

## Clínica y gestión

Vicente Ortún Rubio

Facultat de Ciències Econòmiques i Empresariales.  
Universitat Pompeu Fabra. Barcelona.

### gestión sanitaria

La práctica clínica implica gestión y la medicina es la ciencia básica de la gestión clínica. No toda la gestión sanitaria, sin embargo, es gestión clínica. La financiación pública de la sanidad obliga a considerar, en cada decisión clínica, el beneficio -en términos de ganancias de salud, bienestar o información diagnóstica- que deja de obtenerse en la mejor alternativa razonablemente disponible (el coste social de oportunidad). De un usuario que financiaba directamente la asistencia se ha pasado a una financiación indirecta. Del paciente individual a la suma de pacientes individuales, donde ya el hacer lo mejor posible para cada paciente no garantiza que se haga lo mejor posible para el conjunto de los pacientes. El médico ha de considerar el bienestar de todos sus pacientes e incluso el de los pacientes de otros médicos y de los pacientes potenciales del sistema, lo cual es bastante más complicado de lo que parece, pues la práctica clínica tiende a que nada se quede sin hacer en el límite de lo imposible. La escalada destinada a la prevención del cáncer de cuello de útero lo puede ilustrar. De cribar displasias de cuello uterino, e interrumpir el proceso si la citología era normal, se pasa a cribar el ADN -del virus del papiloma humano (VPH). Cuando todavía no se criban, mediante el frotis del Papanicolaou, poblaciones de alto riesgo y dejan, por tanto, de conseguirse importantes reducciones de mortalidad, se criba el VPH, factor de riesgo necesario pero no suficiente a pesar de su importancia. Estos recursos utilizados en cribar el VPH tienen una efectividad desconocida y un coste de oportunidad alto en términos de la mortalidad que se hubiera evitado si esos recursos se hubieran dedicado a una buena cobertura poblacional con el Papanicolaou (F.X. Bosch, comunicación personal). Se necesitan muchas conversaciones de Eddy<sup>1</sup> con su padre, médico también, para que el entendimiento racional de que la ética en medicina pasa por la eficiencia (calidad) se interiorice y se traduzca de forma generalizada en «buenas prácticas clínicas»<sup>2</sup>.

El médico ha pasado a ser juez en la asignación de recursos sin dejar su papel tradicional de abogado del paciente. Ello crea contradicciones y plantea todavía más exigencias al trabajo clínico frente a dos «amos» con intereses en ocasiones contrapuestos: el usuario y la empresa. Aquí se argumenta en términos de salida conjunta a las crisis de crecimiento de la medicina y de la sanidad, que pasa por continuar incorporando los criterios de calidad (maximizar la efectividad de la asistencia y la satisfacción de los usuarios a un coste social razonable) a la práctica clínica tanto por vías clínicas como por vías no clínicas<sup>3,4</sup>.

Los tres criterios de efectividad, satisfacción y coste han de incorporarse, además, de forma simultánea; aisladamente cada uno tiene sus peligros. La efectividad se dirige a la necesidad pero no siempre a las demandas de la población: demandas de atención a los problemas sentidos, demandas de mayor información y de mayor capacidad de elegir y decidir. La satisfacción como meta única llega donde la efectividad no lo hace, pero puede conducir a un escenario clínico de calidad aparente, despilfarro, e iatrogenia intrínseca. Los costes, separados de los resultados, carecen de sentido. Una práctica clínica que simultáneamente considera efectividad, satisfacción y costes podrá mantener su independencia pese a los cambios estructurales, sin precedentes, que se avencinan en nuestros sistemas sanitarios<sup>5,6</sup>.

La gestión consiste en coordinar y motivar a las personas de una organización para conseguir unos objetivos. En sanidad pueden distinguirse tres tipos de actividades gestoras: la *macrogestión* del Ministerio y de los Departamentos de Sanidad, la *mesogestión* en centros e instituciones sanitarias, compañías de seguro, y empresas suministradoras del sector y, de forma muy característica, la *microgestión*, la clínica.

