

Gestió clínica: gestió de la misèria?

Òscar Pablos

En els darrers anys, hem contemplat com des de diferents ens autonòmics es proposa un canvi en el model participatiu dels metges, insistint en el **concepte de gestió clínica**. Si fem una recerca a Google amb l'expressió "definició de gestió clínica" obtindrem 81.100 resultats. Mirem alguns exemples:

- *Proceso de rediseño organizativo que incorpora a los profesionales sanitarios en la gestión de los recursos utilizados en su propia práctica clínica. Supone otorgar a estos profesionales la responsabilidad sanitaria y social que le corresponde a su capacidad de decisión junto al paciente (Asturias).*
- *Uso de los recursos intelectuales, humanos, tecnológicos y organizativos, para el mejor cuidado de los enfermos (Madrid).*
- *La gestión clínica es un proceso de diseño organizativo que permite incorporar a los profesionales en la gestión de los recursos utilizados en su propia práctica clínica (Andalucía).*
- *S'hauria de parlar de gestió participativa més que no del concepte de gestió clínica, amb la participació dels professionals, pacients i els ciutadans (Catalunya).*

Tots ells caracteritzats per la seva edulcoració i el seu perfecte disseny teòric des del punt de vista de metges no assistencialistes o de persones no mèdiques. Però, que en pensen els metges d'aquesta gestió? Ens sentim part de tot això o mes aviat ens veiem obligats a col·laborar?

Existeixen **tres grans nivells de gestió: macro, meso i microgestió**. Estrictament, al metge li correspon aquesta darrera, que pot arribar a suposar el 70% de tota la despesa sanitària d'un país. Però, qui se n'ocupa de les altres?

Tenim diferents exemples a nivell estatal-ministerial:

Ana Mato, que serà recordada per la seva "magnífica" gestió de la infecció per virus ebola, així com per aprovar el Reial decreto 16/2012, que va suposar l'exclusió de l'assistència sanitària entesa com a universal i gratuïta per a 800.000 persones. Leire Pajín, ministra de sanitat amb 34 anys, que es va presentar a la seva primera compareixença amb una *PowerBalance*. I Trinidad Jiménez, que va destinar 98 milions d'euros a adquirir vacunes per a la grip A i el medicament Tamiflú en contra del criteri de molts experts científics, amb expressions de "custodiades per l'exèrcit", i que van suposar la destrucció d'uns 4 milions de dosis que no van ser necessàries.

Veient aquests exemples, no ens ha d'estranyar que en un estudi comparatiu entre tots els països europeus, el principal determinant en l'aplicació de retallades sanitàries no sigui el color del partit polític governant, sinó el deute monetari existent en el mateix

i lligat a la dependència del FMI, i que manté com a imprescindible i absolutament necessari "establir sistemes de copagament sobre serveis públics tals como la sanitat i l'educació, millorant-se així les capacitats de finançament de tals serveis", "reducció dels costos de la prestació de serveis de sanitat i educació públics", "millorar els controls i el compliment de les fites fiscals". Això sí, no a tothom per igual. Països com Espanya i Portugal s'han vist "obligats" a fer-ho, mentre que d'altres, com Suïssa, Alemanya, Luxemburg o Àustria, no només no ha reduït el pressupost, sinó que han destinat major percentatge del PIB a les seves polítiques sanitàries.

Donat que les competències sanitàries estan transferides a les comunitats autònomes, anem a veure casa nostra. Boi Ruiz, doctor en Medicina i Cirurgia per la Universitat de Barcelona i diplomat en Gestió Hospitalària per l'Escola d'Alta Direcció i Administració de Barcelona, i amb una llarga i consolidada experiència en l'àmbit clínic hospitalari en l'especialitat de cirurgia ortopèdica i traumatologia, així com en gestió hospitalària. Ha dirigit diferents projectes de consultoria a l'Estat espanyol i a nivell internacional. També ha estat autor de múltiples articles i estudis sobre sanitat i atenció a la dependència. Ha estat vinculat al món acadèmic com a professor col·laborador en formació de pregrau i postgrau d'economia de la salut i gestió empresarial sanitària en diferents centres acadèmics. Va ser el darrer dels consellers.

