

Una
nueva forma
de trabajar...
mirando
al futuro



Agradecimientos:

A los alumnos del Máster en Administración y Dirección de Servicios Sanitarios, edición XXI.

A todos los miembros de la Fundación: Gema Pi, Javier del Llano, Kate Elliot y M^a Jesús Cano.

Editores:

Jordi Colomer i Masacaré
Juan del Llano Señarís

Coordinadora:

Flor Raigada González

© **Fundación Gaspar Casal**, para la investigación y el desarrollo de la salud, Madrid, abril 2011

ISBN: 978-84-694-2735-4

Depósito Legal: M-16536-2011

Imprime:

VA Impresores, S.A.

PRÓLOGO

Si el lector ha llegado hasta aquí, puede saltarse tranquilamente este prólogo. Yo tampoco hubiera aceptado distraerles si no creyera que siempre conviene agradecer al Dr. Jordi Colomer, un precursor tal vez adelantado al tiempo de Sepharad, y al Dr. Juan del Llano, director de la Fundación Gaspar Casal, su empuje e iniciativa. Y a la Comunidad de Madrid su apoyo.

Conviene por tanto zambullirse en la obra sin dilación y empezar por cualquiera de las 25 contribuciones por razón de tema, autor o curiosidad por su foto. Están escritas desde perspectivas personales y disciplinarias muy diferentes pero, con fundamentos de solidez variable, comparten vocación de relevancia práctica.

Gestión Clínica es un pleonismo conceptual pero corre el peligro de convertirse en un oxímoron práctico y no tanto porque pese a celebrarse este III Congreso en un hospital sus clínicos no desbordaban el auditorio sino porque en momentos como el actual ha de mostrar su utilidad ante la reválida que se avecina.

Con una legitimidad muy mejorable (con una imposición más progresiva por ejemplo) las comunidades autónomas, ahora o después de las elecciones de Mayo 2011, deberán recortar sus presupuestos sanitarios en torno al 10% por primera vez en décadas. En los extremos hay dos formas de hacerlo: bien, con criterios de gestión clínica, o mal, “poniendo el muerto encima de la mesa”. Empecemos por este segundo camino.

El gobierno federal de EE.UU. redujo en 2 millones de dólares el presupuesto del Servicio de Parques y Jardines de la nación, servicio encargado de parques como Wrangell-St Elias (mayor que Suiza), Yellowstone (mayor que el País Vasco)... y jardines como el de la Estatua de la Libertad. Sabían que su programa menos coste-efectivo era el del oseño sano pero optaron por oscurecer la estatua regalada por Francia. Inmediatamente todos los medios de comunicación abrieron con la noticia de que se había apagado el símbolo del país y hubo que recuperar el presupuesto anterior.

Volvamos a la senda de la virtud: Nuestros ajustes presupuestarios también podrían realizarse desde el profesionalismo que sabe priorizar clínicamente exploraciones y tratamientos así como gestionar, también con criterios sociales, listas de espera o frecuentaciones. Donde los presupuestos sean capitativos será más fácil. Donde se financie actividad y se entre en el juego insensato de negociar recortes lineales y parecidos sin atender a su impacto sobre cantidad y calidad de vida se pueden colocar cargas de profundidad que afecten a la navegabilidad del barco común que nos emplea.

La solvencia de nuestro sistema sanitario financiado públicamente requiere de la complicidad ilustrada de los profesionales, los únicos que saben cómo asignar unos recursos recortados a los problemas existentes sin afectar los resultados en términos de salud (i.e. de realizar una correcta gestión clínica). Ya saben, en ocasiones menos exploraciones, consultas, intervenciones o prescripciones puede ser mejor.

Para ampliar lo anterior: al Índice.

Vicente Ortún

Decano de la Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales
Centro de Investigación en Economía y Salud
Universidad Pompeu Fabra, Barcelona, España

Presidente del Consejo Asesor del III Congreso de Gestión Clínica

ÍNDICE

Inauguración:

Patricia Flores , VICECONSEJERA DE ASISTENCIA SANITARIA DE LA COMUNIDAD DE MADRID	7
Juan del Llano , DIRECTOR DE LA FUNDACIÓN GASPAR CASAL	9

PRIMERA MESA: 15 años de decisiones y Gestión Clínica

1. El Encaje de la Gestión Clínica , Vicente Ortún	13
2. La Tercera Revolución del Cuidado Sanitario , Muir Gray	17

SEGUNDA MESA: Nuevos Modelos de Gestión Pública

3. Más eficiencia o mejor financiación: suficiencia financiera e Incentivos en la mejora de gestión del gasto sanitario Guillem López i Casanovas	23
4. La nueva Gestión Pública: crisis económica y reforma de la Gestión Pública , Francisco Longo	31
5. Lecciones de otros sectores con experiencia de PPP de éxito , Luisa Castaño	37

TERCERA MESA: 15 años de Variabilidad Clínica: Gestión y Conocimiento

6. El Proyecto Atlas de Variaciones en la Práctica Médica en el Sistema Nacional de Salud: recorrido y futuro. Lecciones aprendidas , Enrique Bernal	45
7. De la teoría a la práctica en la variabilidad clínica (ida y vuelta): estrategias de gestión clínica y sanitaria para abordar la variabilidad no deseable : Jordi Colomer	55

CUARTA MESA: Gestión Clínica basada en la efectividad clínica

8. Evaluación de la Efectividad: determinantes del proceso asistencial: el ejemplo del stent coronario farmacológico , Gaietà Permanyer	61
9. Efectividad de la Atención Especializada a la Población Mayor , Jesús López Arrieta	71
10. Una nueva forma de trabajar que mejora las decisiones , Joaquim Camprubí	79

QUINTA MESA: Hospitales y Gestión Clínica basada en resultados

11. Gestión de Hospitales basada en resultados , Ignacio Marín	89
12. Investigación de la Efectividad Comparada , José Francisco García	95
13. Gestión Hospitales basada en resultados: Hospital Clínic de Barcelona , Antoni Castells	105

SEXTA MESA: Perspectiva Autonómica. Caminos diferentes para un mismo objetivo: eficiencia y sostenimiento del sistema sanitario

14. <i>Modelo Público: eficiencia y sostenibilidad del sistema sanitario público en Asturias</i>, José Ramón Quirós	113
15. <i>El modelo de Concesión Administrativa</i>, Luis Rosado	117
16. <i>Modelos de gestión en la Comunidad de Madrid: el modelo partenariado Público Privado</i>, Javier Fernández-Lasquetty	123

SÉPTIMA MESA: ¿Qué no es Gestión Clínica? Confusión entre fines y medios

17. <i>¿Qué no es Gestión Clínica? Confusión entre fines y medios</i>, Sergio Minué	129
18. <i>Modernizando los cuidados del ICTUS: actualizando y mejorando la asistencia del ICTUS en Inglaterra</i>, Damian F. Jenkinson	133
19. <i>¿Qué no es Gestión Clínica?</i> Carmen Martínez de Pancorbo	137

OCTAVA MESA: Atención Primaria y Gestión Clínica basada en resultados

20. <i>Integración Atención Primaria (AP) y Atención Especializada (AE)</i>, Daniel Ferrer ...	143
21. <i>Implantación y evaluación de una Unidad de Gestión Clínica en Atención Primaria (AP)</i>, M^a Angeles Ortíz	147
22. <i>Resultados desde la Enfermería y Gestión Clínica en Atención Primaria (AP)</i>, Juan Carlos Contel	151
23. <i>Area Única, Gestión Clínica y Outcomes en Atención Primaria (AP)</i>, Belén Ubach ...	155

NOVENA MESA: Trabajar inteligentemente para obtener un objetivo común: trabajo en equipo o equipo de trabajo

24. Modesto Martínez Pillado	163
25. Josep Ramoneda	167

Decálogo de Conclusiones y Recomendaciones

DISCURSO DE INAUGURACIÓN



Dª Patricia Flores

Viceconsejera de Asistencia Sanitaria de la Comunidad de Madrid,

Buenos días.

Es un honor para mí, como Viceconsejera de Asistencia Sanitaria de la Comunidad de Madrid, poder asistir a este Tercer Congreso de Gestión Clínica y dirigirles estas breves palabras antes del comienzo de la sesión.

Siempre es un motivo de satisfacción poder respaldar la celebración de actos como éste, que suponen una magnífica oportunidad para intercambiar conocimientos y observar de primera mano las diferentes experiencias desarrolladas en el ámbito de la gestión clínica. Máxime cuando se celebra en uno de nuestros centros que, además, participa activamente en el desarrollo de las jornadas.

Es indudable que en las últimas décadas hemos asistido, y estamos asistiendo, a un cambio de escenario en los parámetros que definen la atención sanitaria. El mantenimiento de los beneficios de un sistema universal de salud para una población más informada y exigente, cuya pirámide demográfica se estrecha cada vez más su base; unido a los ilimitados avances tecnológicos que han de asumir unos presupuestos siempre limitados, está suponiendo un auténtico desafío para nuestra sociedad.

Ante estas nuevas preguntas que se plantean, es necesario que la interrelación cada vez más estrecha del binomio gestores/clínicos, sea capaz de dar respuestas a un tiempo correctas y eficientes. Como podremos ver a lo largo de estas dos jornadas, distintos planteamientos pueden ser diseñados e implantados, pero parece claro que todos pasan por corresponsabilizar a la práctica clínica de una mayor capacidad para adecuar las decisiones diagnósticas y terapéuticas, de modo que mantengan la excelencia en los resultados, sean más satisfactorias para el paciente, y permitan optimizar los recursos del sistema.

El profesional sanitario es muy exigente en la actualización constante de su capacitación y habilidades profesionales, algo comprensible teniendo en cuenta la inusitada rapidez con la que se multiplican los conocimientos en el entorno de las ciencias de la salud. Es necesario que esa ingente cantidad de información pueda ser depurada y permita de verdad orientar las mejores actuaciones clínicas por parte de un profesional, más responsabilizado, a la vez que mejor incentivado.

Pero la autonomía de gestión a nivel micro, debe sincronizarse con una mayor autonomía en el nivel de centro. En el Servicio Madrileño de Salud, estamos en este momento afrontando el la libertad de elección por parte del ciudadano, como un proyecto que nos ayude a perfilar un marco de transparencia que permita mejorar la calidad acorde con la financiación y la efectividad, de manera que podamos caminar progresivamente hacia un modelo en el que el paciente obtenga la mejor asistencia, en el menor tiempo de espera posible, con la máxima satisfacción para él, y también para los profesionales que le atienden, cuyo esfuerzo y responsabilidad en la toma de certeras decisiones clínicas se vea incentivada adecuadamente.

Y es que no podemos olvidar que la gestión clínica no es un fin en sí misma, sino una herramienta, para nuestro verdadero objetivo que no es otro que ofrecer a los ciudadanos, una asistencia sanitaria mejor y con un –cada vez más– alto grado de excelencia. Ahora, pero también en el futuro.

Nuestros pacientes no distinguen quien o quienes son los responsables de realizar su diagnóstico, de planificar su tratamiento, de ejecutarlo, en definitiva de sus cuidados. No entienden de “estancias”, “consultas”, “estamentos” o “competencias”, entienden de cuidados y resultados. Lo que el paciente vive es un proceso complejo que exige una visión global, transversal, que permita ofertarle una atención orientada y centrada en sus problemas, no en los del sistema.

A pesar de nuestros esfuerzos en la actividad diaria, hemos de reconocer la existencia de latentes oportunidades de mejora. Este evento que hoy comienza, va a ser un excelente punto de encuentro para recapitular acerca de los éxitos logrados y de los problemas que no han sido suficientemente resueltos en los últimos años; para seguir reflexionando sobre esa *“nueva forma de trabajar que mejora las decisiones”*, lema que, de nuevo, puede perfectamente enmarcar la celebración de este congreso.

No voy a quitar más tiempo a las interesantes Mesas que vienen a continuación, las cuales tocan aspectos que estoy segura les resultarán de gran utilidad. Únicamente quisiera finalizar mis palabras agradeciendo sinceramente la excelente labor realizada por los organizadores y colaboradores que han hecho posible estas jornadas. Sin duda van a permitir avanzar en el mejor conocimiento y difusión de lo que hacemos, cómo lo hacemos y, también, de cómo deberíamos hacerlo mejor.

Reitero la satisfacción de haberles acompañado en este acto de apertura del Tercer Congreso de Gestión Clínica.

Muchas gracias.



Juan de Llano

Director Fundación Gaspar Casal

Buenas días y muchas gracias a todos por su asistencia a este III Congreso de Gestión Clínica. Mis primeras palabras son de agradecimiento a mi colega y amigo Jordi Colomer por haber tenido a bien compartir con la Fundación Gaspar Casal su experiencia de los dos congresos anteriores. Trabajar con él en el programa de este Tercer Congreso ha sido muy gratificante. También quiero señalar la frescura y el impulso que dio Nicolás Villar a los primeros borradores. El Congreso no hubiera sido posible sin la ilusión y el buen hacer de Gema, Flor, M^a Jesús, Javier y Kate, el equipo al completo de la fundación. Y lógicamente sin el beneplácito de su participación a los que son actores principales de la función: los ponentes. Tam-

bién, a los secundarios, gracias a los moderadores de las mesas y a los muchos comunicantes que nos acompañan en estos dos intensos días de trabajo. La audición y el visionado de las comunicaciones estarán a su disposición ininterrumpidamente en una sala con pantalla gigante durante los dos días que estaremos juntos. El congreso se puede seguir también por Internet a través de proyecto nets. Habrá una posterior publicación de un libro que les haremos llegar, y todas las presentaciones serán colgadas en las Webs de la Fundación y del Hospital.

Nuestras compañeras de viaje, Carmen Martínez de Pancorbo y todo su equipo del Hospital Infanta Sofía, Marilia, Soraya y Sonia, han jugado un rol decisivo para que llegáramos sanos y salvos a puerto en fecha. Muchas, en fin, gracias a todos. Y como no, a la Consejería de Sanidad por su colaboración. Gracias también a Jordi Martí, DG de Amgen por creer y darnos su confianza, desde hace ya muchos años, en los proyectos que le presentamos desde la Fundación. Y finalmente, gracias a las compañías que han colaborado con este III Congreso: MSD, Boehringer Ingelheim, Carbueros Médica, Novartis, Astellas, Esteve Tejin Healthcare, Grünenthal, Gilead, Janssen Farmacéutica, Nycomed, Zeltia y Sanofi aventis.

Los pocos estudios que comparan eficiencia relativa de distintas las formas organizativas constatan que para la mejora de la competencia en el mercado de servicios sanitarios, afecta más el comportamiento de las organizaciones que su titularidad, dependiendo sobre todo de los incentivos existentes. Parece saludable que ninguna nueva forma organizativa tenga garantizada la inmortalidad y que se le exija calidad y eficiencia contrastadas periódicamente.

Seguramente nuestra treintañera democracia no toleraría que el aseguramiento sanitario no fuera obligatorio. Si existiera la posibilidad de desertar de lo público, nuestro Estado de Bienestar sería sólo para los más desfavorecidos, con pérdida de la universalidad y de su arraigo social.

Como sostiene Vicente Ortún, si el desarrollo de un país viene muy condicionado por su riqueza institucional, en términos de efectividad del gobierno y universalidad de los servicios públicos, parece conveniente preservar la componente sanitaria plena del Estado del Bienestar. Dejemos al albor de lo privado en España, la externalización de aquellas funciones respecto a las cuales su ubicación en los centros sanitarios públicos no tiene ventaja alguna.

Hay que modular la oferta hacia los servicios de efectividad probada y ello corresponde, mayoritariamente en Europa, al Estado. La legitimidad democrática permite influir sobre la asignación de recursos a través de instrumentos tales como la planificación, la presupuestación y la necesaria autorización previa de cambios sustanciales de la oferta de equipos e instalaciones.

Los programas de modernización de la administración pública responden a dos tendencias globales: limitación del gasto público por la creencia de que el déficit fiscal se hará excesivo y requerirá de control político y, por otro lado, el renovado entusiasmo ideológico hacia las prácticas privadas. Se presentan así

como una necesidad técnica para la mejora de los servicios públicos pero, qué duda cabe, son consecuencia de opciones políticas que buscan reestructurar el papel que juegan el Estado y sobre todo, los trabajadores públicos.

Estamos instalados en un proceso de gerencialización que busca atenuar la rigidez de la gestión pública y prestar más atención a los clientes, con escasa participación de los trabajadores. Los cambios se justifican como un hecho inevitable de las políticas de racionalización de los recursos basadas en la reducción del gasto, intentando hacer más con menos coste.

El incremento de la demanda de servicios sanitarios por los cambios demográficos, ya que hemos pasado de una población de 39 millones de habitantes en 1998 a casi 45 en 2009, genera un incremento de la carga de trabajo y de la voluntariedad con la que el personal facultativo intenta suplir los déficit de servicios atribuible a las políticas de racionalización y reducción de gasto público.

Así no es de extrañar que en el sector público, el gran problema sea la baja motivación que afecta tanto a los gestores responsables del desarrollo de las actividades públicas como a los empleados de ellos dependientes. La visión que prevalece en la función pública no ha ayudado en el tratamiento de los problemas de motivación. Las retribuciones de los empleados públicos mantienen una escasa relación con la productividad aportada por el propio empleado público. Las carreras profesionales están basadas mucho en el escalafón y la antigüedad, y poco en el mérito y en la capacidad. La selección mediante procesos estandarizados argumentados en la neutralización de: uno, la arbitrariedad, dos, del acceso al puesto con carácter vitalicio y tres, de las restricciones de reasignación funcional o territorial, ayudarán a mejorar la eficiencia de las organizaciones públicas. Además, la ausencia de compromiso y liderazgo político fuertes dificulta la implantación de mecanismos de incentivos basados en la evaluación del desempeño. A ello se le suma que en el sector público, no existen incentivos adicionales generados por la posibilidad de quiebra y cierre posterior. Si además se tiene en cuenta que los usuarios de los servicios públicos no pagan directamente por las prestaciones recibidas, resulta especialmente complicado introducir incentivos individuales o colectivos al desempeño.

Todo esto adquiere su máxima expresión en servicios tan sensibles socialmente como los sanitarios.

La existencia de fuertes interrelaciones entre diversas actividades públicas que incluyen la interdependencia de sus resultados, muy habitual en sanidad, puede ser tratada mediante la implantación de esquemas de compensación basados en los resultados de evaluaciones conjuntas, aminorándose la debilidad de incentivos que aparecen por problemas de identificación de los esfuerzos individuales ante producciones complejas, como el manejo de un paciente con varias dolencias crónicas y severas.

En definitiva, una gestión sanitaria pública mediocre que funciona con los pálpitos electorales, el corto plazo, las medidas de choque,... lleva ineludiblemente a una disminución de la calidad de los servicios prestados, y es ésta preocupación la que centralmente nos gustaría discutir en este congreso, pues sólo los avances en una nueva forma de trabajar que facilite, en palabras de Jordi Colomer, la mejora de las decisiones clínicas nos puede sacar del atolladero.

Pensamos que la gestión clínica, entendida como el mejor mestizaje entre la cultura empresarial y la cultura clínica, ayudará a que no tenga que ser ineludible el deterioro de la calidad en la prestación de los distintos servicios sanitarios en una situación económica tan crítica como la que estamos viviendo.

Muchas gracias

Primera mesa

15 años de decisiones y Gestión Clínica

1. *El Encaje de la Gestión Clínica*, Vicente Ortún
2. *La Tercera Revolución del Cuidado Sanitario*, Muir Gray

El Encaje de la Gestión Clínica



Vicente Ortún es MBA por ESADE, Barcelona, Master of Science in Industrial Administration por la Krannert Graduate School of Business de Purdue University, Licenciado y Doctor en Ciencias Económicas y Empresariales por la Universidad de Barcelona. Ha realizado estudios de Doctorado en Salud Pública en Johns Hopkins University y ha sido visitante en el Departamento de Economía del Massachusetts Institute of Technology. Recientemente ha sido nombrado Decano de la Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales de la Universidad Pompeu Fabra de Barcelona, donde ejerce como profesor del Departamento de Economía y Empresa desde el inicio de la Universidad en 1990. Ha sido Director del Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES), reconocido oficialmente como centro de excelencia investigadora y premiado por el Consejo Social de la UPF por Transferencia del Conocimiento.

Comenzó su experiencia profesional como consultor en Arthur Andersen para pasar, en 1972, al Hospital de San Pablo de Barcelona, lugar donde tuvo su primera experiencia sanitaria. Alternó posteriormente los sectores público y privado, en sanidad y fuera de ella, habiendo trabajado en el Instituto Nacional de Previsión de la Dirección Provincial de Barcelona y en el Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalidad de Cataluña, donde tuvo la oportunidad de redactar el Mapa Sanitario y como miembro del Comité de Dirección fue responsable de su desarrollo. Colaboró en la Comisión de Seguimiento de Traspasos y de diversas comisiones mixtas entre el Estado y la Generalitat de Cataluña, trabajando posteriormente como Consejero Técnico en el Ministerio de Sanidad y Consumo.

Es fundador de la Asociación de Economía de la Salud (AES), la cual presidió entre 1998 y 2004, la Sociedad Española de Epidemiología (SEE), la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) la European Public Health Association (EUPHA), la International Association of Health Policy (IAHP) y la Fundación Avedis Donabedian de Barcelona.

Ha dirigido diversos programas de post-grado, entre ellos el “Máster en Administración y Dirección de Servicios Sanitarios (MADS)” organizado en Madrid conjuntamente por el Instituto de Educación Continuada de la UPF y por la Fundación Gaspar Casal desde el año 2000. Profesor colaborador del Instituto Valenciano de Estudios en Salud Pública (IVESP), en la Facultad de Económicas de la Universidad de Barcelona y en la Escuela Superior de Administración de Empresas (ESADE).

Ha colaborado en numerosos proyectos de investigación, tanto nacionales como internacionales y participado como organizador y como ponente en más de un centenar de congresos, simposios y jornadas relacionadas con economía de la salud. Posee además una extensa actividad editorial, formando parte del equipo de las publicaciones “Gaceta Sanitaria” y “Gestión Clínica y Sanitaria”. Es asesor de numerosas publicaciones como “Medicina Clínica”, “Salud 2000”, “Jano”, “Atención Primaria”, “Revista de Calidad Asistencial” y “Quaderns

CAPS". Dirige una colección de libros sobre Economía de la Salud y Gestión Sanitaria y es autor de más de 300 publicaciones, algunas de las cuales pueden descargarse de su página web: <http://www.econ.upf.edu/~ortun/>

Es Socio numerario de la Academia de Ciencias Médicas de Cataluña y Baleares, de la Asociación Científica de Economía y Dirección de la Empresa y de la International Health Economics Association.



Texto elaborado por el autor en colaboración con José Benjamín Díaz Tasende y José Angel Cortés, alumnos del Máster en Administración y Dirección de Servicios Sanitarios edición número XXI, programa impartido en Madrid por la Fundación Gaspar Casal (FGC) en colaboración con el Instituto de Educación Continua (IDEC) y el Centro de Investigación de Economía de la Salud (CRES) de la Universidad Pompeu Fabra.

En las últimas décadas hemos asistido a una importante evolución del conocimiento clínico y el desarrollo de la medicina basada en la evidencia, impulsado en gran parte por la toma de conciencia sobre las variaciones arbitrarias e injustificadas en la práctica clínica. Así, desde el interés inicial sobre la eficacia de las actuaciones y los procedimientos, hemos pasado a una preocupación por la efectividad, que en los países desarrollados tiene lugar en los años ochenta del siglo pasado, y más recientemente a hablar sobre eficiencia. Por el contrario el conocimiento sobre la eficiencia de la gestión clínica y la forma de impulsar su encaje en las organizaciones, ha experimentado un avance significativamente menor. Esta mayor lentitud en la incorporación de nuevo conocimiento se debe a las limitaciones inherentes a la experimentación en gestión, donde incluso los experimentos naturales escasean y casi toda la evidencia procede de estudios observacionales.

La finalidad de la gestión clínica es la de reducir la enorme brecha existente entre eficacia y efectividad. La eficacia de las alternativas disponibles traza una frontera de posibilidades de producción para una situación tecnológica dada e indica el nivel máximo de satisfacción de los objetivos en un entorno ideal. La efectividad mide el grado de consecución del máximo potencial en función de la utilización real de los recursos y por lo tanto la distancia que nos separa de la frontera tecnológica. Es bien conocida la disparidad existente en el nivel de satisfacción de los objetivos sanitarios; en algunos casos existe una sobreutilización de los recursos y los medios disponibles, mientras en muchos casos y sin que exista una justificación económica, tecnológica o científica, determinados servicios se prestan de forma deficiente. Es por este motivo que el estudio de las variaciones injustificadas de la práctica médica permite identificar áreas con problemas de calidad, en las que mejoras en la gestión pueden tener un mayor impacto.

Es preciso coordinar y motivar a las personas de la organización hacia la consecución de los objetivos de ésta, para ello es fundamental que los profesionales tengan la motivación para tomar las decisiones clínicas coste-efectivas, permitiendo que los encargados de tomar las decisiones tengan la información y el grado de autonomía suficiente para hacerlo. Esto significa por lo tanto transferir poder de decisión y modificar tanto la forma de evaluar como de motivar al descentralizado. No se trata sólo de delegar, sino también de modificar los sistemas de medir el desempeño ⁽¹⁾, vinculando autoridad y responsabilidad, asegurando la coordinación entre los distintos miembros de la organización. Para conseguir estos objetivos es fundamental disponer de personas cualificadas en las que pueda delegarse. Desafortunadamente en España con demasiada frecuencia la gestión clínica se aborda desde centros con un escaso grado de autonomía y uno de los problemas más importantes de las organizaciones sanitarias públicas en nuestro país es su incapacidad para adaptarse a la creciente importancia del conocimiento como factor productivo ⁽²⁾. Así, organizaciones burocráticas que eran adecuadas para conseguir economías de escala en condiciones de producción en serie, se vuelven inadecuadas en el contexto actual.

Desde el punto de vista de los indicadores macroscópicos de salud, la situación española es buena y nuestra población goza de una excelente cobertura del riesgo financiero frente a las eventualidades vi-

tales relacionadas con la salud. Sin embargo aunque la situación macro parece buena, en el horizonte hay indicadores pronósticos que muestran señales preocupantes.

Existe una utilización desbocada de los servicios tal y como demuestran nuestras tasas de frecuentación, que superan las 9 consultas/habitante/año, un 50% superiores a las de Francia y que duplican a las del Reino Unido ⁽³⁾ y lo que es peor aún, con un ritmo de crecimiento exponencial. Por otra parte la oferta de servicios es esclerótica y se adapta con excesiva lentitud a los cambios en las necesidades de la población. En este sentido el carácter funcional de los profesionales sanitarios, el igualitarismo mal entendido y la escasez e inadecuación de los incentivos tienen una parte importante de la culpa. Sin embargo no todo está perdido ya que el sector sanitario tiene un grado de control y de autocritica muy superior al de otros sectores del ámbito público. En este sentido probablemente la intervención de los economistas de la salud, aunado a la natural inquietud clínica, ha propiciado que el sector sanitario se cuestione en mayor medida que otros sectores, la utilidad de sus actuaciones.

Se conocen soluciones técnicas para corregir ambos problemas; la utilización desmesurada de los servicios no es una variable exógena sobre la que no se puede influir, existe la capacidad para organizar y distribuir las tareas tanto entre los profesionales de atención primaria como en el ámbito hospitalario. Por otra parte la flexibilización de la oferta se puede conseguir mediante mecanismos de certificación que permitan mejorar el nivel técnico de los profesionales. El establecimiento de la competencia por comparación, sin necesidad de establecer un mercado, permite redirigir los recursos hacia las organizaciones con un mejor desempeño. La información que permitiría dicha comparación ya existe, pero no es conocida. La difusión pública del conocimiento existente acerca de presupuestos, personal y actividad de los centros sería un paso en la dirección adecuada. Otras medidas incluirían establecer la troncalidad en la formación de los médicos residentes y regular la financiación y las condiciones de trabajo para que puedan modificarse en relación con la productividad de cada profesional, cada centro y la relación de oferta y demanda de cada especialidad.

En un país de producción pública dominante como el nuestro, es imprescindible una elevada calidad institucional. Desafortunadamente estamos asistiendo a un importante deterioro en este sentido, reflejado entre otros medios por los indicadores de *Transparency International* o el *Banco Mundial*, en los que España ha descendido varias posiciones. En las seis dimensiones analizadas (calidad regulatoria, imperio de la ley, estabilidad política, voz y rendición de cuentas, efectividad gubernamental y control de la corrupción) hay una tendencia al estancamiento e incluso al deterioro. Éste es probablemente el aspecto de más difícil solución.

En la situación actual hemos de ser conscientes de que la salida de la crisis económica y el control de la corrupción son dos caras de la misma moneda. La corrupción incrementa el riesgo y la incertidumbre, disminuye la inversión extranjera, desincentiva la iniciativa emprendedora y tiene graves repercusiones sobre el crecimiento económico. España parece comportarse como una partidocracia donde el futuro laboral de legiones de funcionarios depende de las directrices del partido, cuya motivación para la conquista del poder es el acceso al reparto del botín, en vez de la ejecución de políticas en beneficio del interés general.

En un contexto de crisis como el actual, las medidas para disminuir la corrupción son las mismas que se han demostrado útiles para aumentar la productividad. Un país funciona si dispone de un sólido capital social y en este sentido debemos movernos hacia una sociedad más meritocrática y con mayor movilidad. Desgraciadamente durante los últimos treinta años se han erigido demasiadas barreras autonómicas y proteccionistas, que no sólo tienen importantes repercusiones económicas, sino que son socialmente empobrecedoras.

No sólo es importante la evaluación de tecnologías en la aplicación de nuevos procedimientos o fármacos, también es igualmente necesaria la evaluación en otros ámbitos de la actuación pública. En la España actual los gastos públicos corrientes duplican a los ingresos públicos corrientes y muchos proyectos

se llevan a cabo sin suficiente estudio previo en áreas tan importantes como transportes o energía. Para mejorar nuestra gestión pública necesitamos de una mejor política y esto implica acabar con la financiación irregular de los partidos políticos y hacer reformas en el gobierno local, que permitan actuar sobre los focos de corrupción actual. Existen medidas eficaces para actuar contra el fraude siempre que exista el compromiso político para llevarlas a cabo.

Tal y como han demostrado los países escandinavos, el aumento de la productividad no es incompatible con la consolidación del estado del bienestar. Sin embargo para conseguir ambos fines es necesario usar el sentido común e incentivar el trabajo: hay que incidir por ejemplo, sobre los factores responsables de la variabilidad de las tasas de discapacidad laboral entre países. También debe realizarse una reflexión sobre las formas de aumentar los ingresos públicos. Hasta el momento esto se ha conseguido aumentando los impuestos indirectos, lo que se traduce en que cualquier aumento del gasto público implica una mayor regresividad. Hay quien afirma que dado que la regresividad es más alta, debe procurarse la redistribución de los recursos mediante la restricción selectiva de la oferta. Este razonamiento podría ser aplicable para otras prestaciones sociales tales como la educación universitaria, pero en el caso de la sanidad no parece adecuado: la prestación sanitaria debe estar regida por el criterio clínico establecido.

Es muy difícil acabar con el cortoplacismo y la miopía política, dado que está vinculada a un horizonte temporal electoral muy estrecho. En estos tiempos en los que es necesario adoptar medidas y políticas con un impacto electoral negativo, sería aconsejable un gran acuerdo político (similar a lo que supuso la creación de los bancos centrales como organismos independientes, sobre el control de la inflación) en los que se pactaran procedimientos que fueran vinculantes para el ganador de las elecciones. Una institución independiente tendría un componente de evaluación de tecnologías y un componente intersectorial.

Cuando nos referimos al sistema sanitario, tendemos a utilizar en exceso la palabra “sostenible”; los recursos existen y por lo tanto podremos sostener lo que queramos. La verdadera cuestión es si es “deseable”. Un sistema sanitario es deseable si sus beneficios superan a sus costes sociales, y deja de serlo cuando es abandonado por los grupos sociales de mayores recursos, tal y como ha sucedido con la enseñanza pública. Sólo si el sistema es deseable podrá ser solvente a largo plazo.

Bibliografía

- (1) Ortún, V.; Rodríguez-Artalejo, F. y Peiró, S., et al. (2003). *Gestión Clínica y Sanitaria. De la práctica diaria a la academia, ida y vuelta*. Masson-Elsevier, Barcelona.
- (2) Ortún Rubio, V. (2007). *Los incentivos para la mejora de la calidad en los servicios de salud*. Rev Calidad Asistencial, 22(1): 1-6.
- (3) Bernal-Delgado, E. y Ortún-Rubio, V. (2010). *La calidad del Sistema Nacional de Salud: base de su deseabilidad y sostenibilidad*. Gac. Sanit., 24(3): 254-258.

La Tercera Revolución del cuidado sanitario



Sir Muir Gray es un médico escocés con amplia experiencia en gestión en el Sistema Nacional de Salud de Inglaterra (NHS). Aunque se formó como cirujano en la Universidad de Glasgow, se dedicó a la salud pública a partir de 1972, manteniendo varios cargos en Investigación y Desarrollo y Salud Pública en el NHS.

Cabe destacar su servicio como Director de Programas del Comité Nacional de Screening, durante el que ayudó a desarrollar programas de screening del cáncer cervical y de mama, iniciativas pioneras para el NHS. También ha sido el Director de la Biblioteca Nacional de Salud, el Director de los Procesos y Seguridad del Conocimiento Clínico, y Director de la Oficina del Conocimiento. Gray actualmente trabaja a tiempo parcial en el NHS, compaginando sus responsabilidades allí con su puesto de director de Conocimiento en Acción, un programa de caridad que apoya la Campaña para una Sanidad Renovable y la Campaña Nacional para Andar. También es el fundador del Centro de Oxford para la Transformación Sanitaria.

En el 2005 fue nombrado “Sir” en reconocimiento a sus aportaciones al desarrollo del programa fetal, maternal e infantil de screening y la creación de la Librería Nacional de Salud.

En el 2005 fue nombrado “Sir” en reconocimiento a sus aportaciones al desarrollo del programa fetal, maternal e infantil de screening y la creación de la Librería Nacional de Salud.

Gray es autor del libro *Evidence-Based Healthcare*, cuya segunda edición se publicó en 2002, y de *How to Get Better Value Healthcare*. También es co-autor del *The Oxford Handbook of Public Health Practice and Screening: Evidence and Practice*.



Texto elaborado por el autor en colaboración con Katherine Elliott y Paula Palacios, alumnas del Máster en Administración y Dirección de Servicios Sanitarios edición número XXI, programa impartido en Madrid por la Fundación Gaspar Casal (FGC) en colaboración con el Instituto de Educación Continua (IDEC) y el Centro de Investigación de Economía de la Salud (CRES) de la Universidad Pompeu Fabra.

Tengo unos 30 años de experiencia trabajando en distintos cargos del Sistema Nacional de Salud Inglés (NHS). Pero esto es algo del pasado, y el pasado ya no me interesa: mi pasión es el futuro, y voy a aprovechar esta oportunidad para cerrar filas y animaros a acompañarme en lo que llamo “La Tercera Revolución Sanitaria.” Ya es la hora de aceptar un precepto básico: “para los problemas de la atención sanitaria y los sistemas sanitarios, *más de lo mismo no es la respuesta.*”

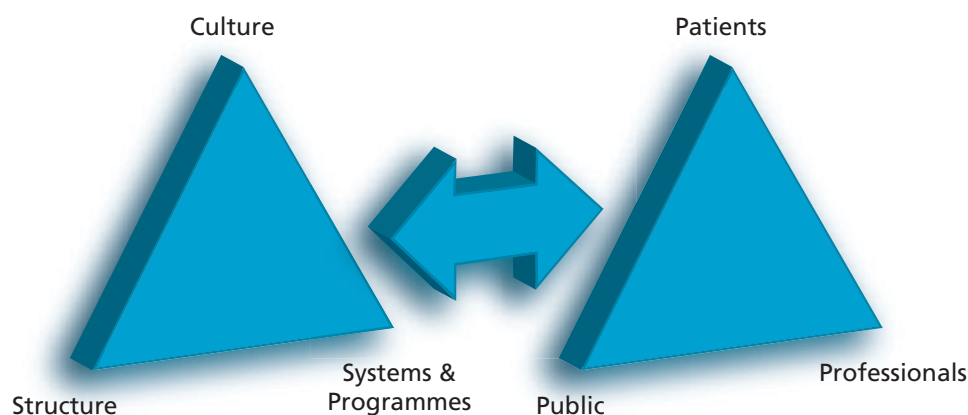
No podemos negar que en los últimos 40 años, la Salud ha mejorado de forma extraordinaria como resultado de los avances científicos, la inversión de capital y el desarrollo de los sistemas sanitarios. Aun así, todas las sociedades desarrolladas actualmente afrontan los mismos cinco problemas principales rela-

cionados con la Salud: problemas de seguridad, calidad, despilfarro, inequidad y la falta de prevención de enfermedades. Es más, el siglo XXI ha traído nuevos problemas –una mayor necesidad y demanda de servicios de salud, una falta de recursos y una escasez de carbón– los cuales llegarán a ser más urgentes a medida que pasa el tiempo.

Aunque dichos desafíos son, sin lugar a dudas, importantes, la actitud que asumimos frente a ellos debe de ser una vez optimista y urgente. Dentro de este enfoque, el futuro no se considera como la “Sierra Nevada”, algo que está esperando a ser encontrado y explorado. El futuro se parece más al Estadio del Santiago Bernabéu, es decir, algo que imaginamos, planeamos y construimos. Pero tampoco podemos esperar a actuar. Si no lo hacemos nosotros, otros lo harán.

Me gustaría citar una idea del escritor William Gibson –“El futuro ya ha llegado, pero no está distribuido de forma equitativa”– para enfatizar que ninguna de las ideas de las que voy a exponer es fantasía ⁽¹⁾. Se basan en lo que he visto ocurrir en el día a día de los sistemas sanitarios. Como dijo el sociólogo español Manuel Castells, la revolución ya está en marcha, liderada por las pacientes, la información, la tecnología y el conocimiento ⁽²⁾. El uso de internet y otras tecnologías móviles es un ejemplo perfecto de este fenómeno: los pacientes están más conectados e informados que nunca, lo cual inclina la balanza del poder a su favor.

Para enfocarnos en el futuro, nos conviene ver el sistema sanitario dividido en dos componentes principales: la gente y la organización. La organización también se entiende mejor dividida en sus partes integrantes, la cultura, los sistemas y la estructura. De éstas, la estructura es la que menos peso tiene –por muy variadas que sean sus estructuras, todos los sistemas sanitarios se enfrentan a los mismos cinco problemas– pero es fundamental profundizar en las demás.



Gente

Todas las personas que participan en el sistema sanitario –tanto los pacientes como los médicos y gestores– son igualmente importantes a la hora de determinar la eficiencia y función del sistema.

Para los pacientes, “la toma de decisiones basadas en los valores” debe complementar “la toma de decisiones basadas en la evidencia”. Los médicos tienen un papel clave: el de ser capaces de relacionar la evidencia a la condición del paciente individual (un trabajo fundamentado en el juicio humano, para el que no sirven los ordenadores), sobre todo en las decisiones de final de la vida, los tratamientos del cáncer y las cirugías mayores electivas, y en la misión de ayudar al paciente a pensar en términos del valor. Por ejemplo, aunque el número de prótesis de rodilla ha aumentado en los últimos años, el nivel de necesidad se ha mantenido constante, indicando que algunos pacientes con bajos niveles de necesidad están optando por operarse. Como no todos las prótesis de rodillas tienen resultados positivos, se puede

deducir que entre dichos pacientes, hay casos en los que la cirugía elegida resulta poco efectiva o incluso dañina, o sea, en los que tiene muy poco valor. El NHS ya está intentando combatir esto, elaborando videos en los que antiguos pacientes hablan de sus decisiones médicas y los resultados que produjeron, tanto los buenos como los malos. Se espera que contextualizar la decisión en términos humanos ayudará a futuros pacientes a tomar mejores decisiones.

Para los clínicos, es necesario practicar una “medicina poblacional,” es decir, pensar en la población en su conjunto, y no sólo en los individuos que acuden a la consulta. En el pasado, un especialista quería servir mejor a su área (o sea, atender a todos aquellos que podrían beneficiarse de los tratamientos) pedía más dinero para expandir su servicio y ver a un mayor número de pacientes. Sin embargo, dadas las restricciones financieras actuales, ya no es posible. Los especialistas deben tomar otras medidas para mejorar el acceso a su servicio, incluyendo entrenar a los médicos de atención primaria y a los farmacéuticos para identificar bien pacientes potenciales. Dichos especialistas también elaborarán un informe anual con objetivos, resultados y estándares, para poder compararse con sus colegas en términos de valor y resultados.

Sistemas:

Para la Sanidad del siglo XXI, la clave no es pensar en términos de calidad, sino de valor.

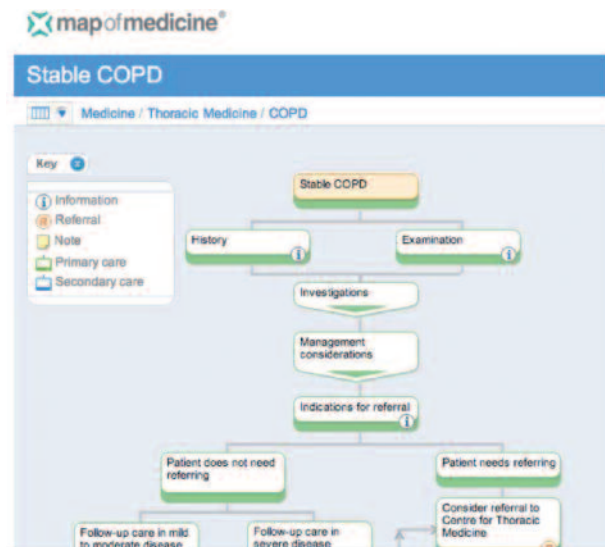
Como el valor se mide por la relación entre coste y beneficio, nos proporciona una información mucho más completa que la calidad. El coste total de las intervenciones y actividades se mide por “sistema,” es decir, por grupos de actividades con objetivos comunes (y para los que se produce un informe anual), como los tratamientos de diabetes o el infarto. El diseño es sencillo: primero, hay que decidir lo que quieres alcanzar (objetivos), después decidir cómo medir resultados (criterio) y establecer unos estándares mínimos y aceptables. El NHS ha comenzado ya a hacerlo con algunas patologías.

Newborn Screening for Sickle Cell Disorders Programme Standards

Newborn Programme objectives	Criteria	Standards	
		Minimum (Core)	Achievable (Developmental)
PROGRAMME OUTCOME			
Best possible survival for infants detected with a sickle cell disorder by the screening programme	Mortality rates expressed in persons years	Mortality rate from sickle cell disease and its complications in children under five of less than four per 1000 person years of life (two deaths per 100 affected childrens)	Mortality rate in childrens under five of less than two per 1000 person years of life (one death per 100 affected children)
PROGRAMME OUTCOME			
Accurate detection of all infants born with major clinically significant haemoglobin disorders*	Sensitivity of the screening process (offer, test and repeat test)	99% detection for Hb-SS 98% detection for Hb-SC 95% detection for other variants	99.5% for Hb-SS 99% for Hb-SC 97% for other variants

En un sistema, la organización es la de una red, con todos los agentes teniendo la misma importancia. Contrasta con el actual modelo jerárquico de los sistemas sanitarios modernos y refleja la realidad de los pacientes mejor informados, cuya adherencia es frecuentemente el mayor determinante de la efectividad de los tratamientos. Las relaciones en la red pueden ser contractuales o no, pero ante todo se basan en la confianza.

Ya que un sistema de atención sanitaria basado en relaciones de este tipo puede parecer ambiguo y difícil de llevar, los profesionales sanitarios en el Reino Unido han empezado a usar un software “Mapa de



Medicina” para organizar la gestión. Sirve para crear una “memoria” de cuidados y procedimientos tanto para los médicos –que tienen problemas de consistencia en los cuidados– como para los pacientes, quienes pueden acceder al software a través de internet.

Programas

Los programas son los análogos financieros de los sistemas. Actualmente estoy trabajando en el NHS para reestructurar el presupuesto en programas presupuestarios que se gestionan a nivel poblacional. Dicha programación presupuestaria (que ya se usa en unos lugares del Reino Unido) reúne a las personas que planifican y llevan a cabo los servicios sanitarios con las que establecen los presupuestos.

Esta cooperación es imprescindible, sobre todo porque permite a los clínicos planificar la utilización de recursos para el futuro de forma responsable. También sirve para identificar áreas de despilfarro. Ya que los sistemas sanitarios no disponen de más dinero para solucionar los problemas, los propios médicos deben convertirse en los responsables del sistema en el que trabajan, asumiendo responsabilidad para el uso de los recursos y pensando en términos de sostenibilidad a largo plazo.

Cultura

Aunque pensar en la “cultura de un sistema sanitario” es algo relativamente nuevo, es imposible subestimar su importancia.

Edgar Schein, psicólogo del Massachusetts Institute of Technology (M.I.T.), definió cultura como un patrón de suposiciones básicas, compartidas por un grupo que las aprendió porque les ayudaba a resolver tanto los problemas de adaptación externa y como los de integración interna. Dichas suposiciones se enseñan a todos los miembros, indicándoles la forma correcta de percibir, pensar y sentir en relación a los problemas ⁽³⁾. Dicho de forma más sencilla, la cultura es “cómo se hacen las cosas por aquí.” Varía mucho de un hospital a otro hospital, e incluso de una planta a otro planta dentro de un mismo hospital, lo cual complica cualquier tipo de cambio coordinado. El trabajo de un líder es, por lo tanto, el de dar forma a la cultura. Sin embargo, muchos líderes y gerentes no tienen las referencias básicas necesarias para hablar de la cultura de su lugar de trabajo. Un ejemplo notable viene de las palabras “calidad” y “valor”: aunque son muy importantes para la sanidad, muchos gestores no tienen clara la diferencia entre ellas, por lo cual tampoco pueden transmitirla a su personal. Una potencial solución a este problema se encuentra en el propio internet, una herramienta incomparable para diseminar información a gran escala—por ejemplo, se podría difundir glosarios de términos, por ejemplo, o resúmenes de libros de referencia. Se calcula que para una población de un millón de personas, se necesitan mil que piensen de una “nueva forma” para llegar a influenciar la cultura. Es precisamente lo que necesitan los sistemas sanitarios: una revolución cultural, no otra reorganización más.

Bibliografía

- (1) Gibson, William. *Pattern Recognition*. London: Berkeley, 2005.
- (2) Castells, Manuel. *The Rise of the Network Society*. Oxford: Blackwell, 2000.
- (3) Schein, Edgar. *Organizational Culture and Leadership*. London: Jossey-Bass, 1996.

Segunda mesa

Nuevos Modelos de Gestión Pública

3. ***Más eficiencia o mejor financiación: suficiencia financiera e Incentivos en la mejora de gestión del gasto sanitario*** Guillem López-Casasnovas
4. ***La nueva Gestión Pública: crisis económica y reforma de la Gestión Pública***, Francisco Longo
5. ***Lecciones de otros sectores con experiencias de "Public Private Partnership" de éxito. La Estrategia Estatal de Innovación (e2i)***, Luisa Castaño

Más eficiencia o mejor financiación: suficiencia financiera e Incentivos en la mejora de gestión del gasto sanitario



Guillem López i Casanovas nació en Ciudadela de Menorca, Junio 1955. Licenciado en C. Económicas (Premio Extraordinario, 1978) y Licenciado en Derecho (1979) obtiene su doctorado en Economía Pública por la Univ. de York (1984). Ha sido profesor de Hacienda Pública de la Univ. de Barcelona, *visiting scholar* en el *Institute of Social and Economic Research* (Univ. de York, Reino Unido) y de la *Univ. de Sussex* y de la *Graduate School of Business* en la *Univ. de Stanford* (EE.UU.). Desde junio de 1992 es Catedrático de Economía en la Univ. Pompeu Fabra de Barcelona, de la que ha sido Vicerrector primero y Decano después de la Fac. de C. Económicas y Empresariales. Entre 1996 y 2005 crea y dirige el Centre Especial Investigación en Economía y Salud (CRES-UPF), es codirector del Master de Gestión Pública (UPF-UAB-UB- EAP) y director del Programa de formación Barcelona-Berkeley *The Global Health Leadership Forum*.

mación Barcelona-Berkeley *The Global Health Leadership Forum*.

Es Académico numerario de la Real Academia de Medicina de Cataluña, Colegiado de Mérito del Colegio de Economistas de Catalunya, miembro del Consejo Asesor de la Conselleria de Salut de la Generalitat de Catalunya, del Consejo Asesor del Ministerio de Sanidad y Política Social.

Desde Marzo del 2005 es Consejero del Banco de España y Presidente (2007-2013) de la International Health Economics Association.

Autor o coautor de más de 30 libros e innumerables artículos. Pertenecer al consejo de numerosas publicaciones científicas entre las que destacan: *Hacienda Pública Española*, *Gaceta Sanitaria*, *Health Care Management Science*, *Revista de Gestión Clínica y Sanitaria*, *Revista de Evaluación de Tecnologías Sanitarias*, *Revista Española de Salud Pública*. Ha sido miembro de la Comisión de Expertos para temas de Envejecimiento y Dependencia, en el desarrollo del Pacto de Toledo, para el Congreso de Diputados, de la Comisión para la Modernización de la Administración Pública, y para la Racionalización del Gasto Sanitario en Catalunya, así como del Grupo de Expertos para la elaboración de la Balanzas Fiscales del Instituto de Estudios Fiscales. Ha elaborado recientemente la propuesta de Financiación Universitaria para el Libro Blanco de la Generalitat de Catalunya y tras formar parte del Grupo de expertos que elaboró el Pacto Nacional para la Investigación se ha incorporado como miembro del Consell Català per a la Recerca.

Es patrono de la Fundació Emili Darder, Fundación Grífols y de la Fundación de Investigación dels Hospitals de Sant Joan de Deu y del complejo sanitario del Hospital de Sant Pau. Ha colaborado con el Ministerio de Educación en el Documento La Financiación de la Universidad, 2010 y es autor del Informe de Financiación de la Educación Superior en Cataluña por encargo de la ACUP. Recientemente ha sido nombrado miembro

de la Comisión de la OMS para el Estudio de las Desigualdades en Salud, junto a Sir M. Marmot y el Nobel Amartya Sen.



Texto elaborado por el autor en colaboración con Pablo Antonio Cabello Granado, alumno del Máster en Administración y Dirección de Servicios Sanitarios edición número XXI, programa impartido en Madrid por la Fundación Gaspar Casal (FGC) en colaboración con el Instituto de Educación Continua (IDEC) y el Centro de Investigación de Economía de la Salud (CRES) de la Universidad Pompeu Fabra.

Introducción

A preguntas complicadas, reflexiones específicas y respuestas lo más concretas posibles. Esta ha de ser con seguridad una vía para ayudar a encontrar las soluciones. Comenzamos considerando que cualquier acción que se lleve a cabo, relacionada con la dicotomía suficiencia financiera / mejora de gestión en el gasto sanitario pasa por un trabajo de poner orden. Este trabajo de limpieza y puesta al día requiere que en nuestras estructuras organizativas, cualquiera que sea la provisión de servicios que se lleve a cabo, la resolvamos de un modo robusto, coherente, consistente, los cuatro sistemas que componen los pilares de la organización; esto es, siguiendo el diagrama de Hax-Majluf, que cada agente sepa lo que debe de hacer dentro del conjunto.



El diagrama de Hax-Majluf, ofrece una perspectiva integrada de la Financiación, Organización y Gestión de los sistemas sanitarios. Los pilares básicos de una estructuración coherente son:

1. El Sistema de Planificación (Definición de objetivos operativos).
2. El Sistema de Información.
3. El Sistema de Control (ajuste de desviaciones).
4. El Sistema de Financiación (presupuestación, incentivos).

Todo ellos descansa sobre la cultura organizativa, en cada uno de los centros de coste o centros de responsabilidad en que se divida la organización.

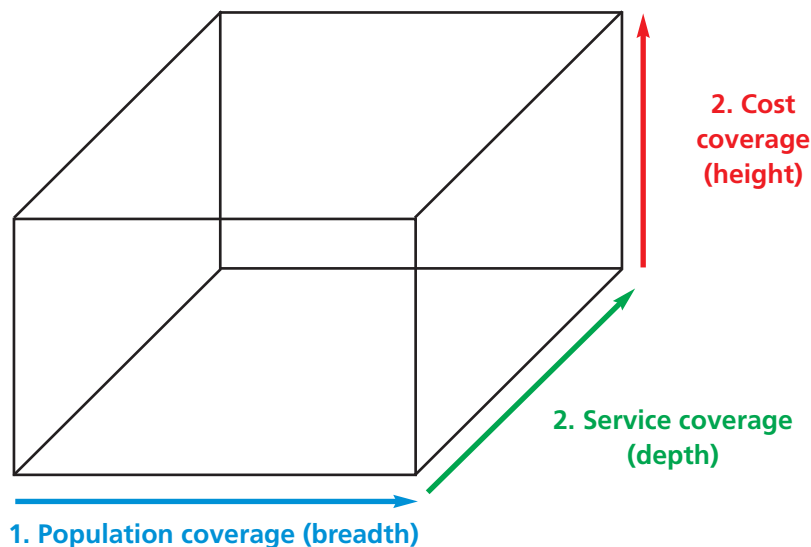
Los sistemas administrativos

El sistema de información debe permitir observar si entre lo planificado y lo realizado existen desviaciones, es decir si hemos sido capaces de alcanzar los objetivos previstos. En cualquier caso, el recorrido llevado a cabo en nuestra organización, más o menos ajustado con lo planificado, debe de permitirnos retroalimentar el sistema, bien por el lado de la dirección por objetivos interaccionando con el sistema de control, o bien corrigiéndolo a partir de un sistema de financiación adecuado con los objetivos. En general esto es trabajo de todos y cada uno de los implicados en la organización, y que se ha de coordinar en el seno de ésta a través de una buena gobernanza.

Con respecto a esta concepción de “Estructura Coherente de una organización” que debería ser reflejo fiel en cualquier institución de los cuatro pilares básicos, las diferencias que se observan en la práctica son diversas: así, a menudo en los sistemas de planificación existe un discurso de *outcomes*, resultados de salud, mientras que los sistemas de información se continúa basando en *outputs*, y una financiación incrementalista, según la disponibilidad de recursos expansiva o restrictiva, basado en *outputs* intermedios *throughputs*, cuando finalmente el control, cuando lo hubiere, se determina eminentemente en base a los *inputs*, desde organizaciones externas a la organización (Sindicatura Autonómicas de Cuentas, Tribunal de Cuentas,...). Y todo ello, en último lugar. Desde la existencia de una determinada cultura organizativa débil, de interinidad de liderazgo político, más que del liderazgo conseguido desde los registros de más aciertos que errores en situaciones inciertas.

Así, lo primero que debemos hacer, es intentar solventar en su caso las anteriores anomalías, sobre todo, como indicábamos, para el mejor engarce entre los sistemas presentados, pero siempre a partir de la realización de pequeños cambios, mejorando coherentemente poco a poco cada uno de estos sistemas, antes que forzar a la organización acometiendo reformas profundas que pretenden las novedosas y modernas técnicas de gestión, tanto en los sistemas de control como en los sistemas de bonos o incentivos, violentando el resto de pilares que no seguirían avanzando en la misma línea.

La integración entre todos los elementos del diagrama de HAX-MAJLUF es clave pues para confeccionar nuestro futuro, en lo referente a la financiación, organización y gestión de los servicios sanitarios. No olvidemos que el sistema en su conjunto tiene unas tareas de planificación, considerando que esta planificación tiene un componente político importante, que se traducirán en la gestión operativa del día a día. En primer lugar y a continuación expondremos las principales disyuntivas que se presentan a cualquier sistema de salud para la definición de los objetivos comentados. Estas disyuntivas se localizan en los tres ejes que indentifica Reinhard Busse (2007), tal y como se muestra a continuación:



Las tres dimensiones de las alternativas de elección

Este gráfico ha sido modificado, tal y como se presenta a continuación, para representar la “Caja de la Asistencia Sanitaria”, con los tres ejes que representan (i) la cobertura que se ofrece, (ii) el alcance de la cobertura que se da y (iii) como se expresa esa oferta en utilización, por lo que es fácil concretar como esta “caja” que hay que financiarla y sufragarla para todo el conjunto del gasto sanitario.

En definitiva los tres ejes de esta “caja” son:

1. La Cobertura Poblacional (Universal / Restringido).
2. Alcance de Servicios Cubiertos (Cuidar / Curar).
3. Incidencia de la Utilización en Costes (Frecuentación).

Esta “caja” como adelantábamos debe de ser financiada por:

1. Fuentes: renta, patrimonio, consumo, ahorro previsional.
2. Mecanismos financieros: impuestos (directos o indirectos), gastos fiscales, contribuciones sociales, primas, tasas, precios.
3. Intermediario financiero: Estatal / Regional, Seguridad Social, Mutualidades, Fondos Privados, HMOs...



Así, en los sistemas públicos, el eje de cobertura tiene ya entre nosotros un largo recorrido. Con una cobertura poblacional dada, los dos ejes importantes que necesitan clarificación en estos momentos, son el de la Incidencia de la Utilización en Costes y la Cobertura Asistencial, “qué entra y qué no entra”, con el binomio cuidar / curar. Curar, como efectividades diagnósticas y terapéuticas en nuestras prestaciones; y cuidar, prestaciones con componente utilitarista como segundas opiniones, tecnologías con efectividad conocida pero con coste muy alto, o tecnologías con efectividad dudosa pero que no dañan, lo que conforma este binomio el eje Alcance de Cobertura.

Dentro de los sistemas públicos hay dos orientaciones que en España concretamente necesitan clarificación, ya sea en la perspectiva de la lógica de los Sistemas de Aseguramiento Social ya sea de los Servicios Nacionales de Salud. El Sistema de Aseguramiento Social, suele ofrecer una cobertura amplia, en un

abanico de oferta diversa (así en Austria, Bélgica, Francia, Alemania, Holanda, etc.). Por su contra, los Servicios Nacionales de Salud predeterminan limitaciones, como por ejemplo el NICE inglés, como instituto nacional de excelencia clínica (*National Institute for Health and Clinical Excellence*), donde en base a consideraciones de coste-efectividad se incorpora o no una tecnología sanitaria concreta, un tratamiento o similar; es decir, se establece una prueba de coste-efectividad con punto de corte en costes según posibilidades de financiación pública existentes a efectos de su incorporación o no al sistema, a la vista del coste por año de vida ajustada por la calidad.

En Sistemas de Aseguramiento Social, recordemos que su abanico de oferta es muy amplio, “cabe casi todo”, pero la incidencia que va a tener sobre el coste de la utilización, la va a marcar sobre todo que buena parte de lo que entra en este sistema va aparejado a un copago más o menos elevado, como por ejemplo en Francia (con sus medicamentos ordenados según efectividad A, B, C, D, E,...). En este sentido, el problema no es tanto el coste (que es compartido por el usuario y el contribuyente), sino la efectividad, siendo en general el copago menor a mayor efectividad probada.

Por tanto un Servicio Nacional de Salud (*National Health Service, NHS*), requiere con precisión, un límite razonable para marcar el alcance de la cobertura, mientras que los Sistemas de Aseguramiento Social, que son mucho más amables en su alcance, para que se llegue a una utilización adecuada se acompañan de tasas y precios (copago). Con lo cual el racionamiento o racionalización en Sistemas de Aseguramiento Social procede en mayor medida del lado de la demanda, ya que como hemos señalado la oferta es muy amplia, en contraposición a lo que acontece en un Servicio Nacional de Salud, en el que el racionamiento o racionalización viene del lado de la oferta, donde se incluye o no una determinada prestación pública, lo que no se incluye en esta prestación pública no significa que esté excluido pero conlleva un copago del 100%.

