

Gestión Clínica: la gestión de lo esencial como una estrategia de reforma en el Sistema Nacional de Salud*

Francisco Sevilla Pérez
Equipo Editorial RAS

Introducción

La Gestión Clínica, como estrategia, pretende la responsabilización progresiva de los clínicos, especialmente los médicos, en la utilización de los recursos, y la introducción paulatina de los mecanismos de financiación e incentivación orientados a facilitarlos.

La Gestión Clínica parece haberse convertido en la actualidad en la esencia y el núcleo fundamental de la gestión sanitaria. Ante el fracaso de estrategias consideradas más tradicionales y basadas en la contención de los costes, la planificación, el gerencialismo, o la introducción de instrumentos de mercado, la Gestión Clínica ha pasado a ocupar un lugar prioritario en la agenda de las reformas sanitarias. Además, el término ha

tenido la virtud de convencer, y médicos, gestores y políticos, coinciden en depositar su confianza en la Gestión Clínica como la alternativa de reforma deseada.

El término Gestión Clínica, sin embargo, tiene una limitada utilidad como herramienta para el análisis, al no decir absolutamente nada en relación con los intereses de los diferentes actores que lo utilizan, básicamente médicos, enfermeros y gestores sanitarios, ni tampoco sobre los instrumentos que estos actores poseen para imponer sus preferencias al resto.

Gestión Clínica, además, es un concepto que se utiliza en diferentes sistemas sanitarios de países desarrollados, para referirse a un elemento común a todos ellos, la necesidad de implicar a los médicos en la utilización de recursos, probablemente el principal motor del cambio esperado de las reformas en curso en dichos sistemas. Sin embargo, no parece

(*) Trabajo preparado dentro del proyecto ejecutado con financiación FIS, BAE 98/5032. Recibido en mayo 1999.

posible analizar el instrumento, o pretender acercarse a él, ignorando los intereses y objetivos distintos presentes en los diferentes sistemas. En realidad, bajo un mismo término verosímilmente se están diciendo diferentes cosas, y expresando distintos intereses, no solo entre sistemas, sino dentro del mismo sistema.

La primera parte del trabajo gira alrededor del concepto de Gestión Clínica, para centrarse, posteriormente, en la variabilidad y su control como objetivos centrales de la Gestión Clínica, enfatizando la necesidad de sistemas de información adecuados y su disponibilidad para la gestión. Posteriormente se plantean las dos formas más habituales de entender la Gestión Clínica y sus implicaciones, así como algunos de los instrumentos que se utilizan, o son aplicables, en los diferentes sistemas sanitarios. Para finalizar, una reflexión, ya que no propuesta, sobre la Gestión Clínica en el Sistema Nacional de Salud (SNS) español en un entorno de cooperación: la Gestión Clínica como germen de la confianza mutua entre, primero profesionales, luego profesionales y gestores, pero fundamentalmente entre los ciudadanos y su sistema sanitario.

Gestión Clínica

Por Gestión Clínica se suele entender el proceso de toma de decisiones en la

práctica clínica orientado a conseguir el máximo beneficio para el paciente, y su objeto es mejorar la calidad del servicio sanitario implicando a todos los profesionales que participan en su realización. La Gestión Clínica no pretende convertir a los gestores en clínicos, ni a los clínicos en gestores.

La definición empleada, verosímilmente, alcanzaría un alto grado de consenso, pero si se profundiza en ella es probable que el consenso se rompa fácilmente, y no sea tan sólido como parecía. Si por Gestión Clínica se entiende lo anterior, el proceso de toma de decisiones clínicas, puede afirmarse que la Gestión Clínica ha existido siempre. Probablemente, la mejor y la más tradicional de las escuelas en el proceso de toma de decisiones, sea la formación médica que capacita, con el conocimiento y la habilidad necesarios, para establecer un diagnóstico certero y un tratamiento adecuado, en un entorno de alta incertidumbre. Los médicos han gestionado siempre:

- a) La relación médico-paciente.
 - b) El proceso en el que esta relación se producía.
 - c) La organización donde tenía lugar.
- En consecuencia, lo que hoy entendemos por Gestión Clínica es algo tradicional en la práctica médica; es más, se puede decir que desde siempre se ha considerado

un campo exclusivo del conocimiento médico.

El disenso no está en la definición y aparece cuando se analiza su contenido:

a) "Máximo beneficio" parece un concepto diáfano y en la acepción tradicional su significado era muy claro, conseguir lo mejor para el paciente. Sin embargo, hoy se plantea desde el punto de vista individual pero también colectivo; se relaciona con el coste de obtenerlo, es decir, ya no es un valor absoluto; e incluso, cada vez aparecen más agentes que reclaman la legitimidad para establecer el significado de beneficio. El objetivo sigue siendo conseguir lo mejor para el paciente que en la actualidad se plantea cómo: hacer las cosas bien (de acuerdo con parámetros previamente definidos y no exclusivamente de forma subjetiva); en tiempo (cuando el usuario lo precisa y no cuando la organización o el profesional puede); y con los recursos apropiados (aquellos con una mejor relación coste/efectividad contrastada).

b) La consecuencia inmediata es establecer la "competencia" en el proceso de toma de decisiones. Competencia en el sentido de pertinencia, pero también en el de capacidad y conocimiento. Por tanto, se hace necesario establecer quien es el agente más adecuado para tomar las decisiones en el proceso y cómo se eva-

lúan estas. Es decir, sistemas de información que posibiliten analizar: el proceso, los resultados obtenidos, y el coste de todo ello.

c) Por último, se convierte en imprescindible fijar el objetivo de la gestión. La Gestión Clínica se refiere a: ¿la toma de decisiones clínicas en la relación médico-paciente?, ¿el proceso organizativo obviando dicha relación?, o ¿el conjunto del proceso?

Las razones que explican las diferentes interpretaciones que se dan a la Gestión Clínica son múltiples, pero se quieren sugerir algunas de las consideradas clave. En primer lugar, el agotamiento del instrumento más tradicional de hacer Gestión Clínica: la "experiencia personal"⁽¹⁾. La expresión "en mi experiencia personal", máximo argumento de autoridad en el proceso de toma de decisiones clínicas, ha empezado a reconducirse para ser un elemento más en el proceso de decidir.

