

Ciencia y práctica médica: fundamentos e implicaciones de la variabilidad justificada de la práctica clínica

JOSÉ R. REPULLO-LABRADOR* Y FERRAN CATALÀ-LÓPEZ

RESUMEN

La variación en la práctica clínica observada en los patrones de utilización o de resultados referida a poblaciones ha sido objeto de investigación porque cuestiona la coherencia entre ciencia y práctica médica, así como para establecer si está o no justificada por la gravedad de la morbilidad o las preferencias del paciente. Los determinantes de estas variaciones pueden ordenarse en factores relacionados con el conocimiento, con los proveedores y profesionales, y con los pacientes y su entorno. En principio, las variaciones sensibles a la demanda (pacientes) estarían justificadas salvo prueba en contra; la carga de la prueba en variaciones sensibles a oferta (proveedores y profesionales) estaría invertida. Cuando de las poblaciones agregadas se pasa a la atención sanitaria individual, el problema se redefine como práctica clínica apropiada o inapropiada, de forma que al incorporar criterios de necesidad, de conveniencia o de aceptabilidad, dicha práctica podría ser divergente de las evidencias y consensos dominantes y, sin embargo, ser apropiada. Los ejes de evidencia y consenso nos permiten dibujar tres zonas de decisión clínica, ignorancia, incertidumbre y conocimiento consolidado, donde la innovación basada en la investigación o en empirismo colectivo va generando dinámicas de transformación. La zona de incertidumbre es amplia y distintiva de la práctica clínica y justifica la holgura clínica que el paciente y la sociedad conceden a los médicos para abordar la complejidad que supone proponer y desarrollar los cursos de acción más convenientes en cada caso. Las dificultades y responsabilidad que entraña gestionar esta holgura clínica llevan a plantearse la aplicación de criterios de buen gobierno (transparencia, rendición de cuentas, participación, integridad y capacidad técnica); pero también se precisa un cambio en la cosmovisión contemporánea del médico clínico, para que acepte y gestione la brecha entre ciencia médica y práctica clínica y reencuentre su capacidad de disfrute de un ejercicio riguroso pero también dinámico, creativo, humano, sensato y compasivo de la medicina.

Palabras clave: Adecuación. Gestión del conocimiento. Variaciones en la práctica médica.

ABSTRACT

The variation in clinical practice observed in the patterns of use or results referring to populations has been subjected to research to question the coherence between science and medical practice, as well as to establish whether or not it is justified by severity of the morbidity and the patient's preferences. The determinants of these variations can be organized into factors related to knowledge, providers and professionals, and patients and their environment. In principle, variations sensitive to demand (patients) would be justified unless there is evidence to the contrary; the burden of proof in supply-sensitive variations (suppliers and professionals) would be reversed. When the aggregate populations move to individual health care, the problem is redefined as appropriate or inappropriate clinical practice, so that by incorporating criteria of necessity, convenience or acceptability, said practice could diverge from the prevailing evidence and consensus and nonetheless still be appropriate. The axes of evidence and consensus allow us to draw three areas of clinical decision, ignorance, uncertainty, and consolidated knowledge, where innovation based on research or collective empiricism is generating transformation dynamics. The area of uncertainty is wide and distinctive of clinical practice and justifies the clinical latitude that the patient and society grant to physicians to address the complexity involved in proposing and developing the most convenient courses of action in each case. The difficulties and responsibility involved in managing this clinical slack lead to the application of good governance criteria (transparency, accountability, participation, integrity and technical capacity); but a change is also required in the contemporary worldview of the clinician, so that they accept and manage the gap between medical science and clinical practice and rediscover their ability to enjoy a rigorous but also a dynamic, creative, humane, sensible and compassionate exercise of medicine. (DOLOR. 2021;36:160-8)

Key words: Appropriateness. Knowledge management. Medical practice variations.

Corresponding author: José R. Repullo-Labrador, jrepullo@isciii.es

INTRODUCCIÓN

El conocimiento como activo esencial que custodian los profesionales

Las organizaciones profesionales son bastante distintas a las demás, y en especial, diferentes a las industriales. Su activo esencial es el conocimiento, que tiene tres características especiales:

- a) El conocimiento no se desgasta o consume con su uso o aplicación, sino que se incrementa. Las llamadas «curvas de aprendizaje», donde el tiempo de implantación de una innovación va incrementando el valor conseguido, ilustran la mejora progresiva de la efectividad individual y organizativa que el conocimiento aplicado aporta. Pero también dicha aplicación, especialmente cuando es reflexiva y crítica, retroalimenta al conocimiento, sirviéndole de contraste para confirmar o falsar su validez, y, en todo caso, para refinarlo, modularlo y abrir nuevas preguntas y retos.
- b) Se trata de un activo que está internalizado y custodiado por los profesionales. Hay una parte del conocimiento biomédico que está formalizado y resulta ampliamente disponible en la literatura científica publicada que, además, está muy accesible, globalizado y poco sujeto a patentes. Pero para que ese repositorio tangible de saberes se aplique, ha de integrarse en comunidades de conocimiento y práctica, y transformarse en competencias aplicables (saber, saber hacer, querer hacer).
- c) El rápido cambio científico y tecnológico otorga aún más importancia al conocimiento como activo esencial para afrontar la innovación. Se trata de consolidar un «capital intelectual» en las organizaciones, y compartirlo con otras, en modelos de «innovación abierta». Para ello, resulta esencial el conocimiento tácito, custodiado por los profesionales y sus comunidades de conocimiento y práctica (locales, nacionales o internacionales).

