

Farmacia Hospitalaria 2010: Gestión Clínica

FARMACIA HOSPITALARIA EN EL ENTORNO DE LA GESTIÓN CLÍNICA





Farmacia Hospitalaria 2010: Gestión Clínica



Reservados todos los derechos. Ni la totalidad ni parte de este libro, incluido el diseño de la cubierta, pueden reproducirse o transmitirse por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabación magnética o cualquier almacenamiento de información y sistema de recuperación, sin el previo permiso escrito de los editores.

Edita: Fundación Gaspar Casal
Editores: Juan del Llano Señarís,
Flor Raigada González
Depósito legal:
Imprime: V.A. Impresores, S.A.
Diseño y maquetación: Carmen Villarroel
Impreso en papel ecológico

INDICE

Programas de gestión de enfermedades.

Juan Gérvas Camacho _____ 5

Perspectivas de Gestión del Hospital y del Servicio de Farmacia.

Josep Ribas Sala _____ 13

Cambios (necesarios) para un nuevo modelo de gestión del entorno, las personas y las organizaciones.

Modesto Martínez Pillado _____ 23

La Gestión Clínica como motor para la innovación y el buen gobierno clínico.

Vicente Ortún Rubio _____ 59

La Toma de Decisiones y el Análisis de Decisiones en el contexto clínico y gestión hospitalaria.

Hilda Gambará d'Errico _____ 91

Programas de gestión de enfermedades*

Juan Gérvas Camacho

Coordinador del equipo CESCA

Introducción

En la organización de los servicios sanitarios se suele reflejar una filosofía “realista”, opuesta a la “empirista”. De ahí la aceptación de soluciones selectivas, de respuestas organizativas para resolver más los problemas concretos que los globales. Este enfoque vertical y selectivo, que responde a problemas concretos, se opone a la visión organizativa global y horizontal, que intenta dar respuesta al conjunto de los problemas de los pacientes y de las poblaciones. La opción vertical se basa en los especialistas, y la horizontal en los generalistas.

La mayoría de los profesionales sanitarios son realistas, en el sentido de aceptar que el mundo es real, que existe independientemente de nosotros, y que los objetos, estructuras y mecanismos de ese mundo son los que estimulan nuestros sentidos. Por el contrario, son raros los profesionales sanitarios empiristas que, sin negar ni afirmar la realidad del mundo (sin entrar en la discusión), creen que los fenómenos observados son la única fuente de conocimiento¹.

El realismo lleva a un modelo mecánico, a un concepto biológico de enfermedad, a una visión casi mecánica del enfermar. Los seres humanos sufren un proceso de reduccionismo

* Este texto forma parte de un trabajo para el Informe SESPAS (Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria) 2008, “La gestión de casos y de enfermedades, y la mejora de la coordinación de la atención sanitaria en España”, de Juan Gérvas.

mecánico y son vistos como meros organismos biológicos. Las enfermedades existen por sí mismas; los factores de riesgo y las pre-enfermedades, también. Con esta visión, lo lógico es dar respuestas organizativas verticales y selectivas, para resolver problemas de salud concretos.

El empirismo encaja con la medicina que cree que “no existen enfermedades sino enfermos”, y le interesa más el enfermar que la enfermedad (le interesa más el sufrimiento, la vivencia de la enfermedad que ésta en sí). En el empirismo, la salud y la enfermedad no son conceptos biológicos sino estados cambiantes mal definidos, con un enorme componente cultural y personal. Por supuesto, se admite que existe un fundamento biológico, pero el empirismo entiende la ciencia de la medicina subordinada al arte de la misma. Las enfermedades y pre-enfermedades, y los factores de riesgo, no existen como tales, sino como fenómenos variables y poco definidos, observables en los pacientes como individuos únicos. Con esta visión, lo lógico es dar respuestas globales y horizontales, tendentes a generar una polivalencia que permita responder en conjunto a los problemas de salud.

La gestión de enfermedades como respuesta organizativa vertical

Aparentemente, el gasto sanitario puede crecer sin límite. Sirva de ejemplo EEUU, cuyo gasto sanitario está en torno al 16% del Producto Interior Bruto. No se han cumplido las esperanzas estadounidenses de control del crecimiento del gasto puestas en nuevas formas de organización, como la “atención gestionada”. Con un nuevo y complementario impulso, y con el doble objetivo de disminuir (o controlar) el gasto y de aumentar la efectividad de los cuidados, se ha promovido un conjunto de actividades conocidas como “gestión de casos” y “gestión de enfermedades”²⁻⁸. Son fórmulas organizativas verticales, selectivas. Su impulso inicial lo dieron la industria del aseguramiento (principalmente las HMO, *Health Maintenance*

Organization, especie de “iguales”), para contener el gasto, y la industria farmacéutica, para introducir sus productos en forma diferente a la histórica (de delegados que se encuentran con los médicos prescriptores).

Como he señalado, una visión realista y biológica de la enfermedad lleva a las respuestas verticales, organizadas para responder a problemas concretos. Esta respuesta se basa más en los especialistas y en la enfermedad, y cumple básicamente el principio ético de beneficencia (la búsqueda del mayor beneficio para el paciente concreto)⁷. Las respuestas verticales reinan en EEUU, y también reinaron en los países comunistas, con sus cientos de programas por problemas. En estos casos la Medicina General y la Atención Primaria se ven como vicariantes, enfocadas a lo estricto para cumplir el principio ético de justicia (servicios ajustados según necesidad).

Contenido de la gestión de enfermedades

En EEUU, las respuestas verticales tipo programas de “gestión de casos” y de “gestión de enfermedades” se basan en la concentración del esfuerzo sanitario, a través de equipos multi-profesionales, en determinadas enfermedades (gestión de enfermedades) o en determinados pacientes/situaciones (gestión de casos). Dada la variabilidad de la iniciativa privada estadounidense, y su capacidad de innovación, los ejemplos prácticos de gestión de casos y de gestión de enfermedades hacen casi imposible distinguir ambas opciones, pues los principios con los que trabajan son similares.

Ambos tipos de programas intentan dar respuesta a los problemas de coordinación, de falta de cooperación estructurada entre profesionales. A partir de la identificación de problemas de coordinación que disminuyen la efectividad de las intervenciones diagnósticas y/o terapéuticas, o que encarecen la atención, se implantan actividades regladas y muy controladas, basadas en el uso intensivo de guías clínicas y de tecnología de la información.

La capacitación de los pacientes y de sus familiares forma parte clave de los programas de gestión de casos y de enfermedades. También es componente básico la monitorización y evaluación de lo realizado. El producto final que se ofrece es una super-estructura sanitaria, surgida a partir de elementos de la propia organización a mejorar, o ajena y paralela a la misma. Esta nueva super-estructura sanitaria se presenta como la mejor respuesta para el control del gasto y para el logro de una atención de calidad en la enfermedad en cuestión o en los pacientes con determinadas características.

Así, si se trata de un programa de gestión de diabetes (ejemplo de gestión de enfermedad), lo que se ofrece es un conjunto de actividades para la mejora de la prestación de servicios en todos los niveles y lugares a los pacientes con esta enfermedad (visitas a su domicilio, capacitación para auto-cuidado del paciente y su familia, llamadas telefónicas de recuerdo de citas y toma de medicación, contactos para preparar hasta la plaza de estacionamiento en las citas en ambulatorios y hospitales, intervenciones destinadas a promover la mejor atención por su médico de cabecera, etc.).

Si se trata de un programa de gestión de pacientes en situación especial (alta hospitalaria, como ejemplo de gestión de casos), existe un gestor que se encarga de coordinar todos los cuidados que necesita el paciente con estas características en todos los niveles y lugares (citas de médicos de todo tipo, cooperación con los farmacéuticos, citas para la realización de pruebas diagnósticas y terapéuticas, valoración de la medicación en conjunto, capacitación en los cuidados del paciente y de la familia, etc.).

De acuerdo a su filosofía realista, y a su organización vertical y selectiva, la mayoría de los programas de gestión de enfermedades y de gestión de casos se centran en pacientes con una sola enfermedad o en una situación precisa.

¿Cumple las expectativas la gestión de enfermedades?

En conjunto, los programas de gestión de enfermedades y de gestión de casos son muy atractivos, y han sido objeto de interés también en España⁵⁻⁸. De hecho, por ejemplo, en Andalucía se ha creado una super-estructura de gestión de casos, y existen cientos de enfermeras contratadas específicamente como “gestoras de casos”, de forma que hemos pasado de la teoría a la práctica.

Sin embargo, ¿han demostrado la consecución de sus objetivos los programas estadounidenses? La respuesta es negativa en las evaluaciones más rigurosas y recientes⁹⁻¹³. Es decir, resulta dudoso que contribuyan a controlar el gasto y a mejorar la coordinación. Sobre todo, su implantación es tan variada en contenido y actividades que cuando tienen éxito no se sabe a qué atribuirlo, y por ello no se pueden establecer conclusiones definitivas sobre las formas más efectivas de organización.

Además, la gestión de enfermedades en su “tercera generación”, en su evolución lógica, está pasando a ser una verdadera alternativa de simple y llana Atención Primaria de calidad, capaz de dar respuesta al conjunto de los problemas de los pacientes (está pasando de ser una solución selectiva a ser una solución global). Para hacer ese camino no necesitábamos estas alforjas, diría el clásico. Una vez en este punto, lo que enseña EEUU es que precisamos de una Atención Primaria fuerte, en un sistema sanitario de cobertura pública que emplee a los especialistas como consultores de los generalistas^{14,15}. Especialmente, la presencia creciente de enfermedad crónica y de co-morbilidad hace muy ineficiente la respuesta vertical y selectiva a los problemas de salud¹³.

Conclusión

Los programas de gestión de enfermedades pretenden resolver al tiempo los problemas en la coordinación sanitaria y en el gasto sanitario. Pese a su fracaso relativo, su existencia demuestra que existen necesidades no resueltas en torno a la prestación de servicios de calidad y eficientes. Del análisis se deducen enseñanzas varias, como las oportunidades que ofrecen las herramientas informáticas, las ventajas de la cooperación entre profesionales, y la conveniencia de contar con la capacitación de pacientes y familiares. Convendría aplicar estas enseñanzas sin copiar el modelo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gérvas J. Enfermedad: ciencia y ficción. AMF. 2008; 4:2-3.
2. Hunter DJ, Fairfield G. Disease management. BMJ. 1997; 315:50-3.
3. Fergusson JA, Weinberger M. Case management programs in primary care. J Gen Int Med. 1998; 13:123-6.
4. Bodenheimer T. Disease management: promises and pitfalls. N Engl J Med. 1999; 340:1202-5.
5. Terol E, Hamby EF, Minue S. Gestión de enfermedades (disease management). Una aproximación integral a la provisión de cuidados sanitarios. MEDFAM. 2001; 11:47-54.
6. Torres A. La gestión por procesos asistenciales integrales: una estrategia necesaria. Aten Primaria. 2003; 31:561-3.
7. Gérvas J. La gestión de casos (y de enfermedades), una organización vertical de los servicios sanitarios. SEMERGEN. 2005; 31:370-4.
8. Sancho JL, SarriáA, Yáñez D, Hernández A, Ovalle MA, PerianesA. Revisión de intervenciones en atención primaria para mejorar el control de las enfermedades crónicas. Madrid: AETS, Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Sanidad; 2003.
9. Hutt R, Rosen R, McCauley J. Case-management long term conditions. What impact does it have in the treatment of older people? London: The King's Fund; 2004 (www.kingsfund.org.uk/pdf/casemanagement.pdf)
10. Meneu R. Experiencias de integración clínica. El equilibrio entre gestión de casos y gestión de enfermedades cuando sólo existen enfermos.
11. 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: Ortún V, editor. Gestión clínica y sanitaria. Barcelona: Masson; 2003. p.17-87.
12. Gemían JP. Disease management: panacea, another false hope or something in between? Ann Fam Med. 2007; 5:257-60.
13. Charlson M, Charlson RE, Briggs W, Hollemberg J. Can disease management target patients most likely to generate high costs? The impact of comorbidity. J Gen Intern Med. 2007; 22:464-9.
14. Ojeda JJ, Freire JM, Gérvas J. La coordinación entre atención primaria y especializada: ¿reforma del sistema sanitario o reforma del ejercicio profesional? Rev Adm Sanit. 2006; 4:357-82.
15. Terraza R, Vargas I, Vázquez ML. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. Gac Sanit. 2006; 20:485-95.

Perspectivas de gestión del hospital y del servicio de farmacia

Josep Ribas Sala

Hospital Clínic de Barcelona

El modelo sanitario de Cataluña

El modelo sanitario de Cataluña se concretó en 1990 en la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña (LOSC) que creaba el *Servei Català de la Salut* y consolidaba un sistema sanitario mixto.

El *Servei Català de la Salut* (CatSalut) nació en enero de 1991 como ente de planificación, financiación, evaluación y compras de los servicios sanitarios, cuya misión era garantizar una atención sanitaria de calidad a toda la población de Cataluña, a través de una correcta adaptación de la oferta sanitaria acorde con las necesidades de los ciudadanos.

Su objetivo principal era situar a los ciudadanos en el centro de la gestión sanitaria y de la salud y asegurar la sostenibilidad del sistema sanitario y orientar el modelo organizativo hacia un sistema integral y integrado, descentralizado de la base territorial.

La accesibilidad, la participación, la atención directa, la corresponsabilidad con la salud, la información y la comunicación, la prevención y el estudio de demandas futuras son aspectos fundamentales en la gestión activa de las necesidades sanitarias de la población¹.

Contratación de servicios hospitalarios públicos en Cataluña

En el año 1985 se creó en Cataluña la XHUP (*Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública*) (Red Hospitalaria de Utilización

Pública) que integra todos los centros hospitalarios independientemente de su identidad jurídica y que asegura la cobertura asistencial de la población.

La diversidad de titularidad de los centros que integran la XHUP, así como el carácter diferencial de los servicios asistenciales que ofrecen, hizo necesario el establecimiento de un sistema de contratación que identificara los servicios objeto de compra y estableciera un sistema homogéneo y estructurado de contraprestación económica.

Según sus características, los hospitales de la XHUP se clasifican en tres tipos:

- Hospital general básico (hospital comarcal)
- Hospital de referencia (hospital de distrito)
- Hospital de alta tecnología (hospital regional)

Según la necesidad se atenderá en un hospital determinado o se derivará a otro hospital que disponga de la tecnología adecuada o del tipo de atención especializada que se necesite.

En Cataluña, en el año 1997, se estableció un modelo nuevo de contratación, estructurado en dos grandes bloques diferenciados entre sí: el de actividad y el de programas:

Bloque 1: POR ACTIVIDAD	Bloque 2: POR PROGRAMAS
<ul style="list-style-type: none">● Líneas de producto con significación clínica:<ul style="list-style-type: none">⇒ Hospitalización⇒ Actividad ambulatoria⇒ Urgencias⇒ Técnicas complejas	<ul style="list-style-type: none">● De especial interés del Departamento de Sanidad, de acuerdo con la política Sanitaria y el Plan de Salud● Docencia (pre y postgrado)● Investigación (incluida la básica)

En hospitalización el parámetro de compra es el Alta Hospitalaria e incluye tanto el alta convencional (cirugía mayor ambulatoria) como la hospitalización a domicilio. El sistema de pago reconoce tanto la casuística del centro, medida en términos del consumo relativo de recursos como la capacidad estructural de éste.

El Hospital Clínic de Barcelona se incluye dentro de los hospitales generales de alta tecnología. Es un hospital docente afiliado a la Universidad de Barcelona, de titularidad pública, agrupado en un consorcio en el cual, a partir de Enero de 2008, participa la Generalitat de Catalunya conjuntamente con el Ministerio de Sanidad y Consumo, el Ministerio de Educación y Ciencia, el Ayuntamiento de Barcelona y la Universidad de Barcelona, y sigue siendo un centro concertado (proveedor) de CatSalut.

A partir del año 1995 la dirección del hospital inicia un proceso de reestructuración global, ya que tiene la posibilidad de crear otras empresas, formando lo que se denomina *Corporació Sanitària Clínic*. Es a partir de ese momento que la dirección del hospital decide adoptar un modelo de rediseño asistencial (Proyecto Prisma).

Dicho proyecto consistía en un nuevo modelo organizativo y asistencial enfocado a orientar la asistencia sanitaria del hospital al paciente. Se determinó que el Hospital Clínic lo formarían institutos y centros clínicos².

En la actualidad estos institutos y centros clínicos se han ido reestructurando y han quedado organizados en 12 institutos (Figura 1):

- Instituto Clínic del Tórax (ICT)
- Instituto Clínic de Medicina y Dermatología (ICMiD)
- Instituto Clínic de Enfermedades Digestivas y Metabolismo (ICMDiM)
- Instituto Clínic de NefroUrología (ICNU)
- Dirección Médica

- Instituto Clínico de Enfermedades Hemato-Oncológicas (ICMHO)
- Instituto Clínico de Neurociencias (ICN)
- Instituto Clínico de Oftalmología (ICOF)
- Instituto Clínico de Ginecología, Obstetricia y Neonatos (ICGON)
- Instituto Clínico de Especialidades Médicas y Quirúrgicas (ICEMEQ)
- Centro de Diagnóstico Biomédico
- Centro de Diagnóstico por la Imagen

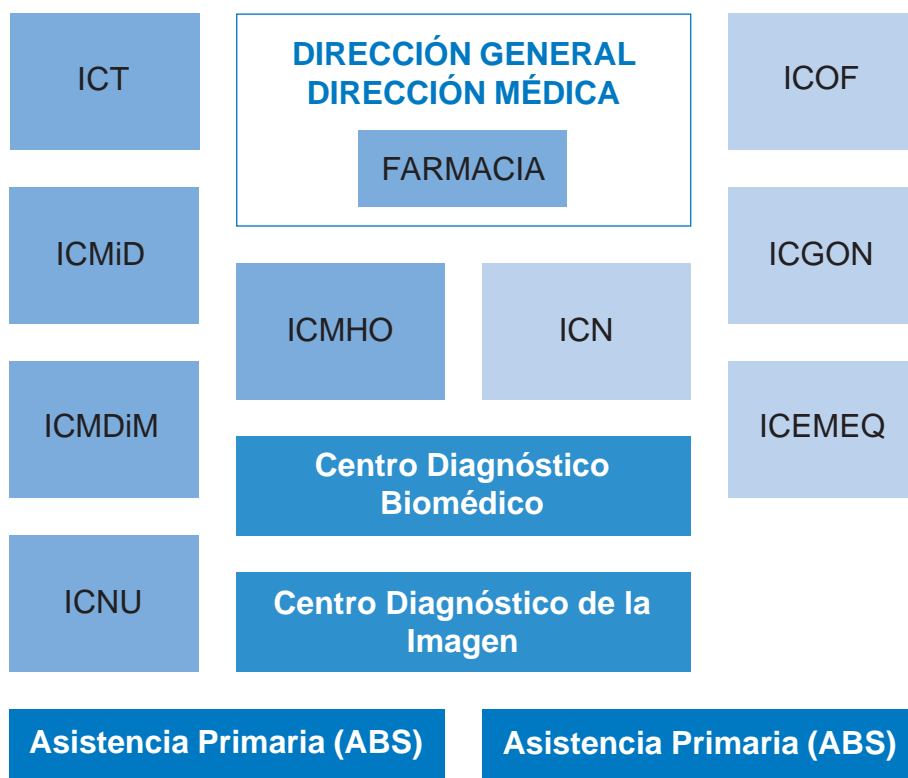


Figura 1

El servicio de farmacia está ubicado dentro de la dirección general del hospital, con dependencia de la Dirección Médica.

La Ley 29/2006 de 26 de julio de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, en el Título VI, capítulo III indica: “Para contribuir al uso racional de los medicamentos las unidades o servicios de farmacia hospitalaria realizarán las siguientes funciones, entre otras: garantizar y asumir la responsabilidad técnica de la adquisición, calidad, correcta conservación, cobertura de las necesidades, custodia, preparación de fórmulas magistrales o preparados oficinales y dispensación de los medicamentos precisos para las actividades intrahospitalarias y de aquellos otros, para tratamientos extrahospitalarios que requieran una particular vigilancia, supervisión y control, entre otras funciones que dicta la mencionada Ley.

La misión del servicio de farmacia es añadir calidad al proceso asistencial del paciente a través de una atención individualizada que permita una farmacoterapia eficaz, segura y eficiente, es decir, un uso racional del medicamento.

La gestión de un servicio de farmacia contempla dos tipos de cometido: Soporte (proceso logístico) y Atención Farmacéutica:

Áreas de soporte:

- Dirección
- Gestión administrativa
- Dispensación
- Farmacotecnia
- Mezclas intravenosas
- Farmacocinética
- Investigación y Docencia
- Información de medicamentos

- Farmacia ambulatoria

En referencia al área de soporte existe mucha bibliografía que describe sus procedimientos, por lo que no vamos a profundizar en ella³.

Área de Atención Farmacéutica:

El concepto de Atención Farmacéutica consiste en la provisión responsable del tratamiento farmacológico del paciente, con el fin de conseguir unos resultados concretos que mejoren su calidad de vida.

Asimismo implica directamente al farmacéutico en el tratamiento del paciente con el objetivo final de mejorar la calidad de la farmacoterapia que recibe. El proceso de Atención Farmacéutica se define como el proceso donde el farmacéutico colabora con otros profesionales sanitarios y con el paciente a fin de elaborar un plan terapéutico seguro y efectivo, así como identificar, resolver y prevenir problemas relacionados con la medicación y la morbilidad farmacoterapéutica.

La implicación del farmacéutico hospitalario en actividades de atención farmacéutica comporta la integración activa en el equipo asistencial y la coordinación con otros niveles asistenciales.

