

## Gestión clínica y sentido común

Jesús Gutiérrez Morlote

Área de Ciencias del Corazón. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Servicio Cántabro de Salud. Universidad de Cantabria. Santander. España.

Para responder a los nuevos desafíos de la atención médica pueden ser necesarias adaptaciones en la organización de los servicios sanitarios asistenciales. Sin duda resultarían más fáciles a partir de estructuras sencillas, ágiles y flexibles. No es el caso de los hospitales españoles, caracterizados tanto por su nivel científico perfectamente homologable como por su compleja, rígida y ensimismada estructura vertical. En la actualidad numerosos sectores del colectivo médico buscan nuevas fórmulas organizativas que les permitan enfrentarse mejor al hecho asistencial y sentirse más identificados con su propio trabajo.

Efectivamente, ya es significativo que una revista científica dé cabida en sus páginas a estos temas. ¿Qué ha sucedido para que la REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA acoja artículos sobre gestión clínica? Quizá que hemos llegado al convencimiento de que la calidad asistencial es algo más que un proceso diagnóstico y terapéutico apropiado. Como afirmaba Donabedian: «Hay varias definiciones de la calidad, o diversas variantes de una sola definición, y... cada definición o variante es legítima en su concepto apropiado» pero, en todo caso, va más allá del tratamiento técnico de la enfermedad e incluye aspectos como cantidad de la atención, coste monetario, beneficios y riesgos, atención interpersonal, accesibilidad, continuidad y coordinación, satisfacción de los pacientes, etc.<sup>1</sup>. La utilización de revistas científicas como foro para exponer inquietudes profesionales no es un fenómeno novedoso en otros países desarrollados, como tampoco la preocupación por el incremento del gasto sanitario (y, consecuentemente, por la responsabilidad social que comporta cualquier decisión clínica individual), o la pretensión de los médicos de protagonizar la gestión del conocimiento científico en su ejercicio diario. Hace más de veinte años pudimos asistir, en revistas norteamericanas o británi-

cas, a interesantes polémicas al respecto y, a título de ejemplo, de aquella época data esta afirmación tan tajante: «Se está tratando los costes de la atención sanitaria como si fueran en gran medida un problema económico, pero no lo son. Para resolverlo, es preciso tratarlos como un problema ético»<sup>2</sup>.

El presente número de la Revista incluye un artículo de Rodríguez Padial et al<sup>3</sup> sobre el efecto de determinados cambios en la gestión de un servicio de Cardiología sobre la atención que reciben los pacientes, cuantificada en un conjunto de indicadores. Anteriormente, en estas mismas páginas, habíamos conocido los proyectos del Complejo Hospitalario Juan Canalejo de A Coruña<sup>4</sup> y del Hospital Clínic de Barcelona<sup>5</sup> que, en su día, merecieron un comentario editorial de Vallés Belsué<sup>6</sup>. Las nuevas formas de gestión se justificaron en los tres casos por la necesidad de aumentar la eficiencia de los recursos disponibles. Sus objetivos fueron también coincidentes: centrar los cuidados en el paciente.

Sin embargo, mientras que el Complejo Hospitalario Juan Canalejo y el Hospital Clínic se propusieron transformar la organización vigente, el Hospital Virgen de la Salud de Toledo presenta sus resultados a partir de la optimización del funcionamiento de un servicio «tradicional». A nuestro juicio, podría ser una excelente demostración práctica de la mayor importancia de los cambios culturales respecto de las modificaciones estructurales aunque, como es evidente, no sean excluyentes entre sí. Precisamente en el trabajo de Rodríguez Padial et al se destaca que el elemento fundamental de la estrategia empleada fue «la determinación de la mayoría de los miembros del servicio de conseguir que las cosas mejoraran», un aspecto de difícil objetivación dentro del apartado Métodos de un artículo científico, pero de capital importancia, si no imprescindible, a la hora de avanzar en la gestión clínica, superando o transformando cualquier realidad organizativa.

**VER ARTÍCULO EN PÁGS. 1251-60**

Correspondencia: J. Gutiérrez Morlote.  
Área de Ciencias del Corazón. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.  
Avda. Marqués de Valdecilla, s/n. 39008 Santander.

