

## Mesa de debate: La transparencia en la evaluación y financiación por resultados en salud



De izquierda a derecha: Antonio Castro, José María Eirós, Javier Font e Ignacio Ayerdi.

### Participantes:

**José María Eirós Bouza.** Director Gerente. Hospital Universitario de Valladolid. Castilla y León

**Antonio Castro Torres.** Subdirector de Accesibilidad. Servicio Andaluz de Salud

**Ignacio Ayerdi Salazar.** Patrono de la Fundación Signo

Moderador: **Javier Font Celaya.** Director Gerente CASAR. Aragón

### Cuestiones planteadas

- ¿Medimos los resultados en salud de nuestras intervenciones?
- ¿Estamos evaluando las intervenciones en términos de coste-efectividad? ¿Somos capaces de evaluar los resultados no tangibles?
- ¿Evaluamos los problemas con más impacto en la salud? ¿Qué sucede con las excepciones a la hora de

asignar recursos? ¿Valoramos el coste-oportunidad?

- ¿Qué cuentas de resultados manejamos? ¿Son indicadores de la situación de crisis y nos aportan elementos de futuro?
- ¿En qué medida analizamos las necesidades de nuestras intervenciones en términos de solidaridad-justicia?

**J. Font:** Vamos a tratar algo tan sencillo como es medir lo que hacemos, dar a conocer los resultados y que nos financien en dependencia de cómo lo hemos hecho. No es tan fácil, entre otras cosas, porque nunca habíamos tenido una gestión tan encorsetada en unos presupuestos y, presumiblemente, escasos. En la gestión de los recursos sanitarios seguimos, año a año, cometiendo los mismos errores, nuestro modelo de salud sigue siendo el mismo, a pesar de la vertiginosa evolución de los cambios, especialmente en la sociedad española. No es verdad que la salud no tiene precio, tiene un precio caro. Y, a pesar de ello, seguimos empeñados en no aplicar modelos de gestión que han demostrado su utilidad en muchos campos, sobre todo, de la empresa. Palabras como "evaluación de resultados" o "transparencia", objeto de nuestra mesa, o "innovación", "eficiencia", "control de calidad", "trabajo en equipo", hace décadas que constituyen el vocabulario habitual de los profesionales. Seguimos con el mantra de que tenemos la mejor y más barata sanidad del mundo y, posiblemente, esa creencia ayuda al inmovilismo y no buscar soluciones a nuestros problemas. En la Conferencia General para la Sostenibilidad del Sistema Sanitario Español, del año 2012, se propusieron una serie de medidas que se recogieron en "Ideas para la reforma sanitaria". Una decía: "Transparencia, transparencia y transparencia en la información puntual sobre la actividad, los recursos, los resultados en salud de los centros y de los centros médicos, tanto del sector público como del sector privado", medidas como la creación de una Agencia de Evaluación Única con participación de los profesionales sanitarios. Desgraciadamente, solo España, Bélgica y Canadá tienen más de una, y España tiene seis agencias y diecisiete delegaciones, y sus informes no son de obligatorio cumplimiento, se hacen

a demanda y no se publican. Otra idea fue la Cartera Única de Prestaciones, el Real Decreto 16/2012, tan controvertido, en el artículo 8 pone la posibilidad de crear una Cartera de Servicios complementaria por las Autonomías, esto, en principio, echa por tierra cualquier iniciativa de esta índole, no deja de ser otra cosa que consejos.

Podemos hablar del sensu contrario, el acuerdo del Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales e Igualdad con el Foro de la Profesión Médica, se firmó el 30 de junio del 2013, donde decía que había que establecer un panel de indicadores de resultados de salud y que deberían constituir la base para la evaluación del desempeño. Igualmente hace referencia a la transparencia de datos teniendo en consideración la Ley de Protección de Datos. La medición de los resultados en salud, en la población, viene siendo habitual, desde hace algunos años, y los clínicos cada vez estamos más familiarizados con términos como "la calidad de vida relacionado con la salud", "resultados percibidos por los pacientes" u otros indicadores de resultados. Pero medir necesita, en primer lugar, indicadores y, aunque radica en cómo medirlo y con qué, el paso siguiente, a la medición, debiera ser publicarlos y compartirlos. En septiembre de 2014 la Fundación Bamberg emitió el informe "Un nuevo sistema sanitario para España. La despolitización de la sanidad". Hace referencia a la información y transparencia, aboga por desarrollar un sistema de información a disposición de los ciudadanos, que les permita identificar los recursos, experiencia y resultados en salud, de los diferentes centros y servicios, públicos o privados, sin olvidar los recursos y servicios con los que cuentan, actividad realizada, memoria económica, etc. Y aboga por la transparencia y publicación de datos. Este ejercicio de transparencia debiera entenderse con normalidad.

La consultora de Sanidad y Pharma de PricewaterhouseCoopers, en 2012, en “Las diez palancas de la productividad en sanidad”, hacía referencia a la valoración de los resultados: “Los centros deben ser valorados por su aportación a la salud y esto no es enemigo de los costes”. ¿Medimos los resultados en salud de nuestras intervenciones?

**I. Ayerdi:** Leí, en la bienvenida que hace el consejero de Sanidad de Aragón, que “nadie duda que los sistemas de salud están centrados en el paciente y es su máxima prioridad”. Desde esa perspectiva, y siendo coherentes, cuando hablamos de resultados de salud debían ser, entiendo, relevantes a considerar aquellos que sean importantes para el paciente. Desde mi perspectiva, los sistemas actuales, que tenemos en distintas Comunidades, y en otros países, están lejos de medir eso. Primero, porque existe una tradición y es más fácil medir actividad, procesos, que medir resultados de salud relevantes para el paciente. Eso justificaría esta falta de foco. Por otro lado, habría que establecer un consenso sobre qué indicadores valen para que todos podamos medir y comparar. Y, si hablamos de resultados de salud relevantes para el paciente, estarían muy ligados a cada proceso clínico, los indicadores para un trasplante de un órgano no pueden ser los mismos que para una angioplastia. Y, en ese sentido, hay una labor previa a hacer, que tienen que ponerse de acuerdo, no sé si las sociedades científicas, de cómo tomar el liderazgo en definir esos indicadores. La Sociedad Española de Cardiología y la de Oncología han iniciado un proceso en este sentido, concretamente la Neoncología, un calendario hasta el 2016 para identificar esos indicadores, lo cual nos muestra que todavía tenemos un recorrido por delante.



