

**Muestra para utilización docente del capítulo 6 de V Ortún (dir): Gestión  
Clínica y Sanitaria. De la práctica diaria a la academia, ida y vuelta.  
Barcelona: Masson, 2003**

<b>CLAVES DE GESTIÓN CLÍNICA .....</b>	<b>2</b>
<b>Reducir la brecha entre efectividad y eficacia constituye la finalidad de cualquier gestión sanitaria...y clínica.....</b>	<b>4</b>
<b>Se gestiona lo que puede medirse .....</b>	<b>7</b>
<b>La gestión desborda los contornos del centro sanitario.....</b>	<b>8</b>
<b>Entre monopolios cabe la competencia por comparación .....</b>	<b>10</b>
<b>La difusa frontera entre política y gestión .....</b>	<b>11</b>
Condicionantes políticos de las reformas en la gestión pública sanitaria .....	12
<b>Condicionantes económicos y tecnológicos de la gestión clínica y sanitaria .....</b>	<b>13</b>
Características diferenciadoras de las organizaciones sanitarias .....	13
Economías de escala. ....	14
Economías de gama .....	16
La curva de aprendizaje.....	17
Costes de transacción .....	18
Factores tecnológicos y capacidad resolutiva.....	20
<b>Rescapitulación.....</b>	<b>22</b>
<b>Cuadros y figuras.....</b>	<b>24</b>
<b>Bibliografía.....</b>	<b>33</b>

**Capítulo del libro:**

**V Ortún (ed): GESTIÓN CLÍNICA Y SANITARIA  
De la práctica diaria a la academia, ida y vuelta  
Barcelona: Masson, 2003**

## **CLAVES DE GESTIÓN CLÍNICA**

**Vicente Ortún-Rubio  
Departamento de Economía y Empresa  
Centro de Investigación en Economía y Salud  
Universidad Pompeu Fabra, Barcelona**

“Vida honesta y arreglada,  
usar de pocos remedios  
y poner todos los medios  
de no alterarse por nada;  
la comida moderada,  
ejercicio y diversión,  
no tener nunca aprensión,  
salir al campo algún rato,  
poco encierro, mucho trato  
y continua ocupación”

*Escuela de Salerno, s XIII*

Aceptada la constatación lógica de que el buen funcionamiento de un sistema sanitario precisa de unos profesionales sanitarios que tengan la *información* y los *incentivos* precisos para *hacer bien lo que hay que hacer*<sup>1</sup> se entiende la difusión que la gestión clínica ha tenido en los últimos dos o tres lustros.

Suscitada la preocupación por la efectividad y la adecuación, a partir de la constatación de variaciones en la práctica aparentemente arbitrarias, se han elaborado –también en España– numerosas guías de práctica clínica, especialmente por parte de las sociedades científicas; y aunque la tasa de

---

<sup>1</sup> *Hacer bien lo que hay que hacer* puede asimilarse a decisión clínica coste-efectiva. Una decisión clínica será coste-efectiva cuando: primero, tenga fundamento científico; segundo, se oriente a mejorar el bienestar del paciente, especialmente en aquellos casos donde el efecto se mide a través de una calidad de vida subjetiva y multidimensional; tercero, interiorice la dimensión social de cualquier decisión clínica tratando de utilizar juiciosamente los recursos a la vista de los beneficios asistenciales que hubieran podido obtenerse en alternativas próximas. La medicina basada en la evidencia, los instrumentos de ayuda a la decisión compartida y los presupuestos clínicos constituyen tres instrumentos útiles para cumplir, respectivamente, con las tres condiciones citadas de coste-efectividad.

adhesión a las guías no sea proporcional al entusiasmo elaborador parece razonable establecer, de entrada, que la parte clínica de la gestión clínica *si muove*. Como dice Meneu (2002) “prolifera saludablemente los profesionales sanitarios competentes para exponer y debatir los beneficios de su práctica en terminología epidemiológica, adoptando una perspectiva social y con sólidas bases en el mejor conocimiento disponible”. Falta ahora que la parte *no clínica* de la gestión clínica, la de su encaje organizativo, se dinamice también; que el movimiento que ya existe, en la política y la gestión, gane momento y que continúe la puesta al día del parque de gestores en el sentido indicado en la presentación de este libro.

Gestión clínica puede definirse de muchas formas. En tanto que gestión implica coordinar y motivar personas para conseguir unos objetivos; en tanto que clínica afecta a las decisiones diagnósticas y terapéuticas.

La gestión clínica trata simplemente de restaurar los niveles de salud de los pacientes, en la medida de lo posible, mediante acciones que conciernen a pacientes individuales o a grupos de pacientes (agrupados por patología o procedimiento compartido, por la unidad de asistencia...). Las decisiones directas sobre cada persona las adopta el médico, el enfermero...trabajando por separado o en equipo, y las decisiones que afectan a grupos de pacientes las toman principalmente los responsables asistenciales.

La finalidad última de la gestión clínica es la de implicar al profesional otorgándole una responsabilidad sanitaria y social acorde con la discrecionalidad de sus decisiones. Y así como la evolución de la parte más clínica de la gestión clínica puede considerarse satisfactoria (medicina basada en la evidencia, revisiones sistemáticas, estudios de adecuación, validación de medidas de calidad de vida relacionada con la salud, elaboración de guías de práctica clínica...) la parte *no clínica* de la gestión clínica –la de su encaje organizativo- experimenta dificultades mucho mayores<sup>2</sup>.

Analíticamente todo parece sencillo: Cuestión de actuar sobre *información* (formación, sistemas de información...) e *incentivos* (formas organizativas, valores, mecanismos sancionadores de comportamientos...). Realmente resulta, como vivimos y veremos, bastante más complicado.

Este capítulo 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 efectividad y eficacia, que sólo se gestiona lo que puede medirse y que la gestión de las organizaciones sanitarias desborda los contornos de las mismas. A continuación se revisa la difusa frontera entre política y gestión y se recuerda que entre monopolios cabe la competencia por comparación. Se sigue con un análisis de los principales condicionamientos económicos y tecnológicos de la gestión: las características diferenciadoras de los centros sanitarios, la

---

<sup>2</sup> En España, por ejemplo, tal vez sea la descentralización hospitalaria en áreas, que agrupan diversos hospitales y unidades, el exponente más visible del encaje organizativo de la gestión clínica. Sirva como ilustración, no evaluada, el área del corazón, una de las pioneras, en el Hospital Juan Canalejo de La Coruña (Castro et al 1998).

influencia de las economías de escala, gama, aprendizaje y de los costes de transacción, cerrando con la consideración de la capacidad resolutive, máxima expresión clínica de la eficiencia. El capítulo siguiente, dedicado al engarce organizativo de la gestión clínica, constituye la prolongación natural de éste.

### ***Reducir la brecha entre efectividad y eficacia constituye la finalidad de cualquier gestión sanitaria...y clínica***

La última línea en cualquier *cuenta de resultados* de una organización sanitaria pasa por muertes aplazadas y calidad de vida ganada. Así debe ser incluso en organizaciones privadas con unos accionistas a los que atender: el dinero convendría siguiera a los resultados en salud.

La eficacia refleja una frontera de posibilidades de producción para una situación tecnológica: aquello que puede conseguirse si todo funciona bien. La efectividad mide el grado de consecución de ese máximo potencial en función de los datos de la realidad; la calidad de las organizaciones sanitarias no es el único dato –influyen otras organizaciones, la cultura poblacional, el conjunto del sistema sanitario...- pero sí el relevante para los gestores de servicios sanitarios. De hecho la calidad de un proveedor puede medirse por la brecha entre efectividad y eficacia que le resulta imputable.

Empecemos por la gestión sanitaria en la que deberíamos esperar mayores problemas. Aquella que se produce en empresas privadas, con propiedad privada y finalidad lucrativa<sup>3</sup>. Los beneficios, como remuneración residual del propietario cumplen una función socialmente útil cuando premian la eficiencia, recompensan el riesgo que la utilización del capital suponga o estimulan la innovación. En el sector sanitario la empresa privada tendrá un papel muy limitado en el establecimiento de políticas de salud y en la regulación, un papel secundario en la financiación sanitaria (despuntando en la financiación de infraestructuras), un papel importante en innovación y en el abastecimiento al sector sanitario y un papel creciente –pero muy posiblemente secundario- en la producción de servicios sanitarios. En general el papel de la empresa privada será mayor cuanto menores sean los fallos del mercado y más puedan funcionar, por tanto, los mercados. Empresas claramente privadas como las compañías farmacéuticas tienen diversos grados de responsabilidad social y, aunque se deban a los accionistas, su comportamiento puede venir condicionado por la acción de otros grupos de interés como los trabajadores, las asociaciones de consumidores, o Greenpeace. La Bolsa (cualquiera entre nosotros que procure maximizar la rentabilidad/riesgo de sus ahorros), no obstante, valorará únicamente la responsabilidad social de las empresas en la medida que las ayude a ser más rentables<sup>4</sup>. Y con esta realidad, a la que casi todos contribuimos, hay que contar: El respeto al medio ambiente, la preocupación por la sostenibilidad, el énfasis en resultados en términos de salud se perseguirán si ayudan a ganar dinero. La presión de los distintos grupos interesados en lo que suceda en las empresas (ciudadanos, clientes,

---

<sup>3</sup> En otro lugar ya se ha desarrollado ampliamente la adecuación de la empresa privada a las distintas funciones sanitarias (Callejón y Ortún 2002).

<sup>4</sup> A medio plazo un efecto positivo para la empresa de un comportamiento socialmente responsable puede derivarse de la atracción de candidatos muy calificados para incorporarse a la misma (The Economist, 14 Diciembre 2002).

trabajadores...) pueden ayudar a que los exponentes de conciencia social se valoren positivamente por el mercado. En cualquier caso, sin embargo, no constituye misión de las empresas procurar por unas sociedades más justas. Esto es tarea del Estado.