El mundo de las ciencias de la empresa sigue este camino que hace mucho tiempo encabezó la medicina, en esto que ahora llaman la nueva «economía del conocimiento», donde la supervivencia de las organizaciones en un mundo competitivo y cambiante depende cada vez menos del perfeccionamiento de lo que se hoy se hace, y más de la creatividad de lo que se podría empezar a hacer mañana¹.

Para entender cómo se toman decisiones en el ámbito profesional sanitario y cómo enjuiciar la variabilidad observada es necesario tener en cuenta este substrato intangible del conocimiento tácito, así como su socialización en forma de capital intelectual, atesorado por los grupos y organizaciones, y encajado en su propia historia y cultura. Este artículo quiere profundizar en la forma en la que el conocimiento y la práctica médica se relacionan en el mundo real. Una de las claves es la variabilidad en la práctica clínica como resultado de una serie de factores que la determinan, relacionados con el conocimiento, los proveedores y profesionales, y los propios pacientes en su entorno. Desde la perspectiva de decisión ante un paciente individual hablaríamos de práctica clínica apropiada o inapropiada, lo que precisa de la aplicación de criterios de necesidad, conveniencia y aceptabilidad.

La brecha entre el ámbito científico y el de la praxis médica nos remite a conceptos como complejidad e incertidumbre, consustanciales al carácter dinámico de la innovación y consolidación del conocimiento. Pese a los deseos de estandarización, el profesional médico está abocado a cohabitar con la incertidumbre, por lo que se le otorga una holgura clínica que debe ser analizada en sus implicaciones de responsabilidad, ante los pacientes y ante la sociedad.

TAXONOMÍA Y DETERMINANTES DE LA VARIABILIDAD JUSTIFICADA E INJUSTIFICADA DE LA PRÁCTICA CLÍNICA

La investigación en servicios sanitarios ha tenido como claro punto de referencia el estudio de las variaciones geográficas en la práctica médica. Desde los estudios pioneros de Wennberg en Dartmouth (EE.UU.)^{2,3}, basados en la comparación de la frecuencia y las tasas de utilización de procedimientos médicos o quirúrgicos en poblaciones y territorios, se han ido desarrollando «atlas de variaciones» comparativos en diversos países⁴. España, desde 2002, es uno de los países que lidera la aplicación de esta metodología por medio de su Atlas de Variaciones en la Práctica Médica en el Sistema Nacional de Salud (<https://www.atlasvpm.org>), habiéndose consolidado en Europa con el proyecto ECHO - *European Collaboration for Health Care Optimization* (<http://echo-health.eu>)⁵.

Se suele utilizar el término de «variaciones injustificadas» (en inglés, *unwarranted variations*) para aquella variabilidad de utilización o de resultados no

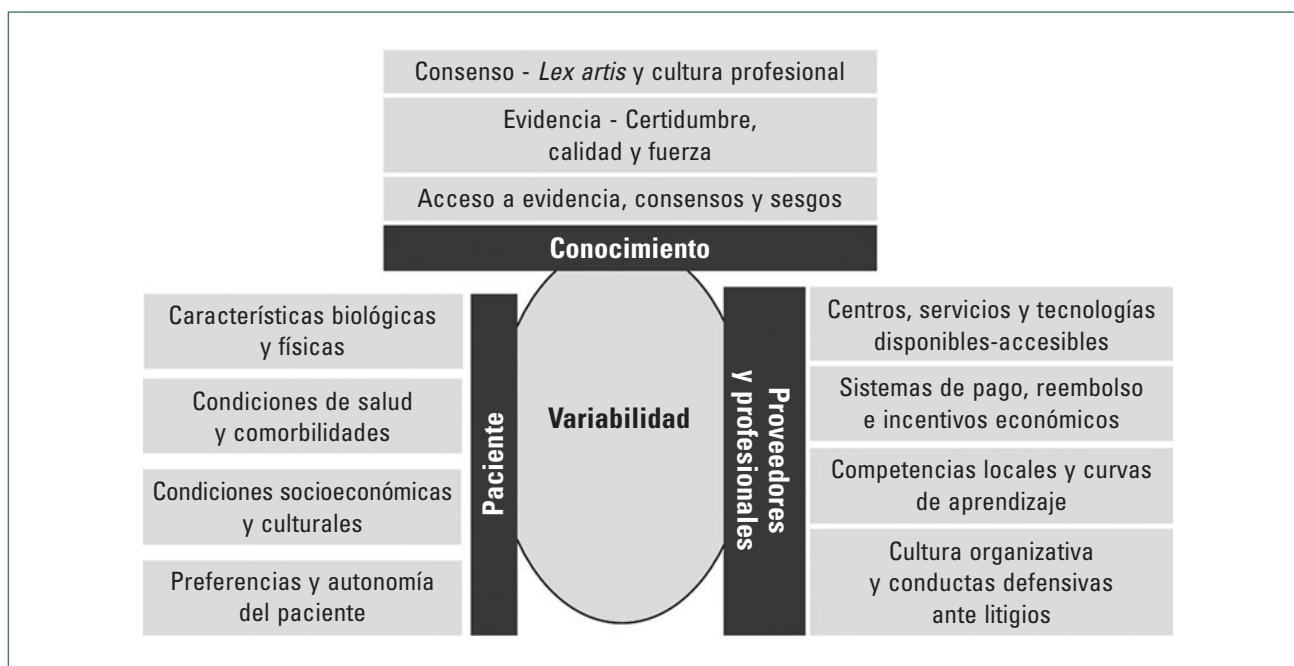


Figura 1. Determinantes de la variabilidad de la práctica médica.