Necesidad de optar

Esto nos lleva a una decisión, una opción eminentemente política, para ver en cuál de los ejes se basa el modelo de lo que es la capacidad del sistema para garantizar su suficiencia financiera. Evitando la palabra sostenibilidad, vemos que el problema es pues la solvencia del sistema, que debe permitir ante cualquier shock (demográfico, de consumo, medicalización social, tecnológico, etc.), y dada una restricción presupuestaria se adecúa adaptando cada uno de los tres ejes. En el caso español, es obvio, creemos, que en el eje de la Cobertura Poblacional va a ser difícil su modificación –tan extendida está la cultura del universalismo–, pero en el resto –prestaciones y restricciones al consumo–, es preciso sin duda proceder a determinados ajustes para garantizar que el sistema sea sostenible en su conjunto. Si se valora lo que entra o no entra en cada caso como prestación pública, con cero copago superando la prueba coste efectividad, adoptaremos la genética típica de los servicios nacionales de salud. Pero si la pretensión es la de ser amable en prestaciones (apoderamiento ciudadano en oferta), como es el caso del aseguramiento social, es preciso racionalizar el consumo por el lado de la demanda con el copago, lo que nos lleva en este caso a financiar las diferencias entre gasto y financiación con unos recursos adicionales, con un instrumento de financiación de gasto social, ya sea para moderar gasto o complementar ingresos.

En este sentido es preciso definir una orientación política clara, que en este momento está algo difuminada al plantearse de modo elusivo.

Reconocido lo anterior, en cualquiera de los casos aparecen pros y contras a considerar. Así, en la dinámica de los servicios nacionales de salud, la caja de financiación pública es más reducida y el gasto el más controlado; mientras que en los sistemas de aseguramiento social el gasto es más elevado, aunque no necesariamente el gasto neto de tasas, precios, copagos, primas, etc., componentes de financiación que no están presentes en igual magnitud en los servicios nacionales de salud. Como resultado, los sistemas de aseguramiento social son más ‘caros’ en términos de PIB, pero con niveles de satisfacción usualmente más elevados, ya que el racionamiento se realiza por el lado de la demanda y no de la oferta. No elegir

tiene mejor consecuencia, en principio, que no poder optar. Por ejemplo, si el ciudadano selecciona algo que no sigue el protocolo de acceso como aseguramiento público, paga más, por ejemplo en el caso de Francia, el copago es mayor del ciudadano que acude al especialista sin pasar por primaria.

La asignación de roles

Cuando se decide, que es lo que se quiere hacer con la cobertura poblacional, catálogo y sistema de racionamiento (por el lado de la oferta o demanda), hay que asignar roles a los diferentes agentes en el sistema. Lo mejor es parcelar y concretar estas funciones, identificando quien es el mejor posicionado, en cada caso, para llevar a cabo las distintas funciones. El ordenamiento que se propone es de gradiente político, dado que existen funciones que tienen un componente político muy fuerte y otras con un componente de gestión muy importante. En gestión es básico saber de decir “no”, mientras que en política lo más sencillo es decir “sí”. Por ello debe evitarse asignar funciones que precisan de un “no” a agentes que sólo saben decir “sí”. En este contexto se plantea la siguiente identificación de roles, como funciones sanitarias y su asignación, dentro de su campo de mayor a menor gradiente político/ técnico de gestión:

1. Planificación,
2. Financiación,
3. Cobertura aseguradora,
4. Gestión del aseguramiento,
5. Compra de servicios,
6. Producción de servicios,
7. Suministro de inputs.

En Planificación se identifican tareas relacionadas con planes de salud, en la que se precisan indicadores IMIPSE, prevalencias poblacionales, costes sociales completos, externalidades, prevención, educación. Esta planificación en salud, tiene un componente político importante, por ejemplo en los dilemas de eficiencia y equidad de acceso territorial, o en compensaciones intersectoriales fuera de la sanidad. Por otro lado, también requiere la planificación de servicios, que a veces se olvida. La lógica de contenidos para una planificación de servicios conlleva y contempla despliegue de equipamientos, isocronas de acceso, e incluso otros costes de oportunidad de acceso según mercado de trabajo.

En Financiación, existen elementos técnicos importantes que aparecen en el mix contribuyente-usuario, generación actual / futura y consignación presupuestaria, aunque la decisión política continúa pesando.

Con respecto a la Cobertura Aseguradora, que tiene aún un componente político, empieza a predominar aspectos técnicos relativos, por ejemplo, a lo que entra y a lo que no entra, con criterios de evaluación explícitos, en el para quien y a qué se es elegible. Lo normal es que en este extremo se agencialicen algunas decisiones típicas de cobertura aseguradora a favor de una institución que se sustrae de la esfera política, para un periodo de tiempo determinado como se hace por ejemplo con el NICE inglés, con criterios que pueden ser más o menos discutibles, pero a la vez transparentes y claros, como lo que supone, por ejemplo el coste efectividad (medida ésta según Años de vida ajustados por la calidad, AVAC), con unos puntos de corte de financiación asumible predeterminados.

En la Gestión del Aseguramiento, un rol de cada vez más técnico, se trata de establecer el pool de compensaciones, nivel de reaseguramiento, riesgo óptimo asumido y transferido, ajuste de riesgo, etc. Recordemos en este punto que si pagamos a los proveedores por acto, no se les transfiere riesgo alguno, y si se paga por población gran parte del riesgo transferido puede incentivar problemas de selección.

En Compra de Servicios, entramos a considerar aspectos tales como la licitación, el seguimiento de consumos, utilización indebida, duplicidades, variaciones de práctica, protocolización, todos ellos, aspectos mucho más técnicos que los anteriormente vistos.

Para la Producción de Servicios, se debe valorar la función de producción autónoma de los proveedores combinando inputs y tecnología.

Y en relación con el Suministro de Inputs, se analizaría la compra eficiente de insumos. Extremos estos dos últimos que incorporan el gradiente político menor.

Conclusión

Clarificar los sistemas organizativos, establecer las prioridades políticas y asignar en coherencia los roles oportunos es clave para un sistema que sea asumible social y financieramente, se legitime en sus estructuras y se plantee al servicio del bienestar comunitario.

Bibliografía

Busse R. et al. Analyzing changes in health financing arrangements in high-income countries. HNP 2007.

La nueva Gestión Pública: crisis económica y reforma de la Gestión Pública



Francisco Longo es Licenciado en Derecho por la Universidad de Barcelona es en la actualidad Miembro del Comité de Expertos en Administración Pública de las Naciones Unidas (2010-2013). Ejerce como profesor del Departamento de Dirección de Recursos Humanos de la Escuela Superior de Administración y Dirección de Empresas (Universidad Ramon Llull) de Barcelona (España), donde dirige también el Instituto de Dirección y Gestión Pública y preside el Claustro del Profesorado. Es vocal del Consejo Rector de la Escuela de Administración Pública de Cataluña y de la Comisión creada por el Gobierno de España para el estudio del estatuto básico del empleado público.

Sus áreas de interés son el diseño institucional, la gestión de recursos humanos, la gerencia pública y el gobierno local. Sobre estos temas, ha publicado diversos libros y artículos en revistas especializadas, y ha dictado cursos, seminarios y conferencias en Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, El Salvador, Estados Unidos, Guatemala, México, Panamá, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela. Es miembro del Comité de Expertos en Administración Pública de Naciones Unidas.

Ha asesorado a diversos gobiernos y administraciones públicas. Entre las instituciones para las que ha trabajado destacan: en España, el Ministerio para las Administraciones Públicas, el Gobierno Vasco, varios departamentos de la Generalitat de Catalunya, el Consejo General del Poder Judicial, la Ertzaintza (policía autonómica del País Vasco), el Ayuntamiento y la Diputación de Barcelona, así como un gran número de gobiernos locales y empresas públicas; en América Latina, ha asesorado a los gobiernos de Bolivia, Brasil, Colombia, Chile, El Salvador, Perú y Uruguay. Ha trabajado como consultor internacional del Instituto Europeo de Administración Pública y el Banco Interamericano de Desarrollo. Ha sido redactor y ponente, por encargo de Naciones Unidas y el CLAD, de la Carta Iberoamericana de la Función Pública, aprobada por la Cumbre Iberoamericana de 2003 y la Asamblea General de la ONU. Pertenece a los consejos editoriales de distintas revistas internacionales.

Antes de incorporarse a ESADE, en 1993, fue director de Recursos Humanos y gerente de los Servicios Centrales del Ayuntamiento de Barcelona, director ejecutivo del Centro Municipal de Operaciones de los Juegos Olímpicos de 1992, así como asesor del alcalde de Barcelona y miembro de los consejos de administración de varias empresas públicas.

Publicaciones destacadas

Longo, F. (2010). Ejes vertebradores de la gobernanza en los sistemas públicos. Un marco de análisis en clave latinoamericana. *Revista del CLAD 'Reforma y Democracia'*, 46: 73-102.

- Longo, F. (2008). Liderazgo distribuido, un elemento crítico para promover la innovación. *Capital Humano* 226: 84-91.
- Longo, F. & Ysa, T. (2008). *Los escenarios de la gestión pública del siglo XXI*. Barcelona: Escola d'Administració Pública de Catalunya. [ISBN: 978-84-393-7788-7].
- Longo, F. (2008). Quality of governance: Impartiality is not enough. *Governance-An International Journal of Policy and Administration*, 21(2): 191-196.
- Longo, F. (2008). La profesionalización del empleo público en América Latina. Estado de la Cuestión. *La Profesionalización del Empleo Público en América Latina* (pp. 45-78). Barcelona: Centre d'Estudis Internacionals de Barcelona (CIDOB). [ISBN: 978-84-87072-95-6]
- Longo, F. (2004). *Mérito y Flexibilidad. La gestión de las personas en las organizaciones del sector público*. Barcelona: Editorial Paidós. [ISBN: 84-493-1611-1].



Texto elaborado por el autor en colaboración con Miguel López Gobernado y Felipe Sagaseta Almazán, alumnos del Máster en Administración y Dirección de Servicios Sanitarios edición número XXI, programa impartido en Madrid por la Fundación Gaspar Casal (FGC) en colaboración con el Instituto de Educación Continua (IDEC) y el Centro de Investigación de Economía de la Salud (CRES) de la Universidad Pompeu Fabra.

La nueva Gestión Pública: Crisis Económica y reforma de la Gestión Pública

La exposición pretende realizar una **reflexión sobre la gestión pública necesaria en los momentos que se están viviendo**. Esto sitúa el foco de la reflexión en la crisis que padecemos, en el significado que cabe atribuir a ésta, en el pronóstico sobre su evolución y desarrollo y en las orientaciones que deberían seguirse para mantener, en un escenario de crisis, algunos elementos de nuestro modelo de estado y de servicio público que merece la pena que sean defendidos.

En este sentido, resulta difícil separar la reflexión sobre la reforma de la gestión pública del debate sobre el Estado de Bienestar. Hoy, los europeos estamos confrontados con la necesidad de reformar aspectos importantes del modelo de relaciones entre estado y sociedad al que hemos llamado –quizá de un modo algo exagerado– estado de bienestar, y se trata de reformarlo para defenderlo, por que vale la pena. Al fin y al cabo, ese modelo ha hecho posibles sociedades que, pese a sus numerosas imperfecciones, han proporcionado a la gente el mayor grado de libertad, bienestar y cohesión social en la historia de la Humanidad. Se trata de **reformular el modelo para no tener que cambiar de modelo**, y ese desafío obliga a revisar de un modo bastante contundente el funcionamiento de nuestra Administración pública.

En realidad, una buena parte de los problemas de nuestra Administración Pública nacen del hecho de que, si bien fuimos capaces de construir un Estado de Bienestar, nunca tuvimos, hablando en puridad, **una administración del bienestar**. Durante los años 80 y primeros 90 del siglo XX, el peso del gasto público sobre PIB subió 15 puntos, reflejando la expansión de servicios públicos (sobre todo, en pensiones, sanidad y educación) que nos homologaba con los socios europeos. Sin embargo, afirma, la Administración Pública, incluyendo a los nuevos servicios, continuó rigiéndose por los patrones propios de la Administración burocrática heredada del franquismo, más adecuados para la gestión de tributos, la concesión de licencias o el mantenimiento del orden público que para la producción y provisión masiva de bienes y servicios. Las Comunidades Autónomas, que acabarían absorbiendo estas políticas, se limitaron a copiar, en sus normas y estructuras, el modelo de la Administración General del Estado.

Hoy, resulta indispensable la reforma de este patrón burocrático uniforme y su sustitución por un **marco plural y diversificado de organizaciones y de sistemas de empleo**, como mínimo en el ámbito de lo que podríamos llamar Administración del Bienestar. ¿Por qué? Intento argumentarlo con un ejemplo: la mejora de los pobres resultados de nuestro sistema educativo según el informe PISA ⁽¹⁾ resulta invia-

ble sin reformas que –en la línea de las propuestas que está formulando la OCDE– refuercen la autonomía de los centros públicos, modifiquen la organización de las profesiones docentes, cambien los mecanismos de adscripción de los profesionales y hagan posible el papel del liderazgo escolar. Son cambios que actualmente el marco funcional hegemónico hace inviables. Algo similar cabría decir de la ciencia e investigación, la universidad, los servicios sociales, la promoción económica o las políticas activas de empleo. En el sector salud, el corsé uniformador burocrático-funcional impone a los gestores y a los profesionales, en la atención primaria y en la hospitalaria, restricciones que obligan a procesos, a veces desordenados, de huída hacia fórmulas organizativas diferentes.

En España, una espesa e improductiva confrontación ideológica, en la que los conceptos de lo público y lo privado encuentran acomodo en el imaginario tradicional de la izquierda y la derecha, dificulta acuerdos que debieran ser más fáciles. Pensemos que, mientras nos tiramos los “trastos a la cabeza”, medio mundo está explorando fórmulas público-privadas de gestión, buscando en ellas ganancias de eficiencia y de calidad.

Por otra parte, la crisis está poniendo al descubierto las debilidades de un modelo de intervención pública fuertemente expansivo, alimentado en parte por la descentralización del estado, y desarrollado durante los trece años de crecimiento económico sostenido que hemos vivido en España. Podemos describir este modelo como una **burbuja del servicio público**, no menos real que las burbujas inmobiliaria y financiera, caracterizado por cinco rasgos principales:

1. Fuerte crecimiento y diversificación de las áreas de intervención pública; tendencia a la elevación sostenida de los estándares de servicio comprometidos. Más y mejores servicios en campos cada vez más diversos.
2. Pérdida de foco; provisión de servicios esenciales junto a otros cuya prioridad es claramente discutible.
3. Financiación íntegra, las más de las veces, con cargo a los presupuestos públicos. Universalización y gratuidad como lógicas dominantes de distribución. Servicios para todos, y tendiendo a coste cero.
4. Interiorización de este modelo por la sociedad. Elevado nivel de presión de los grupos sociales sobre los gobiernos para la satisfacción de sus expectativas y preferencias de intervención pública.
5. Despreocupación por la eficiencia. Opacidad de los costes de los servicios. Holgura confortable en las estructuras y procesos de la Administración. Caída de la productividad del empleo público.

Esta burbuja del servicio público se revela insostenible en un contexto de bajo crecimiento sostenido de los ingresos públicos, como será, previsiblemente, el de los próximos años, ya que no se trata de una cuestión de ciclo, se trata de un punto de inflexión que obliga a plantearnos los problemas del Servicio Público de una manera distinta a como los hemos planteado hasta ahora. Las políticas duras de ajuste y consolidación fiscal serán, durante este período, indispensables, pero el mero recorte no mejorará, por sí mismo, la situación, si no se acometen algunas reformas inaplazables. Hay que señalar que estas reformas se harán especialmente urgentes en los niveles subestatales (comunidades autónomas y municipios) sobre los que recaen actualmente tanto la mayor parte de la factura como las atribuciones competenciales y normativas.

En primer lugar, será necesaria una **revisión de la oferta** de servicios públicos que deberá afectar tanto a la cartera como a los estándares. La idea debe ser la concentración en lo esencial. *Back to basics*. La prioridad debe estar, en primer lugar, en las políticas de protección de perjudicados por la crisis, y, en general, de los más vulnerables, que no siempre fueron, durante la burbuja, los mejor tratados, ya que carecían de una voz suficientemente amplificadora como para estar en la primera línea de los beneficiados por el Estado de Bienestar. El Estado de Bienestar sigue teniendo parientes pobres y en segundo lugar en las políticas que promuevan la reactivación económica. Una estricta atención a los costes de oportunidad debe presidir esta revisión, dando lugar a la eliminación de aquellas actividades en las que éstos sean superiores al valor público creado.

Por otra parte deben introducirse en la Administración **incentivos a la eficiencia**, hoy inexistentes. Hay, en nuestra Administración Pública, un gran déficit de *management* que contrasta con el desarrollo del management en el contexto empresarial. Incluso en el sector salud, donde ese déficit es menor, un amplio sector de la franja de alta dirección sigue colonizada hoy, en buena medida, por los partidos políticos. Esta franja debiera ser ocupada, como se ha conseguido en otros países del mundo anglosajón o del norte de Europa, por una dirección pública profesional. Todavía, entre nosotros, perfiles de técnico especializado o de mero operador político ocupan centenares de cargos que debieran estar reservados a directivos profesionales, lo que incrementa la contradicción entre puestos orientados al no y perfiles orientados al sí, a lo que hizo mención el Señor López Casanovas en el propio **III Congreso de Gestión Clínica**. La implantación de mecanismos de gestión por resultados, de mejora de la transparencia y de rendición de cuentas debería acompañar a estas iniciativas.

En materia de empleo público, **el problema principal es de productividad**. La factura salarial del sector público, ponderada a PIB, está por encima de la media de la OCDE (y supera a países como Reino Unido, Francia, Holanda y Alemania). Los salarios han crecido por encima del promedio entre 2000 y 2008. La compensación por empleado público en relación a la renta per cápita es, también, relativamente más alta. Ahora bien, por el contrario, las horas trabajadas son comparativamente menos que en ningún país de la UE: nuestros empleados públicos trabajan, en promedio, dos horas semanales menos que Italia y Portugal. Cuatro horas menos que Francia. Cinco horas menos que Holanda y más de siete horas menos que Alemania y Reino Unido.

La principal explicación de este deterioro se debe a unas relaciones laborales desequilibradas. Podemos decirlo así: en los últimos diez años, los ciudadanos españoles no hemos tenido patronales públicas capacitadas y dispuestas a defender nuestros intereses en la negociación colectiva con los sindicatos de funcionarios. El *amateurismo* de los políticos y la aversión al conflicto han presidido habitualmente estas negociaciones, del lado patronal. En frente, negociadores sindicales altamente profesionalizados y dispuestos a ejercer todo el instrumental de presión a su alcance. Reequilibrar este marco de relaciones es la primera prioridad si queremos recuperar al menos una parte de la productividad perdida, aunque nada de esto se hará sin una dosis de conflicto. Eludir ese conflicto a cualquier precio supone que alguien pone ese precio y es un precio que suele ser considerablemente alto.

En los próximos años, necesitaremos, en mi opinión, unos **poderes públicos más potentes en sus roles de promotores** (impulsores de conductas en los mercados y la sociedad) **y de reguladores** (creadores de reglas de juego y garantes de su cumplimiento), **y más autocontenidos en su papel de productores** de bienes y servicios públicos. Creo, además, que a la hora de producir tenderá a reducirse la provisión directa mediante estructuras y personal propios, se extenderá la prestación a cargo de organizaciones autónomas o semiautónomas, se ampliará la incorporación de fuerzas de mercado y se extenderán las colaboraciones público-privadas. Estoy convencido de que, si se acierta en los diseños, los mercados están en condiciones de aportar una parte de los recursos que serán necesarios para mantener nuestro modelo de estado y contribuir a una nueva generación de servicios de bienestar. Es un proceso iniciado, pero que se deberá profundizar.

Todo esto supone avanzar hacia **modelos descentralizados de gobernanza**. Un modelo de provisión descentralizada de servicios públicos no puede funcionar bien con administraciones mucho más acostumbradas a hacer directamente las cosas que a utilizar formas contractuales o paracontractuales, para lo que se necesita desarrollar algunas capacidades básicas:

- Para garantizar la efectividad de la separación principal-agente, que a menudo aparecen confundidos (ley de agencias estatales).
- Para garantizar la autonomía de los centros de titularidad pública y para dotarlos de órganos de gobierno y dirección fuertes, comprometidos con el proyecto y protegidos de las oscilaciones del ciclo electoral.

- Para dirigir estratégicamente, sin invadir con *micromanagement* la esfera de gestión y ejecución. Indica que no es fácil conseguir que nuestros gobernantes asuman efectivamente este distanciamiento de lo cotidiano. Continúa siendo válida entre nosotros la consigna de los reformadores británicos de los 1980: *let the managers manage*.
- Para controlar por resultados, lo cual exige una capacidad técnica instalada que permita un alto nivel de *contestability*, y también un sistema adecuado de medición, evaluación y rendición de cuentas.

Por último una consideración final: La crítica de la duplicación de funciones debida a nuestro modelo descentralizado de estado viene haciendo en los últimos tiempos bastante ruido. Lo mismo cabe decir de la reaparición de argumentos sobre la conveniencia de reducir nuestra extensa planta municipal. Este debate combina, en mi opinión, reflexiones sensatas que se basan en la denuncia de disfunciones reales, por una parte, con prejuicios y posiciones políticas favorables a una recentralización de las funciones del Estado, por otra. A mi juicio, estas iniciativas de supuesta racionalización difícilmente podrán pasar, muchas de ellas, de la fase de laboratorio, dada su dificultad de adaptación al marco constitucional o, simplemente, las dificultades políticas y sociales que afrontaría su implementación. Parece más útil centrarse en reformar las estructuras existentes y sus pautas de funcionamiento.

Volviendo al principio, España no ha tenido desde la transición una agenda de reforma de la gestión pública. La crisis no crea esta necesidad que era, en realidad, muy anterior, pero sí contribuye a hacerla evidente.

Necesitamos reformar la Administración Pública y lo necesitamos con urgencia. Son cambios que requieren análisis, diagnósticos y orientaciones de expertos, pero que sólo son viables como reformas políticas. **Sólo la política puede reformar la Administración Pública.** Ahora bien, los precedentes nos indican que esta reforma sólo llegará a las agendas públicas si hay un impulso extenso y fuerte desde la sociedad civil. *—Ojalá este impulso se produzca. Nos jugamos mucho.—*

Como conclusión al resumen de esta ponencia y utilizando como estructura el capítulo *Los retos del futuro* del libro Mérito y flexibilidad ⁽²⁾ creemos que los retos ante la crisis y la reforma de la Gestión pública, deben estar sustentados por ejes **de modernización de la gestión pública de las personas**, en cuanto a la planificación y organización del trabajo, la gestión del empleo y la organización de la función de los recursos humanos, la gestión del rendimiento y el desarrollo, orientando la relación con los colaboradores hacia la mejora del rendimiento, dando responsabilidad, vinculando la promoción al rendimiento y reconociéndolo. El otro eje debería ser **cambiar las reglas formales e informales** desde el marco jurídico y el cambio cultural y mitos de la cultura funcionarial.

Bibliografía

- (1) The Programme for International Student Assessment (PISA). 2009. OCDE.
- (2) Longo, F (2004). *Mérito y Flexibilidad. La gestión de las personas en las organizaciones del sector público*. Barcelona: Editorial Paidós.

Lecciones de otros sectores con experiencias de “Public Private Partnership” de éxito. La Estrategia Estatal de Innovación (e2i)



María Luisa Castaño es licenciada en CC Químicas por la Universidad de Valladolid. Con más de 2 décadas de experiencia como investigadora en el Centro de Investigaciones Energéticas, medioambientales y Tecnológicas (CIEMAT) decidió en el año 2005 incorporarse al antiguo Ministerio de Educación y Ciencia como gestora del Programa Nacional de Transporte del Plan Nacional de I+D. Posteriormente, y con la creación en 2008 del Ministerio de Ciencia e Innovación, asume el puesto que ostenta en la actualidad, de Subdirectora General de Estrategias de colaboración Público-Privada, en la Secretaría General de Innovación. Tiene el gran reto de por un lado impulsar proyectos demostradores de aplicación de nuevas tecnologías en sectores estratégicos y mercados líderes, sin perjuicio de las competencias atribuidas a otros departamentos ministeriales. Y por otro lado, el impulso, la coordinación

y seguimiento de las plataformas científico-tecnológicas. Ha escrito artículos en revistas especializadas y ha participado en infinidad de ponencias en Congresos, Conferencias, Seminarios, por todo el territorio nacional avalando su prestigio académico y científico.



Texto elaborado por la autora en colaboración con Anselmo Plasencia García, alumno del Máster en Administración y Dirección de Servicios Sanitarios edición número XXI, programa impartido en Madrid por la Fundación Gaspar Casal (FGC) en colaboración con el Instituto de Educación Continua (IDEC) y el Centro de Investigación de Economía de la Salud (CRES) de la Universidad Pompeu Fabra.

Durante las últimas décadas nuestra economía, ha experimentado una profunda transformación en su aparato productivo, lo que ha supuesto una mejora substancial en todos los indicadores económicos y sociales. No obstante, el actual contexto de recesión y crisis económica nos obliga a una reformulación de las pautas de crecimiento en todos los países y específicamente, el modelo productivo español precisa una urgente reorientación que corrija algunos de sus defectos estructurales.

A pesar de estos desequilibrios, hemos conseguido en nuestro país en los últimos años, logros importantes y se ha invertido en factores que incrementan nuestro potencial de crecimiento futuro. Durante la última década, hemos incrementado de forma continuada los recursos dedicados a la I+D, cuya tasa de crecimiento ha sido ininterrumpidamente superior a la del PIB.

Sin embargo, nuestra posición en materia de innovación, en comparación con otros países de la UE, es bastante deficiente. El European Innovation Scoreboard, proporciona una evaluación comparativa de la innovación entre los 27 estados miembros de la Unión Europea.

Esta comparativa se realiza en base a un Indicador Sintético de la Innovación (SII) obtenido mediante la agregación compuesta de 29 indicadores. De acuerdo con los resultados obtenidos en el EIS 2009, España ocupa el lugar 17 dentro de la UE-27, muy lejos de la posición que por PIB o por producción científica le correspondería.

Un análisis detallado de los indicadores base que sirven para el cálculo del SII, muestra que aquellos que tienen un mayor efecto tractor sobre los resultados son los que presentan mayores diferencias del sistema español con la media para la UE-27. Estos indicadores son: la inversión privada en I+D, el número de empleos en sectores de media y alta tecnología y las empresas que realizan innovación:

- La inversión privada en I+D representa el 0,74% del PIB frente al 1,19% de la media UE-27 y el 2,1% de la media de los países líderes en innovación de la UE (Dinamarca, Reino Unido, Alemania, Finlandia y Suecia).
- El empleo en sectores de media y alta tecnología representa el 4,78% del total de la población activa, frente al 6,69% de la media europea y al 6,95% de los líderes.
- El número de pequeñas y medianas empresas que realizan innovación representa el 24,6% del total de empresas frente al 30% de la media europea y al 42,45% de los líderes.

En este marco desde el Ministerio de Ciencia e Innovación, al que, de acuerdo con las competencias departamentales, nos corresponde “el impulso, difusión, orientación y coordinación de la política de innovación empresarial en todos los sectores y actividades, en el ámbito nacional e internacional”, planteamos una estrategia para la innovación dirigida a:

- Articular un marco estructural que facilite las actuaciones de innovación, y en particular la creación y desarrollo de empresas innovadoras.
- Coordinar las estrategias sectoriales que se promueven desde los distintos departamentos y entidades.

La Estrategia Estatal de Innovación (e2i) lo fundamentamos en el diagnóstico de la situación de la innovación en España y determina y cuantifica los objetivos a medio y largo plazo con los que mejoraremos la capacidad innovadora de nuestra economía. Constituye el marco de actuación de la política en materia de innovación para contribuir al cambio de modelo productivo en España, a través del fomento y la creación de las estructuras que faciliten el mejor aprovechamiento del conocimiento científico y el desarrollo tecnológico.

La Estrategia Estatal de Innovación está formulada con una concepción multisectorial que implica a todos los agentes políticos, sociales y económicos. Nuestra fortalezas y oportunidad es radican en la capacidad de alinear recursos existentes hacia un objetivo común que es favorecer la innovación.

Los **objetivos generales** que planteamos con la e2i se traducen en la necesidad de duplicar la economía de la innovación en España, o lo que es lo mismo, conseguir:

- Que en el año 2015 la inversión privada anual en I+D sea 6.000 millones de euros más que en el 2009.
- Que en el periodo 2010-2015 se haya duplicado el número de empresas que hacen innovación, incorporando 40.000 empresas más.
- Que el número de empleos de media y alta tecnología aumente en medio millón en el periodo 2010-2015.

Esta Estrategia consta de cinco ejes: generación de un entorno proclive a la innovación, fomento de la innovación desde la demanda pública, proyección internacional, fortalecimiento de la cooperación territorial y capital humano. Estos ejes, se representan gráficamente en un espacio en forma de pentágono, en cuyo centro se sitúa la transferencia de conocimiento.

Los cinco ejes de la Estrategia Estatal de Innovación, describen oportunidades centradas en los mercados presentes y futuros de nuevos productos, procesos y servicios. Esta economía de la innovación pivota sobre un núcleo central, que es el conocimiento y su transferencia, desde aquellos puntos en los que se genera.

Eje financiero

El cambio a un modelo productivo basado en el conocimiento requiere un marco de financiación adecuado que proporcione apoyo a las ideas innovadoras desde el momento de su concepción y primera puesta en marcha hasta su desarrollo y madurez.

Este eje tiene por finalidad favorecer la financiación de las actividades innovadoras mediante la puesta en marcha de instrumentos específicos y favoreciendo la inversión privada en I+D+i. La meta a alcanzar se concreta en que, en 2015, la inversión privada anual en I+D+i sea superior en 6.000 millones de euros a la de 2009.

Eje mercados

En este eje nos ocupamos del fomento de las políticas públicas de compra, como elemento dinamizador de la innovación desde el punto de vista de la demanda. La licitación pública representa el 13% del PIB y, por tanto, esta demanda pública debe comprometerse con el objetivo de fomentar la innovación y con el cambio de patrón productivo. La eficacia en la asignación de los recursos exige que enfoquemos las actuaciones hacia aquellos segmentos en los que el sector público tiene un papel dominante y, por tanto, amplias posibilidades para impulsar la innovación a través de la compra pública innovadora. La compra pública innovadora, facilitada mediante la ley de contratos del sector público, supone un poderoso instrumento para la consecución de los objetivos planteados en esta Estrategia.

Con estas consideraciones hemos identificado los siguientes mercados innovadores:

- Economía de la salud y economía asistencial que cubre el amplio campo de los servicios dirigidos a la salud y al bienestar de los ciudadanos.
- Economía verde, que comprende la economía del medioambiente y de las energías limpias y que plantea como enfoque para abordar de manera conjunta y coherente la triple crisis de los sistemas financiero, energético y ecológico.
- Industria de la ciencia entendida como el conjunto de actividades especializadas que suministran las grandes instalaciones científicas y tecnológicas.
- Modernización de la Administración, comprendiendo todos los servicios públicos, elemento clave del cambio de modelo productivo.

Eje de la proyección internacional

La internacionalización es un aspecto inherente a la innovación puesto que en la sociedad globalizada en la que vivimos no se puede concebir una innovación localizada y limitada al mero contexto nacional. Por otra parte, los cambios que se producen en la demanda por parte de los mercados se absorben mejor por las economías con una fuerte componente internacional, lo que obliga a las empresas a plantearse la dimensión internacional desde su creación y entre los objetivos para su desarrollo, y reclama a las políticas de innovación una inequívoca vocación internacional.

Con el eje de la internacionalización orientamos a facilitar que las empresas innovadoras cooperen con la mayor libertad posible para poder incorporar la estrategia internacional en sus desarrollos y pongan en valor en los mercados internacionales los productos tecnológicos e innovadores desarrollados. Con

estas actuaciones pretendemos alcanzar un mejor posicionamiento de la economía de la innovación española en el contexto global y una mejora en la balanza de pagos tecnológica.

Asimismo, resulta preciso que fomentemos la atracción de empresas de capital extranjero dado el papel relevante que juegan en la inversión en I+D+i financiada y ejecutada por el sector empresarial en España. En esa misma línea, es necesario que realicemos una labor activa de atracción de fondos extranjeros de capital riesgo así como de redes extranjeras de "Business Angels".

En el contexto europeo tiene especial relevancia el Programa Marco de I+D de la Unión Europea, que en sus siete ediciones se ha consolidado como el instrumento paradigmático de cooperación tecnológica europea y ha conseguido ser la herramienta motriz de un intenso intercambio tecnológico y de conocimientos entre todos los países miembros de la Unión Europea y en un esquema verdaderamente internacional, abierto a terceros países. Además, dado el volumen de los fondos manejados, el aumento de nuestra participación en este programa constituye en si mismo un objetivo de primera magnitud.

Eje de la cooperación territorial

La innovación sucede en los territorios, allí donde se asientan las empresas, las instituciones y las infraestructuras. Desde la e2i planteamos establecer mecanismos de gestión que, partiendo de una visión común de los objetivos a alcanzar, nos permitan definir las acciones adecuadas a su consecución en cada momento y lugar, sumando esfuerzos y recursos.

La e2i se concibe como una estrategia común y que, respetando las competencias de las distintas Administraciones Públicas, permita en cada nivel la ejecución de las tareas necesarias para el cumplimiento de los objetivos que formula. Desde el Eje de la Cooperación Territorial, promovemos el reconocimiento del papel esencial de las Comunidades Autónomas y las Administraciones Locales en el desarrollo de la innovación.

La Estrategia Estatal de Innovación se configura como un potente mecanismo de articulación de la actividad innovadora. El despliegue de la innovación en el territorio tiene que combinar la especialización que busca de la excelencia internacional con la universalización para que no se pierdan iniciativas innovadoras porque no encontramos los cauces de apoyo adecuados en el entramado institucional.

Los recursos que desde la Administración General del Estado dedicamos al desarrollo de la e2i en este eje se orientan al objetivo de compartir una estrategia común con las restantes Administraciones Públicas, ejerciendo como agente dinamizador de la innovación.

Eje personas

No hay innovación sin una política de recursos humanos que la promueva. Para que la innovación se produzca es necesario que existan personas capaces de mirar el mundo de forma crítica y distinta.

En el marco de este eje, con la e2i promovemos la mejora de la formación de los recursos humanos y de la provisión de talento investigador e innovador al sector empresarial.

Estos objetivos deben contribuir a mejorar la presencia de las mujeres, a través de programas específicos que tomen en cuenta la dimensión de género como transversal a cualquier política de recursos humanos.

Con todo ello esperamos tener un efecto directo inmediato como consecuencia de la mayor capacidad de innovación de las empresas y uno indirecto a medio plazo derivado de la disposición de interlocutores válidos técnicamente para establecer nexos de unión con entidades de investigación y otras empresas innovadoras tanto nacionales como internacionales.

Esta Estrategia Estatal de Innovación ha sido aprobada por el Consejo de Ministros y constituye la formulación integrada de las actuaciones en materia de innovación para contribuir al cambio de modelo productivo en España, a través del fomento y la creación de las estructuras que faciliten el mejor aprovechamiento del conocimiento científico y el desarrollo tecnológico.

Una de las acciones que materializamos a través de la Estrategia Estatal de Innovación es el **PLAN INNOVACION 2010**, con un presupuesto de 2.600 millones de euros. Este Plan incluye siete convocatorias de concurrencia competitiva, cuatro acciones financieras y tres acciones estructurales, distribuidas a lo largo del pentágono de la innovación, tratando de identificar a algunas de ellas como relevantes para algunos de los ejes.

Dentro de las actuaciones del Plan INNOVACION podemos destacar tres de ellas como ejemplos de "Public Private Partnership":

Con el **programa INNFLUYE** damos apoyo a la creación y consolidación de las plataformas tecnológicas definidas como un foro de encuentro, liderado por la industria, donde se integran todos los agentes del sistema ciencia, tecnología y empresa capaces de definir una visión a corto, medio y largo plazo del sector y que establecen una hoja de ruta en materia I+D+i. Después de cinco años trabajando con el instrumento "plataformas tecnológicas", en este momento, existe una red nacional de medio centenar de plataformas en diez sectores industriales y cuatro acciones estratégicas.

En el ámbito de la salud, encontramos la Plataforma Tecnológica de Nanomedicina y la de Medicamentos Innovadores, ambas dos con una homóloga europea. Además, existe la Plataforma Tecnológica de Mercados Biotecnológicos, la de Tecnologías Sanitarias, Biotecnología Vegetal y la de Sanidad Animal. Estas plataformas nos han permitido vertebrar cada uno de los sectores e identificar las carencias y las oportunidades.

El **Programa INNPACTO**, es una iniciativa de apoyo a proyectos de I+D+i de colaboración público-privada. Con este programa, de nuevo lanzamiento este año, focalizamos la investigación y la orientamos hacia el mercado, valorando la calidad y relevancia del proyecto así en como las características económicas del consorcio. Apoyamos proyectos de fuerte colaboración público privada, y alto compromiso empresarial, con una duración entre dos y cuatro años, con un presupuesto mínimo superior a 700.000€, sin límite superior de presupuesto. Los proyectos son financiados en su totalidad, siendo cada participante responsable ante la administración de sus compromisos técnicos y económicos.

Durante la convocatoria del año 2010 hemos financiado cerca de 200 proyectos, lo que supone un conjunto de aproximadamente 750 beneficiarios y 353 millones de euros de ayuda pública. Los proyectos son mayoritariamente de 3 ó 4 participantes con un presupuesto medio alrededor de 2 millones de euros, aunque un 4% de los mismos supera los 5 millones de euros. El programa cuenta con un alta participación empresarial, lo que significa que el 70% de las ayudas (los préstamos) son para el tejido productivo. Además, hemos detectado una alta participación de agentes públicos y privados de I+D. Entre las áreas de mayor participación destaca la biotecnología, como una de las mas intensivas en I+D y con una proyección de futuro prometedora. Con el programa INNPACTO aportamos al sector salud ventajas que favorecen el entendimiento entre los sectores públicos y privados.

Finalmente, con el **programa INNPLICA** facilitamos la compra pública innovadora en el campo de la salud y de la economía asistencial.

La Compra Pública Innovadora, se define como la compra de un producto proceso o servicio por la administración pública, en el que no existe en el mercado pero es posible desarrollarlo. Esta práctica se recoge en la Ley de Contratos del Sector Público y en el ámbito de la salud tiene que estar basado en dos principios: que exista un beneficio para el paciente y que suponga un ahorro para el sistema sanitario. Con la compra pública innovadora, supone un poderoso instrumento para la consecución de los objetivos planteados en esta Estrategia. La capacidad de compra de las administraciones públicas debe ali-

nearse con la e2i de manera que con la compra pública favorezcamos la innovación y que ésta se traduzca en ganancias en materia de competitividad de nuestra economía.

Para su puesta en marcha, elaboraremos una guía en la que se definan los ámbitos de desarrollo de esta estrategia en los sectores seleccionados y estableceremos indicadores de gestión que nos permitan dar visibilidad y realizar el seguimiento de la compra pública innovadora. En esta guía recogeremos la información correspondiente a los diferentes departamentos ministeriales.

Para el fomento de la contratación pública de empresas innovadoras y, mediante acuerdos específicos para los sectores elegidos, desde el Ministerio de Ciencia e Innovación impulsaremos junto con los Ministerios sectoriales, las políticas de contratación pública innovadora con especial atención hacia las PYMES innovadoras.

Tercera mesa

15 años de Variabilidad Clínica: Gestión y Conocimiento

6. *El Proyecto Atlas de Variaciones en la Práctica Médica en el Sistema Nacional de Salud: recorrido y futuro. Lecciones aprendidas*, Enrique Bernal
7. *De la teoría a la práctica en la variabilidad clínica (ida y vuelta): estrategias de gestión clínica y sanitaria para abordar la variabilidad no deseable*, Jordi Colomer

El Proyecto Atlas de Variaciones en la Práctica Médica en el Sistema Nacional de Salud: recorrido y futuro. Lecciones aprendidas



Enrique Bernal Delgado MD – PhD – MPH – MHEco, por el grupo “Atlas VPM Casi siglo y medio después de que Don Justo Ramón Casasús ejerciera de cirujano-barbero en Petilla de Aragón, Enrique Bernal (Zaragoza, 1964) comenzó su ejercicio de la Medicina de Atención Primaria en esa misma población “*navarro-aragonesa*”.

Hasta llegar al IACS desde Petilla, Enrique Bernal ha ejercido como médico de Atención Primaria, dedicando en esos años un esfuerzo fundamental a la creación de grupos de participación ciudadana que facultasen a la población para resolver sus propios problemas de salud (1988-1992). Se doctoró en Sociología y Psicología a la vez que se especializaba en Medicina Preventiva y Salud Pública (1990-1993), y pasó a ser responsable de calidad dentro de sus funciones

como Técnico de Salud en Teruel (1996-1999), antes de llegar a Jefe del Gabinete del Consejero de Sanidad Alberto Larraz durante el proceso de transferencia de las competencias de Sanidad a la Comunidad Autónoma de Aragón (1999-2003).

Tras el periplo técnico-político, Bernal realiza una estancia investigadora junto con John “Jack” Wennberg (2003-2004), el “padre” de los estudios de variabilidad en la práctica clínica, quien lleva publicando investigaciones en este área desde mediados de los años ’60, y que entre otros galardones y menciones fue declarado “Most Influential Policy Maker of the Past 25 Years” por la Revista *Health Affairs* en noviembre de 1997.

A su regreso, y con el apoyo del VII Programa Marco de Investigación de la Unión Europea y la DGA, se comienza a conformar el proyecto “Atlas VPM”. Actualmente, es Investigador Jefe del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, al proyecto del Atlas se han ido adhiriendo progresivamente todas las Comunidades Autónomas, y ha sido el germen de un “hermano mayor”: el Proyecto “ECHO-Health” (Proyecto Europeo por la Optimización de la Atención Sanitaria).

“El objetivo es cambiar el Mundo, empezando por Europa”, decía en una reciente entrevista de contraportada en Diario Médico. Mientras tanto, mantiene su labor investigadora y docente, forma parte del Consejo Editorial de diversas publicaciones de Gestión Clínica y Sanitaria, y ha formado parte de las Juntas Directivas de la Asociación de Economía de la Salud de 2004 a 2009, siendo su Presidente el último año.

En su participación en el III Congreso de Gestión Clínica, Enrique Bernal (que se autodefinió como “*un investigador con su sesgo incorporado*”) compartió con los asistentes las experiencias de uno de sus trabajos fundamentales en los últimos años: el Atlas de Variaciones en la Práctica Médica, y las aplicaciones que de él pueden derivarse en la Gestión Clínica. Ciertamente, su intervención fue uno de los hitos relevantes del Con-

greso; las conclusiones 4 y 6 del Congreso de las diez generales, y la primera de las dos que resumen esas diez, están directamente relacionadas con la ponencia del Dr. Bernal.



Texto elaborado por el autor en colaboración con Luis-Alberto Ramos Neira, alumno del Máster en Administración y Dirección de Servicios Sanitarios edición número XXI, programa impartido en Madrid por la Fundación Gaspar Casal (FGC) en colaboración con el Instituto de Educación Continua (IDEC) y el Centro de Investigación de Economía de la Salud (CRES) de la Universidad Pompeu Fabra.

El objeto principal de la presentación es demostrar la utilidad potencial de los Atlas de Variabilidad en la Práctica Médica ("Atlas VPM") para la gestión clínica. El Atlas VPM es un proyecto de Investigación. El Dr. Bernal, como Investigador Jefe del IACS, se describió durante la ponencia en el Congreso como "un investigador con mi sesgo incorporado": Al igual que los sesgos son errores que nos desvían sistemáticamente de la verdad científica, el objeto fundamental de los Atlas es conocer la variabilidad injustificada y sistemática desde los puntos de vista geográfico y del proveedor sanitario en las prácticas clínicas.

El Atlas es, pues, una **Red** de investigación colaborativa en servicios sanitarios, cuyos miembros combinan la experiencia en investigación en servicios sanitarios y el conocimiento local desde la perspectiva de la planificación y la política sanitaria regional.

Otras finalidades de los Atlas

- aportar conocimiento acerca de los factores que generan esa variabilidad,
- mostrar áreas de desempeño inadecuado,
- informar las decisiones sanitarias...

...a través del uso del método científico, se pretende especular lo menos posible.

De manera análoga, se ha iniciado en Europa el Proyecto echo-health.eu. Se intenta ver el efecto "sistema sanitario". Hasta la fecha, este proyecto cuenta con la participación de investigadores de Reino Unido, Portugal, Austria, Dinamarca, Eslovenia, Suecia, Países Bajos, Bélgica y Suiza. Todos ellos intentan llevar a cabo un estudio comparativo de sistemas al estilo de lo que el Atlas VPM ha desarrollado en territorio español.

El sustrato de estudio de Atlas VPM, el fenómeno de la variabilidad sistemática e injustificada, pretende ser base de conocimiento para la Gestión Clínica. Los Atlas describen la variabilidad sistemática –consistente en espacio y tiempo, restando efecto al azar; también describen la variabilidad estandarizada– descartadas las causas atribuibles al paciente; el resultado es la variabilidad del **proceder sanitario** en la forma de hacer las cosas (un procedimiento médico-quirúrgico o sus resultados).

La historia moderna de la variabilidad comienza con Glover en los años '30. Es clásica la publicación en *Proceedings of The Royal Society of Medicine* acerca de la incidencia de amigdalectomías en colegiales. Glover observa una sobreutilización de dicha técnica en distintos distritos escolares (cada uno de los cuales estaba adscrito a un facultativo distinto) (FIG 01).

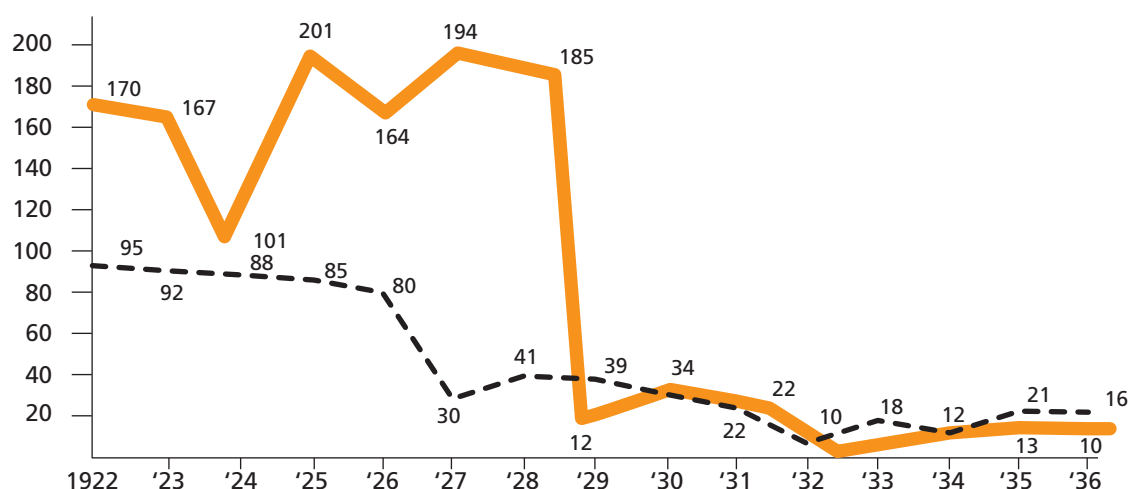
El estudio de Glover sobre la actividad en particular del Dr. Garrow, denota que la entrada en escena de este médico en su distrito produce un radical descenso en el mismo en la tasa de tonsilectomías (FIG 02), adaptándose a la necesidad (la intervención disminuye a la vez que las otitis medias) y reduciendo por tanto las complicaciones: más de 400 niños morían como consecuencia de la intervención quirúrgica. (FIG 03)

Figura 01

Región	Tasa de 1936	Promedio en 1932-1936
Condado galés de Sussex	2,4	2,5
Condado de Hampshire	1,0	1,0
Condado de Rutlad	5,1	5,0
Condado de Cambridge	0,3	0,3
Barrio de Condado de Oxford	3,1	2,2
Barrio de Cambridge	1,0	1,7
Barrio de Royal Timbridge Wells	4,0	3,4
Barrio de Margate	2,5	2,2
Barrio de Ramsgate	0,5	0,5
Distrito urbano de Enfield	4,0	3,8

Figura 02

Figura 1. Barrio de Horney, 1922-1936



Nota: Demostración de la gran reducción del número de tonsilectomía. Los casos no muestran ninguna tendencia al aumento. Línea continua número anual de tonsilectomías. Línea interrumpida números de casos de una media descubierta en exámenes ordinarios y especiales.

Figura 03

Cuadro 6. Defunciones por tonsilectomía practicada a niños menores de 15 años en el quinquenio de 1931 a 1955

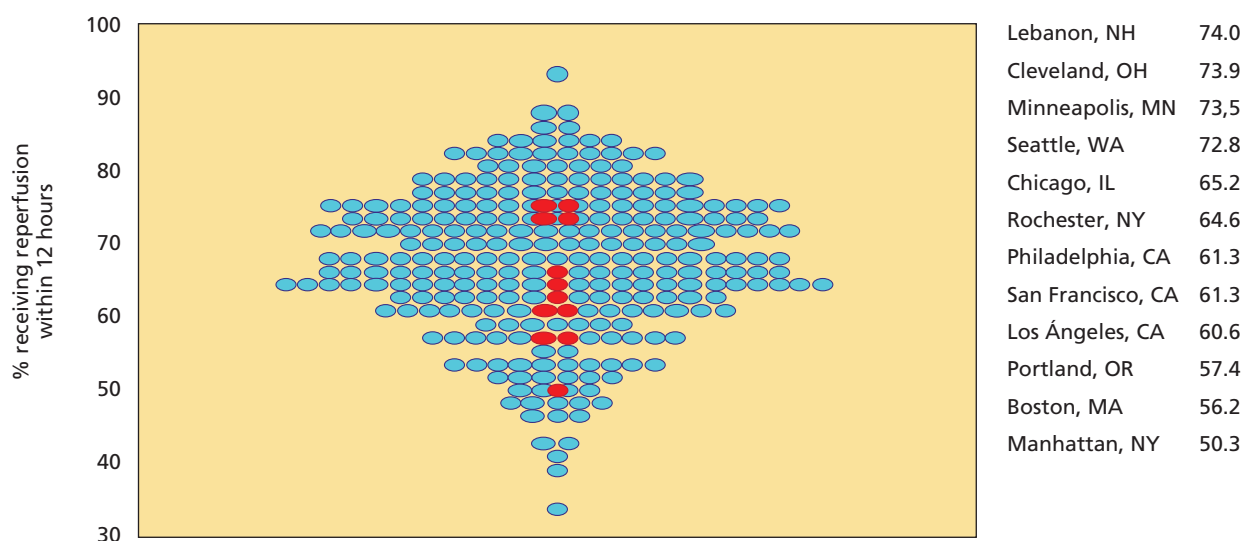
	Niños	Niñas	Ambos sexos
Tonsilectomía (sin especificar)	210	159	369
Adenoides	12	8	20
Hipertrofia de las amígdalas	20	15	35
Quinquenio	242	182	424
Promedio anual	48,4	36,4	84,8

Nota: en los grupos citados (o en otras enfermedades de las amígdalas) se incluyen las defunciones de 85 niños y 56 niñas ocurridas mientras estaban anestesiados relacionadas con la administración de anestesia.

* Información tomada del Examen Estadístico del Archivo General correspondiente a 1935, pág 115 y otra suministrada por el Dr. P. Stocks.

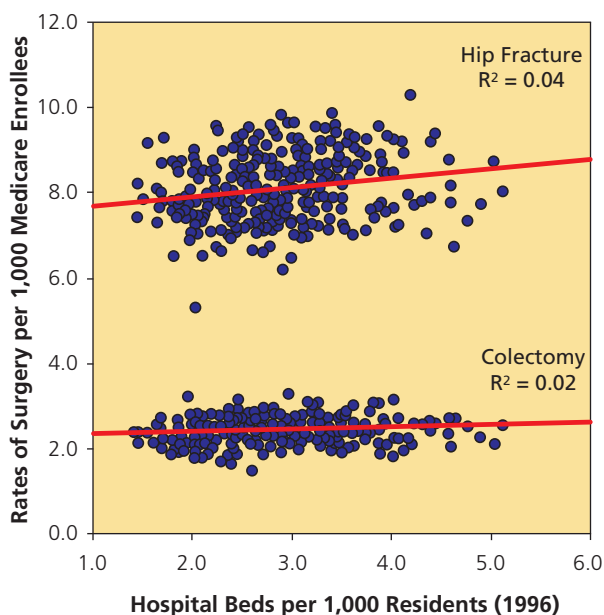
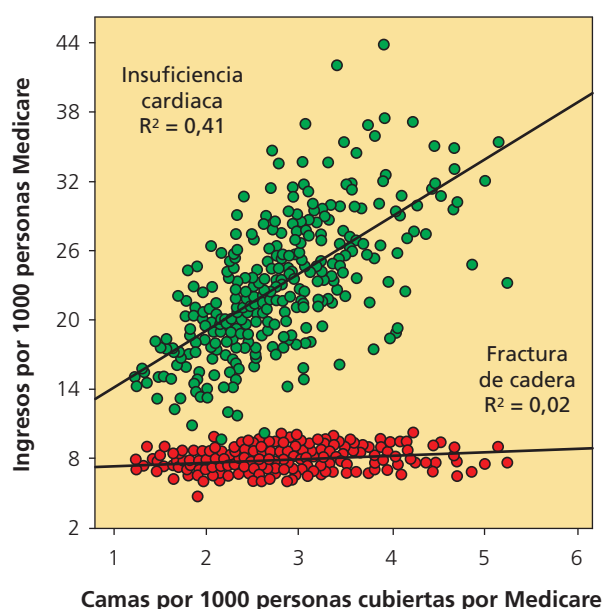
En los años '70, 'Jack' Wennberg describe el mismo tipo de sucesos, y obtiene resultados similares: según el tipo de procedimientos, de tecnología, de organización... Las variaciones tienen consecuencias en el punto de vista de la gestión.

Los cuidados se demuestran **sensibles al conocimiento**: como puede verse en el acceso a la perfusión en Infartos Agudos de Miocardio (IAM) antes de 12 horas (FIG 04).

Figura 04

Los cuidados son también **sensibles a la oferta**: La disponibilidad de camas hospitalarias induce las intervenciones quirúrgicas en fracturas de cadera (FIG 05).

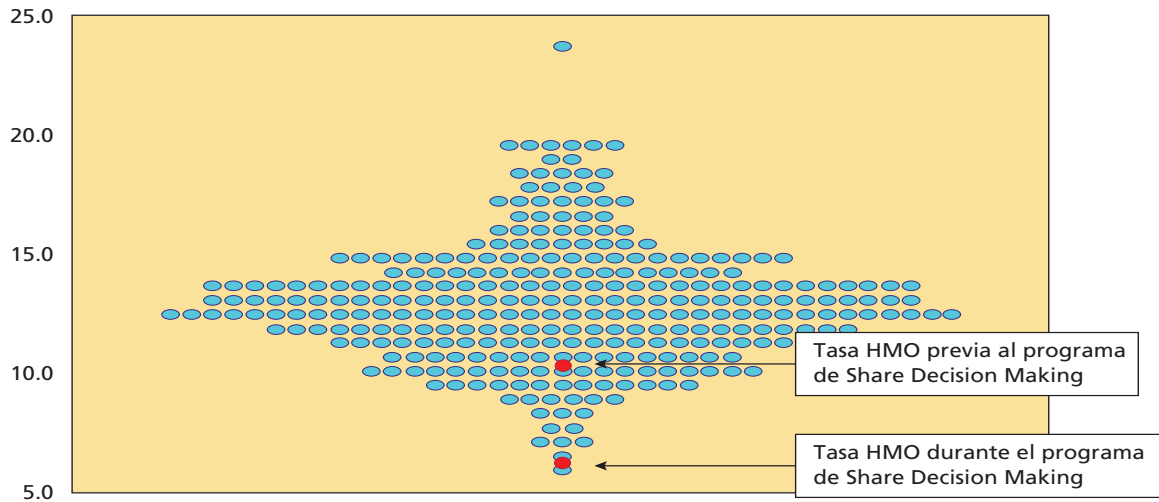
La oferta de servicios explica la variabilidad: las colectomías no dependen del número de camas, las fracturas de cadera tampoco. En otras patologías, como por ejemplo la Insuficiencia Cardíaca Congestiva, el número de camas explica el 41% de ingresos por esta patología (FIG 06).

Figura 05**Figura 06**

Los cuidados pueden, por último, ser **sensibles a las preferencias**. El uso de Resección Trans-Uretral (RTU) antes y después de un programa de toma de decisiones compartida es considerablemente distinto (FIG 07) en los datos de una HMO de Medicare en los años 1992-1993.

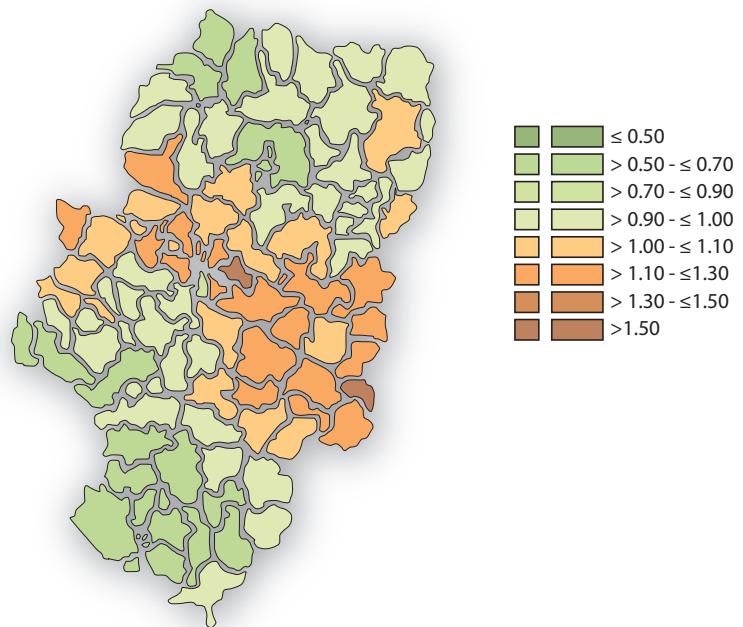
Figura 07

Tasas de RTU en Hipertrofia benigna de prostata por 1000 hombres (Medicare, 1992-93)



Variabilidad en el acceso y en la atención

Wennberg y Fisher sostienen que la mayor parte del gasto en las unidades de mayor gasto es superfluo, y no influye en la calidad de vida de las personas. El acceso de un individuo a un servicio efectivo y seguro depende del lugar donde vive, el resultado, depende del lugar donde es atendido. Por ejemplo: el uso de la Angioplastia Coronaria Transluminal Percutánea (ACTP) se demuestra que depende de dónde vives, aumenta la utilización, pero no disminuye la variación (FIG 08). Sobre el mapa de la Comunidad Autónoma de Aragón, se ve un mayor uso en el recorrido del río Ebro, con una especial concentración en el área metropolitana de Zaragoza.

Figura 08

Otros ejemplos de variabilidad: La prostatectomía (FIG 09), que se mantiene en altas tasas pese a su dudosa eficacia; la mastectomía conservadora (FIG 10); la cesárea (FIG 11), en la que es posible observar como al ajustar o eliminar la variabilidad asociada a "riesgos" previamente identificados, se incrementa aún más esa variabilidad.

En procesos pediátricos, se observa escasa variabilidad cuando la patología tiene indicaciones muy claras (apendicitis), pero muy elevada en diagnósticos como el asma, la otitis, la gastroenteritis, la infección respiratoria de vías altas (FIG 12). Curiosamente, en ancianos se puede observar que la variabilidad aumenta en tramos de edades más avanzadas (FIG 13). Es posible incluso observar cómo en datos que han sido consensuados como "indicadores de calidad" o de seguridad de pacientes también existe gran variabilidad (FIG 14).

