salvo en el caso de GESMA, se trata en todos los casos de entidades de nueva creación.

Dejando aparte consideraciones y discursos hechos desde un plano estrictamente político, lo cierto es que todos los partidos con responsabilidades de gestión han adoptado en sus ámbitos respectivos una o varias de las fórmulas contempladas en la Ley 15/97. Aunque luego entraremos en las características diferenciales de cada una, por lo que se refiere a las fundaciones del INSALUD, tienen como característica importante en relación con el personal, que éste tiene un carácter de laboral y que la parte variable de sus

retribuciones en relación con su rendimiento alcanza ya unas cuantías importantes tanto en términos absolutos como relativos.

Todavía es pronto para una valoración científicamente comprobado de la eficacia de estas fundaciones con relación al modelo tradicional. En todo caso, los resultados obtenidos hasta ahora, tanto desde el punto de vista asistencial como de gestión, son bastante satisfactorios. Como no podía ser menos, esta visión de eficiencia es contestada desde instancias políticas y sindicales opuestas a esta filosofía con argumentos que, curiosamente, de hecho acaban apoyando la superioridad de este modelo sobre el tradicional, al menos en cuanto a rendimiento laboral se refiere.

Sin embargo, lo que nadie había intentado hasta ahora es la transformación hacia la autonomía de gestión, con la consiguiente dotación de personalidad jurídica propia, del núcleo duro del sistema: los hospitales ya funcionantes con el modelo tradicional y las gerencias de atención primaria. Este problema es sin duda el mayor reto con el que se tiene que enfrentar cualquiera que se plantee seriamente la reforma del sistema (cosa que hasta ahora nadie había hecho). Como es obvio, no hay soluciones mágicas para solventar este tema, pero la estrategia adoptada tiene más que ver con la prudencia reflejada, por una evolución progresiva, que a unos cambios bruscos de consecuencias impredecibles.

III. EL CAMINO HACIA LA MODERNIZACIÓN

Hay que decir claramente que el cambio, que se espera culmine en los próximos años, en modo alguno empieza ahora sino que es el resultado de una estrategia multifactorial que el INSALUD lleva a cabo desde el comienzo de la legislatura a través de una serie de acciones que ahora analizaremos, pero todas ellas con un mismo hilo conductor: la renovación del sistema sanitario, siempre a través de una imprescindible colaboración con los profesionales. En este proceso de modernización imparable, por el que de una u otra forma van a tener que pasar todos los servicios de salud occidentales, hay una serie de conceptos ineludiblemente ligados a una práctica clínica adecuada que poco a poco se van introduciendo en los hospitales, y que han sido la base de toda una serie de acciones iniciadas por el INSALUD a lo largo de esta legislatura:

- Medicina basada en la evidencia.
- Variabilidad de la práctica clínica.
- Mejora continua de la calidad.
- Protocolización.
- Guías clínicas.

Muchos de estos conceptos resultaban totalmente ajenos a la mayoría de los profesionales que, en el mejor de los casos, los miraban con indiferencia, cuando no con una manifiesta hostilidad. No es que pueda decirse que la situación haya cambiado diametralmente, pero sí es cierto que hoy se admiten como normales en los hospitales algunas consideraciones que hace unos años habrían resultado insólitas.

Por empezar por alguna parte, el INSALUD desarrolló un esfuerzo muy considerable por mejorar la recogida y procesamiento de la información, lo cual a su vez permitió acumular una gran cantidad de datos acerca de la variabilidad de la práctica clínica, en multitud de procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Estos datos son la base ineludible de detección y búsqueda de soluciones para un buen número de ineficiencias del sistema, en ocasiones causadas por incentivos perversos, que es preciso corregir por múltiples razones.

El mecanismo de acción elegido fue la creación de grupos de trabajo con un gran número de sociedades científicas, en los que formaron y forman parte un gran número de profesionales de dentro y fuera del INSALUD. Estos protocolos, tanto referidos a indicaciones quirúrgicas o de procedimientos diagnósticos como a derivación de procesos entre primaria y especializada, no fueron impuestos de una forma rígida sino adaptada a cada hospital o área de salud. Tras la etapa de diseño (1996/97), vino la fase de implantación (1998) y nos encontramos en la de evaluación del grado de cumplimiento.

El ejemplo más brillante de actuación coordinada, con criterios consensuados, perfectamente explicitados y sobre la base de protocolos de entrada en lista es la Guía de Gestión de la Lista de Espera Quirúrgica, que ha sido la base de un documento adoptado por el Consejo de Europa. Creo que no hay que insistir que las reducciones en las demoras quirúrgicas conseguidas en esta legislatura han sido históricas, al haberse pasado de una demora media de 210 días a tan sólo 60 (de 7 a 2 meses) y consolidar una demora máxima de 6 meses frente a los más de 1, 2 y hasta 3 años que registraban más de 25.000 enfermos al inicio de la legislatura. Estos datos han sido incluso reconocidas internacionalmente.

Una figura crucial en todo el proceso de implantación de objetivos y, en general, de los procedimientos de mejora del sistema es el coordinador de calidad. Desde el comienzo de la legislatura se procedió a la generalización de esta figura cuyo perfil, funciones y remuneración quedaron regulados por circular de 10-4-97. Aunque la correcta formación de estos profesionales en número suficiente ha llevado mucho tiempo, lo cierto es que en aquellos hospitales donde han encontrado la persona adecuada, su papel ha sido fundamental en catalizar todo este proceso y en implantar en nuestros centros una cultura de mejora continua de calidad, imprescindible para la introducción de cualquier innovación trascendental.

