



Por JORDI VARELA

Sobre el derroche en gestión clínica y cómo abordarlo

Según Donald Berwick, ex-administrador de CMS, seguramente el organismo sanitario público que mueve más presupuesto del mundo, y ex-presidente del *Institute for Healthcare Improvement*, los recortes transversales no promueven cambios estructurales y en cambio pueden dañar servicios de calidad contrastada. Por este motivo, en un excelente trabajo publicado en JAMA¹, el autor se esfuerza en indicar dónde está el derroche. Es decir, dónde hay actuaciones que si se dejaran de hacer la calidad quedaría protegida, o incluso podría mejorar. Él cree que los ahorros globales del sistema podrían estar en una franja que iría entre el 21% y el 47%, pero si leemos el artículo con atención y rechazamos las partes propias de las complejidades del sistema norteamericano, resulta que la estimación que allí se hace del derroche debido a errores clínicos, defectos de coordinación entre niveles asistenciales y sobretreatmento, estarían en un valor medio del 13%, en un rango que iría del 12 al 16%.

Por otro lado, George Halvorson, presidente de Kaiser Permanente, publicó en 2009 el libro *Health care will not reform itself*². En esta obra, Halvorson cita un trabajo que se centró en patologías cróni-

cas comunes y que fue llevado a cabo por *The Commonwealth Fund* con más de 5 millones de registros clínicos. Pues bien, el estudio muestra que las complicaciones potencialmente evitables podrían llegar a consumir el 25% del presupuesto sanitario norteamericano. Por este motivo, el autor del libro concluye que de los 3 trillones (americanos) de dólares del presupuesto global de la sanidad americana, al menos medio trillón se malgastaría en acciones clínicas que no aportan ningún valor a la salud de las personas, a pesar de que, dadas las dificultades para recoger estos supuestos ahorros, el autor admite que sólo con que se obtuviera la mitad de esta cifra, ya bastaría para financiar la reforma del sistema que impulsa el presidente Obama.

Parece que sabemos, pues, más o menos, los volúmenes de los graneros donde se almacena el derroche, pero la pregunta entonces es: ¿cómo podemos recuperar los recursos que atesoran estos enormes silos para poder llevarlos a alimentar acciones y programas que supuestamente son más beneficiosos para la salud de las personas? A mí se me ocurre que hay cuatro aproximaciones posibles, y creo que además necesitaremos las cuatro al mismo tiempo.

- La primera es el fomento de la participación, pero sobre todo de la implicación, de los pacientes en la toma de decisiones que les afectan directamente; lo que hoy en día se ha dado en llamar la “medicina basada en la preferencia de los pacientes”. Y aunque les sorprenda, hay una revisión Cochrane³ que afirma que cuando los pacientes tienen informaciones contrastadas, al margen de su médico, tienen tendencia a elegir opciones terapéuticas más conservadoras, dentro del abanico que se les ofrece para su diagnóstico. Y, según algunos investigadores, con este método se puede esperar hasta un 20% de reducción en algunas intervenciones quirúrgicas programadas.
- La segunda es el papel mucho más activo que las instituciones científicas deben tener en la puesta en práctica de la medicina basada en la evidencia, puesto que las dificultades en el ejercicio de la medicina comienzan en el *gap* existente entre la evidencia científica y la realidad asistencial. En este terreno hay un eslabón perdido que provoca las sorprendentes variabilidades de la



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE DIRECTIVOS
DE ATENCIÓN PRIMARIA

práctica clínica y del consumo de recursos sanitarios. Por este motivo, en los últimos tiempos se están observando iniciativas profesionales interesantísimas, de las que destacaría “Do not do” de NICE en el Reino Unido⁴ y “Choosing Wisely” de ABIM Foundation en los Estados Unidos⁵, esta última absolutamente recomendable.

- La tercera aproximación para la reducción del derroche atribuible a la gestión clínica es el abordaje de las reorganizaciones de los modelos de trabajo profesional que están centradas en las necesidades de los pacientes. Las experiencias que han roto moldes entre hospitales y primaria, o bien entre servicios sanitarios y sociales, nos están marcando el camino a seguir, aunque ninguna de estas experiencias, por sí mismas, haya conseguido aún suficiente solidez como para poderlas replicar y extender de manera sistemática.

A modo de ejemplo quisiera citar el caso de la atención (y la prevención) de la diabetes mellitus tipo II en la Atención Primaria del sistema español, un caso único en el mundo, y la integración de la atención sanitaria y social de Torbay en Inglaterra para los programas para la atención de personas mayores frágiles con necesidades complejas⁶.

- La cuarta forma de abordaje del derroche clínico que aconsejo viene del mundo del análisis, y tiene que ver con la práctica sistemática del *benchmarking*, al cual la asistencia primaria ya nos tiene acostumbrados. El *benchmarking* tiene la fuerza de la estadística comparativa, pero la debilidad, como método, de que no puede, ni sabe, entrar en el *core business*. Es un método muy útil, pues, cuando las desviaciones son muy evidentes, pero se observa, en cambio, resistencia de los profesionales a admitirlas. Hay un informe “Milli-

man Research Report” que dice que si los hospitales norteamericanos más derrochadores acreditaran las prácticas clínicas de los más contenidos, sólo por este hecho se podría esperar una reducción de los gastos entre un 12% y un 16%⁷.

CONCLUSIÓN

La medicina moderna tiene gran capacidad diagnóstica y terapéutica, y por este motivo es nuestra responsabilidad ajustar al máximo la gestión clínica que practicamos a las necesidades reales. Creo, por ello, que las cuatro aproximaciones que propongo en este artículo deben abordarse al unísono: pacientes implicados en las tomas de decisiones, profesionales comprometidos sólo en las prácticas con base científica, modelos organizativos de trabajo en equipo sobre la base de los ciclos de las enfermedades que afectan a los pacientes que atienden y, por fin, transparencia en la comparación de los resultados clínicos entre unidades.

Para más información:

1. Berwick DM, Hackbarth AD. Eliminating waste in US Health Care. *JAMA* 2012;307(14):1513-6.
2. Halvorson G. Health Care will not reform itself. CRC Press. New York 2009.
3. Revisión de 2011 basada en 86 ensayos clínicos (Stacey D, Bennett CL, Barry MJ et al. (2011). “Decision aids for people facing health treatment

- or screening decisions”. *Cochrane Database Syst Rev* (3): CD001431. doi:10.1002/14651858.CD001431.pub3. PMID 19588325)
4. <http://www.nice.org.uk/usingguidance/donordorecommendations/index.jsp>
5. <http://www.abimfoundation.org/Initiatives/Choosing-Wisely.aspx>

6. <http://gestionclinicavarela.blogspot.com.es/2012/10/los-pacientes-geriatricos-fragiles-el.html>
7. <http://gestionclinicavarela.blogspot.com.es/2012/12/cuatro-maneras-de-hacer-realidad-la-ley.html>

Consultor especializado en gestión clínica. Médico de familia y ex Gerente de varios hospitales del sistema público.

Sección patrocinada por:

