

Medicina basada en la evidencia: posibilidades y limitaciones (para la gestión sanitaria)¹

Vicente Ortún Rubio²

I. ¿Qué es gestión sanitaria?

Los tres ámbitos de la gestión en Sanidad:

Macro, meso y micro

Gestionar supone coordinar y motivar a las personas de una organización —cultural, deportiva, económica— para conseguir las finalidades de ésta. En Sanidad pueden distinguirse tres tipos de gestión: La gestión sanitaria macro, o política sanitaria, la gestión sanitaria meso, o gestión de centros, y la gestión sanitaria micro, o gestión clínica.³

La macrogestión sanitaria, o política sanitaria, consiste en la intervención del Estado para aumentar la equidad y corregir disfunciones del mercado. Esta corrección de disfunciones implica: abordar las externalidades, regular los monopolios, y corregir la información imperfecta teniendo en cuenta cómo tales disfunciones quedan afectadas por el cambio tecnológi-

1. Seminario *Los retos directivos ante la gestión de la efectividad*. Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, 11-12 de noviembre de 1999.

2. Vicente Ortún Rubio. Departamento de Economía y Empresa, Centro de Investigación en Economía y Salud, Universidad Pompeu Fabra, Barcelona. Ramon Trias Fargas 25. 08005 Barcelona. E-mail: vicente.ortun@econ.upf.es / <http://www.bonvent.upf.es/~ortun>

3. Tomado de Ortún V. “¿Conocimiento para gestionar?” *Gest Clin San* 1999; 1: 5-6.

co. La política sanitaria se expresa a través de las formas que adopta la financiación y regulación de servicios sanitarios y la regulación de otros aspectos relacionados con la salud (alimentación, medio ambiente, trabajo, estilos de vida...). Existen distintas opiniones sobre el alcance de la política sanitaria en función de cuál se crea ha de ser la función del Estado.⁴

La política sanitaria tiene como objetivo confesable el de mejorar el estado de salud de la población y garantizar la satisfacción de los votantes con los servicios sanitarios empleando unos recursos comparables a los de los países de referencia geográfica y económica.

Las disciplinas de salud pública, articuladas por el método epidemiológico, constituyen el soporte disciplinar de la macrogestión sanitaria. El método epidemiológico no es más que una adaptación, más conceptual (riesgo relativo, exposición, riesgo atribuible poblacional...) que instrumental, del método científico a los problemas de salud.

La mesogestión sanitaria, o gestión de centros, se realiza a través de la coordinación y motivación de los integrantes de un centro de salud, un hospital, una aseguradora, un mayorista farmacéutico... en un entorno muy regulado. La gestión de centros tiene su apoyo disciplinar en las ciencias de la gestión y hace relativamente pocos años la gestión sanitaria se identificaba con aspectos relativamente accesorios de la gestión de hospitales como las finanzas y el *marketing*. El contenido de la gestión de centros ha ido cambiando en la medida que se ha evidenciado cada vez más el parecido entre gestión sanitaria y el diseño de un nuevo modelo de avión. En efecto, el mejor diseño de un avión no se obtiene a través de la suma de los mejores diseños de sus diversos componentes (motor, fuselaje, mobiliario...) ya que son múltiples las interdependencias y muy fuerte la necesidad de coordinar diseños. De igual manera *la calidad de la gestión sanitaria no se garantiza mediante la suma de las calidades de los centros componentes*: El que tasa de complicaciones en

enfermos diabéticos sea el doble en EEUU que en el Reino Unido, el que se produzcan importantes diferencias de supervivencia en cáncer de mama a los cinco años del diagnóstico, el que oscilen ampliamente las prevalencias tabáquicas o las tasas de resistencias bacterianas y —en suma— el que, incluso, la mortalidad señale tremendas diferencias entre personas y países, apunta claramente a que la capacidad resolutoria de un sistema sanitario está claramente relacionada con, primero, el grado en que su política sanitaria tenga atisbos de racionalidad (resulta ilusorio pretender que la racionalidad sea el criterio único de la política sanitaria) y, segundo, con el grado de articulación entre niveles asistenciales. La mejora en la gestión de los centros sanitarios requiere, como el cubrir tres por tres puntos en disposición cuadrada mediante línea quebrada sin levantar el lápiz del papel ni cambiar de sentido, desbordar las paredes (los bordes del cuadrado) de los centros: Pensar en curar algunas veces, ayudar a menudo, y consolar siempre. Donde sea.

La microgestión sanitaria, o gestión clínica, parte de la constatación de que los profesionales sanitarios (los clínicos fundamentalmente) asignan el 70% de los recursos sanitarios en sus decisiones, diagnósticas y terapéuticas, realizadas en condiciones de incertidumbre en una tarea que supone coordinar recursos y motivar personas. La gestión clínica pretende restaurar los niveles de salud de los pacientes, en la medida de lo posible, mediante acciones que conciernen a pacientes individuales o a grupos de pacientes (agrupados por una patología o procedimiento comunes, por la unidad de asistencia...). Las decisiones directas sobre cada persona las adopta el médico, la enfermera...trabajando por separado o en equipo, y las decisiones que afectan a grupos de pacientes las toman principalmente los responsables asistenciales.

La disciplina fundamental de la gestión clínica es la Medicina. La estrategia motivadora básica de la ges-

4. En el *World Health Report* 1999, de la OMS (ya bajo la dirección de H Brundtland), se habla claramente de "un nuevo universalismo que reconoce los límites de los gobiernos, pero retiene la responsabilidad de los gobiernos para la dirección y financiación de los servicios sanitarios. Este nuevo universalismo da la bienvenida a la diversidad y, sometido a directrices, a la competencia en la producción de servicios. Al mismo tiempo reconoce que los servicios deben ser prestados para todos pero no todos pueden ser prestados".

tión clínica pasa por el fomento de la escépticemia, a través de la constatación de variaciones en la práctica aparentemente arbitrarias que estimulen la preocupación por la efectividad, la medida del impacto sanitario y la adecuación de los servicios.

Los tres ámbitos de la gestión sanitaria están estrechamente relacionados entre sí: la gestión macro condiciona la micro por la regulación de la oferta, en Europa, o por el mercado, en EEUU; la gestión macro condiciona la meso según lo que se decide comprar o presupuestar; la gestión micro influye la macro por el 70% de recursos que asigna; la gestión meso influye en macro por consorcios, patronales, corporaciones profesionales, grupos de interés y asociaciones con preferencias ideológicas 'intensas'...

La gestión pública nunca

será como la gestión privada

Curiosamente las peculiaridades más importantes de la gestión sanitaria se manifiestan como expresiones de ciertas limitaciones de la gestión pública. La gestión pública suele ser, en bastantes ocasiones, la respuesta social más conveniente a las características de la salud y los servicios sanitarios.

Estas peculiaridades quedan reflejadas en una realidad institucional —prevaliente en los países más desarrollados del mundo— de una financiación pública establecida con el objetivo de que los servicios sanitarios se presten según necesidad para:

- Conseguir unos niveles de salud y satisfacción que sin los mismos no se hubieran obtenido.
- Corregir unos fallos de mercado (información asimétrica, incertidumbre, y externalidades).
- Mejorar la equidad social en relación a la alternativa de no intervención del Estado.

La gestión pública, aunque sustantivamente gestión, debe desenvolverse con unas limitaciones impuestas por la responsabilidad fiduciaria que constituye la contrapartida a la excepcionalidad

del Estado como organización. En una organización privada, tanto la pertenencia a la organización como la distribución entre las partes de obligaciones y derechos resultan de arreglos contractuales (voluntarios en principio). En el Estado, en cambio, los ciudadanos pertenecen obligatoriamente a la organización, que tiene poderes de coacción ejercitables sin aquiescencia individual. Ello obliga al Estado a un comportamiento fiduciario que impone una serie de limitaciones, convenientes algunas, mitigables otras bien por la investigación bien por la acción. Véase el Cuadro 1 en página 20.

La gestión privada tiene un juez irrecusable pero insuficiente: la cuenta de resultados. La gestión pública tiene muchos jueces... y ninguno si falla la democracia y reina la opacidad.

II. ¿Qué es La Medicina Basada en la Evidencia?

La MBE⁵ se ha definido como la integración de la experiencia personal con la mejor demostración externa disponible y procedente de la investigación sistemática. Supone, por tanto, la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia científica (comprobada, verificada por tanto) disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de la salud de cada paciente.⁶ Se centra, pues, en el beneficio individual y en el Cuadro 2 (página 21) se resumen algunos de sus beneficios y limitaciones.

La gestión de la MBE

Con el lema 'Medicina Basada en la Evidencia' (MBE) no se quiere significar tanto que exista o haya existido una medicina no basada en la evidencia, como simplemente utilizar un término que ha hecho fortuna para destacar el creciente énfasis en la investigación de resultados (*outcomes*) con los objetivos de reducir incertidumbres, explicar variaciones en la práctica médica aparentemente arbitrarias, y mejorar la efectividad de la práctica clínica y la eficiencia del sistema sanitario.

