



EDITORIAL

La gestión clínica: es nuestra responsabilidad



Clinical management: It is our responsibility

J. Alberto San Román

Servicio de Cardiología, Instituto de Ciencias del Corazón (ICICOR), Hospital Clínico Universitario, Valladolid, España

Recibido el 13 de febrero de 2014; aceptado el 16 de febrero de 2014

Disponible en Internet el 13 de abril de 2014

La decisión política, pues no es otra cosa sino una decisión política, de disminuir el gasto en la sanidad ha provocado descontento en muchos usuarios y profesionales. Si algo bueno ha traído este descontento para los profesionales es que nos está obligando a repensar el sistema que queremos para el futuro. Eso no significa que se nos vaya a hacer caso pero, al menos, debemos hacer un esfuerzo de reflexión. No sirve decir que este sistema no nos gusta, debemos hacer propuestas de futuro. Y en este contexto sobresale un concepto, gestión clínica (GC), que parece algo innovador, y la salvación para todos nuestros males. Ni es nuevo, ni va a solucionar todos nuestros problemas, pero sí puede ser útil en el contexto actual, y puede ayudar a que los profesionales juguemos, por fin, un papel determinante en el sistema de salud que dejaremos a nuestro hijos. A continuación expondré cómo veo la GC a través de algunos mensajes muy concretos.

Nuestro sistema de salud es excelente

Se nos dice que nuestro sistema de salud no es bueno, que los resultados son muy mejorables y que para sostenerlo incurrimos en un gasto inaceptable. Esto es rigurosamente falso.

Tenemos un sistema de salud excelente, del que los profesionales debemos sentirnos orgullosos. Este sistema se

basa en un programa de formación extraordinario, el sistema MIR, y en unos sueldos bajos pero estables. Y los resultados son bien conocidos. Nuestra esperanza de vida está por encima de 82 años, la más alta de nuestro entorno, y una de las más altas del mundo. En vacunación infantil, mortalidad infantil, trasplantes y otros muchos datos estamos siempre en los puestos de cabeza. Por otra parte, lo que nos cuesta es inferior a lo que cuesta en otros países de nuestro entorno: dedicamos el 7% del PIB a nuestra sanidad. Esto debe ser matizado pues si se ajusta el gasto, no solo al PIB, sino también al nivel de renta se comprueba que la sanidad nos cuesta lo que cuesta a los países de nuestro entorno¹. En resumen, nuestro sistema ofrece calidad a un coste razonable, es decir, es eficiente. En este sentido, los avances tan espectaculares en la tecnología médica han demostrado su eficiencia en nuestro país².

Entonces, ¿por qué no seguimos igual?

Desde 2002 el gasto sanitario *per cápita* se ha disparado en relación con el índice PIB real *per cápita*, a pesar de que en esos años todavía aumentaba el PIB del país. Ya entonces se vio que el sistema era económicamente insostenible a medio plazo. Nadie quiso tomar medidas en esos años y solo al empezar a disminuir el PIB y al aparecer el tan temido déficit público, se ha decidido que había que actuar.

Y hay muchas áreas en las que se puede mejorar, muchas áreas en las que el sistema es ineficiente (tabla I). De entre ellas, merece la pena comentar la alta variabilidad de la

Correo electrónico: asanroman@secardiologia.es

Tabla 1 Áreas de ineficiencia en el sistema de salud

- Variabilidad de la práctica clínica
- Descentralización de la compras
- Descoordinación entre Atención Primaria y Especializada
- Descoordinación entre los sistemas de salud autonómicos
- Descoordinación entre los diferentes estamentos profesionales
- Desconfianza entre los clínicos y los gestores
- Sistemas de información deficientes
- Desmotivación de los profesionales
- La investigación aplicada como parte integrante del sistema de salud

No pretende ser una tabla exhaustiva. Pueden añadirse muchos otros factores que los profesionales pueden identificar en su práctica diaria.

práctica clínica³ que lleva inevitablemente a inequidades del sistema⁴, y la descoordinación entre la Atención Primaria y la Atención Especializada⁵, tantas veces comentada, y tan pocas veces enfocada adecuadamente.

¿Qué opciones tenemos?

