

Gobierno de la sanidad y práctica clínica: ¿las instituciones olvidadas?

La gestión de las organizaciones sanitarias y la introducción de una cierta competencia entre ellas ha absorbido una atención desproporcionada en relación a su trascendencia esperable. Las instituciones sanitarias más relevantes, la urdimbre creada por la política sanitaria y por la práctica clínica, han estado relativamente olvidadas. No se crearán las condiciones para un saludable darwinismo organizativo sin cambiar las dos instituciones sanitarias más relevantes: el gobierno de la sanidad y la práctica clínica.

La mejora en las instituciones y organizaciones sanitarias de España va retrasada respecto al conocimiento existente tanto sobre los problemas de salud y servicios sanitarios como sobre las vías para acometerlos. Falta claridad para centrarse en las implicaciones esenciales de este conocimiento en el gobierno y gestión de la sanidad, en sus instituciones y organizaciones.

Instituciones y organizaciones

Las organizaciones son grupos de individuos con los mismos objetivos que se mueven dentro de unas reglas de juego, formales e informales, implícitas y explícitas. Las organizaciones sanitarias presentan una escasa innovación organizativa. Cambia la tecnología, la demografía, la morbilidad y las costumbres; el mundo se globaliza pero las organizaciones sanitarias responden con lentitud a los cambios. Y a esa lentitud e insuficiencia de respuesta, no imputable a falta de conocimiento, cabe atribuirlo a un entorno institucional sanitario que no propicia la innovación organizativa. La gestión y la competencia concentran de forma excesiva la atención, lo cual, además de frustrar expectativas, tiene un coste de oportunidad en términos del interés que merecen las dos familias de instituciones con mayor relevancia sanitaria: las reglas de juego establecidas por los poderes públicos, y los comportamientos clínicos que resultan aceptables a la profesión médica.

La falta de conocimiento no se erige como obstáculo. Informes como el bienal de SESPAS¹, publicaciones comparativas de países, como las de la OCDE², y la investigación que se realiza proporcionan datos, análisis y recomendaciones útiles para la acción. Establecido un diagnóstico por comparación con otros países no resulta difícil repasar para cada uno de los obje-

tivos ampliamente compartidos (mejorar la efectividad y calidad de los servicios sanitarios, promover la equidad en el acceso a los mismos...) cuánto se ha avanzado, qué limita el avance, y cómo pueden mitigarse las limitaciones al avance tanto mediante la investigación como mediante la acción.

Las reglas del juego —las instituciones— son las restricciones creadas por el hombre que articulan la interacción política, económica y social. Las instituciones que hacen prosperar a los países son las que mejor reconcilian el interés individual con el interés social³. Las instituciones (costumbres, tradiciones, códigos de conducta, leyes, derechos de propiedad) explican el estancamiento y declive en España en la Edad Moderna⁴, y su recuperación en estos últimos lustros⁵.

En sanidad, las normas que emanan del poder público y los códigos de conducta médicos son las dos instituciones más importantes. El gobierno de la sanidad —la macrogestión o política sanitaria— será siempre pública por definición: es la intervención del Estado para conseguir una serie de finalidades que por otras vías no puede lograrse; la legitimidad de su actuación deriva de la voluntad social. La gestión de la sanidad —tanto la mesogestión sanitaria o gestión de centros como la microgestión sanitaria o gestión clínica— no son inherentemente públicas: un médico puede ser médico aunque no sea funcionario. Nunca la gestión pública (la parte sustancial de la gestión sanitaria en España) será como la gestión privada. Ni tiene porqué. La gestión pública sanitaria se ve limitada por diversos imperativos de transparencia, control jurisdiccional, y búsqueda de objetivos establecidos políticamente. Se trata de unas limitaciones convenientes. Ahora bien, existe otro tipo de limitaciones que lastran la gestión y que pueden ser eliminados o mitigados.

Reglas de juego establecidas por los poderes públicos

El Estado establece la financiación de los servicios sanitarios, regula numerosos aspectos de los mismos y de los factores que influyen sobre la salud de la población, y produce una parte de los servicios sanitarios. Se destacan, a continuación, tres cambios institucionales convenientes en las esferas de la financiación, la producción y la regulación. El primero afecta a quién reci-

be la financiación adicional que la sanidad requerirá: si poderes públicos o privados. El segundo aborda una de las peculiaridades del sistema sanitario en España: el elevado porcentaje de producción pública de servicios sanitarios. El tercero establece, por la vía de definir qué se paga, un producto esperable del proceso asistencial que estimule la integración entre niveles asistenciales.