5. Este epígrafe está tomado de Meneu R, Ortún V, Peiró S. "Medicina basada en la evidencia. Posibilidades y limitaciones para la compra de servicios". En G López (dir): *La contratación de servicios sanitarios*. Barcelona: Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalidad de Cataluña, 1999, p 191-214.

6. Sobre MBE pueden consultarse los dos suplementos que Medicina Clínica dedica en 1999 al tema, dirigidos por J Gol y J del Llano, así como la edición española del *JAMA* 1997 sobre MBE.

CUADRO 1

LIMITACIONES A LA GESTIÓN PÚBLICA

- Visibilidad y transparencia que produce la reacción paradójica de secretismo en el proceso decisorio, secretismo no siempre justificado por la relevancia estratégica del asunto abordado o por razones de respeto a la confidencialidad de los datos empleados.
- Control jurisdiccional constante.
- Alternancia de gobiernos hace más difícil contraer compromisos a largo plazo y que constituye un reflejo tanto de la heterogeneidad de preferencias de los principales (ciudadanos para los políticos, políticos para los organismos públicos...) como de su inconsistencia temporal. En una empresa privada los propietarios exhiben preferencias consistentes y este problema no se presenta.
- Garantismo (más que legalismo) para impedir abusos de autoridad y vulneración de derechos individuales. La preocupación por la profilaxis de la arbitrariedad niega la discrecionalidad (o sea la posibilidad de desplazarse por una isocuanta).
- Procedimentalismo burocrático que garantice la igualdad de trato (dado que no existe la opción salida para los individuos) con todas las ventajas e inconvenientes de la burocracia.
- Múltiples objetivos, impacto en el bienestar desconocido, rendimiento también difícil de apreciar por los problemas de definición y medida de la actividad de la administración.
- Dificultad de establecer mecanismos de competencia por comparación. Si, por ejemplo, solo existe una Agencia Tributaria no caben los patrones externos ("benchmarking") pero sí mecanismos de torneo en el seno de la propia Agencia: Rendimiento de unidades comparables ajustado por las variables exógenas que las unidades no controlan (renta, tamaño poblacional...).

La panoplia de instrumentos MBE puede presentarse bajo distintos envoltorios que van desde la revisión y difusión de ensayos clínicos (Bonfill X, 1996), a la investigación en servicios de salud (Peiró S, Meneu R, 1995), el análisis de decisiones (Eddy D, 1996), la gestión de la utilización (Peiró S, Meneu R, 1997) o la evaluación de tecnologías (Jovell A, Navarro-Rubio M, 1995) e, incluso, bajo el envoltorio de políticas de calidad total (Romeo JM, Ruiz P, 1994).

El creciente éxito de la MBE se sustenta en 4 factores previos, con relaciones entre sí: 1) la conciencia de amplias *variaciones en la práctica médica* (VPM), no explicables por diferencias en la morbilidad de las poblaciones; 2) la *preocupación por la efectividad* de las prácticas médicas, que aumenta en presencia de una fortísima innovación tecnológica (en productos, no en procesos) que, sin em-

bargo, tiene un impacto decreciente sobre la salud; 3) las políticas de *contención de costes*; y 4) la mayor facilidad para acceder a la *información*.

Respecto al primero de estos factores, los *estudios sobre VPM* (Wennberg J, 1996) han mostrado la presencia de variaciones aparentemente arbitrarias en la forma de practicar la medicina entre países, regiones, áreas pequeñas y grupos poblacionales, propiciando la aparición de lo que Skrabanek denominó *escepticismo* y que, en lo esencial, es una quiebra en la creencia de que los sanitarios aplican de manera uniforme un tratamiento inequívocamente adecuado —científico— a cada problema de salud. En ausencia de explicaciones plausibles por el lado de la demanda (morbilidad, accesibilidad o preferencias de los pacientes), la constatación de VPM plantea importantes dudas sobre la indicación de determinadas intervenciones y

CUADRO 2

BENEFICIOS Y LIMITACIONES DE LA MBE

Beneficios

1. Marca como objetivo la integración de la experiencia clínica individual con la mejor evidencia externa (procedente de revisiones sistemáticas de investigaciones clínicas, fundamentalmente ensayos clínicos, disponible).
2. Tiene en cuenta las preferencias del paciente informado.
3. Fomenta y organiza el autoaprendizaje.
4. Transforma las necesidades de investigación en preguntas de investigación contestables.
5. Evalúa la solidez de la evidencia con la respuesta a dichas preguntas.
6. Valora críticamente la validez (acercarnos a la mayor veracidad) y la utilidad (aplicabilidad clínica) de la evidencia.
7. Énfasis hacia la evaluación de actuaciones clínicas.
8. Eleva la autonomía individual (del médico) ante el juicio de las fuentes, lo que conlleva a resaltar el papel de la libertad clínica.
9. Enfatiza el plano individual del comportamiento bioético: beneficencia y no maleficencia.

Limitaciones

1. Pérdida relativa de posición del pensamiento fisiopatológico de la práctica clínica.
2. Minusvalora la experiencia, el instinto, lo que la medicina tiene de arte y oficio.
3. Falta de tiempo, habilidades y medios para revisar y valorar críticamente la evidencia de forma cuidadosa, especialmente en el contexto de la atención primaria.
4. Falta de una clara definición de lo que significa efectividad y qué efectividad debe ser considerada.
5. Minusvalora las consecuencias de la MBE más allá de la práctica clínica: distribución de recursos, política sanitaria y gestión clínica.
6. Riesgo de caer en el fundamentalismo metodológico.
7. Pérdida del balance adecuado entre las decisiones coste-efectivas y las decisiones basadas en la MBE.
8. Agravamiento de la disputa entre economistas, gestores y médicos.
9. Pasar a un segundo plano el comportamiento bioético de la justicia distributiva y de la eficiencia.

Fuente: Gol y Del Llano, 1999

sobre los resultados para los pacientes en función del uso de una u otra práctica posible, llevando directamente a preguntarse por la evidencia que sostiene cada estilo de práctica y, en situaciones de incertidumbre, a cuestionar la legitimidad de la aplicación de las valoraciones subjetivas de los profesionales a despecho de la evidencia disponible o las preferencias de los pacientes (Marión J et al, 1998). En nuestro país, diversos investigadores han empezado a documentar VPM utilizando, por ejemplo, la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria o los registros del Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria (Jané E et al, 1996) con resultados muy ilustrativos. En uno de estos estudios se mostraba

que la probabilidad de haber sido intervenido de cataratas a los 85 años se situaba en torno al 8% en un área de salud, mientras que en otra no alcanzaba el 1%. Las áreas con mayor oferta de recursos oftalmológicos, con relación a su población, mostraban tasas mayores de intervenciones, pero también mayor lista de espera por 10.000 habitantes, sugiriendo que donde hay más recursos disponibles se indican más intervenciones de cataratas. En otro reciente estudio sobre pruebas analíticas en Murcia, Huguet Ballester (1998) encuentra amplias variaciones en las tasas de peticiones de algunas pruebas entre zonas de salud: la VSG variaba entre 41 y 119 solicitudes por 1.000 habitantes año (Razón de varia-

ción,⁷ RV: 2,9), los urocultivos de 19 a 91 (RV: 5), y algunas pruebas como la hemoglobina glucosilada (RV: 11), ASLO (RV: 70) o alfa-amilasa (RV: 92), aun mostraban mayores variaciones.

Aunque esta información de base poblacional tiene sumo interés, todavía resulta más propiciatoria de la *escepticismo* la constatación de variaciones en estudios de base individual. Así, el porcentaje de partos que acaban en cesárea en hospitales públicos de la Comunidad Valenciana en 1994-95, variaba desde el 14% al 24%, pero para los partos de nalgas estos porcentajes oscilaban entre el 40% al 90% y, en presencia de sufrimiento fetal, entre el 7% al 97%. En estos hospitales, y para 1995, la realización de una artroplastia de cadera tras fractura osteoporótica de cadera varió del 4% al 38% de los pacientes, y la duración de la estancia desde 9 a 19 días, sin que el ajuste por la gravedad de los pacientes atendidos consiguiera reducir estas diferencias (Peiró S, 1997). Estas variaciones se han relatado incluso en situaciones urgentes de riesgo vital, como el empleo de fármacos trombolíticos en el infarto agudo de miocardio (Agustí A et al, 1997).