explicable por la gravedad de la morbilidad o por las preferencias del paciente. La preocupación por el enorme empirismo de la práctica médica que se empezó a objetivar llevó a formular la necesidad de una agenda de investigación y acción para su reducción³. La variación atribuible al mal uso de servicios incluiría tanto la sobreutilización como la subutilización, afectando a la calidad y seguridad de los servicios sanitarios. Las variaciones injustificadas, aunque se pueden reducir al ajustar los riesgos vinculados al estado de salud y características de los individuos, se siguen manteniendo; además, no hay relación entre la utilización o gasto y los resultados asistenciales⁴. Los médicos suelen recibir con sorpresa e incredulidad la información sobre variaciones, ya que consideran que sus decisiones son uniformes y normalizadas y basadas en el conocimiento y la *lex artis* compartida.

La constatación de la variabilidad de la práctica médica obliga a explorar «aguas arriba» los determinantes de las decisiones clínicas. Y parece que la aplicación del conocimiento biomédico y de cuidados dista de ser lineal o determinista, existiendo un amplio número de vectores que actúan para influir dichas decisiones. Tomando algunas referencias en la literatura⁶⁻⁸ se pueden reagrupar en tres dimensiones (Fig. 1): una relacionada con el propio conocimiento (la calidad y fuerza de la evidencia, así como la consolidación de consensos profesionales en torno a

cursos de acción); otra relacionada con las condiciones locales en las que se prestan servicios a los pacientes (práctica clínica sensible a condiciones de la oferta de servicios); y, finalmente, otra recogería las características y preferencias de los pacientes (sensible a condiciones de demanda):

- El conocimiento. Es esperable menor variabilidad en una intervención cuando existe un amplio acuerdo entre los clínicos sobre el valor de esta, basado en la evidencia científica acumulada o en el consenso profesional existente en un tiempo y lugar. La evidencia de la buena investigación científica debería primar más, pero el consenso entre los médicos que forman las comunidades de conocimiento y práctica tienen mucho peso para fijar lo que comúnmente se considera como válido.

Como la producción científica ha experimentado un crecimiento geométrico, se precisa una función de intermediación (*knowledge brokering*)⁹ que filtre, compile e integre los resultados de investigaciones; incluso la producción de revisiones sistemáticas, metaanálisis, y su volcado en guías clínicas, empieza a superar las posibilidades de procesamiento cognitivo (la racionalidad limitada que en su día formuló el premio Nobel de Economía, Herbert A. Simon¹⁰); la industria de las revisiones y las guías está siendo uno de los objetivos clave de influencia por parte del sector

industrial de medicamentos y tecnologías, por lo que los sesgos y conflictos de interés son particularmente intensos en estos instrumentos de síntesis^{11,12} (que son los que suele consultar el clínico que dispone de poco tiempo para acceder e interpretar la información de las fuentes originales).

Por lo tanto, no hay que suponer que un curso de acción con mucho acuerdo profesional y poca variabilidad sea el más virtuoso desde el punto de vista de su impacto en salud. Pero, en sentido contrario, sí que podríamos afirmar que cuando hay dudas sobre la eficacia de una intervención, tanto en la literatura como en el juicio de los profesionales, es esperable una mayor variabilidad, y se deben activar los instrumentos de evaluación para hacer un buen escrutinio de su impacto.

- Los proveedores y profesionales. La existencia de centros, servicios, unidades, tecnologías o médicos determina, como es lógico, su nivel de utilización. La disponibilidad es un requisito y la accesibilidad física es un determinante de la frecuentación. Las barreras económicas existentes en muchos países (facturación de servicios y copagos) también condicionan la utilización. Más allá de los anteriores determinantes sistémicos, hay que analizar otros estructurales que afectan a comportamientos de los centros, servicios y profesionales: los sistemas de pago a hospitales o centros de salud, la forma de contratar a los profesionales, las retribuciones, y los incentivos monetarios o no monetarios, a corto plazo o de carrera profesional. En general, cuando se paga por acto o proceso, la oferta tiene la tendencia a inducir demanda y generar un uso excesivo e inapropiado (mal uso por sobreprovisión); y, por el contrario, cuando los ingresos económicos son insensibles al volumen de trabajo (presupuestos cerrados o salarios fijos), la oferta tiende a reducir la productividad, acumulando listas de espera o priorizando pacientes en función de criterios vinculados al interés profesional (mal uso por infra-provisión).

En un ámbito menos tangible, pero no menos importante, las competencias de las unidades clínicas y de los profesionales en cada centro varían, tanto por la senda histórica recorrida, como por la pericia y experiencia alcanzada. Por ejemplo, un abordaje laparoscópico podría ser la intervención óptima que recomiende la evidencia, pero en un determinado hospital, donde no tienen experiencia suficiente, hacer una interven-

ción convencional por laparotomía puede ser la mejor opción de acuerdo con las condiciones locales (más efectividad y menor riesgo).

