

La gestión... y los que la quieren tanto

Daniel Cohn-Bendit, más conocido como *Dany el Rojo* por los medios de comunicación, nació el 4 de abril de 1945; fue, probablemente, uno de los principales protagonistas de la revolución de París de mayo de 1968. En la actualidad es miembro del Parlamento Europeo como presidente del partido Los Verdes Europeos. Su libro *La revolución, y nosotros que la quisimos tanto...*¹ representa una visión tardía de los que participaron en aquellos eventos que transformaron el mundo, una recopilación de experiencias vitales y un viaje individual y colectivo hacia una vida que se tornó diferente más de 30 años después. En realidad, es un análisis de la propia actividad y actuaciones de aquellos que se llamaron o distinguieron como anarquistas, palabra hoy casi en desuso; lo que quiere decir que estaban dispuestos a practicar la autorrevisión, la autocrítica. Sus actividades hoy son de lo más diverso, incluyendo la del propio Cohn-Bendit, eurodiputado, o de otros como Joshka Fischer, que llegó a ministro de Asuntos Exteriores de la poderosa Alemania reunificada.

Es, pues, la visión de una gestión pasada. Hoy las cosas son diferentes. Hoy vivimos en el mundo de la gestión; de la gestión del tiempo, de la gestión del agua, etc. Y, en medicina, vivimos en el mundo de la gestión. Lo más curioso es que todo el mundo habla de gestión, pero nadie nos indica qué es, de dónde viene y a dónde va, si es que va a algún sitio. Pues bien, la palabra «gestión» proviene del latín *gestio*, *-onis*, y su significado es la «acción y efecto de gestionar» o la «acción y efecto de administrar». La siguiente pregunta será, pues: «¿Qué es gestionar?», y la respuesta es «Hacer diligencias conducentes al logro de un negocio o de un deseo cualquiera». A partir de ahí podemos buscar el significado de otras palabras relacionadas como «gestor» y todas las que queramos identificar en este contexto. El Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española² es nuestra fuente y la de todos.

Y, a partir de aquí, puede que empecemos a encontrar explicación a muchos de los problemas que vivimos los profesionales de la medicina hoy en día. Uno debería interpretar esa acepción del Diccionario de la Real Academia en un amplio sentido, y en el que quizás haya que hacerlo es precisamente en el más claro, cual es el de las diligencias conducentes al logro de un negocio

Carlos-A. Mestres, FETCS

Editor-jefe

Sociedad Española de Cirugía Torácica y Cardiovascular

o deseo cualquiera. ¿Es, pues, la medicina un negocio, un deseo? La cirugía cardiovascular, la cirugía torácica, ¿son un negocio? Este editor tiene la sospecha de que muchos, si no la mayoría, de colegas y compañeros vivimos, desde hace unos 10 años, en un espacio de gestión, en el mundo de la gestión... Pero ¿cuál es nuestro papel, el de la mayoría de profesionales? La gestión es ya parte del día a día hospitalario; los puestos de responsabilidad, de mando, deben tener un perfil de gestión económica (lógico, por otra parte), pero lo más grave, en nuestra opinión, es que estén supeditados a los deseos de la institución y no al apoyo de los profesionales que hacen que las instituciones puedan desarrollar su función al servicio del paciente, por cierto, nuestro último objetivo como médicos y cirujanos.

Lo que sí parece ser diferente es que la visión tardía de Cohn-Bendit¹ es el escaso o nulo espacio que la «gestión» (o los gestores a cualquier nivel) como tal deja a la autocrítica. Ello es evidente en tanto en cuanto los objetivos a cumplir hacen que los conceptos no sean claros y se intente aprovechar información administrativa como herramienta de control médico. Un referente muy claro y reciente es el de las palabras de Torchiana y Meyer³ a propósito de un estudio comparativo realizado en los estados de California y Nueva York sobre los resultados de la revascularización miocárdica. Carey, et al.⁴ analizaron la base de datos de las altas de pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos y percutáneos entre 1999-2001. Los factores de riesgo para estos procedimientos se obtuvieron de la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD). Las conclusiones del estudio incluyeron que la relación entre los volúmenes de procedimientos de intervención percutánea y la mortalidad de la cirugía coronaria sugerirían un efecto negativo de desviación de pacientes con características no bien definidas de riesgo hacia la cirugía coronaria y los resultados negativos sobre ésta. Torchiana y Meyer³ fueron muy claros respecto al análisis de esta experiencia, y llamaban la atención sobre el hecho, muy importante, de que en el estado de California los resultados se basaban de forma exclusiva en datos administrativos.