La dirección médica del Hospital Clínic de Barcelona, conjuntamente con el servicio de farmacia y otros estamentos del hospital, planifica la mejora del sistema de prescripción de medicamentos. Para ello se desarrolla un nuevo proyecto de prescripción y soporte electrónico de medicamentos, denominado SAP Medication, que contempla la introducción de los medicamentos por parte del médico de la sala correspondiente, lo cual presupone una mayor posibilidad de la integración del farmacéutico en los equipos asistenciales del hospital.

Esto implica que se plantee la integración del farmacéutico en dos modalidades:

Farmacéutico de instituto y farmacéutico de referencia.

Farmacéutico de instituto

Dependiendo del servicio de farmacia, el farmacéutico de instituto debe aportar una doble función:

- **Proactiva:** promoviendo la creación de protocolos, analizando determinados tratamientos y pacientes, etc.
- **Reactiva:** a petición del personal del instituto dar la mejor respuesta a sus necesidades farmacológicas.

El farmacéutico de instituto debe implicarse en los aspectos económicos de los tratamientos (análisis coste-eficiencia). Reuniones periódicas con el director del instituto, jefe administrativo, jefe de enfermería, jefes de servicio... con el objetivo de priorizar actuaciones conjuntas.

Seguimiento del gasto por la unidad de hospitalización y por grupo terapéutico: detección y análisis de posibles desviaciones y medidas alternativas.

Control de determinados medicamentos (de alto coste o de alto riesgo).

Realización de estudios de medicamentos.

Incrementar el rol de la atención farmacéutica con una labor más participativa en el momento de la prescripción a fin de obtener la máxima efectividad de los tratamientos farmacológicos.

Participación en las sesiones clínicas, lo que comportará un conocimiento mayor, por parte de los facultativos y el valor añadido que esto puede comportar.

Recomendaciones sobre la dosificación de los medicamentos en pacientes renales y/o con hepatopatías

Detección de los medicamentos no incluidos en guía: recomendaciones sobre el equivalente terapéutico durante el ingreso.

En el servicio de farmacia del Hospital Clínic, en la actualidad, ya hay farmacéuticos en los institutos de mayor incidencia:

- Instituto Clínico de Enfermedades Digestivas y Metabolismo (ICMDiM)
- Instituto Clínico del Tórax (ICT)
- Instituto Clínico de Enfermedades Hemato-Oncológicas (ICMHO)
- Instituto Clínico de Medicina y Dermatología (ICMiD)

Farmacéutico de referencia

La figura del farmacéutico de referencia puede actuar en los institutos para asesorar sobre áreas específicas y grupos concretos de medicamentos.

Hay dos áreas hospitalarias y una familia de medicamentos donde disponer de un farmacéutico de referencia se hace necesario:

- UCIs
- Urgencias
- Terapia antiinfecciosa

La terapia antiinfecciosa representa el 29% del gasto total de medicamentos por paciente hospitalizado, por lo que el farmacéutico de referencia puede actuar en los institutos asesorando sobre este grupo farmacológico.

Cartera de servicios:

- Control de los 10 antiinfecciosos de mayor coste en el hospital (control diario: indicación, vía, dosis, duración...)
- Control de los antifúngicos (control diario: indicación, vía, dosis, duración...)
- Participación en el Comité de Infecciones
- Trabajar conjuntamente con los facultativos de referencia (servicio de infecciones)
- Información periódica al jefe de servicio de farmacia, director del instituto, médico prescriptor...

- Participación en protocolos, trípticos, boletines...

Con la puesta en marcha de estos nuevos proyectos, mediante una actuación directa del farmacéutico en las unidades clínicas, no sólo conseguiremos integrar al servicio de farmacia en los equipos multidisciplinares, sino que contribuiremos a una mejor gestión, tanto del servicio de farmacia como del hospital.

BIBLIOGRAFÍA

1. Heras D, Manasanch P, Bohigas LI. Contratación de servicios. Contabilidad y cuadro de mando. En: Gestión diaria de hospital 3ª Edición. Ed. Masson. Barcelona 2006; 113-134.
2. Grau J, Trilla A. Reingeniería: el hospital orientado al paciente. En: Gestión diaria del hospital. Capítulo quinto. Segunda edición. Barcelona: Ed. Masson. 2001; 65-76.
3. Ribas J, Codina C. Gestión del servicio de farmacia. En: Gestión diaria de hospital 3ª Edición. Ed. Masson. Barcelona 2006; 257-275.

Cambios (necesarios) para un nuevo modelo de gestión del entorno, las personas y las organizaciones

Modesto Martínez Pillado

Hospital Universitario Virgen de la Candelaria de Tenerife

Para James Le Fanu, el ascenso y caída de la medicina moderna se asienta sobre grandes paradojas. Por un lado, unos profesionales desencantados que atienden, por otro lado, a unos acomodados preocupados, ante un auge de las medicinas alternativas a la oficial y un incremento de costes.

La existencia de unos **profesionales desencantados**, realmente, no es nada novedoso. Quizás sería útil examinar qué es lo que les provoca esa situación de quemazón generalizado donde nadie se siente auténticamente valorado. Al margen de expectativas (propias y colectivas) que llevan a tropezarse con una realidad que no es la inventada, no se sabría decir exactamente qué provoca esa situación de desencanto. Siempre está el Sistema como una excusa perfecta, que toma cuerpo en los jefes o responsables más inmediatos. “No me entienden”, o “esto no es lo que pensaba”, o “no me valoran”, “sólo les interesan los números”, se repiten como letanías hasta el infinito. En este estado de cosas, lo útil, por tanto, sería dar con jefes ideales, o, por extensión, con ese Sistema perfecto; eso sí, perfecto para cada uno de nosotros.

En un trabajo donde la necesidad es una virtud, donde sentirse necesarios nos obligaría a gozar por ayudar a los demás, todo lo demás, o precisamente, los demás (las personas, los pacientes o sus familiares) no nos provocan, o al menos, no compensan, los supuestos efectos adversos de otros

determinantes de nuestra insatisfacción generalizada. En este estado de desencanto es en el que nos movemos.

El diagnóstico de la cultura de una organización debe de tener claro cómo identifica al que sabe y al que no sabe, cómo se le reconoce, cómo se le diferencia, difunde, genera, incorpora, extiende, potencia, facilita, y cómo se permite a las personas expresar sus proyectos. También tener protagonismo en decisiones que les afectan, y consecuentemente, exigir que se expliquen actuaciones y resultados. El entorno, es cierto, impide desplazarse en la curva de la excelencia, incluso estimula la mediocridad, pero hay autoestimas que no hay que lastimar, empezando por uno mismo. Conocerse a uno sirve para ver cómo afectan las decisiones a las personas. Si nos quemamos por algo, no sería extraño que otros también se quemaran. Hay que tratar de evitar ser peligrosamente incompetente. La potencialidad implica valorar las capacidades para extrapolar estos compartimentos. Existen capacidades latentes, posibilidades para hacer algo que no se hace. No basta con hacer bien las cosas, sino que hay que saber qué cosas hay que hacer (“do the right things, not only the things right”).

Pirámide de Miller

IV HACE (Practice)
III MUESTRA COMO (Performance)
II SABE COMO (Competence)
I SABE (Knowledge)

El entorno ha cambiado: lo que antes era válido, ahora puede no serlo. Hay que reconocer las señales e identificar claramente el entorno para tratar de evitar conflictos o, si son inevitables, adelantarse a ellos. Danone, en 1998, percibió la importancia de las empresas de logística; no era necesaria una propia cadena sino una logística buena que pudiera servir a distintas empresas. Así, a través de una joint venture, promovió una empresa externa y el traspaso de empleados hacia esta nueva empresa. Más de

mil trabajadores tuvieron que ser recolados, pero nadie duda ahora de la oportunidad del cambio. Adelantarse a los demás, lleva a ventajas y mejoras en la cuenta de resultados. Leonard Kleinrock, profesor de la Universidad de California, fue el padre del envío de información mediante paquetes de datos, que sirvió de base para el desarrollo de internet. La propuesta en 1966 fue de la administración norteamericana para disponer de una red para conectar todos sus centros y laboratorios.

“Crear ahora internet sería mucho más difícil porque han cambiado la cultura y el entorno. Todos los que trabajábamos en los orígenes de la red nos conocíamos y confiábamos los unos en los otros. Éramos una pequeña comunidad que compartía ideas y quería hacer algo que sirviese a todos. No pensábamos en el dinero. Ahora es otra cosa, porque tienes que protegerte con las patentes”. “Además, las instituciones, que entonces ponían el dinero nos dejaban tiempo para trabajar, mientras que ahora todos quieren resultados a corto plazo y esto es malo para la innovación”

(Leonard Kleinrock)

La tecnología futura (nomadic computing, la informática nómada) nos obligará a ser más selectivos, con lo cual, nos mostrará más diáfanos a los demás. El principio de contingencia hay que tenerlo claro porque, incluso, en una misma empresa, lo que es válido para un departamento puede no serlo para otro. Seleccionar es elegir y elegir nos descubre; seleccionar contenidos en los periódicos para recibir alertas en el móvil, seleccionar cadenas de televisión, franjas horarias, películas, nos enseñará más a los otros, por lo que, nuevas reglas se avecinan. Un nuevo ambiente, ofrecer y garantizar confianza, respaldar activamente el progreso de las personas, es lo que ese nuevo entorno nos reclama.

Nada es lo que era, ni siquiera la propia medicina. Más incertidumbre, más conocimientos, y todavía, tanto por hacer. Y para complicarlo todavía más, una sociedad, (el Sistema otra vez), más complejo con personas impredecibles, que no responden a estereotipos definidos y obligan a asumir nuevos roles, por el médico y por la propia persona. ¡Hasta la vejez aparece como algo a evitar y no como un etapa natural de la vida!. Ni que decir tiene que la calvicie, la menopausia, la andropausia, los ácidos grasos, los hidratos de carbono, el agua ionizada, etc. se convierten en tema de conversación y de preocupación. Saber tanto, incluso sobre tantas cosas tan poco importantes, puede provocar que nos olvidemos de lo verdaderamente importante: las personas.

“No todo lo que cuenta se puede contar, ni todo lo que se puede contar, cuenta”

(Einstein)

Este último aspecto enlaza con los **acomodados preocupados**. Nos sobra tiempo; es justo al revés de lo que parece. Tenemos todo el tiempo del mundo para escuchar mil consejos de salud, para prestar atención a las noticias sobre los riesgos de las vacas locas o la gripe aviar. Se nos presentan como un riesgo inminente. Los riesgos conocidos se interiorizan, y así insistir, en el tabaquismo, la obesidad o la carretera, se transforman en habituales. Lo excepcional es lo preocupante porque todos los medios de comunicación acaban por convencernos que estamos ante un riesgo, incluso, por el mismo hecho de vivir en este mundo. La capa de ozono, el deshielo de los polos, los desastres naturales en cualquier parte del Mundo se acaban convirtiendo en preocupación diaria. Más sabemos, y, por tanto, más tememos; más se descubre y por tanto, más riesgos. Y así cobran sentido mil sortilegios en un mundo desarrollado. Desde la baba de caracol para las arrugas a las dietas más extravagantes, encuentran su acomodo en un mundo

cada vez más técnico. Es un contrasentido, más sabemos sobre todo, y más negocio tienen todos los remedios alternativos.

Sin embargo, esos **tratamientos alternativos** a los “oficiales”, (por habituales), han tenido siempre predicamento. No han existido mejores apóstoles de estos milagrosos compuestos que los que han sentido sus beneficios (los “polvos de Meléndez”, factor 1 y factor 2, el “bio-bac”). Lo que ha funcionado en alguien no tardará mucho en fructificar en otros (la teletienda como ejemplo). Combinar creencias no probadas, hechos propios, no sometidas al debate ni a la argumentación lleva a un “boom” de lo alternativo.

Y, al final (o al principio) de todo, los **costes** de todo este Sistema, que son la causa de la quemazón generalizada y la pujanza de lo alternativo.

Pues en este entorno tenemos que hacer gestión con sentido clínico y sentido común.

Y la nave va...

Este mundo de la gestión sanitaria es apasionante, se mueve, luego va. Problemas en la seguridad y en la asistencia sanitaria en su conjunto, pero va. La mala noticia no es tener problemas sino que no se identifiquen. En un entorno público, la cooperación es mejor que la competencia y por tanto, no hay excusa para dar lo mejor como sistema. Con el paso de los años (y de los errores-aciertos) se vio que el mercado interno como competencia, no tenía sentido. Sin embargo, hasta hace muy poco, primaba la competencia. La Ley 15/1997, habilitó nuevas formas de gestión, y así surgieron fundaciones (empresas sin ánimo de lucro con personal laboral), que para obviar esta condición, se convirtieron en fundaciones públicas sanitarias, empresas públicas, consorcios (entre distintas administraciones), etc. con el fin de potenciar esa competencia entre proveedores, jugar con reglas distintas (sobre todo en el área de gestión de personal), y dotarse (o liberarse) de un régimen económica-financiero, a la vez que (relativa) autonomía a esas nuevas formas de organizar.

Tampoco los modelos europeos están libres de tensiones y de ambiciones reformistas. En realidad, es consustancial a su existencia. Las sucesivas comisiones de expertos o ponencias parlamentarias insisten en distintas variantes del primitivo informe Abril Martorell que proponía separar compra de provisión. La Consejería (autoridad y salud pública responsable del Plan de Salud) financia al servicio autonómico de salud (con su plan estratégico), que asegura y compra los servicios sanitarios a las gerencias de AP y AE que proveen la asistencia. Entre el servicio autonómico y las gerencias se establecen pactos de objetivos y entre las gerencias se establecen contratos programa. Establece la relación entre financiador y proveedor, y busca un sistema equitativo, de calidad y universal. Ahora bien, la propuesta original es muy distinta a cómo se ha planteado, de una manera casi efectista, en la que el mismo que es provisor es el financiador, pero con distinto “gorro”. Entre esta forma de parecer que se hace y otra que intenta tratar a los hospitales como negocios puros y duros, en auténtica competencia, existen caminos que se deben trillar. El lema “que el dinero siga al paciente” obliga a tomar decisiones, estructurales y operativas, si el paciente decide no acudir a “su” hospital o centro de salud.

La gestión clínica del entorno

Cuando más sencillo, más fácil parece. Un grupo de jazz, tiene un director que toca un instrumento; sus componentes improvisan y aunque da la impresión que cada uno va por su lado, hay una obra detrás. En una orquesta, el director, no suele tocar ningún instrumento; utiliza una partitura que no ha escrito y tiene que valorar a todos los que participan. De nada valen unos maravillosos violines, si la percusión no responde en igual medida. La partitura, o la forma en que pretende llevarla a acabo, no pueden estar solamente en la cabeza del director; tiene que explicarla a sus músicos para alcanzar la tesitura que busca.

Para caminar hacia la gestión clínica (conjunto de procesos implicados en las decisiones que se producen en la relación

sanitaria-paciente) hay que descentralizar e integrar la atención, así como mejorar las relaciones entre sus divisiones (literal). El concepto de gestión clínica, es un concepto operativo porque ilumina la construcción de SIS, calidad, define estándares, implica a los profesionales a tener auditorías, autoevaluación, que se puedan tomar decisiones. Tener información, comparar, estandarizar, primar la buena práctica e identificar la mala. Los principios son lo que interesan, se aceptan como grupo que fundamenta una operativa. Todo esto toca a la organización que tiene una cultura propia, de años y de poderes establecidos... que nadie va a dejar que le arrebaten. Por eso, la gestión es contingente a cada situación concreta, depende de la organización, del momento el tiempo y la eficacia de las medidas. La obtención de resultados está mediatiza por la situación del momento que hay que comprender y entender cuanto antes para evitar situaciones dolorosas y perder oportunidades que tardarán tiempo en regresar. Incluso depende del país. En Japón lo importante es el equipo, no la persona; se es miembro de un equipo y se generan iniciativas cuando se quiere aportar algo a un colectivo, a la sociedad. Si hay unidad lo demás es secundario. Es habitual contemplar a directivos que trasladan miméticamente lo que han planificado en otras organizaciones y casi siempre, lleva a malas copias. Hay que capitalizar y aprovechar lo aprendido, para con el mix de perseverancia y convicción, dar un nuevo producto.

La gestión clínica busca incorporar a los profesionales en la toma de decisiones; son ellos, con su visión cercana al paciente quienes pueden orientar la atención de una forma más efectiva. El concepto de profesional también incluye el mismo rigor para gestionar. No se trata de clínicos aficionados a la gestión, sino profesionales que toman la gestión con el mismo interés que la clínica por una sencilla razón: afecta a los pacientes. El principio **“nada que afecte a los pacientes me puede resultar ajeno”** tiene aquí verdadero sentido.

Escuchar...

Clinical Governance se ha definido como “un sistema a través del cual las organizaciones son corresponsables de la calidad de sus servicios y buscan un alto estándar de cuidados, creando un entorno donde prospere la excelencia en la práctica clínica¹”. Es la cristalización de los principios de la gestión de las organizaciones del conocimiento; implica una alta participación en la toma de decisiones y necesita descentralización: poder, dinero y... riesgo porque no puede haber descentralización si no hay riesgo. En la empresa privada es mucho más fácil (o tal vez, no). Y en lo público ¿cómo se resuelve?². ¿Se puede realizar actividad privada en organizaciones públicas?³. ¿Se pueden subarrendar las instalaciones en su horario de menor utilización, para lograr fondos que disminuyan la factura sanitaria pública?.

“Así que considero a mis oídos como el instrumento médico más importante que poseo”

(David Switze, médico)

Desde un primer intento de medida de indicadores, a la participación de los facultativos en la gestión de un presupuesto, se pasó por la creación de Departamentos, en copia desenfocada de los CD del John Hopkins Hospital, con modelos de gestión matricial. Una unidad de gestión (enfermería y medicina), representa un salto cualitativo porque significa pasar de sentirse ajenos a lo que hacen otros (“es cosa de ellos”) a interesarse por lo que sucede y participar en todo lo que es importante para el paciente. La gestión clínica se convierte en un verdadero reto también para los directivos del centro donde se implican. Dar autonomía, significa más áreas de decisión, muchas más personas decidiendo. Implica un trabajo de coordinación intenso, ejercicios inmensos de argumentación y aceptar las decisiones de otros.

Ver

La Gestión Clínica se puede comenzar de muchas formas. Nada es de hoy para mañana, y mucho menos una gestión clínica. Es necesario describir la cartera de procedimientos diagnósticos y terapéuticos; describir la intensidad en tecnología, incluyendo las personas implicadas y otros gastos asociados; imputar costes a ese consumo de tecnologías. Hay que elegir qué se quiere priorizar ¿actividad?, ¿rendimiento de los recursos?. Quizás, accesibilidad, seguridad, orientación al paciente, satisfacción, prescripción farmacéutica, continuidad asistencial, variabilidad clínica, gestión económica. Todo no es posible.

La Gestión, con auténtica visión clínica, tiene que tener:

1. Orientación hacia el proceso asistencial

a. Protocolización de procesos: El control de la entrada es el control principal; hay que gastar energía en gestionar lo posible. Quién, por qué criterios, apoyar a quien nos afecta, soportar la decisión, dar y reclamar ayuda. Hay que ser transparentes en cómo se exige y cómo se expresa la responsabilidad. A partir de los datos hay que tomar posición, señalar el campo de actuación, ¿qué se puede hacer?

b. Empleo de los sistemas de clasificación de pacientes. P. ej., los **adjusted clinical groups** (ACG) son una herramienta que permite medir la casuística en atención primaria y explicar la variabilidad. Su utilidad principal sirve para caracterizar a los pacientes en función de su morbilidad, mucho más allá que el sexo y la edad ayudan a caracterizar mejor la práctica profesional. Clasifica a los pacientes según la carga de morbilidad con el fin de predecir el consumo y ajustar el pago de los recursos sanitarios de una población. No se financia por patologías sino por morbilidad, con lo cual la población asignada a un mismo grupo puede tener un consumo similar de recursos, aunque presenten patologías

distintas con un ajuste muy fino para el cálculo potencial de consumo de recursos.

2. Autoevaluación con un análisis crítico y sistemático. Modelos de evaluación (auditorias, auto-evaluaciones, combinaciones de ambas, niveles de excelencia). Acreditación en niveles (profesionales, servicios, hospitales) por la calidad que ofrecen, por sus resultados.

3. Autonomía de gestión: Modelo de asignación (prospectiva, como ideal). Incentivos en función de resultados, sabiendo combinar un reparto individual y colectivo. Realizar ajustes presupuestarios si no se obtienen resultados. Se construyen con colaboración, igualdad y calidad. Es responsabilidad de los agentes porque es algo tangible. Tiene implicaciones en responsabilidad social (accountability), si se toma una decisión, implica transparencia y en valores culturales.

4. Mecanismos de aprendizaje: Gestionar la seguridad, redes de aprendizaje; formación vinculada al análisis de lo que interesa al paciente. Análisis de los procesos; hay actividades que según su articulación dan distintos resultados. Esas actividades las hacen personas, y requieren de un perfil del puesto. Para hacer el perfil se necesitan habilidades (de percepción, comprensión y solución de problemas) y competencias. Hay que demostrar habilidades, comportamientos, aptitudes, actitudes y conocimientos, en la teoría y en la vida real a través de herramientas como ECOE, development center, entrevistas focalizadas, evaluaciones 360 grados, etc.

5. Considerar clave la formación. La formación continuada sólo tiene valor si se encaja en esta visión. Cuando no se estimula por un perfil, las competencias son una triste pérdida de tiempo. Si no hay relación entre las habilidades y las competencias necesarias y la formación que se recibe, se convierte en ciencia ficción. Hoy en día los equipos exitosos están formados por personas con distinta formación, que se complementan, e integran a gentes de otros mundos. Una auténtica y verdadera gestión del conocimiento:

información y formación tecnológica, investigación y desarrollo de la educación y formación.

