



CIRUGÍA ESPAÑOLA

www.elsevier.es/cirugia



Editorial

La gestión clínica en tiempos difíciles



Clinical management in hard times

La gestión clínica (GC) puede definirse como una estrategia de mejora que permite sistematizar y ordenar los procesos de atención sanitaria de forma adecuada y eficiente, sustentados en la mejor evidencia científica y con la participación de los profesionales para la toma de decisiones en torno al paciente. En resumen supone la transferencia de la capacidad y la responsabilidad de la toma de decisiones de gestión a los profesionales sanitarios, para mejorar la relación entre la calidad y el coste de los servicios.

La GC se origina a partir del concepto de *clinical government*, introducido por primera vez en 1998 por el Department of Health del Reino Unido, donde este concepto se relaciona con la *responsabilidad, la calidad, el establecimiento de guías y estándares* en la práctica clínica. En nuestro país la llamada GC se liga desde sus inicios a los problemas financieros de nuestro sistema sanitario y supone, en síntesis, transmitir al médico, además de la responsabilidad sobre la asistencia que presta, la responsabilidad sobre la eficiencia de los recursos que utiliza. La creación de institutos-áreas y unidades de GC ha tenido lugar en el seno del Sistema Nacional de Salud (SNS) desde 1997. Estas experiencias de gestión son, en general, valoradas positivamente por los responsables clínicos¹⁻¹⁰, los cuales coinciden en que la autonomía de gestión de UGC e institutos es muy limitada. La mejora de la eficiencia y calidad, si bien existe, no alcanza el potencial de mejora de la eficiencia y calidad que tienen las unidades asistenciales en el SNS. En el ámbito de la Atención Primaria el modelo con mayor experiencia es el de las entidades de base asociativa, modelo organizativo relevante en la reforma de la Atención Primaria de Cataluña, que goza de consenso entre los profesionales y obtiene buenos resultados en términos de eficiencia y calidad¹¹⁻¹⁴. Otros casos más recientes son los de Asturias (2009), Andalucía (2007), Galicia, con la próxima publicación de su decreto y sus experiencias ya pilotadas en hospitales como el Complejo hospitalario de A Coruña, País Vasco, Cataluña, Castilla y León con un proyecto en marcha para la implantación de estas unidades.

En un contexto de crisis financiera y presupuestaria, es obligación de todos alcanzar niveles de excelencia en la eficiencia, la eficacia, la efectividad y la calidad de la atención a

los ciudadanos, que solo se pueden conseguir mediante una participación de los profesionales. La verdadera gestión sanitaria ha de centrarse en el propio proceso asistencial; no sirve de nada conseguir que la intervención de varices sea muy barata si se indica a pacientes que no la precisan. Como señalaba Muir Gray, debemos realizar correctamente los procedimientos que sean adecuados. Las decisiones clínicas serán de calidad si generan eficiencia económica y no mero control de gasto.

Las unidades de GC son unidades asistenciales, dotadas de autonomía de gestión; de configuración y dimensión variable, incluyen la agrupación de servicios y especialidades afines en una única unidad de gestión; estructuradas en función de criterios homogéneos de asistencia y cuidados, y orientadas a un tipo específico de procesos; con la finalidad de prestar eficientemente servicios clínicos de excelencia.

Los profesionales que participan en el desarrollo de la unidad además de voluntariedad tienen que tener información, conocimiento y opinión en el plan de gestión de la unidad. Este plan debe ser razonable, con objetivos alcanzables e indicadores claros y estables (estado de las listas de espera, demora en consultas externas, resultados clínicos, consumo de recursos, satisfacción de los pacientes, etc.), que sean evaluados cada 3 o 6 meses, de forma transparente con vistas a posibilitar una respuesta ágil y eficaz ante problemas concretos.

Las personas que las componen son el valor más importante y en este grupo son fundamentales enfermeras y facultativos. Una unidad en la que el 20% de sus componentes tengan gran implicación tiene asegurado el éxito de su gestión. La propuesta de creación de unidades de GC debe partir de los profesionales, y en ningún caso ser una imposición de la Administración. Además, los líderes de la unidad de GC deben ser bien seleccionados, sin que sea obligatorio que los jefes de servicio deban llevar adelante esta gestión. El liderazgo es fundamental y se debe formar y apoyar a los líderes del proyecto, y no abandonarlos a su suerte cuando los resultados asistenciales y económicos no se alcancen a corto plazo.

La Administración debe apoyar proyectos que la unidad planifique, no solo en el ámbito de la producción asistencial y

del ahorro del gasto, sino también son importantes la docencia, la innovación, la influencia y formación sanitaria de la población. La seguridad y satisfacción del paciente deberán ser los ejes del plan de gestión anual a realizar en colaboración entre la administración y la unidad de GC.

No debemos olvidar que una de las condiciones fundamentales para crear la unidad es el reconocimiento profesional y económico, con un porcentaje de producción variable dependiendo de resultados, que repercuta directamente en el profesional y también sobre la unidad de GC para contratar personal, formación, recursos materiales, etc.