### Precedentes históricos

La evolución de nuestro sistema sanitario hacia la eficiencia, la consideración del paciente como elemen-

to nuclear para la organización y la mayor implicación de los profesionales han sentado las bases de lo que hoy día llamamos «gestión clínica», fundamentada precisamente en estos tres pilares.

En los años ochenta se sustituyó un método de dirección hospitalaria basado en la mera «administración» por otro que intentaba ser de verdadera «gestión». Fue entonces cuando se realizaron los primeros procesos selectivos de gerentes, no siempre procedentes del sector sanitario ni necesariamente médicos, y hasta se pretendió su «profesionalización» (fallida entonces y después). Se introdujo una metodología, el llamado «nuevo modelo de gestión hospitalaria»<sup>7</sup>, concretada en la necesidad de hacer gestión en nuestros hospitales, con unos objetivos asistenciales y económicos, creando una infraestructura de información mínima y homologada para toda la red e introduciendo sistemáticamente el control de calidad y la «humanización» de la asistencia.

La mitificación de la «gestión», primero según un modelo industrial y después como empresa de servicios, hizo que mirásemos con curiosidad y hasta con envidia fórmulas propuestas en otros países. El thatcheriano *Working for patients* (que pretendió implantar un mercado interno sanitario), así como los debates que se producían en la corporación médica norteamericana sobre la ética en el uso de los recursos y el papel del médico como empresario, fueron de lectura obligada. Por un conjunto de razones no siempre explícitas, entre otras la introducción en 1987 de la todavía vigente estructura y organización de los hospitales públicos, se asistió a un progresivo extrañamiento de los médicos respecto de los objetivos institucionales. Más tarde se evidenció que sin su participación, o «complicidad», no era posible mejorar los resultados en términos de verdadera eficiencia. Desde la consideración de los hospitales como organizaciones basadas en el conocimiento, se formularon las primeras propuestas para conseguirla.

El llamado «acuerdo cooperativo»<sup>8</sup>, propuesto desde el Ministerio de Sanidad en 1992, no fue sino un embrión de lo que ahora llamaríamos una «unidad de gestión clínica» (UGC). En palabras de entonces, se trataba del pacto de la institución con un grupo de profesionales mediante:

1. Incentivos económicos explícitos ligados a la consecución de unos objetivos, aumentando los niveles de eficiencia.
2. Garantía de la calidad en la asistencia prestada, con sistemas de información para la evaluación del proceso y de los resultados.
3. Corresponsabilidad de los profesionales en la gestión de los recursos y, en consecuencia, su autoorganización.

La propia administración sanitaria proponía la elección de un responsable del grupo, con capacidad de deci-

sión y autoridad sobre todos los integrantes, asumiendo que no era compatible con la desestructuración producida por «... el desarrollo autónomo y vertical de las direcciones de división (médica, de enfermería y de gestión)». También planteaba la elaboración de protocolos diagnósticos y terapéuticos, mediante consenso y con participación de las organizaciones de carácter profesional y científico. Asimismo, se sugería la voluntariedad para integrarse o no en los nuevos equipos. Se mostraba, en fin, una intención decididamente superadora de una organización de los hospitales ineficiente y desmotivadora de los médicos. Sin embargo, habría de esperarse hasta 1998 para que apareciera una normativa, de rango menor, que diese soporte legal a las nuevas unidades.

En el origen de esta evolución en los planteamientos de los responsables políticos estaba la preocupación por el incremento de los gastos sanitarios, superior año tras año al del Producto Interior Bruto (PIB) y, sobre todo, el temor al descontrol de ese crecimiento, que se mostraba autónomo, no sometido a ninguna política concreta. También, cómo no, la presión de los departamentos económicos del gobierno que, pareciendo ignorar esa característica fundamental de la economía sanitaria de que el médico es agente simultáneo de la demanda y la oferta de servicios, impedían cambios en la gestión que implicaran una mayor autonomía. Desde la desconfianza más arraigada, su única propuesta fue la limitación presupuestaria y, como consecuencia, la desviación en el gasto y el descrédito de la sanidad y sus gestores.