Por otra parte, en las organizaciones sanitarias más prevalentes –públicas y privadas sin finalidad lucrativa- podría esperarse que la persecución de una buena *cuenta de resultados* –recordemos aplazamiento de mortalidad y mejora de calidad de vida- pudiera perseguirse libre de eventuales cortocircuitos. Sabemos que hay más de una *cuenta de resultados*, a veces casi tantas como integrantes de la organización. Cada uno cuida su parcela en la confianza de que el planteo global de cómo conseguir efectividad en el abordaje de las enfermedades cardiovasculares, el cáncer o los accidentes corresponde a la política sanitaria...pero la *mano invisible* del mercado no funciona en este campo y la excesivamente visible mano de la política no suele resultar suficiente.

Existen una serie de asociaciones básicas, atajos mentales tan cómodos como irracionales, que llevan a asociar respuesta sanitaria a cualquier problema de salud, como, por ejemplo, experto en tuberculosis a cualquier aumento de incidencia de la misma. Y eso no es así. La mayor parte del conocimiento sanitario está en las organizaciones de prestación de servicios no en ministerios, u otras autoridades sanitarias, aunque todavía nos comportemos como influidos por un determinismo unidireccional paleomarxista según el cual la política sanitaria determinaría objetivos para los centros que los gerentes de los mismos transmiten a los profesionales de la gestión clínica. Ilustrémoslo con algunos ejemplos.

### Tuberculosis

Una enfermedad conocida por el hombre desde el alba de la historia y que alcanzó proporciones epidémicas (la peste blanca) con el proceso de urbanización que acompañó a la Revolución Industrial. Con anterioridad a 1944, año en que se dispuso de un tratamiento eficaz, la mortalidad disminuyó muchísimo a raíz de las mejoras socioeconómicas pero al margen de colapsos del pulmón implicado, pneumotórax terapéutico, toracoplastias y demás intervenciones sanitarias. Los ensayos clínicos aleatorios acompañaron desde el inicio, y de manera pionera, a los nuevos tratamientos y medidas preventivas introducidas en la década de los cuarenta. La elevada eficacia de los mismos fue rápidamente establecida.

Décadas más tarde la efectividad de control de la tuberculosis deja muchísimo que desear en muchas regiones del mundo. En una contribución a la reunión anual del Fondo de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social (Córdoba 1988), el ponente, refiriendo datos ajenos, hablaba de un 3,8% de efectividad en la lucha contra la tuberculosis. Esto es sólo 3,8 personas de cada 100 tuberculosas se beneficiarían del programa de control. El 0,038 resultaba de multiplicar un 0,95 de eficacia por un 0,1 de diagnósticos sobre casos nuevos por un 0,8 de tratamientos correctos sobre casos diagnosticados por un 0,5 de cumplimiento con el tratamiento. ¿De qué servía una eficacia del 0,95 o 95%? Para publicar tal vez; para *cuidar la viña* no.

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 ciudadano, a un político... En España, el 70% de los programas de control de tuberculosis de las Comunidades Autónomas no cumplían criterios básicos recomendables para conseguir esa relación de coste-efectividad que podría encabezar cualquier liguilla de intervenciones sanitarias. Y no cumplían criterios básicos ni en porcentaje de búsqueda activa ni en cumplimiento ni en terapia directamente observada ni en retraso diagnóstico ni en porcentaje de contactos revisados...lo que indica la precaria situación de España en cuanto al control de la tuberculosis (Rodrigo et al 1999). Y nada de ello puede achacarse a que no existan profesionales competentes en tuberculosis.

También destacaba 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 tuberculosos eran diagnosticados y menos de la mitad de éstos eran tratados efectivamente. Los servicios de laboratorio estaban infrutilizados, los regímenes de tratamiento eran innecesariamente complicados, la escasez de medicamentos era frecuente y no se valoraba el cumplimiento con el tratamiento...hasta que empezaron a reducir la brecha entre efectividad y eficacia: diagnóstico sobre esputo, tratamiento observado directamente, estandarización de tratamientos...lo que ha supuesto 200.000 trabajadores sanitarios entrenados, 436 millones de personas con acceso a los servicios, 3,4 millones de pacientes evaluados y 800.000 tratados con una tasa de éxito del 80%. \$50 por paciente curado aplicando lo ya se sabía, pero no se aplicaba (Khatri et al, 2002).

### Insuficiencia cardiaca

El capítulo de Rodríguez Artalejo et al, de este libro, ilustra, a partir de dos historias clínicas, la brecha entre efectividad y eficacia en el abordaje de esta enfermedad para desarrollar, después, como los programas de gestión de enfermedades pueden mejorar la atención a los enfermos crónicos en general. Los autores presentan los resultados de una revisión sistemática de ensayos clínicos que evalúan programas de gestión de IC y refieren un par de experiencias españolas, con un número relativamente limitado de pacientes y evaluadas con diseño de comparación antes-después: la del Servicio de Medicina Interna del Hospital del Sagrado Corazón de Barcelona y la del PAMEM. Utilizaremos esta segunda a título ilustrativo.

El PAMEM, mutua responsable de la asistencia sanitaria al personal municipal de Barcelona (unas 29.000 personas) ha introducido programas de gestión de enfermedad –tenía la madurez organizativa requerida – para reducir la brecha entre efectividad y eficacia. En relación a la insuficiencia cardíaca ya han presentado algunos resultados tras el primer año de implantación de las guías de práctica clínica: Coincidiendo con la literatura internacional, se ha producido un descenso en las hospitalizaciones por descompensaciones de la IC, un

menor número de urgencias en atención primaria, y un aumento del uso de los servicios de atención primaria. También ha mejorado la prescripción de fármacos: aumento en la prescripción de inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECAs) que son los fármacos de primera elección en la guía, incremento en la prescripción de beta-bloqueadores y descenso en la de calcio-antagonistas de primera generación, ya que el efecto inotrópico negativo de estos fármacos puede ser perjudicial en el paciente con IC.

Abizanda y Picas (2002), en el marco de la figura 1, concluyen que las claves para conseguir esta positiva evolución radican en:

- recomendaciones para médicos, pacientes y enfermeras,
- las herramientas tecnológicas de apoyo,
- la educación de los pacientes para su autocuidado y cumplimiento terapéutico,
- y el uso adecuado de la tecnología de la información para la generación de datos, junto con el manejo inteligente de dicha información para modificar o adaptar comportamientos.

*figura 1 por aquí*

### IAM

El capítulo de Salvador Peiró en este libro analiza y cuantifica –de forma replicable para otros problemas de salud- la dimensión y vulnerabilidad de la brecha entre efectividad y eficacia en el abordaje del infarto agudo de miocardio.

### Inadecuación en la indicación y realización de cesáreas

La organización de guardias obstétricas en llamada, atención al parto a cargo de matronas –con organización por turnos, implicación del médico únicamente en caso de riesgo o complicación, y la relación continuada y exclusiva de una organización sanitaria con sus médicos, ilustra cómo la adecuación en la indicación y realización de cesáreas es vulnerable a una buena gestión. Explica la neutralización tanto de la tendencia a indicar, y realizar, cesáreas por razones de conveniencia (descanso, ocio), como la de realizar cesáreas por otras consideraciones no estrictamente clínicas (Spetz et al, 2001).

### ***Se gestiona lo que puede medirse***

*What gets measured gets managed.* ¿Y qué medimos en nuestros sistemas sanitarios? 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.

Este producto intermedio tiene conocidas dificultades de medida, pese a los avances en sistemas de clasificación de pacientes, particularmente en atención primaria, urgencias y consultas ambulatorias de atención especializada y atención sociosanitaria fuera de instituciones. La inexistencia de un Conjunto Mínimo Básico de Datos en Atención Primaria destaca entre las ausencias.

¿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, por ejemplo, la forma más habitual de concertar con hospitales pasaba por clasificarlos en diversas categorías de complejidad creciente 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<sup>5</sup>.

Plantearse el cambio de pagar por *ser* a pagar por *hacer* ya ha constituido un avance notable. 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, llevará unos cuantos años completar la transición que supone. Bueno será saber que pagar por *hacer* no siempre tiene sentido. Cuanto peor se controlen los insuficientes cardíacos o los diabéticos más se *hará*: ingresos frecuentes por descompensación, agravamientos, complicaciones, etc. Parecería más lógico pensar en términos de pagar según producto final. Caricaturizando un poco, venimos de una situación en la que se valoraba el grado de especialización de un Servicio, por ejemplo de Endocrinología, con cierta independencia de lo que hicieran. Estamos yendo a otra situación en la que el criterio *hacer* lleva a valorar el número de visitas. Parece conveniente tender a pagar en función de la efectividad y calidad de lo que se hace: Mejor según el grado de control que consigan los diabéticos – medido, por ejemplo, a través de la hemoglobina glicosilada (HbA1c)- que por el número de visitas que se realicen. Primar actividad puede llevar a la paradoja de *cuanto peor* (el conocimiento de la etiología de las fracturas, la incidencia de enfermedad, el control de los crónicos) *mejor* para la actividad.

### ***La gestión desborda los contornos del centro sanitario***

Algunos procesos sanitarios, por su radical impacto sobre la vida, requieren calidad 'seis sigmas' (seis desviaciones estándares o un 99,999997% de probabilidad de ausencia de error) y, aún así, no podemos asegurar que la suma de procesos de mucha calidad nos proporcione calidad en el conjunto del sistema sanitario. La excelencia local puede quedar fácilmente sepultada por la mediocridad sistémica.

Para juzgar la calidad de un sistema sanitario queremos conocer datos del estilo de: la tasa de complicaciones graves en enfermos diabéticos, la supervivencia en cáncer de mama, la prevalencia tabáquica, la tasa de resistencias bacterianas, el porcentaje de cánceres digestivos que se diagnostican en urgencias hospitalarias (Porta 1998), la prevalencia de anemias ferropénicas...en general tasas de circunstancias adversas evitables referidas a utilización (hospitalizaciones evitables por ejemplo), morbilidad o mortalidad.

---

<sup>5</sup> Lo cual era en numerosas ocasiones una hipótesis que no se sostenía. Para una ilustración véase Artells, 1989.



Cerca del 50% de la población española pronto tendrá al menos una enfermedad crónica (asma, depresión, diabetes, insuficiencia cardiaca congestiva...). Existe suficiente evidencia científica para afirmar que la atención efectiva a los enfermos crónicos exige un cambio en las formas de prestar la atención sanitaria (Wagner et al 2001, Rundall et al 2002, Berwick et al 2002, Renders et al 2001).