Figura 09

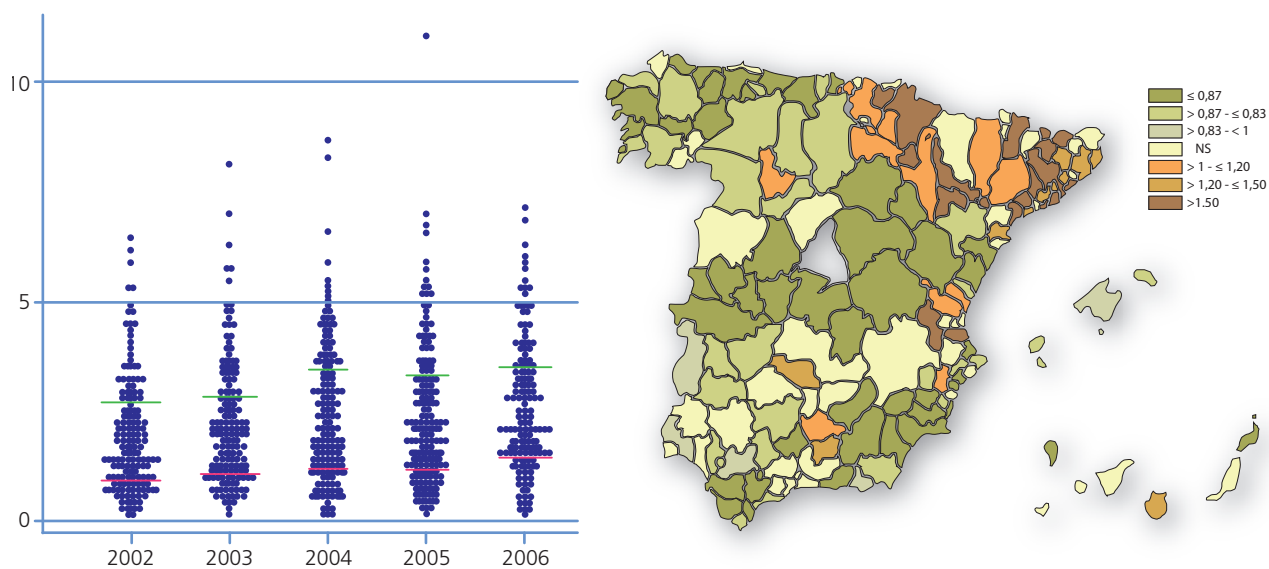


Figura 10

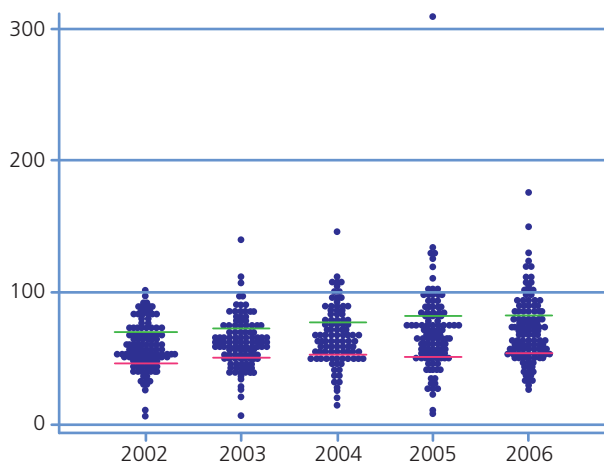


Figura 11

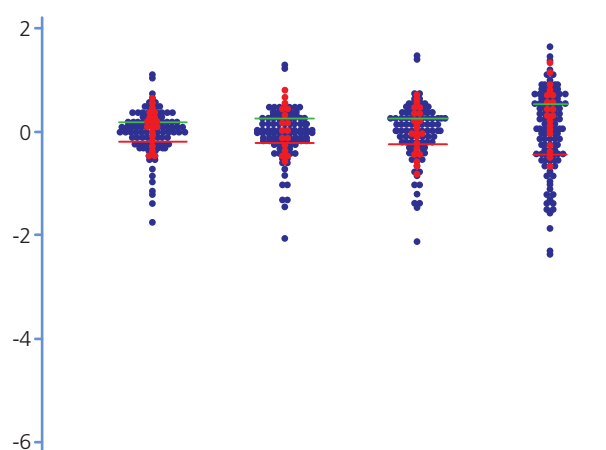


Figura 12

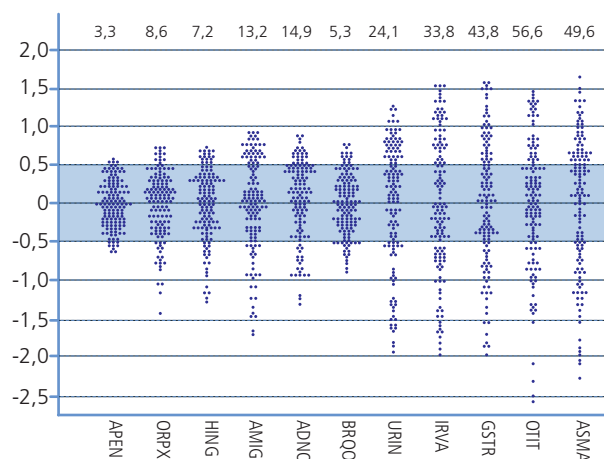


Figura 13

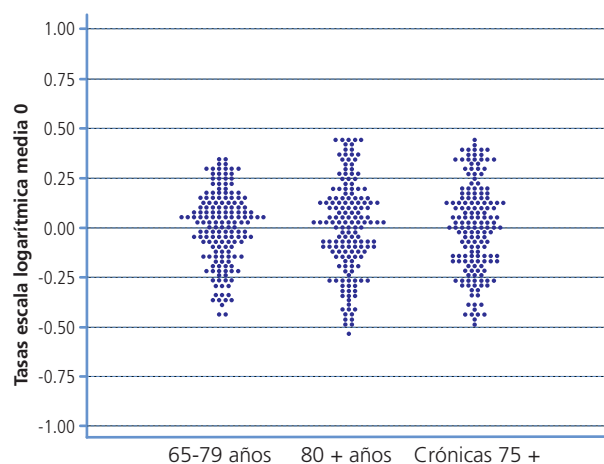
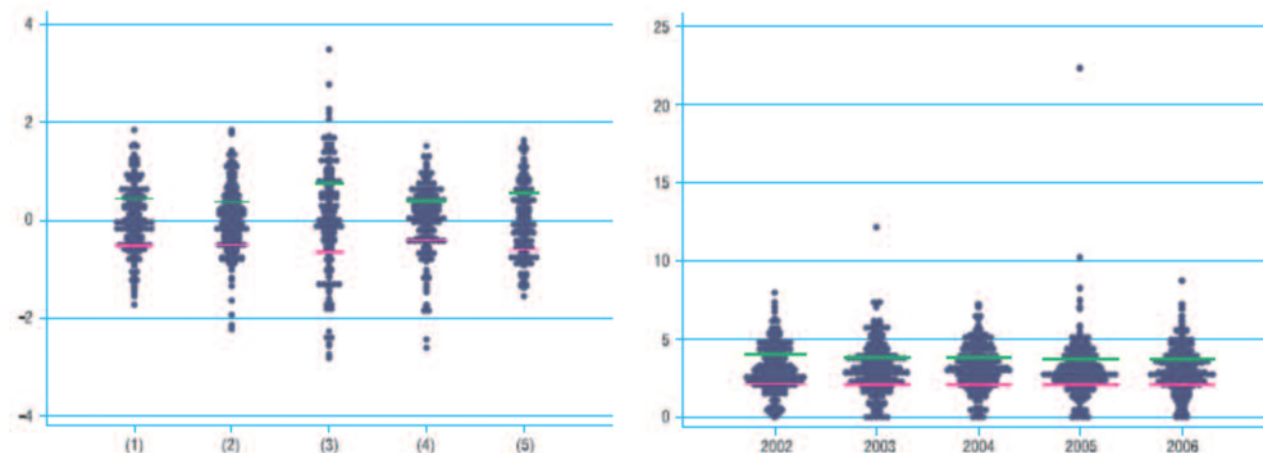


Figura 14



Variabilidad y no-calidad

La variabilidad injustificada produce ineficiencia: el valor (beneficio) de los recursos extra que se destinan a servicios no seguros o de efectividad dudosa es menor que el coste que originan.

Esta afirmación se hace visible, por ejemplo, al estudiar la variabilidad en artroplastias de cadera y rodilla (FIGS 15-17): Los hospitales con menor tasa estaban atendiendo a los pacientes con mayor probabilidad de mejora (en función de su puntuación global en la escala WOMAC).

Figura 15

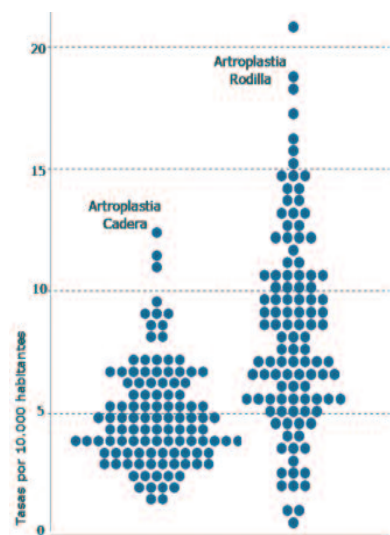


Figura 16

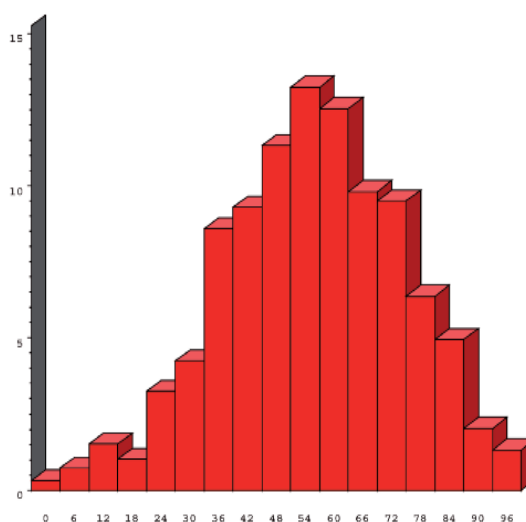
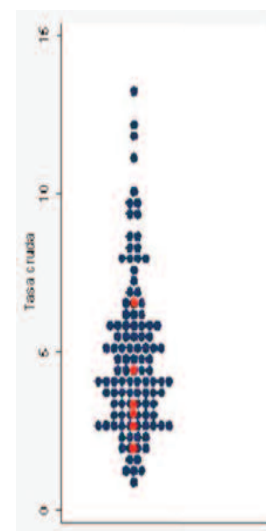


Figura 17



Estrategias de gestión clínica para reducir la variabilidad

Para disminuir la variabilidad sensible al conocimiento:

- Gestión del conocimiento (gestión de pacientes, trayectorias, case-management, disease management, etc.)

- Gestión de las inequidades de acceso: reorganización de procesos, empleo de las TIC, consejo sanitario.
- Compararse con los mejores: perfiles de comparación-utilización, resultados y costes, ligados o no a incentivos (pay for performance).

Si existen dudas acerca de la efectividad y seguridad

- Permitir que las preferencias se expresen: mediante programas de decisión compartida, o técnicas de ayuda a la decisión.

Si la variabilidad es sensible a la oferta:

- Si es por falta de conocimiento, más investigación clínica *en contexto* y más estudios de eficiencia previos a la incorporación de nuevas tecnologías.
- No incentivar “hacer más”: controlar el volumen, más que los precios; establecer sistemas mixtos de pago, con mayor componente capitativo.
- Gestionar la entrada en lista de espera: empleando medidas de beneficio relativo (WOMAC), revisando el uso que se hace de este tipo de medidas y obteniendo retroalimentación.
- De nuevo, y para finalizar: compararse con los mejores.

Discusión:

Si la **epidemiología clínica “humana”** puede definirse como la disciplina científica que estudia la distribución, frecuencia, determinantes, relaciones, predicciones y control de los factores relacionados con la salud y enfermedad en poblaciones humanas, el equipo **Atlas-VPM** ha conseguido desarrollar la disciplina de la **“epidemiología de la variabilidad asistencial”**, estudiando la distribución, frecuencia, determinantes... de los distintos tipos de cuidados sanitarios prestados en los Servicios o Sistemas de Salud.

Mantienen en todo momento potentes herramientas estadísticas y epidemiológicas que facilitan el rigor y consistencia científicas de sus estudios: muestras amplias a partir de datos obtenidos de los informes de alta o GRD de los diversos servicios de salud, tasas ajustadas para eliminar la interferencia que puede provocar en determinados casos la complejidad mayor o menor de cada grupo de casos, etc.

Sería interesante saber si la epidemiología de los cuidados sanitarios podría hacerse extensiva algún día a la epidemiología de la gestión, entendiendo como tal el estudio de los modelos de gestión, indicadores clave de éxito, datos de calidad y eficiencia obtenidos en función de la aplicación de distintas herramientas de la gestión. Un esbozo de lo que sugiero está en los trabajos de Bloom ^(1,2), Dorgan *et al*, para la London School of Economics y McKinsey & Co, que han llegado a algunas conclusiones lapidarias como son: que los mejores resultados en el ámbito de la buena gestión hospitalaria se obtienen en hospitales grandes (> 400 camas) ubicados en un entorno en que compiten con otros grandes hospitales, y cuyos gerentes han sido médicos clínicos con anterioridad.

Lamentablemente, los datos de Bloom se basan en cuestionarios y estudios ecológicos en los que las herramientas estadísticas apenas han entrado. Dicho de otra manera, falta bastante para hacer Ciencia de la gestión a día de hoy; los distintos modelos y teorías necesitan el apoyo de estudios experimentales que conviertan las experiencias personales en datos reproducibles, el empleo de herramientas epidemiológicas al estilo de lo desarrollado por Wennberg primero y por Bernal y el equipo del Atlas VPM en nuestro entorno, podrían ser una buena puerta de entrada.

(1) Nick Bloom, Stephen Dorgan, John Dowdy, John Van Reenen: “Management Practice & Productivity: Why they matter” - Center for Economic Performance – McKinsey & Company (July 2007)

(2) Nick Bloom, Stephen Dorgan, John Dowdy, John Van Reenen, Tom Rippin: “Management Practices Across Firms and Nations” – Centre for Economic Performance, London School of Economics (June 2005)

Bibliografía destacada en PubMed (19 artículos en los 5 últimos años)

1. The quality of the National Health System: basis for its desirability and sustainability.
Bernal-Delgado E, Ortún-Rubio V. *Gac Sanit.* 2010 May-Jun;24(3):254-8. Epub 2010 Mar 15. Spanish.
2. Is hospital discharge administrative data an appropriate source of information for cancer registries purposes? Some insights from four Spanish registries.
Bernal-Delgado EE, Martos C, Martínez N, Chirlaque MD, Márquez M, Navarro C, Hernando L, Palomar J, Izarzugaza I, Larrañaga N, Mokoroa O, Tobalina MC, Bidaurreazaga J, Sánchez MJ, Martínez C, Rodríguez M, Pérez E, Chang YL. *BMC Health Serv Res.* 2010 Jan 8;10:9.
3. Variability in Spanish National Health System hospital emergency services utilization.
Peiró S, Librero J, Ridao M, Bernal-Delgado E; Grupo de Variaciones en la Práctica Médica en el Sistema Nacional de Salud. *Gac Sanit.* 2010 Jan-Feb;24(1):6-12. Epub 2009 Oct 31.
4. Effectiveness, variation and inequalities. Hysterectomies and prostatectomies due to neoplasm in Spain (2002-2004)].
Peiró S, Meneu R, Bernal-Delgado E. *Rev Esp Salud Publica.* 2009 Jan-Feb;83(1):109-21.
5. Is there much variation in variation? Revisiting statistics of small area variation in health services research.
Ibáñez B, Librero J, Bernal-Delgado E, Peiró S, López-Valcarcel BG, Martínez N, Aizpuru F. *BMC Health Serv Res.* 2009 Apr 2;9:60.
6. Geographical bias in the inhospital mortality estimated by the Hospital Morbidity Survey.
Librero J, Peiró S, Ridao-López M, Bernal-Delgado E. *Rev Esp Salud Publica.* 2008 Nov-Dec;82(6):703-9.
7. How can we improve effectiveness (quality) by reducing the gap between research and action? 2008 SES-PAS Report.
Bernal Delgado E. *Gac Sanit.* 2008 Apr;22 Suppl 1:19-26.
8. Abstracts in high profile journals often fail to report harm.
Bernal-Delgado E, Fisher ES. *BMC Med Res Methodol.* 2008 Mar 27;8:14. Review.
9. Time-trend and variations in the proportion of second-eye cataract surgery.
Hoffmeister L, Román R, Comas M, Cots F, Bernal-Delgado E, Castells X. *BMC Health Serv Res.* 2007 Apr 13;7:53.
10. Assigning ambulatory patients and their physicians to hospitals: a method for obtaining population-based provider performance measurements.
Bynum JP, Bernal-Delgado E, Gottlieb D, Fisher E. *Health Serv Res.* 2007 Feb;42(1 Pt 1):45-62.
11. Setting health services research priorities in the public health system. An approach through expert consensus.
Bernal-Delgado E, Peiró S, Sotoca R. *Gac Sanit.* 2006 Jul-Aug;20(4):287-94. Spanish.
12. The value of information and information as a value.
Peiró S, Cervera-Casino P, Bernal-Delgado E. *Gac Sanit.* 2006 Mar-Apr;20(2):168-70.
13. The quality of care in shoulder pain. A medical audit.
Marín-Gómez M, Navarro-Collado MJ, Peiró S, Trenor-Gomis C, Payá-Rubio A, Bernal-Delgado E, Hernández-Royo A. *Gac Sanit.* 2006 Mar-Apr;20(2):116-23.
14. What incentives foster hospital use in the National Health Service?.
Peiró S, Bernal-Delgado E. *Gac Sanit.* 2006 Mar;20 Suppl 1:110-6. Review.
15. Selective serotonin reuptake inhibitors in childhood depression: a soap opera that reflects serious problems of drug safety.
Peiró S, Cervera P, Bernal-Delgado E. *Gac Sanit.* 2005 Sep-Oct;19(5):401-6.
16. Evidence based educational outreach visits: effects on prescriptions of non-steroidal anti-inflammatory drugs.
Bernal-Delgado E, Galeote-Mayor M, Pradas-Arnal F, Peiró-Moreno S. *J Epidemiol Community Health.* 2002 Sep;56(9):653-8.
17. Research and advertisement. Differences in the effectiveness of alendronate according to risk groups.
Peiró S, Ortún Rubio V, Meneu R, García-Altés A, Ridao M, Bernal Delgado E. *Aten Primaria.* 2001 Apr 30;27(7):528-30.
18. Preventive activities in primary health care: identifying the agreement among evidence-based guidelines.
Gosalbes Soler V, Márquez Calderón S, Maiques Galán A, Latour Pérez J, Bernal Delgado E, Puig Barberá J, Arranz Lázaro M. *Med Clin (Barc).* 2000;114 Suppl 2:88-92.
19. The association between vasectomy and prostate cancer: a systematic review of the literature.
Bernal-Delgado E, Latour-Pérez J, Pradas-Arnal F, Gómez-López LI. *Fertil Steril.* 1998 Aug;70(2):191-200.

Recursos de Interés relacionados con el trabajo presentado por Enrique Bernal:

www.atlasvpm.org – Página Web del proyecto Atlas de VPM

www.echo-health.eu – Página homóloga del Proyecto Europeo por la Optimización de la Atención Sanitaria, también presentado en el Congreso.

<http://twitter.com/atlasvpm> - Perfil en Twitter del proyecto Atlas de VPM, que informa en “tiempo real” acerca de las actualizaciones de relevancia en relación con el Proyecto.

«El Médico que quiere cambiar el Mundo» – Entrevista de Rosalía Sierra en contraportada de “Diario Médico”, 21 de septiembre de 2010.

De la teoría a la práctica en la variabilidad clínica (ida y vuelta): estrategias de gestión clínica y sanitaria para abordar la variabilidad no deseable



Jordi Colomer. Doctor en Medicina y Cirugía. Especialista en Cirugía General y Digestiva. Diplomado en Bioestadística. Diplomado en Gestión Sanitaria EADA, IESE. Cirujano y Director Gerente en el Hospital Viladecans, Institut Català de la Salut. Ha dirigido durante los últimos veinte años los Hospitales de Mataró y Valle de Hebrón, y Director General de las Fundaciones Privada, de Gestión Hospitalaria y de Recerca del Hospital de Santa Creu y San Pablo, donde ha introducido importantes procesos de cambio y reformas tanto estructurales como organizativas de gran calado. Ha liderado tres señalados congresos nacionales de gestión clínica en 1996, 2003 y 2010. En la actualidad comparte la faceta clínica y de consultor independientes en sistemas de información, gestión clínica y formador en habilidades directivas.



Texto elaborado por el autor en colaboración con Isabel Blasco González, alumna del Máster en Administración y Dirección de Servicios Sanitarios edición número XXI, programa impartido en Madrid por la Fundación Gaspar Casal (FGC) en colaboración con el Instituto de Educación Continua (IDEC) y el Centro de Investigación de Economía de la Salud (CRES) de la Universidad Pompeu Fabra.

En la historia reciente de la ciencia, hay un momento muy importante que se produce a finales de los años 80' y principio de los 90' en el que aparece una gran innovación tecnológica que a veces ha pasado desapercibida que es la invención del portátil; esta situación permitió almacenar gran cantidad de información y que esta además de ocupar poco espacio pudiera ser llevada con cierta facilidad de un lugar a otro, incluso a gran distancia. Esta posibilidad de almacenar grandes cantidades de información cuestionó cosas que estaban muy contextualizadas en la relación médico-paciente. El paciente podía entender que él no supiera de medicina pero se objetivó que para una misma patología, 3 médicos podían decirte cosas diferentes:

“el ejemplo claro lo tenemos en las lesiones artrósicas de cadera en que un médico te prescribe antiinflamatorios, otro te manda a nadar y un tercero te quiere operar”

Conceptualmente se venía de los Principios de la Medicina Tradicional o Medicina basada en la anécdota en la que un médico cura, dos dudan, tres muerte segura. Ante estos principios, se tuvo que establecer por ley la segunda opción y ver la situación en que se encuentra el médico en la actualidad que se ha transformado en la Medicina Deliberativa

La Gestión Clínica como es entendida por algunos es la adaptación de la Medicina a esta nueva situación en que el conocimiento no está basado en la fisiopatología, la opinión formal y la investigación no estructurada sino en la evaluación de resultados, de TUS resultados; de la investigación estructurada y de saber leer artículos para tus pacientes.

Esta Gestión Clínica se sustenta sobre tres niveles:

- Investigadores: son los que generan y producen conocimiento.
- Profesionales (médicos, enfermeras, farmacéuticos...): que aplican el conocimiento.
- Gestores: como facilitadores entre ambos, aunque a veces se tiene la sensación que no lo parecen.

Cada uno a su nivel, debería intentar ayudar a adaptarse a esta medicina que viene empujada por un puro desarrollo tecnológico que son los sistemas de información

La Gestión Clínica es condición necesaria de los nuevos modelos organizativos, de la nueva gestión pública y de los profesionales que necesitan habilidades no técnicas, pero la Gestión Aplicada a la Clínica se basa en estos nuevos instrumentos que representan el hecho de tener mucha información y saberla tratar y analizar, cosa que no es fácil pero creemos que hay gente preparada para eso y hablamos entonces de Variabilidad de la práctica clínica, epidemiología clínica, medicina basada en la evidencia, coste-efectividad.

Si no hay otra alternativa, la transparencia, la rendición de cuentas, la seguridad de los pacientes (ahora descubrimos que se nos mueren los pacientes porque no nos lavamos las manos y Semmelweis lo sabía hace muchos años), los límites del estado de bienestar que aun tensionará más en este sentido para este tipo de Gestión Clínica.

La condición de nuevos modelos organizativos, es condición necesaria pero no suficiente si no se aplica todo lo anterior.

El Dr. Muir Gray explicó gráficamente que es necesario un cambio cultural para que se dé el cambio organizativo y al final es el ajuste fino el que le da sentido; ya que cuando se hace gestión, se establece un estrategia que no son solo cambios organizativos o la modernización de la administración pública o poner *internet* o accesos a sistemas de información, deben ser los cambios culturales que son mucho mas profundos los que producen la transformación del sistema.

La Medicina Basada en la Evidencia, por ejemplo, se cuestionaba la jerarquía del conocimiento, y antes se ha dicho que Internet pone al mismo nivel al catedrático que al paciente o al residente; en este momento eso no es fácil de asimilar para los catedráticos que a veces son "figuras" en el hospital.

Otra cosa que de alguna manera sabemos ahora y que cuestiona la relación medico-paciente es que muchas veces la autoridad basada en la ignorancia es usada como "autoritarismo", en la actualidad la autoridad no entendida como poder; que son cosas distintas, la autoridad la da el conocimiento y esto es lo que los pacientes quieren.

Hay muchos mas pacientes de los que confiesan, que antes de ir al médico tienen una relación íntima con el PC' y busca de "su" enfermedad aquello que puede ser y pone a prueba al médico para ver si sabe la ultima terapéutica, a pesar de todo el médico que sabe más, no sabe más que el paciente que solo sabe de su enfermedad.

El Dr. David Sackett nos descubrió y es muy importante que hay que elaborar el propio conocimiento porque no sabes si lo que te han enseñado y explicado en la época de formación medica vale la pena o no, encima no se tiene la seguridad de que a la larga sea bueno o nos haga empeorar a los pacientes; es muy importante hacer esa elaboración propia del conocimiento y eso no es fácil con el agravante de que hay mas de 100.000 revistas medicas para leer y si además no sabes como leerlas pues la cosa se agrava y se hace imposible.

Por tanto haciendo honor a Cochrane “hubiera sacrificado gustosamente mi libertad a cambio de algunos conocimientos”. Parte de esta libertad la perdemos cuando hacemos caso a eruditos de diferentes materias o leemos revistas con pensamiento crítico para luego hablar de nuestros propios pacientes.

Dado el mundo de la gestión en el que estamos en los últimos años y si queremos hacer cambios vemos que hay cosas que tienen un bajo o un alto impacto en el negocio y a su vez que resultan fácil o difícil su implantación:

Por lo primero que se empieza suele ser por aquello que tiene bajo impacto en el negocio y que es fácil de implantar que en el caso de la Gestión Clínica suelen ser la logística y las compras o la investigación y la docencia que le suelen dar pedigrí al hospital y mantienen entretenidos a los trabajadores.

Con estas situaciones el impacto de ahorro es muy pequeño sobretodo si pensamos que del 100% del presupuesto el 70% se va en salarios de profesionales y del 30% restante si le quitamos farmacia lo que nos queda es ridículo.

Esta es la gestión “fácil”, pero ¿cuál es la “dura”? ir a los resultados: a la supervisión de los servicios asistencias y por ello lo dejamos en un segundo termino y a veces no se llega ni a tocar.

Usando criterios de Variabilidad de Práctica Clínica se intentó reducir las listas de espera en un hospital terciario (Hospital Universitario Vall d’ Hebrón, Barcelona) y para ello se pusieron en marcha tres tipos de actuaciones:

1ª Actuación: Se llamó por teléfono a los domicilios para ver si los pacientes seguían vivos: de esta manera un poco tajante se quitó gente de la lista de espera.

2º Actuación: Se hizo una criba un poco mas elaborada: se tuvo en cuenta que este hospital terciario, el 105 de las patologías tenían un peso relativo elevado y si además se tenga en cuenta que era un hospital comunitario donde se atendían partos y cataratas de su población de referencia, se observó que algunos de estos procedimientos también se realizaban a personas cuya residencia estaba a más de 300 Km. de distancia o incluso eran de otras comunidades.

Se informó a estos pacientes de la posibilidad de operarse en su hospital de referencia y dejar el hospital terciario para aquellas patologías de mayor complejidad por ancianidad o por re-prótesis, de manera que estas segundas intervenciones si serian realizadas en este centro.

3º Actuación: Priorizar: dando apoyo al clínico para revisar el caso y era el propio médico el que se daba cuenta que no era necesario operar y de esta manera también se ayudó a reducir la lista de espera. Incluso se encontraron un 10% de pacientes que estaban peor que antes de operarse

Todo lo anterior fue agotador.

En esta situación de crisis, todos podemos aportar nuestros granos de arena:

- *los ciudadanos*: asumiendo responsabilidades y con solidaridad haciendo hincapié en los objetivos de salud individual y colectiva que son tan difíciles de conseguir (fumar menos, hacer ejercicio...).
- *los profesionales*: deben ocuparse de la efectividad y de la corresponsabilidad en sus decisiones.
- *los políticos* de una saludable financiación.
- *los gestores* deben preocuparse por la eficiencia o más por el cómo que no por el qué se hace.
- *los sectores económicos* evitando ganancias marginales en salud sin inducir la demanda.

Es necesario ser optimista racional, de manera que debemos mirar hacia delante y luchar para hacer las mejoras.

Como complemento a lo anterior, hoy hay un tema grave en la mayoría de nuestros hospitales y que si no se producen reformas en la Administración Publica no podremos mejorar, ya no solo en la productividad sino en la Competitividad y en la Competencia, porque es de destacar la cantidad de gente que trabaja en un estado tan disfuncional como el nuestro y tan poco equilibrado, donde el Estado es un empresario que posee herramientas del siglo XIX.

No se ha hecho nunca una reforma de la Administración Pública y este será un tema que necesitaremos conocer en su contexto y deberemos poderlo cambiar; hay algunas comunidades autónomas en España que intentan hacer una nueva Gestión Pública con nuevos elementos, pero que mientras sean minoritarios pueden acabar mimetizados debido al gran numero de hospitales clínicos que los rodean.

El entorno se vuelve hostil ya que cualquier excusa es poca para intentar poner en evidencia que se disponen de pocos indicadores para medir la actividad de los médicos y además los pocos que tenemos a veces no nos sirven; en el artículo publicado en abril de 2009 "why 'quality' care is dangerous" se concluía que los indicadores que se usan para medir a los médicos es mejor que no se hagan ya que con la tendencia a seguir los protocolos y de intentar que los pacientes tengan una glucosa adecuada, se observaba que los pacientes se morían mas si sus glucemias estaban controladas, de manera que sí se cumplía el protocolo pero el médico tenía unos indicadores pésimos.

Si se intenta explicar a los ciudadanos esta situación se llegan a conceptos tan dispares como la efectividad y la popularidad, mezclándose en base a que se basa en la creencia de que es más efectivo porque la población cree que es mas efectiva, cuidado con las palabras polisémicas en bocas de diferentes interlocutores.

Pero vemos que EL SISTEMA ES INSOSTENIBLE PERO ETERNO porque da la sensación que estamos todo el tiempo cambiando las cosas pero realmente no pasa nada.

Cuarta mesa

Gestión Clínica basada en la efectividad clínica

8. Evaluación de la Efectividad: determinantes del proceso asistencial: el ejemplo

del stent coronario farmacoactivo, Gaietà Permanyer

9. Efectividad de la Atención Especializada a la Población Mayor,

Jesús López Arrieta

10. Una nueva forma de trabajar que mejora las decisiones,

Joaquim Camprubí

Evaluación de la Efectividad: determinantes del proceso asistencial: el ejemplo del stent coronario farmacoactivo



Gaetà Permanyer Miralda es cardiólogo clínico. Comenzó su actividad clínica en el Servicio de Cardiología del Hospital Vall d'Hebron (Barcelona) en 1972, donde ha permanecido hasta el año 2007. Desde entonces es Facultativo Emérito del mismo centro hospitalario.

En 1994 comenzó a coordinar la Unidad de Epidemiología del servicio de Cardiología del Hospital Vall d'Hebron, que es actualmente grupo CIBER de Epidemiología y Salud Pública. Dicha unidad, liderada actualmente por el Dr. Ignacio Ferreira González se ha dedicado fundamentalmente a la investigación de resultados clínicos y de servicios sanitarios. Con su excelente y vasto trabajo ha contribuido especialmente al conocimiento de los resultados de la cirugía coronaria en Cataluña a través de los estudios **CIRCORCA** y **ARCA**, al desarrollo de estudios

de calidad de vida tras angioplastia y *stent* coronarios mediante el estudio **QUALISTENT** y en el curso de la insuficiencia cardíaca mediante los estudios **INCA** e **ICQOL**.

Durante este tiempo ha coordinado un estudio observacional sobre la atención al síndrome coronario agudo en 50 hospitales españoles (registro **MASCARA**). Ha contribuido al conocimiento y análisis de las variables de resultado combinadas gracias a una colaboración con la Universidad McMaster, de Ontario. Dentro de esta importante actividad científica destaca el estudio **ACDC**, cuyo investigador principal es Ignacio Ferreira, centrado en la evaluación del manejo de pacientes con *stent* coronario liberador de fármacos en España que sirve como base a la reflexión desarrollada en este capítulo. Algunos de estos estudios, además de alcanzar una importante repercusión nacional, han sido divulgados a nivel internacional, siendo referencia en su campo.

Durante su etapa de investigación clínica ha participado activamente en diferentes líneas de investigación sobre la evolución a largo plazo de diversas cardiopatías, entre ellas enfermedades del pericardio, valvulopatías y endocarditis infecciosa. Algunos de los trabajos realizados a partir de estas investigaciones se han incorporados a Guías de práctica clínica de la American Heart Association o ha sido citados en libros de texto de prestigio internacional como bibliografía básica. En el caso de las enfermedades del pericardio, las contribuciones desarrolladas por su grupo han supuesto su consideración como conceptos básicos para su manejo clínico.

Además durante los años 2006 y 2010 ha trabajado como jefe de grupo CIBER de Epidemiología y Salud Pública, integrado en la Unidad de Epidemiología del servicio de Cardiología del Hospital Vall d'Hebron.

Desde 2007 colabora, en calidad de asesor, con la Agencia de Evaluación de Tecnología Médica de Cataluña, participando actualmente en un proyecto sobre la valoración del impacto social de la investigación biomédica.

Tanto en su actividad profesional como en sus inquietudes personales y aficiones ha sido siempre un hombre de frontera: es decir, ha compartido valores, criterios y preferencias de territorios y sistemas adyacentes sin identificarse plenamente con ninguno de ellos.



Texto elaborado por el autor en colaboración con José Angel Cortés Márquez, alumno del Máster en Administración y Dirección de Servicios Sanitarios edición número XXI, programa impartido en Madrid por la Fundación Gaspar Casal (FGC) en colaboración con el Instituto de Educación Continua (IDEC) y el Centro de Investigación de Economía de la Salud (CRES) de la Universidad Pompeu Fabra.

El *stent* coronario liberador de fármacos o farmacoactivo (SCF) fue acogido, en el momento de su aparición y tras los primeros ensayos clínicos que evaluaron su uso, como una revolucionaria innovación que resolvía lo que hasta entonces se había denominado el talón de Aquiles del intervencionismo coronario percutáneo: la elevada tasa de re-estenosis tras la intervención. En efecto, ya poco tiempo después de la introducción de la angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP) se vio que un problema que de alguna manera empañaba la brillantez frecuente de los resultados en términos terapéuticos era la reaparición de estenosis en el punto dilatado mediante la intervención en una proporción importante de casos. De hecho, se acepta que un proceso proliferativo (hiperplasia neointimal) es constante tras la angioplastia, siendo aquellos casos en los que la proliferación es más prominente los que se catalogan como re-estenosis por criterios clínicos o angiográficos. En el primer año tras una angioplastia convencional con balón la tasa de re-estenosis clínica o angiográficamente relevante puede alcanzar o superar la cuarta parte de pacientes tratados. La introducción del *stent* coronario convencional representó una reducción importante de esta tasa de re-estenosis; sin embargo, se mantenía significativa, siendo por ejemplo de 5,9% en un seguimiento de hasta 3 años en un estudio de práctica clínica real (¹). La introducción del SCF tuvo por consecuencia una reducción adicional del riesgo de re-estenosis, registrándose en la mayoría de ensayos clínicos (^{2,3}) tasas bien inferiores al 5%. En el estudio de vida real antes mencionado la tasa de re-estenosis observada con SCF fue de 3,6%, siendo el riesgo relativo de re-estenosis de 0,40 con respecto al *stent* convencional. En la mayoría de trabajos se han observado cifras consistentes con estos hallazgos. Es de destacar que ningún ensayo clínico ha demostrado que el uso de SCF se asocie a una reducción de acontecimientos mayores, como muerte o infarto de miocardio, limitándose su ventaja a reducir las probabilidades de nueva revascularización, lo que ya es un considerable beneficio. No obstante, sigue siendo un fenómeno interesante y aún insuficientemente explicado que en los estudios observacionales sí se ha hallado una reducción de muerte e infarto mayor con SCF que con *stent* convencional (^{4,5}). Ya inmediatamente después de su introducción, el SCF alcanzó unas espectaculares tasas de uso, siendo adoptando como primera elección para la revascularización miocárdica percutánea por la mayoría de cardiólogos intervencionistas (⁶⁻⁸).

A las innegables ventajas de su uso, y frente al entusiasmo indiscriminado de muchos, hay que añadir inconvenientes que hacen que el SCF sea un buen ejemplo de las más recientes tecnologías sanitarias, que suelen representar un beneficio cierto o dudoso, pero limitado, costoso y asociado a alguna nueva incertidumbre. En efecto, el coste del SCF es mucho más alto que el del *stent* convencional, pudiendo todavía debatirse las condiciones que debería cumplir para ser una alternativa coste-efectiva (⁹), pero además plantea algunos problemas clínicos que hacen que su elección como procedimiento terapéutico no sea siempre fácil. De hecho, esta situación representa que, lejos de ser una indicación homogéneamente indiscutible, el SCF requiera, para su uso adecuado, alguna de las actividades de gestión clínica, como el acuerdo o convenio entre profesionales de distinto nivel y la supervisión de sus actividades.

En el presente comentario se analizan, desde el punto de vista de la gestión clínica, dos cuestiones relacionadas con el uso del SCF y que plantean a menudo dudas en su indicación y en el manejo de los pacientes portadores del dispositivo: las llamadas indicaciones *off label* y el cumplimiento de la doble medicación antiagregante indicada tras la implantación de SCF. Son dos de los hechos que justifican cautela en su uso y se hallan ambas relacionadas con el principal problema asociado al SCF: la posibilidad de trombosis tanto precoz como tardía. Ésta es una complicación, si no frecuente (se ha estimado como del orden de 2% a los 3 años (¹⁰)) tampoco excepcional (¹¹⁻¹⁴), y de consecuencias a menudo dramáticas (infarto de miocardio o muerte) y que justifica la recomendación de doble medicación antiagregante con aspirina y clopidogrel du-

rante varios meses, generalmente un año o incluso más. A su vez, el riesgo de trombosis ha impulsado la investigación innovadora del SCF, que es una tecnología en constante evolución ^(15,16) en un intento, hasta ahora con éxito probablemente parcial ⁽¹⁷⁾, de obtener modelos menos trombogénicos.

Las indicaciones *off-label*

Una particularidad del uso del SCF es la siguiente: en la práctica clínica real, el SCF se usa mucho más frecuentemente para indicaciones no aprobadas por las agencias reguladoras, específicamente la FDA americana (*off label*), que para las aprobadas (*on label*). En muchos países, la tasa de uso en indicaciones *off label* supera el 60% y puede alcanzar el 80%. La cuestión es importante porque plantea preguntas sobre cuál es la autoridad de esa agencia y sobre el marco conceptual de decisiones y valores de la comunidad profesional. Los ensayos clínicos fundamentales que establecieron la eficacia del SCF y llevaron a su aprobación se habían realizado, como es previsible en los ensayos iniciales de una nueva tecnología, con pacientes estrictamente seleccionados: lesiones cortas y *de novo* (o sea, no re-estenosis) en una sola arteria coronaria de calibre no pequeño y en pacientes estables y sin enfermedades concomitantes importantes (por ejemplo, los pacientes diabéticos se hallaban escasamente representados en dichos ensayos) ⁽¹⁰⁾. Estas características se convirtieron en las condiciones para su uso aprobado por la FDA (indicaciones *on label*). Entre las indicaciones *off label* más destacadas figuran ⁽¹⁸⁾, por tanto, las estenosis muy largas, en vasos pequeños e injertos venosos y las re-estenosis. Las lesiones de tronco común, las oclusiones completas y las estenosis en bifurcaciones u ostiales no se incluyen tampoco entre las indicaciones *on label*, así como generalmente tampoco las lesiones multivaso y los procedimientos en el curso del infarto agudo de miocardio. Es importante destacar, ya desde ahora, que bajo el nombre de indicaciones *off label* se halla comprendido un conjunto muy heterogéneo de lesiones y circunstancias clínicas, cada una de las cuales podría requerir una consideración independiente a ciertos efectos. Este hecho puede ser ciertamente causa de confusión si se tiende a considerar las indicaciones *off label* como un todo único. Quizá el término “complejidad”, tanto aplicado a lesiones como a pacientes, sería el que más apropiadamente permitiría diferenciarlas de las *on label*.

¿Cómo se explica que estas situaciones, a pesar de no estar incluidas en las recomendaciones de la FDA, se hayan convertido, incluso en Estados Unidos, en las indicaciones más frecuentes de SCF? Independientemente de los hábitos y actitudes de los profesionales, existe una poderosa razón de orden clínico para entender que para un cardiólogo sea muy atractivo el uso de un dispositivo que prevenga eficazmente la re-estenosis tras su implantación: un buen número de las denominadas indicaciones *off label*, como las lesiones en oclusiones completas, corresponden a lesiones con una mayor propensión a las re-estenosis tras implantación de un *stent* convencional ⁽⁹⁾. De ahí, en parte, la popularidad del SCF para el tratamiento de esas lesiones. Pero, por otra parte, la razón de la FDA para no autorizar el uso en esas circunstancias es haberse sugerido que en su conjunto la tasa de trombosis puede ser mayor (hasta en un 5%) ^(10,19) que en las indicaciones *on label*, y que existen por tanto razones de seguridad para no recomendar el SCF en las mismas.

Un punto esencial de este debate es que la FDA considera que los datos de seguimiento existentes sobre SCF implantados según indicación *off label* son aún insuficientes para modificar el tipo de recomendación emitido frente a la sospecha de menor seguridad, aunque no sean concluyentes en todas esas indicaciones. Por el contrario, la comunidad profesional opina en general que dicho mayor riesgo, de existir, es globalmente asumible frente a las ventajas del SCF. De hecho, por una parte existen cada vez más estudios ⁽²⁰⁻²⁸⁾ que sugieren que en muchas de las circunstancias, aunque no en todas, que se agrupan como indicaciones *off label* el riesgo no es mayor que en las *on label*, si bien al parecer esta conclusión no es aún aceptable para la FDA. Por otro lado, los seguimientos de amplias cohortes en las que se compara el SCF con el *stent* convencional ^(13,29-33) no revelan diferencias globales de muerte o infarto de miocardio entre ambos tipos de dispositivo, un amplio metaanálisis de ensayos clínicos llega a esa misma conclusión ⁽³⁴⁾, y una revisión sistemática reciente ⁽³⁵⁾ no muestra que el resultado tardío en indicaciones *off label* sea, en su conjunto, distinto con SCF o *stent* convencional. Quizá por todo ello, las recomen-

daciones de algunas guías de práctica clínica ⁽³⁶⁾ son lo suficientemente ambiguas o imprecisas como para que el cardiólogo se sienta con libertad para actuar según su mejor juicio individual, mientras que, llamativamente, las más recientes (las de la Sociedad Europea de Cardiología), no plantean casi reservas para el libre uso de las indicaciones *off label* ⁽³⁷⁾. Estas mismas guías, sin embargo, reconocen explícitamente el mayor riesgo de trombosis tardía del SCF, tanto en indicaciones *on label* como *off label*. El riesgo mayor de trombosis tardía con SCF que con *stent* convencional, sin valorarse globalmente inaceptables diferencias de riesgo entre indicaciones *off* y *on label*, parece ser el concepto hoy dominante en la cardiología académica ⁽¹⁵⁾.

El problema puede ser ahí, una vez más, incluir todas las llamadas indicaciones *off label* en un todo único, sin considerarlas individualmente. En cualquier caso, lo que es indudable es que existe una disparidad de criterio sobre este punto entre las recomendaciones de la FDA y la actitud tanto de las sociedades científicas como de los profesionales. Una consecuencia lógica de este hecho parecería ser la exigencia de un juicio particularmente prudente e individualizado frente a las potenciales indicaciones de SCF. El elevado coste de éste no es ajeno a la complejidad de la discusión.

Nuestro grupo está desarrollando el denominado proyecto ACDC, aún pendiente de finalización, alguno de cuyos resultados preliminares aporta datos orientativos sobre la actitud existente sobre este punto en nuestro país. En dicho proyecto ⁽³⁸⁾ participan 29 hospitales españoles en los que se implanta SCF. Entre enero y abril de 2008 se incluyeron 1903 pacientes consecutivos sometidos a implantación de como mínimo uno de esos dispositivos, sin criterios de exclusión. Se observó que la tasa media de indicaciones *off label*, relativa al número total de SCF implantados, era de 61%, con unos valores extremos entre 23% y 89%. En un primer estudio, actualmente en vías de publicación, se analizó esta amplia variabilidad entre centros. Se observaron tres características destacadas: en hospitales públicos sin cirugía cardíaca, la tasa de indicaciones *off label* era mayor, presumiblemente por usarse en SCF en algunas como alternativa a la cirugía; en hospitales privados la tasa era menor que en los públicos y, finalmente, dicha tasa era menor en centros con menor actividad intervencionista que en los más activos. Mediante análisis multinivel se ajustó la variabilidad observada según características de los pacientes (edad, antecedentes, extensión de la enfermedad, número de *stents*) y según características de los centros (privados o públicos, volumen de actividad). La variabilidad no ajustada entre centros, medida según la *odds ratio* mediana, era considerable (1,77). El ajuste según características de los pacientes prácticamente no la modificaba, mientras que la característica que ejercía una mayor influencia independiente sobre la variabilidad global era el que el centro fuera de gestión privada. Sin embargo, a pesar de todos los ajustes, la variabilidad residual observada era aún llamativa (1,62).

Estos hallazgos sugieren que la variabilidad observada en hospitales españoles en la implantación de SCF según indicaciones *off label* depende poco de las características de los pacientes y de los centros (salvo del carácter público o privado de su gestión). Puede plantearse la hipótesis de que guarde relación con características del proceso asistencial o las preferencias individuales de los cardiólogos y puede, en parte, reflejar las discrepancias existentes entre los distintos organismos reguladores, autoridades científicas y el colectivo profesional.

Cumplimiento de la doble medicación antiagregante

Una segunda cuestión relativa al uso del SCF que guarda relación con la gestión clínica es el cumplimiento del doble tratamiento antiagregante (DTA). Cuando hace unos pocos años se adquirió conciencia de la importancia y frecuencia relativa de la trombosis del SCF, se llegó a la observación de que ésta era más frecuente en aquellos pacientes que durante el primer año tras la implantación habían interrumpido la DTA, en particular el clopidogrel ^(14,30,39,40). De esta observación se ha llegado al consenso de que el mantenimiento de la DTA ⁽⁴¹⁾ durante un período mínimo de habitualmente un año es un requisito obligado para la prevención de la trombosis. A pesar de todo, la evidencia sobre este punto no es absolutamente homogénea ⁽⁴²⁾ y existen muchos puntos sin aclarar. Por ejemplo, uno de las lagunas del

conocimiento actual relativo al SFC es que se ignora hasta cuánto tiempo es recomendable prolongar el DTA más allá del primer año, dado que la trombosis puede aparecer incluso muy tardíamente ⁽¹²⁾, mientras que en algún trabajo ⁽⁴²⁾ se pone en cuestión que exista beneficio en administrar el clopidogrel durante más de 6 meses si se mantiene la aspirina. De hecho, en las recientes guías de la Sociedad Europea de Cardiología se acepta que la evidencia del beneficio del clopidogrel más allá de 6 meses, en pacientes no diabéticos, es cuestionable ⁽³⁷⁾. Esta incertidumbre queda reflejada en la existencia de ensayos clínicos, recientes o actualmente en curso, en los que se pretende establecer, en términos de eficacia y seguridad, la duración óptima del DTA ⁽⁴³⁻⁴⁵⁾. A pesar de las dudas existentes, la necesidad de DTA durante como mínimo 6-12 meses figura explícitamente en las recomendaciones de agencias reguladoras y guías de práctica clínica ^(9,10,36,37), que a su vez insisten en que el SFC no es un dispositivo apropiado para pacientes con contraindicaciones al tratamiento antitrombótico, con riesgo hemorrágico o que no acepten o no sean capaces de asumir de forma responsable dicho tratamiento.

Otro de los objetivos del proyecto ACDC ha sido valorar el cumplimiento del DTA en la cohorte estudiada durante el primer año posterior a la implantación del SFC ⁽⁴⁶⁾. En estudios previos ⁽⁴⁷⁾ se habían analizado las consecuencias del abandono del DTA y alguno de sus determinantes. En el estudio de nuestro grupo el propósito ha sido profundizar en el estudio de éstos en el contexto concreto de nuestro país.

Para ello se llevó a cabo un seguimiento frecuente de los pacientes con entrevistas estructuradas a los 3, 6, 9 y 12 meses. Se definió la interrupción del DTA como el abandono de cualquiera de los dos fármacos (aspirina o clopidogrel) durante un período igual o superior a 5 días. Al suponerse que la interrupción del tratamiento podía ser (al igual que sucedía con la indicación *off label*) un fenómeno tanto contextual como individual, se diseñó un complejo análisis estadístico mediante modelos de regresión multinomial multinivel, en el que se estudiaron los determinantes de interrupción tanto a nivel del paciente como a nivel del centro. Se clasificó la interrupción en tres tipos: a) interrupción asociada a hemorragia, intervención quirúrgica o procedimiento cruento; b) asociada a decisión por decisión médica en otras circunstancias, y c) debida a decisión del paciente.

Los resultados del estudio mostraron, en primer lugar, con una participación del 83%, una tasa de interrupción del DTA al año de 14% (aproximadamente la mitad de forma permanente). El tipo de interrupción más frecuente (50%) era el debido a hemorragia o procedimiento cruento; es destacar que sólo en la mitad aproximadamente de estos casos, en los que existía además alguna intervención ya programada en el momento de la implantación del SCF, se trataba de hemorragias graves o procedimientos con riesgo de sangrado importante; en el 30% de casos la interrupción era por decisión médica en ausencia de hemorragia o procedimiento; y aproximadamente en 20% era debida a decisión del propio paciente.

Se observó que había distintas circunstancias propias del paciente que se asociaban de forma independiente con la interrupción del DTA en cualquiera de los tres tipos: la existencia de antecedentes de hemorragia, de insuficiencia renal o de arteriopatía periférica era predictiva de interrupción por hemorragia o procedimiento; el tratamiento anticoagulante a largo plazo predecía interrupción por indicación médica, mientras que el ser inmigrante o drogadicto se asociaba de forma independiente con interrupción por decisión personal. Había también determinantes a nivel hospitalario de interrupción por decisión médica no debida a hemorragia o procedimiento o, más específicamente, determinantes de una menor tasa de interrupción: tanto el carácter público del hospital como el que en él se administraran al enfermo instrucciones escritas relativas a su conducta como portador de SCF se asociaban a menores tasas de interrupción del DTA.

Una lectura superficial de estos resultados podría inducir a pensar que son una obviedad: no sorprende que los pacientes con antecedentes de hemorragia, por ejemplo, tengan más probabilidades de interrumpir el DTA a causa de un nuevo episodio hemorrágico; o que a aquéllos que siguen tratamiento anticoagulante a largo plazo su médico les retire el DTA supuestamente por prudencia; o que un cocainómano sea menos cumplidor de un tratamiento a largo plazo. Pero, obviedad o no, a todos esos pacientes un equipo profesional les indicó e implantó uno o varios SCF y sus interrupciones del DTA les abocaron a la incertidumbre del riesgo aumentado de trombosis del dispositivo. El hecho llamativo es que

en una proporción no despreciable (quizá un 50%) de los pacientes que interrumpieron el DTA, con el riesgo consiguiente, la implantación del SCF hubiera podido evitarse simplemente atendiendo a las recomendaciones de las guías de práctica clínica. Éstas coinciden, como se ha comentado antes, en recomendar la abstención del uso de SCF en pacientes con riesgo hemorrágico, los que van a someterse o en aquéllos en los que se prevé un mal cumplimiento del DTA o que lo rechazan. Aproximadamente un 12% de la población de pacientes del proyecto ACDC cumplían estas características.

Un segundo hallazgo de interés lo constituyen los determinantes a nivel de centro; es decir, aquellas circunstancias vinculadas al proceso asistencial de cada hospital que ejercieron una influencia independiente de las propias de cada paciente en el cumplimiento del DTA. En este caso, el efecto observado fue protector de interrupción del DTA por consejo médico no debido a hemorragia o intervención. En primer lugar, el ser atendido en un hospital público representaba un menor riesgo de recibir el consejo de interrumpir el DTA. El estudio no aporta datos que permitan explicar el por qué de este hallazgo que, como tantos otros, sugiere el interés potencial de la evaluación de los procesos asistenciales en función del modo de financiación. En segundo lugar, el simple hecho de entregar al paciente documentación escrita informándole de los riesgos y exigencias de los SCF representaba una protección frente a la interrupción prematura del DTA por consejo médico.

Este último hallazgo es llamativo: a pesar de ir dirigido al paciente, el documento informativo ejercía, al parecer, un efecto sobre el médico. Se ilustra así la complejidad de los mecanismos de información en la práctica clínica, así como la gran potencialidad de un planteo sistemático e inteligente de la misma para mejorar los resultados.

La relevancia de los resultados de este estudio podría ponerse parcialmente en cuestión a partir de la consideración siguiente: así como se acepta que el abandono completo del DTA representa un riesgo de trombosis del dispositivo, existe incertidumbre tanto sobre la duración óptima del tratamiento con clopidogrel⁴² como sobre el riesgo real que representan las interrupciones temporales de uno o ambos fármacos. Es posible, por tanto, que breves interrupciones conlleven un riesgo pequeño y que la situación observada en nuestro estudio, en el que sólo la mitad de interrupciones fueron definitivas, represente una exposición a un riesgo menor que el que podría suponerse con una interpretación literal de las recomendaciones actuales aceptadas según consenso. Sin embargo, hay dos puntos que justifican la importancia de los hallazgos del estudio para la práctica clínica: en primer lugar, aun si el riesgo de una interrupción temporal fuera escaso, la incertidumbre hace referencia a un acontecimiento tan grave que el consenso sobre mantener un tratamiento prolongado hasta disponer de mejor evidencia parece razonable. En segundo lugar, la relevancia de los hallazgos del estudio no deriva sólo de la magnitud del riesgo al que los pacientes quedaron expuestos, sino de lo que revela de inconsistencias de la práctica clínica con las recomendaciones aceptadas. En este sentido es poco relevante a efectos de la interpretación de nuestro estudio que, por ejemplo, un paciente dado interrumpa sólo temporalmente la medicación y su riesgo de trombosis quizá no sea grande; lo relevante es que si ese paciente tenía antecedentes de hemorragia la indicación de SCF realizada era incorrecta por tener mayores probabilidades de nueva hemorragia y posible interrupción definitiva. Más ostensible aún es esa inconsistencia en el caso de los pacientes con adicción a sustancias psicoactivas que fueron tratados con SCF.

Por tanto, el conjunto de resultados de este estudio del proyecto ACDC, aún en vías de finalización, sugieren que el proceso asistencial que implica el uso del SCF, independientemente de las incertidumbres aún existentes en el conocimiento teórico, incluso siendo globalmente satisfactorio, muestra aspectos mejorables. Las vías para alcanzar esta mejoría pueden ser objeto de extensa discusión.

La gestión clínica y el SCF

Los dos estudios de nuestro grupo que hemos resumido ilustran dos aspectos problemáticos del uso de SCF. A pesar de las innegables ventajas que puede representar para un cierto número de pacientes la

mayor prevención de la re-estenosis y la necesidad de nuevas intervenciones (necesidad que en casos ocasionales puede ser repetitiva y convertirse en un grave problema), es opinión personal de los autores que la extraordinaria difusión de este dispositivo y la complacencia con la misma ofrecen aspectos discutibles. En palabras de reconocidos líderes de opinión internacional en cardiología intervencionista, el SCF representa un mayor riesgo de trombosis tardía en todas sus indicaciones, pero éste se compensa con sus ventajas clínicas, aunque justifica la intensa investigación actual para obtener mejores dispositivos⁴⁸. Lo que hace discutible esta opinión no es la verosimilitud de los hechos observados sino el juicio de valor emitido sobre esta preferencia. Sería deseable establecer unas mejores normas para decidir, antes del uso rutinario de un dispositivo costoso y, cuando menos, exigente en mecanismos de seguridad, en qué pacientes la reducción del riesgo de re-estenosis justifica dicho coste y el eventual riesgo del tratamiento. Esta última valoración es especialmente delicada y compleja (⁴⁹), ya que podría entrañar una modificación o como mínimo una puesta en cuestión de las preferencias de los profesionales, de los pacientes y del conjunto de la sociedad relativas a diferentes estados de salud.

Sería también deseable que se cerrara, al menos parcialmente, la brecha existente entre la influyente FDA, las sociedades científicas y los profesionales, que refleja la incertidumbre existente sobre algunos puntos y que contribuye a la confusión de las decisiones clínicas y sanitarias. Es posible que para ello ambas partes debieran revisar críticamente su opinión.

En tanto nuestros conocimientos y normativas no sean más claros y unánimes, parecería obligado un perfeccionamiento de los procesos asistenciales asociados al uso del SCF. De los resultados de los estudios presentados aquí puede interpretarse que tanto la selección de pacientes como la elección de SCF para tratar determinadas lesiones, incluso si se consideran globalmente satisfactorios, pueden ocasionalmente haberse realizado sin suficiente acuerdo, consenso y valoración en alguno de los contextos analizados, al menos en nuestro país. De hecho, el estudio de las pautas de uso actuales del SCF en España descubre una variabilidad individual de indicaciones *off label* poco explicada y una selección de pacientes con una relación riesgo/beneficio a menudo indeseable. Puede tratarse de falta de consenso o de coordinación, o quizá de una gestión inadecuada. En todo caso, se trata de fenómenos claramente mejorables, y lo mismo cabe decir de la selección de pacientes para la implantación de SCF.

No parece que el uso de una tecnología compleja y costosa, con numerosas áreas de incertidumbre como es el SCF, dejado a la responsabilidad exclusivamente individual del cardiólogo intervencionista, incluso siendo éste de pericia y cualificación óptimas, garantice siempre una práctica prudente. Existe una evidente necesidad de organización, que afecta tanto a los médicos individuales como a los responsables de servicios y centros y a los planificadores de políticas sanitarias. Para esta finalidad, los métodos que se reconocen como integrantes de la gestión clínica pueden ser muy útiles. Frente al criterio individual más o menos aislado, la gestión clínica plantea la necesidad de consenso, coordinación, registro cuidadoso o incluso supervisión en cada equipo o centro.

Es evidente que, en el caso del intervencionismo coronario percutáneo, hay decisiones que deben tomarse sobre la marcha del cateterismo cardíaco en función de los hallazgos angiográficos y no son programables en su integridad. Parecería deseable que la decisión de implantar un SCF o un *stent* convencional no tuviera siempre que depender exclusivamente del juicio individual de un profesional en el momento de la intervención, sino que obedeciera a criterios de grupo consensuados y abiertos, con resultados analizables y conocidos. Igualmente, una política específica establecida *a priori* con aplicación registrada y supervisada, y con conocimiento y análisis de los resultados, probablemente ayudaría a una adecuada selección de los pacientes candidatos a recibir un SCF. Esta política debería ser consensuada no sólo entre los miembros del equipo intervencionista sino con el conjunto clínico asistencial y el equipo de gestión. En lo que respecta a la supervisión del tratamiento antiagregante, la cuestión es aún más compleja al intervenir la figura del médico de familia o equivalente, al que debería también involucrarse en el proceso de responsabilidad colectiva. No parece equitativo dar por supuesto que el médico de familia debe ser conocedor de las variadas sutilezas tecnológicas que todos los especialistas practiquen en sus pacientes sin facilitarles el soporte informativo e, idealmente, la colaboración apropiados. Es una buena ilustración

de este punto el hallazgo, en nuestro estudio, del efecto protector de la información escrita frente a la retirada poco justificada del DTA por decisión médica, ejemplo a imitar y perfeccionar.