Pero la gestión clínica no ha de contemplarse únicamente, ni siquiera principalmente, como una solución al incremento de los gastos sanitarios. Entre otras razones porque el gasto sanitario en España es todavía escaso en relación con el de los países de nuestro entorno e incluso a las prestaciones que ofrece el sistema público. Afirma el profesor Navarro<sup>9</sup> que hay dos indicadores muy importantes para definir el grado de compromiso político de los gobernantes con el sector sanitario público: el gasto sanitario como porcentaje del PIB y el porcentaje de población adulta empleada en los servicios sanitarios públicos. En ambos indicadores España se encuentra muy por debajo de la media de la Unión Europea. Además, el 30% de nuestro gasto sanitario público corresponde al gasto en farmacia y no parece que la implantación de UGC en los hospitales pueda disminuir significativamente este coste. El aumento en la eficiencia se produciría más por un aumento de la actividad que por la disminución de costes.

La gestión clínica no sólo responde históricamente a la preocupación universal por la eficiencia de los servicios sanitarios, sino también a otros tres hechos: la variabilidad del hecho sanitario, la insatisfacción de los profesionales y el nuevo papel de los consumidores de estos servicios.

1. Diversos estilos de práctica clínica, incluso dentro de lo admitido como evidencia científica, comportan un

coste distinto, promueven un acceso desigual de los usuarios del sistema y consiguen diferentes niveles de calidad.

2. Los médicos no se sienten satisfechos con el papel que se les asigna en los hospitales organizados según el modelo hasta ahora vigente. Su organización en servicios fragmenta la asistencia a un paciente concreto dentro del mismo proceso. La adecuada coordinación depende más del voluntarismo de cada especialista que de la lógica de funcionamiento o la evidencia científica. La jefatura de las unidades, a falta de una verdadera carrera profesional que permita separar funciones de dirección y reconocimiento profesional, depende más de la edad o la antigüedad que de una verdadera capacidad de liderazgo. No existe un sistema de incentivos –positivos o negativos– para estimular el interés por las cosas bien hechas. No se promueve la capacidad de iniciativa ni se permite la autonomía dentro de la buena práctica y los objetivos institucionales.

3. El nuevo modelo de usuario de nuestros hospitales es el de un paciente cada vez más informado y exigente, que desea participar activamente en su propia curación y en las decisiones que ello comporta; demanda coherencia interna en la organización y una relación con los profesionales más simétrica y menos paternalista. Nuestros usuarios quieren saber, y tienen derecho a ello, qué vamos a hacer, cuándo, cómo, con qué riesgos... Esta relación se complica por la mayor posibilidad que tiene el paciente de acceder a información, no siempre completa y veraz, antes de acudir a nuestra consulta. «La revolución del conocimiento aparece como causa y efecto de los cambios... Esta revolución no está exenta de riesgos, ya que acceder a una mayor cantidad de información no implica el acceso a la mejor información ni el entendimiento de la misma por parte de los diferentes usuarios.»<sup>10</sup>.

### **Características de las Unidades de Gestión Clínica**

Tal y como se vienen definiendo en diferentes propuestas de las administraciones responsables y documentos de reuniones profesionales, las UGC:

1. Están integradas por médicos (unificando funcionalmente servicios ya existentes o segregando parte de sus componentes) y por el personal de enfermería que trabaja en las actividades de la llamada «cartera de servicios», siendo voluntaria la adscripción a la UGC.

2. Para constituir las, su actividad ha de ser significativa en el conjunto del centro: suele estimarse en un 10% de la actividad global.

3. Su organización se centra en el paciente.

4. Pactan directamente con la gerencia del centro:

- cartera de servicios, objetivos cuantificables,
- elaboración de guías clínicas,
- presupuesto, cuenta de resultados, incentivos.

5. Se autoevalúan y se someten a auditorías externas periódicas.

6. Tienen autonomía de gestión; su responsable pue-

de contratar personas y servicios y adquirir bienes.

Esta última cualidad, de difícil soporte jurídico-legal, es la que más ha obstaculizado la extensión generalizada de las UGC. También, en la práctica, la limitación de los incentivos, sea por la rigidez del modelo presupuestario y retributivo sea por temor a las presiones de otros colectivos. Además, las UGC precisan un sistema de información fiable y adaptado a la gestión clínica, muy diferente del propuesto desde algunas gerencias que pretenden la adaptación de las UGC al existente en el hospital, dirigido más a conocer indicadores de pura eficiencia que de calidad.