**Javier Font Celaya**

**A. Castro:** Al hilo de lo que comentaba Ignacio, en Andalucía, igual que el resto de España, tenemos ese reto de avanzar, no a medir procesos solamente, sino a medir resultados. Lo primero que se ha hecho es cambiar el nombre de las propias direcciones asistenciales, la Dirección General de Asistencia Sanitaria, con apellidos, y Resultados en Salud, porque es el reto. Allí, para 2015, y ya viene del anterior con las unidades de gestión clínica, se incorporan, en el seno del contexto de los expertos, que son los profesionales, la elaboración de indicadores que intenten medir el impacto en salud en la población, el usuario, ya sea mediante encuestas, indicadores de retorno, a través de los sistemas de información que tenemos actuales, se hace MBD o de riesgos sanitarios. Es importante tener en cuenta este destino porque, y haciendo alusión a la anterior etapa de Ignacio, y la relación que hay en la industria, y lo que ocurre luego en el usuario-ciudadano, es si realmente, que siempre nos ponen encima de la mesa, cuando se incorporan nuevas tecnologías, resultados de procesos y adelantan resultados en salud que se miden a largo plazo, si conseguiremos llegar a ese equilibrio en las sinergias

de los dos proveedores, de servicios sanitarios, en uno u otro sentido.

---

*“Dentro del seno de la unidad de gestión clínica confluyen los profesionales, en los que depositamos la confianza, la toma de decisiones, los que conocen técnicamente el ámbito de competencia en el que se desarrolla, y la ciudadanía, que manifiesta, a través de encuestas, sus necesidades, y eso lo combinamos con los indicadores de proceso o resultados, que podemos ir teniendo, a la hora de establecer nuevas adquisiciones”*

Antonio Castro Torres

---

**J. M. Eirós:** La respuesta de si medimos sería depende. Habría que medir los resultados en salud en un doble ámbito. Primero, en lo que gravan al sistema, en la inversión que supone lograr estrategias y dedicar recursos a la salud. Y, segundo, en el sentido positivo, en el impacto en la salud propiamente dicho. El mensaje es que, a la hora de trasladar los resultados de nuestras intervenciones, penséis si, ahora, estamos dedicados a consultar el teléfono o somos capaces de, cuando salgamos, haber progresado algo en el conocimiento, a lo que hemos venido, porque si no habremos perdido el tiempo. Nuestras intervenciones dependen de nuestro *know how* y que seamos capaces de empatizar en nuestro entorno. Lo demás no vale.

**J. Font:** Aprovechando que dices que eres mayor, ¿echas de menos el Insalud?

**J. M. Eirós:** A la hora de medir nuestras intervenciones, la pregunta sería: ¿somos capaces de dar cuenta de nuestras intervenciones? Ignacio lo ha

señalado muy bien: los presupuestos son encorsetados. Inicé mi etapa como gerente de un hospital con una noticia del director general que nos reunió para decirnos: “El presupuesto de este año, ha dicho el consejero, es el 10% menos, tenéis que hacer más con menos”, y ayer lo expresó bien una persona: ¿es imposible? Lo que echo de menos es poder concretar y saber qué presupuesto te limitan, y no hay más.

**J. Font:** ¿Estamos evaluando las intervenciones en términos de coste-efectividad? ¿Somos capaces de evaluar los resultados no tangibles?

**J. M. Eirós:** No, quizás en coste-efectividad, hasta donde entiendo, lo importante es compararse en términos iguales. Cuando uno trata de medir resultados en un término objetivo, vidas salvadas, años potenciales de vida ganados, curación, lo importante es que, si lo estamos evaluando, que lo estamos, debiéramos ser capaces de compararnos, en eso sí echo de menos un sistema de comparación objetivo, homogéneo y equitativo.

**I. Ayerdi:** Hay un énfasis excesivo en la parte de coste, estamos hablando de coste-efectividad, y decir esto, siendo patrono de Signo, y cuando Signo ha hecho una labor encomiable, durante años, en el tema de costes, puede sonar un poquito extraño. Lo digo habiéndolo pensado, creo que en estas décadas expansivas de la sanidad, que han sido excepcionales para los profesionales, la industria, el sistema, era bueno que hubiera una fundación que pusiera el énfasis en costes. Pero ahora, que estamos en una situación radicalmente distinta de crisis, y, como bien decíais, Hacienda se ocupa de atacar la línea de coste, estamos en una tesitura que puede ser pernicioso para el sistema, pongo ejemplos, está habiendo externalizaciones de pruebas diagnósticas a unos

precios, que el coste será muy barato, pero la efectividad, el resultado en valor, seguro que es, si no cero, muy próximo. Se están externalizando pruebas de ecografía a 12 euros, resonancias magnéticas a 65-70 euros, cuando sabemos que, en cualquier sitio, difícilmente baja de los 150-200 euros. ¿Qué ocurre? Que se pone el énfasis en el coste. Como proveedores de industria nos piden, los centros diagnósticos y otros usuarios de las máquinas, que las programemos para que el tiempo de adquisición de la imagen sea mínimo, pero nos preocupa, ¿el resultado que da es diagnóstico?