En este sentido, sería deseable que se desarrollaran iniciativas conjuntas entre los distintos miembros del equipo asistencial, la atención primaria y los organismos de gestión. Aunque propuestas más concretas quedan fuera del alcance de este comentario, puede ser oportuno recordar aquí un estudio publicado en 2006 ⁽⁵⁰⁾ en el que, con metodología cualitativa, se analizaban las características del proceso asistencial de 11 hospitales de Estados Unidos en los que se había alcanzado un tiempo puerta-balón menor a 90 minutos en la angioplastia primaria en el infarto agudo de miocardio. Como es sabido, dicho tiempo se considera el máximo aceptable para garantizar una reperusión miocárdica adecuada y, a su vez, representa un importante reto organizativo. Las características observadas en esos centros eran: 1) Un compromiso explícito de los profesionales para alcanzar una mejoría de los tiempos de espera en esos pacientes; 2) La existencia de protocolos locales de actuación innovadores; 3) Flexibilidad en la aplicación de los mismos; 4) Soporte de los organismos locales de gestión; 5) Líderes clínicos con capacidad persuasiva; 6) Equipos multidisciplinares con colaboradores motivados, incluyendo la atención prehospitalaria; 7) Retorno (*feedback*) de los resultados, problemas y logros a los propios protagonistas (autoevaluación); 8) Cultura organizativa favorable a los retos.

Es evidente que la consecución de un tiempo puerta-balón menor de 90 minutos y el uso apropiado del SCF con una selección adecuada de pacientes son dos problemas muy distintos. Sin embargo, tienen en común el que se trata de procesos asistenciales complejos en centros hospitalarios de nivel elevado y que implican un conjunto de profesionales (en el caso del SCF no se trata solamente de un cardiólogo intervencionista) en el uso de una tecnología costosa y no desprovista de riesgo. Cabría preguntarse cuántos de los centros en los que se implantan actualmente SCF poseen, considerando las diferencias existentes entre ambas actividades terapéuticas, características organizativas similares a las referidas para los centros americanos con tiempo puerta-balón adecuado, y que representan un buen ejemplo de gestión clínica. A su vez, estas características organizativas ilustran uno de los caminos posibles hacia el perfeccionamiento del proceso asistencial y, a grandes rasgos, son bien aplicables al uso actual del SCF.

Los hallazgos descritos sugieren la necesidad general de una mejor política de coordinación, consenso, supervisión y comunicación de los resultados especialmente cuidadosa en lo que respecta al uso de innovaciones complejas, caras y que conllevan algún riesgo, como es el caso del SCF. La implantación y desarrollo adecuados de actividades de gestión clínica, que se están desarrollando en las últimas décadas con aceptación creciente para procesos como, entre muchos otros, la reperusión en el infarto agudo de miocardio representan un cambio cultural en la mentalidad clínica tradicional. Según este cambio, la responsabilidad de determinados procedimientos terapéuticos tiende a descentralizarse, compartiéndola con la figura central del clínico un equipo multidisciplinar que trabaja de forma abierta e interactiva. El reto, tanto en el caso del SCF como en otros, estriba en saber compaginar esta actuación protocolizada, diversificada y abierta con el mantenimiento de la figura central de un médico clínico como interlocutor directo y responsable del paciente.

Bibliografía

1. Lagerqvist B, James SK, Stenestrand U, Lindback J, Nilsson T, Wallentin L. Long-term outcomes with drug-eluting stents versus bare-metal stents in Sweden. *N Engl J Med* 2007; 356:1009-19.
2. Morice MC, Serruys PW, Sousa JE, Fajadet J, Ban HE, Perin M *et al.* A randomized comparison of a sirolimus-eluting stent with a standard stent for coronary revascularization. *N Engl J Med* 2002;346:1773-80.
3. Stone GW, Ellis SG, Cox DA, Hermiller J, O'Shaughnessy C, Mann JT *et al.* A polymer-based, paclitaxel-eluting stent in patients with coronary artery disease. *N Engl J Med* 2004;350:221-31.
4. Mauri L, Silbaugh TS, Garg P, Wolf RE, Zelevinsky K, Lovett A *et al.* Drug-eluting or bare-metal stents for acute myocardial infarction. *N Engl J Med* 2008;359:1330-42.
5. Kirtane AJ, Gupta A, Iyengar S, Moses JW, Leon MB, Applegate R, *et al.* Safety and efficacy of drug-eluting and bare metal Stent. Comprehensive meta-analysis of randomized trials and observational studies. *Circulation* 2009;119:3198-3206.

6. Malenka DJ, Kaplan AV, Lucas FL, Sharp SM, Skinner JS. Outcomes Following Coronary Stenting in the Era of Bare-Metal vs the Era of Drug-Eluting Stents. *JAMA* 2008; 299:2868-2876.
7. Shih C, Berliner E. Diffusion of new technology and payment policies: coronary stents. *Health Affairs* 2008; 27:1566-1576.
8. Krone RJ, Rao SV, Dai D, Anderson HV, Peterson ED, Brown MA et al. Acceptance, panic, and partial recovery the pattern of usage of drug-eluting stents after introduction in the U.S. (a report from the American College of Cardiology/National Cardiovascular Data Registry). *JACC Cardiovasc Interv* 2010; 3:902-10.
9. NICE technology appraisal guidance 152 (2010). Drug-eluting stents for the treatment of coronary artery disease. En: www.nice.org.uk.
10. Farb A, Boam AB. Stent thrombosis redux—the FDA perspective. *N Engl J Med* 2007; 356:984-87.
11. Wenaweser P, Daemen J, Zwahlen M, van DR, Juni P, Vaina S et al. Incidence and correlates of drug-eluting stent thrombosis in routine clinical practice. 4-year results from a large 2-institutional cohort study. *J Am Coll Cardiol* 2008; 52:1134-40.
12. Philpott AC, Southern DA, Clement FM, Galbraith PD, Traboulsi M, Knudtson ML et al. Long-term outcomes of patients receiving drug-eluting stents. *CMAJ* 2009; 180:167-74.
13. Holmes DR JR, Kereiakes DJ, MD, Garg S, MD, Serruys PW, Dehmer GJ, Ellis SG et al. Stent thrombosis. *J Am Coll Cardiol* 2010; 56:1357-65.
14. Blich M, Zeidan-Shwiri T, Petcherski S, Osherov A, Hammerman H. Incidence, predictors and outcome of drug-eluting stent thrombosis in real-world practice. *J Invasive Cardiol* 2010; 22:461-4.
15. Garg S, Serruys PW. Coronary stents: current status. *J Am Coll Cardiol* 2010; 56(10 Suppl):S1-42.
16. Garg S, Serruys PW. Coronary stents: looking forward. *J Am Coll Cardiol* 2010; 56(10 Suppl):S43-78.
17. Stone GW, Rizvi A, Newman W, Mastali K, Wang JC, Caputo R, Everolimus-eluting versus paclitaxel-eluting stents in coronary artery disease. *N Engl J Med* 2010; 362:1663-74.
18. Beohar N, Davidson CJ, Kip KE, Goodreau L, Vlachos HA, Meyers SN et al. Outcomes and complications associated with off-label and untested use of drug-eluting stents. *JAMA* 2007; 297:1992-2000.
19. Win HK, Caldera AE, Maresh K, Lopez J, Rihal CS, Parikh MA et al. Clinical outcomes and stent thrombosis following off-label use of drug-eluting stents. *JAMA* 2007; 297:2001-09.
20. Colombo A, Chieffo A. Drug-eluting stent update 2007. Part III: Technique and unapproved/unsettled indications (left main, bifurcations, chronic total occlusions, small vessels and long lesions, saphenous vein grafts, acute myocardial infarctions, and multivessel disease). *Circulation* 2007; 116:1424-1432.
21. Paradis JM, Bélisle P, Joseph L, Bertrand OF, DeLarochelière R, Déry JP et al. Drug-eluting or bare metal stents for the treatment of saphenous vein graft disease: a Bayesian meta-analysis. *Circ Cardiovasc Interv* 2010; 3:565-76.
22. Capranzano P, Sanfilippo A, Tagliareni F, Capodanno D, Monaco S, Sardella G et al. Long-term outcomes after drug-eluting stent for the treatment of ostial left anterior descending coronary artery lesions. *Am Heart J* 2010; 160:973-8.
23. Akin I, Bufo A, Eckardt L, Reinecke H, Senges J, Richardt G et al. Comparison of outcomes in patients with insulin-dependent versus non-insulin dependent diabetes mellitus receiving drug-eluting stents (from the first phase of the prospective multicenter German DES.DE registry). *Am J Cardiol* 2010; 106:1201-7.
24. Niemelä M, Kervinen K, Erglis A, Holm NR, Maeng M, Christiansen EH et al. Randomized Comparison of Final Kissing Balloon Dilatation Versus No Final Kissing Balloon Dilatation in Patients With Coronary Bifurcation Lesions Treated With Main Vessel Stenting: The Nordic-Baltic Bifurcation Study III. *Circulation* 2011; 123: 79-86.
25. Dibra A, Tiroch K, Schulz S, Kelbaek H, Spaulding C, Laarman GJ et al. Drug-eluting stents in acute myocardial infarction: updated meta-analysis of randomized trials. *Clin Res Cardiol* 2010; 99:345-57.
26. Pandya SB, Kim YH, Meyers SN, Davidson CJ, Flaherty JD, Park DW et al. Drug-eluting versus bare-metal stents in unprotected left main coronary artery stenosis a meta-analysis. *JACC Cardiovasc Interv* 2010; 3:602-11.
27. Colmenarez HJ, Escaned J, Fernández C, Lobo L, Cano S, del Angel JG et al. Efficacy and safety of drug-eluting stents in chronic total coronary occlusion recanalization: a systematic review and meta-analysis. *J Am Coll Cardiol* 2010; 55:1854-66.
28. Park DW, Kim YH, Yun SC, Lee JY, Kim WJ, Kang SJ et al. Long-term outcomes after stenting versus coronary artery bypass grafting for unprotected left main coronary artery disease: 10-year results of bare-metal stents and 5-year results of drug-eluting stents from the ASAN-MAIN (ASAN Medical Center-Left MAIN Revascularization) Registry. *J Am Coll Cardiol* 2010; 56:1366-75.
29. Marroquin OC, Selzer F, Mulukutla SR, Williams DO, Vlachos HA, Wilensky RL et al. A comparison of bare-metal and drug-eluting stents for off-label indications. *N Engl J Med* 2008; 358:342-52.
30. Petersen JL, Barron JJ, Hammill BG, Cziraky MJ, Anstrom KJ, Wahl PM et al. Clopidogrel use and clinical events after drug-eluting stent implantation: findings from the HealthCore integrated research database. *Am Heart J* 2010; 159:462-470.

31. Douglas PS, Brennan JM, Anstrom KJ, Sedrakyan A, Eisenstein EL, Haque G et al. Clinical effectiveness of coronary stents in elderly persons. *J Am Coll Cardiol* 2009;53:1629–41.
32. Bental T, Assali A, Vaknin-Assa H, Lev EI, Brosh D, Fuchs S et al. A comparative analysis of major clinical outcomes using drug-eluting stents versus bare-metal stents in a large consecutive patient cohort. *Catheter Cardiovasc Interv* 2010; 76:374-80.
33. Jensen LO, Tilsted HH, Thayssen P, Kaltoft A, Maeng M, Lassen JF et al. Paclitaxel and sirolimus eluting stents versus bare metal stents: long-term risk of stent thrombosis and other outcomes. From the Western Denmark Heart Registry. *EuroIntervention* 2010; 5:898-905.
34. Greenhalgh J, Hockenhull J, Rao N, Dundar Y, Dickson RC, Bagust A. Drug-eluting stents versus bare metal stents for angina or acute coronary syndromes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010 Mayo 12;(5):CD004587.
35. Beohar N, Meyers SN, Erdogan A, Harinstein ME, Pieper K, Gagnon S, Davidson CJ. Off-label use of drug-eluting versus bare metal stents: a lesion-specific systematic review of long-term outcomes. *J Interv Cardiol* 2010; 23:528-45.
36. King III SB, Smith SC Jr, Hirshfeld JW Jr, Jacobs AK, Morrison DA, Williams DO et al. 2007 focused update of the ACC/AHA/SCAI 2005 guideline update for percutaneous coronary intervention. *Circulation* 2008;117:261-295.
37. The Task Force on Myocardial Revascularization of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). Guidelines on myocardial revascularization. *Eur Heart J* 2010; 31: 2501–2555. doi:10.1093/eurheartj/ehq277
38. Ferreira-González I, García del Blanco B, Marsal Mora JR, Ribera Solé A, Cascant Castelló P, Martí G, et al. Perfil clínico y angiográfico de los pacientes sometidos actualmente en España a la implantación de *stent* coronario liberador de fármacos. Variabilidad de sus indicaciones *off-label*. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2009. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, AATRM núm. 2007/12.
39. Eisenstein EL, Anstrom KJ, Kong DF, Shaw LK, Tuttle RH, Mark DB et al. Clopidogrel use and long-term clinical outcomes after drug-eluting stent implantation. *JAMA* 2007; 297:159-68.
40. Pfisterer M, Brunner-La Rocca HP, Buser PT, Rickenbacher P, Hunziker P, Mueller C et al. Late clinical events after clopidogrel discontinuation may limit the benefit of drug-eluting stents: an observational study of drug-eluting versus bare-metal stents. *J Am Coll Cardiol* 2006;48:2584-91.
41. Moussa ID, Colombo A. Antiplatelet Therapy Discontinuation Following Drug-Eluting Stent Placement: Dangers, Reasons, and Management Recommendations. *Catheterization and Cardiovascular Interventions* 2009; 74:1047–1054.
42. Kimura T, Morimoto T, Nakagawa Y, Tamura T, Kadota K, Yasumoto H et al. Antiplatelet therapy and stent thrombosis after sirolimus-eluting stent implantation. *Circulation* 2009;119:987-995.
43. Park SJ, Park DW, Kim YH, Kang SJ, Lee SW, Lee CW et al. Duration of dual antiplatelet therapy after implantation of drug-eluting stents. *N Engl J Med* 2010; 362:1374-82.
44. Byrne RA, Schulz S, Mehilli J, Iijima R, Massberg S, Neumann F-J et al. Rationale and design of a randomized, double-blind, placebo-controlled trial of 6 versus 12 months clopidogrel therapy after implantation of a drug-eluting stent: The Intracoronary Stenting and Antithrombotic Regimen: Safety And Efficacy of 6 months dual antiplatelet therapy after drug-eluting stenting (ISAR-SAFE) study. *Am Heart J* 2009; 157:620-624.
45. Mauri L, Kereiakes DJ, Normand SL, Wiviott SD, Cohen DJ, Holmes DR et al. Rationale and design of the dual antiplatelet therapy study, a prospective, multicenter, randomized, double-blind trial to assess the effectiveness and safety of 12 versus 30 months of dual antiplatelet therapy in subjects undergoing percutaneous coronary intervention with either drug-eluting stent or bare metal stent placement for the treatment of coronary artery lesions. *Am Heart J* 2010;160:1035-41.
46. Ferreira-González I, Marsal JR, Ribera A, Permanyer-Miralda G, García-Del Blanco B, Martí G et al. Background, incidence, and predictors of antiplatelet therapy discontinuation during the first year after drug-eluting stent implantation. *Circulation* 2010; 122:1017-25.
47. Spertus JA, Kettelkamp R, Vance C, Decker C, Jones PG, Rumsfeld JS et al. Prevalence, predictors, and outcomes of premature discontinuation of thienopyridine therapy after drug-eluting stent placement: results from the PREMIER registry. *Circulation* 2006; 113:2803-09.
48. Garg S, Serruys P. Benefits of and safety concerns associated with drug-eluting coronary stents. *Expert Rev Cardiovasc Ther* 2010; 8:449-70. 49. Brener SJ. Is implantation of drug-eluting stents a Faustian choice? *J Invasive Cardiol* 2010; 22:465-6.
50. Bradley EH, Curry LA, Webster TR, Mattera JA, Roumanis SA, Radford MJ et al. Achieving Rapid Door-To-Balloon Times. How Top Hospitals Improve Complex Clinical Systems. *Circulation* 2006;113:1079-1085.

Efectividad de la Atención Especializada a la Población Mayor



Jesús Mª López Arrieta es responsable de Geriátrica del Hospital de Cantoblanco, integrado en el Hospital Universitario La Paz, responsable de la Unidad de Memoria de dicho Hospital. Es miembro del Grupo de Demencia y Potenciación Cognoscitiva de la Colaboración Cochrane. Investigador principal en estudios observacionales, riesgo genético y ensayos clínicos en el campo de la demencia y de la atención a la población mayor. Investigador del Grupo de Neurociencias del idiPaz.

Es autor de libros, artículos originales en lengua inglesa y española.

Actualmente es uno de los editores de la 2ª Edición del Evidence-Based Dementia Practice que tiene prevista su salida en Diciembre de 2011 e integrante del comité editorial del Journal Alzheimer's Disease, Journal of Medical and Experimental Medicine.

Sus áreas de investigación son:

- la atención al adulto mayor
- la demencia y enfermedades neurodegenerativas
- las revisiones sistemáticas y meta-análisis.

Sus publicaciones más importantes en Pubmed de los dos últimos años:

- Baztán JJ, Suárez-García FM, LÓPEZ ARRIETA JM, Rodríguez Mañas L, Rodríguez Artalejo F. Effectiveness of multi-disciplinary geriatric units on functional decline, living at home, and mortality among older patients hospitalised for acute medical disorders: a meta-analysis of controlled studies. **Br Med J 2009 Jan 22;338:b50. doi: 10.1136/bmj.b50.**
- GAB2 gene does not modify the risk of Alzheimer's disease in Spanish APOE ε4 carriers. Ramírez-Lorca R, Boada M, Eugenia Sáez M, Hernández I, Mauleón A, Rosende-Roca M, Martínez-Lage P, Gutiérrez M, Miguel Real L, LÓPEZ ARRIETA JM, Gayán J, Antúnez C, González-Pérez A, Tárraga L, Ruiz A. J Nutr Health Aging. 2009 Mar;13(3):214-9.
- Coduras A, Rabasa I, Frank A, Bermejo-Pareja F, López-Pousa S, LOPEZ ARRIETA JM, Del Llano J, León T, Rejas J. *Prospective one-year cost-of-illness study in a cohort of patients with dementia of Alzheimer's disease type in Spain: the ECO study.* J Alzheimers Dis. 2010 Jan;19(2):601-15
- Antúnez C, Boada M, LÓPEZ ARRIETA JM, Ramírez Lorca R, Hernández I, Marín J, Martínez Lage P, González Pérez A, Jorge Galán J, Gaván J, Real LM, Ruíz A. GOLPH gene markers are not associated with Alzheimer's disease in a sample of the Spanish population. J Alz Dis 2009 Sep 11 PMID 19749441
- Seshadri S, Fitzpatrick AL, Ikram MA, DeStefano AL, Gudnason V, Boada M, Bis JC, Smith AV, Carassquillo MM, Lambert JC, Harold D, Schrijvers EM, Ramirez-Lorca R, Dabette S, Longstreth WT Jr, Janssens AC, Pankratz VS, Dartigues JF, Hollingworth P, Aspelund T, Hernandez I, Beiser A, Kuller LH,

Koudstaal PJ, Dickson DW, Tzourio C, Abraham R, Antunez C, Du Y, Rotter JI, Aulchenko YS, Harris TB, Petersen RC, Berr C, Owen MJ, LOPEZ ARRIETA JM, Varadarajan BN, Becker JT, Rivadeneira F, Nalls MA, Graff-Radford NR, Campion D, Auerbach S, Rice K, Hofman A, Jonsson PV, Schmidt H, Lathrop M, Mosley TH, Au R, Psaty BM, Uitterlinden AG, Farrer LA, Lumley T, Ruiz A, Williams J, Amouyel P, Younkin SG, Wolf PA, Launer LJ, Lopez OL, van Duijn CM, Breteler MM; CHARGE Consortium; GERAD1 Consortium; EADI1 Consortium. *Genome-wide analysis of genetic loci associated with Alzheimer disease*. **JAMA** 2010 May 12;303(18):1832-40

- García Calvo R, Frades B, Valentí Soler M, **LÓPEZ ARRIETA JM**, Llanero Luque M, Olazarán Rodríguez J, Álvarez Linera J, Frank García A for the DEMCAM. Analysis of predictive factors of development of dementia in mild cognitive impairment. A longitudinal, multicentre, observational study in Madrid. *J Neurology* (Suppl1) 2010; (Vol 257):S163
- Boada M, Antunez C, **LÓPEZ-ARRIETA JM**, Caruz A, Moreno-Rey C, Ramírez-Lorca R, Morón FJ, Hernández I, Mauleón A, Rosende-Roca M, Martínez-Lage P, Marín J, Tárraga L, Alegret M, Pedrajas JR, Urda N, Royo JL, Saez ME, Gayán J, González-Pérez A, Real LM, Ruiz A, Galán JJ. Estrogen receptor alpha gene variants are associated with Alzheimer's disease. *Neurobiol Aging*. 2010 Jul 29. PMID: 20674091 [PubMed - as supplied by publisher]
- The CALHM1 P86L Polymorphism is a Genetic Modifier of Age at Onset in Alzheimer's Disease: a Meta-Analysis Study.
- Lambert JC, Sleegers K, González-Pérez A, Ingelsson M, Beecham GW, Hiltunen M, Combarros O, Bulldo MJ, Brouwers N, Bettens K, Berr C, Pasquier F, Richard F, Dekosky ST, Hannequin D, Haines JL, Tognoni G, Fiévet N, Dartigues JF, Tzourio C, Engelborghs S, Arosio B, Coto E, De Deyn P, Del Zompo M, Mateo I, Boada M, Antunez C, **LOPEZ ARRIETA JM**, Epelbaum J, Schjeide BM, Frank-Garcia A, Giedraitis V, Helisalmi S, Porcellini E, Pilotto A, Forti P, Ferri R, Delepine M, Zelenika D, Lathrop M, Scarpini E, Siciliano G, Solfrizzi V, Sorbi S, Spalletta G, Ravaglia G, Valdivieso F, Vepsäläinen S, Alvarez V, Bosco P, Mancuso M, Panza F, Nacmias B, Bossù P, Hanon O, Piccardi P, Annoni G, Mann D, Marambaud P, Seripa D, Galimberti D, Tanzi RE, Bertram L, Lendon C, Lannfelt L, Licastro F, Campion D, Pericak-Vance MA, Soininen H, Van Broeckhoven C, Alperovitch A, Ruiz A, Kamboh MI, Amouyel P. *J Alzheimers Dis*. 2010 Aug 3. PMID: 20847397
- Editor de **Evidence-based Dementia Practice**. Qizilbash NQ, Kaye J, Brodaty H, Erkinjuntti T, **López Arrieta JM**; 2nd Edition. Wiley-Blackwell (fecha de publicación 2011)



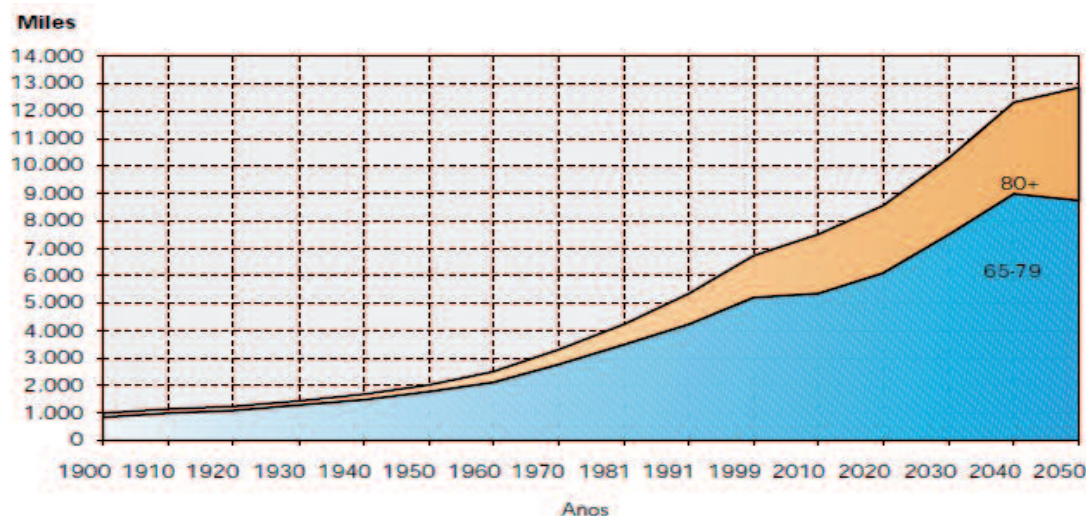
Texto elaborado por el autor en colaboración con Marta Rodríguez Martínez, alumna del Máster en Administración y Dirección de Servicios Sanitarios edición número XXI, programa impartido en Madrid por la Fundación Gaspar Casal (FGC) en colaboración con el Instituto de Educación Continua (IDEC) y el Centro de Investigación de Economía de la Salud (CRES) de la Universidad Pompeu Fabra.

Efectividad de la Atención Especializada a la Población Mayor: Relación entre envejecimiento de la población y aumento de la hospitalización.

En las últimas 5 décadas las **tasas de supervivencia y la pirámide poblacional** han cambiado en España. El número de personas mayores de 65 años se duplicó en los últimos treinta años del siglo XX, pasando de 3.3 millones de personas en 1970 (un 9.7 por ciento de la población total) a más de 7.3 millones en 2004 (16.6 por ciento de la población total). Se calcula que los mayores de 65 años llegarán en el año 2026 a 8.6 millones, lo que significa un incremento bruto del 39 por ciento y una tasa media anual del 1.2%.

Conforme aumenta la edad, también aumenta el **riesgo de pérdida de autonomía**. Esto conlleva una dependencia de otras personas para realizar las actividades de la vida diaria y una peor calidad de vida. El 19,6% de las personas mayores de 65 años son dependientes en cuidados personales, teniendo un 5-6% una dependencia moderada y un 3% una dependencia grave (¹). Si utilizamos otros estudios pobla-

Evolución de la población española de edad, 1990-2050



Nota: De 1900 a 1999 los datos son reales; de 2010 a 2050 se trata de proyecciones.
Fuente: INE, Censos de Población; Renovación del padrón municipal de habitantes a 1 de enero de 1999; Proyecciones de la población española, 2001, versión electrónica.

cionales realizados en nuestro país, la cifra de personas de más de 65 años con dependencia grave estaría en torno al 9% ^(2,3).

Los servicios sanitarios y sociales están sufriendo estos cambios demográficos. La pérdida de autonomía funcional se asocia con una mayor probabilidad de utilización de servicios sanitarios en general y de ingresos hospitalarios en particular ⁽⁴⁾. En la Encuesta Nacional de Salud de 2001 el 16.3% de los mayores de 65 años reconoce haber estado hospitalizado en el último año. En relación al motivo de ingreso el 46.2% lo fue por intervención quirúrgica, el 19.3% para realizar un estudio diagnóstico, el 28.6% para tratamiento médico sin intervención quirúrgica y 5.9% por otros motivos ⁽⁵⁾. El Panel de Hogares de la Unión Europea del año 2001 presenta datos similares, el 21.1% de los mayores de 64 años refiere haber sido hospitalizado en los 12 meses previos a la entrevista ⁽⁶⁾. Según datos de la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria 2002 de todos los pacientes dados de alta en hospitales del sistema sanitario el 36.7% de las hospitalizaciones y el 49.1% de las estancias corresponde a personas mayores de 64 años, lo cual ha supuesto un aumento del 35% en relación al año 1992, donde los ingresos de las personas mayores de 64 años suponían el 26.8% del total de las hospitalizaciones ⁽⁷⁾.

La **estancia media hospitalaria** puede multiplicarse según la edad, así, la estancia media de las personas de edad inferior a 34 años es cinco veces inferior a la estancia media de una persona de más de 64 años ⁽⁸⁾.

Motivo de la consulta a médico, 2003

	Total	< 65	65 +
Total*	11.941	8.594	3.347
Diagnóstico y/o tratamiento	46,0	51,5	31,9
Revisión	25,2	25,1	25,4
Solo dispensación de recetas	22,6	15,9	39,6
Otros motivos	6,3	7,5	3,2
% visita médico	28,0	24,2	46,0

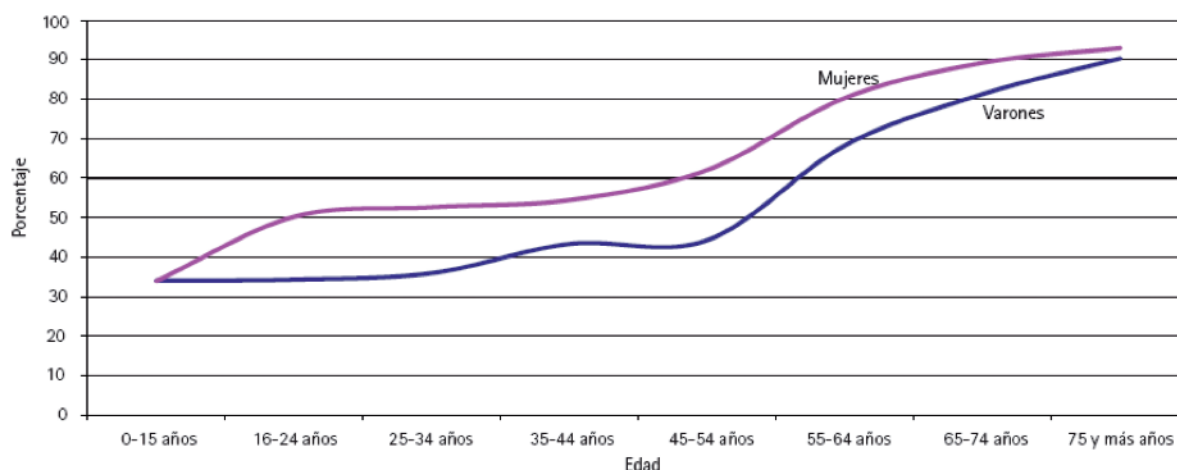
Nota: Porcentajes verticales. Visita médico en las dos últimas semanas.

(*) Miles de personas

Fuente: INE. INEBASE. Encuesta Nacional de Salud. Tablas Nacionales, 2003. Estado de salud y accidentabilidad, INE, 26/04/2005.

La mayor parte de la **factura farmacéutica** pública es consumida por los pensionistas: en el año 2000 el 77.4% de todo el gasto, que asciende a 1.1 billones de pesetas (6.787 millones de euros). La tendencia es similar de gasto el de todas las Comunidades Autónomas ⁽⁹⁾.

Consumo de medicamentos según edad, 2003



Nota: En Otras causas se incluyen «Altas sin indicar el diagnóstico» y Códigos V (Diagnósticos principales).

Fuentes: INE: INEBASE: Encuesta de Morbilidad Hospitalaria, 2004. INE, 22/05/2006.

El mayor consumo de servicios sanitarios por los ancianos tiene una gran repercusión no solo sobre la estructura sanitaria sino también en el gasto sanitario. Así las personas de entre 26 y 30 años presentan un gasto medio cuatro veces inferior al de las personas de 76 y más años⁸. Esta inclinación del gasto sanitario hacia edades avanzadas de la vida podría interpretarse como un síntoma del buen estado de salud de la población. Algunos estudios apoyan esta idea dado que objetivan como el grueso de consumo de recursos hospitalarios se concentra en los años previos a la muerte, lo que ocurre de manera independiente a la edad del fallecimiento ⁽¹⁰⁾. La población anciana consumiría más recursos hospitalarios porque su tasa de mortalidad es mayor que la de otros grupos de edad y, en cierto modo, podría considerarse que han aplazado su derecho a la atención hospitalaria a lo largo de su vida.

Otros factores explicarían el efecto del envejecimiento en la utilización de los servicios sanitarios, más allá del factor propiamente demográfico. Hay evidentes interacciones entre los componentes demográfico, epidemiológico y de utilización. Así, por ejemplo, los factores de accesibilidad, cambios en las indicaciones terapéuticas o diagnósticas o las expectativas de resolución del sistema sanitario pueden influir de forma diferente en la población anciana y en la joven.

Si nos apoyamos en la bibliografía científica, la realidad de los estudios publicados nos dicen repetidamente que los mayores de 65 años ingresan más adecuadamente y con patologías más graves en el hospital que otros grupos de edad y que, pese a que su estancia media es un 32% superior, el porcentaje de estancias inadecuadas no se asocia a la edad ^(11,12). Por el contrario, cuando se analiza el motivo de las estancias hospitalarias inadecuadas en ancianos, menos de un 3% parecen debidas a problemas sociales o a falta de alternativas a la hospitalización. La mayoría de las estancias inadecuadas parecen estar en relación con problemas en la programación hospitalaria y con el proceso de cuidados médicos ⁽¹³⁾.

Es dudoso que la atención hospitalaria básica se adapte a las necesidades de la población mayor enferma.

Por este motivo se han llevado a cabo diversas intervenciones para **mejorar tanto la eficacia como la eficiencia de la atención aguda a este sector de población** en progresivo crecimiento como bene-

ficiario de la atención hospitalaria. Algunas de estas intervenciones como la hospitalización domiciliaria o los programas de valoración geriátrica para pacientes hospitalizados realizadas por un equipo consultor no han encontrado beneficios o bien, como en el caso de la hospitalización domiciliaria, sería más aplicable para pacientes menos graves y menos frágiles.

Otra estrategia asistencial evaluada en la literatura es la atención directa por parte de equipos geriátricos multidisciplinares de pacientes ancianos hospitalizados por patología aguda en unidades con estructura física y asistencial definida. La hipótesis de trabajo sería que la atención en estas unidades especializadas reducirían la incidencia de deterioro funcional y consecuentemente favorecerían la vuelta del paciente a su domicilio, con una mejor gestión de los recursos hospitalarios.

Evaluación de la Eficacia/Eficiencia de las Unidades Geriátricas Hospitalarias

La mayor incidencia de resultados negativos en la hospitalización en ancianos frente a personas más jóvenes puede atribuirse básicamente a tres factores ⁽¹⁴⁾:

1. Cambios fisiológicos relacionados con la edad que ocasionan menor resistencia para responder a enfermedades agudas ("fragilidad")
2. Tipo de enfermedades que precipitan la hospitalización (con más frecuencia reagudización de patologías crónicas y mayor repercusión funcional de las mismas), comorbilidad preexistente e incidencia de complicaciones intrahospitalarias, y
3. Tipo de cuidados dispensados durante la hospitalización.

Para mejorar la salud de las personas mayores se debe tener en cuenta ⁽¹⁵⁾:

- El espectro completo de las necesidades de salud de las personas mayores, desde la prevención hasta una muerte digna.
- La capacidad de los proveedores actuales para cubrir dichas necesidades.
- Todos los marcos de atención en que las personas mayores reciben los cuidados.
- El conjunto completo de innovaciones exitosas descritas como efectivas en estudios fiables.

Para la consecución de estos objetivos la atención sanitaria al anciano requiere una estrategia asistencial específica basada en:

- Detección y selección de "personas mayores frágiles" como población diana de actuación
- Valoración integral de su estado de salud y necesidades de atención
- Abordaje interdisciplinar de sus necesidades de cuidados.
- Niveles de asistencia sanitaria que cubran las necesidades de atención de las diferentes fases de la enfermedad.

Los sistemas asistenciales que parecen demostrar efectividad en la atención al paciente mayor, se basan en la **selección, valoración y gestión de casos** pero solo como partes de un sistema integrado, aspecto que parece ser un factor fundamental para su éxito. Las decisiones relativas a la organización de los Sistemas de Salud no son banales, en lo que respecta a las consecuencias que de dicha organización se derivan tanto para el paciente como para el propio Sistema, y deberían ser cuidadosamente sopesadas en función de su eficacia diferencial. Este acercamiento al problema, que hace posible la "planificación basada en la evidencia disponible", está especialmente indicado cuando se plantea una diversificación de los sistemas de atención, que es exactamente el proceso al que estamos asistiendo en nuestro medio.

El desarrollo en España de los servicios sanitarios destinados al paciente mayor ha carecido en la práctica de una guía uniforme y bien establecida. Existe confusión sobre cuál debe ser el modelo de atención sanitaria al anciano ^(16,17). De este modo, con frecuencia se plantean soluciones que priorizan o se

limitan a fomentar los cuidados “custodiales” para ancianos ya incapacitados, dejando en un segundo término los esfuerzos por evitar o recuperar dicha dependencia. El objetivo principal de la atención especializada al paciente mayor no debe centrarse sólo en las personas con dependencia ya establecida, sino también en aquellas personas en situación de riesgo y con discapacidad reversible, por ello las intervenciones que tengan como objetivo la actuación precoz, preventiva y rehabilitadora deben de tener un lugar preferente.

Objetivos

1. Evaluar la influencia de la atención en Unidad Geriátricas de agudos, unidades de recuperación funcional, hospital de día y unidades especializadas de atención ambulatoria frente a la atención convencional sobre los resultados en salud:
 - a. Mortalidad;
 - b. Deterioro Funcional
 - c. Posibilidad de volver a su domicilio
 - d. Reingresos
2. Evaluar la influencia de la atención en Unidad Geriátricas de agudos, unidades de recuperación funcional, hospital de día y unidades especializadas de atención ambulatoria frente a la atención convencional sobre parámetros de gestión hospitalaria:
 - a. Estancia media;
 - b. Costes de atención por paciente

En concreto, se evalúan las intervenciones que tienen como objeto pacientes mayores con discapacidad o riesgo de la misma y que pueden beneficiarse por ello de una atención interdisciplinar y especializada en geriatría.

Material y Métodos

Se realizó una búsqueda sistemática de la literatura en el periodo comprendido entre los años 1978 y 2005 usando como fuentes de datos: Medline, Embase, Índice Médico Español y Cochrane Library, limitando la búsqueda a los artículos con resumen y en lenguaje inglés o español.

Se establecieron unos criterios de selección para identificar únicamente estudios que incluyesen a sujetos mayores de 64 años y en los que se comparase la atención geriátrica frente a la atención habitual mediante medidas de eficacia clínica y económica. Sólo se seleccionaron ensayos clínicos controlados. La intervención debía de incluir: valoración geriátrica integral, actuación interdisciplinar, plan de intervención y médico especialista en geriatría.

Los criterios de exclusión incluían:

1. Sujetos de edad inferior a 65 años;
2. Intervenciones de atención primaria, como actuaciones preventivas, seguimiento de un plan terapéutico, servicio de asesoramiento y ayuda psicológica, y descarga familiar;
3. Cuidados paliativos;
4. Atención exclusiva a población institucionalizada en residencias.

Resultados

- *Unidades Geriátricas de Agudos:* Cierta similitud entre ellas tanto en el diseño de como en la composición del equipo multidisciplinar. Mostraron un beneficio en la mortalidad al alta, la probabilidad

de regresar a su domicilio tras el alta, una menor estancia media y un menor deterioro funcional al alta aunque en este caso los datos válidos eran sólo de dos estudios.

- *Unidades Geriátricas de Recuperación Funcional*: No hay en general diferencias en la mortalidad o en la institucionalización al alta. Si se comprobó un efecto beneficioso en el estado funcional al alta en cuatro trabajos y en otros tres ese beneficio se establece en meses posteriores. Hay menor estancia media en el grupo de intervención.
- *Atención ambulatoria y Hospital de Día*: El beneficio más claro de las unidades de atención ambulatoria se produjo en la depresión en donde se encontró una menor presencia de este problema en el grupo de intervención. No se encontraron claros beneficios en la mortalidad y la institucionalización, mientras que el estado funcional parece que hay un beneficio aunque es difícil de valorar por la diversidad de instrumentos utilizados.
- *Hospital de Día*: sólo Beneficio en el estado funcional, sin diferencias en la mortalidad y costes.

Conclusiones

- La atención geriátrica es efectiva y eficiente.
- La valoración geriátrica integral (VGI) aplicada dentro de un equipo integral multidisciplinario es la principal herramienta geriátrica efectiva
- La VGI debe de realizarse en los servicios de geriatría hospitalarios
- Los equipos multidisciplinarios deben incluir médicos geriatras.
- Los equipos consultores no han demostrado ningún beneficio clínico.
- La población diana de la atención geriátrica debe ser la representada por ancianos frágiles.
- La investigación geriátrica debe basarse en ensayos clínicos aleatorizados y enmascarados.
- Las medidas de eficacia deben centrarse en la posibilidad de vuelta al domicilio, la capacidad funcional, la calidad de vida centrada en el paciente y en el cuidador y los costes de la asistencia especializada.

Bibliografía

1. Morán Alaez E. Estimación de la población dependiente y de sus características sociodemográficas. En La protección social de la dependencia. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO). Madrid 1999.
2. Eiroa Patiño P, Vazquez-Vizoso FL, Veras Castro R. Discapacidades y necesidades de servicios en las personas mayores detectadas en la encuesta de salud OARS-Vigo. Med Clin (Barc) 1996;106:641-648.
3. Suárez F, Oterino D, Peiró S, García F. Estado de salud de las personas ancianas y hospitalización en servicios geriátricos, médicos y quirúrgicos. Estudio poblacional en Toledo. Rev Esp de Salud Pública 2000;74:149-161.
4. Wolinsky FD, Callahan CM, Fitzgerald JF, Johnson RJ. Changes in functional status and the risks of subsequent nursing home placement and death. J Gerontol. 1993 ;48(3):S94-101.
5. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud 2001. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2002.
6. Instituto Nacional de Estadística. Anel de Hogares de la Unión Europea 2001. Madrid 2005.
7. Encuesta de Morbilidad Hospitalaria 2003. Instituto Nacional de Estadística. Disponible en: www.ine.es.
8. Ahn N, Meseguer JA, Herce JA. Gasto sanitario y Envejecimiento de la población española. FEDEA. Bilbao: Ed Fundación BBVA; 2003.
9. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO). Envejecer en España. II Asamblea Mundial sobre Envejecimiento. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2002.
10. Zweifel P, Felder S, Meiers M. Ageing of population and health care expenditure: a red herring?. Health Econ. 1999;8(6):485-96.
11. Zambrana García, JL; Delgado Fernández, M; Cruz Caparrós, G; Martín Escalante, MD; Díez García, F; Ruiz Bailén, M. Factores predictivos de estancias no adecuadas en un servicio de medicina interna. Med Clin (Barc) 2001; 117 (3): 90-92.
12. Peiró S, Portella E. Identificación del uso inapropiado de la hospitalización: la búsqueda de la eficiencia. Med Clin (Barc)1994; 103:65-71.
13. Suárez F, Oterino D, Peiró S, Librero J, Barrero C, Parras N, Crespo MA, Pérez-Martín A. Factores asociados con el uso y adecuación de la hospitalización en personas mayores de 64 años. Rev Esp de Salud Publica 2001;75:237-248.

14. Reuben DB. Making hospitals better places for sick older persons. *J Am Geriatr Soc* 2000;48(12):1728-9.
15. Calkins E, Naughton BJ. Care of older people in the hospital. En Calkins E, Boulton C, Wagner EH et al (eds). *New ways to care for older people: building systems based on evidence*. Nueva York: Springer Publishing Company 1999: pp 99-111.
16. Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, Adams J, Rubenstein LZ. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet* 1993 October 23;342(8878):1032-6.
17. Forster A, Young J, Langhorne P for the Day Hospital Group. Medical day hospital care for the elderly versus alternative forms of care. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 1999, Issue 3. Art. No.: CD001730. DOI: 10.1002/14651858.CD001730.

Una nueva forma de trabajar que mejora las decisiones: Gestión Clínica de la Efectividad



Joaquim Camprubí es Licenciado en Medicina. Cuenta con varios años de experiencia en posiciones de planificación y gestión en distintas administraciones sanitarias: local, autonómicas (Madrid y Andalucía) y nacional. Tras años como consultor en gestión sanitaria con proyectos en todo el territorio nacional, desempeñó su labor en el Departamento de Relaciones Institucionales de MSD, siendo el responsable del Programa de Medicina Basada en la Evidencia para toda España, dirigiendo talleres y publicaciones sobre el tema. En la actualidad, continúa en MSD como Gerente Regional de Calidad Asistencial para Andalucía.

*Siempre hay dos generaciones actuando al mismo tiempo,
con plenitud de actuación, sobre los mismos temas y en torno a las mismas cosas
pero con distinto índice de edad y, por ello, con distinto sentido.*

*José Ortega y Gasset.
En torno a Galileo, 1933*



Texto elaborado por el autor en colaboración con Javier Fernández Revilla, alumno del Máster en Administración y Dirección de Servicios Sanitarios edición número XXI, programa impartido en Madrid por la Fundación Gaspar Casal (FGC) en colaboración con el Instituto de Educación Continua (IDEC) y el Centro de Investigación de Economía de la Salud (CRES) de la Universidad Pompeu Fabra.

Cuando celebramos este tercer Congreso de Gestión Clínica ya han transcurrido 15 años desde el primer congreso que pretendía buscar los fundamentos científicos –basados en evidencias– de la Gestión Clínica. Quince años es el tiempo que separa a dos generaciones según la teoría propuesta por Ortega y Gasset, siendo generación un grupo de individuos que sin ser necesariamente de la misma edad (coetáneos) están sometidos al mismo entorno social, tecnológico, científico, político, económico, (contemporáneos). La generación que iniciamos esta serie de Congresos de Gestión Clínica vivimos el desarrollo de la Ley General de Sanidad, las transferencias de los servicios sanitarios a las Comunidades Autónomas y el correspondiente despliegue de los Servicios Regionales de Salud, la alternancia en los gobiernos centrales y autonómicos, el ensayo de nuevos modos de gestión de centros y servicios sanitarios que superaran los límites de los procedimientos administrativos y los debates entorno a una posible reforma de la sanidad balanceando una mayor autonomía de los centros sanitarios con el

mantenimiento de la equidad de acceso. Entonces la Gestión de los servicios sanitarios basada en la efectividad demostrada de las intervenciones sanitarias y en la mayor autonomía de los profesionales era un modo nuevo de gestionar llamado a resolver las deficiencias de otros modos anteriores y vigentes en ese momento.

Los profesionales que entonces estaban acabando su formación y ocupando sus primeros puestos de trabajo, como médicos o como gerentes, hoy ya se han formado; han crecido oyendo hablar, protagonizando, soportando la Gestión Clínica que, para ellos ya no es algo nuevo, sino algo que forma parte del entorno en el que desempeñan su trabajo. No debemos, una generación después, mantener en el encabezamiento de este Congreso la alusión a la Gestión Clínica como una novedad. O bien, deberíamos considerar esta repetida llamada a la novedad como una señal de que todavía no se ha conseguido trasladar esa modalidad de gestión de la retórica a la práctica, por lo que seguiría siendo algo nuevo, todavía desconocido para los convocantes y para los asistentes.

Por tanto, me parece oportuno analizar qué entendemos por gestión clínica y qué entendemos por efectividad para después, utilizando algunas noticias aparecidas en la prensa, tratar de responder a la cuestión de su novedad, su éxito o su fracaso y sus posibles desarrollos.

Ya he dicho anteriormente, que hace quince años, la Gestión Clínica se planteaba como algo nuevo frente a otra Gestión Sanitaria sin el adjetivo de “clínica”. Esa Gestión Sanitaria no clínica la encontramos definida en un Diccionario de Gestión elaborado por la misma entidad que nos ha convocado hasta aquí, la Fundación Gaspar Casal: “la función ejecutiva de planificar, organizar, dirigir, controlar y supervisar actividades sanitarias encaminadas a mejorar resultados en salud de la población. La gestión sanitaria es una ciencia interdisciplinar en la que contribuyen la historia, la economía, el derecho, la sociología, la psicología, la salud pública y la medicina” (1).

Esa gestión sanitaria no clínica –generosamente elevada a la condición de “ciencia interdisciplinar” en la que la medicina es tan solo uno de sus componentes– utiliza herramientas clásicas de la gestión empresarial, válidas para cualquier sector, incluido el sanitario y utilizadas con éxito en la gestión de hospitales: establecimiento de jerarquías y burocracias; control presupuestario; cuadros de mando; gestión del producto; gestión de personal; gestión de compras, etc. Esta concepción clásica de la gestión sanitaria ha tenido su reflejo en la organización de nuestros centros sanitarios: Gerencia, dirección de Producción (médica y de enfermería), dirección de Personal, de Compras, etc... con logros e insuficiencias en relación a sus objetivos de prestar servicios adecuados a las necesidades cambiantes de los usuarios.

La aplicación de algunos modos de la gestión empresarial a los servicios sanitarios implicó la llegada de otros profesionales con formación no sanitaria a los puestos directivos de la organización sanitaria –acentuando el carácter interdisciplinar de las decisiones– la aparición de ofertas formativas específicas y, lo más importante, la generalización de una cultura de gestión en los profesionales de los servicios sanitarios aunque no tanto en sus usuarios, protegidos de las medidas gestoras por el lenguaje maximalista de los responsables políticos de las asistencias sanitarias públicas –en plural, porque hay más de una– más interesados en transmitir su preocupación por el bienestar de sus votantes que en transmitir responsabilidad en la gestión y uso de los recursos que esos votantes les han confiado. Además, vinculado a la asunción de competencias por las Comunidades Autónomas aparecieron modos de gestión alternativos –consorcios con entidades privadas, gestión integral de atención primaria y especializada, cooperativismo, firma de contratos-programa explícitos– que pretendían encontrar fórmulas de gestión más adaptadas a las necesidades de los usuarios sin alterar la equidad de acceso a los servicios sanitarios públicos y la responsabilidad política de sus máximos decisores,

Si a pesar de esos cambios, apareció la necesidad de una Gestión Sanitaria nueva –a la que hemos llamado Gestión Clínica– fue debido a las insuficiencias de esta formulación clásica, que tiene varias causas. En primer lugar, por la propia naturaleza de los actos médicos: su producción se realiza en las consultas frente al paciente en las que reside la captación de sus necesidades y la puesta en marcha de

las medidas diagnósticas y terapéuticas para atenderlas. Es decir, el consumo de recursos sanitarios se decide entre el médico y el paciente –y sus entornos profesionales y familiares– en ausencia del aparato gestor.

En segundo lugar, el modelo de gestión clásico tiene muy poca incidencia en atención primaria que es donde se realizan la mayor parte de actos médicos con una trascendencia muy importante sobre el conjunto del sistema asistencial, no solo por los consumos que se generan en el episodio asistencial sino, fundamentalmente, por las secuelas de esos consumos sobre la vida del paciente, sobre el resto de la organización y sobre futuros consumos. Una mala decisión en atención primaria puede representar una carga de enfermedad para el paciente y para el sistema de importantes consecuencias.

Finalmente, una determinada concepción de la función pública y de sus garantías y obligaciones con los ciudadanos ha superado las transferencias de servicios desde el aparato estatal a los aparatos autonómicos lastrando su capacidad de adaptación a las necesidades de los usuarios y de los profesionales (2).

Para poder avanzar en el análisis que me he propuesto debo comprender qué se entiende por Gestión Clínica. Encuentro esta definición en el Diccionario citado anteriormente: “Estrategia de mejora que permite sistematizar y ordenar los procesos de atención sanitaria de forma adecuada y eficiente, sustentados en la mejor evidencia científica del momento y con la participación de los profesionales en la gestión para la toma de decisiones en torno al paciente. Las decisiones clínicas serán de calidad si generan eficiencia económica y no mero control de gasto”.

Aparecen en esta definición elementos desconocidos –“nuevos”– en la Gestión Sanitaria: la referencia a la evidencia científica, la participación de los profesionales y la alusión a la eficiencia económica como uno de los componentes de la calidad del producto.

Si una de las principales limitaciones de la Gestión Sanitaria clásica es que no está presente ni en el lugar ni en el momento en el que se toman las decisiones relevantes para el paciente y para el sistema, tanto en carga de enfermedad como en consumo de recursos, la Gestión Clínica trata de reforzar la autonomía a los responsables de esas decisiones y de transferir responsabilidades sobre las consecuencias de esas decisiones. Para reforzar la autonomía de los clínicos se reorganizan los servicios de modo que cada vez tengan mayor margen de decisión y que esa decisión sea informada: acceso a las evidencias y guías de práctica clínica, apoyos informáticos a la decisión, formación dirigida por la organización. La Gestión Clínica pretende que los clínicos puedan decidir con acceso a la información relevante para resolver el caso que tienen enfrente.

También pretende definir objetivos clínicos de estructura, de procesos y de resultados, midiéndolos e incentivando su cumplimiento. En la medida que esos objetivos añadan valor a los pacientes –curar o cuidar, según sus necesidades– la gestión clínica significará una mejora en la asistencia sanitaria que presten las organizaciones. No siempre es fácil que los objetivos gestores, necesariamente ligados a los ejercicios presupuestarios anuales, coincidan con objetivos clínicos relevantes para el paciente –y, por tanto, para su agente médico– ligados a su vida y al desarrollo de su enfermedad, prevalentemente crónica. Los distintos contratos programa o acuerdos de gestión son buenos ejemplos de la búsqueda de convergencias entre la gestión a corto plazo y la calidad, que tiene otros tiempos.

La Gestión Clínica además de transferir autonomía y responsabilidad a los profesionales implicados en la asistencia sanitaria, pretende basarse en evidencias, en el sentido que esa expresión tiene en la “Medicina Basada en la Evidencia”. A las dificultades propias de la gestión habrá que añadir las dificultades derivadas de la generación y utilización en la práctica de evidencias que demuestren la utilidad de las intervenciones y que identifiquen los individuos y grupos de población que se benefician de ellas así como los que quedan expuestos a un mayor riesgo. Las evidencias son el resultado de investigaciones específicas en las que se diseñan experimentos para resolver lagunas del conocimiento. Por el contrario, las decisiones en gestión tratan de añadir valor a unos pacientes reales en condiciones que no controla ni el gerente ni los profesionales

que trabajan con esos pacientes y en tiempo real, sin posibilidades de aplazamiento. Es casi una casualidad que los decisores –me refiero a los gerentes y a los profesionales que trabajan directamente para ellos– encuentren en el mundo de lo experimental respuesta a sus necesidades. Y en el supuesto que esas evidencias adecuadas al problema de gestión existan quedará la incógnita sobre el modo de implementarlas localmente y la necesidad de generar nuevas evidencias que ayuden a futuras decisiones.

De todos modos, hay algunos métodos que tratan de acercar los decisores a las evidencias relevantes para ellos siendo el primer paso la formulación correcta de las preguntas dirigidas a resolver sus problemas reales de decisión. Una vez identificado el problema, es muy probable que las evidencias existentes sean escasas, ya sea porque el tipo de intervención o de población a la que se refiere no ha conseguido atraer equipos ni fondos para investigarlos, ya sea porque la investigación existente tiene características estructurales que limitan su validez externa y su aplicabilidad a entornos distintos de los experimentales.

Para no caer en maximalismos –pedir a la MBE aquello que no puede dar– que acaban paralizando las decisiones en medicina y en gestión, son necesarias mejoras metodológicas que permitan el desarrollo de investigaciones capaces de informar a los decisores del conocimiento existente sobre el tema a decidir y elaboradas de modo que sean oportunas en el momento de decidir. Es necesario revisar la consideración del ensayo clínico aleatorizado como la única fuente de evidencia para apoyar la toma de decisiones, revisando las condiciones que aumentan la validez interna y externa de otros diseños, tanto observacionales –cohortes, caso-control, transversales–⁽³⁾ como ensayos clínicos pragmáticos⁽⁴⁾ o estudios de intervención no aleatorizados⁽⁵⁾, cuyas evidencias son etiquetadas de peor calidad por el riesgo de no eliminar suficientemente los sesgos, pero con frecuencia son los estudios que informan de la mejor evidencia disponible para tomar decisiones que no se pueden aplazar. Hay que avanzar en la definición de qué tipo de evidencia es más adecuada para qué tipo de decisión, de modo que las mejores evidencias –es decir, las realmente existentes– informen la negociación entre clínicos y directivos –gerentes, cargos intermedios y técnicos– que es propia de la Gestión Clínica.

Sea cual sea el procedimiento seguido para reforzar las decisiones en Gestión, es imprescindible el conocimiento de su efectividad en condiciones reales. La actual disponibilidad de complejos sistemas de información permite disponer de ese tipo de información que no sólo es útil para los directivos, sino también para los profesionales que quieren gestionar los recursos que tienen a su cargo y para los pacientes que están cada vez más interesados en poder escoger el proveedor.

Además de la referencia a las evidencias sobre eficacia y efectividad, encontrábamos en la definición de Gestión Clínica que hemos utilizado la referencia a los costes y a la calidad de la asistencia sanitaria. No es el objeto de esta presentación profundizar en las dimensiones de la calidad pero la medición de la efectividad, su confrontación con los costes y la transparencia informativa hacia los pacientes, la comunidad y los profesionales para que puedan decidir qué servicios añaden más valor. De todos modos, la mejor forma de aumentar la calidad de los servicios es internalizar los costes, tanto económicos, como en pérdida de pacientes y mala imagen⁽⁶⁾.

A pesar del escaso apoyo que encuentra un gerente en la MBE, hay medidas que ya sabemos que funcionan⁽⁶⁾ en algunas organizaciones sanitarias y que deberíamos tratar de aplicar y seguir evaluando su implementación local:

- Separación de financiación y provisión.
- Integración de niveles asistenciales: conocimiento mútuo entre profesionales, objetivos comunes, Procesos Asistenciales Integrados, Guías de Práctica Clínica comunes.
- Pago capitativo en sistemas asistenciales integrados (áreas).
- Incentivos dirigidos a premiar resultados relevantes para la salud de los enfermos (calidad, seguridad, no solo satisfacción) al coste presupuestado (eficiencia).
- Incentivos suficientemente discriminatorios (entorno al 10% del salario)
- Pago por actividades preventivas.

- Sistemas de información fiables y ágiles.
- Sistemas expertos de apoyo a la decisión clínica.

Posiblemente no se trata de pruebas en el sentido científico que la MBE quiere darle, sino que son análisis derivados de registros de actividad y, en pocas ocasiones, de investigaciones ad-hoc. En todo caso, hoy sigue siendo vigente la afirmación formulada hace 15 años por algunos líderes clínicos españoles sobre lo caro que resulta a la sociedad la ignorancia sobre los factores que condicionan la salud y la enfermedad, su historia natural y el funcionamiento de los servicios sanitarios.⁷

Es necesario dedicar más recursos a la investigación sobre efectividad como única manera de que las decisiones en Gestión Clínica tengan un fundamento científico-profesional o, al menos, están informadas por el conocimiento existente. Las iniciativas tipo SUPPORT⁽⁸⁾, el Cochrane Effective Practice and Organization of Care Group (www.epoc.cochrane.org) y algunas iniciativas españolas vinculadas al Plan de Calidad del SNS y a las Agencias de Evaluación de Tecnologías autonómicas van en este sentido.

En estos quince años que llevamos hablando de Gestión Clínica basada en la efectividad se han dado importantes avances, tanto es sus fundamentos teóricos, como en sus instrumentos⁹ y en la investigación sobre sus resultados: se han generalizado los Contratos Programa y Acuerdos de Gestión –presentes en las webs de algunos Servicios Regionales de Salud– que promueven una devolución de la autonomía y responsabilidad a los profesionales. Se han generalizado los Cuadros de Mando y el uso de indicadores de desempeño de los centros y de los profesionales, vinculados a incentivos individuales y de grupo con posible valor añadido a los pacientes. También aumenta la devolución de capacidad de decisión a esos pacientes manifestada por su creciente capacidad de elección, la atención a su satisfacción, quejas y sugerencias, consideradas como un indicador fiable de calidad de los servicios y, sobre todo, manifestada por el esfuerzo en mejorar su seguridad.