Si de verdad fuéramos exigentes y no reconociésemos como tales más que a las que reunieran todos los rasgos arriba enumerados, serían contadísimas las UGC implantadas en nuestro país, la inmensa mayoría en centros dotados de un estatuto especial por su procedencia patrimonial.

### **Algunos obstáculos**

El desarrollo de las UGC está sujeto a amenazas de distinta procedencia e importancia, como todo lo novedoso y más si pone en cuestión lo establecido. Se corre el riesgo de que la gestión clínica suponga la invención de una jerga para iniciados, una nueva terminología incomprensible para sus verdaderos protagonistas, un metalenguaje que fomente la perpetuación de verdaderas castas de gestores y «expertos» de toda laya. La gestión clínica es, precisamente, «clínica» y debe ser un instrumento en manos de quienes la practican. De otra forma se volvería a alejar al médico asistencial de las nuevas formas organizativas y, roto el bucle, deberíamos volver a comenzar.

El estudio y la implantación de las UGC, como anteriormente lo fueran otras innovaciones en los hospitales (la informática, la gestión de compras, la «externalización» de servicios, etc.), también es un terreno abonado para las consultoras que, muchas veces, no ofrecen sino una presentación atractiva de nuestra propia información y un conjunto de propuestas que suelen coincidir sospechosamente con las que hemos manifestado en las entrevistas previas. Se prodigan los cursos de elevado coste a cargo de un profesorado que, en demasiadas ocasiones, jamás pisó un hospital y, eso sí, es capaz de explicar con la misma seguridad e inexperience este o cualquier otro tema de actualidad para el sistema sanitario.

Con todo, las principales fortalezas y debilidades de las UGC proceden de sus integrantes. De un servicio poco cualificado profesionalmente y sin motivación no se puede generar una UGC de excelencia. Las UGC no hacen milagros. Por eso es exigible realismo antes de plantearse cambios en la organización. De otro modo podría darse la paradoja de que sometiéramos al hospital a un período complejo, cuando no convulsivo, para

sustituir una estructura obsoleta por otra inútil. Los hospitales mantienen por lo general un equilibrio inestable que les permite seguir funcionando todos los días, aunque sea de un modo insatisfactorio para sus profesionales y poco eficiente. Romper ese equilibrio, sin garantías de conseguir el consenso de una «masa crítica» suficiente, puede ser un irresponsable ejercicio teórico. Sustituir un organigrama por otro no es un fin en sí mismo. Puede ser, por el contrario, lo que Alan Maynard llamó «redesorganización» (y citaba a Caius Petronius: «... tendemos a responder a cualquier nueva situación reorganizándonos... un método estupendo para crear la ilusión del progreso, mientras que lo que se produce es confusión, ineficiencia y desmoralización»).

Y los profesionales ¿estamos preparados para asumir la gestión de los recursos con que contamos? Nuestra posición al respecto se parece de nuevo a la de los EE.UU. de hace más de veinte años. Decía Enthoven en 1978 que «los médicos... no reciben formación en economía médica. Una mayoría no tiene idea de lo que son en realidad los costes hospitalarios... y los costes secundarios de la asistencia de los pacientes». Una encuesta de 1986 reveló que, de 28 escuelas médicas del Reino Unido, seis carecían de programa de economía sanitaria y en las tres cuartas partes de las restantes no se dedicaban más de 4 horas por curso. En España, pese a lo dispuesto en las directrices de los planes de estudios aprobadas en 1990, la mayoría de los estudiantes de medicina tampoco recibe una formación específica y suficiente acerca de la mejor administración de los presupuestos destinados a los pacientes.

La implantación progresiva y gradual de la UGC mediante cambios culturales y organizativos, con un plan operativo previamente diseñado desde la participación, sería un modo razonable de conjurar estos riesgos.