Llegados a este punto cabe preguntarse por las diferentes opciones para tratar de mejorar el sistema de salud. La primera, y la más radical, sería privatizar la sanidad y considerar la salud como un servicio más, que debe ser pagado. Afortunadamente, esto no es posible debido a que la Constitución establece en su artículo 43 la salud como un derecho. Otra opción consiste en privatizar servicios no estrictamente sanitarios como la hostelería, o incluso servicios sanitarios no directamente ligados a la atención al paciente, como los análisis clínicos o las pruebas de imagen. En este sentido se enmarcan los intentos de privatizar la gestión de los centros sanitarios. De esta manera se trasladan a la empresa privada cuyo objetivo final es el lucro, las decisiones estratégicas. En contra de lo comentado en algunos foros, la gestión privada no ha demostrado ser más eficiente que mantener una gestión pública^{6,7}.

Otras opciones que ya se han implantado incluyen el copago farmacéutico, la reducción del salario o el aumento de la jornada laboral. Estas acciones provocan ahorro inmediato pero son de corto recorrido, muy mal acogidas por la población, y altamente desincentivadoras para los profesionales.

Para que alguna de las opciones tenga éxito debe cumplir, al menos, 2 requisitos: debe estar centrada en el paciente y debe plantear una solución integral. La gran limitación de nuestro sistema de salud ha sido, y sigue siendo, la organización centrada en el profesional. Por otra parte, acciones meritorias pero aisladas no han mejorado el sistema en su conjunto (mejora del acceso a la salud, contención de costes, implantación de la telemedicina y concienciación de los pacientes). No son medidas integrales y no van al objetivo ineludible que deber cumplir un sistema de salud: crear valor para el paciente, donde definimos valor como los resultados obtenidos en relación con el coste para obtener esos resultados⁸. Y los resultados se refieren a aquellos que importan al paciente. En línea con este concepto, la esencia de la GC es responsabilizar a los profesionales de la salud en

la búsqueda de valor para el paciente, es decir, la responsabilidad no solo del cuidado de los pacientes sino también de la gestión de los recursos.

¿Qué es la gestión clínica?

La GC puede definirse como una forma de organización y de gestión en el ámbito sanitario caracterizada porque se capacita a los profesionales sanitarios a tomar decisiones cuyo objetivo es la eficiencia, es decir, la mejor atención a nuestros pacientes al menor coste posible.

Tradicionalmente, los profesionales sanitarios nos preocupamos de la salud de nuestros pacientes sin tener en cuenta el coste, y los gestores se preocupan del coste sin valorar la salud de los pacientes. La GC da herramientas para aunar ambas visiones. Y a ello va ligada la responsabilidad por las consecuencias de las decisiones tomadas. Se premian o se penalizan las decisiones tomadas según las consecuencias.

Pero, ¿no hacemos ya gestión clínica en nuestra práctica diaria?

Es frecuente escuchar a profesionales que afirman que ellos ven a diario muchos pacientes, a los que piden las pruebas que consideran necesarias, que pautan la medicación que está demostrado que es útil, que utilizan los fármacos genéricos siempre que pueden, que en el quirófano utilizan el material que consideran más apropiado y que tienen en cuenta el coste de sus acciones. ¿No están haciendo GC? La respuesta es clara: no. Están haciendo una práctica honesta y consecuente con su formación. Pero la GC es mucho más. Requiere la medición de la actividad y de los resultados, no solo clínicos sino también económicos, la propuesta de medidas de mejora, la evaluación de los resultados una vez implantadas esas medidas, y así sucesivamente. La mejora continua tiene un principio pero no un final. En cuanto a la medición de los resultados, aspecto clave de una adecuada GC, deben medirse no solo los resultados de los procedimientos sino también, y sobre todo, de los procesos.

¿Qué fortalezas tiene la gestión clínica?

La GC obliga a los profesionales sanitarios a responsabilizarse del individuo en su totalidad: como paciente («la mejor atención sanitaria...»), y como ciudadano («...al menor coste posible»). Además, permite que los profesionales que trabajan en la organización participen en su diseño y funcionamiento. Otra fortaleza es que facilita la gestión por procesos, lo cual se traduce en una gestión coordinada de todos los participantes en el proceso. De esta manera, los profesionales sanitarios que participan en procesos relacionados entre sí están coordinados por una única entidad coordinadora (fig. 1). Otro aspecto positivo de la GC es que facilita una alianza entre los gestores y los clínicos, en la que todos comparten unos valores para que la institución avance. Para ello deben reconocerse las capacidades respectivas y debe asegurarse un suficiente liderazgo de los profesionales sanitarios. Por último, es un camino hacia la eficiencia. Son los profesionales sanitarios, responsables del

