

¿‘Quo vadis’, gestión clínica?

El modelo no es solo cosa de gestores: profesionales y pacientes deben tener más presencia. Sin embargo, la falta de una autonomía real para tomar decisiones y de evaluación de resultados lastran su futuro.

Rosalía Sierra. Bilbao | rsierra@diariomedico.com | 19/02/2018 00:00

Más de dos décadas han transcurrido desde que se empezó a hablar de gestión clínica en España. En 1996, el equipo de Alfonso Castro Beiras diseñó una nueva estructura para los servicios relacionados con la Cardiología en el entonces Hospital Juan Canalejo, de La Coruña. Nació entonces la llamada Área del Corazón, que buscaba estructurar la asistencia de los procesos cardiovasculares desde una toma de decisiones coordinadas por un equipo, tratando de mejorar los resultados asistenciales y el uso eficiente de los recursos.

Dos décadas en que, con mayor o menor éxito, varias autonomías han trabajado para **transformar la tradicional estructura directiva de hospital y primaria** en un modelo en que se dote de más autonomía al que, tal y como coinciden todos los agentes del sector, realmente toma las decisiones de gestión: • el profesional.

"Todas las experiencias en gestión clínica han ido por ese camino, el de dar más autonomía. El problema, normalmente, es que **el grado de autonomía alcanzado no es el esperado**", ha dicho a Diario Médico **Manuel Bayona**, médico, gestor y vicepresidente de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (Sedap).

- **“La mayoría de los profesionales están comprometidos pero a los que se oye es a los que no”, sostiene Manuel Bayona**

Bayona habla de Andalucía, donde ha sido gerente hospitalario y donde el cien por cien de la asistencia está estructurada en torno a unidades de gestión clínica. Sin embargo, lo que estaba llamado a ser una revolución en la forma de gestionar la sanidad ha dejado varios de sus grandes principios por el camino: • **"La gestión clínica no es cuestión de modelo, sino de desarrollo. Se ha dado más autonomía pero sin transferir riesgo, lo que ha pervertido un sistema de incentivos que, en lugar de servir para premiar la consecución de objetivos, se utiliza para enfrentar a los profesionales"**.

Tres pilares

A su juicio, el problema es de base: • **"Para que funcione son necesarios tres elementos que no siempre se cumplen: • liderazgo, compromiso y evaluación"**.

Y, también, es un problema de clima: **"Vivimos un momento de contaminación política e informativa** donde las luces de un modelo quedan empañadas por las sombras y el ruido". Así, en lo que respecta a las tres patas de la gestión clínica, considera que "buenos profesionales no quieren ser líderes para que no se les echen encima los críticos; la mayoría de los profesionales están comprometidos pero a los que se oye es a los que no, y la evaluación sirve de poco

porque **los indicadores que se usan para la acreditación no están ligados al día a día**, los resultados que se miden no han de ser los económicos, sino en salud, y la **falta de transparencia** hace que no se puedan comparar las unidades ni entre sí ni consigo mismas". Estas barreras al crecimiento de este modelo no son exclusivas de Andalucía, como ha quedado claro en el **VII Congreso de Gestión Clínica**, organizado la semana pasada en Bilbao por la Fundación Gaspar Casal.

- **Con la información que hay disponible actualmente ha dejado de tener sentido un modelo de financiación basado en históricos**

Así, otra de las regiones donde más se está extendiendo esta fórmula de gestión, **Asturias**, lleva nueve años con un continuo tira y afloja entre Administración, gestores y profesionales "debido, principalmente, a que **fue un modelo creado de arriba abajo**. No fuimos capaces de trasladar a los profesionales la importancia y los beneficios que las áreas de gestión clínica podían aportar", reconoce **Miguel J. Rodríguez**, gerente del Área V-Gijón.

Esta imposición derivó en una "difícil identificación con las áreas de algunos servicios y unidades". Y es que, según Rodríguez, "**es muy difícil romper con la inercia del modelo tradicional**". Y a esto se suman "unos presupuestos poco realistas basados en el histórico, como se ha hecho siempre".

