

La transversalidad de la evaluación: un vínculo con las organizaciones sanitarias

Sergio Minué¹

Resumen

Los sistemas sanitarios europeos se enfrentan en las últimas décadas a un importante dilema: mantener los sistemas de protección social establecidos tras la Segunda Guerra Mundial, basados en la solidaridad entre generaciones y clases sociales, o facilitar la conversión de la salud en una mercancía más sujeta a las leyes del mercado. En este último, la gestión sustentada en los fundamentos del “Management” supone, no solamente un instrumento para mejorar la productividad de las organizaciones, sino principalmente la aplicación de una ideología que impregna las organizaciones y el conjunto de personas que las constituyen. Paradójicamente, la evidencia empírica disponible, tras más de veinte años de aplicación en todo el mundo, pone en entredicho su capacidad de generar eficiencia, mejorar la salud o incrementar la satisfacción de profesionales y pacientes. En el presente artículo se revisan el proceso histórico de implantación del Management en el sistema sanitario, y se revisa críticamente los efectos de la evaluación en el sistema sanitario.

Palabras clave

Calidad, evaluación, gestión sanitaria, medicina basada en la evidencia.

Abstract

European health systems faces a major dilemma: maintaining social protection systems established after the Second World War, based on solidarity between generations and social classes, or facilitate the conversion of health in a commodity subject the laws of the market. In the latter, the “Management science” means not only an instrument to improve the productivity of organizations, but mainly the application of an ideology that permeates the organizations. Paradoxically, the available empirical evidence, after more than twenty years of application worldwide, calls into question its ability to generate efficiency, improve health and increase the satisfaction of professionals and patients. In this paper the historical process of implementing Management in the healthcare system the effects of evaluation in the health system are reviewed.

¹ Escuela Andaluza de Salud Pública, Sergio.minue.easp@juntadeandalucia.es

Key words

Quality improvement, evaluation, Health Management, Evidence Based medicine.

Recibido: 28-02-2015
Aceptado: 02-04-2015

“Aunque sea un disparate, tiene método”

Hamlet, Acto II, Escena II. W. Shakespeare

Introducción Un relato de magos, serenos y gestores

En 1989, un médico general británico de nombre Nigel Mathers publicó un pequeño cuento en el *British Medical Journal*, en el que relataba la historia de un lejano reino en el que los increíbles éxitos del chamán de la aldea en la resolución de todo tipo de problemas, obligaron al monarca a buscar una solución a los problemas que generaban las muchedumbres que buscaban su consejo, y que se amontonaban en sus estrechos callejones. La decisión fue alojarle en un castillo construido al efecto, de altos muros, a los que pudieran acudir los menesterosos en busca de consuelo, pero de forma ordenada. La solución sirvió durante un tiempo. La fama siguió creciendo, al igual que el número de sus pacientes, por lo que no le quedó al rey otra opción que buscar una segunda solución: buscarle un ayudante que realizara el complejo trabajo de cribar: diferenciar, en definitiva, quien necesitaba realmente ser atendido por el brujo, y quien podía beneficiarse simplemente de los consejos que dicho ayudante tuviera a bien realizar, ayudado por el efecto que a menudo otorga el simple paso del tiempo, lo que el ayudante llamaba “esperar y ver”.

Mientras el Mago empleaba tecnologías duras (bolas de cristal, varita mágica), el Sereno apenas utilizaba sus manos, su oído y sus labios, y alguna que otra hierba medicinal extraída de su huerto.

Las cosas funcionaron razonablemente durante años. Mago y Sereno procuraban hacer bien su trabajo, buscando ocasionalmente consejo el uno en el otro, tomándose un tiempo para tomar sus decisiones.

Pero un buen día el Chambelán comentó al Monarca que las cosas en materia de salud y brujería no iban del todo bien. Mago y Sereno adolecían de una alarmante falta de productividad y eficiencia: el Mago empleaba para todo la Bola de cristal y el sereno dejaba pasar más gente de la cuenta. Se precisaba disponer de información (“*lo que no se mide es que no existe*”, decía un prestigioso “calidólogo” llamado Deming) y para ello nada mejor que crear un nuevo tipo de personaje, unos seres algo siniestros llamados “goblins”, una especie de engendro entre gremlins y trolls, cuyo único cometido era contabilizar lo que Mago y Sereno hacían.

De esta forma aparecieron la segunda y la tercera edición del viejo cuento, ésta última en plena eferescencia de la Reforma Thatcher en el Reino Unido. Un nuevo protagonista hacía acto de presencia en la gran comedia del sistema sanitario. Alguien que no es el paciente, ni el médico, sino el Gestor.

(Aún hubo de haber versiones posteriores, la más reciente en 2009, que incidían en los problemas que supone la dificultad de encontrar Serenos, dado el poco prestigio, la baja paga, y el escaso tiempo para ver pacientes que su ejercicio comporta).

El antiguo modelo de buen médico

En 1989 caía el muro de Berlín. ¿Qué se consideraba hasta entonces ser un buen médico? Uno de los escritores que mejor describió el viejo concepto de lo que se entendía por ello fue John Berger. En *El Hombre afortunado*, quizá la mejor semblanza de lo que era el trabajo artesanal del médico de cabecera, escribe: *“Sassall nunca separa una enfermedad de la personalidad general del paciente que la sufre: en este sentido es lo opuesto a un especialista. No cree en la necesidad de mantener una distancia imaginaria: ha de acercarse lo suficiente para reconocer al paciente en todo su ser. Aunque tiene unos dos mil pacientes es consciente hasta que punto están todos relacionados, de modo que los número casi nunca adquieren para él una objetividad estadística”*.

En aquel entonces se considera que cada paciente era único, y que por tanto debía ser tratado de forma individualizada, en modo alguno de manera estandarizada o uniforme. Los números son datos precisos, pero no reflejan la realidad de lo que atiende un médico. Más adelante, señala: *“Lo único que se es que la sociedad actual desaprovecha y, al hacer prevalecer la hipocresía, vacía la mayoría de las vidas que no destruye; y también que en los términos de esta sociedad, un médico que no se limita a vender tratamientos, ya sea directamente o a través de los servicios públicos, es inestimable”*.

