

Gobierno cívico: el valor de las políticas sanitarias

Albert J. Jovell

Director General Fundació Biblioteca Josep Laporte. Profesor Asociado Universitat Autònoma de Barcelona

*O eres parte del problema
o eres parte de la solución,
sino: eres paisaje*

Robert de Niro en Robin

Los sistemas sanitarios modernos están sujetos en la actualidad a una importante dinámica de cambio social. El aumento de la longevidad, un patrón epidemiológico de enfermedad crónica y de comorbilidad, el fenómeno de la globalización, el desarrollo de las subespecialidades, la incorporación de nuevas profesiones al ámbito sanitario, la aparición de un nuevo modelo de usuario de los servicios sanitarios más informado y el despertar de la sanidad en los medios de comunicación están promoviendo una revolución silenciosa en las relaciones entre gobierno y sociedad en el ámbito de la sanidad¹. A ello se une la constante innovación científica que promueve la introducción continuada de nuevas y costosas tecnologías y, por ende, un aumento de su demanda. Los factores determinantes del cambio condicionan un incremento del gasto sanitario muy por encima del nivel de inflación, lo que supone una amenaza a la viabilidad financiera de los sistemas sanitarios. Las consecuencias de este cambio social condicionan un aumento de la incertidumbre y de la complejidad de las decisiones sanitarias.

Paralelamente a este fenómeno de cambio social se ha ido promoviendo un mayor protagonismo del Estado en la gestión de la sanidad asumiendo el rol de autoridad única, por lo que la crisis de viabilidad económica puede promover a su vez una crisis de racionalidad y una crisis de legitimación social de los gobiernos, tal y como ya había anunciado hace 25 años el filósofo alemán Jürgen Habermas en su análisis del Estado del bienestar². Esta situación de crisis obliga a los Estados a redefinir sus estrategias de financiación y provisión de servicios sanitarios. Esta llamada a la acción política es importante en aquellos casos en los que las leyes garantizan a la ciudadanía el acceso universal, igualitario y gratuito a unos servicios sanitarios que cubran sus necesidades de salud. El hecho de que los gobiernos tengan que diseñar estrategias de futuro que se adapten a la naturaleza de los cambios en curso plantea dos tipos de cuestiones. La primera cuestión está relacionada con la visión futura de los sistemas sanitarios y la segunda con la propuesta de valor de las diversas políticas sanitarias que integrarán esa visión.

La primera cuestión o la visión de los sistemas plantea a su vez cuatro preguntas específicas con respecto al futuro de los sistemas sanitarios: ¿quién decide?, ¿dónde se decide?, ¿cómo

se decide? y ¿qué se decide? Se podrían plantear tres modelos de respuesta por parte de los gobiernos a esas preguntas, que denominaremos: involución, devolución y evolución. El modelo de involución implica la existencia de una capacidad de gobierno débil, que reacciona a los cambios del entorno de igual manera que los seres humanos actuamos frente a los cambios climatológicos, adaptándonos y sin posibilidad de modificarlos. En la mayor parte de los casos la aplicación de este modelo supone adaptarse a los cambios mediante un proceso de toma de decisiones complejo y burocrático que dificulta, sino paraliza, la acción política efectiva. Este proceso de decisiones suele ser implícito y muestra una cierta resistencia a asumir frente a la ciudadanía las limitaciones en la viabilidad financiera de la sanidad.

El segundo modelo o de devolución supondría, tal y como indica su nombre, retornar la gestión de la sanidad a los diferentes agentes sociales. El proceso de devolución puede ser parcial o total. Un ejemplo de devolución parcial basado en el sistema alemán sería aquel en que el Estado garantiza la financiación de un conjunto de prestaciones básicas universales -la denominada cartera de servicios-, negocia costes y fija límites presupuestarios a la vez que cede a la libre competencia la gestión y provisión asistencial. La devolución parcial también puede incluir la cesión de áreas específicas de gestión a otros agentes sanitarios, como serían la de determinación de prioridades de investigación a los investigadores o la de formación profesional continuada a la industria farmacéutica. Un modelo más cercano a la devolución total se contemplaba en la reforma propuesta por el gobierno estadounidense en el año 1993³. En la misma se planteaba una visión del sistema sanitario formada por alianzas de compañías de seguros y empresas de atención gestionadas, por un lado, y de usuarios y empresas contratantes, por el otro, que negociaban las condiciones de provisión según precios y estándares de calidad.

