

**Julián Librero** [De cómo los médicos colaboran en la obtención de información y en la generación de conocimiento. El caso de la variabilidad en España]

**Tesis**

1. En asistencia sanitaria la geografía es destino. Las tasas con que se aplican procedimientos médicos o quirúrgicos a poblaciones con estructuras demográficas comparables muestran enormes variaciones, más allá de las explicables por azar. Se trata de un fenómeno ampliamente descrito en la literatura bajo la rúbrica Variaciones en la Práctica Médica (VPM) <sup>[1]</sup>
2. En un entorno preocupado por la adecuación, efectividad, seguridad y coste de las intervenciones sanitarias, el análisis de las VPM puede ser útil para cambiar el acento de la gestión (macro, meso y micro): desde una perspectiva centrada en las instituciones sanitarias (incrementos de la producción y la productividad, reducción de la duración de la estancia y grupos relacionados de diagnóstico -DRG-, etc.), a una perspectiva poblacional.
3. La irrupción de sistemas de información para la gestión, en parte facilitados por las nuevas tecnologías de la información-comunicación (TIC), se ha producido en un Sistema Nacional de Salud (SNS) descentralizado. Recomponer la imagen global y mejorar la transparencia, sólo es abordable dentro de un proceso horizontal que de confianza y demuestre el valor añadido de la cooperación.

**Argumentos**

- Vivimos un tiempo complejo caracterizado por la preocupación de los gobiernos y las sociedades por el crecimiento del gasto sanitario (con retornos marginales de mejora de salud cada vez más escasos), por la conciencia de amplias VPM no explicables por diferencias en la morbilidad de las poblaciones que implican sustanciales variaciones en gasto y resultados y, en general, por la efectividad y seguridad de las prácticas médicas. Estas preocupaciones se acompañan de un mayor interés de los pacientes, y de los proveedores, en obtener información sanitaria válida y fiable, y en participar en las decisiones que afectan a su salud. <sup>[2]</sup>
- Es un lugar común señalar el papel central que la información juega en la asistencia

sanitaria <sup>[3]</sup>. De ahí que, por un lado, la relación médico-paciente, se tipifique como una relación de agencia, de información asimétrica <sup>[4]</sup> y, por otro, que la organización de estos expertos, para la asistencia colectivizada, se catalogue de «burocracia profesional» <sup>[5]</sup>: donde la “toma de decisiones de asignación de recursos” permanece en la base, con autonomía de actuación, normas procedentes del «exterior» (sociedades científicas), e identificación con la profesión antes que con la organización.

- No es extraño, por ello, que sea la información/conocimiento la pieza central del marco conceptual empleado por Wennberg<sup>[6]</sup> para explicar el fenómeno VPM. Según su «hipótesis de la incertidumbre», los recursos esenciales en atención sanitaria son los menos tangibles -la existencia de conocimiento (pruebas, evidencias, experiencia) o las características de su difusión e implementación (difusión de resultados de investigación, promoción farmacéutica, adhesión a las guías de práctica, etc.). En presencia de incertidumbre, o por ignorancia, los clínicos desarrollarían estilos de práctica diferentes, especialmente sensibles a la oferta (volumen) o demanda (preferencias). Combinando el grado de evidencia sobre su efectividad con algunos rasgos de las variaciones en su uso, han categorizado las intervenciones clínicas en procesos de atención efectiva, de atención sensibles a las preferencias de los pacientes y de atención sensible a la oferta. La generalización de este marco, al menos para explicar las primeras discrepancias en los patrones Medicare-SNS, requiere operativizar oferta en términos de la estructura de incentivos. <sup>[7]</sup>
- Las posibilidades tecnológicas, la estandarización (Conjunto Mínimo Básico de Datos al alta hospitalaria, CMBD) y nuevos enfoques de macrogestión (sistema DRG, pago prospectivo en las aseguradoras públicas en Estados Unidos), crearon, a principios de los 80, las condiciones que posibilitan el abordaje sistemático de las VPM. En el Estado Español, en proceso de completar su descentralización sanitaria, la información sobre morbilidad y procesos de atención hospitalaria, hasta entonces obtenidas por muestreo, experimenta también innovaciones disruptivas y a finales de 1987 el Consejo Interterritorial aprueba el establecimiento del CMBD. La integración vertical de esta información vino orientada por el proyecto de desarrollo y análisis de los DRG en el SNS: imputación de costes y derivación de pesos, y desde entonces se limita al establecimiento de la norma estatal de tiempo de estancia para los diversos DRG. En términos de macro y mesogestión aportan información sobre la eficiencia (costes «unitarios») de los centros, aproximación que sería (in)adecuada en

situaciones donde más (no) es mejor. El giro desde un enfoque basado en la eficiencia de los centros, a otro que considere el efecto de su actividad sobre las poblaciones, no requiere ningún nuevo salto tecnológico, sólo -y nada menos- que el acuerdo de las entidades con alguna responsabilidad en el desarrollar y/o análisis del CMBD en las diversas CCAA