IV. INCENTIVACIÓN DE LOS PROFESIONALES

Algo en lo que todo el mundo parece estar de acuerdo es la falta de vertebración de los hospitales y la escasa vinculación de los profesionales con sus órganos de representación y participación. Aunque la reconsideración del RD 521/87 es un lugar común en todas las discusiones sobre el tema, lo cierto es que todas las acciones emprendidas a lo largo de la actual legislatura han ido encaminadas a la potenciación de las estructuras ya existentes. En el caso de los médicos la comisión mixta, a través de la cual pasan ya decisiones trascendentales para la vida del hospital tales como el nombramiento del director médico y la valoración de todo el sistema de incentivos.

Un proceso muy importante desarrollado a lo largo de estos 3 últimos años ha sido el establecimiento, por primera vez, en el INSALUD de un sistema de productividad variable con carácter estable, pactado con los sindicatos y en el que durante una primera fase se incluyeron, a partes iguales, parámetros de actividad y de calidad. Posteriormente se introdujeron toda una serie de objetivos de uso racional de recursos, que en no pocos casos y para bastantes servicios han significado sus primeros contactos con la gestión clínica. En los últimos 3 años se han dedicado alrededor de 15.000 millones para la totalidad del personal, en un proceso que sin duda ha costado instaurar, pero que representa una evolución muy positiva y, desde luego irreversible, por lo que se refiere a la participación de los profesionales.

V. MEJORAS DE CALIDAD Y LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN

La apuesta por la implantación de programas de mejora de calidad ha supuesto igualmente la introducción de una serie de conceptos fundamentales, tales como la cultura de la autoevaluación en las actividades llevadas a cabo por los servicios. De igual manera, el hecho de que parte de la financiación de los hospitales vaya ligada al cumplimiento de estos objetivos de calidad pone de manifiesto la fuerza con que la institución ha optado por este tema.

Cualquier proceso de implantación generalizada de nuevas formas de gestión pasa ineludiblemente por una mejora en los sistemas de información, que a su vez supone una serie de inversiones técnicas y humanas muy importantes dado que se partía de una situación francamente deficiente. Las inversiones en informática se han multiplicado por 6 en tan solo dos años, pasando de 1.458 millones en 1996 a 9.500 en 1998 y 10.140 en 1999. En consonancia, se ha producido un gran esfuerzo en la codificación de los informes de alta cuyo grado de cumplimentación, que ya fue del 91,27%, pasó al 96,42% en 1998. A su vez en el último año se ha pasado de 2,98 a 3,34 diagnósticos secundarios por informe y de 1,62 a 1,87 procedimientos registrados.

Esta mejoría generalizada de los sistemas de información hospitalaria han permitido profundizar en los sistemas de contabilidad analítica y en el cálculo del coste por proceso. Ello a su vez ha significado un vuelco radical en el mecanismo de financiación de los hospitales, cada vez menos dependiente del "histórico" y más de lo que realmente hacen, teniendo en cuenta su complejidad y el tipo de hospital. La contabilidad analítica es la base necesaria para profundizar en la línea de descentralización y por tanto de autogestión de las distintas unidades.

Un paso más en la participación de los profesionales en la gestión clínica es el diseño e implantación de las guías de actuación clínica y sobre todo de las vías clínicas que, aunque parecidas, no son conceptos equivalentes. Su diferencia con los protocolos es que mientras estos nacen fundamentalmente de un consenso entre profesionales basado sobre todo en su experiencia, las guías de actuación y las vías clínicas deben asentar sobre la práctica de la medicina basada en la evidencia.

Las vías clínicas son planes asistenciales que se aplican a enfermos con determinadas patologías. En ellas se definen la secuencia, duración y responsabilidad óptimas de las actividades de los profesionales sanitarios. Dan una perspectiva interdisciplinar y de continuidad e integración de los cuidados entre niveles. Constituyen una herramienta de gestión adecuada para la disminución de la variabilidad de la práctica clínica.

Las ventajas de la utilización de las vías clínicas son claras: reducen la variabilidad de la práctica clínica, evitan ineficiencias, identifican la responsabilidad de cada profesional, permiten la programación cuidadosa del ingreso y facilitan una mejor información del paciente y sus familiares; en su evaluación es preciso utilizar no solamente los indicadores de cumplimentación de la vía sino también la satisfacción de los enfermos, los resultados clínicos y los costes. El hecho de que las vías clínicas centren la orientación de la organización alrededor del enfermo con determinados procesos hace que constituya una pieza clave de los llamados institutos o áreas clínicas funcionales. Se trata de agrupaciones de servicios clínicos diseñados para proporcionar una atención integral al paciente según su proceso. Constituyen una pieza clave en la orientación de los centros a las necesidades del paciente, y a la vez en la motivación y participación de los profesionales en la gestión. Además contribuyen a la flexibilización y al aplanamiento del organigrama hospitalario.

A lo largo de 1998 se autorizó la creación de 6 de estas áreas funcionales, que en el momento actual se encuentran en la fase de evaluación de sus 6 primeros meses de funcionamiento. Para 1999 se ha aprobado el marco de referencia de estos institutos en el que se definen las condiciones que deben cumplir para su aprobación, desde la presentación de la propuesta con el consiguiente "estudio de factibilidad", la fase de homologación, la definición de estructura, órganos directivos y normas de funcionamiento.

El director del área clínica y el gerente del hospital firman con los servicios centrales del INSALUD el correspondiente contrato de gestión en el que se estipula:

- Cartera de servicios.
- Objetivos del área clínica.
- Volumen de actividad asistencial.
- Nivel de calidad.
- Financiación.