1) El gasto sanitario ha crecido a una tasa anual acumulativa cercana al 5%, en términos reales, durante los últimos 20 años⁶. Y continuará haciéndolo, por mucho que mejore la eficiencia. La financiación adicional pueden aportarla aseguramientos voluntarios — y se tenderá a una sanidad para pobres, o sea a una pobre sanidad— o ingresos adicionales para el Sistema Nacional de Salud provinientes de los servicios sanitarios menos efectivos, cuyos usuarios contribuyan en función de su renta, o de un impuesto finalista para sanidad.

2) El exceso relativo en producción pública de servicios sanitarios puede abordarse situando la atención especializada a riesgo (hospitales constituidos como empresas públicas) y la atención primaria a riesgo (elección de médico de familia) en esquemas de financiación capítativa ajustada que estimule la presencia de proveedores integrados.

La necesidad de flexibilizar el sistema constituye la razón más compartida desde distintas perspectivas a la hora de proponer una división entre la función de financiación y compra, por un lado, y la de producción, por otro^{7,8}. Esta reforma «más probable» supone mitigar las rigideces derivadas de los estatutos de personal y dotar de personalidad autónoma a las organizaciones sanitarias. El reciente consenso entre PSOE y PP sobre la ley de gestión de la sanidad pública que permite a entidades de naturaleza o titularidad pública gestionarse por el derecho privado constituye un paso en esta línea de reforma más probable.

3) El que se financie atención global a un ciudadano, y no servicios sanitarios, contribuirá a evitar que la mitad de los ingresos hospitalarios se realicen a través de Urgencias o que la mitad de los cánceres digestivos sean diagnosticados en urgencias⁹. Si se continúa presupuestando/comprando servicios sanitarios a proveedores no integrados se favorece la competencia entre niveles asistenciales, la duplicación de pruebas, el uso inadecuado y yatrogénico de tecnología y la diferenciación de servicios. Si, en cambio, se opta por presupuestar/comprar atención sanitaria a una población se favorece la cooperación entre niveles ya que ni la retención de pacientes ni la actividad por la actividad favorece a ninguno de los niveles asistenciales en un juego de suma cero. La integración entre niveles requiere mitigar las rigideces innecesarias de la producción pública y actuar contra los corporativismos profesionales de todo tipo. Dado este supuesto de supre-

sión de barreras a la flexibilidad, el mejor acicate a la integración provendrá del establecimiento de la atención sanitaria a una persona —en su globalidad y en todos los aspectos que estén cubiertos— como el producto relevante de las organizaciones sanitarias. Corresponde tal definición de producto relevante al financiador dominante —público— que tiene además potestad regulatoria.

Las reglas clínicas del juego

Si los médicos son los agentes decisivos en la asignación de recursos en el sector sanitario, parece lógico que el cómo dotar a los médicos de la información y de los incentivos para decidir de una forma coste-efectiva sea un problema básico.

Unas reglas de juego que hagan coincidir lo clínicamente valorado con lo socialmente útil constituirán el tipo de institución que permite medrar a la sanidad de un país. En la evolución hacia ese tipo de reglas cabe destacar tres ingredientes como especialmente deseables: la paulatina incorporación de las implicaciones clínicas de los conocimientos sobre efectividad (las implicaciones sanitarias de la «medicina basada en la evidencia» son diferentes y corresponde a la política sanitaria su abordaje), la interiorización por parte del clínico del coste de oportunidad de una prueba diagnóstica o de un tratamiento, y la traducción práctica del principio de que las utilidades relevantes son las del paciente.

1) La adaptación a las circunstancias de cada paciente de los siempre crecientes conocimientos sobre efectividad constituye una clara mejora de la eficiencia clínica. La progresiva conciencia de variaciones en las tasas de diversos procedimientos¹⁰ contribuye a propiciar la escepticismo y lleva formular preguntas pertinentes —acerca de la mejor forma de actuar— y a intentar evaluar críticamente las respuestas disponibles.