- Aunque también existen variaciones en las prácticas de las administraciones sanitarias, la escasez de información de disponibilidad pública es una constante. Además de las causas usuales (renuencia a rendir cuentas, elevada “temperatura” de la política sanitaria), en el SNS se añaden dificultades adicionales: 1) interpretación muy restrictiva del principio de confidencialidad, que rebasa la protección de la información sobre la salud de las personas físicas, para proteger la información agregada de centros e instituciones sanitarias públicas obligadas a la transparencia; 2) Poca receptividad mutua -desencuentro de doble dirección- entre investigación y gestión sanitaria; 3) fraccionamiento y compartimentación de la información tras la descentralización organizativa. Cohabitar (y, muchas veces, superar) esta suma de dificultades se ha convertido en la principal fortaleza del Proyecto Atlas. El grupo VPM-SNS, en la actualidad, lo integran 60 investigadores de 16 CCAA, con diferentes experiencias y formas de pensar, pero que coinciden en considerar esencial la información poblacional para la gestión sanitaria y en que la información de todos aporta valor a la que teníamos cada uno, así que han apostado por cooperar para incrementar el valor de una información que venía estando compartimentada e infrutilizada.
- El actual proyecto VPM-SNS, nació hace 5 años en el seno de la desaparecida red temática IRYSS. En 2005 publicaron las tasas de cirugía ortopédica y procesos traumatológicos en 111 áreas de salud de 9 Comunidades Autónomas que incluían el 60% de la población española [8]. Desde entonces se han publicado 3 nuevos atlas (cirugía general, pediatría, cardiovascular) y otros 2 están en fase de edición (salud mental, cirugía oncológica), se han realizado otros informes y artículos, el proyecto se ha ampliado a 160 áreas en 16 CCAA, quedando pendiente de la incorporación de la Comunidad de Madrid para completar una primera imagen del impacto que sobre la población tienen las intervenciones sanitarias en el conjunto del SNS.

## **Conclusiones**

El análisis de VPM, en el contexto, SNS es útil y necesario para contestar preguntas

relevantes en macro, meso y microgestión. Respuestas a preguntas como ¿que factor explica mejor las variaciones territoriales en gasto sanitario: diferencias en la productividad de la organización (el margen intensivo: variaciones en el « precio » unitario, en tiempos de estancia por DRG) o en el uso poblacional del recurso hospitalario (el margen extensivo: variaciones en tasas de ingresos)? (macro), ¿tengo lista de espera porque indico mucho o a pesar de indicar poco? (meso) ¿que aspectos en un protocolo de atención al parto debo priorizar en mi servicio para disminuir el uso de la cesárea? (micro)

La hasta el momento corta historia de las VPM en el SNS sigue el patrón común de la tecnociencia <sup>[9]</sup>: es la historia de los recursos (literatura, proyectos financiados, traducción de intereses y alianzas) dispersos por redes destinadas a acelerar la movilidad, la fiabilidad, la combinación y la cohesión de cierto tipo de indicios (“discrepancias en las decisiones médicas”) que hacen posible la acción a distancia (reorientar la gestión sanitaria hacia un enfoque poblacional).

## **Bibliografía**

1. Peiró Moreno S. Variaciones en la práctica médica y utilización inadecuada de tecnologías. En: González López-Valcárcel B, editor. Difusión de nuevas tecnologías sanitarias y políticas públicas. Barcelona: Masson; 2005. p 101-33
2. Peiró Moreno S. De la gestión de lo complementario a la gestión integral de la atención de salud: gestión de enfermedades e indicadores de actividad. En: Ortún Rubio V, editor. Gestión clínica y sanitaria. De la práctica diaria a la academia, ida y vuelta. Barcelona: Masson, 2003. p 17-87
3. Meneu de Gillerma R. El impacto de las tecnologías de información y comunicación en los profesionales y usuarios de la sanidad. En: Ortún Rubio V, editor. Gestión clínica y sanitaria. De la práctica diaria a la academia, ida y vuelta. Barcelona: Masson, 2003. p 88-142
4. Arrow K. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. Am Econ Rev 1963; 53:941-97
5. Mintzberg H. La estructura de las organizaciones. Barcelona: Ariel, 1984.

6. Wennberg JE, Barnes BA, Zubkoff M. Professional uncertainty and the problem of supplier-induced demand. Soc Sci Med. 1982; 16:811-24
7. Peiró S, Bernal-Delgado E. ¿A que incentivos responde la utilización hospitalaria en el Sistema Nacional de Salud? Gac Sanit. 2006; 20(Supl 1): 110-6
8. Grupo de Variaciones en la Práctica Médica de la Red IRYSS (Grupo VPM-IRYSS). Variaciones en Cirugía Ortopédica y Traumatología en el Sistema Nacional de Salud. Atlas Var Pract Med 2005; 1: 1-20. [meter la web!!!]
9. Latour B. Ciencia en acción. Cómo seguir a los científicos e ingenieros a través de la sociedad. Barcelona: Labor, 1992.