Y, finalmente, los centros y servicios comparten un intangible llamado cultura organizativa, que en términos de Edgar Schein sería el «patrón de supuestos básicos que un grupo dado ha inventado, descubierto o desarrollado para aprender a hacer frente a sus problemas de adaptación externa e integración interna y que han funcionado lo suficientemente bien como para ser considerados válidos, y por tanto que deben ser enseñados a los nuevos miembros como la manera correcta de percibir, pensar y sentir en relación con los problemas»¹³.

Esta cultura determina las preferencias grupales ante las enfermedades, los medios diagnósticos, las intervenciones y los cuidados. Así, la dimensión cultural, la medicina defensiva y las expectativas de los pacientes han bloqueado eficazmente o dificultado la puesta en marcha de actuaciones basadas en la evidencia para limitar intervenciones inapropiadas¹⁴. La mayor parte de variaciones generadas desde criterios de la oferta tienen que ser revisadas como sospechosas de nutrir la categoría de injustificadas: la carga de la prueba debería invertirse para demostrar que son justificadas.

- Los pacientes. Muchas características biológicas y físicas del paciente (y de las poblaciones) son fáciles de observar, y se deben introducir en los ajustes de riesgo que permiten cualificar la variación y comparar individuos o grupos. Las comorbilidades que pueda presentar un paciente complican exponencialmente la aplicación de la evidencia y los consensos a una persona concreta (o a grupos similares). Los condicionantes genéticos y epigenéticos también pueden alterar el curso clínico recomendado. La evidencia científica se genera para cada entidad nosológica, y raramente puede estratificarse para dar respuesta a las innumerables interacciones que pueden surgir en el mundo real; este es un terreno donde el juicio clínico desempeña un papel fundamental (y que justifica la holgura clínica de la que luego hablaremos).

Son importantes los determinantes sociales, educativos, económicos y culturales del paciente, su entorno familiar, étnico o poblacional. Todos estos factores suponen condicionantes para indicaciones clínicas. Por ejemplo, en el uso de la cirugía mayor ambulatoria se requieren condiciones

de habitabilidad, higiene y cuidadores familiares para que sea viable; o bien, ordenar una cuarentena o confinamiento ante una patología transmisible es impracticable si la persona vive en un piso masificado o necesita trabajar para poder comer y pagar las facturas.

Y, finalmente, las creencias, convicciones o preferencias del propio paciente, influidas por su entorno, pero elaboradas desde su particular singularidad individual, establecen lo que es aceptable y conveniente desde su perspectiva, tanto en las intervenciones y procedimientos, como en la valoración de los resultados alcanzados (utilidades), implicando de lleno la consideración del principio bioético de la autonomía.

Al igual que en el punto anterior, la variabilidad por condiciones sensibles a la demanda no implica aceptar que son las óptimas desde el punto de vista del conocimiento; por lo tanto, también podrían nutrir la categoría de variaciones injustificadas. Pero, para apartarnos del paternalismo secular de la medicina, sería útil considerar la opción contraria, invirtiendo la carga de la prueba en el sentido de considerarlas justificadas salvo que se demuestren que no lo son.

DEL CONOCIMIENTO A LA ACCIÓN: PRÁCTICA CLÍNICA APROPIADA O INAPROPIADA

Los conceptos anteriores de variabilidad justificada o injustificada responden al análisis de patrones de utilización o de resultados, que surgen de la comparación de grupos poblacionales en entornos geográficos. Al trasladar el eje de análisis a la práctica clínica individual, hay un cambio epistemológico substancial: lo que se predica del comportamiento agregado no puede aplicarse sin más al nivel individual (la falacia ecológica). Así, una utilización aparentemente aceptable de servicios en una población podría estar ocultando infraprovisión a algunos pacientes que pueden beneficiarse junto a sobreprovisión a otros que no lo necesitarían.

La cosmología médica contemporánea aborrece la variabilidad, pese a ser consustancial con su trabajo, y añora un modelo más determinístico en el que se defina claramente una entidad nosológica, se establezcan medios diagnósticos inequívocos, y se cuente con un tratamiento específico y efectivo. Si esto así fuera, la variabilidad sería síntoma de una des-

viación de la norma y se asociaría a fallo o imperfección. De ahí el abatimiento al comprobar que la práctica clínica real es muy variada, y que suele tener un gran componente empírico y de ajuste tácito caso a caso.

La paradoja es que el médico contemporáneo es capaz de concebir su mundo clínico como un nicho de racionalidad científica (hipotético deductiva), y desarrollar en paralelo su práctica como un ajuste mutuo incrementalista, inductivo e iterativo entre la ciencia, los medios y capacidades disponibles, y las condiciones y preferencias del paciente. De alguna forma se acaba aprendiendo a conciliar esta contradicción entre «cosmología científica» y pragmatismo clínico, evitando la parálisis y desgaste moral. Y aunque se pierda coherencia, esta cohabitación permite seguir fieles al pensamiento científico, pero poder tomar decisiones con más grados de libertad.