6. Reforzamiento del paciente: mejor información para lograr más implicación, gestión de quejas y sugerencias. Definición expresa de qué se ofrece y, también, que no se ofrece (cartera de servicios). La estrategia del servicio, los procesos y los profesionales se tienen que organizar con una orientación clara: el usuario.

No es necesario empezar con todo a la vez. A modo de ejemplo se podrían señalar distintos niveles:

- Nivel 1: información (consumos de electricidad, farmacia).
- Nivel 2: permisos, gastos corrientes (reparaciones, pequeño fondo de maniobra); organización (cartera, agenda, reclamaciones); formación.
- Nivel 3: dimensión plantillas, todos los gastos corrientes y gestión de servicios.
- Nivel 4: Farmacia, derivaciones AE.

Hay que buscar el equilibrio entre las necesidades de salud, los limitados recursos sanitarios, un aumento de la demanda, el incremento de la esperanza de vida, el permanente debate social sobre el estado del bienestar, el cambio de rol del ciudadano, la atracción de las nuevas tecnologías, la VPM, la utilización inadecuada de los recursos, la necesaria y compleja adaptación a los cambios, la mejora de los Sistemas de Información Sanitaria, las comparaciones de resultados clínicos y muchos más factores que inciden en los Sistemas Sanitarios. Un difícil equilibrio, por tanto.

Gestión clínica desde el sentido común

Para un diagnóstico de aproximación a estas organizaciones de servicios podemos sistematizar el análisis desde los siguientes aspectos:

Por el lado de la **estrategia**:

- Deben **examinarse la misión y visión**, qué somos y qué queremos ser, respectivamente. No suele estar definido. Además, esa misión y visión no son constantes, porque hay que adaptarse a nuevos escenarios de forma continua. Priorizar en base al futuro, obliga a elegir si se potencian los sistemas de información, se buscan alternativas a la gestión tradicional, se externaliza o se crea marca.

“Debemos pensar en el futuro, porque ahí es donde vamos a pasar el resto de nuestro días”

(Mark Twain)

La preocupación no puede ser el coste sino saber qué se obtiene con la inversión en salud que se realiza. La preocupación por cumplir un presupuesto no tiene en cuenta lo mejor para los pacientes.

En España hay un porcentaje de camas de agudos por mil habitantes que la sitúa en la zona media-baja de la OCDE. En muchas ocasiones se utiliza este argumento como base de mala calidad. La ecuación es sencilla: si hubiera más camas, habría menos listas de espera y más calidad. Poco importa la contribución marginal de los hospitales a la salud; da igual, lo importante es estructura y lo demás vendrá. En España, la frecuentación hospitalaria también es pequeña, y parece que es otro objetivo alcanzar los niveles de la OCDE. Lástima que a veces se olvide que la aspiración racional es hacer lo mejor posible, no ser mediocridad posible, y lo mejor se mide por los resultados que se obtienen. La idea que subyace es que se necesitan más camas porque aumentará, previsiblemente, la frecuentación y la población total. Sin embargo, hay algo que ya sucede y sucederá en el futuro: las necesidades serán completamente distintas a las de hoy en día. Las organizaciones serán abiertas, (de verdad) centradas en los pacientes (“centred patient attention”), con

dispositivos en red y sistemas de información compartidos. Los hospitales se orientarán a un perfil de pacientes, con técnicas de alta complejidad y compartiendo sistemas de gestión. La disminución del área materno-pediátrica, la expansión de los servicios centrales, la expansión extrahospitalaria, de los servicios de urgencias, el incremento de las consultas externas, de las tasas de cirugía ambulatoria y de todas las unidades de atención ambulatoria, (hospitalización a domicilio y unidades de cuidados paliativos), hospitales de día, de semana, centros de apoyo⁴ diseñarán un nuevo hospital que reservará el ingreso a procesos potencialmente graves y sin posibilidad de cuidado ambulatorio. De forma simultánea, la intensidad y volumen de cuidados será mayor, la factura farmacéutica crecerá por encima de todas las previsiones... y todo obliga a superar la dicotomía maniquea de más camas, mejor atención.

En este entorno no será (no es) posible seguir hablando de costes solamente sino de lo que se hace, de cuánto se hace (es de sobra conocido que mucho de lo que se hace no sólo es redundante sino, literalmente y elegantemente citado, prescindible, para el paciente). No se podrá contemplar un hospital o un centro de salud como algo aislado, (ya no debe ser así), sino que tendrá que integrarse con políticas de Salud Pública, entendida también, como mucho más que lo que se entiende hoy en día por Salud Pública. *Accountability* o rendir cuentas será clave: qué se hace con lo que se gestiona. Hay que preguntarse cómo el Sistema Sanitario genera riqueza, sirve a sus clientes y consigue los resultados que tiene que conseguir. El Thomsted Report incluso llegó a cuestionar el London U. Hospital, (en realidad, cuestionó el rol de todos). Por ejemplo, ¿de qué valen campañas mediáticas contra el hábito tabáquico sino se incorporan las intervenciones en el mejor momento y con más valor añadido para el paciente como es la consulta con un sanitario (mutuas, centros de salud, hospitales, etc). De qué valen políticas de sensibilización públicas contra la drogadicción, el alcoholismo en especial, si no hay sintonía e iguales objetivos por todos los que están implicados en lograr un mejor resultado: a los hospitales se le pide estancias medias y a los centros de salud que no tengan

demoras en la atención de consulta a demanda. Si nos han robado la tarjeta de crédito, en el momento que comunicamos con la central telefónica habilitada para estos casos, nos ofrecen un seguro contra robos; ese es una oportunidad para ganarse al usuario. La empresa tiene una oportunidad que no puede desaprovechar. No se trata de tener problemas para tratar de evitarlos, porque la educación sanitaria en el mundo del deporte y en la enseñanza todavía no se sabe muy bien qué lugar ocupan en las estrategias poblacionales, si son una actividad más o son el medio más adecuado que necesita de personas comprometidas en lograr objetivos sencillos (reducir el porcentaje de obesidad infantil o aumentar el porcentaje de niños que realizan actividades deportivas con regularidad, entre otros).

Los planes de Salud, sin embargo, van por otro lado; parece que es un maravilloso ejemplo de hacer lo contrario de lo que se escribe. Si todo fuera apelar a la decisión individual y en nada se pudiera influir habría que prescindir de todo tipo de planificación. Sin embargo, la capacidad de modificar hábitos insanos es posible, sólo tiene que ocupar el primer lugar en la agenda de todos (urbanismo entre otros). Las enfermedades no deben definir lo que hay que hacer sino aquello que las provoca.

Examinar los valores compartidos (rigor, normas éticas, autoevaluación, responsabilidad, humildad, cooperación, confianza...) Todo ha de ser fruto de un proceso de reflexión estratégica colectivo. Para Walshe, los valores que aporta la gestión clínica son:

- calidad como prioridad
- visión global
- programa integral sobre mejora
- responsabilidad social y transparencia

Los valores tienen que ser interiorizados por las personas, sobre todo, los directivos. **La calidad** como faro, como argamasa que todo lo une. La priorización de la calidad científico-técnica constituye un valor en sí mismo, porque al analizar la eficiencia,

se ponen de manifiesto problemas reales de la práctica con trascendencia en el funcionamiento de las organizaciones. Las estrategias que buscan la calidad buscan centrarse en distintos aspectos (satisfacción de los usuarios, implicación activa de los profesionales, estrategia de mejora continua). No está mal, pero, es necesaria una búsqueda dinámica que aporte una visión innovadora para el paciente. Se piensa para cambiar y para adaptarse al entorno. La calidad técnica era históricamente un tema de médicos y sus colegios, vetado a los gestores. Había casi rubor en que los gestores tocaran algo. Una paradoja, el núcleo de todo, lo principal de la asistencia sanitaria como es la valoración efectiva de la repercusión en los pacientes, quedaba al albur de alguien, de algunos, o de nadie. No era lo importante. Entonces ¿de qué se habla?; ¿de qué hablan los gestores?; ¿de qué hablan los médicos?; ¿de qué habla enfermería?. Si como una ley física, los efectos proceden de las acciones, no se trata de valorar las acciones por su número sino por sus efectos. Claro que se da por descontado el esfuerzo personal y colectivo de actualización (incluso hasta de los gestores), pero no es garantía (salvo sudor y tiempo) de nada el esfuerzo personal, si no existe acuerdo en los efectos que tiene en el paciente. Se espera que el paciente mejore, que los diagnósticos estén acertados...pero no sabemos en qué punto se logra. La nueva calidad para Jeffrey se construye entre otras, a través de auditorías clínicas. Un nuevo enfoque que lleva esta cultura de calidad, de atención integrada con principios de buena práctica y mejor gestión.

La calidad tiene que ser objetivable. Tony Blair manifestó públicamente en el libro blanco sobre el NHS, que el componente social de la calidad es imprescindible: sin calidad no existe justicia social. Es fácil de comprender: si los Sistemas Sanitarios producen malas decisiones no hay nada más que hablar ya que la fiabilidad es un atributo necesario de la calidad. Mejorar la calidad implica medirla. Son buenas intenciones pero pocas veces es real lo que se quiere, porque siempre habrá algo “accesorio” que nos distraerá de lo verdaderamente importante. Ahora bien, esta idea de la fiabilidad asociado a los profesionales sanitarios va a cambiar a corto plazo: serán también los gestores responsables de las

decisiones clínicas. Es fácil de entender: si una situación se da en un centro, una, dos y tres veces, y nadie hace nada (ni el profesional ni el directivo), está claro que hay responsabilidades compartidas. En 1997 se anunciaba el nuevo NHS, moderno, responsable, “con memoria” de gestores y profesionales. Tiene que reconocer sus errores y aciertos, los propios y los de otros, de la organización y de otras organizaciones. La calidad se vincula a la gestión con mayúsculas; pertenece a las políticas de verdad porque habla de responsabilidad, rendir cuentas de nuevo. Lo auténtico es hablar de calidad, sumar (multiplicar) calidades, porque se relaciona con los valores y herramientas que se utilizan. Si no se comparten, poco hay que hacer, unos (profesionales) hablarán de unas cosas y otros (gestores) de otras, con valores diametralmente opuestos.

Que la medicina se oriente al usuario. Conlleva que las utilidades relevantes son las del usuario, y por tanto, saber dar información pronóstica y promover la participación en las decisiones que le afecten. P.ej., ante un prostatismo asintomático, la actuación viene condicionada por los valores que otorga el paciente en su balance de ganancias o pérdidas⁵. Es el paciente el que debe condicionar las opciones terapéuticas ante su actitud por el riesgo de la alternativa, y llega incluso a elegir un tratamiento o una prueba menos efectiva.

Cambios en la forma de hacer: La dirección debe ser entendida como capacidad de anticiparse estratégicamente, promover la automotivación de las personas y gestionar recursos. Inspirar, persuadir, transformar, entusiasmar, escuchar, implicar y cambiar son imprescindibles. Visión de futuro, coraje, trabajo en equipo, planificar, incluso lo imprevisible. Contagiar entusiasmo es maravilloso, llenar de energía es imprescindible. Ilusionar con entusiasmo a las personas. Voluntad de cambio, adaptarse a la realidad, capacidad de respuesta, son imprescindibles para dar ese entusiasmo y promover la participación. No nos engañemos, no hay líderes perfectos; esos directivos deben de mejorar a sus organizaciones, comenzando por ellos mismos y su propio equipo, y no tratar de ser los mejores líderes del ranking de los CEO (consejeros delegados).

Claro que hay un entorno difícil, nadie dijo que fuera sencillo, incluso el supuesto de carrera profesional no lo hace más sencillo. En realidad ese entorno, no sirve ni como excusa. Preguntar cómo de buenos (o malos) somos no es mal comienzo, como ya hacen en otros países, p.ej., Canadá⁶. **Gestionar lo clínico es imprescindible** (“si no bailas, de lo otro ni hablamos”). Las alertas tienen que estar dónde deben estar: pacientes que no acuden a revisiones programadas, medicaciones que no se toman con la regularidad, alergias conocidas por “casi” todos; exploraciones ya realizadas, radiologías inequívocamente patológicas; anatomías patológicas subsidiarias de intervención quirúrgica y muchos más.

Los cambios en la forma de hacer pasan por diseñar y aplicar estrategias para conseguir resultados. ¿Cómo se traducen esos objetivos en planes operativos?; ¿cómo se espera conseguir lo que se propone?. Constituirse en una unidad de gestión clínica, no es de hoy para mañana. Se necesita información, formación y decisión. Hay que valorar qué se aporta al resultado final. Saber qué se hace, compararlo con lo que se debería hacer y extraer planes de acción para tratar de conseguirlo. Hay que definir qué se pretende, en qué tiempo, cómo se lleva a cabo. El ahorro de costes, por si mismo, no aporta nada a la eficiencia; las unidades de gestión clínica son una oportunidad para hacer las cosas mejor. Estos cambios que suponen descentralización conllevan pérdidas de poder formal de la Dirección que le obligan a cambiar su rol. Deben de quedar claros los servicios que se prestan, cómo se facturan, cómo se establecen las reglas de juego en ahorros, y... en endeudamiento.

“Saber qué se quiere, querer que se pueda”

(Diego Torres, cantante)

Las barreras funcionales internas cuestan mucho, en dinero y en posibilidad de subvertirlas. El pensamiento, visión o **mentalidad**

en silos, son las consecuencias de gestionar funciones en vez de procesos. Causa auténtica sorpresa como personas enormemente preparadas en su “silo”, son incapaces de comprender los beneficios que les reporta abandonar esa visión en escopeta y abrirse a una nueva mentalidad. No sirve de consuelo que este problema se manifieste en todos los sectores y en distintas circunstancias. Por ejemplo, la organización en servicios y especialidades no puede continuar; hay que ser operativos y asociarse por patologías. No sólo por sentido común, sino porque mejoran (por disminución) la mortalidad, la duración de la hospitalización, favorecen la rehabilitación precoz, y, además, ayudan a mejorar la eficiencia (si se mejora la efectividad, sólo es cuestión de ver cuál es el menor coste asumible). La visión piramidal jerárquica, organizada por funciones y parcelada, tiene que dar paso a una organización horizontal, con redes descentralizadas y flexibles en la toma de decisión, con canales de comunicación rápidos, con una evaluación permanente buscando eficiencia y satisfacción del paciente. Hay que agrupar el conocimiento para gestionarlo y establecer redes nuevas que lleven a mejorar la atención del paciente. De igual forma que el concepto de operaciones en el management, los facultativos se dan cuenta de los procesos (se ponga el nombre que se quiera, gestión de enfermedades, p.ej.). Miran a la organización porque la necesitan para dar lo mejor de sí, y de forma inversa, la organización sin los facultativos no puede hacer nada. Implica poner en primer lugar la historia natural de la enfermedad. Si la educación, promoción de la salud están dentro de su evolución natural, necesitan una intervención también natural. Como de forma natural tiene que ser, también, la coordinación entre niveles y administraciones (p.ej. en la obesidad). De ahí que en la gestión

Los profesionales necesitan de la organización para dar lo mejor de sí mismos

por procesos (secuencia de actuaciones orientadas a generar un valor añadido sobre una entrada para conseguir un resultado que satisfaga los requerimientos del cliente como consecuencia de las actividades

realizadas), lo primero es el foco (cliente-usuario-paciente), imprescindible para dar sentido a un servicio y a partir del cual se construye. No es a partir de los que están trabajando sino a partir de los que están fuera, por utilizarlo. Se precisa cambiar del “cómo hacer mejor las cosas que hacemos” al “para quién lo hacemos y cómo debemos hacerlo”. La gestión por procesos representa una revolución organizativa para buscar la mejor forma de hacer (“best practice”). El sentido último de cualquier gestión clínica, no es un presupuesto, sino que se note por fuera, la mejora que se hace por dentro: que luzca lo que está bien hecho.

Están muy bien, las guías de práctica clínica; estupendamente las vías clínicas pero encontrar pacientes con patologías aisladas, “puras”, propias de cada especialidad resultará anecdótico. Lo habitual (por frecuente) será encontrar pacientes con al menos dos patologías, una de ellas crónica, que se beneficiará poco de una atención hospitalaria tradicional en un centro de agudos, porque, incluso le provocará más perjuicios que beneficios. ¿Qué hacemos con un paciente con diabetes mellitus e insuficiencia cardíaca?. En la visión tradicional, se trata de ver qué predomina. Que tiene más repercusión hemodinámica, fácil decisión, al servicio de cardiología. Pero si tiene Diabetes Mellitus se facilita la decisión: al servicio de Medicina Interna e interconsulta a Endocrinología. O si no, mejor, el depende. Depende quién haga la guardia de la especialidad o quién se ocupe de la puerta de urgencias. El depende como decisión a la hora de ingresar es maravilloso. Lástima que seguir con el depende lleva a perder de vista lo importante: es un paciente con diabetes mellitus con un período de descompensación cardíaca, donde desconocemos qué ha provocado su situación (fiebre, infección ocasional...). Hay otras formas de hacer, hay otros haceres mejores, con propósitos claros y capacidad de escuchar. Lo complicado se convierte en fácil: se miden estancias medias, GRD, pero no sabemos nada de los pacientes en el sistema. Los perdemos de vista en esta visión fragmentada. Los profesionales tienen mucho que decir, mucho que opinar y mucho más que exigirse. Con los directivos de soporte, los profesionales pueden dar todo lo bueno de sí. Un paciente con diabetes mellitus y un episodio de descompensación cardíaca, es posible que necesite

un dispositivo mucho menos intensivo que el destinado a ofrecer transplantes. Si un paciente tiene como diagnóstico principal insuficiencia cardíaca, o diabetes mellitus, todo lo demás debe de girar en torno al diagnóstico principal que condiciona lo demás. Los servicios tradicionales, por plantas tienen que pasar a ser servicios en red, colaborando en la gestión del proceso del paciente a través de alguien que actúe como referencia.

En resumen, se necesitan decisiones clínicas adaptadas al entorno, con cultura (un mix de expectativas y valores propios) de la organización, con un valor añadido a través de la inteligencia a nivel macro, pero, con unas habilidades distintas de las actuales. Saber no basta; las competencias no implican una buena ejecución porque están influidas por la motivación. Hay que diferenciar habilidades y competencias. Implica una apuesta decidida por la formación aplicada. Decidir en condiciones de incertidumbre es lo habitual por lo que muchas decisiones serán imperfectas. Asumirlo es clave para empezar a aprender y a mejorar, ahora y en el futuro. Tenemos que partir de datos numéricos, pero también de valores, talentos. Las actitudes que tenemos con el entorno mediatizan las decisiones clínicas.

“En Anábasis o La retirada de los diez mil, de Jenofonte, el general griego sale adelante utilizando sus recursos antes los persas de Darío, que son muchos más y lo tienen completamente cercado”

Cambios en los paradigmas. Hay que organizarse para provocar un cambio; hay que emprender, tener creatividad para romper paradigmas, para ver lo establecido desde otra forma. Nuevas perspectivas o un enfoque original de lo habitual, aprovechar oportunidades o diferenciarse. Hay que introducir cambios locales ya sea en forma de ideas nuevas o formas nuevas de implantar viejas ideas. Hay que saber resolver problemas de forma creativa y ética. Hay que persuadir a las personas y nada mejor que enfrentarlas con su comportamiento. Y, atención, que,

a veces, (muchas) es muy molesto. Hay que invertir, y es literal, tiempo y esfuerzo en explicar qué se persigue: menos powerpoint y más cercanía y claridad. Las personas siguen a alguien que propone algo cuando esperan recibir alguna recompensa, y no se trata solamente de dinero. Si la financiación es pública, y precisamente por ello, no se moderniza la red pública y se pone a la altura de las exigencias formales de la sociedad, el cambio vendrá de fuera, impuesto y externo. Y ya se sabe que si algo es impuesto, y externo, y encima se asiste como ajeno, preocupado por problemas “propios”, es muy probable que el cambio no tarde. Es clave que las personas incorporen en su plan de vida, los objetivos de la organización.

“Menos powerpoint y más cercanía y claridad”

Restar en lugar de sumar. El factor crítico es el miedo al riesgo, somos por naturaleza muy conservadores y nos buscamos miedos que no existen y que, además, proyectamos. Y si no

existen, nos los inventamos (se sorprendería de la existencia de medicina defensiva, en Uganda;⁷). ¿Quizás si pensamos en la respuesta caótica de la Administración americana en Nueva Orleans ante el huracán Katrina, podremos entender el artículo de Simon L. en The Financial Times “Why the bunker mentality has become a corporate liability?”. También, muchas veces vemos problemas en el departamento de al lado (“la paja y la viga”). En esa visión en escopeta, cuando alguien recibe una notificación sobre un problema, siquiera por quien tiene al lado (ventas en marketing) rápidamente la primera tentación es negarlo. O si se reconoce se señala como puntual. Y si no se niega y si no se dice que es puntual siempre está una estupenda forma de arreglar el problema. Quien lo expone, no sabe de qué está hablando porque de ese departamento “me ocupo yo, y sé lo que va bien o mal”. “Es que en el fondo, no sé ni porque le hago caso, porque el sabrá de comerciales (en nuestro mundo, estancias medias, GRD), pero de marketing (pacientes, clínica)... sé yo”; “pero qué va a saber ese (el directivo)”. La descalificación como respuesta es una respuesta habitual. “Ese no sabe de qué va esto” es la típica expresión del

inseguro. ¿Qué es lo mejor que se puede dar en el entorno en el que nos encontramos?