En el proceso de formación que seguía un médico entonces, a lo que se aspiraba era a *“formular buenas preguntas, escuchar cuidadosamente y observar con atención”* en palabras de Jerome Groopman. El objetivo era convertirse en un buen médico, capaz de escuchar, investigar cuidadosamente, diferenciar certeramente entre los posibles diagnósticos hasta encontrar la verdadera causa de los padecimientos, y tratando a cada paciente como si fuera único. Las técnicas fundamentales de pesquisa eran la anamnesis y la exploración: preguntar y tocar. La Resonancia Magnética Nuclear o el PET aún no habían aparecido en el escenario. Hasta entonces ejercer la medicina era un trabajo artesano en el sentido de Richard Sennett (el impulso humano duradero y básico que genera el deseo de hacer bien una tarea sin más). Por supuesto había artesanos virtuosos y auténticos rufanes y chapuceros (como también ocurre hoy), pero el patrón “oro”, el gold standard en el lenguaje que aportó el paradigma de la Medicina Basada en la evidencia, era hacer bien las cosas cada día, con cada paciente.

Los años 90: el cambio de paradigma.

La fecha de la caída del muro de Berlín suele utilizarse de mojón a la hora de delimitar el cambio de tendencia en los sistemas sanitarios occidentales. Sin embargo tanto la publicación de los documentos confidenciales del gabinete Thatcher de los primeros años 80, como el ilustrativo texto de Oliver Letwin (asesor de Thatcher en aquellos años y actual miembro del gabinete de David Cameron) pone de manifiesto que la estrategia de desmantelamiento de los sistema de protección social europeos venía fraguándose tiempo atrás, especialmente tras la llegada al poder de los gobiernos de Reagan en Estados Unidos y de Margaret Thatcher en Reino Unido, y que supusieron la aplicación rigurosa de los principios ideológicos de Hayek y Friedman.

En España su manifestación descafeinada fue la publicación del informe Abril en 1991, basado en parte en las conclusiones del informe Blendon del que se desprendía que un importante porcentaje de población española consideraba necesario realizar cambios sustanciales en el sistema sanitario. En él se comienza a emplear un nuevo lenguaje, que sustituye al paciente por el usuario o el cliente (y sus expectativas), habla de prestaciones, cartera de servicios o autonomía de gestión, y resalta la necesidad de precisar mejor la contribución de los servicios privados. Esta nueva jerga, inicialmente mirada con recelo por los profesionales, fue asimilada poco a poco a través del progresivo proceso de adoctrinamiento realizado por las figuras emergentes de la nueva época: esos “goblins” del cuento de Mathers llamados gestores.

La puesta en marcha en España del modelo gerencial (llevado a cabo a través de la creación de Gerentes y Gerencias que sustituyeron a los arcaicos administradores) realizado a lo largo de los 90, viene justificado por la necesidad de mejorar la eficiencia del sistema sanitario y orientarlo hacia las preferencias del cliente. El viejo modelo de protección basado en la solidaridad (lo que implica prestar igual servicio para igual necesidad y financiarlo a través de tasas de carácter progresivo), deviene obsoleto. Se aspira, por el contrario, a proceder de la misma forma en que operan las empresas productoras de bienes y servicios en el mercado, en el que el cliente siempre tiene razón (hurtándose el hecho de que esto es así, siempre y cuando tenga el dinero suficiente para pagarlo).

Esta nueva *invasión de los bárbaros* se sustentaba en ciertos elementos fundamentales:

- La máquina como metáfora.
- El Management como sustrato “científico”.
- La calidad y acreditación como instrumento operativo de cambio.
- La obsesión por la medición.
- El cuestionamiento de lo público como proveedor mayoritario de la prestación de servicios, que también estaba ocurriendo en otros países.

A lo largo de los siguientes quince años el crecimiento de estos vectores determinó la aparición de un nuevo paradigma de interpretación del concepto de sistema y servicio sanitario, apenas cuestionado en estos tiempos.

La metáfora de la máquina.

Las metáforas y las analogías son instrumentos que facilitan la comprensión de la realidad, al orientar la atención hacia determinados aspectos que se consideran relevantes. Cuando dichos metáforas empiezan a reflejar las experiencias de cada vez más gente, acaban convirtiéndose en referencia para entender y moldear dicha realidad. Por lo tanto para que una metáfora se convierta en modelo se precisa, tanto que sea capaz de explicar la realidad, como que sea aceptado y asimilado por la cultura correspondiente.

El modelo interpretativo de lo que es la realidad sanitaria en esta nueva era es el de la *máquina*, y el procedimiento de trabajo el de la *cadena de montaje*. La *artesanía* de Sennett ha sido superada por la *industria* del automóvil como modelo. Puede considerarse que sea éste un modelo excesivamente simplista, pero una de las causas de su éxito fue precisamente la necesidad de encontrar modelos simples que permitieran entender y gestionar realidades tan complejas como es el encuentro entre un profesional y un paciente en primera instancia, y el funcionamiento de la organización sanitaria en definitiva.

Bajo esta metáfora, el todo es siempre la suma de las partes, las partes están controladas por un número limitado de leyes externas, y no disponen de capacidad de autodeterminación. Como todas las máquinas, son simples y predecibles.

El paciente se convirtió en cliente, la atención a los “clientes” se estructuró a través de cadenas de montaje “sanitarias”, en que al automóvil “paciente” se le iban aplicando diferentes intervenciones siguiendo la lógica de los protocolos primero, los procesos después, y más recientemente la segmentación en niveles de complejidad o riesgo a la manera de la diferenciación de frutas por tamaños.

En cierta forma se produce lo que Ritzer denomina la McDonalización de la sociedad construido a partir de los siguientes principios:

- *Eficiencia* (el sistema debe seguir el camino más corto para conseguir su objetivo). Lo que importa es minimizar el tiempo (ejemplo, objetivo de reducción de estancias medias hospitalarias, principal medida del éxito de la organización sanitaria de moda, la aseguradora americana Kaiser Permanente).
- *Computabilidad*. Todo debe medirse y contarse, y lo que no es medible no es importante para la organización. Para los clientes también mejor es más, o mayor, o más rápido. Ello conduce a la ilusión de creer que la realidad puede comprenderse mejor por el hecho de ser susceptible de medición (la *cuantofrenia* a la que se refiere De Gaulejac).
- *Previsibilidad*. La sorpresa no es bien recibida, por lo que algoritmos, protocolos o la sistematización de procedimientos y procesos contribuyen eficazmente a evitar conductas imprevistas (aunque pudieran ser adecuadas).
- *El control mediante tecnologías de la información*: la aceptación abrumadora de que la historia clínica electrónica supondrá un cambio radical en la mejora de la atención.