El modelo de evolución determina una actitud de gobierno proactiva y anticipatoria que fomenta una estrategia de gestión compartida o en red con los otros agentes sanitarios. El gobierno se reservaría las funciones de visión estratégica, liderazgo del sistema, determinación del presupuesto global disponible, arbitraje en caso de conflictos y autoridad única en caso de

crisis. Los sistemas sanitarios se organizarían en torno a redes de gestión en las que los gobiernos facilitarían la formación de asociaciones o partenariados con los diferentes agentes sociales y, por ende, grupos de presión, lo que conllevaría conseguir su integración en la gestión global del sistema. El objetivo de la estrategia en red sería el conectar la dinámica de los cambios con las responsabilidades de los agentes sociales, sobre todo los profesionales y los ciudadanos. La creación de valor se produciría mediante la gestión inteligente de la información y el conocimiento que condicionan las expectativas y valores de los miembros de la red. De esta forma, la red debería generar un conjunto de valores compartidos que permitieran ejercer una capacidad de elección mejor y más responsable.

La gestión directa del acto sanitario se delegaría a la periferia de la red, lugar donde tiene lugar la relación médico-paciente y se producen el mayor número de decisiones sanitarias. Es dentro de esta relación donde la decisión sanitaria genera y produce su mayor valor, por lo que la descentralización de la misma permitiría garantizar su mayor efectividad. El proceso de oscilación entre centro -gobiernos- y periferia -encuentro médico- precisaría para una coordinación adecuada la determinación de un número óptimo de reglas básicas de sistema. Éstas reflejarían de forma explícita los principios del contrato social para la sanidad y permitirían una interpretación común del proceso de descentralización desde gobierno central a acción local¹. Así, los principios de solidaridad y subsidiariedad garantizarían la provisión de unos servicios mínimos definidos según la regla de necesidad básica. Además este nivel asistencial se ofrecería en igualdad de oportunidades y de condiciones de calidad según los principios de igualdad y de responsabilidad. Ello supondría aplicar las reglas de equidad y de efectividad en el acceso y la utilización de unos servicios definidos según criterios de necesidad y acreditados por estándares de calidad asistencial. El acceso en igualdad de condiciones también debería garantizarse a la información generada por los servicios sanitarios.

Los principios expuestos también determinan la promoción del concepto de comunidad, por lo que cualquier decisión promovida desde el gobierno situado en el centro de la red deberá ser gestionada a nivel local por los agentes sociales. Finalmente, el principio de responsabilidad también incluiría la regla de la justificación de la acción responsable, por la que el sistema sanitario recogería indicadores de calidad y promovería su difusión desde y hacia la periferia, así como garantizaría la transparencia en los procesos de decisión global y local. De esta forma, la relación centro-periferia -o glocalización- vendría definida por los conceptos de delegación responsable o *empowerment* en el sentido centro a periferia y de justificación de la acción responsable o *accountability* en el sentido periferia a centro.

La acción del gobierno central sería la de promover una visión unitaria que produjera una distribución justa de recursos. La adopción de un conjunto de reglas mínimas de funcionamiento garantizaría la racionalidad moral y transmitiría una sensación de promoción de la justicia social y la seguridad al conjunto de la red. Además, favorecería las economías de escala en el desarrollo de actividades e infraestructuras de apoyo, como por ejemplo las relacionadas con la gestión del conocimiento.

Las actitudes proactiva, anticipatoria y facilitadora definirían un modelo de sistema en evolución y el ejercicio de un gobierno cívico.

A nivel local, la acción se organizaría en torno a comunidades de decisión. De esta forma, con el objetivo de añadir el máximo de valor al encuentro médico-paciente, se deberían determinar los procesos de distribución de recursos, la estructura de la provisión de servicios, la determinación de prioridades, los estándares de calidad asistencial, los tiempos y condiciones de espera y las excepciones a las reglas básicas. Las comunidades tendrían un presupuesto fijo y conservarían la capacidad de consensuar de forma abierta y transparente mediante la deliberación democrática como distribuyen estos recursos y qué sacrificios están dispuestos a acometer con tal de poder atender demandas locales específicas que no responden a las reglas básicas, como por ejemplo las de acceder a tratamientos experimentales o de efectividad no probada. Asimismo, las comunidades también se guiarían por la regla de la acción responsable, lo que les obligaría a informar al conjunto de la comunidad y al gobierno central de cómo se distribuyen los recursos y de qué resultados están obteniendo. La introducción en los sistemas sanitarios de los avances en las tecnologías de la comunicación facilitarían la transmisión de la información dentro de una estrategia global de gobierno en red.