Hay un foco excesivo en eliminar la lista de espera y casi es el objetivo para este tipo de ejemplos, hay que sacar 5000 resonancias de la lista, al mínimo coste, pero el coste-efectividad sería malo, porque entiendo que el coste-efectividad al que debemos aspirar debe ser enfocarnos a una intervención que el valor de su resultado, confirmar un diagnóstico o eliminar una duda, sea superior al coste de la prueba, por pequeño que sea el coste, si el valor que da es cero, aunque el coste sea dos, la ecuación es mala.

**J. Font:** El énfasis que se está poniendo en el coste, ¿está haciendo un poco temblar la calidad de los resultados?

**I. Ayerdi:** Sin duda, porque supongo que se evalúan esas pruebas, que pongo como ejemplo de externalización, pero me consta que hay un índice de pruebas altas, que hay que repetir, porque los informes son "compatible con" y "compatible con lo opuesto", con lo cual no reduce el objetivo de la prueba. Entonces afecta a la calidad.



**Ignacio Ayerdi Salazar**

**J. Font:** Visto así y si, además, acabas el informe "sugiero la prueba del escalón siguiente", apaga y vámonos. En Andalucía habéis sido pioneros en muchas cosas, en la Escuela Andaluza de Salud y en la gestión clínica, porque tenéis toda la autonomía con unidades de gestión, de uno u otro tipo, y que, por su propia naturaleza, hay que medirlas mucho y ver los costes y los no tangibles, ¿cómo lo ves?

**A. Castro:** Trasladamos al hecho de tener unidades de gestión clínica como nudos de enlace, en una red de tamizado de interacciones, entre unas y otras, y confluencia de intereses, la evaluación de la incorporación de tecnologías dentro del seno de las unidades con los informes correspondientes. Pero si superan mucho más, aunque las unidades lo promueven, la organización ayuda a darle contenido. La Gerencia de Evaluaciones de Tecnologías Sanitarias ha ayudado a evaluar, antes de introducir nuevas tecnologías, medicamento, su coste, efectividad, beneficio social.

---

**“Habría que medir los resultados en salud en un doble ámbito. Primero, en lo que gravan al sistema, en la inversión que supone lograr estrategias y dedicar recursos a la salud. Y, segundo, en el sentido positivo, en el impacto en la salud propiamente dicho”**

**José María Eirós Bouza**

---

¿Qué coste social estamos dispuestos a asumir para incorporar una nueva tecnología o medicamento? Eso influye mucho a la hora de tomar decisiones, una tecnología puede ser coste-efectiva o no, pero socialmente podemos estar dispuestos a asumirla o no, y ese contexto es el que tiene que entrar de nuevo, en la parte que enlaza con los resultados no tangibles, ¿qué piensa la ciudadanía sobre que actuaciones se deben hacer sobre ella? ¿Somos los que decidimos qué necesitan en base a unos informes técnicos o elaborados por expertos? O son ellos, con sus problemas diarios, sus manifestaciones en los centros de salud, las asociaciones, las sociedades científicas, las organizaciones, los que marcan el ritmo de la incorporación de tecnologías. Es muy glamuroso incorporar un nuevo robot, llama mucho la atención, vende, pero la mayor tecnología que hay es la promoción de la salud y la prevención. Tenemos que avanzar mucho en este aspecto, nosotros tenemos tradición en evaluación de tecnologías, la creación de la Guía GANT de tecnologías sanitarias, la GINF de medicamentos; hemos avanzado en las plataformas provinciales, para la adquisición de tecnologías, en la provincialización de esas decisiones y en la incorporación, a grandes hospitales, de profesionales que ayudan a la toma de decisiones en la unidad de gestión clínica. En este nuevo modelo y paradigma, y en un entorno que el presupuesto no es *incrementista*,

tenemos que seguir haciendo las cosas bien, con calidad, con sostenibilidad del sistema sanitario público.

**J. Font:** Y, por ejemplo, en los valores no tangibles, los que no se pueden medir, pero sabemos que están ahí, a la hora del desarrollo que habéis hecho tan espectacular, de las unidades clínicas, de las unidades intercentros, interniveles, a la hora de buscar responsables o quién lidere ese tema, lo tendréis que tener en cuenta.

**A. Castro:** Sí, el tema de las unidades de gestión clínica, que hay muchas definiciones en el ámbito nacional e internacional, porque todos los clínicos hacen gestión clínica, nosotros nos dedicamos a la gestión, otro tipo de gestión, no la clínica, todos hacemos gestión clínica, en nuestro día, toma de decisiones, gasto, por qué indicamos una intervención, un medicamento, hacemos gestión clínica. El retorno de esa decisión a los profesionales genera el desarrollo, la toma de medidas no tangibles, en el sentido de incorporar a los ciudadanos a la toma de decisiones internas de la unidad. Se basa en dos paradigmas. Dentro del seno de la unidad de gestión clínica confluyen los profesionales, en los que depositamos la confianza, la toma de decisiones, los que conocen técnicamente el ámbito de competencia en el que se desarrolla, y la ciudadanía, que manifiesta, a través de encuestas, sus necesidades, y eso lo combinamos con los indicadores de proceso o resultados, que podamos ir teniendo, a la hora de establecer nuevas adquisiciones. Se pega un salto de una accesibilidad geográfica a una por necesidades de salud, que ya no engloba que ponga un centro u hospital o una unidad en función de que esté más o menos lejos del núcleo de referencia, sino en función, y en ese cambio nos andamos, a sus necesidades reales de salud, intentar medir y saber qué

necesita cada núcleo de población en cada punto de nuestro territorio.

**I. Ayerdi:** En el mundo de la empresa, un intangible, que se valora muchísimo, por ejemplo, es la imagen de marca. Observo, a veces, que, en el profesional sanitario, el sentimiento de pertenencia a un hospital no transmite el orgullo que yo esperarí de una profesión que tiene una actuación social tan relevante. Veo más sentido de pertenencia a la especialidad, a la sociedad científica, que a una determinada institución. Ahí habría una labor importante que hacer, porque al final las personas hacen las organizaciones, trabajar en ese intangible de marca, de la institución, al margen del talento y de la organización.