La medicina se considera un arte con alta incertidumbre que ha carecido de

⁽¹⁾ La práctica médica, como ejercicio profesional liberal, se ha ejercido fundamentalmente en solitario, sin embargo, la "experiencia personal" se encuentra también con frecuencia, como argumento final de autoridad cuando se ejerce en equipo. Lo llamativo, fundamentalmente, era la amplia aceptación del criterio entre los mismos profesionales. El conocimiento modulado por la experiencia personal, probablemente sea el elemento fundamental en el proceso de toma de decisiones en la práctica médica.

patrones de referencia sobre la adecuación, la idoneidad, o la capacidad de modificar el curso natural de los acontecimientos, de la mayoría de las prácticas sanitarias. En el escenario tradicional de la práctica clínica, la consideración de la medicina como un arte prima sobre cualquier otra consideración y la variabilidad o el coste asociada a la práctica podían llegar a ser irrelevantes. En este contexto, la "experiencia personal", con independencia de su rigor científico, se convirtió en el elemento básico en la toma de decisiones. En la actualidad, la medicina, sin perder su consideración de arte, se ha desarrollado como una ciencia, lo que conlleva la aparición de la variabilidad como problema. Incertidumbre, ausencia de patrones de referencia, y experiencia personal, están en la base de la amplia variabilidad encontrada en la práctica clínica^{1,2}.

La segunda razón que ayuda a explicar la heterogeneidad en el contenido de la Gestión Clínica es la incentivación asociada al proceso de toma de decisiones. La "experiencia personal", cuando era buena y se sabía utilizar, se traducía en respeto, el "ojo clínico", y éste en prestigio. La incentivación, en 1999, no se asocia tanto al conocimiento y la experiencia, elementos considerados imprescindibles en una sociedad moderna para man-

tenerse en el mercado del trabajo, y se orienta a la excelencia: hacer las cosas bien, en tiempo, con los recursos apropiados. En la sociedad actual la calidad y la eficiencia son objetivos fundamentales, y ambos son difícilmente compatibles con altas tasas de variabilidad.

La tercera razón se encontraría en el cambio de intereses en los diferentes actores en relación con la Gestión Clínica. Para los gestores sanitarios, como agentes de la propiedad (tanto si es pública como privada) al servicio de los intereses de ésta, de ser algo completamente ajeno a su campo de acción (hasta hace muy pocos años también hay que decir que no había gestores sanitarios), ha pasado a ser el elemento fundamental de su actividad. Para los médicos, de ser la base del prestigio profesional, y un baluarte de la autonomía clínica (elemento imprescindible para la práctica médica hasta hace escasos días), ha pasado a ser la principal forma de modificar su posicionamiento en la organización, y cada vez más, también sus ingresos económicos.

La constatación de una gran variabilidad como consecuencia de las formas más habituales de tomar las decisiones clínicas, la incentivación asociada con sus efectos, y el control del proceso para conseguir los objetivos establecidos, son elementos fundamentales en la compren-

sión del auge actual de la "Gestión Clínica". Sin embargo, antes de continuar con su análisis debe reseñarse otra razón frecuentemente aducida, la necesidad de controlar el gasto sanitario.

El denominado "economicismo" por parte de las administraciones sanitarias, que no es más que el necesario control de los costes sanitarios, es una causa que, con frecuencia, se utiliza por parte de algunos médicos y otros profesionales sanitarios, tanto en sistemas de predominio privado con ánimo de lucro como en los públicos, para explicar el interés actual por la Gestión Clínica. Los que utilizan dicho término de forma descalificativa, cada vez menos, suelen olvidar que el crecimiento del coste sanitario es un motivo de general preocupación, más aún cuando el crecimiento en los costes no se acompaña de los resultados esperables en términos de salud, o de satisfacción de los usuarios; tienden a ignorar que la mayor parte del gasto sanitario está directamente producido, o indirectamente relacionado, con los actos médicos; y no aceptan, por último, que en el estudio de los propulsores de costes sanitarios se haya constatado la existencia de una gran variabilidad en la práctica médica que ha modificado radicalmente el abordaje del proceso de toma de decisiones clínicas.

"Economicismo" es un excelente lema para desviar el foco de atención a la periferia del sistema por parte de aquellos pocos que consideran mantienen el monopolio del conocimiento; felizmente, en el umbral del Siglo XXI, la mayoría considera imprescindible hacer un uso adecuado de los recursos disponibles, y cree necesario que su uso tenga un impacto conocido y mensurable en la salud de los ciudadanos, objetivos fundamentales en la Gestión Clínica⁽²⁾.

Variabilidad y Gestión Clínica

La Gestión Clínica sería, por tanto, el proceso de toma de decisiones orientado a conseguir los mejores resultados en términos de salud para el paciente, con los recursos disponibles y utilizando los más apropiados en cada momento. Ello implica la necesidad de conocer en todo momento que se entiende por mejor resultado, así como los recursos más indicados para obtenerlo, de forma que pueda ser contrastado con la práctica del día a día. La Gestión Clínica ha pasado de ser exclusivamente una forma de toma de decisiones, a un método para controlar la incertidumbre gestionando la variabilidad.

⁽²⁾ Se remite al lector interesado al artículo de P.Lázaro y B.Azcona³ para un análisis riguroso de como los principios éticos y económicos son necesarios para una buena práctica clínica.

La variabilidad en la práctica clínica, tanto en utilización de recursos como en los resultados obtenidos, se traduce en la dificultad de establecer patrones óptimos de utilización y, por tanto, en la imposibilidad de estimar el resultado esperable en términos de salud, individual y colectiva, y de coste, de las diferentes actuaciones sanitarias.

El objeto central de la mayor parte de las reformas sanitarias en los países occidentales parece ser la eficiencia, más en concreto el denominador coste, ya que el numerador, producto de calidad, con frecuencia no se cuestiona. Sin embargo, el problema del gasto sanitario y las dificultades para controlar su ritmo de crecimiento, probablemente serían menos importantes si existiese un amplio consenso sobre las prácticas clínicas, la "experiencia personal" estuviese al servicio de dicho consenso, y hubiese una relación directa entre la acción de los servicios sanitarios y los niveles de salud.

