

Gestión clínica basada en la evidencia

Tras un período de relativa separación entre gestión y actividad clínica propiamente dicha, una eclosión de conceptos relacionados con la organización de las instituciones sanitarias, la economía de la salud y la mejora de la calidad asistencial ha sido el preludio de una serie de “nuevos” modelos de gestión, muchos de ellos orientados precisamente a restablecer la conexión perdida entre la gestión y los clínicos. Tendrá que pasar tiempo antes de que conozcamos el coste que, en términos reales, han supuesto para la Sociedad estos esfuerzos para “ir a la moda” en materia de gestión¹.

Fruto tal vez de la reconciliación entre clínicos y gestores, 2 movimientos íntimamente ligados a la calidad asistencial –y al sentido común– parecen haber tomado cuerpo en los sistemas de salud de forma universal y probablemente irreversible: la medicina basada en la evidencia (MBE) y la gestión clínica. La primera se ha constituido en un método orientado a conectar la experiencia clínica individual con las mejores experiencias colectivas externas, y la segunda, la gestión clínica, se basa en que la toma de decisiones recaiga en quien dispone de más información, es decir, los médicos y profesionales sanitarios. Los clínicos son los verdaderos intermediarios entre la información y el paciente, y su implicación en la gestión consiste esencialmente en considerar en sus decisiones no sólo el beneficio de un enfermo concreto, sino el de toda la comunidad.

Tanto la gestión clínica como la MBE se sustentan en la integración racional del conocimiento como principal activo de nuestra profesión. Bajo este prisma podemos entender los servicios y las unidades clínicas como lo que realmente deberían ser: centros de saber orientados a identificar las necesidades de los pacientes y sus expectativas, y a resolverlas de forma efectiva, racional y eficiente.

¿Representan estos cambios un nuevo modo de entender la medicina? Probablemente no. Los cirujanos nos hemos apoyado desde siempre en las mejores evidencias (otra cosa son los medios de los que disponemos en la actualidad para acceder a ellas). Por otro lado, la filosofía que caracteriza a la gestión clínica –el paciente como protagonista y la interiorización del coste social de los actos médicos– difiere poco de la que inspiró los principios hipocráticos. Debemos reconocer, no obstante, que la integración de estos nuevos movimientos ha propiciado una tan necesaria como oportuna revisión de nuestro papel como profesionales, bajo la perspectiva del uso racional de los recursos disponibles.

Es un hecho que la práctica clínica no es un fenómeno exacto y reproducible, y que para la mayoría de las situa-

ciones clínicas no hay propuestas absolutamente infalibles. Por este motivo, la principal virtud de la MBE es ayudar a disminuir la incertidumbre de las actuaciones médicas y, por tanto, su variabilidad, aunque ésta siempre persistirá en mayor o menor grado. El mismo planteamiento es aplicable a la gestión de los procesos clínicos en su conjunto, lo que constituye la parte nuclear del concepto “gestión clínica”; sin embargo, para implantar esta sistemática de trabajo en nuestros hospitales nos encontramos con 2 problemas fundamentales.

La primera dificultad radica en que si, como hemos señalado, la gestión clínica apuesta por una transferencia del ámbito de decisión –decide quien más sabe y más cerca está del paciente–, ello implica necesariamente delegar responsabilidades y traspasar riesgos a los profesionales. Paradójicamente muchas instituciones sanitarias en España carecen de autonomía, lo que hace difícil que puedan acometer una verdadera descentralización, caso de que hubiera voluntad de hacerla.

La segunda dificultad de la gestión clínica es la escasa predisposición de los médicos a cuestionar su propia experiencia y a eludir la jerarquía de los autores y textos en los que se ha basado su formación². La mejora de la calidad asistencial pasa necesariamente por conocer, registrar y medir lo que se hace, de modo que se pueda evaluar, comparar (con uno mismo y con los demás) y corregir. Ello implica una doble exigencia: una actitud de autocritica permanente y una información suficiente.

Una de las claves fundamentales para garantizar el aprendizaje continuado es que los profesionales conozcan los resultados del trabajo que realizan. Del mismo modo que ningún gestor económico o de recursos humanos podría desempeñar su trabajo sin contar con datos objetivos y exhaustivos de los aspectos que le competen, resulta imposible gestionar unidades clínicas con criterios de calidad sin tener la información necesaria. Ello es todavía más importante en el caso de unidades quirúrgicas, debido al impacto que la destreza, la experiencia y el período de aprendizaje tienen en el resultado de cualquier intervención.

No todos los hospitales disponen de un sistema de registros que permita controlar de forma adecuada los diversos aspectos de la práctica clínica. Aunque se ha generalizado la implantación de unidades de codificación, el análisis de grupos relacionados con el diagnóstico (GRD), conjunto mínimo básico de datos (CMBD) y otros parámetros de actividad, su utilidad inmediata en la clínica diaria es más bien escasa. Por otra parte, tanto los indicadores funcionales clásicos como los de casuística están obsoletos, las variables de calidad son indirectas y es prácticamente imposible disponer de análisis de costes³. A ello

hay que añadir que, en general, la explotación de los datos rara vez puede hacerse en tiempo real.

Si pretendemos estar en condiciones de orientar a nuestros pacientes con suficientes garantías respecto a unas opciones terapéuticas cuyo resultado tienen derecho a conocer, es preciso disponer de una información completa y fiable sobre nuestra actividad. Para ello necesitamos herramientas que nos permitan obtener una información objetiva, completa y accesible, referida tanto a parámetros clínicos como de actividad y consumo de recursos. El asunto no es sencillo: ¿qué variables es imprescindible controlar en las unidades quirúrgicas?, ¿quién debe registrarlas y cómo se garantiza su registro?, ¿es necesario unificar los criterios en el ámbito nacional?, ¿cómo deben ser los protocolos de acceso a esa información?

La experiencia nos sugiere que la mejor –si no la única– forma de disminuir la variabilidad clínica y evitar argumentos como “a mí me va bien...” es que cada cirujano pueda conocer el resultado de su actividad. El control sistemático de las variables esenciales relacionadas con el proceso quirúrgico, sea éste el que sea, permite contrastar de forma continuada la actuación de cada miembro

del servicio con los patrones de “buena práctica clínica”. Mirarse al espejo de una información veraz mejora los juicios y las decisiones médicas, posibilita la adecuación de los procedimientos y recursos utilizados y facilita la evaluación del cumplimiento de protocolos, vías clínicas, etc.; pero fundamentalmente evita que nadie se engañe. Si no quiere.

José Miguel Lera

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital de Navarra.
Navarra. España. Vicepresidente primero de la Asociación Española de Cirujanos.

Bibliografía

1. Grol R. Between evidence-based practice and total quality management: the implementation of cost-effective care. *Int J Qual Health Care* 2000;12:297-304.
2. Colomer J. El desafío en conseguir adaptar los hábitos y costumbres para afrontar la gestión clínica del presente [editorial]. *Gest Clin San* 2002;4:111-2.
3. Peiró S, García Sempere A. El papel de los sistemas de clasificación de pacientes en la financiación de las urgencias hospitalarias. *Gac Sanit* 2003;17:441-3.