

## EDITORIAL

# De la autogestión a la dirección clínica

Durante los años noventa se produjeron en Europa importantes reformas de los servicios públicos de salud. Los cambios hacían converger los sistemas sanitarios hacia modelos que podríamos catalogar como híbridos, a medio camino entre el jerárquico y el de mercado. Los países del Este se abrieron al mercado, mientras que los que ya lo poseían introdujeron medidas reguladoras para neutralizar sus efectos adversos. También surgió una tendencia a incrementar la gestión privada de los servicios públicos<sup>1</sup>. Nuestro país, partiendo de un modelo eminentemente público y jerárquico, no fue ajeno a estas iniciativas. Cataluña introdujo la separación entre compra y provisión y potenció experiencias de gestión privada de equipos de atención primaria. El servicio catalán, inspirado en el sistema del fund-holding creado por el gobierno conservador británico a finales de los ochenta, y aprovechando un deseo de mayor autonomía de los profesionales<sup>2</sup>, creó la primera entidad de base asociativa que gestionaba un equipo de atención primaria. Posteriormente, ya en la siguiente década, otros han seguido este camino.

Ahora comprobamos las limitaciones de las reformas del modelo de gestión para mejorar los sistemas de salud. Las entidades de base asociativa, que indiscutiblemente han sido una motivación para los profesionales implicados, sólo cubren el 0,5% de la población catalana. El énfasis por el mercado y la competición entre proveedores ha agravado las dificultades de coordinación entre niveles. La política de compra del Servei Català de la Salut ha dado un giro significativo y ahora per-

sigue las alianzas entre empresas sanitarias. Está desarrollando un proyecto piloto de compra, con base capitativa, para fomentar la colaboración entre los diferentes proveedores que atienden a la misma población. Entre tanto, los ciudadanos, ajenos a estas iniciativas gestoras, siguen exigiendo mayor calidad del servicio, más atención domiciliaria, un acceso más fácil y una mejor coordinación con los servicios especializados. Los profesionales de atención primaria, poco implicados en estos proyectos, reclaman mejoras en su entorno laboral con el impactante eslogan de «diez minutos por visita».

Parece claro que faltan ideas novedosas para seguir avanzando en la línea de mejorar el servicio y la motivación de los profesionales sin perder la perspectiva gestora. Las estrategias emergentes en Europa se inspiran en las políticas empresariales de gestión de calidad. En esta línea, surge la denominada Clinical Governance<sup>5-8</sup> en el Reino Unido, que Liam Donaldson, director médico del National Health Service (NHS), define como: «Un marco a través del cual las organizaciones del NHS se responsabilizan de mejorar de forma continuada la calidad de sus servicios y de garantizar unos elevados estándares de atención, mediante la creación de un entorno en el que florezca la excelencia de la práctica clínica.»

Mientras nuestros compañeros británicos apuestan por la calidad y por la medicina basada en la evidencia, nosotros no podemos seguir exclusivamente preocupados por la gestión económica. Una encuesta reciente revela que la opinión de los expertos o la expe-

riencia personal son todavía los factores en que más se apoyan los profesionales de atención primaria para tomar decisiones en situaciones de incertidumbre<sup>9</sup>. Parece que la corriente de apoyo a la medicina basada en la evidencia no está plenamente arraigada en nuestro colectivo. La atención clínica desvinculada de las aportaciones de la investigación favorece la variabilidad en la práctica asistencial. Ésta implica forzosamente falta de calidad.

Por este motivo, el Institut Català de la Salut (ICS) está desarrollando una política de dirección clínica para sus hospitales y servicios de atención primaria, cara a avanzar en la mejora continua de sus servicios y en la de aplicación práctica de las evidencias científicas. La entiende como una estrategia para aumentar la orientación al cliente, la participación profesional, la descentralización, la búsqueda de la excelencia y la atención compartida entre los diferentes proveedores.

El objetivo fundamental del proyecto es situar los procesos clave, que son básicamente los asistenciales, en el centro de la organización, favoreciendo que los sistemas de información y de autoevaluación contribuyan a una mejora continua de la asistencia. Pretende que las actuaciones de los profesionales de atención primaria estén cada vez menos influidas por la tradición o la opinión de los expertos y, en cambio, vengan más marcadas por las evidencias científicas. Se desea que las direcciones de atención primaria tengan un efectivo papel de soporte a la actividad asistencial.

La aplicación de la dirección clínica no es una responsabilidad ex-

clusiva de los equipos de atención primaria, sino que afecta también a equipos de soporte, servicios especializados, hospitales comarcales y servicios sociales. Persigue que todos formen parte de un proceso de atención compartida a los pacientes de su comunidad.