La "experiencia" se ha mostrado en medicina, cuando se utiliza como criterio clave⁽³⁾, claramente insuficiente para garantizar la excelencia, y es un condicio-

nante importante de lo que algunos denominan pérdida de bienestar social, y otros despilfarro de recursos, consecuencia de decisiones, no apropiadas, no realizadas en el tiempo oportuno, o que utilizan recursos no justificados en relación con las necesidades del paciente⁴.

La variabilidad es consustancial con la práctica médica, y es deseable como motor del conocimiento. La variabilidad, además, es necesaria, dado el estado del arte médico, y el derecho y la capacidad de elegir entre alternativas⁽⁴⁾ que deben tener los usuarios de los servicios. El problema asociado a la variabilidad no es que cada paciente sea específico y necesite un abordaje individualizado, de su problema o de sus expectativas, arte y grandeza de la medicina. El problema reside en que las diferencias encontradas responden a una gestión de la incertidumbre no basada en la evidencia o en resultados contrastados.

La variabilidad es un problema desde que existe evidencia suficiente de su existencia. En la práctica médica no suele ser habitual el consenso sobre la práctica clí-

⁽³⁾ La ausencia de consenso sobre prácticas clínicas es asombrosa en medicina, excepto para los profesionales médicos que lo consideran lo habitual; pero incluso cuando hay consenso, la autonomía clínica del médico prevalece si por cualquier razón disiente.

⁽⁴⁾ Tumorectomía o mastectomía; esperar y ver o resección prostática; nodulectomía o laringectomía; radiografía de tórax en el preoperatorio, sí o no; estas son algunas de las alternativas ya clásicas, pero no las únicas. Probablemente en medicina no haya ninguna decisión que sea única, que no obligue a elegir.

nica de referencia que puede servir de patrón, ni tampoco la justificación científica de decisiones diferentes tomadas por los mismos profesionales con pacientes idénticos o similares, sin cambios en las condiciones del proceso ni del entorno. El problema se complica cuando, en la mayoría de las ocasiones, no existe evidencia de diferentes resultados asociados a una práctica u otra, es bien conocido que diferentes prácticas se asocian a una utilización distinta de diferentes procedimientos, o los procedimientos estudiados presentan tasas de uso no apropiado o injustificado, en ocasiones, elevadas. Todo ello se traduce en un consumo de recursos cuyo impacto en la salud, individual y colectiva, es absolutamente desconocido⁽⁵⁾.

La variabilidad en la práctica clínica, además, se encuentra en cualquier área que centre el interés. Variabilidad en la utilización de recursos en pacientes de características similares, o en la atención a poblaciones con perfiles epidemiológicos superponibles; variabilidad en las técnicas, diagnósticas o terapéuticas, utilizadas en procesos similares o idénticos; va-

riabilidad en las indicaciones de los procedimientos utilizados. La consecuencia es la constatación de poblaciones similares, pacientes similares, o procesos asistenciales similares, con una amplia variabilidad en los costes sanitarios, y resultados en términos de salud con frecuencia no diferenciables y, en ocasiones, tampoco evaluados.

El problema es quién asume el coste de la variabilidad, coste económico pero también coste en calidad y en salud, cuando la práctica, la técnica, el procedimiento escogido, no es el mejor de los disponibles. El reto, ¿quién lidera el control de la variabilidad? En definitiva, debe establecerse el objetivo de la Gestión Clínica y la pertinencia de los diferentes agentes en el proceso.

La variabilidad en la práctica clínica se puede relacionar con el azar, o puede aparecer de forma sistemática, y su gestión debería permitir, por un lado controlar toda variación sistemática, y por otro reducir al mínimo las posibilidades del azar. Parece necesario, por tanto, conocer las razones sistemáticas de variabilidad en la práctica clínica, para estar en condiciones de diseñar las mejores herramientas para la Gestión Clínica.

La variación sistemática en la práctica clínica se ha relacionado con tres tipos de factores:

⁽⁵⁾ Para una revisión de la variabilidad y la calidad de la asistencia sanitaria se puede consultar el trabajo, "Small Area Variations, Practice Style, and Quality of Care", de N.P.Roos y L.L. Roos⁵. En relación con la variabilidad la literatura es cada vez más impresionante, el capítulo se indica porque es claro y sintético, recoge una amplia bibliografía, y forma parte de un excelente libro.

- a) De los usuarios de los servicios.
- b) Los propios de la organización.
- c) Los derivados de la relación médico-paciente. Desde el punto de vista de gestión, sin embargo, probablemente sea más importante su clasificación atendiendo a su característica de factores exógenos (ajenos al que tiene que tomar las decisiones) o endógenos.

La gestión de la variabilidad clínica implica asumir la responsabilidad sobre los factores susceptibles de ser afectados por la toma de decisiones, en consecuencia los conocidos como endógenos; es decir, el proceso organizativo y la relación médico paciente, como origen de variabilidad. La variabilidad asociada a las características de los usuarios (edad, sexo, clase social, estado de salud, y otras) es un factor clave a considerar en la asignación de recursos, y fundamental para la Gestión Clínica, pero desde su consideración como factor exógeno, y por tanto no manipulable por los que tienen que tomar las decisiones clínicas.

La diferenciación entre factores exógenos y endógenos, como toda clasificación, puede inducir a confusión, que será mayor cuanto menos nítidas sean las fronteras entre ellos. Tampoco dicha diferenciación es universal, y alguno de los factores que se pueden señalar como endógenos, pueden ser fácilmente conside-

rados exógenos. Lo importante, sin embargo, es su especificación con completa claridad dentro de cada organización, diferenciando lo manipulable, responsabilidad de los gestores, de lo no manipulable cuya responsabilidad no les puede ser imputada. Para ello la información es imprescindible, pero información transparente que al mismo tiempo que facilita la gestión, dificulte su manipulación.