El uso de los mismos sistemas de certificación o acreditación que los empleados en la industria (ISO y EFQM fundamentalmente) dan soporte normativo a ese paradigma maquinal.

En ocasiones la metáfora se completa con atributos procedentes de una variedad cercana, la maquinaria militar: así, el liderazgo y mando, la estrategia, el desarrollo de operaciones, las cadenas de mando, la identificación de las propias fortalezas y debilidades, o de las oportunidades y amenazas del entorno, devienen en puntos esenciales para una adecuada gestión.

El debate en cualquier caso no está en negar las posibles utilidades de algunos de los elementos de estas metáforas, sino de analizar si son suficientes para gestionar en entornos de tanta incertidumbre como los que existen (y sobre todo van a existir) en los sistemas sanitarios

El Management como sustrato "científico".

Vincent de Gaulejac en "la Société malade de la gestion" define con precisión la irrupción de la gestión, no solo como soporte "científico" a este nuevo paradigma, sino como ideología que progresivamente impregna toda la vida humana. A través de ella las consideraciones éticas y humanistas pasan a un segundo plano, ensombrecidas por el pragmatismo y la efectividad a cualquier precio. El modelo no se cuestiona; las nuevas reglas del juego no admiten discusión. La sociedad en su conjunto se convierte así en un medio al servicio de la economía, y no al revés. La gestión se convierte, para De Gaulejac, en una "tecnología de poder" entre el capital y el trabajo, dirigido a obtener la adhesión de los empleados a las exigencias de la empresa y sus accionistas; pero va más allá al convertirse en una ideología que legitima una aproximación instrumental, utilitarista y contable de las relaciones entre el ser humano y la sociedad. Construye así un mundo nuevo en nombre de la calidad, el desempeño, la eficacia, la movilidad o la competición, en el que se impone la cultura del alto desempeño como modelo de eficiencia, y en el que el estrés, el agotamiento o el sufrimiento se banalizan y desprecian. El ser humano pasa a ser un factor de la empresa o un recurso de la misma. Al modificar las causalidades (invirtiendo el orden natural de que la empresa es una creación humana y no al revés) la persona se convierte en cosa, reificación que supone una instrumentalización completa de la vida humana. Este planteamiento convierte en irreconciliables la gestión y la moral, al menos en sentido kantiano.

Porque para Kant (como señala De Gaulejac) la moral se sustenta en un principio simple: una persona es siempre un fin en sí mismo. Los cuatro principios del imperativo categórico son difícilmente compatibles con los principios de la gestión:

- El enfoque experimental, considera a los individuos objetos susceptibles de ser medidos.
- El utilitarismo, lleva a tratar a las personas como medios y no fines.
- La racionalidad instrumental, conduce a considerarles como “un factor”, al mismo nivel que los factores financieros, comerciales o logísticos.
- El economismo por último, convierte al personal en una variable flexible, que debe ajustarse a las necesidades del mercado.

Cada persona es animada a convertirse en empresaria de su propia vida, un capital al que hay que sacar todo su rendimiento. En definitiva, la alternativa de esta nueva ideología no es otra, para De Gaulejac, que la rentabilidad o la muerte.

Aceptar que la mejora del desempeño y la eficiencia es el único fin inevitablemente conlleva el recelo ante cualquier planteamiento de problemas. Los gestores *sin complejos* presumen de no escuchar el planteamiento de problema alguno, si el que lo realiza no aporta la correspondiente propuesta de solución. La demostración del propio conocimiento o la investigación como planteamiento para ampliarlo, no son considerados pertinentes si no aportan soluciones “operacionales”. En este sentido es llamativo revisar las bases de las convocatorias de investigación realizadas por las escasas agencias que en España financian este tipo de proyectos, uno de cuyos criterios clave es precisamente el que el proyecto pueda aportar aplicaciones prácticas inmediatas; el conocimiento teórico, imprescindible para posteriores avances de naturaleza práctica queda así postergado y reconducido a la categoría de “hobby” para eruditos. Como señala Martinet “el pragmatismo como fin, el empirismo como método y la retórica como medio. La búsqueda de la verdad científica se eclipsa ante las proclamaciones a la eficacia”.

La calidad y acreditación como instrumento operativo de cambio

La introducción de los fundamentos, principios, estrategias y procedimientos del sector industrial a los sistemas sanitarios llegó de la mano del desarrollo de las estrategias de control, garantía y gestión de la calidad total. Los avances en la eficiencia y productividad en la industria automovilística japonesa durante los años 80 acabaron por imponerse como modelo de gestión en cualquier otro sector.

Las palabras clave pasaron a ser excelencia, calidad, satisfacción, desempeño, implicación, compromiso, progreso, éxito. Esa continua aspiración a alcanzar “lo máximo” se hace explícito en innovaciones como el Six Sigma, ideado por Motorola en 1996, y que pretende que el porcentaje de acierto alcance el 99,99966 % (3,4 errores por millón de oportunidades), o las técnicas Lean orientadas a la perfección. El ideal se convierte así en norma. El ideal no es un horizonte a alcanzar, es una norma a aplicar (De Gaulejac). La debilidad, el error, los contratiempos, la imperfección, la duda, todo lo que caracteriza al ser humano pasa a ser considerado inaceptable.

