

# Des-invertir en *tontunas clínicas* y en *mal gobierno* para reinvertir en salud.

José R. Repullo

Médico y experto en Planificación Sanitaria y Economía de la Salud.

Es difícil orientarse cuando hay tormenta, nadie sabe dónde está el capitán y la brújula está enloquecida. Lo primero parece que depende de las fuerzas telúricas europeas; lo segundo de las preferencias electorales de la ciudadanía, ajustadas por la buena o mala fortuna en el sorteo que parece determinar qué oficiales comandan nuestra nave; y lo tercero... bueno, en esto ya creo que la marinería de abordo puede aportar su conocimiento y experiencia para indicar el rumbo .

Haré un breve comentario sobre uno de los temas emergentes que buscan reorientar el rumbo de la práctica asistencial para colaborar con la sostenibilidad de los sistemas públicos de salud: la **DESINVERSIÓN**. Recientemente Acta Sanitaria difundía un artículo mío de la Revista de Calidad Asistencial de revisión sobre este tema.

Repullo JR. Taxonomía práctica de la «desinversión sanitaria» en lo que no añade valor, para hacer sostenible el Sistema Nacional de Salud. Rev Calidad Asistencial. 2012;27:130-8. <http://www.actasanitaria.com/opinion/punto-de-vista/articulo-taxonomia-practica-de-la-desinversion-sanitaria-en-lo-que-no-anade-valor-para-hacer-sostenible-el-sistema-nacional-de-salud.html>

Pero como el contexto es importante, antes de entrar en harina, quiero trazar un mapa, para que no parezca que sólo la marinería tiene responsabilidades y obligaciones.

## De los problemas de suficiencia a los problemas de sostenibilidad.

A veces se confunden; pero la **suficiencia** sería la virtud de llegar a fin de mes, mientras que la **sostenibilidad** sería la capacidad de legar un sistema a la siguiente generación igual o mejor que lo recibimos. En España hablamos mucho de suficiencia, porque desde los remotos años 80, la sanidad pública nunca contó con presupuestos realistas; tuvo que acometer todas sus transformaciones gastando lo que no tenía, contrayendo déficit y liquidándolo cada cuatro o cinco años (siete operaciones de “saneamiento” lo atestiguan).

Esto ha destruido el presupuesto como herramienta de gestión. Y en buena medida ha erosionado a la gestión misma, ya que gastar más de lo que te han dado acaba siendo una estrategia de éxito, pues quien lo hace acaba consolidando instalaciones, plantillas, tecnologías y carteras de servicio más amplias y modernas. ¡Para alegría de políticos, gestores y clínicos! (con alguna frecuencia al gestor disciplinado con su presupuesto se le ha cesado por no saber crear un buen “clima laboral”).

Esta deriva irresponsable se ha cristalizado en la sanidad autonómica con la **colaboración público privada**, que ha permitido hacerlo a gran escala: prometer un hospital antes de las elecciones, hacerlo en menos de cuatro años, no gastar ni un euro, y pasar el coste a la legislatura siguiente y a

las generaciones venideras. Mal ejemplo de los macro-gestores políticos para el resto de los gestores meso y micro.

La **insuficiencia** presupuestaria abona el oportunismo irresponsable de todos y acaba derivando en un problema de sostenibilidad: los crecimientos asilvestrados generan poca eficiencia (“*Value for Money*”- ganancia en salud por euro gastado); y si la pelota crece más y la economía no puede soportarlo, se traduce en un agravamiento del problema de **sostenibilidad**.

### El componente estructural de la sostenibilidad.

Hablaríamos de “agravamiento” de los problemas de sostenibilidad; porque éstos ya existían y tienen que ver con la paradoja de grandes aumentos de costes sanitarios asociados a aumentos cada vez menores de los rendimientos en salud de esta creciente inversión. Es lo que Fuchs llamaba “*flat of the curve medicine*” (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15471787>); es decir, medicina de la parte plana de la curva de rendimientos (donde más y más recursos dan cada vez menos y menos salud).

Para mirarlo en perspectiva, puede ser útil trazar un MAPA DE LA SOSTENIBILIDAD (**Figura 1**):

a) La **sostenibilidad externa** se establece por el sujeto colectivo (la sociedad) a través de los procesos políticos, y determina QUÉ SANIDAD DESEA TENER, Y CUÁNTO QUIERE PAGAR para ello.

