

Diagnóstico y terapia del Sistema Sanitario

Jesús Millán y Juan del Llano

Presidente y Director de la Fundación Gaspar Casal

Los médicos estamos acostumbrados a un proceso reflexivo, que lleva implícitas numerosas preguntas, y que solemos utilizar para llegar a un "diagnóstico". En nuestra profesión el diagnóstico es una de nuestras funciones. Es un proceso al que estamos acostumbrados, lo mismo que lo estamos a la incertidumbre. Nuestro diagnóstico será tanto más preciso cuantas menos incertidumbres introduzcamos en el mismo. En este sentido, la utilización de pruebas o tests diagnósticos nos ayuda a disminuir las probabilidades de equivocarnos, aun cuando estas siempre van a existir (ni siquiera con la anatomía patológica se alcanza siempre el 100% de certeza).

¿Qué decir del "diagnóstico" del Sistema Sanitario? Que las incertidumbres son extraordinarias, numerosas, y de notable repercusión. Sin embargo, lo mismo que en el proceso clínico, algunos "hechos" o "signos" son ilustrativos e indubitados, e ilustran sobre los "problemas" del Sistema Sanitario.

Señalar que el funcionamiento del Estado de las Autonomías, con las consiguientes transferencias de las competencias sanitarias a las distintas Comunidades Autónomas, puede crear diferencias y hasta incoherencias dentro del Sistema Nacional es, más que un diagnóstico, una obviedad. Y que el Consejo Interterritorial debería tener un carácter más ejecutivo, vinculante, y sus decisiones deberían ser más frecuentes y menos politizadas, es una terapia adecuada a ese diagnóstico.

En la misma dirección se sitúan medidas como la planificación estratégica, a nivel nacional, de las políticas de salud pública y de los sistemas de información. El ciudadano se puede preguntar cómo es posible que por vivir en una Comunidad o en otra se pueda diagnosticar (o no) la anomalía genética asociada a una enfermedad familiar como la hipercolesterolemia familiar. Y esto está ocurriendo con los distintos planes de prevención cardiovascular. Las podremos ofrecer o no entre nuestra oferta sanitaria, pero las prestaciones sanitarias han de ser equivalentes. A veces el diagnóstico del problema es fácil, pero la solución pudiera parecer difícil si seguimos haciendo las cosas de la misma forma.

Pero es que otro "rasgo diagnóstico" se refiere –precisamente– a que no estamos familiarizados con la evaluación de resultados, y por lo tanto no siempre se impone "pedir cuentas" o "rendir cuentas". A los profesionales no nos gusta que nos evalúen, pero a la Administración algunas veces tampoco le gusta. En conclusión, lo mejor es no afrontar la evaluación de los resultados en salud, sino sólo aquellos que resultan más visibles (intervenciones, consultas, etc.). ¿Sería asumible comprobar que entre un 30 y un 40% de sujetos pueden requerir tratamiento hipocolesterolemizante de acuerdo con las guías de práctica clínica basadas en evidencias científicas? En este sentido, estamos más familiarizados con detectar aquello que "hace-

mos y no deberíamos hacer", en lugar de lo que "no hacemos y deberíamos hacer".

Diagnosticar que los hospitales destinan un considerable porcentaje de estancias clínicas a problemas sociales es fácil. Se diagnostica con la "inspección", sin pasar a otras técnicas más sofisticadas. Tratarlo es más difícil, pero es necesario intentarlo y crear unas condiciones que lo faciliten, como puede ser traspasar recursos de un hospital a una institución sociosanitaria para que realice la función que ahora mismo está haciendo la otra institución.

Que un hospital es una institución que "gestiona" conocimiento es un concepto claro. En un hospital se adquiere el conocimiento (se investiga), se aplica (se asisten pacientes), y se transmite (se enseña). Sin embargo el diagnóstico de cómo se gestiona el conocimiento implica, casi, un pronóstico incierto. La investigación no siempre sirve para mejorar la asistencia; la docencia no siempre sirve para formar médicos con amplias competencias clínicas, y la asistencia no siempre se realiza en las mejores condiciones. Y, además, la visión unitaria de esta triple misión puede ser una falacia en aquellos hospitales en los que la asistencia, la investigación, y la docencia van cada una por su lado. Urge trasladar los resultados de investigación a la práctica clínica, lo mismo que urge formar profesionales con suficientes habilidades clínicas y capacitación en los procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

Y lo que ocurre en la gestión del conocimiento en un hospital lleva de la mano el diagnóstico de lo que sucede en la gestión de los recursos en la práctica clínica. Nuestra gestión clínica, aunque mejorada de forma notable en los últimos años en los que se ha introducido una cultura de la gestión de recursos, es manifiestamente mejorable. Los gestores, aunque cada vez se aproximan más a los profesionales, están alejados todavía mucho porque se les exigen distintos tipos de resultados; y los clínicos, aunque se han acercado a la gestión clínica, todavía la malinterpretan (un jefe de servicio que cumple funciones de "capataz" es el arquetipo) o –incluso– pueden rechazarla. La gestión y la asistencia han de confluír para ir de la mano en el tratamiento de este problema. El diagnóstico está hecho hace tiempo, pero el tratamiento no termina de dar resultado como si se tratara de una enfermedad congénita, o en todo caso incurable.

El Sistema Sanitario tiene algunos síntomas de enfermedad. Padece síntomas agudos y recientes, pero otros son crónicos. Afortunadamente hay alternativas terapéuticas, pero habrá que aplicarlas. Padece un síndrome en el que los síntomas y signos delatan que los resultados pueden ser mejorables. El esfuerzo económico, de recursos destinados, de los profesionales, la formación de los mismos, la necesidad de los pacientes y de la población, requiere –en primer lugar– que este diagnóstico sea correcto para aplicar las medidas oportunas; pero –en segundo lugar– requiere aplicar las medidas terapéuticas.