La mejora en la gestión de los centros sanitarios requiere, como el cubrir tres por tres puntos en disposición cuadrada mediante línea quebrada sin levantar el lápiz del papel ni retroceder, desbordar las paredes (los bordes del cuadrado) de los centros (figura 2).

*Desbordar el marco* supone pensar -con base poblacional- acerca de la mejor forma de actuar sobre las enfermedades, en todas sus fases, incorporando tres constataciones *novedosas* de los últimos setenta años.

*figura 2 por aquí*

La primera *novedad*, la constatación de variaciones aparentemente arbitrarias en la práctica médica, especialmente en los últimos treinta años e impulsada por Wennberg, ha proporcionado el acicate intelectual y profesional para pensar y actuar en términos de *mejora continua de la calidad* (aunque cada cual lo llame como quiera). Y esto puede realizarse con ayuda de la segunda *novedad*.

La segunda *novedad*, el legado de Walter Shewhart, y otros en el Hawthorne de los años treinta, padres intelectuales de las técnicas de mejora continua de la calidad (Berwick, 1991) . En Hawthorne se constató que la motivación de las personas importa, que quién sabe más acerca de un trabajo es quien lo está desempeñado, que sería conveniente explicar los errores propios para que otras personas no incurran en ellos...por ejemplo dedicar alguna sesión clínica a pacientes en los que se han cometido errores (Chassin y Becher 2002).

La tercera *novedad*, la constatación de Rose (1988) de que las causas de incidencia de enfermedad en una población no coinciden con las que explican la enfermedad en un individuo. Tan importante –o más- que actuar sobre la *letalidad*, o las secuelas mórbidas, es procurar desplazar a la izquierda la curva de *incidencia* de enfermedad. Y en esta disminución de la incidencia de enfermedad, la prevención, fundamentalmente la primaria, juega un papel esencial.

Una vez se tiene la visión de conjunto, coordenadas básicas establecidas sobre importancia y vulnerabilidad, llega el momento de plantearse quién hace qué y como se posiciona una organización determinada.

#### Reparar las ventanas rotas antes de implantar la tolerancia nula

La ciudad de Nueva York ha registrado desde mediados de la década pasada una notable disminución en sus tasas de criminalidad. De 626.182 delitos en 1992 a 355.893 en 1997. Una parte del cambio puede imputarse a la nueva manera de gestionar los servicios de policía: tolerancia cero y cambio en la

medida del producto: incidencia de delitos (estimula visión global, prevención...) en lugar de número de arrestos...y –lo que conviene no olvidar- sustitución de las tres cuartas partes de los responsables policiales de zona.

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

Las analogías sanitarias brotan con carácter inmediato:

- Producto final: reducción de la incidencia de delitos (enfermedad) con la consiguiente mejora individual y en bienestar social.
- Hay que pensar en todas las formas de reducir delitos (enfermedad). No sólo en las policíacas (servicios sanitarios).
- Sistemas de evaluación e incentivación en consonancia con ese producto: Coherencia en el diseño.
- *Reparar ventanas...* solucionar aquellas deficiencias graves en dotación de recursos, de personal auxiliar, de sistemas de información que padecen nuestras organizaciones sanitarias.
- Tolerancia nula no sólo con la población, también con la negligencia y el descuido entre profesionales. Mediocridad llama a mediocridad. Las buenas ideas, también en Sanidad, pueden fácilmente anularse por la garantía de inamovilidad entre nuestros responsables zonales *de policía*, garantía con un legítimo origen histórico –no cambiar funcionarios según resultados electorales- pero con un conocido –y evitable- efecto secundario: no cambiar ni por incompetencia ni por dejadez manifiesta.

### ***Entre monopolios cabe la competencia por comparación***

El monopolio constituye un caso específico de economías de escala ya que pueden producirse los servicios requeridos por un mercado geográficamente establecido a menor coste y mayor calidad cuando hay un solo proveedor en lugar de dos o más.

Los monopolios resultan perjudiciales para el bienestar social de ahí que la política deba evitar su aparición o, como mínimo, su inamovilidad temporal. La política de una empresa, en cambio, se dirige a conseguir tanto *poder de mercado* como pueda, a parecerse lo más posible a un monopolio.

El caso es que los servicios sanitarios, como servicios personales, tienen su mejor delimitación de mercados relevantes a partir del establecimiento de ámbitos geográficos que cumplan un par de condiciones: primera, los proveedores del ámbito-mercado establecido han de prestar como mínimo el 75-90% de los servicios que reciben los usuarios de ese ámbito-mercado;

segunda, el porcentaje de servicios recibidos por los residentes de ese ámbito-mercado de proveedores situados en otros ámbitos no ha de exceder del 25-10% (Dalmau y Puig 1998).

La aplicación de estos criterios a los países desarrollados nos muestra como – excepto en las zonas de alta densidad demográfica- los proveedores sanitarios bien son monopolio bien radican en ámbitos-mercados muy concentrados (con pocos proveedores).

De ahí que se hayan propuesto diversas formas atenuadas de competencia. Y aquí conviene recordar un resultado derivado de la comparación de diversas formas organizativas en sanidad y en otros sectores (privadas, con y sin finalidad lucrativa, y públicas): El grado de competencia en el mercado de servicios afecta más al comportamiento de una organización que la naturaleza, pública o privada, lucrativa o no, de su propiedad. La bondad y capacidad innovadora de cualquier organización depende más de los estímulos que reciba -u obstáculos que deba superar- que de quiénes ostenten su propiedad (Callejón y Ortún 2002).

Por muy monopolio que sea una organización sanitaria nunca lo será más que la Agencia Tributaria y nada impide a la Agencia comparar la eficiencia recaudatoria de sus inspectores ajustando por sus respectivas bases impositivas. Alguien que se sabe comparado, ajustando –eso sí- por las variables que él no controla, estará más cercano al grado de competencia socialmente saludable que el inimpugnable vitalicio.

Esta competencia por comparación resulta válida tanto para las políticas de salud, estilo OMS, como para la gestión de centros, estilo *los mejores hospitales* (Peiró 2002), o la gestión clínica. Sus efectos benéficos han sido documentados, como mínimo, para esta última (Chassin et al 1996).

### ***La difusa frontera entre política y gestión***

Entre los ámbitos de la gestión sanitaria (figura 3) es en el de la macro-gestión o política sanitaria donde resulta más difícil delimitar donde puede acabar la política y empezar la gestión. La política en sanidad ha de servir para establecer prioridades y alcanzar compromisos entre objetivos sociales contradictorios y que afectan de manera diferente a los distintos actores sociales. La gestión, que pasa por coordinar y motivar a las personas para conseguir los objetivos de una organización, requiere que estos objetivos sean claros y conocidos. Tan perjudicial resulta suplantar la política (Franco decía que él no se metía en política) como invadir la gestión.

*figura 3 por aquí*

Países como Nueva Zelanda pueden permitirse una convocatoria internacional para directivos de su Servicio Nacional de Salud. En otros países, más próximos a nuestra tradición, cualquier gestor de una organización sanitaria ha de estar –como mínimo- *bien visto* por la autoridad política de la que provendrá la mayor parte de su financiación. Un gestor necesita *chromos* para intercambiar

con sus unidades operativas y de apoyo a cambio del logro de una serie de objetivos y actividades que se expresan en un presupuesto. Sin *cromos* poco juego hay. De ahí la lógica del *nihil obstat, nomenatur*, del cribado previo al nombramiento.

### **Condicionantes políticos de las reformas en la gestión pública sanitaria**

- *Statu quo* y competencia, por leve que sea, resultan incompatibles. No puede figurar en la misma agenda política el mantenimiento de la situación con la introducción de una competencia siempre schumpeteriana, creativa y destructiva al mismo tiempo. Por ejemplo, los datos asistenciales (como el Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria) y económicos (como la Central de Balances) de los que se dispone en la actualidad permiten ya una competencia entre hospitales de agudos mayor de la que parece políticamente deseable (la que se está dando). Y es que se olvida con frecuencia que la competencia destruye y altera el *statu quo*.
- Mayor flexibilidad sin control conduce fácilmente a un pacto gestores públicos-sindicatos a expensas del bienestar común. Hay que respetar el binomio libertad /responsabilidad.
- ¿Autorestricción administrativista o restricción política? Intereses corporativos y sindicales no tan sólo pueden ser un freno a la externalización sino que también pueden limitar la desburocratización del sector público. El diagnóstico de autorestricción administrativista a la discrecionalidad gestora lleva a estrategias de flexibilización de los vínculos funcionariales y estatutarios que pueden resultar absolutamente inocuas si el origen de la falta de flexibilidad no está en el derecho administrativo sino en otros factores. Laboralizar, por ejemplo, puede correlacionarse con mayores salarios, en lugar de con mayor productividad, en la historia de las empresas públicas españolas.
- Evitar búsquedas y mantenimiento de rentas a través de actividades de influencia. No siempre puede ser bueno atar a los políticos al mástil, como Martín (1998) sugiere para otras circunstancias. Los politiqueos suponen una ineficiencia, pero cortar la comunicación, reforzar la privacidad, y no dar cuentas constituye una forma inaceptable en gestión pública de acabar con las actividades de influencia.
- Los juegos políticos, a diferencia de lo que ocurre en el mundo de los negocios o en el comercio internacional, son frecuentemente juegos de suma cero, de competencia destructiva. Los escaños que uno gana, otro los pierde. Esto dificulta la consecución de pactos entre fuerzas políticas, convenientes para la implantación de mejoras en la gestión pública.
- El cambio institucional, como el cambio organizativo, tiene dependencia de senda. Ello aconseja una estrategia de *radicalismo selectivo*: transformaciones escogidas, de gran alcance, sobre un frente clave y

reducido para no incentivar la formación de grandes coaliciones de bloqueo y permitir la formación paulatina de coaliciones de apoyo. No obstante, si vemos que el radicalismo selectivo (experimentos, pruebas piloto que afectan a una minúscula parte de la oferta sanitaria) persiste en el tiempo –sin generalizarse- podemos hablar de fracaso: se habrá dejado a la mayor parte de la oferta sin pequeñas mejoras (no radicales) y las eventuales mejoras producidas en una pequeña parte de oferta no se habrán propagado al resto.