La importancia de incidir en el proceso y la organización donde este se realiza, así como en la relación médico-paciente como los factores de variabilidad susceptibles de ser modificados por la Gestión Clínica, no está en que sean el objeto principal de la gestión, probablemente nadie lo discute. La importancia radica en que siendo el proceso asistencial, y el entorno en que se desarrolla, causas muy importantes de variabilidad, los gestores sanitarios (en el ámbito clínico, de centro, o de sistema) cuando tienen que enfrentarse a la variabilidad no suelen referirse a ellas, cuando son las de su responsabilidad. Es curioso constatar cómo en los sistemas sanitarios, el azar, o las características de los pacientes (son más viejos, tienen peor salud, o cualquier otra) son las razones esgrimidas para explicar, desde mayores costes, a tasas más elevadas de morbimortalidad. Los elementos organizativos, o las decisiones

clínicas, suelen ser, en general, los grandes ausentes, o en todo caso testigos inocentes en el debate público sobre la variabilidad. Por ello, porque al parecer son mucho menos “conocidos”, no en el sentido de conocimiento científico como causa de variabilidad, y por el convencimiento de la necesidad de poner los medios, básicamente sistemas de información adecuados, para poder gestionar esta variabilidad, es por lo que brevemente se continúa con su consideración.

Las características de la organización son un elemento clave en la variabilidad, que pueden ser, y deben ser, controladas por la Gestión Clínica. Variabilidad que se traduce en costes diferentes, pero también, y de forma muy importante, en distintos niveles de calidad. Las complicaciones a la hora de afrontar esta realidad aparecen cuando se pretende confundir control de la variabilidad con homogeneidad organizativa, o cuando, desde el otro extremo, se intenta transferir en cascada la responsabilidad asociada a la dificultad en el control. En este sentido, parece fundamental recordar la necesidad de disponer de patrones de referencia en calidad y costes, buscar que los resultados de la práctica se adapten a ellos, y diseñar estructuras, homogéneas o no, que garanticen las condiciones de una práctica de calidad.

La Gestión Clínica para intentar controlar la variabilidad y mejorar en eficiencia en la producción de servicios, debe asumir el riesgo de aceptar que, desde el punto de vista de la organización, se puede ser diferente, y que en la responsabilidad de gestionar la diferencia estaría el origen de la incentivación. Los requisitos para todo ello:

- a) Información sobre resultados.
- b) Información sobre costes.
- c) Aceptación de una financiación homogénea ponderada exclusivamente por los factores acordados como no manipulables.
- d) Comparabilidad de la información.

Cantidad y calidad de personal, por tanto capacidad de selección; productividad y retribución, por tanto capacidad de incentivación económica; organización del trabajo, por tanto capacidad de incentivación laboral; son elementos imprescindibles para hacer Gestión Clínica. En ocasiones, parece que el Estatuto de personal, o mejor dicho su inexistencia como tal, fuese la causa fundamental que impide el desarrollo de una gestión adecuada⁽⁶⁾. Cambiar los Estatutos de perso-

⁽⁶⁾ El problema de una política de personal puede radicar menos en su marco y más en la voluntad de aplicarla. Los diferentes Estatutos vigentes son inefectivos porque no son buenos, pero también por la escasa voluntad, evidenciada hace muchos años, de aplicarlos.

nal actualmente vigentes parece imprescindible por muchas razones, una de ellas para poder mejorar la gestión; sin embargo, se plantean dudas razonables de que con el mejor de los Estatutos posibles, la gestión sanitaria avance al ritmo que debería ser necesario, si no se desarrolla la capacidad de aceptar la diversidad y aprender de los mejores.

La variabilidad derivada de la relación médico-paciente está muy relacionada con la incertidumbre que rodea las decisiones clínicas. Sin embargo, no todo es incertidumbre², e incluso parte de ésta puede ser reconducida, desde lo relacionado con los factores individuales de los profesionales, hasta el establecimiento de patrones consensuados sobre la mejor práctica posible.

Exigencia en el mantenimiento de la competencia profesional, medicina basada en la evidencia, protocolos, guías de práctica clínica, revisión de las actuaciones, son, entre otras, actuaciones en las que la "experiencia personal" se pone al servicio del consenso científico y este se convierte en el elemento decisor habitual. No hay, en 1999, prácticamente nadie que dude de cuál es el foco de atención principal si se pretende mejorar la efectividad y eficiencia en la provisión de servicios sanitarios. El problema, nuevamente, es la ausencia de información cla-

ve en los sistemas sanitarios para poder analizar el proceso asistencial, junto a la ausencia de motivación, o desincentivación, para establecer criterios aceptados de referencia.

Modelos de Gestión Clínica

La Gestión Clínica, como proceso de toma de decisiones orientado a conseguir el máximo beneficio del paciente, necesita patrones de excelencia en los resultados y árboles de decisión consensuados, y debe dar respuesta a dos complejas situaciones: el control de la variabilidad, y quién la controla. Los modelos de Gestión Clínica responden a las diferentes formas de intervención en el proceso de toma de decisiones clínicas, y también al objeto fundamental de dicha intervención.

La constatación de la magnitud de la variabilidad clínica ha conducido a algunos agentes a posiciones enfrentadas, consecuencia de un claro movimiento pendular en direcciones opuestas. Por un lado, negar su existencia o en caso de aceptarla (cada vez es más inevitable dada la evidencia empírica disponible), justificarla en beneficio del paciente dentro de la autonomía clínica; por el otro, considerar la práctica clínica como un ejercicio técnico y, en consecuencia, capaz de ser descompuesto en estándares en cual-

quiera de sus componentes, incluyendo la práctica médica.

La estrategia para controlar la variabilidad, es decir mejorar la calidad, y en consecuencia ser más eficientes, es probablemente la principal función de lo que hoy entendemos por Gestión Clínica. Sin embargo, la Gestión Clínica, como se acaba de señalar, no es considerada siempre igual, ni utiliza de forma idéntica las herramientas disponibles en entornos diferentes. En este sentido, podrían establecerse dos escenarios, en apariencia, mutuamente excluyentes: el primero, la práctica clínica liberal, ejercida en un entorno de autorregulación profesional; el segundo, regulado por la oferta y la demanda, sería la alternativa de máximo control externo, el conocido como "managed care" o "medicina gestionada".

Las interacciones entre los diferentes actores (usuarios, profesionales, compañías de seguro, ciudadanos, administraciones, etc.) en los sistemas sanitarios se regulan de forma diferente de unas sociedades a otras, y cada modelo de regulación pone el énfasis en un conjunto distinto de valores. De hecho, el modelo de regulación predominante en un determinado sistema probablemente esté reflejando las prioridades escogidas por la sociedad en su conjunto⁶ en relación con los valores y principios que deben infor-

mar el modelo sanitario que dicha sociedad pretende, o el resultado impuesto por los grupos sociales dominantes.