El proyecto se materializa en un contrato que firman el director del equipo y la adjunta de enfermería, junto al director de la DAP y el resto de la estructura directiva. Asumen el compromiso de gestionar un presupuesto para conseguir unos objetivos y nombrar unos responsables de proceso a nivel de equipo y de dirección que elaboran un plan de mejora. La estrategia supone la evolución de un modelo jerárquico, en el que la dirección premiaba con incentivos económicos a los que alcanzaban los objetivos que había marcado, a un esquema igualitario en el que profesionales y gestores se comprometen a trabajar juntos para mejorar el servicio.

Este cambio de orientación no implica olvidar los aspectos retributivos de médicos y diplomados en enfermería y tampoco supone un apoyo a esquemas salariales lineales. Por el contrario, el ICS desea avanzar en un modelo más adecuado al nuevo entorno, que reconozca las características del desarrollo de cada uno de los profesionales y su compromiso con los objetivos que tiene planteados la empresa. Únicamente desea entender la dirección clínica como una estrategia de gestión y no como un mecanismo para resolver problemas retributivos.

El esquema de la dirección clínica aporta importantes palancas que promueven el cambio en la organización. Los profesionales recuperan su liderazgo aumentando su capacidad de influencia

al gestionar tanto los conocimientos científicos como la información sobre su actividad asistencial. El feedback de la información promueve cambios de conducta y permite identificar y copiar las mejores prácticas. Para implementarlo, la estructura directiva ha de reforzar su papel de soporte, facilitando los recursos informáticos necesarios para gestionar la información y el conocimiento. Las direcciones de atención primaria tendrán que mejorar sus registros para facilitar de forma continuada los indicadores de monitorización de los procesos asistenciales.

El centro corporativo ha de ofrecer recomendaciones para la práctica clínica basadas en las evidencias científicas. Se han superado las épocas en las que la gestión se limitaba a contener el gasto. Por el contrario, ahora se persigue maximizar el beneficio asistencial del presupuesto que se gestiona. Por este motivo las recomendaciones han de ser totalmente objetivas y transparentes en su proceso de elaboración. Un ejemplo de este enfoque son los informes del Comité de Evaluación de Nuevos Medicamentos, que se distribuyen a todos los médicos de atención primaria gestionados por el ICS<sup>10</sup>.

En definitiva, se pretende que el resultado económico no sea un fin en sí mismo, sino que surja como consecuencia de que la organización preste una mayor atención al liderazgo profesional, se preocupe de las personas que atiende y de las que trabajan en ella, tenga una mayor implicación con la sociedad, busque sinergias con otras instituciones e intente mejorar los procesos. La dirección clínica supone una estrategia de avance posibilista para una admi-

nistración pública que cada día ha de ser más competitiva.

## J. Gené Badia

Director de la División de Atención Primaria. Institut Català de la Salut.

## Bibliografía

1. Rico A, Busse R. Sistemes i reformes sanitaris a Europa. *Fulls Econòmics del Sistema Sanitari* 2000; 34: 6-16.
2. Grupo de trabajo semFYC-SEMER-GEM 1996. Autogestión en atención primaria. *Aten Primaria* 1998; 21: 483-488.
3. Ortún V, López G, Puig J, Sabés R. El sistema de finançament capitatiu: possibilitats i limitacions. *Fulls Econòmics del Sistema Sanitari* 2000; 35: 8-16.
4. Ibern P, Calsina J. Més enllà de la separació de funcions: les organitzacions sanitàries integrades. *Fulls Econòmics del Sistema Sanitari* 2000; 35: 17-20.
5. NHS Executive. Clinical governance: quality in the new NHS. HSC 1999/065. <http://tap.ccta.gov.uk/doh/coin4.nsf>
6. Scally G, Donaldson LJ. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new in England. *BMJ* 1998; 317: 61-65.
7. Baker R. Learning from complaints about general practitioners. Clinical governance means handling complaints better – for both parties. *BMJ* 1999; 318: 1567-1568.
8. Baker R, Laklani M, Frase R, Cheater F. A model for clinical governance in primary care groups. *BMJ* 1999; 318: 779-783.
9. Larizgiotia I, Rodríguez JR, Granados A, Antó JM, Brenes FJ, Cabezas C et al. ¿Cómo se toman las decisiones clínicas en atención primaria? Opinión de los profesionales. Barcelona: Coopers & Lybrand y l'Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica, 1997.
10. Catalán A, Pellicer MA, Gené J y Grupo de Trabajo del Comité de Evaluación de Nuevos Medicamentos. ¿Nuevos medicamentos o novedades terapéuticas? El Comité de Evaluación de Nuevos Medicamentos del Institut Català de la Salut. *Aten Primaria* 2000; 26: 636-640.