La segunda cuestión que se planteaba en este esquema de gobierno cívico y de modelo de gestión en evolución es la formulación de propuestas de valor basadas en la calidad de las políticas sanitarias. Ello supondría revisar la propuesta de valor detrás de tales políticas, como por ejemplo las existentes en estas tres políticas clásicas de los sistemas sanitarios: descentralización, investigación y recursos humanos. La primera de ellas o de descentralización ha sido una política común a la mayoría de los sistemas sanitarios modernos. Así, en los últimos años se ha producido en los sistemas sanitarios una tendencia a iniciar procesos de descentralización de los procesos de toma de decisiones. Algunos de estos procesos de descentralización han podido aumentar los costes de transacción del sistema y, por lo tanto, producir un efecto contrario al deseado. Así, la presencia de múltiples decisores atrapados dentro de una compleja estructura jerárquica dificulta la toma de decisiones efectivas. De esta forma, el incremento de los costes de transacción puede aumentar el riesgo de destrucción de valor en vez de promover su creación.

Las políticas de investigación constituyen una de las estrategias centrales para la creación de valor en los sistemas sanitarios. Asociado al concepto de investigación aparece el de innovación y uno de los principales retos de los sistemas sanitarios es el desarrollo de políticas que promuevan una conducta innovadora entre sus profesionales. Una propuesta de valor basada en la innovación debería promover el desarrollo y adopción de tecnologías rompedoras, es decir aquellas que a mayor o igual efectividad producen una mejora en el acceso a la prestación sanitaria y disminuyen su coste⁴. Ejemplos de estas tecnologías rompedoras serían la cirugía mayor ambulatoria, la angioplastia coronaria o la fórmula casera para el tratamiento de la diarrea infantil en los países en vías de desarrollo. La efectividad de estas políticas de investigación en servicios sanitarios radica en su capacidad de ofrecer soluciones basadas en

el conocimiento a los problemas actuales e inmediatos de la sanidad. En este sentido, otras políticas de investigación, como las orientadas a la investigación básica, deberían justificarse estratégicamente a partir de una propuesta de valor concreta, ya que existe el riesgo de que su coste social sea mayor que su beneficio⁵. Esta situación puede ser más evidente en aquellos sistemas de salud en los que aún no se ha desarrollado suficiente masa crítica. La eficiencia social de las estrategias de investigación no depende sólo de los recursos económicos sino de las ideas y de las alternativas disponibles, así como de su capacidad para responder a necesidades de salud específicas.

Las actitudes de los profesionales de la sanidad son muy importantes para la creación de valor de las políticas sanitarias. Es por ello, que las políticas de recursos humanos deberían incentivar la innovación, la asunción de responsabilidades y la participación de los profesionales del sistema ya que ignorar su posible contribución a la mejora del mismo puede fomentar su desmotivación, a la vez que supone obviar la enorme valía de los valores intangibles aportados por los trabajadores. Esta falta de motivación permite distinguir cuatro tipos de actitudes profesionales: obediencia, queja permanente, nicho profesional y fuga de valores. La obediencia se asocia con la ausencia de iniciativa, la queja permanente con la resistencia a la innovación, el nicho profesional con la persecución de intereses personales y la fuga de valores con la pérdida de profesionalismo^a.

La sanidad experimenta en la actualidad un cambio social sin precedentes en la historia de la humanidad y que puede ser un reflejo de la evolución constante y creciente del progreso social y científico. Adaptarse a los retos derivados de este cam-

bio social obliga a los gobiernos a anticiparse a los mismos mediante el desarrollo de políticas sanitarias basadas en propuestas de valor específicas deliberadas con los diferentes agentes sociales. El modelo de gobierno cívico asume la responsabilidad social de ofrecer la visión y liderar la estrategia que permita gestionar el cambio a partir de la transferencia de responsabilidades a los profesionales y la búsqueda de la acción responsable. La búsqueda de partenariados o asociaciones con los diferentes agentes sociales podría permitir la implementación de propuestas de valor de calidad⁶. Esta gestión del cambio social implica una gestión del conocimiento, los recursos humanos y los valores.

Bibliografía

1. Jovell AJ. El futuro de los servicios sanitarios: gestión del conocimiento, de los recursos humanos y de los valores éticos. En: Jovell AJ, Aymerich M. *Evidencia científica y toma de decisiones en sanidad*. Barcelona: Monografía de la Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears, 1999.
2. Habermas J. *Legitimation crisis*. Boston, MA: Beacon Press, 1975.
3. The White House Domestic Policy Council. *Health Security Act*. Washington: The White House, 1993.
4. Christensen CM, Bohmer R, Kenagy J. Will disruptive innovations cure health care? *HBR* 2000;september-october:102-12.
5. Jovell AJ. Biotecnología y bioética: implicaciones sociales del Proyecto Genoma Humano. *Quark* 1999;15:31-43.
6. Kenagy JW, McCarthy SM, Young D, Barret D, Pinakiewicz DC. Toward a value-based health care system. *Am J Med* 2001; 110:158-63.

^aPara una revisión detallada de estos conceptos ver el informe *El futuro de la profesión médica* (www.fbjoseplaporte.org)