

Gestión clínica y cirugía

Dado que el romanticismo en la vida es como un poco de aire puro, voy a utilizar un símil que a algunos resultará quizá algo sorprendente para describir la relación del médico con la gestión, pero que creo que plasma de modo gráfico la evolución que se ha ido produciendo entre ellos en los últimos años. En el pasado se ha partido de un estado de “divorcio total”, ha pasado con el tiempo a un “matrimonio de conveniencia” y ahora ha llegado a ser en algunos casos un “matrimonio por amor”, lo que intentaré ir mostrando a lo largo del texto.

Esta relación entre la gestión y la clínica puede darse en 3 planos según se trate del médico especialista con función meramente clínica, de los médicos que asumen alguna responsabilidad de gestión al tiempo que continúan con su labor asistencial, como es el caso de los jefes de servicio, y los que se incorporan totalmente a puestos de gestión como los gerentes de los hospitales.

Como consecuencia de la relevancia que la gestión ha ido obteniendo dentro del terreno sanitario, se ha producido un enfrentamiento entre la cultura de los médicos y la profesionalización de los gestores. Este choque surge porque los médicos dependen de sus conocimientos y sus habilidades, aprendidas en las facultades de medicina y en los hospitales en los que se ha realizado la especialización, mientras que los gestores dependen del trabajo de los demás y su objetivo es conseguir que los otros hagan lo que ellos consideran que se debe hacer. Para ello precisan de un equipo, y es su obligación responder ante la organización y ante quienes los han nombrado. Esta consideración de la gestión por parte de los médicos de a pie no ha sido positiva, ya que piensan que es una actividad que los desvía de su objetivo principal, les roba tiempo de la asistencia y supone además un incremento de la carga de trabajo en labores administrativas que no aporta nada desde su punto de vista.

La gestión, además, se percibe como una especie de “espía economicista”, y la visión del gestor es como la de un peón manejado por los políticos que gobiernan en ese momento, lo que la devalúa en su más profunda esencia.

Pero es la formación del médico desde su inicio la causa de ese divorcio entre gestión y clínica. Se enseña mucha anatomía, fisiología, patología médica o quirúrgica, pero no hay ningún área de conocimiento que oriente al médico en el ámbito de la organización de la práctica profesional, en la adecuación del tiempo y en la instrucción de la dimensión económica y social que tiene de modo tan relevante la medicina. Las universidades ameri-

canas ya han tomado nota de este déficit y han incorporado estos aspectos a la formación académica.

No hay que olvidar que la medicina es una ciencia con una importante proyección humanitaria y social, con obligación de colaborar en un mejor reparto de los limitados recursos, económicos y humanos, de que se dispone en un sistema público de salud, dado que su financiación proviene de los impuestos que todos aportamos según nuestro nivel de renta, tal como se instauró con la Ley General de Sanidad de 1986.

En la facultades de medicina, por el contrario, se nos ha enseñado que debemos pensar en el bien del paciente aunque en ocasiones no contemos con él, actuando a veces de un modo paternalista, y sin tener en cuenta lo que costase nuestro quehacer, puesto que el conocimiento científico era nuestro y no debíamos tener en cuenta factores económicos. Nuestro lema era intentar curar al paciente sin importarnos el precio. Nada más equivocado y alejado de la realidad. Desde los años ochenta se introduce el concepto de la racionalización, y es por ello que se considera como objetivo ofrecer la máxima cobertura sanitaria sin que los gastos superen los presupuestos establecidos e intentar alcanzar la máxima eficiencia manteniendo los principios de equidad y justicia. En estos años hay profesionales que empiezan a creer que la gestión es una herramienta de trabajo muy útil para adecuar la asistencia a la realidad, pasando a lo que en la década de los noventa se ha denominado “asignación de recursos”. Algunos profesionales empiezan a tomar conciencia de la importancia que tiene la buena gestión en la asistencia sanitaria de nuestros centros y se alcanza un matrimonio, aunque de conveniencia, entre la gestión y la clínica. Se plantea ya que la indicación científica debe evaluarse en conjunción con la persona a la que va dirigida para obtener la máxima calidad y la mejor indicación no sólo respecto a su enfermedad, sino también contando con los factores personales y sociales.