La obsesión por la medición

El ingeniero norteamericano William Deming es considerado uno de los referentes imprescindibles en el santuario de la calidad. Entre sus aportaciones se incluye la creación, junto a Walter Shewart, del círculo dorado de la calidad, el acrónimo PDSA (Plan-Do-Study-Act) sobre el que se basan todos los modelos de mejora continua de la calidad. Se considera que buena parte del milagro industrial japonés tras la derrota en la Segunda Guerra Mundial es consecuencia de la aplicación estricta de las teorías de Deming, alguien al que su propio país no reconoció hasta prácticamente su muerte. Deming acuñó una célebre frase de gran éxito en el entorno de la gestión sanitaria: “En Dios confío, todos los demás

deben traerme datos”. Aquello que no puede ser medido deja de tener valor, puesto que el único valor que se reconoce es el valor financiero, en ningún caso valores ligado a lo intangible.

De Gaulejac por el contrario, define la “cuantofrenia” como la patología consistente en querer traducir sistemáticamente los fenómenos sociales y humanos a lenguaje matemático. De la medición nada se escapa, ni siquiera términos tan etéreos como el liderazgo o la satisfacción, convertidos en números de la mano de los diferentes modelos de acreditación y mejora continua como el EFQM. Y aunque para cualquier observador mínimamente distante no deja de ser una ilusión creer que la realidad puede ser resumida en números, los gestores tienden a ignorar cualquier cuestionamiento de este mandamiento. Al fin y al cabo la medición reduce incertidumbres, el elemento más distorsionador en la gestión sanitaria. Al respecto son cómicamente ilustrativas las palabras de Ronald Laing padre de la antipsiquiatría: *“Juegan un juego. Pero juegan a no jugar un juego. Si les demuestro que les estoy viendo jugar, violaré la regla y me castigarán. Debo jugar el juego de no ver que ellos juegan”*.

El nuevo modelo de buen médico

Coincidiendo con el aterrizaje del “Management” en las organizaciones sanitarias, aparece desde el ámbito de la propia medicina, o más exactamente desde la epidemiología clínica, un nuevo paradigma que viene a sustituir al antiguo régimen de práctica, en que la experiencia y la reputación lo eran todo. Surge de un grupo muy prestigioso de epidemiólogos de la Universidad de McMaster en Canadá, pero se asienta en la Universidad de Oxford. Es bautizado con el nombre de Medicina Basada en Pruebas (Evidence Based Medicine), y llega para enfrentarse a la discrecionalidad y variabilidad de los clínicos en su proceso de toma de decisiones. Pronto, sin embargo se distorsionan sus principios. En su artículo seminal en el British Medical Journal, el grupo ideológico que idea el modelo define la Medicina Basada en Pruebas (o en evidencias, como fue traducido de forma mayoritaria) como la integración de tres esferas diferentes pero en ciertos aspectos suplementarias: el conocimiento científico disponible (generalmente obtenido a través de ensayos clínicos aleatorizados), la propia experiencia del profesional y las necesidades, expectativas o preferencias del propio paciente. Es decir, en sus orígenes mantenía vínculos evidentes con el viejo modelo de práctica de la medicina, al reconocer que cada paciente es único, con preferencias y necesidades diferentes, y que la experiencia intuición o conocimiento tácito del clínico siguen teniendo un peso muy importante en el proceso de toma de decisiones.

Sin embargo, estas dos últimas esferas se van difuminando progresivamente, sepultadas por el aplastante peso del *autoritarismo científico* del que habla Peteiro. A partir de entonces, una nueva forma de estandarización, en este caso desde el lado de la propia medicina, viene a converger con el modelo de ordenación industrial previamente expuesto: es la ciencia médica la que determina los estándares de buena práctica a través del conocimiento obtenido de ensayos clínicos, revisiones sistemáticas de la literatura científica o metanálisis. Estándares de aplicación inmediata en el proceso industrial del “cuidado”.

Del tronco de la Medicina Basada en la Evidencia surgen esquejes que vienen a hacer más frondoso el árbol. El primer paso lo representan las guías de práctica clínica (guidelines) o protocolos, síntesis estandarizada del conocimiento científico obtenido de los ensayos clínicos, y destinado a su aplicación instantánea. Aparecen diferentes modelos de “Guidelines Clearinghouse”, *bodegas virtuales* en donde no reposan jamones ni vinos de autor, sino multitud de guías de práctica clínica elaboradas por diferentes investigadores de todo el mundo, y adecuadamente ordenadas y empaquetadas, hasta el punto de facilitar la comparación entre ellas para elegir la más apropiada. De ellas la National Guidelines Clearinghouse de la Agency for Health Care Reserach and Quality del US Department of Health and Human Service acaba convirtiéndose en la referencia, al que acuden a beber estudiosos de todo el mundo. Apenas hay sociedad

profesional, centro de investigación o país que no acaba por desarrollar sus propias guías, resultado del empeño y entusiasmo profesional, auspiciado por los intereses de los gobiernos respectivos por reducir los costes de sus sistemas a través de la estandarización de la intervención médica. En España dos buenos ejemplos fueron tanto Guíasalud (el repositorio nacional de guías de práctica), como la experiencia andaluza de los Procesos Asistenciales Integrados (PAIs), sistematización de cerca de cien diferentes procesos clínicos realizado por grupos de profesionales sanitarios altamente cualificados, y destinados a uniformar la práctica y mejorar la coordinación de la atención entre los diferentes profesionales (médicos y enfermeras, generalistas o especialistas) implicados en ella.

Las hipotéticas ventajas del modelo son evidentes. Sin embargo brillan por su ausencia las referencias a sus también evidentes limitaciones: por ejemplo, la necesidad de actualización continuada y permanente (puesto que el conocimiento científico no deja de producirse), la imposibilidad de aplicar con cada paciente las múltiples recomendaciones que incluyen, o la amenaza a la validez externa de estudios realizados en entornos clínicos muy acotados (medio hospitalario, existencia de una única patología) cuando el contexto en el que se aplican es radicalmente diferente (pacientes con múltiples patologías, entorno ambulatorio, formas más leves de enfermedad,...). Por no hablar del coste de oportunidad que su aplicación supone. Pero aún más peligroso es la forma en que socava el ejercicio de una medicina centrada en el profesionalismo, que se basaba en la delegación de autonomía por parte de la sociedad a unos profesionales que deberían responder a ese grado tal alto de confianza mediante un ejercicio de un alto grado de responsabilidad. Los protocolos suponen, por el contrario, un excelente sistema de simplificación de la enorme complejidad que conlleva el ejercicio clínico. No solo protege al clínico ante el juez, siempre y cuando haya seguido las instrucciones protocolizadas, sino que le protege ante su propia conciencia: “hice todo lo que pude”, “apliqué el protocolo a rajatabla”. Proliferan así los casos de pacientes con cuadros clínicos diversos en que tras la revisión por parte del personal médico correspondiente (ya sea en la urgencia, el hospital o la atención primaria) recibe como única respuesta el “Tiene todo bien”, formulado como si se estuviera revisando a un automóvil y no se encuentra la avería, afirmado sin rubor ante pacientes con signos evidentes de patología, pero cuya identificación implicaría un conocimiento médico que exige un esfuerzo personal continuado, que no todos los profesionales están dispuestos a realizar.