Gestionar la complejidad del equilibrio anterior aconseja invertir el análisis, buscando ampliar en positivo el posible significado de «práctica médica apropiada»; formulamos tres dimensiones que legitimarían una práctica clínica apropiada pero divergente de la evidencia y el consenso:

- a) El criterio de necesidad. Generalmente, la evidencia informa sobre eficacia en condiciones óptimas, y los consensos profesionales sobre la efectividad en condiciones habituales; pero un paciente concreto puede tener condiciones biológicas (edad, sexo, embarazo, parámetros genéticos y epigenéticos, etc.), sociales y familiares (p. ej., condiciones del entorno, apoyo de cuidados y capacidad de adherencia al tratamiento) o patológicas (comorbilidad y evolución clínica observada), que aconsejan ensayar otro curso clínico.
- b) El criterio de conveniencia, que refleja tanto el contexto asistencial como los condicionantes de la práctica. No siempre se puede hacer aquello que la evidencia o el consenso aconseja como óptimo excelente, bien porque no hay recursos disponibles en el lugar y momento donde hay que prestar la asistencia, o porque las competencias concretas de los equipos profesionales disponibles no están suficientemente desarrolladas.
- c) El criterio de aceptabilidad, que refleja la opinión del paciente (y con frecuencia de su entorno familiar y social), y establece lo que es admisible de acuerdo con el principio bioético de autonomía. El ajuste virtuoso a este criterio es un proceso intencionado y dinámico, que debe ser dialogado

y sensato, y ha de ejercerse de forma especialmente persuasiva cuando el posicionamiento del paciente se aparta notablemente de la *lex artis* de la medicina. No se trata de dejar en manos del paciente la carga de la decisión (liberándose el médico de esta); el profesional debe ser respetuoso pero comprometido y convincente, usando la mejor pedagogía disponible para explicar beneficios y riesgos de los tratamientos, modulando las falsas expectativas y los miedos infundados, y también contrarrestando las presiones y falacias culturales o sociales del entorno que puedan estar interfiriendo una decisión autónoma.

En último término, el médico clínico sería el verdadero bróker que equilibra necesidades, recursos disponibles y demandas-preferencias¹⁵.

EL ESPACIO PARA GESTIONAR LA VARIABILIDAD PRESUNTAMENTE INJUSTIFICADA. LA HOLGURA CLÍNICA: ¿PRIVILEGIO O REGALO ENVENENADO?

La brecha entre ciencia médica y práctica clínica resulta tan obvia e inevitable, que la sociedad concede al médico una notable holgura clínica para que adapte el conocimiento a las condiciones locales y las preferencias del paciente. De hecho, el «contrato» médico-paciente no es de fines, sino de medios: no asegura resultados, sino que pondrá a disposición de los pacientes todos los medios (materiales, humanos y de conocimiento) para contribuir a la curación.

La ética y la deontología médica buscan acotar la discrecionalidad para que no devenga en arbitrariedad o abuso de poder, y se concretan mediante la regulación profesional de los colegios de médicos, y, de forma diferente, por el efecto de revisión de los «pares» que se produce en el interior de las sociedades científicas a las que se afilian los médicos especialistas.

Debemos ahora explorar el espacio de decisiones clínicas donde se mueven los profesionales, y donde se materializa la mencionada holgura clínica.

En la figura 2 se presenta un diagrama de Stacey¹⁶ modificado para representar la dinámica de generación del conocimiento, basada en un eje que representa la fortaleza o debilidad (o ausencia) de la evidencia, y en el otro la amplitud del consenso profesional o su debilidad (o inexistencia). Son los dos factores que permiten legitimar una interven-

ción, aunque no siempre aseguran la validez (evidencias falaces y consensos equivocados), ni tampoco se producen con similar intensidad. Se pueden definir tres áreas en función de ambos criterios: a) donde hay poca o ninguna evidencia o consenso, prevalece la ignorancia («zona caótica» en términos de Stacey), y cualquier decisión puede tomarse a cara o cruz, pues no hay forma de determinar cuál es el curso de acción mejor; b) por el contrario, donde coinciden una evidencia fuerte y un amplio consenso, se crea una zona de conocimiento consolidado, que forma el corpus de la *lex artis* (práctica comúnmente aceptada como válida por todos); esta zona permite estandarizar la práctica, recogerla en guías y vías clínicas, delegar acciones a profesionales menos especializados (o a los propios pacientes), y automatizarlas parcialmente; y c) finalmente, existe una zona intermedia, entre el conocimiento consolidado y la ignorancia, en donde domina la incertidumbre («complejidad», en términos de Stacey). La zona gris de la incertidumbre es el territorio natural y distintivo de los médicos (y, en general, de las profesiones «clásicas»), donde el llamado «juicio clínico» debe sopesar para cada caso concreto las evidencias y los consensos para determinar el mejor curso de acción para el paciente.

Es un espacio dinámico, porque el avance científico y técnico va consolidando el saber (reduciendo la incertidumbre), y también va extendiendo la frontera del conocimiento (aumentando la incertidumbre con la llegada de innovaciones).

Por otro lado, también se pueden representar dos formas de patrones de incorporación de intervenciones desde la ignorancia a la incertidumbre (Fig. 2). Habría una innovación basada en la investigación y la evidencia (1), que habitualmente aterriza en una zona de bajo consenso (lo nuevo, aunque sea efectivo, tarda tiempo en aceptarse), y requiere para su generalización de sistemas de difusión y procesos de formación (2). Y, habría también una innovación basada en prácticas empíricas que se extienden y reclutan un amplio consenso profesional (3), que suele emerger en una zona de baja evidencia, ya que son acciones comúnmente aceptadas como válidas, pero con sorprendentes vacíos de evidencia, y que requieren de investigación para demostrar o descartar su validez (4).