Que se maneje la parte no asistencial: Para ello deben de tenerse en cuenta aspectos como:

- La articulación entre niveles asistenciales. Si todo el mundo actúa para sí mismo (atención primaria, hospitales, enfermería, medicina, servicios sociales) lleva a presupuestos para sí mismos y objetivos, con una perspectiva en el centro, para ellos mismos también. Nada de prioridad hacia la organización y, mucho menos, una orientación poblacional.
- Deben de integrarse las capacidades de resolución, promover proveedores integrados, que consigan los máximos resultados con los recursos mínimos⁸.
- Buscar la cooperación entre niveles asistenciales y sociales.
- Presupuestar por atención sanitaria y no por servicios. Si se mantiene la asignación por niveles asistenciales tendría que girar hacia la asignación capítativa (con proveedores en igual jerarquía). Explicar de qué depende el gasto y seleccionar variables que tengan sentido clínico. La financiación debe ajustarse por riesgos: hay que obtener un estimador insesgado de cuál sería el gasto sanitario de una persona si se le diera la respuesta promedio a sus necesidades sanitarias. El ajuste por riesgos es distinto según la financiación sea de base geográfica (como España, Suecia, Reino Unido) o no (Bélgica, Holanda). Un ajuste por riesgo requiere información de la utilización adecuada, del estado de salud para conseguir cambios. Por ello el ajuste por riesgo poblacional debe realizarse en base a distintas variables (edad, sexo, estado de salud, precio). Los ajustes territoriales debería realizarse por necesidad y evitar la influencia de la oferta; es necesario aislar la influencia de esa oferta que en sí misma, genera utilización. Se trata de buscar una respuesta promedio a la necesidad. En el Reino Unido

se utilizó el Resource Allocation Word Party (RAWP) y la respuesta promedio. Otros criterios han sido el gasto histórico, el gasto per cápita, ajustes ponderados⁹ por morbilidad, dotaciones iniciales de recursos sanitarios, indicadores de salud, etc.

- **Descentralizar:** hay niveles públicos (derechos residuales, capacidad de decidir en aquello no contemplado por ley, costumbres, etc.) y privados, y otros intermedios sin lucro, concesiones...los dilemas están en estos niveles intermedios. El conocimiento como factor de producción lleva a que decida el que tiene la información; implica transferir derechos de decisión. Si la información es genérica, no costosa de transmitir, permite centralizar las decisiones con facilidad pero sí esa información está en el lugar de decisión, se debe transmitir la capacidad para hacerlo. Implica saber (medir lo que se hace) y evaluar (explicar lo qué se hace), así como evaluar el desempeño. Deben de existir medidas en función de variables pronósticas con verdadera trascendencia. Y si no, hay que investigar, no continuar en la rutina. Hay que saber medir lo trascendente y no utilizar bases equivocadas para premiar (número de intervenciones es un ejemplo). La vía gestora debe premiar, entre otras dimensiones, la calidad de la adecuación. Debe de existir un consenso claro, estar de acuerdo en qué se mide, que sea coherente con lo que se hace y evitar la “*alexitimia*” (tendencia a contraer compromisos imprudentes). Es muy habitual en medidas cortoplacistas, desde puestos no necesariamente con alto poder de decisión (p.ej., pactos tales como no comenzar intervenciones quirúrgicas programadas después de determinada hora)¹⁰.

- **Que se interiorice el coste social de oportunidad.** Lo mejor para uno no es, necesariamente, lo mejor para todos. El componente ético del ejercicio en Sanidad tiene una exigencia colectiva; los pacientes que nos corresponden son también los que no podemos tratar por derivar recursos a políticas individuales inefectivas.

Cambios en los responsables intermedios. El poder transforma a las personas, pero las personas, las verdaderas personas, transforman la forma (habitual) de ejercer el poder. Esa forma nueva obliga a cambiar el empujar por el dirigir, el estar detrás por el delante, el papel de examinador por el de promotor, el papel de profesor por el de aprendizaje, de ser motor a ser filtro. Se necesitan personas que cambien el poder y la forma de ejercerlo. (WL Gore, una empresa americana, no tiene vicepresidentes y cada trabajador es evaluado por al menos veinte de sus compañeros). Cuántas veces nos sorprende cómo cambian las personas. Basta pensar en Danny el Rojo, héroe de mayo del 68, o Joschka Fischer, como ministro de exteriores alemán que argumentaba la participación de su país en conflictos armados de una forma tal que cualquiera la hubiera suscrito cuarenta años antes. Se necesita creatividad y espíritu de iniciativa, no resortes; cambiar la reacción por la conducción, aprender a actuar en vez de reaccionar.

“Quien te encolarice, te vence”

Los jefes de servicio se entendían hasta hace poco como una especie de encargado, de interlocutor ante la Dirección del resto de facultativos del servicio. Básicamente, su función era la de firmar permisos, señalar prelación en las vacaciones y sobre todo, a quién corresponde el pase de visita, la consulta externa, y en especial, el parte quirúrgico. Hoy su papel ha cambiado. Tienen que tener conocimientos de economía, recursos humanos, calidad, procesos y evaluación de resultados. En el actual panorama se crean institutos, fundaciones, áreas clínicas, cooperativas, que obligan a los responsables intermedios a adoptar un nuevo rol. Cualquiera de esas figuras busca combinar la autonomía con la integración en un centro. Deben de consensuar muchas de las decisiones. Responsabilidades claras, que no se confunda delegación con “marrón”, o responsabilidad con “me da igual”.

Hay muchos aspectos que se deben analizar en la gestión de las personas: la actividad, la planificación, los objetivos, la toma de decisiones, la comunicación interna y externa, la gestión de la agenda y el tiempo, el clima del microambiente (¿cuántas personas quieren irse de ese ambiente?; ¿cuántas personas dejan de venir?; ¿cuántas propuestas hacen los profesionales?; ¿qué conflictos han surgido?), la formación continuada, la docencia y la investigación.

La insistencia en la importancia de las personas parece que va asociado al olvido de conflictos latentes. Así, hay empresas que entienden que su competitividad viene por sus bajos costes laborales, y así, mucha inversión en personas pero poco sueldo. O conflictos del estilo como apostar (una pose) por las personas y su entorno familiar, y ni hablar de una verdadera conciliación (no hay dos vidas). El problema no es definir valores sino aplicarlos. Nada nuevo por otra parte, predicar y dar trigo. La razón no marca la conducta solamente; la lógica no suele operar a nivel afectivo. Conocer las cosas impregna pero no condiciona necesariamente. Hay que tener un estilo de dirección cercano a los profesionales, con transparencia e innovación, acercando la gestión al clínico, ayudando a decidir, invitando a delegar a los mandos intermedios. Es obligado que aquellos que se ocupan de iguales tareas, trabajen, no en grupo, sino en equipo, aportando lo mejor de cada uno. La operación se descentraliza, la estrategia y la planificación necesitan de una dirección clara y fuerte. Es obligada a definición de una misión clara, coherente, compartida y retadora.

Ser inteligente no implica saber pensar de forma efectiva, saber no implica cambios; hay que enseñar a pensar, a tener mecanismos de pensamiento y procesos efectivos para generar soluciones. No obstante, cambiar y adaptarse no es equivalente a mimetizarse con el entorno. Los mejores no son los más adaptados necesariamente. Lo bueno tampoco es lo que el entorno opine; hay que tener argumentos claros, no convertirse en un camaleón. Alexis de Tocqueville, hace doscientos años ya advertía de seguidismos, incluso en regímenes democráticos, que pueden organizar hasta los pensamientos, deseos y pasiones.

Parecería como mal visto el pensamiento razonado (propio) frente el dominio del poder social. No se deberían de perder pensamientos no comunes, ni formas distintas de ver las cosas. Es cierto que teóricos neomarxistas de la Escuela de Frankfurt, o Hannah Arendt, desplegaron aquellos razonamientos y combatían el estilo de vida democrático que tendían a destruir el pensamiento original y promover la mediocridad, la búsqueda de la satisfacción inmediata como destino y el pensamiento único, mayoritario, como el pensamiento oficial y lo nuevo como lo verdadero, olvidándose del pasado. Se necesita la estimulación de la capacidad de análisis, de articulación y promoción de otras formas de ver (y ser); abandonar lo superficial. No confundir el pensamiento con la ocurrencia, la búsqueda de desafíos con las tareas inacabadas. Cambiar la pasividad y la indiferencia por la toma de partido, compromiso y responsabilidad. Mirar las cosas de diferentes maneras es la base de la innovación entendida como suma de creatividad y riesgo. En el futuro, ni el saber hacer, ni la información ni la tecnología serán suficientes para destacar (técnicamente se convertirán en “commodities”) porque por un lado, las empresas tendrán que saber hacer cuanto antes sino desaparecerán y por otro, tendrán la información y las tecnologías más accesibles. De ahí que el valor vendrá por la innovación.

Edward de Bono, una autoridad mundial en pensamiento creativo e innovación, propone el pensamiento lateral frente al pensamiento tradicional basado en el análisis y el proceso. Su metáfora más mediática es la de los “seis sombreros”:

- El sombrero blanco: la información. De cuál se dispone, qué falta y cómo se puede obtener. Se necesita información para analizar.
- El sombrero rojo: la intuición y las emociones. Las emociones están presentes siempre y las revestimos de muchos trajes, la lógica es uno de ellos.
- Sombrero negro: el riesgo y la crítica. Cuando algo no nos parece congruente o lógico, habitualmente somos conscientes de ello, aunque en ocasiones negamos

tácitamente el riesgo y la crítica como forma de auto-protección.

- Sombrero verde: la creatividad. No puede ser propiedad de una persona este sombrero, porque la creatividad es la base de la diferenciación.
- Sombrero azul: el control. El que asume la labor de evaluador, como el sonido que devuelve la orquesta, pero a la vez que escucha tiene que coordinar y dirigir.

No obstante, atención, a recetas precocinadas y a otros gurús que hablan de más y disfrazan trivialidades de cuentos e historias que no pasarían de un chascarrillo. Hay muchos sobreentendidos que son códigos comunes. Gurús que escuchan poco y hablan más; que se encargan de elevar “quesos” a la categoría de verdades. En suma, atención a lo exacto pero, a la vez, perfectamente inútil.

En suma, cuatro grandes ejes:

- actitud personal: fluida, con iniciativa, responsabilidad e identificación con la organización;
- planificación y estrategia: utilizar las herramientas y métodos oportunos en cada momento;
- trabajo y desarrollo de equipos: coaliciones de profesionales que lo difundan y lo implanten;
- comunicación: saber decir por qué, razones del cambio, los beneficios y el proceso de implementación. El sesenta por ciento del impacto de una comunicación está en el lenguaje no verbal. Comunicación sincera y clara a aquellos que están en contacto con las personas. Buena comunicación oral (durante los veinte primeros segundos, las personas se hacen una imagen del interlocutor que condiciona su percepción y por tanto, condiciona la comunicación).

“Cuando dos personas se encuentra no hay dos sino seis: una es como uno cree que es, otra como el otro la ve y la última es cómo realmente se es”

(Unamuno)

“Acaba usted de asumir la enorme responsabilidad de gobernar el Mundo, aunque ni usted ni sus planes gozan de mis simpatías, le deseo suerte. Si me lo permite, quisiera agotar nuestro último contacto para darle un consejo que puede serle de gran utilidad. Ahora usufructúa Vd. horas de ilusión y euforia. Aprovechélas, porque suelen durar poco. Enseguida empezará a tener problemas y a observar que su popularidad decae. Pronto le lloverán las primeras críticas. No se alarme. Tiene un recurso importante en sus manos para frenarlas. Culpe a sus predecesores, a mí y a mi Administración. No tenga reparo en hacerlo. Es la solución. El argumento es fácil, afirme que ha recibido una herencia desastrosa que impide que su política alcance el éxito que merece. Esta táctica nunca falla. Lo que ocurre es que sus efectos son temporales. Volverían las críticas y entonces mirar atrás ya no va a servirle. Pero tampoco se impaciente demasiado. Culpe a su equipo. Busque entre los ministros cabezas de turco a quien imputar las responsabilidades del fracaso. Y cuando la situación se vuelva insostenible, cambie a sus colaboradores. Haga una remodelación del Gobierno y comience con nuevos bríos. Esto le permitirá ganar algo de tiempo, no mucho, pero algo es algo. Porque las críticas y la pérdida de popularidad, cuando las elecciones ya se aproximan, volverá a acosarle. Mal negocio. Porque entonces ya sólo le queda una última decisión: haga que limpien su despacho, ordene que le hagan las maletas, y entre tanto, copie de su puño y letra esta nota y déjesela en el interior de la escribanía a su sucesor igual que yo estoy haciendo”.

Esta fue la carta de un presidente de EE UU a su sucesor, en un despacho oval, limpio y ordenado.

Cambios en la manera de tomar decisiones. Si se trabaja con empowerment (dar capacidad de decisión a los profesionales para decidir con criterio propio) implica compartir conocimientos y la información sobre los resultados. Hay que orientar la formación y la disponibilidad de herramientas útiles para mejorar ese empowerment. Las personas quieren trazar trayectorias propias, poder elegir el camino hacia el objetivo (p.ej., dirección por misiones). Hacer bien las cosas, como un valor individual, como un valor ético, produce satisfacción. Tiene una “infectividad” media (menos que la gripe) pero el contagio es altamente rentable para la organización, para las propias personas y sobre todo, para las personas que lo reciben. Es un proceso lento de cambio que implica paciencia y perseverancia y, además, obliga a cambiar actitudes, muchas formas de hacer y paradigmas consolidados en el esquema personal de las personas (ya sabe romper con eso de “no somos perfectos”, o el “da igual hacerlo bien o mal, por lo que nos pagan”). Quién fija qué hay que hacer no tiene que ser el mismo que diga cómo hay que hacerlo. Qué información se necesita, quién la necesita y quién la facilita. Las misiones, los grandes trazados se componen de trazos más pequeños. Un jefe de servicio es el responsable de las decisiones de su personal¹¹; tiene mucho que hacer un jefe de verdad: priorizar, liderar, selección, identificación con la organización...

“El que no sabe a qué cosas atender y de cuáles hacer caso omiso atiende a lo que no tiene importancia y hace omiso de lo esencial”

(Buda)

Se necesita CREDO: Compromiso, respeto, diversidad, optimización y CAPI, Capacidad, Autoridad, Poder, Influencia. Cuando hay responsabilidades, entonces se pone el equipo delante. Se necesita la plena integración de la política de personal con los objetivos de calidad de la organización (perfiles, qué tiene que hacer, cuáles son las competencias necesarias para tal

desempeño, etc.). Es una política de calidad la que guía a toda la organización. Deben de confluír necesidades individuales y las de la organización, entre lo se quiere y lo que quieren, desde la correspondencia de roles. El motor para que las personas den lo mejor de sí mismas está en el jefe de equipo o manager, la persona que está en el día a día con nosotros, escucha y habla, corrige desde la lealtad, con formas adaptadas al momento. Una persona que dirige personas se refuerza en su liderazgo y su capacidad de influencia.

*“Escuchar no es una destreza, es una disciplina.
Cualquiera puede hacerlo. Todo lo que usted necesita es
mantener su boca cerrada”*

(Peter Drucker)

El liderazgo resonante¹² de Goleman D. et al, incluye diferentes modelos adaptados a las situaciones cambiantes de la gestión. El modelo de liderazgo excelente busca la mejora a través de la gestión del conocimiento y los recursos humanos, la gestión de los valores y expectativas a través del fomento del aprendizaje y la asunción de riesgos. La implicación de los profesionales en la gestión y la estrategia es imprescindible y lleva siendo imprescindible desde hace muchos años. Se estima que casi una cuarta parte de los trabajadores no están comprometidos; además, un sesenta por ciento están en territorio de nadie. Por tanto, hay mucho por hacer. Gestionar el compromiso (*will management*), utiliza los elementos que generan un compromiso racional y afectivo de las personas e identifica aquellas barreras que no permiten promover esa relación. Consiste en potenciar la motivación (externa, interna y trascendente) y la auto-responsabilidad de los profesionales de una organización en base de delegación y transmisión de la capacidad de decisión. Capacitar implica compartir, que no entregar, la toma de decisiones. Decisiones que, aunque inicialmente sin trascendencia, se espera que influyan en un mejor

servicio. Capacitar implica compartir información y conocimientos, no hay que olvidarlo, reconocimientos (dineros y otros “estímulos”) que estén asociados. No es habitual reconocer a las personas porque nos han enseñado, por activa y por pasiva, que hay que “reconocerles” su no acierto. Hoy son las cosas materiales las que miden el éxito de las personas.

*“Si escuchas a los pacientes,
te dirán qué es lo que va mal”*

(Mike Rein)

(Auto) Preguntas necesarias (imprescindibles) para empezar a cambiar

A modo de autotest, sería necesario, responder a preguntas de este estilo.

Según WJ Reddin, para evaluar el clima organizacional basta con atender a preguntas de este estilo:

- ¿Qué clase de directivos hay?
- ¿Qué tipo de conducta es la más reconocida?
- ¿Qué se considera recompensa? ¿Y castigo?
- ¿Qué conducta es desmotivadora?
- ¿Cómo se gestionan los errores y los conflictos?
- ¿Cómo se toman las decisiones?
- ¿Cuál es la red de comunicación?
- ¿Cuál es el nivel aceptable de desempeño?
- ¿Existe confianza entre las personas?
- ¿Es fácil cambiar las cosas?

Y para evaluar qué y cómo lo hacemos, sería muy útil responder a las siguientes preguntas:

- ¿Qué criterios de selección de aplican?. Han de ser coherentes con los perfiles deseados. Si la organización, idealmente, tiene unos valores deben de constar en acta a la hora de realizar la selección del personal.
- ¿Cómo son las personas: sus actitudes (visceralidad, emotividad, atención a los demás, serviles que no serviciales, negativistas, disgregadores).
- ¿Qué saben: conocimientos, habilidades (comunicativas, capacidad de trabajo en equipo)?
- ¿Qué hacen? ¿Dan instrucciones pero no las saben recibir? ¿Qué no hacen? ¿Qué les separa entre lo que hacen y lo que deberían?
- ¿Qué esperan?: expectativas, límites que aceptan.
- ¿Cómo se articula el autocontrol y cómo se combina con el control externo?. Se necesita el desarrollo de una cultura de autoevaluación, facilitando a los profesionales procesos que les permitan ver su rendimiento, adelantarse a los errores y les ayude a mejorar.
- ¿Cómo se trabaja en equipo?. Si son autodirigidos, células flexibles, autónomos, pero con objetivos claros. Personas que comparten la información y el conocimiento. Trabajan en equipo, planifican y asignan tareas; deciden la formación de cada miembro, se reparten las recompensas, gestionan presupuestos. La responsabilidad no se diluye, está presente y con una persona concreta.
- ¿Cómo se reconoce y recompensan a las personas?. Valorar a todos y cada uno de los colaboradores y en que deben de mejorar, así como ayudar a corregir errores. Se deben diseñar sistemas claros de evaluación de la gestión de la calidad a través de la participación de todos los profesionales.
- ¿Cómo se descubren y apoyan las buenas prácticas?

REFERENCIAS

- ¹ Scally G, Donaldson LJ. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. *BMJ* 1998; 317:61-5.
- ² (Estudio Evereth del Banco Mundial)
- ³ <http://www.fundaciongrifols.org/esp/publicaciones/otras.asp?id=11>
- ⁴ ver www.maggies.ed.ac.uk
- ⁵ Buscar British Medical Journal las palabras clave; clinical aids o decisión aids; Wennberg hizo dos películas). En la Terapia Hormonal Susitutiva Lanpavis utilizó tebeos. También es útil buscar en la Universidad de British Columbia, Vancouver, Canadá, herramientas de ayuda para la toma de decisiones. Robert Evans, en una conferencia de 1999 en la Asociación de Economía de la Salud.
- ⁶ <http://www.fraserinstitute.ca/shared/readmore.asp?sNav=pb&id=782>
- ⁷ Ollé Goig J. Sofía se cayó de la bicicleta y yo me tomaré pronto un descanso. *Med Clin (Barc)* 2004; 123(20):794-7.
- ⁸ Timothy S. Carey, M.D., M.P.H., Joanne Garrett, Ph.D., Anne Jackman, M.S.W., Curtis McLaughlin, D.B.A., John Fryer, Ph.D., Douglas R. Smucker, M.D., M.P.H., for The North Carolina Back Pain Project. The Outcomes and Costs of Care for Acute Low Back Pain among Patients Seen by Primary Care Practitioners, Chiropractors, and Orthopedic Surgeons. *NEJM*, 333:913-917. 1995.
- ⁹ Buscar Presupuestos farmacia unidades en bases.
- ¹⁰ MR Chassin Improving the Quality of Care. *NEJM*, 335(14)1060-1063. 1996.
- ¹¹ Mental Health Act.
- ¹² Goleman D, Boyatzis R, McKee A. El líder resonante crea más. Barcelona: Plaza y Janés, 2002.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mariano Prieto Corcova. 6 Sigma, qué es y cómo aplicarlo a la empresa española. Editorial AEX. 2005. (Una herramienta de gestión que ha permitido el éxito de numerosas organizaciones).
2. Le Fanu J. The rise and fall of modern medicine. New York: Carroll&Graf Pub; 2000.
3. Guillermo Ballenato Prieto. Trabajo en equipo. Dinámica en la participación de grupos. Ed. Pirámide 2005. (Trabajar en equipo no es sencillo y este libro intenta ayudar a descubrir qué influye en su éxito).
4. Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. "Evidence based medicine: how to practice and teach EBM". Edinburgh: Churchill Livingstone,1998.
5. Monteagudo J. Qué es y qué no es la Medicina Basada en Pruebas. La información médica y sus problemas. En: Medicina Basada en la Evidencia. www.fisterra.com/mbe/mbe_temas/11/que_es.htm
6. Gil V et al. La innovación en la gestión hospitalaria: implicaciones y experiencias. Ed. Periscopihos, 2004.
7. Marta Olm. Diccionario Básico de Gestión. Ed. Smith Kline Beecham, 2000.
8. Fernando Pérez-Iñigo Quintana, JuanAbarca Cidón. Un Modelo de hospital. Ed Ars Médica, 2001.
9. J. Curiel Herrero, J. Estévez Lucas. Manual para la Gestión Sanitaria y la Historia Clínica Hospitalaria. Ed. Edimsa. 2002. (El cambio en la gestión a través de la modificación de las áreas de admisión, atención al paciente y calidad).
10. J. Jiménez Jiménez. Manual de Gestión para Jefes de Servicios Clínicos. Conceptos Básicos. Ed. Merck Sharp &Dohme. 2000.
11. Albert Oriol. Sanidad y tecnología. Editorial Gestión 2000. 2003. (El responsable de confidencialidad y seguridad de la información en The Children´s Hospital (Denver). La información como herramienta para la mejora a través de su utilización tecnológica).
12. Ronald A. Heifetz. Leadership without easy answer. Ed. Harvard Business School Press. 2004.
13. Daniel Goleman, Richard Boyatzis,Anni McKee. Primal Leadership. Realizing the power of emotional intelligence (Los líderes resonantes crean más: el poder de la inteligencia emocional).
- 14 Leopoldo Laborda Castillo; Elio Rafael de Zuani. Introducción a la gestión empresarial. Fundamentos teóricos y aplicaciones prácticas. Ed. Servicio de Publicaciones Universidad de Alcalá de Henares. 2005.