**J. M. Eirós:** Sí evaluamos en términos de coste-efectividad. En el ámbito de conocimiento en el que me he manejado durante años, que es la patología infecciosa, nadie discute que el número necesario de pacientes a tratar, para prevenir una complicación, ha sido la guía, desde los estudios de Pichichero en Los Ángeles, para faringoamigdalitis aguda, es decir, existen estudios que aportan conocimiento, y han señalado de manera fehaciente que tienes que tratar trece pacientes con faringoamigdalitis aguda, por estreptococo  $\beta$ -hemolítico del grupo A, para prevenir una complicación. Y ahí estás gravando el coste, al menos directo, que conlleva el tratamiento antibiótico, para el resto de los doce, que no debieran de ser tratados, porque solo uno se complica. Entonces, no podemos ser tan negativos de pensar que no existe evaluación en este campo.

Tú has introducido, Javier, los intangibles en el ámbito del liderazgo. Os encontráis, a diario, con el reto de medir el liderazgo de una persona, por ejemplo, en el ámbito de las unidades de gestión clínica, y los que habéis



**Antonio Castro Torres**

evaluado, sido miembros de tribunales, sabéis que en un currículum no se destaca la capacidad de liderazgo en términos objetivos. Sin embargo, seríamos capaces de decidir a quién seguiríamos y el líder es aquel que es capaz de motivar con honestidad, pero, sobre todo, con el ejemplo y con obras. El resultado no tangible se percibe en términos de ejemplo y de arrastre, desde el punto de vista del profesional. No tenemos un sistema objetivo de medir lo no tangible por definición, pero sí habría que inventar o diseñar un sistema donde al líder se le reconozca, premie, estimule, pero a mí se me antoja que no somos capaces de profundizar en lo relevante, que es el liderazgo, desde el ejemplo y el servicio de verdad. No quiero encasquillarme. Pienso en cualquier servicio, y además un jefe, que a veces lo tenemos vitalicio, docente, vinculado, no diremos más, tiene una cantera, de seis u ocho personas, que no llegarán, o solo uno, y eso genera una frustración tremenda. El sistema se mueve por personas y, o somos capaces de transmitir a los que vienen, es decir, la idea de que sigan estas jornadas, pasa por que nuestra cantera se renueve y que, lo mejor que tenemos, los jóvenes, perciban que somos capaces de

hacerles un legado y transmitir algo, que es en el ámbito del liderazgo, pero, si no motivamos la parte intangible del sistema, no habrá otras.

---

*"Estamos en una tesitura que puede ser perniciosa para el sistema, pongo ejemplos, está habiendo externalizaciones de pruebas diagnósticas a unos precios que el coste será muy barato, pero la efectividad, el resultado en valor, seguro que es, si no cero, muy próximo"*

---

Ignacio Ayerdi Salazar

---

**A. Castro:** Apuntando lo que decía José María, el salto cualitativo en el liderazgo de las personas es pasar de la dirección por objetivos a la dirección por valores, depositar en los profesionales la confianza que se merecen y darles las herramientas para poder desarrollar las tareas de gestión que hacen en el día a día.

**J. Font:** Ahí está el quid de la cuestión, las herramientas y la responsabilidad, luego, la responsabilidad al hacer el balance de la cuenta de resultados económicos. ¿Quién asume si te has ido a un lado u otro? ¿Evaluamos los problemas con más impacto en la salud? ¿Qué sucede con las excepciones a la hora de asignar recursos? ¿Valoramos el coste-oportunidad?

**J. M. Eirós:** Los problemas con más impacto en salud, aludes, quizás, a cuando hay un impacto de una enfermedad infecciosa, prevalente, y que llega. Ya hemos vivido seis impactos de enfermedades víricas, todas de transmisión respiratoria, el coronavirus del SARS, el MERS de Oriente Medio, la gripe aviar, la gripe porcina, la A/California, el coronavirus, bueno, la epidemia por rotavirus en un crucero

inglés, es decir, los problemas con más impacto en salud creo que sí los medimos, lo que pasa es que las excepciones nos llegan por cauces no siempre fiables. Hay un tema clave: los canales de información. Uno debe controlar el impacto en salud de un problema, por ejemplo, infeccioso, o una nueva enfermedad vírica emergente, en un contexto racional, de lo que ocurre en el globo, y en un sistema, y, siempre, por cauces de información, no es que el gerente tenga que leer el *New England* los jueves, pero casi. Los canales de información para las grandes enfermedades infecciosas y las excepciones a la hora de asignar recursos deben venir por el conocimiento real y el impacto.

Muy pocos líderes de opinión conocen que la gripe, que vamos a vivir este invierno, ya se ha vivido en el hemisferio sur, porque las temporadas gripales son contrapuestas. Y no sabemos por qué somos incapaces de predecir con fiabilidad cuál será la actividad gripal y cuándo comienza. En esencia, las excepciones, a la hora de asignar recursos, deben de venir condicionadas por las fuentes fiables de información y el conocimiento, el *know how*. No puede ser lo que hemos vivido, las "epidemias mediáticas", dicho entre comillas, por el Twitter, la información no cribada, el Whatsapp o las redes sociales, que son excelentes, pero uno tiene que leer el *team* de los *task force*, las fuerzas, el *know how*, de las personas que lideran el movimiento conceptual y lo demás nos puede llevar al desastre. Y el Ébola ha sido un ejemplo para aprender. El mundo es global y cuando es la pobreza lo que determina la circulación, o el mantenimiento del nicho ecológico de un agente biológico, no puede estar Occidente mirando cuarenta años para otro lado.

**J. Font:** De ahí que se dijera que, ahora que ha saltado el virus, de África a



Europa, el año que viene tendremos vacuna, por el hecho de que ha saltado al mundo rico. Lo que dices de epidemias mediáticas y que se quieren poner soluciones políticas, entonces se embarra más el campo.