En los sistemas basados en la autorregulación profesional, los médicos, como agentes fundamentales del sector, ocupan el centro del sistema asistencial; sin embargo, el concepto de la autorregulación no se limita a los médicos y se extiende a todos los agentes profesionales del sector. En este tipo de sistemas son los agentes internos (profesionales, centros, instituciones, etc.) los que acuerdan las normas que regulan el sistema y en concreto su propia actividad. La práctica médica, en su concepto tradicional, sería el paradigma donde desarrollar la autorregulación profesional, y en ella los principios de autonomía clínica y libertad de elección, estrictamente controlados de forma corporativa, se consideran básicos para garantizar la ética profesional.

La Gestión Clínica, en este escenario, es realizada por el médico y se relaciona exclusivamente con su práctica propia; los únicos controles admitidos en el proceso de toma de decisiones clínicas serían la ética profesional y los códigos deontológicos. La variabilidad se considera irrelevante y, si existe, sería una consecuencia directa de la individualidad de cada contacto médico-paciente y, por tanto, no precisa ser gestionada; las aso-

ciaciones profesionales, o los jueces de forma excepcional, son los únicos elementos ajenos a la relación que pueden intervenir en ella y a demanda de una de las partes habitualmente.

En el escenario tradicional de práctica clínica, la medicina liberal, la utilización de incentivos, económicos o de cualquier otro tipo, introduciría efectos perversos en dicha práctica en la que el médico actúa libre de todo interés, excepto el de su paciente. En este escenario no se habla de "Gestión Clínica" como tal, y se considera que los recursos disponibles deben ser los que se demandan en cada caso concreto.

El otro escenario sería el "managed care", la medicina gestionada, alternativa a la práctica tradicional y que puede considerarse como aquel sistema más aproximado a un modelo basado en el mercado. En estos sistemas, la regulación se establece conforme al equilibrio de la oferta y la demanda en un marco de restricciones acordadas, las que se consideren necesarias en cada entorno por las características específicas del sector. En este escenario, las ventajas competitivas solo son posibles mediante un estricto control de los costes de producción y se ha evidenciado que la medicina y la práctica clínica, como cualquier otra actividad, pueden ser gestionadas influyendo directamente sobre

los profesionales⁷. La medicina sigue siendo una ciencia pero pierde todo su componente de arte y se transmuta a ser fundamentalmente una técnica.

La gestión de la medicina es parte inherente a la competencia gestionada⁽⁷⁾, y puede realizarse por las empresas, o como cada vez es más frecuente en EEUU, por los propios médicos, constituidos en grupos de práctica clínica. La medicina gestionada, como forma de Gestión Clínica, se basa en: la competencia para asignar recursos; el ingreso económico ligado al ahorro derivado de decisiones clínicas con conciencia de coste; y el máximo control posible de los profesionales por las empresas mediante:

- a) La contratación selectiva de profesionales.
- b) La utilización de perfiles médicos.
- c) la exigencia de adherencia estricta a protocolos de actuación diagnósticos o terapéuticos.
- d) La revisión de la utilización de recursos, o la necesidad de autorización previa para la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, entre otros instrumentos^{7,10}.

⁽⁷⁾ Para una aproximación al concepto de Competencia Gestionada se recomienda el artículo de Enthoven⁸, uno de los principales autores de esta propuesta de reforma, y para conocer su relevancia para sistemas como el SNS el de Sevilla y Navarro⁹.

La incentivación, fundamentalmente económica y vinculada al riesgo financiero asumido, sería el motor de una práctica clínica asociada a la introducción de criterios de ahorro económico⁽⁹⁾ en todas las decisiones derivadas de la relación médico-paciente¹¹, o la aceptación del control externo de dicha relación, o ambos¹². El objetivo buscado: garantizar una utilización de recursos acorde con criterios e intereses preestablecidos, de salud, de rentas, económicos, o de cualquier otro tipo.

Estas dos formas de entender la Gestión Clínica (de manera autorregulada por los profesionales o la necesaria para ajustarse en situación competitiva a los dictados de la oferta y la demanda) son las más habituales en los sistemas sanitarios privados, y si bien el paradigma sería EEUU, pueden encontrarse también en España. La primera, en la práctica privada realizada de forma tradicional que verosímilmente sea el horizonte no expresado de algunos sectores profesionales que plantean en la capacidad de autorregulación la garantía necesaria para mejorar la calidad de la asistencia. La segunda, como mínimo, en las propuestas de mejora y

cambio de algunas compañías de asistencia sanitaria privada¹³. Probablemente, ambas estrategias sean entendidas como complementarias por los agentes que las patrocinan, ya que las restricciones necesarias serían expresadas como una garantía de las prestaciones sanitarias, y estarían basadas en la autorregulación profesional; el modelo, lógicamente, la estrategia de reforma actualmente en curso en el sector sanitario en EEUU⁹.

La conocida como teoría de "agencia", la relación que aparece cuando un principal delega autoridad en un agente¹⁴ para que éste, utilizando su conocimiento o competencia, consiga lo mejor para aquél, puede ayudarnos a entender los diferentes posicionamientos señalados con relación a la Gestión Clínica. Es cierto que no existe un acuerdo universal sobre la aplicabilidad de dicha teoría en los sistemas sanitarios, y aún menos sobre sus implicaciones¹⁵. Sin embargo, el conocido como problema principal-agen-

⁽⁹⁾ El criterio de ahorro económico añade, a la introducción del coste como elemento a considerar en la toma de decisiones clínicas, el beneficio económico vinculado al resultado obtenido.

⁽⁹⁾ La relación de agencia se comporta como un problema como consecuencia de las dificultades que suele tener el principal para controlar el comportamiento del agente, más aún para saber como está empleando la autoridad en él delegada; el problema fundamental se relaciona con los instrumentos disponibles para el control de la relación. En el caso de la relación médico (agente)-paciente (principal), el paciente delega plenamente en el médico la resolución de la problemática en relación con su salud, y el problema sería cómo el paciente controla el uso que el médico realiza de dicha delegación.

te⁽⁹⁾ ilustra perfectamente muchas de las relaciones en dichos sistemas.