La holgura clínica podría definirse como los grados de libertad con los que cuenta un médico para tomar decisiones apropiadas y orientar el curso clínico en beneficio de su paciente, cuando se encuentra en un territorio de incertidumbre caracterizado por una

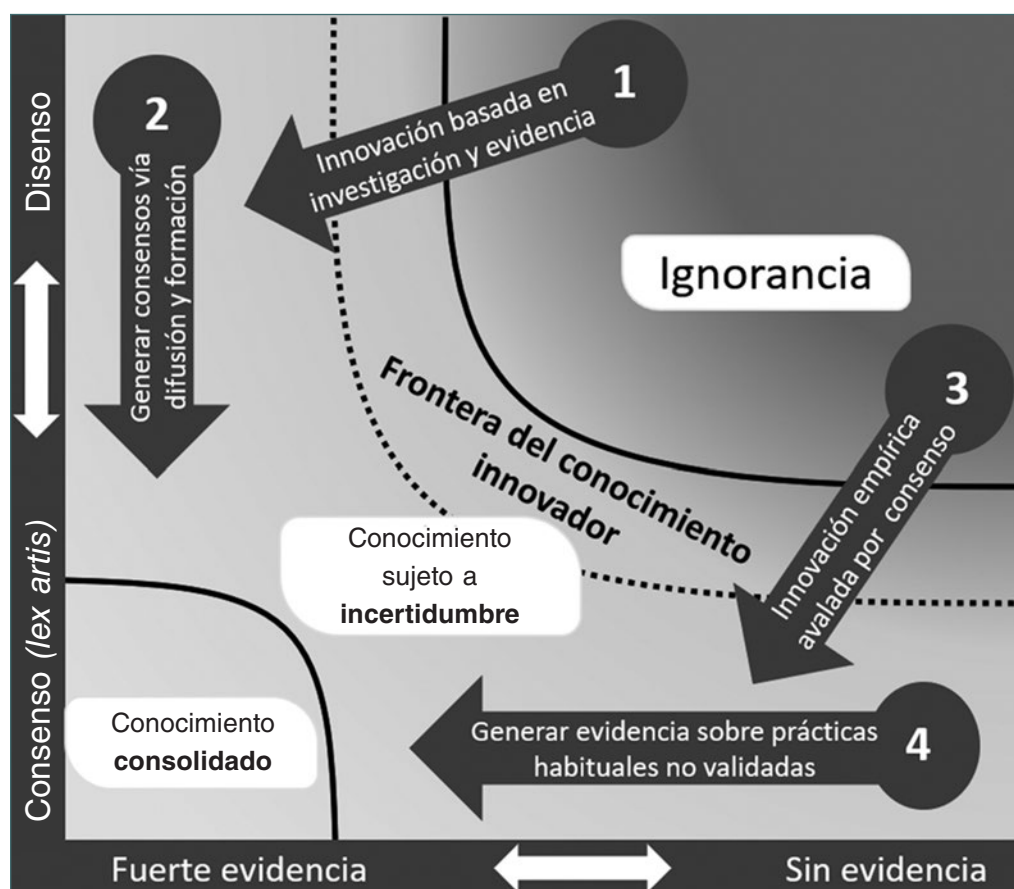


Figura 2. Diagrama consenso-evidencia para representar dinámica de generación del conocimiento.

evidencia y unos consensos profesionales no consolidados ni concluyentes.

Una misma especialidad (p. ej., anestesiología y reanimación) puede tener que afrontar ámbitos de práctica con diferente grado de holgura clínica necesaria (baja en anestesia, intermedia en reanimación y alta en tratamiento de dolor).

La holgura clínica no es una conquista de un gremio que ha obtenido un privilegio; como decían Morton y Cronwell «la razón de que los médicos disfruten de discrecionalidad en su trabajo no es la maldita estupidez o la astucia política de las organizaciones profesionales, sino la naturaleza de la tecnología médica»¹⁷. Y tampoco hay que verla como un problema, como un precio que la sociedad ha de pagar a regañadientes para que sus médicos se puedan mover en ese amplio mar de la incertidumbre, que es navegado de forma algo diferente por generalistas y especialistas¹⁸. Podríamos considerarla como una oportunidad para hacer buena medicina: la mejor posible dado el contexto de tiempo, lugar y preferencias de los pacientes. Esta visión no es optimista,

sino realista: la divergencia entre los criterios de necesidad, oferta y demanda es estructural en nuestro entorno; no la puede resolver las reglas del mercado, porque no podemos aplicar la «soberanía del consumidor» (¿el cliente siempre tiene la razón?), y debemos buscar otros modelos de comportamiento compatibles con la enorme asimetría de información, formación y autoridad entre el que presta los servicios sanitarios y el que los recibe.

Pero la holgura clínica no es un cheque en blanco que se concede al médico. Es más bien una pesada responsabilidad que ha de saber administrar y que le supone una sobrecarga moral, tanto ante las organizaciones donde trabaja (que aportan los medios), y los pacientes a los que atiende (que traen expectativas, miedos y preferencias). El rol de agente del paciente podría ser sencillo cuando el vínculo de la relación médico-paciente era paternalista; había una gran soledad ante esta responsabilidad, pero la cosmología hipocrática y la cultura dominante hacían más llevadera la carga. Pero los tiempos han cambiado, y la presión de los que gestionan los recursos sobre el médico han aumentado, así como las que

reciben de los pacientes y su entorno familiar y social. La llamada «función de agencia» (el médico actúa de «agente» del paciente ayudándole a definir lo que mejor le conviene) puede ser ingrata cuando no está aligerada por el tradicional recurso al despotismo ilustrado, o está lastrada por la pérdida de poder e influencia de pacientes desconfiados u hostiles.