La discusión se centra en el porqué de la popularidad y utilización de datos administrativos. Las razones principales son la accesibilidad y su bajo coste. Como está claramente definido³, la codificación es importante desde el punto de vista administrativo, si bien no ayuda en la distinción entre comorbilidad y complicaciones de procedimientos. Éste es un grave problema. Los datos administrativos no deberían ser la principal fuente de información para responder a problemas clínicos, ya que esto representa un grave sesgo^{5,6}. La realidad es que los datos admi-

Correspondencia:

Carlos-A. Mestres, FETCS

Editor-jefe

Sociedad Española de Cirugía Torácica y Cardiovascular

Príncipe de Vergara, 211, 10 E

28002 Madrid

E-mail: secretaria@sectcv.es

nistrativos son muy populares y sirven para establecer categorías institucionales, una especie de competición a la búsqueda del mejor lugar en una lista potencial de participantes. La cirugía torácica y cardiovascular ha sido y es pionera en el análisis exhaustivo de los datos clínicos⁷, lo que ha generado solidez en la información clínica y en las conclusiones que pueden extraerse de la misma, lo cual entraría en contraposición con el ya manido concepto de la «excelencia», que debería ser discutido más en profundidad, utilizado, en general, sobre la base de los datos administrativos. Además, es cierto que los datos clínicos son muy caros y los administrativos muy baratos y simples y, por lo tanto, no pueden ni deben extrapolarse conclusiones basadas sobre estos últimos para el control de la calidad clínica⁸.

Los últimos 10 años han visto la eclosión del manejo de datos administrativos. En nuestro ambiente, los cambios en los modelos de gestión hospitalaria, de los que se dispone de información en algunos casos^{9,10}, y la irrupción de las compañías del sector privado, que, por cierto, no dan nada por nada, en el análisis de la gestión administrativa han sollevado al establecimiento de una competencia interinstitucional que parece ser la moda en estos momentos; es decir, los hospitales ya están participando en lo que en terminología anglosajona sería una *league table* o *hit parade* de acuerdo con unos resultados, que se basan en datos administrativos¹¹. Estas tablas están disponibles para ser consultadas y analizadas por cualquiera a través de internet¹², y generan interés entre los participantes e impacto mediático. ¿Es éste un buen modelo o un mal modelo? La discusión está abierta. Lo cierto es que la metodología de confección de estas listas de instituciones se basa en unos indicadores de calidad asistencial, funcionamiento y «sostenibilidad» económica de la práctica clínica, es decir, en datos administrativos, ya que la información se fundamenta en algo tan sencillo como el conjunto mínimo básico de datos (CMBD) de los hospitales. Por otra parte, resulta difícil ver la evolución de este sistema de análisis, ya que existe escasa información en la literatura médica acerca de estos resultados, con independencia de que se dé a conocer el modelo con frecuencia anual una vez se confeccionan las listas, que se elaboran desde hace ya 7 años¹². En las bases de datos internacionales (PubMed, Medline...) no es fácil encontrar datos de consistencia en relación con este modelo.

