
La gestión clínica: el difícil cambio de la virtualidad a la realidad

José Antonio Lorenzo Porto

Servicio de Medicina Interna C.
Hospital Universitario Juan Canalejo. La Coruña.

Resumen

La gestión clínica tiene una gran perspectiva de desarrollo si se la entiende en sus dos aspectos fundamentales: el que procede de la iniciativa de los gestores para hacer cambios organizativos y obtener mayor funcionalidad asistencial, eficiencia y calidad en los servicios sanitarios, y el que procede de las iniciativas de los profesionales centradas en la mejora de sus tomas de decisiones. Hasta ahora hay contribuciones muy interesantes pero escasamente desarrolladas por los servicios clínicos. Se destacan algunas de las dificultades que presenta este desarrollo y se hace alusión a la necesidad de un mayor diálogo y acuerdo entre gestores y clínicos para tomar iniciativas alentadoras y viables que sirvan de estímulo para proyectos de más envergadura.

Palabras clave: Gestión clínica. Decisiones clínicas. Eficiencia. Cambios organizativos.

Summary

Clinical management has a great perspective of development if is understood it in its two fundamental aspects: the one that comes from the managers initiative to make organizational changes and to obtain greater welfare functionality, efficiency and quality in the health services, and the other one that comes from the professionals initiatives centered in the improvement of decision makings. Until now there are very interesting contributions but barely developed by clinical services. Some of this difficulties stand out that east development displays and reference to the need of greater dialog and agreement between clinical and managers to take encouraging and viable initiatives for wider projects.

Key words: Clinical management. Clinical decisions. Efficiency. Organizational Changes.

La gestión clínica es uno de los temas prometedores en la sanidad española que contiene en sí otros problemas que impiden su desarrollo. En los últimos años se han publicado bastantes artículos

en revistas de gestión sanitaria de gran valor por sus apreciaciones y propuestas que aún están por explorar y debatir con los médicos y otros profesionales sanitarios.

Diversas interpretaciones y pocas iniciativas

Como es natural, las interpretaciones de la gestión clínica son diversas, pero las iniciativas son limitadas, y las realizaciones, hasta ahora, parecen exigüas o son desconocidas. Uno piensa que debe haber tentativas valiosas que debiéramos conocer, y que además de la escasez de iniciativas, haya un problema importante de comunicación fiable de algunas experiencias. El hecho es que hoy no sabemos apenas nada de quiénes y cómo trabajan en el desarrollo práctico de la gestión clínica en sus diferentes formas.

Las distintas perspectivas en juego

Hay distintas perspectivas que, siendo convergentes, tienen impulsos y protagonistas distintos.

Por un lado, están los gestores sanitarios que han suscitado diversas iniciativas basadas en el agrupamiento de servicios y unidades para proporcionar una mayor funcionalidad, capacidad organizativa, eficiencia y calidad como empresa de servicios.

Por otro lado, están las iniciativas de los profesionales centradas en la mejora de la práctica clínica. La mejora de las decisiones clínicas supone una reflexión que

ahora estamos mucho mejor preparados para hacer. La enorme variabilidad en las decisiones clínicas no se explica bien, ni tiene fundamento serio, y ha llevado a reconocer el valor de las aportaciones de la epidemiología clínica y del movimiento de medicina basada en la evidencia. Los enormes cambios que han supuesto el acceso a las bases de datos (Medline, Embase, Cochrane, etc.), el intercambio y posibilidad de conocimientos inmediatos, el cambio en los contenidos y enfoque metodológico de las revistas médicas y las aportaciones de los portales informáticos como *Up-to-date*, *Evidence on line*, etc., que presentan la mejor información contrastada para alcanzar mayor efectividad de la práctica clínica, son especialmente reveladores. De forma simultánea, aunque más lentamente, van apareciendo cada día más artículos de evaluación económica de las intervenciones sanitarias diagnósticas y terapéuticas, y han conducido a una actividad creciente y prometedora de las agencias de evaluación de tecnologías existentes en España que estudian la efectividad, pero también su eficiencia.