La escepticismo conduce a preguntarse sobre la utilidad de algunas de las rutinas y procedimientos habituales y este tipo de preguntas lleva a preocuparse por la *efectividad* que, ahora, irá mas allá de las medidas clásicas de resultados (mortalidad, complicaciones, mejora de parámetros fisiológicos) para intentar valorar el impacto sobre la calidad de vida. A grandes rasgos, y con la excepción de la vacuna contra la viruela, la medicina no dispuso de instrumental preventivo y terapéutico efectivo hasta los años 30 y 40 de este siglo. La preocupación por la eficacia surge después de la II Guerra Mundial de la mano del ensayo clínico aleatorio (ECA), mientras que la efectividad adquiere protagonismo en la escena sanitaria durante la década de los ochenta (Gol J, 1997) bajo diversas denominaciones y con el 'basada en la eviden-

cia' como lema más afortunado. La MBE utiliza los métodos habituales de investigación clínica (ensayos clínicos, estudios observacionales con o sin grupo control, etc.) para valorar la eficacia y efectividad de las prácticas médicas. Las revisiones sistemáticas de la literatura científica, la gradación de la confianza en los resultados en función de los diseños de investigación y facilitar su difusión e incorporación a la práctica habitual son las propuestas básicas de la MBE (Sackett D et al, 1996). La importancia de incorporar esta aproximación se suele mostrar con el contundente ejemplo de los trombolíticos en el infarto de miocardio: mientras que los ensayos clínicos habían demostrado la eficacia de esta terapia desde mediados de los años 70, su aparición en los libros de texto y artículos de revisión no empieza hasta 10 años mas tarde, y su uso generalizado no se produjo hasta casi el final de los 90. En el interín, miles de personas fallecieron porque no se les aplicó una terapia cuya eficacia, aunque sólidamente evidenciada no estaba suficientemente difundida (Antman et al, 1992).

Respecto a las políticas de *contención de costes*, las que depositan su fe en el mercado se han apuntado a la producción y difusión de investigación para que los pacientes y, sobre todo, los compradores influyan sobre los proveedores de servicios. En su vertiente positiva, el argumento que sustenta esta aproximación es que mediante guías de práctica basadas en la evidencia puede limitarse razonablemente la libertad clínica, restringiendo el uso de procedimientos inefectivos. En su vertiente más restrictiva, las guías de práctica se centran en la reducción de costes, afectando la autonomía profesional mas allá de lo que la evidencia sustenta. Así, mientras que en Europa la libertad clínica se mantiene relativamente estable, en Estados Unidos la autonomía profesional ha quedado seriamente afectada por la generalización de la "medicina gestionada" y un médico puede recibir varias guías clínicas diferentes sobre co-

7. La razón de variación (*high-low ratio, extremal quotient, EQ*) es la razón entre el más alto y el más bajo de los valores observados (valor máximo / valor mínimo). Pese a que apenas utiliza información, únicamente los dos valores más extremos, es una medida muy utilizada por su sencillez y su valor intuitivo para interpretar la variabilidad (una RV igual a 2 significa una variabilidad del doble entre el área con mayor y menor frecuencia del procedimiento). Debe ser interpretado con cautela cuando las áreas son pequeñas (menos de 10.000 habitantes) o la frecuencia del procedimiento es baja.

mo tratar una patología —cuyo cumplimiento puede afectar sus honorarios— según quien sea el pagador/asegurador del paciente.

Respecto a la disponibilidad de *información*, los más de medio millón de ECA realizados hasta la actualidad, los 10.000 ensayos clínicos prospectivos que se realizan cada año, o los 2 millones de artículos que cada año aparecen en más de 30.000 revistas biomédicas (Rodés et al, 1999), resultan ahora más accesibles, tanto por los procesos de revisión sistemática ya mencionados, como por la generalización y abaratamiento del acceso a bases de datos de documentación médica. Pese a la existencia de diversas limitaciones (selección, transmisión, preeminencia absoluta del inglés, con su correlato de dificultades para recuperar la información relevante⁸), el acceso a la información aportada por la investigación ha experimentado recientemente enormes avances.

Hay que señalar finalmente que la industria farmacéutica —en especial, las grandes compañías internacionales— no se ha mostrado indiferente a la MBE y está contribuyendo notoriamente a su difusión. Aunque aparentemente sus objetivos son contradictorios, la regulación de la comercialización de productos farmacéuticos hace que los fármacos suelen contar con ECA previos que demuestran su eficacia, al menos respecto a resultados intermedios. Igualmente, y cuando se trata de demostrar la efectividad respecto a resultados raros (por ejemplo, reducción de mortalidad mediante tratamiento preventivo con hipolipemiantes), solo las grandes compañías pueden permitirse los llamados megaensayos, en los que miles de personas son asignadas a los grupos intervención y control. Por ejemplo, el GUSTO, un ECA cuyo objetivo era demostrar que un determinado trombolítico reducía en 1% la mortalidad respecto al trombolítico usual, requirió que 40.000 personas fueran asignadas a los grupos de tratamiento, en más de un centenar de hospitales de una veinti-

ena de países. Como solo disponemos de este tipo de evidencias cuando una compañía ha sufragado el ensayo, la MBE actúa como una barrera de mercado frente a los productos cuyas compañías no han podido realizar estos estudios.⁹

Escollos que pueden dificultar la navegación de la MBE

Perspectiva individual de la MBE y perspectiva

social de la política sanitaria

La perspectiva individual propia de la MBE no tiene por qué coincidir con la perspectiva de la política sanitaria, en un entorno de financiación pública, cuya finalidad normativa pasa por la maximización del bienestar social.

Los conceptos de eficiencia no coinciden necesariamente entre política sanitaria y práctica clínica. Para la política de salud de un país el concepto de eficiencia relevante es el la eficiencia asignativa —también llamada económica— en un contexto social amplio: Asignación de recursos para maximizar el bienestar de la sociedad. En esta definición la eficiencia constituye un criterio para maximizar una función de bienestar social ético-axiomática... función cuya validez depende de la legitimidad del proceso de decisión social que lleva a su establecimiento y del grado en que dicha función refleje valores sociales compartidos.

El concepto de eficiencia más pertinente para la gestión de organizaciones sanitarias y para la gestión clínica es el de eficiencia gestora —técnica y productiva— en un contexto sanitario: abordaje al mínimo coste social de un problema de salud manteniendo la calidad constante o maximización de los resultados en cantidad y calidad de vida con unos recursos determinados.

La eficiencia gestora no garantiza la eficiencia asignativa.

Afectación de la libertad clínica El comportamiento profesional de los

8. Como ejemplos de estas limitaciones puede citarse que más de la mitad de los ECA publicados hasta 1985 no son recuperados en Medline en búsquedas realizadas por expertos documentalistas.

9. Las relaciones de la MBE con las multinacionales farmacéuticas puede no ser tan buena en otros terrenos. Por ejemplo, en fármacos recientes que todavía no disponen de suficiente estudios, la MBE podría retrasar su incorporación efectiva al arsenal terapéutico. Igualmente, algunos de los tipos de estudio que la MBE ha revitalizado, singularmente el ensayo de 1 solo paciente, pueden permitir la apertura de nichos de mercado para algunos productos en subgrupos de pacientes que habitualmente serían excluidos de los ECA.

médicos, que determina fundamentalmente la asignación de recursos sanitarios, está sujeto a una ética —entendida como la serie de comportamientos que una profesión estima aceptables— con su correspondiente sistema de controles por colegas, y sus mecanismos sancionadores —recompensas y ostracismos—. A todo médico le cabe la satisfacción de resolver problemas, curar a veces, paliar en ocasiones y consolar siempre. El contenido de su trabajo se enriquece con el progreso científico. Quienes alcanzan un cierto nivel de virtuosismo y los que publican, ganan reconocimiento profesional; quienes descubren o innovan tienen el reconocimiento intelectual de ser los primeros, primicia laureada a veces con eponimia, y más frecuentemente con distinciones y premios.

Hay que dotar a los médicos —decisiones clave del sistema sanitario— con los incentivos, información e infraestructura precisa para efectuar las decisiones clínicas de una forma coste-efectiva. El afán de lucro en un comprador —por ejemplo, una *Health Maintenance Organization (HMO)*— no parece conducir a una mayor eficiencia social que la que pueda proporcionar un conjunto de normas clínicas que, además de preocuparse por la efectividad, se orienten al usuario e interioricen el coste social de oportunidad. Estas normas clínicas constituyen una auténtica institución social, con mayor importancia que el mercado en la asignación actual de recursos sanitarios, y los cambios que afecten a esta institución deben sopesarse de forma adecuada.

Adaptación a las circunstancias y orientación hacia

las utilidades del paciente

El clínico —en ejercicio de su libertad clínica— ha de aplicar las recomendaciones de buena práctica, las guías, a las circunstancias individuales de cada paciente. El enfoque clínico exige una adaptación de tal conocimiento a las circunstancias de cada individuo. La

investigación probabilística predice resultados pero no determina acciones excepto cuando una intervención siempre es efectiva o nunca es efectiva.

