

Gestión clínica: estrategias, instrumentos e incentivos

Juan José Pérez Lázaro
Gabriel Pérez Cobo
Javier García Alegría
Felipe Díez García¹

Resumen

La Gestión Clínica es un tema de gran actualidad que ha irrumpido con fuerza en el debate sanitario. La mayor parte de las actuales propuestas de reforma tienen en común el considerar que es necesario descentralizar las organizaciones sanitarias y que el profesional debe participar en la gestión de los recursos que utiliza en su práctica clínica.

A diferencia de otras propuestas de reforma en el hospital, esta iniciativa ha ilusionado a los profesionales porque la gestión clínica habla de clínica y de pacientes, ha adoptado el lenguaje de los profesionales y se fundamenta en principios éticos, científicos y asistenciales además de económicos.

Representa un cambio cultural, a largo plazo, en el

Palabras clave

gestión clínica, cambio, instrumentos, motivación

Key words

clinical management, change, instruments, motivation

Introducción

La Gestión Clínica es un tema de gran actualidad. Ha irrumpido con fuerza en el debate sanitario y forma parte del conjunto de iniciativas de reforma que actualmente se presentan en planes y proyectos. Todas ellas tienen en común el considerar que es necesario descentralizar las organizaciones sanitarias y que el profesional debe participar en la gestión de los recursos que utiliza en su práctica clínica. Existe acuerdo general en que la toma de decisiones debe estar allí donde hay más información, es decir, en los médicos y profesionales sanitarios en general.

En nuestro país hay en este momento múltiples propuestas de gestión clínica, no todas coincidentes en sus contenidos, aunque sí en que persi-

1. Profesores del área de Gestión de Servicios de Salud. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada.

que lo importante es la tenacidad, la constancia y la prudencia para evitar el descrédito de la propuesta.

Para que los profesionales desarrollen gestión clínica necesitan tener el mejor nivel de conocimientos de medicina o de enfermería, disponer de los instrumentos necesarios y un entorno de motivación adecuado.

Abstract

Clinical management is a subject of great current interest that has forcefully made its way into the health debate. Most of the reform proposals at the present time coincide in deeming it necessary to decentralize the health organizations and have the professionals participate in the management of resources they utilize in their clinical practice.

Unlike other proposals for hospital reform, this initiative has caused expectation among professionals because clinical management speaks of clinic and patients, adopts the professional's language and is based on ethical, scientific and assistance principles besides economic ones.

It implies a long-term cultural change where tenacity, constancy and prudence are of the greatest importance to avoid the proposals discredit.

In order to undertake clinical management, professionals need to possess the best level of knowledge in medicine and nursing, have access to the necessary instruments, and be surrounded by an environment providing adequate motivations.

guen mejoras en la práctica clínica y en los resultados de los servicios. En los últimos dos años han aparecido muchas publicaciones y la mayor parte de los congresos relacionados con gestión de servicios de salud se han dedicado a debatir este tema, pero hasta el momento muchas propuestas y debates sobre gestión clínica son especulaciones teóricas.

Las diferentes estrategias marcadas por el INSALUD y las Comunidades Autónomas (CCAA) con transferencias en salud, aunque difieren en otros aspectos, coinciden en la necesidad de impulsar la gestión clínica. Lo preocupante es que cuando una idea se presenta como panacea para solventar todos los problemas del sistema sanitario y tiene contradicciones internas, o no se presenta de forma clara (con un adecuado balance entre ventajas y problemas), se corre el riesgo de que sea considerada como un fraude y pierda credibilidad. De manera que pronto puede pasar a formar parte del conjunto de propuestas que se guardan en el cajón.

La diferencia con respecto a otras propuestas de reforma es que esta iniciativa ha ilusionado a los profesionales y los ha sacado de un largo período de escepticismo. La gestión clínica habla de clínica y de pacientes, ha adoptado el lenguaje de los profesionales y, como veremos a continuación, se fundamenta en principios éticos, científicos y asistenciales además de económicos. Es decir, es una idea que se basa en valores profesionales que pueden defenderse en cualquier circunstancia se llame esta gestión clínica o de otra forma. En el fondo es una nueva propuesta para abordar problemas de siempre, es decir, mejorar la práctica clínica y los resultados en la atención a nuestros pacientes.