La situación más estudiada de dicha relación en el sector sanitario es la del médico (agente), y paciente (principal), citada con frecuencia como un clásico ejemplo del problema, así como la importancia de la información en dicha relación, tanto sobre los servicios disponibles y su calidad, como sobre su necesidad. En el caso de la organización de los centros sanitarios, también es posible identificar el principal (los representantes de la propiedad, el equipo de dirección), y el agente (los clínicos), y la dependencia del primero en relación con el segundo para la provisión de los servicios acordados, en cantidad, calidad y coste. Debe resaltarse que tanto en este caso, como en el anterior, el médico es el agente cuyo objetivo sería conseguir el máximo beneficio para el principal. Cuando el médico desarrolla su actividad en un centro, un hospital, o depende de una organización, actúa simultáneamente de agente para dos principales, el paciente y la empresa, con lo que el problema se complica, especialmente si los objetivos e intereses de ambos principales (paciente y organización) no son plenamente concordantes.

Los elementos claves para entender la relación de agencia, serían:

a) Los objetivos establecidos; es decir, conocer si el principal y el agente, tienen los mismos intereses, o al menos son compatibles.

b) La disponibilidad de información, y el coste de generarla; es decir, saber si es posible construir la información necesaria para que el principal pueda monitorizar las actuaciones que en su beneficio realiza el agente, y su coste está justificado.

c) El mecanismo de relación entre las partes, que puede tener su base en la confianza⁽¹⁰⁾, o precisar una detallada descripción de todos los términos que afectan tanto al principal como al agente y que se traducen en un contrato, tanto más complejo cuanto más pormenorizado tenga que ser el control.

El problema principal-agente se acentúa, como es bien conocido, cuando ambos no comparten intereses y existe entre ellos una gran asimetría en la información (una de las características clave en los servicios sanitarios), situación en la que el agente puede sentirse atraído a realizar selección adversa, o a confundir al principal acerca de sus niveles de es-

⁽¹⁰⁾ K.Arrow, en su libro, "The Limits of Competition", resume las ventajas de la confianza como mecanismo de control de la siguiente manera (en traducción libre): "La confianza es un lubricante importante en un sistema social. Es muy eficiente; la gente se evita un gran número de problemas cuando tiene un nivel adecuado de fe en la palabra de los demás". Citado por Goddard and Mannion¹⁶.

fuerzo, el conocido "moral hazard", o riesgo moral⁽¹¹⁾.

Los defensores de la práctica médica tradicional como forma adecuada de Gestión Clínica, o al menos la menos mala de las posibles, resuelven el problema planteado por la teoría de agencia entendiendo que el agente, el médico o el grupo clínico, juega el rol del agente perfecto, y actúa motivado exclusivamente por el mejor interés de sus pacientes. El mecanismo de relación sería, por tanto, la plena confianza del principal en su agente, y una compatibilidad extrema de los intereses.

Williams¹⁷ postulaba que en una perfecta relación de agencia, "el papel del médico es suministrar al paciente toda la información disponible, para que el paciente pueda tomar una decisión, y el médico debe implementar la decisión, una vez que el paciente la haya tomado". El mismo autor señalaba que en la vida real la situación se parece más a lo que dice la frase, si donde está escrito médico se lee paciente, y donde está escrito paciente se lee médico. La realidad es, que la práctica médica tradicional está

muy lejos de haber resuelto el problema principal-agente; en todo caso, lo relevante es el papel clave que juega la información para que el principal (el paciente), sea capaz de conocer y controlar, mantener la confianza, que el agente (el médico) emplea todos los recursos disponibles para mejor cumplir exclusivamente sus intereses, los del principal⁽¹²⁾.

Los que abogan por la "medicina gestionada" asumen que la mejor forma de resolver el problema principal-agente es conseguir una alta convergencia en los objetivos, diseñando los incentivos necesarios para adecuar los intereses del agente (los médicos) a los del principal (en este caso, la empresa), incentivos casi exclusivamente financieros, y que se asocien a la asunción de un alto riesgo por parte del agente si se desvía de ellos¹⁹. El objetivo explícito en esta relación sería el beneficio económico; la mejora de la salud es el objetivo compartido por la empresa con sus beneficiarios, o el de los clínicos con sus pacientes individuales,

⁽¹¹⁾ El riesgo moral no debe entenderse exclusivamente en su sentido moral; en la mayoría de las ocasiones las acciones asociadas son más ineficientes que inmorales desde un punto de vista social, y la movieda frontera entre ineficiencia e inmoralidad no es igual en todas las sociedades.

⁽¹²⁾ En un entorno de pago por acto, el mantenimiento de esta confianza cada vez es más complicado. Como señala B.H.Gray¹⁸, en relación con EEUU, (en traducción libre): "Tanto los financiadores, como el público informado, han entendido que los servicios recibidos por los pacientes pueden ser función no solo de las necesidades clínicas objetivas sino de otras muchas distintas, y que la elección de un médico, o de un hospital, puede afectar tanto a la atención como a sus resultados".

pero no sería un objetivo en la relación empresa-médicos, mas allá de su utilización en estrategias de marketing. La convergencia de intereses, en este caso, no derivaría de la confianza mutua, o al menos ésta no es el elemento fundamental en la relación entre las partes, dando lugar a la necesidad de prolijos y exhaustivos contratos o mecanismos de control, que precisan sofisticados sistemas de información y, en consecuencia, se acompañan de altos costes de transacción.

El traslado de riesgos efectuado en la "medicina gestionada" para resolver el problema principal-agente, se asocia, como se ha señalado, exclusivamente a la obtención de mejores rendimientos económicos. Sin embargo, la ética médica puede entrar en conflicto con este interés cuando se plantea como único; ésta es una razón suficiente para que el traslado de riesgos se trate de realizar en un entorno de ética colectiva, favorecer al conjunto con unos recursos dados, y se desarrollen los instrumentos de control necesarios para garantizar la mejor utilización de recursos conforme a criterios preestablecidos⁽¹³⁾.

⁽¹³⁾ La gestión de la utilización incluye todas las intervenciones que se originan fuera de la relación médico-paciente con intención de promover un conjunto, "mix", económico de servicios sanitarios²⁰. Una revisión de las técnicas utilizadas para la gestión de los servicios sanitarios puede encontrarse en Meneu²¹.