**A. Castro:** En este ámbito, evaluamos el impacto en salud, tenemos encuestas epidemiológicas, de mortalidad, de qué enfermamos, de qué cronificamos, y eso enlaza con los medios de comunicación, y como saltan, y como cambian nuestras aptitudes, proyectos e inversiones en función de saltos en un momento dado. Tenemos que aprender todos a comunicar adecuadamente a lo que realmente nos enfrentamos y, los medios, participar en cómo transmitimos esa información y educamos a la población en las necesidades de salud. En un sistema público y garantista, el coste-oportunidad, aunque se tiene en cuenta, en el análisis de balances, el reto será el coste-oportunidad no negativo o positivo, según entendamos. Cuando tú haces una evaluación de una tecnología que incorporas, y que es coste-efectiva, calculas el NNT, el número de necesarios para tratar, y estableces, ¿qué haces con lo que te sobra de esa incorporación de esa nueva tecnología? El reto es incorporarlas a otras que tenemos. Siempre hablamos del coste-oportunidad de qué incluyo, es lo que socialmente y en la prensa se conoce, si hago esto no hago lo otro, por qué, a lo mejor, sí podemos hacer los dos, o, incluso al revés, hago esto con menos costes y lo que me sobra lo dedico a otras áreas deficitarias. Es complicado y, aunque hay herramientas, tenemos que romper esa transversalidad que hay entre lo que piensan nuestros gestores, políticos, que deciden las políticas sanitarias en base a los informes, a lo que el clínico de a pie detecta, en el día a día, y es donde se evalúa lo que es necesario y el compromiso con los profesionales porque algo sea válido y



José María Eirós Bouza

se pueda poner en marcha. Y donde tendremos que trabajar de cara al futuro. En el cuarto plan andaluz de salud establecemos estrategias en ese sentido, en valorar problemas de impacto en salud, que salga en el seno de las unidades, y de ahí crezca hacia arriba.

**J. Font:** Ignacio, ¿evaluamos o no los problemas con más impacto?

**I. Ayerdi:** No, por decirlo de una manera radical. Si nos fijamos, por ejemplo, en una cosa tan específica como un episodio agudo de un problema arterial, prácticamente, en cualquier ciudad del país, seamos capaces de, entre 60 y 90 minutos, hacer un cateterismo a un paciente que tenga un infarto de miocardio. Hace poco publicaba el *British Journal* que el 80% de las muertes cardiovasculares eran evitables, es decir, hemos hecho una asignación de recursos, está muy bien, a resolver un episodio agudo, que es importante, pero ¿qué hacemos en el área de promoción de la salud, de esas muertes evitables? Ahí había que hacer un paso de una medicina, que todavía es muy reactiva, a una más proactiva, que enfoque más en la prevención y en abordar todas esas cosas que podrían evitar la enfermedad. Pero el sistema remunera al sanitario por tratar la enfermedad no por evitar

que se produzca, eso, ligado con la financiación, que estimula un tipo de comportamientos u otro, si lo que se remunera es tratar la enfermedad, pues es lo que se hace, si se remunera evitarla, pues las cosas cambiarían.

---

***“Lo peor de la crisis es que es una crisis de valores, que ahora se ha puesto encima de la mesa. Y se habla mucho de incorporar la gestión y la ética en la diversidad porque nadie nos ha formado, salvo el interés personal de cada uno”***

**Javier Font Celaya**

---

La asignación de recursos tiene mucha inercia, es historicista y, por lo tanto, se siguen haciendo cosas que se sabe que no se deberían hacer. Leí que había una iniciativa, “Compromiso con la realidad”, en la que cincuenta sociedades científicas se han comprometido en identificar cinco intervenciones, en el menor de los casos son inocuas, pero que alguna de ellas tendría algún efecto. Es muchísimo que cincuenta sociedades se comprometan a identificar cinco acciones que se hacen ahora y no valgan para nada. Eso, si lo quitamos del coste-oportunidad, los recursos que se dedican a hacer esas cosas evitan los beneficios que se obtendrían con esos recursos utilizándolos de otra manera. Ahí hay un área clara de mejora y de iniciativas muy positivas

**J. Font:** Un área clara y ya ha empezado a despegar, en España no tanto, desde el informe “Errar es humano” donde ponen la alerta, en EE. UU., de que 80 000 muertos en los hospitales, no tenían que haber muerto, los efectos adversos, eso derivó en otro informe y todo este tema.

**A. Castro:** Sobre lo que ha dicho Ignacio, dejar de hacer, a lo que hace

referencia, que sea un informe de la NICE, nosotros estamos incorporando esas recomendaciones en los acuerdos que firman las unidades de gestión clínica, donde, cada unidad, debe seleccionar prácticas clínicas obsoletas, o que no aportan valor, o hay otras que mejoran los resultados, y poner en marcha estrategias para intentar eliminarlas de nuestra práctica asistencial. Es el futuro hacia rentabilizar los recursos que tenemos, para que no sea *incrementista*, y pongamos una cosa y no la quitamos hasta la siguiente, es automático el crecimiento.

**J. Font:** ¿Qué cuentas de resultados manejamos? ¿Son indicadores de la situación de crisis y nos aportan elementos de futuro?