Conforme una sociedad progresa el componente ‘calidad de vida’ en el producto de los servicios sanitarios aumenta. Una gran parte de las actuaciones sanitarias no tienen traducción en términos de mayor cantidad de vida, pero sí en mejor calidad de vida. Al ser la calidad subjetiva y multidimensional resulta inevitable el activismo del paciente para poder establecer el curso de acción más efectivo. Ello requiere proporcionar información pronóstica a los pacientes. Por ejemplo, la efectividad de la prostatectomía en el tratamiento de la hiperplasia benigna de próstata¹⁰ depende de cuáles son las dimensiones de calidad de vida apreciadas por los pacientes (incontinencia, impotencia). Un vídeo que muestra un par de médicos con prostatismo sintomático y en el que se aprecia la evolución del médico que optó ser intervenido quirúrgicamente y del que prefirió la estrategia de la vigilancia expectante, es una valiosa ayuda para que el paciente a tomar una decisión informada (siempre que la información utilizada para elaborar el vídeo sea válida); el que además haya desplazado las preferencias de los pacientes hacia menos cirugía resulta secundario (Wagner E et al, 1995). Igualmente, en Ottawa, un folleto y una grabación permiten a las mujeres que están considerando la terapia hormonal substitutoria, ponderar los beneficios y los riesgos que para cada una de ellas tendría el tratamiento en función de sus valores, factores de riesgo y estilos de vida (O’Connor A et al, 1996).

La orientación hacia las utilidades del paciente resulta generalmente exigible y se vuelve imprescindible para valorar la efectividad de los tratamientos con impacto importante en la calidad de vida y para realmente actuar como agente del paciente, haciendo lo mejor para él. La medida de la utilidad puede utilizarse en ocasiones para ex-

10. Este procedimiento, conocido por sus grandes variaciones en tasas, fue objeto de atención por parte de uno de los primeros “*Patient Outcome Research Teams*” que financió la “*Agency for Health Care Policy and Research*” de Estados Unidos.

presar la preferencia global de un paciente ante diversas alternativas. Esta utilidad viene muy afectada por la actitud ante el riesgo de los pacientes. La habitual aversión al riesgo hace que en bastantes ocasiones los pacientes no prefieran las alternativas más efectivas, sino aquellas a las que asocian la mayor utilidad. Por ejemplo, el tratamiento más efectivo de la trombosis venosa profunda es una combinación de estreptokinasa y heparina, pero el pequeño riesgo de hemorragia intracraneal y muerte, asociado a este tratamiento más efectivo, hace que clínicos y pacientes prefieran el menos efectivo tratamiento con heparina sola, con su alto riesgo de pierna inflamada y dolorosa (Kassirer J, 1994). En bastantes decisiones diagnósticas (amniocentesis para el síndrome de Down) y terapéuticas (tratamiento médico o quirúrgico de la angina de pecho) la actitud del paciente ante el riesgo puede ser determinante de la elección.

Dado que ni la actitud ante el riesgo ni los componentes de la calidad de vida que cada paciente valorará pueden presumirse iguales para todo el mundo, la compra basada en la evidencia precisa de la complicidad del clínico para llevarse a cabo. Y esta complicidad depende no solo de la información que la MBE pueda aportar sino también de los incentivos a los que el clínico se enfrente.

Incentivos para interiorizar el coste social de oportunidad

Considerar el beneficio, diagnóstico o terapéutico, que deja de obtenerse en la mejor alternativa razonablemente disponible constituye una forma de asegurarse que se obtiene el máximo resultado, en términos de impacto en el bienestar, a partir de unos recursos determinados. El coste de oportunidad puede aproximarse a través de los precios y por otros mecanismos cuando éstos no existen. Mayor dificultad presenta la conceptualización y medición de los beneficios.

Convendrá distinguir entre benefi-

cios en una decisión diagnóstica y beneficios en una decisión terapéutica. El beneficio en una decisión diagnóstica se mide en términos de reducción de incertidumbre. Un paciente tiene o no tiene una condición desde el inicio del proceso hipotético-deductivo de diagnóstico. Lo que va cambiando es la idea que médico tiene acerca de tal condición. Exploración, historia, pruebas diagnósticas sirven —en aquellas ocasiones donde observar y esperar no procede— para ir revisando esas ideas hasta situar las probabilidades a una distancia próxima al cero o al uno. La proximidad exigida respecto al cero (descarte de una condición) o respecto al uno (confirmación de un diagnóstico) depende de múltiples factores: efectividad del tratamiento, iatrogenia del tratamiento en caso de error diagnóstico, sensibilidad, especificidad y riesgo de las pruebas que se estén considerando. El teorema de Bayes ayuda a relacionar las probabilidades posteriores de padecer una condición con posterioridad a la prueba diagnóstica con las probabilidades previas. Tendrá sentido continuar con un proceso diagnóstico hasta el punto en que los beneficios adicionales esperados —en términos de ganancias de información, de revisión de probabilidades— dejen de ser superiores a los costes de las pruebas diagnósticas. Y esos costes son los de oportunidad: los beneficios informativos que la prueba diagnóstica que se está considerando podrían reportar al paciente que, razonablemente, más podría beneficiarse de ella. En las decisiones terapéuticas, el beneficio se mide en términos de efectividad. Esta efectividad tiene, como mínimo, un par de dimensiones: cantidad y calidad de vida. La consideración del coste de oportunidad supone una reflexión acerca del beneficio del tratamiento que se está considerando en su mejor alternativa disponible.

Los incentivos para interiorizar el coste de oportunidad en las decisiones diagnósticas y terapéuticas y, en general, para estimular la eficiencia de la práctica clínica exigen un reconoci-

miento organizativo de la realidad de la gestión clínica. La asunción del protagonismo de la gestión clínica en los centros sanitarios supone reconocer como responsables de las diferentes líneas de producción sanitaria a aquéllos que están al cargo del cuidado directo de los pacientes, los gestores clínicos que establecen los bienes y servicios que bajo las órdenes médicas se administrarán a cada paciente. Y esta asunción de la gestión clínica en los centros sanitarios admite dos escenarios diferentes: el del ejercicio por cuenta propia y el del ejercicio por cuenta ajena, con el problema fundamental que plantea la dificultad de medir el desempeño clínico (Ortún, V, 1998).

Ambigüedad inferencial de la evidencia

Los servicios sanitarios son importantes pero otros factores pueden serlo más (aborto en la mortalidad infantil, clase social en la mortalidad perinatal, educación de las mujeres en la salud de los países en vías de desarrollo, tal como recordaba el Banco Mundial). La evidencia sobre la efectividad de los servicios clínicos tiene inferencias ambiguas y las implicaciones sanitarias y las implicaciones clínicas de unos mismos conocimientos sobre efectividad difieren.

La gravedad media de los pacientes hospitalizados no se asocia con la tasa de ingresos. Por tanto, no cabe esperar una mayor tasa de inadecuación (ingresos o estancias utilizados por enfermos menos graves) en los hospitales que operan en áreas con altas tasas de hospitalización. La clave para entender estos hechos aparentemente paradójicos pasa por entender cómo la capacidad instalada afecta al juicio clínico. Para muchas e importantes condiciones médicas de admisión hospitalaria (obstrucción crónica al flujo aéreo, neumonía, gastroenteritis, enfermedad cardíaca congestiva, ...) no están claras las ventajas comparativas del ingreso hospitalario en relación a otras alternativas (a diferencia de lo que

ocurre en numerosas intervenciones quirúrgicas de efectividad claramente constatada). No debe sorprender, por tanto, la relación entre tasa de hospitalizaciones por esas condiciones y la oferta de camas. Y la capacidad influye tanto en los pacientes menos graves como en los más graves. Paciente a paciente no se detectan diferencias en inadecuación y en cambio, área a área se obtienen resultados iguales con costes muy distintos.

Un paciente enfermo, una cama disponible y la creencia social de que más es mejor, tienen un resultado claro: ingreso. Y aunque para una condición médica concreta se investiguen beneficios y riesgos de la hospitalización comparada con la atención ambulatoria, centenares de condiciones quedarán sin investigar y serán susceptibles a la influencia de la capacidad en la práctica clínica. Pero más no siempre es mejor. Los análisis comparativos capacidad/resultados —*benchmarking*— permiten identificar las zonas donde un mayor gasto no se traduce en unos mejores resultados. Wennberg (1996) ha aportado interesantes evidencias de que más no siempre es mejor: de un lado, los clínicos trabajando en zonas de menor oferta de camas no perciben que estén racionando el cuidado; de otro, las comparaciones, en términos de mortalidad, entre áreas de alta y baja tasa de hospitalización no respaldan la hipótesis de que mayor oferta de camas hospitalarias de agudos aumenten la esperanza de vida; y, en tercer lugar, los pacientes graves han mostrado preferir menos intensidad de cuidados de la que han recibido.

El producto de los servicios sanitarios viene moldeado por las preferencias de los individuos, los conocimientos clínicos, la competencia entre organizaciones sanitarias (en tecnología, precios y creación de expectativas), y por la política sanitaria. Una política sanitaria, expresión legítima de preferencias sociales, ha de contribuir a que los productos que se esperan de los servicios sanitarios sean un insumo eficiente del bienestar social.