Lo fundamental en gestión clínica es responder a preguntas que tienen su base en principios muy relevantes para los profesionales y para los gestores (G. Alegría, 1998):

- Ético: lo que hacemos en el hospital ¿beneficia al paciente? Las

decisiones clínicas deben tener un adecuado balance riesgo/beneficio.

- Científico: las exploraciones clínicas ¿disminuyen el nivel de incertidumbre del profesional?, ¿Le ayudan a tomar decisiones? La actividad asistencial persigue cambiar el curso natural de la enfermedad, todo lo que no colabore a ello puede no tener sentido hacerlo.

- Operativo: ¿cómo se evalúan los resultados? ¿Cómo se organiza la asistencia? ¿Qué disponibilidad de información clínica relevante existe en la unidad?

- Económico: ¿cuál es el coste de las decisiones? ¿Qué otros usos alternativos pueden tener los recursos consumidos?

En resumen, la gestión clínica está basada en la evaluación, la reflexión y la autocrítica de las unidades asistenciales y está dirigida fundamentalmente a la mejora de la efectividad. Si no hay autocrítica y evaluación, no es posible mejorar.

Necesitamos una visión más realista de las posibilidades de esta propuesta de reforma, teniendo en cuenta el contexto de nuestros hospitales, para evitar decepciones y una visión más clara de los pasos necesarios para su desarrollo.

Debe quedar claro que no es la solución mágica para resolver los problemas del sistema sanitario y que sus resultados, como los de cualquier cambio importante, no pueden valorarse a corto plazo. De manera que estamos ante una propuesta para cambiar la forma tradicional de practicar la asistencia, de evaluar los resultados y de organizar los servicios clínicos.

Se trata, por tanto, de un profundo cambio cultural, a largo plazo, una carrera de fondo en la que lo importante es la tenacidad, la constancia y la prudencia para evitar los errores y el descrédito de la propuesta.

El cambio necesario

Los cambios en sanidad se producen cuando cambia la tecnología (por ejemplo, cirugía mayor ambulatoria),

o el entorno (competencia, regulación del Estado, cambios sociales, culturales, etc.). La presión para el cambio procede habitualmente de fuera de la organización, pero la fuerza para cambiar tiene que generarse en el interior de las propias organizaciones.

Si no se perciben motivos para cambiar, las organizaciones no cambian y, aunque vamos a hablar de cuestiones operativas sobre gestión clínica, no conviene olvidar la influencia del marco, de lo estratégico. Con esto no queremos decir que necesariamente deba cambiar el régimen jurídico de nuestros centros. Nos referimos a la imprescindible voluntad política de introducir cambios, a la convicción de reorientar la organización hacia la descentralización, hacia el reconocimiento explícito del papel central de los profesionales, hacia la confianza en su participación y, naturalmente, a las decisiones operativas para hacer visible esta voluntad de cambio. Decisiones que, si son coherentes, constituirán el elemento más potente de credibilidad del proyecto. En definitiva, nos estamos refiriendo a que los poderes públicos asuman el riesgo que supone un cambio de estas características y que esto se traduzca en decisiones operativas coherentes.

La innovación en gestión clínica ha de servir para que los profesionales tomen sus decisiones de forma óptima, es decir, que consideren a la vez la efectividad, la calidad y el coste de oportunidad de las mismas (V. Ortún, 1998). Para esto necesitan, en primer lugar, tener el mejor nivel de conocimientos de medicina o enfermería, en segundo lugar, disponer de los instrumentos necesarios y en tercer lugar, que el entorno en el que trabajan les proporcione motivos para considerar los principios de efectividad, calidad y coste.

Mejoras en el conocimiento

Respecto al primer punto, podemos considerar al hospital como una empresa de conocimiento. El mejor bien

de una institución sanitaria es el conocimiento de sus profesionales. Pero ¿cómo se conoce y difunde la información en nuestros centros?