**J. M. Eirós:** Me da la impresión de que la fiscalización de las cuentas públicas es lo que obliga al presupuesto y lo demás sobra. Es así, las cuentas de resultados como las conocemos conceptualmente, en la gestión del sistema sanitario público, al final es poner en claro el gasto necesario para producir algo, nuestro producto es muy delicado, y seríamos insaciables, nos limita la Consejería de Hacienda y nosotros tenemos una limitación grande. Aquí sí que se podría aplicar lo del coste-oportunidad, cuando uno se decide por una opción que determinas, y lo que dejas de coger, pero lo determinas a futuro. En las cuentas de resultados que manejamos podré tener responsabilidades penales si hago lo que no debo, sobre todo, si robo, malgasto, provocho el fraude, pero si en la cuenta de resultados eres capaz de demostrar que el beneficio es en salud, de lo que haces, no siempre ahorrar es el objetivo. Pero lo único que percibo es que nuestro producto en salud es muy delicado. Tratamos, aunque no lo creamos, seres humanos. Las cuentas de resultados, en síntesis, están absolutamente cercenadas por

un sistema intervencionista, fiscalizador y poco eficiente, aunque aprendimos, del profesor Barea, que habría que exigir y ser rigurosos. El economista aporta y tiene luz, pero hay algún valor superpuesto a nuestra actividad que nos debiera de alertar, y alguien debiera de ser capaz de tener el impacto político y la influencia para saber que probablemente lo nuestro no sean matemáticas. Y esto es muy importante decirlo aquí.

**J. Font:** En la empresa privada, que manejáis cuenta de resultados y de ahí sacáis conclusiones y actuaciones a seguir, ¿cómo lo ves en nuestro mundo?

**I. Ayerdi:** La crisis llega a la empresa, tiene que tomar medidas de austeridad y recorte de costes, pero eso, siendo necesario, no es suficiente. Es decir, son organizaciones maduras, y una organización sanitaria es madura, por el nivel intelectual medio del profesional sanitario, y, desde mi percepción, la gente podría aceptar: estamos en época de crisis, tenemos un déficit, que no soporta Bruselas, hacer un plan de contingencia; pero hay que hacer un plan de después, para que la gente no se desmotive. Ahora solo hay, en los años que llevamos, uno tras otro, un recorte y otro más, y no hay un plan estratégico que diga: "Vamos a discutir la financiación que es necesaria para el sistema", porque esos profesionales reaccionarían con otra motivación, serían capaces de apretarse el cinturón, sabiendo que hay un plan detrás. Ese plan falta, a pesar de que hay informes de organismos, pero echo de menos, como ha hecho el National Health Service, un *call for action*, es decir, la salud es tan importante, el reto que tenemos de transformación es de tal índole, que hay que hacer una llamada colectiva a todos los agentes, profesionales sanitarios, políticos, proveedores, para que entre todos se defina una sanidad sostenible y que aporte ahorro.

**J. Font:** ¿Qué manejáis? ¿Habéis logrado meter al paciente en esta crisis?

**A. Castro:** Lo intentamos, se consigue, como siempre, por barrios. Siempre la cuenta de resultados tiene ganancias y pérdidas, es fácil, es decir, cuánto presupuesto tengo, cuánto gasto y cuánto necesito. Tenemos que incorporar al ciudadano, sus necesidades de salud, sus indicadores clínicos, es un buen momento. La situación de crisis nos enseña a sacar nuevos elementos que nos permitan hacer lo mismo, e incluso con mejor calidad, porque nos anclamos a lo que hacíamos antes, y cuesta mucho trabajo pegar el salto. La crisis, lo demuestra la historia, son una oportunidad para introducir nuevos elementos y formas de hacer cosas. Siempre que hablamos de cuentas de resultados hablamos de dinero, es buen momento para introducir los cuadros de mandos integrales, evaluar indicadores reales de proceso-resultados, el conocimiento que tengamos, ser transparentes, dárselo a los ciudadanos, y que ellos decidan, bien informados y formados, si avanzamos o no avanzamos en ese sentido.

---

*"Observo, a veces, que, en el profesional sanitario, el sentimiento de pertenencia a un hospital no transmite el orgullo que yo esperaría de una profesión que tiene una actuación social tan relevante. Ahí habría una labor importante que hacer, porque al final las personas hacen las organizaciones, trabajar en ese intangible de marca, de la institución"*

Ignacio Ayerdi Salazar

---

**J. M. Eirós:** Estoy de acuerdo, pero no sé si somos capaces de transmitir algo que, a mi juicio, es muy decisor. Estoy de acuerdo con la transferencia al

ciudadano, pero no os habéis planteado que el elemento de futuro, al hilo de los indicadores en situación de crisis, pasa por formar a las nuevas generaciones, pensad en vuestros centros, a los R1, a los 40 o 50 residentes. ¿Les damos elementos de gestión? o ¿dedicamos el café a hablar de la Liga...? Es decir, tenemos cultura en la organización de hacer formación continuada en lo que estamos manejando, ese es el elemento a futuro, en el coste-opportunidad, cuando tú eliges entre dos opciones, no es elegir en ese momento, porque elegimos mientras estemos, pero prever a 25, a 30, a 50 años, construir para el futuro, exige visión, y eso debíamos hacer. Es el elemento de futuro, debíamos pensar si en nuestras instituciones somos capaces de dar traslado de esto a los más jóvenes, a los que se han incorporado. Si tenemos programas, o si esto que estamos haciendo aquí les llega, porque, si no les llega, me parece muy bien lo que dice Antonio, es la sociedad, los pacientes, pero todos los profesionales del hospital son los decisores. El elemento de futuro es que, si somos capaces de formar a esas personas, probablemente el *know how* y el conocimiento difundan su ámbito y se trabaje mejor.

---

***“El resultado no tangible se percibe en términos de ejemplo y de arrastre, desde el punto de vista del profesional. No tenemos un sistema objetivo de medir lo no tangible por definición, pero sí habría que inventar o diseñar un sistema donde al líder se le reconozca”***

**José María Eirós Bouza**

---

La crisis nos enseña que hemos perdido formación y capacidad de llenar el hueco diario en algo que es importante, y al futuro se llega planificando a

largo y haciendo acciones concretas, que muevan inteligencia, conocimiento, capacidad de decidir. Alabo las iniciativas de capturar a los residentes y formarles en gestión, porque es lo que necesita el sistema, hacer una visión, que, dentro de veinte años, saldremos o no de la crisis, pero la auténtica crisis es cómo es posible que esto ocurra.