Círculos viciosos

Poderoso caballero es Don Dinero, que al final está en la raíz de todos los problemas: • "**Los sistemas de pago actuales están viciados**. Están condicionados por lo histórico, cuando la asistencia y la gestión han dado un salto cualitativo: • ahora tenemos información que era impensable hace diez años. Si hay información económica transparente y que se ajusta a la realidad, ¿por qué no usarla?", afirma **Francesc Cots**, director de Control de Gestión del Parque de Salud Mar, de Barcelona, e investigador en Servicios Sanitarios del instituto de investigación del centro (IMIM).

En su opinión, el actual modelo de financiación perjudica a los clínicos y, por extensión, a los pacientes, porque "sabemos qué tenemos que hacer para que cuadren los números, no para que mejore la salud y la calidad de la asistencia".

En la perversión del sistema ahondó **Joan Gené**, médico de Familia en Barcelona: "Nosotros, la verdad, es que **hemos evaluado poco**, pero se pueden extrapolar trabajos realizados fuera. Por ejemplo, en el Reino Unido se vio que había cierto impacto negativo hacia las acciones que no estaban incentivadas. Y algo parecido sucede aquí: • **nos preocupamos más de bajar el colesterol de los pacientes, porque nos pagan por ello**, que de medir el impacto real en la salud de lo que hacemos".

El problema es que el sistema "sigue poniendo el ordenador delante del paciente y se centra en los números, no en resolver los problemas de las personas", añade. "**Estamos tan preocupados en cumplir con el gerente que nos olvidamos del paciente**", asegura Gené, introduciendo el elemento que, según coincidieron la mayor parte de los presentes en el congreso: • los usuarios.

"Medir, evaluar lo que hacemos es ineludible en gestión clínica. Debemos saber lo que hacemos y cómo, pero no en términos económicos, sino en **resultados clínicos y experiencia del paciente**", afirmó **Tomás Urda**, gerente de clínicas Quirónsalud en Málaga y Marbella.

Elisa Gómez, directora Económico-Financiera y de Servicios Generales de laOSI Ezkerraldea Enkarterri Cruces, en Vizcaya, va más allá: "Debemos evaluar lo que realmente tiene impacto: los resultados en salud, el coste por paciente y la gestión económica". Todo ello, dice, en un marco de **transparencia y rendición de cuentas**.

Con la información que hay ahora disponible, Gómez considera oportuno "definir los costes por servicio, por unidad, por procesos y por paciente, pero con eso no basta: • **si queremos que esto funcione, lo que debemos medir es el valor**: los resultados en salud entre los costes".

No obstante, esta medición no puede limitarse al entorno de una unidad, dado que "tenemos que seguir la trazabilidad del paciente, analizar la enfermedad, no el episodio".

Unidades por patologías

En esta línea va la propuesta del Hospital La Fe, de Valencia. Según relata su gerente, **Mónica Almiñana**, el objetivo del centro es "crear unidades de gestión clínica pequeñas, que no abarquen grandes áreas sino que giren en torno a grupos de pacientes con la misma patología, definiendo los procesos, el liderazgo, la cadena de valor... y algo que no se suele cumplir: • la autonomía de gestión de recursos".

Aunque reconoce que "con la estructura económica actual es muy difícil", sí que aboga por buscar un cambio en el manejo de las patologías. Empezando por "incluir a los pacientes en grupos focales para **que nos digan qué no hacemos bien**, así como saber cuáles son los resultados finales que espera, y centrarnos en ellos".

En definitiva, el objetivo ha de ser "hacer las cosas que sabemos que funcionan y no hacemos", afirma Urda. Lo bueno, según dice, es que "en el circuito asistencial, los más motivados por conocer la información y los resultados y mejorar son los médicos, más que los directivos".

La conclusión la sintetiza Elisa Gómez: • "A los profesionales no hay que convencerles de nada. Están deseando tener información, y debemos dársela, porque **cuando hay información es cuando se puede empezar a hablar de gestión**".

NHS: cuando el paciente da valor a medir la calidad

Cuando se habla de evaluación, eficiencia y transparencia, los expertos suelen mirar con envidia al NHS británico. La gestión clínica no es una excepción. Según explicó a Diario Médico **Andrew Street**, profesor de Economía del Centro Especializado en Economía de la Salud de la Universidad de York, el sistema está avanzando en "tomar la experiencia del paciente como medida de la calidad".