Segundo esqueje del árbol de la Medicina Basada en la Evidencia, íntimamente ligado al florecimiento de protocolos y guías, es la aparición de listados de indicadores, también extraídos de esa fuente inagotable de ensayos clínicos. Nuevamente la AHRQ fue pionera en el establecimiento de la correspondiente “bodega” de indicadores para buena parte de las patologías más prevalentes. Los diferentes servicios de salud también generan sus propios listados, a menudo extraídos de sus propios protocolos de intervención. Indicadores que acaban representando el sistema de medición de la competencia profesional de los clínicos, a los que éstos tampoco suelen oponer resistencia alguna; al fin y al cabo es una forma simple y fácil de evaluar su desempeño, con la que no es complejo obtener buena reputación y complementos retributivos relevantes. Un examen en el que se sabe que se va a preguntar siempre resulta más cómodo que una evaluación a ciegas.

Al margen de la excelente valoración social, mediática y política de los “exploradores sanitarios” (los que abren caminos mediante descubrimientos deslumbrantes, transplantes increíbles y técnicas de ciencia ficción, para los que nadie escatima recursos), el buen médico es hoy por lo tanto el profesional que se adecua a los sistemas de medida dominantes.

El antiguo clínico, una clase especial de detective entretenido en identificar a sospechosos invisible, pasa a convertirse en una especie en extinción. El diagnóstico en cierta forma ha desaparecido de la aten-

ción de los evaluadores sanitarios, quizá por la complejidad de su medida. Se sobreentiende o supone que un médico diagnostica certeramente siempre, ignorando la amplia literatura científica respecto al uso de heurísticos, y el elevado porcentaje de errores diagnósticos. En su lugar los indicadores de buena práctica parecen en su mayor parte ligados a la realización de intervenciones terapéuticas, tal vez por su mayor facilidad de medición: lo importante es conocer si se emplean betabloqueantes en lugar de inhibidores del calcio, u omeprazoles en lugar de otros inhibidores de la bomba de protones, y no tanto si esos pacientes hipertensos o ulcerosos realmente lo son.

La última moda en este proceso de convergencia entre la sistematización de procesos clínicos y la organización del sistema sanitario a la manera de una cadena de producción viene representada por el llamado Modelo de atención a crónicos (Chronic Care Model) definido por Wagner en los años 90, y posteriormente adaptado por la aseguradora americana Kaiser Permanente. Esta última segmenta los pacientes atendidos en estratos superpuestos: en el más bajo se encuentran la población general, subsidiaria de recibir medidas preventivas en el creciente proceso de medicalización de la vida; un escalón por encima se encuentra los pacientes crónicos (aproximadamente el 80% del total) a los que se recomienda asumir de una vez “la gestión” de su enfermedad a través del llamado autocuidado; en los dos escalones más altos de la pirámide se localizan los pacientes de alto riesgo (15%), cuya atención debe estandarizarse, mediante la aplicación de modelos de gestión de enfermedades (Disease Management), y en el pináculo de la pirámide, un restringido número de pacientes selectos de “alta complejidad” que solo representan el 5% pero generan una buena parte del gasto, y que serían atendidos por “gestores de caso” sumamente cualificados (públicos o privados). Modelo como se ve, muy alejado de aquella antigua consideración de cada paciente como un ser único, y mucho más cercano a un sistema de clasificación de productos por tamaños.

En definitiva, en palabras de un médico de familia español “la filosofía la marcan los estándares”, y por lo tanto el buen médico en la era postmoderna es aquel capaz de cumplir un número determinado de requisitos. Por ejemplo:

- Se acredita personalmente o acredita y certifica el dispositivo en el que trabaja.
- Alcanza un mayor porcentaje de cumplimiento de los objetivos pactados periódicamente.
- Lo realiza en tiempo (sin esperas) y forma (según protocolo). La rapidez se convierte en una calidad altamente apreciada, aunque afirme Sennett que “no hay ninguna razón para juzgar inferiores a quienes realizan un trabajo comprobado idéntico solo porque lo hagan más lentamente; la odiosa comparación de la velocidad ha distorsionado la calidad”. En el pasado la lentitud se consideraba imprescindible en ciertos procesos de pesquisa, en que se necesita tiempo para la reflexión y la imaginación. Y aunque es cierto el conocido aforismo de que “cuando oigas cascos no pienses en cebras”, también es cierto que el pensar en cebras es lo que siempre se exigió de un buen médico.
- Lo alcanza además en todos los campos: en el asistencial, en el gestor, en el docente y en el investigador. De forma que en los modelos de acreditación profesional establecidos, no podrá alcanzar el nivel más alto alguien que “solamente” sea un buen clínico. Si no se es tutor de residentes (por la razón que sea), o no se publica en revistas con un buen factor de impacto, no se puede aspirar a la “excelencia”. El antiguo médico de cabecera que admiraba Berger nunca alcanzaría el estándar actual de “buen médico”

En definitiva, los instrumentos fundamentales del Management para el ejercicio de sus funciones (priorización de criterios, definición de estándares, diseño y “estabilización” de procesos, evaluación de

indicadores, pacto de objetivos e incentivación por todo ello) simplifican considerablemente la compleja vida sanitaria, en cuanto identifica claramente “lo que se espera de uno”.