Aunque no siempre suficientemente evaluadas en relación al esfuerzo económico y organizativo que requieren, se han generalizado las inversiones en sistemas de información integrados que no sólo registran información sobre los procesos asistenciales de los pacientes sino que también vehiculan información relevante para la toma de decisiones clínicas, en forma de Guías de Práctica Clínica y acceso a las evidencias que pueden ayudar al médico y al paciente a decidir.

Y, por encima de todo, en estos años se ha consolidado una generación de profesionales –médicos, enfermeros y directivos– que han apostado por asumir responsabilidades y riesgos –en ocasiones sin mucho apoyo de su organización– convencidos de que este es el mejor modo de añadir valor a sus pacientes y que ya está trasladando en su práctica la retórica academicista de la generación anterior, la del Primer Congreso de Gestión Clínica.

Pero a pesar de esos avances y del voluntarismo de algunos, la botella de la Gestión Clínica sigue estando medio vacía y por eso la seguimos refiriendo como “un nuevo modo de gestionar”. Algunos de sus deficiencias derivan de su vinculación al sector público, contaminándose del desprestigio y falta de credibilidad que los casos de corrupción y el incumplimiento sistemático de los compromisos electorales –pasando del maximalismo al realismo sin cambiar el discurso– provoca entre los ciudadanos y entre los profesionales. En algunos Servicios Regionales de Salud puede ser difícil convencer a los profesionales y a los pacientes que sean eficientes en lo micro y en lo meso, cuando las decisiones macro llenan las páginas de “sucesos” de los medios de comunicación.

La escasa separación entre financiación y provisión que se da en la mayoría de las Comunidades Autónomas y Servicios Regionales de Salud contribuye a que el desprestigio de la política –que reiteradamente aparece más como un problema que como una solución en las encuestas– contamine a los centros sanitarios de dependencia pública. Así mismo, las actividades de influencia que generan rentas particulares a pesar de ser improductivas y no añadir valor al producto final, erosionan la credibilidad de las iniciativas de gestión y aumentan su vulnerabilidad frente a las decisiones de sus superiores.

También disminuye su credibilidad el incumplimiento de los límites presupuestarios y la permanente generación de déficit: en junio 2010, las administraciones sanitarias debían 3.416 M€ a la industria farmacéutica y 3.100 M€ a proveedores de productos sanitarios, con promedio de demora del pago de 281 días, lo que indica que se realizan compras fuera del presupuesto anual aprobado por los respectivos parlamentos autonómicos. Cuando, gracias a la actual crisis económica y a las exigencias de transparencia nacional e internacional, vamos conociendo el endeudamiento de las CCAA y recordamos que el presupuesto sanitario se sitúa alrededor de un tercio del presupuesto total de una Comunidad Autónoma, no es difícil imaginar que un tercio de ese endeudamiento que tanto nos empobrece procede del sector sanitario. A parte de que la compra sin presupuesto refleja la insuficiente financiación de los servicios sanitarios, se convierte en una invitación a la relajación en la gestión y en una dificultad objetiva a la hora de que los directivos macro y meso exijan a los profesionales micro un esfuerzo en el control de los consumos que generan sus decisiones.

La excesiva rigidez en la Gestión de Personal también hace que la Gestión Clínica no avance todo lo que sus profesionales quieren. La estabilidad en el puesto de trabajo y la excesiva independencia entre retribución y resultados se convierte en un freno a la toma de decisiones responsable y autónoma. La reciente disminución generalizada de las retribuciones de los funcionarios públicos, sin ninguna relación con su desempeño, tienen un efecto desincentivador del compromiso necesario para una Gestión Clínica eficaz. La escasa fuerza de los decisores políticos frente a los sindicatos en las negociaciones laborales produce un incremento de la estabilidad en las plantillas que no parece ir en la dirección de transferir riesgo a los profesionales. Pocos días antes de este Congreso un Servicio Regional de Salud de jactaba de que un 90% de su plantilla era estable y su máxima autoridad política defendía que 7 de cada 8 ciudadanos estaban atendido por personal fijo. A parte de evidenciar la nula separación entre financiación y provisión de servicios, no queda claro en qué medida tanta estabilidad en los puestos de trabajo del personal sanitario añade valor a los pacientes.

Esta rigidez en la Gestión de Personal produce situaciones extremas que si no fuera por su gravedad serían grotescas, como la aparecida recientemente en la prensa sobre las dificultades de un Servicio Regional de Salud para apartar de la asistencia sanitaria a un pediatra condenado por pornografía infantil. El caso, por lo excepcional, sirve para ilustrar hasta qué punto la rigidez en la gestión de personal no solo no añade valor a los pacientes, sino que puede convertirse en una amenaza.

En el otro lado de la gestión de personal está el probable despido en el mes de octubre de 2010 de un grupo de médicos en Cataluña por no cumplir el contrato laboral en el que se comprometían a superar las pruebas de conocimiento de una de las dos lenguas que la Constitución ampara en dicha Comunidad Autónoma. La firma de contratos y las sanciones derivadas de su incumplimiento están en la línea de lo que sabemos que funciona en Gestión Clínica, aunque es de desear que esos contratos, además de cuestiones identitarias, incorporen medidas del desempeño que añadan valor al producto sanitario, inherente a la función social de las instituciones y de los profesionales implicados.

En definitiva, después de que una generación de profesionales haya intentado promover la Gestión Clínica basada en la efectividad encontramos una situación claroscuro con logros y con déficits que promueven diagnósticos contradictorios –¿irreconciliables?– en función de la perspectiva de cada cual. Desde una perspectiva “mic” los implicados en las iniciativas de Gestión Clínica de nuestro país, reclaman el éxito de su actuación, considerando que efectivamente han conseguido añadir valor a los pacientes a través de acuerdos de gestión, incentivos vinculados al logro de objetivos, sistemas de ayuda a la decisión, etc., que, basándose en las evidencias existentes, han transferido responsabilidad y riesgo a los profesionales, aplicando mejor los recursos a las necesidades de la población. Desde una perspectiva “etic” –que es la que única que yo puedo adoptar ya que no trabajo directamente en ninguna iniciativa de Gestión Clínica⁽¹⁰⁾– no es tan “evidente” que los que quieren hacer Gestión Clínica hayan conseguido remover las barreras estructurales –separación entre financiación y provisión, rigidez en la gestión de personal, insuficiencia de recursos, escasa investigación sobre la efectividad de las intervenciones, etc.– que están todavía operando como potentes factores limitantes y mucho menos que la transferencia de riesgo a los profesionales sea una realidad lejos de la retórica.

Para que la siguiente generación, la que hoy está empezando su carrera profesional, desarrolle su actividad con la autonomía y la responsabilidad que el cuidado de sus pacientes requiere es necesario:

- destinar más recursos a la investigación sobre efectividad para saber en qué contextos organizativos las intervenciones sanitarias se acercan más a su eficacia teórica.
- aumentar profesionalización de los gerentes y decisores para sean más independientes de las presiones políticas.
- tener presupuestos reales, creíbles y cumplirlos.
- mejorar la información sobre la actividad y los resultados de los servicios sanitarios de manera que pacientes y profesionales tengan la información suficiente para decidir con responsabilidad y asumir las consecuencias de sus decisiones.

Estas medidas, no por reiteradas, ⁽¹¹⁾ menos necesarias, requieren del esfuerzo constructivo de todos nosotros con independencia del lugar que ocupemos en la cadena de producción de servicios sanitarios, convencidos de que la evolución de esos servicios es incremental y que cualquier contribución tiene que demostrar que añade valor sobre lo ya existente.

Bibliografía

1. Peiró S., del Llano Señarís J., Quecedo Gutiérrez L., Villar Díaz N., Raigada González F., Ruiz Ferrán J. Diccionario de Gestión Sanitaria. Los 100 términos más utilizados; Fundación Abbott y Fundación Gaspar Casal. 2009.
2. Colomer J. La Gestión Sanitaria a través de la Administración Pública: Burocracia y Privilegios. Gestión Clínica y Sanitaria. 2009;(4):140-144.
3. Vandembroucke Jan P., Von Elm Erik, Altman Douglas G., Gøtzsche Peter C., Mulrow Cynthia D. PSJEA. Mejorar La Comunicación De Estudios Observacionales En Epidemiología (STROBE): Explicación Y Elaboración. Gac Sanit. 2009;23(2):158e1-158e28.
4. Tunis SR, Stryer DB, Clancy CM. Practical clinical trials: increasing the value of clinical research for decision making in clinical and health policy. JAMA: the journal of the American Medical Association. 2003; 290(12):1624-32.
5. Vallvé C, Artés M, Cobo E. Estudios de intervención no aleatorizados (TREND). Med Clin (Barc). 2005; 125 (Supl1):38-42.
6. Ortún Rubio V. Gestión Clínica y Sanitaria. De la práctica diaria a la academia, ida y vuelta. Masson; 2003; 195-258.
7. Lázaro P et al. Una estrategia de investigación en el Servicio Nacional de Salud. Investigación en Servicios de Salud. Med Clin (Barc). 1995; 104(2):67-76.
8. Lavis JN, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A. Health Research Policy and Systems SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). Health Research Policy and Systems. 2009; 7((Supl1)).
9. Naranjo D. El uso del cuadro de mando integral y del presupuesto en la gestión estratégica de los hospitales públicos. Gaceta sanitaria. 2010; 24(3):220-4.
10. Bueno G. Nosotros y Ellos. Pentalfa Ediciones. 1990.
11. Del Llano Señarís J. Sanidades Autonómicas. ¿Solución o problema? Círculo de la Sanidad. 2009; 271-286.

Quinta mesa

Hospitales y Gestión Clínica basada en resultados

- 11. ***Gestión de Hospitales basada en resultados***, Ignacio Marín
- 12. ***Investigación de la Efectividad Comparada***, José Francisco García
- 13. ***Gestión Hospitales basada en resultados: Hospital Clínic de Barcelona***, Antoni Castells

Gestión de Hospitales basada en resultados



Ignacio Marín León, Doctor en Medicina y Especialista en Medicina Interna y Epidemiología Clínica, es un clínico de amplia trayectoria que inició su formación en el Hospital 12 de Octubre (Madrid) y que desarrolla actualmente su ejercicio profesional como internista del Hospital Universitario de Valme (Sevilla). Complementa su labor asistencial con la docencia como Profesor Asociado (CIS) y su actividad investigadora en el Departamento de *Medicina* de la Universidad de Sevilla. Pertenece al Grupo de Investigación CTS-306 G, de Estudio Calidad Asistencia Sanitaria (GRECA), para el que ha contribuido a la obtención de ayudas a la Consolidación del Grupo de Investigación (2000/CTS-306 y 1997/CTS-306). Es miembro fundador de la Fundación Enebro, para el avance del conocimiento científico y las tecnologías en servicios sociales y de salud. Participante habitual de las reuniones de la Red de Guías de Práctica Clínica, la Red Iberoamericana de Guías de Práctica Clínica y de la *Guidelines International Network Conference (GIN)*, ha colaborado en el impulso a la Guía Pretemed y colaborado con la difusión del instrumento *Agree* (para la evaluación de guías de práctica clínica) y de *EGOKI* (*Evaluation of Guidelines Obsolescence and Kindness*).

Entre sus publicaciones, aparece como editor de diversos libros, autor de múltiples capítulos en libros, numerosas publicaciones en revistas de ámbito internacional e incontables aportaciones a congresos. Preocupado por el problema de la incertidumbre en la práctica clínica, desarrolla su actividad investigadora en el campo de las guías de práctica clínica; así, a partir de su experiencia profesional en el desarrollo, implantación, adaptación, implementación y evaluación de guías (Guía de Práctica Clínica Basada en la Evidencia Sobre el Manejo de la Angina Inestable o la de Profilaxis de Enfermedad Tromboembólica en Patología Médica), se plantea diversos temas de investigación: la existencia de herramientas tipo guías para la práctica concreta, el análisis de su contenido, el análisis de su calidad, las estrategias de implantación de una guía, las estrategias de implementación, el papel de las guías en la implantación de mejoras en la calidad asistencial, las escalas y los criterios de evaluación de guías, los conflictos de interés en la implantación de guías,... Otros campos de interés en su quehacer es la evaluación de la práctica clínica, la posibilidad de su evaluación retrospectiva a partir de datos almacenados (como los informes de alta) o la satisfacción del usuario.

Entre sus publicaciones, aparece como editor de diversos libros, autor de múltiples capítulos en libros, numerosas publicaciones en revistas de ámbito internacional e incontables aportaciones a congresos. Preocupado por el problema de la incertidumbre en la práctica clínica, desarrolla su actividad investigadora en el campo de las guías de práctica clínica; así, a partir de su experiencia profesional en el desarrollo, implantación, adaptación, implementación y evaluación de guías (Guía de Práctica Clínica Basada en la Evidencia Sobre el Manejo de la Angina Inestable o la de Profilaxis de Enfermedad Tromboembólica en Patología Médica), se plantea diversos temas de investigación: la existencia de herramientas tipo guías para la práctica concreta, el análisis de su contenido, el análisis de su calidad, las estrategias de implantación de una guía, las estrategias de implementación, el papel de las guías en la implantación de mejoras en la calidad asistencial, las escalas y los criterios de evaluación de guías, los conflictos de interés en la implantación de guías,... Otros campos de interés en su quehacer es la evaluación de la práctica clínica, la posibilidad de su evaluación retrospectiva a partir de datos almacenados (como los informes de alta) o la satisfacción del usuario.

El Dr. Marín, investigador en la adecuación de la práctica clínica y la elaboración e implementación de Guías de Práctica Clínica, es un referente nacional para el desarrollo y la evaluación de guías, el estudio de la variabilidad asistencial y sus repercusiones en la gestión clínica y la evaluación de la calidad asistencial.



Texto elaborado por el autor en colaboración con Alfonso Ambrós Checa, alumno del Máster en Administración y Dirección de Servicios Sanitarios edición número XXI, programa impartido en Madrid por la Fundación Gaspar Casal (FGC) en colaboración con el Instituto de Educación Continua (IDEC) y el Centro de Investigación de Economía de la Salud (CRES) de la Universidad Pompeu Fabra.

Un elemento principal de la Gestión Clínica es la medición de resultados. En esta ponencia desarrollo las características que debe tener la medición de resultados, para que contribuya a la mejora de la asistencia sanitaria, y las utilidades derivadas de la medición de resultados que contribuyen a garantizar el gobierno clínico. Pondré énfasis en la diferencia existente entre administrar y hacer gestión clínica, la estrategia de beneficio al usuario, la identificación de los problemas de calidad, la metodología para evaluar los resultados, la medición de resultados como parte de un círculo virtuoso en la gestión del conocimiento y, finalmente, la posible agenda de cambio utilizando la capacidad de liderazgo y unas políticas coherentes.

Cuando la realizamos correctamente la medición de resultados proporciona múltiples utilidades, a saber: 1º) a los profesionales les ayuda a conocer cuanto pueden mejorar; 2º) a los gestores les orienta sobre quien puede o debe mejorar y la posibilidad de implantar una mejora de la calidad; 3º) a los compradores les permite conocer el *ranking* de sus proveedores; y 4º) a los enfermos les facilita saber quien le puede atender mejor. Por ejemplo, la tasa de éxitos en tratamientos de la *British Orthodontic Society* mostró que las tasas de éxito variaban desde un 19% a un 94% (1); a partir de estos resultados se podían tomar decisiones sobre la necesidad de sustitución o de formación y la capacidad docente de estos profesionales.

Los dos aspectos principales de este tema son la calidad y los resultados. Siguiendo al *Institute of Medicine* norteamericano defino calidad como la medida en que los servicios sanitarios aumentan la probabilidad de producir los resultados de salud deseados y adecuados al estado actual del conocimiento. Por su parte, llamo resultado al impacto de una intervención sobre el estado de salud de, por ejemplo, un paciente (2); las medidas de resultado valoran el desenlace final tras una intervención.

Gestión Clínica no es administrar

El objetivo de la gestión clínica (GC) es organizar los recursos y el personal de modo que los pacientes obtengan el mayor beneficio en salud y sabiendo que hay que integrar cinco factores que son constantes de la asistencia sanitaria: *pacientes, consulta, decisión clínica, equipo y conocimiento científico*. El reto de la GC consiste en impulsar la organización de estos cinco factores inherentes a la asistencia sanitaria con la gestión de los recursos disponibles y el personal responsable de ejecutarla.

El empeño de integración con la calidad es lo que diferencia a la GC respecto a una actitud burocrática que no se plantea integrar todos estos factores, sino que se limita a repartir el trabajo entre el personal o los recursos entre las unidades, sin conexión con la responsabilidad moral de garantizar la calidad, buscando la disminución de costes. ¿Por qué se guían los que nos gobiernan si no es por los resultados de salud?, no deberíamos pensar que los que nos conducen están ciegos, se guían por criterios económicos: la administración como acto burocrático. La gestión sanitaria, a diferencia de la administración, es una profesión en *riesgo moral*.

Dicho de otro modo, la GC debe compaginar dos lealtades que pueden presentarse como contradictorias en determinados momentos: la defensa de los intereses de los pacientes no puede ser compatible siempre con la defensa de los intereses de la institución.

Estrategia de beneficio al usuario

El tipo de cuestiones a las que se enfrenta el gobierno clínico suelen ser muy prácticas, relacionadas con la consecución de beneficios en salud de los pacientes, del tipo:

- ¿a quién es adecuado poner una prótesis?
- ¿ponemos en riesgo a nuestros pacientes?
- ¿facilitamos el desarrollo profesional del personal?

- ¿hacemos gastos inútiles?, ¿cuál es la productividad de este grupo?
- ¿hay diferencias de resultados según la carga de trabajo?
- ¿el MIR que formamos es el que se necesita en el futuro?
- ¿se benefician nuestros pacientes de determinada iniciativa?

La estrategia de la gestión clínica está cimentada en cuatro pilares: evaluar lo mejorable o modificable, hacer equipo o gestión de personal, gestionar el conocimiento y plasmar el riesgo moral.

Identificación del los problemas de calidad

El interés de la *evaluación de resultados* reside en que es el sistema de que disponemos para identificar los problemas de calidad, lo que puede o debe ser mejorado o modificado. Uno de los aspectos clave a evaluar es la *variabilidad* en la práctica clínica, una herramienta muy potente para la gestión; permite identificar dónde hay problemas, actúa de perro guardián de la calidad, es su olfato. La variabilidad no informa de lo qué pasa, pero avisa de que algo no va bien en una fase del proceso. Sería el caso de las diferencias en las pruebas diagnósticas realizadas en la angina crónica entre hospitales de una misma ciudad; una mayor o menor utilización de determinadas pruebas puede traslucir diferencias de calidad asistencial o reflejar una mala utilización de los recursos.

Una vez sospechado un problema de calidad, el segundo paso es diagnosticarlo. La variabilidad en la tasa estandarizada de ingresos para la EPOC, nos orienta a la existencia de un problema de calidad, alguien lo debe estar haciendo mejor y alguien peor y se debe estudiar quien y por qué. Los problemas de calidad se clasifican en uno de los siguientes tipos:

- *Inadecuación*: mal uso.
- *Falta efectividad*: resultados peor de lo esperado.
- *Ineficiencia*: baja productividad de los recursos.
- *Daño*: se realizan prácticas de riesgo.

Para poder hacer el diagnóstico de mala calidad contamos con la metodología de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE) que ha permitido introducir un espíritu crítico, sistemático y válido en el proceso evaluador. Para impulsar la mejoría continua de la calidad, la MBE pretende diseminar el escepticismo sobre la actuación de los médicos.

La MBE aporta a la gestión clínica tres pilares que le dan solidez:

1. Establecer estándares con fundamento científico que permiten etiquetar la inadecuación.
2. Definir qué desenlaces son esperables a partir de los datos existentes de forma que haban posibles las comparaciones.
3. Desarrollar pautas de actuación clínicas (guías, vías y procesos integrados).

La implantación de la calidad requiere de una actitud evaluadora y un método para evaluar. Los *estudios de adecuación* consisten en la confrontación de una actuación realizada comparándola con los estándares. La metodología cambia de unos estudios a otros, en relación con el sistema de identificación de estándares, pero en general el proceso se ha simplificado con el desarrollo de Guías de Práctica Clínica de calidad. En los estudios de adecuación siempre hay un juicio, la clave está en la solidez del mismo, en la objetividad de la base que sustenta dicho juicio, en la aceptabilidad que tenga para el "evaluado" y en el objetivo con el que se hace la evaluación (incentivar la mejoría o punitivo). El método más consolidado es el conocido como RAND, que permite calificar con detalle clínico las decisiones en: *necesarias, adecuadas, dudosas o inadecuadas*. De modo recurrente los estudios de evaluación confirman que, tanto en decisiones de realización de procedimientos diagnósticos o terapéuticos como en necesidades no cubiertas, la inadecuación está en torno al 10%.

Los estudios de adecuación se explotan en la GC para identificar aspectos necesitados de mejora de conocimiento (protocolos adaptados a la disponibilidad de recursos), de ajustes en la asistencia al paciente (información basada en la evidencia sobre los resultados esperables individualmente), de mejora en la gestión de utilización de procedimientos y recursos (evaluación de la utilización de recursos bien en la evolución temporal dentro de una unidad o, transversalmente, comparando unidades o profesionales), y de gestión de listas de espera (pues proporciona criterios para priorizar). Ejemplos en España son el estudio CAMBIE (3), realizado en Sevilla, o los estudios de adecuación de cataratas (4) y prótesis articulares (5) liderados desde Galdácano por Quintana *et al.*

Metodología para evaluar los resultados en salud

Para los que quieran profundizar en los aspectos técnicos de la medición de resultados existen excelentes manuales (6) y cursos metodológicos (7). En este momento me interesa resaltar el papel de la medición de resultados en el contexto de la GC puesto que, actualmente, es inconcebible la gestión sanitaria sin una medición de los resultados. En el *gobierno clínico* es importante destacar ciertos aspectos de la evaluación de resultados:

- Todo resultado debe ser ajustado a sus circunstancias reales en que se produce; sólo las tasas ajustadas pueden ser comparables y creíbles.
- Los resultados que no se miden ajustados por calidad se computan como ineficiencia. Por tanto, a todos los actores les interesa la evaluación de resultados ajustada por riesgo: un buen médico que no conozca sus resultados no tiene venta posible.
- El tipo de resultados que se miden en el gobierno clínico son aquellos relevantes para la salud del paciente y, en este sentido, se aprecia un avance en la medición de los llamados resultados de salud tales como la mortalidad, reingresos y supervivencia con calidad de vida (índices de calidad de vida relacionada con la salud como la autonomía para actividades sociales, sensación de bienestar, etc.).
- El desarrollo metodológico para la medición de resultados, mediante cuestionarios y escalas, permite afirmar que su detección es sensible y específica y que tienen validez interna y externa. Además de no ser invasivos, tienen la ventaja de facilitar la monitorización de los efectos de las intervenciones y de poderlos repetir cuantas veces se desee.
- Hay multitud de índices y reglas de predicción que nos proporcionan información sobre los desenlaces esperados para ajustar los resultados observados; actualmente no se puede achacar a la falta de herramientas la imposibilidad de comparar resultados.
- Con frecuencia no es preciso hacer el esfuerzo de recopilar datos nuevos, por razones burocráticas ya están recopilados muchos datos que pueden ser explotados para evaluar los resultados de calidad asistencial; pongamos como ejemplo el cruce entre la receta electrónica y los diagnósticos del usuario para explorar la calidad de la prescripción, o entre diagnóstico e intervención al alta y mortalidad por unidad hospitalaria. Desafortunadamente los datos no suelen utilizarse en este sentido.

La medición de resultados es parte de un círculo vicioso

La evaluación de las causas de baja calidad, o de resultados insuficientes en los procedimientos, permiten al gestor clínico identificar los aspectos necesitados de mejora y, por tanto, que son susceptibles de reordenación para introducir cambios.

De este modo se cierra un círculo virtuoso de buen gobierno clínico: medir la calidad de la práctica clínica y detectar resultados deficientes, en relación con estándares basados en la evidencia, para identificar elementos susceptibles de mejora a los que dirigir estrategias de cambio; una vez implantadas las mejoras decididas serán, a su vez, evaluadas en sus resultados en busca de la excelencia, y así sucesivamente.

Por supuesto, esta aproximación a la GC tiene unos fundamentos técnicos y unas habilidades que hay que conocer; si no se desarrollan, el equipo dejará de acceder a un gobierno clínico fundamentado en la mejor evidencia científica. La gestión del conocimiento que se precisa es distinta al modo clásico de adquirir y difundir el conocimiento que se ha realizado hasta muy recientemente.

La agenda del cambio: capacidad de liderazgo y políticas coherentes

La introducción de cambios en la conducta de los profesionales es una tarea compleja, que precisa de cuatro elementos: 1º) una agenda política de mejora continua, 2º) un entorno favorecedor a la innovación y la crítica, 3º) un liderazgo clínico que alinee ambos factores y promueva una gestión del conocimiento basada en la evidencia, y 4º) la utilización de una metodología adecuada a los cambios que se quieren introducir y en el lugar en que se necesita. Hay estudios numerosos y de calidad sobre cómo introducir cambios, sobre las estrategias que funcionan y las que no y en qué circunstancias lo hacen. Hay por tanto un fondo de conocimiento de lo que pudiéramos denominar la implantación de cambios basada en la evidencia.

Esta área es también una de las que debe dominar el gestor clínico y formar parte de la gestión del conocimiento aplicable a la unidad clínica que gobierna. Tiene que ver con el diagnóstico de barreras al cambio, con el modo de ejercer el liderazgo en la mezcla de subpoblaciones de profesionales que constituyen la unidad, con la motivación para la implicación del equipo y con el conocimiento y monitorización de las estrategias de cambio. En esas estrategias juegan un papel clave las auditorías clínicas que evalúan si los cambios introducidos resultan en mejora de la salud de los usuarios.

El liderazgo es una actitud para conducir al colectivo a cumplir los objetivos. En GC los líderes representan hacia arriba al ciudadano y los profesionales, y hacia abajo a los gestores. Su función, con un estilo humanizado regido por la ética y los valores, incluye: potenciar el respeto, la cooperación y la confianza; desarrollar procedimientos para la innovación; planificar el desempeño para las metas marcadas; resolver los problemas del grupo en sintonía; y compaginar la obtención de resultados con la evaluación del desempeño y la asunción de responsabilidades.

No hay gobierno clínico sin evaluación de resultados. El gestor clínico, a diferencia del administrador burocrático, es una persona que ha de vivir su riesgo moral en el equilibrio de la lealtad de doble agente; por una parte la lealtad de buscar el beneficio de sus pacientes y, por otra, la lealtad de conducir a su equipo y a su organización hacia ese beneficio, incluso en las fases o grupos con resistencia o inercias.

En resumen, el gestor clínico es un profesional con riesgo moral para el que es consustancial rendir cuentas; puesto que la calidad no medida computa como ineficiencia, la evaluación de los resultados de la unidad que gestiona es determinante. Debemos plantearnos la existencia de un problema de calidad siempre que se detecte variabilidad en los resultados; la evaluación de los resultados requiere una metodología que se puede aprender y para la que se disponen de datos y estándares de comparación, no se puede alegar falta de datos para no evaluar. La implantación de cambios es un proceso activo que precisa de la formación de un equipo, de liderazgo y de una estrategia adaptada a las circunstancias locales; los cambios, una vez realizados, se deben evaluar mediante los resultados en los pacientes y no por objetivos burocráticos.

Bibliografía

1. Dunstan F, Richmond S, Phillips C, Durning P. League tables for orthodontists. *Eur J Orthod* (2008) 30 (6): 636-640.
2. Pickering S, Thompson J. Gobierno clínico y gestión eficiente. Cómo cumplir la agenda para la modernización. Barcelona: Elsevier España S.L., 2010. ISBN13: 978848086387-2

3. Romero A, Alonso C, Marín I, Grimshaw J, Villar E, Rincón M, et al. Efectividad de la implantación de una guía clínica sobre la angina inestable mediante una estrategia multifactorial. Ensayo clínico aleatorizado en grupos. Rev Esp Cardiol. 2005;58:640-8.
4. Quintana JM, Escobar A, Bilbao A, Blasco JA, Lacalle JR, Bare M, Begiristain JM; IRYSS-Cataract Group. Validity of newly developed appropriateness criteria for cataract surgery. Ophthalmology. 2009 Mar;116(3):409-417.
5. Quintana JM, Escobar A, Arostegui I, Bilbao A, Azkarate J, Goenaga JI, Arenaza JC. Health-related quality of life and appropriateness of knee or hip joint replacement. Arch Intern Med. 2006 Jan 23;166(2):220-6.
6. Badia Llach X, editor. La investigación de resultados en salud: de la evidencia a la práctica clínica. Barcelona: Novartis, 2000.
7. www.ffomc.org

Investigación de la Efectividad Comparada



José Francisco García Gutiérrez obtuvo los títulos de Licenciado en Medicina y Cirugía (Universidad de Salamanca), Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública (Ministerio de Sanidad), Master en Salud Pública y Doctor en Medicina Comunitaria (Trinity College, Universidad de Dublín). En la actualidad, es profesor del Área de Gestión Sanitaria de la Escuela Andaluza de Salud Pública, donde se incorporó en 1999. Desde Agosto de 2010 trabaja como asesor del proyecto de recursos humanos, dentro del Área de Sistemas y Servicios de Salud, en la sede central de la Organización Panamericana de la Salud en Washington DC.

Comenzó su andadura profesional mientras era estudiante de medicina, apadrinado por un maravilloso grupo de médicos rurales de Salamanca empeñados en demostrar que también había vida inteligente fuera de los hospitales y en darle dignidad científica al ejercicio de la medicina general –luego transformada en Atención Primaria. Era el llamado “Grupo de Vitigudino”, que tenía a Julian Tudor Hart como mentor, y que todavía es recordado por organizar –desde principios de los años 80 y en medio de la nada charra– las “Jornadas Vitigudinenses de Hipertensión Arterial”, en las que llegaron a participar representantes de grandes proyectos internacionales (como Monica, North Karelia, o Framingham), además de los referentes nacionales del momento.

Tras varios años como médico general (y alguno más como médico militar “forzado y sin rango”, amén de veterinario) se trasladó al Departamento de Medicina General y Salud Comunitaria del Trinity College de Dublín, donde estudió y trabajó entre los años 1987 y 1992. Allí tuvo la suerte de convivir con James McCormick y Petr Skrabanek (autores de los libros “Sofismas y Desatinos en Medicina” y “La Muerte de la Medicina con Rostro Humano”), quienes le ayudaron a compaginar la supervivencia material e idiomática, con la práctica clínica, la docencia y las investigaciones del doctorado. Durante esos años realizó estancias en la Escuela de Salud Pública y Medicina Tropical de Londres (con el grupo de Geoffrey Rose) y en la Universidad de Nijmegen, Holanda (con un equipo liderado por Kenneth Rothman), y fue voluntario en varios proyectos de cooperación internacional en países africanos (Tanzania, Kenia, Uganda, Mozambique y Swazilandia).

Regresó a España en 1992 para trabajar como Técnico de Salud en Palencia (1992-1994) y Salamanca (1994-1999). Sus labores estuvieron distribuidas entre las Gerencias de Atención Primaria, las Unidades Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria, y las Unidades de Investigación de la Red REUNI. En esa época participó en diversos proyectos de la Unión Europea para la implementación de la Atención Primaria en varios países de Europa del Este (Polonia, Lituania y Bulgaria).

En 1999 se trasladó a Granada, a la Escuela Andaluza de Salud Pública, donde estuvo dedicado a la docencia, la consultoría, la investigación y la cooperación internacional (sobre todo en países de América Latina). En la actualidad sus áreas fundamentales de interés son la medicina basada en la evidencia (<http://si.easp.es/mbe>), la implementación de buenas prácticas clínicas, la efectividad de la atención sanitaria, la innovación docente (eA-

prendizaje), y la utilización de nuevas tecnologías (eSalud). Es miembro del equipo del Master Europeo de Salud Pública (Europubhealth), del comité director del Campus Virtual de Salud Pública de las Américas (Organización Panamericana de la Salud), y figura como asesor del proyecto nacional de Guías de Práctica Clínica (Guiasalud). Desde el año 2005 coordina el grupo de investigación Internet y Salud (Google it!).

Ha intervenido en numerosos proyectos de investigación, tanto nacionales como internacionales, publicado algunas docenas de artículos, y participado como organizador y como ponente en más de un centenar de congresos, simposios y jornadas relacionadas con temas de salud.

Disfruta colaborando con equipos multiculturales, y forma parte de diversas iniciativas que intentan acelerar la transformación de los sistemas sanitarios en la era de la información y las nuevas tecnologías, con la esperanza de que –tal vez– sirvan para minimizar las desigualdades en salud en las sociedades del mundo.

Investigación comparativa de la Efectividad (ICE). Comparative effectiveness research (CER). En este texto se ha optado por la traducción “investigación comparativa de la efectividad” en lugar de “investigación en efectividad comparativa (o comparada)” –utilizado por algunos autores– por ser el término empleado desde la Casa Blanca y el Departamento de Salud y Recursos Humanos de los Estados Unidos en sus documentos en versión en español.



Texto elaborado por el autor en colaboración con José Luis Ayala Ortega, alumno del Máster en Administración y Dirección de Servicios Sanitarios edición número XXI, programa impartido en Madrid por la Fundación Gaspar Casal (FGC) en colaboración con el Instituto de Educación Continua (IDEC) y el Centro de Investigación de Economía de la Salud (CRES) de la Universidad Pompeu Fabra.

Contexto

En 2009, el Presidente Obama sentó las bases para iniciar una ambiciosa reforma del sistema sanitario de los Estados Unidos (EE.UU), que todavía sigue su curso tambaleante y que cada vez más se enfrenta con mayores dificultades para ser implementada. En ella se planteaban estrategias para mejorar la cobertura sanitaria de amplios segmentos de la población que carecen de aseguramiento, al tiempo que se proponían otras medidas dirigidas a la racionalización del uso de los recursos disponibles. Dentro de estas medidas, se incluía la asignación de mil cien millones de dólares para promover la Investigación Comparativa de la Efectividad (en adelante ICE) ^(1,2). La Administración Obama reconocía que los costos cada vez más elevados de la asistencia sanitaria constituían la principal amenaza para la solvencia fiscal del país y consideraba que la investigación podría ayudar a resolver el problema. Urgía disminuir los costos de los servicios médicos para las familias y las empresas, mejorar la calidad de la atención sanitaria y brindar a los estadounidenses más control sobre la asistencia médica que reciben.

Varios motivos habían contribuido a que la ICE escalara rápidamente posiciones en la agenda pública norteamericana ⁽³⁾:

- a) *El aumento insostenible del gasto en salud.* Como muestra un botón: Recientemente se presentaron en el Congreso de EE.UU las predicciones de crecimiento del gasto en salud de Medicare y Medicaid (los seguros federales para los jubilados y la población de muy bajos recursos). Mientras que en la actualidad suponen alrededor del 5% del PIB, si la tendencia actual de crecimiento persistiera, llegarían a implicar cerca de un 20% del PIB hacia 2080. Casi todo el aumento se debería al exceso de costes “per se”, y no por al predecible envejecimiento poblacional, que tendría una influencia relativamente pequeña.

- b) *La variabilidad injustificada de las prácticas clínicas.* Como vienen señalando desde hace varias décadas Wennberg y su grupo del Instituto de Políticas Sanitarias y Práctica Clínica de Dartmouth (EEUU), existe una variabilidad injustificada en la provisión y en los costes de los servicios de salud. Por ejemplo, con similares resultados sanitarios y ajustando por la población, el gasto anual promedio de Medicare fue casi tres mayor en Miami que en San Francisco. Estos autores también han llegado a la conclusión de que si se eliminara la variabilidad injustificada, se podría conseguir un ahorro del coste sanitario del 30%. Lo más sorprendente es que este ahorro iría acompañado además por una mejora de la calidad en la prestación sanitaria. (Para consultar los Atlas de Dartmouth: <http://www.dartmouthatlas.org/>).
- c) *La escasa relación entre la calidad y los costes.* Diversos estudios han mostrado que hay prestadores que brindan asistencia médica de excelente calidad a precios competitivos, mientras que otros brindan servicios muy costosos y de pobre calidad. Aunque este fenómeno está relacionado con la variación de los patrones de práctica (por ej., diferentes niveles de intervenciones quirúrgicas, de solicitud de pruebas complementarias o de estancias hospitalarias en pacientes con patologías similares), no debemos olvidar que las dos razones más importantes que explican los increíbles altos costes del sistema sanitario estadounidense son su enorme comercialización y los efectos de los suntuosos incentivos económicos asociados a la provisión de servicios médicos.

Otros apuntes sobre el contexto

Es cierto que durante las últimas décadas la Medicina Basada en la Evidencia (MBE), las Revisiones Sistemáticas (RS) y las Guías de Práctica Clínica (GPC) han contribuido enormemente a clarificar la eficacia de muchas intervenciones clínicas y organizativas. Sin embargo, a diario seguimos tomando numerosas decisiones sobre asistencia médica sin contar con la información adecuada. ¿Cuál es el mejor régimen de manejo del dolor para la artritis incapacitante en una anciana que padece una enfermedad cardíaca? Para los niños discapacitados con necesidades especiales de asistencia médica, ¿qué enfoque de coordinación es más efectivo para evitar el reingreso al hospital? ¿Qué tratamientos son más favorables para los pacientes depresivos que sufren otras enfermedades médicas? ¿Pueden los médicos crear terapias que se ajusten a las necesidades de grupos específicos de pacientes usando su historia clínica o exámenes de diagnóstico especiales? ¿Qué intervenciones son más efectivas para prevenir la obesidad o el consumo de tabaco? Lamentablemente, la respuesta a todas estas preguntas sobre asistencia médica de tipo comparativo y centradas en el paciente suele ser: “Realmente no lo sabemos”. Los profesionales sanitarios atendemos constantemente a pacientes con dolencias comunes sin poder asegurar cuál es el mejor tratamiento, debido a que existe poca o ninguna evidencia que compare distintas opciones para una determinada afección. Como resultado, los pacientes atendidos por distintos médicos pueden verse sometidos a diferentes tratamientos y recibir, sin saberlo, una asistencia médica menos efectiva.

Por otra parte, debido a los increíbles logros alcanzados por la biomedicina, disponemos de una plétora de opciones cada vez mayor a la hora de tomar decisiones sobre diagnóstico, tratamiento y prevención, aunque no sepamos qué opción terapéutica es más efectiva, para quién, cuándo y en qué circunstancias. Los pacientes y sus médicos buscamos en vano “evidencia” en las publicaciones científicas, en Internet o en otros lugares para obtener ayuda en la toma de decisiones. A menudo no logramos encontrar esta información, ya sea porque no existe o porque nunca ha sido reunida y resumida. Con demasiada frecuencia, la única información disponible suele estar organizada en base a criterios de comercialización, lo que de por sí constituye una evidencia sesgada y manipulable.

Las investigaciones comparativas de la efectividad centradas en el paciente (4) apuntan a llenar estos vacíos de la evidencia que tanto planificadores y gestores, como médicos y pacientes, necesitamos para tomar decisiones informadas. No es suficiente disponer de tratamientos efectivos. Debemos conocer qué tratamiento funciona mejor, para qué tipo de pacientes o población y en que entornos (en definitiva, controlar la heterogeneidad de respuesta al tratamiento), si queremos que las decisiones clínicas o de gestión de recursos sean las óptimas.

¿Qué es la investigación comparativa de la Efectividad (ICE)?

La Investigación Comparativa de la Efectividad (ICE) ha sido definida como “la generación y síntesis de evidencia que compara los beneficios y perjuicios de los métodos alternativos disponibles para prevenir, diagnosticar, tratar y monitorizar una condición clínica o para mejorar la administración del cuidado sanitario” (5a). Se trata de “construir los pilares sobre los que se pueda sustentar un cuerpo de evidencia científica que ayude a cualquier sistema sanitario a tomar decisiones no sólo buscando el mejor resultado clínico, sino también optimizando la efectividad de los recursos”. Por consiguiente, la evidencia generada por la ICE debería “asistir a los consumidores, a los clínicos, a los proveedores y a los planificadores en la toma de decisiones informadas para mejorar la asistencia sanitaria tanto a nivel individual como poblacional” (5b).

El objetivo primordial de la ICE sería “brindar información que ayude a elegir la opción que más se adecue a las necesidades y preferencias personales de cada paciente, y que permita priorizar las intervenciones más costo-efectivas”. Médicos y pacientes necesitan saber no sólo si un tratamiento es en promedio efectivo, sino también qué intervenciones funcionan mejor para tipos específicos de pacientes (por ejemplo, los ancianos, las minorías raciales y étnicas, o los pacientes con múltiples enfermedades crónicas). Planificadores y profesionales de la salud pública precisan conocer cuáles son los mejores enfoques para, por ejemplo, ofertar actividades preventivas a aquellos ciudadanos que no acceden a la asistencia sanitaria. Este tipo de información es “fundamental para traducir los nuevos descubrimientos en mejores resultados para la salud, acelerar la implementación de innovaciones beneficiosas y brindar el tratamiento adecuado al paciente adecuado y en el momento adecuado” (6).

Como vemos, se trata de una definición amplia y con múltiples superposiciones con las metodologías empleadas por la Medicina Basada en la Evidencia (MBE) y la Evaluación de Tecnologías Sanitarias (7). O por qué no decirlo abiertamente, quizás un intento de reproducir en EE.UU la modélica labor que el NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence www.nice.org.uk) ha desarrollado desde 1999 en el Reino Unido. Tal vez por eso muchos europeos perciben a la ICE como “una nueva etiqueta para algo ya conocido”.

Tampoco los aspectos básicos de la ICE son nuevos. Por ejemplo, los estudios de análisis de decisión –que conjuntan escenarios clínicos con técnicas de “modeling”– han servido desde hace décadas para explorar los beneficios y daños comparativos de métodos (nuevos o ya existentes) para prevenir, diagnosticar, tratar o monitorizar condiciones clínicas y mejorar la atención médica. Lo que sí es novedoso es el reconocimiento oficial de la importancia de la ICE y el sustancial apoyo (tanto económico como organizativo) que la Administración de los EE.UU ha destinado para generar evidencia rigurosa y esencial para la prestación de asistencia sanitaria de calidad y centrada en el paciente (8).

En cualquier caso, intentaremos caracterizar a continuación algunos atributos clave de la ICE, al menos desde el punto de vista teórico:

- **Enfocada hacia la efectividad.** En las investigaciones sobre eficacia, como es el caso de los ensayos clínicos aleatorizados “explicativos” con fármacos que se realizan para obtener la aprobación de la Agencia de Alimentos y Medicamentos de EE.UU (FDA), la pregunta más común es si el tratamiento resulta eficaz en un “entorno ideal”. En contraste, la ICE se centra en el estudio de pacientes en situaciones del “mundo real” y en la toma de decisiones de la práctica clínica cotidiana. Para ello se promueven fuentes de evidencia complementarias, en especial los ensayos clínicos “pragmáticos”, los estudios observacionales –que trasladan a la realidad los resultados de los ensayos clínicos tradicionales– y las revisiones sistemáticas (9). Posteriormente, el proceso debería completarse con investigaciones sobre la implementación de cambios de las prácticas clínicas (“Evidence Translation” en inglés)
- **Comparación directa de alternativas eficaces.** La ICE promueve las comparaciones directas entre las tecnologías sanitarias existentes –que hayan demostrado su eficacia– y las nuevas tecnologías (10). Por ejemplo, la hipertensión arterial es un problema de salud con enorme relevancia social, sanitaria y

económica, pero no disponemos de ensayos clínicos ni de estudios observacionales que comparen la efectividad entre los principales grupos terapéuticos disponibles y los más utilizados para el tratamiento.

- *Centrada en el paciente.* Los resultados de los estudios de eficacia no son necesariamente generalizables. Sin embargo, lo que necesitamos conocer en la práctica es cuál tratamiento es la mejor opción para un paciente determinado o un grupo de pacientes ⁽¹¹⁾. Siguiendo con el ejemplo de la hipertensión arterial, no es lo mismo el tratamiento de un joven o un paciente mayor, un hombre o una mujer, una persona de raza afroamericana o asiática, alguien con hipertensión sin daño de órgano diana o con nefropatía. La idea es poder adaptar la decisión clínica lo más posible a las necesidades y preferencias de los pacientes. Por ello, algunos autores se refieren a la ICE como “investigación de la salud centrada en el paciente” o “investigación de resultados centrados en el paciente” ⁽⁶⁾.

La experiencia de la ICE en Estados Unidos y la reforma Obama

La Ley de Recuperación y Reinversión de los Estados Unidos (American Recovery and Reinvestment Act - ARRA), promulgada en el año 2009, otorgó \$1.100 millones de dólares para la ICE. Dicha ley destinó \$400 millones al Departamento de Salud y Recursos Humanos (HHS), \$400 millones a los Institutos Nacionales de la Salud (NIH), y \$300 millones a la Agencia para la Investigación y Calidad de los Servicios de Salud (AHQR) ⁽¹²⁾. También estableció un Consejo de Coordinación Federal para la Investigación Comparativa de la Efectividad (el Consejo), y asignó al Instituto de Medicina (IOM) la tarea de elaborar una lista con las áreas prioritarias sobre las que deberían centrarse los futuros proyectos de investigación ⁽¹³⁾. Tras consultas con asociaciones civiles y profesionales, así como con el público general, el IOM publicó en Junio de 2009 una lista con 100 áreas de investigación primaria y 193 áreas de investigación secundaria ⁽¹⁴⁾. Esta lista está ya sirviendo para adjudicar los recursos públicos de investigación en EE.UU de una forma más ordenada y, sin duda, contribuirá durante la próxima década a transformar la investigación biomédica y de servicios de salud ⁽¹⁵⁾.

En el año 2010, mediante la Ley de Protección del Paciente (Patient Protection and Affordable Care Act) ⁽¹⁶⁾ se creó el Instituto de Investigación de Resultados Centrados en el Paciente (Patient-Centered Outcomes Research Institute – PCORI) ⁽¹⁷⁾ que se encargará de identificar y monitorizar los proyectos prioritarios de ICE, de desarrollar y mejorar las metodologías necesarias para la ICE, y de enfatizar la importancia de la medicina centrada en el paciente como el propósito fundamental de la iniciativa ICE.

Los fondos del ARRA (\$ 1.1 billón de dólares) debían ser distribuidos antes del 30 de Septiembre de 2010. Se estima que aproximadamente el 46% se ha destinado a la producción y síntesis de evidencia (incluyendo investigaciones primarias, como estudios de intervención y observacionales, e investigaciones secundarias como metanálisis y análisis de coste-efectividad); 41% se ha invertido para expandir la capacidad de realizar ICE observacional (desarrollo de metodologías y mejora de infraestructuras); y 13% se está utilizando en otras actividades, como diseminación, traducciones, estableciendo de prioridades, y convenios con agentes sociales ⁽¹⁸⁾.

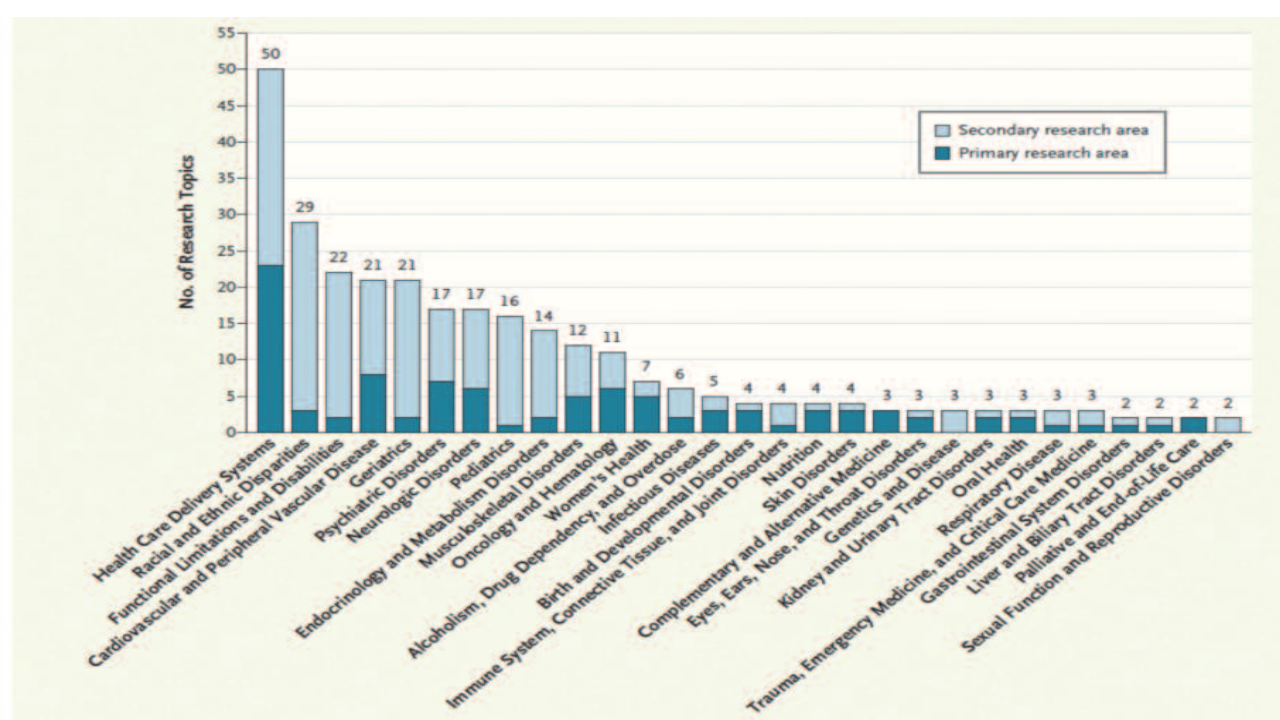
La lista de Áreas Prioritarias para la Investigación Comparativa de la Efectividad (ICE) elaborada por el Instituto de Medicina (IOM) de los EE.UU (2009) ⁽¹⁹⁾

A continuación, comentaremos brevemente las áreas prioritarias de la ICE elaboradas por el IOM (ver gráfico).

El Comité de Instituto de Medicina (IOM) seleccionó las áreas que se consideran de mayor importancia en el marco de la iniciativa de la CIE, y las dividió en primarias (100) y secundarias (139). Lo más destacable es que la mitad de las 100 áreas de investigación primaria recomendadas se refieren a la necesidad

de comparaciones sobre la efectividad de los modelos de prestación y de la organización de la atención sanitaria. Es decir, las prioridades esenciales de la ICE tienen que ver con el “cómo” y el “dónde” se prestan los servicios sanitarios más que con “qué” servicios se prestan y “qué” intervenciones o tratamientos se aplican. Para justificar este énfasis el informe señala: “La prominencia de los temas relacionados con los sistemas de prestación refleja un interés muy especial por parte del público ... así como el convencimiento de los miembros del comité de que las primeras inversiones de la ICE deberían centrarse en proyectos que nos permitan conocer cómo pueden hacerse más efectivos los servicios de salud”.

Distribution of the IOM's Recommended CER Priorities



The total number of research areas within each research topic is shown at the top of each bar; this total is the sum of the primary and secondary research areas. Although each topic has been categorized in only one primary research area, many topics address more than one secondary research area; therefore, there are a total of 100 primary research areas and 193 secondary research areas. The most frequent research area was initially described as “Safety and Quality of Health Care,” but the IOM committee later relabeled it as “Health Care Delivery System,” which it considered more accurate.

Casi un tercio de las otras prioridades primarias de investigación están dirigidas a las desigualdades raciales y étnicas, y casi un quinto se refiere a discapacidades y pacientes con limitaciones funcionales. Otras áreas prioritarias son las enfermedades cardiovasculares, la geriatría, los desórdenes psiquiátricos, las patologías neurológicas y la pediatría. El comité también recomienda apoyar la ICE en temas relacionados con la toma de decisiones por parte de los pacientes, con los comportamientos no saludables – como el consumo de tabaco –, y con la determinación de los métodos más efectivos de diseminación para asegurar la conversión de los resultados de la ICE en buenas prácticas clínicas.

Tras los sistemas de provisión de la asistencia sanitaria, las enfermedades cardiovasculares y vasculares periféricas figuran en segundo lugar entre las áreas y proyectos prioritarios de la CIE. Las enfermedades del corazón fueron la causa más importante de muerte en EE.UU. en el año 2006, y están asociadas a múltiples patologías coexistentes (comorbilidad), especialmente la diabetes y la obesidad que son cada vez más prevalentes. La lista de prioridades incluye ocho temas relacionados con la enfermedad isquémica coronaria, la insuficiencia cardíaca y las arritmias, y dos temas asociados al tratamiento y manejo de las patologías vasculares periféricas.

El tercer área prioritaria de investigación primaria son las enfermedades psiquiátricas, y el comité recomienda estudios de ICE sobre la localización preferente de los servicios de salud mental, la formación de los proveedores, la comparación de varios tratamientos farmacológicos, la depresión, la mortalidad prematura asociada a problemas mentales y el suicidio. En la lista aparecen también seis temas relacionados con patologías neurológicas, tres de los cuales son: comparación de la tecnologías de imagen empleadas para el diagnóstico; tratamiento de los dolores de cabeza, de la esclerosis múltiple y de la epilepsia; y detección, tratamiento y manejo de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias.

Con respecto al cáncer, la segunda causa más importante de muerte en EE.UU y una de las enfermedades más costosas de tratar, la lista de prioridades contiene seis recomendaciones de investigación primaria que incluyen la comparación de los métodos empleados para el screening de los cánceres colorectal y de mama, y el uso de tecnologías de imagen para el diagnóstico, estadiaje y monitoreo de todos los cánceres. Este énfasis especial del comité sobre la necesidad de explorar el uso creciente de técnicas avanzadas de imagen refleja la reciente decisión del Congreso de los EE.UU de reducir drásticamente la utilización de estas pruebas dentro de Medicare; también las aseguradoras privadas están recortando la utilización de estas tecnologías de imagen.

La lista completa y el detalle de cada una de las áreas de investigación (primarias y secundarias) propuestas por el IOM pueden consultarse en el siguiente enlace (o buscando en Google: CER IOM 100): <http://www.iom.edu/Reports/2009/ComparativeEffectivenessResearchPriorities.asp>

Epílogo (*Better health, safer care, lower costs –quizás, quizás, quizás!*)

El presidente Obama considera que la investigación (sobre todo la ICE) puede ayudar a resolver los problemas del sistema sanitario de los EE.UU y ha dado los primeros pasos para poner a prueba esta hipótesis. ¡Bienvenida sea la idea, por el ejemplo y por lo que nos podría tocar como investigadores! No hay duda de que el futuro inmediato de la ICE se ve brillante. En los dos últimos años, la legislación federal ha puesto en marcha leyes, fundado organismos, formado comités, desarrollado prioridades, y las agencias federales han gastado una enorme cantidad de dinero –esperemos que de forma rápida y sabia– para financiar la ICE ⁽²⁰⁾. Se han puesto los medios, y ahora habrá que esperar a los resultados ⁽²¹⁾. El 16 de Febrero de 2011, la revista JAMA ha realizado un llamamiento para que los investigadores comiencen a enviar sus experiencias y resultados, al tiempo que anunciaba un número monográfico especial sobre la ICE para Abril de 2012 ⁽²²⁾. Con seguridad, en muchos países –incluida España– seremos muchos (planificadores, gestores, clínicos, pacientes y ciudadanos) los que nos beneficiaremos de los resultados de estas investigaciones.

Sin embargo, estos logros notables en el campo de la investigación parecen relativamente triviales si los comparamos con los problemas que quedan por resolver para impulsar la (¿no-tan-esperada? ¿no-tan-deseada?) reforma sanitaria. En la próxima década, los Estados Unidos deberían absorber dentro del sistema de salud a 32 millones de personas actualmente sin seguro médico, y al mismo tiempo mejorar la calidad de la atención sanitaria y frenar el imparable aumento de los costes. No nos engañemos, para esto se requieren transformaciones legislativas y cambios organizativos y sociales mucho más complejos que la iniciativa ICE –sin quererle quitar un ápice del reconocimiento y respeto que me merece (como médico, y como investigador y paciente). La ICE es una parte necesaria pero no suficiente para lograr esos cambios. Incluso si tuviera éxito en orientar de forma más clara las prestaciones médicas hacia lo que funciona mejor y en quienes funciona mejor, la ICE podría llegar a convertirse en el chivo expiatorio del fracaso para alcanzar los objetivos más amplios de la reforma de salud.

Por el momento, las metas fundamentales del intento de reforma –y de la extensísima legislación acompañante– son conseguir ayuda federal para la expansión obligatoria de la cobertura de Medicaid y de los planes de seguro privados, e incrementar las prestaciones/beneficios de Medicare. Algunos de los promotores de la reforma insisten en que estas medidas intentan también controlar los costes, pero eso es

más que dudoso. No existe razón alguna para esperar que en el futuro próximo estas estrategias sirvan para atenuar el incesante aumento de los costes sanitarios, algo que deberá esperar a reformas futuras y más complejas.

Probablemente la principal limitación de la nueva legislación es que no plantea cambios ni en los sistemas de organización y prestación de servicios sanitarios, ni en las formas de pago. En los EE.UU no se podrá ofrecer una cobertura universal hasta que no se disponga de medios para controlar mejor los gastos en servicios de salud, que en estos momentos oscilan entre \$ 2,5 -3 trillones de dólares al año. En muchas zonas del país, los costes de la atención sanitaria se deben principalmente a una oferta excesiva de servicios, insuficientemente regulados y deficientemente controlados. Las dos razones más importantes que explican los increíbles altos costes del sistema sanitario estadounidense son su enorme comercialización y los efectos perversos de los suntuosos incentivos económicos asociados a la provisión de servicios médicos.

Otra gran limitación de la nueva legislación en salud es su incapacidad para cambiar la actual dependencia del sistema de las aseguradoras privadas y con fines de lucro –una industria reciente pero ya dominante, que prácticamente no existía hace unas décadas. Antes de pagar a los médicos y otros proveedores de servicios, estas compañías aseguradoras requieren entre un 15% y un 30% de las primas para cubrir costes de operación, que incluyen sueldos y bonificaciones extravagantes para los altos ejecutivos, dividendos para los accionistas y retenciones para beneficios corporativos.

El ponente concluye recordando a Tony Judt (en versión original) (23):

“The materialistic and selfish quality of contemporary life is not inherent in the human condition. Much of what appears ‘natural’ today dates from the 1980s: the obsession with wealth creation, the cult of privatization and the private sector, the growing disparities of rich and poor. And above all, the rhetoric which accompanies these: uncritical admiration for unfettered markets, disdain for the public sector, the delusion of endless growth. We cannot go on living like this!”