Para ello guiará el establecimiento de prioridades sociales y controlará la oferta. Política sanitaria y práctica clínica tienen perspectivas distintas (comunitaria e individual respectivamente), enfrentamientos y complementariedades, y en el caso que nos ocupa —la compra basada en la evidencia— derivan implicaciones diferentes de unos mismos datos, lo que aconseja no confundir la MBE como vía clínica hacia la efectividad en Medicina con el inevitable control de oferta y necesario establecimiento de prioridades sociales para la Política Sanitaria (López y Ortún, 1998).

Además, la ambigüedad inferencial de la evidencia crece considerablemente cuando se abandona el terreno de los servicios clínicos y se pasa al de la salud pública (Rodríguez Artalejo F, 1997; Repullo JR, 1997). Tres son las dificultades que sobrevienen: la primera derivada de que los determinantes de la incidencia de enfermedad en las poblaciones difieren de los determinantes de los casos individuales de enfermedad; la segunda, motivada por el hecho de que las clasificaciones de calidad de evidencia utilizadas en la evaluación de tecnologías sanitarias pueden tener limitaciones para evaluar las evidencias útiles en salud pública; la tercera, las evidencias deben conjugararse con necesidades y valores de la población.

III. Apoyo a la MBE desde la política sanitaria

Se trata, fundamentalmente, de evitar el síndrome de Maqui el Navaja quien disponiendo de un martillo veía todos los problemas como clavos. La MBE, vistos los escollos del epígrafe precedente (especialmente el de la ambigüedad inferencial de la MBE), encarrilla con sus bases de datos, revistas secundarias y guías de buena práctica clínica una parte del problema de mejora de la gestión clínica: el más clínico (reducir variaciones en la práctica aparentemente arbitrarias, conocer mejor la efectividad...). Se mejora la informa-

ción pero no se toca la adecuación de los incentivos y de la estructura precisa para que los profesionales sanitarios adopten decisiones coste-efectivas. Tampoco la MBE lleva a la Política Sanitaria Basada en la Evidencia. Es más, la MBE tendrá mayor impacto en la medida que las medidas de política sanitaria faciliten su desarrollo. De esto trata el presente epígrafe.

Políticas/planes de salud

Pese a los múltiples determinantes de la salud, las valoraciones críticas acerca del sistema sanitario se centran en los desenlaces clínicos de la atención médica y en la calidad de la atención prestada por las instituciones sanitarias, pero no en la salud de las poblaciones. Existe conciencia social, profesional y política de muertes innecesariamente prematuras y médicamente evitables (hernia abdominal, colestiasis y colecistitis, tétanos, sarampión, tuberculosis...) pero no de las muertes sanitariamente evitables (isquémicas del corazón, algunos cánceres...).

Tal vez el hecho de que el único determinante de la salud que se financia públicamente como tal determinante y de forma consciente sea el servicio sanitario provoque la asociación inmediata entre problema de salud y solución en términos de servicios sanitarios. Conviene, pues, recordar lo visto anteriormente: El estado de salud viene explicado por variables genéticas, socioeconómicas, medioambientales, de estilo de vida y por la utilización de servicios sanitarios. Esta utilización viene determinada por variables que afectan a la demanda (percepción de salud, precio, tiempo de acceso, renta...) y por las variables que afectan a la oferta, incluido el estilo de práctica de los médicos (en consonancia con su apreciación de la productividad marginal o estilo de práctica o juicio subjetivo acerca de la efectividad).

Operativizar una política de salud que actúe de la forma más eficiente sobre las variables explicativas de la salud requiere un conocimiento de las funciones de producción de salud es-

pecíficas a cada problema, lo que a su vez exige sistemas de información de base poblacional que recoja tanto datos de utilización sanitaria como de variables socioeconómicas, medioambientales y de estilos de vida. Sendas ilustraciones de cómo ambos requisitos pueden darse se encuentran en la provincia canadiense de Manitoba (Roos et al, 1996): Un sistema de información de salud con variables socioeconómicas incluidas y una política intersectorial (que afecta a otros departamentos además de sanidad) sobre atención al embarazo derivada de la constatación de que el peso al nacer de los niños dependía de factores no relacionados con la atención prenatal.

¿Qué se decide presupuestar o comprar?

Se producirá aquello que se compra o que se presupuesta. Si se presupuestan, o compran, servicios sanitarios se rivalizará entre niveles asistenciales con merma de longitudinalidad y continuidad. Si se presupuesta, o compra, atención sanitaria a una persona, a una población, se fomentara la integración, real o virtual, y la buena articulación entre niveles asistenciales.

La integración vertical entre niveles asistenciales —entendida como red coordinada de servicios que proporcionan la continuidad asistencial a una población determinada sobre cuya salud se tiene responsabilidad y cuyos consumos sanitarios implican un riesgo financiero— tiene, *a priori*, más ventajas sanitarias y económicas que inconvenientes.

Una financiación capitativa ajustada por riesgo constituye una de las palancas regulatorias más potentes para fomentar la integración de proveedores. La continuidad asistencial debe garantizarse mediante una correcta articulación entre diferentes niveles asistenciales (primaria, especializada, sociosanitaria, mental).

Si se continúa presupuestando/comprando servicios sanitarios a proveedores no integrados se favorece la com-

petencia entre niveles asistenciales, la duplicación de pruebas, el uso inadecuado y yatrogénico de tecnología y la diferenciación de servicios. Los niveles asistenciales en lugar de articularse compiten destructivamente entre sí. Dificultad técnica específica de la compra de servicios sanitarios es la de ajustar la medida de producto intermedio —tipo Grupos de Atención Ambulatoria— por aquellas variables que el proveedor no controla, y de las que consecuentemente no es responsable, así como la de fomentar la necesaria colaboración entre niveles asistenciales que compiten entre sí.

Si, en cambio, se opta por presupuestar/comprar atención sanitaria a una población 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. Dificultad técnica específica de la compra de atención sanitaria integral es la de controlar la cantidad y calidad de los servicios así como, de nuevo, el ajustar por riesgo el pago capitativo para evitar comportamientos de selección de personas y pacientes según su riesgo.

La integración puede producirse mediante la propiedad conjunta (proceso de absorciones y fusiones) o a través de acuerdos contractuales. Esta integración virtual puede paliar los inconvenientes derivados del mayor tamaño (atenuación de incentivos, peor adaptabilidad al cambio y mayores costes de influencia).

Parece claro, sin embargo, que una integración capitaneada por los hospitales de agudos retardará la innovación y la reasignación de recursos entre niveles asistenciales (que los cambios demográficos, tecnológicos y en morbilidad reclaman) por lo que debería prestarse particular atención a orientar el sistema sanitario hacia la atención primaria de salud. Ayudan a esta orientación las políticas de recomposición de la oferta de recursos humanos (frenar la sobreespecialización) y un reforzamiento del papel de la atención pri-

maria no tan solo como puerta de entrada (portero) del sistema sino como gestor de la finca. Dar poder de compra a la atención primaria sobre la atención especializada programable constituye un paso en esta dirección.

La integración, real o virtual, puede mitigar la actual falta de continuidad entre AP y AE pero, en última instancia, el que cada problema sea tratado en el lugar más adecuado —el más resolutorio— y que no se retengan casos ni se derive innecesariamente constituye un problema clínico. No habrá buena Medicina sin continuidad y eficiencia en la atención sanitaria, sin objetivos comunes, sin conocimiento mutuo AP/AE y sin el establecimiento conjunto de pautas de actuación.

IV. Implicaciones organizativas de la MBE

Implicaciones de la MBE en los sistemas de información

Descentralización en 'organizaciones de conocimientos'

Los cambios organizativos vienen propiciados por las innovaciones tecnológicas y/o los cambios en las instituciones que marcan las reglas del juego. Estas instituciones pueden ser formales, como la Constitución, las leyes, los derechos de propiedad, los códigos deontológicos, e informales, como las costumbres, las tradiciones o las pautas de conducta esperadas en un grupo profesional.

Las organizaciones son grupos de individuos con los mismos objetivos. Existen organizaciones políticas, económicas, sociales, educativas, religiosas... Si las instituciones marcan las reglas de juego, las organizaciones son los equipos que participan en el juego.

No existe mucha discusión acerca de la producción bajo propiedad privada de aquellos bienes y servicios en los que el mercado funciona satisfac-

toriamente ni sobre la conveniencia de la propiedad pública de las organizaciones que realizan las funciones básicas del Estado: justicia, seguridad, hacienda, relaciones exteriores... El debate teórico y el interés práctico se centra entre el dominio público puro y el dominio privado puro (véase el Cuadro 3, en página 30) y en el análisis de: primero, los cambios institucionales —de los cuales aquí solo contemplaremos los cambios regulatorios que tratar de propiciar la *competencia gestionada*— y, segundo, los cambios organizativos en las organizaciones públicas que también limitaremos al análisis del *gerencialismo*.¹¹

Competencia gestionada

(interna o pública si se produce únicamente entre productores públicos)

Si el sector privado no ofrece alternativas, los activos son muy específicos, existen restricciones políticas insalvables o preferencias sociales extensa y/o intensamente en contra...no cabe acudir al mecanismo de cuasicompetencia y mercado "mercado de derechos" ni al de "contratación externa". Puede caber, en cambio, que productores públicos y privados compitan entre sí por unos fondos limitados. El financiador público queda como comprador monopsonista de servicios que demanda la propia Administración o los usuarios finales de los servicios y queda separada así la financiación, que continúa en manos públicas, de la producción a la que pueden concurrir agentes privados. Los conciertos de la enseñanza, la provisión de servicios sanitarios en Cataluña o el aseguramiento de funcionarios a través de MUFACE encajarían en esta categoría.