Es muy importante el hecho de que en caso de que la cuenta de resultados sea positiva, se producirá una incentivación de los profesionales según los acuerdos a los que se haya llegado en el contrato de gestión. Las áreas clínicas constituyen por tanto una fórmula organizativa intermedia entre el servicio clínico y las organizaciones con autonomía de gestión; se enmarcan en el ámbito de un hospital, estructuradas en base a los procesos clínicos, con participación, implicación, cesión de riesgo y cumplimentación de sistemas de información como elemento de evaluación de coste-efectividad y calidad.

La introducción progresiva de estas áreas clínicas funcionales constituye un paso estratégico fundamental en un objetivo muy claro: la profundización, a todos los niveles, en

la autonomía de gestión y en la participación de los profesionales en la misma. Un enfoque nuevo con respecto a las formas de gestión tradicionales que entendemos debe jugar un papel de catalizador de todo el proceso.

VI. EXTENSIÓN DE LA AUTONOMÍA DE GESTIÓN

Es evidente que si lo que se quiere no es aplicar un mero maquillaje al sistema o hacer simplemente un ejercicio de radicalismo selectivo dotando tan sólo de una cierta autonomía de gestión a partes muy concretas de los hospitales, es necesario marcarse una línea clara y bien definida que sea capaz de llevar o al menos de ofrecer esta filosofía a los lugares más recónditos del sistema, incluida la atención primaria.

Con este objetivo se crea una nueva figura: Las Fundaciones Públicas Sanitarias, destinadas a llenar el vacío existente entre las formas puntuales e incipientes de autonomía a las que nos hemos referido y las fundaciones creadas al amparo de la Ley 15/97. Las ventajas para los centros sanitarios que decidan avanzar por esta vía se pueden resumir en:

- Titularidad jurídica propia.
- Patrimonio propio, con la posibilidad de repercutir en el centro las mejoras de gestión.
- Gestión de tesorería propia.
- Pago directo a proveedores, con las ventajas inherentes a esta posibilidad.
- Flexibilidad presupuestaria al posibilitar la movilidad entre partidas.

Naturalmente existía la posibilidad, cuando menos teórica, de que los hospitales tradicionales adquiriesen personalidad jurídica propia mediante la conversión en fundaciones del tipo Manacor o Alcorcón, lo que implicaría una laboralización voluntaria de la plantilla a todas luces improbable. De ahí la necesidad de crear una nueva figura legal capaz de armonizar el carácter estatutario de los trabajadores con la personalización jurídica de los centros, algo inexistente hasta ahora en la administración central.

La ley 15/97 sobre Habilitación de Nuevas Formas de Gestión en el SNS quedó seriamente condicionada, por lo que al INSALUD se refiere, por la Ley 6/97 sobre Organización y Funcionamiento de la Administración General del Estado (LOFAGE), que de hecho limita la existencia de Organismos Públicos dependientes de la administración central (no de las CCAA) a los Organismos Autónomos (como el propio Insalud) y Entidades Públicas Empresariales. Sin embargo éstas tan sólo admiten personal laboral y han de crearse por ley.

Por ello fue necesario crear una figura jurídica "ad hoc": las Fundaciones Públicas Sanitarias, muy parecidas a las Entidades Públicas Empresariales, pero que a diferencia de éstas permiten que el personal continúe siendo estatutario y pueden ser creadas por acuerdo del consejo de ministros.

Las Fundaciones Públicas Sanitarias son organismos públicos adscritos al INSALUD, con personalidad jurídica propia. Su personal es básicamente estatutario, aunque también puede admitir funcionarios o laborales. Para su creación necesitan del acuerdo del Consejo de Ministros. Podrán disponer de su propio patrimonio, al margen de los bienes adscritos de la Tesorería General de la Seguridad Social y tendrán un régimen presupuestario, económico financiero, de contabilidad y control similar al que marca la Ley General Presupuestaria para las Entidades Públicas Empresariales.

De esta forma, las distintas entidades que hoy día se pueden constituir al amparo de la Ley 15/97 y su modificación mediante el artículo 111 de la Ley 50/98 son las siguientes:

- Fundaciones.
- Consorcios.
- Sociedades Estatales.
- Fundaciones Públicas Sanitarias (FPS).

Como se ve, tan sólo las FPS admiten personal estatutario (ocasionalmente también los consorcios) y serían las fórmulas a aplicar para la conversión de los hospitales tradicionales y gerencias de primaria. Las Fundaciones serían las elegidas para todos los centros de nueva creación. Las Sociedades Estatales se adaptan mejor a las instituciones de tamaño medio, como los "061", y para los Consorcios se precisa, por definición, la concurrencia de dos o más administraciones, por lo que pueden ser adecuados para determinados hospitales.

El concepto general en el que se basan las fundaciones públicas sanitarias está, por tanto, bastante claro: se trata de profundizar en el concepto de autonomía de gestión de los centros tradicionales entre otros motivos, para que ello permita a los profesionales una mayor implicación en el sistema, una verdadera participación en la gestión de los recursos necesarios para prestar la asistencia sanitaria. Esta filosofía conecta, en principio, con lo que tanto médicos como gestores han venido proclamando a lo largo de muchos años al solicitar más autonomía, más participación y más responsabilidad. Por otro lado, el hecho de que se mantenga el carácter estatutario del personal hace difícil en principio mantener una oposición frontal al proyecto.

Sin embargo, el hecho de que estemos asistiendo al inicio del proceso de implantación de unas entidades reguladas por ley, pero aún no desarrolladas por el Real Decreto correspondiente, deja abiertas toda una serie de expectativas de gran importancia susceptibles de ser definidas en íntimo contacto con todos los agentes interesados.