Estas dos perspectivas son complementarias y convergentes, como sabemos, pero se precisan debates, acuerdos e iniciativas para unificarlas y organizarlas eficazmente.

En cualquier caso, hasta ahora, ambas tienen un desarrollo raquíctico. Las experiencias que se atisban parten de esa colaboración entre gestores y profesionales que, aunque a menudo cortés y bien intencionada, no es fuerte y está plagada de suspicacias por distintas razones. Pero lo más destacado es que no conocemos ni una inquietud generalizada ni debates, ni siquiera una cultura sobre los términos y el alcance de la gestión clínica compartida. Parece que fallamos no sólo en el qué queremos y cómo lo queremos, sino también en los valores que compartimos y en las expectativas a las que aspiramos.

Las dificultades de la gestión clínica que pretenden los gestores

Es fácil, en mi opinión, hacer un primer esbozo de las dificultades de la gestión clínica que pretenden iniciar los gestores en muchas Comunidades Autónomas.

En primer lugar, está su escaso margen de maniobra. Las dificultades del derecho administrativo en la asistencia sanitaria no permiten hacer los cambios deseables para adquirir funcionalidad, cambiar las organizaciones y establecer un sistema de motivación y de incentivos distintos. Aunque, de la forma más variada, los gerentes han ido haciendo intentos y experimentos en las fronteras de

ese marco legal o con connotaciones de un cambio al derecho laboral. El cambio jurídico está hipotecado desde hace años por defectos y desacuerdos en las concepciones básicas de política sanitaria sobre provisión, gestión y evaluación de los servicios sanitarios. La capacidad política de los distintos gobiernos parece, por ahora, agotada después de los intentos infructuosos de las fundaciones públicas sanitarias –mal planteadas y nada discutidas– y de la falta de un acuerdo global necesario para tener garantías de legitimidad y éxito. Se prodigan, entretanto, distintos modos de gestión en las Comunidades Autónomas. Puede que sea ya inevitable, o que incluso, pueda considerarse aceptable, si se preservan las garantías de equidad en la atención a la población y la movilidad de los profesionales. Los problemas generados por esta dispersión de modos de gestión, sin embargo, no parecen estar bien resueltos. En todo caso, es probable que, tras un período de tanto, puedan hacerse acuerdos que reúnan criterios por amplio consenso.

También la dificultad está en las reservas de los médicos para aceptar algunos agrupamientos, razonables por las sinergias que se prevén, pero cuyo objetivo –como es obvio– es la mejora organizativa y funcional para obtener más eficiencia y calidad. Esto es algo que a los jefes

de servicio convence sólo a medias, sencillamente porque no advierten con claridad, con la nueva estructura de sus responsabilidades, las ventajas reales (poder, dinero, autonomía) que pueden obtener.

Otra dificultad importante para la gestión clínica propuesta por los gestores es la naturaleza e intensidad de la dedicación de los profesionales. Los intereses son diversos y conocidos y los pretextos y justificaciones para defenderlos parecen inagotables.

Los mismos gestores públicos se ven limitados, en ocasiones, ante sus responsables en la Administración autonómica temerosos de conflictos o ante su debilidad de liderazgo con los médicos, que, al fin de cuentas, deciden la marcha real de la asistencia sanitaria. No es fácil, en esta doble limitación, tomar iniciativas con altura de miras y continuidad que supongan cambios efectivos de largo alcance.

Las dificultades de la gestión clínica que pretenden los médicos

Es más difícil hacer alusión a las dificultades que provienen de los propios médicos, a pesar de que se tiene más experiencia y observaciones directas, aunque sean discutibles.