Esta competencia pública que revela información sobre actividad y costes permite mejorar la eficiencia técnica pero exige:

- Medidas de desempeño (resultados). *Aplicable aquí, lo que se dirá a este respecto en el apartado de "gerencialismo"*. Cuanto peor sea la medida del desempeño más incompletos serán los contratos y mayor la con-

11. Cambios organizativos importantes y que no se consideran: trabajo clínico por cuenta propia aislado o en forma de cooperativa y fomento de las organizaciones no lucrativas. Cambios importantes en reglas de juego y que tampoco se consideran: introducción de mecanismos de mercado como las externalizaciones y de cuasimercado como los vales/bonos-/cheques, los mercados de derechos, y los precios/tasas/tiquets moderadores.

CUADRO 3

A: INSTITUCIONES QUE CONFIGURAN LA FORMA DE ASIGNAR RECURSOS SANITARIOS EN CADA PAÍS

Instituciones	Decisiones	Criterios básicos
MERCADO	De oferta y demanda (más de oferta que de demanda)	Disposición a pagar Oportunidades de beneficio
ESTADO	Políticas	Múltiples y difusos: Acceso, seguridad, efectividad, equidad, mejora de la eficiencia...
NORMAS CLÍNICAS	Decisiones clínicas: Diagnósticas y terapéuticas	Necesidad técnicamente percibida y, secundariamente, beneficio profesional

B: TIPOLOGÍA DE ORGANIZACIONES SEGÚN SEA LA REMUNERACIÓN RESIDUAL DE LA TAREA DE CONTROL

	Derechos residuales de decisión privados	Derechos residuales de decisión públicos
Apropiación privada del excedente: Sí	Dominio privado puro	Competencia gestionada, franquicias, concesiones
Apropiación privada del excedente: No	Privadas no lucrativas	Dominio público puro: burocrático o desburocratizado

Organizaciones: Desde el dominio público puro (propiedad y derechos residuales de decisión públicos) al dominio privado puro (propiedad y derechos residuales de decisión privados) pasando por Cooperativas, Entidades sin Finalidad Lucrativa y otras formas organizativas que no encajan en ningún extremo.

tradicción posible entre interés individual e interés colectivo. A peor medida del desempeño menos control externo y mayor necesidad de regular/gestionar la competencia (Hart et al, 1997).

- Conocimiento de costes.
- Situar a los proveedores a cierto riesgo. La actual tendencia a gestionar directamente una parte de los servicios del EB y concertar otra parte —integración vertical parcial entre financiación y producción— permitirá comparar diferentes soluciones organizativas siempre que se logren hacer creíbles las amenazas de pérdida de las actuales posiciones de privilegio e incompetencia, siempre que pueda situarse a cierto riesgo a los proveedores de servicios del EB. Y ahí están los tímidos avances en la línea de dotar de cierta autonomía a los centros

sanitarios y educativos e intentar que los estatutos de personal no imposibiliten las reformas organizativas que se precisan para adaptarse a los notables cambios demográficos, tecnológicos, sociales y epidemiológicos que no paran de producirse.

- Flexibilizar las relaciones funcionariales, estatutarias o laborales.
- Homogeneizar la capacidad de gestión de todos los agentes productores de forma que nadie quede con las manos atadas a la espalda. Cuando la homogeneización no sea posible porque los productores públicos tienen unas servidumbres de las que carecen los productores privados habrá que ajustar debidamente por estas circunstancias no imputables a diferentes eficiencias de gestión.

Si bien la conveniencia de flexibili-

zar la producción pública —y de no garantizar la inmortalidad a organización alguna— suscita cierto consenso como motivo justificativo de la introducción de competencia gestionada mediante la separación entre financiación y producción de servicios del EB, otras razones, normalmente aducidas, para la separación financiación/producción no se comparten. Y no se comparten bien por principio bien porque la evidencia empírica no existe o si existe no resulta concluyente. Entre estas razones no compartidas figuraría la contención de costes (más bien la competencia expandiría el gasto), la mayor eficiencia (aumentan los gastos de administración del sistema como consecuencia de la separación entre financiación y producción), la mayor sensibilidad a las preferencias del usuario, el debilitamiento del poder sindical, o el acabar con la politización de la gestión.

Una buena ilustración, pertinente los cambios en la gestión del Estado del Bienestar viene dada por los problemas que plantea la introducción de competencia gestionada entre aseguradoras: el gran problema de cómo evitar la selección de riesgos.¹²

Gerencialismo (desburocratización)

El gerencialismo (desburocratización) implica una descentralización en las decisiones que continúan produciéndose en el dominio público.¹³

Las organizaciones burocráticas abundan en el sector público aunque no sean exclusivas de éste. También en el sector privado abundan las burocracias (¿qué, si no, albergan los rascacielos?) pero en este último el problema del nivel óptimo de burocracia (relaciones públicas, control de gestión, planificación, asesoría jurídica, staffs de dirección...) se resuelve por comparación con otras empresas. Al fin y al cabo han de repercutir los costes de la burocracia en precios y los mercados obligan a curas de adelgazamiento.

Caracteriza a la organización buro-

crática la centralización de las decisiones, lo que conlleva estructuras jerárquicas, habitualmente acompañadas de otros rasgos como puedan ser: la especialización funcional, la existencia de mercados internos laborales, 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 y gama 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. Esto es: descentralizar.¹⁴ Descentralizar implica no tan solo transferir o delegar unos derechos de decisión sino también alterar en consonancia los sistemas de medir el desempeño e incentivar a los componentes de la organización. (*La arquitectura organizativa asentada en un trípode: asignación derechos de decisión, sistemas de medida del rendimiento, y sistemas de incentivos*). Se trata de:

- Vincular autoridad y responsabilidad. Quien toma las decisiones ha de tener motivos (incentivos) para adoptar las decisiones que estime más correctas. Toda organización tiene su sistema de incentivos: explícito o implícito.

- Mantener la coordinación. A mayor descentralización, mayor necesidad de proporcionar información e incentivos a quienes deciden para que las diferentes actuaciones resulten consistentes entre sí. Las decisiones pueden no ser consistentes por falta de información o por comportamientos oportunistas.

12. Descentralización del aseguramiento (las dificultades de la competencia gestionada)

Con financiador público único y aseguramiento obligatorio cabe analizar la posibilidad de descentralizar la decisión de compra bien en una aseguradora, escogida por el ciudadano, bien en una cooperativa de profesionales de atención primaria. Para poder plantearse la posibilidad de tal descentralización deben investigarse los posibles tratamientos de los problemas de selección de riesgos. La selección de riesgos constituye la respuesta de las aseguradoras al fenómeno de la selección adversa —ocultación de información oportunista previa a la suscripción de una póliza— y depende del grado de prospectividad de la forma de pago así como de los incentivos de la empresa. En un estudio acerca de las prácticas de diversas aseguradoras privadas se constató cómo se evita la selección adversa en base a considerar enfermedades anteriores, expectativas de enfermedad, actividades de riesgo y causas sociales (López y Ortún, 1998).

Existen tratamientos del problema de la selección de riesgos, pero la cuestión dista de estar resuelta. Y el progreso tecnológico —como ya se ha mencionado— tenderá a agravar tanto la selección adversa como la selección de riesgos: Los avances en el conocimiento del genoma humano y la mayor facilidad para la transmisión de información convertirán a las personas en libros abiertos. Por mucho que se prohíba la transmisión de información genética personal, ésta se producirá si ello puede beneficiar a alguien. Una de las posibi-

lidades que evitarían el uso interesado de la información sería que desapareciera el incentivo de lucro asociado a tal utilización: que la función aseguradora no se descentralice en entidades con finalidad lucrativa.

13. 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 (Hart 1995, páginas 63-66). Ahora bien, en toda transacción en la que concurren beneficios colectivos y beneficios individuales tendrá interés distribuir los derechos residuales de control (*el médico sobre el tratamiento en función de lo que la profesión considera aceptable, el hospital no lucrativo sobre si recuperar unas fiestas imprevistas, el financiador público sobre si incorporar una nueva tecnología...*). Las organizaciones sin finalidad lucrativa y las cooperativas constituyen formas intermedias entre los dominios público puro y privado puro.