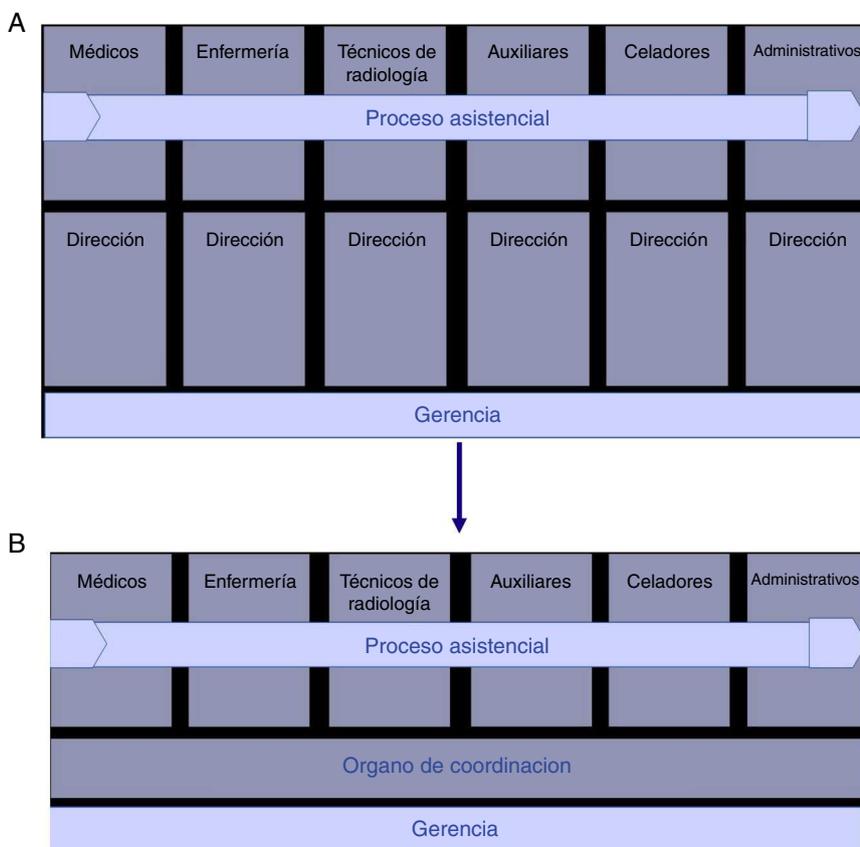


Figura 1 Para una adecuada gestión por procesos es esencial que el proceso tenga un único coordinador. En el funcionamiento clásico de los centros sanitarios (A), un funcionamiento vertical, un único proceso asistencial depende de profesionales sanitarios que tienen direcciones diferentes. La GC tiene un grupo de coordinación que está a cargo de todos los profesionales, lo que hace más fácil la organización de los procesos asistenciales a su cargo (B).

70% del gasto sanitario, los que pueden orientar el ahorro hacia áreas en las que no se resienta la calidad de la asistencia prestada, y los que pueden mejorar la calidad sin que ello repercuta negativamente en el gasto.

Por último, un aspecto clave en cualquier organización que pretenda ser eficiente es la compensación adecuada al esfuerzo realizado. La eficiencia va ligada a la compensación. Para ello debemos tener en cuenta la estructura motivacional de los profesionales sanitarios. Clásicamente se distinguen 3 tipos de motivación que llevan aparejadas 3 tipos de compensación (tabla II). Para los profesionales sanitarios, como para cualquier otro profesional, la motivación extrínseca debe ser adecuadamente compensada. Además, las motivaciones intrínseca y trascendente son muy importantes, lo cual debe ser tenido en cuenta por la organización. Pues bien, la GC puede ayudar a satisfacer nuestras motivaciones. Para ello debe haber herramientas que permitan compensar a los profesionales y diferenciar entre unos profesionales y otros. No hay nada más desmotivador que la compensación lineal (el «café para todos»).

¿Qué debilidades tiene la gestión clínica?