De entrada hay una serie de aspectos sin duda positivos de las FPS, pero que en principio no afectan a los profesionales más que de una forma indirecta. La desaparición de la fiscalización previa y el establecimiento de todos los controles presupuestarios que establece la Ley General Presupuestaria para las Entidades Públicas Empresariales permite una mayor agilidad en los trámites administrativos; esto debería traducirse en una mayor rapidez en los pagos y por tanto unas mejores condiciones de compra, al tiempo que abre la puerta a que los cobros a terceros, como consecuencia de asistencia prestada

a no beneficiarios, (p.ej.: extranjeros o accidentes de tráfico) o cualquier otro tipo de ingresos atípicos repercutan de una forma real en el presupuesto del centro.

Hay una serie de ventajas operativas de estas entidades que si son desarrolladas adecuadamente pueden influir muy positivamente en la dinámica hospitalaria, y que ya si afectan muy directamente a las condiciones en que los profesionales sanitarios desarrollan su labor:

- Mayores cuotas de autonomía de gestión.
- Patrimonio y tesorería propios. Mayor capacidad operativa.
- Movilidad entre partidas presupuestarias.
- Transmisión a servicios y unidades de las nuevas competencias: gestión clínica.
- Incentivación adecuada.
- Composición de los órganos de gobierno y participación.
- Serie de mejoras muy significativas en relación con el RD 521/87.

¿Qué hospitales tradicionales podrían acceder a esta nueva forma de gestión y cómo se llevaría a cabo esta transformación? Ya en el Plan Estratégico del Insalud se establece la necesidad de un proceso de homologación, que tiene que pasar por la realización previa del Plan Estratégico del hospital, así como el acuerdo favorable de la Comisión de Dirección y de los órganos de representación y participación, que acrediten la existencia de un consenso interno “suficiente”. Así mismo, el proceso de homologación tiene que acreditar la existencia de sistemas de información y otras herramientas de gestión adecuadas que garanticen la mejora de la calidad del servicio y la gestión adecuada de los centros.

Aunque la figura de las FPS ha sido diseñada fundamentalmente pensando en los hospitales, la figura es perfectamente aplicable a las gerencias de atención primaria, con la posibilidad de gestionar de forma autónoma el gasto farmacéutico, lo que sin duda plantearía alternativas a uno de los mayores problemas presupuestarios del sistema sanitario.

VII. CONCLUSIONES:

ASPECTOS A CAMBIAR Y ASPECTOS A CONSERVAR

¿Son éstos los cambios que necesita el SNS? Lo que sí parece claro es que el sistema actual, que tan buenos servicios ha prestado a la Sanidad Española no puede mantenerse inalterado, con todos los problemas que hemos ido exponiendo a lo largo de esta conferencia, so pena de deteriorarse hasta niveles difícilmente reparables. Decía Thomas Kuhn “El progreso intelectual y científico consiste en la sustitución de un paradigma que ha resultado incapaz de explicar hechos nuevos por otro que los explica de forma más satisfactoria”. No se trata de decir que lo que hay ahora es y ha sido malo porque no es verdad. Estamos diciendo que el modelo actual lleva ya muchos años dando signos de agotamiento y es preciso modificarlo precisamente para salvaguardar lo esencial del sistema.

De ahí que las críticas lanzadas al proyecto, que en general han caído en el simple eslogan de la “privatización” o del “desmantelamiento del sistema” resultan intelectualmente preocupantes, no ya por la pobreza de argumentación, sino por el hecho de condicionar la bondad o maldad de un proyecto de gestión sanitaria a la comunidad autónoma donde se aplique o al partido político que lo proponga en cada momento.

Probablemente en lugar de perderse en discusiones sin excesivo sentido, se debería ahondar en un consenso general sobre una serie de aspectos irrenunciables y que, a fin de cuentas, su permanencia y su correcto ejercicio por parte de la autoridad sanitaria y los servicios de salud correspondientes son los que van a garantizar la conservación de los valores fundamentales que han hecho de nuestro sistema de salud uno de las principales activos de la sociedad española. Se trata de garantizar por encima de todo:

- El aseguramiento universal.
- La financiación pública.
- La planificación sanitaria.
- La definición de la cartera de servicios de cada centro.

En el Real Decreto sobre nuevas formas de gestión se contemplan, de forma pormenorizada, todos estos aspectos básicos de sometimiento de las entidades de nueva regulación a todos estos criterios emanados de la autoridad sanitaria, como garantía ineludible del mantenimiento del sistema público. Lo cierto es que la introducción progresiva en el sistema de todos los cambios que hemos ido comentando, tiene que ir provocando una reacción en cadena que evolucione hacia una relación totalmente distinta entre los servicios de salud, convertidos en compradores de servicios y los hospitales, tanto propios como concertados, constituidos en proveedores de dichos servicios, compitiendo dentro de un mercado de competencia regulada del que el principal beneficiario debe ser el ciudadano, que podrá ejercer de una forma real la posibilidad de elección del centro que le ofrezca garantías de mayor calidad.

La empresa no es fácil y desde luego va a necesitar una amplísima reconversión de todas las estructuras sanitarias, tanto centrales como periféricas. Por poner un ejemplo, los actuales contratos de gestión, que transfieren a los centros tan solo una responsabilidad en gran manera virtual, tendrán que ser sustituidos por verdaderos contratos, estructurados en virtud de la complejidad de la patología tratada, y con todas las cláusulas necesarias para evitar incentivos perversos. Sin embargo, estamos convencidos de que éste es el único camino posible, que por él tenemos que avanzar y que, además, los primeros que lo emprendan se van a ver probablemente beneficiados de una posición de partida sensiblemente mas sólida que los que se apunten después.