Sin embargo todo ello no evita que la actividad sanitaria sea siendo enormemente compleja. Nada cumple mejor las características de los sistemas adaptativos complejos que la cotidianeidad del trabajo clínico, cuyas principales características serían las siguientes:

- Límites difuminados no rígidos.
- Las acciones de los agentes están basadas en reglas internas a menudo implícitas.
- Los agentes y el sistema se adaptan mutuamente.
- Los sistemas están interrelacionados con otros sistemas y evolucionan mutuamente.
- Las tensiones y paradojas son fenómenos naturales que no necesariamente deben ser resueltos.
- La interacción conduce continuamente a nuevas conductas emergentes.
- Autoorganizados a partir de reglas simples aplicadas localmente.
- La relación predominante es no lineal.
- Existe una gran sensibilidad a las condiciones iniciales: de pequeñas causas, grandes efectos.
- El sistema no es previsible.

No son precisamente la sistematización de procesos y procedimientos los instrumentos más útiles en aquellas condiciones en las que la incertidumbre es alta y el acuerdo escaso, situaciones que predominan (por desgracia para los amantes de certezas) en la práctica clínica y los servicios sanitarios. Más bien se recomienda el empleo de tácticas como las llamadas de “especificaciones mínimas” que no es otra cosa que confiar en la sabiduría de un buen “artesano” para que tome la mejor decisión que considere en cada caso a la vista del contexto en el que actúa. Algo que, obviamente, ni siquiera está contemplado en los modelos de acreditación, la elección de indicadores o la incentivación del cumplimiento de objetivos.

Gestión de la calidad: un modelo con escasa “evidencia”.

Paradójicamente, un modelo de gestión que invoca a la necesidad de que los clínicos basen sus decisiones en sólidas evidencias científicas, no ha demostrado que su propia aplicación mejore realmente la efectividad o la eficiencia de los sistemas sanitarios. Las pruebas sobre la mayor efectividad o eficiencia de la aplicación de modelos de gestión de la Calidad son escasas.

En un artículo publicado en Health Affairs en 2005, escrito por dos de los expertos en Medicina Basada en Pruebas más reconocidos (Kaveh Shojania y Jeremy Grimshaw), se demostraba que actividades sin soporte científico alguno, suceden rutinariamente en la investigación e implantación en materia de “*Mejora continua de la calidad*”. El trabajo resumía el conocimiento existente, establecía una completa sistemática para la revisión de trabajos científicos en materia de calidad, y planteaban tres preguntas:

- *¿Desconocen los responsables sanitarios el estado del arte sobre Calidad o bien lo conocen, pero no están de acuerdo con los estudios existentes?*
- *¿Tienen sistemas de soporte insuficientes para trasladar el conocimiento existente?*
- *¿Son inadecuados tal vez los sistemas de incentivación para su aplicación?*

Cinco años después, Robert Brook de RAND Corporation publicó en JAMA un trabajo con el título

de “El fin del movimiento de Mejora continua de la calidad”, en el que afirmaba: *“más de 40 años después de su inicio no está claro que ha conseguido el citado movimiento. Se sabe muy poco del volumen de inversión realizado destinado a mejorar la calidad y cual ha sido su resultado. Existe muy poca información sobre que mecanismos destinados a mejora la calidad funcionan, en especial en comparación con otros procedimientos. Y son excepcionales los artículos sobre calidad que incluyen medidas de los costes que suponen las citadas intervenciones”*.

Por su parte el editorialista del BMJ Nick Black afirmaba recientemente que las medidas utilizadas para evaluar la calidad “deben tener suficiente validez y fiabilidad”. Sin embargo, no solo no la tienen, sino que algunas de los más importantes indicadores que se emplean producen más daño que beneficio.

Dos recientes artículos vienen a poner aún más en evidencia la debilidad de los fundamentos del modelo de gestión dominante en las organizaciones sanitarias.

En el primero de ellos se realiza una revisión sistemática del núcleo fundamental de todos los programas de mejora de la calidad: el círculo PDSA. En ella se analiza su uso, concluyendo que en la mayor parte de las ocasiones la ausencia de datos disponibles de forma regular impide saber si realmente se aplica y por lo tanto, que efecto tiene.

Por su parte Martin Roland y Stephen Campbell, dos de los investigadores que más han analizado el efecto de los sistemas de incentivación a profesionales revisaron en 2014 el efecto del mayor sistema de incentivos ligados al cumplimiento de indicadores implantado en Europa. El llamado QOF (Quality Outcome Framework) aplicado en Inglaterra en atención primaria desde 2004. Sus principales conclusiones son las siguientes:

- Los sistemas de pago por desempeño (Pay for Performance o P4P) pueden emplearse para mejorar la calidad asistencial, pero no son ninguna “bala mágica”, y deben ser complementados por otro tipo de intervenciones si se quieren conseguir mejoras sostenidas.
- La alineación de los sistemas de incentivos con valores profesionales pueden reducir los efectos adversos de este tipo de incentivos.
- Los responsables de la implantación de este tipo de incentivos deberían reconocer que gran parte de la práctica clínica no puede ser medida. Es mejor reconocer esto, que forzar a diseñar indicadores poco fiables.
- A los médicos les preocupa su reputación. Los informes públicos periódicos sobre desempeño profesional introducidos paralelamente a los sistemas de P4P pueden ser un importante vector de cambio.
- Indicadores relacionados con una única condición no suelen ser adecuados para reflejar la atención a las necesidades de pacientes ancianos con múltiples condiciones.
- Dedicar un 25% de la retribución global a este tipo de incentivos induce a los médicos generales a centrar su atención en un limitado número de condiciones clínicas, pudiendo ignorar el resto. La reducción de ese porcentaje ha sido mayoritariamente bienvenida.

Buena parte de los sistemas sanitarios de todo el mundo llevan décadas introduciendo sistemas de incentivos vinculados a la consecución de determinados objetivos. En España éstos existen desde la década de los 90. La principal diferencia con el modelo de incentivos establecido en el NHS británico en 2004 es que en ese país se evalúan sus resultados.