14. Los mercados —la organización virtual hayekiana— ofrecen el mejor ejemplo de descentralización; en ellos la asignación de derechos de propiedad, evaluación de la actuación y recompensa de la misma se producen de forma automática a partir de la información que contienen los precios. En las organizaciones, los derechos de propiedad deben ser asignados (quién hace qué), y hay que diseñar y utilizar sistemas de control e incentivos.

u Disponer de personas formadas en las que pueda descentralizarse (el problema actual de la expansión en el extranjero de muchas empresas españolas).

Conforme se desplaza hacia abajo la decisión, la organización responde con mayor rapidez, hay menos necesidad de comunicación y menor pérdida de información, las decisiones están mejor informadas y los niveles superiores sufren menos sobrecarga administrativa. La alta especificidad de la información educativa, clínica, investigadora —de transmisión costosa— aconseja que las decisiones se tomen allá donde se posee esa información. Esto supone descentralización. En una organización descentralizada, sus miembros poseen un alto grado de autonomía decisoria y dentro de él responden a los estímulos que emanan del sistema de incentivos implantado.

El gerencialismo (desburocratización o descentralización) se identifica (Mintzberg 1996) con los siguientes rasgos:

- Desagregación del sector público en unidades manejables;
- Medidas explícitas sobre objetivos, resultados, costes e impacto sobre el bienestar;
- Gestión profesional activa y discrecional, controles presupuestarios menos específicos y orientados a la evaluación *ex-post* y atribución clara de responsabilidades.

Se verá qué suponen estos rasgos y cómo el gerencialismo está limitado en el sector público.

Gerencialismo limitado por la dificultad de desagregar el sector público en unidades manejables

Para poder aislar actividades públicas de forma que hagan viable el gerencialismo, las políticas han de ser claras (no ambiguas), definibles y estables en el tiempo de forma que la decisión política y la ejecución de tal decisión queden claramente separadas.

Tal como señala Mintzberg (1996) ciertas actividades públicas como la de prisiones pueden ser aisladas horizontalmente (del pago de pensiones) pero está menos claro que puedan aislarse verticalmente del proceso político. Y no tan solo por la resistencia de los políticos a ceder control sino por el carácter iterativo de la formulación de políticas con lo que tiene de aprendizaje continuo y reelaboración permanente en un proceso de recogida de información, formulación de alternativas, toma de decisión y retroalimentación sobre los efectos observados.

Gerencialismo limitado por la dificultad de medir el desempeño

La dificultad en la medida del desempeño —segunda pata del trípode organizativo— impide alterar la tercera —la de los incentivos— en consonancia con el cambio habido en la primera pata al descentralizar derechos de decisión.

La intensidad (potencia, fuerza...) de los incentivos depende —inversamente— de la calidad de la medida del desempeño y de la aversión al riesgo del agente, y —directamente— de la contribución del desempeño del agente a los resultados de la organización y de la sensibilidad del desempeño a los incentivos.¹⁵

El desempeño puede tener muchas dimensiones y cada una de ellas muchos modos de medida. Lo que se mida y recompense es lo que se pretenda mejorar. La potencia (fuerza) de los incentivos depende de lo bien que se mida la actuación. Incentivos fuertes, con efectividad, requieren una buena medida del desempeño.

Los servicios profesionales del Estado del Bienestar se caracterizan por producirse en condiciones de fuerte asimetría en la información y tener varias dimensiones y muchas no medibles. La calidad constituye una de estas dimensiones que, de entrada, admite muchas definiciones (clínica, técnica, social...). Estas características

hacen coherentes a los incentivos de baja potencia.

Esta 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.

Otros límites al gerencialismo relacionados con la dificultades en la medida del rendimiento se derivan de:

- El efecto trinquete.
- Los problemas de linealidad:

el avance se torna, con frecuencia, más difícil cuando el objetivo está próximo. Considerar el grado de proximidad al objetivo.

- Que los supervisores no soporten todas las consecuencias de sus decisiones, el intercambio será ineficiente para toda la organización (a diferencia de lo que ocurre cuando el supervisor es el propietario). La imposición de restricciones burocráticas, en estas circunstancias, constituye una profilaxis del amiguismo, del nepotismo, de la desviación de poder, de los actividades de influencia (malversación de recursos empleados en agradar a quien manda), y de las perversiones que una medida errónea del desempeño clínico puede introducir.

Perspectivas desde la Economía de las Organizaciones

1/ La de la Teoría de la Agencia para todo lo que constituyen limitaciones a la desburocratización. Avanzar en el gerencialismo, en la desburocratiza-

ción del Estado del Bienestar, supone investigar y actuar para superar estas limitaciones. Como casi siempre no suele ser cuestión de todo o nada, sino de grado. Sirva como ejemplo de investigación el de los avances realizados en la medida del producto sanitario, tanto intermedio como final,¹⁶ o el de las nuevas formas de gestión.¹⁷

2/ La de los Contratos Incompletos (Hart 1995) para el estudio del reparto de los derechos residuales de control. La teoría de la Agencia supone contratos completos donde se establecen derechos y obligaciones de cada participante en cada contingencia. En contratos incompletos —muy frecuentes en el EB— solo los derechos específicos se pueden definir y los derechos residuales permiten decidir sobre lo no cubierto por el contrato. La propiedad —con sus incentivos asociados— pasa a ser la variable clave en los contratos incompletos pues implica el control sobre los derechos residuales de decisión, lo que suele incluir el control sobre la renta residual.

La vía de los contratos incompletos centra su atención en la distribución de los derechos residuales de decisión entre los poderes del Estado, los consumidores, los grupos de presión, la prensa y otros agentes¹⁸ e incluye la consideración de los *contratos implícitos*, cuyo cumplimiento se sustenta en el interés de las partes en cumplir con el contrato y que son especialmente adecuados para las situaciones donde la continuidad de la relación pueda ser importante.

La Economía de las Organizaciones no agota todos los enfoques e incluso en ocasiones la tendencia a convertir los problemas en clavos cuando se dispone de un martillo cierra el paso a alternativas obvias. Por ejemplo, si el establecimiento de incentivos fuertes resulta muy difícil (tema central en el gerencialismo) cabe pensar en la alternativa de *selección* a la que han recurrido que sobre la selección han mantenido una ventaja competitiva (Southwest, Nucor, ISS). Una selección —más o menos científica—

15. Sensibilidad del desempeño a los incentivos

Solo tendrá sentido ofrecer incentivos individuales a quien pueda controlar el ritmo y calidad de su trabajo, y con una intensidad proporcional a la sensibilidad del esfuerzo a los incentivos. Cuando el trabajo de una persona dependa de un equipo (producción de equipo mayor que la suma de las producciones de cada componente por separado) habrá que pensar en ofrecer un incentivo basado en el desempeño conjunto del equipo.

16. Avances en la medida del desempeño en servicios del Estado del Bienestar

Todas las dimensiones del producto que no se midan aparecerán indebidamente como ineficiencia. Los asesores de las autoridades sanitarias conscientes de este hecho (tal vez porque algún familiar fue diagnosticado/a recientemente de, por ejemplo, leucemia y apreciaron la ingente cantidad de tiempo y el derroche de calidez de distintos profesionales sanitarios empleados a fondo en proporcionar información y consuelo) aplican con cautela sus análisis, paramétricos y no paramétricos, de la eficiencia. Los asesores conocen que su medida del producto no acaba de incorporar todas las dimensiones de calidad: que no puede compararse una fimosis con una sustitución de válvula mitral, ni una persona con comorbilidades (o sin apoyo social o de baja educación) con otra que presente las características opuestas. Ello, no obstante, no debe impedir dirigir la compra de servicios sanitarios hacia los proveedores (si alguna vez llegan a ser autónomos y responsables) de mayor eficiencia con una prudencia proporcional a las difi-

cultades de incorporación de las dimensiones ocultas de los servicios —especialmente la calidad— a las medidas del producto empleadas. Estamos ante una limitación a la gestión pública mitigable mediante investigación: la del ajuste de resultados por los riesgos que el proveedor no controla.

Dificultad técnica específica de la compra de atención sanitaria integral es la de controlar la cantidad y calidad de los servicios así como, de nuevo, el ajustar por riesgo el pago capitativo para evitar comportamientos de selección de personas y pacientes según su riesgo.

Dificultad técnica específica de la compra de servicios sanitarios es la de ajustar la medida de producto intermedio —tipo Grupos de Atención Ambulatoria— por aquellas variables que el proveedor no controla, y de las que consecuentemente no es responsable, así como la de fomentar la necesaria colaboración entre niveles asistenciales que compiten entre sí.

17. La desburocratización de los servicios sanitarios públicos
Las fundaciones, las empresas públicas, las sociedades mercantiles y los consorcios permiten desburocratizar la gestión de los servicios sanitarios sin cambiar la titularidad pública de los mismos. Su regulación, con carácter general para el Estado, ha sido introducida con la Ley de Habilitación de Nuevas Formas de Gestión (Ley 15/97).