Numerosos estudios han puesto de manifiesto la enorme variabilidad de la práctica clínica y el uso poco racional de los recursos asistenciales. Asistimos a una auténtica explosión de medios diagnósticos y terapéuticos que, con frecuencia, han relegado a un segundo plano aspectos tradicionales y básicos de la asistencia como son la historia clínica, la valoración y exploración del paciente, la consideración de las circunstancias personales del paciente y la comunicación en el equipo de profesionales. Es necesario profundizar en:

- La evaluación de la propia práctica clínica. El término “experto” debe reservarse para aquel que es capaz de ofrecer resultados de la evaluación de su actividad.
- El conocimiento de la historia natural de la enfermedad y de las necesidades de cuidados del paciente para saber en qué medida las actuaciones profesionales cambian el curso natural de las mismas.
- La evaluación de la tecnología diagnóstica y terapéutica.
- El estudio de los outcomes o resultados últimos en términos de salud (supervivencia, calidad de vida, etc.).

Instrumentos

Los profesionales se enfrentan a un grave problema a la hora de actualizar sus conocimientos. Tienen dificultades para incorporar avances importantes en el diagnóstico, cuidado y tratamiento de los pacientes. La información que les llega es muy abundante, está desorganizada y existen dificultades en su evaluación. Tampoco tienen una idea precisa de las necesidades, muy a menudo los profesionales “no saben lo que no saben”. Por este motivo, resulta muy importante facilitar el acceso de los servicios asistenciales a las bases de datos clínicas

y a la tecnología de la información. Lo fundamental es conectar al profesional con la cada vez más amplia base de conocimientos de la medicina y la enfermería, la información sobre los pacientes y sobre los procesos asistenciales. Teniendo en cuenta las posibilidades de acceso a la información, no es comprensible que aún hoy existan servicios que no están conectados a las fuentes de información sanitaria más importantes.

No se conoce hasta qué punto las herramientas de información pueden transformar las prácticas profesionales pero es necesario potenciar su difusión, disponibilidad y utilización ya que constituyen un importante mecanismo de influencia.

- Mejorar la calidad del CMBD y de los servicios de documentación clínica. Una parte importante del desarrollo de la gestión clínica se apoya en unos sistemas de información que aún tienen importantes carencias.
- Facilitar el acceso desde los servicios a la explotación del CMBD, GRDs y bases de datos informatizadas y otros sistemas de clasificación relevantes.
- Implantación definitiva de la tarjeta sanitaria como identificador único del paciente con el fin de tener una base de datos que permita su seguimiento, evolución y contactos con el sistema sanitario.

Introducir en los acuerdos de gestión con las unidades mayor significación clínica, es decir, proponer objetivos y medir resultados en términos de efectividad y calidad de la atención. La idea es acercarse al lenguaje de los profesionales y que los acuerdos se relacionen con mejoras en la práctica clínica. El instrumento clave para el cambio cultural que se propone es la evaluación de resultados, pero estos han de ser reconocidos y compartidos por profesionales y gestores.

La efectividad de la práctica clínica es difícil de medir pero no imposible. Como siempre, podemos empezar por los procesos más frecuentes de unidades similares. Esta idea necesita de la

participación de los profesionales de las diferentes especialidades y de las sociedades científicas.

Por tanto sería recomendable:

- Recoger información para conocer la efectividad y la eficiencia en términos comparativos. Si los métodos de evaluación no son muy precisos, podemos hacerlo comparando unidades similares.

- Incorporar el estudio de la actividad ambulatoria y de hospital de día ya que, cada vez más, la actividad de los hospitales se desplaza de los quirófanos a las unidades de día y de las salas de hospitalización a las consultas y domicilios.

- Iniciar estudios de gestión de la enfermedad en colaboración con atención primaria. Esto supone una orientación hacia la solución de problemas de salud, la prevención y la eliminación de intervenciones no necesarias. La gestión de la enfermedad permite una visión más amplia de la atención y una mayor colaboración con atención primaria que nos parecen imprescindibles.

El desarrollo de las unidades clínicas en el hospital no puede llevarse a cabo de espaldas a la atención primaria puesto que es la puerta de entrada de los enfermos al sistema sanitario y, lo que es más importante, la responsable de su salud y su seguimiento. Debemos buscar mecanismos que orienten las actuaciones de los servicios hacia la salud de los ciudadanos e incorporar el enfoque y la tecnología de cuidados para mejorar la gestión de los pacientes con necesidades sociosanitarias.