## **Condicionantes económicos y tecnológicos de la gestión clínica y sanitaria**

### **Características diferenciadoras de las organizaciones sanitarias**

Primera. Tradicionalmente se ha hablado de *hospitalcentrismo* pero puede generalizarse el concepto a *organizacióncentrismo* y *nivelcentrismo* en numerosos sistemas sanitarios que favorecen tanto la competencia entre niveles como el que los centros no consideren los efectos externos –positivos o negativos- que una parte importante de sus decisiones tienen en otros centros sanitarios<sup>6</sup>. El *nivelcentrismo* lleva a optimizar el comportamiento en cada nivel lo que fácilmente puede suponer:

- No tener en cuenta los beneficios que puedan redundar en otros niveles asistenciales, por ejemplo ¿por qué prescribir una medicación que disminuye hospitalizaciones pero cuesta más?
- Derivar, compensando previamente cuando haga falta, los casos que no interesan. *Acicalar y largar* en la terminología de Shem (1998).
- Retener los casos que desde cualquier perspectiva, desde científica a cómoda, parezcan más interesantes.
- No preocuparse por la adecuación de las derivaciones procedentes de otro nivel asistencial (o de la adecuación de las pruebas diagnósticas solicitadas por otros servicios dentro del mismo nivel asistencial),
- Duplicación de pruebas con su correspondiente iatrogenia.

No se estimulan, por tanto, los comportamientos cuyas mejoras se reflejan en otros niveles asistenciales.

Segunda. Importancia de las normas clínicas como institución. Las normas clínicas comprenden tanto el conjunto de comportamientos que la profesión estima aceptables (y que sanciona con reconocimiento u ostracismo) como el conjunto de valores y expectativas compartidos por el grupo profesional de referencia. Las normas clínicas constituyen una garantía de que se hará lo mejor para los pacientes con independencia de otras influencias<sup>7</sup>. Eso sí, la

---

<sup>6</sup> Ejemplo: Un servicio de farmacia hospitalaria puede decidir emplear, para una denominación común internacional, la marca más cara porque el fabricante le regala el producto con la expectativa que la inducción de prescripción al resto del sistema compensará la donación. El hospital ha sido racional y ha tomado la mejor decisión, pero puede ocasionar un perjuicio en el conjunto del sistema mayor que el ahorro conseguido.

<sup>7</sup> Lo mejor para un paciente con independencia de otras influencias justifica la libertad clínica, libertad que, por ejemplo, no puede utilizarse para oponerse a la prescripción de genéricos (mismo resultado para los pacientes a menor coste para ellos y para la sociedad).

fidelidad a la profesión resulta con frecuencia más fuerte que la fidelidad a la organización para la que se trabaja.

Tercera. Coordinación muy intensa dentro y entre organizaciones sanitarias. Al igual que ocurre con el diseño de un avión, el mejor diseño no se obtiene encargando el diseño de sus componentes (fuselaje, navegación, motor, mobiliario...) a los mejores especialistas y reuniendo los diseños después: el avión no volaría. Se requiere relación constante –prácticamente cotidiana- entre los distintos grupos encargados del diseño de cada parte, lo cual imposibilita la externalización pues no resulta practicable la renegociación permanente de los contratos. La alternativa que mejor responde a esta necesidad de coordinación muy intensa pasa por algún tipo de organización jerárquica.

Cuarta. Ausencia de soluciones fáciles para los problemas de incentivación. Ni sirve la persecución del lucro, sin correcciones, ya que cortocircuita las decisiones clínicas en interés del paciente ni puede ignorarse la sociedad en la que se vive.

Quinta. Aplicación muy atenuada de la regla de oro del control interno: La separación entre gestión de la decisión y control de la decisión<sup>8</sup> que ha de producirse siempre que quien toma las decisiones no soporta plenamente las consecuencias de las mismas (supuesto habitual en el ejercicio profesional por cuenta ajena) no tiene lugar en las decisiones clínicas.

### **Economías de escala.**

El proceso de producción de un servicio sanitario presenta economías de escala en un intervalo de cantidad producida cuando el coste medio por unidad producida disminuye a lo largo del rango.

Con frecuencia nos encontramos con curvas de costes medios que tienen forma de U, como la de la figura 4. El coste medio decrece inicialmente y a partir de un cierto punto vuelve a crecer cuando aparecen cuellos de botella o ineficiencias derivadas del tamaño.

Las economías de escala vienen explicadas por diversos factores, particularmente, por la distribución de los costes fijos sobre una cantidad producida creciente y por una mayor productividad de los costes variables derivada de una creciente especialización.

*figura 4 por aquí*

Para bastantes servicios hospitalarios será más frecuente encontrar curvas de costes medios en forma de L, como la de la figura 5. El coste medio por unidad producida decrece hasta alcanzar la escala mínima eficiente (EME) a partir del cual la curva se vuelve plana. El tema de las economías de escala en centros

---

<sup>8</sup> Un proceso decisorio puede descomponerse en cuatro fases: inteligencia o formulación de alternativas, elección de alternativa, implantación de la alternativa escogida y, finalmente, valoración del resultado. A las fases primera y tercera se las denomina *gestión* de la decisión. A las fases segunda y cuarta *control* de la decisión.

sanitarios, y por consiguiente el establecimiento de su tamaño óptimo, está plagado de dificultades derivadas tanto de insuficiencias contables como, sobre todo, de la dificultad de ajustar por diferencias en calidad, gravedad, composición de enfermos tratados, etc. Algún trabajo metodológicamente correcto (Dranove 1998) obtiene para algunos servicios hospitalarios curvas de costes medios en forma de L con una escala mínima para ser eficiente de 250 cama, sin que ello suponga validez universal para este resultado.

*figura 5 por aquí*

Si recuperamos la clasificación de actividades de prestación de servicios de Maister (cuadro 1) para distinguir entre distintas unidades esperaríamos substanciales economías de escala en las que más puedan asimilarse a una fábrica y escasas economías de escala en servicios profesionales, quedando en una posición intermedia las dos casillas que no pertenecen a la diagonal principal. Expresado de otra forma, las economías de escala se asocian a procesos productivos intensivos en capital.

*cuadro 1 por aquí*

#### De los mataderos de conejos al Ford-T y la cirugía oftálmica

Henry Ford se inspiró en el matadero de Chicago para diseñar su línea de montaje de coches: Las plataformas eran desplazadas a lo largo de unos carriles donde grupos especializados de operarios montaban, soldaban o pintaban hasta llegar al producto final. Posiblemente en el matadero viera como los conejos sacrificados se iban colgando de un alambre móvil para su posterior desollado, desangrado, evisceración y despiece.

El proceso de queratotomías radiales en la antigua URSS también se efectuaba desplazando la camilla a través de varios operadores especializados en diferentes incisiones.

Los Hospitales Oftalmológicos Aravind, en Tamil Nadu, India, se han convertido en el mayor proveedor de cirugía oftalmológica del mundo con 180.000 intervenciones de cataratas al año, dos terceras partes de ellas gratuitas. El fundador de Aravind, el Dr. Govindappa Venkataswamy se inspiró directamente en el Ford-T, sin pasar por las queratotomías de la antigua URSS. Aravind ha diseñado una línea de montaje, extraordinariamente eficiente, de gran volumen. Cada fase del proceso ha sido estandarizada desde el examen del paciente a la misma cirugía. Mientras un cirujano opera en una mesa, en otra próxima se prepara el siguiente paciente y así de forma iterativa. Dada la importancia de las lentes intraoculares Aravind decidió producirlas (700.000 al año) tanto para su propio consumo como para el mercado.

Los pacientes, gratuitos y de pago, son atendidos por los mismos profesionales sanitarios pero en dos centros adyacentes aunque diferenciados en cuanto a confort. Aravind atrae suficientes pacientes de pago, ofreciendo una calidad extraordinaria y manteniendo en posiciones de liderazgo en investigación por medio de alianzas con instituciones de EEUU, sin comprometer la calidad de la atención a quienes no pagan. El coste de la intervención no excede demasiado

de los \$10, resultado también de una repercusión pequeña de honorarios profesionales por intervención. El gran volumen de intervenciones junto con la gratificación de trabajar en una organización punta y filantrópica complementa la remuneración de tal manera que los profesionales pugnan por trabajar en Aravind. Mientras tanto, su fundador, el Dr. Venkataswamy, continúa viviendo de la pensión que le concedieron cuando tuvo que retirarse en 1976 –con 58 años- antes de impulsar con éxito gestor el proyecto Aravind al servicio de una misión clarísima: proporcionar visión (Rubin 2001)<sup>9</sup>.

### **Economías de gama**

Una organización sanitaria presenta economías de gama cuando reduce el coste total prestando un conjunto de servicios, en lugar de que éstos sean producidos en las mismas cantidades por un grupo de organizaciones diferentes. Existen economías de gama cuando el coste total de producir X e Y en la misma organización es menor que el la suma de costes de producir X en una organización e Y en otra diferente:

$$CT(Q_x, Q_y) < CT(Q_x, 0) + CT(0, Q_y)$$

Otra manera de expresar la definición se obtiene operando en la fórmula anterior: Habida cuenta de que los costes totales sin producción ni de X ni de Y serían cero:

$$CT(Q_x, Q_y) - CT(0, Q_y) < CT(Q_x, 0) - CT(0, 0)$$

La fórmula indica que el coste adicional de producir  $Q_x$  unidades de X resulta menor cuando ya se está produciendo Y que cuando no se está produciendo Y.

La explotación de las economías de gama en la producción de 300-400 tintes sintéticos por parte de Bayer, Basf y Hoechst (hoy Aventis) a partir de los años 1880-90 permitió a estas tres empresas construir una ventaja competitiva que no consiguieron sus competidores, particularmente los británicos –que fueron los inventores de los tintes sintéticos y quienes gozaban además de la ventaja comparativa que el carbón les proporcionaba- autolimitados a 30-40 tintes. Pensemos que la industria química era entonces la más avanzada tecnológicamente y que las tres empresas del Rin citadas, al dar ese primer paso dirigido a explotar economías de gama en la producción de tintes, consiguieron unas capacidades gestoras para producir y comercializar a escala mundial que explotaron posteriormente con otros productos (Chandler 1992) y les proporcionaron un liderazgo sostenido en la industria química.