- La primera parte de la ecuación es en esencia **política y planificación sanitaria**, y su ejercicio virtuoso se plasma en la habilidad de priorizar lo más necesario (aquello que añade más salud). ¿Qué deseamos más?, ¿hospitales de proximidad?, ¿programas de deshabituación tabáquica?, ¿Robots quirúrgicos?;... Cada opción es una priorización positiva, pero también negativa (lo que dejamos de hacer por hacer algo, también llamado coste de oportunidad).
- La segunda parte de es la **congruencia de las políticas económicas y de hacienda** para dotar de un presupuesto a la sanidad en función de lo que la sociedad desea y espera. Si las prioridades de política sanitaria no se siguen de la financiación necesaria, se genera una brecha que obliga a construir sin cimientos. De esto sabemos mucho en el Sistema Nacional de Salud, donde cuando ha habido ideas (reformas) no había dinero, y cuando había dinero cualquier idea valía para emplearlo (siempre que fuera rentable políticamente a corto plazo, o se pudiera inaugurar).

La reforma de la atención primaria de 1984 es quizás el ejemplo más paradigmático de un quiero (hacer) y no puedo (pagar) sanitario, que ha dejado abrasada a la generación pionera de médicos de familia, y ha erosionado la *atractividad* profesional y mermado la autoestima de los que se han incorporado después. También se podría hablar de otros “*servicios cenicienta*” como salud mental o salud pública, en los cuales se han acometido grandes reformas con nulo dinero (la conocida combinación española de “*mucha doctrina y poco pan*”).

b) La **sostenibilidad interna** ya depende más de nosotros; tiene dos componentes (hay un excelente trabajo del Kings Fund que habla de “**hacer correctamente las cosas**” y “**hacer las cosas correctas**” [http://www.kingsfund.org.uk/publications/improving\\_nhs.html](http://www.kingsfund.org.uk/publications/improving_nhs.html)).

- **Hacer las cosas bien, austeramente y sin derroches**, exige buena función directiva en los centros y servicios sanitarios: gestionar es coordinar (la producción) y motivar (a los empleados que la realizan). La virtud de la “*eficiencia productiva*” (que los recursos se conviertan en servicios valiosos y no se despilfarren), se basa en la buena gestión gerencial y clínica: la forma más simple de expresarlo sería:
  - a) organizaciones no burocráticas que faciliten los procesos,
  - b) directivos que cuya visión esté alineada con el interés general (ganancia de salud poblacional al menor coste social),
  - y c) un sistema de motivación de los empleados que, cuando menos, no obligue a que las conductas virtuosas sean heroicas cuando no imposibles... o incluso que las favorezcan suavemente.
- **Hacer las cosas correctas**: o dicho en sentido contrario: evitar aquello que en el diagnóstico, el tratamiento o los cuidados no aporte ganancias de salud. Precisamente hablamos de **Des-Inversión** para referirnos a un proceso activo de remover lo ineficaz para generar internamente recursos que se reasignen a otras acciones que añadan valor. Y es un proceso activo, porque en la sanidad lo nuevo se difunde rápido (con escasa evaluación de tecnologías emergentes), pero lo viejo se extingue de forma lentísima (casi inexistente evaluación de tecnologías establecidas).