- Ampliar los acuerdos de gestión clínica a tres años. Aunque puedan evaluarse anualmente, es necesario un acuerdo a un plazo mayor de un año. Lo relevante es la tendencia y, en todo caso, establecer indicadores de alarma.

- Establecer compromisos bilaterales, tanto por parte de la unidad como del hospital.

- Desarrollar y, en su caso, crear unidades staff de apoyo a la gestión cuya orientación básica sea ayudar a las unidades clínicas en el análisis

de la información y de situaciones especiales que necesiten apoyo metodológico.

La mejora en los sistemas de información para la toma de decisiones es una premisa imprescindible para la gestión clínica. El tipo de información y las mejoras necesarias se recogen en las tablas I y II (insertas en ps. 10 y 11).

Motivos

La gestión clínica, al basarse en los principios más esenciales de la buena práctica médica, como son: la autonomía profesional, la relación personalizada entre el profesional y su paciente, la satisfacción de los enfermos y de sus familiares, el reconocimiento a la responsabilidad de los profesionales y, por tanto, a su papel protagonista, y la utilización adecuada de los conocimientos médicos y de la tecnología, constituye, por sí misma, un potente elemento de motivación de los profesionales.

A medio plazo es necesario disponer de otros mecanismos de motivación e incentivación. Los incentivos existen en cualquier caso y conviene preguntarse si los que están disponibles en la actualidad son los más adecuados para propiciar que los profesionales decidan de forma óptima.

Un entorno de motivación y de incentivos adecuado exige:

- Objetivos claros y medibles.
- Mejorar la medida de los resultados clínicos, porque, en general, lo que se mide es lo que mejora.

- Medir resultados de forma relativa, es decir, comparando servicios similares.

- Si la medida de resultados no es muy precisa, al menos, debe ser creíble para los profesionales. Es imprescindible consensuar y pactar los métodos. Esto es tan importante como la precisión de los resultados de una regresión. De nada sirven técnicas sofisticadas de evaluación de resultados si los profesionales no se las creen.

- Tener en cuenta el punto de partida de las unidades clínicas. El

TABLA 1

INFORMACIÓN NECESARIA PARA EL MÉDICO

Tipo de información	Fuentes	Comentarios
Sobre pacientes particulares	<i>Paciente Familiares Medico de referencia Resto de médicos del equipo Registro de pacientes Datos del laboratorio</i>	<ul style="list-style-type: none"> Mucho del “arte de la medicina” yace en la recogida de esta información
Datos sobre salud y enfermedades en la población local	<i>Administraciones públicas de Salud</i>	<ul style="list-style-type: none"> Con frecuencia no disponibles en el ámbito local
Conocimiento médico	<i>Libros de texto Revistas Bases de datos electrónicas Otras fuentes</i>	<ul style="list-style-type: none"> El problema es relacionar todo este conocimiento con el problema particular del paciente.
Información local de médicos de referencia, etc.	<i>Fuentes locales</i>	<ul style="list-style-type: none"> Rápidamente cambiantes
Información sobre las influencias sociales y expectativas locales	<i>Fuentes locales</i>	<ul style="list-style-type: none"> Con frecuencia poco explícitas
Información sobre cambios científicos, políticos, legales, sociales y éticos, que puedan afectar tanto a la práctica de la medicina cómo a la relación del médico con los pacientes individuales.	<i>Fuentes diversas: Información local, nacional e internacional</i>	<ul style="list-style-type: none"> La información es difusa, a menudo viene de disciplinas no médicas, con una jerga desconocida.

Fuente: Smith R. *What clinical information do doctors need?* **BMJ** n° 7064. 1996

margen de mejora de una unidad con fuertes ineficiencias es mucho mayor que el de una unidad que tiene buenos resultados al firmar el acuerdo. Es más difícil mejorar cuando estás cerca del objetivo que cuando estás lejos.

- Tener presentes los resultados de un año para fijar los objetivos del siguiente.

- Es necesario mantener la coordinación tanto desde los servicios centrales como desde la dirección del hospital. Los servicios centrales deben mantener la capacidad de acreditar unidades porque hay cosas que no se pueden descentralizar. Nos parece positiva la posibilidad de proponer unidades funcionales autónomas pero, en todo caso, manteniendo la coordinación necesaria para garantizar una pro-

visión de servicios integrada y adecuada a las necesidades de los ciudadanos. Descentralizar no debe significar la atomización y falta de coordinación dentro del hospital.