Volviendo, pues, a la definición de gestión, cabe preguntarse de nuevo si ¿es, pues, la medicina un negocio, un deseo? Los profesionales siempre hemos estado interesados en todos estos datos y en una gestión verdaderamente apropiada de nuestro trabajo, sin gran interés en participar o aparecer en tablas de *hit parade*. En especial, la cirugía torácica y cardiovascular han estado en primera línea del desarrollo de modelos de riesgo y de monitorización de la calidad clínica^{7,13}. Las principales sociedades profesionales internacionales (*Society of Thoracic Surgeons*, *The American Association of Thoracic Surgery*, *The European Association of Cardio-thoracic Surgery*) y las sociedades nacionales siempre han sido conscientes de la importancia del registro, análisis y control de la actividad para extraer los resultados y consecuencias que puedan beneficiar a los pacientes, el objetivo último de nuestra práctica profesional¹⁴⁻¹⁶. Esto

por encima de cualquier otra consideración e incluso de presiones externas, como ocurre en otros países, en los que la práctica en el sector público llega a estar influida por la propia política¹⁴; nos gustaría saber que esto no pasa en nuestro país. La discusión está abierta; todo el mundo puede ejercer su derecho de expresar sentimientos y opiniones. Creemos que *Cirugía Cardiovascular* es el vehículo para la comunicación de experiencias de calidad en la práctica clínica, diferente de la puramente administrativa. Regresando otra vez al peregrinaje de *Dany El Rojo* después de su anarquistista experiencia, sí cabe reconocer que, en nuestra especialidad, nuestra verdadera revolución fue, ha sido y será un estricto control y análisis de nuestra actividad. Y sí podemos decir, más que muchos, que a esta revolución sí la quisimos (y la queremos) tanto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cohn-Bendit D. La revolución... y nosotros que la quisimos tanto. Anagrama; 1998.
2. Diccionario de la Lengua Española. Madrid: Real Academia Española; 2001.
3. Torchiana DF, Meyer GS. Use of administrative data for clinical quality measurement. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2006;129:1223-5.
4. Carey JS, Daniels B, Gold JP, Rossiter SJ, for the California Cardiac Surgery Initiative. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2005;129:1276-82.
5. Iezzoni LI. Assessing quality using administrative data. *Ann Intern Med* 1997;127(8 Pt 2):666-74.
6. Hannan EL, Kilburn H Jr, Lindsey ML, Lewis R. Clinical vs. administrative data bases for CABG surgery. Does it matter? *Med Care* 1992;30:892-907.
7. Shahian DM, Blackstone EH, Edwards FH, et al. Cardiac surgery risk models: a position article. *Ann Thorac Surg* 2004;78:1868-77.
8. Mack MJ, Herbert M, Prince S, Dewey TM, Magee MJ, Edgerton JR. Does reporting of coronary artery bypass grafting from administrative databases accurately reflect actual clinical outcomes? *J Thorac Cardiovasc Surg* 2005;129:1309-17.
9. Sanz G, Pomar JL. El Instituto de Enfermedades Cardiovasculares. Proyecto de rediseño de los Servicios de Cardiología y Cirugía del Hospital Clínic de Barcelona. *Rev Esp Cardiol* 1998;51:620-8.
10. Castro-Beiras A, Escudero JL, Juffé A, Sánchez CM, Caramés J. El Área del Corazón del Complejo Hospitalario Juan Canalejo. Una nueva forma de gestión clínica. *Rev Esp Cardiol* 1998;51:611-9.
11. Nashef SAM. Assessing quality in cardiac surgery. *Cir Cardiovasc* 2005;12:203-8.
12. www.iasist.com/top20/Top20_2006/Resultados/lista_top.html
13. Nashef SAM, Baskett RJ. Quality assessment in cardiac surgery: do not miss the boat! *Asian Cardiovasc Thorac Ann* 2004;12:187-9.
14. Pérez de la Sota E. Datos de gestión, registros quirúrgicos y resultados. ¿Por qué una base de datos española de cirugía cardíaca? *Cir Cardiovasc* 2006;13:137-8.
15. Igual A, Saura E. Cirugía Cardiovascular en España en el año 2004. Registro de Intervenciones de la Sociedad Española de Cirugía Torácica y Cardiovascular. *Cir Cardiovasc* 2006;13:171-84.
16. www.ctsnet.org
17. The European Association for Cardio-thoracic Surgery. Third European Adult Cardiac Surgical Database Report 2006.
18. Playing politics with public health. Editorial. *Lancet* 2007; 370:193.



BIOMED



unidix

Especialistas en cirugía cardiovascular

desde 1977 al cuidado de tu salud



91 803 28 02



info@biomed.es