Para ello, se realiza una evaluación sistemática de estas experiencias, planteando cuestionarios antes y después del paso del paciente por el circuito asistencial, analizando sus expectativas, si éstas se cumplen y si considera que su salud ha mejorado gracias a la intervención médica. Esta información es útil también para el sistema, ya que le permite "comparar el desempeño en grupos de pacientes similares".

Según Street, "los indicadores clásicos, como mortalidad, no son siempre demasiado útiles, sobre todo en patologías banales como la prótesis de rodilla". De hecho, en procesos de este tipo, según las encuestas de resultados en los pacientes realizadas por el NHS, muchos pacientes habrían optado por otras alternativas terapéuticas o por esperar si hubieran conocido de antemano las consecuencias de la intervención.

Así nació *After my surgery*, una recopilación de información útil -desde el coste de la intervención si el paciente opta por la asistencia transfronteriza a las alternativas para el tratamiento del dolor- que el paciente puede consultar para tomar decisiones informadas sobre su salud.

A pesar de lo innovador de la idea, se asienta sobre una base sólida: "Hace 20 años hubo un escándalo en el NHS por un caso de alta mortalidad infantil a causa de malas prácticas médicas, lo que impulsó al sistema a hacer públicos los resultados por procedimientos, hospitales, servicios, profesionales... Hay una transparencia absoluta del desempeño del sistema, y el paciente puede ver los datos, compararlos y elegir".

Se trata de una cultura de la que aún le queda a España mucho que aprender. A juicio de Street, esta transparencia beneficia, más que a los pacientes -"que suelen acabar yendo al hospital que tienen más cerca"-, a los propios profesionales: "Los médicos son muy competitivos, y están encantados con saber en qué fallan y por qué".

Diez mandamientos para saber hacia dónde ir

A raíz de su VI Congreso de Gestión Clínica, la Fundación Gaspar Casal publicó un decálogo de conclusiones sobre hacia dónde debe avanzar la gestión clínica.

1. Si la gestión clínica significa fomentar una medicina sensata en un contexto de expansión del conocimiento, debemos ser conocedores de que, a pesar de disponer de toda la información de forma adecuada, no siempre producimos las respuestas correctas.

- 2.** Mientras que la primera revolución del servicio sanitario fue el lavado de manos, la actual será disponer de información útil y clara.
- 3.** Datos abiertos significa, en otras palabras, la accesibilidad a otras áreas de conocimiento, y que, con audiencias apropiadas, pueden mejorar los resultados.
- 4.** La creatividad y la corresponsabilidad de los profesionales requieren un esfuerzo muy relevante en un escenario donde prevalece la garantía de la inmortalidad de las organizaciones y de las personas.
- 5.** Los eventos adversos, que corresponden a complicaciones quirúrgicas, accidentes farmacológicos y procedimientos médicos, no se registran de forma adecuada, pero los errores diagnósticos sencillamente son olvidados.
- 6.** La medicina basada en la evidencia significó pasar de una medicina codificada por la experiencia personal, la tradición y el valor de la autoridad, a una toma de decisión más estandarizada, pero que reconoce nuevas fuentes de información y enfatiza su validez en el mundo real de la práctica clínica.
- 7.** El reto en la actualidad de los sistemas de salud es legitimarse, tanto a nivel de las políticas de salud como en la práctica clínica habitual.
- 8.** Disponemos de muchas más aptitudes con muchos datos, mejores tecnologías de la información y capacidad de análisis, pero sin la alfabetización numérica adecuada a los retos que nos presentan.
- 9.** En la sanidad pública, las innovaciones tecnológicas que de por sí no conducen a la insaciabilidad, aunque presenten beneficios marginales, siempre acaban entrando.
- 10.** Las unidades de gestión clínica se han agotado. Seguimos sin disponer de evaluación de resultados que muestren mejoras y el entusiasmo inicial de los profesionales hacia estas unidades se ha diluido.

Diario Médico

<http://www.diariomedico.com/2018/02/19/area-profesional/gestion/rquo-vadisr-gestion-clinicar>