Si la gestión de la calidad total adolece de una limitada demostración de sus supuestos beneficios, la efectividad de los principios del Management es materia cercana a la ciencia ficción. Rosenzweig ha descrito con acierto el escaso fundamento científico de sus estrategias, basadas en el empleo de algunas ilusiones como las siguientes:

- *El efecto espejismo*: tendencia a atribuir los resultados globales de una empresa a su cultura, liderazgo o valores.
- *La ilusión de la correlación y la causalidad*: no suele ser la satisfacción de los empleados lo que determina el éxito de la empresa, sino más bien al contrario.
- *La ilusión de de la explicación única*: la creencia de que es un único factor (el liderazgo, por ejemplo) el que determina los resultados, cuando la mayor parte de los factores están interrelacionados.
- *La ilusión de conectar los puntos ganadores*: elegir unas cuantas empresas de éxito y buscar lo que tienen en común, sin compararlas con las demás.
- *La ilusión de la investigación rigurosa*: por muy sofisticados que sean los métodos utilizados de poco servirán si los datos son malos.
- *La ilusión del éxito perdurable*: casi todas las empresas de alto rendimiento experimentan una regresión después de un tiempo.
- *La ilusión del entendimiento absoluto*: los resultados empresariales son siempre relativos: una empresa puede mejorar sus resultados y quedar rezagada respecto a sus competidores
- *La ilusión de la física tradicional*: pese a los deseos de certeza y certidumbre, los resultados de una organización nunca responderán a una ley natural.

En definitiva, el Management sigue siendo una forma más del “culto a los aviones de carga”, la extraña fe desarrollada por John Frum en la isla de Tanna, en que los indígenas creían que colocándose auriculares de coco podrían contactar con los “dioses” de la fuerza aérea aerotransportada americana.

Los daños colaterales de la evaluación.

Aunque apenas tengan repercusión pública la aplicación de los principios e instrumentos principales utilizados en los llamados modelos de gestión de la calidad no están exentos de efectos secundarios, tan costosos como adversos.

En primer lugar, el análisis y evaluación se centra en lo accesorio y no en lo principal por la enorme complejidad que esto último conlleva.

Por otro lado, está por determinar el coste administrativo que supone. Desconocemos la cuantía de los fondos invertidos en la creación de direcciones generales, secretarías, responsables, unidades de calidad, así como centros de acreditación en el Sistema Nacional de Salud. Es difícil encontrar en la literatura información en este sentido. Se calculaba que la reforma gerencialista de Thatcher supuso un aumento del PIB de 1 % destinado a financiar en su mayor parte el propio proceso burocrático. Barato, en cualquier caso, no es, algo que debería preocupar en épocas de recortes indiscriminados efectuados en el sistema sanitario.

En tercer lugar, la incentivación ligada a la consecución de determinados objetivos no está exenta de riesgos. El grupo de Roland publicó en New England un artículo especial sobre los efectos de la introducción en el Reino Unido en el año 2004 del modelo británico de Pay For Performance o P4P (modelo con

muchas similitudes a los sistemas de incentivos introducidos en los contratos programa de los servicios regionales de salud españoles). La intervención aceleró la mejora en la atención en dos de las tres condiciones crónicas estudiadas, a corto plazo; sin embargo una vez alcanzados los objetivos, la mejora en la calidad de los cuidados se ralentizó, e incluso la calidad disminuyó en dos de las condiciones no incentivadas. Por lo tanto, hay diferencias significativas entre los aspectos de la atención sometidos a incentivación y los que no lo son, confirmando el aforismo de Eliyahu M. Goldratt de “*Dime como me mides y te diré como me comporto*”. En la misma línea, John Howie, profesor emérito de la Universidad de Edimburgo, alertaba en el BMJ de los riesgos de este tipo de sistemas de incentivación: reducir la complejidad de la atención a la medición de lo que es más sencillo medir, conlleva el riesgo de dejar de hacer aquello que no es medido ni incentivado. Por ejemplo, hacer una buena historia clínica, un buen diagnóstico diferencial, o atender a un paciente en su domicilio.

Iona Heath y Adolfo Rubinstein publicaron en la misma revista otro interesante trabajo al respecto : es preciso equilibrar en atención primaria, los elementos biotécnicos con los biográficos, evaluando tanto las tareas “verticales” (el manejo de enfermedades agudas o crónicas, la atención a actividades preventivas), con las funciones “horizontales” de personalización, priorización e integración en la atención a personas. Como señalan, “*la buena atención es mucho más que cumplir objetivos de atención a enfermedades*”.

“Elephant in the room” tiene difícil traducción al español. Habla de problemas o cuestiones difíciles que, a menudo, preferimos ignorar porque nos resultan muy incómodas. Jonathan Richards en un artículo del British Journal of General Practice hablaba de una de ellas. Concluye su artículo con el siguiente comentario “*Conflicto de interés: mi salario está vinculado a mi desempeño*”.

Richards cuenta el caso de la Sra. Jones cuya presión arterial sistólica es de 151 mmHG cuando el límite aconsejable es de 150. ¿Realmente pasa algo si en la historia electrónica pongo 150? ¿Y si tuviera 152, o 154? ¿Y 155? Richards se pregunta: *¿cuantos mm de mercurio importan clínicamente, cuantos éticamente, cuantos financieramente?* Si cambio mi registro, el riesgo cardiovascular es muy probable que no cambie, pero si cambiarán sustancialmente mis ingresos. Cuenta que sus colegas no entienden por qué se preocupa tanto, ya que a fin de cuentas *todo el mundo lo hace*. *¿Donde están los límites entre precisión, juego, trampa o fraude cuando se meten datos clínicos en la historia electrónica?* pregunta Richards.

Cuando se nos aleja de cualquier pauta de pensamiento ético tendemos a caer en la deshonestidad. Dan Ariely comenta que el término profesión procede de professus (*declarado públicamente*), entre las cuales se encuentra el ejercicio de la medicina. La profesión establecía un conjunto de normas que debían seguirse a la hora de cumplir con las obligaciones. Para él la ética y los valores se han sustituido en cierta forma por la flexibilidad, la rentabilidad económica y el ansia de riqueza. Cuando no existe un contrapeso ético a los incentivos económicos la tentación de hacer pequeñas trampas es inevitable. En especial si, como ocurre en España, las probabilidades de ser descubierto son casi nulas.

La desmoralización del hombre honrado.

