

Gestión y clínica, algo más que gestión clínica

Management and clinice, something more than clinical governance.

Juan Gérvas.

Médico General, Equipo CESCA. Vice-Director de la Fundación para la Formación de la Organización Médica Colegial de España. Madrid. España UE.

Introducción

Precisamos una estrecha cooperación entre políticos, gestores* y médicos, si aceptamos que lo importante en un sistema sanitario es dar respuesta a la morbilidad y mortalidad innecesariamente prematura y sanitariamente evitable (MIPSE), y al sufrimiento consiguiente. Para ello es importante mejorar la coordinación entre los niveles del sistema sanitario (primaria y especializada) y la coordinación con otros sectores relacionados (educación, justicia, servicios sociales, entre otros). Y ello implica mejorar la eficiencia del sistema sanitario y aumentar el gasto en salud. ¿Podríamos conseguirlo?.

El gasto sanitario público español, ajustado por la inflación, ha aumentado a un ritmo anual del 5,25% desde 1970 a 2001, mientras que, en paralelo, el Producto Interior Bruto (PIB) creció a un ritmo del 2,5%. Los cambios demográficos, incluyendo el llamativo envejecimiento de la población española, sólo justifican menos de una tercera parte del crecimiento del gasto. La principal causa del incremento del gasto sanitario ha sido el crecimiento de la intensidad de la utilización de recursos por persona (prestación real por persona); es decir, el aumento de procedimientos preventivos y curativos (diagnósticos y terapéuticos) para todas las edades y problemas de salud (1). Este aumento es muchas veces consecuencia de un encarnizamiento diagnóstico y terapéutico innecesario, que provoca múltiples cascadas (2), no siempre beneficiosas para el paciente, como se demuestra, por ejemplo, respecto a la hipertensión (3).

* En este texto se entiende por gestor todo aquel profesional que ejecuta los presupuestos sanitarios aprobados por los políticos. Es decir, es gestor el que hace mesogestión. Incluye, pues, a todo tipo de directivo, en atención primaria y en atención especializada.

Correspondencia:
Dr. Juan Gérvas.
Médico General, Equipo CESCA
Travesía de la Playa, nº 2.
28730 Buitrago de Lozoya. Madrid. España UE.
Correo electrónico: jgervac@meditex.es
Enviado 03/03/05 Aceptado 05/05/05

La eficiencia en el uso de los recursos públicos sanitarios

Parece que la economía y la sociedad española pueden permitirse en el próximo futuro un aumento continuado del gasto sanitario público similar al de las tres décadas precedentes (sostenibilidad) (1), por lo que la cuestión relevante es si el beneficio compensa los costes (productividad de la atención sanitaria). ¿Vale la pena el aumento de la intensidad de la utilización de recursos por persona en España?. La pregunta implica intentar que el sacrificio que conlleva emprender cualquier actividad sea el mínimo posible (costes directos e indirectos; es decir, costes para el sistema sanitario y costes para los pacientes y sus familiares, como tiempo de espera, coste y tiempo de desplazamiento, etc.). También implica valorar si los beneficios que se ganan son superiores a los que se pierden (elección de la mejor alternativa posible). ¿Es posible conseguir ambos objetivos, tanto disminuir costes como seleccionar la mejor respuesta posible?.

En la práctica, se trata de buscar la eficiencia en el uso de los recursos públicos, lo que es exigible en cualquier contexto. No hace falta observar ineficiencias para exigir que se maximicen la cantidad y calidad de los servicios empleados en la resolución de las MIPSE. Habrá que dejar de hacer (bien o mal) lo que es innecesario hacer. Y habrá que hacer bien lo que hay que hacer. Así pues, si no debemos de cortar orejas habrá que dejar de hacerlo, por bien que se haga. Y si hay que emplear betabloqueantes en el infarto agudo de miocardio, y en la isquemia coronaria crónica, habrá que utilizarlos, y utilizarlos bien (aunque llevamos décadas utilizándolos mal, por escaso uso), al tiempo que mejoramos todo el proceso de atención a los pacientes con este tipo de problemas (4).