A Catalunya, l'activitat de **macrogestió** del conseller Ruiz dels últims 5 anys ha consistit, de forma resumida, en:

- Reducció del pressupost sanitari global de 9.426.529 milions d'euros el 2009 a 8.290.594 el 2015. Això suposa una pèrdua en nombre total de 1.135.985. D'aquests, més del 22% (257.044) corresponen a despeses en personal. Això ha suposat que l'any 2013 (últimes dades) Catalunya fos la comunitat autònoma que menys destinés en remuneració al personal de tot l'Estat.
- A l'Institut Català de la Salut, on les dades són detallades, hem passat de 41.729 a 36.070 treballadors sanitaris, un 13,6% menys. Perdem més de 1.000 metges, però no en igualtat de condicions: 4 de cada 5 són metges d'atenció primària.
- L'establiment de la taxa d'un euro per recepta durant el període juny 2012 - gener 2013 i declarat inconstitucional, va suposar una recaptació de 45,7 milions en aquests sis mesos. El novembre de 2015, s'han retornat només 815.914 euros.
- Increment ignominiós de les llistes d'espera per visita mèdica, proves i cirurgia.
- Disminució de la despesa per càpita de més del 17% (uns 200 euros per ciutadà) en el període 2010-2014.
- Increment progressiu de la col·laboració entre sanitat pública i privada, que només l'any 2011 va suposar 2.450 milions. Com a anècdota, la següent comunitat és Madrid, amb 750 milions, i Andalusia, amb 446. En termes relatius, Catalunya va

destinar el 24,1% del total del pressupost, seguida de Canàries i Balears, amb el 10,3% i el 8,8%, respectivament.

Si analitzem la **mesogestió** han existit diferents iniciatives, moltes de elles retirades o que han acabat dormint en un calaix. El Consorci Sanitari a Lleida, i el CIMS a Girona, Tarragona i Barcelona ciutat. Hi ha molts exemples en què s'han creat moltes tensions en les polítiques de contractació de personal i càrrecs entremitjos. Així com la possibilitat d'entrada d'entitats privades amb ànim de lucre. El **Consorci Sanitari de Lleida** n'és un exemple. L'intent de fusió entre l'ICS i el GSS, ambdós de titularitat pública, que implicava la fusió dels Hospitals Arnau de Vilanova i Hospital Santa Maria, juntament amb els centres d'atenció primària. Curiosament, els treballadors van ser informats a través dels mitjans de comunicació; de forma prematura, la Delegació Territorial de Lleida va comunicar el repartiment de càrrecs directius abans d'explicar el projecte. Algú pot explicar perquè un hospital de 115 llits, segons la seva pàgina web, que l'any 2012 va donar 7.732 altes (21,2 altres diàries) i va atendre 4.773 urgències (13,1 urgències diàries de mitjana) necessita gerent, adjunt a Gerència i director? Ningú va voler explicar que donat que els treballadors de GSS eren majoritàriament laborals i els de l'ICS, estatutaris, quina seria la política de noves contractacions d'aquesta entitat. Com tampoc es va negar que era possible l'entrada d'entitats privades sense ànim de lucre, això sí, necessitant el vot unànim del patronat, del que l'ICS i el CatSalut representaven el 80%. I, per suposat, canvi normatiu implica que la nova institució seguirà una gestió de comptes convencional, amb guanys i pèrdues, i no una gestió pressupostària amb un control a priori. Afortunadament, i en gran part per la pressió ciutadana i dels agents socials, tots coneixem el desenllaç de la història.

Un altre exemple és el **projecte VISC+**, definit per l'Agència Catalana de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAs) com "una col·laboració entre el sector públic i privat" per "donar valor" a la ingent quantitat de dades que genera el sistema de salut de Catalunya, consistent en posar a la disposició de la comunitat científica informació anònima per obtenir un valor, no econòmic, sinó ciutadà. Com han intentat obtenir aquest valor? Doncs convocant un concurs, definit inicialment com a públic, i, posteriorment, catalogant aquesta gestió totalment pública com a "transitòria", amb la finalitat d'engegar el pla per adjudicar la gestió de les dades sanitàries per valor d'uns 25 milions d'euros durant els propers vuit anys. Novament, paralitzat a través del Parlament de Catalunya.

A Catalunya, i anticipant-se al "Proyecto de Real Decreto RD/ /2015 por el que se fijan las bases para la implantación de las Unidades de Gestión Clínica en el ámbito de los Servicios de Salud", s'han posat en marxa les denominades Unitats de Gestió d'Atenció Primària (UGAP), definides com un model enfocat a la productivitat, una interlocució territorial més propera i donar més poder als professionals, a més de reconèixer el seu lideratge clínic.

Crida l'atenció que en el procés selectiu per escollir els directors de les unitats, en un 36% dels casos es va declarar aquesta convocatòria com a “deserta” malgrat existir candidats, obrint la porta a una designació “escollida prèviament”.