Como señala Barry Schwartz , normas e incentivos (palos y zanahorias) son los instrumentos favoritos de la ideología “managerial” para gestionar organizaciones. Aunque sea a costa de la desmoralización de los hombres honrados, los que observan como compañeros expertos en técnicas de “ingeniería de objetivos” alcanzan un mayor reconocimiento.

Jain y Cassel publicaron un trabajo con el subtítulo de ¿Caballeros, Truhanes o Títeres? (Knights, Knaves or Pawns?), inspirándose en la categorización de los seres humanos establecida por el profesor de la *London School of Economics*, Julián Le Grand. Si creemos que los médicos se comportan como “caballeros”

se debería poner en sus manos la gobernanza del sistema sanitario. Si por el contrario, pensamos que son “Rufianes” la sociedad debería protegerse de ellos; en este caso bienvenidas sean monitorizaciones estrechas de su desempeño, publicidad y comparación de sus resultados, así como incentivos que fomenten lo que deben hacer.

Por último, si se considera a los médicos como títeres la sociedad debería preocuparse de que hicieran lo adecuado ante su falta de criterio.

Al margen de la necesidad de que los médicos aumenten su dosis de “caballeros” y de que la sociedad lo reconozca, el problema fundamental es tratar a los que son caballeros como si fueran rufianes. Y a los rufianes como si fueran caballeros. En un caso perderán el compromiso con la organización. Y en el otro se aprovecharán de ella.

De cualquier forma, la ausencia de pruebas solventes sobre la mayor efectividad de la aplicación de los principios del “Management” a las organizaciones sanitarias, así como la relevancia de los efectos adversos que la evaluación comporta deberían ser motivos suficientes para una reflexión en profundidad de cómo se están dirigiendo las organizaciones sanitarias. Puede que tengan método, pero hay serias sospechas de que su aplicación como única alternativa a la organización y dirección de las organizaciones sanitarias sea un disparate.

Referencias bibliográficas

Mathers, N., Hodgkin, P. (1989): The Gatekeeper and the Wizard: a fairy tale, *British Medical Journal*, 298 (6667) 172-174.

Mathers, N., Usherwood, T. (1992): The gatekeeper and the wizard revisited, *British Medical Journal*, 304 (6832) 969-971.

Herd, B., Herd, A., and Mathers, N. (1995): The wizard and the gatekeeper: of castles and contracts, *British Medical Journal*, 310 (6986) 1042-1044.

Berger, John (2008): *Un hombre afortunado* (Madrid, Alfaguara).

Groopman, Jerome (2007): *How Doctors think* (Boston, Houghton Mifflin).

Sennett, Richard (2008): *The craftsman* (Yale University Press, New Haven).

Travis A. Margaret Thatcher’s role in plan to dismantled elfare state revealed. *The Guardian*, 28 Dec 2012. <http://www.theguardian.com/politics/2012/dec/28/margaret-thatcher-role-plan-to-dismantle-welfare-state-revealed>.

Letwin, Oliver (1988): *Privatising the World: A Study of International Privatisation in Theory and Practice* (London, Cassell Educational Ltd).

Hart, Julian Tudor (2009): *La economía política de la sanidad. Una perspectiva clínica* (Madrid, Ediciones GPS).

Ritzer, George (1983): The Mcdonalization of Society, *Journal of American Culture*, 6 (1) 100-7.

Feachem, RGA., Sekhri, NK., White, KL. (2002): Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California’s Kaiser Permanente. *British Medical Journal*, 324 135-43.

De Gaulejac, Vicent (2005): *La société malade de la gestion* (Paris, Seuil).

Martinet, Alain-Charles (1990): *Epistémologies des sciences de gestion* (Paris, Economica).

Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Muir Gray, J. A., Haynes, R. B., Richardson, W. S. (1996): Evidence based medicine: what it is and what it isn't, *British Medical Journal*, 312 71-2.

Peteiro, Javier (2010): *El autoritarismo científico*, (Málaga, Miguel Gómez Ediciones).

National Guidelines Clearinghouse. <http://www.guideline.gov/>

Guía Salud. www.guiasalud.es

Berner, E. S., Graber, M. L. (2008): Overconfidence as a cause of diagnostic error in medicine, *American Journal of Medicine*, 121 S2-S23.

Plsek, P., Greenhalgh, T. (2001): The challenge of complexity in health care, *British Medical Journal*, 323 625-8.

Shojania, K. G, Grimshaw, J. (2005): Evidence-based quality improvement: the state of the science, *Health Affairs* (Milkwood) 24 138-50.

Brook, R. H. (2010): The End of the Quality Improvement Movement, *Journal of American Medical Association*, 304 (16) 1831-1832.

Lilford, R. Pronovost, P. (2010): Using hospital mortality rates to judge hospital performance: a bad idea that just won't go away, *British Medical Journal*, 340 c2016.

Taylor, M. J., McNicholas, C., Nicholay, C., Darzi, A., Bell, D., Reed, J. E. (2014): Systematic review of the application of the plan-do-study-act method to improve quality in healthcare, *British Medical Journal Quality and Safety*, 23 290-298.

Roland M, Campbell S (2014): Successes and failures of Pay for Performance in the United Kingdom, *New England Journal of Medicine*, 370 (20):1944-49.

Rosenzweig, Phil (2007): Espejismos (Barcelona, Urano).

http://en.wikipedia.org/wiki/John_Frum

Campbell, S. M., Reeves, D., Kontopantelis, E., Sibbald, B., Roland, M. (2009): Effects of Pay for Performance on the Quality of Primary Care in England, *New England Journal of Medicine*, 361 368-378.

Howie, J., Metcalfe, D., Walker, J. (2008): The state of general practice-not all for the better, *British Medical Journal*, 336 :1310.

Health, I., Rubisntein, A., Stange, K. C., van Driel, M. (2009): Quality in primary health care: a multi-dimensional approach to complexity, *British Medical Journal*, 338 b1242.

Richards, J. (2009): Is there an elephant in the room?, *British Journal of General Practice*, May, 376-7

Schwartz, Barry (2010): *Practical wisdom: the right way to do the right things* (New York, Riverhead).

Jain, S. H., Cassel, C. K. (2010): Societal Perceptions of Physicians.Knights, Knaves, or Pawns?, *Journal of American Medical Association*, 304 (9) 1009-1010.