- Implicar a los directivos en el proceso. El gerente del hospital y el director médico y de enfermería deben liderar el proceso de descentralización.

- Mejorar la formación de los responsables de las unidades clínicas para el manejo de la información sobre pacientes, procesos y recursos.

- Los incentivos económicos son necesarios pero hay que ser muy prudentes. La combinación de incentivos económicos y actividad asistencial (máxime en un contexto de competencia) tiene problemas que no han sido

TABLA 2

INFORMACIÓN NECESARIA PAR LA GESTIÓN CLÍNICA

Tipo de información	Fuentes	Comentarios
Información de la historia clínica	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Identificadores</i>: Datos individuales del paciente, los administrativos y los del episodio. (CMBD) 2. <i>Información clínica individual</i>: Síntomas, datos de la exploración, hipótesis, estrategia diagnóstica, tratamiento y plan de cuidados. 3. <i>Pruebas complementarias</i>: Procedimientos diagnósticos de laboratorio, radiología y los ofrecidos por otras especialidades médicas 	<ul style="list-style-type: none"> • Pilar de la relación profesional-paciente. • Importante conocer la probabilidad individual del paciente de tener la enfermedad estudiada, con antelación a la prueba complementaria propuesta (determinación de la probabilidad preprueba).
Información científica:	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Textos Libros de texto</i> 2. <i>Revistas</i> 3. <i>Bases de datos electrónicas</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • El problema se presenta en la calidad de la información obtenida y no en la cantidad, por lo que se han propuesto sistemas alternativos que sintetizan la información de mayor impacto en la práctica clínica. • Los bibliotecarios y los servicios de documentación de los hospitales deben cambiar su rol tradicional por el de "gestores de la información".
Información de medida de pacientes y de medida de resultados	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Sistemas de clasificación de pacientes</i>: GDRs, PMCs y sistema de clasificación de la dependencia de cuidados de enfermería. 2. <i>Medidas de resultados</i>: evaluación de la efectividad y la eficiencia en atención sanitaria. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los SCP agrupan a los enfermos mediante criterios clínicos de homogeneidad en el consumo de recursos sanitarios. • Permiten comparar resultados entre servicios u hospitales similares pero tiene limitaciones.
Información económica	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Sistemas de control de costes y de información económica</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Permiten relacionar la producción de los servicios con sus costes. • Las tendencias futuras van encaminadas a obtener información económica individualizada por paciente o por diagnóstico

Fuente: elaboración propia

resueltos completamente en ninguna parte del mundo. En algunos casos, al hablar de gestión clínica se ha empezado a hablar de dinero y esta dinámica es esencial reconducirla y clarificarla desde el primer momento para

evitar tanto la desinformación como la posible aparición de desviaciones muy costosas de corregir en el futuro.

- Es necesario avanzar en la desregulación del sistema. Hay que flexibilizar el sistema. No hablamos

de cambiar el régimen jurídico, hablamos de recuperar la capacidad de selección de los mejores profesionales, de flexibilizar la organización de los hospitales, de responder a la diversidad de situaciones de los pacientes y profesionales.

- Controlar los posibles efectos perversos del modelo. En un entorno de libre elección y de gestión descentralizada puede darse el caso de selección de riesgos y otros efectos perversos. La regulación de los acuerdos de gestión clínica es muy importante para garantizar la equidad pero también para ayudar a solventar problemas que pueden aparecer en el curso del año, por ejemplo: un incremento de precios, un cambio en el protocolo de atención a pacientes de VIH, etc., que pueden comprometer los resultados de las unidades aunque se esfuercen por mejorar la eficiencia.

- No olvidar las medidas de gestión de siempre y que han demostrado ser las más importantes, como son la comunicación, el seguimiento de los objetivos, la evaluación, la credibilidad, el reconocimiento de los logros profesionales y la corrección de comportamientos indeseables, fomentar la idea de equipo y la colaboración, otra vez la comunicación.