2) El verdadero coste de la atención sanitaria no es dinero, ni los recursos que el dinero mide. Son los beneficios sanitarios —paliación de síntomas, recuperación funcional, mayor esperanza de vida— que podrían haberse conseguido si esas pesetas se hubieran utilizado en la mejor alternativa disponible.

3) Conforme una sociedad progresa, el componente calidad de vida en el producto de los servicios sanitarios aumenta. Una gran parte de las actuaciones sanitarias no tienen traducción en términos de mayor cantidad de vida, pero sí en mejor calidad de vida. Al ser la calidad subjetiva y multidimensional resulta inevitable, además de justo, la implicación del paciente para poder establecer el curso de acción más efectivo, sea —por ejemplo— para decidir sobre el tratamiento hormonal sustitutivo o sobre la prostatectomía en la hiper-

plasia benigna de próstata. Un paciente, con la debida información pronóstica, que pueda escoger no tan sólo decidirá en función de las dimensiones de calidad de vida que valore sino teniendo en cuenta otros factores, entre los que destaca la actitud ante el riesgo; ese riesgo que hace que no todo el mundo prefiera el tratamiento más efectivo (heparina más estrep-tokinasa en el tratamiento de la trombosis venosa profunda) sino aquel que le reporta mayor utilidad (heparina sola)¹¹.

Estas tres líneas de desarrollo de la medicina constituyen tanto una respuesta a los cambios habidos en conocimiento, tecnología y valores como una vía de avance hacia el bienestar social. Conviene, pues, estimularlas y complementarlas con un conjunto de vías no clínicas —como las referidas más arriba en financiación, producción y regulación— que permitan proporcionar al médico la información y los incentivos para decidir de una forma coste-efectiva.

Racionalmente se establece, aceptablemente bien, cuáles son las alternativas de mejora institucional más convenientes. Las dificultades aparecen a la hora de implantar cosas aparentemente tan sencillas como los tres cambios institucionales en política sanitaria y las tres líneas de evolución clínica que se han destacado. Habrá que vencer resistencias (siempre alguien gana menos que el vecino), actuar sobre los agentes relevantes, implantar, en suma, los cambios. Algo se aprende de la propia experiencia y algo puede aprenderse de la experiencia ajena¹² acerca de la estrategia más conveniente para estimular la innovación organizativa en sanidad actuando sobre las dos instituciones que más la condicionan: la política sanitaria y la práctica clínica.

Vicente Ortún Rubio

*Departamento de Economía y Empresa
Centro de Investigación en Economía y Salud
Universidad Pompeu Fabra, Barcelona*

Bibliografía

1. Navarro C, Cabañés JM, Tormo MJ (eds). La salud y el sistema sanitario en España. Informe SEESPAS 1995. Barcelona: SG; 1995.
 2. OCDE. New directions in health policy. Paris. OCDE; 1995.
 3. North D. Institutions, institutional change and economic performance. London: Cambridge University Press; 1990.
 4. North D, Thomas R. El nacimiento del mundo occidental. Una nueva historia económica. Madrid: Siglo XXI; 1991.
 5. North D. Institutions. *Journal of Economic Perspectives* 1991;5:97-112.
 6. López Casasnovas G, Ibern P. Algunas consideraciones básicas para comprender las cifras de evolución del gasto sanitario. *Hacienda Pública Española* 1995;133-44.
 7. Elola J. Sistema Nacional de Salud: evaluación de su eficacia y alternativas de reforma. Barcelona: SG; 1994.
 8. Navarro V. El debate sobre la separación entre las funciones de financiación y provisión de servicios en el estado de bienestar y su relevancia para España. *Gac Sanit* 1995;9:202-9.
 9. Porta M, Fernández E, Belloc J, Malts N, Gallén M, Alonso J. Emergency admission for cancer: a matter of survival? (en prensa).
 10. Jané F, Barba G, Salvador X, Salas T, Sánchez E, Bustins M. Variaciones en la tasa de hospitalización por procedimientos quirúrgicos seleccionados. Aplicación del análisis de áreas pequeñas. *Gac Sanit* 1996;10:211-9.
 11. Kassirer J. Incorporating patients' preferences into medical decisions. *N Engl J Med* 1994;330:1895-6.
 12. World Health Organization. Regional Office for Europe. European Health Care Reforms. Analysis of current strategies. Copenhagen: OMS; 1996. p. 237.
-