Con la Ley de Autonomía Personal 41/2002, en España se destierra definitivamente el concepto de médico paternalista, ya que hay que informar e incorporar el consentimiento del paciente para cualquier determinación diagnóstico-terapéutica relevante. Con ello, además, se comienza a exigírsenos criterios de calidad por parte de los pacientes y de eficiencia por parte de la Administración. Los médicos no podemos justificar ya la postura de la ignorancia respecto al valor de la asistencia sanitaria que proporcionamos, pues somos los administradores

del 7,5% del PIB de nuestro país, y esto conlleva un alto nivel de responsabilidad en materia económica nacional.

En este punto es donde se exige que el médico destierre la variabilidad clínica y la ignorancia, adopte los criterios de la medicina basada en la evidencia y se alcance la mejor asistencia con el menor coste para cada paciente, para alcanzar la eficiencia en el sistema y poner los pilares de la futura "sostenibilidad" de nuestro sistema público.

Al médico con un paciente sentado frente a frente en la consulta, se le exige que determine las pruebas diagnósticas más adecuadas y rentables a realizar y el tratamiento que más beneficio le pueda aportar, con la valoración de los inconvenientes y efectos secundarios probables. Pues bien, esta forma de hacer, que "simplemente" es el buen hacer médico, constituye ya el primer escalón y el más importante de una buena gestión clínica. Pero... ¿alguien dudaba sobre quién puede hacer la mejor gestión clínica sino el clínico?

Con el correr del tiempo, la evolución de la sociedad deriva en la demanda de una asistencia adecuada, equitativa, justa y sin despilfarrar recursos, lo que incentiva a algunos médicos a introducirse en el terreno de la gestión como vocación pública de servicio, intentando conectar lo que quiere el paciente, lo que debe hacer el médico y lo que la sociedad demanda. Se alcanza por fin el matrimonio por amor entre la gestión y la clínica gracias a la alta motivación de estos profesionales. Se comienza a hablar de economía de la salud y aparecen las primeras publicaciones de gestión sanitaria en revistas científicas de medicina.

Pues bien, este grado de unión es vital en toda la medicina, pero indispensable dentro del terreno de la cirugía. Los requerimientos tecnológicos han sido una de las principales causas del incremento del gasto sanitario de nuestro país, y en las especialidades quirúrgicas tienen un papel preponderante. No sólo el diagnóstico se ha hecho más complejo y precisa de pruebas altamente cualificadas, sino que los procedimientos quirúrgicos requieren de más habilidad y especialización en el manejo de nuevas tecnologías.

Los jefes de servicio, sección y unidades van a tener el papel más importante en el futuro respecto de la gestión clínica, ya que son ellos los responsables de la motivación, incentivación y organización en el primer nivel, al contar con las personas y los materiales, y lo que es fundamental, cuentan con los conocimientos que los profesionales aportan. Los cirujanos pasan a ser los gestores de base, y deberían tener un suficiente nivel de autonomía para poder promover la protocolización de los procesos, la mejora de la calidad en la asistencia y la profundización en la relación médico-paciente para que sea más eficaz, considerando además su grado de satisfacción como indicador de nuestro adecuado nivel de asistencia.

El cirujano que utiliza una tecnología para la realización de una intervención quirúrgica debe elegir la que haya demostrado y probado su clara eficiencia, sin dejarse cegar por las novedades o las grandes tecnologías de moda. Pasa a ser obligación de las direcciones de los centros hospitalarios establecer alianzas con estos profesionales y sus jefaturas, para que los esfuerzos de todos vayan en la misma línea y pueda aplicarse el mejor sistema técnico en cada momento evitándose el despilfarro o el desaprovechamiento

de los recursos públicos, que podemos reinvertir nuevamente para beneficio de los pacientes. La "era de los personalismos y las personalidades" ha desaparecido y estamos en la "era del trabajo en equipo", pues las grandes metas se alcanzan con la colaboración, el apoyo y el esfuerzo de todos los componentes de ese grupo y una sola persona no puede llevarlas a cabo.

Para la consecución de la eficiencia de estos recursos tecnológicos, se puede tomar varios caminos, según el tipo de hospital y las especialidades que posea. La dotación, por ejemplo, de un quirófano integrado con los más modernos y mejores dispositivos para la realización de la cirugía laparoscópica no debe estar reñida con evaluar su utilización en tiempo y personal. No puede permitirse que ese costoso recurso pertenezca a un solo servicio o se utilice sólo durante las mañanas. La mejor alternativa sería hacer que fuera multidisciplinario y que pudieran utilizarlo varias especialidades, en horario de mañana y tarde e incluso en las urgencias de noche y fines de semana. Esta inversión estará en ese momento plenamente justificada por su alto rendimiento.