15. Kuang-Tase Huang, Yang W. Lee, Richard Y Wang. Calidad de la información y gestión del conocimiento. Ed. AENOR. 2000.
16. Ken Blanchard. Clientemanía. Editorial Granica, 2006. (Recuerda lo obvio en forma de libro. Que hay que cuidar a los clientes, a los que tratan con clientes... porque en ello va la supervivencia de la empresa. Obvio, pero olvidado en ocasiones).
17. Stein Kapsto. Cuatro retos para un líder. Ed. RBA Integral. 2006.
18. Alberto M Ballvé, Patricia Debeljuh. Misión y valores. La empresa en busca de su sentido. Editorial Gestión 2000. 2005.

WEBS

- www.venturetc.com Consultora dedicada a la formación en cuidados integrados.
- www.asanec.org Asociación andaluza de enfermería comunitaria.
- www.kaiseredu.org
- www.100tophospitals.com El American top de hospitals.
- www.hei.org House Ear Institute en Los Ángeles, con una labor educacional y un servicio on line de primer nivel.
- www.jreddin.com
- www.portalguiasalud.org
- <http://select.ingentaconnect.com/rsm/13558196/v10n3x1/contp1-1.htm>
Integrado por los siguiente documentos: "Making evidence synthesis more useful for management and policy-making", "Systematically reviewing qualitative and quantitative evidence to inform management and policy-making in the health field", "Realist review - a new method of systematic review designed for complex policy interventions", "Towards systematic reviews that inform health care management and policy-making", "The need for an overall strategy", "Don't throw the baby out with the bathwater", "Recognizing the needs and roles of the key actors", "A journey into unfamiliar terrain".

REVISTAS

- www.hcmrjournal.com Web de la revista Health care management review.
- Journal of Integrated Care Pathways.
- www.ashoka.org Una iniciativa de Bill Drayton, que a través de apoyos privados, patrocina visiones innovadoras de problemas sociales.
- Center for Studying Health System Change.
- Agency for Healthcare Research and Quality.

La Gestión Clínica como motor para la innovación y el buen gobierno clínico

Vicente Ortún Rubio

Director del Centro de Investigación en Economía y Salud. Universidad Pompeu Fabra, Barcelona

Introducción

Premisas normativas:

1. El objetivo de la atención sanitaria pasa por reducir la brecha entre lo que puede conseguirse con los recursos y la tecnología disponible (eficacia) y lo que realmente se está consiguiendo (efectividad)*. La mejor defensa de un sistema sanitario financiado públicamente, lo que garantiza su persistencia y mejora en el tiempo es la calidad, el atributo que proporciona la necesaria “deseabilidad” social.
2. Se conocen y comparten los atributos de la atención primaria que explican el mejor desempeño de los sistemas sanitarios.

* En 2001, la publicación del Informe del Instituto de Medicina de EEUU confirmó que entre la asistencia sanitaria que tenemos y la que podríamos tener no sólo existe un trecho sino un abismo. No falta dinero ni tecnología ni conocimiento. Más no siempre es mejor: Cómo se gasta (¡la buena Medicina!) resulta más relevante que cuánto se gasta. Preocuparse por lo que importa -la efectividad, reducir el abismo en calidad- supone incomprendiones, luce poco y consigue escasa financiación. Pese a todo, la motivación intrínseca funciona y encontramos en nuestra literatura publicaciones que informan sobre experiencias validadas de mejora, incluso revistas de publicaciones secundarias -por ejemplo Gestión Clínica y Sanitaria- empeñadas en la cruzada. Como esquema inspirador sirva el trabajo de Salvador Peiró (2003) acerca de la reducción de la brecha entre eficacia y efectividad en el abordaje en España del infarto agudo de miocardio o las publicaciones de la REAP, del equipo CESCA o las del Seminario de Innovación en Atención Primaria que dirige Juan Gérvas.

3. Los sistemas sanitarios tendrán un buen desempeño en la medida que los profesionales, particularmente los clínicos, que asignan los recursos tengan la información y los incentivos adecuados para tomar decisiones coste-efectivas.

Los incentivos, definidos como cualquier factor que proporciona un motivo para una acción u omisión y explica que se prefiera la opción elegida a sus alternativas, se analizan y entienden mejor en tres niveles:

- Primer nivel: Reglas sociales de juego. Ejemplos particulares en AP: normas clínicas y relaciones con la industria farmacéutica.
- Segundo nivel: Formas organizativas y grado de competencia entre las mismas.
- Tercer nivel: Incentivos individuales, o de grupo, bajo la forma de promoción, prestigio, estabilidad, satisfacción, dinero, etc.

I. Incentivos: De las perogrulladas al Nature o Science

El comportamiento humano viene influido por tres tipos de motivación: extrínseca, intrínseca y trascendente y fue a partir de la Segunda Revolución Industrial (telégrafo, aplicaciones del vapor al transporte, electricidad, química...) -con la separación de propiedad y gestión- cuando se inician los estudios sobre la organización científica del trabajo.

Aunque Hawthorne pueda ser más conocido por bautizar un sesgo epidemiológico o por la paternidad de lo que muchas décadas más tarde fue la “calidad total” en Sanidad, fue precisamente en Hawthorne, década de los treinta, donde se “descubre” la importancia de la motivación en el rendimiento a partir de unos resultados experimentales. Empieza ahí la Psicología Industrial.

Una relación entre patrón y empleados, una relación entre accionistas y gerentes o una relación entre paciente y médico puede conceptualizarse como relación de agencia con unos problemas derivados de los diferentes intereses entre las partes. Entre las múltiples soluciones al problema de agencia se cuentan los contratos de incentivos (hacer al agente partícipe del resultado al coste de transferirle el riesgo derivado de la oscilación en resultados) o las opciones de compra sobre acciones para directivos que tan desastrosos resultados tuvieron en la década de los noventa. En la actualidad se reconoce el énfasis excesivo dado a los incentivos explícitos para resolver los problemas de agencia y la necesidad de incorporar los incentivos implícitos derivados de los contextos legal, social, profesional y de mercado (Casadesús et al, 2007).

Aunque psicólogos y psiquiatras no estarán de acuerdo con la afirmación de neurocientíficos como Damasio de que el estudio de las emociones ha estado olvidado durante cien años, todos coincidirán en cómo han recuperado centralidad muy recientemente y se han vuelto imprescindibles para entender el comportamiento humano. Sabemos que existen individuos aprovechados, reciprocadores estrictos pero también castigadores altruistas, personas que están dispuestas a sacrificar utilidad personal para conseguir justicia y cumplimiento de las normas sociales (Fehr y Gächter, 2002). Obviamente la evolución humana conoció etapas en las que se salvaba todo el grupo o no se salvaba nadie. Si los problemas encontrados hubieran sido siempre del tipo “ponte las deportivas para correr más que tu compañero” no tendríamos castigadores altruistas entre nosotros.

La mente utiliza mecanismos instintivos, incluidas las emociones, para resolver los problemas más relevantes, los más relacionados con la supervivencia y la reproducción. Nuestra mente ha evolucionado durante los últimos dos millones de años en un entorno de cazadores-recolectores por lo que tanto en su dimensión de cooperación instintiva como de racionalidad limitada está mal adaptado a un entorno globalizado caracterizado por la cooperación “con extraños” (Camerer y Fehr, 2006).

Las implicaciones prácticas de estos desarrollos pasan por:

- la necesaria consideración de las preferencias individuales por la situación de los demás, la aprobación social o el trabajo interesante
- el reconocimiento de la cooperación voluntaria y la constatación de que la cooperación voluntaria puede afectarse, en cualquier sentido, por el uso de incentivos explícitos. En particular, una percepción hostil de los incentivos explícitos lleva a una disminución de la cooperación voluntaria
- la aprobación social modifica la conducta, no únicamente porque genera beneficios futuros sino por las emociones que suscita
- los mensajes y sanciones morales no conviene sean substituidos por transacciones de mercado (el mal resultado de introducir multas para castigar a los padres que se retrasan en la recogida de sus hijos de la guardería)
- las motivaciones extrínseca e intrínseca no son siempre complementarias: la introducción de incentivos explícitos puede destruir la motivación intrínseca, el mismo gusto por el trabajo bien hecho
- los incentivos explícitos no son el martillo de Maki; existen otras formas -desde la selección de personas al uso de tecnologías adecuadas- más útiles para producir valor en la interfaz con el usuario
- la relación laboral es también una relación social; cuidado con que las prácticas gestoras destruyan realidades fructíferas como las mencionadas de: reciprocidad como fuente de cooperación voluntaria, relevancia de la aprobación social y gusto por el trabajo interesante.

II. El entorno institucional, primer nivel de incentivos

Cada sociedad tiene sus reglas de juego: sus instituciones. Estas instituciones se definen como las restricciones creadas por el hombre para estructurar la interacción política, económica y social. Las instituciones son tanto las reglas de juego de una sociedad como sus mecanismos de salvaguarda. Pueden ser formales -como la Constitución, las leyes, los derechos de propiedad o los códigos deontológicos- e informales, como las costumbres, las tradiciones o las pautas de conducta esperadas en un grupo profesional.

Las instituciones en cualquier sociedad dependen de su trayectoria previa y tienen una inercia considerable. Las “instituciones” deseables son las que mejor reconcilian el interés individual con el interés social.

Las instituciones pueden visualizarse como mecanismos para “hacer cumplir”:

- En primera persona: el obligado cumple con la ayuda de la amenaza de castigo derivada de las emociones de culpa y vergüenza. Aquí las instituciones sirven para definir y adoctrinar en un código moral, resultado -sobre todo- de nuestra evolución.
- En segunda persona: amenaza de venganza en caso de incumplimiento aunque las instituciones modernas tienden a canalizar, dificultar y prohibir la venganza privada.
- En tercera persona: de manera informal y descentralizada a través de las redes sociales o de manera formal por medio del sistema de justicia.

Las instituciones humanas resultan de un diseño intencionado; basado en instintos pero diseñado; intencional pero no previsible.

El proceso de cambio institucional difiere de la selección natural al estar influido por el aprendizaje, las decisiones y la imitación.

En Sanidad, además de las reglas de juego establecidas por el Estado y, secundariamente, el mercado tres instituciones tienen particular importancia: la configuración del Estado del Bienestar, las normas clínicas, y las relaciones Medicina-industria farmacéutica.

Normas Profesionales Clínicas

La acción prescriptora, por ejemplo, implica junto al aspecto sanitario, un aspecto económico, siendo el médico un ordenador de pagos, sin que su mandamiento requiera una intervención o fiscalización previa, tal como acontece con la mayor parte de los gastos de las Administraciones Públicas.

No hay que olvidar la gran discrecionalidad de los profesionales sanitarios y la obviedad de que son ellos quienes realmente asignan la mayor parte de los recursos sanitarios; estos profesionales pertenecen a un colectivo que se rige por unas normas clínicas. Las normas profesionales clínicas comprenden tanto el conjunto de comportamientos que la profesión estima aceptables (y que sanciona con prestigio, eponimia, ostracismo...) como el conjunto de valores y expectativas compartidos por el grupo profesional de referencia.

Estas normas clínicas vienen influidas, además de por Estado y mercado, por la cultura poblacional: Nos movemos en una acendrada cultura del medicamento que hipertrofia sus beneficios hasta crear incluso dependencias injustificadas al tiempo que minusvalora formas más racionales de tratamiento o prevención.

Relaciones Medicina-Industria Farmacéutica

La promoción farmacéutica. Uno de los productos de consumo con mayor promoción es el medicamento. No extraña que la industria farmacéutica sea una de las principales fuentes de información de los médicos de AP. Se acumulan pruebas de

importantes sesgos y problemas de veracidad y exactitud en la información transmitida por la industria (Villanueva et al, 2003), y la importancia de la promoción en la prescripción realizada por los médicos, pese a que éstos creen no ser influidos por la promoción (Grupo de Ética, 2004).

La publicidad farmacéutica. Con arreglo a las normas españolas, el coste de la promoción de los medicamentos no debe ser superior al 12% de su precio. Este porcentaje... parece muy alejado de la realidad... Según algunas estimaciones, los procesos de comercialización, incluyendo la promoción y el marketing, pueden suponer en España entre el 22 y el 28% del volumen de venta de los laboratorios... la importancia de las actividades de promoción individual dirigida hacia médicos es tal que probablemente ha terminado por desvirtuar cualquier posibilidad de introducción de incentivos... económicos, ampliamente superados por las retribuciones “en especie” que sirven de apoyo a estas formas de promoción (Cabiedes et al, 2005).

Otra de las peculiaridades de la situación española en cuanto a publicidad es su escaso control. La transcripción de una directiva comunitaria sobre esta materia dio lugar a una descentralización a las CCAA del control de la publicidad... lo que ha hecho desaparecer casi por completo el control de la publicidad por el carácter interterritorial de las actividades de promoción.

Los visitantes médicos. Cada médico de un centro de Atención Primaria, que dispone de agenda informatizada y registra tiempos reales de visita, dedicó 2'6 semanas al año a atender a los representantes comerciales de los laboratorios... traducido en costes superior a los 3.000 euros por médico y año.

Existe amplia evidencia de cómo la industria farmacéutica afecta al comportamiento prescriptor de los médicos en bastantes ocasiones en sentido negativo. La formación continua, la investigación, los congresos, incluso la organización del ocio, dependen de forma abrumadora de la industria farmacéutica. No parece de recibo que los visitantes médicos sean la fuente

principal de la información sobre medicamentos o que se vigile pobremente el cumplimiento de la regulación existente sobre publicidad de medicamentos de uso humano.

La investigación también está muy mediatizada por los intereses, legítimos, de la industria farmacéutica: cláusulas contractuales de reserva de derechos de publicación, selección inicial de investigadores y temas, reciente consecución de posición dominantes de empresas especializadas en la realización de ensayos clínicos (en detrimento de los centros académicos). Se produce, con frecuencia, un conflicto de intereses bienestar social/ bienestar particular que no necesariamente supone fraude ni malpraxis, pero que conviene hacer público -explicitando fuentes de financiación por ejemplo- para que los usuarios de la investigación puedan juzgar por sí mismos su importancia.

Parecería conveniente:

1. Promover un código de buenas prácticas para la promoción de medicamentos que aclare la relación entre industria y médicos con el ánimo de mejorar la calidad de la prescripción especialmente cuando empieza a existir evidencia del favorable impacto que la actuación basada en la evidencia científica puede tener en la adecuación de la prescripción.
2. Declarar los conflictos de interés. No resulta infrecuente hallarse ante conflictos de intereses entre bienestar individual y bienestar social, que no necesariamente suponen fraude ni mala praxis, pero que conviene hacer públicos -explicitando fuentes de financiación por ejemplo- para que los usuarios de la investigación puedan juzgar por sí mismos su importancia.
3. Vigilar el grado de dependencia de la Medicina respecto a la industria farmacéutica combinando lo mejor de la intervención pública con lo mejor de los mecanismos del mercado (Cervera et al, 2004).

En la prescripción, como en el resto de la gestión clínica, se trata de dotar a los médicos -decisores clave del sistema sanitario-

con los incentivos, información e infraestructura precisa para efectuar las decisiones clínicas de una forma coste-efectiva. Cuando se pueda, una adecuada selección de personal -centrada no sólo en aptitudes sino también en actitudes- puede compensar la debilidad de los incentivos característica del sector sanitario. Este enfoque de la selección como solución organizativa alternativa a los incentivos tiene particular relieve en el sector público necesitado de una ética profesional y de servicio público.

Varias razones avalan la necesidad del incentivo individual en la prescripción (independencia profesional, variabilidad en estilos de práctica, interiorización del coste de oportunidad...) pero en la medida que, por una parte, en sanidad se dan condiciones técnicas de trabajo en equipo, y que, por otra parte, el *input* prescripción tiene bastante sustituibilidad con otros *input* del proceso asistencial, los presupuestos para prescripción deben incluirse en presupuestos globales.

Reorientación del Estado del Bienestar

La auténtica sostenibilidad de la componente sanitaria del Estado del Bienestar pasa por garantizar la deseabilidad, expresada en disposición social a pagar, de aquellas innovaciones con impacto positivo en el bienestar social. El reto estriba en evitar la dualización de la sociedad conjugando responsabilidad individual y responsabilidad social. Un Estado de Bienestar ha de controlar los desincentivos tanto por el lado de la financiación como de las prestaciones rehusando las tentaciones proteccionistas -aunque se disfracen de responsabilidad social corporativa o ecologismo- y acatando la disciplina que imponga la competencia internacional (economías abiertas). Por el lado de la financiación los impuestos han de favorecer el crecimiento lo que puede introducir una suave regresividad. Por el lado de las prestaciones hay que evitar la pasividad del paciente e introducir el principio del beneficio -copago y primas complementarias controladas, ¿por qué no?, públicamente- allá donde lo relevante

sea la preferencia individual y no la necesidad desde una perspectiva social.

En la economía sumergida (que incluye la criminal), estimada en más de un 20% del PIB, tiene el sistema fiscal español un margen importante de actuación. La lucha contra el fraude necesita reformas legales en las figuras impositivas y en los procedimientos tributarios para cerrar las vías de evasión fiscal, así como de una administración tributaria con el convencimiento necesario para aplicarlas. Este tipo de reformas precisan de un consenso parlamentario tanto más difícil de obtener cuanto más progresivo sea el planteamiento de las mismas.

Retrasar la edad efectiva de jubilación constituye la respuesta lógica al espectacular aumento de la esperanza de vida. Por otra parte la atención a la dependencia se compadece mal con la reducción o supresión del Impuesto sobre Sucesiones.

También convendría introducir incentivos a usuarios. España tiene un copago sobre medicamentos pequeño, y en disminución, en relación a otros países con Estados de Bienestar consolidados. Se trata de un sistema ni eficiente ni equitativo que puede reformarse con copagos de importe reducido que introduzcan conciencia de coste en el usuario y desincentiven el sobreconsumo (y las quejas sobre si las nuevas pastillas recetadas ya no flotan en el water). Cabe diseñar un copago fijo obligatorio por receta, con límite máximo mensual, neutral presupuestariamente. Podrían aplicarse de forma paralela dos copagos: El obligatorio de baja intensidad y un segundo nivel evitable relacionado con la efectividad de los medicamentos (Puig, 2004).

El primer nivel sería aportado por toda la población con dos exenciones: insuficiencia de ingresos y techo fijo. El segundo nivel de copago, independiente del primero, sería evitable según preferencias individuales y estaría en función de la efectividad de los tratamientos; su aplicación requiere un sistema de precios de referencia, diferente del actual, basado en la equivalencia farmacológica o terapéutica.

III. Segundo nivel de incentivos: formas organizativas y competencia entre las mismas

Tanto el tipo de organización (pública o privada, por cuenta propia o por cuenta ajena...) como el grado de competencia y cooperación entre las organizaciones del sector sanitario determinan la fuerza y adecuación de los incentivos.

Entre las organizaciones públicas puras (apropiación pública del excedente y derechos residuales de decisión públicos) y las organizaciones privadas puras (apropiación privada del excedente y derechos residuales de decisión privados) existen bastantes posibilidades intermedias como las oficinas de farmacia con apropiación privada del excedente y derechos residuales de decisión públicos.

En España predominan las burocracias públicas siendo poco prevalentes las organizaciones sin finalidad lucrativa, las de finalidad lucrativa y las cooperativas de profesionales. Ante las dificultades para mejorar la gestión de las burocracias públicas se ha experimentado con formas organizativas alternativas. Las pocas evaluaciones sobre el impacto de las nuevas formas organizativas sobre el funcionamiento del sistema sanitario no permiten conclusiones rotundas:

1. La de la Fundación Avedis Donabedian comparando, para Cataluña, los equipos autogestionados de AP tanto con el ICS como con las mutuas.
2. La de Arias et al (2007) para hospitales que concluye diciendo que los hospitales que cuentan con instrumentos de gestión menos burocratizados y más flexibles:
 - Muestran una mayor eficiencia en los indicadores más consolidados en el sector (estancia media y coste ajustados).
 - No afectan a la calidad asistencial medida a través de indicadores cuantitativos ajustados por riesgo como mortalidad, complicaciones y readmisiones.