Bibliografía

1. Federal Coordinating Council for Comparative Effectiveness Research. Report to the President and Congress. Washington, DC: Department of Health and Human Services; 2009. Accessed at www.hhs.gov/recovery/programs/cer/cerannualrpt.pdf on 21 February 2011.
2. Institute of Medicine. Initial National Priorities for Comparative Effectiveness Research. Washington, DC: National Academies Press; 2009. Accessed at www.nap.edu/catalog/12648.html on 21 February 2011.
3. Augustovski F. Investigación en efectividad comparativa. ¿Verdadera novedad o más de lo mismo?. Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS). Editorial nº 46. Buenos Aires (Argentina), Diciembre 2009
4. Conway PH, Clancy C. Charting a path from comparative effectiveness funding to improved patient-centered health care. *JAMA*. 2010;303(10):985-986.
- 5a. Sox HC. Defining Comparative Effectiveness Research. *Med Care* 2010;48: S7–S8
- 5b. Sox HC. Comparative effectiveness research: a progress report. *Ann Intern Med*. 2010;153(7):469-472.
6. Wu AW, Snyder C, Clancy CM, Steinwachs DM. Adding the patient perspective to comparative effectiveness research. *Health Aff (Millwood)*. 2010;29 (10):1863-1871.
7. Blumenthal D. Stimulating the adoption of health information technology. *N Engl J Med*. 2009;360:1477-9. [PMID: 19321856]
8. Garrison LP Jr, Neumann PJ, Radensky P, Walcott SD. A flexible approach to evidentiary standards for comparative effectiveness research. *Health Aff (Millwood)*. 2010;29(10):1812-1817.
9. Dreyer NA, Tunis SR, Berger M, et al. Why observational studies should be among the tools used in comparative effectiveness research. *Health Aff (Millwood)*. 2010; 29(10):1818-1825.
10. Lauer MS, Collins FS. Using science to improve the nation's health system: NIH's commitment to comparative effectiveness research. *JAMA*. 2010;303:2182-3. [PMID: 20516419]
- 11.- Horwitz RJ, Singer BH, Makuch RW, Viscoli CM. Can treatment that is helpful on average be harmful to some patients? A study of the conflicting information needs of clinical inquiry and drug regulation. *J Clin Epidemiol*. 1996;49:395-400. [PMID: 8621989]

12. U.S. Department of Health and Human Services, Agency for Healthcare Research and Quality. Fact Sheets on Recovery Act Investments in Comparative Effectiveness Research. Accessed at www.ahrq.gov/fund/cerfact-sheets/ on 21 February 2011.
13. U.S. Department of Health and Human Services, Agency for Healthcare Research and Quality. Comparative Effectiveness Research Grant and ARRA Awards. Accessed at www.effectivehealthcare.ahrq.gov/index.cfm/comparative-effectiveness-research-grant-and-arra-awards/ on 21 February 2011
14. Ratner R, Eden J, Wolman D, et al. *Initial National Priorities for Comparative Effectiveness Research*. Washington, DC: National Academies Press; 2009.
15. U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health. Research Portfolio Online Reporting Tools. Accessed at <http://projectreporter.nih.gov/reporter.cfm> on 21 February 2011.
16. Patient Protection Affordable Care Act. 2010;1648-1694. Accessed at <http://democrats.senate.gov/reform/patient-protection-affordable-care-act.pdf> on 21 February 2011.
17. Clancy C, Collins FS. Patient-centered outcomes research institute: the intersection of science and health care. *Sci Transl Med*. 2010;2:37cm18. [PMID: 20574065]
18. Benner JS, Morrison MR, Karnes EK, et al. An evaluation of recent federal spending on comparative effectiveness research. *Health Aff (Millwood)*. 2010;29 (10):1768-1776.
19. U.S. Department of Health and Human Services, Agency for Healthcare Research and Quality. How Are Research Topics Chosen? Accessed at www.effectivehealthcare.ahrq.gov/index.cfm/submit-a-suggestion-for-research/how-are-research-topics-chosen/ on 21 February 2011.
20. U.S. Department of Health and Human Services, Agency for Healthcare Research and Quality. Recovery Act Awards for Inventory and Evaluation Awards. Accessed at www.ahrq.gov/fund/recoveryawards/osawinv.htm on 21 February 2011.
21. VanLare JM, Conway PH, Sox HC. Five next steps for a new national program for comparative-effectiveness research. *N Engl J Med*. 2010;362:970-3. [PMID: 20164480]
22. Golub RM, Fontanarosa PB. 2012 Theme issue on comparative effectiveness research. Call for papers. *JAMA* 2011;305(7):717.
23. Judt T. *Ill fares the land*. New York, Penguin Press 2010.

Gestión Hospitales basada en resultados: Hospital Clínic de Barcelona



Antoni Castells se licenció en Medicina por la Universitat Autònoma de Barcelona (1986), y se doctoró en Medicina en la Universitat de Barcelona (1992). Realizó la especialidad de Aparato Digestivo en el Hospital Clínic de Barcelona (1988-1991), incorporándose a continuación como médico becario del Servicio de Hepatología (1992-1994) y, posteriormente, como médico adjunto del Servicio de Gastroenterología (1995), siendo posteriormente jefe de dicho servicio (2006-2010). Asimismo, realizó una estancia posdoctoral en la *Gastrointestinal Unit* del Massachussets General Hospital, Harvard University, Boston (1998-1999).

En la actualidad, es Director del Instituto de Enfermedades Digestivas y Metabólicas del Hospital Clínic de Barcelona, coordinador de la Unidad de Cáncer Colorrectal (CCR) de dicho hospital, co-coordinador del Programa de Detección Precoz de CCR de Barcelona en el Hospital Clínic, e investigador del Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS) y del Centro de Investigación Biomédica en Enfermedades Digestivas y Hepáticas (CIBERehd), donde dirige el grupo de investigación en Oncología Gastrointestinal y Pancreática. Además, es co-investigador principal del proyecto EPICOLON, un estudio multicéntrico, de ámbito estatal, dirigido a caracterizar las formas hereditarias y familiares de CCR en España (*JAMA* 2005; 293:1986; *Clin Cancer Res* 2005;11:7304; *J Natl Cancer Inst* 2007;99: 244). Sus principales áreas de interés son el tratamiento y la prevención del CCR (*Gastroenterology* 2001;120:1084; *Lancet* 2002;359:2224; *Clin Cancer Res* 2004;10:4444; *J Clin Oncol* 2006;24:386; *Gastroenterology* 2009;137:404), y la genética molecular de las neoplasias gastrointestinales (*Gastroenterology* 2002;122:1122; *Nat Genet* 2008;40:623; *Clin Cancer Res* 2010;16:5402; *Gastroenterology* 2010;139:788; *Gastroenterology* 2010;138:1854; *Oncogene* 2010;29:3490; *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2010;19:619). El Dr. Castells, director del Instituto Clínic de Enfermedades Digestivas y Metabólicas (ICMDM) del Hospital Clínic de Barcelona presentó la experiencia clínica del modelo organizativo de su hospital.



Texto elaborado por el autor en colaboración con Nora Drove Ubrega, alumna del Máster en Administración y Dirección de Servicios Sanitarios edición número XXI, programa impartido en Madrid por la Fundación Gaspar Casal (FGC) en colaboración con el Instituto de Educación Continua (IDEC) y el Centro de Investigación de Economía de la Salud (CRES) de la Universidad Pompeu Fabra.

Hospital Universitari Clínic de Barcelona

El Hospital Clínic de Barcelona es un hospital universitario fundado en el año 1906 y que pertenece a la Red de Hospitales Públicos de Cataluña (XHUP). Desde sus comienzos acogió a facultativos de prestigio que contribuyeron a la constitución de éste como centro asistencial y de investigación de primera línea.

Gracias a la eficiencia y calidad de su gestión a lo largo de los años, y a su vocación de ofrecer una medicina humanizada y humanista, pero tecnológica al tiempo y de vanguardia, el Clínic se hizo pronto merecedor de la acreditación C como “hospital de alta tecnología y de referencia”, llegando a convertirse en el actual motor de la “Corporació Sanitària Clínic”, una de las principales instituciones de referencia de las ciencias de la salud en España.

Cambio del modelo de gestión

Bajo la dirección del Dr. Juan Rodés, el Clínic ha culminado recientemente un ambicioso y profundo plan de renovación estructural, celebrando así cien años de andadura con tres nuevos proyectos que marcarán su futuro en el siglo XXI: el proyecto Prisma, la reforma más innovadora y radical en materia de gestión hospitalaria que se ha aplicado en España en los últimos años; el proyecto Nexos, de informática médica; y el nuevo Centro Esther Koplowitz.

Este tránsito del modelo de gestión tradicional al modelo más actual e innovador, nutrido de nuevas perspectivas políticas, económicas, sociales y asistenciales de la gestión sanitaria, se ha erigido como paradigma de actuación a nivel nacional e internacional y ha sido motivo del máximo reconocimiento multidisciplinar a lo largo de los últimos años. De hecho, un año más el Hospital Clínic ha sido condecorado en 2010 con el Premio Top 20 a los mejores hospitales españoles dentro de la categoría de Grandes Hospitales de Referencia Regional y Nacional, siendo así el centro que más galardones ha obtenido y ocupando la primera posición del ranking en siete ocasiones.

El Hospital Clínic de Barcelona se regula por el decreto del 10 de octubre de 1952, con ajustes posteriores en algunos aspectos, que establece una Junta de Patronato como máximo órgano de gobierno interno.

Desde 1996 y dentro del ya mencionado Proyecto Prisma, responsable del desarrollo actual de este centro, el Clínic ha basado su modelo asistencial o *manager care* en la organización enfocada al paciente y con responsabilidad creciente de los profesionales sanitarios en la gestión de recursos. Se ha configurado así un patrón de asistencia personalizada que al tiempo ha avanzado progresivamente hacia una gestión descentralizada, logrando evolucionar desde una estructura nuclear, con tres divisiones principales (Medicina, Cirugía y Servicios Centrales) hasta el actual organigrama horizontal que se distribuye en forma de *Institutos y Centros de Diagnóstico*. Estas unidades clínicas abarcan los tres niveles de gestión: individual, asistencial y de procesos. Su creación requirió de la identificación cuidadosa tanto de los distintos grupos de pacientes, según criterios diagnósticos mayores de gravedad y criterios asistenciales, coordinados por el Director Médico y los Jefes de División, como de los servicios implicados, analizando para ello la actividad hospitalaria y ambulatoria para cada grupo de enfermos. Finalmente y basándose en volumen, tipo de actividad y costes, se procedió a la identificación y priorización de las áreas candidatas. A cargo de cada Instituto y Centro se establecieron las figuras de *Director*, como líder científico con una destacada trayectoria asistencial, docente e investigadora, que forma parte del comité ejecutivo del hospital, *responsable de Enfermería y responsable Económico-administrativo*.

Más tarde, con el Plan Estratégico y de Empresa 2006-2008, se diseñaron planes de empresa para cada Instituto y Centro. De ellos surgieron, entre otros y con el objetivo de mejorar la eficiencia y la calidad asistencial, los hospitales de día, las unidades de cuidados intermedios, las unidades de hospitalización variables en dimensión según el periodo estacional, la hospitalización a domicilio o las nuevas responsabilidades de enfermería. Reflejo de este esfuerzo, la estancia media hospitalaria pasó de 7,97 días en 1996 a 6,05 en 2005.

El Clínic constituye, por tanto, un modelo, no sólo estructural y de calidad, sino también organizativo, que establece unidades de gestión clínica en las que se agrupan un conjunto de profesionales de diversos estamentos y categorías, para trabajar con arreglo a los principios de autonomía, responsabilidad y participación en la toma de decisiones. Todo ello funciona bajo la batuta de un Director/coordinador y

un Consejo de Dirección, que aseguran el cumplimiento de unos objetivos establecidos en el Acuerdo de Gestión Clínica, en el que además quedan fijados incentivos orientados al logro de la excelencia en calidad y eficiencia.

Unidades de Procesos

El actual Plan Estratégico y de Proyectos 2010-2013 del Hospital Clínic plantea un nuevo salto al futuro, una transformación de segunda generación, al introducir la creación de Unidades de Patologías o de Procesos. Dichas Unidades, que pueden ser, a su vez, intra o inter Institutos, engloban de forma transversal el transcurrir de cada paciente por cada uno de los pasos intermedios hasta abocar a su médico de referencia. Las Unidades de Procesos se constituyen sobre la base de su importancia estratégica para el hospital, su papel de liderazgo entre los profesionales sanitarios y su carácter multidisciplinar y de trabajo en equipo, con guías clínicas compartidas de las patologías más prevalentes dentro de la comunidad. Las Unidades suponen así “una estructura funcional orientada al paciente que integra profesionales de distintas especialidades con objetivos comunes en asistencia, docencia e investigación, alrededor de una determinada patología o grupo de patologías”. Asimismo, la organización en Unidades pretende seleccionar a los líderes clínicos del mañana, combinar objetivos de calidad, eficiencia, investigación, innovación y formación, contribuyendo también al desarrollo de la enfermería y contando con herramientas avanzadas para la evaluación. De este modo, por ejemplo, los indicadores de productividad tradicionales serán complementados o sustituidos por indicadores de proceso entre niveles. Las Unidades deben también llevar a cabo una producción científica significativa, con bases de datos disponibles y resultados auditables, siendo exponentes de una transparencia, formalidad y complejidad tecnológica de máximo orden.

Por su parte, cada Unidad debe presentar una financiación específica, bien pública, privada o mixta, que, a su vez, englobe el uso común y eficiente de dispositivos compartidos con otras áreas del hospital. El Jefe de Unidad será el responsable de coordinar el despliegue de los programas asistenciales acordados y de salvaguardar el establecimiento, implantación y actualización de protocolos y vías clínicas que certifiquen la calidad y seguridad clínica y la eficiencia de los diferentes ámbitos de la práctica asistencial (uso de medicamentos, pruebas diagnósticas, recursos y dispositivos asistenciales, etc.). Asimismo, será el jefe la figura encargada de establecer un sistema de indicadores para medir la actividad, la calidad y la eficiencia de la unidad. Cada jefe deberá también promover proyectos de investigación e innovación alrededor de la enfermedad o grupo de enfermedades objeto de la unidad, asegurando estrategias de colaboración entre sus profesionales y también, si corresponde, con otras entidades y niveles asistenciales. En consecuencia, el jefe es responsable de la programación, supervisión y evaluación no sólo de la actividad asistencial, sino también de la docente y de investigación, analizando cada uno de los procesos de trabajo para así ser capaces de identificar y proponer la implantación de mejoras organizativas y de eficiencia y en consonancia con otros cargos organizativos de la institución. El Director Médico y el Director de Instituto al que se adscribe la Unidad de procesos establecerán los objetivos anuales del Jefe de Unidad, a partir de los objetivos cuatrienales presentados en el momento de la constitución de la Unidad o de su reevaluación.

Nivel Territorial

A nivel territorial, el Hospital Clínic se constituye tanto por ser centro comunitario, principal proveedor público sanitario de su zona de referencia en la ciudad de Barcelona, con una población de 540 mil habitantes, como por ser centro hospitalario terciario y de alta complejidad, desarrollando líneas de actividad para los pacientes, no solo de Cataluña sino también de toda España e incluso internacionalmente. Anualmente el hospital acumula una media de 100.000 primeras visitas y 150.000 visitas a urgencias.

El Hospital, concebido como eje responsable de procedimientos invasivos, asistencia multidisciplinar especializada, hospital de día y consultoría a atención primaria, se engrana, a su vez, con otras unidades

clínicas provinciales, tanto de Atención Primaria (GesClínic y Consorci d'Atenció Primària de salut de l'Eixample), como de salud mental, hospitalización a domicilio y atención domiciliaria, que permiten por su parte la resolución de muchas patologías agudas, el seguimiento de pacientes crónicos, el desarrollo potencial y creciente de la enfermería, así como el incremento de actividades preventivas en la población. De este modo, la asistencia sanitaria en su dimensión territorial, y coordinada siempre desde la Comunidad Autónoma, pasa a diversificar horizontalmente sus centros base de operatividad, dibujando un modelo organizativo de "cuidados compartidos en el territorio", que se sustenta en varios pilares entrelazados y que mira más allá del Hospital. La propia distribución antes mencionada del Clínic en Institutos, que a su vez se interrelacionan por Unidades de procesos transversales y multidisciplinarios, es reflejo también de esta proyección sin cotas, donde la atención especializada intenta estrechar lazos con la salud comunitaria, en un esfuerzo común con motor orientado siempre al paciente como máximo protagonista y que asegure la continuidad asistencial y la provisión integral de servicios de salud en todo su contexto territorial.

El profesional

A pesar de ser un concepto introducido en el sector hace más de 10 años, pocas instituciones sanitarias tienen la gestión clínica plenamente desarrollada y aún hoy con frecuencia es baja la representatividad del personal médico y de enfermería en los órganos de dirección, evidenciando así una forzada separación organizativa entre el área asistencial y el área administrativa y una utilización limitada, por ende, por parte de los clínicos, de información de gestión.

En este sentido, el "proyecto Clínic" vuelve a marcar la diferencia, implementando un modelo de gestión clínica basado en la transferencia de responsabilidades a sus profesionales sanitarios y en la capacidad y voluntad de análisis crítico y mejora continua, con una práctica constante y habitual de evaluación interna y comparación con otros centros. Se pretende así integrar el conocimiento aportado por la medicina basada en la evidencia, los análisis de evaluación económica, y la epidemiología clínica, en un paradigma de asistencia sanitaria más integral, holística y comprensiva, donde prime la cooperación, la profesionalización de nuestro sector y el fortalecimiento de la participación de los profesionales y los ciudadanos.

Instituto Clínic de Enfermedades Digestivas y Metabólicas (ICMDM)

El Dr. Castells dirige el Instituto Clínic de Enfermedades Digestivas y Metabólicas (ICMDM), que se constituyó en 1997 dentro del marco de los 11 institutos y centros de los que se compone el Clínic y que agrupa a todos los profesionales y recursos sanitarios de esta institución dedicados al diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades digestivas y endocrinológicas, incluyendo al mismo tiempo la docencia y la investigación de estas áreas médico-quirúrgicas. Engloba los servicios de Gastroenterología, Hepatología, Cirugía Gastrointestinal, y Endocrinología y Nutrición.

El trabajo en el ICMDM se vertebra, a su vez, en 11 Unidades Funcionales, que cuentan respectivamente con grupos multidisciplinarios de profesionales sanitarios encargados de organizar la asistencia médica de una enfermedad o grupo de enfermedades de la forma más eficiente según la evidencia científica disponible y la optimización de los recursos asignados.

En 2008 el ICMDM asistió 7430 altas, 3306 intervenciones quirúrgicas y 8118 primeras visitas. Constituye un claro ejemplo de implementación de un modelo de gestión eficaz, eficiente y efectivo. Así, como ejemplo, la aplicación de la guía de hemorragia digestiva alta se tradujo en una reducción de la estancia media hospitalaria de 7,5 días en 1997, previo a su diseño, a 4,34 días en 1999.

Dentro del ICMDM, cabe destacar la Unidad de Cáncer Colorrectal, que cuenta con un volumen activo de 2500 pacientes y atiende a una media de 300 pacientes nuevos/año. Su actividad ha permitido una

reducción del 67% en el número de visitas/paciente/año, así como una mejora significativa en los tiempos de demora diagnóstica y terapéutica (de 29 a 20 días desde el diagnóstico a la cirugía y a la administración de QT/RT).

Discusión

En una situación económica tan precaria como la actual se hace más acuciante y mandatoria, si cabe, la máxima de que los recursos con los que contamos son, por desgracia, limitados. Un modelo de gestión sanitaria que redunde en un manejo responsable, eficiente y compartido de estos recursos escasos, en línea además con lo establecido en la ley del SNS, no puede por menos que ser elogiado, máxime cuando constituye un claro exponente del proceso adaptativo ineludible de nuestros servicios de salud a uno de los problemas más gravosos del sistema: el paciente crónico.

Parece evidente además que este movimiento de descentralización progresiva de las decisiones sobre gestión clínica, potenciando la autonomía y responsabilidad de otras unidades asistenciales más allá del Hospital, pero siempre dentro de un marco de atención sanitaria integrada y coordinada, lleve implícito una revisión exquisita y controlada de los canales de comunicación, derivación y cumplimiento de procesos, que repercutirá no sólo en el manejo más eficiente de los recursos, sino también en la calidad de nuestra práctica clínica para beneficio ulterior del paciente.

No obstante, un análisis realista de esta consideración, siempre deseable, de un sistema evolucionado, revolucionario y racional que cuente con una mayor implicación de los profesionales y centre al paciente como elemento nuclear para la organización, no puede obviar las barreras ineludibles que a menudo han ensombrecido el sistema sanitario español. Resulta obligatorio contextualizar en tiempo y espacio cualquier iniciativa, tanto desde una perspectiva política, económica y social más amplia, como desde una visión enfocada estrictamente al *modus operandi* sanitario tradicional en este país.

Conclusiones

A lo largo de todo un siglo de andadura, el Hospital Clínic de Barcelona ha apostado por el desarrollo de un modelo organizativo de práctica asistencial y gestión clínica eficaz, de calidad, de eficiencia continuada y de coordinación-cooperación efectivos entre niveles asistenciales, para lograr una mejor atención a los pacientes y una mayor satisfacción de los usuarios y profesionales.

El modelo Clínic, en conclusión, constituye un fiel reflejo del lema que ha presidido las tres ediciones de este Congreso de Gestión Clínica: “una nueva forma de trabajar que mejora las decisiones”.

Bibliografía

1. Navarro G, Prat A, Asenjo MA, Menacho A, Trilla A, Salleras LL. Review of the utilisation in a university hospital of Barcelona (Spain): Evolution 1992-1996. *Eur J Epidemiol.* 2001; 17: 679-84.
2. Prat A, Bertrán MJ, Santiñà M, Vilella A, Asenjo MA, Trilla A. Organización en institutos de gestión clínica (centros orientados al paciente): descripción de la utilización hospitalaria. *Rev Calidad Asistencial.* 2008; 23(1):21-5.
3. Capell S, Comas P, Piella T, Rigau J, Pruna X, Martínez F. Unidad de diagnóstico rápido: un modelo asistencial eficaz y eficiente. Experiencia de 5 años. *Med Clin (Barc).* 2004; 123: 247-250.

Sexta mesa

*Perspectiva
Autonómica.
Camino diferentes
para un mismo
objetivo: eficiencia
y sostenimiento del
sistema sanitario*

14. **Modelo Público**, José Ramón Quirós

15. **El modelo de Concesión Administrativa**, Luis Rosado

16. **El modelo de partenariado Público Privado**, Javier Fernández
Lasqueti

Modelo Público: eficiencia y sostenibilidad del sistema sanitario público en Asturias



D. José Ramón Quirós García es Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Oviedo y especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Es funcionario de carrera del Cuerpo de Médicos de la Sanidad Nacional y del Cuerpo de Facultativos y Especialistas Sanitarios del Principado de Asturias. Ha sido Jefe de Sección de Información Sanitaria de la Dirección General de Salud Pública y Planificación.

En la actualidad es Consejero de Sanidad del Principado de Asturias.

Tiene una dilatada formación en el ámbito de la salud pública y en metodología de la investigación habiendo realizado estudios en Madrid, Barcelona, Italia y Holanda.

- Beca del British Council para el estudio de la organización del sistema sanitario británico en Birmingham y de la planificación sanitaria en Cardiff.
- Beca de la Unión Internacional contra el Cáncer para el estudio de supervivencia del cáncer en Helsinki.
- Entre septiembre de 2006 y junio de 2007 ha sido investigador visitante de la Escuela de Medicina y Salud Pública de la Universidad de Wisconsin en Madison (Estados Unidos) donde ha estado desarrollando un programa avanzado de medición de salud poblacional e indicadores de resultados del sistema sanitario.

Ha trabajado en el Ministerio de Sanidad y Consumo y en la antigua Consejería de Sanidad del Principado de Asturias donde ha desempeñado diversos puestos de Jefe de Servicio siempre en el ámbito de la epidemiología y la planificación. Entre 1999 y 2003 fue Director General de Salud Pública del Principado de Asturias y durante 2002-2003 fue presidente de la Fundación del Hospital del Oriente de Asturias.

Es coautor de más de 50 publicaciones y artículos científicos en revistas nacionales e internacionales fundamentalmente en el ámbito de las interrelaciones entre estilos de vida y cáncer.

Es el investigador principal en Asturias del estudio prospectivo europeo sobre nutrición, cáncer y salud (EPIC) e investigador responsable en Asturias del programa europeo InterAct que investiga la interacción entre factores genéticos, estilos de vida y diabetes tipo 2.



Texto elaborado por el autor en colaboración con Nicola Lorusso, alumno del Máster en Administración y Dirección de Servicios Sanitarios edición número XXI, programa impartido en Madrid por la Fundación Gaspar Casal (FGC) en colaboración con el Instituto de Educación Continua (IDEC) y el Centro de Investigación de Economía de la Salud (CRES) de la Universidad Pompeu Fabra.

Visión general de Asturias

El Principado de Asturias es una *comunidad autónoma* uniprovincial de *España*, en el que habitan alrededor de 1 millón de personas (INE 2010) presentando un área central metropolitana de 800 mil habitantes y varias áreas rurales que en conjunto aportan 200 mil habitantes. Es la única comunidad que prácticamente no ha incrementado la población en los últimos 10 años no obstante del impacto de la inmigración.

El servicio de salud de Asturias representa la empresa más grande de la economía asturiana con alrededor de 14.000 trabajadores que ofrecen servicios a una población bastante envejecida (22% personas mayores de 65 años), a través de 85 equipos APS, 225 puntos de atención primaria y 9 Hospitales públicos mas 4 vinculados organizados en 8 áreas de salud.

Según las encuestas (CIS, AEVAL 2010) la satisfacción de la ciudadanía de Asturias con el sistema salud es la más alta de España y la que menos preocupación por la sanidad manifiesta, junto con la que presenta la proporción más baja en la cobertura de seguro privado sanitario (9% frente a otras comunidades que llegan hasta el 30%).

¿Gastamos mucho y bien en salud?

En los últimos años España ha venido incrementado el gasto sanitario por encima del crecimiento económico provocando un diferencial mayor desde 2008 debido a la ralentización del crecimiento económico español. En Asturias entre 2002 fecha de las transferencias de la asistencia sanitaria al Principado de Asturias y el año 2009 el gasto sanitario ha tenido un incremento acumulado cercano al 60%, frente al 19% del IPC y al 44% del PIB.

Asturias presenta un coste sanitario por habitante de 1.524 €, con el 37.7% presupuesto público (7.3% PIB) destinado a sanidad, situándose en un gasto medio entre los países de la OCDE. La caída del PIB a partir de 2008 hace que el gasto sanitario se sitúe alrededor de 230 millones de euros más que el que hubiera tenido si hubiera crecido al ritmo de la economía.

El aumento del gasto sanitario sólo en parte es debido al envejecimiento de la población que se refleja en las plantas de los hospitales con pacientes progresivamente mayores y pluripatológicos, jugando un papel más relevante la innovación tecnológica y un gasto farmacéutico muy elevado y a veces poco justificado.

Hoy en día el sistema sanitario debe aprovechar los recursos de manera mucho más eficiente para conseguir el objetivo de una mejora real de la salud poblacional, pero también tenemos que plantearnos éticamente, políticamente o socialmente cuánto estamos dispuestos a pagar para alcanzarlo. La cuestión no es cuánto nos cuesta una actuación sino qué retorno nos produce en términos de salud. A modo de reflexión, debemos plantearnos si por ejemplo es asumible un coste incremental de mas 11 mil euros por el tratamiento de un paciente oncológico con un nuevo fármaco antitumoral para obtener un aumento de vida de menos de 3 meses, o si es asumible sustituir tratamientos convencionales de antiagregación plaquetaria que tiene un coste de 29€ anuales por paciente por otra nueva molécula que cuesta 692 €, fuera de las indicaciones en que la evidencia señala alguna ventaja del nuevo fármaco siendo lícito preguntarse si lo que gastamos es adecuado a lo que recibimos a cambio en términos de salud.

Otro tema de gran relevancia es sin duda la variabilidad en la práctica clínica; en España se recurre mucho al medicamento (fuente OCDE), esto es debido también a motivaciones culturales (farmacología poblacional), que en Asturias se ha reflejado en un aumento de casi un 40% de la prescripciones médicas frente al 2002 para una población estacionaria y que sólo en parte puede ser justificado por el aumento de la población mayores de 75 años (20% en ese mismo período) ya que frente a un incremento medio

anual de 0,9 millones de recetas el aumento medio del número de personas mayores 75 años fue de sólo 3.370. Cuando se analiza la prescripción entre profesionales de atención primaria se observa una amplia variabilidad en el número de recetas per cápita ajustada o en el gasto medio por receta de cada facultativo que no siempre se relacionan con una mayor capacidad de resolución de los procesos.

La variabilidad puede considerarse un concepto positivo desde la perspectiva de la elección de una adecuada alternativa tras valorar en cada caso los riesgos y características individuales de la enfermedad y del paciente pero sólo cuando realmente es razonable desde el punto de vista de mejoras tangibles de salud, en cuanto supone un gasto enorme para toda la sociedad española. Es necesario entonces aceptar las Guías de Práctica Clínica como herramienta de mejora en las decisiones médicas diarias para homogenizarlas frente al paciente y frente al sistema, obligándonos a mantener una actitud proactiva en su implantación y evaluación, porque la sostenibilidad del sistema pasa por tener un presupuesto, invertir en los avances tecnológicos, la medicina basada en la evidencia y la mayor solidez científica, como elementos que velan por la efectividad y la eficiencia de la práctica clínica de calidad.

No hay que olvidar que una frecuentación y un uso intensivo de recursos sanitarios no siempre dan los mejores resultados en términos de salud (ahí tenemos la importante tasa de amputación en diabéticos a pesar del alto volumen de consultas) y que las actividades de consulta a demanda predominan en detrimento de otras de prevención, salud pública o comunitaria más proactivas y que podrían dar importantes retornos de salud a un coste aceptable.

Hacia dónde vamos en Asturias

Sin duda uno de los problemas más importantes es el de la financiación, máxime en este momento de caída de los ingresos del Sistema. Nosotros proponemos:

1. Presupuestar costes reales del servicio y cumplir el presupuesto.
2. Debatir ingresos adicionales finalistas que puedan aportar liquidez al sistema.
3. Debatir el papel de la Seguridad Social en un sistema que se financia por impuestos.
4. Promover una moratoria de nuevas prestaciones hasta equilibrar el sistema.
5. Usar presupuestos capitativos ajustados por necesidad que evolucionen con la economía como forma más justa de asignar recursos a los centros sanitarios.

Además se tiene que impulsar el uso intensivo de las tecnologías de la información y la comunicación para conectar los dispositivos asistenciales, desburocratizar las consultas y apoyar a los profesionales a través de una serie de medidas como la historia clínica digital, la receta electrónica, la telemedicina o la ayuda a la prescripción.

Si la evolución y la mejora de cualquier empresa pasa por la comparación con los mejores aún tiene mayor importancia para un sistema de sanidad pública donde medir los resultados, los costes y compararse es la base para el desarrollo de una atención de calidad. De ahí la apuesta por el benchmarking entre distintos centros, por publicar resultados en la web como forma de rendición de cuentas y de transparencia además de base para la investigación clínica y operativa.

Un reto de igual importancia es aquel de reorganizar en torno a procesos asistenciales, y sobre todo estimular a los profesionales para que se sientan más involucrados en el gobierno de los centros a través del desarrollo de unidades y áreas de gestión clínica en todo el sistema, con incentivos ligados a los resultados. Los profesionales son un elemento clave del sistema y deben ser capaces de balancear la libertad clínica con el conocimiento de los recursos y una mayor autonomía y responsabilidad en su gestión. Autoorganizarse e incentivar pensando en el paciente y no en el propio servicio, ser transparente en la medición de los resultados de la propia actividad y de sus costes son algunas de las bases para una verdadera interlocución profesional más allá del corporativismo.

Debe sustituirse el modelo autocrático en que cada centro se centraba en sí mismo para perseguir la creación de una red cooperativa, conectada, que comparta personal, vías clínicas y servicios, creando alianzas estratégicas para reducir niveles administrativos intermedios, intentando al mismo tiempo cambiar de paradigma y pasar de la atención a la enfermedad al mantenerse sano, estratificando pacientes y poniendo en marcha estrategias para la atención a los enfermos crónicos y pluripatológicos en la comunidad desarrollando para ello estructuras de apoyo socio- sanitario como las que hemos puesto en el ámbito de cuidados paliativos o salud mental.

Resulta evidente que modificar la gestión del personal sea un paso clave en ese proceso de reorganización y reorientación del sistema sanitario. La elaboración de mapas de competencias para el desempeño y la evaluación profesional, la potenciación de nuevos roles para la enfermería, la incentivación del ejercicio profesional en salud pública, la profesionalización de la gestión pública de los servicios, el desarrollo de mecanismos de incentivación variable en función de los resultados, la externalización de la plataforma logística y de apoyo para aprovechar conocimientos de otros ámbitos y una mayor autonomía de los centros dentro del presupuesto son líneas que estamos intentando llevar a cabo.

Finalmente, un proyecto muy ambicioso como éste debe reservar un lugar relevante a la ciudadanía que debe tomar parte en estos cambios y entender que la medicina no puede resolver la vida de las personas, que además no siempre más intensidad de cuidados es lo mejor, que la tecnología tiene sus limitaciones y que el desarrollo de un adecuado nivel de vida requiere una participación real de la sociedad, para que el sistema salud siga siendo patrimonio de todos.

El modelo de Concesión Administrativa



Luis Eduardo Rosado Bretón nació el 25 de noviembre de 1957. Se licenció en medicina en la Universidad Complutense de Madrid y cursó la especialidad de Medicina Intensiva en el Hospital General de Alicante.

Posteriormente, ocupó diferentes puestos en la Junta Directiva de la Sociedad Nacional de Medicina Intensiva. Completó su formación realizando un Máster de Gestión hospitalaria en la Universidad Miguel Hernández de Alicante, un Máster en Humanización en la Universidad Cardenal Herrera de Elche y una Diplomatura sobre Acreditación Sanitaria.

Tras doce años como especialista, ha sido Subdirector Médico en el Hospital de Villajoyosa (1995-1997), Director Médico del Hospital de San Juan (1997-1999), Director Médico del Hospital de Alicante (1999), Gerente de Departamento Sanitario 17 (Hospital de San Juan, 1999-2002) y Gerente de Departamento Sanitario 19 (Hospital de Alicante, 2002-2007).

Después de varios años al frente de la gestión de diferentes hospitales, pasó a ocupar la Secretaría Autonómica de Sanidad (Viceconsejero) y la Gerencia de la Agencia Valenciana de Salud (AVS).



Texto elaborado por el autor en colaboración con Jesús López-Torres Hidalgo, alumno del Máster en Administración y Dirección de Servicios Sanitarios edición número XXI, programa impartido en Madrid por la Fundación Gaspar Casal (FGC) en colaboración con el Instituto de Educación Continua (IDEC) y el Centro de Investigación de Economía de la Salud (CRES) de la Universidad Pompeu Fabra.

El Modelo de Concesión Administrativa (MCA) es un modelo ya maduro en el estado español, no sólo porque han transcurrido 12 años desde su implantación en la Comunidad Valenciana, sino también por el volumen de ciudadanos que incluye, en torno al 20% de la población de la Comunidad Valenciana, lo que representa aproximadamente un millón de personas.

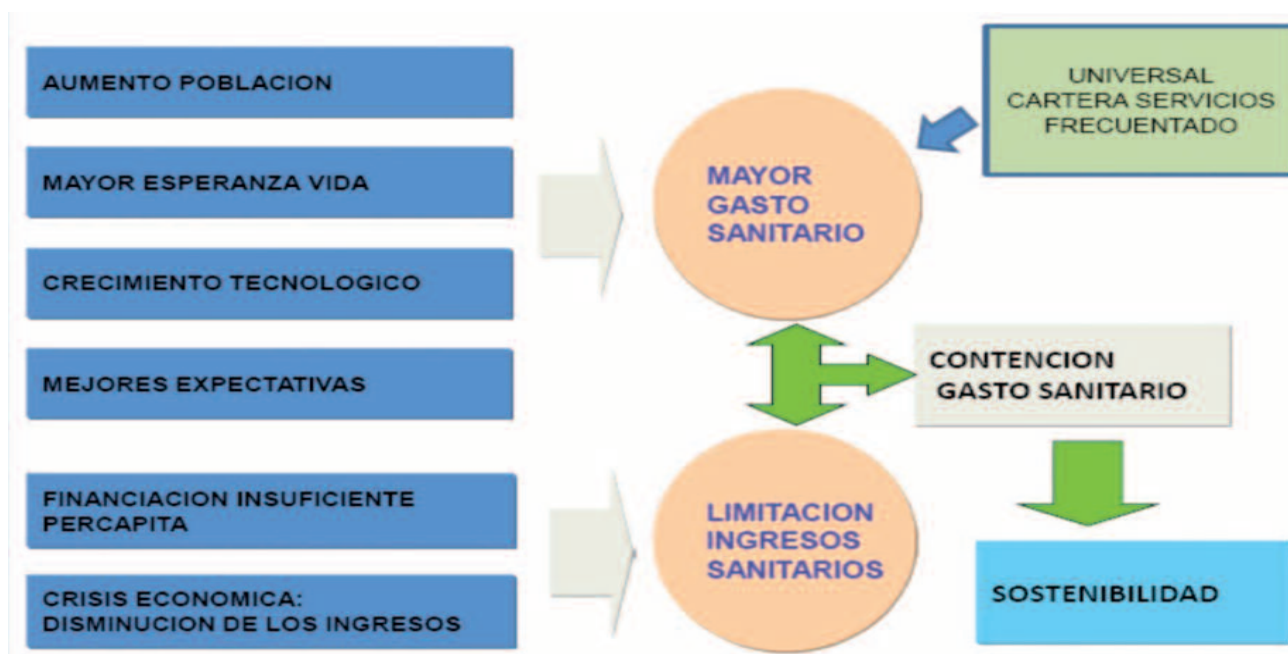
El MCA surge a partir de la ley 15/1997 de 25 de abril de habilitación de nuevas fórmulas de gestión del Sistema Nacional de Salud, la cual permite utilizar formulas de derecho jurídico privado con dos limitaciones: mantener el servicio público asistencial y mantener la naturaleza pública en cuanto a la responsabilidad última de la protección del servicio sanitario, es decir, manteniendo la administración la titularidad del servicio. En ese momento aparece un nuevo modelo de gestión en el que se incluyen las fundaciones privadas y también el MCA, desarrollado en la Comunidad Valenciana.

Los motivos a favor de establecer el MCA incluyen:

- En primer lugar una huída desde la gestión pública hacia los modelos empresariales, que es algo que desde las gerencias de los hospitales o desde los centros sanitarios siempre se ha tratado de evitar. Dentro de la gestión empresarial, lo que diferencia a los sectores privados de los públicos es una relación contractual diferente (contratos laborales) y una política de incentivos diferente, la cual, aunque ahora se va introduciendo en el sector público, hasta el momento ha sido escasamente promocionada. Generalmente estos dos elementos han sido limitantes en cuanto a gestión en el sistema público.
- En segundo lugar, una disminución de costes, basada en la capitación y en el coste de las infraestructuras sanitarias, las cuales resultan extremadamente caras y, a pesar de ello, continúan desarrollándose con dificultad y se mantienen a pesar de todos los avatares que existen.
- En tercer lugar, parte del riesgo debe transmitirse al proveedor, siendo éste un elemento primordial. Desde la administración pública siempre se ha afirmado que existe una separación entre la financiación y la provisión de servicios, pero realmente no se produce esta transferencia, lo cual sí sucede en el MCA.

Hablar de cuál es el escenario de la Comunidad Valenciana es hablar de cuál es el escenario de la mayoría del estado español. Actualmente existen elementos que contribuyen a un incremento progresivo del gasto sanitario: aumento de la población, mayor esperanza de vida, crecimiento tecnológico y mejores expectativas de los usuarios. Por otra parte, disponemos de un sistema sanitario que es el más universal de todos, con la mayor cartera de servicios y con la mayor frecuentación de todos los estados. Estas circunstancias propician que el gasto sanitario sea superior al de otros lugares. Además, en algunas comunidades autónomas existe lo que sería una financiación insuficiente per cápita, lo que añadido a la coyuntural, y también estructural, crisis económica y a la disminución de ingresos obliga a una contención del gasto sanitario y a su sostenibilidad (figura 1).

Figura 1. Elementos que intervienen en el aumento del gasto sanitario y en la limitación de ingresos



La Comunidad valenciana históricamente es la que, considerando la población de 2007, menor apoyo per cápita ha recibido, seguida de otras comunidades como Madrid. Esto sucedió antes del ajuste económico que supuso la dotación de fondos adicionales, pero, a pesar de ello, la Comunidad Valenciana, por detrás de Canarias, continúa siendo la que menos cantidad per cápita recibe de todas las comunidades de España. Puede comprobarse (figura 2) la diferencia que existe entre el incremento poblacional

en el estado español, equivalente a un 16% en los últimos años, y el incremento poblacional de la Comunidad Valenciana, situado en torno al 25%. Esta circunstancia no ha sido tomada en cuenta, repitiéndose durante los últimos años en las comunidades autónomas cuyo incremento poblacional ha sido superior a la media del estado, como ha sucedido en la Comunidad Valenciana, Madrid o Baleares, entre otras. Es paradójico que estas comunidades autónomas, con menor gasto sanitario por habitante, sean precisamente las que más incremento poblacional han tenido, y curiosamente las que alcanzan mayor porcentaje de presupuesto autonómico dedicado al área de sanidad (figura 3). Por tanto, el punto de partida de la sanidad en la Comunidad Valenciana no es la crisis económica actual, sino una base de insuficiencia económica previa que ha obligado a establecer mecanismos para hacer sostenible el sistema sanitario. En este sentido, elementos que suponen una reducción de costes y resultan eficientes han sido considerados dentro del sistema sanitario público valenciano.

Figura 2. Evolución de la población empadronada 1999-2009 (~ Pob. Protegida) (1999=100)

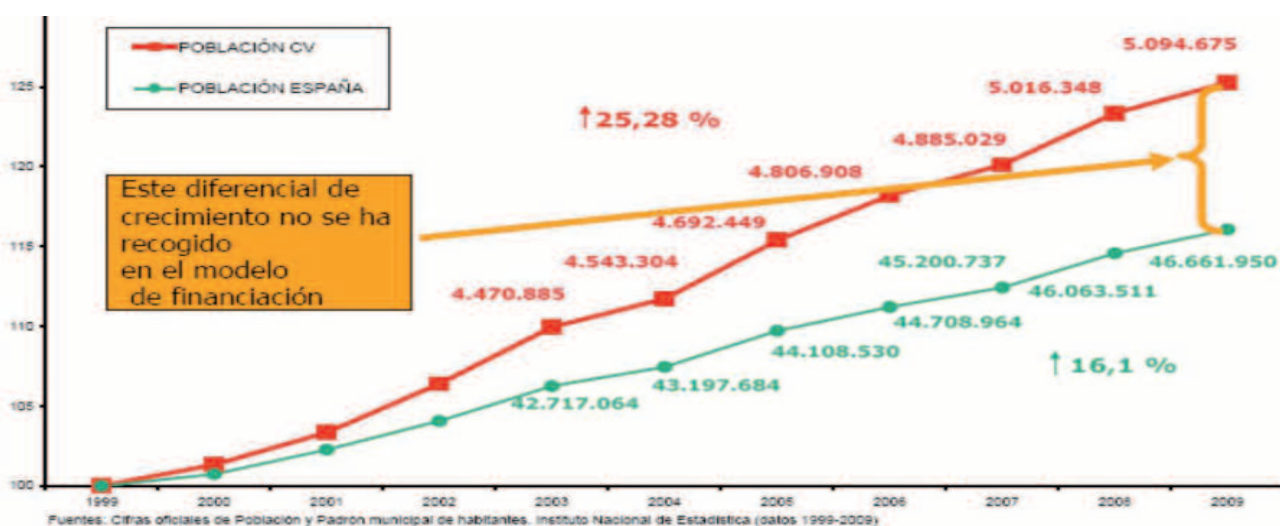
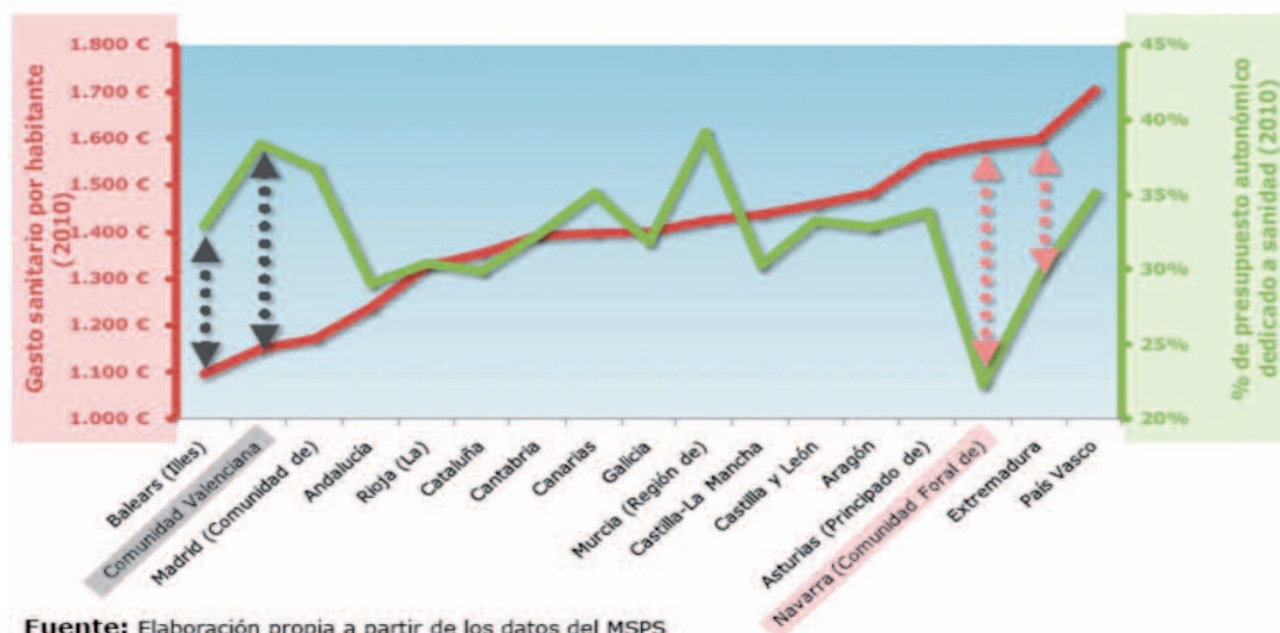


Figura 3. Comparación entre esfuerzo presupuestario y disponibilidad de recursos por CCAA.



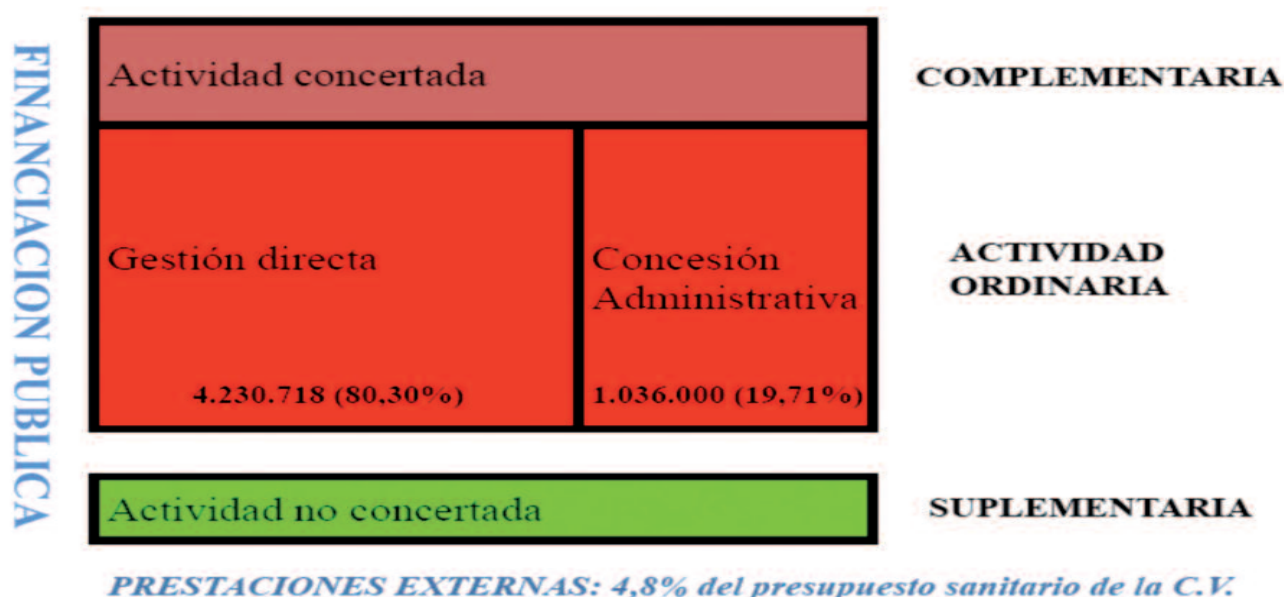
Nadie puede dudar en el siglo XXI de la necesidad de colaboración público privada. La sostenibilidad y la necesidad de recuperar la eficiencia son elementos que favorecen dicha colaboración, existiendo ya un sistema actual de aseguramiento en sectores importantes de nuestra sociedad (MUFACE, ISFAS, etc.), al margen del régimen general, en el que participan entidades privadas dentro de lo que es el sistema público. Por otra parte, en relación con las prestaciones complementarias en el sistema público, cualquier comunidad autónoma dispone de ellas, especialmente donde no interviene la colaboración público-privada. En cualquier modelo sanitario eficaz, como los de Holanda o Alemania, existe dicha colaboración público-privada.

Por otra parte, es frecuente la relación entre el sistema sanitario y la industria farmacéutica. Puesto que el 70% del gasto sanitario se destina a esta última, no tiene sentido afirmar que el sistema es exclusivamente de carácter público, habiéndose afortunadamente suavizado los elementos dogmáticos y existiendo cada vez más una valoración pragmática más profesional.

La colaboración público-privada consiste en una colaboración "sustitutiva", como es el modelo concesional, pero también "alternativa", como los planes de choque que se desarrollan en algunas comunidades autónomas, por ejemplo en el caso de las listas de espera, "complementaria", como es el caso de las prestaciones externas concertadas o "suplementaria" como las prestaciones externas no concertadas.

En la Comunidad Valenciana existe una actividad concertada o complementaria, como en cualquier comunidad, una gestión directa que abarca al 80% de la población y un modelo de concesión administrativa que incluye al 20% restante. Por otra parte, hay una actividad residual no concertada que es la que se realiza sobre una serie de procesos no incluidos dentro del concierto (figura 4). La prestación externa supone aproximadamente el 5% del gasto sanitario, inferior al de otras comunidades autónomas, en las que dicho porcentaje alcanza el 9-10%. Generalmente las comunidades autónomas que tienen más prestaciones externas son precisamente las que utilizan menos la colaboración público-privada.

Figura 4. Provisión de asistencia sanitaria en la Comunidad Valenciana



Las diferentes posibilidades de la gestión pública incluyen la financiación pública y la provisión de asistencia gratuita, universal y equitativa. El resto puede ser externalizado y esta externalización, que es habitual y está considerada como una mezcla de externalización logística y también una externalización de

la asistencia sanitaria, como en nuestro caso, tanto de la atención primaria como de la especializada, es el elemento diferencial de la concesión administrativa.

Diferentes razones justifican el MCA:

- Menor coste de Infraestructuras. Las obras que se llevan a cabo dentro de la concesión administrativa están incluidas dentro del contrato, lo que significa que son sufragadas por el contratista.
- Mayor eficiencia. Se trata de un modelo de gestión más ágil y con mayor capacidad de acción. El sistema se basa en los contratos laborales, en la flexibilización de horarios y en la contratación personalizada, lo cual aún no es posible en el sistema público. Se dispone de un sistema de incentivación en función de la calidad y cantidad del trabajo realizado, tanto asistencial, docente, como científico. En cuanto a la evaluación de los resultados del modelo de concesión administrativa, dentro del estado español se trata de hospitales TOP-20 durante los últimos años, siendo hospitales bien gestionados que alcanzan unos indicadores satisfactorios en cuanto a estancia media ajustada a casuística, mortalidad ajustada a riesgo, tasa de sustitución, complicaciones, readmisiones y coste por proceso. Dentro de nuestros propios objetivos de gestión en la Comunidad Valenciana los departamentos de concesión administrativa obtienen buenos resultados, como sucedió durante el último año en el caso de los Hospitales de Torrevieja, Alcira y Denia, que alcanzaron, respectivamente, los puestos 1º, 3º y 7º del ranking de todos los hospitales de la Comunidad Valenciana. Estos resultados hablan muy favorablemente de dichos centros, ya que lo que se evalúa, dentro de los acuerdos de gestión, son elementos objetivos ligados a la ganancia de salud y a la satisfacción de los ciudadanos. El MCA repercute positivamente en la calidad percibida por los ciudadanos y en opinión de éstos los hospitales incluidos en el modelo prestan en la mayoría de las ocasiones una atención adecuada y satisfactoria.
- Integración corporativa. Al preguntarles a los usuarios de estos centros sobre qué tipo de gestión existe en los mismos, se comprueba que al 80% de los usuarios les da igual si la gestión es pública o privada y la mayoría considera que se trata de hospitales públicos, lo cual es cierto, pues se trata de hospitales públicos de gestión privada.
- Transferencia de riesgo al concesionario. La transferencia es tanto del riesgo de la demanda, como de la oferta y de los riesgos financieros. El precio del contrato regula cuáles son las condiciones de esa transferencia de riesgo financiero y además facilita también el incentivo de ahorro en farmacia. Lógicamente la transferencia acaba donde acaba la transferencia de la equidad del sistema sanitario público valenciano.
- Menor coste. Las inversiones corren a cargo del concesionario tanto en atención primaria como en asistencia especializada, pero la cápita pagada a las concesiones es al menos un 20% inferior de la que se pagaría en cualquier gestión directa, y por tanto es rentable para la administración valenciana. Aparte, existen unos elementos de gestión compartida, como pueden ser los incentivos de farmacia, que permiten en este momento en las concesiones administrativas obtener los mejores resultados en farmacia de toda la Comunidad Valenciana.
- Elementos de seguridad. Existen elementos de seguridad para que esta modalidad no perjudique al sistema público y no permita la quiebra de las concesiones administrativas. Estos elementos incluyen la revisión de precios: la prima per cápita se revisa anualmente, en función del gasto sanitario público español o del gasto sanitario valenciano, y se actualiza con el incremento del presupuesto para asistencia sanitaria de la Generalitat Valenciana, con un tope máximo (Gasto Sanitario Público Español) y mínimo (I.P.C.). Al finalizar la concesión, todas las inversiones revierten a la Generalitat y además existen diferentes organismos de control para evitar que se puedan producir interpretaciones diferentes de lo que es el contrato. El órgano principal es la Comisión Mixta de Seguimiento, máximo órgano decisorio, presidida por el gerente de la Agencia Valenciana de Salud, y participan miembros de la concesión administrativa y miembros de la Consellería de Sanidad.
- Mejora global del funcionamiento de la Agencia Valenciana de Salud (resto de departamentos). Existe una gran interacción entre los departamentos de gestión directa y los de concesiones administrativas. Los departamentos de concesiones administrativas poseen elementos de gestión empresarial que facilitan la competencia a favor de ellos, pero mientras exista un mecanismo de *benchmark* limpio entre las concesiones y los elementos de gestión directa siempre habrá una transferencia debida a la capa-

cidad de atracción entre los departamentos: los contratos de gestión que rigen a todos los departamentos sanitarios, la facturación entre los centros sanitarios y la calidad que los pacientes perciben y que hace que se decidan por un departamento u otro.

- Alineamiento de la Misión y Valores de la Organización. El elemento clave del MCA es la promoción de la salud. La empresa concesionaria mejora sus resultados económicos promocionando la salud, mejorando la calidad asistencial, mejorando la accesibilidad y mejorando la eficiencia. La concesión administrativa “vive de la salud de los ciudadanos”, no de la enfermedad de los ciudadanos, lo cual coincide plenamente con los objetivos y con los valores de la organización de la Comunidad Valenciana.

En síntesis, el modelo de concesión administrativa incluye financiación pública, gestión privada, control público, provisión público-privada y titularidad pública. Por tanto, no se trata de un modelo privado, sino de un modelo público de gestión privada.

Por último, como afirmó Albert Einstein, *“en los momentos de crisis, sólo la imaginación es más importante que el conocimiento”* y, en palabras de Immanuel Kant, *“en las tinieblas la imaginación trabaja más activamente que en plena luz.”*

Bibliografía

- Rosado L. El Modelo de Concesión Administrativa. III Congreso de Gestión Clínica. Madrid, 2010.
Ley 15/1997 de 25 de abril sobre habilitación de nuevas fórmulas de gestión del Sistema Nacional de Salud. BOE número 100 de 26/4/1997.
Cervera M. La Agencia Valenciana de Salud. Revista de Administración Sanitaria 2006; 4(1):33-54.

Modelos de gestión en la Comunidad de Madrid: el modelo partenariado Público Privado



Javier Fernández-Lasquetty y Banc nació en el madrileño Barrio de Salamanca el 8 de octubre de 1966, y desde los 18 años está afiliado al Partido Popular. Licenciado en Derecho y en Ciencias Políticas por la Universidad Complutense de Madrid, inició su trayectoria profesional en la empresa de demoscopia Sigma Dos. También ha trabajado en EICE, pero pronto siguió su vocación política. Tras ser secretario general de las Nuevas Generaciones del Distrito de Salamanca entre 1984 y 1986, pasó al Ayuntamiento de Madrid, donde ocupó los cargos de director del Centro Cultural Buenavista, consejero técnico de la Concejalía de Cultura y consejero técnico de la Primera Tenencia de Alcaldía.

La victoria del PP en las elecciones generales de 1996 cambiaría el rumbo de su carrera política y la vincularía hasta la actualidad a la de Esperanza Aguirre, que entonces lo nombró su director de Gabinete tras asumir la cartera de Educación y Cultura. Mantuvo el cargo cuando Aguirre asumió la presidencia del Senado en 1999, para ser nombrado al año siguiente director del Departamento de Parlamento e Instituciones del Gabinete de la Presidencia del Gobierno. En 2002 es nombrado subdirector del Gabinete de José María Aznar.

En las siguientes elecciones generales, en 2004, Fernández-Lasquetty obtiene el acta de diputado y es nombrado secretario general de la Fundación para el Análisis y Estudios Sociales (FAES). No obstante, poco después Esperanza Aguirre, ya entonces presidenta de la Comunidad de Madrid, le reclama de nuevo a su lado, en esta ocasión para nombrarlo consejero de Inmigración, cargo que ocupó hasta que, en marzo de 2010, asume la máxima responsabilidad de la Consejería de Sanidad en sustitución de Juan José Güemes.



Texto elaborado por el autor en colaboración con Rosalía Sierra Fernández, alumna del Máster en Administración y Dirección de Servicios Sanitarios edición número XXI, programa impartido en Madrid por la Fundación Gaspar Casal (FGC) en colaboración con el Instituto de Educación Continua (IDEC) y el Centro de Investigación de Economía de la Salud (CRES) de la Universidad Pompeu Fabra.

En España contamos con un sistema sanitario público de una calidad reconocida a nivel mundial de la que debemos sentirnos orgullosos. Sin embargo, está claro que necesita una reforma, es algo que nos preocupa a los responsables sanitarios, a los gestores y, en la medida en que tienen conocimiento de ello, a los ciudadanos. Esa reforma la tiene que proponer quien tiene capacidad normativa para generar cambios, es decir, el Gobierno de la Nación, algo que lamentablemente no se está produciendo: no se están tomando las decisiones adecuadas para salir de esta crisis. El sistema necesita reformas, mejoras y retos para asegurar su sostenibilidad.

Entre estos retos, por ejemplo, se encuentra el uso racional de la sanidad: España tiene una media de más de 8 visitas por persona al médico al año, mientras que la media europea es de 5,8. Ortega decía que España es el único país en que se discute sobre los datos. Y es verdad. Lo que debemos hacer es discutir sobre sus causas y consecuencias. Algo está funcionando mal en el uso del sistema sanitario, porque no creo que estemos más enfermos que los franceses, los alemanes o los italianos. De hecho, a juzgar por nuestra esperanza de vida, lo más probable es que lo estemos menos.

También nuestro consumo farmacéutico supera a países como el Reino Unido o Bélgica, por lo que debemos crear una cultura del consumo responsable de medicamentos.

Sobre estos asuntos debería legislarse sin dogmatismos, sin sofocar los debates con tal de mantener el dogma conservador vigente durante 30 años y que en España no logramos que se cuestione, ni siquiera en un tiempo de crisis como el que estamos viviendo.