Reflexiones finales

Las diferentes formas de asignación de recursos financieros con los incentivos que incorporan, y la capacidad de gestión de estos recursos, son elementos claves en el control de la variabilidad clínica, cuya constatación ha convertido a su control en un objetivo prioritario en la organización y gestión de los sistemas sanitarios^{4,22,23}.

Capacidad de gestión e incentivos son el principal foco de interés en la mayor parte de los sistemas sanitarios de los países desarrollados, habiendo dado lugar a un complejo sistema de investigación y aplicaciones prácticas, que está permitiendo conocer mejor la esencia del funcionamiento de los diferentes agentes en el sector sanitario. La realidad es que sin tener todavía la panacea, se está cada vez más cerca de poder establecer mejores lógicas de funcionamiento. El problema aparece, sin embargo, cuando se predica la panacea universal y no la lógica que mejor se adapte a las características de cada sistema.

La Gestión Clínica en los centros públicos en España, en concreto centros de salud y hospitales del SNS, no ha respondido tradicionalmente a ninguno de los patrones anteriormente mencionados. El SNS desarrolla su actividad en un marco de regulación de tipo administrativo/pla-

nificador. Los médicos que ejercen en el sistema sanitario público en España, han gozado tradicionalmente de una gran autonomía clínica, y la interferencia en el proceso derivado de la relación médico-paciente ha sido mínima, o nula, incluso por los propios compañeros cuando la actividad se realiza en equipo, como ocurre en los servicios hospitalarios. Sin embargo, desde finales de los años 70 se ha producido un rápido desarrollo de la tecnocracia de gestión que pretendía controlar el proceso organizativo sin interferir en la autonomía clínica. El objetivo buscado era hacer compatible una autorregulación profesional, deseada por los médicos pero sin antecedentes en sistemas sanitarios en los que la mayoría de los profesionales están salarizados, con una regulación tecnocrática para los centros y el resto del personal.

La base del funcionamiento era la existencia de una ética colectiva, la ética del servicio público (facilitada por la ausencia de tensiones económicas) y la ausencia de incentivos para, denominémoslo así, una sobreproductividad⁽¹⁴⁾. La salarización y la funcionarización profesional pueden tener el riesgo de aumentar el rango de la variabilidad por defecto, riesgo limitado por la importancia de la ética profesional y el compromiso con los pacientes, entre los médicos del SNS. La

Gestión Clínica se pretendía hacer de forma similar a la descrita como modelo de práctica tradicional, pero desarrollada en un entorno público.

Este modelo de convivencia, o coexistencia, entre el respeto estricto a la autonomía clínica y las necesidades colectivas, saltó por los aires en la década de los 80 en España como consecuencia de las tensiones no resueltas generadas por: la necesidad de aprender a trabajar con otros, la limitación en la discrecionalidad de las decisiones, la aparición de límites en la capacidad de gasto, la interferencia de los gestores en los ámbitos estrictamente profesionales, el cerco a la autonomía clínica, la pérdida progresiva del poder corporativo, y la explosión científica de la medicina con la aparición de la variabilidad como problema. Tras varios años de avances en el conocimiento del significado del concepto gestión, dudas, vacilaciones, proyectos piloto, y pasos en falso, parece que se empieza a encontrar la piedra filosofal, la Gestión Clínica, entendida como la responsabilización pro-

⁽¹⁴⁾ Con ello no se quiere señalar que el sistema no tenga su propia lógica de incentivos que puede explicar la proliferación de ensayos clínicos, "a pesar del escaso apoyo de la administración a la investigación", el éxito de los programas de transplantes, "gracias a la no interferencia de la administración", o el lento desarrollo de las unidades de cirugía mayor ambulatoria, "por la ausencia de criterios adecuados por parte de la administración".

gresiva de los médicos en la utilización de recursos, y la introducción paulatina de mecanismos de financiación orientados a facilitar dicha gestión.

En este futuro que se empieza a percibir, se considera, para los centros del SNS, como totalmente inadecuados los dos modelos de Gestión Clínica previamente descritos, tanto el basado en la autorregulación profesional como el basado en el mercado, y parece absolutamente imprescindible establecer un marco que haga posible un nuevo pacto entre la autonomía clínica y el servicio público, para lo cual es necesario encontrar la forma, o formas más apropiadas de asignar recursos a centros, equipos y profesionales, y establecer claramente las herramientas de gestión disponibles.

El SNS es un sistema basado en la solidaridad, cuyos objetivos fundamentales son la equidad, la efectividad y la eficiencia; en consecuencia, tiene una lógica de funcionamiento muy alejada de los sistemas liberales, como el de EEUU, donde precisamente mayor interés existe en desarrollar incentivos e instrumentos de gestión. Tener esto en consideración a la hora de implantar nuevas formas de actuación, parece elemental, ya que su olvido puede conllevar al desarrollo de mitos. La Gestión Clínica, como forma de mejorar la efectividad, y una asignación

de recursos con los incentivos necesarios para hacer Gestión Clínica coherente con los objetivos del sistema, sólo tienen sentido cuando se implantan para mejorar la totalidad del sistema; en caso contrario, la actuación en lo marginal sirve para justificar la incapacidad de acción en lo fundamental, o bien las propuestas que se plantean, en realidad lo que persiguen es modificar la lógica del sistema.

El reto sería, por tanto, introducir en el SNS mecanismos de asignación de recursos coherentes con su lógica de funcionamiento y dotar a los profesionales de capacidad de gestión; en este sentido, lo más adecuado parece el desarrollo de estas estrategias en un entorno de cooperación, basado en la confianza mutua, y en el que la necesaria transferencia de riesgos convierta a la calidad en el único objetivo del sistema.

La estrategia diseñada debería ser capaz de garantizar la rigidez macro suficiente para que se alcancen los objetivos del sistema, y la máxima flexibilidad micro para posibilitar la producción más eficiente de servicios. Una estrategia como la planteada precisa basarse en tres pilares:

- Política pública y política de salud, canalizadas a través de instrumentos como los Planes de Salud, los Planes de Gestión, y los Presupuestos. Establecidas las estrategias, sectoriales e intersectoriales, para

garantizar el derecho a vivir sano con las adecuaciones temporales que sean precisas, la rigidez macro se traduce en el establecimiento de prioridades, y en la adecuación de los centros y establecimientos sanitarios a los objetivos definidos y al cumplimiento presupuestario asignado. La participación ciudadana en la fijación anual y plurianual de las actuaciones previstas es un elemento esencial en la legitimación del sistema.