El concepto de economía de gama no resulta intuitivo pero reviste especial importancia en organizaciones como las sanitarias donde el conocimiento constituye un factor de producción importantísimo. Conocimiento en los individuos o conocimiento tácito en la organización que a modo de un exceso de capacidad, *no alquilable o vendible a terceros*<sup>10</sup>, permite abordar a menor

---

<sup>9</sup> Y aunque el altruismo no resulte extrapolable, sí lo es la idea de adaptar la organización a los objetivos que se persigan.

<sup>10</sup> El que ese conocimiento pueda alquilarse o venderse –incluso ser utilizado por el propio profesional en el caso de que pueda trabajar en otra organización- hará que esas potenciales



coste la prestación de servicios relacionados con los que ya se están prestando.

Los límites horizontales de cualquier organización sanitaria no vendrán explicados únicamente por las economías de gama y de escala. Muchos otros factores influyen. Particularmente, y condicionando el tamaño de las organizaciones, los costes de transacción. Los *costes de transacción* –los de coordinar y motivar para que una organización funcione- limitan el tamaño de las empresas ya que llega un momento en que el conjunto se vuelve difícil de coordinar, casi inmanejable, los incentivos se debilitan, las influencias aumentan...de manera que resulta mejor acudir al mercado, a otras organizaciones.

### **La curva de aprendizaje**

La curva de aprendizaje refleja las ventajas en costes derivadas de la experiencia acumulada. Tanto los profesionales como las organizaciones aprenden con la experiencia acumulada y bajan costes y/o mejoran la calidad de lo que hacen. La figura 6 refleja una curva de aprendizaje: cuando el volumen acumulado de servicios producidos pasa de  $Q_x$  a  $2Q_x$ , el coste medio disminuye de  $CM_1$  a  $CM_2$ . La magnitud del aprendizaje viene expresada por la pendiente de la curva. Estas pendientes se han estimado para numerosos productos industriales y la media parece indicar que multiplicar por dos la producción acumulada comporta una reducción del coste medio del 20%.

En el caso de los servicios sanitarios la curva de aprendizaje tiene una expresión dramática no tanto en costes como en calidad. De ahí que se requiera un volumen mínimo de intervenciones complicadas (cirugía con circulación extracorpórea, transplantes...) antes de que un servicio sea autorizado a realizarlas. Dispersar este tipo de servicios con el afán de satisfacer a intereses locales y profesionales tiene un elevado coste en mortalidad que solo la opacidad puede ocultar.

*figura 6 por aquí*

No es la exigencia de un tamaño mínimo la única implicación sanitaria de la curva de aprendizaje. El volumen, y especialmente el volumen acumulado, es una variable predictora de mortalidad en numerosos procedimientos de alta complejidad y riesgo quirúrgico, siendo esta asociación más potente en procedimientos que presentan tasas muy bajas en un hospital (pancreatomía por ejemplo) que en procedimientos más frecuentes como el bypass coronario o la endarterectomía de carótida (Birkmeyer et al 2002). Parecerá lógico, por tanto, que un Servicio de Cirugía General con volumen suficiente de pacientes proceda a una cierta especialización temporal de sus cirujanos. Las experiencias habidas en esta dirección ofrecen resultados satisfactorios (Jaurrieta 2002).

En cualquier servicio sanitario en el que se de una curva de aprendizaje, quien se mueva primero obtendrá una ventaja que puede ser duradera ya que no

---

economías de gama no se desarrollen. Consideración ésta que incide en el debate sobre políticas de dedicación exclusiva.

suelen existir atajos para recuperar el tiempo perdido. Allá donde el mercado juega un papel importante, una fuerte curva de aprendizaje puede disuadir a cualquier imitador rezagado, pues empezaría con unos costes mucho más altos que los del competidor instalado y, por tanto, con baja probabilidad de éxito.

Así como las economías de escala eran más propias de los procesos de producción intensivos en capital, las economías de aprendizaje son más características de los procesos de producción intensivos en trabajo. En las organizaciones sanitarias poco capital-intensivas –como un centro de salud– pueden darse economías de aprendizaje sin que se den economías de escala, tal como la figura 7 representa. Los rendimientos a escala son constantes como reflejan las curvas planas de costes medios para dos años determinados. El coste medio baja (o la calidad sube), sin embargo, con la experiencia acumulada a lo largo de los años.

Con economías de aprendizaje debe preocupar la rotación excesiva de plantillas cuando impliquen una pérdida de conocimiento de los usuarios (lo que constituye un problema si se trata de médicos de familia en un centro de salud y resulta secundario cuando un especialista rota siendo substituido por otro con idéntica ‘producción acumulada’) y en cambio no será un problema la disminución temporal de actividad. Con economías de escala la situación casi es la opuesta: la disminución temporal de actividad afecta gravemente al coste medio (o la calidad) y la rotación de plantillas tiene una importancia secundaria.

*figura 7 por aquí*

### **Costes de transacción**

La creciente especialización productiva de los individuos implica intercambios y origina el problema organizativo: cómo coordinar las acciones individuales para conseguir los beneficios de la cooperación y cómo motivar a las personas para que cumplan con la parte que les corresponde dentro del conjunto. El sistema de precios en un mercado sirve tanto para coordinar como para motivar y pese a ello existen organizaciones porque bastantes transacciones tienen menores costes en el interior de una organización que a través del mercado.

Los costes de transacción son, pues, los costes de hacer funcionar el sistema y pueden descomponerse en costes de coordinación (acumular información para decidir, comunicar decisiones, etc.) y costes de motivación (supervisión, garantía, etc.).

Estos costes de transacción aumentan con: primero, las dificultades para medir la calidad de los servicios objeto de la transacción; segundo, la necesidad de una coordinación muy intensa que exija una renegociación permanente; tercero, el perjuicio tanto a la efectividad como a la imagen del conjunto que el mal comportamiento de un nivel externo a la organización pueda originar (*externalidades negativas*); cuarto, el poco atractivo de inversiones específicas a la relación (conocimientos, instalaciones, sistemas de información) y beneficiosas para las dos partes.

El tamaño óptimo de una organización privada viene determinado por los costes de transacción. Si resulta más económico internalizar una transacción (*producir*) el tamaño de la empresa crece; no lo hace cuando lo más ventajoso es acudir al mercado (*comprar*). Una organización debe centrarse en principio en aquellas actividades en las que tiene una ventaja comparativa.

#### Cultura y costes de transacción

En las empresas, la cultura viene definida por el conjunto de valores, creencias y normas de comportamiento compartido por sus miembros y que influyen los comportamientos y preferencias de éstos.

En las organizaciones sanitarias resulta más adecuado hablar de culturas: la que pueda tener la organización más las de todos los grupos profesionales, particularmente los clínicos (enfermería, rehabilitadores, psicólogos, comadronas...), y, dentro de éstos, las diferentes culturas clínicas. Cabe incluso que un grupo profesional tenga más de una cultura (enfermería diurna y enfermería nocturna pongamos por caso).

Las normas clínicas –un subconjunto de la cultura profesional- determinan el conjunto de comportamientos que una profesión estima aceptable así como su correspondientes mecanismos para hacerlas cumplir. Las normas clínicas, escritas o consuetudinarias, socializan, junto con los valores, a los novicios profesionales. En ocasiones la cultura se manifiesta externamente con símbolos, lenguajes, narraciones varias (mitos y leyendas), ritos, ceremonias y congresos.

Estas culturas profesionales suelen suscitar mayor lealtad que la cultura de la organización en que se trabaje y proyectan luces y sombras sobre el conjunto.

En una empresa la cultura constituye un complemento de su arquitectura formal, que facilita la coordinación y complementa los controles formales. En las organizaciones sanitarias, la presencia de culturas diferentes no necesariamente facilita la coordinación entre diversos grupos profesionales aunque si puede complementar los controles formales, si se produce un alineamiento entre objetivos de la organización y objetivos de sus grupos profesionales.

Resulta difícil establecer cuál será el efecto neto sobre los costes de transacción de la presencia de culturas fuertes y arraigadas dentro de las organizaciones sanitarias; si pesará más el lubricado de las relaciones internas al grupo profesional o las barreras que pueda erigir en las relaciones entre grupos profesionales dentro de la sanidad.

#### Producir o comprar

Externalizar significa comprar servicios que se venían produciendo internamente. La externalización de actividades, la contratación externa de activos no específicos permite a una organización beneficiarse de las ventajas de la especialización y de las economías de escala en funciones que no constituyen su núcleo competencial. Aporta las ventajas de la competencia y de

la transparencia (limpieza, seguridad, alimentación, proceso de datos, transporte) y puede fácilmente mejorar la especialización y la profesionalización de quienes se dedican a esas funciones. Incluso, aunque no se contrate fuera, la mera posibilidad de hacerlo espolea la eficiencia y la innovación en aquellos que realizan las funciones en el interior de una organización.

Diversos factores favorecen el reciente aumento de la externalización: Primero, La globalización de la economía (la mayor competencia lleva a las organizaciones a focalizarse en las competencias fundamentales); segundo, la mayor flexibilidad de la producción que hace disminuir el grado de especificidad de los activos (múltiples usos y menor peligro del oportunismo ); tercero, la mejora en las telecomunicaciones: sus avances y los cambios en medios diagnósticos y terapéuticos han desplazado, en ocasiones, el lugar más adecuado para prestar atención sanitaria pero, sobre todo, permiten una mejor comunicación –horizontal y vertical- entre servicios asistenciales; cuarto, los excesos de capacidad instalada por parte de eventuales suministradores; quinto, la necesidad de evitar los inconvenientes de la integración vertical: la atenuación de incentivos derivada del mayor tamaño de la organización integrada, la menor adaptabilidad ante los cambios y los mayores costes de influencia a soportar por la organización integrada; y, sexto, los deseos de erosionar el poder sindical.