Las organizaciones sanitarias, especialmente las públicas, difieren de otras organizaciones en los siguientes aspectos:

1º. Aplicación muy atenuada de la regla de oro del control interno: La separación entre gestión de la decisión y control de la decisión 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). Un proceso decisorio comprende cuatro fases: una primera de recogida de información y formulación de alternativas (inteligencia), una segunda de elección de alternativa (elección), una tercera de implantación de la alternativa escogida (implantación) y una cuarta (monitorización) de los efectos. A las fases primera y tercera se las denomina gestión de la decisión. A la segunda y cuarta control de la decisión. Habitualmente el control de la decisión recae en persona distinta a la que gestiona la decisión (en trabajo por cuenta ajena). Esta separación apenas existe en las organizaciones sanitarias.

2º. La importancia, ya citada, de las normas clínicas como institución.

3º. Necesidad de una coordinación muy intensa. Gestionar una organización supone coordinar y motivar a sus miembros para conseguir unos objetivos. En el punto siguiente se mencionará la motivación. Respecto a la coordinación debe establecerse que la calidad de un sistema sanitario (medida por sus indicadores de salud, la supervivencia de los enfermos diagnosticados de cáncer, la tasa de complicaciones graves de la diabetes, la prevalencia de resistencias bacterianas, la incidencia de enfermedades innecesariamente prematuras y sanitariamente evitables...) no se consigue sumando calidades de los centros. Ocurre igual que con el diseño de un avión, cuyo 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. Un sistema sanitario funciona tanto mejor cuanto

más sentido común tiene la política y más 'integrados' están sus componentes. De aquí la consideración, más adelante, de los mecanismos que propician la articulación entre niveles asistenciales.

4º. 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.

5º. Transacciones sanitarias caracterizadas por la concurrencia de beneficios colectivos y beneficios individuales. En el dominio público [privado] puro los derechos residuales de control -decidir sobre lo que no puede dirimirse según contrato, ley o costumbre- son públicos [privados] como la propiedad. Los derechos residuales de control y el derecho a la renta residual suelen ser complementarios por lo que en principio han de ir juntos. Ahora bien, en toda transacción en la que concurren beneficios colectivos y beneficios individuales tendría interés distribuir los derechos residuales de control.

Intentos de descentralizar burocracias

Las organizaciones burocráticas caracterizan el sector público aunque no sean exclusivas de éste. Caracteriza a la organización burocrática la centralización de las decisiones, la especialización funcional, la reglamentación detallada de procedimientos, la presencia de funciones de producción ambiguas, la dificultad para medir el rendimiento, el carácter funcional del vínculo que une a los empleados y la organización, y las limitaciones a la discrecionalidad. En suma, rígidos sistemas de decisión que responden lenta e ineficazmente a las demandas de cambio y adaptación.

Unas organizaciones burocráticas que eran adecuadas para conseguir economías de escala bajo condiciones de producción

en serie, se vuelven inadecuadas cuando el conocimiento gana importancia como factor productivo y la demanda se vuelve más sofisticada. En estas circunstancias el problema organizativo fundamental (coordinar y motivar) pasa a ser el de situar la capacidad decisoria allá donde está la información específica y costosa de transmitir. Esto es: descentralizar.

La dificultad de medir el producto está en la base de la persistencia de organizaciones burocráticas, no descentralizadas. Resulta plenamente aplicable aquí la reflexión de Salas en el sentido de presentar la burocracia como la consecuencia, y no como la causa, de la mayor ineficiencia que se introduciría en el sector público si se pretendiera funcionar de forma descentralizada, incentivando a los agentes de manera poco relacionada con el esfuerzo que realizan (por problemas de información). Si se utiliza un criterio equivocado para medir el desempeño los resultados pueden ser peores que si no se establecieran incentivos explícitos. Peor todavía que tratar igual a los desiguales es tratar desigualmente sobre bases equivocadas.

Existen vías, investigadoras y gestoras, para avanzar en la medida del desempeño. Los gestores, no obstante, deben huir de la Alexitimia (tendencia mental a adquirir compromisos imprudentes, del Alexis de Marguerite Yourcenar).

La poca separación existente entre decisiones políticas y gestoras unida a la escasa autonomía de los entes autonómicos que podrían descentralizar en los centros sanitarios (además de las dificultades ya reseñadas para medir el “producto”) continúan explicando los escasos avances registrados.

Durante lustros ha existido un consenso acerca de la conveniencia de dotar de mayor autonomía y responsabilidad a los centros sanitarios, con la lógica oposición de quienes confunden el Estado del Bienestar con el bienestar de los que trabajan para el Estado, hasta que con la ministra Villalobos, y como consecuencia de compromisos previos, se lanza la mayor Oferta Pública de Empleo de la historia, contribuyendo así a la esclerosis que se pretendía superar.

España se distingue de países comparables en su mayor producción pública (estatutarios en instalaciones públicas) de servicios de AP: tanto de los que tienen la AP como puerta de entrada en el sistema, como Dinamarca, Holanda o Reino Unido, como lo que no tienen la AP establecida como puerta de entrada y “administradora” del sistema, como Alemania, Bélgica o Francia.

Externalidades y organizaciones sanitarias integradas

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 otro servicios dentro del mismo nivel asistencial),
- Duplicación de pruebas con su correspondiente iatrogenia.

Los cambios en la demografía, en la mortalidad y en la morbilidad, pero, sobre todo, en la tecnología hace que deba alterarse la asignación de recursos entre los diversos niveles asistenciales que abordan un problema de salud: la atención primaria, la atención especializada (ambulatoria o de hospitalización), la atención mental y la atención sociosanitaria.

Si se continúa presupuestando/comprando servicios sanitarios a proveedores no integrados -problema técnico: ajustar

por aquellas variables que influyen en los productos intermedios y que no están bajo el control del proveedor- se favorece la competencia entre niveles, la duplicación de pruebas, el uso inadecuado y iatrogénico de tecnología y la diferenciación de servicios. Si, en cambio, se opta por presupuestar/comprar atención sanitaria a una población -problema técnico: ajustar por riesgo el pago capitativo- se favorece la cooperación entre niveles ya que ni la retención de pacientes ni la actividad por la actividad favorece a ninguno de los niveles asistenciales en un juego de suma cero.

Un proveedor integrado responsable de la atención a una población tiene un franco estímulo a resolver los problemas en el nivel con mayor capacidad resolutive. La capacidad resolutive constituye el mejor sinónimo sanitario de la eficiencia.

La necesaria redistribución de funciones entre los miembros de los equipos sanitarios (con énfasis en la Atención Primaria) y las EBAs, atado corto el afán de lucro, como una de las vías para conseguirla

La burocratizada/funcionarizada organización de los equipos de atención primaria ha permanecido ajena a los cambios pretendiendo incluso que sea la sociedad quien se adapte a sus servicios. Como ejemplos paradigmáticos de esta realidad pueden citarse: los coordinadores de equipo y las decisiones en asamblea, la lista de espera para acceder a la consulta, y el incremento de las “urgencias” derivado de ello.

Es necesario un giro copernicano de la organización de los servicios que se adapte a la realidad de las demandas/necesidades de la sociedad.

Hay que revisar los contenidos las consultas, eliminar todo lo que no aporta un valor añadido, “liberar” a los pacientes “cronificados”, y revisar el papel de los diferentes profesionales de modo cada cual asuma niveles más altos de competencia en su actividad diaria (Casajuana, 2005a).

Las actuaciones de los profesionales deben ir dirigidas a incrementar la autonomía del individuo, no su dependencia, a ajustar las expectativas de omnipotencia a la realidad de la incertidumbre, de los riesgos y de la yatrogenia. Y la población diana de este “ajuste de expectativas” no debe ser sólo el ciudadano, sino también los propios profesionales que parecen haber olvidado las bondades del “esperar y ver” que preconizaba Hipócrates con su “*primum non nocere*” (Casajuana, 2005b).

Un funcionamiento de los EAP adaptado a la cambiante realidad necesita de agilidad en la organización de los equipos, con una descentralización máxima de la capacidad de gestionar/decidir. La estructura debe dar servicio a los equipos para que estos puedan desarrollar su actividad. Los gerentes han de facilitar el trabajo de los directores. Los directores de EAP deben olvidarse de la palabra “coordinador”. Los profesionales han de optar entre mantener la cómoda mediocridad del trabajo funcionarizado, o apostar por organizaciones más abiertas, con mayor implicación y mayor riesgo, pero, sin duda, con mayor capacidad para producir satisfacción con el trabajo.

Los servicios de AP no están adaptados a la evolución, y algunos de los cambios realizados han actuado, justamente, en sentido contrario. El perfil de las demandas de la población ha cambiado, se ha diversificado, y la organización debe rediseñarse para dar respuesta a este nuevo perfil.

Los equipos de atención primaria deben disponer de una autonomía de gestión que les permita poder definir su propia estructura y organización, repercutiendo en ellos el resultado (positivo o negativo de su gestión). Ese es un paso fundamental para que la organización tienda a adaptarse a las demandas/necesidades de los ciudadanos. Estos, a su vez, deben adquirir conciencia de las limitaciones tanto de la ciencia médica, como de los recursos disponibles.

Esta autonomía de gestión puede llegar hasta la personalidad jurídica propia, las *entidades de base asociativa*, efectuando, eso sí, una mayor profilaxis de los cortocircuitos que el incentivo de lucro puede introducir (petición desatendida cuando

Ortún, 1996, la formuló con anterioridad a la primera regulación de las EBAs) y un seguimiento de su impacto en resultados -efectos secundarios incluidos- satisfacción y beneficio en salud cuando se pueda.

La provisión actual de servicios de atención primaria depende de entidades, públicas o privadas, agrupables según fórmula jurídica: aquellos dependientes del ICS, empresa pública mayoritaria, organizaciones sanitarias integradas con servicios de diversos niveles y entidades de base asociativa de médicos de familia. No hay evidencias de superioridad global de uno u otro modelo.

Existen otras formas jurídicas, todas caracterizadas por la autonomía de gestión, que merecen asimismo consideración muy detallada como la de CASAP, un consorcio público creado entre ICS y ayuntamiento. Su fórmula jurídica permite gestión financiera, contratación laboral y compra de servicios (excepto especialistas). Gestiona un centro de salud de alta resolución. El personal fue seleccionado según este objetivo. Se adquirió el equipo preciso para facilitar actividades diagnósticas y terapéuticas, evitando derivaciones innecesarias de los pacientes y manteniendo independencia del segundo nivel. Parecen haber conseguido buenos resultados a los 20 meses siendo muy destacable la creación de guías de actuación según las cuales las enfermeras pueden resolver autónomamente diversos problemas de salud agudos (Peris et al, en prensa) en línea con el espíritu de Casajuana (2005a): “Dejar de hacer para poder hacer”.

La práctica dual pública-privada en Sanidad

España vive complacida con el Estado de Bienestar más inequitativo y más ineficiente de Europa¹, aunque no en su componente sanitario, honor compartido con Portugal, Italia y Grecia. Compatibilizar el conveniente aumento de la productividad con la mejora del Estado del Bienestar, como magistralmente hacen los países nórdicos, requiere hablar de deberes y responsabilidades tanto en la oferta sanitaria como en la demanda. Parece crucial -desde la perspectiva de bienestar social- que unos

proveedores -con poder de mercado y poder político- pero con financiación pública y privada- tengan como contraparte un comprador potente que además de comprar:

- Gestione la utilización sanitaria.
- Regule y controle la financiación que provenga de seguros complementarios, fiscalmente desgravados, y que cubran prestaciones sanitarias no cubiertas en el paquete público así como el seguro de dependencia.
- Regule y controle la financiación privada que las primas complementarias o los copagos puedan originar.
- Impulse la transparencia de los proveedores del sector sanitario (tipo Central de Balances, Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria, publicación de los conciertos individualizados), menor que la de empresas privadas mercantiles.
- Asigne los recursos sanitarios con base a la necesidad, con las excepciones comentadas donde la disponibilidad a pagar esté más indicada, y a aquéllos proveedores que dentro de la competencia por comparación (sin mercado) tengan mejores resultados de salud por euro gastado.

Los centros sanitarios -no necesariamente hospitales- que realmente sean autónomos y responsables (del resto olvidarse de momento) no tienen porque renunciar a la bolsa de la disposición privada a pagar (por prestaciones fuera de cartera de servicios, prestaciones que proporcionan utilidad personal o por el acceso más rápido a servicios coste-efectivos sobre condiciones no graves). Por parte de la demanda hay que estimular la recuperación de la responsabilidad individual a través de instrumentos como los copagos evitables dirigidos a disuadir consumos innecesarios.

Obviamente sería mejor que hubiera de todo con calidad excelente y, además, gratis. La alternativa real pasa por el *statu quo* de plantillas públicas hinchadas, calidad manifiestamente mejorable, CV un rato por la mañana e ingresos financieros el resto del día, capacidad desaprovechada y deslealtad consentida.

Sólo la evaluación de las experiencias en marcha -de prestaciones privadas en centros públicos ya maduros- podrán dirimir tanto la balanza de los pros y contras teóricos como el juicio ciudadano sobre el impacto en la equidad. La mayor parte de los centros sanitarios públicos en España no están en estos momentos en condiciones de introducir prestaciones privadas ni técnica ni políticamente.

Las horas extras (*moonlighting*) en la “competencia” puede tener más inconvenientes que ventajas pero están instaladas. La evaluación del *moonlighting* leal en el sector público debe hacerse, por tanto, con precaución y bastante circunscrita. Precaución referida a la adecuada profilaxis de todos los inconvenientes previsibles, entre otros: competencia desleal con proveedores privados (vía facturación a costes marginales), dosis pequeña de prestaciones privadas y una remuneración por unidad de tiempo (en dinero, prestigio, reconocimiento) que debe ser la misma cuando se atiende a un paciente financiado públicamente que cuando se atiende a un paciente financiado privadamente. Se trataría de mejorar algunos aspectos de la actual situación, no de reproducir la dualidad público-privado de forma más cómoda para sus practicantes.

Tanto el corporativismo como el juego político sanitario de suma cero impiden cambios generalizados por lo que en cada momento haya que optar por el parche menos malo. En el caso de las horas extras: mejor en casa (*in-house moonlighting*) que fuera, aunque optar por esta alternativa menos mala perdería mucho de su sentido con un centros sanitarios autónomos y responsables, con las plantillas adecuadas -en tamaño y composición- y unos sueldos que reflejaran las diferencias en calidad y dedicación; la financiación pública ya premiaría a los mejores.

En Atención Primaria las horas extras están particularmente indicadas y ofrecen una salida a las reivindicaciones tipo X minutos por consulta. La duración de la consulta constituye una variable que el profesional controla; debería hablarse, en todo caso, de número de pacientes por médico. Y dado que los médicos necesitan

un mínimo de casuística para mantener a flote sus habilidades clínicas sería conveniente comprar franjas horarias (horas extras) lo cual tiene la ventaja asistencial añadida de mejorar la longitudinalidad (Borrell, 2005).

Finalmente, la evaluación de esta nueva forma de dualidad, adquiere sentido para aprovechar públicamente la fuerte disposición individual a pagar por los servicios sanitarios (sin sufrir la pérdida de bienestar asociada a la financiación impositiva) en un contexto de competencia por comparación y con una contraparte compradora-reguladora potente que gestiona la utilización sanitaria y procura una asignación de recursos sanitarios en base a necesidad (con las excepciones en las que la disponibilidad a pagar esté más indicada).

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 et al, 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, tomando en consideración -eso sí- por las variables que él no controla, estará más cercano al grado de competencia socialmente saludable que el inimpugnabile 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).

IV. Tercer nivel: incentivos individuales

Este tercer nivel, referido a personas, pretende un cambio positivo en los comportamientos. Se conocen y están evaluados (Eisenberg, Grol) los distintos instrumentos que mejoran la actuación profesional, destacando entre todas las intervenciones multi-

componente: educación, auditorías clínicas, informatización, gestión de la calidad, estímulos financieros, etc.

Cuando se analizan los incentivos financieros, tanto los experimentos naturales (Japón) como la literatura de toda la vida (Bernard Shaw, Jules Romains, Mark Twain) resulta más útil que la Colaboración Cochrane (las formas de pago no son neutras, dice) para disponer de pruebas razonables sobre la potencia, excesiva y no lineal, de los incentivos financieros.

Salario, capitación y acto son las tres peores formas de compensación conocidas, de ahí la evolución hacia sistemas mixtos. Cada una de ellas tiene sus indicaciones e inconvenientes por lo que suele resultar útil combinarlas. [Recordar que el pago capitolativo puede actuar también en el segundo nivel de incentivos, el organizativo].

Los salarios pueden corregirse mediante mecanismos como la *resource-value scale* e incorporar la carrera profesional, la forma de promoción horizontal más adecuada en entornos profesionales, y que requiere una mezcla de evaluación objetiva y subjetiva así como una distinción entre atributos del profesional y atributos del puesto desempeñado.

Se obtiene aquello por lo que se paga. Del pagar por “ser” al pagar por resultado pasando por el pagar por “hacer”

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.

En los primeros conciertos del extinto Instituto Nacional de Previsión con hospitales ajenos a la Seguridad Social se partía de

la estructura de éstos para pactar las tarifas. Desde 1978 el también desaparecido Instituto Nacional de la Salud utilizó como criterio fundamental de pago lo que el hospital “era”: grado de especialización de sus servicios, dotación de medios diagnósticos y terapéuticos, calificación de las plantillas, etc. Se desarrolló incluso una parrilla de categorías -desde básico rural a urbano con mucha superespecialización- en la que cualquier centro hospitalario encajaba. Se pagaba pues por “ser”, con la hipótesis implícita si se quiere de que una mayor complejidad de la oferta iba asociada a una mayor diversidad y gravedad de los enfermos atendidos, hipótesis que obviamente era rechazable en bastantes ocasiones.

Parecía más sensato que los centros sanitarios fueran compensados en función de lo que “hacían” pero -como sabemos- no es lo mismo medir kilowatios o toneladas de acero que estancias o visitas. Fueron los sistemas de ajuste de riesgo los que permitieron clasificar a los pacientes en grupos de isoconsumo de recursos. Si no sabe medirse lo que “hacen” los centros no pueden establecerse comparaciones ni asignarse los recursos (presupuestos, contratos...) a quienes mejor lo hagan. Efectivamente, la carencia de una medida del producto (aunque fuera intermedio) era un problema sanitario como lo era -y continúa siéndolo- en los sistemas de educación, justicia, defensa, policía, o asuntos exteriores. Tampoco algunas actividades de las organizaciones que producen directamente para el mercado se escapan de esta dificultad: relaciones públicas, recursos humanos o planificación estratégica; en ocasiones han de recurrir a una modalidad de *benchmarking* conocida como método Bruegel o “ciegos conduciendo a ciegos”.

“Hacer” no obstante sigue implicando visitas, exploraciones, intervenciones, etc., algunas de las cuales -como las vinculadas con el internamiento hospitalario- podemos aproximar aceptablemente y otras -como la consulta ambulatoria de los hospitales contada con los dedos y sin ajustar- no tanto. En cualquier caso ha sido posible efectuar una transición paulatina desde premiar el “ser” a compensar por “hacer”, manteniendo donde está indicado -cámara hiperbárica, servicio de urgencias rural- el

pago por “ser” (en este tipo de servicios cuanto menos “hagan” mejor).

Cuando falta todavía mucho para llegar a medidas satisfactorias de actividad, curiosamente sabemos que ese no es el destino. En una sociedad de enfermos crónicos (diabéticos, EPOC, insuficientes cardíacos...), un mayor frenesí asistencial no suele ser indicio de mejor calidad sino todo lo contrario: Cuanto más (camas, ingresos no programados...) peor. ¿Por qué financiamos públicamente los servicios sanitarios? Por su impacto en la salud. Pensemos, pues, en pagar por él. De acuerdo, muchas son las variables que influyen en el estado de salud y resulta muy difícil establecer el porcentaje atribuible a la intervención sanitaria. Remontémonos un poco en el tiempo, hasta antes de nacer; si supiéramos que seremos diabéticos o que tendremos un cáncer digestivo ¿en qué país del mundo nos gustaría vivir? En el país que mejor controlara la diabetes -medible a través de la hemoglobina glicosilada- o en el que tuviera mayor supervivencia tras cáncer -aproximable, por ejemplo, por el porcentaje de cánceres digestivos diagnosticados en Urgencias Hospitalarias-. Algo puede pues decirse ya sobre los resultados que realmente importan a los ciudadanos.

Muchos de los contratos con los profesionales sanitarios han sido diseñados para influir sobre los incentivos e inducir, con ello, determinados niveles de esfuerzo así como un comportamiento adecuado en el trabajo. Como hemos podido observar al presentar los distintos comportamientos oportunistas, diferentes sistemas retributivos tienen ventajas e inconvenientes. Los pagos por capitación proveen incentivos al médico a reducir costes, pero también a evitar tratar a aquellos pacientes que sean muy costosos y a reducir la calidad de los servicios prestados. Los pagos por acto parecen aliviar los problemas de escaqueo pero pueden conducir a una prestación de servicios excesiva. Los salarios no incentivan ni una prestación de servicios en exceso ni tampoco la selección de riesgos pero, precisamente por no estar vinculados con los resultados, pueden generar que los médicos pongan poco esfuerzo en su trabajo. En general, existe un consenso bastante

generalizado en la literatura económica de que si se quieren equilibrar óptimamente los objetivos de reducción de costes y garantizar unos estándares de calidad, es necesario combinar pagos puramente prospectivos con un reembolso parcial de los costes, en definitiva, debe emplearse un sistema de pagos mixto (Newhouse, 1996).