En definitiva, es mucha la responsabilidad que tenemos todos los que trabajamos en la sanidad pública para consolidar lo que tenemos y sentar las bases para que en el futuro no solo se mantenga sino que sea capaz de afrontar todos los nuevos retos. Siempre dirigidos hacia el paciente, eje central de la sanidad y razón única última de todos estos pasos.

Apéndice I

VI Seminario: Los retos directivos ante la gestión de la efectividad

Granada, 11 y 12 de Noviembre de 1999

PROGRAMA

LOS RETOS DIRECTIVOS ANTE LA GESTIÓN DE LA EFECTIVIDAD

DESARROLLO

JUEVES, 11 DE NOVIEMBRE

09'00 **Entrega de documentación**

09'30 **Inauguración:** Ilma. Sra. D^a CARMEN MARTÍNEZ AGUAYO
Directora Gerente del Servicio Andaluz de Salud (SAS).
Junta de Andalucía.

10'00 **Conferencia Inaugural:** *Medicina Basada en la Evidencia:
Posibilidades y limitaciones*

Ponente: VICENTE ORTÚN RUBIO
*Profesor de Economía.
Universitat Pompeu i Fabra. Barcelona.*

Moderador: FERNANDO SILIÓ VILLAMIL
Coordinador de Asesoría de la Escuela Andaluza de Salud Pública.

11'00 **Café**

11'30 **Conferencia:** *Directivos y Gestión de la Evidencia Clínica*

Ponente: BERNARD CRUMP
*Director of Public Health. Leicestershire Health.
Leicester. Reino Unido.*

Moderador: ESTEBAN DE MANUEL KEENOV
Director Académico de la Escuela Andaluza de Salud Pública.

14'00 **Comida.** Cafetería EASP.

TALLERES SIMULTÁNEOS

15,30 **Taller 1:** *Uso apropiado de Procedimientos Médicos*

Ponente: PABLO LÁZARO Y DE MERCADO
Director de la Unidad de Investigación en Servicios de Salud.
Instituto Carlos III. Madrid.

Moderador: JOAN CARLES MARCH CERDÀ
Coordinador de Investigación de la EASP.

15,30 **Taller 2:** *La Gestión del Conocimiento*

Ponente: RAFAEL BRAVO TOLEDO
Responsable del Área de Informática.
Área 10 de Atención Primaria. INSALUD. Madrid.

Moderador: JOSÉ FRANCISCO GARCÍA GUTIÉRREZ
Profesor del Área de Gestión de Servicios y Políticas
de Salud de la EASP.

15,30 **Taller 3:** *¿En qué medida puede mejorar la efectividad un instituto cardiovascular?*

Ponentes: CARLOS MACAYA MIGUEL
Director del Instituto Cardiovascular. Madrid.

MARIAM BAS VILLALOBOS
Directora de Gestión. Instituto Cardiovascular. Madrid.

Moderadora: GUADALUPE CARMONA LÓPEZ
Profesora del Área de Gestión de Servicios y Políticas de
Salud de la EASP.

17'00 **Café**

17'30 **Conferencia-Debate:** *Características diferenciales de la Gestión de Organizaciones Profesionales Descentralizadas*

Ponente: ANTONIO CALDERÓN FORNS
Socio de Recursos Humanos. Price-Waterhouse-Coopers. Madrid.

Moderador: JOSÉ JESÚS MARTÍN MARTÍN
Profesor del Área de Gestión de Servicios y Políticas de
Salud de la EASP.

VIERNES, 12 DE NOVIEMBRE

TALLERES SIMULTÁNEOS

9'30 **Taller 1:** *Gestión clínica y mejora de la efectividad*

Ponente: JAVIER GARCÍA ALEGRÍA
Director de Área de Medicina. Hospital Costa del Sol.
Marbella. Málaga.

Moderador: JUAN JOSÉ PÉREZ LÁZARO
Profesor del Área de Gestión de Servicios y Políticas
de Salud de la EASP.

9,30 **Taller 2:** *Un modelo de atención de interniveles a partir del consenso y la evidencia científica*

Ponentes: LLUIS NUALART BERBEL
Director General. GRUP SAGESSA. Reus. Tarragona.

JOAN MIQUEL CARBONELL RIERA
Director de Atención de Agudos. GRUP SAGESSA.
Reus. Tarragona.

Moderador: JOSÉ MARTÍNEZ OLMOS
Profesor del Área de Gestión de Servicios y Políticas
de Salud de la EASP.

9,30: **Taller 3:** *Compras de Servicios Basada en la Evidencia*

Ponente: SALVADOR PEIRÓ MORENO
Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud.
Valencia.

Moderadora: M^a DEL PUERTO LÓPEZ DEL AMO
Profesora del Área de Gestión de Servicios y Políticas
de Salud de la EASP.

11'30 **Café**

12'00 **Conferencia de Clausura:** *Estrategias de Gestión en Organizaciones Sanitarias*

Ponente: ILMO. SR. D. RAFAEL MATESANZ ACEDOS
Director General de Atención Primaria y Atención Especializada
del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD).

Moderador: FRANCISCO JAVIER CATALÁ VILLANUEVA
Director de la Escuela Andaluza de Salud Pública.