Otro camino hacia la eficiencia de diferentes servicios o prestaciones es la concentración de pacientes cuando las necesidades de dotación tecnológica sean costosas y sean escasos los pacientes que pueden beneficiarse dentro de esa área poblacional. La concentración incrementará el número de pacientes y aprovecharemos la gran experiencia clínica de los profesionales. La carestía de médicos en algunas especialidades va a obligar a tomar algunas medidas en esta dirección para que se pueda proveer determinados servicios muy especializados en todo el territorio nacional manteniendo los principios básicos de equidad, universalidad y justicia.

Otra gran línea de mejora en gestión clínica que ha ido creciendo en los últimos 10 años ha sido la cirugía mayor ambulatoria o cirugía sin ingreso. Su introducción ha constituido un hito revolucionario dentro de la cirugía, gracias a la gran evolución de los fármacos anestésicos y al cambio de mentalidad en la sociedad ante el ingreso hospitalario. El recurso cama cada vez es más escaso como consecuencia del incremento en número y edad de la población. Surge la necesidad de que el uso de la cama sea evaluado en función de la complejidad de la técnica que se va a realizar, el tiempo estimado de recuperación y los cuidados de enfermería que se requieran. Intervenciones quirúrgicas que hace 15 años requerían ingreso hospitalario de varios días, gracias a la tecnología y el tipo de anestesia, se han convertido en cirugías que no requieren ingreso, como la colecistectomía laparoscópica, o han pasado a ser ambulatorias, como la catarata, que en la actualidad se interviene con anestesia tópica en unos 10 min y el paciente sale del quirófano con su lente intraocular colocada y su defecto refractivo corregido, sin precisar tan siquiera de apósito.

Pero todos estos aspectos que hemos tratado anteriormente no alcanzan significación si no se tiene la información. En el siglo xxi, con un mundo de comunicaciones que nos absorbe, la información es poder, y para poder gestionar y organizar correctamente hemos de tener en nuestras manos todos los datos posibles sobre nuestra asistencia, a fin de poder evaluarlos, compararlos y corregirlos. Disponer de un cuadro de mandos con indicadores

fiables, adecuados y actualizados es imprescindible para que podamos controlar los resultados de nuestro trabajo.

Me gustaría concluir con que este matrimonio por amor al que se ha llegado entre la gestión y la cirugía se ha de cuidar y fomentar para que el cansancio y la abulia no vuelvan a separarlos. Es responsabilidad de todos los que estamos involucrados en los servicios quirúrgicos de cualquier nivel entender que la gestión puede y debe ayudar a la cirugía a crecer en su calidad, eficacia y eficiencia, y que una gestión basada en números sin un sentido crítico no conduciría sino a una separación definitiva e irreconciliable. Pero los clínicos también deben ser conscientes de que su mejor herramienta de ayuda es la buena formación en gestión y que de su motivación y trabajo depende el futuro avance de la medicina y la cirugía.

Rosa Fernández Lobato

Área Quirúrgica. Hospital Universitario. Getafe. Madrid. España.

Bibliografía general

- Antón P, Peiró S, Araqnaz JM, Calpena R, Compañ A, Leutscher E. Uso inadecuado de la hospitalización en cirugía general. Magnitud, factores asociados y causas. *Cir Esp*. 2005;78:183-91.
- Beauchamp RD. The changing roles of a surgical department chair: adapting to a changing environment. *Arch Surg*. 2005;140:258-63.
- Büchler P, Martín D, Büchler MW. Formación en administración de empresas para los cirujanos del futuro: ¿qué nos pueden enseñar las ciencias empresariales? *Cir Esp*. 2006;79:274-82.
- Cochrane A. Efectividad y eficiencia. Barcelona: Centro Cochrane Iberoamericano, Fundación Innovación y Sociedad; 2000.
- Fuchs V, Sox H Jr. Physicians views of the relative importance of thirty medical innovations. *Health Affairs*. 2001;20:5.
- Ortún Rubio V. Variabilidad en España: ¡Acción! Atlas de variaciones en la práctica médica en el SNS. 2005;1:57-8.
- Ruiz Iglesias, MD. Claves para la gestión clínica. Cátedra Pfizer. Madrid: McGraw Hill-Interamericana; 2004.
- Ruiz López P, Alcalde Escribano JA, Landa García JL. Gestión clínica en cirugía. Asociación Española de Cirujanos. Madrid: Aran; 2005.