En primer lugar la falta de liderazgo profesional es manifiesta. Me refiero, cla-

ro está, al liderazgo espontáneo que constituye un agrupamiento de identidades de visión y proyecto globales. Es probable que existan muchos liderazgos estimables, pero no se conocen más allá de sus especialidades o de sus Comunidades, ni han sabido captar las sensibilidades en juego. No desde luego, las retóricas sobre los ideales de los profesionales, sino las que están implicadas cotidianamente y contienen creencias, pasiones, intereses y expectativas que se comparten. Es casi imposible gozar de liderazgo profesional cuando esta heterogeneidad de elementos ideológicos y materiales es tan manifiesta. Sobre todo, si se dan paradojas de pretender liderar una gestión clínica avanzada en un hospital público cuando se tienen fuertes intereses privados.

El cambio de perspectiva y actitud en la toma de decisiones parece igualmente complejo. Las bases para un cambio extraordinario ya se han dado en una buena parte en la última década con el movimiento de medicina basada en la evidencia. Muchos de los profesionales españoles pioneros en esta dirección ya subrayaban las dificultades de su aplicación práctica¹, pero no han dejado de insistir en que supone un cambio de una enorme envergadura; y tienen razón. El conocimiento médico y la toma de decisiones han cambiado totalmente y ha re-

percibido directamente en la forma de hacer la asistencia sanitaria. Se precisa una información bien fundamentada, mejorar los pasos para la toma de decisiones que, sin ser sustancialmente distintas a las tradicionales, han cambiado de método, de forma y se han hecho más compatibles por todos, en todo el mundo. Subyace en los profesionales las grandes dificultades para cambiar la actitud y las habilidades, algo siempre más difícil que cambiar sólo conocimientos. Y la forma más conocida de ocultar las dificultades del cambio de actitud y habilidades es la negación de las ventajas del cambio respecto a la práctica tradicional. Pero hay que reconocer que hoy los médicos, como pocas otras profesiones, están sometidos a una enorme presión por las innumerables capacidades y responsabilidades que les exigen, sin que se vean compensados en sus condiciones de trabajo o en sus retribuciones.

Es difícil valorar el relativo éxito del II Congreso de Gestión Clínica celebrado en Barcelona el 20-21 de febrero 2003². Al inmenso mérito de sus organizadores al convocarlo por segunda vez, cabría añadir el pequeño defecto de su preparación, temática y atractivo para poder reunir experiencias y debates más amplios. Pero fue también un síntoma de cómo los pioneros en ese impulso, desde

una óptica profesional, no tienen aún seguidores suficientes en número y calidad como para contribuir a un cambio en la profesión con más implicaciones.

Otro dato parece también revelador. Una revisión de las principales revistas en las que pueden mostrarse las experiencias en España ha sido relativamente desalentadora. Hay muchas contribuciones valiosas de profesores de escuelas de salud y gestores³⁻⁸, pero apenas de profesionales de servicios clínicos. El vacío o el silencio de los profesionales no pasa desapercibido.

Las dificultades prácticas ante los distintos experimentos

En esta situación de precariedad organizativa y profesional relacionada con la gestión clínica y sus contenidos, no es sorprendente que surjan, abierta o solapadamente, dificultades prácticas ante algunos intentos de gestión clínica. En gran parte, son obstáculos naturales suscidos por la falta de perspectiva y por el escepticismo dominante de los gestores y de los profesionales.

Creo constatar que, a la manifiesta escasez de iniciativas de gestores y médicos para combinar los elementos complejos que influyen en la gestión clínica, se une la ausencia de condiciones para la parti-

cipación y el debate. Es necesario crear estas posibilidades de encuentro para que puedan plantearse ideas y propuestas con ilustración y argumentos, y conocer las innumerables experiencias que pueden estimular y facilitar los avances. Esto es posible si, como han señalado varios autores, hay también voluntad y fuerza política de partida, apoyos profesionales y decisiones con amplio consenso.