Pero los médicos trabajan habitualmente en instituciones y organizaciones, donde son contratados: se crea una relación contractual (jerárquica) que obliga a rendir cuentas al empleador; y, además, el contratante no tiene conocimientos, información o autoridad (científico-técnica), por lo que esta asimetría crea una segunda relación de agencia. Así, el médico clínico se encuentra teniendo que conciliar una relación doble de agencia, ante el paciente y ante los gestores. Aunque prevalezca la ética hipocrática y priorice al paciente, se mantiene la dificultad e incomodidad de esta cohabitación. Existen otras relaciones de agencia a las que el clínico está sometido en su *praxis* que incrementan las dificultades (Estado regulador, colegios de médicos, etc.)¹⁹. Y en estas condiciones la soledad, la carga moral y la potencial conflictividad de la relación múltiple de agencia se acrecienta.

La holgura clínica, sin dejar de tener una apariencia de privilegio, pasaría a ser una espita para que todos drenaran la entropía del sistema en los clínicos, atribuyéndoles responsabilidades que exceden lo razonable y manejable. Además, los servicios públicos de salud en las sociedades contemporáneas, por su necesaria accesibilidad al ciudadano (24 x 7 x 365), acaban recogiendo las aguas de otros sectores que buscan retener el mérito y delegar cargas de trabajo: de esta forma, los sanitarios pasan a tener que responder a múltiples problemas sociales, económicos, laborales, escolares, familiares, educativos y culturales.

Por si esto fuera poco, la propia cosmología de la tecnomedicina despierta fantasías de reducir la incertidumbre por medio del conocimiento, alimentando la presión a asumir garantías de resultados que están fuera de lo asumible; como si la expansión de la frontera de nuevos saberes no ampliara a su vez el territorio de lo incierto. Y, dado que el territorio de la incertidumbre es, y va a seguir siendo, la patria natural de la mayor parte de la *praxis* médica, debemos aprender a cohabitar e incluso disfrutar de trabajar en él; la holgura clínica, visualizada como algo positivo, y también su correlato, la variabilidad justificada, como el resultado agregado de una *praxis* reflexiva y humana.

LA DIFÍCIL PERO NECESARIA GESTIÓN DE LA HOLGURA CLÍNICA Y LA AUTONOMÍA PROFESIONAL

La autonomía que la sociedad concede a los médicos para tomar decisiones obliga a un ejercicio responsable de gobernanza. Los cinco criterios del buen gobierno en la sanidad (la conocida como matriz TAPIC: *Transparency, Accountability, Participation, Integrity, Capacity*) pueden ser útiles para aconsejar algunos cursos de acción²⁰.

- a) La transparencia es esencial: mientras más información de la práctica clínica esté abierta al escrutinio público y más microdatos sean accesibles para investigar los patrones de decisión y los resultados, más conocimiento se generará y la propia comparación inducirá mejoras por la propia retroalimentación hacia los profesionales.
- b) La rendición de cuentas apuntaría a que la propia profesión médica, por medio de la difusión de la investigación e innovación apropiada y la «medicina basada en la evidencia», vaya reduciendo y acotando la incertidumbre, ensanchando el núcleo de conocimiento consolidado, y asumiendo de forma autocrítica y proactiva abordar las prácticas con mayor variación injustificada. A esta tarea deben contribuir las autoridades sanitarias, mediante su apoyo a los sistemas de información, a la investigación en servicios sanitarios, a los sistemas de mejora de la calidad y seguridad, a la evaluación de las tecnologías y a la elaboración de guías clínicas de calidad y libres de conflictos de interés.
- c) La participación aconseja que los profesionales médicos gestionen su creciente interdependencia, creando modelos de colaboración y consulta para una práctica clínica más reflexiva. La autonomía de decisión se ejerce desde un individualismo cada vez más obsoleto e inapropiado; en casos graves o importantes se acepta la decisión conjunta; esta actitud habría que generalizarla a las prácticas cotidianas, por medio de sesiones clínicas y reflexión crítica sobre los estándares de asistencia²¹. La falta de tiempo y el exceso de trabajo limitan estos espacios de análisis profesional, que sin embargo serían esenciales como inversión a medio plazo para mejorar la calidad y reducir la práctica clínica inapropiada.
- d) La integridad nos recuerda la relevancia de los conflictos de interés, no solo para declarar rela-

ciones con entidades o instituciones que aportan elementos de valor, sino para desarrollar activamente las medidas necesarias para reducirlos. Algunas líneas de acción en esta dirección serían promover la buena ciencia, la mejora en la calidad de la literatura publicada, la accesibilidad a los datos generados por las investigaciones, y la asunción de criterios uniformes de evaluación²².

- e) Y la capacidad técnica de desarrollo de políticas aconseja explorar nuevos métodos para mejorar las decisiones y reducir la variabilidad injustificada. Los sistemas de ayuda a la decisión, las infografías o los buenos instrumentos de estandarización de la práctica clínica, son alternativas para mostrar y hacer accesibles las prácticas esperables, de acuerdo con la mejor evidencia y el consenso reflexivo de los profesionales. Pero conviene recordar que estos instrumentos dependen de la calidad del conocimiento que subyace: unas malas recomendaciones pueden hacer mucho daño cuando se generalizan y potencian mediante estos métodos.