13'30 **Clausura y entrega del VI Premio MSD.**

COORDINACIÓN

Joaquim Camprubi García
Fernando Silió Villamil
Olga Solas Gaspar

MIEMBROS DEL JURADO

VI PREMIO MERCK

Miguel Ángel Asenjo Sebastián
Juan Manuel Cabasés Hita
Esteban de Manuel Keenoy
José Luis de Sancho Martín
Francisco Javier Doderó de Solano
Olga Solas Gaspar
Julio Villalobos Hidalgo

SECRETARÍA

Consuelo García Martín
Germán Morales Escobar

Apéndice II

Listado de asistentes

Sr. D. Ignacio Acosta Crespo
Director Médico
Hospital Xeral de Vigo
Pizarro, 22
36204 Vigo (Pontevedra)

Sr. D. Mariano Aguayo Canela
Director Médico
Hospital Juan Ramón Jiménez
Ronda Norte, s/n
21005 Huelva (Huelva)

Sr. D. Luis Alegre Latorre
Director Médico
Hospital Universitario Son Dureta
Andrea Doria, 55
07014 Palma de Mallorca (Islas Baleares)

Sr. D. Manuel Alen Fidalgo
Director Gerente
Complejo Hospitalario Juan Ramón Jiménez
Ronda Norte, s/n
21005 Huelva (Huelva)

Sr. D. Amalio Alonso Díaz
Director Asistencia Sanitaria
SESPAS
Ctra. Rubín, s/n
33011 Oviedo (Asturias)

Sr. D. Aquilino Alonso Miranda
Director de Distrito
Distrito Sanitario Granada S.A.S.
C/ Dr. Azpitarte
18071 Granada

Sr. D. Miguel Álvarez Nevado
Director Médico
Hospital Infanta Elena
Ctra. Sevilla-Huelva s/n
21007 Huelva

Sr. D. Custodio Antón Torreño
Subdirector Gerente
Ciutat Sanitària I Universitària de Bellvitge
C/ Feixa Llarga, s/n
08907 L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona)

Sr. D. Isidoro Arjona Rueda
Hospital Juan Ramón Jiménez
Ronda Norte, s/n
21005 Huelva (Huelva)

Sr. D. Juan Andrés Arroyo Cueto
Jefe de Bloque de Servicios Centrales
Hospital Civil
Plaza del Hospital Civil, s/n
29071 Málaga

Sra. D^a Rosa Bermejo Pareja
Subdirectora Provincial Atención Especializada
INSALUD
Sagasto, 6
28004 Madrid

Sr. D. Mariano Blasco Valle
Director MÉDICO
Gerencia de Atención Primaria INSALUD Áreas 2 y 5
Condes de Aragón, 11
50009 Zaragoza

Sr. D. Joaquín Camprubí García
Merck, Sharp & Dohme en España
Josefa Valcárcel, 38
28027 Madrid

Ilmo. Sr. D. Francisco Cano Bueso
Delegado Provincial
Delegación Provincial de Salud
Av. del Sur, 11
18071 Granada

Sr. D. Francisco Cárceles Guardia
Director Médico
Hospital Son Dureta
Andrea Doria, 55
07014 Palma de Mallorca (Islas Baleares)

Sr. D. Joaquín Carmona Díaz-Velarde
Director Gerente
Hospital U. Virgen Macarena
Av. Dr. Fedriani, 3
41071 Sevilla

Sra. D^a Ana Casas Fernández Tejerina
Subdirectora Médica
Hospital U. Virgen del Rocío
Av. Manuel Siurot, s/n
41013 Sevilla

Sr. D. Antonio Cervera Guerrero
Director Gerente
Hospital Universitario de Valme
Ctra. de Sevilla-Cádiz s/n
41014 Sevilla

Sr. D. Jordi Colomer Mascaró
Director Gerente
Hospitales Vall D'Hebrón
P^o Vall D'Hebrón 118-128
08035 Barcelona

Sr. D. Eduardo Corchero Rodríguez
Director Gerente
Hospital Infanta Cristina
Ctra. Portugal, s/n (Madrid-Lisboa)
06010 Badajoz

Sr. D. Enrique Cruz Giráldez
Asesor del Consejero de Salud
Consejería de Salud
Av. de La Innovación, Edif. Arena I
41071 Sevilla

Sra. D^a Mercedes de La Cuadra Colmerares
Redactora
7 Días Médicos
Victor Adrés Belahunde, 8
28016 Madrid

Sr. D. Rubén José Díaz González
Jefe del Servicio de Psiquiatría
Hospital Ntra. Sra. de Sonsoles
Ctra. Madrid, Km. 109
05071 Ávila

Ilmo. Sr. D. Andrés Estrada Moreno
Delegado Provincial
Delegación Provincial de Salud
Gran Vía, 6
21071 Huelva

Sr. D. Javier Feliú Román
Hospital de Manacor
Ctra. Manacor-Alcudia, s/n
07500 Manacor (Islas Baleares)

Sra. D^a Yolanda Fornieles García
Escuela Andaluza de Salud Pública
Campus Universitario de Cartuja
Granada

Sr. D. Biel Fortuny I Organs
Gerente
Hospital de Valls
Plaza San Francisco, s/n
43800 Valls (Tarragona)

Sr. D. Andrés Fuentes Pérez
Director Económico Administrativo
Hospital Universitario Virgen Macarena
Avda. Dr. Fedriani, 3
41071 Sevilla

Sr. D. Julio Fuster Culebra
Consejería de Sanidad de Baleares

Sr. D. Alfredo García
Periodista
Diario Médico
Recoletos, 1-14º
Madrid

Sr. D. Javier García Alegría
Director de Área de Medicina
Hospital Costa del Sol
Marbella (Málaga)

Sr. D. Manuel García Carasusan
Director Asistencial
Institut Municipal Assistencia Sanitaria
Passeig Maritim, 25-29
08003 Barcelona