Los diseños de agrupaciones están condenados a un retraso de aplicación considerable, si no se dan acuerdos atractivos para los servicios y unidades y sus respectivos profesionales. Tales acuerdos deben encajar dentro del marco jurídico, incluso con algunas excepciones, pero, sobre todo, deben encajar con los intereses y expectativas de los profesionales. Los que optan por la complementariedad de la medicina privada deberán encontrarse ante disyuntivas definidas en la asunción de responsabilidades, y los que tienen dedicación exclusiva deberán tener los alicientes de retribución y motivación para asumir el cambio hacia un modo de organización sanitaria más efectiva y de calidad.

Esperar a que la virtualidad de la gestión clínica se haga realidad con el esquema jurídico institucional actual, más allá de algunos pequeños logros, es aplazar indefinidamente su aplicación real. Y es

que no puede hacerse un diseño de gestión clínica si no se comparten una cultura y unas aspiraciones comunes, ligadas al fuerte ideario de la misión y visión de la misma institución. Cualquier experiencia con proyecto de generalización debe ser atractiva, imitable y envidiable. De lo contrario, es dejar las cosas como están. Hay razones para cierto optimismo cuando una parte importante de profesionales los comparten y están dispuestos, pese a su conocido escepticismo de partida⁹. Aunque hoy, estos profesionales no tienen referencias asociativas o corporativas ni, por lo tanto, liderazgos a los que seguir capaces de impulsar estas posibilidades potenciales.

Queda, entretanto, facilitar las iniciativas modestas, voluntariosas y limitadas, cuyo futuro sólo se hará fértil si se inscriben en una institucionalización que, de modo inteligente, soslaye las principales dificultades del momento, acepte ciertos niveles de contradicciones y estimule otras de más envergadura. Lo más importante es la iniciativa, la fuerza y la tenacidad, capaces de crear las bases de esa cultura clínica. Y, sobre todo, que no deje de mirar con la única perspectiva digna de la sociedad de nuestro tiempo: una atención sanitaria pública centrada en la atención con alta efectividad, eficiencia y calidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pozo Rodríguez F. La medicina basada en la evidencia. Una perspectiva desde la clínica. *Medicina Basada en la Evidencia (I)*. *Med Clín* 1999; 112 (Supl I).
2. Bonfill X. Algunos apuntes para impulsar una atención sanitaria basada en la evidencia. Ponencias y comunicaciones del II Congreso de Gestión Clínica. Barcelona, 2003.
3. Pérez Lázaro JJ, Pérez Cobo G, García Alegría J, Díez García F. Futuro de la gestión clínica. *Gestión Hospitalaria* 1999; 10(3):114-20.
4. Olmedo Zuloaga M, Ortega Alcalá MV. Alcance de la gestión del conocimiento en las instituciones sanitarias públicas (Gestión del conocimiento y gestión clínica). *Todo Hospital*, 2002.
5. Cosialls Pueyo D, Gil Estallo MA. Gestión clínica. Una nueva óptica: cliente-proveedor. *Todo Hospital*, 2002.
6. Guerrero Fernández M, Alfonso Sánchez JL, Bixquert Montagud V, Ferrandiz Gomis R. Las premisas para la gestión clínica. *Gestión Hospitalaria* 2001; 12: 150-4.
7. López Fernández LA, Jiménez Marín JM. Diferencias entre los sistemas de valores de los gestores sanitarios y los profesionales asistenciales. *Gestión Hospitalaria* 1997; 1.
8. Del Llano Señarís, J, Ortún Rubio V, Martín Moreno JM, Millán Núñez-Cortés J, Gené Badía J. Gestión sanitaria: innovaciones y desafíos (capítulo II). Gestión de los servicios sanitarios (capítulo III), Gestión de la práctica clínica. Masson, 1998.
9. Oteo LA, Garrido Casas, Silva Sánchez, Hernández Yáñez. Gestión Clínica: Evaluación del proceso evolutivo. *Rev Adm Sanit* 2000; 4(14).