Quins han estat els resultats? Un distanciament gegantí entre la direcció i l'equip assistencial. Una direcció encaminada exclusivament als resultats numèrics i econòmics, i que escull els adjunts o el líder clínic sense consensuar-ho amb els professionals. Una figura, el líder clínic, viscuda per molts metges com a inquisitorial, destinada a revisar de forma continuada la prescripció farmacèutica, el perquè es demanen determinades proves diagnòstiques o les derivacions cap a la especialitzada hospitalària. De manera que, com encertadament diu la FoCap, “tota la part qualitativa i intangible del treball s'ignora i tot s'orienta a resultats mesurables quantitativament”.

A nivell estatal, tant la CESM, l'OMC com el Foro de la Profesión Médica, han rebutjat el projecte de RD sobre gestió clínica, amb molts arguments, però principalment perquè no queda clara la vinculació i lideratge dels metges en les Unitats de Gestió Clínica. I perquè permet que tots els professionals, tant sanitaris com no, tinguin una participació equivalent en el procés. Consideren que el que realment es vol és un control estricte de la despesa relacionada amb l'activitat mèdica, sense tenir clar encara quins criteris científics s'utilitzaran. I en cap cas analitza ni dona solucions a la greu precarietat laboral del sector mèdic.

Si arribem a la **microgestió**, a Catalunya es caracteritza per presumir dels seus resultats en salut, però condicionats sempre a allò que es pot mesurar. Segons quin criteri? Per a la gran majoria dels nostres gestors, hi ha tres pilars bàsics: la Direcció per Objectius (DPO), l'Estàndard de Qualitat Assistencial (EQA) i l'Estàndard de Qualitat en la Prescripció Farmacèutica (EQPF). Consideren imprescindible el seu assoliment, de tal manera que condiona el desenvolupament de la carrera professional, o el poder accedir a la direcció o gestió d'un equip d'atenció primària o d'un servei hospitalari. El metge que no compleix, independentment de la causa, és cridat a l'ordre i, en moltes ocasions, es tendeix a culpabilitzar-lo de que la resta de l'equip no assoleixi un major percentatge de puntuació global, que implica menys guany econòmic.

És d'esperar que els nostres resultats en salut, donat aquest triple control, siguin superiors al de la resta de comunitats autòniques on no s'apliquen. La realitat és que la taxa ajustada de mortalitat durant el període 2004-2011 ens situa en la sisena posició (462), en la quarta si ens referim a mort atribuïble a l'aparell circulatori, en segona si l'origen és cerebrovascular i en vuitena si el responsable és un tumor.

La majoria de metges segueixen presentant, després de la seva implantació, una actitud adversa cap a la gestió clínica. Per què?

És difícil tenir sistemes fiables d'anàlisi de resultats de l'aplicació de la “millora contínua”, així com de “la medicina basada en proves”. Estem davant d'una possible situació de sobrediagnòstic i sobretractament. Sembla que aquest fet podria ser a

causa d'una barreja de "bones intencions" del sistema sanitari, però també dels possibles interessos espuris d'alguns grups econòmics.

S'ha demostrat que els sistemes de pagament vinculats a objectius (*pay for performance*) poden ser efectius, però sovint ho són a curt o mig termini, i sempre menor a l'esperat pels gestors, i pot tenir efectes secundaris negatius significatius. Hi ha la possibilitat que puguin fer-se "invisibles" algunes necessitats dels pacients que no han estat incentivades. O bé al contrari, amb el sobrediagnòstic es poden produir efectes negatius en persones sanes, que també provocaran un augment de la despesa sanitària innecessària.

Tampoc s'asseguren els principis d'ètica i bona praxi amb aquests mecanismes d'incentivació ja que, a vegades, es pot posar en risc el concepte de "beneficència" i no de "maleficència" que regeix el nostre codi ètic.

En el sentit contrari, també s'ha demostrat que les polítiques d'austeritat en els recursos sanitaris, a part de provocar una dificultat pel creixement econòmic del país, també produeixen un incalculable cost en termes de patiment i mort.

Sovint, a l'augmentar la capacitat de resolució d'un equip, no es disminueix la despesa. Tampoc s'ha demostrat que la integració de serveis d'atenció primària i d'atenció especialitzada o hospitalària, sempre sigui més resolutiva i més eficient.

Podem concloure que mentre els «gestors» encarregats de l'alta direcció no s'aproximin d'una vegada a la realitat clínica de cada dia, i els clínics no assumeixin que són responsables de les conseqüències econòmiques de les seves decisions, seguir parlant de gestió clínica continuarà sent una entelèquia.