Hasta donde conozco, en las instituciones extranjeras de prestigio, siempre se ha tenido a gala atender al necesitado, pero, por desgracia, sabéis que, en el sistema, que impera en el mundo, no prima eso. Nuestro país sí lo hace bien, nadie en urgencias rechaza una asistencia urgente para una persona que no tiene recursos, pero, un elemento a futuro, es poner en la cuenta de resultados lo que nos cuesta ese tipo de atención. Y qué filtros ponemos a las 25.000 angioplastias, que hemos hecho en nuestro centro, el cuarto del país, líder en cardiología, pero coloca, entre comillas, “mucho muelle”, a ciudadanos que no han contribuido a la caja, a personas inmigrantes. La situación de crisis me ha enseñado que seguimos ignorando a los profesionales que se incorporan y es dramático, porque no tenemos capacidad para motivar a los mejores de los nuestros. Luego no reconocemos el liderazgo y me da la impresión que personas sesudas se reúnen en foros como este, discuten, hablan, pero acciones reales, concretas y pequeñas, en el día a día, es lo que necesita el sistema. Si no somos capaces de implementar eso, hemos perdido la hora y media.

**J. Font:** Evidentemente, lo has dicho bien, lo peor de la crisis es que es una crisis de valores, que ahora se ha puesto encima de la mesa. Y se habla mucho de incorporar la gestión y la ética en la diversidad porque nadie nos ha formado, salvo el interés personal de cada uno. ¿En qué medida

analizamos las necesidades de nuestras intervenciones en términos de solidaridad-justicia? Eres director de accesibilidad, además de la lista de espera, hay otros parámetros que mirar, ¿analizáis esto?

**A. Castro:** Es un debate muy intenso socialmente. Culturalmente, cuando miras la flexibilidad, lo más fácil de medir es lo que está recogido en la norma, la justicia, a fin de cuentas, es: "Son las normas establecidas en las reglas que nos gobiernan", y dices, bueno, el paciente tiene una garantía, de tanto tiempo, para acceder a una prestación sanitaria, lo mides con otras personas. Eso no tiene que estar reñido, igual que la solidaridad, creo que estamos dispuestos a ofrecer, entre todos, para que todos nos beneficiemos. Medir esto no es fácil porque no tenemos herramientas potentes que nos digan si el coste de esas iniciativas, que no están regladas por la norma, en términos concretos y específicos, es necesario. Nos metemos en un debate árido cuando el impacto económico es pequeñito o, al revés.

Hablando de solidaridad y justicia pensamos siempre en el social y económicamente más necesitado, pero también tenemos grupos pequeños de población, que tienen patologías importantes, que consumen una importante tarta de los recursos: enfermedades raras, nuevos medicamentos, que curan, el caso de la hepatitis C. Los resultados son analizados desde la bibliografía, de impacto en salud, para ese pequeño grupo de población. Eso, en el conjunto de la población, ¿cuánto es? Es un debate muy reñido en la flexibilidad, hablábamos siempre de accesibilidad geográfica y, ahora, de accesibilidad a los mismos resultados, a la misma prestación de servicios. Ahí tenemos que avanzar en incorporar, y lo estamos intentando en Andalucía desde hace mucho tiempo, y cada vez

está más cerca, a depositar en el profesional el liderazgo clínico y que oriente de verdad las actuaciones, con los ciudadanos, y el conocimiento científico técnico demostrado.

**J. M. Eirós:** Estoy de acuerdo. Pero la eficiencia sí tiene una connotación social y más en la época de crisis. Desde el punto de vista del gestor, seguro que habéis tenido que tomar decisiones a nivel micro, donde un término sería la eficacia máxima, en un proceso con un paciente, y otro la eficiencia social, y ya está, es así, y habrá que tomar el balance para la comunidad. Luego, la justicia, que estoy de acuerdo con la definición que has dado, hay otra, la de Ulpiano, la constante voluntad de dar a cada uno lo que le pertenece. Solidaridad es un paso más y aún habría un paso más: la caridad. Los grandes hospitales, instituciones, del mundo, el Presbiteriano de Nueva York, el paso lo dan por encima, pero hay que tener caja para hacer frente a la demanda. Y analizar las necesidades de nuestras intervenciones, en estos términos, no es homogéneo. Una es la justicia y otro la solidaridad, no hay que confundir.

---

*"Hablábamos siempre de accesibilidad geográfica y, ahora, de accesibilidad a los mismos resultados, a la misma prestación de servicios"*

**Antonio Castro Torres**

---

**J. Font:** Pero, por ejemplo, en las listas de espera, tenemos la capacidad de poner preferente o normal, y, dentro de los normales, hay algún estudio, de cataratas, por ejemplo, que analiza un paso más allá, si es dependiente o no, si alguien depende de él o no, si, al estar pendiente de una intervención, está de baja laboral. Entonces,

¿pensáis que habría que incluir algún otro elemento más en términos de justicia? "Seguro que sí" (Antonio Castro).

### Turno de preguntas

**M. T. Alonso (directora de Continuidad Asistencial del Hospital de Alorcón):** Cuando habéis hablado de la asignación de recursos a lo excepcional, pensaba "soy médico de familia, todos los ciudadanos tienen un centro de salud, médico y enfermera de Atención Primaria de referencia, afortunadamente muy pocos utilizan al cirujano cardiaco, el 100 por 100 tiene un centro de salud, pero pocos utilizan la medicina hospitalaria". Digo muy pocos porque podríamos hacer equivaler el hecho de la asimetría entre niveles como que, cuando estamos presupuestando, a lo mejor de una manera muy simétrica, con respecto a la Atención Primaria, la Atención Especializada, no estamos realmente presupuestando lo excepcional. ¿Cómo sería el escenario, que dibuja Ignacio, de si retribuyéramos la promoción y la prevención? ¿Desperteríamos vocaciones por la Atención Primaria si el salario de un médico de familia fuera el doble que el de un médico del hospital?