La figura 8 esquematiza cómo abordar la decisión de comprar o producir aplicable, por ejemplo, a la atención domiciliaria por parte de un hospital. La pregunta inicial es la de si se tiene alguna ventaja competitiva en la atención domiciliaria; si no es así, existe un cierto mercado y no hay problemas de coordinación podría optarse por el *comprar*. Con problemas de coordinación y sin problemas de incentivos *producir* sería la opción preferida. Finalmente cuando existen problemas tanto de coordinación como de incentivación habrá que ponderar *pros y contras* para optar entre *producir o comprar*.

figura 8 por aquí

### **Factores tecnológicos y capacidad resolutive**

La evolución del conocimiento y de la tecnología, la forma de organizar y financiar los servicios sanitarios y el poder de los distintos grupos profesionales dibujan los límites de la atención primaria, la atención especializada, la atención sociosanitaria y la atención mental. La tecnología influye tanto en la adecuación del lugar donde se presta la atención como en la combinación de recursos y habilidades que mejor resuelven un problema.

Los avances en telecomunicaciones y los cambios en medios diagnósticos y terapéuticos han desplazado en ocasiones el lugar más adecuado para prestar atención sanitaria pero, sobre todo, permiten una mejor comunicación entre niveles asistenciales. No obstante, la variable clave en el desplazamiento de la divisoria entre, por ejemplo, atención primaria y atención especializada (¿donde seguir el embarazo, o el paciente con anticoagulación, o el diabético no insulino dependiente?) viene dada por la *capacidad resolutive* de cada nivel.

Esta capacidad resolutoria se establece empíricamente por medio de la comparación controlada de efectos y costes del tratamiento de pacientes similares por dos o más proveedores diferentes, y ofrece una respuesta racional a la pregunta acerca de qué especialista, o qué nivel o qué profesional, debe encargarse de un determinado problema o proceso: quien mejor lo haga, dentro de unas barreras profesionales lógicas, pero lejos de disputas gremialistas que, invocando la calidad, pretenden monopolizar tipos de pacientes o de técnicas.

#### Longitudinalidad asistencial

Las enfermedades crónicas impulsan un cambio en la organización sanitaria: de intervención puntual a seguimiento, de curar a cuidar. Los episodios de atención implican entradas y salidas en diferentes ámbitos: atención domiciliaria, larga estancia, atención primaria, atención especializada...

En bastantes países, la atención primaria se constituye en la puerta de acceso al sistema sanitario sin que la intervención a este nivel esté limitada a la existencia de enfermedad. La asistencia especializada se concibe como apoyo y complemento de la atención primaria atendiendo aquellos procesos cuya complejidad exceda la capacidad de ésta. La idea que configura los niveles asistenciales es la de que hasta las enfermedades más frecuentes son realmente raras en la población general, pero no en el ámbito de un hospital general universitario.

En la realidad, la falta de continuidad entre una atención primaria poco madura y una atención especializada en ocasiones dividida entre ambulatoria y hospitalaria, sin criterios clínicos y organizativos comunes, constituye uno de los principales problemas de muchos sistemas sanitarios. Esta realidad provoca claros perjuicios y da al ciudadano una visión fraccionada del sistema, fraccionamiento que origina problemas de accesibilidad, imagen deteriorada del funcionamiento de los aspectos administrativos y en ocasiones una percepción de enfrentamiento entre los profesionales de los dos niveles. Precisamente, en las encuestas de satisfacción, los aspectos peor valorados suelen ser las esperas y los trámites de acceso a otros niveles asistenciales.

Desde un punto de vista económico la longitudinalidad propia de la atención primaria supone importantes ganancias de eficiencia. En efecto, una parte substancial del tiempo médico se dedica al proceso diagnóstico. Este proceso puede conceptualizarse como una forma de reducir las sospechas iniciales de manera secuencial a través de un método hipotético-deductivo. El médico recaba información (historia clínica, exploración, pruebas diagnósticas) para revisar las sospechas iniciales y la probabilidad que a las mismas asigna. Una nueva información diagnóstica sirve para revisar probabilidades hasta que sea más ventajoso detener el proceso diagnóstico y pasar a tratar/no tratar (*esperar y ver incluido*).

Una prueba diagnóstica será eficiente si el beneficio de la misma -en términos de información diagnóstica aportada, esto es, de capacidad para revisar probabilidades previas (aproximación bayesiana)- supera a su coste (el beneficio informativo del diagnóstico en la mejor alternativa razonablemente

disponible). El beneficio informativo de una prueba depende de la sensibilidad y especificidad del test diagnóstico respecto a una condición y de la probabilidad que tiene el paciente de presentar dicha condición.

El buen ejercicio de un médico general, con una longitudinalidad plasmada debidamente en la historia clínica, permite valorar a muy bajo costo probabilidades previas (conocimiento de factores de riesgo por ejemplo) y aumenta la probabilidad pre-test. La labor de filtro aumenta la probabilidad de las enfermedades en el grupo de pacientes derivados y por ello mejora y justifica los métodos de diagnóstico y terapéutica de los especialistas.

### **Recapitulación**

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 aquellos que 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 sanitarios. Tampoco faltan habilidades analíticas que sepan aportar soluciones a los distintos 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 funcionan de forma satisfactoria. No puede decirse lo mismo, sin embargo, de la plasmación organizativa que la citada constatación (de los profesionales clínicos depende el buen funcionamiento del sistema sanitario) debería suponer. No habrá buena gestión sanitaria sin buena medicina pero tampoco puede existir buena medicina sin buena gestión sanitaria. 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 actividad gestora. En el texto se ha ilustrado con algunos ejemplos el significado de esa brecha.

Se vive la transición del cobrar por *ser* al cobrar por *hacer*. Aunque éste parezca menos insatisfactorio que el primero no constituye el punto de llegada: Hay que evolucionar hacia el cobrar en función de efectividad y calidad, acabando con la actual paradoja de *cuanto peor (se controla un enfermo crónico) mejor (mayores ingresos hospitalarios se producen)*.

Para proporcionar la visión del conjunto, antes de plantearse quién hace qué en una organización determinada, se conjugan tres *novedades* de los últimos setenta años: la constatación de variaciones aparentemente arbitrarias en la

práctica, la entronización del sentido común en los programas –y actitudes- de mejora continua de la calidad, y la distinción entre causa de incidencia y causa de enfermedad.

Reparar las ventanas antes de implantar la tolerancia nula proporciona una excelente analogía para la sanidad. De nuevo se recurre a la analogía 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. La 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 sanitarias a las que también acuden sus pacientes.

A todas las claves puede llegarse intentando contestar un par de preguntas: ¿Qué explica que los resultados que en realidad se están consiguiendo (efectividad) queden lejos de los que pueden conseguirse (eficacia)? ¿Qué actuaciones acercan la efectividad a la eficacia? Las páginas anteriores han intentado dar algunas respuestas a estas preguntas.

*Agradecimientos. Este capítulo se ha beneficiado de las observaciones de Beatriz González, Guillem López, Ricard Meneu, Salvador Peiró y Jaume Puig a un borrador previo. Todos han contribuido a mejorar este texto y algunos de ellos, compartiendo empeños, a configurarlo. Ninguno de los citados tiene responsabilidad de los errores y omisiones que puedan subsistir.*

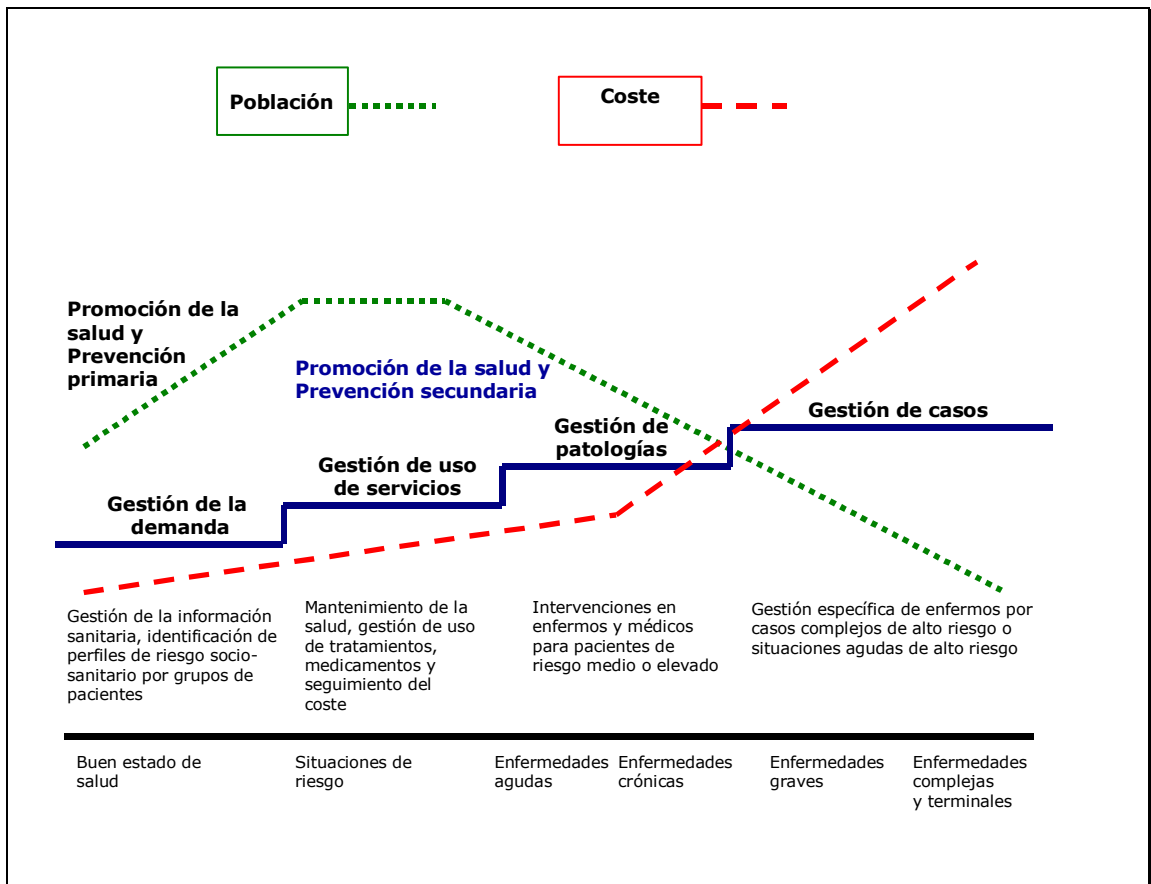
## **Cuadros y figuras**

Cuadro 1: Clasificación de las unidades que prestan servicios sanitarios

	<i>Bajo contacto con el usuario (valor añadido en la 'transcienda')</i>	<i>Alto contacto con el usuario (valor añadido en la 'tienda')</i>
<i>Actividades estandarizadas</i>	Las que más puedan asimilarse a una Fábrica: Laboratorios Diagnóstico por imagen	Servicios en masa: Admisiones Extracciones
<i>Actividades a la medida del usuario</i>	Las que más puedan parecerse a un Taller Anestesia Dietética	Servicios profesionales: Consulta médica, de enfermería...