- Mejorar los estudios sobre oferta de servicios de las unidades clínicas. Las prácticas sanitarias están influidas en gran medida por los recursos de que se dispone. Los servicios centrales pueden y deben regular la oferta en un entorno en que el mercado y la competencia poco van a hacer.

Conclusiones

Aunque quedan muchas cosas por hacer y estudiar con más profundidad, parece claro que impulsar la descentralización es caminar en el sentido adecuado, aunque no podamos adivinar el resultado final.

Tenemos que hablar más de gestión clínica y menos de unidades clínicas porque lo fundamental es el cambio cultural que a largo plazo se persigue.

Es necesario propiciar un cambio legislativo para ganar en flexibilidad, particularmente en la selección de personal.

Adecuar los perfiles de los directivos en relación a las habilidades de comunicación y de relación interpersonal para liderar el proceso de descentralización.

Mantener la coordinación a nivel central para evitar efectos no deseados del modelo.

Cualquier cambio significa riesgo, es necesario asumir el riesgo de la descentralización, confiar en los equipos de gestión de los hospitales y en los profesionales pero, obviamente, evaluando los resultados porque se descentraliza la toma de decisiones pero no la responsabilidad.

Proponemos hablar de “gestión clínica orientada al paciente” porque si no parece que todo es economía y no conviene olvidar que el paciente es el principal “motivo” de nuestro trabajo. •

Bibliografía consultada

Roberts J. 1995. “Gestión Estratégica: cambios en la naturaleza de las empresas”. En: *Seminario sobre Oportunidades de Gestión Empresarial en los sistemas sanitarios públicos*. Granada.

Marmor TR. 1997. “Esperanza e Hipérbole: la retórica y la realidad de la reforma de la gestión sanitaria”. En: *IV Seminario sobre la Gestión de Cambio en los servicios sanitarios públicos*. EASP. Noviembre 1997. Granada.

Ortún V. Del Llano J. 1998. “Estado y Mercado en sanidad”. En *XIII Jornadas de Salud Pública y Administración sanitaria. Mitos y realidades de la gestión clínica*. Mayo 1998. Granada.

Ortún V. “Análisis de la práctica clínica. Cap. IV”. En *Economía en medicina y sanidad: instrumentos y limitaciones*. Ed. EUGE. 87-129.

Smith R. 1996 “What clinical information do doctors need?” *BMJ*, nº 7064, volumen 313.

García Alegría, J. 1998 “Fundamentos de la gestión clínica”. En: *XIII Jornadas de Salud Pública y Administración sanitaria. Mitos y realidades de la gestión clínica*. Mayo, 1998. Granada.

De Manuel Keenoy, E. 1999. "La formación de los directivos ante los nuevos retos de las organizaciones sanitarias". En: *XI Congreso Nacional de hospitales*. 1999. Murcia.

Lázaro P. Fitch K. 1998. "Calidad asistencial y uso apropiado de procedimientos médicos". En: *XIII Jornadas de Salud Pública y Administración sanitaria. Mitos y realidades de la gestión clínica*. Mayo, 1998. Granada.

Muir Gray, JA. 1997 *La atención sanitaria basada en la evidencia*. Ed. Churchill Livingstone.

Pérez Lázaro, JJ. En prensa. *Gestión Clínica: introducción y conceptos*. Disponible en: biblioteca de la EASP. Granada.

Pérez Lázaro, JJ. 1998. "Reflexiones en torno a la gestión clínica". En: *XIII Jornadas de Salud Pública y Administración sanitaria. Mi-*

tos y realidades de la gestión clínica. Mayo, 1998. Granada.

Gonzalo, E. 1998. "Gestión de cuidados en el contexto de la gestión clínica". En: *XIII Jornadas de Salud Pública y Administración sanitaria. Mitos y realidades de la gestión clínica*. Mayo, 1998. Granada.

Cuervo, JI. 1996. "Hospital y cambio organizativo: un equilibrio entre descentralización de la gestión, participación de los profesionales y costes asistenciales". *Todo Hospital* 45-48. Abril.

Carretero Alcántara, L. 1998. "Gestión de recursos en una unidad hospitalaria". En: *XIII Jornadas de Salud Pública y Administración sanitaria. Mitos y realidades de la gestión clínica*. Mayo, 1998. Granada.