La brecha entre la eficacia y la efectividad clínica

El problema práctico es disminuir la amplia brecha entre la eficacia y la efectividad. Es decir, aumentar la calidad en la prestación de los servicios preventivos y curativos. No es cuestión baladí ni es posible ignorarlo cuando, por ejemplo,

se estima una efectividad de las actuaciones clínicas contra la tuberculosis que no llega al 14%, frente a una eficacia de las mismas de más del 95%. Es decir, no se trata que no podamos curar la tuberculosis sino de que no lo logramos. A veces, no es una brecha sino un abismo lo que separa la efectividad (utilización en la clínica diaria) de la eficacia (utilización en las mejores condiciones posibles) (5). Por tanto, disminuir costes y seleccionar la mejor alternativa es cuestión de políticos y de gerentes, pero también un problema clínico muy relevante para el paciente (no se pueden olvidar los costes indirectos, del paciente y de sus familiares, desde la repercusión del sufrimiento a los gastos en co-pago, en desplazamientos, y por otros motivos).

La capacidad resolutoria de problemas de salud es la mejor expresión clínica de la efectividad y de la eficiencia (utilización de los recursos según la mejor alternativa desde el punto de vista de la sociedad). La capacidad resolutoria compara resultados (resolución o evitación de las MIPSE) con los costes asociados a cada alternativa. Incluye los costes indirectos y, por tanto, incluye el lugar de prestación de los servicios (domicilio del paciente, consulta, hospital) (6). Sabemos poco sobre las MIPSE, o sobre las hospitalizaciones innecesarias, aunque es algo que se ha trabajado en España, y hay trabajo de antiguo útil (7,8), que no suele conocer el médico clínico de a pie. ¿De qué depende la capacidad resolutoria clínica?

La capacidad resolutoria de los clínicos depende de sus habilidades, conocimientos y actitudes, y de la organización en los servicios sanitarios. Por ejemplo, el control de la anticoagulación puede lograrse en Atención Primaria (hasta por el propio paciente, a domicilio, autodeterminación) o en servicios hospitalarios de Hematología, lo que es muy distinto para el paciente y para el consumo de recursos (6,9). Este caso sirve de ejemplo de capacidad resolutoria en la que es más importante la organización de los servicios sanitarios que el trabajo de los clínicos.

La gestión como ayuda al clínico

Para aumentar la capacidad de resolución de los clínicos se precisa que la gestión se haga más clínica. Es decir, hay que involucrar a los gestores en la reducción de la brecha entre eficacia y eficiencia. Los gestores tienen que pasar de una gestión formal (del presupuesto) a una gestión real (de motivación y facilitación para que clínicos ofrezcan más calidad, para que la atención diaria se aproxime a la atención ideal) (10). Los gestores, pues, tienen que pasar de una gestión de lo complementario a una gestión de lo esencial (4). Este ejercicio es un ejercicio valiente, de audacia. Lo contrario, es un ejercicio cobarde, de desidia. Ayudaría mucho a tener valentía el dislocar la gestión de la política. Es decir, el profesionalizar la gestión de forma que los cambios políticos supusieran sólo cambios en la política sanitaria y en sus presupuestos (según las preferencias del electorado), no cambios de los gestores. Para apli-

car la política sanitaria de un partido determinado es tan ridículo cambiar gestores como cambiar médicos clínicos. Sirva de ejemplo de buen hacer la profesionalidad de los gerentes ingleses, capaces de llevar a cabo políticas laboristas o conservadoras, según el partido que gobierne.

Por supuesto, los médicos clínicos tienen que introducir gestión en su trabajo. Se habla de microgestión. Bien entendida, toda la actividad clínica es microgestión. Al hacer microgestión el médico clínico resuelve el dilema ético que plantea el equilibrio entre la irracionalidad romántica (todo para el paciente) y la irracionalidad técnica (todo para la población). No es un ejercicio fácil, pues supone aceptar el compromiso de la ética de la microgestión (11).

En realidad, se trata de un ejercicio de ida y vuelta, pues en su trabajo diario los clínicos introducen gestión y los gestores ponen clínica. Es decir, la microgestión debe complementarse con una mesogestión audaz, capaz de fomentar una cultura clínica de calidad, de gran capacidad de resolución de problemas, capaz de facilitar, de motivar y de ayudar a los médicos clínicos a disminuir la brecha entre la eficacia y la efectividad (10-12).

