

SANIDAD

Vicente Ortún. Profesor titular del Departamento de Economía y Empresa de la Universidad Pompeu Fabra.

13 de octubre de 2003

TRIBUNA

Gestión clínica: de la efectividad a la eficacia

El autor defiende que la gestión clínica debe acercar los logros reales del sistema a los mejores posibles (la efectividad a la eficacia). Para ello propone conocer mejor el sistema, eliminar los fallos estructurales que favorecen la incompetencia y ser consciente de que la gestión de cada centro afecta a otros.

Este artículo trata de suministrar algunas claves de gestión utilizando sanitariamente conceptos económicos. Para ello se argumenta que la esencia de la gestión clínica -y sanitaria- pasa por reducir la brecha entre los resultados que en realidad se están consiguiendo (efectividad) y los que pueden conseguirse (eficacia) -el quality chasm del Institute of Medicine de Estados Unidos-, que sólo se gestiona lo que puede medirse y que la gestión de las organizaciones sanitarias desborda sus contornos.

Como indica el libro Gestión Clínica y Sanitaria. De la práctica diaria a la academia, ida y vuelta (Masson 2003), en el que hemos participado Beatriz González, Ricard Meneu, Salvador Peiró, Fernando Rodríguez-Artalejo y yo, entre otros -y en el que está basado este artículo-, reducir esa brecha entre efectividad y eficacia constituye la finalidad de cualquier gestión sanitaria... y clínica. Para conseguir buenos resultados, la mano invisible del mercado no funciona en este campo y la excesivamente visible mano de la política no suele resultar suficiente.

Desafortunadamente, investigar sobre efectividad supone llamar al mal tiempo y no hacer currículum (aunque sí biografía). Los hallazgos no tendrán validez universal y, salvo estrepitosa innovación metodológica, no merecerán eco especial. Resulta, en cambio, que el conocimiento de la efectividad es lo que más debería preocupar a un profesional sanitario, a un gestor, a un político...

En España el 70 por ciento de los programas de control de la tuberculosis de las autonomías, por ejemplo, no cumplen criterios básicos recomendables para conseguir esa relación coste-efectividad que podría encabezar cualquier liguilla de intervenciones sanitarias.

También destaca la competencia profesional de la India, cuya investigación sobre tuberculosis era puntera y beneficiaba al mundo entero, excepto a la India, el país con más casos de tuberculosis en el mundo y en el que menos de la mitad de los pacientes eran diagnosticados y menos de la mitad eran tratados efectivamente. Hasta que empezaron a reducir la brecha entre efectividad y eficacia: diagnóstico sobre esputo, estandarización de tratamientos..., lo que ha supuesto 200.000 trabajadores sanitarios entrenados y 800.000 pacientes tratados con una tasa de éxito del 80 por ciento, todo ello recurriendo a lo que ya se sabía, pero no se aplicaba.

Se gestiona lo que puede medirse. ¿Y qué medimos en nuestros sistemas? En primer lugar, aquello que se presupuesta o compra. En el mejor de los supuestos, actividad. Actividad que también puede denominarse producto intermedio si quiere resaltarse el carácter instrumental de los servicios sanitarios como otro factor más de la producción de salud.

¿Qué podrá decirse de la efectividad o la eficiencia de las organizaciones sanitarias si tan siquiera sabemos qué hacen? No mucho, aunque más que hace pocos años. No quedan lejanos los tiempos en los que a los centros sanitarios se les pagaba fundamentalmente por ser. Así, la forma más habitual de concertar con hospitales pasaba por clasificarlos en categorías de complejidad y asignarles una tarifa en función de la categoría. Se adoptaba la hipótesis implícita de que sofisticación creciente de la oferta iba acompañada de mayor complejidad en los casos atendidos.

Plantearse el cambio de pagar por ser a pagar por hacer ya ha constituido un avance notable, pero llevará unos cuantos años completar la transición que supone. Aunque no tiene por qué realizarse para cualquier tipo de servicio: el ser -o estar, en este caso- de las urgencias hospitalarias tiene sentido sanitario. Bueno será saber que pagar por hacer no siempre tiene sentido.

Pagar por el producto final

Cuanto peor se controlen los insuficientes cardíacos o los diabéticos, más se hará: ingresos frecuentes, agravamientos, complicaciones, etc. Parecería más lógico pensar en términos de pagar según producto final.

Las características del proceso sanitario aconsejan incentivos débiles y coordinación muy intensa en sus formas organizativas. Por otra parte, para que un sistema sanitario funcione de manera satisfactoria se

precisa que quienes asignan la mayor parte de los recursos en el sector -fundamentalmente los clínicos con sus decisiones diagnósticas y terapéuticas- tengan el conocimiento y las ganas de decidir de manera coste-efectiva. El resultado implica situar la gestión clínica en el centro del escenario y procurar una evolución de la medicina cada vez más basada en la efectividad, orientada al usuario y con una preocupación por el mejor uso alternativo de los recursos de que dispone.

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

Los aspectos clínicos de la constatación bautizada como gestión clínica (es decir, que de los profesionales clínicos depende el buen funcionamiento del sistema sanitario) funcionan de forma satisfactoria.

No puede decirse lo mismo de la plasmación organizativa que dicha constatación debería suponer. No habrá buena gestión sanitaria sin buena medicina, y viceversa. Tanto la gestión sanitaria como la clínica comparten misión: reducir la brecha entre efectividad y eficacia. Pese a la obviedad de la afirmación, no suele plantearse así ni la actividad clínica ni la gestora.

Cuando la ventana de una casa (el sistema sanitario) tiene un vidrio roto sin reparar, pronto aparecerá otro en una segunda ventana y, al poco tiempo, la casa será expoliada por ciudadanos corrientes convertidos en ladrones (Schrijvers 2002). En Nueva York, para que esto no ocurriera, la autoridad del transporte primero se apresuró al arreglo inmediato de cualquier tren o autobús vandalizado. Al mismo tiempo se introdujo una política de tolerancia cero. La policía neoyorquina generalizó después la política de la autoridad del transporte. Los ciudadanos ordinarios volvieron a comportarse como tales y las cifras de criminalidad conocieron un espectacular descenso.

Reparar las ventanas antes de implantar la tolerancia nula con la desidia o la incompetencia proporciona una excelente analogía para la sanidad, ya que sirve para argumentar la conveniencia y viabilidad de una cierta competencia por comparación en un entorno donde predominan los monopolios.

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

A todas las claves puede llegarse intentando contestar un par de preguntas: ¿Qué explica que la efectividad quede lejos de la eficacia? ¿Qué actuaciones las acercan?

 [Enviar esta noticia](#)

 [Versión para imprimir](#)