La primera y fundamental es la falta de preparación de los profesionales de la salud en la gestión. No se enseña en las facultades de medicina y solamente la iniciativa propia y el

esfuerzo personal, a veces no bien entendido por los propios compañeros, lleva a algunos a formarse en gestión sanitaria. Para hacer GC es muy conveniente tener una formación específica en este sentido. Se nos enseñó a enfocarnos en las necesidades de nuestros pacientes, a llegar al hospital

Tabla 2 Estructura motivacional de los profesionales sanitarios

	Motivación (individuo)	Compensación (organización)
Extrínseca	<ul style="list-style-type: none"> - Salario - Reconocimiento social - Publicaciones científicas 	<ul style="list-style-type: none"> - Dinero - Desarrollo profesional
Intrínseca	<ul style="list-style-type: none"> - Aprendizaje - Reto - Creatividad 	<ul style="list-style-type: none"> - Formación continuada - Tecnología - Investigación
Trascendente	<ul style="list-style-type: none"> - Satisfacción de ayudar - Sentirse útil 	<ul style="list-style-type: none"> - Identificación con los valores trascendentes

La motivación es determinada por el individuo. La organización debe satisfacer los distintos tipos de motivación. Si la motivación se corresponde adecuadamente con la compensación surgirá la dedicación y el compromiso del profesional.

temprano, a estar las horas que fueran necesarias en la planta o en el quirófano por el bien de nuestros pacientes, a no depender de nadie. Pero la medicina actual exige entender que los resultados de la actividad deben conocerse, que todo lo que se hace debe aportar valor (obtener los mejores resultados posibles de forma eficiente), y que el trabajo en equipo es la única forma de conseguir los objetivos. Y todo ello requiere dismantelar barreras culturales fuertemente implantadas⁹.

Por otra parte, la implantación de la GC no puede hacerse de golpe en todos los servicios. Muchos no están preparados. Es necesario reunir unos requisitos para ponerse en marcha, que incluyen un liderazgo suficiente, la experiencia de trabajar en equipo, la disposición favorable de los distintos grupos profesionales y otros.

Otro aspecto esencial es la disponibilidad de sistemas de información fiables y actualizados. Si no sabemos dónde estamos no podemos plantear dónde queremos ir. Si no sabemos si nuestras medidas de mejora han tenido resultados favorables no podemos plantear otras. En este sentido, la estrecha colaboración con los gestores del centro o la contratación de gestores profesionales son prioritarias.

En esta época, algunos estamentos han planteado la GC como una herramienta útil para el ahorro rápido. Este enfoque es totalmente equivocado y llevará a la GC al fracaso. La GC no puede entenderse como un sistema de ahorro infinito. No puede pedirse una disminución del gasto año tras año. El objetivo de la GC es la eficiencia, y así tiene que evaluarse. El éxito dependerá de la adecuada combinación de los resultados obtenidos y del coste necesario para obtener esos resultados.

Es nuestra responsabilidad

En los años 80 del pasado siglo los profesionales de la salud fueron desplazados de los órganos de gestión de los

centros sanitarios por profesionales de la gestión. Fue entonces cuando decidimos desentendernos de la gestión. Han pasado unos cuantos años en los que han sido continuas nuestras quejas sobre el modo de gestionar los centros. Ahora tenemos la oportunidad de volver a ser decisivos en la gestión de nuestra actividad. Podemos hacer que nuestros servicios funcionen como creemos que deben funcionar, o al menos intentarlo. ¿Queremos estar otros 30 años quejándonos de lo mal que lo hacen otros?

Bibliografía

1. López G. Las cifras del gasto sanitario en su comparativa. Errores y omisiones. *Gest Clin Sanit.* 2010;12:27-9.
2. López-Valcárcel BG, Pinilla J. The impact of medical technology on health: a longitudinal analysis of ischemic heart disease. *ISPOR.* 2008;11:88-96.
3. Permanyer G. Variabilidad de la práctica clínica cardiovascular. Reflexiones de un cardiólogo clínico. *Atlas Var Pract Med Sist Nac Salud.* 2006;2:148-50.
4. Vergara M, Benach J, Martínez JM, Buxó M, Yasui Y. *Gac Sanit.* 2009;23:16-22.
5. Ojeda JJ, Freire JM, Gérvas J. La coordinación entre Atención Primaria y Especializada: ¿reforma del sistema o reforma del ejercicio profesional? *Rev Adm Sanit.* 2006;4:357-82.
6. Basu S, Andrews J, Kishore S, Panjabi R, Stuckler D. Comparative performance of private and public healthcare systems in low- and middle-income countries: A systematic review. *PLoS Med.* 2012;9:e1001244.
7. Quercioli C, Messina G, Basu S, McKee M, Nante N, Stuckler D. The effect of healthcare delivery privatisation on avoidable mortality. Longitudinal cross-regional results from Italy, 1993-2003. *J Epidemiol Community Health.* 2013;67:132-8.
8. Porter ME, Lee TH. The strategy that will fix health care. *Harv Bus Rev.* 2013;91:50-70.
9. Lee TH. Turning doctors into leaders. *Harv Bus Rev.* 2010;88:50-8.