Cada tipo de gestión comporta prácticas distintas que son tomadas como objeto de estudio por disciplinas distintas. Así, la macrogestión pasa por la intervención del Estado para corregir los fallos del mercado en sanidad<sup>7,8</sup>, regulando -entre otros aspectos- la financiación de los servicios sanitarios, los recursos humanos, la farmacia y la tecnología, la organización y gestión de los servicios sanitarios de titularidad pública, los servicios concertados, las condiciones medioambientales e incluso los estilos de vida. Los objetivos de la macrogestión sanitaria son los de conseguir una población sana y satisfecha a un coste social razonable. Las disciplinas de salud pública aparecen como especialmente relevantes en el ámbito de la macrogestión.

En nuestro sistema sanitario la centralización del poder decisorio y la escasa separación entre la decisión política y ejecución gestora hace que tanto la macrogestión como la mesogestión de los centros- públicos se confundan con el ámbito político. El éxito del mesogestor público depende de su capacidad como mediador entre la institución y su entorno, lo que explica la conveniencia de un *nihil obstat* político previo a su nombramiento.

Un servicio hospitalario o un equipo de atención primaria constituyen una organización con unos objetivos, y cierta autonomía para escoger entre cursos alternativos de acción<sup>9</sup>. Ello frecuentemente supone coordinar y motivar a las personas del servicio, y de otros servicios centrales y de apoyo. Un jefe de servicio o un responsable de equipo gestionan. Ciertos esquemas organizativos facilitan que lo haga también un médico individual tras reconocer que él es quien asigna un 70% de los recursos del sistema sanitario, tarea que se realiza mediante decenas diarias de decisiones, en condiciones de incertidumbre, que -con frecuencia-, suponen las funciones de coordinación y motivación que caracterizan a la gestión. La gestión en este ámbito es fundamental y naturalmente clínica. Parecería, pues, lógico que se reconociera esa

Correspondencia: Prof. V. Ortún Rubio.  
Facultat de Ciències Econòmiques. Universitat Pompeu Fabra. Balmes,  
132. 08008 Barcelona.

Manuscrito aceptado el 18-4-1994

Med Clin (Barc) 1995; 104: 298-300

autoridad clínico-gestora y que se exigiera, en consonancia, responsabilidad sobre los resultados clínicos en términos de efectividad, satisfacción y coste<sup>10</sup>.

Sin una medicina efectiva no puede haber unos servicios sanitarios eficientes. Recíprocamente una buena práctica clínica requiere de una buena sanidad<sup>11</sup>. La evolución de la medicina -con su énfasis sucesivo en la eficacia, la efectividad, la eficiencia o calidad- ha provocado un aumento en el componente del gestor de la actividad clínica y ha hecho a la calidad de la práctica clínica más dependiente de la calidad de la organización y gestión sanitarias.