Sr. D. Juan García Rodríguez
Jefe Sección Contrataciones Administrativas
Hospital Universitario Virgen Macarena
Avda. Dr. Fedriani, 3
41071 Sevilla

Sr. D. Blas García Vargas Machuca
Subdirector Gerente
Hospital U. Virgen Macarena
Av. Dr. Fedriani, 3
41071 Sevilla

Sr. D. Rafael García Vargas-Machuca
Subdirector de Asistencia Especializada
Servicio Andaluz de Salud
Av. Constitución, 18
41071 Sevilla

Sr. D. Ángel Garijo Galve
Gerente
Empresa Pública de Emergencias Sanitarias
Parque Tecnológico, C/Severo Ochoa, s/n
29590 Campanillas (Málaga)

Sr. D. Carles Gausachs Nacher
Gerent
Institut Municipal Assistència Sanitària
Passeig Marítim, 25-29
08003 Barcelona

Sr. D. Antonio Gelonch Viladent
Merck, Sharp & Dohme en España
Josefa Valcárcel, 38
28027 Madrid (Madrid)

Sra. D^a María José Gualda Romero
Directora Económico-Administrativo
Hospital Universitario de Valme
Ctra. de Sevilla-Cádiz s/n
41014 Sevilla

Ilmo. Sr. D. José de Haro Bailón
Director General
de Aseguración, Financiación y Planificación
Consejería de Salud
Av. de La Innovación, Edif. Arena I
41071 Sevilla

Sr. D. Miguel Hernández Serrano
Gerencia de Atención Primaria INSALUD-Huesca
Director Médico
San Jorge, s/n
22071 Huesca

Sr. D. José María de La Higuera González
Jefe de Servicio de Coordinación
Vice-Consejería de Salud de La Junta de Andalucía
Avda. de La Innovación, Edif. Arena I
41020 Sevilla

Sr. D. Melchor Hoyos García
Director Médico
Hospital La Fe
Av. Campanar, 21
46009 Valencia

Sra. D^a Isabel Hurtado Fuentes
Departamento de Comunicación
Merck, Sharp & Dohme en España
Josefa Varcárcel, 38
28027 Madrid

Sr. D. José Jiménez Torres
Jefe del Servicio de Farmacia
Clínica San Rafael
Diego Arias, 2
11002 Cádiz

Sra. D^a Ana Joyanes Romo
Director Médico Atención Primaria
Centro Salud Añaza
Rambla Betyse, s/n
38109 Añaza (Santa Cruz de Tenerife)

Sra. D^a M^a del Mar Julios Reyes
Directora General
de Programas Asistenciales
Servicio Canario de Salud
Perez de Rozas, 5
38004 Santa Cruz de Tenerife (Islas Canarias)

Sr. D. José Manuel Liendo Barquin
Director Médico
Comarca Ezkerraldea-Enkarterri
Barregoitia, 9
48920 Portugalete (Vizcaya)

Sr. D. Juan del Llano Señarís
Presidente
Fundación Gaspar Casal
Sanmaría, 6-5^o D
28009 Madrid

Sr. D. Juan López Ferré
Jefe de la UCI y Urgencias
Hospital de Manacor
Ctra. Manacor-Alcudia, s/n
07500 Manacor (Islas Baleares)

Sr. D. Eduardo Maiz Olazabalaga
Director Gerente
Hospital Civil de Basurto
Avda. Montevideo, 18
48013 Bilbao (Vizcaya)

Sra. D^a Gracia Maroto Navarro
Escuela Andaluza de Salud Pública
Campus Universitario de Cartuja
Granada

Ilma. Sra. D^a M^a Carmen Martínez Aguayo
Directora Gerente
Servicio Andaluz de Salud
Av. de La Constitución, 18
41071 Sevilla

Sr. D. José Luis Martínez Chaves
Director Gerente
Hospital Ciudad de Jaén
Avda. del Ejercito Español, 10
23007 Jaén

Sr. D. José Carlos Medina Sierra
Director Gerente
Hospital Infanta Elena
Ctra. Sevilla-Huelva, s/n
21007 Huelva

Sra. D^a Almudena Millán Carrasco
Escuela Andaluza de Salud Pública
Campus Universitario de Cartuja
Granada

Sra. D^a Manuela Mojarro Morales
Directora Gerente
Hospital Básico de La Serranía
Ctra. El Burgo, Km 1
29400 Ronda (Málaga)

Sr. D. Antonio Montaña Barrientos
Agencia Eval. de Tecnologías Sanitarias Andalucía
Avda. Luis Montoto, 89 4ª Planta
41071 Sevilla

Sra. Dª Liliana Mora León
Escuela Andaluza de Salud Pública
Campus Universitario de Cartuja
Granada

Ilmo. Sr. D. Ignacio Moreno Cayetano
Viceconsejero de Salud
Consejería de Salud
Av. de la Innovación, Edif. Arena I
41071 Sevilla

Sr. D. Luis Movilla Mardones
Merck, Sharp & Dohme en España
Josefa Valcárcel, 38
28027 Madrid

Sr. D. Guillermo Murguía Pujol
Director Médico
DKW Previaasa
Peña y Goñi, 2 Bajo
20002 Sa (Guipúzcoa)

Sr. D. Emiliano Antonio Nuevo Lara
Director
Distrito Sanitario Villacarrillo-Ubeda
Ministro Benavides, 61
23300 Villacarrillo (Jaén)

Sr. D. Juan Ortiz Fuente
Gerente
SESPAS
Ctra. Rubín, s/n
33011 Oviedo (Asturias)