Mientras tanto, el sistema se basa en que quienes pagan son las comunidades autónomas, mientras que quienes tienen el poder de decidir no paga nada. Este hecho debe tenerse en cuenta en la medida en que las autonomías tenemos que recurrir a fórmulas de gestión sanitaria que ayuden a mantener la sostenibilidad sin mermar la calidad de la asistencia sanitaria, contando cada vez con mejores infraestructuras, mejores tecnologías y mejores profesionales.

Se trata de fórmulas diferentes en cada comunidad autónoma, aunque tienen muchos más elementos comunes y de cohesión de los que los medios de comunicación y quienes observan la realidad política y social española sin profundizar demasiado en el ámbito sanitario pueden pensar. Eso sí, cuando estas cuestiones saltan al ámbito de los parlamentos, la imagen que se da es que vivimos en mundos diferentes.

Lo cierto es que en Madrid continuamos aplicando diferentes fórmulas de gestión sanitaria con el objetivo de prestar una asistencia de la mejor calidad asegurando al mismo tiempo la sostenibilidad del sistema. El resultado ha sido que en la Comunidad de Madrid se ha producido la que, probablemente, haya sido la mayor y más rápida transformación y ampliación de la red de infraestructuras de asistencia sanitaria de la historia española.

Este cambio sin precedentes que ha sucedido en un plazo de tiempo de siete años a contar desde el año 2003: hemos construido 8 nuevos hospitales y 3 más que están en proceso de construcción, además de 70 centros de salud nuevos, lo que significa uno nuevo cada mes. Además, en esta área de infraestructuras se incluyen también reformas completas de hospitales como el Clínico San Carlos y obras de mejora que han supuesto modificaciones importantes en otros como el 12 de Octubre, La Paz y el Príncipe de Asturias.

En Madrid tenemos hasta cuatro modelos de gestión diferentes: 22 hospitales gestionados según el modelo tradicional público, 7 bajo gestión público-privada, 2 en régimen de fundación (Alcorcón y Fuenlabrada) y uno en concesión, el Hospital Infanta Elena, en Valdemoro. Y tres más que están de camino en los municipios de Torrejón, Móstoles y Collado-Villalba.

Además, está presente en la red hospitalaria madrileña la Fundación Jiménez-Díaz, en régimen de concierto con pago por procesos, y, siguiendo un modelo similar, el Hospital Gómez Ulla, que sigue siendo un hospital con personal y gestión del Ministerio de Defensa, al que la Comunidad de Madrid abona la atención de las personas que eligen acudir a dicho centro hospitalario.

Centrándome en el modelo de partenariado público-privado, explicaré los beneficios de este modelo de gestión. Cuando Esperanza Aguirre llegó a la Presidencia de la Comunidad de Madrid, en el año 2003, ya había transcurrido año y medio desde las transferencias de la sanidad y en aquel momento teníamos un buen sistema hospitalario. No obstante, resultaba insuficiente, fundamentalmente por su alta concentración.

El principal recurso eran los grandes y excelentes hospitales generales –la mayoría de ellos en la ciudad de Madrid–, lo que suponía un inconveniente si tenemos en cuenta que en nuestra región, exactamente la mitad de la población vive en la capital y el resto, en los demás municipios de la provincia, incluyendo un 34% de habitantes que residen en las ciudades que rodean Madrid y que, ya entonces, en 8 de ellas se superaban los cien mil habitantes.

Por tanto, los hospitales que existían en el año 2003 y que, por supuesto, siguen funcionando, son sin duda extraordinarios, con excelentes profesionales en sus cuadros médicos, referentes de la sanidad española nacional e internacional en numerosas de especialidades y que siguen dando un rendimiento magnífico y del que podemos estar orgullosos. Sin embargo, no tenían ya posibilidad de crecimiento para dar respuesta a una población que, además, en ese momento estaba creciendo a una velocidad muy acelerada: entre 2000 y 2008 se empadronaron en Madrid 1.200.000 personas.

Es la combinación de todas estas circunstancias la que lleva al Gobierno regional a pensar en un proyecto tan ambicioso como construir 8 nuevos hospitales en tan sólo 4 años, durante la primera legislatura de presidencia de Esperanza Aguirre. Se trata de una transformación sanitaria que no tiene comparación en Europa, mediante la que cerca de 2 millones de personas, un tercio de la población madrileña, ha estrenado hospital en los últimos años.

Se suele decir que la construcción y puesta en marcha de un hospital consume un tiempo medio de entre 7 y 10 años, y es cierto, lo estamos viendo en algunos centros en otras comunidades autónomas. Aquí se trataba de poner en marcha 8 hospitales en 4 años, y por eso decidimos acudir a una fórmula distinta que no es ni el modelo estrictamente público usual, ni el de concesión administrativa que ahora sí estamos aplicando en otros hospitales. En ese momento recurrimos a la colaboración público-privada por considerarla la fórmula idónea para llevar a cabo este proyecto. Una fórmula que nos permitía reducir los tiempos de construcción, generar áreas de eficiencia y contar con la financiación adecuada sin mermar la calidad asistencial ni el carácter de servicio público.

El modelo generó en su momento una polémica que aún no cesa, y que ha llevado a una distorsión del debate político sobre la sanidad en Madrid que, en mi opinión, es profundamente nociva para todos. Es curioso que un Gobierno autonómico ponga en marcha 8 hospitales públicos y tenga que pedir perdón porque, según la oposición, está destruyendo la sanidad pública, cuando es exactamente al contrario. Quizá el problema deriva del dogmatismo de los que no tienen la responsabilidad de gobernar.

Son hospitales absolutamente públicos en su titularidad. Al ciudadano que acude a ellos sólo se le pide su tarjeta sanitaria para ser atendido y la calidad de su servicio es excelente. Prueba de ello es que, en poco más de 2 años, 5 de esos 8 hospitales han sido acreditados como centros docentes. Además, todos ellos obtienen una excelente calificación de los ciudadanos mediante las encuestas de satisfacción que realizamos periódicamente, y están trabajando a pleno rendimiento, incluso más del que inicialmente estaba previsto.

En resumen, gracias a la colaboración público-privada hemos dotado a Madrid de una sanidad que ha crecido en más de 2.000 camas hospitalarias en habitaciones individuales, 74 nuevos quirófanos, 749 consultas externas y muchos más recursos. Todo ello en hospitales públicos que han acercado la asistencia a cientos de miles de madrileños y han aliviado la presión asistencial del resto de los centros, lo que les ha permitido atender mejor, con más tiempo y más recursos, los casos de muy alta complejidad.

Ahora que estamos atravesando una crisis nacional muy profunda, es el momento de hacer balance y pensar qué hubiera pasado si no se hubiera hecho. La fórmula que se escogió en el año 2003 para construir los nuevos hospitales es la que permitió hacerlos en tan breve espacio de tiempo. Si no se hubiera escogido esa fórmula en aquel momento, no hubiera habido esos 8 hospitales porque con la provisión pública exclusivamente no hubiera sido posible. Y entonces, habría llegado la crisis, que ya hubiera hecho absolutamente inviable construir hospitales.

Por tanto, me alegro profundamente de que mis predecesores escogieran ese modelo, aun conscientes de todas las críticas que esa decisión iba a generar, porque gracias a ese modelo tenemos el mapa sanitario que hoy tenemos. En caso contrario no lo hubiéramos alcanzado ni en la pasada década ni, probablemente, en la actual. En cambio, ahora estamos construyendo otros 3 hospitales, en este caso bajo el modelo de concesión, que estarán terminados a finales de 2011 o principios de 2012, y permitirán completar la red madrileña hospitalaria.

Junto a ello, hay otros recursos que está funcionando muy bien en Madrid, como por ejemplo, la Unidad Central de Radiodiagnóstico, de titularidad pública y gestionada bajo un modelo de colaboración público-privada, que realiza la gestión de las pruebas radiológicas de algunos de nuestros hospitales. Está operativa las 24 horas del día y ejecuta más de 2.000 pruebas diarias. De manera similar funciona el Laboratorio Central de Diagnóstico Analítico, que atiende más de 400 peticiones al día. Ambos proyectos maximizan los servicios a la vez que reducen y contienen el gasto, permitiendo una excelente asistencia mientras consumen los recursos de una manera más eficiente.

Para concluir, quiero comentar una cuestión que centra los esfuerzos de la Consejería de Sanidad y el Gobierno regional y que incide sobre todos los aspectos de la gestión sanitaria –tanto en la atención primaria como en la especializada– y es la libre elección de médico, enfermero y centro, para todos los pacientes y sin necesidad de justificación.

La libertad de elección ha supuesto un cambio significativo porque permite a los ciudadanos tomar decisiones sobre su propia salud. Es un cambio transcendental en el sistema sanitario porque coloca la paciente en el centro de este sistema. Y obstante, también es un cambio positivo para los profesionales, porque el punto de partida de la relación entre los médicos y sus pacientes pasa de ser la obligatoriedad a la confianza en el talento del profesional. Ahora, el profesional sanitario sabe que quien está sentado en su consulta lo está porque quiere y porque valora su trabajo, su profesionalidad y sus dotes humanas. Por tanto, creo que la libre elección mejorará el trabajo de nuestros profesionales, su satisfacción y rendimiento, y el sistema sanitario en su conjunto.

Séptima mesa

¿Que no es Gestión Clínica? Confusión entre fines y medios

17. *¿Que no es Gestión Clínica? Confusión entre fines y medios*, Sergio Minué
18. *Modernizando los cuidados del ICTUS: actualizando y mejorando la asistencia del ICTUS en Inglaterra*, Damian F. Jenkinson
19. *¿Que no es Gestión Clínica?*, Carmen Martínez de Pancorbo

¿Qué no es Gestión Clínica? Confusión entre fines y medios



Sergio Minué es Licenciado en Medicina y Cirugía General; y Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Actualmente es Profesor del área de gestión de la Escuela Andaluza de Salud Pública, donde trabaja desde julio de 2000.

Ha sido Director del Área de Gestión de la Práctica Asistencial de la Escuela Andaluza de Salud Pública de Granada de febrero de 2009 a mayo de 2010. Fue también *Director de Docencia e Investigación* de la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP), en el periodo 2003 a 2007.

En el periodo 1993-2000 desempeñó diferentes cargos de gestión sanitaria en el extinto INSALUD: Coordinador Médico del Equipo de Atención Primaria Barajas (1991-1993), Subdirector Médico del área 4 de Atención primaria de Madrid (1993-1994), Director Médico de dicha área (1994-96) y Director Gerente del Área 2 de Atención Primaria de Madrid (1996-2000).

Actualmente es Quality Pilot (Coordinador de Calidad) del Máster Europeo Erasmus Mundus “Europubhealth”. Fue Coordinador del Comité de Calidad y Pertinencia del Campus Virtual de Salud Pública de las Américas dirigido por la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Es miembro del grupo de Gestión de Conocimiento de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC), del grupo coordinador del proyecto de recertificación de especialidades médicas (Proyecto ARA), y del grupo Cochrane de Seguridad de Pacientes, así como del grupo de Seguridad del paciente de la semFYC. Formo también parte del grupo Internet y salud de la EASP.

Actualmente participa en diversos proyectos de investigación sobre utilización de nuevas tecnologías por la profesión médica, buenas prácticas en docencia, seguridad y toma de decisiones clínicas así como en el ámbito de Atención Primaria.

Ha publicado diferentes artículos científicos en revistas nacionales e internacionales, y ponencias en congresos de ámbito nacional e internacional. Así mismo ha participado en la elaboración y edición de diferentes textos en mi ámbito de conocimiento. Mantiene un blog (el Gerente de Mediado) desde febrero de 2008.



Texto elaborado por el autor en colaboración con M^a del Mar Vizcaino Blázquez, alumna del Máster en Administración y Dirección de Servicios Sanitarios edición número XXI, programa impartido en Madrid por la Fundación Gaspar Casal (FGC) en colaboración con el Instituto de Educación Continua (IDEC) y el Centro de Investigación de Economía de la Salud (CRES) de la Universidad Pompeu Fabra.

Antes de analizar lo que puede que no sea gestión clínica conviene establecer, como punto de partida de la discusión, una definición de lo que entiendo por tal. En este sentido utilizo una definición canónica de *gestión clínica*, entendiendo por ella el concepto definido por Vicente Ortún ⁽¹⁾: en síntesis, dado que el 70% de los recursos dependen de decisiones clínicas, los clínicos deben tener suficiente información para hacer correctamente las cosas correctas. Y ¿qué son las cosas correctas?. En primer lugar, sería deseable que la mayor parte posible de sus decisiones tuvieran fundamento científico. En segundo lugar, deberían incluirse en el proceso de decisión clínica las necesidades de los pacientes. Y por último, sería aconsejable tener en cuenta el coste oportunidad de las decisiones clínicas. Pero para conseguir esto, se necesita una moneda de doble cara, según establecía Muir Gray: por un lado, un sistema de rendición de cuentas ligada a una responsabilidad expresa, y por otro, autonomía en la organización del trabajo propio.

Según un trabajo de Moran en el British Journal of Politics and International Relations ⁽²⁾, los sistemas sanitarios se pueden clasificar en 4 grandes tipos: unos se centran en la oferta, otros son corporatistas, otros de comando y control y finalmente, otros son de comando y control, pero “inseguros”; llamados así por tener exceso de clientelismo político, inestabilidad económica y corrupción. El sistema sanitario español pertenecería a este último grupo, según Moran. Casi 20 años después de la publicación del Informe Abril, siguen sin resolverse algunos de los aspectos clave en materia de Gestión Clínica que señalaba este informe. Y como también señala Ortún, mientras se ha avanzado mucho en los aspectos clínicos de la gestión clínica, los avances han sido exiguos en su encaje organizativo.

Tampoco parece que en otros países europeos haya habido avances sustanciales en este sentido. Un reciente informe comparativo de la Universidad de Leeds ⁽³⁾, respecto a la extensión de modelos de gestión clínica en Europa, analizaba cuatro aspectos clave en el análisis:

1. Si los clínicos participan en los consejos de dirección de las organizaciones.
2. Si los clínicos participan en la estrategia.
3. Qué peso en la organización tienen los que no son clínicos.
4. En el nivel operativo del día a día, qué capacidad de decisión tienen los clínicos.

En la mayor parte de los países estudiados (entre los que no se encuentra España), los avances en “empowerment” profesional han sido más bien escasos.

Aplicando los principios establecidos en el concepto de gestión clínica antes descrito, podría ser cuestionable considerar como gestión clínica, algunas de las siguientes situaciones:

1. *La sustitución de la parte por el todo*: es decir, si estamos confundiendo los instrumentos de la Gestión Clínica con los fines de la misma.
2. *Los modelos “Despotismo Ilustrado” de la Gestión Clínica*, en los que se sigue el lema absolutista de “todo por el pueblo, pero sin el pueblo”, y en los que se pondera la importancia del papel de los clínicos y la necesidad de aumentar la descentralización de la toma de decisiones, pero a la vez se restringe su capacidad de autonomía.

1. Ejemplos de sustitución de la parte por el todo

Podrían ser ejemplos de ello:

- La reducción de la gestión clínica a la existencia de Contratos de Gestión o Contratos Programa: A veces se piensa que por tener un Contrato de Gestión ya se realiza Gestión Clínica. Sin embargo, en buena parte de las ocasiones estos contratos no dejan de ser una versión sanitaria del juego del Monopoly®, con escasa capacidad de riesgo, autonomía y rendición de cuentas transparentes.
- La “Evidencia científica como coartada”: la Gestión Sanitaria a menudo se inclina a aplicar procedimientos e innovaciones procedentes del entorno industrial de escasa aplicabilidad en un entorno tan

complejo como el sanitario. Al mismo tiempo, las aportaciones a la mejora de la gestión clínica de la “Medicina Basada en pruebas” tienen también limitaciones importantes:

- La calidad de las Guías Clínicas en muchas ocasiones es baja (25%, según un trabajo de Navarro Puerto ⁽⁴⁾), pero además se actualizan escasamente.
- La tendencia a medir y fomentar el uso de algunos indicadores de manera estricta, (sin considerar que el paciente no es una enfermedad sino un enfermo), puede fomentar el que se dejen de hacer intervenciones necesarias, pero que no están incentivadas (ni económica ni profesionalmente).

Stacey planteó ya hace tiempo, que en sistemas complejos (como es el sanitario) los procesos de toma de decisiones deberían estar condicionados por dos factores: el grado de acuerdo respecto a la acción a emprender, y el grado de incertidumbre respecto a su posible efecto.

Cuando el nivel de acuerdo y el nivel de certidumbre es alto, son útiles los sistemas de sistematización de procedimientos, o protocolización de intervenciones. Pero para aquellos niveles donde no hay acuerdo ni certidumbre, las guías o los sistemas de protocolización no sirven dado el elevado número de excepciones a la norma. En estos casos es recomendable confiar en el conocimiento propio atesorado por profesionales expertos, dando las especificaciones mínimas para orientar sus decisiones.

- Disponer y utilizar una Historia Clínica Electrónica tampoco significa realizar gestión clínica. Trisha Greenhalgh en el Milbank Quarterly ⁽⁵⁾, alertaba sobre el hecho de que dicha historia puede ser de gran utilidad para la explotación de datos secundarios como son la facturación o la investigación, pero para lo que es el trabajo clínico el papel puede seguir siendo un gran aliado. Además, las pequeñas Historias Clínicas pueden ser más rentables que los grandes aparatos centralizados.
- Los sistemas de Pago por desempeño (implantados en buena parte de los servicios regionales de salud) pueden tener efectos perversos no adecuadamente contemplados. Según un reciente estudio del New England Journal of Medicine, ⁽⁶⁾ realizado en la aseguradora americana Kaiser Permanente, las condiciones clínicas que se dejaban de incentivar se dejaban de hacer y las que se incentivan mejoran pero con el tiempo se estabilizan. El problema de la incentivación es lo que dejamos de hacer porque no nos lo pagan.

2. Ejemplos de Despotismo Ilustrado en los servicios sanitarios

- La limitación de la Autonomía a la hora de establecer prioridades por parte de los clínicos: difícilmente podemos hablar de modelos que fomentan la descentralización y autonomía cuando el 80% de los objetivos está establecido por los niveles altos de la Organización y son escasamente negociables. Hablamos mejor en estos casos, de sistemas de Dirección por Objetivos, también útiles y respetables.

Así mismo es cuestionable hablar de gestión clínica cuando no existe apenas margen para la selección de nuevo personal; más contradictorio aún resulta hablar de gestión clínica en entornos donde los profesionales no pueden diseñar y gestionar sus propias agendas de citación de pacientes, o ni tan siquiera tienen acceso a Internet en las consultas, elemento clave en el siglo XXI para tomar decisiones efectivas y eficientes en una consulta médica.

Por supuesto que en estos 15 años de gestión clínica en España se han conseguido avances significativos, pero todavía hay algunas cosas que funcionan mal.

Julian Legrand profesor de la London School of Economics establecía tres perfiles profesionales en las sociedades humanas: Caballeros, Rufianes y Títeres. En un artículo de septiembre de 2010, publicado en JAMA ⁽⁷⁾, se utilizaba la citada categorización para analizar la situación actual existente en el sistema sanitario americano: las Organizaciones identifican más a los médicos como Rufianes que como Caballeros, de lo que es buena muestra el establecimiento de fuertes sistemas de incentivos para que hagan lo que tienen que hacer. La aceptación y ausencia de discrepancia ante modelos cambiantes e instruccio-

nes contradictorias permite sostener que en ciertas ocasiones el comportamiento profesional se asemeja bastante al de un simple Títere de la organización a la que pertenece.

Como se señalaba en JAMA el problema estriba en que si al Rufián se le trata como a un Caballero, es inevitable que aproveche la situación para sus fines egoístas. Pero si a un Caballero se le trata como a un Rufián, deja de implicarse en la empresa para la que trabaja.

En definitiva, es importante medir, es importante tomar decisiones sobre esas mediciones, pero es también importante recuperar el deseo de simplemente hacer correctamente el trabajo. Es lo que Richard Sennett, en su libro *el Artesano* ⁽⁸⁾ llama *hacer las cosas bien simplemente por el placer de hacerlo*.

Desde hace 20 años, la Gestión Clínica anda partida por la mitad, entre Gestión y Clínica. Debemos intentar hacer que la Gestión sea más Clínica y la Clínica más Gestora. Esperemos que no tengan que pasar otros 15 años para conseguirlo.

Bibliografía

- (1) Ortún V. Claves de gestión clínica. En Ortún V.(Ed). Gestión clínica y sanitaria. De la práctica a la academia, ida y vuelta. Masson Barcelona, 2003.
- (2) Moran. British Journal of Politics and International Relations 2000; 2: 135-60
- (3) Neogy I, Kirkpatrick I. Medicine in Management: Lessons across Europe. 2009.
- (4) Navarro Puerto MA et al. Rev Clin Esp. 2005.
- (5) Greenhalgh T, Potts HWW, Wong G, BarkP, and Swinglehurst D. Tensions and Paradoxes in Electronic Patient Record Research: A Systematic Literature Review Using the Meta-narrative Method. The Milbank Quarterly, Vol. 87, No. 4, 2009: 729–788.
- (6) Campbell SM, Reeves D, Kontopantelis E, Sibbald B, Roland M. Effects of Pay for Performance on the Quality of Primary Care in England. N Engl J Med 2009; 361: 368-378.
- (7) Jain SH, Cassel CK. Societal perceptions of physicians: knights, knaves or pawns?. JAMA 2009; 304:1009-10
- (8) Richard Sennett. El artesano. Anagrama ed. Barcelona. 2009.

Modernizando los cuidados del Ictus: actualizando y mejorando la asistencia del Ictus en Inglaterra



Damian Jenkinson es el Líder Clínico Nacional del Programa de Mejora del Ictus para el *National Health Service (NHS)*, y ha sido el Director Asociado de la Red de Investigación en Ictus del Reino Unido, dirigiendo el Grupo de Trabajo sobre la Estrategia sobre el Ictus del Departamento Nacional de la Salud del Reino Unido.

El Dr. Jenkinson ha contribuido a ampliar las políticas y prácticas del NHS, como director médico del *NHS Clinical Governance Support Team*. Desarrolla su práctica clínica como consultor en ictus en *The Royal Bournemouth and Christchurch Hospitals NHS Foundation Trust*.

Su servicio alcanzó diversos reconocimientos por su excelente labor en el tratamiento de los pacientes con ictus y por su esfuerzo en implantar una vía rápida para el tratamiento del ictus agudo: *NHS Beacon Service and Hospital Doctor's Team of the Year*, y en 2005 ganó *The Team Innovation Award* de la *Strategic Health Authority*.

En su labor de conseguir el mejor cuidado para los pacientes que sufren un ictus ha participado en diferentes actividades benéficas para conseguir fondos que facilitasen alcanzar los objetivos planteados en la Estrategia sobre el Ictus del Reino Unido (<http://www.justgiving.com/Damian-Jenkinson>).



Texto elaborado por el autor en colaboración con José Luis García López, alumno del Máster en Administración y Dirección de Servicios Sanitarios edición número XXI, programa impartido en Madrid por la Fundación Gaspar Casal (FGC) en colaboración con el Instituto de Educación Continua (IDEC) y el Centro de Investigación de Economía de la Salud (CRES) de la Universidad Pompeu Fabra.

Hablaremos de la estrategia seguida en Inglaterra para transformar la asistencia de los enfermos con ictus y aquellos factores que han sido claves para conseguir sus objetivos en los últimos tres años.

En Inglaterra se conocía que anualmente se diagnosticaban 110.000 episodios de ictus en pacientes sin historia previa de accidente cerebrovascular, 30.000 episodios de recurrencia en pacientes con antecedentes y 20.000 eran accidentes isquémicos transitorios. Como consecuencia de estos datos, el ictus se presenta como la causa más importante de discapacidad (más de 300.000 pacientes) y la tercera causa de muerte. Además es importante destacar para valorar el impacto social de estas cifras, que un 25% de los pacientes son menores de 65 años.

En 2005, la Oficina Nacional de Auditorías (*Nacional Audit Office*) publicó un informe extremadamente crítico sobre el estado de la atención sanitaria del ictus en Inglaterra. El informe analizaba el coste que suponía el ictus para la sociedad. Demostró que la suma de los diferentes tipos de costes anuales de la asistencia alcanzaba la cifra de 7 billones de libras. Pero estos costes tan elevados, se asociaban a unos resultados clínicos relativamente pobres; cuando se estudiaban las tasas de mortalidad por ictus comunicadas por diferentes centros en Europa, los datos de los servicios ingleses, a pesar de ser terceros en cuanto a costes totales por paciente, mostraban tasas de mortalidad mejorables con respecto a otros con menor coste. Por otra parte, también se demostró una importante heterogeneidad de resultados clínicos, de recursos y de accesibilidad a los mismos, entre las diferentes regiones de Inglaterra.

En 2007 se publicó la Estrategia Nacional sobre el Ictus para dar respuesta a estas críticas y plantear el plan a seguir para poder proporcionar los mejores cuidados posibles a los pacientes con ictus, mejorando la accesibilidad a los servicios y disminuyendo las inequidades. Fue el fruto de una importante labor de consenso social. En su elaboración participaron unas 2000 personas, incluyendo no sólo los profesionales sanitarios y otros proveedores de servicios relacionados con la atención a los pacientes con ictus, sino también un importante número de estos pacientes. El plan contiene 20 marcadores de calidad, u objetivos prioritarios a alcanzar, basados en la mejor evidencia disponible y todos ellos, para mejorar las debilidades detectadas a lo largo de todo el proceso de atención al paciente con ictus. Estos marcadores parten de objetivos de prevención y diagnóstico precoz, atención rápida, y establecen las medidas de coordinación de cuidados antes, después del ictus y hasta el final de la vida, teniendo en cuenta las necesidades de recursos disponibles en los diferentes niveles de la atención.

Adicionalmente a la elaboración del Plan, se pusieron en funcionamiento diferentes palancas del sistema que promovían la implantación y desarrollo de la estrategia. Se promovió la participación de los pacientes y los cuidadores, además de los diferentes profesionales implicados. Por otra parte, también se fomentó el liderazgo para coordinar las diferentes actividades descritas en el Plan. Se creó un programa nacional para coordinar la actividad de las 28 redes regionales de atención al ictus. Se establecieron los estándares, las formas de medida y las recomendaciones para implantar y alcanzar los objetivos de la Estrategia Nacional del Ictus. Se elaboraron guías de práctica clínica de manejo del ictus y de los accidentes isquémicos transitorios por parte del *National Institute for Health and Clinical excellence (NICE)* y del *Royal College of Physicians* basados en la evidencia. Todo este desarrollo e implantación se hizo con la aplicación de un programa de control de calidad desde la *Care Quality Commission*.

Desde 2008, debido a la prioridad que se dio a la estrategia por el *NHS*, se elevaron los fondos destinados a mejorar los cuidados de los pacientes con ictus en el presupuesto de atención primaria, a lo que se sumaron fondos del presupuesto nacional que alcanzaron los 105 millones de libras.

Un factor muy importante en la estrategia planteada para mejorar los resultados de la asistencia sanitaria al ictus, fue la campaña de difusión puesta en marcha; un ejemplo de esto fue el video que se mostró durante el congreso: "*When the stroke strikes, act F.A.S.T.*" (*F: Face; A: Arms; S: Speech; T: Time to call 999*). Esta campaña, difundida ampliamente entre diferentes medios, ha conseguido cambiar la percepción pública sobre el ictus. No sólo ha modificado la conducta de los pacientes y de los familiares ante el episodio agudo de ictus, gracias a un mayor conocimiento de los síntomas del mismo, sino que también ha permitido que el ictus sea considerado una enfermedad prevenible y tratable.

En 2010, se ha elaborado un nuevo informe de la *Nacional Audit Office* revisando los resultados alcanzados con la implantación de la Estrategia. Los indicadores muestran una clara mejora de la percepción pública y en los cuidados agudos del ictus, y detectan la necesidad de mejorar las medidas de prevención, por ejemplo en los pacientes con fibrilación auricular, y los recursos para proporcionar los cuidados de rehabilitación tras el ictus. Más concretamente, se evaluó el impacto de la campaña, con un 82% de encuestados que afirmaban haber recibido información por cualquier medio sobre el ictus y entre un 50% y un 80%, que explicaban correctamente cada uno de los conceptos del acrónimo F.A.S.T. En cuanto, a los índices monitorizados a lo largo de los últimos años se había elevado de forma significativa

hasta cerca del 70% desde el 40%, cuando el objetivo está establecido en el 90%, la proporción de pacientes que habían sido atendidos durante más de un 90% del tiempo de ingreso en una Unidad de Ictus; del mismo modo había aumentado de forma significativa, hasta cerca del objetivo situado en el 50%, la proporción de pacientes con accidente isquémico transitorio de alto riesgo que finalizaban todos los tratamientos necesarios a las 24 horas desde su derivación. Desde el año 2006 hasta el 2010 se demostraba un aumento del número de centros con posibilidad de hacer trombolisis (de menos del 20% de los centros a cerca del 70%) y la mediana anual de trombolisis por centro había pasado de ser cercana a cuatro, a más de catorce. Como resultado del proyecto, la mediana nacional desde la llegada del paciente hasta la trombolisis, se había situado en los 66 minutos.

A pesar de los buenos resultados obtenidos, hay que seguir trabajando en la línea establecida por la Estrategia Nacional del Ictus, porque todavía se detectan situaciones mejorables en la atención sanitaria de estos pacientes: sólo un tercio de las unidades de ictus cumplen todos los criterios básicos de calidad establecidos en el proyecto, casi la mitad de los hospitales todavía ingresan a los pacientes en camas no especializadas y la asistencia durante las 24 horas, los 7 días de la semana, sólo está disponible en un 50% de los centros.

Pasando a revisar la situación en Londres, el ictus es la segunda causa de muerte y la principal causa de discapacidad en la población, produciéndose anualmente 11.500 ictus y 2000 muertes secundarias. Un ejemplo del impacto de este proyecto son las ocho unidades de tratamiento agudo del ictus actualmente funcionando y acreditadas, localizadas en situación cercana a otros centros no elegibles, con una media de tiempo de ambulancia de 14 minutos; han sido dotadas con 400 enfermeras y 87 terapeutas, consiguiendo hacer accesible el tratamiento en unidades de ictus al 100% de los pacientes. La tasa de trombolisis está entre el 12% y el 14% en centros no seleccionados y las estancias medias de ingreso de estos pacientes están disminuyendo, gracias al descenso en la morbilidad asociada al ictus. En estos momentos en aquellas unidades con camas específicas para las primeras 72 horas de asistencia al paciente con ictus, se objetivan los siguientes resultados de los indicadores sobre recursos disponibles estudiados:

<i>Índices estudiados de dotación de recursos</i>	<i>Inglaterra (75 unidades)</i>	<i>Londres (9 unidades)</i>
Monitorización	60%	89%
Acceso inmediato a CT	100%	100%
Admisión directa	39%	78%
Sesiones especializadas 7 días/semana	29%	78%
Camas para Protocolo de Ictus Agudos	100%	100%
Enfermeras entrenadas en deglución	89%	100%
Enfermeras entrenadas en ictus	93%	100%

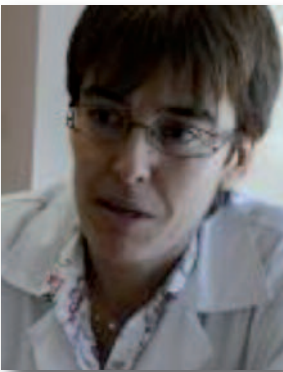
A pesar de los beneficios encontrados tras la instauración del Plan, ligados a un mayor número de recursos, todavía hay aspectos que son mejorables y que están principalmente asociados a los cuidados de rehabilitación tras el ictus: seguimiento posterior por especialistas, cuidados domiciliarios o de rehabilitación cercana al domicilio, apoyo fisioterápico, de rehabilitación del lenguaje, de apoyo para la reincorporación al trabajo o psicológico tras el episodio. Si existe un apoyo especial para potenciar el alta precoz en un 45% de los hospitales, frente al 25% de los hospitales que disponían de estos recursos en 2008.

Tras la valoración de estos datos, en estos momentos se está trabajando en mejorar estos cuidados tras la hospitalización (revisiones y tratamientos de soporte necesarios para una correcta rehabilitación), en mejorar la detección y el tratamiento preventivo de los accidentes isquémicos transitorios, así como en potenciar la admisión directa y la inmediatez de realización del escáner tras la admisión.

En conclusión, los factores claves para poder implementar la estrategia Nacional del Ictus han sido:

- Aumentar la concienciación sobre el problema de salud.
- Promover el liderazgo.
- Auditoría Nacional de los resultados.
- Compromiso global del Sistema Sanitario.
- Trabajo en redes.
- Identificar la forma de medir y medir los resultados.

¿Qué no es Gestión Clínica?



Carmen Martínez de Pancorbo es Doctora en Medicina por la Universidad de Alcalá de Henares (Madrid). Cuenta con una amplia formación y experiencia en Gestión Sanitaria. Además de haber ocupado puestos de responsabilidad en diferentes centros y servicios centrales de la administración sanitaria, ha participado y dirigido proyectos de gestión para el Ministerio de Sanidad y ha participado como representante española en diversas comisiones y grupos de expertos del Comité Permanente de los Hospitales de la Unión Europea, de la Oficina Regional Europea de la OMS y del Consejo de Europa, con una producción destacable de artículos científicos e informes técnicos sobre gestión sanitaria. También ha estado vinculada al mundo académico como profesora en formación de pregrado y postgrado en ciencias de la salud.

En la actualidad es Directora Gerente del Hospital Infanta Sofía, de San Sebastián de los Reyes, Madrid.



Texto elaborado por el autor en colaboración con Andrés Belardi, alumno del Máster en Administración y Dirección de Servicios Sanitarios edición número XXI, programa impartido en Madrid por la Fundación Gaspar Casal (FGC) en colaboración con el Instituto de Educación Continua (IDEC) y el Centro de Investigación de Economía de la Salud (CRES) de la Universidad Pompeu Fabra.

Desde hace ya tiempo los países del mundo occidental andan realmente preocupados por sus sistemas sanitarios, en concreto, por el crecimiento de la denominada factura sanitaria. Esta realidad crónica de los sistemas sanitarios, viene derivada, entre otras cuestiones, por una demanda prácticamente ilimitada, por la aparición de nuevas enfermedades y el envejecimiento de la población, los continuos avances tecnológicos y el crecimiento de la complejidad de los cuidados.

En este marco de preocupación, se desarrollan y potencian los sistemas de información sobre la producción y los costes sanitarios, que han servido para comparar la actividad y la eficiencia de los centros, y también para concertar con proveedores públicos y privados.

También, coincidiendo con este entorno cambiante y con la necesidad generalmente asumida de tener que adaptarnos a las nuevas demandas, nace el concepto de gestión clínica, como fórmula de gestión para aumentar la responsabilidad de todos los actores implicados sobre la producción del gasto y relacionar el coste con la producción de servicios.

Aunque clásicamente el lenguaje de clínicos y gestores ha discurrido por caminos distintos e incluso contrapuestos, también es cierto que poco a poco se han producido algunos cambios importantes que han

permitido una aproximación de criterios y un mayor entendimiento: parece que definitivamente nos hemos convencido de que sin la participación de los profesionales resulta complicado, si no imposible, gestionar de manera eficiente los servicios sanitarios. Por otro lado, buena parte de los profesionales son ya conscientes de que su desarrollo profesional está en buena medida vinculado a su capacidad de complementar clínica y gestión.

Parece, por tanto, que en lo que todos estamos de acuerdo es que “más de lo mismo no es la solución”. Se requiere, en definitiva, un nuevo impulso que afecta a la forma de hacer las cosas, a los medios, no a los propios fines de las organizaciones sanitarias, en los que todos parecemos coincidir, y que no son otros que lograr una atención sanitaria integral, continuada y segura, garantizando la máxima rentabilidad de nuestras actuaciones.

El Hospital Infanta Sofía de San Sebastián de los Reyes, es un hospital público de la Comunidad de Madrid que abrió sus puertas en febrero de 2008.

La fórmula de gestión del centro sanitario se rige por un modelo de colaboración público-privada, siendo la administración pública responsable de la prestación del servicio sanitario, así como de la dotación del equipamiento clínico y de alta tecnología, de los bienes de consumo y de las tecnologías de la información. Por otro lado, existe gestión privada de los servicios de soporte no asistenciales.

- El modelo organizativo del servicio sanitario pivota sobre una estructura horizontal con una disminución de niveles o estratos intermedios y con un esquema funcional basado en “unidades de responsabilidad”, incorporándose los jefes clínicos y supervisores a la responsabilidad directiva y, por tanto, a la toma de decisiones.

La organización horizontal, sin duda, ofrece oportunidades de gestión, que debemos saber aprovechar. Por un lado, permite descentralizar responsabilidades y agilizar el proceso de la toma de decisiones y, por otro, favorece la creación de equipos de trabajo multidisciplinares y de redes de conocimiento y de recursos compartidos, lo que facilita la organización de la actividad en torno a procesos asistenciales.

- En relación con los servicios de soporte no sanitarios, el hecho de contar con una única empresa concesionaria para la explotación del conjunto de los servicios y, por tanto, con un único interlocutor responsable, facilita el control y evaluación de los mismos. La retribución de los servicios prestados por la empresa concesionaria se vincula al cumplimiento de unos ratios de efectividad predeterminados. La supervisión de los niveles de disponibilidad y calidad de los servicios se lleva a cabo a través de un sistema de indicadores desarrollado y aceptados por ambas partes.

El nivel de desarrollo de las tecnologías de la información es otro elemento diferencial del Hospital.

El concepto de Hospital digital “sin papeles” es una herramienta clave para impulsar el cambio en las organizaciones sanitarias. La historia clínica electrónica facilita la gestión clínica frente al papel, aportando accesibilidad, seguridad, calidad y eficiencia a los servicios.

Aunque suponen un impacto cultural dentro de las organizaciones, que obliga a adaptarse a nuevas formas de trabajo y a un esfuerzo de formación importante, las tecnologías de la información aportan cohesión de la atención en torno al paciente, ya que nos permiten trabajar de una forma integrada con otros niveles y dispositivos asistenciales, en un entorno de colaboración, formación e investigación.

El disponer de un modelo único e integrado de información, que compartimos con otros centros de la red sanitaria, nos ha permitido también participar en redes de recursos compartidos, como la unidad central de radiodiagnóstico y el laboratorio central de diagnóstico analítico, ubicados en el Hospital Infanta Sofía, que dan servicio a 6 hospitales y sus correspondientes centros de atención primaria, favoreciendo, el aprovechamiento de sinergias y de economías de escala, el establecimiento de alianzas entre grupos profesionales, compañías, proveedores de equipamiento y de tecnología, así como una mayor difusión del conocimiento.

Si bien estos elementos diferenciales suponen una oportunidad, desde luego no garantizan el éxito. Está claro que la diferencia entre un proyecto que funciona y otro que no, pasa por la gente.

En este sentido, el objetivo básico es lograr la identificación de los miembros de la organización con los objetivos de la misma, promoviendo la participación activa y el compromiso de todos sus profesionales. Para lograrlo, resultan factores críticos, la planificación estratégica y la comunicación interna:

- Durante el año 2010 el Hospital ha llevado a cabo la definición y el despliegue de objetivos a partir de un marco de referencia basado fundamentalmente en las directrices marcadas por la autoridad sanitaria, en las áreas de mejora detectadas a partir de la primera autoevaluación EFQM del centro, así como de los informes de las comisiones consultivas, de los equipos de trabajo, jefes clínicos, supervisores y responsables directivos.

En una organización marcadamente horizontal, además de promover la participación activa y el compromiso de todos sus profesionales, debemos potenciar las capacidades de los responsables de las diferentes áreas para la gestión y el liderazgo de sus servicios.

- Participar en la resolución de los problemas y en la toma de decisiones requiere confianza, conocimiento y metodología: la formación continuada de los profesionales y la gestión del conocimiento, se convierten, por tanto, en otra de las herramientas clave de la organización, por un lado, para el propio desarrollo profesional y, por otro, para alcanzar la excelencia en la calidad de los servicios prestados. Ambos objetivos deben ser considerados complementarios. Esto justifica los esfuerzos realizados por el Hospital, y en concreto por la Comisión de Gestión del Conocimiento, para elaborar un plan de formación continuada que recoge las necesidades y demandas sentidas por los profesionales del centro, a la vez que garantiza que toda una serie de acciones concretas se alinean con los objetivos de la organización.

En definitiva, se trata de hacer lo que sabemos que debemos hacer, y hacerlo de la mejor manera posible. Para ello, se requiere trasladar al conjunto de la organización una serie de actitudes:

- Entender el trabajo diario como un permanente ciclo de mejora continua, a partir de la evaluación de los resultados.
- Aceptar el concepto de eficiencia, como base racional de la asistencia sanitaria.
- Adaptar las estructuras, que deberían ser simples medios y no fines en sí mismas, a los fines perseguidos: en nuestro caso, un modelo organizativo basado en la horizontalidad, la flexibilidad y la coordinación facilita una atención sanitaria integral, segura y eficiente.
- Adaptar el modelo de gestión a los fines: la actividad debe girar en torno a la resolución de los problemas de los pacientes, y los problemas pueden atravesar los límites de cualquier objeto de estudio o de disciplina. Por ello, hay que fomentar el trabajo en equipo y adquirir la capacidad de entender el todo de todos y la parte del otro. Por otro lado, los procesos no responden a un modelo rígido y estático, por lo que debemos ser capaces de adaptarlos a las nuevas necesidades e incorporar mejoras estratégicas.
- Resolver los problemas de forma innovadora: las tecnologías de la información y de la comunicación pueden acelerar los procesos y apoyarnos en nuevas formas de trabajo.
- Adaptar el estilo de dirección al modelo de gestión: si bien la transformación de las organizaciones comienza con la participación activa de los profesionales, involucrar a los profesionales en la toma de decisiones requiere, además, que tengan los medios (confianza, conocimiento y metodología) para lograrlo.

Se trata, en definitiva, de innovar para adaptar permanentemente los medios a los nuevos retos y a los fines perseguidos. E innovar supone, sin duda, asumir ciertos riesgos, pero también es cierto que "sólo es posible avanzar y progresar cuando somos capaces de mirar lejos y de pensar en grande."

Octava mesa

Atención Primaria y Gestión Clínica basada en resultados

- 20. Integración Atención Primaria (AP) y Atención Especializada (AE),** Daniel Ferrer
- 21. Implantación y evaluación de una Unidad de Gestión Clínica en Atención Primaria (AP),** M^a Angeles Ortíz
- 22. Resultados desde la Enfermería y Gestión Clínica en Atención Primaria (AP),** Juan Carlos Contel
- 23. Área Única, Gestión Clínica y Outcomes en Atención Primaria (AP),** Belén Ubach

Integración Atención Primaria (AP) y Atención Especializada (AE)



Daniel Ferrer-Vidal Cortella es médico licenciado por la Universidad Autónoma de Barcelona y especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Desde abril de 2007 dirige el Servicio de Atención Primaria Baix Llobregat Litoral, del Institut Català de la Salut (ICS), que comprende un territorio semiurbano de más de 300.000 habitantes, con 13 áreas de salud y 5 unidades asistenciales transversales de apoyo. En este entorno, está liderando actualmente un proyecto cooperativo de integración de servicios con el hospital de referencia, de segundo nivel, así como proponiendo nuevos modelos de organización en atención primaria y de integración en clave ciudad. Siempre vinculado al ICS, ha ejercido previamente como director del CAP Maragall en Barcelona (5 años) y como gerente de atención primaria en Terres de l'Ebre (2004-2007).

Posee el Diploma de Certificación de la Competencia Clínica en Medicina Familiar y Comunitaria (Prueba de Evaluación Objetiva y Estructurada), otorgado por el Insitut d'Estudis de la Salut (Generalitat de Catalunya) y la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria (camfic). Ha sido presidente de la camfic (2004-2005) y secretario previamente de dicha organización durante cinco años, así como vicepresidente. Asumió durante cuatro años la gerencia de la Fundación de Atención Primaria (2001-2004). En la actualidad, es coordinador del grupo de gestión de la Sociedad. En su carrera como gestor, ha participado en diversos foros de debate, especialmente respecto a liderazgo, gestión de procesos grupales e integración de servicios, y participado en diversos programas formativos en estas materias. Ha liderado también la organización de eventos de impacto, como las jornadas de directivos de atención primaria en Cataluña, de cadencia anual en los siete últimos años.

En cuanto a su formación, es diplomado en Sanidad (IES), master Executive en Dirección de Hospitales y Empresas Sanitarias (EADA), master en Gestión Clínica y Asistencial de Atención Primaria (Universidad de Barcelona – Les Heures) y master en Programación Neurolingüística (Instituto Gestalt, Barcelona, 2009), así como miembro del Advanced Health Leadership Forum (Universidad de California Berkeley/Universidad Pompeu Fabra Barcelona).

Ha sido además profesor asociado de la Universidad Autónoma de Barcelona y colabora ahora como docente en el programa de formación de médicos residentes de la Unidad Docente de Costa de Ponent (ICS), en Barcelona. Coordinador principal del libro “Encuentro con el Experto” de reciente publicación (abril 2009), es miembro del equipo editorial de la Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada (RISAI) y de B-salut desde su constitución (2007).

Recientemente, ha finalizado el programa formativo ORSC (Organization & Relationship Systems Coaching Program), de 84 créditos CCE (*Continuing Coaching Education Credits*), de la Federación Internacional de Coaching y la CRR Global (Center for Right Relationship), estando pendiente de ser certificado como coach de equipos por dicha organización.



Texto elaborado por el autor en colaboración con Juan José Lombardero Pedregal, alumno del Máster en Administración y Dirección de Servicios Sanitarios edición número XXI, programa impartido en Madrid por la Fundación Gaspar Casal (FGC) en colaboración con el Instituto de Educación Continua (IDEC) y el Centro de Investigación de Economía de la Salud (CRES) de la Universidad Pompeu Fabra.

“Integración AP-AE”

El sistema sanitario catalán está caracterizado por la diferenciación de funciones entre el Servicio Catalán de Salud, que planifica, financia y compra, y los proveedores de los servicios sanitarios, entre los que destaca por su magnitud el Institut Català de la Salut (ICS), heredero en Cataluña del Insalud. Para mejorar la continuidad asistencial y avanzar en proyectos de integración de servicios, en los últimos años se han desarrollado diferentes experiencias entre atención especializada y la atención primaria, pudiéndose identificar en Cataluña tres modelos organizativos que abordan, con diferentes estrategias, la coordinación entre los objetivos y las diferentes iniciativas y acciones a tomar.

En un entorno de envejecimiento, de desarrollo tecnológico y de crisis coyuntural, nuevos planteamientos basados en las tecnologías de la información y en la organización de servicios deben desarrollarse. En este sentido, en la Atención Primaria del Bajo Llobregat se han desarrollado modelos organizativos de integración de servicios entre el hospital de Viladecans y las unidades de apoyo (Rehabilitación, Diagnóstico por la imagen, Atención urgente territorial y Atención a la salud sexual y reproductiva), así como modelos para la atención del paciente crónico complejo, basado en la gestión de enfermedades por un lado, y la gestión de casos; para ello, se han vertebrado diferentes grupos de trabajo, formados por profesionales de los dos niveles, AP y hospital, para el diseño de rutas asistenciales para las patologías más prevalentes y de más impacto, rutas actualmente en funcionamiento y evaluadas: en 2010, son las rutas de IC, EPOC, Diabetes, Paciente Frágil y Glaucoma; además, se ha creado en el territorio una unidad de gestión de casos con la incorporación de una enfermera gestora por cada centro, también con liderazgo compartido entre AP y el Hospital, y se ha incorporado un modelo predictivo en el territorio de la probabilidad de ingreso o reingreso (riesgo estratificado): partiendo previamente de la identificación y tipificación de los pacientes, se informa a los profesionales de los pacientes de más riesgo de cada equipo para extremar los cuidados; se ha establecido así mismo una estrategia finalista de formación a los profesionales instándoles al uso correctode las guías de práctica clínica a utilizar, todo ello favorecido por la instauración en el territorio de la historia clínica compartida y otras herramientas de soporte para el diagnóstico y el tratamiento.

La experiencia expuesta intenta demostrar que los factores críticos para la integración de servicios no dependen de la creación de modelos estructurales jerárquicos y únicos, sino de la generación de entornos que faciliten tales procesos de integración, centrando la atención en el ciudadano y sus necesidades y en sus interacciones con los dispositivos de salud, procesos en los que resulta clave el liderazgo clínico.

Se trata de una zona de 300.000 habitantes, urbana y semiurbana, en la zona metropolitana Sur de Barcelona, con cinco municipios de población comprendida entre 30.000 y 90.000 habitantes cada uno y 4 municipios menores. Está compuesta de 13 Zonas Básicas de Salud, con 12 equipos gestionados por el ICS y 1 por un consorcio ICS- ayuntamiento (Castelldefels) y 2 hospitales de referencia, uno gestionado por el ICS (Viladecans) y el otro por la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios (Sant Boi de Llobregat). Es con el Hospital de Viladecans con el que se desarrolla la experiencia de integración, que parte de una visión compartida que persigue organizar globalmente el sistema de salud, estrechando relaciones con la comunidad, apoyando y dando soporte al auto cuidado, diseñando el sistema asistencial, dando apoyo en la toma de decisiones y desarrollando sistemas de información clínica como elementos clave.

El modelo organizativo de sistema propuesto se inspira en el “Modelo de Atención a Crónicos” (CCM), desarrollado por Ed Wagner en Seattle, y el poblacional, la “Pirámide de Kaiser”, desarrollado en Estados Unidos, y su adaptación por la King’s Fund, en el Reino Unido, en que combina la visión sanitaria y la social como dos partes integradas de la atención.

En la política conjunta hospital primaria, con la constitución de un *comité operativo territorial*, se definen en el proyecto dos condiciones previas, la planificación estratégica territorial y liderazgo participativo y distribuido, y se pactan cinco objetivos clave: integración de procesos asistenciales, desarrollo de las personas y de sus competencias profesionales, obtención de buenos indicadores de salud, de uso de servicios y de satisfacción, compartir información entre proveedores y profesionales y la alineación de financiamiento y sistemas de incentivación a profesionales. Estos objetivos se asocian a través de una estructura matricial con las siguientes acciones:

- Creación de un modelo predictivo
- Incorporación Gestoras de Casos
- Elaboración ruta del enfermo frágil
- Incorporación de “expertos”
- Planificación del Alta Hospitalaria
- Programa de Educación Sanitaria grupal y de paciente experto
- Protocolo de actuación común en enf. Crónicas (EPOC, IC, Diabetes)
- Trayectorias Clínicas en algunos procesos (Glaucoma...)
- Guías de práctica clínica informatizadas
- Modelos de trabajo compartido con servicios sociales complejos / dependientes
- Definición y construcción repositorio con CMBD común
- Historia clínica compartida
- Sistema de alertas / avisos
- Sistema de comunicación rápida inter nivel: Mail box
- Plan de formación conjunta en proceso EPOC/IC/Diabetes
- Cuadro de mando territorial común
- Plan de comunicación (marca común): direcciones y profesionales
- Comité directivo y asistencial dentro del territorio
- Financiación de proveedores y pago profesionales sensible al resultado asistencial

La integración de procesos se hace operativa en base a la compatibilización de los sistemas informáticos de los dos niveles (SAP y eCAP), para facilitar el acceso común a las historias clínicas; también se ha operativizado con el desarrollo de procesos de gestión de enfermedades (5 *rutas asistenciales* conjuntas), gestión de casos (6 *enfermeras gestoras* en el territorio, *enfermeras de enlace*) y la integración de unidades de apoyo (servicio de radiodiagnóstico, atención a la salud sexual y reproductiva, atención continuada y urgente territorial, servicio de rehabilitación) con *liderazgos compartidos*, *objetivos únicos* e *indicadores compartidos* de evaluación. A nivel comunitario, se ha implantación el programa “*paciente experto*”, desarrollado por el ICS, en cinco ciudades (“proyecto ciudad”).

Respecto al desarrollo competencial de las personas, se han trabajado en *nuevos perfiles competenciales* y en sus planes de capacitación: gestora de casos, gestora de la demanda, internista de hospital de día, médicos de familia expertos.

Respecto a la potenciación de sistemas de información, se ha optimizado el uso de la *historia clínica compartida* y la *receta electrónica*, así como la incorporación de fiables instrumentos de *apoyo a la toma de decisiones y de seguridad* (Self Audit, Prefaseg).

En cuanto a indicadores transversales de atención compartida se incorpora un *Data Ware House* territorial y se ha desarrollado el *modelo predictivo* en el territorio, elaborado a partir de datos provenientes del hospital, de la atención primaria, del censo, de farmacia y de los servicios sociales.

El diseño de una *matriz de desarrollo integrada territorial*, intenta aportar una visión dinámica del abordaje integral del paciente complejo en el territorio y facilitar la estrategia sistémica, y ha de servir también de instrumento de retroalimentación.

Aunque se ha progresado mucho, una de las áreas para mejorar en el futuro será la integración de los servicios sociales y de los otros actores del territorio no ICS, así como del abordaje de la vertiente socio sanitaria en su globalidad. Para ello es importante incidir en la integración del trabajo social en el territorio.

Se pretende también cambiar el modelo asistencial, adaptarlo a la verdad de las nuevas realidades, e integrar en el modelo la diversidad de actores en el territorio. Para ello es imprescindible:

- Análisis compartido de las necesidades en salud del territorio (ciudadanos, profesionales, gestores, políticos).
- La definición de una estrategia conjunta y compartida en su definición y ejecución, en base a las necesidades de salud de la población.
- La revelación transparente de los intereses de los proveedores.
- Un liderazgo cercano en el territorio, orientado a la transformación de valores y creencias.
- La facilitación, legitimización e impulso del proceso desde la administración.

Como conclusión, se apuntan los elementos imprescindibles que deben guiar un modelo integrado, en que se argumenta que los instrumentos para desarrollar los procesos de integración no son objetivos en sí mismos, y que sólo los buenos resultados (*feed back*) deben marcar el camino y condicionar la estrategia.

Bibliografía

1. Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank Quarterly*, 1996.
2. Bengoa R, Nuño R (eds). Curar y cuidar. Innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar. Barcelona, Elsevier-Masson, 2008.
3. Ham C. 'Chronic Care in the English National Health Service: progress and challenges'. *Health Affairs*, 28, no.1 (2009).
4. Sociedad de Directivos de Atención Primaria. Atención Primaria de Salud: nuevos retos, nuevas soluciones. SEDAP, 2009.
5. Integración asistencial: fundamentos, experiencias y vías de avance. Ed. Masson, 2006.
6. Senge, P. La quinta disciplina: el arte y la práctica de la organización abierta al aprendizaje. Buenos Aires, Ed. Granica, 2007.
7. Gobierno Vasco. Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi. Gobierno Vasco, 2010.
8. Ham C. The ten characteristics of high-performing chronic care system. *Health Econ Policy Law*, 2009;7:1-20.
9. U.S. Department of Health and Human Services. Multiple Chronic Conditions-A Strategic Framework: Optimum Health and Quality of Life for Individuals with Multiple Chronic Conditions. Washington, DC. 2010.
10. National Health Service, Institute for Innovation and Improvement. High impact changes for practice teams. Improvement Foundation, Manchester, 2010.
11. Flower J. A conversation with Ronald Heifetz: Leadership without Easy Answers. *The Healthcare Forum Journal*, vol. 38, #4, July-August 1995.
12. Bengoa R. "Empantanados". *Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada*, 2008: 1 (1). Disponible en: <http://pub.bsalut.net/risai/vol1/1ss1/8>
13. Rajmil L, López-Aguilà S. Desenvolupament d'un model predictiu d'ingressos i reingressos hospitalaris no programats a Catalunya. Barcelona. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. 2010.
14. Shortell, SM; McCurdy, RK. Integrated health systems in Engineering the System of Healthcare Delivery. *Studies in Health Technology and Informatics*, 2010 153 p. 369-82.
15. Longo, F (2008). Liderazgo distribuido, un elemento crítico para promover la innovación. *Capital Humano* 226, 84-91.
16. La nueva sanidad y los nuevos pacientes en la web 2.0. <http://www.diariomedico.com>
17. World Health Organization, Quality of care: a process for making strategic Choices in Health Systems. WHO. 2006.

Implantación y evaluación de una Unidad de Gestión Clínica en Atención Primaria (AP)



Mª Angeles Ortíz Camuñez es especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y Directora de la Unidad de Gestión Clínica de Atención Primaria de Camas. Distrito de Aljarafe. Sevilla.

Es miembro del Grupo de expertos en la elaboración del documento “Estrategias para atención primaria del Siglo XXI” proyecto AP21 del Ministerio de Sanidad y Consumo y miembro del Consejo editorial de las revistas Atención Primaria, Formación Médica Continuada y Medicina de Familia.

De 1996 a 2000 fue miembro de la Comisión Nacional de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria y Vicepresidenta de la WONCA-Región Iberoamericana en el periodo entre 2003 y 2006.

Presidenta de la I Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar organizado por la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (CIMF), Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) y Organización Panamericana de la Salud.(OPS/OMS). Sevilla 14-17 de mayo, 2002.



Texto elaborado por la autora en colaboración con José Javier de la Calzada, alumno del Máster en Administración y Dirección de Servicios Sanitarios edición número XXI, programa impartido en Madrid por la Fundación Gaspar Casal (FGC) en colaboración con el Instituto de Educación Continua (IDEC) y el Centro de Investigación de Economía de la Salud (CRES) de la Universidad Pompeu Fabra.

Las Unidades de Gestión Clínica (UGCs) son un modelo organizativo para la prestación de servicios sanitarios que incorpora a los profesionales a la gestión de los recursos que utiliza en su práctica clínica. De esta manera, les otorga la responsabilidad sanitaria y social derivada de su capacidad de decisión junto al paciente/ciudadano. Este modelo permite trabajar no solo en base a objetivos institucionales, sino con otros abiertos y adaptables a las necesidades de la población a la que atiende. Así, son los propios profesionales quienes adaptan la organización de los servicios que prestan a las necesidades detectadas y/o expresadas por los ciudadanos de su área de influencia. De otra parte, el modelo de UGC lleva implícito mecanismos de evaluación de la prestación de servicios y resultados obtenidos, como herramientas para la mejora de la calidad de la atención que finalmente redunden en la ciudadanía.

Está demostrado que un modelo que otorga a los profesionales capacidad de gestión y decisión mejora la eficiencia y satisfacción de los mismos. El de UGC, permite al profesional disponer de más información

sobre su práctica y la de los demás profesionales que interaccionan con él y consensuar con ellos proyectos de atención compartida y gestión de recursos comunes, lo cual potencia igualmente la motivación e implicación en el trabajo. Esto es, el compromiso de un equipo con unos objetivos pactados y el seguimiento de los mismos, generándose elementos de autorregulación del grupo.

El modelo de UGC ha supuesto una mejora en relación con el modelo tradicional de organización en muchos aspectos. Ha mejorado la relación de los equipos con los directivos de la Administración Sanitaria, con el hospital, la práctica clínica en términos de disminución de la variabilidad de la misma, coordinación asistencial, eficiencia y trabajo en calidad con criterios de evidencia científica. Para aquellos profesionales que ya venían trabajando en la línea de la mejora continua de la calidad y la gestión clínica, la aparición de las UGCs ha supuesto el marco organizativo que refuerza y facilita su desarrollo, así como el reconocimiento del trabajo mediante incentivos, no solo económicos; para aquellos otros más alejados de esta línea, ha supuesto un elemento motivador para generar cambios en su práctica clínica. Sin embargo, no podemos olvidar que para conseguirlos es necesario también adecuar el contexto de trabajo con recursos humanos y materiales acordes a las cargas de trabajo de una cartera de servicio revisada con criterios de evidencia científica.