– Entorno de cooperación en la producción de servicios sanitarios que se traduce en una estrategia corporativa orientada a: garantizar una red de oferta de servicios eficiente; facilitar la transferencia de conocimiento entre los agentes; compartir riesgos entre todos los implicados; e incentivar una gestión de la práctica clínica orientada a la calidad y no exclusiva o fundamentalmente a las envolventes de actividad y coste.

– Participación del usuario en la toma de decisiones clínicas a través de un mejor conocimiento de las alternativas disponibles con sistemas de información accesibles y fácilmente comprensibles, y no a través de aumentar la “conciencia de coste de los servicios” mediante los copagos.

Tras un largo periodo en el que la alternativa única a la “ineficiencia” de lo público parecía la excelencia de la competencia como forma de asignar recursos

en sanidad, hoy empieza a ser evidente que compatibilizar equidad y eficiencia es no solo posible sino deseable. En el diseño de las reformas que se consideran más adecuadas para el sector sanitario, el primer objetivo debe ser la equidad, sin ella no es posible la eficiencia; los sistemas sanitarios, pero también los servicios, que se centran exclusivamente en la eficiencia tienen un alto coste de equidad, traducido siempre en mayores costes e ineficiencia. El segundo, clarificar la responsabilidad de los diferentes agentes, y diseñar mecanismos para exigirla. Por último, basar las relaciones entre los actores (usuarios, profesionales, centros e instituciones, y financiadores: ciudadanos y administraciones) en mecanismos de cooperación y utilizar todos los instrumentos de gestión disponibles que se hayan demostrado coherentes con la lógica de funcionamiento del sistema. En definitiva, la confianza como motor, la información como garantía.

Agradecimientos

Quiero agradecer los comentarios, sugerencias, y propuestas realizadas a borradores previos por T. Avendaño, I. Keller, J. Perales, F. Pérez Corral, P. Polo y J. R. Repullo. Las insuficiencias en el análisis y la contumacia son responsabilidad exclusiva del autor.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Eddy DM, Billings J. The Quality of Medical Evidence: Implications for Quality of Care. *Health Affairs*. Spring 1988; 19-32.
2. Feinglass J, Martin GJ, Sen A. The Financial Effect of Physician Practice Style on Hospital Resource Use. *Health Services Research*. June 1991; 26, 2: 183-205.
3. Lázaro P, Azcona B. Clinical Practice, Ethics and Economics: the physician at the crossroads. *Health Policy* 1996; 37: 185-198.
4. Rice T. An Alternative Framework for Evaluating Welfare Loss in the Health Care Market. *Journal of Health Economics*, 1992; 11: 85-92.
5. Roos NP, Roos LL. Small Area Variations, Practice Style, and Quality of Care. En *Why are some people healthy and others not? The determinants of health of populations*, Editores: RG Evans, ML Barer y TR Marmor, Aldine de Gruyter, New York 1994; 231-252.
6. Saltman RB, Figueras J. Pg. 8-9: Methods of regulation. En "European Health Care Reform. Analysis of current strategies". WHO Regional publications, European series, N°72, Copenhagen 1997; 8-9.
7. Landon BE, Wilson IB, Cleary PD. A Conceptual Model of the Effects of Health Care Organizations on the Quality of Medical Care. *JAMA*, 1998; 279: 1377-1382.
8. Enthoven AC. The History and Principles of Managed Competition. *Health Affairs*, Supplement 1993: 24-48.
9. Sevilla F, Navarro V. La competencia gestionada: sus méritos, ¿nos permiten conocer el bosque? *Revista de Administración Sanitaria*, 1997; 1: 573-593.
10. Gold MR, Hurley R, Lake T, Ensor T, Berenson R. A National Survey of the Arrangements Managed-Care Plans Make with Physicians. *The New England Journal of Medicine*, 1995; 333: 1678-1683.
11. Woolhandler S, Himmelstein DU. Extreme Risk. The New Corporate Proposition for Physicians. *The New England Journal of Medicine*, 1995; 333: 1706-1707.
12. Hillman AL. Managing the Physician: Rules versus Incentives. *Health Affairs*, 1991; 10: 138-146.
13. De Zulueta J. Cambios Fundamentales para la Sanidad en España. En *La Política Sanitaria: Propuestas del Sector Privado*, Editores JJ Artells, J Ruiz y C Hernanz. Madrid 1997; 107-111.

14. Dranove D, White WD. Agency and the Organization of Health Care Delivery, *Inquiry*, 1987; 24: 405-415.
15. Mooney G, Ryan M. Agency in Health Care: Getting Beyond First Principles. *Journal of Health Economics*, 1993; 12: 125-135.
16. Goddard M, Mannion R. From Competition to Co-operation: New Economic Relationships in the National Health Service. *Health Economics*, 1998; 7: 105-119.
17. Williams A. Health Economics: The End of Clinical Freedom? *BMJ*, 1988; 297: 1183-1186.
18. Gray BH. Trust and Trustworthy Care in the Managed Care Era. *Health Affairs*, January/February 1997; 16 (1): 34-49.
19. Smith PC, Stepan A, Valdmanis V, Verheyen P. Principal-agent Problems in Health Care Systems: An International Perspective. *Health Policy*, 1997; 41: 37-60.
20. Milstein A. Managing Utilization Management: A Purchaser's view, *Health Affairs*, may/june 1997, 16(3): 87-90.
21. Meneu R. Revisión y Gestión de la Utilización de Recursos Sanitarios, en *La Política Sanitaria: Propuestas del Sector Privado*, Editores JJ Artells, J Ruiz y C Hernanz, Madrid 1997; 133-143.
22. Reinhardt UE. Resource Allocation in Health Care: The Allocation of Lifestyles to Providers. *The Milbank Quarterly*, 1987; 65: 153-176.
23. Maynard A. Competition in health care, caricatures, evidence. *European Journal of Public Health* 1995; 5: 143-144.