**I. Ayerdi:** Confirmando mi percepción de que hay una asimetría en desfavor de la Atención Primaria, y creo que eso es uno de los cambios a los que tiene que ir el sistema, a potenciar más la Primaria, ¿quién puede gestionar la salud? Estábamos hablando de realidad de enfermedad, aunque el título es salud, pero falta dedicación de recursos a que, cuando el ciudadano esté sano, sea consciente que puede hacer cosas para conservar esa situación de estar libre de enfermedad, sin ponernos de acuerdo en qué significaría eso. Pero ahí la Primaria podría hacer una labor importantísima, en su interrelación con la ciudadanía, y más ahora con correo

electrónico, Whatsapp, que tendrían que estar reconocidos como parte de la actividad que hace ese médico de Primaria, para promover ese tipo de cosas. Resumiendo, Primaria está infravalorada y se tiene que reforzar su papel, la estima, de tal manera que, cuando los MIR quieran coger especialidad, el que vaya a Primaria, sea tan importante como el que escoja Neurocirugía, que me da la sensación que no es así todavía.

**J. Font:** Siempre se ha dicho que Primaria es la llave del sistema y, en algunos sitios, como Cataluña, hicieron un experimento que acabó siendo ensayo y práctica habitual, las Entidades Básicas Asociativas en Primaria, que funciona con otra serie de incentivos, gestionan su Centro de Salud, y el que está allí está contento, es decir, tienen otros incentivos y otra cuenta de resultados. Se podrían ensayar algunas líneas en este camino.

**A. Castro:** Me dedico a la accesibilidad en todos sus extremos, y los pacientes acceden a nuestros hospitales desde Atención Primaria, como foco principal, o a través de Urgencias. Deberíamos orientar nuestros recursos a Primaria, con las necesidades que tienen, para que, los que estamos en hospitales, prestemos servicios a ellos, no al revés. Eso influye en lo que socialmente está reconocido, socialmente el Hospital vende más que Primaria, por desgracia, y eso es donde tenemos que trabajar para ese cambio cultural, dando los medios y herramientas para que Primaria pueda responder al 90% de la cartera de servicios y de la patología que tienen los pacientes. Y que sea la Atención Hospitalaria, más que una derivación, una consultoría, entre un compañero y otro, igual que un cardiólogo consulta con un digestivo o con un cirujano cardiaco, algo que ha detectado en un paciente. ¿Por qué no avanzamos y hacemos lo mismo

con la Atención Primaria y los médicos hospitalarios? Sería un reto eliminar el papel de la derivación.

**J. L. de Sancho:** La cultura de la evaluación es uno de los grandes problemas de nuestro país, es decir, no existe entre nuestros profesionales, en parte, por la responsabilidad asumida por las Agencias de Evaluación, se ha dicho antes, seis agencias. No tenemos un NICE, como el británico, se está proclamando que hubiera un NICE en España que unificara, homogeneizara, la cultura de la evaluación. Pero no ha llegado a los profesionales, hay comisiones en los hospitales de todo tipo, pero falta la cultura de evaluación. Eso debería empezar a tratarse en la universidad, es decir, antes de acabar, que el alumno, que va a ser médico, y después especialista, durante esos años, incorpore la cultura de la evaluación a su forma de trabajar, de hacer, valorar el resultado final de sus actuaciones, el consumo de recursos que supone cada actuación que va a tener cada día porque, detrás de cada facultativo recetando o indicando un catéter concreto, no hay un gerente. Los gerentes no estamos detrás de cada profesional. De manera que, si no vamos por ahí, difícilmente vamos a mejorar en estos aspectos, sobre todo de cara a la eficiencia. ¿Por qué las guías de práctica clínica no se siguen en este país? ¿Por qué sociedades científicas, como la de Cardiología, o la de Oncología, se han preocupado de hacer magníficas guías de práctica clínica, y además actualizándolas periódicamente, y, sin embargo, parece ser, no se acaban de seguir? Seguir las Guías de Práctica Clínica tendría que poner coto a la variabilidad de la práctica clínica que todavía se dice que nuestro país es líder en variabilidad de práctica clínica. ¿Qué creéis que podemos hacer?

**J. M. Eirós:** Lo has dicho todo. Estoy de acuerdo. Solo un reto, por concretar, es

verdad, en los planes de estudios de grado, de las titulaciones sanitarias, debiéramos de introducir, sin demora, lo que tú propones. Creo que es una obligación.

**J. Font:** Las guías de práctica clínica no solo es la hoja de ruta, te da tranquilidad, incluso legal, a la hora de hacer las cosas, disminuyes la variabilidad, te haces más eficiente, pero, sobre todo, no deja de ser un seguro para el ejercicio del día a día.

**P. Serrano (responsable de una Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias):** Quizás pueda dar alguna pista porque si, efectivamente, el problema de la variabilidad, nos afecta a todos los sistemas sanitarios, públicos y privados, de una forma muy parecida, no somos tan líderes en eso. Las guías de práctica clínica surgen para tratar de minimizar este problema, pero no es España el único lugar en donde no se siguen. Los puntos de avance están, ahora, en cómo ligar las guías de práctica clínica con la historia clínica electrónica, cómo vincular las recomendaciones que hacen las guías de forma automática, sin que el profesional tenga que buscar el apoyo de la guía, que aparezcan como recomendaciones en el momento en que va a tomar una decisión de tipo diagnóstico o terapéutico, recordándole que hay procedimientos que deberían tenerse en cuenta. Lo mismo podemos hacer a la hora de recomendar los tratamientos siguiendo criterios, no solamente de efectividad, sino de coste-efectividad. Por lo tanto, ahora, el punto de avance, a nivel internacional, está en la implementación de las Guías de Práctica Clínica para que no estén lejos del profesional que toma una decisión, sino que estén imbricadas dentro de la historia clínica electrónica y que surjan de forma pasiva, sin que el profesional tenga que buscarlo. Esto hay que evaluarlo también, porque exige costes adicionales.