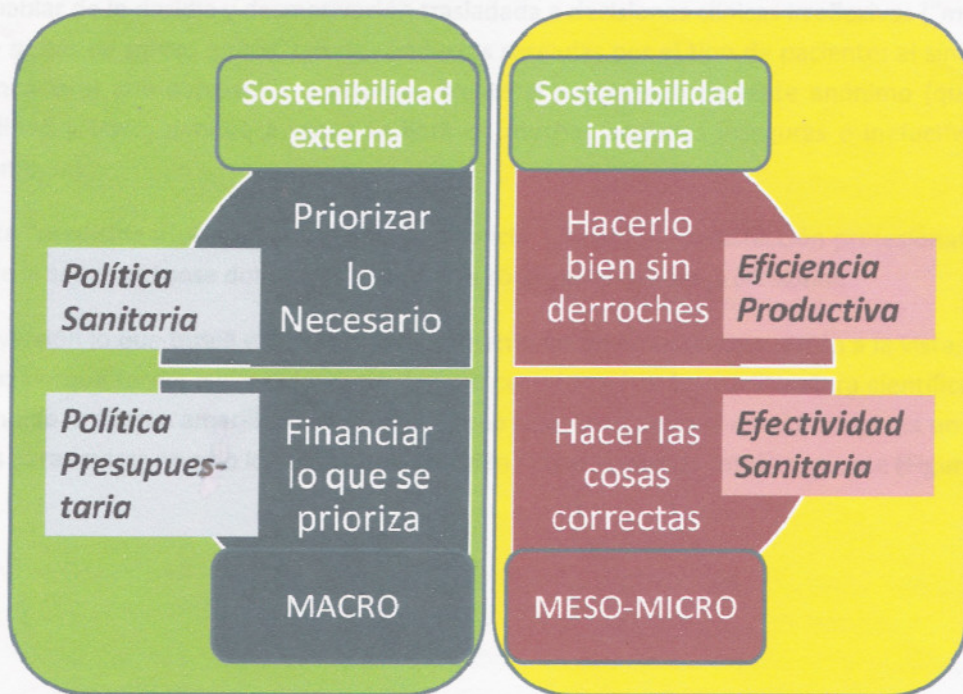


Figura 1: Mapa de la Sostenibilidad

## Desinvertir en bobadas y tontunas.

Hay un vivo debate sobre cuál es el porcentaje de actividad o gasto inefectivo en el sector sanitario, en el que ahora no voy a entrar. Si se enteran ahí fuera que los propios médicos investigadores en servicios sanitarios lo estiman en el 30%, vendrán los *señores de negro* a cortar por lo sano (nunca mejor dicho). Yo no creo que todo ese 30% inefectivo sea “recortable”, aunque sea difícilmente justificable, ya que hay factores poco controlables: holgura en decisiones clínicas, variabilidad en competencias profesionales, y el propio coste de cambiar comportamientos en un sector de conocimiento muy dinámico. Poco controlables a corto plazo; pero modificables a medio plazo, sobre todo si se empieza a trabajar de forma diferente.

Para ello hay que empezar por aceptar (aunque sea a regañadientes) que un buen porcentaje de lo que hacemos se pierde en **acciones inefectivas o de dudósimo impacto en salud**. Algunas muy cotidianas, como el secuestro de pacientes con interconsultas eternas en atención especializada (nunca un adiós, sólo un hasta luego, y jamás al médico de familia), el secuestro del sano en primaria (revisión del sanísimo que viene a consulta, y abandono del enfermísimo que está inmovilizado en su casa), la búsqueda de la perfección diagnóstica (agotando los medios de laboratorio e imagen aunque no tenga repercusión en el curso terapéutico o pronóstico), el “*por si acaso fuera efectivo*”, el “*no vaya a ser que me demanden*”, el “*donde fueres haz lo que vieres*”, el “*si lo hacen en otro hospital, porqué no hacerlo nosotros*”, ...

Por no hablar de la desidia y desmotivación trasladada a decisiones clínicas irreflexivas (“*mándale un PET y te quitas de tantas gaitas*”), o de conductas sesgadas por el tipo de paciente: el síndrome del recomendado al que abrasamos a pruebas, frente al postergado paciente anónimo (que obtiene peor calidad y trato, aunque a veces se libra de muchas acciones inseguras e inefectivas por su propia anomia).

Toda esta “**medicina atolondrada**” añade ineficiencia; y también insatisfacción profesional pues nos aparta de la senda virtuosa donde se cimenta una sólida auto-estima profesional.

La desinversión lo que busca es sacudirse activamente las ineficiencias que están a la vista, pero que no vemos porque forma parte del paisaje; incluso cuando ya hay buena literatura científica que nos ha encendido la alarma amarilla, o incluso la alarma roja. En el artículo citado, proponía un esquema de filtros para revisar no sólo lo nuevo, sino también lo que hacemos cotidianamente (**Figura 2**).

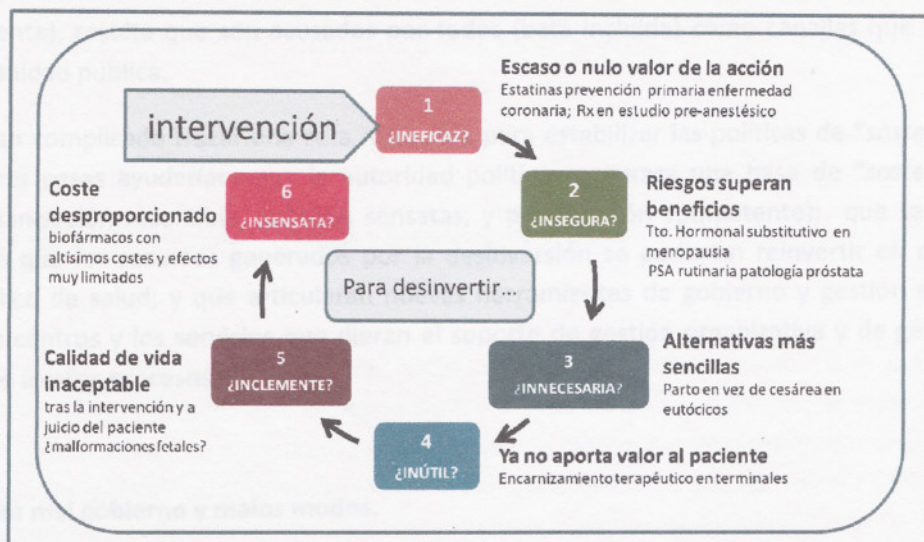


Figura 2: filtros para evaluar la incorporación o desinversión de una intervención sanitaria

Si hubiera que resumir en una frase esta estrategia, diríamos que se trata de *“invertir la carga de la prueba”*: no hacer cosas que no se sabe si van a valer o no para algo en un paciente concreto. Y sólo hacerlas si hay razones claras para que merezca la pena.