La preocupación por la eficacia documentada mediante métodos científicos, como el ensayo aleatorio controlado, ve los trabajos pioneros en la década de los cuarenta. El siguiente gran paso, la preocupación por conocer la probabilidad de que una persona en una población determinada se beneficie de la aplicación de una técnica a la solución de un problema de salud -la efectividad- tiene diversos motivadores, entre los que destacan los trabajos de Wennberg sobre variaciones aparentemente arbitrarias en la práctica médica. Documentar la existencia de variaciones<sup>12</sup> (p.ej., en el tanto por ciento de anestésicos peridurales para atender los partos) puede ser un primer paso para azuzar la curiosidad por el conocimiento de la efectividad, la adecuación y el impacto de los servicios sanitarios en la calidad de vida de los individuos. El enemigo no es la variación intencionada, querida, sino la búsqueda. Las prácticas clínicas constituyen el sistema nervioso central del sistema sanitario y no se trata de que políticos y gestores pretendan equivocadamente la uniformidad, sino de que la profesión y sus líderes se deben a sí mismos y a los pacientes una reducción del despilfarro, el riesgo y las variaciones sin sentido. La conciencia de importantes variaciones que afectan a procedimientos muy comunes constituye la auténtica caída del caballo en la conversión hacia un mayor interés por la efectividad y la adecuación de las pruebas clínicas. Tanto una cosa como otra desbordan el proceso clínico estricto pero son influenciables por el médico. La efectividad, por ejemplo, de la prevención secundaria del cáncer de mama depende de que se dirija a la población con mayor riesgo, y de que se organice de forma rigurosa con personal preparado, involucrando a la atención primaria y con alta participación poblacional<sup>13</sup>. En cuanto a la adecuación, el uso innecesario de los servicios hospitalarios<sup>14-16</sup>, podría ser evitado, al menos en parte, mediante servicios externos, servicios de otro nivel de cuidados y por una mejor organización interna, ajeno todo ello a la práctica clínica estricta. Por otro lado, el que los servicios sanitarios en los países desarrollados produzcan más calidad que cantidad de vida, unido a la creciente constatación de que las utilidades relevantes son las del paciente, y al hecho de que, en ocasiones, la mejor alternativa de tratamiento depende de la valoración de síntomas que realice el individuo afectado (caso p.ej., de la prostatectomía en el prostatismo sintomático<sup>17</sup>) han llevado al desarrollo de medidas de impacto subjetivas que atienden a la calidad de vida relacionada con la salud, desbordando los tradicionales parámetros fisiológicos. La insistencia en la efectividad y la constatación de que la decisión clínica se caracteriza por su incertidumbre han introducido el análisis de decisión en la práctica clínica (uno de sus practicantes más destacados, Kassirer, pasó a ser director del *New England Journal of Medicine*) contribuyendo a fundamentar científicamente las buenas prácticas clínicas. Todos los abordajes novedosos de las variaciones, la efectividad, la adecuación y el impacto en la calidad de vida relacionada con la salud contribuyen al establecimiento de guías, o recomendaciones, de buena práctica, basadas en la evidencia científica<sup>18</sup>, pero no están exentos de problemas<sup>19</sup>. Sus resultados prácticos dependerán de la calidad de la evidencia en que se basen,

del grado de implicación de los profesionales en su elaboración, y de un uso dirigido a informar -no dictar- la decisión clínica. No se puede pretender sustituir ni la experiencia ni el sentido clínicos ni, incluso, cierta subjetividad puesto que la mejor ciencia clínica representa menos que todo lo que los médicos saben<sup>20</sup>. Corregido el evangelismo algorítmico de sus excesos queda, con todas las cautelas antes expuestas, una práctica clínica que ha de incidir sobre variables no estrictamente clínicas para continuar su proceso de mejora continua.

El que la práctica clínica implica gestión puede ignorarse o reconocerse. Si se ignora, la calidad de la asistencia se compromete; y la competitividad del país y su grado de cohesión social también. La jerarquización en la asistencia sanitaria se ha producido acudiendo a modelos organizativos impropios de un colectivo profesional en el que la coordinación del trabajo se ejerce a través de la normalización de habilidades (anestesia, cirujano) y de la correspondiente preparación para ejercerlas mediante la formación de posgrado. No existe correspondencia entre responsabilidad real y autoridad delegada para ejercerla, ni las decisiones se toman en el lugar más rico en información por descentralización insuficiente. Se exagera el control externo y se relega a un segundo plano tanto el control interno, de cada profesional sobre la calidad de su propio trabajo, como el control por colegas. Es incomprensible, por tanto, la sobrerreacción que trata de eliminar el control externo, tanto público como gestor, de la práctica de la medicina, y la consecución de la autonomía profesional total: la autogestión en el área clínica<sup>21</sup>. La eventual mayor competencia entre proveedores de servicios sanitarios agudizará la doble influencia sobre las decisiones del médico: por un lado, un usuario cada vez más exigente y, por otro, la empresa motivándole financieramente para contener el coste de la atención<sup>22</sup>.