Tras la creación de las unidades de GC, hemos tenido en barbecho a la mayoría de ellas. Actualmente se están reactivando en parte debido a la crisis económica, porque se cree que pueden ayudar a la sostenibilidad del sistema sanitario. El motivo de la creación o reactivación de las unidades de GC debería centrarse en la mejora de la atención del paciente: disminución de la variabilidad injustificada, gestión adecuada de listas de espera, administración eficiente de los recursos, etc. Para ello es necesario, como ya hemos comentado, la participación e implicación de los profesionales.

Las sociedades científicas no deben quedar al margen de esta nueva iniciativa. Así, la Asociación Española de Cirujanos ha participado en la formación a los profesionales en conceptos de gestión, herramientas utilizadas en la gestión, indicadores, así como con la edición de guías y cursos de formación para sus asociados. Ha colaborado con la Administración en la definición de requisitos y estándares para la mejora de la seguridad y eficiencia en la atención sanitaria así como en la definición de indicadores de calidad, de resultados en salud y de indicadores para la evaluación de resultados en los contratos de gestión.

La GC moderna debe centrarse en los procesos asistenciales, combinar los conocimientos clínicos, la medicina basada en la evidencia, la gestión, la calidad y las nuevas tecnologías de la comunicación. En consecuencia no pueden implementarla ni los gerentes ni los clínicos por separado. Es imprescindible el trabajo conjunto. Ha quedado suficientemente demostrado que el manejo de la GC permite una mayor involucración de los profesionales en los resultados en salud que se pretenden alcanzar sobre una población, a partir de la evidencia científica.

Que esta nueva apuesta por la GC sea un éxito es responsabilidad de todos: profesionales sanitarios, sociedades científicas, gestores y una apuesta decidida de la Administración.

BIBLIOGRAFÍA

1. Castro A, Escudero JL, Juffe A, Sánchez CM, El Caramés J. Área del Corazón del Complejo Hospitalario Juan Canalejo. Una nueva forma de gestión clínica. *Rev Esp Cardiol*. 1998;51:611-9.
2. Sanz G, El Pomar JL. 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.
3. Vallés F. Nuevos sistemas de gestión de las unidades clínicas cardiovasculares. *Rev Esp Cardiol*. 1998;51:629-32.
4. Rodríguez L, Romero A, Moreu J, Maicas C, Alcalá J, Castellanos E, et al. Efecto de la gestión de un servicio de cardiología en la atención del paciente cardiológico. Evolución de los indicadores asistenciales. *Rev Esp Cardiol*. 2002;55:1251-60.
5. Cequier A. Unidades de gestión clínica «corazón». En: *Jornadas sobre Unidades de Gestión Clínica*; 2011.
6. Aguilera C. Unidad de gestión clínica de análisis clínicos. En: *Jornadas sobre Unidades de Gestión Clínica*; 2011.
7. Dávalos A. Unidades de gestión clínica «neurociencias». En: *Jornadas sobre Unidades de Gestión Clínica*; 2011.
8. Medina JA. Unidades de gestión clínica «oncología organización». En: *Jornadas sobre Unidades de Gestión Clínica*; 2011.
9. Falcón D. Unidades de gestión clínica «radiología». En: *Jornadas sobre Unidades de Gestión Clínica*; 2011.
10. Castells A. Gestión de hospitales basada en resultados: Hospital Clínic de Barcelona. En: Colomer J, Llano J, editores. *III Congreso de Gestión Clínica. Fundación Gaspar Casal para la investigación y el desarrollo de la salud*, Madrid, abril 2011. p. 105-9.
11. Ponsà JA, Cutillas S, Elias A, Fusté J, Lacasa C, Olivé M, et al. Evaluación de la reforma de la atención primaria y de la diversificación de la provisión de servicios. La reforma de la atención primaria en Cataluña. *Fulls Econòmics del Sistema Sanitari*. 2003;37:14-7.
12. Informe extraordinari del Síndic de Greuges al Parlament de Catalunya sobre l'aproximació a la situació de l'atenció primària de salut a Catalunya. En: *Butlletí Oficial del Parlament de Catalunya*; 2002.
13. Ledesma A. Entidades de base asociativa: un modelo de provisión asistencial participado por los profesionales sanitarios. Valoración actual y retos futuros. *Rev Adm Sanit*. 2005;3:73-81.
14. Segura A, Martín Zurro A, Corbella A, Roma J, Jiménez Villa J, Plaza A, et al. Evaluación de la diversificación de la provisión de servicios de atención primaria. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2007. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, AATRM núm. 2006/09.

Víctor Soria-Aledo^{a*} y Alberto Colina Alonso^b

^aHospital Universitario Morales Messeguer, Murcia, España

^bGestión Clínica de Cirugía General, Hospital Universitario de Cruces, Barakaldo, Vizcaya, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: victoriano.soria@carm.es (V. Soria-Aledo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2014.09.007>

0009-739X/

© 2014 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.