Figura 1: Gestión de la longitudinalidad asistencial



Fuente: Abizanda M, Picas JM. 2002.

Figura 2: No ceñirse al marco

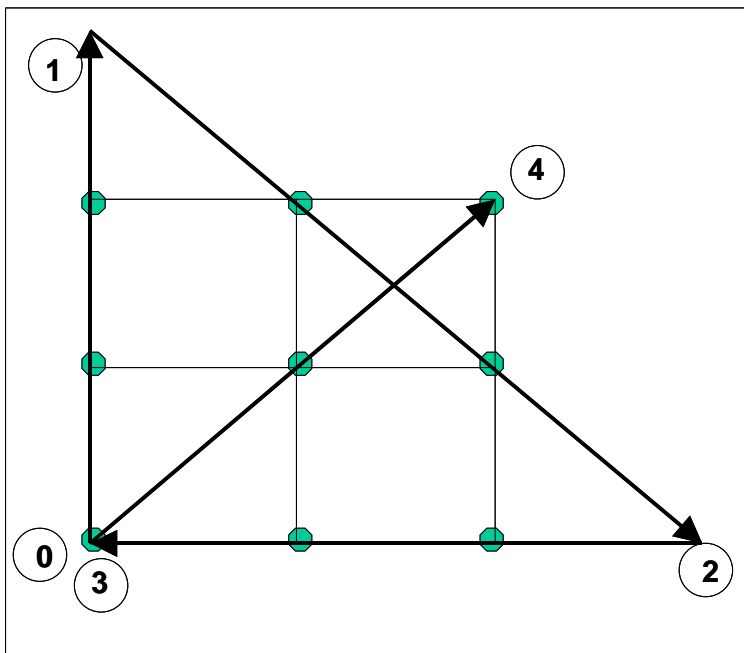


Figura 3: Los tres tipos de Gestión Sanitaria

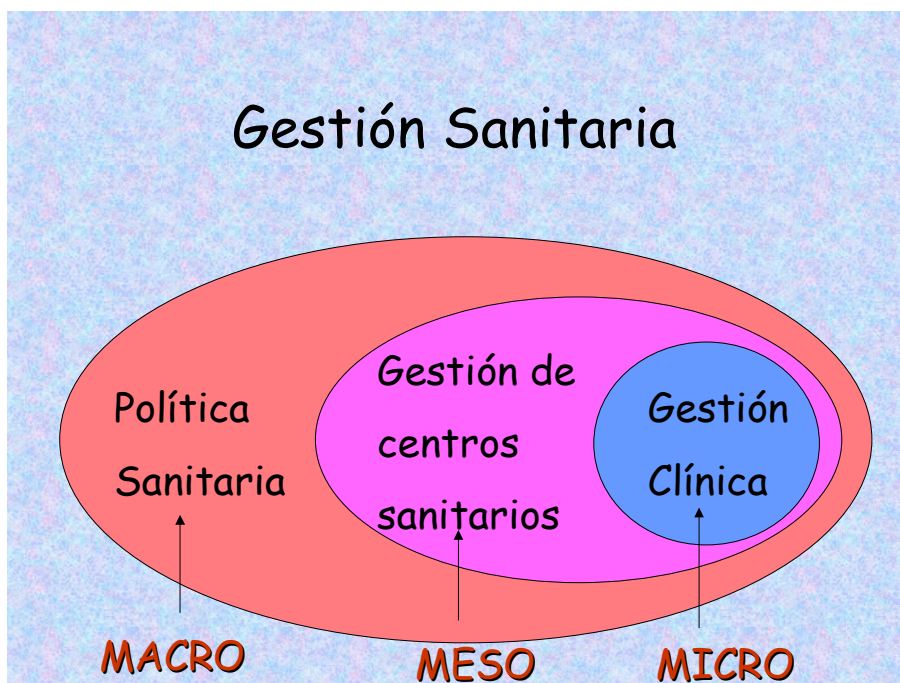


Figura 4: Curva de costes medios (CM) en forma de U

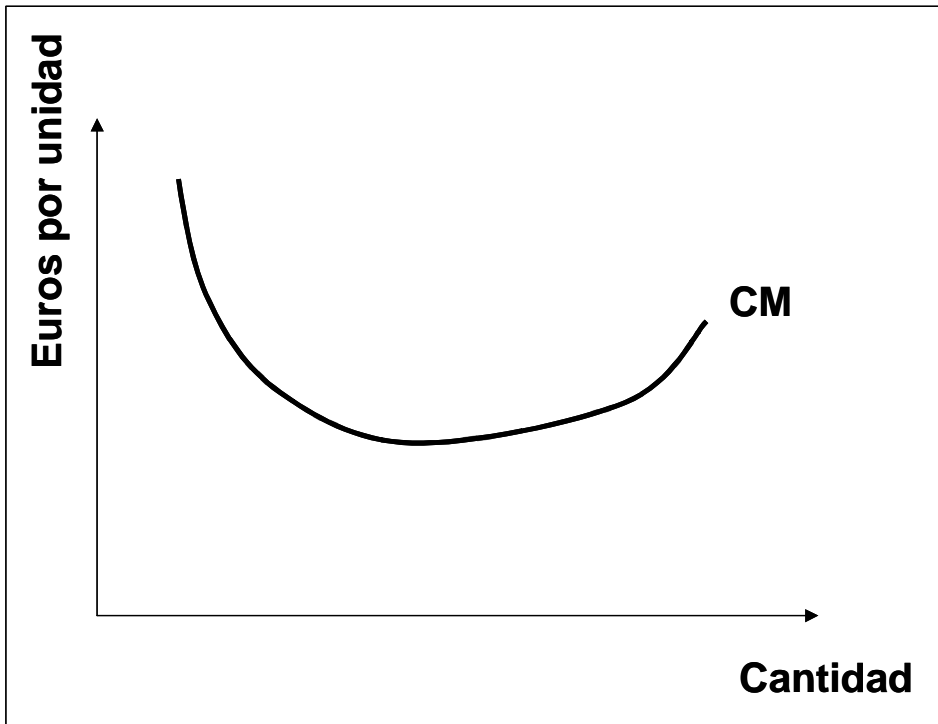


Figura 5: Coste medio (CM) en forma de L: Escala mínima eficiente (EME)

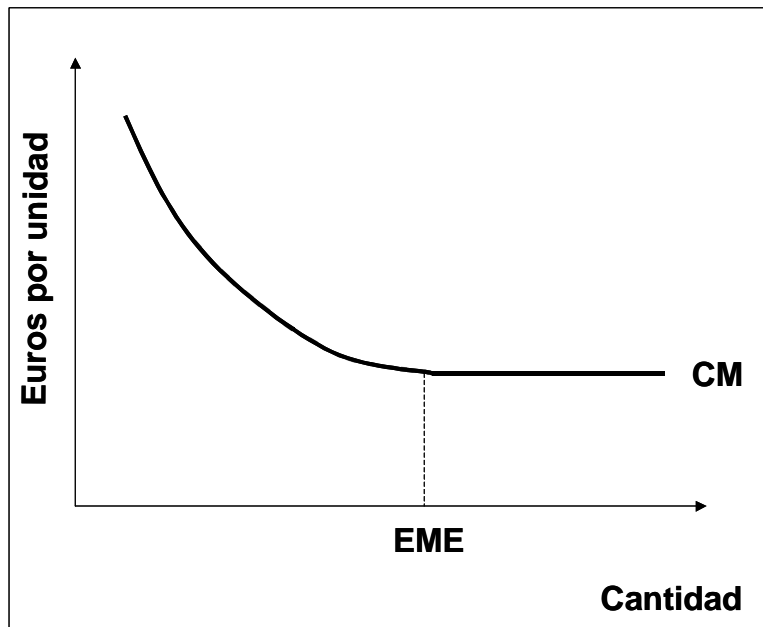
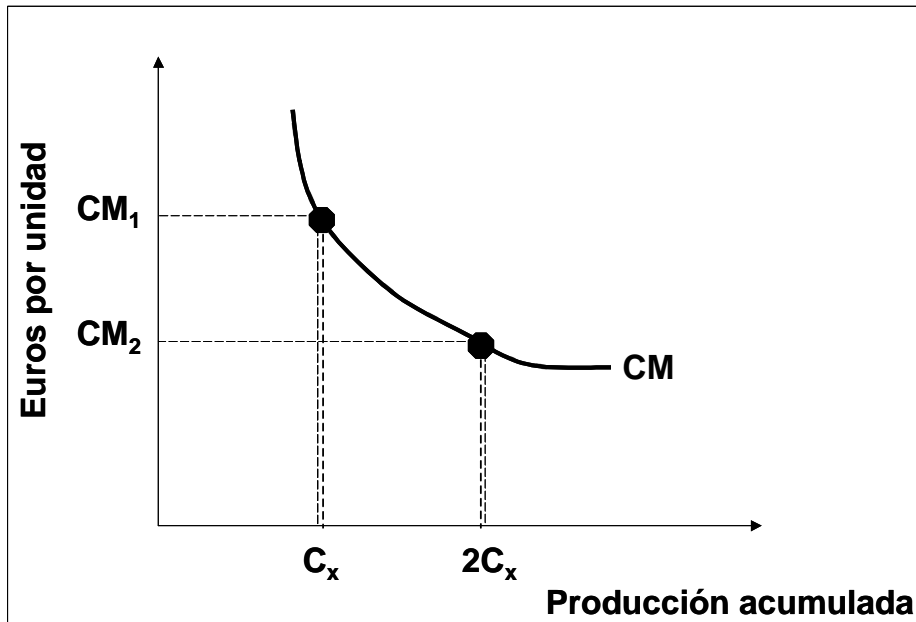