Los sistemas sanitarios europeos han experimentado con distintos sistemas retributivos. Sin embargo, la heterogeneidad entre los distintos países es elevada y por ello merece la pena detenerse un poco más en examinar cómo distintas políticas puestas en marcha en el entorno europeo afectan a los recursos humanos y al desempeño de sus actividades.

El pago por desempeño o calidad (la actual moda del P4P)

El pago por desempeño arrancó en Australia, en 1994, conoce numerosas experiencias en EE.UU. -donde un par de revisiones recientes llevan a concluir que la difusión del P4P sería prematura aplicando los estándares al uso en la tecnología médica (Epstein, 2007)-. El pago por calidad parece insuficiente por sí solo: Se precisan cambios de comportamiento en otros actores, apoyo computerizado a las decisiones clínicas, publicación y transparencia en resultados, incentivos a usuarios, así como evitar la distorsión de la actividad y el registro hacia lo que se premia, la selección de pacientes (o, como mínimo, de denominadores) y lo que es más importante: la erosión de la motivación intrínseca, la pérdida de auto-estima y de autonomía profesional.

La dificultad estriba en que pese a que conviene reivindicar tanto una política como una gestión sanitarias basadas en pruebas, los hermanos Wright nunca hubieran volado con base en las pruebas. La innovación institucional y organizativa, especialmente cuando no cuenta con la sanción de la competencia de mercado, debe proceder por ensayo y error, guiada a lo sumo por principios y apriorismos teóricos así como por comparaciones internacionales. Válido esto último tanto para orientar un sistema hacia la AP como para variar incentivos.

El pago por calidad en sanidad se remonta, como mínimo, al 1600 aC y ha conocido muchas encarnaciones a lo largo de estos últimos milenios. Su última resurrección se produce cuando se liberan los secretos militares de la IIª Guerra Mundial y tanto la dirección por objetivos como el pago por resultados se generalizan en la industria o el ejército.

El Código de Hammurabi establece el pago según resultado en las intervenciones. Por ejemplo, en una intervención ocular exitosa: 10 monedas de plata (capas altas -aristócratas, militares..., 5 para capas medias -artesanos, agricultores..., y 2 para esclavos); amputación de la mano del cirujano en caso de fracaso (Spiegel et al, 1997). Observamos, pues, que la valoración de la vida ganada dependía de la persona afectada -tanto tienes tanto vales- y sospechamos que los cirujanos babilónicos tendrían la misma habilidad para seleccionar pacientes que la mostrada por los médicos generales ingleses a la hora de influir en los denominadores de pacientes elegibles de cara a conseguir el 97% de todos los puntos posibles en el esquema de pago por calidad durante el primer año de implantación del mismo, 2004-2005: \$40.000 más, en promedio, por médico al año tras conseguir el 97% de todos los puntos posibles (Doran et al, 2006).

McNamara, tras aplicar con gran éxito, durante su época en Ford, el pago por resultados, es nombrado Ministro de Defensa en 1962. Antes de dimitir, o ser dimitido, en 1968 por discrepancias con el entonces presidente Johnson en relación a la escalada en Vietnam, tuvo ocasión de trasladar al ejército algunas de las innovaciones que habían funcionado en Ford. Fracásó particularmente el pago por resultados pues el éxito de las misiones se medía a través del recuento de cadáveres (supuestamente vietcong). Y cuando se paga por cadáveres...se tienen cadáveres aunque sean de civiles indefensos, particularmente mujeres y niños.

En una enfermedad cardiovascular de origen metabólico, como la diabetes, la calidad de un sistema sanitario no se mide por “ser” (equipos sofisticados) ni por “hacer” (visitas, ingresos) sino por la evitación de las complicaciones macro y microvasculares

de la diabetes. De ahí que un parámetro como el de la hemoglobina glicada, indicativo del grado de control de la enfermedad, constituya una buena aproximación al resultado/calidad de la atención, muy en la línea de Hammurabi y sin los estragos que la conocida potencia de los incentivos causó en Vietnam por una mala definición del resultado a conseguir.

Profilaxis de la fascinación tecnológica

La *fascinación tecnológica*, hipótesis según la cual serían los incentivos de tipo profesional -asociados a la innovación y complejidad de la atención prestada- los que determinarían la utilización sanitaria. Las patologías más habituales y con tratamientos menos sofisticados quedarían relegadas en favor de procesos complejos o realizados con tecnologías innovadoras sobre patologías con menor carga de morbilidad (Peiró y Bernal, 2006). La probabilidad de que se resuelva un problema sanitario depende menos de su importancia que de su atractivo (*profile*); En el mundo, el Sida más “atractivo” que la tuberculosis (y más atractivo actuar sobre el Sida por medio de anti-retrovirales que a través de procesos mucho más coste-efectivos); En España, la artroplastia de rodilla mucho más “atractiva” que la reparación del juanete. Poco ha de sorprender que las tecnologías mejor valoradas por los profesionales sanitarios en España sean tecnologías instrumentales como radioimagen, angioplastia coronaria o endoscopia gastrointestinal, en detrimento de las intervenciones más efectivas para reducir la carga de enfermedad.

Al igual que Hsiao (1988) contribuyó a recuperar “la silla” de Marañón como mejor instrumento diagnóstico (profilaxis de la “fascinación tecnológica” a través de la *resource value scale* empleada, con variantes, en Canadá, Corea y EE.UU.), necesitamos también prevenir una eventual “fascinación tecnológica” en la AP.

REFERENCIAS

¹ Véase, por ejemplo, la documentación para las reuniones informales de Ecofin (A Sapir. Globalisation and the Reform of the European Social Model), de 9 Setiembre 2005, y de presidentes o jefes de Estado de la Unión Europea (J Palme. Why the Scandinavian Experience is Relevant for the Reform of the European Social Model), en Hampton Court el 27 Octubre 2005.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arias A, Illa C, Sais C, Casas M. Evaluación de la eficiencia y calidad científico-técnica de los hospitales en España según su modelo de gestión. *Gac Sanit* 2007; 21(Supl 1): 11.
2. Bernal E (2005). El atlas VPM. *Atlas Var Prac Med Sist Nac Salud*; 1(1): 3-4.
3. Boerma WGW, Groenewegen PP, Spreeuweberg P. Variation in workload and allocation of time under different payment systems in general practice. En: Boerma WGW, editor. *Profiles of General Practice in Europe. An International Study of Variation in the Tasks of General Practitioners*. Utrecht: NIVEL, 2003.
4. Borrell F. Hay que comprar más tiempo a los médicos. *Jano* 2005; nº 1566 (20-26 de Mayo), p 1714.
5. Brown C, Lilford R. Cross sectional study of performance indicators for English Primary Care Trusts: testing construct validity and identifying explanatory variables. *BMC Health Serv Res* 2006;6:81.
6. Callejón M, Ortún V (2002). Empresa privada en Sanidad: Grado de adecuación a las diferentes funciones sanitarias. En G López (ed): *El interfaz público-privado en Sanidad*. Barcelona: Masson, p 103-121.
7. Cabiedes L, Ortún V. Prescriber incentives. En J Puig (ed): *The public financing of pharmaceuticals*. Cheltenham, Reino Unido: Edward Elgar, 2005, p 167-186.
8. Camerer C, Fehr E. When does “economic man” dominate social behavior? *Science* 2006; 311: 47-52.
9. Casadesús R, Spulber D. *Agency revisited*. Madrid: Fundación BBVA, 2007. Documentos de trabajo # 3.
10. Casajuana J. En búsqueda de la eficiencia: Dejar de hacer para poder hacer. *FMC* 2005a; 12: 579-581.
11. Casajuana J. Los médicos son superfluos. *AMF* 2005b: 1:176-178.
12. Cervera P, Ruiz V, Peiró S, Gosalbes V. La promoción farmacéutica, entre la confusión y la tergiversación. A propósito de la promoción de la doxazosina en el tratamiento combinado de la hipertensión. *Farmacia de Atención Primaria* 2004; 2(2): 40-46.

13. Chassin M, Hannan E, DeBuono B (1996). Benefits and hazards of reporting outcomes publicly. *New Engl J Med*; 334: 394-398.
14. Dalmau-Matarrodona E, Puig-Junoy J (1998). Market structure and hospital efficiency: evaluating potential effects of deregulation in a National Health Service. *Review of Industrial Organization*; 13: 447-466.
15. Doran T et al. Pay for performance in family practices in the United Kingdom. *New Engl J Med* 2006; 355: 375-84.
16. Dudley R. Pay-for-performance research: how to learn what clinicians and policy makers need to know. *JAMA*. 2005; 294:1821-3. *Este artículo deriva de una RSE encargada por la AHRQ*: Dudley RA, Frolich A, Robinowitz DL, Talavera JA, Broadhead P, Luft HS. Strategies To Support Quality-based Purchasing: A Review of the Evidence. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2004.
17. Epstein A. Pay for performance at the tipping point. *New Engl J Med* 2007; 365(5): 515-18.
18. European Industrial Relations Observatory on-line. Trade union membership 1993-2003. <http://www.eurofound.europa.eu/eiro/2004/03/update/tn0403105u.htm>, acceso de 12 de noviembre del 2007.
19. Fehr E, Gächter S. Altruistic punishment in humans. *Nature* 2002; 415: 137-140.
20. Fundación Avedis Donabedian. Avaluació de la reforma de l'atenció primària i de la diversificació de serveis. Barcelona, 2002.
21. García-Prado A, González P. Comportamiento de los profesionales sanitarios en la Unión Europea: reformas existentes y desafíos pendientes. En A Hidalgo (dir): Recursos humanos para la salud: suficiencia, adecuación y mejora. Barcelona: Elsevier-Masson, 2006, p 57-75.
22. Gérvas J, Pérez-Fernández M. El auge de las enfermedades imaginarias. *FMC* 2006; 13:109-111.
23. Gérvas J, Starfield B, Violán C, Minué S. GPs with special interests: unanswered questions. *British Journal of General Practice* 2007; 57: 912-917.
24. González P. Should physician's dual practice be limited? An incentive approach. *Health Economics* 2004; 13:505-524.
25. González P. On a policy of transferring public patients to private practice. *Health Economics* 2005; 14: 513-527.
26. Grupo de Ética Sociedad Catalana Medicina Familiar y Comunitaria. La ética en la relación con la industria farmacéutica. Encuesta de opinión a los médicos de familia en Cataluña. *Atención Primaria* 2004; 34(1): 6-12.

-
27. Hakkinen U. The impact of changes in Finland's health care system. *Health Economics* 2005; 14:S101-S118.
 28. Hayward RA. Performance measurement in search of a path. *N Engl J Med* 2007; 356:951-3.
 29. Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ* 2003; 326: 84-89. Comentado en *Gestión Clínica y Sanitaria* 2003; 5(1):8.
 30. Hsiao W et al (1988). Estimating physicians' work for a resource-based relative-value scale. *New Engl J Med*; 319(13): 835-41.
 31. Institute of Medicine (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st century*. Washington: National Academy Press.
 32. Murray M, Berwick D. Advanced access. Reducing waiting and delays in primary care. *JAMA* 2003; 289: 1035-40.
 33. Newhouse J. Reimbursing health plans and health providers: Selection versus efficiency in production. *Journal of Economic Literature* 1996; 34: 1236-63.
 34. Ortún V, Gervas J. *Las Asociaciones de Profesionales en Medicina General. Atención Primaria* 1996; 17(4): 300-302.
 35. Ortún V (dir). *Gestión Clínica y Sanitaria. De la práctica diaria a la academia, ida y vuelta*. Barcelona: Elsevier-Masson, 2007.
 36. Perís A, Brugués A, Martí T. *CASAP: Un nuevo modelo de gestión pública de servicios de atención primaria*. 2007, sometido a publicación.
 37. Pedersen K, Christiansen T, Bech M. The Danish health care system: evolution -not revolution in a decentralized system. *Health Economics* 2005; 14:S41-S57.
 38. Petersen LA, Woodard LD, Urech T, Daw C, Sookanan S. Does pay-for-performance improve the quality of health care? *Ann Intern Med*. 2006; 145:265-72.
 39. Peiró S (2003). De la gestión de lo complementario a la gestión integral de la atención a la salud. En Ortún V (dir): *Gestión Clínica y Sanitaria*. Barcelona: Masson-Elsevier; p 17-87.
 40. Peiró S, Bernal E (2006). ¿A qué incentivos responde la utilización hospitalaria del Sistema Nacional de Salud? En: Palomo L et al (eds): *Informe SEPAS 2006. Los desajustes en la salud en el mundo desarrollado*. Gaceta Sanitaria 20 (Suplemento 1): 110-116.
 41. Peiró S. El pago por desempeño. Enviado a publicación, 2007.

42. Pérez Camarero S. Relaciones laborales en la sanidad. ¿Cuál es el papel de los sindicatos en el sector de la salud? En A Hidalgo (dir). Recursos humanos para la salud: suficiencia, adecuación y mejora. Barcelona: Elsevier-Masson, 2006, p 77-88.
43. Puig-Junoy, J. (2004): "La contribución del usuario en la financiación de los medicamentos: elementos para un debate (informado)", *Gestión Clínica y Sanitaria*, vol. 6, nº 4, pp 133-140. Accesible en <http://www.iiss.es/gcs/>
44. Rico A. ¿Crisis de la medicina de familia? 30 años de reforma de la Atención Primaria en España y Europa ¿no son nada? AMF 2007; 3(8): 427-442.
45. Salisbury C, Munro J. Walk-in centres in primary care: a review of the international literature. *British Journal of General Practice* 2003; 53:53-59.
46. Sen A. Health: perception versus observation. *BMJ* 2002; 324: 860-1.
47. Shem M. La Casa de Dios. Barcelona: Anagrama, 1998.
48. Spiegel A, Springer C. Babylonian medicine, managed care and Codex Hammurabi, circa 1700. *Journal of Community Health* 1997; 22(1): 69-89.
49. Villanueva P, Peiró S, Librero J, Pereiró I. Accuracy of pharmaceutical advertisements in medical journals. *Lancet* 2003; 367: 27-32.

La Toma de Decisiones y el Análisis de Decisiones en el contexto y gestión hospitalaria

Hilda Gambará D'Errico

Titular de Metodología de las Ciencias del Comportamiento. Universidad Autónoma de Madrid

La toma de decisiones una constante en nuestra vida

En la vida profesional de un gestor o de un clínico se está constantemente tomando decisiones, también lo hacemos en nuestra vida personal. Afortunadamente para nosotros la inmensa mayoría de las decisiones que tomamos las hacemos de forma automática o casi automática; desarrollando rutinas para hacer frente a estas. Sin embargo, existen otras decisiones cuyas consecuencias pueden ser tan importantes (coste económico, pérdida de confianza en los servicios, tratamientos inadecuados...) que nos merezca la pena detenernos y analizarlas con cuidado. En algunas de estas decisiones nos jugamos, incluso nuestra propia vida o la de terceros; algo nada infrecuente en el contexto clínico. Por ejemplo, se ha estimado que los errores médicos (muchos basados en decisiones equivocadas) son la novena causa de muerte en Estados Unidos y que el número de muertes que podrían prevenirse se encuentra entre 44.000 y 98.000 por año. Prevenir esos errores implica una mejor comprensión de sus causas, del proceso psicológico que subyace a la toma de decisiones (Reyna y Lloyd, 2006).

Cuando nos enfrentamos a esas decisiones "importantes", donde las preferencias entre las diferentes opciones son inseguras o cuando el conocimiento de los elementos incluidos en el problema a resolver contiene incertidumbre, decimos que nos encontramos con decisiones complejas, conflictivas. En tales situaciones, conviene dedicar algo de tiempo y esfuerzo para su

análisis. Y lo haremos, entre otras razones, porque la importancia de la situación exige que se tenga que presentar una pormenorizada justificación, porque la ansiedad y la tensión que el problema nos genera bloquea nuestro labor profesional (y de paso nuestra vida personal) y/o porque somos conscientes que nuestra intuición no basta para tomar una buena decisión. En cualquier caso, lo que esperamos es que el análisis nos conduzca a mejorar la eficacia de nuestra gestión, a través de la optimización de resultados¹.

El análisis de decisión parte del principio “divide y vencerás”. Se trata de decomponer el problema en los elementos que lo constituyen para poder enfrentarse a él de una manera “ordenada”. El objetivo del Análisis de Decisión es ayudar a los decisores a tomar la mejor decisión teniendo en cuenta las características y limitaciones del decisor. El trabajo de un analista de decisiones consiste en ayudar a la persona, o la institución, a manejar un problema que le está creando demasiados conflictos. El analista ayuda a la organización con una serie de herramientas metodológicas para poder entender la naturaleza de la decisión de una forma lo más estructurada posible. El analista trata de aportar un punto de vista no sesgado con el fin de superar el problema, ya que el juicio humano con frecuencia es errado y es fácil caer en trampas que nos alejen de la decisión más adecuada. Veamos que nos dice la psicología sobre alguna de las capacidades que entran en juego cuando debemos decidir.

Las características del decisor. ¿Qué nos dice la psicología sobre nuestras capacidades?

Comencemos por la memoria. La memoria ha sido objeto de numerosas investigaciones desde el siglo XIX. Para los objetivos de esta presentación, señalaremos que existe una faceta de la memoria, llamada de trabajo, con una capacidad muy limitada. Tan limitada como que las investigaciones a este respecto apuntan a que no podemos mantener simultáneamente muchos elementos en esta memoria; estimándose que el número de

unidades de información que podemos manejar es de 7 ± 2 unidades de información (Miller, 1956). Por consiguiente, cuando un problema suponga manejar muchos elementos independientes de información, tendremos que recurrir a elementos externos que nos ayuden a mantener presentes los datos que hemos de manejar. Así, un médico no puede procesar más de 9 diagnósticos, 9 tratamientos o 9 medicamentos. Elstein y Bordage (1979), por ejemplo, encontraron que los clínicos raramente manejan más de cinco diagnósticos a un tiempo. Sobre la memoria a largo plazo, sin embargo, no se ha encontrado límite en cuanto a su capacidad, pero sí las investigaciones han puesto de manifiesto que en el recuerdo de los acontecimientos, información, etc. rellenamos huecos con datos “falsos” construyendo argumentos coherentes para nosotros, llegando incluso a tener “falsos recuerdos”.

En relación a la percepción se sabe que imponemos nuestras características a los estímulos. Con esto queremos decir que nuestros intereses, valores, creencias, motivaciones, prejuicios, etc., influyen sobre lo que percibimos. En una investigación clásica, Allport y Postman (1958) enseñaron a distintas personas una imagen donde un hombre blanco, dentro de un autobús, sostenía un cuchillo al lado de un hombre negro. Quizás no nos sorprenda el dato encontrado: una mayoría de los participantes de esta investigación aseguraba que quién sostenía el cuchillo era el hombre negro.

Estas limitaciones en nuestras capacidades (percepción selectiva, memoria limitada, habilidad de computación limitada, dependencia con el contexto) provoca, en numerosas ocasiones, que nos enfrentemos a los problemas de decisión utilizando lo que se conoce en Psicología por “heurísticos” o reglas de andar por casa, que puede conducirnos a caer en lo que Hammond, Keeney y Raiffa (2000) denominan trampas psicológicas y que presentamos en la tabla 1, así como las recomendaciones para superarlas.

Si presentamos todas estas trampas no es con un fin “desmoralizador”, muy al contrario, el objetivo es poner de manifiesto que un gestor, o un médico, es un ser humano tomando

decisiones. Por tanto, si queremos evitar algunas de las limitaciones o trampas señaladas en el proceso de toma de decisiones, como mínimo deberemos ser conscientes de su existencia. El estudio sereno de los fallos es una de las mejores maneras de mejorar nuestras capacidades. En otras ocasiones, además deberemos recurrir a un análisis pormenorizado del problema con la ayuda de expertos en análisis de decisión.

Trampa	Definición	Ejemplo
La trampa del anclaje	En una decisión se concede peso desproporcionado a la primera información recibida. Las primeras impresiones, cálculos o datos "anclan" los siguientes juicios.	Al proyectar el número de pacientes que visitará una clínica un mes empieza a estudiar por lo que pasó el mes pasado. El número histórico se convierte en ancla.
La trampa del statu quo	Inclinación no justificada por la alternativa que perpetúa la situación actual.	Más personas eligen el status quo con dos alternativas que con una.
La trampa de los costes no recuperables	Elegir para justificar las decisiones pasadas, aun cuando no sean válidas.	Mantener un contrato con una empresa sabiendo que no fue una decisión correcta.
La trampa de buscar confirmación	Buscar datos que apoyen mis ideas, hipótesis. Conceder mayor peso a la información corroborativa y poco a la contraria.	Valorar nuestra decisión sobre los productos/ tratamientos/ personas seleccionados. No considerando los productos/ tratamientos/ personas rechazados.