Sra. Dª Laura Palacios Llamazares

Sr. D. Ignasi Pascual Morón
Director
Dirección Atención Primaria de Reus-Altebrat
Cami de Riudoms, 53
43202 Reus (Tarragona)

Sra. D^a María Asunción Pastor Climent
Médico de La Unidad de Investigación
Dirección Atención Primaria Área Bajo Vinalopo
Antonio Mora Ferrández, s/n
03202 Elche (Valencia)

Sr. D. Joaquim Pellejà Pellejà
Director de Equipo A.P.
Área Básica de Salud Alt Camp Est
Paça Dels Arbres, 7
43814 Vila-Dodona (Tarragona)

Sr. D. Rafael Pereiro Hernández
Jefe de Servicio de Planificación Operativa
Servicio Andaluz de Salud
Av. de La Constitución, 18
4171 Sevilla

Sr. D. Cayetano Permanyer Miralda
Jefe de Cardiología
Hospital General Vall D'Hebrón
P^o. Vall D'Hebrón, 119-129
08035 Barcelona

Sra. D^a M^a Alba Prat Casanovas
División Técnica Atención Farmacéutica
Servicio Catalán de Salud
Gran Via 587-3^o
08007 Barcelona

Sr. D. Joan Prat Coll
Director Médico
Hospital de Palamós
Hospital, 36
17230 Palamós (Girona)

Sra. D^a Juana M^a Reyes Melián
Jefa de Servicio de Atención Primaria
Servicio Canario de Salud
Perez de Rozas, 5
38004 Santa Cruz de Tenerife (Islas Canarias)

Sr. D. Marco Aurelio Ribó Golovart
Director
Distrito Sanitario de Atención Primaria Este-Sur
Greco, s/n
41007 Sevilla

Sr. D. José Luis Rodríguez Fernández
Merck, Sharp & Dohme en España
Josefa Valcárcel, 38
28027 Madrid

Sra. D^a Isabel Rodríguez Hage
Directora Recursos Humanos
Complejo Hospitalario Candelaria-Ofra
Ctra. del Rosario, s/n
38010 Santa Cruz de Tenerife (Islas Canarias)

Sr. D. Nicolás Rodríguez Vedia
Director Gerente
Hospital Cormarcal Infanta Margarita
Avda. de Góngora, s/n
14940 Cabra (Córdoba)

Sr. D. José M^a Romeo Martínez
Adjunto Servicio Cirugía General
Hospital Severo Ochoa
Av. Orellana, s/n
28911 Leganés (Madrid)

Ilmo. Sr. D. Jesús M^a Ruiz García
Delegado Provincial
Delegación Provincial de Salud
Av. República Argentina, 34
14071 Córdoba

Sr. D. José Luis Saldedo Lagullón
Director Gerente
Hospital Universitario Virgen de Las Nieves
Avda. de La Constitución s/n
18014 Granada

Sr. D. Ismael Sánchez Hernández
Director Médico
Gerencia de Atención Primaria INSALUD Teruel
Miguel Valles, 1-2ª Planta
44001 Teruel

Sr. D. Angel Sánchez Viesca
Director Técnico
Escuela de Salud Pública y Gerencia Hospitalaria
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
01011 Guatemala

Sr. D. Alejandro Sánchez-Ocaña Morales
Director Gerente
Complejo Hospitalario San Pedro de Alcántara
Avda. Gral. Millan Astiaj, s/n
10003 Cáceres

Sr. D. Joan Serra Devechi
Subdirector de Gestión
Hospital Son Dureta
Andrea Doria, 55
07014 Palma de Mallorca (Islas Baleares)

Sr. D. Pedro Serrano Aguilar
Jefe Planificación
Servicio Canario de Salud
Pérez de Rozas, 5, 4º Planta
38004 Santa Cruz de Tenerife (Islas Canarias)

Sra. Dª Mª Jesús Silva
Directora General de Farmacia
Ministerio Sanidad y Consumo
Paseo del Prado
Madrid

Sra. D^a Francesca Soler Torra
Merck, Sharp & Dohme en España
Josefa Valcárcel, 38
28027 Madrid

Sr. D. Diego Suárez Mármol
Director Gerente
Hospital de Jerez
Ronda de Circunvalación, s/n
11407 Jerez de La Frontera (Cádiz)

Sr. D. Alberto Talavera Deníz
Director Gerente
Hospital de La Candelaria
Ctra. del Rosario, s/n
38010 Santa Cruz de Tenerife (Islas Canarias)

Sr. D. Eugenio Tejerina Botella
Gerente
Hospital Malvarosa
Isabel de Villena, 2
46011 Valencia

Sr. D. Carles Triginer Borrell
Jefe de Organización Asistencial
Corporació Sanitaria Parc Taulí
Parc Taulí, s/n
08208 Sabadell (Barcelona)

Sr. D. Luis Enrique Vicente Sánchez
Director Gerente
Hospital Universitario de Salamanca
P^o San Vicente, 182
37007 Salamanca

Sr. D. Francisco Vilanova Fraga
Coordinador Asistencial
Clinica Puerta de Hierro
San Martin de Porres, 4
28035 Madrid

Sr. D. Félix Yéboles Tobar
Merck, Sharp & Dohme en España
Josefa Valcarcel, 38
28027 Madrid (Madrid)

Sr. S. Fernando Zafra López
Director Distrito Alcalá-Martos
Ambulatorio de la Seguridad Social
Carretera de Freires, s/n
23680 Alcalá la Real (Jaén)

Sr. D. Pablo Zapata Monge
Merck, Sharp & Dohme en España
Josefa Valcárcel, 38
28027 Madrid