Pero la desinversión no puede funcionar sólo como una apelación a la conciencia individual del profesional ante el enfermo. Hay que *“construir”* el mecanismo de desinversión en la organización sanitaria y profesional. Por una parte, porque recoger, evaluar y compilar la mejor evidencia sobre intervenciones y procedimientos es una enorme tarea que hay que hacer entre todos (y apoyarse a nivel internacional); por otra parte, porque el SNS incorpora en su cartera actividades en las cuales hay controversia o dudas, y en las cuales debería dar ejemplo (vacunas, cribados, chequeos, medicamentos...) tanto con la inclusión como en la delimitación de indicaciones y restricciones; y, finalmente, porque hay que promover un cambio cultural en la profesión médica y en la organización sanitaria para que este enfoque sea aceptado.

### Ni contigo ni sin ti...

En la década de bonanza nadie se preocupaba por estas *miserias* de dejar de hacer algo que no valía nada. La bata y la corbata (clínicos y gestores), miraba con desdén a los epidemiólogos, salubristas, economistas, investigadores en servicios de salud, *“evidenciólogos”* clínicos, y aquellos médicos sensatos, serenos e ilustrados (no sé cuántos pero me temo que no demasiados), que clamaban en el desierto para que se dejaran de hacer bobadas y tontunas... y que profetizaban que de aquellos polvos vendrían luego enormes lodos... Que conste que nos fastidia que se cumplan nuestras profecías, pero es que se veía venir.

Y ahora resulta que nos vamos al otro extremo: cuando una autoridad sanitaria propone dejar de hacer un cribado, o bajar el nivel de colesterol, o limitar el uso de medicamentos *“poco compasivos”* (aquellos que añaden un granito de efectividad en algunos pacientes y una montaña de costes para

el contribuyente), resulta que son acusados por todos (bata incluida) como canallas que vienen a recortar la sanidad pública.

Por eso es tan complicado trazar una ruta razonable para estabilizar las políticas de “sostenibilidad interna”. Tres cosas ayudarían: que la autoridad política asegurara una base de “sostenibilidad externa” (financiación razonable, políticas sensatas, y planificación competente); que se diera la seguridad de que los recursos generados por la desinversión se pudieran reinvertir en el propio sistema público de salud; y que articularan nuevas herramientas de gobierno y gestión en la red sanitaria, los centros y los servicios que dieran el soporte de gestión organizativa y de gestión del conocimiento a estos procesos.

### **Desinvertir en mal gobierno y malos modos.**

¿Cómo conseguir que políticos, gestores, profesionales, pacientes y ciudadanos puedan remar en la misma dirección (o parecida), en tiempos de tormenta? No lo sabemos.

Pero sí sabemos que hay que dejar de hacer algunas cosas: sectarismo partidario, imposición autoritaria, ocultismo y falta de transparencia, falta de participación y diálogo, intolerancia a las críticas, amenazas a los disidentes, y nunca reconocer las propias responsabilidades, substituir información pública por propaganda...

O peor aún, cuando se tuercen las políticas por un mal diseño o por una gestión apresurada, dejarse dominar por la tentación maniquea de culpabilizar a otros: los diferentes (turismo sanitario), los pobres (“cultura de la subvención”), los parados (vagos o pícaros), los de la periferia (falta de lealtad de algunos miniestados autonómicos), los que no son del propio partido (si lo hago yo está bien, si lo hace otro está mal, aunque sea la misma acción), o, simplemente los que no aplauden las decisiones (“al indiferente el reglamento vigente”). Con todo esto destruimos capital social, cohesión territorial, reciprocidad y ética de ayuda mutua, y también tejido económico y social.

Un gobierno ejecutivo no significa “gobernar sin complejos”, pues en “organizaciones complejas adaptativas” uno debe evitar la autocomplacencia y ser capaz de crecer a través del conocimiento, la evaluación y la comparación. Vivir acomplejados por lo que no sabemos sería una actitud recomendable para todos (políticos incluidos).

Para desinvertir en bobadas y tontunas clínicas, vendría bien desinvertir también en mal gobierno, y dejar de exhibir malos modos. ¿Seremos capaces de rehacer esta senda? Las organizaciones profesionales (como la Organización Médica Colegial) pueden jugar un importante papel de mediación institucional; y en mi opinión la OMC lo están haciendo. Esperemos que haya receptividad al mensaje y podamos empezar a andar hacia un nuevo contrato social por un Sistema Nacional de Salud sostenible.