Hay que introducir muchos elementos que permitan avanzar en este modelo. Destacar como elementos de mejora: la categorización en la complejidad de las UGCs, que se traduzca en la diferenciación de dotación de recursos y criterios de evaluación, la categorización en “niveles de excelencia” que se correlacionen con grados de autonomía de gestión, mejora de los órganos de participación y dirección, mejora en los márgenes de gestión y descentralización en la toma de decisiones con la correspondiente asunción de riesgos vinculados al grado de autonomía y, modelos de evaluación e incentivos en la línea de mejorar la capacidad de motivación y discriminación entre UGCs y entre sus profesionales.

En la presente mesa se expondrá la experiencia, en el ámbito de Atención Primaria, de la UGC de Camas (Sevilla), con diez años ya de andadura, y los mecanismos de evaluación de la misma basados en resultados.

Modelo organizativo de las UGCs

- Las UGCs se concentran en torno a las unidades de referencia del conocimiento de la totalidad de las profesiones sanitarias y no sanitarias entendiendo la Enfermería como una de estas Unidades.
- El objetivo es evitar siempre la atomización de unidades potenciando la *reagrupación eficiente*, tanto en primaria como en área hospitalaria.
- La Dirección corresponde al *Director de la UGC* con independencia de que se constituya una Comisión de Dirección como Órgano colegiado de asesoramiento. La evaluación del Director de las UGCs tendrá dos tipos de plazos: uno selectivo anual y otro cuatrienal.
- Aparte existen los *Comités de Dirección*, de composición multidisciplinar y otras comisiones con participación, entre otros, de los ciudadanos.
- Finalmente, se constituye a nivel de cada centro (Hospital o área de A.P.) un *Órgano Colegiado* de coordinación de los directores/as de las UGCs
- Los objetivos de una UGC deben ser realistas, ambiciosos pero alcanzables, medibles, que añadan valor y que reflejen fielmente la práctica asistencial.
- Hay dos grandes grupos de Objetivos: Comunes o Corporativos y Específicos de cada UGC. Se pueden plantear también objetivos de excelencia.

La unidad de Gestión Clínica de Camas, Sevilla

Fue una de las primeras que se constituyeron en Andalucía. Empezamos a trabajar con este modelo en el año 1998 y desde entonces han sido muchos los proyectos abordados y las mejoras incorporadas.

Como característica principal de nuestra UGC destacaría su espíritu innovador y vanguardista. La UGC de Camas ha destacado por ser pionera y centro piloto de muchos proyectos y nuevos Servicios. Fuimos la primera UGC acreditada por la Agencia de Calidad Sanitaria siendo además el propio modelo de acreditación pilotado con nuestra Unidad. En la UGC de Camas se ha conseguido una alta motivación e implicación de la práctica totalidad de los profesionales que forman y han formado parte de ella consiguiendo un amplio currículo como docentes de pre y postgrado, en investigación y en novedosos proyectos de investigación interniveles.

La UGC de Camas pertenece al Distrito de Atención Primaria de Aljarafe, de 300,000 habitantes, de los cuales 46000 están bajo la gestión de nuestra Unidad. En esta área de población predomina un nivel socio-económico de clase media sin bolsas de pobreza y con algunas áreas de transformación social y características socioculturales variables, desde el medio rural al Municipio dormitorio-residencial.

El Equipo de la UGC de Camas está compuesto por un total de 104 personas, de los que 33 son Médicos de Familia, 6 pediatras, 28 enfermeras, 2 TER, 2 fisioterapeutas, 8 auxiliares de enfermería, 12 administrativos, 7 celadores, 1 trabajadora social y 1 matrona. Además contamos con residentes de Familia y de pediatría todos los años y formamos a estudiantes de medicina y enfermería.

La UGC de Camas es, en definitiva, una Unidad madura y de gran complejidad organizativa por tamaño y dispersión geográfica, con espíritu de servicio hacia la población, actitud colaboradora pero crítica con la organización y con un talante innovador.

Los objetivos de los acuerdos de Gestión Clínica tienen distintas perspectivas según el enfoque dado a cada objetivo, financiero, de formación y crecimiento (donde se incluye la investigación y desarrollo de la Unidad), al cliente (accesibilidad, tiempos de espera, resultados en salud, seguridad del paciente...etc) o perspectiva interna. Del mismo modo, la mitad de los objetivos pactados se establecen comunes para todos y la otra mitad específicos para el profesional.

Los Objetivos de las UGCs son sometidos a un seguimiento por parte del Director de las Unidad que se reúne con los propios profesionales una vez al año y con la Gerencia del distrito de salud.

Finalmente, existe un sistema de evaluación que se realiza una vez finalizado el año, que precede a un periodo de alegaciones antes del resultado final que da paso al reparto de incentivos.

Existen otros indicadores evaluados y no ligados a incentivos como son las encuestas de satisfacción de ciudadanos, las reclamaciones, los indicadores de procesos asistenciales integrados, la solicitud de pruebas y las prácticas innovadoras.

Conclusiones

Las UGCs constituyen un modelo definido, que integra a todos los estamentos, fortalece el trabajo en equipo, facilita la innovación y el liderazgo y prima el reconocimiento individual y del grupo aportando mayor autonomía, incentivos y herramientas para el buen funcionamiento de los Servicios Sanitarios.

Aporta transparencia a la sociedad, establece comparativas justas y objetivas entre los profesionales y distintos Servicios generándose elementos de autorregulación y ayuda de forma demostrada en la mejora de la atención y el funcionamiento de la práctica clínica.

Sin embargo las expectativas eran mayores de lo que realmente se ha consolidado. Sigue existiendo escasa autonomía en la Gestión de determinadas áreas, conflictos de competencias, problemas de continuidad asistencial, de reparto de incentivos, normativas vigentes y generalización del modelo.

Queda mucho por andar, muchas posibilidades de crear nuevas y mejores formas de hacer las cosas. Tenemos datos suficientes para demostrar la eficiencia de las UGCs y hemos de introducir muchos elementos que permitan avanzar en este modelo con el objetivo común de la mejora continua y la eficiencia de las prestaciones.

Bibliografía

1. Pérez Lázaro JJ, García Alegria J y Tejedor Fernández M. Gestión clínica: conceptos y metodología de implantación. *Revista Calidad Asistencial* 2002; 17 (5): 305-311.
2. Gené Badia J, Escaramis Babiano G, Sans Corrales M, Sampietro Colom I, Aguayo Menguy F, Cabezas Peña C y Gallo de Puelles P. Impacto of economic incentives on quality of professional life and on enduser satisfaction in primary care. *Health Policy* Jan 2007; 80(1): 2-10
3. Muir Gray JA. Evidence-based health care. How to make health policy and management decisions. Churchill Livingstone. London, 1997
4. Lorenzo-Casares A, Otero A. Publicaciones sobre evaluación de la atención primaria en España tras veinte años de reforma (1984-2004): Análisis temático y bibliométrico. *Rev. Esp. Salud Pública*. 2007;81(2):131-145.
5. Simó Miñana J. El gasto sanitario en España, 1995-2002. *La Atención Primaria*, Centineta del Sistema Nacional de Salud. *Aten Primaria* 2007;39:127-132.
6. Minué Lorenzo S, de Manuel Keenoy E, Solas Gaspar O. Cap 4. Situación y futuro de la Atención Primaria. Informe SESPAS 2001. Escuela Andaluza de Salud Pública. http://www.sespas.aragob.es/informe/sespas4_1.pdf
7. Gervás J, Rico A y seminario de Innovación 2005. Innovación en la Unión Europea (UE-15) sobre la coordinación entre Atención Primaria y especializada. *Med Clin (Barc)*. 2006;126 (17):658-61.

Resultados desde la Enfermería y Gestión Clínica en Atención Primaria (AP)



Juan Carlos Contel es Diplomado en Enfermería por la Universidad de Barcelona y la Escuela Universitaria de Enfermería Príncipes de España. Además de haber recibido numerosos cursos de formación relacionados con la enfermería y la Atención primaria, posee un Máster en Gestión Pública por ESADE y el Diploma de Gestión Sanitaria por ESADE y Diploma de Postgrado de Enfermería de Salud Comunitaria por la Universidad de Barcelona.

En los inicios de su desarrollo profesional, entre marzo 1985 y mayo 1992 desempeñó varias actividades como Diplomado en Enfermería en alguno de los mejores hospitales de Cataluña y Aragón, adoptando cada vez más responsabilidades.

Desde 1992 ha trabajado en el área de Atención Domiciliaria de la Atención Primaria en diferentes instituciones sanitarias en Cataluña y Aragón, entre los cuales cabe destacar:

- Una plaza en propiedad en el Área Básica de Salud de Castelldefels (Instituto Catalán de la Salud) desde 1992.
- Un puesto en la Dirección del Programa de Atención domiciliaria en el Área Básica desde 1995 a 1999
- El nombramiento como Adjunto de Enfermería del ABS Castelldefels de 1999 al 2005

Finalmente, ha sido nombrado Coordinador de Enfermería de Atención Primaria en la Dirección de Atención Primaria Costa Ponent desde el año 2005, en el cual continúa hasta el día de la fecha. Su actividad como investigador surge a partir de 1993 con la concesión de la “Beca de Intercambio con países CEE y COST”. A partir de ese momento y hasta 2008, ha participado en varios proyectos de investigación tanto a nivel nacional, como de ámbito europeo.

También cabe destacar sus numerosas intervenciones en congresos y seminarios de ámbito nacional e internacional y la publicación de más de 30 artículos relacionados con la Enfermería y la Atención Domiciliaria. A sí mismo ha colaborado en la publicación de varios libros, tanto como autor de capítulos como de editor de las publicaciones, entre las que se encuentran “Atención a domicilio: organización y práctica” (Barcelona: Editorial Springer Verlag, 1999) y “Gestión en Atención Primaria: incorporación de la práctica directiva en el liderazgo asistencial” (Barcelona: Editorial Masson, 2002)

A partir de 1998 inicia su actividad docente participando como profesor asociado de la Escuela de Enfermería de la Universitat de Barcelona. Su actividad pedagógica está vinculada a su ejercicio profesional en el Área Básica de Castelldefels, siendo éste un centro acreditado para la docencia de médicos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria. Ha colaborado como tutor en la asignatura “Enfermería de Salud Comunitaria II” de la Escuela Universitaria de Enfermería (Universidad de Barcelona) desde 1992 y en la docencia de alumnos de Enfermería de la Unión Europea participantes del programa Sócrates desde 1998, en ambos casos finalizando dichas actividades en el año 2006. En la actualidad ejerce como Profesor Asociado de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona



Texto elaborado por el autor en colaboración con Ainhoa Gervás Marín, alumna del Máster en Administración y Dirección de Servicios Sanitarios edición número XXI, programa impartido en Madrid por la Fundación Gaspar Casal (FGC) en colaboración con el Instituto de Educación Continua (IDEC) y el Centro de Investigación de Economía de la Salud (CRES) de la Universidad Pompeu Fabra.

El desarrollo de la atención primaria en nuestro país ha estado acompañado del trabajo en equipos multidisciplinares dentro de los Equipos de Atención Primaria. La enfermería ha tenido un papel muy importante en los programas de atención a pacientes crónicos y en la implementación de programas de atención domiciliaria, llegando a representar una de las características más relevantes del modelo de Atención Primaria española.

El proceso de envejecimiento de la sociedad actual provocará en España un aumento de la población mayor 80 años desde el 1% al 11% entre el año 1950 y 2050. Este hecho unido al aumento de la cronicidad, especialmente en aquellos procesos de comorbilidad, generará un gran impacto en los costes sanitarios, exigiendo el desarrollo de un modelo de atención primaria en escenarios de atención integrada en el que, diferentes organizaciones, equipos y profesionales cooperen sobre una misma población, posibilitando algunas iniciativas importantes para medir el impacto de este ámbito asistencial en resultados en salud de la población y costes en el sistema sanitario.

A. Modelo de Atención a pacientes crónicos

En los últimos 3-5 años, el Instituto Catalán de Salud ha organizado un programa para establecer modelos de medición de resultados en salud, basados en un conjunto de indicadores, la mayoría de ellos en relación a la buena práctica de los equipos y también de las enfermeras comunitarias en el manejo de enfermedades crónicas.

A través de grupos de trabajo y mediante un cribaje metodológico basado en la evidencia, se han establecido un conjunto de 64 indicadores de los objetivos ajustados por la prevalencia esperada, la gran mayoría de ellos pertenecientes a procesos de salud crónicos. Se dividen en 4 grupos según su naturaleza (Indicadores de Proceso, Indicadores de Buen Control, Indicadores de Prevención e Indicadores de Tratamiento y Cribaje).

La informatización y los modelos de evaluación sobre los Sistemas de Información Atención Primaria están aportando feedback sobre el desempeño de los equipos y los profesionales, médicos y enfermeras de manera específica en relación a su población asignada. En el caso concreto de Catalunya ha aumentado la prevalencia observada de enfermedades crónicas en relación a la esperada y se ha mejorado, de manera notable, en el tratamiento, manejo y buen control de los pacientes crónicos.

B. Atención Domiciliaria

El programa de Atención Domiciliaria presta servicio médico a aquellas personas mayores que no puedan acceder a los centros por sus propios medios, brindando servicios de salud humanizados y oportunos a la población, representando una mejoría importante en la calidad de vida de los paciente.

La cobertura del programa, es decir, el porcentaje de pacientes mayores de 65 ó 75 que lo utilizan, no ha variado en gran medida en los últimos años, manteniéndose en una media de intensidad de 13 visitas por paciente y año.

C. Atención de enfermería a personas con problemas agudos

Los resultados de aplicar un nuevo modelo protocolizado de actuación consensuado para la atención de pacientes con problemas agudos indican que, la atención a estos problemas por parte de las enfermeras es igual de seguro que anteriormente, con un consumo similar de recursos e incluso con mayor satisfacción por parte de los usuarios.

Los puntos fundamentales en los que se debe actuar para el desarrollo de servicios de enfermería comunitaria y de la Atención Primaria se resumen en:

1. Experimentar una cierta “autoestima” por las fortalezas que presenta nuestro sistema.
2. La atención al paciente crónico debe priorizarse en la agenda política: incorporando e impulsando las estrategias para crónicos y racionalizando la atención a los crónicos en función de su necesidad.
3. Introducir “estratificación” y abordaje proactivo para poblaciones a riesgo.
4. Debe promoverse la atención a domicilio, especialmente en pacientes crónicos complejos.
5. Consolidar el modelo de atención a personas con problemas agudos.
6. La Atención Primaria debe trabajar y evaluarse en un marco Atención Integrada: también debe prevenir y evitar hospitalizaciones urgentes innecesarias.

Área Única, Gestión Clínica y Outcomes en Atención Primaria (AP)



Belén Ubach Badía es Licenciada en Medicina y Cirugía, por la Universidad Complutense de Madrid y es especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Cursó el Máster en Administración y Dirección de Servicios Sanitarios por la Universidad Pontificia de Comillas de Madrid (Instituto de Postgrado y Formación Continua ICAI-ICADE) y tiene un Diploma de Especialización en Dirección y Gestión de Recursos Humanos por la Escuela Nacional de Sanidad, Subdirección General de Formación y Difusión de la Investigación Sanitaria.

Ha trabajado como médico de Atención Primaria en los centros de salud “El Greco” de Getafe, y “Juan de La Cierva” de Getafe. Fue responsable del sistema de información de la Gerencia de Atención Primaria del área 10 de Madrid (INSALUD). Con posterioridad, fue designada Directora Médico de la Gerencia de Atención Primaria de Guadalajara del INSALUD, más tarde sería Directora médico de la Gerencia de Atención Primaria de Guadalajara del SESCAM (Servicio Castellano Manchego de Salud).

Desde septiembre del 2003 se incorporó al Instituto Madrileño de la Salud como Directora Médico del área 5 de Atención Primaria, después pasó a ser Directora médico del área 1 de Atención Primaria, desde mayo de 2004 hasta octubre de 2010.

También fue Miembro del Grupo Clínico Asesor de Atención Primaria de Madrid, de la Dirección general del Instituto Madrileño de Salud, desde noviembre de 2002 hasta mayo de 2005.

Desde el desde octubre de 2010, Belén Ubach es Directora Médico Asistencial de la Dirección Asistencial Sureste del Servicio Madrileño de Salud y Miembro del Consejo Asesor de Farmacia de la Consejería de Sanidad. Ha participado como oyente y/o conferenciante en diferentes seminarios, Jornadas y Congresos de Gestión Clínica; también ha sido docente de diversos cursos de Gestión Sanitaria y del Máster en Dirección y Gestión de Servicios Sanitarios de la Agencia Laín Entralgo durante las promociones 2004 al 2009.



Texto elaborado por la autora en colaboración con Gina Forero Pérez, alumna del Máster en Administración y Dirección de Servicios Sanitarios edición número XXI, programa impartido en Madrid por la Fundación Gaspar Casal (FGC) en colaboración con el Instituto de Educación Continua (IDEC) y el Centro de Investigación de Economía de la Salud (CRES) de la Universidad Pompeu Fabra.

El término “Gestión Clínica”, como traducción del término inglés “Clinical Governance”, engloba diferentes interpretaciones y conceptos sobre una forma de concebir los servicios sanitarios, que ha sido de buen recibo en la mayoría de los países desarrollados. Dicha expresión fue introducida por primera vez en 1998, en los documentos producidos por el Department of Health del Reino Unido

en los que el Gobierno Laborista expone los fundamentos de su política sanitaria tendiente a poner remedio a una situación en la que la calidad de lo sanitario estaba en entredicho ⁽¹⁾. Por primera vez la calidad asistencial es puesta, junto con la gestión económica, bajo responsabilidad directa de los Gerentes ⁽²⁾.

En España se comienza a hablar de Gestión Clínica como respuesta a un problema presupuestario que exige aumentar el nivel de eficiencia para evitar consumos de recursos innecesarios; el profesional sanitario no solo debe ser responsable de la atención del paciente, sino también de la eficiencia en el uso de los recursos limitados.

Es probable que ninguna definición recoja lo que exactamente es ó deba ser la gestión clínica ⁽³⁾, sino que, así como ocurre al intentar definir la calidad, nos limitamos a enumerar los atributos ⁽⁴⁾ que debe tener o los medios necesarios para llevarse a cabo.

¿Qué supone la Gestión Clínica en Atención Primaria?

Desde los primeros contratos de gestión, suscritos entre el INSALUD y los Equipos de Atención Primaria, así como la creación de la Unidades de Gestión Clínica en Andalucía y Cataluña, y posteriormente en el País Vasco, dicho concepto se ha consolidado como un componente más de la Atención Primaria, integrándose a la práctica diaria de los profesionales sanitarios y no sanitarios que trabajan en un centro de salud, pues son éstos, y no las estructuras sanitarias, quienes consiguen los resultados.

Desde hace años los profesionales de la gestión en Atención Primaria han entendido que deben poner en el punto de mira de sus objetivos el producto final de la organización sanitaria, que no es otro que la propia práctica clínica; y los profesionales sanitarios también han entendido que deben tener en cuenta las consecuencias de las decisiones que toman continuamente. Es decir, se ha ido haciendo más gestora la clínica, y más clínica la gestión ⁽⁵⁾.

Este cambio ha tenido lugar en razón a que cada decisión clínica implica un consumo de recursos que ha obligado a que los profesionales, asumido que también son responsables de la eficiencia del sistema, deban establecer un equilibrio entre recursos disponibles y servicio prestado ⁽⁶⁾.

Una gran parte de los profesionales sanitarios de Atención Primaria han recibido con cierto “entusiasmo” lo que supone la “gestión clínica”. Probablemente porque lo que subyace en este término es la necesidad de incorporar a su trabajo diario formas innovadoras de trabajar que les permitan lograr mayor efectividad y eficiencia ⁽⁷⁾.

Este cambio ha supuesto una transición en la manera de trabajar. Se ha pasado de una atención basada en el principio de la beneficencia al principio de equidad social, dejando atrás el ejercicio de la medicina como acto individual del sanador, quien debía poner todos los medios y recursos disponibles para la atención del paciente, sin pensar si se trataba de recursos escasos o no, para dar paso a una cobertura sanitaria universal cuya fuente principal de financiación son los impuestos.

Una herramienta esencial para introducir la gestión clínica en la Atención Primaria han sido los contratos de gestión, que, desde el principio han pretendido introducir la lógica empresarial en el ámbito sanitario, centrando en el paciente todas las actividades y procedimientos realizados en los centros de salud, lo cual ha ido obligando a los proveedores de los servicios de Atención Primaria a cambiar su manera de hacer las cosas. Estos contratos han sido, y siguen siendo, instrumentos para promover la autonomía de los centros, descentralizar la gestión, orientar las prestaciones a objetivos en salud, aumentar la eficiencia, promover la participación de todos los profesionales, introducir una cultura de transacción de compromisos y hacer más transparente el sistema al introducir herramientas de evaluación.

Las herramientas necesarias para poder gestionar la clínica en un centro de salud son:

1. Autonomía de los Centros de Salud para poder gestionar los recursos ⁽⁸⁾ –materiales, sanitarios y humanos– de los que disponen; sin embargo, lo principal es que se tenga capacidad para gestionar los recursos con mayor potencial de todos: las personas. Ello implica poder adoptar medidas de motivación e incentivación, pero también significa poder organizarlas de modo que las actividades de cada proceso diseñado sea realizada por aquel profesional más capacitado y que pueda realizarlo de la forma más efectiva y eficiente. Sólo de esta manera se podrá gestionar también uno de los recursos más valiosos de la organización: el tiempo ⁽⁹⁾.
2. Nuevas formas de prestar la asistencia sanitaria. La Atención Primaria no es la puerta de entrada al sistema, es una parte del sistema, la primera con la que la mayoría de los pacientes tiene contacto, y aquella a la que la mayoría permanece. En atención primaria se gestiona la incertidumbre. Se gestiona la patología aguda y la crónica y la prestación de servicios administrativos/burocráticos.

Por ello hay que romper el paradigma de que es el médico el primer profesional que debe atender al paciente. Cada persona tiene una necesidad que hay que “colocar” en el sistema, para dar a cada uno aquello que precisa y por el profesional más adecuado ⁽¹⁰⁾. En esta tarea tienen un papel fundamental los profesionales de las unidades administrativas, que están pasando de ser meros tramitadores de cita a convertirse en “distribuidores” de las demandas de los ciudadanos. Atención que tenemos que tender cada vez más a que no sea siempre presencial, potenciando la atención telefónica, por internet, etc.

Y otro paradigma, que hay que romper es el de la brecha, cada vez menor, de Atención Primaria-Atención Especializada; el sistema se debe organizar de modo que el proceso asistencial se preste sin que el paciente note que ha pasado de un lugar a otro: no se trata de coordinar actividades, sino de hacerlas un continuo asistencial, esto es, desde que el paciente entra en contacto con el sistema hasta que se dé solución a su problema de salud, exigiendo que todos aquellos que intervienen en su atención conozcan el proceso ⁽¹¹⁾.

3. Sistemas de apoyo a las decisiones clínicas. La mayor parte de la evidencia científica actual esta integrada en innumerables guías de práctica clínica, procedimientos y protocolos. El problema es conseguir que los profesionales hagan en cada caso lo más adecuado, lo más efectivo, y lo más eficiente, es decir, que realicen la mejor práctica clínica posible ⁽¹²⁾.

Hoy en día el conocimiento es casi infinito, y a los profesionales hay que facilitarles las herramientas que les permitan aplicar en el día a día el conocimiento existente: herramientas de ayuda a la toma de decisiones. La informatización de la Atención Primaria tiene un potencial enorme para introducir en ella de forma ágil y fácil los consensos de actuación para los procesos asistenciales atendidos de forma prevalente en los centros de salud.

4. Capacitar a los pacientes para manejar sus problemas de salud. Se menciona constantemente que nuestro sistema sanitario esta preparado para atender la patología aguda, pero no la patología crónica. En Atención Primaria llevamos manejando y gestionando al paciente crónico desde la creación de los centros de salud; sin embargo, el principal problema que se plantea el control del paciente crónico, y que motiva los frustrantes resultados de sus indicadores de evaluación, es que se ha incidido demasiado en determinar y aplicar la evidencia científica de la efectividad de tecnología y farmacopea, olvidando que el principal agente que gestiona esta enfermedad es el propio paciente con sus decisiones. En este sentido, los profesionales de enfermería de los centros de salud son los principales agentes para motivar a los pacientes a seguir los tratamientos y cambiar los hábitos de vida, para lo cual se ha de recurrir al establecimiento de planes de cuidados, al seguimiento y al control de los signos y síntomas de alerta ante posibles descompensaciones de las enfermedades, y la atención domiciliaria ⁽¹³⁾.
5. Disponer de potentes sistemas de información. El diseño de los sistemas de información no puede hacerse al margen de los profesionales de los centros de salud. Los antiguos cuadros de mando elaborados para el gestor de recursos, ha dado paso a herramientas mucho más versátiles, integradas en

los propios programas informáticos que sustentan la información clínica de los pacientes, donde el profesional pueda disponer de datos sobre el control de sus pacientes, sus prácticas efectivas en patologías crónicas, sus perfiles de prescripción, y que le den información de los pacientes en los que determinadas actividades no han sido realizadas para poder corregirlo.

Dichos sistemas de información deberán aportar información sobre los resultados esperados en atención primaria: gestión de recursos económicos, pacientes incluidos en los servicios de la cartera asignada, indicadores de prácticas efectivas realizadas, perfiles de prescripción, pacientes crónicos controlados...

¿Qué aporta el área única en la Comunidad de Madrid a la gestión clínica en Atención Primaria?

Un área única significa el establecimiento de criterios comunes, estrategias únicas y consensuadas. Los "que hay que hacer y conseguir" son los mismos para todos los centros de salud, sin la variabilidad existente en las anteriores once áreas sanitarias. Los "cómo conseguirlo" son definidos por cada centro de salud mediante su planificación estratégica anual.

La nueva estructura está centrada en el Centro de Salud y en su Director de Centro, desarrollando herramientas que permiten la gestión clínica:

1. Un único Contrato Programa igual para todos los centros de salud de Madrid.
2. Una nueva historia clínica (Atención Primaria Madrid), que integra una forma única de obtención y explotación de la información.
3. Un único sistema de información que permite realizar el seguimiento de los objetivos clínicos acordados (e-SOAP).
4. Una historia clínica digitalizada única para ambos niveles asistenciales (HORUS).
5. Unificación de los procesos asistenciales compartidos.
6. Sistemas de cita web y cita voz que permiten reorientar el trabajo de las unidades administrativas de los centros de salud hacia la participación activa en la gestión de los procesos clínicos de los pacientes.
7. Creación de la figura de Director de Continuidad Asistencial en los hospitales.

Dado lo anterior, puedo afirmar que la Atención Primaria está preparada para hacer clínica gestionada, cuyo reto sería fomentar el auto cuidado de la población; en este aspecto, las enfermeras tienen a su cargo una labor muy importante, que las convierte en un principal agente para la gestión de las enfermedades crónicas.

Bibliografía

- (1) Ruiz Iglesias, Dolores. Claves para la Gestión Clínica. Ed. Mc Graw-Hill Interamericana. 2004. ISBN: 84-486-0536-5
- (2) Lera, José Miguel. Gestión clínica basada en la evidencia. En Cirugía Española. Vol.76 Núm. 06. ISSN: 0009-739X. 2004 [editorial].
- (3) La Gestión Clínica, no obstante, ha sido definida como una "Estrategia de mejora que permite sistematizar y ordenar los procesos de atención sanitaria de forma adecuada y eficiente, sustentados en la mejor evidencia científica del momento y con la participación de los profesionales en la gestión para la toma de decisiones en torno al paciente. Las decisiones clínicas serán de calidad si generan eficiencia económica y no mero control de gasto." En: Peiró, Salvador, y Otros. Diccionario de Gestión Sanitaria para Médicos. Los 100 Términos más Utilizados. Fundación Gaspar Casal y Fundación Abbot. 2009.
- (4) Los tres componentes de la gestión Clínica son: i) Responsabilidad, ii) Mejora continua de la calidad, y iii) estándares.
- (5) M. Berchid Derbi. Gestión clínica en Atención Primaria: alcance, utilidad, oportunidades y amenazas. En Revista Medicina General; Vol. 33: 2001. ISSN 0214-8986.

- (⁶) Contreras, Zulay. Desarrollo e implementación de la gestión clínica de profesionales en enfermería. En Enfermería en Costa Rica, Revista del Colegio de Enfermeras de Costa Rica. Junio 2006, Vol.27 (1). ISSN 1409-1992
- (⁷) Martín Acera, Santiago. Sobre Gestión Clínica. En Revista Medicina de Familia (And) Vol. 1, Núm. 2, Noviembre 2000. [editorial].
- (⁸) Ob. Cit. Gestión clínica en Atención Primaria: alcance, utilidad, oportunidades y amenazas.
- (⁹) Ob. Cit. Haciendo Gestión Clínica en Atención Primaria.
- (¹⁰) Haciendo Gestión Clínica en Atención Primaria. Documento de Trabajo. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. ISBN: 84-89704-81-3.
- (¹¹) Ibid.
- (¹²) Ob. Cit. Lera, José Miguel. Gestión clínica basada en la evidencia.
- (¹³) Gérvas, Juan. El modelo de atención a crónicos (Chronic Care Model). ¿Qué puede aportar y qué inconvenientes tiene? Salud2000, 2010 [en prensa]

Novena mesa

*Trabajar
inteligentemente
para obtener un
objetivo común:
trabajo en equipo o
equipo de trabajo*

- 24. Modesto Martínez Pillado
- 25. Josep Ramoneda

Trabajar inteligentemente para obtener un objetivo común: trabajo en equipo o equipo de trabajo



Modesto Martínez Pillado es Doctor en Medicina por la Universidad de las Palmas de Gran Canaria.

Es Máster en Economía de la Salud y Gestión Sanitaria por la Universidad Pompeu Fabra de Barcelona. También realizó el Máster en Gestión de la Calidad, por la Escuela de Organización Industrial. Completó el Programa de Alta Dirección Hospitalaria, del IESE. Ha sido Subdirector de Innovación y Procesos del Hospital de Son Dureta de Palma de Mallorca. Ha sido futbolista y entrenador nacional de fútbol.



Texto elaborado por el autor en colaboración con M^a Dolores Rodríguez Mayoralas, alumna del Máster en Administración y Dirección de Servicios Sanitarios edición número XXI, programa impartido en Madrid por la Fundación Gaspar Casal (FGC) en colaboración con el Instituto de Educación Continua (IDEC) y el Centro de Investigación de Economía de la Salud (CRES) de la Universidad Pompeu Fabra.

Se ha pretendido con su exposición contar su experiencia profesional en dos ámbitos de trabajo aparentemente diferentes, ya que fue jugador de primera división de fútbol, entrenador y trabajo en gestión de organizaciones sanitarias por lo que posee experiencia en la gestión y organización de equipos de trabajo.

La ponencia ha intentado que se caracterizase en todo momento por ser distendida, amena y con ciertos toques de humor, al mismo tiempo que se ha hecho una correlación entre los directivos de un equipo de fútbol y los directivos en el campo de la sanidad.

Empezó la exposición haciendo una serie reflexiones en forma de popurrí para finalizar hablando de las ideas fuerza. Se partió de la base que el entorno es una condición y no un problema, hay que afrontar esa condición y la mejor manera de hacerlo es dar lo mejor de nosotros mismos, para ello es importante empezar con el cambio en pequeños hábitos, esa es la clave.

Este cambio en pequeños hábitos cuando hablamos de equipos de trabajo necesita grupos heterogéneos, con opiniones distintas, donde haya notas discordantes, donde busquemos respuestas, contar con consejeros independientes y lo más importante hacerlo con entusiasmo.

Este entorno de trabajo en equipo implica una nueva dirección médica, una nueva dirección de enfermería, un cambio en la gestión clínica y un cambio en definitiva en nosotros mismos.

Deberíamos ser capaces de hacer partes de interconsultas inteligentes, de no confundir síntomas con enfermedades, de ser más transparentes, más sinceros, de buscar el trato con los demás, de entender que nuestras emociones condicionan nuestras decisiones.

Si a la transparencia, al olvido de nuestro ego personal, al entusiasmo y a la capacidad de crear un entorno de valores adecuados le sumamos un poco de capacidad analítica ya estamos bien encauzados para poder llevar a cabo una mejor gestión clínica.

Después de esta pequeña lluvia de ideas hablaremos de las ideas fuerza.

Idea fuerza 1: Identificar el mejor talento con las mejores formas

Debemos de generar conocimiento a través del trabajo en equipo y de la experiencia compartida (¿cómo sabemos dónde está lo excelente en nuestras organizaciones? ¿En qué foros se comparten? ¿Comisiones clínicas?). Deberíamos de procurar una socialización del conocimiento (¿cómo se identifica?). Frente al virus de lo urgente que infecta a la mayoría de las organizaciones, se necesita una organización orientada al futuro. Los profesionales con orgullo de pertenencia (no solo sentido), que defienden un proyecto (que sienten como propio), comprenden que desarrollan sus capacidades y habilidades, en compañía de otros compañeros que logra mejoras personales, colectivas y sobre todo, mejoras en la atención al paciente y su familia (resultados).

Seguramente es necesario cuidar las formas, para con uno mismo, para con los demás, pero sobre todo hacia los colaboradores. Un equipo dentro y fuera de la organización es imprescindible. Como ejemplo de esa forma y ese fondo, la negociación para la renovación de Xavi en el FCBarcelona. Precisamente en un equipo deportivo, la forma y el fondo que se mostró fue todo lo contrario a un equipo. ¿A qué saben los sapos? (Ver recuadro)

El secretario técnico del Barcelona negociaba la ampliación de contrato de Xavi, estupendo centrocampista. En esa negociación con su representante, las diferencias eran grandes, pero todavía había mucho margen de negociación por cuanto el jugador aún disponía de dos años más de contrato. En ese ínterin, el directivo del equipo catalán tuvo que desplazarse a Japón para seguir la evolución de una importante enfermedad de un familiar. El presidente Joan Laporta, filtró a los medios, que todo estaba solucionado. Justo cuando su colaborador se encontraba ausente, justo cuando lo hacía por un grave problema familiar, justo cuando la situación aún estaba en plena negociación, justo cuando el colaborador del presidente quería sacar un beneficio para el club. El presidente no regateó prácticamente nada al representante del jugador y apareció como el deshacedor de entuertos. Eso sí, “esperaremos por el secretario técnico, para firmar el contrato”. El día de la firma, después de haberlo dejado al pie de los caballos, el presidente hizo un panegírico de su segundo. Esta circunstancia fue todavía más penosa. Doble medicina. Una adulación, que no un reconocimiento, con lo cual, el presidente es probable que pierda toda la confianza con su secretario técnico. No es solo una cuestión de forma y estilo, es una cuestión de valores. De nada vale hablar de trabajar en equipo para gestionar un equipo como ejemplos así. Y para darle más gravedad, con publicidad y alevosía, con filtraciones interesadas, justo cuando no está la persona que negociaba. Seguramente, ante las preguntas, el secretario técnico reafirmó el comportamiento de su presidente, ¿a qué sabrán los sapos?

Idea fuerza 2: Directivos que se crean (y demuestren) sus propuestas

- Las creencias se dan como certezas y actúan a nivel inconsciente.
- No se puede reclamar lo mejor de las personas, precisamente a través de un trabajo en equipo, cuando esos directivos (los responsables de mando intermedio incluidos), proponen acciones (en forma y fondo) unilaterales.

- Los directivos (empezando por los jefes de responsabilidad intermedia, jefes de servicio, supervisores, jefes de equipo) tienen que saber formar, dirigir y cohesionar equipos a los que pedir y ofrecer soluciones.

Idea fuerza 3: Incentivos para hacer felices a las personas

En otras organizaciones, el complemento variable de los directivos se vincula a resultados, como es obvio, de la organización y menos a intervenciones individuales. Fomentar la individualidad, acaba por conseguir, “mercenarios insaciables” que no solo distorsionan gravemente, sino que provoca una organización mucho peor que la suma de todos. Nada nuevo, buenos jugadores no hacen bueno a un equipo, y sencillamente, un buen equipo hace mejores a muchos jugadores. Vincular todo a una política de incentivos económicos, lleva a preguntarse cuánto cuesta un “buenos días”.

Idea fuerza 4: la nueva cadencia: cambiar hábitos-modificar valores-renovar actitudes-formación

Quizás ya tenemos la respuesta para favorecer el ambiente hacia el trabajo en equipo. Estupendos profesores, maravillosas escuelas de gestión o de administración pública que nos permitirá tener las herramientas, incluyendo, su role play. El despliegue de la gestión clínica se trata más de un modelo de implicación que de formación. Sin motivación ⁽¹⁾ da igual la formación. El camino que recorreremos es opuesto. Mucha formación, para, supuestamente, cambiar. Es necesario un cambio de hábitos antes de cualquier nueva formación, antes de promocionar la técnica, es imprescindible trabajar la escala de valores, Y en esos valores está considerar imprescindible que los demás nos aportan beneficios a través del trabajo en equipo. No, no gastemos tanto en formación, dejemos que las personas se equivoquen, incluso, en grupo, porque no debemos robar respuestas a los demás.

Las bases ⁽²⁾ para la implantación de la gestión cíclica pasan por rediseñar los procesos clínicos de acuerdo a la evidencia, siempre que antes se hayan querido modificar hábitos, pequeños gestos que dicen mucho. Esta reflexión obliga a valorar las funciones que aportan los miembros del equipo, para argumentar, y en ocasiones, convencer de este nuevo camino (renovar actitudes). Entonces, cuando se hayan modificado pequeños gestos, hábitos que no aportan nada, solo entonces tienen sentido, responder a preguntas importantes: auditorías de seguridad-calidad, analizar los costes evitables, reforzar la gestión de los recursos (barra libre o método?

Para reforzar la solidez de las instituciones sanitarias se hace deseable, una alianza entre profesionales y gestores que compartan una visión (p.ej. la necesidad de modificar hábitos). Una nueva forma de dirección (médica, enfermería, económica, rrhh, etc.) que tenga un poco de salud pública, un mucho de antropología, que no confunda síntomas con enfermedades, que guste del trato con las personas, que entienda que las emociones condicionan las decisiones, con el don de la oportunidad, que no dramatiza ni esconde los errores y sabe olvidarse del ego personal. Y, por último, un entorno de valores donde la confianza y la comunicación son la levadura, el entusiasmo la masa, y un mínimo de capacidad analítica, trabajo en equipo (empezando por la comisión de dirección), de creatividad, y envolviendo a todo, un sentido ético robusto. Es mucho más infectivo y mucho más afectivo y efectivo que la formación más exquisita.

Existe en la bibliografía numerosos artículos donde dan una gran importancia al trabajo en equipo y a la necesidad de cambio.

Beatriz González López-Valcárcel³ nos habla de la gran importancia del humanismo diciendo que es una dimensión esencial de las profesiones sanitarias, y la formación ha de extenderse a las actitudes y los valores de los estudiantes. La responsabilidad ética con los recursos que el sistema pondrá en sus manos; la capacidad para trabajar en equipo; para comunicarse; aprender a leer haciendo uso del sentido crítico,

aprender a valorar lo que se lee según la fiabilidad de la fuente. Hay todo un conjunto de destrezas y valores que el futuro profesional necesita y debe adquirir durante su formación de grado.

Un estudio de Shortell SM y cols⁴. hace hincapié en la importancia del trabajo en equipo y hace referencia a la figura del líder como persona importante en la dirección de ese equipo, no hablan de las cualidades del líder, así que sería muy interesante poder evaluar equipos directivos que cuenten con líderes diferentes en su forma de actuar y poder evaluar cuántos de ellos se ajustan al perfil del que nos ha hablado el Sr. Martínez y que posiblemente sean los que ayuden al cambio.

“El comportamiento ético es el único camino así como la sensación de haber cumplido con lo que cada uno tiene que hacer” A. Garrigues

Bibliografía

- (1) Buchanan D. Doctors in process. The engagement of clinical directors in hospital management. J Manag Med 1997; 11,3: 132-56
- (2) Gram Lister. Models of clinical management in the UK. Gestión hospitalaria 19909:10
- (3) Beatriz González López-Valcárcel. Gestión Clínica y Sanitaria. Volumen 19, Nº1. Año 2004
- (4) Shortell SM, Marsteller JA, Lin M, Pearson ML, Wu SI, Mendel M, Cretin S, Rosen M. The Role of Perceived Team Effectiveness in Improving Chronic Illness Care. Medical Care. 2004; 42 (11): 1040-8.

Bibliografía Complementaria

Iñaki de Miguel, Gonzalo Martínez de Miguel. El modo de pensar de los directivos. España 2009-10. Observatorio del comportamiento humano de la empresa OCHE: autoedición vía infova 2010.

Lluís Cuatrecasas. Lean Management. Ed Profit 2010. (se basa en tener al cliente como orientador de los procesos para dotarles de valor añadido. Automatización con toque humano)

José-Luis Pinto, José-María Abellán, Fernando Ignacio Sánchez. Incorporación de las preferencias de los pacientes en la toma de decisiones clínicas. Barcelona: Masson, 2004.

Trabajar inteligentemente para obtener un objetivo común: trabajo en equipo o equipo de trabajo



Josep Ramoneda. Es filósofo y periodista. Actualmente dirige el Centre de Cultura Contemporànea de Barcelona y colabora con El País y la Cadena SER. Ha sido director del Institut d'Humanitats (1986-1989), colaborador de La Vanguardia (1980-1996) y profesor de Filosofía Contemporánea en la Universidad Autónoma de Barcelona (1975-1990). Ha publicado numerosos libros, entre los que destacan: *Del tiempo condensado* (Nuevas Ediciones de Bolsillo, Barcelona 2003) y *Después de la pasión política* (Taurus, Madrid 1999).



Texto elaborado por el autor en colaboración con Santiago Pinto Zaldumbide, alumno del Máster en Administración y Dirección de Servicios Sanitarios edición número XXI, programa impartido en Madrid por la Fundación Gaspar Casal (FGC) en colaboración con el Instituto de Educación Continua (IDEC) y el Centro de Investigación de Economía de la Salud (CRES) de la Universidad Pompeu Fabra.

Josep Ramoneda, filósofo y periodista fue invitado a participar en el III Congreso de Gestión Clínica, con el objetivo de brindar una visión diferente y amplia, de elementos necesarios para la gestión clínica, es de gran importancia que un gestor tome en cuenta elementos distintos a las herramientas cotidianas de uso en la gestión, con el objetivo de poder mejorar la toma de decisiones, sin duda un filósofo como Ramoneda era la persona ideal para exponer una visión diferente.

JOSEP RAMONEDA procuró hacer algunas reflexiones más o menos impresionistas sobre el contexto en el cual se plantean vuestros problemas.

Comenzó con un planteamiento centrado en tres temas, el primer tema, la coyuntura en la que la economía lo vale todo, el desprestigio de lo público y la inseguridad junto con el vacío moral.

Inició su discurso citando a John Stuart Mills uno de los mayores representantes de la corriente intelectual liberal, quien nos dice; las sociedades basadas en el intercambio monetario como valor de bienestar, son sociedades condenadas al fracaso.

Lo que nos describe y nos dice John Stuart Mills, resuena poderosamente, y es que, estamos tan conformados, tan acostumbrados a que el interés monetario rija desde hace un tiempo, las relaciones y sentimientos, y no solo eso, hemos convertido el éxito económico en la principal virtud, hemos llegado a extremos que se podría decir, que la relación monetaria es el único elemento de vida colectiva que casi nos queda.

Con toda naturalidad como si formara parte de nuestra especie, observamos un culto y fascinación por la riqueza, una contemplación tranquila y sin involucrarnos de la aparición de distancias cada vez mayores entre ricos y pobres.

Todo debe tener una preocupación, un objetivo y una respuesta económica, hasta el punto de que el momento que se presentan dificultades económicas en el sistemas sanitario público, solo se les ocurre una respuesta económica en forma de copago o algo parecido, a nadie, se le ocurre plantear la posibilidad o la necesidad de provocar una revolución cultural.

Este es uno de los componentes del contexto, y en este componente economicista, todo queda sensiblemente condicionado, porque no hay otra lectura posible que no sea, la cuenta de resultados y tengo la sensación de que la cuenta de resultados puede ser a menudo incompatible con el principio de salud que debería caracterizar a la gestión, cualquier gestión pública o privada de la sanidad.

Esto al mismo tiempo viene acompañado de otros fenómenos, que hemos vivido desde los años 80 en el momento en que Margaret Tacher, consagró una frase famosa que dice; " las sociedades no existen solo existen los individuos". Se consagró esta frase cuando el señor Ronald Reagan y la señora Tacher pusieron en marcha el gran cambio en la economía, que dio con el triunfo de una hegemonía conservadora que lleva 30 años durando. Este proceso ideológico ha coincidido con otro proceso, el proceso de globalización, y estos dos procesos, han coincidido en un punto, el cual es, el aumento extraordinario de la simpatología de la inseguridad.

Es evidente, que si llegamos a la conclusión que la sociedad no existe y solo existe el individuo, estamos por decirlo así, aislando al individuo de su contexto, es verdad, que la tradición de la modernidad nos dice, que el individuo es una gran conquista de los tiempos modernos, es verdad, y marca una distancia fundamental en los tiempos modernos, el hecho que el sujeto sea la fuente principal de conocimiento, de derecho y de capacidad de decisión por sí mismo, pero también es verdad que esta especie rara, que es, el ser humano, esta especie que como decía Montesquieu, es una especie más, de la naturaleza, pero con dos características que no tiene ninguna otra especie y que la hacen muy rara, uno es la razón y el otro es la libertad, es verdad que esta especie se caracteriza por construir su experiencia en sociedad, sin embargo, ya fue Gandhi, el que nos advirtió de esta particularidad de los humanos, que somos socialmente insociables, es decir, necesitamos vivir en sociedad para organizarnos, para ser alguien, incluso para entrar en el mundo, para formatearnos como humanos, pero al mismo tiempo nos incomoda mucho la relación con los demás, esta extraña relación, esta extraña caracterización de visión humana, hace que, en un momento en que se hace, ya no del individuo, ya no de la capacidad de la emancipación individual, de la capacidad de pensar por uno mismo, sino del individualismo el horizonte y con esto se niega significación de lo social y de lo colectivo, evidentemente, este es un factor de desarraigo de angustia de cerramiento del espacio propio del ser humano.

Acudió a otra cita del gran teórico del liberalismo, Alexis de Tocqueville, ya describió una sociedad muy similar en su viaje a EE. UU. Hace 180 años. **"Veo –decía– una muchedumbre innumerable de hombres semejantes e iguales que giran sin reposo sobre sí mismos para procurarse pequeños y vulgares placeres con los que saciar su alma. Cada uno de ellos es extranjero al destino de todos los demás: sus hijos y sus amigos forman para ellos toda la especie humana"**.

Esto es lo que se podría apreciar Tocqueville, en un viaje a una sociedad actual, este aislamiento favorecido por una cultura, en la que lo económico es la medida de todas las cosas, genera indudable inseguridad, genera precariedad en la persona, en la experiencia personal. Pero al mismo tiempo este proceso ha ido acompañando de otro proceso la globalización.

Se ha mitificado mucho la cuestión de la globalización, la globalización al fin y al cabo, no es más, que un cambio de estado, y cambios de estado del sistema económico ha habido muchos, globalización ha habido muchas, la novedad de la globalización actual es que es, casi completa, abarca casi la totalidad

del planeta, pero también, era un proceso de globalización, el imperio romano, era un proceso de globalización la conquista de América, era un proceso de globalización el imperialismo del siglo XIX, y es, un proceso de globalización a lo que estamos asistiendo ahora, un cambio de estado.

Siempre estos cambios, se han producido del resultado de la innovación tecnológica, la novedad es que en este momento la innovación tecnológica es excepcional de una potencia sin precedentes, y precisamente por la potencia de esta innovación tecnológica que sustenta la actual globalización, ha ocurrido algo muy sencillo, se ha contraído el espacio y se ha acelerado el tiempo, que quiero decir, pues sencillamente que el mundo se ha hecho mucho más pequeño.

Es mucho más fácil trasladar dinero, de una punta al otro del planeta, basta con pulsar una tecla del ordenador, es bastante fácil trasladar ideas, aunque haya algunos países que intentan inútilmente impedirlo, es bastante fácil trasladar mercancías, y es algo menos fácil trasladar personas, porque el sueño de la ruptura de la fronteras y el propio proceso de la movilización que le siguió al hundimiento de los sistemas de tipo soviético, entre ellos el hundimiento del muro de Berlín, pues este proceso sorprendentemente ha sido substituido por la multiplicación de muros en todas partes, con una pequeña diferencia, que el muro de Berlín impedía salir, los muros actuales que proliferan por todo el mundo, solo tienen un objetivo que es impedir entrar.

Este proceso de contracción del espacio, ha sido al mismo tiempo un proceso de aceleración del tiempo, las nuevas tecnologías marcan un nivel de velocidad que afectan a todo. Esta combinación, esta radicalización individualista y esta contracción del espacio en relación al tiempo han producido una sensación de que el suelo se ha movido y la gente tiene la sensación de haber perdido las referencias.

Las referencias básicas que habían determinado su experiencia, las referencias de todo tipo, profesionales, culturales, religiosas, etc. De pronto todo se ha movido, los referentes ya no son los seguros ni los sólidos que eran, las religiones que habían perfilado el comportamiento de las personas durante mucho tiempo, han perdido sus monopolios territoriales y han entrado en una lucha interna y acaban comportándose como cualquier grupo que lucha por el poder.

Si vemos a un trabajador de la Seat o de la Fiat de los años 50, él podía iniciar a trabajar y imaginarse una vida totalmente orientada, al fin era una empresa un trabajo una cultura obrera, algo muy ordenado para toda la vida, ahora un joven que trabaja para Microsoft no sabe donde trabajara dentro de seis meses.

Esta sensación de choque generalizado, deja una cultura con una conciencia de precariedad muy importante, ahí aparece esto que crea una sensación de inseguridad, de no saber exactamente a donde agarrarnos porque parece ser que todo está cambiando, esta sensación se agrava en sociedades como las nuestras, son sociedades que vivieron al final de la segunda guerra mundial especialmente en EEUU y la Europa democrática, que vivieron 30 años que probablemente no tendrán precedentes y no volverán a repetirse en grado de igualdad, cohesión social y satisfacción global de las necesidades, y de pronto nos vemos sumergidos en un especie de remolino universal, que ni si quiera cabe ya la protección, en algún día existente de dos grandes potencias que parecían estar perfectamente coordinadas para impedir que nada se moviera.

Estamos por tanto, en una situación de precariedad creciente por miedo a perder las cosas adquiridas, y por tanto, son sociedades que cultivan lo que podríamos llamar una hipocondría y una tendencia creciente a la paranoia, son sociedades en las que es muy fácil estimular el miedo.

El miedo, se ha convertido además en una opción política estratégica, porque se ha llegado a la conclusión, de que el miedo bien administrado, y un ejemplo de esto es, la lucha contra el terrorismo global que ha jugado un papel muy importante en este sentido, y puede servir para mantener a los ciudadanos, por decirlo así, más cómodos, menos dispuestos a la protesta a la queja a la indignación.

El miedo, siempre es un factor que rebaja las potencialidades en vez de estimularlas, y así, es como se ha ido configurando una cierta cultura del miedo, pero naturalmente esta hipocondría esta paranoia tiene, efectos directos en algunos sectores muy importantes de la sociedad y uno de ellos y que les afecta más directamente, es el sanitario, la gente en esa situación de indiferencia, piensa en sí mismo, más que en otras cosas, y cuando piensa solo en sí mismo, empieza a notar que cualquier cosa le funciona mal, cualquier cosa le hace daño, cualquier cosa le da dolor de cabeza, cualquier cosa le produce un vértigo, y esto es un espiral que a mí entender tiene pocas posibilidades de límite, si no damos un paso, más adelante en las sociedades en las que vivimos.

¿Qué paso debemos dar? A Josep Ramoneda se le ocurren dos caminos fundamentales, uno es recuperar la cuestión de la responsabilidad, otro, es tratar de cubrir el vacío moral en el que nos hemos instalado, pero hay una consideración previa antes de entrar en estos dos temas, la cuestión de la responsabilidad y el vacío moral, en el eje de todas estas cosas, están las nuevas tecnologías provocadoras de esta súper aceleración.

Las nuevas tecnologías, generan una gran fascinación, y en un punto en que hay conciencia de que las cosas van mal y que es difícil encontrar la manera por donde agarrarlas, es muy fácil caer en la fascinación, no se debe olvidar nunca que las nuevas tecnologías son un instrumento no son un fin, y cuando se confunde el instrumento con el fin, las cosas empiezan a ir mal. 'Yo lo vivo y lo experimento en mi trabajo como director de centro de cultura contemporánea. Muy a menudo me vienen artistas y me dicen, yo voy a hacer una cosa con nuevas tecnologías, y yo respondo; pero bueno, tú has llegado a la nueva tecnología como consecuencia de tu proceso creativo o has decidido que ahora tocaba hacer algo con nuevas tecnologías, es decir, voy hacer algo con nuevas tecnologías porque es lo que hay que hacer, el primero me interesa, el segundo no me interesa nada'.

Esto ocurre en todos los campos, nos apuntamos a las nuevas tecnologías, no porque nuestra dinámica lo pida, por tanto, no para conseguir un objetivo concreto, sino simplemente porque toca, y porque toca las cosas nunca acaban de aterrizar de una manera demasiado efectiva, al contrario, muchas veces lo que se consigue, es un gran fallo tecnológico. Estas tecnologías han provocado una especie de aceleración en todas las cosas, todo ocurre más rápido, todo se hace más rápido.

Esta aceleración es también un factor de vértigo, importante que contribuye poderosamente a la inseguridad a la que se refiere con anterioridad, esta aceleración es también una presión sobre todo tipo de actividad humana, hace muchos años cuando Borges dijo, el siglo veinte vería el fin del marxismo, y el psicoanálisis, parecía una ocurrencia del escritor argentino, sin embargo, la historia le ha dado prácticamente la razón, en el marxismo por supuesto, y con el psicoanálisis, vivimos a una aceleración del tiempo para la que nosotros no tenemos respuestas, la gente no se puede conformar con los tiempos de respuestas de terapia del psicoanálisis, requiere respuestas urgentes e inmediatas, y con esto no tenemos nada que hacer.

La cuestión de la responsabilidad y la cuestión del vacío moral, en este proceso de crisis la responsabilidad juega un papel importante hay muchas guías para afrontar esta crisis, por un lado el desprestigio de todo lo que sea, aplicación de criterios morales, que choquen con los criterios económicos. Ramoneda dice: 'Yo he vivido en alguna reunión de empresarios, situaciones en las que se habla de un tema delicado y escuché decir, a mi no vengáis con algún argumento moral', al decir, no me vengáis con argumentos morales, se está poniendo un límite en el argumento moral, si la medida es el dinero, la responsabilidad se juzga de una manera muy distinta, la responsabilidad se convierte en una medida cuantitativa, es que además, estamos hablando de generaciones del primer mundo como las nuestras, que han vivido en un proceso de sobreprotección extrema, basta hablar con un profesor de escuela, en donde los padres siempre se ponen a favor del hijo sea lo que sea lo que este haya hecho. Así esta súper protección es una anulación absoluta de la responsabilidad, es la conversión del ciudadano en una especie protegida, que nada tiene que ver con un sujeto responsable, capaz de pensar y decidir por sí mismo.

Finalmente es verdad también que el estado de bienestar es el pilar en el que se han asentado los mejores momentos las sociedades modernas. La crisis de la responsabilidad en la medicina se traduce sistemáticamente en la enorme confusión que existe entre cómo y de qué manera tiene que ser gestionada la medicina, el sr. Ramoneda sigue pensando que la medicina.

Ramoneda afirma: 'Mi generación fuimos excelentes hijos, porque fuimos capaces de desafiar el autoritarismo de nuestros padres, pero pésimos padres, porque no supimos enseñar la autoridad y la responsabilidad a nuestros hijos. Esta crisis de responsabilidad tiene que ver con el vacío moral en las sociedades actuales, no es que esté pensando o disponiendo, en favor de sociedades de estricta observancia moral, todo lo contrario creo en el pluralismo moral absoluto.

Todo pluralismo moral no puede dejar de asumir en primer lugar, que la moral existe, y que los criterios morales existen y que los criterios morales son referencia y que unas sociedades necesitan referencias morales mínimas compartidas, que no sean incompatibles con las opciones morales de cada uno, pero que, garanticen que no sea posible el abuso de poder de unos sobre otros.

Un espacio mínimo compartido supone dos cosas muy sencillas, la idea mínima de un cosmopolitismo humanista, en que hay una verdad y unas bondades alcanzables y la voluntad de compartir unas condiciones mínimas, para hacer las cosas sin perjudicar a los demás. Este doble mínimo, es hoy en buena parte rechazado y es rechazado por doctrinas, que me parecen peligrosas, como el llamado multiculturalismo, que consiste en otorgar prioridad a aquellas cosas que pueden legitimar por origen o por tradiciones culturales, ya sean ajenas o ya sean las propias. Una sociedad tiene unas reglas mínimas propias y una voluntad de aspiración moral compartida, y que todo lo demás, que cada cual piense valore y actúe como crea conveniente, pero ningún argumento puede colocarnos por encima de estas mínimas reglas compartidas, expresadas en un forma de ley democrática.

Es una época difícil para todos, hacer una transformación de la gestión sanitaria tiene que ver con la cultura, en estos momentos de inseguridad la tentación de acudir a la irracionalidad, es extrema. Las estanterías de las librerías cada vez están más llenas de libros de aplicación de la cultura del management a la vida privada, todo se gestiona; se gestiona la vida, se gestiona la muerte, se gestiona los hijos, se gestiona el amor, esto me parece extremadamente peligroso, la gestión es un instrumento y no puede ser un fin y si se convierte en un fin, eso quiere decir, que algo en verdad, no funciona.

The background features a stylized, low-poly illustration in shades of beige and light brown. It depicts a globe with a grid of latitude and longitude lines. A magnifying glass is positioned over the globe, with its handle extending towards the bottom left. The overall aesthetic is clean and modern, with a focus on geometric shapes and a warm color palette.

Decálogo de Conclusiones y Recomendaciones

Decálogo de Conclusiones y Recomendaciones:

1. Es muy relevante en la actualidad que para progresar deberemos reconocer nuestra ignorancia, aceptar la duda y afrontar como una oportunidad la incertidumbre.
2. La medicina basada sólo en la evaluación de nuestros propios resultados puede ser irracional si ignora a las personas, la subjetividad y la afectividad, pues cuando se está en tensión emocional para escoger un tratamiento complejo que pueda influir en la supervivencia o calidad de vida, la decisión racional puede no tener lugar.
3. La nueva medicina no consiste en intentar encontrar respuestas sino facilitar aquellos profesionales que alcancen a encontrar la respuesta adecuada.
4. El tamaño y la homogeneidad puede generar confianza y cooperación y, la variabilidad, puede tener un efecto contrario.
5. Con la formación se inicia el proceso de sustituir la selección por jerarquía o relación personal, por la meritocracia que se obtiene por el conocimiento.
6. El seguimiento a las guías clínicas es muy variable incluso en las guías de amplio reconocimiento.
7. Existe un cierto consenso en la necesidad de disponer de una institución independiente de los departamentos de salud para evaluar las nuevas tecnologías y delimitar la cartera de servicios
8. En ocasiones es difícil distinguir lo nuevo de lo cierto, es decir, lo que corresponde a una técnica muy importante puede ser que no aporte nada al paciente.
9. Una decisión coste efectiva responde más a la actitud que la aptitud generada por el conocimiento.
10. Los sistemas de información deberán orientarse a ser útiles para distinguir distintos estilos de práctica profesional.

Estas diez recomendaciones pueden resumirse en dos

- **A la luz de los instrumentos disponibles se percibe una falta de voluntad en medir y publicar los resultados clínicos.**
- **A pesar de una percepción de escasos avances en la gestión clínica el sector salud dispone de una capacidad de auto crítica superior a otros sectores.**

Jordi Colomer y Juan del Llano
Coordinadores III Congreso de Gestión Clínica