Precisamos gestores capaces, y clínicos competentes. Necesitamos cuidar la equidad del sistema, que se asegure a gran altura (macrogestión, la política y los presupuestos sanitarios), y la eficiencia del mismo, que se asegure en el nivel desagregado del sistema (mesogestión o gestión) y en el lugar de la prestación del servicio (microgestión, o clínica).

Conclusión

La sociedad necesita que se complementen los tres agentes sanitarios (políticos, gestores y médicos), pues no se trata sólo de la sostenibilidad del sistema sanitario, sino de que el beneficio en salud que se obtenga guarde proporción con el gasto realizado para conseguirlo.

Bien visto, el problema entre gestores y clínicos se reduce a un debate fundamentalmente ético. La mesogestión trata de facilitar las condiciones que ayudan a que los clínicos cumplan los principios de no maleficencia (no hacer daño, evitar errores y riesgos) y justicia (prestar cuidados según necesidad, tanto acceso como calidad de los mismos). La microgestión cuida fundamentalmente de aplicar cuidados en forma que se cumplan los principios de beneficencia (efectividad, relación de agencia, logro del mayor beneficio en la situación concreta del paciente), y autonomía (deseos y preferencias de un paciente informado, en el que la asimetría de la información no impide la decisión compartida). Gerentes y clínicos son, pues, dos protagonistas en la prestación de servicios sanitarios de un nivel ético que la sociedad desea y espera. Son partidarios de un mismo bando, el trabajo con calidad, no adversarios en bandos opuestos (11).

Nota

Este texto se empleó de base en la presentación del autor en el III Foro de Debate “Pedro Laín Entralgo”, sobre “Nuevo profesionalismo en la clínica y la gestión”, celebrado en Madrid, el 15 de marzo de 2005, y promovido por la Organización Médica Colegial, la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, y la Sociedad Española de Directivos Sanitarios. El autor, como es habitual, se representa a sí mismo.

Bibliografía

1. Puig-Junoy J, Castellanos A, Planas I. Análisis de los factores que inciden en la dinámica del crecimiento del gasto sanitario público. Registro histórico y proyecciones 2004-2013. En “¿Más recursos para la salud?.”, Puig-Junoy J, López-Casasnovas G, Ortún V (eds). Barcelona, Masson, 1994, págs. 93-129
2. Pérez Fernández M, Gérvas J. El efecto cascada: implicaciones clínicas, epidemiológicas y éticas. *Med Clíin (Barc)* 2002;118:65-67
3. Gérvas J. La hipertensión: encarnizamiento diagnóstico y terapéutico. *Gac Méd Bilbao* 2004;77-80
4. Peiró S. De la gestión de lo complementario a la gestión integral de la atención de salud: gestión de enfermedades e indicadores de actividad. En “Gestión clínica y sanitaria. De la práctica diaria a la academia, ida y vuelta”, Ortún V (ed). Barcelona, Masson, 1993, págs. 17-87
5. Ortún V. La articulación entre niveles asistenciales. En “Gestión sanitaria: innovaciones y desafíos”, Llano J, Ortún V, Martín JM, Millán J, Gené J. Barcelona, Masson, 1998, págs. 349-357
6. Gérvas J, Pérez Fernández M. ¿Cuál es el límite en la prestación de servicios cercanos al paciente?. El límite lo marca la tensión entre el síndrome del barquero y el síndrome del gato. *Med Clíin (Barc)* 2005 [en prensa]
7. Ortún V, Gispert R. Exploración de la mortalidad prematura como guía de política sanitaria e indicador de calidad asistencial. *Med Clíin (Barc)* 1988;90:399-403
8. Caminal J, Mundet X, Puig JA, Sánchez E, Casanova C. Las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions: selección del listado de códigos de diagnósticos válidos para España. *Gac Sanit* 2001;15:128-141
9. Fitzmaurice D. Near patient testing in primary care. *Br J Gen Pract* 2004;54:650-651
10. Ortún V. Claves de gestión clínica. En “Gestión clínica y sanitaria. De la práctica diaria a la academia, ida y vuelta”. Ortún V (ed). Barcelona, Masson, 1993, págs. 195-221
11. Gérvas J. El contrato social de los médicos en el nuevo sistema sanitario. Visión profesional desde la Medicina General. *El Médico* 2005;940:11-14
12. Gérvas J. La Gerencia vista desde la Consulta a través del prisma de la calidad asistencial. *SEMERGEN* 2005;31:15-17