Su motivación fundamental viene dada por el deseo de conseguir mayor libertad de actuación fuera de los ámbitos del derecho administrativo, con ventajas de mayor agilidad, e inconvenientes potenciales de pérdida de las garantías del derecho administrativo (concu-

que se centra en las actitudes y preferencias individuales (que a los pediatras les gusten los niños, que los cuidadores se preocupen por las personas a su cargo...) y recuerda que una parte importante de las aptitudes pueden aprenderse. En cambio las actitudes cambian más raramente.

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. La selección de personal tiene así clara relevancia organizativa (menores costes de transacción para resolver lo que los incentivos no pueden resolver) e institucional (códigos de conducta, ética como instituciones informales)... los dos grandes apartados que sirven para analizar la gestión pública y los cambios organizativos en el Estado del Bienestar.

V. Conclusión

En última instancia no resulta arriesgado afirmar que el Bienestar Social vendrá favorecido por una evolución de la práctica de la Medicina hacia:

- Una mayor orientación a las utilidades relevantes: las del usuario.
- Un creciente fundamento en la evidencia.
- La interiorización del coste de oportunidad de las actuaciones (el beneficio de lo que se deja sin hacer en la mejor alternativa posible).

Por otra parte, *el problema fundamental de la gestión clínica, y posiblemente de la gestión sanitaria, pasa por conseguir que los profesionales sanitarios tengan la información y los incentivos para tomar decisiones coste-efectivas* (los tres criterios antes reseñados). La adecuación de los incentivos pasa por reformas organizativas y profesionales (*el viejo asunto de integrar a los profesionales sanitarios en la gestión*). La mejora de la información por disponer de sistemas de información que den respuesta a las preguntas lógicas de qué problemas tienen los pacientes, qué se les hace y qué resultados se obtienen y por saber

acceder a, primero, y aplicar, después, los conocimientos pertinentes.

Las vías clínicas (aquellas cuyos resultados se publican en las revistas de Medicina y se recogen posteriormente en los libros de texto) en gestión clínica avanzan satisfactoriamente. Conciencia de variaciones, estudios de efectividad y adecuación, medida del efecto en todas sus dimensiones... Aquí entra la MBE, la segunda dimensión en la evolución de la Medicina que se citaba —dos párrafos más arriba— que resulta deseable: Aquella más relacionada con los principios éticos de beneficencia y no maleficencia.

Las vías no clínicas de la gestión clínica presentan, en cambio, mayores problemas. Están relacionadas con los principios éticos de autonomía y equidad y ofrecen serias dificultades tanto para la gestión como para la investigación. Las dificultades para una descentralización responsable, vistas en este trabajo, ilustran algunas de estas dificultades y la MBE constituye una parte de la solución. •

Bibliografía

- Agustí A, Mateu S, Molina LI, Arnau JM, Vidal X, Laporte JR. "Utilización de fármacos trombolíticos en Barcelona". *Med Clin (Barc)* 1997; 108: 167-170.
- Antman E, Lau J, Kupelnick B, Mosteller F, Chalmers T. A "Comparison of Results of Meta-analyses of Randomized Control Trials and Recommendations of Clinical Experts. Treatments for Myocardial Infarction". *JAMA* 1992; 268: 240-48.
- Bonfill X. "La Colaboración Cochrane". *Aten Primaria* 1996; 18: 273-278.
- Buglioli M, Ortún V. *Decisión clínica. ¿Cómo entenderla y mejorarla?* Barcelona: Springer-Verlag, 2000.
- Eddy D. *Clinical decision making: from theory to practice*. Sudbury: Jones & Bartlett Publishers, 1996.
- Gol J. "Bienvenidos a la Medicina Basada en la Evidencia". *JAMA* (ed esp) 1997; supl: 5-14.
- Gol J, Del Llano J. "El fenómeno de la 'medicina basada en la evidencia'". *Med Clin (Barc)* 1999; 112 (Supl 1): 3-8.
- Hart O. *Firms, contracts and financial incentives*. Oxford University Press, 1995.

Huguet Ballester J, Arcas García F, Benedito Rodríguez JE, Egea Caparrós JM, Gomez Gomez AE, Ortola Devesa J. "Variabilidad en la solicitud de pruebas analíticas en un área de salud". En: *Variabilidad en la práctica clínica*. Huesca: Asociación de Economía de la Salud, 1998.

Jané E, Barba G, Salvador X, Salas T, Sánchez E, Bustins M. "Variaciones en la tasa de hospitalización por procedimientos quirúrgicos seleccionados. Aplicación del análisis de áreas pequeñas". *Gac Sanit* 1996; 10: 211-219.

Jovell A, Navarro-Rubio M. "Evaluación de la evidencia científica". *Med Clin (Barc)* 1995; 105: 740-743.

Kassirer J. "Incorporating patients' preferences into medical decisions". *New Engl J Med* 1994; 330: 1895-1896.

López Casanovas G, Ortún V. *Economía y Salud. Fundamentos y políticas*. Madrid: Ed Encuentro, 1998.

Marión J, Peiró S, Marquez S, Meneu R. "Variaciones en la práctica médica. Importancia, causas e implicaciones". *Med Clin (Barc)* 1998; 110: 382-390.

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

Mintzberg H. "Managing government, governing management". *Harvard Business Review* 1996; mayo-junio: 75-83.

North D. *Institutions, institutional change and economic performance*. Cambridge University Press, 1990.

O'Connor A, Tugwell P. *Making choices: Hormones after menopause*. Ottawa: University of Ottawa, 1996.

Ortún V, Del Llano J. Mercado y Estado en Sanidad. En Del Llano J, Ortún V, Martín JM^a, Millán J, Gené J. *Gestión sanitaria: innovaciones y desafíos*. Barcelona: Masson, 1998, p. 3-16.

Peiró S, Libroero J, Ordiñana R. "Perfiles de mortalidad hospitalaria: ¿una herramienta útil para la identificación de potenciales problemas

de calidad?" *Rev Calidad Asistencial* 1997; 12: 179-187.

Peiró S, Meneu R, Márquez S. "La investigación en servicios de salud en España: de la curiosidad científica a la toma de decisiones". *Gac Sanit* 1995; 9: 316-320

Peiró S, Meneu R. "Revisión de la utilización. Definición, concepto, métodos". *Rev Calidad Asistencial* 1997; 12: 122-136.

Repullo JR. "Entre el conocimiento y la acción: ¿medicina y políticas sanitarias basadas en la evidencia?" *Rev Administración Sanitaria* 1997; 1: 305-313.

Rodríguez Artalejo F. "La salud pública basada en la evidencia". *Gac Sanit* 1997; 11: 201-203.

Rodés J, Trilla A. "Fórmulas para la integración de la formación básica y clínica en Medicina". *Med Clin (Barc)* 1999; 113: 379-382.

Romeo JM, Ruiz P. *Gestión de calidad total en cirugía de litiasis biliar* (mimeo). Madrid: Hospital Severo Ochoa de Leganés, 1994.

Roos N, Black C, Frohlich N et al. "Population health and health care use: an information system for policy makers". *Milbank Quarterly* 1996; 74: 3-31.

Salas V. "Gestión empresarial y sector público". *Economiaz* 1996, nº 35: 146-163.

Salas V. "Sobre las instituciones del Estado del Bienestar". En A Castells y N Bosch (dirs): *El futuro del Estado del Bienestar*. Madrid: Civitas, 1998.

Sackett D, Rosenberg W, Gray J, Haynes R, Richardson W. "Evidence based medicine: what it is and what it isn't". *BMJ* 1996; 312: 71-72.

Wagner E, Barrett P, Barry M, Barlow W, Fowler F. "The effect of a shared decisionmaking program on rates of surgery for benign prostatic hyperplasia". *Med Care* 1995; 33: 765-770.

Wennberg JE. "On the appropriateness of small-area analysis for cost-containment". *Health Aff* 1996; 15: 164-167.

rancia en la contratación, mérito y capacidad del personal, control del gasto público, motivación de sus decisiones). Ahora bien, en ausencia de mercados competitivos para "productos", capitales y directivos, la mera desburocratización de la organización de los servicios sanitarios públicos resulta insuficiente: hay que introducir una cierta competencia por comparación entre las distintas formas organizativas, públicas —nuevas y tradicionales— y privadas. Constituye, por otra parte, una cuestión empírica valorar si las ganancias en flexibilidad compensan el riesgo de mayor utilización desviada del poder político. Experiencias que se han podido valorar, como la de la Fundación Hospital de Manacor, ofrecen —de momento— unos indicios favorables asistencial y financieramente.

18. Cesión atenuada de derechos de propiedad

El énfasis en la distribución de los derechos de propiedad permite estudiar desde la Economía temas de Ciencia Política y conceptualizar, por ejemplo, la cesión atenuada de derechos de propiedad a ciudadanos en parcelas anteriormente sujetas al proceso político para evitar que sean dominadas por grupos de interés.