Figura 6: Curva de aprendizaje



CM= coste medio

Figura 7: Economías de aprendizaje sin economías de escala

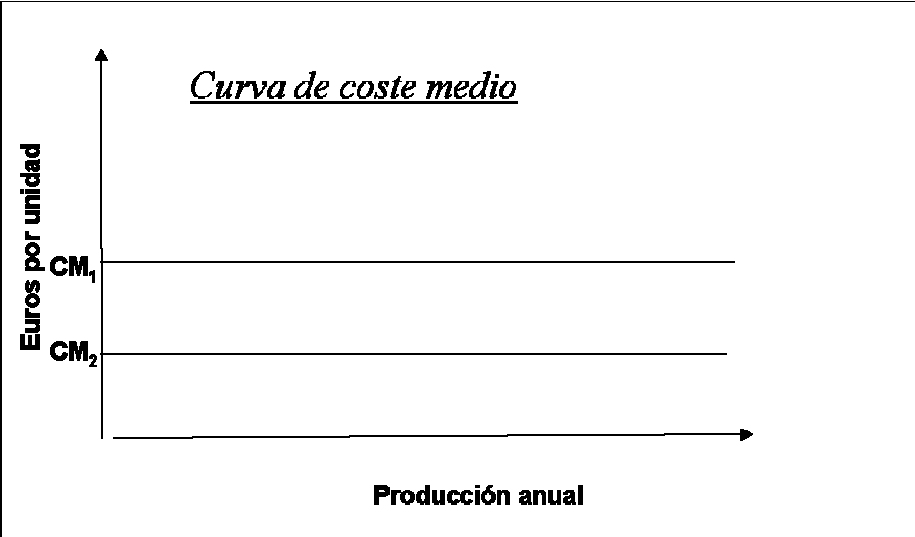
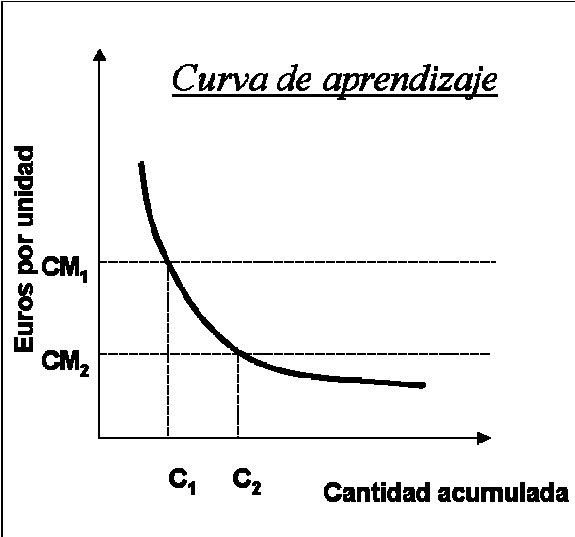
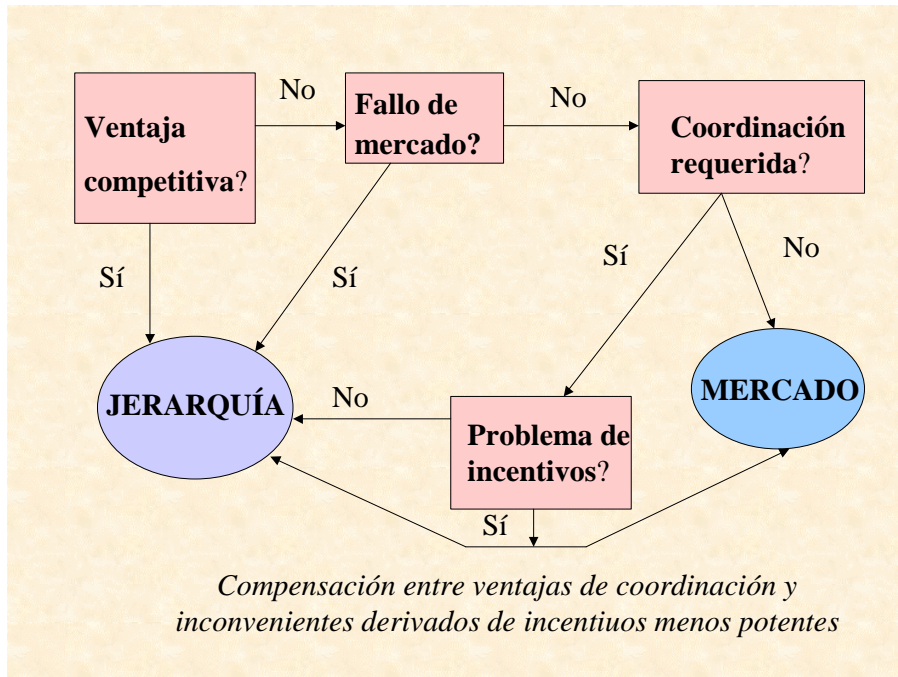


Figura 8: ¿Producir o comprar?





## ***Bibliografía***

Abizanda M, Picas JM. Cambios en el uso de servicios de atención primaria y hospitalaria a partir de la utilización de instrumentos de gestión de enfermedad. Jornada sobre condicionantes en la utilización de servicios de atención primaria. Girona, 11-12 de abril del 2002. Mimeografiado.

Artells JJ. Aplicación del análisis coste-beneficio en la planificación de los servicios sanitarios. Eficiencia y equidad en la atención perinatal. Barcelona: Masson, 1989.

Berwick D. Controlling variation in health care: A consultation from Walter Shewhart. *Medical Care* 1991; 29 (12): 1212-25.

Berwick D. A user's manual for the IOM's "Quality Chasm" Report. *Health Affairs* 2002; 1: 80-90.

Birkmeyer JK, Siewers AE, Finlayson EVA et al. Hospital volume and surgical mortality in the United States. *N Engl J Med* 2002; 346: 1128-37.

Callejón M, Ortún V. Empresa privada en Sanidad: grado de adecuación a las diferentes funciones sanitarias. En G López-Casasnovas (dir): *El interfaz público-privado en Sanidad*. Barcelona: Masson, 2002, p. 103-121.

Castro A, Escudero J, Juffe A, María C, Caramés J. El "Área del Corazón" del Complejo Hospitalario Juan Canalejo. Una nueva forma de gestión clínica. *Revista Española de Cardiología* 1998; 51(8): 611-619.

Chandler A. Organizational capabilities and the economic history of the industrial enterprise. *Journal of Economic Perspectives* 1992; 6: 79-100.

Chassin M, Hannan E, DeBuono B. Benefits and hazards of reporting outcomes publicly. *New Engl J Med* 1996; 334: 394-398.

Chassin M, Becher E. The wrong patient. *Ann Intern Med* 2002; 136: 826-833.

Dalmau-Matarrodona E, Puig-Junoy J. Market structure and hospital efficiency: evaluating potential effects of deregulation in a National Health Service. *Review of Industrial Organization* 1998; 13: 447-466.

Dranove D. Economies of scale in non-revenue producing cost centers. Implications for hospital mergers. *Journal of Health Economics* 1998; 17: 69-83.

Expósito J (editor). *El trabajo de gestión desde una Dirección Médica*. Granada: Hospital Universitario Virgen de las Nieves, 2002.

Jaurrieta E. ¿Hacia la desaparición del modelo gerencial? Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios; vol 3 (monográfico 3, noviembre). Madrid: Fundación Signo, 2002.

Khatri GR, Frieden T. Controlling tuberculosis in India. *New Engl J Med* 2002; 347: 1420-5.

López Casanovas G. El interfaz público-privado en Sanidad. Barcelona: Masson, 2002.

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

Meneu R. Comentario a "El cambio de prácticas", de Soledad Márquez. En J Expósito (ed), op cit, pág 75.

Peiró S. ¿Son siempre odiosas las comparaciones? *Gestión Clínica y Sanitaria* 2002; 4 (2): 35-37. Accesible en [www.iiss.es/gcs/index.htm](http://www.iiss.es/gcs/index.htm)

Porta M, Fernández E, Belloc J, Malalts N, Gallén M, Alonso J. Emergency admissions for cancer: a matter of survival? *British Journal of Cancer* 1998; 77: 477-484.

Renders CM et al. Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care, outpatient and community settings (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, issue 2 (Oxford: Cochrane Database Syst Rev, 2001), CD001481.

Rodrigo T, Caylà J, Galdós-Tangüis H, Jansà J, Brugal T, García de Olalla P. Evaluación de los programas de control de la tuberculosis de las Comunidades Autónomas en España. *Med Clin* 1999; 113: 604-607.

Rose G. Individuos enfermos y poblaciones enfermas. En: El desafío de la Epidemiología. Problemas y lecturas seleccionadas. Washington: Organización Panamericana de Salud, 1988 (publicación científica 505), págs. 900-909.

Rundall T, Shortell S, Wang M et al. As good as it gets? Chronic care management in nine leading US physician organizations. *BMJ* 2002; 325: 959-61.

Rubin, Harriet. The perfect vision Dr. V. *Fast Company* 2001; nº 43 (febrero): 146. Accesible en [www.fastcompany.com/online/43/drv.html](http://www.fastcompany.com/online/43/drv.html) el 29 de diciembre del 2002.

Schrijvers G. Integrated care can not flourish with broken windows. *International Journal of Integrated Care* 2002; 2 (octubre). Accesible en [www.ijic.org](http://www.ijic.org)

Shem M. La Casa de Dios. Barcelona: Anagrama, 1998.

Spetz J, Smith MW, Ennis SF. Physician incentives and the timing of cesarean sections: evidence from California. *Med Care* 2001; 39: 536-550. Comentado en *Gestión Clínica Sanitaria* 2001; 3 (4): 136. Accesible en <http://www.iiss.es/gcs/index.htm>

The Economist. The acceptable face of capitalism? 14 Diciembre 2002, pág. 63.

Wagner E, Austin B, Davis C, Hindmarsh M, Shaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Affairs* 2001; 20 (6): 64-78.