<p>La trampa del planteamiento.</p> <p>El marco de ganancias vs. pérdidas.</p> <p>Distintos puntos de referencia.</p>	<p>La manera como se hace la pregunta influye en la respuesta que se reciba.</p> <p>Ser conservador ante ganancias y arriesgado frente a pérdidas.</p>	<p>Un chiste: la pregunta al obispo</p> <p>¿Puedo fumar cuando estoy rezando?</p> <p>¿Puedo rezar cuando estoy fumando?</p> <p>Presentar alternativas de tratamiento en términos de supervivencia o en probabilidad de morir.</p>
<p>La trampa del exceso de confianza</p>	<p>Estimaciones de seguridad en los juicios por encima de su veracidad.</p>	<p>Diagnosticar con un 100% de seguridad en un conjunto de casos en los que solo el 75% es correcto.</p>
<p>La trampa del recuerdo por accesibilidad</p>	<p>Deducir las probabilidades de ocurrencia de un suceso a partir de la propia experiencia o de los datos más accesibles.</p>	<p>Se tiende a sobre valorar como causa de muerte los ataques al corazón o los accidentes de tráfico, mientras se infravaloran causas como el asma o la diabetes.</p> <p>La estimación de mortalidad asignada a enfermedades es mayor si estas enfermedades han aparecido en revistas médicas.</p>
<p>La trampa de los datos base</p>	<p>En las estimaciones de probabilidad no tener en cuenta los datos base.</p>	<p>No tener en cuenta la prevalencia de una infección, diagnosticando en función de la fiabilidad de una prueba.</p>
<p>La trampa de la ilusión de control</p>	<p>Pensar que hay pautas o regularidades en sucesos aleatorios.</p>	<p>Después de cuatro caras seguidas pensar que en el próximo lanzamiento saldrá seguro cruz.</p>

Tabla 1a
Algunas trampas psicológicas que pueden afectar al decisor

Trampa	¿Qué se puede hacer?
La trampa del anclaje	<ul style="list-style-type: none"> ● Ver el problema de decisión desde distintas perspectivas. ● Pensar uno mismo en el problema antes de consultar a otros. ● Mantener la mente abierta. ● Evitar anclar a las personas a las que consulta con su opinión. ● Prepararse bien antes de negociar.
La trampa del status quo	<ul style="list-style-type: none"> ● Tener presente los objetivos y preguntarse si el status quo los satisface. ● No pensar en el status quo como la única alternativa. ● Preguntarse si elegiría el status quo si no fuera tal. ● No exagerar el esfuerzo de salir de la situación actual.
La trampa de los costes no recuperables	<ul style="list-style-type: none"> ● Solicitar opinión de personas que no están comprometidas con las decisiones anteriores. ● Reflexione el porqué de no reconocer la equivocación. "Cuando se encuentre en un pozo, lo mejor es no seguir cavando".
La trampa de buscar confirmación	<ul style="list-style-type: none"> ● Haga de abogado del diablo. ● Trate de buscar información contraria. ● Consulte a otros, tratando de no dirigirles hacia pruebas confirmatorias.
La trampa del planteamiento. El marco de ganancias vs. pérdidas. Distintos puntos de referencia.	<ul style="list-style-type: none"> ● Recuerde sus objetivos fundamentales al plantear el problema. ● No acepte automáticamente el planteamiento inicial, trate de plantearlo en formas distintas. ● Plantee el problema de manera neutra, redundante, que combine ganancias y pérdidas.
La trampa del exceso de confianza	<ul style="list-style-type: none"> ● Cuestiones las estimaciones de cualquier experto. ● Revise sus estimaciones, buscando datos contradictorios.
La trampa del recuerdo por accesibilidad	<ul style="list-style-type: none"> ● Trate de conseguir estadísticas. No se fie únicamente de su memoria si lo puede evitar. ● Descomponga el hecho que está tratando de evaluar.

La trampa de los datos base	<ul style="list-style-type: none"> ● No pasar por alto los datos base, por ejemplo. ● No confundir las diferentes probabilidades (probabilidad de tener cáncer teniendo con una prueba positiva no es igual a la probabilidad de prueba positiva teniendo cáncer).
La trampa de la ilusión de control	<ul style="list-style-type: none"> ● No trate de adivinar fenómenos que dependen del azar. Sencillamente es imposible.

Tabla 1b

¿Qué podemos hacer para superar las trampas?

El análisis de decisión

El análisis de decisión, básicamente, tiene por objeto clarificar (objetivos), valorar (preferencias) y combinar (computar) las valoraciones de forma que se consiga una ordenación de alternativas. Una de las clasificaciones de los problemas de decisión que suele hacerse distingue entre decisiones con criterios múltiples y decisiones con incertidumbre. Estas últimas se caracterizan por la naturaleza probabilística de la información, desplegándose la información en el tiempo hasta conocer sus últimas consecuencias. El análisis de estos problemas se ayuda por lo general de árboles de decisión². En este tipo de decisiones la estimación, comunicación y comprensión de las probabilidades (con sus trampas asociadas) son fundamentales.

En las decisiones con criterios múltiples existen varios criterios que entran en conflicto. En este caso la información se despliega de manera transversal (p.ej.: elección entre medicamentos, distintos planes para eliminar las listas de espera, elección de una jefatura de servicio, ubicación de un centro de atención primaria, etc., al lector inmerso diariamente en la gestión sanitaria se le ocurrían múltiples problemas). Pongamos un ejemplo, algo simplificado, que seguiremos a lo largo de la exposición: un médico informa a su paciente de las alternativas frente a su situación de cáncer de garganta: intervención quirúrgica o radioterapia. La esperanza de vida es superior en la primera

opción. En principio, aquí no habría ningún problema. La alternativa a elegir sería la intervención quirúrgica. Sin embargo, un número importante de pacientes (20%) prefieren la radioterapia (Mc Neill, et. al, citado en León, 1998) y la explicación es que esta alternativa mantiene mejor la calidad del lenguaje. En este caso, nos encontramos un problema con dos criterios, como mínimo la esperanza de vida y la calidad de vida. Y para muchos sujetos una alternativa no domina a la otra.

En cualquier caso, los pasos para proceder con un análisis de decisión es similar. En la figura 1 representamos esquemáticamente el modelo que vamos a seguir para disponer de una imagen de conjunto en ambos tipos de problemas. Aunque por limitaciones de espacio aquí solo haremos referencia a las decisiones con criterios múltiples³.

El primer paso, es estructurar el problema, desentrañar «el problema» propiamente dicho. Para asegurarnos que hemos comprendido suficientemente la situación, debemos **definir** el problema antes de proceder a su análisis. La definición del problema supone poder contestar a las siguientes preguntas:

1. ¿Cuál es el objetivo general que se desea alcanzar?
2. ¿Cuál es la naturaleza del problema y su entorno?
3. ¿Quién asumirá la responsabilidad de la decisión?
4. ¿Qué opciones generales se presentan?
5. ¿Qué o quién estará afectado por la decisión? Si el problema no es absolutamente nuevo
6. ¿Cómo resolvieron el problema anteriormente y por qué el método ya no funciona?

Estructurar es generar el esqueleto de los objetivos que deseamos satisfacer a través de las alternativas, generar los criterios que nos sirvan de comparación. En la tabla 2 presentamos un ejemplo de estructuración para la elección entre medicamentos.

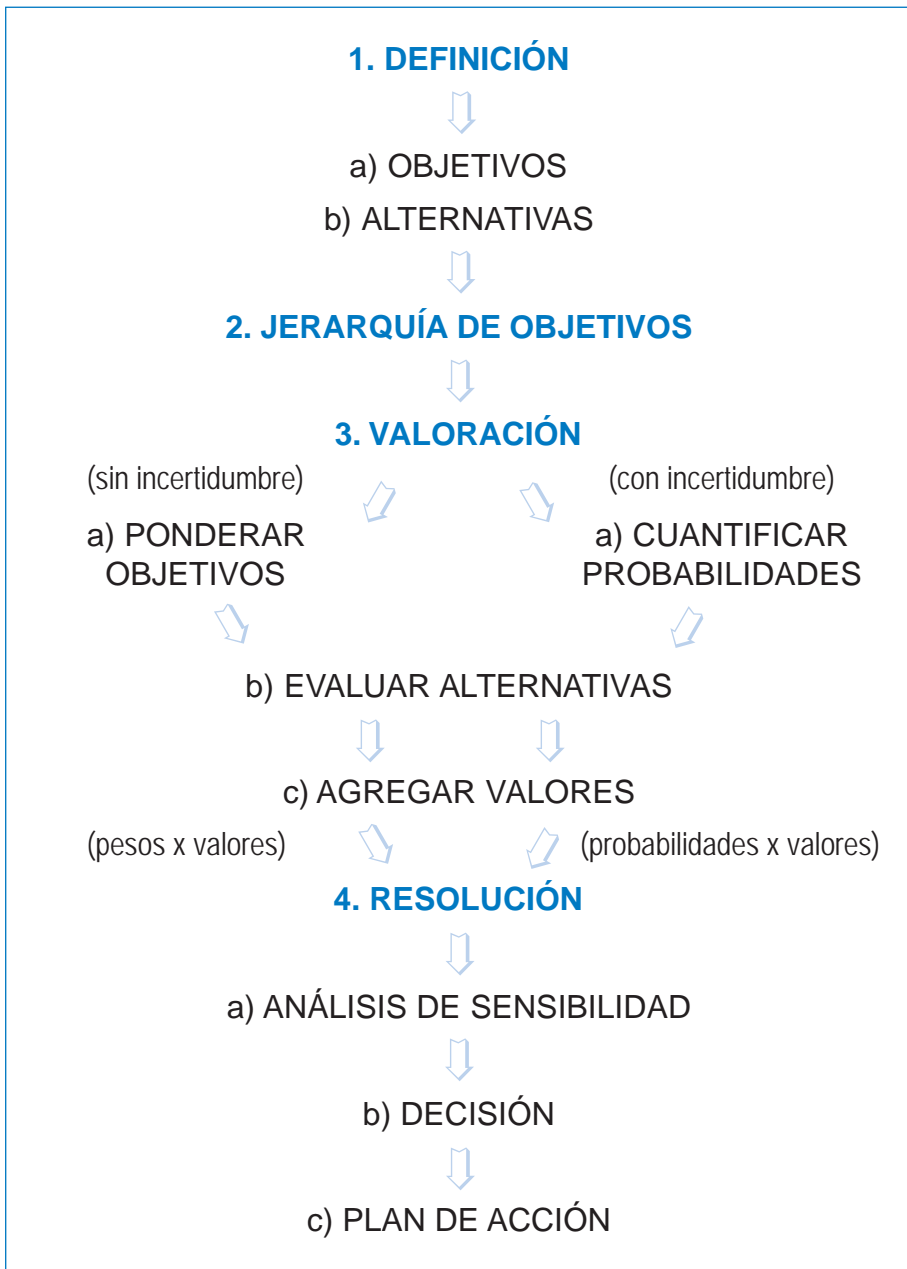


Figura 1
Esquema de los pasos a dar en el Análisis de Decisiones

Valoración del laboratorio	Implantación en el mercado Equipo de investigación Visibilidad en el mundo científico
Servicio de distribución	Cumplimiento de fechas Cumplimiento de cantidades Pedidos urgentes
Valoración de los profesionales	Valoración del personal facultativo Valoración del personal de enfermería
Valoración técnica del producto	Monografía SEPH Originalidad
Costes	Tratamiento/día Descuentos Coste administrativo

Tabla 2
Estructuración de la elección de medicamentos (León, 1998)

Para estructurar es necesario tener en cuenta nuestros valores (o los de la institución), es decir qué queremos conseguir con la decisión final, cuál es la necesidad que queremos cubrir. Estos valores nos conducirán a descomponer los objetivos en sus componentes fundamentales o específicos. La estructuración se dará por finalizada cuando los objetivos puedan expresarse en forma tal que podamos decir en qué grado estos son satisfechos por las alternativas. Cuando los expresamos así, decimos que son operativos. Podemos funcionar con ellos. Al conjunto de objetivos esenciales se le denomina **jerarquía de objetivos**. Realizar una estructura, si el problema está bien definido, no es difícil, y sobre todo se va adquiriendo con la práctica. Para asegurarnos que nuestra estructura es correcta se tienen que cumplir una serie de propiedades: ser completa,

operativa, los objetivos independientes, ausencia de redundancia de objetivos y un tamaño mínimo para ser manejable (Keeney y Raiffa, 1976).

Una vez estructurado el problema, el siguiente paso es **valorar** las diferentes alternativas. Para ello, se deberá conseguir que lo importante pese más a través de la ponderación de los diferentes objetivos y evaluar cada alternativa sobre cada uno de los objetivos. Cada atributo (objetivo) debe recibir un peso que refleje el grado de importancia para el decisor.

Siguiendo con el ejemplo anterior. El paciente debería preguntarse ¿es igual de importante la esperanza de vida que la calidad de vida? En caso afirmativo, cada criterio tendría un valor de 0,5. Podría ser que la esperanza de vida tuviera un peso de 0,75 frente a un 0,25 sobre la calidad de vida. ¿Cómo se asignan estos números? Existen diferentes técnicas para ayudar a expresar las preferencias de los sujetos a través de los pesos de los objetivos. Una de las más conocidas es la técnica SMART (*simple multi-attribute rating technique*): se ordenan los objetivos o atributos de mayor a menor, se va comparando la importancia de cada atributo respecto al menos importante (asignado, p.ej., el valor de 10 al menos importante) y se transforman los valores en una escala normalizada de manera que la suma de pesos sea 1.

La evaluación de cada alternativa se realiza sobre los últimos objetivos descompuestos. Para ello recurriremos a instrumentos estandarizados si existen, a la opinión de expertos, o en último caso nuestro propio juicio. Así podemos contar con medidas que se traduzcan en años de vida, calidad de vida en una escala estandarizada, días de hospitalización, miles de euros... Los valores de esta evaluación han de tener una escala igual para todos los objetivos, es decir deben traducirse a una escala común (0-10, 0.-100).

¿Cómo se agregan los valores? La última fase: **resolución**. Este modelo de análisis de decisión implica elegir aquella alternativa cuyo valor esperado es mayor. Esto supone dos compromisos: el cálculo del valor esperado y la elección a través

de maximizar el valor. El valor esperado de una alternativa no es otra cosa que la suma de los productos de los pesos de los objetivos por los valores de las alternativas. En la tabla 3 se presenta la integración de los valores para el caso de cáncer de garganta. Sobre este caso el paciente elegiría la radioterapia como mejor elección.

Atributos	Pesos	Radioterapia	Cirugía
Esperanza de vida	0,25	$4 \times 0,25 = 1$	$6 \times 0,25 = 1,5$
Calidad del habla	0,75	$7 \times 0,75 = 5,25$	$3 \times 0,75 = 2,25$
Total	1	6,25	3,75

Tabla 3
Integración de valores para elegir entre radioterapia y cirugía (tomado de León, 1998)

El análisis de decisión es un procedimiento que nos debe ayudar a expresar de forma sintética nuestras preferencias y valores. De tal forma que, si concluido el análisis percibimos que existen grandes discrepancias entre nuestras inclinaciones y el resultado del análisis, es probable que algo esté resuelto incorrectamente y se deberá volver sobre el análisis. En ocasiones, ocurre que el decisor no está “convencido” de las evaluaciones que ha hecho sobre alternativas y pesos. Por un lado, la información estadística que se disponga nos servirá para evaluar lo más acertadamente posible los diferentes criterios, así a medida que progrese la medicina basada en la evidencia, más fácil será la estructuración de ciertos problemas de decisión en relación a alternativas, posibles resultados y probabilidades. Sin embargo, en muchas ocasiones las preferencias manifiestan un

peso del decisor que es difícil de contrastar. Para estudiar las consecuencias que sobre la decisión tiene los pesos empleados se puede recurrir a un análisis de sensibilidad cuyo fin es estudiar como el cambio de los pesos en un atributo producen variaciones en la ordenación de las alternativas.

A modo de conclusión ¿cuál es la principal aportación del análisis de decisión en la gestión? Sin duda, el método. El método que en resumen consiste en: atacar el problema con la máxima creatividad, estructurarlo de la manera más funcional, valorar todos los elementos de la forma más válida, y por último, maximizar el valor esperado de las alternativas (León, 2001). Tras el análisis de una decisión podemos justificar porque hemos optado por la mejor alternativa: hemos definido de manera completa el problema, hemos recabado toda la información necesaria, hemos valorado las diferentes alternativas considerando el peso de cada criterio u objetivo y hemos elegido la opción con mayor valor esperado. Y resumiendo sus ventajas diremos que: permite liberar recursos y abrir posibilidades para generar más alternativas (dadas las limitaciones del decisor humano), clarifica la comprensión del problema y facilita la comunicación, permite incorporar nuevos elementos y ponderarlos de formas relativa, posibilita aprender de los resultados y ayuda a resolver otros problemas.

Ayudas para el análisis de decisión

Aunque en España no existe tradición de contratar los servicios de un analista de decisión, sí es común en países como el Reino Unido, Alemania, o muy especialmente en Estados Unidos, donde desde finales de los sesenta y principios de los setenta se hayan asentadas prestigiosas firmas como **Decision Research** (en Eugene OR), **Applied Decision Analysis Inc.**, (en Menlo Park, CA) o el **Center for Decision Research** (en Chicago, IL).

Además se han desarrollado diversos programas informáticos que facilitan la estructuración, valoración e integración

de los elementos de un problema de decisión⁴. Las ventajas de la utilización de estos programas son varias: rapidez en el proceso, minimización de errores de cálculo, eliminación de factores humanos como el cansancio reduciendo las posibilidades de confusión, etc. Ahora bien, también tienen sus desventajas entre las que podemos destacar la falta de confianza que genera su uso⁵.

Existen también revistas especializadas centradas en el estudio de las decisiones. En el ámbito médico podemos destacar Medical Decision Making perteneciente a la Society for Medical Decision Making (www.smdm.org).

Esperamos que estas líneas hayan servido para introducir al gestor clínico en el análisis de decisión como herramienta para su actividad profesional. Terminaremos parafraseando a Elstein et al (1982): *"... Los clínicos tratan de minimizar riesgos y de maximizar beneficios en relación a sus pacientes (y a ellos mismos), de manera que es razonable asumir que los conceptos básicos y métodos de análisis de decisión pueden ser, al menos, herramientas útiles para estudiar y mejora el proceso de razonamiento clínico"*. Como es obvio, esto mismo lo podemos atribuir a cualquier gestor.

REFERENCIAS

¹La mejor opción no es igual al mejor resultado de decisión. Podemos elegir operarnos porque ese tipo de operación ha sido exitosa en el 95% de las ocasiones y... acabar siendo incluidos en ese 5%. Como veremos las decisiones óptimas se definen por el proceso de decisión.

²Un ejemplo reciente lo podemos encontrar en el trabajo de Lejune et. al. (2005) quienes analizaron la implicaciones del uso de FDG PET en el diagnóstico de un nódulo pulmonar aislado.

³Al lector interesado le remitimos al manual de León (2001) sobre análisis de decisión

⁴Ver una relación de programas en León (2001).

⁵Esta desconfianza ya la encontró Meehls (1954) en relación al uso de una regla estadístico -un modelo lineal- para realizar diagnósticos que demostró ser más fiable que el juicio humano. Más recientemente Pezzo y Pezzo (2006) constatan esta desconfianza en el uso de ayudas de decisión computerizadas entre los médicos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Edwards, W., y Newman, J. R. (1982). *Multiattribute evaluation*. Beverly Hills, CA: Sage.
2. Elstein, A.S. et al (1982), Psychological approaches to Medical Decision Making. *American Behavioral Scientist*, 25, 557-584
3. Hammond, Keeney y Raiffa (2000). *Decisiones Inteligentes*. Barcelona: Gestión 2000. Edición original en inglés: *Smart Choices*. MA: Harvard Business School Press Boston, 1999.
4. Harris, C. y Ayton, P. (en prensa). Medical Decision Making. En A. Baum, C. McManus, J. Weinman y R. West (eds). *Cambridge Handbook of Psychology, Healths and Medicine*. Cambridge University Press.
5. Hogarth, R. (1987). *Judgment and choice* (2ª ed.). New York: John Wiley and Sons.
6. Isaksen, S. G., y Treffinger, D. J. (1985). *Creative problem solving: The basic course*. Buffalo, NY: Bearly Limited.
7. Janis, I. L. (1972). *Victims of groupthink*. Boston, MA: Houghton Mifflin.
8. Keeney, R. L., y Raiffa, H. (1976). *Decision with multiple objectives: Preferences and value tradeoffs*. New York, NY: Wiley.
9. Kirkwood, C. W. (1982). A case history of nuclear plant site selection. *Journal of Operational Research Society*, 33, 353-363.

10. León, O. G. (2001). *Tomar decisiones difíciles* (2ª ed.). Madrid: McGraw-Hill.
11. León, O. G. (1997). On the death of SMART and the birth of GRAPA. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 71, 249-262.
12. León, O. G. (1998). Principios de análisis de decisiones en clínica. En J. del Llano, V. Ortún, J.M. Martín, J. Millán y J. Gené (Dir.), *Gestión Sanitaria*, (pp 543-555). Barcelona: Masson.
13. Lejeune, C. et. al. (2005). Use of a decision analysis model to assess the medicoeconomic implications of FDG PET imaging in pulmonary nodule. *Eur J Health Econom.* 50:203-214.
14. Miller, G. A. (1956). The magical number seven, plus or minus two: Some limits, on our capacity for processing information. *Psychological Review*, 63, 81-97.
15. Muir, J.A. (1997). *Evidence-base healthcare*. Londres: Churchill Livingstone. Versión española en Madrid, Chruchill Livingstone, 1997.
16. O'Meara, J. J., McNutt, R. A., y Evans, A. T. (1994). A decision analysis of streptokinase plus heparin as compared with heparin alone for deep-vein thrombosis. *New England Journal of Medicine*, 330, 1864-1869.
17. Pezzo, M.V. y Pezzo. S.P. Psysician Evaluation alter Medical Errors: Does having a computer decision aid help or hurt hindsight? *Medical Decision Making* (jan-feb). 48-56.
18. Reyna, V.F. y Lloyd, F.J. (2006). Physician Decisión Making and Cardiac Risk: Effects of Knowledge, Risk Perception, Risk Tolerante, and Fuzzy Processing.
19. Thornton, J. G., y Lilford, R.J. (1995). Decision analysis for medical managers. *British Medical Journal*, 310, 791-794.
20. Von Winterfeldt, S., y Edwards, W. (1986). *Decision analysis and behavioral research*. New York: Cambridge University Press.