La mejor forma de que las consideraciones financieras no interfieran las clínicas pasa por renovar el contrato implícito que la sociedad tiene con sus médicos ejercitando -con autoridad reconocida y responsabilidad exigible- la libertad clínica para conseguir efectividad y satisfacción a un coste social razonable. Este ejercicio responsable de la libertad clínica constituye su mejor salvaguarda. Pasa por una práctica científicamente validada, relacionar y humanamente orientada al usuario, y con el coste de oportunidad social interiorizado.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Eddy D. Cost-effectiveness analysis. A conversation with my father. *JAMA* 1992; 267: 1.669-1.675.
2. Gracia D. Entre el ensayo clínico y la ética clínica: las buenas prácticas clínicas. *Med Clin (Barc)* 1993; 100: 333-336.
3. Greco P, Eisenberg J. Changing Physicians' practices. *N Engl J Med* 1993; 329: 1.271-1.274.
4. Ortún V. Economía en Sanidad y Medicina. Instrumentos y limitaciones (2.º ed.). Barcelona: Hogar del libro, 1991.
5. King's Fund Commission. London's health care in 2010. Londres: King's Fund, 1992.
6. Tomlinson B. Report of the inquiry into London's health service, medical education and research [Informe Tomlinson]. Londres: HMSO, 1992.
7. Segura J. Mercados y regulación. *Información Comercial Española. Revista de Economía* 1993; 723: 5-17.
8. López-Casasnovas G. Estructura y regulación del sistema sanitario español. *Información Comercial Española. Revista de Economía* 1993; 723: 131-148.
9. Pané O. Instrumentos para la modernización de la gestión en Atención Primaria. *Centro de Salud (Madrid)* 1993; 1: 754-761.

10. Bonfill X. El sistema de información, espejo del alma de la gestión clínica. En: Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, (editor), Clínica, gestión y salud pública. Libro de conferencias y ponencias del V Congreso de SESPAS. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1993; 235-241.
11. Berwick D. Controlling variation in health care: A consultation from Walter Schewhart. *Med Care* 1991; 29: 1.212-1.225.
12. Sarria A, Sendra JM. Diferencias regionales en la utilización hospitalaria. *Gac Sanit* 1993; 7: 63-69.
13. Bonfill X, Marzo M, Medina C, Roura P, Rué M. La efectividad del cribaje del cáncer de mama en nuestro entorno. *Gac Sanit* 1992; 6: 128-142.
14. Matorras P, De Pablo M, Otero L, Alonso F, Daroca R, Díaz-Caneja N. Adecuación de los ingresos en un servicio de medicina interna de un hospital de tercer nivel. *Med Clin (Barc)* 1990; 94: 290-293.
15. Bañeres J, Alonso J, Broquetas J, Antó JM. Ingresos hospitalarios inadecuados y días de estancia inactivos en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica y neoplasia pulmonar. *Med Clin (Barc)* 1993; 100: 407-411.
16. Peiró S, Portella E. Identificación del uso inapropiado de la hospitalización. *Med Clin (Barc)* 1994; 103: 65-71.
17. Fowler F, Wennberg J, Timothy R, Barry M, Mulley A, Hanley D. Symptom status and quality of life following prostatectomy. *JAMA* 1988; 259: 3.018-3.022.
18. Kassirer J. The quality of care and the quality of measuring it. *N Engl J Med* 1993; 329: 1.263-1.265.
19. Phelps C. The methodologic foundations of studies of appropriateness of medical care. *N Engl J Med* 1993; 329: 1.241-1.245.
20. Tanenbaum S. What physicians know. *N Engl J Med* 1993; 329: 1.268-1.271.
21. García JM. El hospital, una organización sanitaria, competitiva y eficaz. *Med Clin (Barc)* 1992; 99: 502-504.
22. Borrell F. La relación asistencial en la atención primaria de salud. En: Aranda JM, editor. Nuevas perspectivas en atención primaria de salud. Madrid: Díaz de Santos, 1994.