### Lo primero: sentido común

Frente a los intentos, en absoluto gratuitos, para complicar lo sencillo y enfatizar lo evidente, hay que desmitificar la gestión clínica y cualquier otro paradigma previo o que venga a sustituirla. Gestión clínica es como todo en medicina: sentido común a partir de la evidencia científica.

El artículo de Rodríguez Padial et al viene a confirmarlo. Se puede conseguir resultados significativos simplemente organizando las cosas pensando en el paciente. No parece de recibo que el enfoque diagnóstico y terapéutico de, por ejemplo, un enfermo con síndrome coronario agudo, dependa de que acceda al hospital desde la puerta de urgencias, la consulta externa de cardiología, la unidad coronaria (puede que integrada en un servicio de medicina intensiva), la planta de hospitalización de medicina interna, el laboratorio de hemodinámica o las camas de cirugía cardíaca. Y todo porque existe una estructura orgánica anticuada, que ya

sólo sirve para mantener la ficción de niveles de poder, sin contenido funcional ni utilidad para los enfermos.

Si hacemos el pequeño esfuerzo colectivo de pensar en los pacientes, en el camino que han de recorrer desde que aparecen los síntomas hasta que se completa su estudio y se aplica el tratamiento indicado, si relacionamos el personal y los medios que eventualmente pueden estar implicados en todo el proceso y hacemos una lectura práctica de las guías clínicas desde cada centro concreto, estaremos diseñando la unidad funcional que exige el momento. Pero habremos de reflexionar sin apriorismos, situando los procesos en lo que John Rawls denominó «la posición original», sin saber cuál será nuestra posición final en la organización después de realizar los cambios propuestos. La resistencia al cambio, bien por desconfianza hacia un modelo sin perfilar del todo en la práctica, bien por temor a perder una situación preeminente no sustentada en el liderazgo profesional, está en el fondo de muchos proyectos frustrados.

Las UGC no son la única forma de hacer gestión clínica, que es un concepto previo y que puede desarrollarse, aunque con más limitaciones, en un servicio «tradicional», precisamente porque es más importante el cambio cultural y funcional que el estructural. El servicio de cardiología de Toledo, en un hospital que mantenía intacta su organización previa, es una buena muestra, a juzgar por los resultados que nos presentan.

Finalmente, o mejoran la atención a los pacientes, la satisfacción de los profesionales y la eficiencia, por este orden, o habremos hecho un ejercicio teórico y baldío.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Donabedian A. La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación. México: La Prensa Médica Mexicana, 1984; p. 34.
2. Thurow LC. Learning to say «no». N Engl J Med 1984;24:1569-72.
3. Rodríguez Padial L, Romero Gutiérrez A, Moreu Burgos J, Maicas Bellido C, Alcalá López J, Castellanos Martínez E, et al. Efecto de la gestión de un servicio de cardiología en la atención del paciente cardiológico. Evolución de indicadores asistenciales. Rev Esp Cardiol 2002;55:1251-60.
4. Castro A, Escudero JL, Juffé A, Sánchez C, Caramés J. El «Área del Corazón» del Complejo Hospitalario Juan Canalejo. Una nueva forma de gestión clínica. Rev Esp Cardiol 1998;51:611-9.
5. Sanz G, Pomar JL. El «Instituto de Enfermedades Cardiovasculares». Proyecto de rediseño de los Servicios de Cardiología y Cirugía del Hospital Clínic de Barcelona. Rev Esp Cardiol 1998;51:620-8.
6. Vallés F. Nuevos sistemas de gestión de las unidades clínicas cardiovasculares. Rev Esp Cardiol 1998;51:629-32.
7. Gutiérrez R. Nuevo modelo de gestión hospitalaria. Madrid: Instituto Nacional de la Salud, 1984; p. 11.
8. Gutiérrez-Morlote J. Implicación de los profesionales sanitarios en el control de los gastos. Nefrología 1994;XIV(Supl 1):118-33.
9. Navarro V. Bienestar insuficiente, democracia incompleta. Barcelona: Editorial Anagrama, 2002; p. 90.
10. Jovell A. El futuro de los servicios sanitarios: gestión del conocimiento, de los recursos humanos y de los valores éticos. En: Evidencia científica y toma de decisiones en sanidad. Barcelona: Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya y Balears, 1999; p. 265-88.