CONCLUSIÓN

Como reflexión final, la práctica profesional podría asimilarse a lo que hace un surfista con la ola: ha de enfrentarla con un buen equipo, conocimientos, experiencias y prudencia; pero no puede planificar lo que hará en cada momento concreto; ha de interactuar con la ola, adaptarse, seguirla, y en cierta forma, fusionarse con ella en una única e irrepetible singladura. Así funcionaría la interacción clínica; y por ello, tiene que haber grados de libertad para actuar, creando ese espacio de holgura clínica. Esa capacidad que concede el paciente con su confianza y ratifica la sociedad con la autonomía que otorga en el uso de los recursos, es la que hace más profesionales y más responsables a los médicos, y la que les obliga a rendir cuentas. Pero también es lo que hace la práctica clínica dinámica y creativa; y también humana, sensata y compasiva. Un nuevo enfoque a la variabilidad, que legitime una práctica clínica con holgura y autonomía responsable en beneficio del paciente, puede ser útil para mejorar la actitud de los profesionales, conseguir un equilibrio

entre la ciencia, arte y artesanía, y conciliar una cosmología médica dividida entre el determinismo científico y el empirismo pragmático.

BIBLIOGRAFÍA

- Natalicchio A, Ardito L, Savino T, Albino V. Managing knowledge assets for open innovation: a systematic literature review. *J Knowl Manag.* 2017;21(6):1362-83.
- Wennberg J, Gittelsohn. Small area variations in health care delivery. *Science.* 1973;182(4117):1102-8.
- Wennberg JE. Unwarranted variations in healthcare delivery: implications for academic medical centres. *BMJ.* 2002;325(7370):961-4.
- Peiró S, Maynard A. Variations in health care delivery within the European Union. *Eur J Public Health.* 2015;25(Suppl 1):S1-S2.
- Bernal-Delgado E, Christiansen T, Bloor K, Mateus C, Yazbeck AM, Munck J, et al.; ECHO Consortium. ECHO: health care performance assessment in several European health systems. *Eur J Public Health.* 2015;25(Suppl 1):S3-S7.
- Westert GP, Groenewegen PP. Medical practice variations: changing the theoretical approach. *Scand J Public Health.* 1999;27(3):173-80.
- Soni SM, Giboney P, Yee HF Jr. Development and implementation of expected practices to reduce inappropriate variations in clinical practice. *JAMA.* 2016;315(20):2163-4.
- Sutherland K, Levesque JF. Unwarranted clinical variation in health care: Definitions and proposal of an analytic framework. *J Eval Clin Pract.* 2020;26(3):687-96.
- Ward V, House A, Hamer S. Knowledge brokering: The missing link in the evidence to action chain? *Evid Policy.* 2009;5(3):267-79.
- Simon HA. Theories of bounded rationality. En: McGuire CB, Radner R, editores. *Decisions and organizations.* Amsterdam: North Holland Publishing Company; 1972.
- Stamatakis E, Weiler R, Ioannidis JP. Undue industry influences that distort healthcare research, strategy, expenditure and practice: a review. *Eur J Clin Invest.* 2013;43(5):469-75.
- Saleh RR, Majeed H, Tibau A, Booth CM, Amir E. Undisclosed financial conflicts of interest among authors of American Society of Clinical Oncology clinical practice guidelines. *Cancer.* 2019;125(22):4069-75.
- Schein EH. *Organizational culture and leadership: A dynamic view.* San Francisco: Jossey-Bass; 1985.
- Kherad O, Peiffer-Smadja N, Karlafti L, Lember M, Aerde NV, Gunnarsson O, et al. The challenge of implementing Less is More medicine: A European perspective. *Eur J Intern Med.* 2020;76:1-7.
- Repullo JR. Casos clínicos del mundo real para mejorar la ciencia, el arte y la artesanía de la medicina, y hacerla más sostenible. *Rev Esp Casos Clin Med Intern.* 2020;5(3):103-4.
- Stacey RD. *Strategic management and organizational dynamics: the challenge of complexity.* 3rd Edition. Harlow: Prentice Hall; 2002.
- Morton A, Cronwell J. What's the difference between a hospital and a bottling factory? *BMJ.* 2009;339:b2727.
- Gérvás J, Pérez Fernández M. Aventuras y desventuras de los navegantes solitarios en el Mar de la Incertidumbre. *Aten Primaria.* 2005;35(2):95-8.
- Smith P, Mossialos E, Papanicolas I. Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects. Ginebra: World Health Organization; 2008.
- Greer S L, Wismar M, Figueras J. Strengthening health system governance better policies, stronger performance. Inglaterra: Open University Press; 2016.
- Atsma F, Elwyn G, Westert G. Understanding unwarranted variation in clinical practice: a focus on network effects, reflective medicine and learning health systems. *Int J Qual Health Care.* 2020;32(4):271-4.
- Catalá-López F, Caulley L, Ridao M, Hutton B, Husereau D, Drummond MF, et al. Reproducible research practices, openness and transparency in health economic evaluations: study protocol for a cross-sectional comparative analysis. *BMJ Open.* 2020;10(2):e034463.